Año IX

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Nº 83

Director:
DR. S. PAREDES P

Redactores:
DR. A. VIDAL M.
DR. HUMBERTO DIAZ — DR. M. CACERES VIJIL

Secretario de Redacción:
DR. JUAN A. MEJIA

Administrador:
DR. JOSE M. SANDOVAL

SUMARIO

	Página
Página de la Dirección	197
Exporotriecsis en Honduras, por el Dr. Antonio Vidal	199
Inyección del Ganglio Esfeno-Palatino, por el Dr. Simón Euslin	201
Estudio Clínico Terapéutico del Taquiespermismo, por el Dr. José de Alburquerque	204
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	206
Catarata Juvenil Familiar, por el Dr. S. Paredes P.	209
Cáncer Gástrico Incipiente, por el Dr. René A. Gutman	210
Máximas y Dogmas de Cirugía, por el Prof. H. Hondor	219
Décimo Aniversario de la Asociación Médica Hondureña	224
Régimen del Dispéptico	230
Método de diagnóstico de la Fiebre Ondulante, por los Drs. S. E. Gould e I F. Huddleson	233
El estado actual de Bruselosis Humanas, por el Dr. Richard Kern (concluye)	236
Notas	240

Julio y Agosto

Imprenta Calderón

1939

REVISTA MEDICA HONDURENA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

DR S. PAREDES P.

REDACTORES:
DR. A. VIDAL M.
Dr. Humberto Díaz Dr. M. Cáceres Vijil

SECRETARIO DE REDACCIÓN: Dr. Juan A. Mejía

ADMINISTRADOR: Dr, José M, Sandoval

Año IX | Tegucigalpa, D. C, **Hond..** C. A., Julio y Agosto de 1939 I No 8g

PAGINA DE LA DIRECCION^ffT^

En marzo de este año estuve en la ciudad de México admiran-- -■ do las bellezas naturales y las que el hombre ha fabricado; admirando los enormes progresos que material y espiritualmente realizan diariamente en ese gran país donde la libertad parece como la institución más preciada por todos sus ámbitos, donde los ciuda- que han derramado torrentes de sangre por consérvala están satisfechos y orgullosos de disfrutarla; admirando su intelectualidad literaria, artística y científica manifestada en sus obras poéticas en su arquitectura, en sus museos, en su música original, en sus pinturas, en los libros de ciencia variada que publican continuamente, en sus instituciones políticas y sociales, en su Universidad y bibliotecas. México es un pueblo de admiración por su grandeza, por su valor, por la conciencien de su propio valer y porque ocupa puesto definido en el concierto internacional.

No es mi intención ocuparme de todo lo que vi sino exclusivamente mencionar a grandes rasgos los monumentos médicos dignos de conocerse siquiera superficialmente. Tres hospitales visité asiduamente: el Hospital General, inmensas edificaciones situadas entre jardines, prados y altas arboledas que le dan un aspecto agradabilísimo de frescura y amplitud; numerosos pabellones donde se atienden toda clase de enfermedades por un personal suficiente y eficiente dotados de los laboratorios, instalaciones de Rayos X y salas de operaciones necesarias para tantos asilados. Allí pude ver un magnífico departamento de cirugía experimental donde los alumnos reciben sus lecciones de técnica quirúrgica. A tantos cirujanos vi operar con técnicas modernas trayendo la mejor impresión de todos ellos. Por recomendación especial de un antiguo amigo mexicano fui exquisitamente atendido por el viejo maestro de muchas generaciones, notable cirujano antes y hoy Dr. Rosendo Amor, cuyo apellido justifica sus actos de hombre dulce, afable, generoso y sim-

patiquísimo al par que eminente. El me invitó para asistir a una sesión de la Academia de Medicina de la que es Presidente, donde tuve la suerte de conocer al Maestro Ocaranza, a Ignacio Chávez el notable cardiólogo, a Ignacio González Guzmún, a los españoles el psiquiatra Lafora y el anatomo-patólogo Costero y a tantos otros, cumbres de la medicina mexicana.*

El Hospital Juárez parece haber sido un antiguo convento adaptado a su época actual, alli trabajan al lado de Gustavo Baz y Castro Villagrana otros connotados médicos.

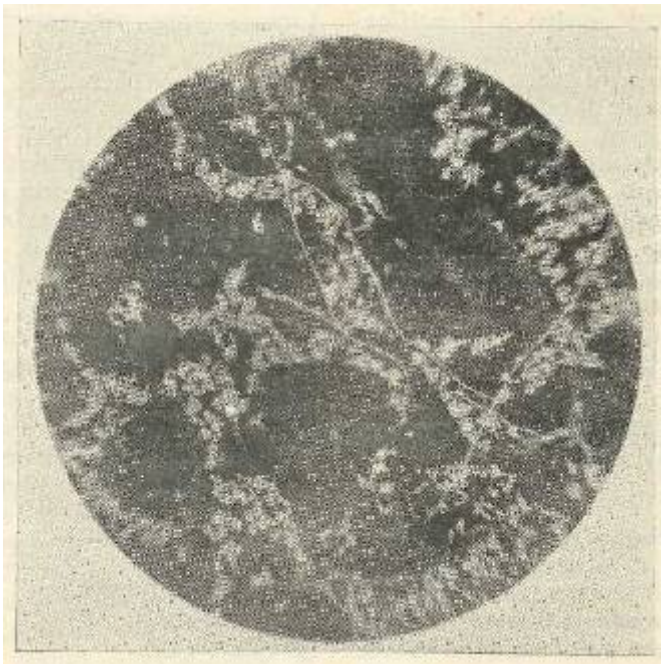
El Hospital de los Ferrocarriles es un obra perfecta, recientemente inaugurado y construido para uso de los trabajadores de los ferrocarriles, está situado en una linda esplanada céntrica cerca del monumento de los libertadores; seis pisos a todo lujo, sistema de cuartos para uno, dos, tres y a lo más cuatro pacientes, servicio magnífico, bellísimas salas de operaciones, instalaciones todas lo más moderno y confortable.

Sí bien los tres hospitales me causaron una muy grata sorpresa mucho más 'la tuve al visitar el Sanatoria de Huipulco, dirigido por Donato Alarcón, Tisiólogo y cirujano admirable, donde pude apreciar en presencia de los casos los grandes éxitos obtenidos con las nuevas intervenciones quirúrgicas para curar la tuberculosis pulmonar; edificio grandioso, servicios perfectamente equipados, personal entrenado, laboratorios espléndidos. Situado en un desvio del camino carretero que conduce a Xochimilco, Huipulco constituye otra belleza mexicana.

Pocos días de inaugurado tenía el Instituto de Enfermedades Tropicales, dirigido por el Dr. Manuel Martínez Báez y con la preciosa colaboración del sabio Maestro Elíseo Ramírez. Alli estuve en compañía del colega y amigo Dr. Alduvín y en verdad que es una institución maravillosa a la altura del de Hamburgo o de Londres, nada deja que desear; allí están instalados todos los departamentos de investigación en lujoso edificio; allí tienen los animales indispensables para la investigación, allí espléndido servicio de desinfección, un pequeño hospital, escuela de enfermeras y de agentes sanitarios, allí cursos de perfeccionamiento para quienes se dedican a la carrera .sanitaria, allí en fin el espíritu se dilata y aprecia a México en sus vastas proyecciones de cultura y mejoramiento científico y social.

Fuera de las buenas amistades allá cultivadas y lo mucho y bueno que aprendí, dejó México en mi espíritu una honda- impresión de simpatía y de admiración y la creencia firme de que es un gran país de avanzada cuyos horizontes se dilatan en la inmensidad de los siglos augurándole un porvenir de brillantes realidades y sólido existir.

ESPOROTRICOSIS EN HONDURAS



■Las afecciones micósicas son bastante frecuentes en este país, pero especialmente la esporoti-cosis. Desde el año 1932 a la fecha, hemos observado varios casos, logrando hacer el cultivo y la identificación del hongo en nueve de ellos. El noveno caso corresponde a la observación que aparece después.

La forma clínica es la denominada por Gougerot, *"localizada linfangítica"*. Las otras formas señalados por Beurman y Gougerot, no las hemos visto.

J

En cuanto al hongo encontrado, las dos especies más comunes han sido la de Beurmani y la de Schenki, las que se diferencian por los caracteres siguientes: a) que en los cultivos el primero da colonias que son al principio blancas y que más o menos rápidamente toman una coloración que varía del marrón claro o un marrón casi negro, y b) que en el Beurmanni las conidias son muy abundantes y escasas en el Schenki.

La observación que paso a narrar a continuación fue recogida en el ler. Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General por el interno Br. Gustavo A. Ziúniga. El cultivo e identificación del 'hongo se hizo en el Laboratorio a mi cargo en medio de Sobourraud, dando por resultado esporotrícum Beurmanni, de abundante conidias y escaso micelio, como puede apreciarse en la microfotografia que acompaña a este trabajo y que fue tomada por el Dr, Miguel A. Cruz.

Observación:

Juventina Sevillón de 22 años, originaria de Santa Bárbara, soltera, de oficios domésticos, ingresó a este Hospital el día 23 de junio quejándose de pequeñas tumoraciones aparecidas a lo largo del brazo izquierdo.

Historia. — Refiere la enferma que 20 días antes de ingresar al servicio recibió una herida en la base del dedo índice al cortar una mazorca de maíz; esta herida presentó al cuarto día tumefacción y rubicundez de sus bordes apareciendo a su alrededor pequeños tubérculos que abriéndose espontáneamente dejaban pequeños cráteres sin tendencia a cicatrizar. Quince días después apareció en el dorso de la muñeca una tumoración del tamaño de una aceituna, seguida de otras que sucesivamente marcaban el trayecto linfático del miembro hasta la parte superior del brazo.

Examen local. — En el dorso de la mano se nota una ulceración de aspecto fungoso cubierta de pus que forma al desecarse pequeñas costras amarillen-toverdosas que cubren los bordes de piel despegados y de color obscuro. Las tumoraciones en número de siete se agrupan siguiendo los linfáticos hasta el tercio superior del brazo; dichas tumoraciones reblandecidas en su cúspide, cubiertas de una piel roja e indoloras al tacto no presentaban tendencia a la resolución con las curas locales.

Antecedentes personales. — La enferma no da historia de especifismo ni tampoco existen antecedentes escrofulosos.

Antecedentes personales.— Sin importancia.

Estado general. — Es bueno. Su afección no ha repercutido sobre el estado general y no presenta lesión orgánica ninguna.

Exámenes complementarios.

Reacción de Kahn-negativa.

Heces **fecales-negativo.**

Examen de Orina:

Químico. No encontráronse^ elementos anormales.

Microscópico. Células epiteliales. Bacterias.

Examen microscópico del pus: No encontráronse microbios puógenos.

Cultivo del pus en medio Sabouraud. — Abundantes colonias a los 8 días con presencia de miselio y esporos al microscopio.

Diagnóstico. — **Esporo** tricaste linfangítica, ascendente.

Tratamiento.— Se le suministró yoduro de potacio y localmente aplicaciones de Lugol en cada curación tanto en la ulceración como en las gomas habiéndose observado gran mejoría.

Actualmente la enferma ha casi curado de sus lesiones.

Antonio Vidal.

Tegucigalpa, 15 de agosto, 1939.

Inyección del Ganglio Esfeno-Palatino

DR. SIMÓN RUSKIN,
NEW YORK

El bloqueo del ganglio esfenopalatino por una variedad de condiciones, recorriendo desde hemicrania del tan mentado "dolor de la mitad inferior de la cabeza" hasta los estados vasomotores, tales como rinitis hiperestésica y asma, fue practicado por Sluder hace 25 años. Al ejecutar este procedimiento, Sluder inyectó 0.5 c. c. (7 gotas) de una solución de fenol al 5% en alcohol de 25<? intranasalmente, al lado y di *s* de la extremidad posterior del cornete medio.

En 1924 el autor introduce la técnica de bloquear el ganglio esfenopalatino por inyección a través del cielo de la boca en el agujero palatino posterior, dentro del canal palatomaxílar, que sirviendo como un canal conductor, guía la aguja directamente al ganglio esfenopalatino. Esta técnica tiene las siguientes ventajas:

I.-—Es independiente de anormalidades nasales, por ejemplo, obstrucciones septales, pólipo, malformaciones de los cornetes, variaciones de la pared externa.

