

DIRECTOR:
Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:
Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal
Dr. Guillermo E. Durón

SECRETARIO DE REDACCION: Dr. Julio Azpura España
ADMINISTRADOR: Dr. Ricardo D. Alduvín

Tegucigalpa, Honduras, Centro América.—Abril 30 de 1934

SUMARIO:

	Pág.
Página de la Dirección	321
La Uncinariasis en Honduras, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil	323
Hemibdomen derecho doloroso	325
Los grandes centros científicos y humanitarios, por el Dr. Henri Bouquet	322
La enfermedad de Suero, por el Dr. Julio Martinico	338
Sobre el diagnóstico auscultatorio de las cavidades patológicas en el vértice pulmonar, por el Dr. Ernesto Valhard	339
Breve introducción a la anatomía médica, por el Dr. E. Martín	340
Disolución de precipitados en prescripciones, por el Dr. Guillermo E. Durón	357
Moral médica	359
Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	367
Algunas consideraciones acerca de la Terapéutica y la Posología en los niños, por el Profesor P. Nobecourt	372
Breves consideraciones acerca de las perforaciones del Septum nasal y su tratamiento, por el Dr. P. Torres Luquin	377
Lista de las adquisiciones hechas por la Facultad de Medicina para el Jardín Botánico	382
Notas	384

Miembros de la Asociación Médica Hondureña

SOCIOS HONORARIOS

- | | |
|---------------------------|---------------|
| 1 Dr. V. Mejía Colindres | Puerto Cortés |
| 2 Dr. Miguel Paz Barahona | Washington |
| 3 Dr. José María Ochoa V. | Comayagua |

SOCIOS ACTIVOS "EN TEGUCIGALPA"

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 4 Dr. Camilo Figueroa | 23 Dr. Ricardo D. Alduvín |
| 5 Dr. Salvador Paredes | 24 Dr. José Jorge Callejas |
| 6 Dr. Ramón Valladares | 25 Dr. Samuel Molina Gómez |
| 7 Dr. Antonio Vidal | 26 Dr. Ernesto Argueta |
| 8 Dr. Héctor Valenzuela | 27 Dr. Rubén Andino Agullar |
| 9 Dr. Tito López Pineda | 28 Dr. Humberto Díaz |
| 10 Dr. Alfredo Sagastume | 29 Dr. Miguel A. Sánchez |
| 11 Dr. Marco D. Morales | 30 Dr. Rafael Rivera L. |
| 12 Dr. Trinidad E. Mendoza | 31 Dr. Gabriel R. Aguilar |
| 13 Dr. Manuel Larios C. | 32 Dr. Víctor Manuel Velásquez |
| 14 Dr. Julio Azpuru España | 33 Dr. Francisco Sánchez U. |
| 15 Dr. M. Castillo Barahona | 34 Dr. Eduardo R. Coello |
| 16 Dr. Magín Herrera A. | 35 Dr. Juan A. Mejía. |
| 17 Dr. José Manuel Dávila | 36 Dr. Justo Abarca h. |
| 18 Dr. Manuel G. Zúñiga | 37 Dr. Manuel Cáceres Vijil |
| 19 Dr. Romualdo B. Zepeda | 38 Dr. Guillermo E. Durón. |
| 20 Dr. Abelardo Pineda U. | 39 Dr. Fernando Marichal S. |
| 21 Dr. Pastor Gómez h. | 40 Dr. Henry D. Guibert |
| 22 Dr. Isidoro Mejía h. | 41 Dr. Roberto Lázarus |

"Fuera de Tegucigalpa"

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1 Dr. Isidoro Acosta, | Progreso |
| 2 Dr. Pio Suárez, | Yoro |
| 3 Dr. Pompilio Romero, | Olanchito |
| 4 Dr. Guadalupe Reyes, | San Pedro Sula |
| 5 Dr. José Martínez O., | San Pedro Sula |
| 6 Dr. Presentación Centeno, | San Pedro Sula |
| 7 Dr. Román Bográn, | Nueva York |
| 8 Dr. Manuel Morales, | San Pedro Sula |
| 9 Dr. Cornelio Moncada C., | " " " |
| 10 Dr. Rafael Martínez V., | La Lima |
| 11 Dr. Juan V. Moncada, | La Ceiba |
| 12 Dr. Francisco A. Matute, | " " |

REVISTA MEDICA HONDURENA

13 Dr. Tulio Castañeda,	La Ceiba
14 Dr. Gregorio A. Lobo,	Catacamas
15 Dr. Juan F. Mairena,	Danlí
16 Dr. Carlos J. Pinel,	Choluteca
17 Dr. Manuel Corrales,	San Marcos de Colón
18 Dr. Francisco Guillén Aguilar,	" " " "
19 Dr. Gustavo Boquín,	Comayagua
20 Dr. Dr. Lorenzo Cervantes,	La Paz
21 Dr. J. Miguel Zacapa,	" "
22 Dr. Adán Bonilla Contreras,	Santa Rosa de Copán
23 Dr. Rafael Muñoz Cabañas,	Matailaca (Gracias)
24 Dr. Luciano Milla Cisneros,	Guatemala
25 Dr. Ramón López Cobos,	Santa Rosa de Copán
26 Dr. Marco Antonio Rodríguez,	" " " "
27 Dr. Domingo Rosa,	Amapala
28 Dr. Virgilio Rodezno,	Ocotepeque
29 Dr. Emigdio Mena,	Santa Bárbara
30 Dr. Guillermo Pineda,	Trinidad (Sta Bárbara)
31 Dr. Ricardo Aguilar,	Quiriguá (Rep. de Guatemala)
32 Dr. Arturo Zelaya Z.,	Tela
33 Dr. J. Jesús Casco,	"
34 Dr. Gabriel A. Izaguirre,	La Ceiba
35 Dr. Manuel L. Aguilar,	Choluteca
36 Dr. José Leonardo Godoy,	San Pedro Sula
37 Dr. J. Antonio Peraza,	" " "
38 Dr. L. R. Fletcher,	Puerto Castilla
39 Dr. Aristides Girón Aguilar,	París
40 Dr. Francisco Valle M.,	Ocotepeque
41 Dr. Guillermo Bustillo Oliva,	Baltimore
42 Dr. Carlos Pinel h.,	Tela
43 Dr. Ramón Reyes Ramírez,	Trujillo
44 Dr. Emilio Gómez Rovelo,	La Ceiba.
45 Dr. Roberto Gómez R.,	Trujillo.
46 Dr. E. A. Maure,	Tela

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Dr. Antonio Vidal

Dr. Guillermo E. Durón

SECKETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Dr. Julio Azporu España

Dr. Ricardo D. Alduvin

Año IV 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A., Abril de 1934 I N° 42

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

L-argos años de dolorosa experiencia nos han conducido al fin a descubrir la candidez, rayana en estupidez, de permitir la explotación inicua de nuestro pueblo, por advenedizos extranjeros sin Dios y sin Ley, que amparados por una amplitud torpemente llamada liberal, han retezado a su antojo en perjurio de las clases ignorantes y del decoro profesional.

Pero ya no. De aquí no pasarán. La frase del glorioso Gallienni, defensor de París, hemos de levantarla aguisa de sólido muro, para enfrentarnos a la plaga invasora.

De ninguna manera debe interpretarse tamaña resolución como una muralla china infranqueable, no. Simplemente queremos no ser menos que ningún país de la tierra; como República libre y soberana aspiramos a disfrutar los mismos privilegios y obligaciones internacionales.

Hemos resuelto firmemente aplicar en toda su extensión el fundamental principio de reciprocidad entre los países: admi-

tiremos a los médicos procedentes de otros países en la misma forma, y condiciones que ellos lo hagan con nosotros. Nada más justo, nada más natural.

En estos crueles tiempos de lucha por la vida., en qué todas las naciones orientan su actitud hacia la realización del ser, $d < 1$ existir, en medio del caos espiritual donde se desenvuelve la humanidad presente, la fuerza imperiosa del momento llamó -a las viejas y carcomidas puertas: de los hondureños para despertarlos del sueño de indiferencia y de pereza por tantos años .soportado y decirnos: levántate, defiéndete, vive.

El gran Méjico, enfermo también de nuestro mismo mal, acaba de estatuir que solo los mejicanos podrán ejercer la medicina naturales y naturalizados.

Francia aprobó la ley Armbruster cuyo primer artículo dice: "Ninguno puede ejercer la medicina en Francia si no es 1° ciudadano francés, o individuo procedente de un protectorado de la Francia; 2° provisto de un diploma del estado, de

Doctor en Medicina".

Sin embargo, los países extranjeros donde los médicos de nacionalidad francesa son autorizado 3 para ejercer la medicina pueden pedir al gobierno francés convenciones diplomáticas que dispensen, en ciertos casos, la naturalización francesa.

Pero una paridad deberá ser establecida entre el número de médicos originarios de países con los cuales las convenciones se han suscrito, que vienen a ejercer a Francia, con la de médicos franceses que ejercen en esos países.

Las mismas disposiciones se aplican al ejercicio de la cirugía dental.

Un decreto del Premier Herriot, **reglamentó** la manera de obtener el diploma en esta forma: los médicos y estudiantes de medicina de nacionalidad extranjera admitidos al Doctorado Universitario, mención medicina, podrán, en caso de naturalización ulterior y según opinión del Comité **Consultivo** de la enseñanza superior **pública**, ser autorizados a postular con dispensas parciales de exámenes, el diploma de Doctor en Medicina, a condición de justificar el Bachillerato y el diploma del Estado, de Doctor.

El año recién pasado un compatriota quiso incorporarse en el Estado de New York, con diploma de la Universidad de Filadelfia y previo al examen, se le exigió la ciudadanía norteamericana, lo que aquel indignado, rechazó.

En la República Argentina han adoptado las mismas **disposiciones**.

Casi todos los países del orbe sigilen la misma conducta.

En Centro América misma tenemos ejemplos dolorosos de serias trabas impuestas a hondureños que jamás incorporaron.

Nosotros, no por venganza, sino como una gentil muestra de reciprocidad, procederemos en idéntica forma. Para ello estaremos al tanto de los acontecimientos y pronto a corresponder.

Una fuerte falange de jóvenes inteligentes y estudiosos que ahora cursan en la Facultad de Medicina bajo el rigor y justicia de entusiastas profesores llenarán más tarde las necesidades del país, concientes de sus deberes con la divisa de servir al prójimo como así mismo en una aspiración unánime de hacer Patria.

Tegucigalpa, abril de 194.

La uncinariasis en Honduras

-Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil

El dominio de la uncinariasis es una empresa de enorme magnitud y solamente puede llevarse a cabo por medio de una campaña fuerte, y sistemática. La enfermedad se encuentra prácticamente en todos los países que yacen en las zonas tropicales y sub-tropical, pudiendo considerarse que mas de la mitad de la población del globo vive en esta zona. — La preponderancia de la infección y la severidad de sus efectos como enfermedad destructora, varía en grado sumo de un país a otro y aún de una localidad a otra dentro de un mismo país.

En algunos países el promedio de personas infectadas es alto mientras que la enfermedad presenta caracteres benignos en la forma y en otras regiones sucede todo lo contrario. — Las personas atacadas de esta infección son susceptibles a contraer otras enfermedades tales como el paludismo, la fiebre tifoidea, la neumonía y principalmente la tuberculosis.

La enfermedad como se sabe causada por un pequeño parásito perfectamente individualizado después de los trabajos de Perroncito. — Debe el **nombre** de Anquilostoma por tener una capsula bucal inclinada dorsalmente; este parásito se adhiere a las paredes interiores del **intestino**. — Existen dos especies de parásitos: Necator Americano de Sytys y el anquilostomo duodenal, habiendo entre

ambos muy pequeñas diferencias de estructura.

El método de contar los huevos por dilución, formulado por Stoll para determinar la intensidad de infección uncinárica, ha cambiado los procedimientos con relación al control de la enfermedad; hay personas que albergan en su intestino varios vermes, sin que estos causen ningún daño físico y estos son considerados como simples portadores. — Con este método se puede perfectamente averiguar el grado de infección de un individuo y de una comunidad.

En Honduras tenemos repartido este parásito en todas las zonas de la siguiente manera: en la Costa Norte un 80% de personas están infectadas; en la Costa Sur un 50% en occidente y oriente un 30% y en el centro un 15%; notándose en esta última que su mayor proporción la tiene en los pueblos donde hay trabajos de mina.

Como un caso extraordinario de infección por uncinaria, he tomado la observación de un individuo que llegó a la Consulta Externa en la Dirección General de Sanidad.

José de la Cruz Figueroa, de 22 años de edad originario de Ajuterique, nos refiere que estuvo trabajando en el Mineral de San Juancito mas o menos como seis meses y que desde hace cuatro meses se siente con malestar de cuerpo, sin nada de apetito sintiendo ahogo, notando que se

Iba **hinchando** la cara y las piernas y sin deseos para el trabajo. — Examen: tinte icterico pronunciado, edemas de la cara y de las piernas; higado y bazo hipertrofiado; taquicardia y soplos anémicos en la región precordial.

Examen de sangre por malaria: negativo.

Recuento de glóbulos rojos: . . . **1.200.000**, por milímetro cúbico.

Hemoglobina: 2G%.

En el recuento diferencial de glóbulos blancos hay una marcada eosinofilia teniendo un 10%.

En el examen de materias fecales encontramos cincuenta huevos entre necator y anquilostoma duodenal por campo y presencia también de huevos de

ascárides.

Llegamos pues a la conclusión de que todos los síntomas de que se queja el paciente se deben a una uncinariasis avanzada.

Por encontrarse bastante débil y anémico, hemos empezado a suministrarle paqueñas dosis de quenopodio y tetracloruro de carbono cada quince días y al mismo tiempo inyectándolo con un preparado a base de arsénico y de hierro. — Hasta la fecha el enfermo ha mejorado bastante: su estado general es relativamente bueno, no siente cansancio, han disminuido sus edemas y el nuevo recuento de glóbulos rojos ha dado 1.800.000. por milímetro cúbico, es decir ha habido un aumento de 600.000.

Tegucigalpa, abril de 1934.

Hemiabdomen Derecho Doloroso

Numerosas afecciones pueden originar el hemiabdomen derecho doloroso. Según Ángel del Río (El Siglo Médico, 25-11-933), las causas que determinan el mismo son:

Apendicitis. — Origina el flanco derecho doloroso la apendicitis crónica en proporción aproximada de un 33 por 100. El cuadro sintomático o cortejo morboso que le acompaña no lo he de descubrir. Su diagnóstico precoz y solución quirúrgica inmediata evitarían tristes secuelas.

¿Qué es lo fisiológicamente natural que suceda de la expectación más o menos armada? la ligera inflamación apendicular, de etiología múltiple y **sintomatología** clínica deficiente, daría lugar, en un primer grado, a una reacción intrínseca, y en un estado más avanzado, a una reacción extrínseca; ésta producirá el vastísimo campo de la patología para apendicular: Las dos reacciones inflamatorias, bien colectiva, ya **individualmente**, producirán el estasis cecal, defendido en Inglaterra por Pringle y por Rainbridge y en Francia por Duval y Roux, estasis al que incriminan engendrar la reacción inflamatoria de la mucosa cecal y cecocólica, al igual que el estasis gástrico da lugar a la gastritis crónica.

La estasis cecal producirla atonía y dilatación cecocólica, o dilatación dolorosa del **cecocolon**, término final de la tiflocolitis crónica, a la que acompaña

el triste cortejo de cefalalgia, vértigo, astenia, depresión nerviosa, carácter ansioso e irritabilidad neuropática, anorexia — con la consiguiente pérdida de peso; — estreñimiento alternando raras veces, con deposiciones pastosas — tipo dispepsia fermentativa; — náuseas, aliento fétido y tinte terroso, causado por la toxemia; hiperestésias cutáneas o zonas de Head, dolores profundos en ciego, más o menos irradiados, y gorgoteo intenso en el mismo.

Como la gran mayoría de los múltiples procesos morbosos del flanco derecho doloroso producen estasis cecal, en todos ellos encontraremos esta sintomatología más o menos acentuada.

La reacción inflamatoria extrínseca sería la causa-etiológica de la peritiflitis y pericolitis o ambos procesos unidos — peritiflocolitis, — que en progresión ascendente hacia la **encrucijada** piloro-duodeno-vesiculocolica ocasionaría la periduodenitis o pericolitis derecha; perivisceritis o dextritis de Carnot. En efecto, "los linfáticos del apéndice se distribuyen a los ganglios situados alrededor de la tercera porción del duodeno y la región duodenopancreática. De ahí parten trónculos que, pasando por delante del ángulo duodenal y de la cabeza del páncreas, se echan

en los ganglios periduodenocólicos. La infección sigue esta vía; luego, alrededor de estos linfáticos, de estos ganglios infectados, el peritoneo reacciona con la formación de adherencias, que poco a poco encierran y comprimen el duodeno, unas veces por encima y otras veces por debajo del mesocolon transversal". (Antonio Basset). Naturalmente que cualquier proceso del compartimiento superior del flanco derecho, propagándose a la inversa, originará trastornos del compartimiento medio (vacío), o inferior (fosa ilíaca derecha).

Como peridicitis atípicas pueden considerarse las siguientes formas:

Apéndice inflamado que se adhiere a vejiga y provoca micciones frecuentes y dolorosas y cistalgia.

Apéndice en posición retrocecal externa, pudiendo simular lumbago, o reumatismo muscular o costovertebral de la región lumbosacra.

Guy Laroche describe una forma en la que, por la localización del dolor y por dar lugar a hematurias, simula un cólico nefrítico.

Y Jorge Luys la de un absceso apendicular abierto en vejiga dando lugar a piuria. Todas estas formas y la coexistencia de lesiones congestivas, inflamatorias o escleróticas anexiales ais-

ladas o en concomitancia con otros procesos originan flanco derecho inferior doloroso.

Esta compresión extrínseca del duodeno es una de las causantes de la estenosis del píloro. Ella es la causante del consejo: "cuando se intervenga para una úlcera de estómago o *de* duodeno y no se encuentre lesión, piénsese en extirpar el apéndice y en destruir las perivisceritis vecinas". Científico consejo asentado en la verosímil confusión diagnóstica con la estenosis orgánica — intrínseca — que origina el ulcus gástrico o duodenal. Este consejo va perdiendo valor al

encontrar, visualmente, enfermos diagnosticados de ulcus que, en efecto, no tienen lesión orgánica, pero que tampoco padecen perivisceritis ni apendicitis. En efecto, la compresión desde fuera por tumoraciones o hipertrofia de los órganos colindantes hígado y vías biliares extrahepáticas páncreas y ángulo derecho del colon y las distanciales espinas irritativas; el desequilibrio neurovegetativo, humoral y endocrino (con más preponderancia este último) en los individuos presentando una sensibilidad local a la infección (moderna concepción de Landau para explicar la etiología del ulcus); la misma acidosis y tal vez procesos que ni sospechamos en la época actual, pueden originar, mediante espasmos del esfínter pilórico, estasis

gástrica; originar, ocasionar gastritis que darían lugar por proceso inflamatorio irritativo a estenosis de etiología inconcisa.

Ulcus gástrico y duodenal. — Segundo proceso en importancia estadística que da lugar al flanco derecho doloroso.

En alguna ocasión es difícil diferenciación con los demás procesos que se desarrollan en el hemiabdomen derecho.

En más del 90 por 100, la clásica tríada sintomática en su máxima pureza, da: *V*), dolor y **calinas a temporadas**; 29, horario fijo del dolor, y 39, ser éste calmado por los vómitos, y calmado o aliviado con los alcalinos y alimentos; servirá, junto con el resto de sintomatología laboratorio, correcta exploración y experta investigación radioscópica o interpretación radiográfica, para hacer un diagnóstico diferencial justo.

La tríada descrita es de primordial **valor** diagnóstico.

En nuestra modesta casuística encontramos en un 10 por 100: **Ulcus** cuya característica **son** grandes **hematemesis** o mecnas, acompañadas o no del síntoma dolor. 29 **Ulcus** que, al hacer rápidamente adherencias. **Ulcus** que **mascaran** completamente la citada tríada. 39 **Ulcus** que, por poco espacio de tiempo, presentan la sintomatología mencionada y caen en completa calma de años de duración, al cabo de

los cuales, es mudo el dolor, sin horario y no necesitando alcalinos, son descubiertos por producir gran bazuqueo del estómago y vómitos de retención, al principio repetidos y luego continuados; la úlcera, creciendo y ena-"losándose, ha producido una estenosis intrínseca casi compleja. 4° **Ulcus** que, -al degenerar en transformación maligna, transforma también su sintomatología; y 5° Asimismo la varían si coexisten dos o más procesos en la cavidad abdominal.

La colelitiasis o colecistitis **calculosa** y la **colecistitis** no calculosa, es proceso frecuente en el síndrome derecho. Sólo recordaré unos puntos que me **parecen** interesantes para demostrar la dificultad que alguna vez encontraremos en su diagnóstico diferencial con los diversos complejos que se desarrollan en el **flanco** derecho.

La vesícula inflamada, **calculosa** o no (tipo Strawberry), y afectada de ptosis puede estar ubicada en la fosa, ilíaca derecha. 1° El apéndice puede tener posición ascendente, anterocólica o retrocecal y estar ubicada en las inmediaciones infrahepáticas. 2° Es numerosa la casuística de aparición sucesiva de apendicitis siguiendo o precediendo a la **colecistitis**; la coexistencia de estos dos procesos, ya designada por Dieulafoy con la expresión de **apendicistíticos**. o con otro cual-

quier proceso demuestra esta dificultad y hace sugerir dos conclusiones inseparables:

1° Cada vez que se opere un apéndice enfermo debe explorarse el resto de la cavidad abdominal y obrar en consecuencia a las lesiones halladas.

2° Huir de las llamadas **incisiones** estéticas, bellos minusculos cortes que son, en el mayor número de ocasiones, certificados tatuados de restringida concepción de la extensa patología **abdominal**.

Estas tres enfermedades descripta? casi acaparan la casuística del flanco doloroso derecho crónico; los procesos que siguen también los producen.

19 *La pericolicitis membranosa o membrana de Jackson*, es una membrana peritoneal **transparente** que rodea el **intestino** grueso, desde el borde superior del ciego hasta el ángulo hepático, perdiéndose hacia atrás en el peritoneo parietal, en sus intervalos por bandas fibrosas muy finas surcadas por pequeños vasos, al rodear el colon lo fija, haciéndole formar pliegues que lo acortan en su longitud.

29 *Las membranas pericecales*. —■ Son velos serosos, vascularizados, situados **principalmente** alrededor del ciego. Se distinguen dos variedades, según que el velo parta de la hojilla anterior o posterior del mesenterio. La posición más frecuente es la de un

velo posterior que arranca de la hojilla posterior del mesenterio. a nivel ángulo **ileocecal**, extendiéndose alrededor del ciego, envuelve su cara posterior y vertiente externa fusionándose a nivel de la bandeleta anterior con - pared del ciego; en todo el resto no se adhiere a la serosa cecal; forma una especie de dobladura al ciego; es extremadamente vascular.

El velo anterior .mee en las inmediaciones del origen de la arteria cecal anterior en la rama, ileocecal, se extiende por cara anterior del ciego, con la que se fusiona a nivel de la bandeleta anterior.

En los niños pequeños y en las primitivas crisis, estos velos presentan el aspecto de una membrana inflamatoria hiperémica. fácil de desprender; sus tractos conjuntivos aumentan en densidad a medida que las crisis se van repitiendo, resultando entonces difícil, por su gran adherencia con la pared cecal, la destrucción de estas membranas.

39 *Bridas de Lañe o cadaduras de Lañe*. — Cuerda o ancha cinta fibrosa que arranca de la pared, posterior de la fosa ilíaca derecha en la proximidad del final del mesenterio. y va a fijarse en el borde libre de la terminación del intestino en su últimos 15 o 20 centímetros, produciendo acodadura y un foco de adherencias que restringen la movilidad

del intestino.

4P *Epiplioitis*. — *Walther* es quien ha señalado la frecuencia con que la epiplioitis crónica acompaña la apendicitis.

Todos los procesos inflamatorios del vientre pueden dar lugar a él.

Puede ser postoperatorio.

El epiplón adquiere en este proceso una coloración rosada, presentando posteriormente placas más o menos extensas, de aspecto granitoide; se vuelve duro, adquiriendo a veces consistencia leñosa; tiende hacia la retracción. En su cara posterior se observan bridas fibrosas cruzadas que dan lugar a retracción y hasta plegamientos del colon (*Beard*). El epiplón así alterado se adhiere a los órganos vecinos; puede hacer por delante del ángulo derecho del colon (ángulo hepático), para ir a **insertarse** por una brida al peritoneo pre-renal por debajo del hígado; puede unir la cara posterior del epiplón con la cara inferior del mesocolon transversal, estenosando esta porción del intestino grueso; puede soldar la vertiente externa del colon ascendente al peritoneo parietal de la región lumbar y de la fosa ilíaca derecha; puede el delantal epíloico adherirse por su borde derecho a lo largo del colon ascendente y fusionar las dos ramas del ángulo hepático.

La movilidad, ptosis y trastornos funcionales del intestino; todas o la mayor parte de las **enteropatías**: gastroenteritis, disenterías, colitis, mixoneurosis intestinal pseudomembranosa crónica; plexitis celíaca; algia sintomática o dolor angiosimpático de la encrucijada ileohipogástrica; lesiones anxiales y el parasitismo intestinal, principalmente el producido por los cestodos, nematodos-anquilostomas, **anguilula** intestinal, tricocéfalos, oxiuros, y trematodos - bilharzia **haematobia**; las adherencias postoperatorias; diverticulosis intestinal, etc., originan el abdomen derecho doloroso.,

También lo da, y esto viene a aumentar nuestra confusión, la reciente teoría de Félix Ramond y Distrescu Popovicio. Para estos autores, el ciego y el apéndice, y en un menor grado el colon ascendente, serían órganos de excreción; han comprobado se eliminan por sus mucosas ciertas soluciones; el hierro, mercurio, cobre, bismuto y calcio; el azul de metileno. el diplococo, agente — según Rosenow — de la colitis ulcerosa crónica, y gran número de microbios; toxinas diftéricas y las orgánicas (caso de tiflocolitis urémica); los compuestos orgánicos normales, como la bilis y sus derivados biliverdina, que colorean la mucosa cecal, y sus productos derivados se encuentran en las heces aún

en los casos de obstrucción más completa.

Pasada rápida revista a la gran mayoría de los procesos que originan el hemiabdomen derecho doloroso, he de referirme aun proceso abdominal, poco descrito en la bibliografía médica y al que nosotros concedemos capital importancia.

Acuden con moderada frecuencia — 4 a 8 por 100 en nuestra casuística — a nuestras consultas, enfermos indistintamente de los dos sexos, cuya historia es la siguiente:

Constitución fisiológica normal o hábito orgánico del tipo Stiller, y en las dos formas constante y notable deficiencia del peso en relación con su talla, y cansancio o flojedad general. Presentan estos enfermos la sintomatología correspondiente a su -atonía intestinal y estasis cecal más o menos acentuado, anorexia, astenia, depresión nerviosa o irritabilidad neuropática; lengua pastosa, aliento fétido, tinte terroso, producido por la toxemia; pequeño estado febril, ligeramente acentuado a la caída de la tarde con el ejercicio y la menstruación; labilidad vasomotora con piel seca e intensa reacción sudoral en relación directa con el ligero estado febril; ptosis visceral; estreñimiento, que de tarde en tarde alterna con escasas deposiciones — dos o tres — sin moco, sin sangre reducida y cíe!

tipo de las heces de la dispepsia fermentativa. Dolor discreto en todo el abdomen acentuado por la exploración manual en la región ceco-apendicular — en la que se encuentra, por atonía y dilatación, bazuqueos. — S iliaca contracturada. En algún caso de enfermo con este aparatoso cuadro sintomático he observado la no existencia de febrícula y excelente >estado de nutrición, y sin embargo, acusadas manifestaciones de lúes hereditaria con reacción serológica positiva. Los enfermos en los que se aprecia este fondo general descrito presentan además v con singular realce, una sintomatología particular idéntica a los siguientes procesos

Al *ulcus gástrico* o *duodena*., con su clásica triada diagnóstica característica, con bazuqueo a la seis o siete horas de comida poco copio con desaparición de sus molestias, con el vómito de retención, con Meyer y Weber positivos en el jugo gástrico y con quimismo normal o ligera hipocidez.

Otras veces con intensa sintomatología apendicular y para apendicular.

Simulan muchas veces *colecistitis* no *calculosas* crónicas o la tríada constituida por *apendicitis*, *colecistitis* y *perivisceritis*. Al establecer adherencias *infradiaphragmáticas*. comprimir *duodeno* por débalo del *colédoco*, es-

tenosando las vías biliares extrahepáticas. o formar adherencias alrededor de la vesícula, dan lugar a estasis biliar, dolor en el compartimiento superior o encrucijada infrahepática — con los puntos dolorosos irradiados de la coledocistitis, producidos por irritación del plexo **-solar**, - y a cólicos biliosos que nos harán fundadamente pensar en una litiasis biliar, o en vesícula tipo Strawberry.

Las adherencias en peritoneo, epiplón e intestino delgado, produciendo en periodo más avanzado, ulceraciones en la serosa "intestinal, hacen simular los procesos enteropáticos.

Además, en el estómago, y alguna vez en duodeno, se producen Ulceras **retráctiles** en la capa serosa, de etiología diferente a la enfermedad de Cruveilhier. Estas úlceras serosas, tan diferentes de la enfermedad de **Cruveilhier**, solas o acompañadas de adherencias, hacen desarrollar un cuadro clínico de sintomatología tan similar con esta enfermedad, que puede afirmarse son los dos procesos de individualización clínica más difícil. La colecistitis y los procesos de la fosa ilíaca derecha, que a tanta confusión, ya clásica en los libros, se presta con el *ulcus gastroduodenal*, y más coexistiendo juntos,

son de diagnóstico diferencial más factible y sensible.

Estos enfermos, que sufren el triste éxodo o peregrinación por los hospitales de los enfermos crónicos o neuróticos, hacen archivar su historia con el apellido de las diversas enfermedades mencionadas, algunos, y al encontrarles discretas lesiones hiliares—tan frecuentes en los organismos fisiológicamente normales, — con el de febrícula pulmonar; tenemos bastantes ejemplos. *Y en realidad padecen tuberculosis abdominal larvada.*

El laboratorio y radioscopia son auxiliares indiscutibles para el diagnóstico.

El tratamiento debe ser quirúrgico cuando las laceraciones serosas o las adherencias han originado estenosis, debiendo entonces hacerse la ablación de los órganos enfermos: apéndice biliar, enterostomía, gastroenterostomosis y liberación de adherencias; a este tratamiento seguirá el médico - climatológico-alimenticio: sobrealimentación, reposo, aereación, helioterapia, *luz ultravioleta*, tratamiento por la insulina, caseína, lipoides, sales de oro e inyecciones tónicas

(Del Día Médico) Buenos Aires

Los grandes centros científicos y humanitarios

El Instituto Pasteur

Desde Pasteur hasta Calmette y Roux. — Orígenes de esta gran Institución. — Cuatro laboratorios al principio, sesenta y ocho hoy. — Una obra de la filantropía universal. — Descubrimientos allí obtenidos. — Su aporte al progreso de la Bacteriología.

El edificio de la rue Dutot

París, 1934. — La muerte de dos grandes hombres de ciencia, Emile Roux y Albert Calmette, ha suministrado a millares de parisienses ocasión para una piadosa peregrinación hacia una calle excéntrica y tranquila en la que han podido visitar una ilustre mansión de la cual, en breves momentos, no han podido apreciar sino su aspecto superficial y, dadas las circunstancias, inhabitual. Y allí se han inclinado a la vez ante los féretros de dos grandes desaparecidos y delante de la **cripta** donde reposa Pasteur. Pero ¿cuántos de entre ellos saben exactamente el trabajo que se efectúa en este establecimiento cuyo nombre es **universal**; cómo funciona este conjunto de servicios tan diversos reunidos bajo una misma disciplina y cobi-

jados bajo el nombre de aquel que fue uno de los más grandes hombres que jamás hayan existido? ¿Cuántos se acuerdan todavía de los designios que fueron la base de esta creación? Cuarenta y cinco años después de fundado el Instituto Pasteur, quizás no sea superfluo resumir su historia y exponer la obra que allí se ha desarrollado.

.Orígenes del Instituto Pasteur.