2.—Es menos probable que sea seguido de hemorragias porque la inyección es en la profundidad. La hemorragia nasal es difícil de controlar por el procedimiento corriente.

3.—Es más exacto, porque el canal guía a la aguja.

4.—Es muy simple, y puede ser ejecutado por cualquiera que conozca la anatomía de la región.

5.—Es más seguro, porque no puede entrar en una zona peligrosa si la correcta profundidad de la guja es usada. La ruta nasal permite el paso de una aguja a través del ángulo posterior del etmoides hasta la cavidad craneal en sus consecuentes peligros. El riesgo de escaras posinyección es inherente al uso de alcohol como un medio para inyectar en vez que de tipo de aproximación.

Indicaciones: Las indicaciones para la inyección del ganglio esfenopalatino son las siguientes:

puesto que el ganglio esfenopalatino, como principal centro nervioso de la nariz, sirve como punto de cruce de 3 diferentes tractos nerviosos, hay grupos de síntomas posibles, como también mixturas de los tres. Estos son:

1.—El grupo trigémino que suministra por medio del nervio maxilar los 2 o 3 nervios esfenopalatinos, que pasan a través del ganglio.

2.—El grupo facial, que suministra el petroso superficial mayor, parte del Vidiano .que entra en el ganglio esfenopalatino.

3.—El grupo autonómico, que suministra fibras simpáticas que provienen de los filamentos que rodean a la carótida interna, que al reunirse forman el nervio petroso profundo, parte del vidiano que entra en el ganglio. Fibras cráneo-sacras autonómicas con-

elucidas por él petroso superficial mayor.

Inflamaciones u otros procesos que afecten al ganglio esfenopalatino pueden asi dar origen a las siguientes condiciones:

Por parte del sistema trigémino.

1.—Neuralgia maxilar, o neuralgia trigémino mayor. La frecuencia de pura neuralgia maxilar ha dado origen del falso nombre de "dolor de la mitad inferior de la cabeza.

2.—Dolores referidos a la nariz, senos y órbita.

Por parte del sistema facial:

1.—Dolores referidos al ganglio geniculado en el oído medio por medio del petroso superficial mayor.

2.—-Reflejos musculares espasmódicos afectando a los músculos inervados por el facial; ejemplo, músculo del entrecejo (piramidal), orbicular de los párpados, superficial y frontal, causando el tan conocido dolor de ojos.

3.—Ruidos en el oído, aturdimiento, disminución de la audición por perturbación tubal y de los huesecillos del oído.

Por parte del sistema autonómico:

1.—-Perturbaciones vasomotrices, por sobreacción del autonómico cráneosacro, hiperestesia y rinitis vasomotriz, réplica nasal a la alergia, asma; por sobreacción de los vasoconstrictores, ozena o formas benignas de "nariz seca."

2.—Perturbaciones del tono muscular remoto del área nasal. El sistema antonómico como un mecanismo de acción difusora es aparentemente fácilmente afectado de un modo general por medicación o shock de uno de sus varios ganglios. En estados musculares aspásticos, tales como torticollis, lumbago, calambre de los escribientes, dolores de las anginas, la relajación del espasmo es efectuada rápidamente por bloqueo local del ganglio esfenopalatino con solución saturada de cocaína, butano, nitrato de plata, etc. De otros, la cocaína es la más efectiva.

3.—Desgarradura del autonómico craneal pasando al nervio zigomáticotemporal del ganglio esfenopalatino.

4.—-Dismenorrea, por influencia del autonómico cráneosacro.

CONTRAINDICACIONES

1.—Asma; aunque teóricamente es particularmente indicado y usado en algunos casos, el autor

ha observado en dos casos de asmáticos repentinos espasmos arteriales, afectando a la maxilar interna en un caso y a la carótida externa en el otro, con los escaras consiguientes en la bóveda palatina blanda en el primero y en el último caso de la mejilla y ala de la nariz.

2.—Enfermedades del miocardio.

PRECAUCIONES

1.—No inyecte ambos lados simultáneamente, para evitar repentinas interferencias de la circulación palatina. Inyecte un lado y el lado opuesto una o más semanas después. No ejecute una tercera inyección dentro de un mes. Muy frecuentes inyecciones pueden causar escaras de los tejidos suaves.

2.—No inyecte rápidamente. Use sólo 0.5 *ce.* (7 gotas) en cada inyección. Esto evitaría difusión hacia la órbita, que puede causar paresis abducente.

3.—No profundice la aguja en toda su longitud. Deje siempre 0.5 cm. a la vista; esto hace que la inyección se haga a 3 cm. de profundidad.

4.—No incline lateralmente la - aguja. Manténgala vertical al cielo de la boca, inclinada ligeramente hacia la raíz.

Direcciones para inyectar (posición sentada)

1.—Anestesiar el ganglio esfenopalatino, en la nariz, en media gota de solución saturada de cocaína en un aplicador de algodón (Modelo Ruskin) colocado por debajo de la extremidad posterior del cornete medio, por 1 o 2 minutos.

2.—-Limpiar bien, hacia los lados el cielo de la boca para inyectar una solución de novocaína al 4 por ciento.

3.—Pintar el área que se va a inyectar con S. T. 37.

4.—Con precauciones estrictas de asepsia, palpar el hamulus de la apófisis pterigoides. El conducto palatino posterior yace 1 o iy_2 cm. por delante.

5.—-Busque el punto pálido u hoyuelo a lo largo del segundo molar, cerca del punto donde el color suave de la bóveda se toma en dura, cerca de 0.5 cm. para adentro del proceso alveolar.

6.—Usar depresor de lengua para asegurar cabida a la jeringa.

7.—Si la aguja choca contra la bóveda palatina dura, no la forze, pero pruebe suavemente sin quitar la punta de la aguja.

8.—Si hay una ligera hemorragia, cambie la aguja para mantener limpio.

9.—Ponga al paciente en la cama, en posición sentada.

REACCIONES

1.—Ligera para moderar la tumefacción de la mejilla.

2.—Adormecimiento del nervio maxilar (sus ramas de distribución) en algunos casos.

3.—Raramente paresis abundante, 2 veces en mil casos.

4.—Escaras superficiales, 4 veces en el mismo número de casos.

5.—Equimosis de la mejilla y del párpado inferior, 2 veces en 1.000.

6.—No hay hemorragias, ni desenlaces fatales ni complicaciones orbitarias.

Estudio Clínico Terapéutico del Taquiespermismo

Por el Dr. José de Albuquerque,
en la Revista de Andrologia.

Traducción y Resumen del Dr.
Manuel Cáceres Vijil.

Definición

Taquiespermismo es una expresión que propuso el autor en 1931 para designar una afección sexual masculina caracterizada por la eyaculación rápida de la espérala en el acto de la cópula. Viene de dos vocablos griegos: takhus (rápido) sperma (esperma).

Mecanismo del proceso de eyaculación normal

La eyaculación se produce a costa de una serie de reflejos:

Reflejo psico-vegetativo. Llevadas al cerebro por los órganos de los sentidos las excitaciones psico - sensoriales, descienden después por la vía extra piramidal para influenciar el centro eyaculador lumbar.

Reflejo muco-dermo visceral. Las excitaciones partidas del glande y del pene van del centro eyaculador sacro por intermedio del sistema vegetativo, lanzando la esperma a la uretra posterior, colectada en este lugar se produce el relajamiento del esfínter membranoso, dándole salida en una forma intermitente.

Etiología

Todas las causas de provocar una super-excitación del centro eyaculador pueden determinar taquiespermismo. Estas causas pueden ser de dos naturalezas: a) Transitorias. Los individuos que tienen hábito de entregarse a lecturas lascivas, conversaciones lúbricas, crean en su organismo un estado de super excitación genital que refleja sobre el centro de erección, provocando una reacción congestiva de los tejidos erectiles del pene y de la próstata. Los toques manuales a que se entregan los enamorados por su repetición constante produce un estado de congestión de la próstata que predispone al taquiespermismo. Permanentes: Todas las causas capaces de determinar una irritación constante de la uretra prostática pueden provocar taquiespermismo: Vesiculitis crónicas, uretritis posteriores, pólipos, implantados en la uretra prostática, especialmente en el veru**montanum.**

Patogenia

Cualquiera de los factores etnológicos citados provocando una congestión de la uretra acarrea un estado de hiperestesia local de la mucosa, que se convierte en una fuente constante de excitación del centro medular de erección.

Sintomatología

la. fase.—El enfermo refiere la anomalía de eyaculación, Exci-

taciones en la uretra debidas a la hiperestesia provocada por el fenómeno congestivo o por la irritación del canal, atribuyéndola a una antigua blenorragia. No hay disminución de erección.

2a. fase. —■ En la segunda fase le preocupa al enfermo la anomalía de erección, que unas veces son fugaces y otras son hemi-erección y que son debidas a una astenia del centro de erección consecutiva a excitaciones partidas de la uretra congestionada. A la astenia del centro de erección se junta la astenia del centro eyaculador y el enfermo eyacula rápidamente sin erección.

Diagnóstico

Después de inquirir al enfermo de sus hábitos sexuales: excitaciones prolongadas psíquicas o mentales sin actos sexuales, coitos interrumpidos, pasado blenorrágico, práctica habitual de masturbación, debe el médico proceder al examen clínico y complementario del Laboratorio.

El examen de la uretra con el uretroscopio, para ver el estado de la uretra prostática y del verunmontanum.

Debe ser observada la mucosa, su aspecto congestivo o no, los orificios de los canales eyacula-**dores,** los pólipos del verunmontanum deben ser procurados.

Por tacto rectal debe ser examinado la próstata y vesículas seminales y examen de laboratorio del líquido que sale por la uretra.

Pronóstico

El pronóstico del taquiespermismo en su primera fase cuando no se asocian los fenómenos de hipo-erección y de anaerección es de lo más optimista, dando al médico magníficos resultados, pero cuando aparecen disminución de la erección los enfermos creen en un pronóstico sombrío, debiendo el médico para mejor éxito de su terapéutica advertir al paciente la lentitud que revestirá su tratamiento.

Tratamiento

No encierra en sí grandes dificultades diagnosticando la causa que lo determina el tratamiento debe ser en sentido de quitarla. Descongestionando la uretra con instilaciones de una solución de adrenalina. Si hay un pólipo uretral extirparlo con la asa galvánica o por cauterizaciones químicas. Si hay una uretritis posterior de causa gonococcica lo indicado será practicar instilaciones de una solución de nitrato de plata. Si por una vesiculitis, hacer la expresión de la vesícula. Si se presenta la hipo erección o la anaerec-ción después de hacer el diagnóstico de su causa psíquica o por astenia de centro medular, indicar en este caso la faradiza-ción del centro de erección y en aquella analizar con el enfermo con franqueza y claridad el mecanismo de influencia de su psi-quismo en la génesis de disminución de erección, para que ello no cree en su espíritu nuevas ideas depresoras y quitar las ya creadas.

REVISTA QUIRÚRGICA

Tratamiento de los forúnculos del labio superior y ala de la nariz.

Úrsula Kuhne de Halle en Munchener Medizinische Wochenschrift publica la estadística de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Halle durante los últimos 20 años que asciende a 220 forúnculos tratados; 2 muertos o sea 0.9%; 84 del labio superior y 136 de la nariz. Sobre 182 casos no hospitalizados, 150 se trataron por aplicación de pomada antiséptica sin ninguna complicación, 12 con lienzos de alcohol y 13 incindidos por absceso. De 40 hospitalizados, 15 se trataron por el método de Bier y 6 sufrieron una pequeña incisión; 9 incindidos por supuración y 7 por aplicación de pomada antiséptica y solo 3 ampliamente incindidos en cruz. La media del tratamiento fue de 8 a 9 dias y 12 cuando hubo inci-

---

Injerto de tiroides humano en un caso de mixedema infantil. Resultados seguidos durante 12 años.