Al día siguiente del en que Pasteur anunció a la Academia de Ciencias los primeros **éxitos** obtenidos en la vacunación contra la rabia, recibió algunas donaciones provenientes de personas que quisieron facilitar la organización de un servicio para la aplicación de este **maravilloso** método. El total era notoriamente insuficiente. El 7 de marzo de 1886, la Academia de Ciencias emitió el voto de que fuera creado en París un establecimiento para ese objeto, que habría de recibir el nombre de Instituto Pasteur. Los fondos debían provenir de una suscripción **internacional** cuyo éxito se encontraba seguro, dada la repercusión entusiasta **que el** descubrimiento había tenido en el mundo entero. El dinero, en " ~*o, afluyó' de todas partes. "Se adquirió en la Calle Dutot—

dice R. Valery-Radot, en Vaugirard—, un terreno de 11,000 metros, aislado, rodeado de jardines. Allí se elevó presto una construcción que sería donde las doctrinas y los métodos pasteurianos —que se habían revelado ricos de un porvenir fecundo para la salud de la humanidad—, serían a la vez proseguidos y aplicados. No se sabía entonces todas las posibilidades que era posible apercibir de estas investigaciones. Se trataba, en principio, de dar a Pasteur el medio de continuar su obra, iniciada en el incomodo laboratorio de la Escuela Normal, y amplificarla.

los cinco sucesores de Pasteur-

En realidad, Pasteur penetraba en el edificio de la rue Du-tot ya agobiado por los años. Eran sus colaboradores, sus discípulos, a quienes incumbía la misión de recoger de sus manos ya débiles la tea luminosa que no debía ya extinguirse, sino antes bien, avanzar cada vez más viva por las vías, entonces insospechadas, que el gran sabio había abierto. Esta primera falange contaba cinco sabios, de los cuales acabamos de hacer los honores fúnebres al último sobreviviente. En la nueva casa, Duclaux estaría encargado de enseñar la química biológica; Roux seguiría un curso de mi-

crobiología técnica; Chamberland dirigía el servicio de la vacuna contra el carbunco; Metchnikoff tendría la dirección de los laboratorios de investigación; a Grancher se confió el tratamiento de la rabia.

La subscripción internacional había suministrado más de dos millones y medio de francos (alrededor de trece millones de hoy). Los gastos hubieron de ascender, una vez terminado los trabajos, a un millón y medio. El Instituto viviría al principio de la renta del sobrante y, más tarde, además, de la venta de vacunas. Se contaba, además, con otros legados y donaciones. Sadi Carnot, Presidente de Francia, inauguró el Instituto el 14 de noviembre de 1886.

Dependencias del Instituto en París

Cuatro laboratorios al principio, sesenta y ocho hoy, dan idea del desarrollo que ha alcanzado el Instituto Pasteur desde su fundación. Sesenta jefes de servicio, de los que la mitad más o menos llevan el título de Profesores, todo un mundo de alumnos, tal es actualmente el personal. Se comprende bien que toda esa multitud no puede trabajar en el edificio primitivo. A éste se han venido agregando numerosos anexos.

de los que algunos por sí solos tienen una importancia considerable. El descubrimiento de las seroterapias por Roux ha necesitado especialmente el establecimiento, en Garches, de establos o pesebreras para los caballos suministradores del sue-ro (actualmente cuatrocientos), y de vastos laboratorios. En París mismo, la munificencia de la Baronesa de Hirsch permitió elevar al otro lado de la Calle Dutot vastos establecimientos destinados a la química biológica. En Brie-Comte-Robert, se ha creado una estación para el estudio microbiológico del suelo. Sin embargo, en el Instituto propiamente dicho, es a Mmo. Lebaudy que se debe la creación del hospital adjunto q', elevado con la sola condición de q' su nombre no fuera mencionado para nada; sólo se puso después de su muerte. Hospital de un género particular, reservado para los enfermos infecciosos, donde los afligidos pueden ser cuidados en departamentos aislados, aunque fácilmente vigilaba-. Es allí, en el último departamento de uno de los pabellones, donde habitó por espacio de veinte años Emile Roux, y fué allí donde murió hace poco. En fin, los laboratorios consagrados netamente al estudio de la tuberculosis y de su prevención posible, inaugurados en 1932, han venido a completar un con-

junto verdaderamente imponente.

Dependencias del Instituto en el mundo

Pero el Instituto Pasteur no está solamente en París. La necesidad de combatir en nuestras colonias las infecciones de todo orden que afectan a los indígenas, y de hacer aprovechar c. éstos los descubrimientos más recientes, el lugar considerable que ha tomado la patología exótica en nuestras preocupaciones., los estudios apasionados y fructuosos a que ésta ha dado lugar, han provocado la creación de laboratorios pasteurianos en todas partes del mundo. Algunos de entre ellos han alcanzado tal importancia que puede considerárseles como verdaderas colmenas "filiales" desprendidas de la colmena-madre. Estos filiales funcionan en Saigon. Nha-Trang, Brazzaville Túnez. Argel, Dakar, Madagascar. Han sido autorizados también para usar el nombre de Instituto Pasteur establecimientos similares creados en Atenas, Constantinopla y Teherán. No existe en Francia sino un instituto filial del de París y está en Lille, fundado y dirigido" largo tiempo por Calmette.

Principales descubrimientos obtenidos

Hacer un balance de los descubrimientos emanados del In?-

tituto Pasteur, es tarea larga para un artículo periodístico. Desde la apertura de **sus** laboratorios, de todas partes del mundo multitud de estudiosos quisieron venir a trabajar allí para iniciarse en los nuevos métodos, en las técnicas rigurosas? necesarias para hacer progresar esta ciencia que abría perspectiva tan seductora y para que todos los hombres pudieran aprovecharse de sus aplicaciones prácticas. Si en el campo abierto por el genio de un gran francés muchos descubrimientos llevan nombres extranjero, no puede desconocerse que ellos son resultado de las ideas y los métodos pasteurianos y que a menudo sus autores han trabajado en la Rué Dutot o que en todo caso han sido inspirados por lo que allí se hace o se enseña. Así, es a Pasteur y a sus discípulos que se debe el que la humanidad haya podido llevar a buen fin, en muchos casos, la lucha contra muchas mortales enfermedades. Las infecciones **puerperales y quirúrgicas** han sido vencidas, la antisepsia y luego la asepsia se han hecho positivas, la victoria sobre el **carbunco**, el cólera de las aves, la rabia, no fueron sino un debut, tan triunfal como fuera. El campo de las infecciones se manifestó vasto y toda infección podía y debía ser combatida como lo habían sido las primeras es-

tudiadas. Luego fueron la **difteria** y el tétanos, pero después, ¡cuántas otras! Si se poseen hoy

medios eficaces contra la peste, la meningitis **cerebro-espinal**, la fiebre tifoidea; si se vislumbra el día en que la tuberculosis sea vencida, si progresos seductores se han alcanzado en el tratamiento de la fiebre amarilla, del cólera, aun del envenenamiento, se debe a los herederos del pensamiento y a los difusores métodos de **Pasteur**. Un gran número de estas novedades ha salido directamente de los laboratorios de la Calle Dutot; los otros han emanado indirectamente. Y no hago hincapié, a pesar de su importancia, en los estudios de química biológica allí efectuados, de los descubrimientos hechos en el campo de los fermentos, en las enfermedades veterinarias, en las **ases** científicas de la agricultura. Conjunto impresionante, de una diversidad inaudita pero cimentada por una esperanza común: la salvaguardia del hombre contra la enfermedad.

Si consideramos que se continúe buscando, estudiando e investigando en la Rué Dutot. comprenderemos que estamos lejos de haber agotado los temas que sobre estas cuestiones se entablan. El mundo que **Pasteur** nos ha revelado se muestra **ca-** vez de una amplitud más fantástica. La enfermedad está

siempre y en todas partes amenazante y guarda todavía la mayoría de sus secretos. No hemos llegado aún al límite del mundo de los seres infinitamente pequeños y de estudio de sus daños. La ciencia moderna, con las investigaciones sobre las reacciones del organismo ante los agentes de la muerte, plantea problemas nuevos que seguramente no veremos nosotros resueltos. La naturaleza está muy lejos de haberse despojado de sus velos.

El anhelo de los pasteurianos

Así se explica la multiplicación de las dependencias de que consta el Instituto y del gran número de investigadores que en él trabajan. Para cada una de las enfermedades infecciosas que hemos enumerado y para muchas cuyos estudios apenas empiezan, ha sido necesario crear instalaciones escoger e instruir especialistas susceptibles de hacer progresar el conocimiento o de perfeccionar las armas combatidas. Existe un servicio de rabia, como otro de tuberculosis, de cólera, de sífilis, de fermentos, etc. Cada servicio con su laboratorio especial. Pero, además, funcionan los laboratorios de química y física biológica, de microbiología general, de entomología que son la base de majestuosos edificios; cié

protección humana. Por todas partes se lucha por disipar la oscuridad que aún persiste en muchos puntos. Y se fabrican remedios salvadores o preservativos, sueros y vacunas que constituyen solamente algunos de los más conocidos entre los frutos de este trabajo ininterumpido. Existe allí un ansia de descubrimientos, labor delicada, minuciosa, hasta peligrosa, siempre apasionante, que no podríamos describir mejor que transcribiendo algunas líneas del lamento Calmette:

"El aislamiento y el cultivo de los microbios a los que se debe, las peores enfermedades contagiosas; los ensayos multiplicados de inoculación a los animales para la conservación, el reforzamiento o atenuación de la virulencia; las tentativas de toda clase para obtener nuevos sueros y nuevas vacunas; las alternativas de esperanza o de desfallecimiento; las profundas alegrías que proporciona un hallazgo insospechoso y cuyas consecuencias no se apreciarían si no más tarde; la disciplina rigurosa que se impone para controlar los hechos experimentales que se cree haber observado bien; las discusiones y las críticas que se provocan entre los colegas a propósito de una experiencia; la satisfacción intensa que se experimenta cuando habiéndose triunfado en to-

das las pruebas, es decidida la comunicación a los sabios franceses y extranjeros... tal es lo que constituye el trabajo de los pasteurianos.

*El Instituto Pasteur,
centro docente*

Pero al lado de esta investigación incesante, el Instituto Pasteur, fiel al pensamiento de quienes lo crearon, es también un centro de enseñanza en el que estudiantes de todos los países del mundo continúan recibiendo sus beneficios. Lecciones de microbiología, por ejemplo, y trabajos prácticos reúnen alumnos de toda edad y de todo origen. La Casa Pasteur expande aún la buena palabra, la que tuvo por origen el genio del Maestro.

Agreguemos la preparación de vacunas y de sueros, cuidado material quizás, pero que exige una vigilancia constante por parte de sabios expertos. No olvidemos las misiones que se despachan para los diversos lugares del globo donde ha aparecido un flagelo, con el fin de estudiarlo sobre el terreno, evitar su propagación y extraer deducciones en lo posible. En resumen, el Instituto Pasteur se ha convertido en un centro de estudio universal de la biología normal y especialmente patológica, a que nada perma-

nece extraño y que tiene nexos con la ciencia general de la vida y de la preservación de los hombres.

Acaba el Instituto de perder 'un jefe admirado y venerado y, al mismo tiempo, al que éste había designado para sucederle. Deseamos que el que ocupe e. e alto sitial tenga condiciones semejantes que los que le han precedido. Y al Instituto "eme continúe con gran **espíritu** científico la obra grande y noble hasta ahora efectuada.

El Instituto Pasteur está administrado por un consejo de doce miembros, de los cuales, salvo el Director, ninguno forma parte del personal del establecimiento. El Presidente actual es M. Lacroix, Secretario Perpetuo de la Academia de Ciencias; el Vicepresidente, M. Villard, de la Academia de Medicina; el Secretario General M. Pasteur **Valery-Radot**, Profesor agregado a la Facultad de Medicina; Tesorero, M. Laclainche, de **la Academia** de Ciencias. Una asamblea de treinta miembros se ocupa de las cuestiones financieras. El Instituto Pasteur funciona gracias a la venta, de sueros y vacunas y algunos legados que ha recibido de los que el principal fué el de M. Osiris, que se elevó a una veintena de millonea

Doctor Henri BOUQUET.

LA ENFERMEDAD DE SUERO

Por el Dr. Julio Martinico

En el uso de Seroterapia cada **médico debe** tener siempre presente este precepto fundamental claro y preciso: cada sujeto sometido a la Seroterapia puede estar en anafilaxia con-genita o adquirida y reacelonar **por lo tanto** con enferme -ad del Suero.

El Síndrome puede presentarse después de la 1* inyección o después de reinyecciones, siendo más grave en el segundo caso.— Por eso es necesario no abusar de las inyecciones de suero a título preventivo. Cada inyección de suero puede tomar una anfilaxia a la siguiente cuando entre una y otra han transcurrido varios días; cuando mayor es el intervalo entre las inyecciones, tanto mayor es la sensibilidad reactiva y más intensa y rápida la 'aparición de la fenomenología.

Entre los sueros es el fresco que provoca más fácilmente la enfermedad y parece que el proveniente del v no la origina menos que el del caballo, Krans aconseja efectuar la se-ro-profilaxia o la inyección con suero vacuno y las siguientes con suero de caballo.

Se deben tener presentes estas precauciones:

10 Usar sueros estacionados, concentrados, purificados.

20 Usar el método de Besredka.

3f Suministrar una dosis de un gramo de cloruro de calcio y repetir las dos horas después.

Han sido empleados también el extracto Supra-renal, el lactato de calcio, peptona inyectable pancreatina, — Vincent ha obtenido resultados brillantes con el siguiente método ."Al aparecer la primera manifestación de la enfermedad del suero, se hace tomar al enfermo primero cada hora y luego cada dos horas, una cucharada de sopa de una poción conteniendo Salicilato de sodio y benzoato de sodio a. a. 6 Grs. exipiente 2GÜ diluyendo cada dosis en una decocción caliente y asegurando previamente el funcionamiento del riñón".

Bersedka dice que los narcóticos (éter, cloruro de etilo) impiden los fenómenos anafiláticos.

M. C. V.

Sobre el diagnóstico auscultorio de las cavidades patológicas en el vértice pulmonar

Por el Dr. Ernesto VALHARD

Los estadios de comienzo de la tuberculosis especialmente el infiltrado precoz, son muy **raramente** diagnosticados **sin** radiografía y la tuberculosis avanzada **puede** ser juzgada de manera más simple y segura frente a una radiografía que es base a los datos de investigación clínica.

Solo que se olvida demasiado a menudo que también una **radiografía** puede no mostrar alteraciones del tejido pulmonar en algunos casos éstas son percibidas por la Auscultación.—Esto se **aplica** especialmente a las cavidades del vértice — El diagnóstico auscultativo de las cavidades apicales es relativamente fácil. — Una minuciosa auscultación puede revelar una caverna antes que la radiografía *per-mita* descubrirla

La mayor importancia del diagnóstico **auscultatorio** **corresponde** a aquellos casos en los que la radiografía no revela nada. — Las cavernas pueden ser antiguas y estar ocultas por un **proceso** de esclerosis o ser iniciales.

Mientras que en los libros se describen minuciosamente los fenómenos de la modificación

de los sonidos, que son raros, no se menciona el síntoma más importante de ICA cavidades del vértice, que es la presencia de rales de burbujas **medianas** y grandes que pueden percibirse casi sobre toda cavidad del vértice y que **son** el testimonio de una caverna **patológica** de esta **región**.

Varias veces hemos comprobado que estos rales de burbujas grandes y medianas son más elocuentes que la radiología. — A menudo la cavidad puede acuitarse a los rayos por la existencia de paqui-pleuritis. — La misma importancia que la auscultación tiene para el diagnóstico precoz de las cavidades del vértice, la tiene para el juicio sobre la curación de una caverna. — A menudo muchas cavidades *que* se consideran como curadas solo porque son invisibles radiológicamente, no lo están en realidad, pudiendo ser diagnosticadas si se tomasen más en cuenta los rales de burbujas medianas y grandes que revelan su presencia.

M. C. V.

Breve introducción a la entomología médica

Por el Dr. E. MARTIN

Jefe de la Sección de Entomología Médica del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo

Es conocida la importancia de los insectos como agentes propagadores de enfermedades. En definitiva, sobre la ruta de la investigación ejerce mayor influencia la realidad que todos los postulados teóricos; de aquí que se hayan escrito tantos trabajos aislados y tantas obras de conjunto sobre entomología médica. Excusado es decir que el médico está obligado a conocer algo de ello. Está obligado, en primer término, a conocer los más importantes de los insectos objeto de estas obras de conjunto, tarea nada fácil. Ya Swellengrebel y Patton son prueba de que el médico puede llegar a conocerles; pero, eso sí, en caso de que sea también entomólogo. Sólo haciéndose entomólogo llegará a reconocerlos con seguridad, y aún de serlo es posible que sólo tenga la absoluta seguridad dentro de algunos pocos grupos.

Morfología sistemática. — En muchos tratados de entomología médica se da la mayor importancia a la morfología sistemática de los insectos, cuan-

do, en realidad, sólo la tiene para los entomólogos. Al médico le es mucho más esencial conocer la bionomía, o modo de vida de los insectos, reguladora de las leyes epidemiológicas. Ejemplos: la adaptación de unas y otras especies de anofeles perjudiciales a las aguas corrientes o paradas, respectivamente; la época del año a que está ligada la mayor aparición de la pulga de la peste; influencia de la temperatura corporal, normal y febril sobre el piojo; relación entre clima y mosquito de la fiebre amarilla; diferencias del modo de vida entre las garrapatas y los piojos que condicionan los caracteres epidemiológicos, juntamente opuestos en la fiebre recurrente del centro de África y la europea, etc.

Pero todo esto es de tal interés que nos llevaría por sí solo y sin tratarlo en todos sus detalles, a dedicarle una excesiva extensión. Fácil es comprender por qué renunciamos a ello.

Claro es que el médico debe tener también alguna noción de sistemática de los insectos. No puede ser que confunda un ácaro con un piojo, o una avispa con un mosquito de la malaria, y, sin embargo, estos ejemplos.

que quizás aparezcan fabulosos se repiten en la práctica. Hay mucha gente culta, no médica que con gran interés ha leído y llegado a conocer algo de esas curiosas relaciones entre insectos y epidemias, ante las que, no raras veces, el médico tiene ocasión de averiguarse si cae en una confusión de las mencionadas, o si ante un *Argas* aparece en la desorientación más absoluta. Las cosas se simplifican en caso de que el parásito sea monófago; el modo de hallazgo nos facilitará su reconocimiento.

Piojos. — Un ejemplo: el piojo del hombre: si vive extendido por los pelos del cuerpo, es la ladilla; de habitar principalmente en la cabeza, será el piojo de la cabeza; de encontrarlo en las ropas, estamos ante el piojo de los vestidos; un piojo encontrado en un animal puede darse, sin más ni menos, por descontado, que no es humano. Para establecer estas afirmaciones no precisamos ningún otro dato. Lo más importante aquí es saber cómo debemos buscarlos. Un sujeto puede estar atormentado por los piojos, y, sin embargo, no haber encontrado ninguno aún. En el tejido de su ropa interior es difícil verlos.

Más importancia tiene para saber de su existencia, el hallazgo de las defecaciones. La picadura del piojo deja como un punto, generalmente "pequeño, más o menos rojo azulado, según el tiempo transcurrido, y carente de la mancha hemorrágica roja intensa determinada por la picadura de pulga. La defecación se reconoce por una pequeñísima formación, como sarta de perlas, negrísima. Encontramos en el cuerpo uno de dichos indicios, y habrá que buscar el piojo en el tejido de la ropa interior, suprayacente. Es así como daremos con él. Se han dado ya confusiones entre piojos, jóvenes y ácaros. Más adelante se describen unos y otros.

Chinches.—Igual que los piojos, también es muy sencilla la distinción de las chinches, los cuales son miembros del suborden *Heteróptero*. Si se encuentran en la cama o en la habitación, hay que suponer que es *Cimex rotundatus* o *lectularius*. A veces aparecen chinches muy semejantes, que viven habitualmente en pájaros y murciélagos; pero sabiendo que la plaga de chinches pudiera proceder de emigración de un próximo nido de pájaros o madriguera de murciélagos, se sabe todo lo necesario. La chinche casera pudiera ser confundida por su tamaño y forma con ciertas ga

rrapatas, por ejemplo, con un *Argas*, como el piojo con el acaro; pero un *Argas* es grisáceo y tiene, como el acaro, ocho patas, mientras que la chinche es parda, y ella y el piojo, como dotos los insectos, tienen seis patas. El *Argas* y el acaro son *Arácnidos*, y por ello poseen ocho patas, como todos los arácnidos. Nuestras chinches indígenas es imposible confundirlas con los otros tres *Heterópteros* importantes, las especies de *Triatomas* (llamadas anteriormente *Conorrhinus*) de la América tropical; los *triatomas* son mucho mayores, y muestran una exaltada coloración. Los *triatomas* poseen también alas. En los *Heterópteros* o chinches, en sentido más amplio, las alas están generalmente de tal modo superpuestas, que forman con el protórax cinco campos: tres impares, constituidos por el protórax y la parte pelicular de las alas, situada sobre el abdomen; el par restante lo forman las porciones basales de las alas anteriores emanadas de ambos lados. Por estos cinco campos se reconoce la mayor parte de los *Heterópteros*; sólo precisa comprobar la presencia de la trompa perforada, sin palpes maxilares, en la cara inferior.

En contraste con las de las chinches, en los *triatomas* aparece en ambos lados una zona rayada transversalmente. Son

las partes laterales del abdomen, no cubiertas por las alas, y por esa razón bien desarrolladas. Estas partes laterales apenas son manifiestas en las chinches de otras familias. El nombre de *Conorrhinus* alude a que el rostro sobresale, a modo de una nariz entre los dos ojos, y ello es muy característico del género. Para formarse una idea de la estructura de un insecto, haremos un esbozo de la de un triatoma.

Hay una cabeza, un tórax y un abdomen. En la cabeza un par de ojos grandes en faceta, tres ojos frontales pequeñísimos, un par de antenas, una trompa, que consta de las partes bucales siguientes: un **par** de mandíbulas y otro de maxilas; un labio superior y un labio inferior, ambos impares, y palpos del labio inferior. Hipofaringe y palpos, faltan. El tórax sustenta dos alas anteriores en el mesotórax y dos alas posteriores en el metatórax. Cada uno de los tres segmentos torácicos protórax mesotórax y metatórax posee un par de patas. Una pata consta de coxal o cadera, trocánter, muslo o fémur, tibia y tarso. El tarso lo forman tres miembros, llamados *tarsalies* su extremo hay garras (en otros heterópteros, a veces también lóbulos prehensores). Lateralmente, entre el protórax y mesotórax y metató-

rax, vemos los estigmas anteriores y posteriores del tórax, que son los orificios exteriores del aparato respiratorio. En el abdomen percibimos claramente segmentos, cada uno de los cuales está formado por una placa dorsal gruesa (**tergita**) y otra ventral (esternita). La placa dorsal es blanda, por estar debajo las partes duras de la.-- alas. En el abdomen **encontró**nos siete pares de orificios respiratorios. El ano aboca en el extremo posterior; inmediatamente, por debajo de él vamos en el adulto, los **orificios** genitales.

Un *Argasino* no muestra una tal segmentación. Su cuerpo es como correoso e insegmentado. Por esto le distinguimos **fácilmente** de un Ixodino, **pues** un éste ya podemos apreciar claramente una pequeña cabeza con piezas chupadoras, y sobre su cuerpo oval percibimos, hacia adelante, un escudo que en los machos lo cubre en una mayor o menor extensión. En los *argasinos*, la cabeza y las piezas bucales se perciben en la cara inferior. Como los ixodinos. los *argasinos* están muy lejanos de las chinches en el sistema, pues son arácnidos; pero la bionomía de los *Argas* es muy semejante a la de las chinches. Los *argasinos* como las chinches, permanecen ocultos en sus guaridas durante el día; los ixodi-

nos se perciben cuando, al desnudarse, se les ve chupando en el cuerpo y también libres, arastrándose por los vestidos.

Pulgas.—La estructura de una pulga es muy complicada. Su aspecto es bien conocido. Pero no todo insecto que salte es una pulga, ni aún cuando sea pequeña y oscuro. El animal no debe mostrar ningún resto de alas, ni de élitros, debe poseer un tarso con cinco segmentos, aparato bucal picador, y, además, será aplanado tiansversalmente, y presentará pelos o cepillo de púas, dirigidas hacia atrás. Estas púas son muy importantes para la determinación de las especies. Las cosas se simplifican si tenemos en cuenta que sólo entran en nuestra consideración las pulgas que encontramos en el hombre y en las ratas; con esto nos ponemos en contacto también con los más importantes de los animales domésticos: con las del perro, gato, cerdo, ratas y gallinas. Nuestros rumiantes y caballos carecen de una pulga específica. De existir los ya mencionados cepillos en la frente y en el protórax, estamos ante una pulga del gato o del perro, ante un *Cenocephalus*; de existir solamente en el protoráx se tratará tan sólo de un individuo del género *Ceratohyllus*, de una casi inofensiva pulga, perteneciente a los roedores o a las aves. Si

existen dichos cepillos en el protórax y solamente dos o tres púas adelante, en la frente, se trata de pulgas de ratón, pertenecientes al género *Leptopsylla*. Sí carecen de cepillos de púas, adquieren entonces para nosotros sumo interés. De 3.ª grandes, trátase de la pulga del hombre, que con igual justiza pudiera llamarse pulga del cerdo; cuando son pequeñas, VE muy probable que estemos ante la peligrosísima pulga, de la rata,, transmisora de la peste- una *Xenopsylla*. Sin embargo, dejemos a los entomólogos la diferencia de las distintas especies de dicho género, y señalemos so-

lamente que los machos de pulgas son siempre más pequeños que las hembras.

Las larvas de las pulgas son como gusanitos, muy semejantes a las larvas de las moscas. pero poseen una cabeza perfectamente desarrollada- Viven en el polvo de detritus orgánicos, en las viviendas humanas o en los nidos de los animales. La pulga ofrece una completa metamorfosis (estadio de huevo, de larva, de ninfa y del adulto).

Las chinches, los piojos, las garrapatas, las cucarachas, no presentan una metamorfosis completa. Jovenos y adultos son semejantes, y presentan, en ras-

g-os generales, idéntico modo de vida.

Dípteros.—Entremos ahora en el grupo de insectos aun más importante para el médico: los *Dípteros*. A este grupo pertenecen los anofeles y el mosquito de la fiebre amarilla, que están incluidos en la familia *Culicidae*; los *Phlebotomus* (familia *Psychodidae*) transmisores de las leishmaniasis y fiebre papatasí; los *Simulidae*, transmisores de *Onchocera*; *Mansonia* y *Culex*, que son otros miembros de la familia *Culicidae*, de las filarias. A los dípteros pertenecen también *Chrysops*, de la familia *Tabanidae*, y *Ceratopogon*, de las *Chironomidae*. Por último, al grupo de los dípteros pertenecen también las *Glossinae*, transmisoras de la enfermedad del sueño, y la mosca doméstica y la picadora, incluidas todas ellas en la familia *Muscidae*.

¿Y ahora? ¿Qué es lo que significa *Muscidae*? ¿Qué es familia. Para adquirir una idea de conjunto de lo abundantemente existente, hace falta ordenar. L?. zoología ordena por semejanzas de forma. Los animales, entre los cuáles creemos que existe, o puede aparecer, afinidad de parentesco (hermanos, macho y hembra), los consideramos como pertenecientes a la misma especie. Por semejanzas ordenamos después también las especies en géneros en subfami-

lias, éstas en familias, etc. La zoología ha dado reglas que rigen la nomenclatura de los grupos inferiores. Así, el nombre de la familia se forma haciendo terminar en *idae* al del género tipo; la subfamilia en *inae*. Entre subfamilia y género hay las tribus con terminación en *ini*, y las subtribus, con terminación en *ines*, como escalones intermedios. Con esto, el nombre sólo nos permite ya emitir un juicio. Al decir *Anophelinae*, doy a este grupo el valor de subfamilia, así como el de *Corethrinae*; pero éstos son fundamentalmente más distintos de los mosquitos picadores restantes, que los *Anopheles*, pues los *Corethrinae* no pican, y, por tanto, no chupan sangre. Por tanto, no es correcto decir subfamilia *Anophelinae*, y sí tribu *Anophelini*. Con esto, con esta diferencia esencial entre *Culicinae* y *Corethrinae*, entramos de nuevo en los rasgos morfológicos de los insectos de mayor interés, pues el hecho fisiológico de extraer sangre condiciona la arquitectura de las piezas bucales.

Un díptero es un insecto con un solo par de alas.

Mosquito.— Un mosquito picador (*Culicidae*). es para un médico un díptero alado con seis patas, como todos los insectos, y una trompa larga, más larga que el segmento torácico,

Los *Dixinae* y *Corethrinae*, carentes de este último rasgo, son incluidos por el zoólogo, sin embargo, en los *Culicidae*; más las alas de los *Culicidae* muestran en sus nervios escamas o vello-sidades, y por ellas pueden diferenciarse de otros dípteros no *Culicidae*, que presentan forma y tamaño idénticos, pero que no extraen sangre.

También hay que conocer el *Stegomyia fasciata* (*Aedes aegypti*) y los anofeles; pero generalmente se deja a los entomólogos la diferenciación de los machos, porque requiere métodos especiales. Los machos de los *Culicidae*, *Phlebotomus*, *Simulidea*, *Ceratopogonini*, *Tabanidae*, no pican. En los *Culicidae* y *Ceratopogoninae*, los machos se distinguen de las hembras por las antenas plumiformes. Las *Stegomyia* hembra; las reconocemos por los conos palpos y por un dibujo como una Jira plateada con los cuerdas doradas en el torax. blancas manchas de escamas en el escu-

telo y en los lados del **abdomen**, y unos anillos blancos sobre el fondo negro en las patas; las hembras de *Anopheles* **por** los palpos de igual longitud **que** la trompa.

Las alas de los mosquitos picadores muestran una innervación relativamente; bien acusada. Una nervadura marginal rodea al ala por completo. Cada nervio posee un nombre particular, pero no es preciso entrar en estos detalles. El tórax es aproximadamente, como el mesotórax de los otros insectos.

Hay un escudo (*scutum*) anterior, al grande, al que se designa impropriamente como dorso. A éste se incluye un escudete (*scutellum*), que en los anofeles es redondo y en los otros mosquitos picadores **tribular**; importante dato cuyo valor es aún mayor cuando trabajamos con material desbaratado pues por el escutelo se puede reconocer la cantidad de anofeles **existentes**. Muy útil es saber cómo se comporta el mosquito al

asentar sobre un objeto; los anófeles presentan la trompa en una línea prolongación del eje del abdomen; en los culicinos la línea prolongación del abdomen en forma con la trompa un **áren-lo**. Esta es la diferencia que el **práctico** utiliza.

De no pretender ser especialistas hay que dejar a éstos la diferenciación de las especies de anófeles. Sólo **¿í**, hay que conocer las larvas de *Anopheles* de las de *Culicini* por la falta de sifón respiratorio en el octavo segmento abdominal, y por su posición horizontal debajo de la superficie del agua.

Flebótomos. — Los flebótomos poseen también una potente trompa chupadora; pero no es tan larga como el tórax. Los flebótomos son pequeños, a lo sumo miden unos 2.5 mm, y tienen cuerpo y alas muy vellosos. Por estos largos pelos se **diferencian** de otros pequeños **insec-tos** picadores, tal como *Ceratopogoninae* y *Simulidae*. En la naturaleza las distinguimos también por su tendencia a saltar de lado y por sus alas **se-mienhíestas**. La trompa de los pequeños *Simulidae* y *Ceratopogoninae* es muy corta y a lo sumo presentan las alas finamente pilosas. Un simulio no sobrepasa 3 a 4 mm. Las antenas son cortas y gruesas. Los ceratopogoninos, cuyo tamaño puede ser tan pequeño como el de un gra-

no de arena, presentan antenas largas, como un fino hilo, y pilosas; en el cúmulo de especies pequeñas de moscas y mosquitos es difícil de distinguirlos, pero si pican, si los encontrásemos henchidos de sangre, ya salemos a qué atendernos: es un chupador de sangre. En estos insectos, su reconocimiento como chupadores de sangre es **fácil**, y por tanto también lo es la determinación de la familia a que pertenecen.

Tábanos. — **Pasemos** ahora a los *Tabanidae* y *Muscidae*. Los tabanidos son moscas potentes más potentes que los múscidos y reconocidos [fácilmente por los fuertes cepillos perforadores que presentan en la trompa picadora, y también porque la inervación marginal rodea al ala por completo, mientras que en los múscidos el nervio marginal encierra el borde posterior del ala. Entre estas moscas propiamente tales, las hay también picadoras: *Glossinae*, reconocibles por los palpos largos, y *Stomoxynae*, cuyos palpos son cortos.