R. Le Fort de Lille en la Presse Medícale refiere el siguiente caso: en marzo de 1925 ve una niña de dos años y medio por mixedema infantil; 4 días más tarde averigua que un individuo seria ajusticiado al día siguiente; extirpa del cadáver de éste la mitad del lóbulo tiroide derecho y lo injerta entre las fibras del músculo recto mayor del lado izquierdo de la niña; sólo fue desnudada una pequeña porción de la glándula para evitar la brusca absorción del producto tiroideo. Rápidamente aparece la reacción tiroide, intensa e inquietante la temperatura subió a 38.3; en 3 día.s el enflaquecimiento se manifestó claro; la cara perdió el aspecto bestial; la piel juega sobre los planos subyacentes; día a día se observa franca mejoría. Brotan los dientes, modificación de la inteligencia, la niña comienza a balbucear, dice papá y mamá; un mes después de la operación se para sola y a los tres días anda.

Los años siguientes se nota un desarrollo excelente, talla igual a la de sus compañeras de escuela con la diferencia que en vez de estar con las de 14 años estudia con las de 9. Se vieron brotar las uñas de las manos y pies, los dientes, los músculos de desarrollo regular de forma y fuerza satisfactorias. La radiografía hecha 11 años después del injerto muestra las epífisis de los grandes huesos no soldada, psro los cartílagos bastante estrechos; el crecimiento de peso es regular así como el aumento del perímetro torácico; el atraso mental no es muy aparente, escribe bien, suma, resta y multiplica.

■Resumiendo: un injerto tiroideo humano ha producido en una niña atacada de idiotez mixedematosa: reacción inmediata con fiebre y enflaquecimiento; modificaciones profundas y rápidas de las facultades mentales; al punto de vista síquico e intelectual la eficacia del injerto parece haberse atenuado, pues es-

ta niñita estudia con companeras de 9 años en vez de las de su edad de 14, sin embargo, el desarrollo continúa.

La vía carotidea en el tratamiento de las meningitis.

Reynaldo dos Santos de Lisboa en A Medicina Contemporánea, relata esta observación: Un individuo de 21 años presenta una herida de la región frontal no tratada; 8 días después del accidente se resecan los tejidos mortificados y se descubre una fractura del frontal; se trepana, se extirpan las esquirlas, se evacúa un hematoma subdural y se drena con gaza; post-operatorio normal pero al 6o. día crisis epileptiforme localizada al brazo derecho que se repite con frecuencia.

Visto el paciente un mes después del traumatismo inicial presenta cefalea ligera, ptosis del párpado izquierdo, disminución de la visión, Kernig y rigidez de la nuca, punción lumbar líquido claro con raros leucocitos; el mismo día se pone una inyección de 5 ce. de mercurocromo al 0.5% en la carótida primitiva izquierda a través de una pequeña incisión, franca mejoría; al día siguiente nueva inyección al 1%, mejora notable y persistente, pero persisten secuelas del orden visual.

Injertos libres de piel total.

Dufour mantel en Revue de Ohirurgie hace varias consideraciones sobre el uso del injerto total de piel tan empleado actualmente en Rochester: se levanta por disección en el tejido celular subcutáneo, no debe provenir de otra especie animal, la práctica corriente aconseja hacerlo solo del mismo individuo, la herida receptriz debe ser avivadida, si posible inmediata, el injerto debe ser fresco y sano, sin muchas manipulaciones, sin variaciones de temperatura, sin alteraciones físicas o químicas, lacara profunda no ha de tener grasa salvo si se hace un trasplante de región pilosa, el contacto entre el injerto y el campo ha de ser inmediato, integral, con hemostasia perfecta, requiere una presión continua para evitar la trasudación serosa, se evitará todo movimiento, todo desplazamiento, y será dejado por lo menos diez días sin tocarlo.

Algunas palabras sobre la laminectomia en las fracturas del raquis con trastornos nerviosos.

Al contrario de la opinión general y extendida Leriche de Estrasburgo, afirma en Le Proges Medical que vale cien veces más, cuando *se* tiene una fractura de la columna con trastornos nerviosos, tenerla cervical que dorsolumbar. Sin duda aquellas son más graves y pueden matar inmediatamente pero .de no ser así son susceptibles de curar aún cuando haya paraplejia inicial. Aconseja Leriche la cistostomía sistemática en los parapléjicos y la laminectomía precoz en las fracturas con trastornos nerviosos que no han retrocedido después de la puesta en lordosis o en extensión continua. Hecha la laminectomía con anestesia local y con todas las precauciones de rigor no ha dado sino 2 muertes, aún en individuos con

sección total de la médula, en 48 casos y si felices mejorías. Secundariamente la simpatectomía lumbar en las hipertonías residuales y la simpatectomía periarterial .en los trastornos tróficos dan también magníficos resultados.

Enteritis regional.

C. F. Dixon de Rochester en Armáis of Surgery, publica 30 observaciones de enteritis regional o ileitis vistos en la Clínica Mayo.

■Se observaron los síntomas siguientes: enflaquecimiento en 100% de casos; calambres dolorosos en 87%; diarrea en 80%; masa palpable en 77%; náuseas y vómitos en 55%; anemia en 40%; fístula externa en 20%; sangre en las 'heces en 20%; ningún paciente tenía síntomas de tuberculosis pulmonar.

A estos 30 casos se agregan otros 39 observados en la misma clínica y todos operados. 25 veces se hizo una ileo-colostomía sola con 5 mejorías y 20 estacionarios o agravados; 40 veces resección intestinal con 4 muertes post-operatorias, 2 muertes tardías de causa desconocida y 34. que estaban bien a los seis meses y seis años; 2 laparotomías fueron simplemente exploradoras y 2 aberturas de abscesos que dejaron fístulas.

Principia la ileitis por ulceraciones de la mucosa con invasión de los ganglios mesentéricos. En un caso donde la vista y la palpación no mostraron nada el examen del ileon por transiluminación a la luz fría mostró la presencia de lesiones de la mucosa.

Tratamiento de la ***apoplejía*** *por infiltración novocaínica del ganglio estrellado.* W. Arthur Mackey y Laurence O. W. Scott, en British Medical Journal afirman que 19 enfermos han tratado por infiltración de novocaína del ganglio estelar en casos de apoplejía en el lado de la lesión es decir el opuesto a la parálisis notando en 9 una mejoría. En un caso media hora después de la infiltración el paciente pudo mover un brazo y hacer esfuerzos de hablar, pero murió 14 horas después. En otro la infiltración causó la muerte por sincope respiratorio debido probablemente a introducción del líquido en una vena. En conjunto los resultados no fueron muy satisfactorios sin embargo, los autores insisten en que deben proseguirse los estudios en mayor escala.

CATARATA JUVENIL FAMILIAR

En los meses de febrero, junio y julio tuve oportunidad de asistir a tres hermanos Luis, Ricardo y Carmen Barrientos, vecinos y nacidos en Tatumbla de 17, 19 y 21 años respectivamente, en el Hospital General de esta ciudad. por ceguera.

El primero dice que perdió la vista a los 2 años de nacido según cuenta su madre, el segundo también a los dos años y el tercero a los 3 años; ninguno de ellos recuerda haber visto claramente. Su madre es miope; su **Dadre** y abuelos sanos; tienen dos hermanos, uno de 14 y otro de 15, igualmente sanos.

Los tres sufrían de Cataratas totales a excepción del segundo que tiene una no completa, pues en el segmento lateral externo del cristalino derecho se ven partes negras por donde el paciente percibe algunos rayos luminosos y bultos.

Padecen además los tres de fuerte estrabismo en todas direcciones.

El estado general de los tres es magnífico.

Todos fueron operados por extracción total y sutura conjuntival. La visión del primero es de 0.7 y del segundo y tercero de 0.5. con lentes convexos de 10 dioptrías.

Es curiosa la historia de estos tres muchachos bien desarrollados y hermosos que sin saber por qué perdieron la vista desde temprana edad, sin encontrar nosotros algún dato que pudiera ilustrarnos sobre la causa probable de tal desventura. No traumatismo; no herencia; no afecciones médicas susceptibles de favorecer su aparecimiento, ni los antecedentes personales ni hereditarios, ni los exámenas clínicos y de laboratorio dan luz alguna. Por eso nos conformamos con relatar los hechos en la esperanza de encontrar algún día su explicación.

S. Paredes P.

Conclusiones: el método solo da fracasos en hemorragias graves de individuos viejos o de edad media; algunos casos de trombosis cerebral pueden mejorar, pero los resultados dependen del grado de esclerosis arterial; el mejor caso es la embolia cerebral sobre todo en el joven; es importante hacer la infiltración lo más pronto posible y no esperar mejoría, sino cuando el mtodo se aplicó antes de 24 horas después del ataque de apoplejía.

Tratamiento quirúrgico de la estrechez del recto.

Pemberton y Stalker de Rochester en Surgery, refieren la observación de un paciente de 31 años, con estrechez del recto de origen indeterminado situada a seis centímetros del ano. En un primer tiempo se hace un ano iliaco izquierdo; un mes más tarde por incisión posterior con resección del coxis se aborda la estrechez y se reseca suturando cabo a cabo sobre un tubo de caucho introducido por el ano. Un año más tarde y solo por la negligencia del enfermo, se cierra el ano iliaco y la curación es completa.

S. Paredes P.

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

{Ojeada general)

Por Rene A. Gutmann, Médico

de Hospitales de París.

El diagnóstico del cáncer gástrico, ha alcanzado en estos últimos años, gracias a la unión de la clínica, de la radiología y de la cirugía, un grado de precocidad que, a veces, impresiona. Pero, para que los efectos de estas nuevas adquisiciones se hagan sentir, verdaderamente, en el pronóstico de esta terrible enfermedad, es necesario que los médicos que ven al enfermo en el momento en que su suerte se decide, es decir, al comienzo, conozcan cierto número de reglas generales. Estas grandes reglas, "esta táctica', son las que quisiera exponer aquí. Los detalles los encontrarán, estudiados con más extensión en un libro próximo (1).

¿En qué enfermos se debe pensar de un cáncer gástrico incipiente?

La cuestión de la edad, advirtámoslo ante todo, no tiene la importancia que se ha atribuido comunmente; el cáncer comienza, se dice, alrededor de la cincuentena. Si yo señalo que, entre los cánceres diagnosticados y operados por mí, había dos enfermos de 22 y 25 años, en uno de los extremos de la serie y dos de 70 y 72 años en el otro, se verá que esta noción es muy incierta.

Con respecto a la clínica, pasaremos rápidamente sobre el *comienzo clásico;* el adelgazamiento, la anorexia, la palidez y los vómitos, agrupados de **diversas** maneras, tienen el privilegio de ser signos capaces de despertar sospecha.

No hay que olvidar que estos trastornos son, a veces, muy difundidos y no es raro que sea necesario dejar pasar algún tiempo, incluso meses, para poder darles su verdadera significación.

Tampoco insistiremos sobre el *tipo dispéptico,* pesantez, inflación, mal apetito, eructos, etc., que se mejoran poco por los tratamientos, recidivan rápidamente y se agravan.

Quisiera sobre todo llamar la atención. de les médicos sobre otras **manifestaciones** más engañosas todavía.

Las formas que acaban de ser citadas no son, en efecto, las más frecuentes. En la mayor parte de los casos, en que se puede hacer diagnósticos precoces, se trata de lo que he llamado el *cáncer ulceriforme.*

(1) R.-A. Guttmann, I. Bertrand: Le cáncer de l'estomac au debut *(Etude clinique, radiologique y anatomo-pathologique)*, 495 p., 570 fig. Doin édit., en prensa,

Se presenta bajo diversos aspectos, según que los dolores sean cotidianos, irregulares o claramente periódicos.

La forma cuotidiana es la más frecuente; el enfermo sufre todos los días dolores tardíos que simulan la úlcera; pero, en lugar de terminarse espontáneamente como en la úlcera, persisten durante semanas y meses.

En la forma irregular, los dolores tardíos son intermitentes; después de uno o dos días de dolores, pasa algunos otros bien, y vuelve a sufrir de nuevo, prolongándose este estado algún tiempo.

La forma más rara (que está lejos de ser excepcional) simula, perfectamente, la úlcera; se manifiesta por accesos dolorosos de dos y tres semanas de duración que se terminan espontáneamente o bajo la influencia de una medicación anodina; recidivan después de algunas semanas y aún de tres a cuatro meses, se calman de nuevo y vuelven a presentarse persistiendo estas alternativas hasta que se hace el verdadero diagnóstico.

Nada hay de "canceroso", en el sentido clásico de la palabra, en el carácter de estos diversos estados. El apetito es, a veces, excelente; el enfermo adelgaza poco o nada; el semblante no se altera o apenas varía. Yo insisto con frecuencia sobre estos caracteres oponiéndolos, de intento, en el cáncer ulceriforme incipiente, a los que se ven con frecuencia en el curso de fuertes brotes ulcerosos benignos en los cuales la anorexia acompaña al periodo doloroso, y el. enfermo adelgaza y palidece. ¡Que lejos estamos de los esquemas clásicos!

■Del mismo modo, es completamente inexacto oponer la fácil curabilidad del "ulcus",,.a: la resistencia de los trastornos 6an- ■ cerosos. Se ve, muy frecuentemente, en el cáncer incipiente, que los dolores ceden a los tratamientos anodinos y aunque es cierto que los trastornos se presentan de nuevo bien pronto, su sedación ha bastado.¡para dar al médico una fálsa y peligrosa seguridad.

En una serie de casos semejantes a los que acabo tener en cuenta, hemos tenido la prueba evidente de que se trataba de lesiones primitivamente cancerosas.

Pero el cáncer puede comenzar también en un ulceroso antiguo. Es un problema científico y psicológico, muy interesante, pero difícil, el tratar de comprender por qué este *injerto canceroso* sobre el ulcus es todavía negado hoy en diversos países por muchos autores. No insisto en ello por haber estudiado extensamente en nuestro libro con I. Bertrand esta úlcera transformada. Aquí me limito a decir que ésta es una eventualidad absolutamente innegable y de una extrema frecuencia.

La úlcera puede transformarse al cabo de plazos variables. Yo he observado casos sobre lesiones ulcerosas, cuya evolución databa de 20 o 30 años y otros en que la transformación se ha hecho al fin del segundo y aún

del primer brote. En todos estos casos, lo que debe llamar la atención, desde el punto de vista clínico; es la persistencia del brote, su incurabilidad y, a veces, Wunque no siempre, los trastorné 'del estado general. ""Veremos que aquí, como para el cancer ulceriforme, poseemos 'etí[1]-la radiología un poderoso auxiliar" para guiarnos.

Antes de estudiar los datos proporcionados por ésta, tenemos que decir algunas palabras de los diversos *métodos de laboratorio.*

El estudio del *quimismo gástrico* está, en absoluto, desprovisto de valor, para el diagnóstico del cáncer verdadero en sus comienzos. Puede estar disminuido, a menudo es normal, a veces está elevado, según, sin duda, el estado en. que se encontrase antes. La anaclorhidría del cáncer fue descrita en relación con los canceres avanzados (en los que pi5r' lo demás es inconstante); pero en los estados iniciales y sobre todo en los cánceres ulceriformes, es extremadamente frecuente que no exista y es una neligrosa auimera querer fundarse en ella para esclarecer el diagnóstico.

Es necesario hacer una excepción para ciertas gastritis atróf'icas con anaclorhidría, que pueden transformarse en cánceres. Estos son hechos raros y muy especiales: no se refieren a la anaclorhidría del cáncer, sino al nacimiento del cáncer sobre una atrofia gástrica.

La investigación de las *hemorragias ocultas* es algo más interesante. En tanto que ellas se hacen rápida o muy rápidamente negativas en la úlcera, persisten en los cancerosos, pero no hay que creer que se posga con ello un "hilo de Ariadna". En efecto, una úlcera puede dar indicios químicos de sangre durante un tiempo demasiado largó, que sería peligroso si se tratase en realidad de un cáncer.

Por el contrario, los cánceres al comienzo, en su tipo infiltrado, no sangran y ocurre lo mismo, a menudo, en las formas de apariencia ulcerosa.

Así pues, en la práctica solo puede ser retenida en favor de la benignidad, la comprobación de hemorragias ocultas y su rápida desaparición. Tampoco es éste un signo absoluto, pues yo he visto detenerse hemorragias en casos de cánceres indudables.

La gastroscopia goza, actualmente, de un tal prestigio 'que casi no me atrevo a decir que apenas tiene valor en el diagnóstico del cáncer gástrico en su comienzo. Sin embargo, es la realidad. Personalmente yo no he hecho nunca, ni he visto hacer en mi servicio, un diagnóstico gsstroscópico precoz del cáncer.

En cuanto a los cánceres diagnosticados verdaderamente en su principio por la gastroscopia, no hay en el mundo entero actualmente nada más que uno o dos trabucados (y muy incompletos). No es mucho. Esperemos pues, lo porvenir.

Por último, actualmente, no existen *métodos serológicos* seguros. Cuando son específicos, no son precoces. Cuando son pre-

coces, no son específicos. Quizá, en este terreno se llegue a hacer cosas interesantes, pero todavía no son nada más que esperanzas.

En resumen, sino fuese por la radiología estaríamos casi abandonados al azar.

Ella constituye el medio más sutil de exploración, de que disponemos para el cáncer gástrico y, también, el principal obstáculo a la generalización del diagnóstico precoz.

En efecto, hay que tener en cuenta que, aún en la actualidad, los malos clichés son infinitamente más frecuentes que los buenos. Los archivos radiológicos compuestos de imágenes borrosas, grisáceas, sin contraste, a menudo en número insuficiente y tomados en malas posiciones, constituyen, hay que decirlo claro, el punto débil de la gastroenterología. A veces una tendencia contraria hace igualmente inaprovechables los clichés. Me refiero al *snobismo* del "estudio de los pliegues" y de la "comprensión dosificada", técnica complementaría bastante buena para el estudio de una deformación especial ya encontrada, pero, salvo en casos muy especiales, método execrable para el examen general del estómago.

En el cáncer incipiente, de la pequeña curvadura en particular, que es el más frecuente y en el que el diagnóstico se funda sobre pequeñas anomalías en la forma de perfil gástrico, la comprensión, destruyendo artificialmente el contorno natural, conduce, casi seguramente, a que la lesión pase desapercibida. Estas técnicas no adquieren todo su valor nada más que cuando se trata de cánceres incipientes de las caras; pero, precisamente estos son de tal modo latentes, que el problema del diagnóstico precoz, solo se presenta en ellos de un modo excepcional.

En cuanto a la radioscopia es, en los comienzos del cáncer, insuficiente por completo. No tiene más valor que el de un débil auxiliar para el estudios de los clichés.

■No quiero insistir aquí sobre estas cuestiones capitales, pero no puede pensarse en hacer diagnósticos precoces del cáncer nada más que con clichés clásicos, con el aro-obscuros netos, de *calidad técnica perfecta,* pues aún los clichés "bastante buenos" son más perjudiciales que útiles.

En estas condiciones ¿qué demuestran las radiografías?

lo. Un primer grupo de hechos concierne a un cierto número de pequeñas imágenes que yo, en estos últimos años, -he descrito y querido individualizar bajo diversos nombres: líneas rectas, lagunas, eminencias especiales, aspectos rígidos, ondulados, encajados, nicho en platillo, nicho sobre fondo plano, nicho en una laguna en arco, etc. Todo esto, sin embargo, poco aparente y muy limitado.

Es imposible tratar, incluso, de describir en conjunto estas imágenes: Serían necesarais muchas páginas e innumerables dibujos. Se las encontrará en nuestro libro sobre el cáncer.

■Limitémonos a decir que para la mayor parte de estas imágenes, cuando se las observa al comienzo, el diagnóstico reposa únicamente sobre la experiencia radiológica dei que interpreta los clichés.

Es necesario no solamente reconocer estos diversos aspectos, sino también distinguirlos de las imágenes normales o subnormales de los pliegues, de las contracciones, de los aspectos inflamatorios gastríticos.

De aquí que no se deba jamás afirmar la existencia de un cáncer en su comienzo, basándose en una sola serie de clichés En cuanto se ha apreciado y clasificado el aspecto anormal, es preciso instituir siempre un tratamiento activo, capaz de hacer desaparecer las imágenes inflamatorias y benignas mientras que la imagen cancerosa persiste sin cambio o aumenta. Esto nos conduce a la aplicación de la prueba terapéutica de la que hablaremos más lejos.

2o. Si en este primer grupo de hechos hemos avanzado sobre un terreno todavía poco familiar a la mayor parte de los médicos, lo contrario ocurre con el que ahora abordamos.

El enfermo es radiografiado; los clichés muestran un nicho bien neto, sobre cuyo carácter lesional no cabe duda. Su naturaleza únicamente permanece indecisa ¿cuál debe ser la conducta del médico?

Existe toda una serie de signos, clásicos o no, que contribuyen a dar al nicho un aspecto más o menos sospechoso; desde una simple presunción a una casi certidumbre. Pero ninguno es "patognomónico" y como este artículo está destinado sobre todo a exponer el tema en sus grandes líneas, no insistiré en ellos.

De esta noción se deducen reglas generales.

En presencia de un nicho que tiene el aspecto canceroso no se tiene derecho, por esto solo, a afirmar que la lesión no sea benigna.

En presencia de un nicho que tiene el aspecto ulceroso benigno, no se tiene derecho, por esto solo, a afirmar que la lesión no sea maligna.

Veamos que consecuencias prácticas se pueden sacar de estas reservas:

lo. *Nichos de apariencia maligna.*— Es extremadamente frecuente ver enfermos en quienes se presentan, en cualquier edad, incluso avanzada, y por primera vez en su vida, trastornos gástricos, más o menos dolorosos, anorexia y adelgazamiento.

¡La radiografía muestra una imagen de nicho, a veces enorme e irregular. ¿Se debe diagnosticar *"d'emblée"* un cáncer y hacer operar?

Sobre la porción vertical de la pequeña curvadura, un tal conjunto clínico radiológico *tiene las mayores probabilidades de ser benigno.*

Así, cualquiera que sea el-grado de sospecha, nunca se debe tomar una decisión sin ensayar temporalmente un tratamiento médico activo. Con mucha frecuencia se verá, con asombro, modificarse el estado general y los trastornos, disminuir en exámenes sucesivos el enorme nicho

y, finalmente, desaparecer éste en algunas semanas.

Sobre la parte horizontal de la pequeña curvadura, en las mismas condiciones, la malignidad es, por el contrario, probable, pero el cáncer no avanza con bastante rapidez para que no se tenga tiempo de hacer, durante tres a seis semanas, un tratamiento de ensayo y observar lo que ocurre, según lo que diremos más lejos.

2o. *Nichos de apariencia benigna.* — En los casas precedentes el carácter inquietante, en general, de los nichos puede, cuando más, conducir a una intervención, que un ensayo médico hubiera podido evitar; se opera y a condición, bien entendido, que no se limite a una gastroenterostomia, sino que, por el contrario, se reseque, el enfermo no pierde nada con ello y, benigna o maligna, es desembarazado de su lesión.

Los casos a que nos referimos ahora son diferentes por completo.

En efecto, del mismo modo que, clínicamente, el cáncer puede simular la úlcera, radiológicamente puede comenzar por un nicho muy pequeño cuyos caracteres malignos solo llaman la atención de los radiólogos muy experimentados, pues a veces, incluso, está desprovisto al principio de todo carácter sospechoso. Estas eventualidades son mucho más frecuentes sobre la parte horizontal, desde el ángulo gástrico, comprendido éste, que sobre la parte vertical.

Se podría pensar que. en la práctica, es muy fácil evitar estos diversos motivos de error. ¿Qué importan en el fondo todos estos matices? No hay más que tratar al enfermo. Según que los trastornos que acusa desaparezcan o no, la lesión da.la prueba de su benignidad o de su malignidad.

Desgraciadamente no hay nada de esto. No existe, en el comienzo del cáncer un paralelismo obligado entre los síntomas y la lesión.

Si en ciertos casos los trastornos persisten a pesar de los tratamiento, hay otros en los que. cuando se les trata, todo parece arreglarse. Pero bajo esta máscara favorable, la lesión persiste y continúa progresando.

De esta noción capital resulta que, solo puede permitir el diagnóstico, el control radiológico sucesivo.

Conducta práctica. — Cuando un enfermo sufre del estómago o presenta síntomas que puedan estar en relación con un cáncer incipiente, debe ser radiografiado.

Si existen imágenes extremadamente pequeñas, el grado de sospecha que se les debe atribuir depende, únicamente, de la experiencia del que las interpreta. Este puede no ver una lesión en su principio (y entonces el enfermo está prácticamente condenado) o declarar sospechosa una imagen debida a una modificación sin interés de los pliegues (lo que no es por el momento muy grave) o tropezar realmente con una imagen verdadera de cáncer.