Sólo aquellos que quieran ser especialistas intentarán el diagnóstico de *Musca*, *Lucilia*, *Calliphora*, y de otras moscas de las habitaciones. Lo importante es saber que pertenecen a los múscidos, las larvas de mosca productoras de grandes lesiones en la piel, nariz, oído. etc. (miiasis).

Idéntico parentesco muestran la *Dermatobia hominis*; la "moca de Berne", de América, y la *Cordylobia anthracophaga*, de África.

Los artrópodos no nos interesan solamente como chupadores de sangre o como carnívoros; también tienen gran interés como productores de venenos. No quiero citar aquí, por ser de sobra conocida, la acción tóxica ejercida por -avispas, hormigas, así como también por lo-, escorpiones, pero si que mucho exactamente deben su etiología a orugas, escarabajos o ácaros. Puesto que muchas ácaros chupan sangre o Unta, y de actuar con intensidad suficiente producen intenso picor, y otros producen igual efecto tan sólo por la excitación de sus pelos, es muy difícil formar un juicio personal. Lo más práctico es recoger y enviar ;-J entomólogo

quien los determinará más o menos exactamente y dirá también si se trata de un sustractor de sangre o de un productor de eczema ya conocido.

Ecología.— Podemos también hacer una clasificación práctica de los insectos, no desde el punto de vista de la sistemática zoológica, y sí desde el de la ecología, la cual abarcará no sólo los insectos parásitos, sino también los no parásitos. Dicha clasificación tiene tanta más razón de ser cuanto más consideramos su asociación con el hombre.

Ecología es la rama de la biología que se ocupa de las relaciones entre modo de vida y medio ambiente. Nuestra clasificación económica debe abarcar no sólo los insectos sino también una serie de formas que los zoólogos colocan entre los arácnidos. Es curioso que los a-

rácnicos perjudiquen al hombre en modo completamente paralelo a los insectos. Esto depende de que ambos están acorazados con quitina, sustancia que, análogamente a nuestro *Stratum corneum*, protege de la desecación y posibilita la vida en el aire.

La adaptación más íntima entre parásito y hospedador se da en los artrópodos ectoparásitos, los cuales viven la mayor parte de su vida o toda ella sobre el cuerpo humano. Son los insectos corporales.

Ejemplo típico de este modo de vida son los piojos, muy temidos por ser transmisores del tifo exantemático, de la fiebre recurrente y de la menos temible fiebre de cinco días (fiebre de las trincheras); parece ser, sin embargo, que sólo el piojo de los vestidos tiene importancia es capital en el desarrollo de las grandes epidemias. Artrópodos ectoparásitos típicos del **hombre***¹ son también los ácaros del género *Sarcoptes*, productores de la sarna (arador de la sarna) y los del género *Demodex*. Además de los *Sarcoptes* productores de la sarna, otros ácaros ectoparásitos de los animales pueden parasitar ocasionalmente al hombre (*Pseudoscabies*) pero este parasitismo es de corta duración porque la alimentación **30-bre** el hombre no les agrada; su interés por tanto, más bien

casuístico que práctico. Se llama monófago al animal con alimentación unilateral; por ejemplo, que sólo se alimenta con sangre humana, como la ladilla; por el contrario, polífago es el animal que tiene la alimentación más diversa; por ejemplo, la chinche, que se alimenta de sangre de toda clase de mamíferos y pájaros. Entre monofagia y polifagia hay una gama grande de casos intermedios..

2. Hay otros artrópodos que pasan la mayor parte de su vida o toda ella, en la vivienda. Son los artrópodos domésticos. Estos **artrópodos** no son nunca monófagos, sino más bien polífagos muy marcados.

Aquí están incluidas las chinches, los *Cimex*, relativamente inofensivos, y los *Triatomas*, transmisoras de la enfermedad de Chagas. También pertenecen a este grupo las pulgas humanas propiamente tales y las de los animales domésticos (perro, gato) y de la rata, que sólo en ocasiones pasan al hombre. La peste está condicionada esencialmente por la presencia de estos insectos parásitos en las habitaciones humanas. Al grupo pertenecen también los *Argas* y *Ornithodoros*, transmisores de algunas de las formas de la fiebre recurrente, y entre los no parásitos, las

cucarachas, el *Monomorium pharaonis* (hormigas muy molestas que no raras veces atormentan al recién nacido con sus mordeduras) y otros muy numerosos insectos (polilla, *Tenebrio*, etc) que carecen de importancia médica o la tienen muy ligera, porque en ocasiones sirven como hospedajes intermediarios en helmintología. Muy interesante es *Auchmeromya luteola*, de África, una especie de mosca que vive en las chozas oscuras, cuyos huevos y larvas están en la arena; por las noches las larvas deambulan en la oscuridad hasta alcanzar al durmiente, cuya sangre chupan. Pertenecen todavía a este grupo los ácaros habitantes de los

silos, graneros, despensas, agentes perjudiciales para éstos, que por acción alérgica pueden producir asma y otros trastornos.

3. Otros artrópodos no viven durante toda su vida en una sola vivienda, pero su vida transcurre alrededor de las casas, en los patios, calles, cuadras, estercoleros, basureros, pozos, -cisternas, es decir en *el* ambiente peridomésticos por esto los llámanos peridomésticos haciendo uso de un termino creado por Pittaluga.

Claro que entre los tres grupos que acabo do citar existen transiciones graduales. Otro ejemplo es la *Stegomyia (Aedes)* propagadora del dengue y fie-

bre amarilla, un caso **intermedio** típico entre insectos domésticos y peridomésticos. Muchas de **ellas** se desarrollan en la casa misma en toda clase de reservorios de agua y recipientes; en los canalones, los tubos de desagüe de lavaderos de la cocina, etc., y aquí viven toda su vida: pero otros ejemplares patán su etapa **larvaria** en las cubas de agua de lluvia, toneles, etc.. de patios y huertas o jardines, en viejos recipientes y otros objetos de desecho que pueden contener pequeñas masas de agua, cambiando muy a menudo de una vivienda a otra. 2. El transmisor dado para el kalaazar de la India, el *Phlebotomus argentipes*, pertenecen también a estos grupos de transición, puesto que puede desarrollar en los agujeros de los ratones del suelo de las casas y de las cuadras o bien fuera de ellas. Algunos *Anopheles*, en verdad no en España o Iberoamérica, pertenecen también a estos grupos intermedios, y también la *Cordylobia anthropohaga*, la mosca del botón de África, que, durante la estación húmeda, vive en **las** chozas y aquí puede poner sus huevos.

Insectos peridomésticos típicos son los *Culex pipiens* y *fatigans*, transmisores de la *Filaria bancrofti*, que sólo raras veces ponen huevos en la casa misma y si fuera de ella en cu-

bas, toneles con agua de lluvia, cisternas, hoyos y zanjas con agua de todas clases, en pilones de fuentes, es decir, en una serie de puntos inaceptables en general los últimos para la *Stegomyia*. Peridoméstico es también el *Phlébotomus pappatasii*, transmisor de la fiebre pappataci y del botón de Oriente.. Falta siempre en las modernas y limpias barriadas o poblaciones de las zonas endémicas, pero lo encontramos en seguida si en el poblado y entre las viviendas hay suciedad por despojos domésticos. Insectos peridomésticos son también algunos sumamente enojosos ceratopogoninos, habitantes en estadio larval en puntos sucios y húmedos, en patios y entre las casas. Otro insecto peridoméstico muy importante es la mosca, sobre todo la pequeña y la mosca doméstica vulgar, pero también la mosca picadora llamada *Stomochis calcitrans*. Las larvas de las moscas **viven** como es sabido, en todos los despojos orgánicos posibles, a veces en la casa misma, y entonces pueden, como insectos domésticos, vivir toda su vida en una sola casa. Ahora la *mayor* parte de las moscas de nuestras habitantes proceden generalmente de cuadras, basureros, etc., es decir, de todos -aquellos recovecos y rincones en que se acumulan despojos **orgánicos**.

No hay que olvidar que estos bichos existían ya antes de que el hombre construyera casas. Por tanto, pueden existir bajo ciertas condiciones independientes del hombre. Pero las condiciones creadas por el hombre representan tan perfectamente su ideal de vida, que por esto buscan con tanta preferencia el ambiente humano, siendo aquí muy abundantes y escaseando, por el contrario, en la naturaleza libre. Es considerable la importancia de las moscas en la propaganda de tifoidea y disentería, y probablemente también en una serie de males acusados de ser contagiosos. Insecto peridoméstico lo es también la pulga de las gallinas, que sólo ocasionalmente pasa al hombre; también la pulga de arena, *Sarcopsylla* o *Tungo*, que hace la puesta en casas y chozas, pero también en cuerdas, y hasta en el suelo arenoso de plazas y calles.

4.—Hay otro grupo de artrópodos que viven fuera del contorno doméstico, libres en la naturaleza, y que sólo ocasionalmente cuando el hombre sale de dicho contorno, entran en contacto con él.

También hay aquí transiciones. En éstas radica el enorme poder de los Anopheles más importantes para el médico. Muchos anofeles viven como adultos muy a gusto en las viviendas (habitaciones y cuerdas); pero del hecho de su abundancia en estos puntos podemos descartar que sean frecuentes y quizás aún más frecuentes en la naturaleza libre. Esto último sucede con el *Anopheles maculipennis* y sobre todo si se toman en cuenta sólo las cifras absolutas, pues si se lepara en la gran cantidad de ellos existentes en muchas habitaciones y cuerdas se llega a pensar que es un animal peridoméstico. Lo cierto es que durante

toda su juventud raras veces viven en el ambiente doméstico y sí fuera de él, en la naturaleza libre, porque no les gustan las aguas urbanas o rurales muy ensudadas por despojos orgánicos. Lo mismo que con el *A. maculipennis* sucede con otras especies de *Anopheles*.

En este grupo de transición estarían colocadas también algunas especies de *Aedes* y *Mansonia*, trasmisoras de filariasis. Muchos *Ceratogoninae* (jojenes" de la América Hispana), emigran en grandes masas de los puntos de puesta en las regiones pantanosas de la costa a la vivienda humana, que a pesar de la más fina red de mosquitos queda impropetida de estos pequesísimos dípteros. En estos grupos de transición podemos incluir también a algunas especies de escorpiones.

Típicos habitantes de la naturaleza libre, fuera del ambiente doméstico, son los ácaros pertenecientes los *Ixodmac*. El *Dermacentor*, trasmisor de la fiebre de las montañas rocosas e *Ixodes* y *Amblijoma*, que en estadios larvarios pueden atacar en masa considerable a los cazadores y pastorea y constituir una verdadera plaga para el ganado vacuno. Lo son también los ácaros rojos las larvas de especies *Trovicictila*, emboscados en la hierba y retama que perforan la piel, sobre todo la

de la pierna, y **que** transmiten "a terrible fiebre fluvial o Trutsugamushi," del Japón. Habitantes de la **naturaleza** libre son también el ejército de mosquitos *Aedes* y otros., responsables de transmitir la filariasis; las atormentadoras especies de *Psorophcra* y *Aedes* y *Mansonia*, de América; los numerosos ceratopogoninos originados en el agua y debajo de la corteza de los viejos árboles, que atacan en la naturaleza libre, y son los transmisores dados para la *Filaría perstans*, en África.

Vienen después los simúlidos, que viven en estado larvario en los arroyos y en las colecciones de agua que las inundaciones de los grandes ríos originan y transmiten la *Onchocerca*. Desprecian los lugares cubiertos y cielo abierto. Estas "moscas del café" son muy **temidas** en Guatemala y México. En las regiones irías, en primavera, los simúlidos caen como una plaga sobre el ganado vacuno, produciéndoles grandes lesiones y también la muerte; no sólo el ganado, sino hasta el hombre puede ser víctima ocasional de la acción venenosa de los simulados.

El grupo de los insectos parásitos adaptados a la naturaleza libre se cierra la modo típico con la -gran familia de los tábanos, que propagan, especialmente en el ganado vacuno, terri-

bles plagas y epizootias. Importancia humana la tiene solamente el género *Chrysops*, al que se atribuye la transmisión de la tularemia en Rusia y América, de los roedores al hombre, pero su **importancia** es mayor aún si se considera que transmite 1-a *Filaría loa*. Las larvas viven en las orillas de las colecciones de agua, especialmente de las pantanosas. los adultos son **moscas** potentes que viven en la naturaleza libre en la luz difusa o solar.

Muchas **especies** de moscas, tal sucede con *Crysomia* y **afines**, así como también con *Wohlfahrtia*, pueden a veces aparecer como parásitos **peridomésticos**. pero se encuentran también fuera de **este** ambiente en las praderas en que pasa el ganado. Ellas son las **que** producen la miliasis Junte cen éstas también hay otras, y en número tan grande que no es posible acortarlas en este bosquejo de entomología medica que aquí hago. Dentro de los insectos parásitos adaptados a la vida **libre** en la naturaleza, citemo también la *Derrrtatdbia horneras*, agente etiológico típico de enfermedades **polifágicas**. Aunque **teniendo** predilección por el ganado, el "bicho de Berne" **pasa también** gustoso al hombre Su campo de acción con los prados, bordes de los bosques etc.; en el interior de las aldeas

grandes falta por completo.

Insectos adaptados a La naturaleza Ubre son las glosinas transmisoras de la enfermedad *del sueño*. La puesta la verifican en la sombra de la vegetación o de las piedras, *en* terreno húmedo y sombrío. Sólo en tiempo húmedo **abandonan la sombra** de la vegetación y las orillas de los ríos y lagos para atacar al **hombre** y a los **animales** en el páramo. Naturalmente que también hay observaciones de *hallazgo* en los poblados, pero son consideradas como raras excepciones.

En la **naturaleza** libre viven también las orugas, que **han** si do citadas en ocasiones como animales venenosos, por sus pelos venenosos, que originan verdaderas epidemias; Entre les coleópteros, el *Paederus*, por ejemplo, en los hoyos de los ríos, que origina por su **secreción glandular** inflamaciones cutáneas. De las araña-s unas . que viven en las huertas o jardines (*Glyptccrarviaum*) "Podadoras, de América, o en las praderas y yernos (*Lathhodectes*), son peligrosísimas por su mordedura. Citemos finalmente en este grupo a algunos **escorpiones**.

Esta distribución. que aquí termino, en artrópodos corporales, domésticos, peridomésticos y libres nos da el fundamento para la **lucha** contra ellos.

Pero además de esta clasificación y de la distribución tan importante epidemiológicamente, en parásitos monófagos y polífagos, hay todavía otra clasificación

Unos parásitos buscan al hospedador sólo para alimentarse, y en él radican durante este acto, es decir, unos minutos, una hora o más; otros se estacionan en el hospedador días y días. A los primeros les denominamos parásitos temporales; a los segundos, estacionarios. Una u otra clase de parasitismo puede caracterizar al parásito durante toda su existencia, es decir, ser permanente; o puede estar ligado a una determinada época de su vida, es decir, puede ser periódico. Podemos, por tanto, construir el siguiente esquema: un cuadro dividido por una línea vertical en dos mitades representaría gráficamente la primera división -de los parásitos en temporales y estacionario?: una línea horizontal separaría en estas dos mitades del cuadro dos zonas representantes del parasitismo periódico y permanente. El estadio huevo no lo tomamos en cuenta, si es que se trata de parásitos temporales, porque la estancia fuera del

cuerpo del hospedador por algunos días de los huevos de parásitos que radican temporada largas fuera del cuerpo del hospedador no varía las relaciones biológicas. No es lo mismo si se trata de parásitos estacionarios en este caso hay que tomar en cuenta el modo de puesta de huevos, pues influye grandemente en dichas relaciones.

El higienista puede combatir en todas los estadios con el mismo medio a aquellos parásitos que tienen un mismo modo de vida siempre, un parásito permanente; por el contrario, a aquéllos cuyo parasitismo es periódico sólo puede combatirlos actuando con medios diversos para cada uno de los estadios. En este caso puede elegir cuál es el estadio más fácil de atacar. Ejemplo de lucha contra un parásito permanente es el de la lucha contra los piojos. en la que la preocupación única es el hacerlos desaparecer del cuerpo. Ejemplo de lucha contra un parásito periódico es el de la lucha contra los mosquitos picadores; en este caso, lo que menos nos preocupa es el mosquito adulto, y casi toda nuestra atención la reclaman los estadios jóvenes.

Disolución de precipitados en prescripciones

"Las reparaciones medicamentosas turbias, con precipitaciones o sedimentos, infunden desconfianza a los nacientes.