Cuando se comprueban imágenes de tipo infiltrante o lagunar, el diagnóstico será fácil con frecuencia.

Si la imagen anormal es un nicho, puede tratarse de una ulcera benigna, de una úlcera transformada o de un cáncer ulceriforme.

En todos estos casos, es necesario tratar al enfermo antes de tomar una decisión. El tratamiento lo constituyen el bismuto y la belladona; si existen signos y síntomas gástricos se dará también colargol. El régimen estará desprovisto de todo alimento irritante y, aunque yo reprue-bo de una manera general el régimen lácteo en la úlcera, en algunos de estos casos lo prescribo durante algunos días. Del mismo modo creo que, en regla general, -es inútil que los ulcerosos guarden cama; pero pienso que en estos casos es bueno comenzar la cura con algunos días de reposo. De todos modos esta prescripción no debe ser aplicada dogmáticamente y cuando se trata de un enfermo a quien la interrupción del trabajo le produciría un gran perjuicio material, admito perfectamente que se haga esta prueba terapéutica sin apelar al reposo. Es necesario, por último, prescribir inyecciones de productos que tengan una acción sobre las lesiones inflamatorias o ulcerosas. Personalmente yo me he limitado a la proteinoterapia que, salvo casos especiales, aconsejo en forma intravenosa y a los ácidos aminados que, hasta aquí, he prescrito a grandes dosis por no tener experiencia de las dosis ínfimas actualmente en estudio de estos "test".

El enfermo recibirá pues, cada semana, primero tres inyecciones intravenosas y más adelante dos, de proteínas vegetales diluidas en diez centímetros cúbicos de suero y dos o tres inyecciones intramusculares de ácidos aminados. Esta última medicación es secundaria, constituyendo la proteinoterapia la base de la prueba. Sin embargo, aquella está contraindicada en los cardiacos, en los nefríticos y en los tuberculosos. Además, a ñ a d o siempre las vitaminas "A" y "C", de las que la 'última está contraindicada en las grandes lesiones por ser un estimulante del cáncer.

La prueba comprende, según la urgencia que se tenga de tomar una decisión, diez a diez y ocho inyecciones de proteínas repartidas entre uno a dos meses y medio; excepcionalmente hago la primera semana una inyección cuotidiana. La progresión va de un cuarto de ampolla a una ampolla y .media y aún dos. La inyección debe hacerse muy lentamente.

En estas condiciones, se puede establecer un "baremo", del cual se encontrarán los detalles en nuestro libro y que se puede esquematizar como sigue:

Lesión benigna con certidumbre. — Desaparición espontánea (antes de todo tratamiento), o casi espontánea (con un tratamiento ligero) de los síntomas clínicos y radiológicos después de la terminación del brote.

Las eventualidades siguientes son consideradas en relación a la proteinoterapia.

Lesión benigna con una certeza prácticamente absoluta.-Desaparición por el tratamiento de los síntomas clínicos y radiólo-

gicos. Debe continuar en observación periódica durante mucho tiempo.

Lesión posiblemente benigna. — Desaparición de los síntomas clínicos y disminución de los radiológicos. El tratamiento y la observación deben ser continuados.

Lesión sospechosa. — Desaparición de los síntomas clínicos y persistencia sin variación de los síntomas radiológicos. El tratamiento y la observación deben ser continuados.

Lesión muy sospechosa.— Persistencia de los síntomas clínicos y radiológicos. Según los casos, tratamiento continuo o gastrectomía.

Cáncer prácticamente cierto. — Persistencia de los síntomas clínicos y aumento de los síntomas radiológicos. Gastrectomía.

Cáncer cierto. — Desaparición de los síntomas clínicos y aumento progresivo de los síntomas radiológicos. Gastrectomía.

Aquellos de estos juicios que no son absolutos, deben ser tenidos en cuenta con una tendencia más bien optimista, si se trata de la porción vertical del estómago y con una tendencia más bien pesimista cuando se trate de la porción horizontal.

Una vez hecho el diagnóstico de malignidad, el enfermo debe sor operado. Llego en esto a un último punto que exigiría un largo desarrollo. No puedo más que resumirlo. La laparotomía, considerada como elemento de exploración diagnóstica, es una concepción fundada en la práctica de los cánceres voluminosos. En las neoplasias de tamaño reducido, que se diagnostican hoy con facilidad, la laparotomía no puede comprobar más que la presencia de lesiones, pero no permite ninguna opinión decisiva sobre su benignidad o su malignidad. En los estados todavía más precoces, incluso, no permite saber si hay o no una lesión. En los cánceres completamente limitados y verdaderamente al principio, de los cuales nosotros tenemos, en unión de los profesores Gosset, Charrier, Seneque, Richard y Jean Gosset, la casi totalidad de los casos operados en el mundo, no se observa ninguna anomalía clara sobre la pieza abierta.

Se ve pues que, cuanto más pronto se establezca el diagnóstico, con menos frecuencia nos serviremos de la operación para establecerlo y de ello resulta que en el cáncer incipiente verdadero, la decisión operatoria debe ser tomada, por un común acuerdo, *antes* de la operación, y que, en seguida, debe ser practicada la gastrectomía aunque el estómago parezca sano.

Se comprende qué condiciones tan extraordinariamente estrictas deben reunirse para llegar a este resultado; ellas se basan en el estudio clínico, en la técnica de los clichés, en su interpretación; un "fallo" en este conjunto conduce a errores de diagnóstico y a gastrectomías inútiles.

Tal me parece, por tanto, actualmente, la única "táctica" a emplear contra el cáncer gástrico. Ella nos ha permitido reunir

Máximas y Dogmas de Medicina y Cirugía

Por el Prof. H. MONDOR.

ABDOMEN

FIBROMA DE LA PARED ABDOMINAL

A una mujer se le había dicho que tenía un fibroma uterino, que debía tratarse por laparotomía; a otra que tenía un ganglio retro-crural, tratable por la radioterapia y la permanencia en el campo; a otra, se le proponía la resección de una "exostosis." Y en las tres, que fueron tres jóvenes mujeres, se trataba de fibroma de la pared abdominal. La laparatomía, la permanencia en el campo y la resección ósea, trajeron muy malas consecuencias.

Estos fibromas en el espesor de la pared abdominal, en la mujer, de los treinta a los cuarenta eños, situados en la pared anterolateral, son ovoides, duros; inmóviles, pero no ocultos —lo que es un signo esencial—, por la contracción de los músculos oblicuos. El tratamiento quirúrgico de estos tumores es fácil y radical.

EXTRANGULACION HERNIARIA

Dos peligros, igualmente temibles y casi igualmente apremiantes, la oclusión y la gangrena del intestino, amenazan al que sufre una estrangulación hemiaria.

Cuanto más pequeña es la hernia estrangulada, más prontas, más brutales son las etapas de la estrangulación; más implacable la urgencia de intervenir.

Los signos físicos, tumefacción tensa, elástica, resistente, irreductible, dolorosa a la palpación, son suficientes para formular el diagnóstico y decidir la intervención inmedata. Los signos funcionales, vómitos a cada ingestión de líquido, cólicos intermitentes y difusos, y con mayor razón los signos generales, no deben esperarse jamás.

Al lado de la hernia voluminosas, con signos locales bien francos, existen las hernias, pequeñas, ocultas en la grasa, cuyas complicaciones mecánicas en el vientre son prontamente nefastas. Y es una regla bien antigua, que en presencia de una oclusión intestinal, se inspeccionen todos los orificios hemiarios y recordar siempre que, por ínfima que sea la tumefacción, es preciso descubrir la estrangulación que está pronta a esfacelarse.

El tratamiento quirúrgico debe ejecutarse sin retardo. Las consideraciones de lugar, las di-

---

un gran número de cánceres incipientes y un conjunto, que comienza a ser importante, de cánceres diagnosticados en estados de extrema limitación, operados y comprobados histológicamente de una manera indudable.

Rene A. GUTMANN.
Del Mundo Médico.

ficultades de organización, el grado de las lesiones, no pueden hacer diferir una operación cuya urgencia no es comprendida por el público. Pero, no debe operar una hernia estrangulada, el que no sepa reparar bien, quirúrgicamente, una hernia simple, ni tratar debidamente un **intestino** gangrenado. Por lo demás, la curación se obtiene en el 90% de los casos.

En vez de la fórmula vieja: taxis forzada, prolongada, operación lenta, es preciso decir; taxis corta y prudente, operación rápida. ¡Cuántas veces se ve todavía, a consecuencia de esfuerzos volentos y prolongados de reducción, perforaciones intestinales, desgarraduras hemorrágicas del mesenterio, abertura en la cavidad abdominal de asas gangrenadas!

La coexistencia de una oclusión y **de** una hernia, a pesar de las apariencias, puede no constituir una estrangulación **hemiaria.** Oclusiones de causa intraabdominal pueden, en efecto, distender hernias no encarceladas. Derrames bruscos de sangre o de pus, procedentes de la gran cavidad peritoneal, pueden aumentar, también, y hacer doloroso y menos reductible el contenido de una hernia. Contra estas oclusiones nacidas en el interior del vientre, sea por peritonitis aguda o por inundaciones hemorrágicas, que se vuelven agentes de falsas estrangulaciones, la kelotomía es una empresa quimérica de la **que debemos** huí", para practicar a tiempo la laparotomía necesaria.

ULCERA DE LA PEQUEÑA CURVADURA

Los médicos y los radiólogos son clínicos a quienes corresponde la asistencia de las úlceras gastro-duodenales. Los cirujanos, una vez de cada dos casos, pueden ser los terapeutas.

Los dolores epigástricos, que sobrevienen, algo tardíamente, unas dos horas después de las comidas; dolores vivos que sólo se calman con los alcalinos o con la ingestión de nuevos alimentos, obligan a pensar en una iilcera de la pequeña curvadura. Espe-

cialmente, si la intensidad de esos dolores, a veces inexorable, viene por crisis durante varios días, y su irradiación hacia la izquierda, se acompaña de la rareza o ausencia de vómitos.

Las informaciones de la radiografía, para que sean provechosas, deben ser precoces. Si el nicho, signo capital, la rectitud, la rigidez segmentaria de la pequeña curvadura, se perciben en el curso de exámenes sucesivos, el diagnóstico es seguro. Los signos de orden espasmódicos, enconchado de la curvadura, biloculación intermitente o permanente, plegadura seudo - estructural, contituyen indicaciones útiles, pero no son decisivas. El nicho típico es aquel cuyo fondo tiene sustancia opaca, que presenta burbuja de aire y pedículo estrecho. Las formas a típicas son frecuentes.

Muchas úlceras de la pequeña curvadura se han curado por la gas tro-enteros tomía, pero este no es el tratamiento de elección. Es preciso que el operador haga una gastro-pilorectomía amplia, una excersis de la úlcera y del antro pilórico. Además, deberá exigir al operado que jamás se aparte de un régimen riguroso, dirigido sobre todo contra la hiperacidez.

No se debe esquematizar ni generalizar sobre las reglas del tratamiento. Como siempre, no hay enfermedades sino enfermos, y las úlceras agudas con linfangitis, las úlceras simples, las callosas, las inveteradas, las terebrantes, las ulcero - cánceres, constituyen cada una un problema diferente. De la misma manera que para el operador son casos diferentes, el enfermo agotado por hemorragias, el deshidratado, el obeso en constante crisis, etc.

ULCERA DUODENAL

Las crisis periódicas, tardías, muy tardías, que aparecen a las cuatro, cinco o seis horas, después de las comidas, especialmente en la noche, con dolores epigástricos agudos, exasperados por el hambre y que se alivian por la ingestión de alcalinos o de cualquier alimento, deben hacer pensar en la úlcera del duodeno, sobre todo si la irradiación dolorosa es hecha a la izquierda y si los vómitos son excepcionales.

Aun estando en guardia y atento a descifrar poco claros al principio, el médico se ve sorprendido por complicaciones gravísimas: hemorragias, perforaciones, estenosis aguda.

Los signos radiológicos deben buscarse sin tardanza. Y las investigaciones de este orden deben practicarse con el enfermo sentado, echado y en posición ventral; y de preferencia, en los períodos de crisis. Hay signos dilectos, bulbares, y signos indirectos, gástricos. El bulbo ulcerado permite ver un nicho, generalmente marginal, rara vez facial, pequeño, ovalar, pediculado o sésil. Algunas veces la pequeña curvatura del bulbo es rígida y su gran curvatura del bulbo es enconchada, mirando hacia el nicho. La imagen es, entonces, completa. Los signos indirectos son las siguientes: hiperkinesia gástrica, evacuación acelerada del estómago.

Una gastro-pilorectomía amplia, ¿deberá preferirse siempre a la gastro-enterostomía que ha tenido tantos éxitos? Son los fracasos .de aquella imputables al método o a la técnica? Es un debate inagotado.

Ulcera péptica del yeyuno

En un individuo ya tratado quirúrgicamente, meses o años atrás, por úlcera gástrica o doudenal, que sufre dolores atroces', por crisis periódicas, de horario tardío (cuatro, cinco horas después de las comidas), no debe aceptarse arbitrariamente, como un sujeto que sufre de adherencias, de hiperoloridia, de faltar al régimen prescrito. Se trata, sin duda, de una úlcera nueva, la úlcera de la boca anatómica.

■La úlcera péptica es yeyunal o gastro-yeyunal. Rápidamente perforante, puede anunciarse por una peritonitis sobre aguda, pero como toda úlcera del tubo digestivo puede volverse callosa, estenosante o terebrante. Una de sus complicaciones más terribles es la perforación cólica, por adosamiento y perforación yeyunocólica.

Después de una gastro-enterostomía y, sobre todo, después de una gastrectomía, toda melena recidivante, toda crisis dolorosa violenta, so pena de que ocurra un advenimiento trágico, no debe tratarse por modificaciones en el régimen alimenticio o de las medicaciones farmacológicas ; lo que debe hacerse sin pérdida de tiempo, es un buen examen radiológico.

■Signos elocuentes radiológicos, se verán sobre el asa aferente o sobre la boca misma; más raramente, sobre el asa aferente. Sobre el asa aferente parecerá: cúpula, hongo pediculado o escarapela típica; sobre la boca: imagen estelar, estenosis, excepcionalmente nicho típico.

La tarea del cirujano, que es la de curar, no es fácil. Basta recordar el sin número de operaciones propuestas, para comprender la dificultad de establecer entre ellas su jerarquía. Pero, son las gastrectomías más amplias, las que producen resultados menos imperfectos.

CÁNCER DEL ESTOMAGO

Cuanto más son las perturbaciones dispépticas, más paradójica resulta la banalidad de los síntomas con la astenia creciente que ofrece el enfermo; mayor el contraste entre la indiferencia del paciente "que no sufre" y la inquietud de la familia que lo ve enflaquecerse y palidecer. Y esta aparente contradicción, es la que

debe despertar en el espíritu del médico, el temor de un cáncer gástrico y la responsabilidad de no conocerlo.

Los dolores después de las comidas, más o menos tardíos, los vómitos alimenticios, la presencia de sangre, las melenas anemizantes, ostensibles u ocultas, la tumefacción epigástrica, el enflaquecimiento, la espoliación globular, son signos que aparecen mucho tiempo después de la iniciación de la dolencia.

Haced radiografiar a todos aquellos "fatigados" después de las comidas, que enflaquecen sin causa apreciable, "que tienen menos apetito," que han tenido una o dos deposiciones negras; a los que palidecen, a los que sienten "una barra" en el estómago. No dejéis ele recordar la insidiosidad de los tumores malignos.

Si encontráis un nicho amplio, de ancho pedículo, de contornos desgarrados, irregulares, sin enconchamiento sobre la gran curvadura, pensad en un cáncer ulceriforme. Si observáis una imagen lagunar, policíclica, una rigidez extendida, con deformaciones de los pliegues, el diagnóstico es fácil. Buscad, también, otras deformaciones que son excepcionales: pequeña curvadura en sierra dentada, laguna limitada de la gran curvadura. el tubo inextensible de lanita, la insuficiencia pilórica, los éxtasis. No olvidéis ordenar exámenes en la posición de Trendelemburg.

Aunque la radiografía solo muestre una escarapela pilórica de pequeñas dimensiones, el cirujano debe pensar que ya hay un amplio territorio invadido por la malignidad: el antro pilórico, las adenopatías sub y retro pilóricas, la pequeña curvadura en toda su extensión. Y es todo ello, so pena de engañarse o de equivocarse, que es preciso resecar, si la exéresis es posible, y si la exéresis es imposible, no hay más que cerrar el vientre, después de haber practicado una gastroenterostomía. Los resultados favorables, algunas veces, os sorprenderán.

TUMORES BENIGNOS DEL ESTOMAGO

ADENOMAS, FIBROMAS, miomas, lipomas, pólipos endogástricos, son excepcionales. Pero, no son raros tumores pediculados exogástricos, de exéresis fácil, que curan radicalmente. Son análogos a los neurogliomas de los nervios periféricos, a los tumores de origen neuróglico, a los shwannomas.

"Los signos funcionales no han aparecido todavía o se hallan dispersos, y ya es posible percibir un tumor de volumen notable y de una movilidad que permite sentirlo en el epigastrio, en el hipocondrio izquierdo, en el flanco derecho, algunas veces en la pelvis. Los exámenes radiográficos, en los casos de estos tumores benignos, han sido insuficientes, a menudo nulos. La laparotomía exploratriz da la satisfacción de descubrir un tumor benigno, cuyo pedículo facilita su extirpación con la menor mutilación posible y la legítima esperanza de una cura radical.'

—De Nuevas Ideas,—

Décimo Aniversario de la Asociación Médica Hondureña

"Reunidos los Doctores en Medicina, don Camilo **Figueroa,** don José R. Durón, don Salvador Paredes, don Ramón Valladares, don Romualdo B. Zepeda, don Héctor Valenzuela, don Ramón Reyes Ramírez, don Manuel Larios, don Carlos Pinel h., don Alfredo Midence, don José Manuel Dávila y don Manuel Cáceres Vi-**i**II en el Salón de la Universidad a las 5 p. m. del sábado 20 de Julio de 1929 y de común acuerdo declararon unánimemente organizarse bajo la denominación de Asociación Médica Hondureña."

Así reza, señores, el artículo 19 de nuestros Estatutos tomado del primer punto del Acta de fundación de la Sociedad.

Es al Dr. Camilo Figueroa a quien debemos la iniciativa de tan simpática idea y a él también el trabajo de haber convocado a la primera reunión donde se fundó la misma. Hagamos un recuerdo cariñoso, hoy Décimo Aniversario de aquel fausto acontecimiento, del Dr. Figueroa mientras en forma más elocuente y perpetua le significamos nuestra gratitud. Penosa enfermedad obligó a tan estimado colega a abandonar su obra apenas comenzada, sin decirnos siquiera adiós, pero eso en nada empalidece su mérito de iniciador.

De los doce fundadores. 10 permanecen aún en las filas y de ellos seis no se han cansado de prestar el entusiasmo y actividad inagotables al servicio de la sociedad, que desde el primer momento invitó a todos los médicos de la República para formar parte de ella. Casi todos respondieron manifestando su buen deseo de cooperar y aunque la mayor parte no supieron siquiera comprender las altas finalidades que nos llevaron a la unión, muchos sí han continuado fieles y activos.

Me cabe la profunda satisfacción de ser uno de esos seis y quizás por mi fe, mi entusiasmo y amor por la asociación, el señor Presidente tuvo la bondad de elegirme para decir hoy lo que la Asociación Médica ha realizado en sus primeros 10 años de vida.

En cumplimiento de uno de sus objetivos la Asociación prestó desde un principio decidido apoyo a la Facultad de Medicina tomando participación en las elecciones de Juntas Directivas con el único interés de hacer llegar a ellas los elementos más capacitados y enérgicos comprometidos a desplegar los mayores esfuerzos por levantar el nivel moral de enseñanza.

Fue primordial preocupación editar un órgano de publicidad donde poder predicar nuestra doctrina y dar a conocer los trabajos nacionales y extranjeros en provecho de todos. Así tuvo su origen la Revista Médica Hondureña, cuyo primer número apareció en Mayo del año 30. De entonces acá 82 números han visto la luz que podéis ver empastados en 8 volúmenes sobre esta mesa. Allí están las producciones de los socios, allí las crónicas de los más' importantes sucesos

acaecidos a la colectividad, allí enseñanzas de los más prominentes Maestros del mundo, allí la sólida muestra del vigor y energía desplegados, allí 16.000 lempiras invertidos y salidos en su mayor parte de nuestros bolsillos, porque nunca quisimos aceptar la dádiva oficial, allí el porqué del abundante y valiosícimo canje recibido con la regularidad más absoluta.

En 1930 apareció en algunos países una peste como la grippe originada en nuestra madre España importada al nuestro por un estimado consocio y amigo, conocida con el nombre de Asueilsmo, farsa brutal y explotadora, vergüenza de la medicina, que la Asociación Médica extirpó con mano firme y certera por medio de un formidable cauterio, en sesiones memorables dignas de recordar.

Solicitada por uno de sus miembros para emitir opinión sobre, el Reglamento interno del Hospital General elaboró uno tan bueno que tuvo, como todas las cosas de excesiva bondad, la desgracia de ser desechado.

Habiendo tenido noticia la Asociación Médica que en San Pedro Sula un consocio se dedicaba a prácticas criminales, previo cercioramiento de la verdad, acordó expulsarlo para castigar al delincuente y sentar el precedente de alta moralidad profesional, no sin antes haberlo exhibido por la prensa y seguido el juicio del caso por la Facultad.

En 1931 se discutió ampliamente un Plan de estudios de medicina acorde con las necesidades actuales y con los progresos de la ciencia. Allí en el libro de actas está escrito con bellos caracteres ese plan admirable para cuando Dios quiera ponerlo a funcionar.

En esa misma época propuso a las autoridades del Hospital y de acuerdo con ellas al Congreso Nacional la fusión del Asilo de Indigentes que entonces gozaba de rentas fabulosas, con el Hospital General propietario de enorme miseria, con el fin de equilibrarlos y mejorar la administración y bienandanza de ambos; la gestión tuvo un verdadero éxito.

Conmovida la hermana República de Nicaragua por violento terremoto e incendio en su ciudad capital y otras adyacentes, la Asociación se reunió inmediatamente que lo supo y envió al sitio de la catástrofe una comisión de tres médicos de su seno y 4 practicantes equipados con material quirúrgico a prestar su contingente material y moral en su propio nombre y en el de la nación.

En Agosto del 31 la Corte Suprema de Justicia, con la intención de favorecer una Doctora, esposa de médico, interpretó un artículo de la ley en el sentido de que los médicos podían ejercer la regencia de farmacias, por lo que se formuló una protesta llena de toda la honestidad requerida rehusando la intromisión en los campos de los farmacéuticos que la Corte legalizaba; gesto que nos fue recompensado con la más cruda ingratitud por los mismos a quienes quisimos defender.

En Octubre del mismo año la Asociación recibió del Congreso Nacional el encargo de emitir opinión sobre un arancel médico

Que se proponía establecer. En largas sesiones fue discutido ese Arancel y remitido un dictamen concienzudo. El Congreso también lo aprobó con la ligera enmienda solicitada por un diputado al terminar una larga discusión de rebajarlo en un cincuenta por ciento.

El *19* de Mayo del 32 abrió sus puertas al servicio público La Policlínica, Casa de Salud organizada por una sociedad anónima formada seis meses antes, en la que figuraban 16 miembros de la Asociación.

Aunque algunos no lo crean, La Policlínica nació espiritualmente de aquélla porque fue allí donde trabaron conocimiento y amistad y cambiaron impresiones los médicos fundadores y tan es así que no figuró como socio ninguno que no fuera miembro de ella. Prestaron magnífica colaboración valiosos elementos de la ciudad de todas las actividades como banqueros, comerciantes, abogados, ingenieros, farmacéuticos, dentistas, perito-mercantiles y distinguidas damas de la capital. 7 años de vida tiene ya Esta institución donde trabajan todos los médicos que lo desean, donde con amplia libertad se atiende cuantos solicitan sus servicios. Por 7 años ha sido duramente combatida por gente ignara y esclavista y contra todas las intemperies ha salido triunfante y ahora se yergue portentosa llenando de orgullo y satisfacción por sus éxitos y la honradez de los procedimientos, al cuerpo médico que en ella trabaja y al país.