El médico no puede tener presente en los momentos de prescribir, si las sustancias químicas que necesita usar entre determinados efectos terapéuticos, en forma de poción, podran reaccionar para formar otras de índole enteramente diferentes.

El farmacéutico no puede limitarse a poner en contacto los ingredientes de las prescripciones, previa dilución o suspensión, en el vehículo indicado, olvidándose del buen aspecto del producto final, que ejerce sin lugar a duda, una acción, estimulante o depresiva en el paciente con los resultados psicológicos que son de esperar. Bien sabido es que ha llegado a ser un motivo de estudio especial de algunos facultativos, buscar los medios de dar sabor agradable a los medicamentos; y de reducir el detestable de aquellos que, como la quinina, son rechazados por la mayoría de las enfermos: la Yerba Santa y el Regaliz, son dos ejemplos de éste último caso.

Las suspensiones gomosas, presentando de manera nemo-génea las preparaciones, de a-

ceites en el agua, han favorecido el empleo de grasas y aceite? grasos en dosificación exacta, con una presentación que a la vista de los enfermos es de seguridad y satisfacción. Las sedimentaciones en las pociones cíe sales de bismuto, las cuales no pueden ser emulsionadas á perfección, que hacen indispensable el "agítese antes de usarse", en los frascos que las contienen dan una muestra de esas recetas que hacen meditar al que ha de tomarlas, preguntándose si no habrán sido mal preparadas, y si contendrán ingredientes venenosos.

Casos curiosos son los que conducen a confusión entre lo; enfermos, pues una misma receta ha sido preparada para ellos de diferente manera en varias farmacias, previo el correspondiente "repítase". Son éstas fórmulas de combinación química, que hay que solucionar en nuestro medio, por ser la terapéutica usual tan reducida, para que vayan siempre preparadas de acuerdo, con la química, que es el "según arte" de rigor.

Cuando el médico prescribe sulfato de magnesio con fosfato de sodio en poción, es probable que no espera recibir fosfato fie magnesio en forma de un precipitado blanco, pronto a sedimentarse. Esta fórmula prepa-

rada por la simple adición de sus ingredientes al agua, no es igual a la preparada redisolviendo *el* precipitado antes citado, con una pequeña cantidad de ácido cítrico, y tampoco aún es igual a la preparada por medio del calor y la filtración, mientras aún está caliente el vehículo.

En las preparaciones que *condenen* diferentes extractos típicos drogas o tinturas de las mismas, cuyos "menstrums" o líquidos extractivos son diferentes por la naturaleza de sus principios activos, habrá un mayor o un menor volumen por disolventes apropiados, como son la glicerina, los ácidos como el acético o el alcohol.

Las recetas que piden perborato sódico, en presencia de la glicerina, deben ser perfectamente transparentes, por ser la sustancia indicada soluble e. t. caliente en la glicerina, y no lle-

var sedimentación, por mala elaboración de la fórmula. Este caso, al contrario de otros, ha producido asombro en enfermos acostumbrados al sedimento de la sustancia química perborato sódico, en la glicerina, manera de dispensar la preparación en algunas farmacias, creyendo más en una "estafa" del preparador.

Existen fórmulas viejas, que como la Poción, no frenen composición posible. La mezcla de sustancias físicas y químicamente opuestas se suma a la costumbre del pueblo de tomarla previa agitación, con el objeto de nacer por un rato, acercarse unos a otros, los ingredientes que entran en su composición.

Las Mixturas de Quina, con Quina en polvo, a más de llevar quinina y cocimiento de la corteza, de la Quina, son verdaderos contrasentidos, y deben desaparecer. Si los enfermos

han de sentir el sabor amarguísimo de la quinina, que les indicara que está presente en sus recetas el mayor enemigo de la Malaria; para qué castigarlos haciéndoles tragar esa masa áspera de la mal suspendida droga en polvo.

Como no hay regla sin excepción debemos recordar que solamente la quinina necesita. Cuando en poción, llegar a la boca de los enfermos indisuelta. Los ácidos, como el cítrico, el tartárico, el sulfúrico (Agua de Rabel) al disolverla en el agua, alimentan su sabor amargo. La susperación imperfecta del sulfato de quinina en agua que contenga Jarabe de Yerbasanta es la mejor preparación de la quinina, para niño? y adultos.

Desearíamos que el farmacéutico de Honduras, rompiendo el sopor natural del medio, dejando la rutina que ha atado toda tendencia de mejoramiento individual y colectivo, en el país, y contando con las facilidades que el mismo ambiente dá, se dedicara a buscar los medios para en el reducidísimo número de fórmulas médicas de combinación química presentar siempre un trabajo o preparación. *homogénea*, científica, e invariable, que dé al médico confianza y a los pacientes igualmente confianza y garantía absoluta de que ha empleado bien su dinero en busca de salud.

Guillermo E. DURON.

Moral Médica

Ética, médica The Jour. Of the Philippine Island Med. Ass., mayo de 1932,—Los ideales morales de la profesión médica han sido sustituidos y consagrados desde los periodos prehistórica, y desde aquella época conocida como la edad mitológica de la medicina. Los poetas griegos de la antigüedad nos hablan (*del dios Apolo venido del viejo como el primar médico que curaba las enfermedades ayudado por los dioses y las diosas, dignifi*

cando desde entonces la importancia y santidad de la práctica de la medicina. Esculapio, hijo de Apolo y discípulo de Chirón, este último discípulo de Apolo, tuvo dos hijas, Hygea y Panacea. Estas representaban respectivamente la medicina preventiva y la curativa en consonancia con los dos principales ramos de la medicina de la actualidad.

El primer código de moral médica, escrito, ha tenido su origen en esta leyenda griega.

Fue instituido y grabado en relieve sobre un bloque de piedra de icho pies de altura por Hammurabi, Rey de Babilonia. 2500 años antes de Jesucristo, surgió el siempre venerado Hipócrates, el gran padre de la medicina científica, quien concibió e instituyó por vez primera en la historia de la humanidad el tradicional y respetado Juramento Hipocrático. Estuvieron obligados a cumplir con toda fidelidad este juramente los antiguos griegos, y aún en estos días los prestan los métricos graduados de muchas unirversidades europeas y americanas.

Entre los pasajes más gloriosos de los escritos hipocrático.⁷: la importancia y necesidad de adoptar un código de ética médica merecen ser meditados. Las siguientes **instructivas** sentencias:

La medicina es, entre todas las artes, la más noble, pero, debido a la ignorancia de aquellos que la practican y de aquellos

que desconsideradamente están llamados a juzgar a los médicos, actualmente se encuentra muy por detrás de otras artes. Este error debe principalmente al hecho de que las comunidades no tienen otros medios punitivos aplicables exclusivamente a las malas prácticas médicas excepto las desgraciadas consecuencias de tales males que afectan a muchos, menos a los propios médicos. Tales médicos son como los figurines utilizados en las representaciones de las tragedias; tienen la forma, los vestidos, de los actores vivos y la apariencia personal de un actor, **pero** ellos no son verdaderos actores; así también tenemos muchos médicos que lo son solo por sus títulos, pero muy pocos lo son de verdad.

Los autores de los antiguos preceptos de los Códigos de Ética Médica que declararon y proclamaron como carácter **distintivo** de la medicina la de ser la más humanitaria y altruista, no

habían tenido en cuenta los naturales e ineludibles cambios inherentes a toda evolución social.

En aquellos tiempos ya idos el médico sólo necesitaba pocos libros e instrumentos, podía vivir a costa de los regalos de sus enfermos siempre agradecidos; no pagaba altos alquileres ni costeaba sus propios medios de transporte, y por lo tanto no tenía que afrontar ni responder por el alto costo de la vida, incluyendo los automóviles de estos días.

Entonces nada impedía que el médico ejerciera su misión de consagrarse incondicionalmente a los intereses de sus enfermos. Estaba satisfecho y se sentía más dignificado y respetado. Al prestar menos o casi ninguna atención al lado económico de su profesión. Su amor al arte, devoción a la humanidad doliente, sus sacrificios; todas sus esfuerzos, en una palabra, estaban más que suficientemente compensados por las altas consideraciones respeto, gratitud, lealtad, ayuda voluntaria, maternal y espiritual y equitativa mutualidad en los cambios de valores de parte de la comunidad.

En cambio, en la época presente en que una gran proporción de los médicos, cada vez multiplicados en número, carece de lo medianamente sufi-

ciente para vivir una vida decente, para equiparse de conocimientos y de medios, y para sobrellevar las cada vez más crecidas y apremiantes responsabilidades por la alta calidad de los servicios profesionales que exigen la ley y los enfermos; en estos tiempos, en que el enfermo no agradece ni ayuda porque cree que paga o que no puede o no quiere pagar; en los tiempos de ahora, en fin, en que los servicios médicos valen unas veces menos que una mercancía ordinaria, los tradicionalmente llamados altruismo y humanitarismo profesional del médico han dejado de ser ya una misión incondicional.

La conciencia profesional del médico también está obligada a rendir obediencia a los mandatos no menos ineludibles de su propio instinto de conservación y por lo tanto su amor al arte y tu devoción a la humanidad tienen que estar igualmente supereditados a las leyes naturales de la mutualidad y de las equivalencias de valores dentro de los límites de lo razonable.

Serla, en verdad, utópico creer y esperar que tan altos y respetables ideales de la medicina puedan ser mantenidos a cuenta del altruismo incondicional de los médicos consintiendo y tolerando, a la vez, que esa misma comunidad que les juzga y que les necesita menos-

Precie el valor de sus méritos y les escatime sus infumables derechos a la reciprosidad hasta el peligroso extremo de obligarles a ser egoístas. Conservar semejantes bases de disciplina equivaldría a la violará-ti de los principios de justicia y equidad tan esencialmente con el mantenimiento de las interrelaciones humanas

Por su parte los gobiernos e instituciones sociales, movidos por el desmedido afán de ayudar a las necesidades sanitarias de la comunidad no quieren percatarse de los graves daño-' que causan a los intereses profesionales médicos el excesivo incremento de la esfera de acción de la caridad y de la filantropía. No otra cosa significa, en efecto, los dispensarios laboratorios, clínicas y hosmtales gubernamentales, semi -gubernamentales y filantrópicos que, con sus servicios gratuitos o ba-

ratos, rivalizan en menguar y desviar de sus naturales cauces considerables ingresos que de otro modo beneficiarían a no pocos médicos tan harto necesitados de estímulo financiero y de medios de eficacia profesional.

En vista de la necesidad. de adoptar unas normas do concibe ta moral médica satisfactorias y apropiadas, a tase de la orientación trazada, la gran cuestión que se presenta ante nosotros es el modo de redactarlas ¿ ríe ponerlas en efectividad.

Ante todo debe mantenerse el alto ideal que ha hecho de la medicina una profesión esencialmente útil, beneficiosa, y digna por su carácter eminentemente humanitario y altruista. En verdad, ello representa no sólo la piedra angular de donde deriva la profesión médica .sus derechos inalienables, su prestigio consagrado y todo

su legítimo valor social, sino también un Factor poderoso e insustituible que contribuye no poco al mantenimiento del equilibrio que impide la deterioración física y moral de los pueblos. Pero, es menester que se haga constar que las normas de conducta del médico deben estar igualmente supeditadas a los razonables dictados de su conciencia sana; pues, como ya queda dicho, el mismo no está faenas coligado a cumplir otros deberes morales y sociales impuestos por la misma comunidad que tanto necesita de sus servicios profesionales.

Otro requisito importante que debe dar mayor viabilidad a tales normas sería la generalización de sus preceptos en tal forma que abarquen suficiente-mente las variadas y diversificadas situaciones en que puede encontrarse el médico en el ejercicio de su profesión. la práctica de hacerlas demasiado detalladas y específicas resalta altamente objeccionable; pues nadie ignora que los deberes móviles se cumplen a libre discreción del individuo, dependientes de múltiples y hasta encontradas circunstancias, muchas veces imprevistas. La experiencia ha venido confirmando y sancionando una fórmula de redacción de tales principios, lo mas recomendable por lo práctico y útil de su aplicación,

consistente en hacer que sus preceptos sean no sólo generales y comprensivos, sino también concisos y breves; y a este tenor y sólo a manera de proyecto me permito someter los siguientes:

Principios generales de norma de conducto, profesional de los médicos en Filipinas

A fin de que los nobles, humanitarios y altruistas, objetivos de la profesión médica de servir los intereses más valiosos de la humanidad queden debidamente garantizados y realizados; de enaltecer y dignificar a la profesión médica a que me honro pertener, y de proteger y mantener mi personal reputación y la de mis hermanos de profesión, prometo y acepto cumplir fielmente los siguientes deberes y obligaciones:

I

Considero como mi primer deber el mantener y mejorar mi eficacia, habilidad y capacidad profesionales por todos los medios honrosos que estén a mi alcance, reconociendo que sólo de ese modo podré cumplir satisfactoriamente como médico mi deberes y obligaciones para con la comunidad y para conmigo mismo.

II

Procuraré ganar honrada y merecidamente una justa y ra-

zorable compensación por mis -servicios profesionales, respetando y haciendo equitativas concepciones a las limitadas posibilidades de mis clientes. Consecuentemente, no daré ni recibiré ninguna comisión u otra clase de remuneración indirecta por otros servicios profesionales referidos a los practicados por mis colegas u otras profesiones hermana? o complementarias de la práctica médica.

III

Trataré por igual a todos mis enfermos, procurando para ellos: todo el bienestar y beneficios posibles que dependan de mis cuidados y atenciones profesionales y que sean compatibles con mis justas y legítimas necesidades, deberes y dignidad personales. En casos serios y de difícil tratamiento o diagnóstico, y cuando la actitud del enfermo o de la familia lo justifica, procuraré, teniendo por guía el bien del enfermo, solicitar la ayuda apropiada de mis colegas en consulta.

IV

No rehusaré dar mis servicios profesionales gratuitos a cualquier enfermo necesitado e indigente y las consideraciones monetarias no variarán mis normas de conducta, salvo por mo-

tivos y circunstancias dependientes de los **naturales** e inevitables requerimientos económicos-sociales.

V

Guardaré como un depósito sagrado todo secreto que descubra o se me comunique con motivo de mis relaciones profesionales con **sus** enfermos y liaste después de muertos, y nunca lo revelaré a menos que me obliguen forzosamente las leyes en vigor en la localidad o que yo esté debidamente autorizado para hacerlo. Consideraré como tales los que no pueden divulgarse sin mancillar el carácter moral de la persona a la que toda conciencia sana está llamada a reservar y proteger.

VI

Haré todo lo honrosamente posible para ganar la confianza de mis enfermos y del público en general y no explotare la credulidad, candidez e ignorancia de nadie, prometiendo ni anunciando habilidades y capacidad profesionales que de lincho y por la ley ya estoy obligado a poseer y utilizar, ni asumiré relativa superioridad de conocimientos profesionales que; mis colegas tienen motivos de poseer o que yo no poseo ni puedo procurar, ni me valdré de

cualesquiera otros procedimientos y redamos que **rebajen** el ejercicio de mi profesión a **la categoría** de cualquier mercantilizado.

VIII

Respetaré y protegeré con los mayores escrúpulos los intereses, reputación y dignidad de mis colegas, aceptaré y buscaré .sus buenos consejos y les dará en cambio, sin reservas egoístas, toda la ayuda de que soy capaz. En todas mis relaciones coprofesionales con los **médicos** mi comportamiento sería como yo deseo se comporten **ellas** para conmigo en igualdad de circunstancias.

IX

Cooperaré honestamente, dentro de las oportunidades que se me presenten, en la protección de los intereses de la comunidad, dando ctosejos para la sal-

vaguardia de la salud pública; adoptando las medidas convenientes para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas y comunicables; cumpliendo con mis deberes públicos como un buen ciudadano y ayudando a las autoridades constituidas en todos los otros asuntos que caen bajo de mi profesión y de mis posibilidades.

X

Me comportaré en todas las circunstancias y ocasiones como persona digna y merecedora de la noble reputación de un médico, y en tal forma que no recaiga sobre mí y sobre mi profesión ningún reproche por conducta impropia o antiprofesional.

CONCLUSIÓN

Tomando por base u otras si--
o iguales declaraciones
de principios generales de con-

¿acta, los médicos afectados pueden formarse, cada uno, *sus Juntos* de vista individuales, los que pueden ser recogidos por el comité previamente escogido y nombrado para la redacción de un **proyecto más perfeccionado**, para someterlo en tiempo oportuno a la sanción y aprobación del cuerpo médico antes de ser puesto en vigor. Tales **normas** así aprobadas podrían en lo sucesivo ser impresas como parte integral de los formularios de ingreso en las asociaciones **médicas** del país.

Con lo basta aquí expuesto creo poder ofrecer a nuestras asociaciones médicas en particular, y a todos los médicos en **Filipinas** en general, el primer eslabón eme marca e inicia nuestras nuevas tendencias hacia la solución de un serio problema de la que depende la supresión de no pocos **obstáculos** que se interponen en nuestras luchas por la protección de los intereses sociales, a base de la eficiencia, bienestar y progreso de la profesión médica en el país.

REVISTA QUIRÚRGICA

FRACTURAS LATENTES DEL CUELLO DEL FÉMUR, EN EL ADULTO

Albert y Allain Mouchet, **publican** en la Presse Medical de París, del 28 de Febrero, 4 observaciones de fracturas latentes referentes a enfermos vistos largo tiempo después del período inicial, precedidas de una observación en que el paciente fue visto inmediatamente después del traumatismo.

Una señora se resbala y cae en la acera; se levanta y camina algunos pasos, pero siente un gran dolor en la cadera que la lleva al momento al Hospital. Al examen: no hay actitud viciosa clara, no acortamiento, no ad-

ducción ni rotación, no impotencia **funcional**; levanta el talón del lecho y flexiona la rodilla, puede caminar; dolor en la región crural a la presión.—**DIAGNOSTICO.** —Contusión de la cadera. La radiografía muestra el día siguiente una fractura transcervical del **cuello del femur** derecho sin desplazamiento.

La observación primera como ejemplo es la siguiente: Una señorita de 4 años cayó sobre el lado izquierdo hace 10 años y pudo levantarse a pesar de un **violento** dolor en el muslo izquierdo; no interrumpe sus quehaceres y marcha sin notar nada de anormal. Tiempo después sufre de su cadera y a los seis

meses nota que cojea. Los dolores más intensos, se recrudecen al subir una escalera. Al examen muestra el miembro inferior izquierdo en rotación externa el muslo atrofiado; flexión hasta el ángulo recto; abducción muy limitada y rogiación interna imposible; extensión normal.

RADIOGRAFÍA: Fractura basí-capital del cuello del femur con penetración; lámina compacta supracervical penetrada en la cabeza femoral. No hay acortamiento. Fémur en rotación externa perosin abducción.

Cabeza femoral desplazada ligeramente arriba y adelante (bosquejo de coxa vara subcapital.)

El autor saca estas conclusiones: Volver a la idea de Pierre Delbet que no existe la conversión profunda de la cadera.

Radiografiar s; temática mente los golpeados de la cadera. Radiografías bajo incidencias

variadas e interesando la cadera sana.

PRONOSTICO poco favorable

Conviene, aunque la fractura sea sin desplazamiento, dejar en cama estos pacientes por 30 o 40 días.

Cuando lo hay, desengranamiento y enyesado en posición de Whitman.

Es muy probable que ciertos casos de Artritis crónica deben calificarse como artritis post-fracturas sean completas o incompletas del cuello del fémur.

ANTEFIJACION UTERINA DE HOEHNE

El Doctor Roberto Gandolfo Herrera, en La Revista Médica Latino Americana, llama la atención sobre una operación poco difundida y practicada por él buen número de veces.

Consiste en: laparotomía media infraumbilical o de Planenstiel.

Se toma con una pinza el ligamento redondo derecho que

tira hacía el útero y con una aguja enhebrada con catgut número 2 lo va pasando en hilvan desde el anillo inguinal interno hasta su inserción al útero; se anuda y queda acortado. Un segundo hilo Loma el peritoneo plegado e infundibuliza el primer nudó como con el moñón apendicular.

Igual maniobra al lado izquierdo. En este momento el útero debe encontrarse en anteversoflexión normal. Se fija con un punto de catgut No. 1 la parte media del fondo del peritoneo vesical con el fondo del utero. Una satura continua completa la fijación yendo del ligamiento ovárico propio de un lado al del otro teniendo la precaución de no comprimirlos

Se practica un nuevo pliegue del ligamento sacrouterino de cada lado uniéndolo al fondo de Douglas como se hizo en el redondo. Se comienza a 2 o 3cm. de la inserción sacra hasta el útero; pasar el pliegue peritoneal de Douglas tomado después de recorrerlo entrar a la extremidad uterina del liramentó opuesto terminando al mismo nivel que se empezó. A rudar y hacer un segundo plano que sumerja, el primero.

El útero queda en posición normal cubierto por peritoneo vesical; ovarios suspendidos y *>! piso reforzado por el plano formado por la unión de los li-

gamentos sacrouterianos plegados con el fondo de Douglas.

Cuidado con el uréter y no es trechar demasiado el espacio para el recto.

El autor Profesor Hechne ha seguido 651 casos operados en períodos de 9 meses a 7 años.

Contribución al tratamiento precoz- de las fracturas de la extremidad superior del húmero complicados de luxación
Ventajas de la reposición sangrienta por una vía amplia de acceso a la región sin sección de la coracoides y del subescapular.

Sabadini, Cirujano de los Hospitales de Alger, en el Journal de Chirurgie de Paris, de noviembre de 33 presenta 2 observaciones personales. Se trata de un hombre de 55 años que cae de su carro sobre el hombro izquierdo. Visto 48 horas después presenta: Brazo en abducción pegado al tórax. Equimosis en la cara interna; edema en región deltoidea. Pared axilar anterior levantada. A la palpación: depresión de la región ubacromial, presencia, de masa dura bajo el coracoides y hueco axilar. Extremidad superior del húmero muy dolorosa. Movimientos de rotación del húmero, de adducción, de abducción son fáciles, poco dolorosos y no se comunican a la cabeza hu-

meral. Crepitación ósea muy clara.

DIAGNOSTICO; Fractura de la extremidad superior del húmero con luxación de la cabeza-

La radiografía muestra: fractura del cuello quirúrgico; luxación antero-interna de la cabeza y una fractura de la tuberosidad mayor separada de la diálisis.

Se decide intervenir y hacer una reducción de la luxación y fractura, terminando por una osteosintesis.

Operación: Incisión en el surco deltopectoral), con dos ramas para formar T, en el extremo superior. Sección transversal del tendón de los músculos coracoides en 3 cm., paralelo a la clavícula. Sección de la parte externa claviclar del pectoral en 4 cm. Descubrimiento de la región ampliamente. Afuera se siente la extremidad superior del húmero en bisel. El tendón de larga porción del bíceps atraviesa la región. Adentro la cabeza cubierta por el sub-escapular y fuertemente hendidos los músculos coracoides.

Incisión de la vaina del largo bíceps y reclinarlo afuera.

Para no herir el paquete, de-

bridamiento de fibras del sub-escapular y a través de la brecha se pasa la cuchara palanca de Lambotte para traer hacia afuera la cabeza humeral. En la imposibilidad, sección de los músculos coracoides y luego reducción fácil de la cabeza.

Entonces se constató con asombro que la cabeza humeral había engranado con la extremidad diafisaria y mantenido el brazo en abducción. Pequeños movimientos de rotación imprimidos al codo mueven la cabeza y no se intenta la osteosintesis. Sutura de los músculos seccionados y la gotera bicipital.

Sutura de aponeurosis y piel sin drenaje. Aparato enyesado toraco-braquial, briso en abducción pronunciada 50°. Antebrazo y mano libres.

El enfermo se levanta al 59 día. Curación completa.

A su trabajo Sabadiní agrega 25 observaciones de diversos autores tratadas por procedimientos varios y tomando como base para su estudio la tesis de Gerardo Marchant, sobre 264 observaciones; entra en múltiples detalles anatómicos, patológicos y terapéuticos.

Abandono absoluto del método clásico de tratamiento; dejar consolidar la fractura y después reducir la luxación.

El método de Ribieri de movimientos precoces es de excepción por incierto.

La reducción no sangrienta ha dado resultados algunas veces pero implica el riesgo de herir los vasos y nervios con las extremidades óseas.

El método sangriento comprende la resección y la reposición.

Estudia el autor ambos y concluye por la reposición y describe la técnica.

1°—Incisión de la piel 8 a 10 cm. de la clavícula al aplomo de la coracoides hacia el borde interno del moñón del hombro, en la parte superior dos ramas en T.

2°—Sección del surco de"ltorax y de los músculos pectoral mayor adentro y del borde afuera en sus haces claviculares.

3°—Separación de larga porción del bíceps según que la fractura sea del cuello quirúrgico o anatómico, seccionar o no los músculos' coracoides.

4°—Reducción de la cabeza y de la fractura.

5°—Sutura de planos y aplicación del enyesado en el brazo en abducción a 50°

Ventajas de la técnica de Sabadini: no seccionar la coracoides ni el sub-escapular, manejar la cabeza humeral sin temor de herir el paquete vascular nervioso; separar el tendón del largo bíceps; no necesitar osteosíntesis y mantener el engramamiento por enyesado toracobraquial.

Nuevo procedimiento de anestesia general. Anestesia de base por inyección intravenosa de paraldehído glucosado.

Nitzescu y Iacobovicí de Bucarest, en La Presse Médicale de París, proponen como medio excelente para la anestesia mixta, tan en favor ahora en cirugía el Paraldehído, producto de condensación o de plimerización del aldehído acético, después de muchas experiencias en animales y hombres.

La técnica es simple: Verter 15 o 20 cc. de paraldehído e: 250 a 300 cc. de suero glucosado (Pasa a la Página 379.)

Algunas consideraciones acerca de la terapéutica y la posología en los niños

Por el Profesor P. Nobecourt

La posología es uno de los problemas difíciles de la terapéutica, de los niños. ¿Cuáles son las dosis "tóxicas" a las que no debe llegarse? ¿Cuáles las "terapéuticas" necesarias y suficientes?

Hace tres cuartos de siglo, en 1857, Claudio Bernard formuló la siguiente proposición: "El kilogramo de conejo pequeño requiere más veneno para morir, como exige mayor cantidad de oxígeno para vivir". Más tarde, Paul Bert (1870), Guiseppe Petrone (1900), C. E. Whipple (1912), C. A. Graham (1915), Edmond Lesné y León Binet (1919) y otros, suministraron datos precisos. Estos experimentadores estudiaron la toxicidad del sulfato de estriquina, del clorhidrato de cocaína y del clorhidrato de morfina, introducidos por diversas vías en los animales adultos y en los animales jóvenes (perros, gatos, ratones).

Todas estas experiencias dan resultados concordantes en el perro, el gato y el ratón, y establecen que dosis "tóxicas para el adulto, no matan los animales jóvenes"; que "los animales jóvenes resisten dosis dos, tres, cinco veces superiores a las mortales para el adulto".

¿Cuáles son las causas de la resistencia de los animales jóvenes a los venenos?" Se ha invocado la influencia del "hígado", cuya importancia ha puesto de manifiesto Henri Roger. Petrone ha estudiado los efectos de las

inyecciones en la vena yugular y en la ven-a porta, de perros adultos y de perros jóvenes de 20 a 70 días.

He aquí los resultados de sus experimentos con el sulfato de estriquina y el clorhidrato de morfina:

Dosis mortales

<i>Sulfato de estriquina</i>	
	Vena yugular Vena porta
Adulto	1 1.22
Joven	1 1.90
<i>Clorhidrato de morfina:</i>	
	Vena yugular Vena porta.
Adulto	1 1.55
Joven 1 .167

La lectura de este cuadro demuestra las diferencias entre la dosis tóxica por inyección en la vena porta son mayores en los animales jóvenes que en los adultos. Por lo tanto, la acción protectora del hígado para los venenos es mayor en los animales jóvenes que en los adultos.

En realidad, el hígado es, proporcionalmente, mayor en los perros jóvenes que en los perros adultos. Según Petrone, el peso del hígado de los perros adultos representa 3.7 por 10 del peso del cuerpo, y el peso del hígado de perro de 20 a 70 días representa el 5.5 por 100 del peso corporal.

Lo mismo se comprueba en el niño y el hombre adulto. Por Kilogramos del cuerpo, hay:

En el recién nacido .. 34 a 38 g. de hígado.

Entre 10 a 14 años . . . 28 a 29g. de hígado. En el adulto 23 g. de hígado.

Por otra parte, en los individuos jóvenes, ciertas funciones - ejemplo, con la función de detención de la glucosa; la glucosuria alimenticia, en los individuos jóvenes, requiere dosis mayores de glucosa que en los adultos.

Además del factor (hepático, deben intervenir "otros factores". En efecto, la tolerancia para los venenos es mayor en los jóvenes, hasta cuando se les introduce por la vía parenteral, cuando el tóxico no atraviesa el hígado. Conviene precisar las propiedades de los diversos órganos y tejidos. Por ejemplo, para los venenos del sistema nervioso, es posible que la gran tolerancia de los recién nacidos y de los animales muy jóvenes dependa del estado rudimentario del encéfalo; en el recién nacido humano, por lo menos, las células nerviosas son pequeñas y de una estructura simple. Dada la diferente longevidad entre los animales y el hombre, hay que averiguar hasta qué edad son válidas para el niño las observaciones hechas en los animales jóvenes.

Petrone considera que la duración media de la vida del hombre es de 70 años, y la del perro, de 10 años. Por lo tanto, los perros de 20 a 70 días en los que ha realizado experimentos, pueden equipararse de 2 a 18 meses.

Las "dosis terapéuticas" se han establecido para los "adultos". Desde hace tiempo, se trata de precisar las relaciones entre las dosis para los adultos y las dosis para los niños. Varios autores han publicado tablas de posología, entre las que citaremos las de Richaud. Partiendo de la idea de que las dosis tipo ("D") son apropiadas para los adultos de 25 años, obtiene dosis "d" para un niño de una edad dada ("a") mediante la siguiente fórmula.

$$\frac{a \times D}{25}$$

25

Por ejemplo: si para un adulto, la dosis de un medicamento es de 2 gr., para un niño de 10 años será:

$$\frac{10 \times 2}{25} = 0.80 \text{ g.}$$

25

Ninguno de estos métodos es satisfactorio; cada uno conduce

a una posología distinta.

No puede fundarse solamente en la edad, ya que el **crecimiento** del niño no es regular ni uniforme. La estatura, el peso, c" _ perímetro torácico, las relaciones de los miembros inferiores y del busto, la corpulencia, tienen cada uno su evolución particular. Hay que tener en cuenta los caracteres antropológicos propios á' cada edad. El coeficiente de Pignet es **inutilizable**. Las **tablas** de posología tampoco se pueden fundar en los diversos **caracte** - res antropométricos.

Sólo puede servir de base la relación del peso a la talla.

Se calcula la relación del peso a la talla

$$\text{hombre adulto} \frac{64.600 \text{ kg. del}}{166} = 389$$

de una parte, y, de otra, la relación de peso a la talla de los niños en las diversas edades, que se llamax.

La relación $\frac{x}{389}$ da un coeficiente distinto en cada edad. No conservando más que las déci-

mas y despreciando las centésimas, los coeficientes son los siguientes : Del nacimiento aun mes . . . 0.1

- De dos a siete meses 0.2
- De ocho meses a cinco años .. 0.3
- De seis a diez años..... 0.5
- De trece a catorce años 0.6
- A quince años 0.7
- A dieciséis y diecisiete años. . G.£
- De diecinueve a veinte años.. **0.9**
- En **adulto** **1**

Las dosis de un medicamento, en una edad determinada, es la dosis media del adulto multiplicada por el coeficiente de la edad.

Estudiemos las aplicaciones de esta tabla a un medicamento poco tóxico, el acetato de amonio, y a un medicamento tóxico, el clorhidrato de morfina.

El "acetato de amonio" o "acetato de amoniaco" se emplea como estimulante del sistema nervioso en las enfermedades de las vías respiratorias, las afecciones infecciosas, etc.