En Mayo del 32 la Asociación empezó gestiones encaminadas a crear en los terrenos del Hospital General un pabellón para atender tuberculosos pulmonares. En las oficinas de gobierno donde no encontramos indiferencia hubo frialdad. Y algo más, elementos interesados en que tal obra no se realizara levantaron y publicaron en la prensa la espantosa calumnia que nosotros queríamos tuberculizar el Hospital para que los enfermos no llegaran a él y forzosamente tuvieran que venirse a La Policlínica.

En Junio del 32, en vista de la precaria situación económica del

Hospital que amenazaba cerrarse, la Asociación acordó, en una sesión que llenará los anales de su historia, solicitar del ejecutivo el manejo del centro de caridad por su cuenta y riesgo, mereciendo la confianza del mandatario de acceder a la solicitud.

Fue entonces cuando los componentes capitalinos de la Asociación mostraron sus más preciosos quilates de valor, de sacrificio y desinterés. Llamando de casa en casa el espíritu de caridad, los médicos consiguieron no sin un gran esfuerzo reunir mensualmente los fondos necesarios para desempeñar su misión. Y así pudo la Asociación sostener por 8 largos meses el Hospital General gracias al desprendimiento de sus miembros que no sólo sin remuneración alguna, sino también contribuyendo con su peculio pusieron muy en alto su nombre y desarrollaron una labor que sirvió de modelo a los sucesores. Mereció entonces el caluroso aplauso de nosotros por la preeminencia de su figura en la cruzada heroica el Dr. Isidoro Mejía, quien como Tesorero-Administrador desempeñó a maravilla su pesada carga manejando muchos miles de pesos con una pureza y meticulosidad, dignos de una página gloriosa. Tampoco entonces anduvo perezosa la ingratitud y de nuevo se cernió en forma cruel y vulgar; se nos llamó asesinos, locos y ladrones que 'queríamos destruir el Hospital y no faltó un galante que calificara a los 4 comisionados para administrarlo, 4 Caballos del Apocalipsis.

Ante la creciente ola de médicos españoles que llegaban al país al amparo de un tratado firmado en 1906, a competir con los nacionales, sin méritos algunos, la Asociación resolvió entablar gestiones para contener dicha avalancha, ya que ninguna ventaja reportaba a los hondureños que jamás llegaron a España a incorporarse, ni siquiera uno. Así fue como se logró conseguir que el Ministerio de Relaciones Exteriores denunciara aquel tratado de intercambio profesional provechoso sólo a una de las partes contratantes y que concluyera en Octubre del 3ó después do 30 años de vigencia.

La ciudad de Ocotepeque fue arrazada en Junio del 34 por tremenda inundación que conmovió las fibras más íntimas de toda la nación y la llenó de aflicción. Inmediatamente la Asociación nombró tres de sus miembros para trasladarse al sitio del desastre a prestar los servicios que las circunstancias requirieran.

En Julio 20 del mismo año, aniversario quinto de la fundación de la sociedad, tuvo lugar la solemne inauguración de las primeras Jornadas Médicas hondurenas con asistencia de más de 40 profesionales y de las altas autoridades del ejecutivo. En seis sesiones consecutivas celebradas en una semana se trataron los temas señalados como de mayor importancia para el país dentro de un ambiente de cordialidad y armonía formulando al final concretas resoluciones que deberían ponerse en práctica por la autoridad competente.

Nunca como entonces se vio el marcado entusiasmo, interés y laboriosidad de la Asociación por la salud nacional poniendo muy

en alto su crédito y prestigio. El Dr. Alduvín alcanzó relieves magníficos por su actuación grandiosa en esa gesta estupenda.

Con mi voto adverso se acordó en esa ocasión celebrar nuevas jornadas médicas el siguiente año que no se realizaron en la fecha fijada ni tuvieron la brillantez e importancia de las primeras.

El incidente fronterizo con Nicaragua en Septiembre del 37 ofreció la oportunidad a la Asociación de mostrar su cohesión y patriotismo acordando por unanimidad reiterar al Gobierno su adhesión poniendo a sus órdenes los servicios de la colectividad y particulares cuando la nación lo requiriera. Pero pareciéndole poco pasó al terreno de la práctica y discutió y aprobó un proyecto de organización sanitaria militar en que se llegó hasta fijar el sitio que cada cual ocuparía en el momento preciso.

Para ampliar y recalcar la enseñanza de ciertas materias de mayor importancia, la Asociación ofreció a la Facultad de Medicina, dictar algunos cursos breves de carácter esencialmente práctico por algunos miembros de la sociedad, para médicos y estudiantes que lo desearen, quedando la oferta en pie hasta que aquélla manifieste el deseo de que tales cursos se verifiquen, esto se hacía en noviembre del 37.

En Noviembre del pasado año la Asociación tomó la resolución de elevar una gestión al ejecutivo para que se cumpliera la ley en la admisión de médicos extranjeros que ejercían sin más trámite que una autorización de la Facultad a todas luces ilegal.

En Mayo el Gobierno de Costa Rica ofreció a la Asociación, por medio de la Secretaria de Salubridad, una beca para un joven médico que deseara hacer un curso de perfeccionamiento en Tisiologia, fue aceptada inmediatamente, recomendando para ella al consocio Luis Munguía Alonso, quien partió para aquel país hermano al Sanatorio Duran de Cartago. Un año después, Munguía ascendía a médico residente

y quedaba vacante la beca, que consiguió continuara para otro hondureño. Asi la Asociación hizo nueva designación en el Dr. Gustavo Rush.

El 1 de julio recién pasado recibimos la finísima oferta del Dr. **William** Sharpe de venir a hacernos una conferencia que fue en el acto aceptada, y tuvo lugar en el Paraninfo de la Universidad el sábado 8 sobre resultados finales obtenidos en cirugía nerviosa después de 25 años de experiencia. Sentimos un enorme placer de escuchar el sabio neurólogo newyorkino, cuya palabra potente y sincera tuvo un suceso extraordinario. Por la noche de ese día fue obsequiado con espléndidodo banquete para testimoniarle el agradecimiento y admiración. El Dr. Sharpe no era un desconocido para nosotros; ya en 1930 había estado una noche en esta ciudad en compañía de otras notabilidades de su país de paso para Panamá a representar a Estados Unidos al Congreso Médico que entonces se verificaría allá. Tampoco en esa época desperdiciaron la ocasión de brindarnos una bella conferencia dictada por el famoso ortopedista Pred Albee sobre tratamiento por injerto óseo de las fracturas del cuello del fémur. La Asociación Médica también lo agazajó dentro de la medida del brevísimo tiempo que aquí permanecieron.

Hemos tenido invitación para casi todos los Congresos y reuniones científicas habidos no sólo en la América sino en todas partes del mundo, a los que sobre todo por dificultades del orden económico no nos ha sido permitido asistir pero hemos designado representante cuando ha sido posible.

Como medidas de orden disciplinario, frecuentes veces nos vimos obligados a expulsar de nuestro seno socios que no cumplían con sus deberes, pues siempre hemos creído que más vale un núcleo reducido de entusiastas que un numeroso rebaño de inútiles.

A pesar de la pereza e indolencia de muchos, 135 sesiones ha celebrado la Asociación en los 10 años transcurridos; en ellas hubo siempre a discusión temas interesantes, dígalo si no la historia perfectamente detallada que está en esos libros de actas.

Como veis, .señores, la Asociación Médica Hondureña no ha sido un cuerpo inerte ni mucho menos ruin o perjudicial a la colectividad. Al contrario, sus afanes se han encaminado a realizar el bien dentro de su radio de acción; si el éxito no coronó siempre nuestras intenciones, culpas fueron del temperamento ambiental y de los encargados de. poner en ejecución las medidas conducentes a curar y prevenir las enfermedades endémicas. Sin embargo, podemos decir, como el legendario Cyrano, discípulo fiel de nuestro Señor Don Quijote que si en la lucha nos fue arrebatada la victoria, la gloria estuvo de nuestra parte.

Por eso, señores, yo os invito a continuar firmes en el puesto que hemos tomado, si el esfuerzo fue de resultados estériles en el pasado, quizás en el porvenir tome relieves prácticos y tarde, nuestros hijos cosechen la siembra de nosotros. Pero para ello sigamos cultivando esta Asociación Mé-

RÉGIMEN DE DISPÉPTICO

■SI SIGUE ESTE RÉGIMEN ALIMENTICIO CON FIDELIDAD, NO-COMA ALIMENTOS GRUESOS CON FIBRAS, CASCARA, SEMILLAS O CARTÍLAGO. **EVITE** ENSALADAS CON APIO, PEPINOS, NARANJAS, PINA Y MANZANA. TAMBIÉN EVITE PASAS, FRESAS, MORAS, HIGOS, CONSERVAS LLENAS DE **SEMILLAS,** NUECES Y ALGUNAS DE LAS FRUTAS Y VERDURAS SIN COCINAR.

LA COL Y COLIFLOR COCIDAS, MANZANAS CRUDAS, CEBOLLAS, AJÍES, PEPINOS, MELONES, RÁBANOS, FRIJOLES, MAÍZ TIERNO, ENCURTIDOS, ESPECIAS, NUECES Y PESCADO AHUMADO PRODUCEN MUCHO GAS Y SON MUY INDIGESTOS. A MUCHAS PERSONAS TAMBIÉN LES HACE MAL LA LECHE, HUEVOS, CHOCOLATE, TOMATES, LECHUGA, ESPINACA, QUESO Y ALIMENTOS GRASOSOS. ES BUENO QUE OBSERVE COMO LE PRUEBAN ESTOS ALIMENTOS APUNTANDO SU REACCIÓN EN UNA LIBRETA.

■MIENTRAS SIGA ESTE RÉGIMEN NO COMA "BRAN" (SALVADO O AFRECHO), CEREALES GRUESOS Y ÁSPEROS; NO TOME ACEITE MINERAL O LAXANTES QUÍMICOS HASTA QUE SE LO RECETE SU' MEDICO.

MUCHAS INDIGESTIONES SE DEBEN SIMPLEMENTE A COMER DE PRISA O ABSTRAÍDO, O CUANDO SE ESTA PREOCUPADO O DISGUSTADO POR DIFICULTADES EN LOS NEGOCIOS O EN LA FAMILIA. NO COMA CUANDO NO PUEDA ESTAR CON CALMA Y TRANQUILIDAD.

TAMBIÉN PUEDE EVITARSE LA INDIGESTIÓN DESCANSANDO ALGUNOS MINUTOS ANTES DE LAS COMIDAS Y POR MEDIA HORA O MAS, DESPUÉS DE ESTAS.

Fsta dieta debe seguirse con fidelidad por algún tiempo. Si la dieta va bien puede experimentar con otros alimentos, uno cada vez. Si sabe por experiencia que algunos alimentos de esta lista le hacen daño, no los tome.

Si vive en casa de huéspedes, puede seguir este régimen evitando los alimentos prohibidos y comiendo más de los que son más digeribles.

¡No coma confituras o dulces u otro alimento entre comidas a menos que se lo aconseje su médico .

---

dica con cariño paternal y haciéndonos acreedores al recuerdo de las décadas futuras, por haber sabido romper los prejuicios y rudezas del medio y sobre la aridez del sahárico ambiente, hostil o indiferente, levantado los cimientos de una sociedad benemérita.

Ya que no con un himno triunfal, quiero concluir esta ligera reseña histórica con un recuerdo cariñoso a los 11 consocios fallecidos como justa ofrenda de estimación y afecto.

S. PAREDES P,

Julio, 20 de 1939,

Los alimentos fritos no son malos si se fríen como es debido; ésto es, enteramente sumergidos en grasa a cierta temperatura. Los pasteles bien hechos probablemente no son tan indigestos como generalmente se cree. El pan es más digerible cuando está tostado.

El masticar goma o "chicle" puede ocasionar malestar porque se traga aire con la saliva; otras veces puede aliviar la acedía o ardor de estómago, **regurgitación** y náusea o bascas.

No haga esfuerzo en tomar agua a menos que se lo ordene el médico. Tome agua cuando tenga sed. A veces se puede curar la flatulencia, la sensación de llenura y la indigestión evitando líquidos como el agua, leche y sopa con las comidas! Evite el uso excesivo de sal, pimienta **u** otros condimentos.