La dosis para el adulto es de 4 a 8 gr. Para los niños, las dosis serán teórica y prácticamente:

	Dosis	
	mínima	máxima
Del nacimiento a un mes.....	0.1 = 4 o 8 g.	- 0.40 g. 0.80 g.
De dos a siete meses.....	0.2 "	- 0.80 " 1.60 "
De ocho meses a cinco años...	0.3 "	- 1.20 " 2.40 "
De seis a diez años.....	0.4 "	- 1.60 " 3.20 "
A once y doce años.....	0.5 "	- 2.10 " 4.20 "
A trece y catorce años.....	0.6 "	- 2.40 " 4.80 "
A quince años.....	0.7 "	- 2.80 " 5.60 "

A 11 y 12 años, la dosis es la mitad de la dosis del adulto.
 Para el "clorhidrato de morfina" la dosis para el adulto es de 1 a 3 cgr. Para los niños, las dosis serán teóricamente (ya veremos en seguida si estas dosis son convenientes en la práctica):

	Dosis	
	mínima	máxima
Del nacimiento a un mes.....	0.1 x 0.01 g. o 0.03 g.	- 1 3
De dos a siete meses.....	0.2 x "	- 2 6
De ocho meses a cinco años.....	0.3 x "	- 3 6
De seis a diez años.....	0.4 x "	- 4 12
A once y doce años.....	0.5 x "	- 5 15
A trece y catorce años.....	0.6 x "	- 6 18
A quince años.....	0.7 x "	- 7 21

Comparemos estas dosis con las dosis generalmente aconsejadas.

Las opiniones sobre el empleo de la morfina en los niños difieren según los autores.

Primera opinión.—La morfina es peligrosa y hay que evitarla en los niños. P. Le Gendre y A. Broca dan las siguientes reglas:
 Hasta dos años..... abstención
 De tres a cinco años.. 1 a 5 mm?
 De cinco a diez años. . 5 a 10 "

Segunda opinión. — La morfina es un medicamento útil; puede prescribirse a los niños hasta

a dosis bastante elevadas. Borde, en 1893, en las diarreas coléricas de los lactantes, aconseja el jarabe de morfina; 2.0 gr. de jarabe de morfina contienen 1 cgr. (10 mgr.) de clorhidrato de morfina. Precibe 1 gr. de jarabe, o. sea 0.5 mgr. de morfina por mes de edad, hasta 24 meses. Lesage y Cleret, en 1908, para combatir el espasmo laríngeo en la laringitis diftérica, y Triboulet y Boyé en las fuertes quintas de coqueluche, prescribe inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina a las dosis siguientes;

	Lasage	Triboulet
Antes de los dos meses.....	1 a 2 mmg.	
De dos meses a un año.....	3.3 „	2.5 mmg.
De uno a dos años.....	5 „	3.3 a 5 „
De dos a tres años.....	6.6	
Después de tres años.....	10	

Armand-Delille, en la Academia de Medicina (28 junio 1932), preconiza el empleo de la morfina, particularmente **antes** de la anestesia quirúrgica. Inyecta subcutáneamente una solución al 1 por 100 a las siguientes dosis:

Menores de dos años: 1/4 c.c. o sea 2.5 mmg.

Menores de cuatro años: 1/3 c.c. o sea 3.3 mmg.

Menores de seis años: 1/2 c.c. o sea 5 mmg.

Menores de diez años. 3/4 c.c. o sea 7.5 mmg.

A doce años. 1 c.c. o sea 10 mmg.

Si se comparan estas posologías con la nuestra, no se encuentran grandes diferencias.

Por otra parte, hemos visto que

los animales jóvenes toleran mejor la morfina que los animales adultos.

Por regla, **general**, cuando se trata de un medicamento tóxico hay que ser prudente, tantear la sensibilidad del individuo y administrar la dosis en varias veces.

El organismo de los niños difiere de una edad a otra y difiere del de los adultos. "El niño no es una reducción del adulto; un niño pequeño no es reducción de un niño grande; en cada una de las edades, los niños tienen su individualidad, su constitución y sus modalidades propias".

Traducido por O, de C.
(Revista Española de Medicina y Cirugía).

Breves consideraciones acerca de las perforaciones del septum nasal y su tratamiento

Por el Dr. P. Torres Luquin.

(Continúa)

Georges Laurens, en su magna obra sobre cirugía otolaringológica, preconiza un procedimiento que fundamentalmente consiste en incidir, previa anestesia, la mucosa del tabique en sentido anteroposterior, arriba y abajo de la perforación, después tanto en el extremo anterior como en el posterior cié cada una de estas incisiones hacer, perpendicularmente a ellas, otras pequeñas que converjan hacia el ecuador de la perforación, a efecto de poder abatir dos colgajos que se superponen en el citado ecuador o línea media de la perforación. Este procedimiento tiene el inconveniente de que los colgajos quedan con una base de implantación muy pequeña y consecuentemente con una nutrición exigua esfacelándose luego, dejando nuevamente la perforación a descubierto.

Se ensayó también el procedimiento de Seifert, el cual, según la misma técnica citada, consiste en el avivamiento de la cara interna de un cornete inferior seguida del taponamiento de la fosaopuesta, a efecto de mantener el septum en contacto con el mismo cornete. En este procedimiento se encuentran también, varios inconvenientes; aparte de que muchas perforaciones están situadas en lugar conveniente, con relación al cornete inferior, para poder aplicarlo, resulta que el éxito del procedimien-

to estriba en la formación de una sinequia, entidad nosológica bien difícil, en muchos casos, de hacer desaparecer.

En vista de tales inconvenientes, el Dr. José Vicente Manero ha ideado un nuevo procedimiento, al que en mi concepto no se puede acusar de las desventajas anteriormente anotadas, ya que es capaz de proporcionar un colgajo suficientemente amplio para cubrir la perforación con un exedente necesario y previamente calculado para que al producirse la retracción no deje a la perforación nuevamente al descubierto, colgajo que, como SJ verá al descubrir la técnica, posee una amplia base de sustentación, quedando naturalmente, con su nutrición amplia y perfectamente asegurada.

Es natural que para la aplicación de esta técnica, como para la aplicación de cualquier otra se haga previamente el tratamiento médico general y local necesario en cada caso, según la causa determinante de la perforación y según el estado de las mucosas, para ponerlas en condiciones de operabilidad y una vez conseguido ésto, hacer las pruebas funcionais pre-operatorias necesarias para asegurar el buen éxito del acto Quirúrgico y de la secuela postoperatoria.

Sólo una vez satisfechas estas condiciones se procederá al acto operatorio cuya técnica ha sido

bastante bien reglada por el Sí. Dr. Manero, la cual procuraré exponer con el mayor detallé posible.

Es muy necesario para llevar a buen término esta operación obtener una anestesia y una, isquemia **perfectas**, lo cual es fácil conseguir si se observan punto por punto *las* recomendaciones del autor.

Se principiará por aplicar al enfermo, previamente, una hora antes de la operación; una **ampolleta** de Sedo!. Transcurrido el tiempo de aplicación de pequeños trozos de algodón esterilizado, impregnados de solución de Percaina al dos por ciento adrenalizada; cuatro de estos trozos de algodón serán necesarios, que se colocan uno en el meato inferior, otro en el piso de la **fosa** nasal y dos sobre la pared del tabique, permaneciendo en tales sitios durante diez minutos, al cabo de los cuales serán retirados para proceder en seguida a la anestesia local por infiltración; ésta se conseguirá valiéndose de la jeringa de Fisher que *es* muy cómoda, manuable y seguirá en su funcionamiento, y con la **que**

hará la infiltración de la región utilizando una solución igualmente de Percaina al 1 por **mil** fuertemente adrenalizada; **se** esperan diez minutos antes de comenzar la operación. Transcurrido ese tiempo se **principiará** por hacer dos incisiones verticales, que partiendo de **Jos** lados **transversales** de la perforación, un poco afuera de **ellos**, recorrerán, paralelamente entre ellas. la parte de tabique que está por abajo de la perforación, continuarán **sin** perder su paralelismo por el piso de la fosa nasal correspondiente, **abordando** luego el meato inferior. cerca **de** su borde libre. Estas **indicaciones** el pericondrio, o el periostio, según el lugar en la perforación, elemento que se seccionará igualmente en toda la extensión en que fue seccionada la mucosa, cosa que **se** conseguirá fácilmente valiéndose de un cuchillo que hemos mandado construir el cual se compone, fundamentalmente, de una hoja en forma de media luna, cortante por su borde convexo y adherida al mango. en ángulo recto.

(Continuará)

REVISTA QUIRÚRGICA

{Viene de la Página 371.)

isotónico o sea una proporción de C a 8 por 100. Expléese paraldehite muy puro. Inyección endovenosa con ritmo de 15 a 20 ce. por minuto, dura 18 'minutos. El enfermo se duerme tranquilamente sin ninguna excitación. Una vez dormido se continúa con éter.

Toda clase de operaciones se rían practicado. La cantidad de éter reducida a la mitad o un tercio de le comente

El despertar es rápido y no existen los habituales fenóme -

nos de narcosis por 3l tcr.

En 02 anestias los autores no han encontrado ni siquiera un estado amenazante.

" El paraldehido no tiene contra indicación. Proporciona las ventajas inherentes al suero glucosado y quo el producto es muy barato.

Terminar los autores afirmando la completa satisfacción obtenida por el paraldenido en solución glucosada y por vía endovenosa.

Técnica de resección de la rodilla por sección primera del fémur.

Sabadini en la Presse Médicale de febrero de 34 expone su **procedimiento** de resección de la rodilla en facilidades anatómicas y siguiendo los fundamentos del método de Fredet;

1 er. tiempo. **Miembro** en extensión. Incisión ovalar parte de la interlinea articular de un lado al extremo opuesto pasando un poco arriba de la base de la rótula en su parte superior y el inferior pasa 1 cm. abajo de los **platos** tibiales; las connisara,-; deben **ser** muy laterales. Dirección de la piel arriba y abajo.

2º tiempo. — Incisión de la capa músculo-aponeurótica proarticular. Sección transversal siguiendo el borde de la incisión primera sin tocar la cápsula **articular** del tensor del fas 3:a lata, expansión del vasto externo, el tendón **cuadricipital** y expansión del vasto interno

Después desprendimiento del colgajo superior hasta el **límite** superior del fondo de saco sub**cuadricipital**.

^—Desprendimiento posterior del fondo de saco subcuadricipital que reposa sobre la cara anterior de la extremidad inferior del fémur.

Se principia con la punta del bisturí y sigue con la rugiría basta la inserción del fondo de saco al reborde cartilaginoso de la troclea femoral La sinovia! no debe ser abierta.

4<?—Sección del fémur de adelante a atrás.

59—Liberación de la cara posterior de la articulación a la rubina.

6?—Sección de la tibia de a Iré,?-, a adelante con la planta. del pie puesta en la mesa.; por último sección del tendón rotuliano al ras.

La tibia y el fémur son puestos en contacto y mantenidos o no por un hilo metálico y luego satura de las partes blandas.

Tiene la ventaja esta operación de ser más rápida, fácil y de quitar el bloc todas las lesiones articulares sin necesitar abertura de la articulación.

Los resultados han *sido* excelentes en 5 casos de 12 operados, Uno muerto de neumonía ca seosa.

S. PAREDES P.

Lista de las adquisiciones hechas por la Facultad de Medicina para el Jardín Botánico

Thuja Occidentalis,
Cordyline Australis,
Voebreuteria Paniculata,
Catalpa Bignonoides,
Aesculus Hippocastanum,
Quercus Ilex,
Ligustrum Japonicum,
Mimosa Julibrisin,
Pinus Pinaster,
Cedrus Atlántica,
Bractea Dulcis,
Acer Pseudoplatanus,
Viburnum Tinuus,
Buta Capitata,
Pilea Ovovata,
Citrus Trifoliata,
Sporia Japonica,
Quercus Robur,
Cinnamomum Camphora,
Pinus Montana,
Quercus Passiflora,
Araucaria Imbricata,
Ilex Opaca,
Evonymus Alatus,
Benzoina Estivale,
Carex Arborescens,
Cornus Florida,
Crataegus Oxyacantha,
Evonymus Atriarboreus,
Hamamelis Virginica,
Ilicium Anisatum,
Liriodendron Anisatum,
Liriodendron Tulipifera,
Rhamnus Purshiana,
Viburnum Prunifolium,
Zyzyphus Jujuba,

Eucalyptus Globulus,
Eucalyptus Robusta,
Kochia Childsi,
Lobelia Inflatus,
Aristolochia Siphon,
Citrus Trifoliata,
Sterculia Plataniifolia,
Coccoloba Plumosa,
Azalea Kaempferi,
Anchusa Italica,
Atropa Belladonna,
Sisymbrium Nasturtium,
Zinnia Coccinea,
Eucalyptus Rostrata,
Pauownia Tomentosa,
Robinia Pseudoacacia,
Cercis Canadensis,
Chamaecrista Humilis,
Artemisia Dulcis,
Negundo Aceroides,
Coccoloba Australis,
Erythroxylon Coca,
Koelia Acuminata,
Quassia Amara,
Digitalis Purpurea,
Arenaria Mexicana,
Croton Tiglium,
Mentha Spicata,
Thymus vulgaris,
Eucalyptus Citriodora,
 26 variedades de Cactus,
Oreocarpus Draco,
Chenopodium Ambrosioides,

Traducido de la página N9 22 de "Literary Digest" re abril 7 de 1934

Un Filántropo de New York, quien prefiere que se oculte su nombre, ha donado un fondo suficiente para que dos Médicos jóvenes de cada una de las Universidades de la América Latina, e inclusive Puerto Rico, pueden ir a los Estados Unidos a estudiar en sus grandes Hospitales, por el período de un año. El fondo donado es suficiente para pagar el gasto de viaje y mantención por un año completo, más la suma de treinta pesos (oro) mensuales. La donación es hecha por un hombre de bien, quien tiene interés en fomentar mejor entendimiento y acercamiento- entre los Latinos y los Norte Americanos, del gremio médico.

La noticia de esta donación fue dada al Quinto Congreso, de la PAN AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, en la junta que tuvo lugar recientemente en Nueva York. El Doctor Harlow Broofes, Vice-Presidente de la Asociación, hizo el anuncio ya para la clausura de la sesión. Las asociaciones organizadas de cada diferente país, encogerán sus representantes. Se espera que 103 candidatos escogidos empiezan a llegar en esta pri-

mavera, y serán distribuidos en todos los grandes centros Médicos de los Estados Unidos. El Doctor Brooks expresó la esperanza de que este arreglo se pudiera continuar para los años venideros, y que esta acción del Filántropo de New York estimulara otros amantes de la Paz, buen entendimiento, y acercamiento, para hacer un fondo igual para poder mandar médicos jóvenes Norte-Americanos a pasar un año como Internos en los Hospitales de La América Latina.

Después de la clausura de esta sesión, más de quinientos miembros de la Asociación se embarcaron para un viaje de 16 días, durante el cual ■ seguirán desarrollando el programa de la Convención, y en este corto tiempo, visitarán algunos de los Países Sud-Americanos. El Presidente Roosevelt les telegrafió deseándoles "feliz viaje" y que esperaba de ellos dejaran con sus colegas Latino-Americanos, la convicción duradera que son de verdad, buenos vecinos y deseosos de estrechar tales relaciones.

(NOTA.—El artículo está intitulado "UN ENTENTE MEDICAL.")

El 1° de mayo contrajo matrimonio en esta ciudad nuestro estimado consocio Doctor Roberto Gómez Rovelo con la señorita Carmen Licon, partiendo el mismo día para Trujillo en donde actualmente ejerce la profesión.

También el querido consocio Doctor Alfredo Midence se unió en idénticos vínculos con la señorita Lolita Fortín, y salió para Estados Unidos, regresando entre un mes a ocupar su puesto en el Hospital de La Lima.

Ha ingresado al país, después de un año de permanencia en Europa, donde hizo estudios de Pediatría el Doctor Arístides Girón Aguilar, miembro de nuestra Asociación.

Próximamente partirá para Hamburgo a hacerse cargo del Consulado General de Honduras el consocio Doctor Magín Herrera A.

Por acuerdo reciente del Eje-

cutivo fue nombrado Gobernador Político del Departamento de Comayagua el consocio Dr. Gustavo Boquín.

En la sesión del sábado 5 de mayo dará una conferencia interesantísima sobre radiología gastro-intestinal. con presentación de numerosas -placas el Dr. Manuel Larios.

DE ULTIMA HORA

En los momentos de entrar en prensa esta página nos llega de Guatemala la *dolorosa noticia de haber fallecido el ilustre Cirujano Doctor Juan J. Ortega, maestro ' benemérito de muchas generaciones de médicos.

Todos sus antiguos discípulos de Honduras lamentan profundamente su desaparición y se asocian -al justo duelo que embarga al 'gremio Médico y a la Nación Guatemalteca.

En el próximo número dedicaremos una página especial a tan excelsa figura, de 1-a Ciencia. Centroamericana.