Si desea ganar en peso tome tanta crema, mantequilla y alimentos de féculas como pueda. Si desea perder de peso o mantenerse delgado coma de los vegetales, frutas y ensaladas que le permiten con una cantidad moderada de carne sin grasa y un vaso de leche desnatada, sin grasa, al día.

Ahora se puede conseguir en el mercado puré de legumbres y frutas en lata.

Con cualquier régimen de comida es bueno que el enfermo coma todos los días, si es posible, por lo menos un pedazo de carne, pescado o pollo para dar la proteína; uno o dos vasos de leche para dar proteina y calcio; mantequilla y un huevo por la grasa y algunas vitaminas; jugo de fruta o fruta cruda, ensalada. verduras por las vitaminas y las .sales minerales.

DESAYUNO

Puede tomar jugo de naranja o comer toronja evitando las fibras. Ciruelas, ruibarbo y manzana bien cocidas o manzanas o peras asadas. Evite melones si le causan resurgitación. Si desea café, tómelo con moderación; algunas veces causa flatulencia. Si la cafeína le hace mal, teme café marca "Kaffee hag" o "Pos-tum." Puede tomar chocolate o cocea si le están bien. Pueden causarle dolor de cabeza. Puede tomar té, uno o dos huevos con tocino o jamón, tostada (hecha de pan blanco), o "zwiebacK" (una clase de tostada) con mantequilla; también cualquier cereal suave como "fariña," "cream-of-wheat," harina de maíz, avena, cereales tostados que ya venden preparados como "cornflakes." No debe comer cereales ásperos, ni "Bran" en ninguna forma, tampoco pan de "Graham" o harinas ásperas.

PARA ALMUERZO, LUNH Y Y COMIDA

En los "cocktaíls" de fruta no coma los pedazos de naranja, manzanas ni pina. Puede tomar sopas de crema, de almejas o pescado, también carne, pescado, pollo, huevos y ostras. Si no tiene úlcera puede tomar caldo, consumado y sopas de vegetales. No coma pescado ni carne ahumados. Si no le hace daño, coma cangrejos y langostas.

Coma pan, mantequilla y "biscutis" (pan pequeño, caliente) si

consiste casi todo dé la cubierta tostada. También papas asadas, en puré o fritas, arroz, camotes o boniatos o batatas o patatas dulces, "hominy" (maíz molido), tomates que estén cocidos, pasados por un colador y mezclados con galletas o pan rallado, puntas de espárragos, remolachas, **zanahorias,** nabos, espinaca molida, fideos y macarrones (cocidos muy suaves) y purés de chíchaics, frijoles, lentejas, habas y corazón de alcachofas. Maíz tierno pasado por colador. Habichuelas muy tiernas y bien cocidas. Apio muy cocido.

Tome uno o dos vasos de leche si no le hace daño.

Puede comer ensalada de lechuga si la mastica bien, con gelatina de tomate, huevos sancochados duros, tomates crudos (si se les ha quitado la cascara y la **part**e del centro que es dura), habichuelas, peras y melocotones o duraznos. Puede usar salsa de Mayonnaise o aceite y vinagre. También coma ensalada de papas pero sin cebollas.

***PARA** POSTRES*

Pusde comer pudines simples, flanes, "ice cream," "jello," bizcochos o panetelas simples, frutas en lata, especialmente peras y melocotones o duraznos, también manzanas y peras asadas. Es bueno el "cottage cheese" (queso fresco, requesón), otros quesos pueden hacerle daño. Coma el relleno del pasted le manzana, melocotón o durazno, albaricoque, natilla o crema de limón y también la cubierta del pastal si está tostada. Las moras y otras **frutas** parecidas deben ser cocidas y pasadas por un colador para comerlas.

Más adelante puede probar peras y melocotones o duraznos crudos pero muy maduros. Los plátanos o guineos son más digeribles cuando **están** cocidos.

En caso de **estreñimiento,** coma ciruelas pasas cocidas y sin la cascara, también manzanas cocidas y peras y melocotones o duraznos frescos. Los plátanos o guineos crudos son buenos si están muy maduros. El **"Agar"** y "Saraka" son buenos para el extreñimiento. A algunas personas les está bien para el extreñimiento tomar varios vasos de agua con un poquito de sal todas las mañanas.

Método de Diagnóstico de la Fiebre Ondulante

(BRUCELOSIS) CON EL RESULTADO DE UN CENSO DE 8,124 *PERSONAS**

Por los Doctores S. E. GOULD e I. F. HUDDLESON

Tiene por propósito este trabajo: (a) describir sucintamente la ejecución y la interpretación de los métodos de laboratorio que se consideran más útiles actualmente en el diagnóstico de la fiebre ondulante (brucelosis), y *(b)* presentar algunos de los resultados de un censo del mal en un hospital importante.

Método de laboratorio.—Los métodos de laboratorio que pasan por más útiles son: (1) la intradermorreacción con brucelergina; (2) la reacción opsónica (opsonocifcofágica) ; (3) la aglutinación rápida; y (4) el cultivo (aislamiento) de la brucela. 1

(1) La brucelerginorreacción se verifica inyectando intradérmicamente en el brazo 0.1 ce. de una suspensión de nucleoproteína (1:2,000), aislada de las células de la brúcela, y haciendo la lectura al cabo de 48 horas.

(2) La opsonorreacción con brúcela se realiza incubando una mezcla de un cultivo vivo de 48 horas de *Brucella abortus* y de sangre citrada del enfermo, en un bañomaría a 37 C por 30 minutos. La mezcla consiste en 0.1 ce de una suspensión salina de microbios de una turbidez de 6 mm., medida por el aparato de Gates, 1 0.1 ce. de sangre con una dilución de 0.8 por ciento de citrato (obtenida agregando 5 ce. de sangre o 0.2 ce. de citrato de sodio al 20 por ciento en solución salina). Luego se verifica un frote de mezcla en un portaobjetos, .se seca rápidamente con un abanico eléctrico, y se trata con 0.5 ce. de colorante de Hasting por 30 segundos, después de lo cual se agrega 1 ce. de agua destilada de un PH de 6.4, y se deja actuar por 10 minutos. Se examinan 25 leucocitos polimorfonucleares, clasificándose su potencia opsónica según el número de brúcelas que se cuenten en cada célula, en esta forma: negativa, si no hay bacterias fagocitadas; leve, si hay de 1 a 20; moderada, de 21 a 40; y pronunciada, más de 40.

(3) La aglutinorreacción rápida se ejecuta en una placa de vidrio que se divide con una regla en cuadrados de una pulgada y reposa en una caja de ilumina ción en campo oscuro. En cada uno de cinco cuadrados se coló-

* Tomado del Jour. Am, Metí. Assn., dbre. 11, 1937, p. 1971.

1 Huddlesson, I. P.: «Brucella Infections in Animáis and Man», Nueva York, Commonwealthsi Fund, 1034. Keller, A. E.; Pharris, Crit., y Gaub, W. H.: «Diagnosis of Undulant Fever», **Jour. Am. Metí. Assn.,** 107: 1369, obre. 24, 1936.

2 Recientemente en los laboratorios del Michigan State College, en East \Lansing", han elaborado un medio nuevo y superior llamado agar Bacto-Tryiptose (Difco), para el aislamiento de la brúcela.

ca la siguiente cantidad respectiva de suero del enfermo: 0.08 ce, 0.04 ce, 0.O2 ce, 0.01 ce, y 0.0004 ce. Utiliza.se un cuentagotas graduado, agregando una gota de antígeno rápido a cada cantidad de suero, para formar concentraciones séricas de 1:25, 1:50, 1:100, 1:200 y 1:500, respectivamente. El contenido de cada uno de los cinco cuadrados es luego completamente mezclado con un palillo de dientes limpio, pasando en orden inverso de la concentración de 1:500 a la de 1:25. Luego se retira de la caja la placa de vidrio, se inclina hacia atrás y hacia adelante lentamente por unos dos minutos y se vuelve a colocar en la caja. Se le aplica entonces la luz y se lee el resultado.

(4) El cultivo (aislamiento) de la brúcela se verifica en esta forma: (a) Al obtener'un hemocultivo se agregan 10 ce de sangre a 10 ce de citrato de sodio esterilizado al 4 por ciento, en solución salina, se incuba a 37 C por 20 días en un jarro en el cual se suplanta 10 por ciento del aire bor bióxido de carbono. La sangre íntegra no coagulada constituye un medio sumamente satisfactorio para el aislamiento de la brúcela, mientras que la concentración final de 2 por ciento de citrato de sodio sirve para retardar la acción de las opsoninas, si las hay en la sangre. A plazos de cuatro días se abre el jarro y se extraen 0.5 ce de la mezcla de sangre y citrato. y se inoculan en una película inclinada de agar-hígado. 2 Esa película recién inoculada de agar, iambién se incuba a la atmósfera de 10 por ciento de bióxido de carbono. Cada cuatro días todos los tubos de cultivo son estudiados en cuanto a colonias. *(b)* Prepáranse para cultivo confoime a los métodos establecidos, ejemplares de orina, heces, bilis, líquido cefalorraquídeo, u otro material infeccioso. Ese material es inoculado en placas de agar-hígado que contengan violeta de genciana a una concentración de 1:200,000. La mitad de las placas se incuban aerobiamente por 10 días; la otra mitad es colocada en un recipiente que contenga 10 por ciento de bióxido de carbono, e incubada a 37 C por tres días.

Interpretación.—(1) La reacción de la brucelergina es negativa si sólo aparece eritema. Una reacción negativa suele excluir brucelosis. La reacción es positiva si además del enrojecimiento se presentan edema o induración que midan de 0.5 a 7.5 cm o más, de diámetro. Una prueba positiva es específica en cuanto a sensibilización a las brúcelas, y se debe a infección previa o actual, pero no indica el estado inmunológico del enfermo, el cual puede determinarse después por la prueba opsónica.

(2) La prueba opsónica (opsonocitofágica) a la brúcela en un sujeto negativo a la intradermorreacción, revelará casi siempre una fagocitosis baja o nula. Un sujeto positivo a la intradermorreacción se clasifica como infectado cuando menos de 40 por ciento de sus leucocitos polimorfonucleares revelan hiperfagocitosis, y como infectado, pero dudoso en cuanto a inmunidad, si 40 a 60 por ciento de los leucocitos polimorfonucleares revelan hiperfagocitosis. Un sujeto posi-

tivo a la intradermorreacción se considera inmune si 60 por ciento o más de los polimorfonucleares revelan hiperfagocitosis de las brúcelas.

Una aglutínorreacción negativa no excluye la brucelosis. Una positiva comprende aglutinorreacción completa a un título de más de 1:25.

Los cultivos pueden ser positivos para la infección activa o para los portadores.

Sumario.—(1) La brucelergina es la reacción más sensible para el diagnóstico de la brucelosis, y si es negativa suele excluir el mal.

(2) Si esa reacción resulta po sitiva, debe verificarse luego la prueba epsónica para determi nar si existen infección o inmu nidad.

(3) Una aglutinorreacción ne gativa no excluye la brucelosis. La prueba de aglutinación sólo se diagnostica en un pequeño porcentaje de los casos, y no aporta información en cuanto al estado inmunológico del sujeto.

(4) Los portadores de brúcelas pueden revestir alguna impor tancia en la propagación del mal.

Un estudio de la frecuencia de la brucelosis fue .verificado en el Hospital y Enfermería de la ciudad de Eloi-se, Michigan, cuyo abasto de leche estaba parcialmente infectado por brúcelas. Entre 8,124 sujetos comprobados, 10.3 ipor ciento resultaron positivos a la brucelergina, correspondiendo el coeficiente menor (6.2 por ciento) a los hospitalizados que habían permanecido menos tiempo en el establecimiento, y el máximo (15.4 por ciento) a los-casos mentales que habían estado más tiempo allí. Los 845 positivos fueron luego clasificados con la opsonorreacción, en infectados e inmunes, resultando infectados e inmunes, resultando infectados 632 (73.7 por ciento), por ser nula, leve, o moderada la fagocitosis. Lds 775 negativos a la brucelergina fueron comprobados con la técnica de la aglutinación rápida, y sólo uno reveló un título indicativo (más de 1:25) mientras que de los 845 positivos, 111 (13.1 ipor ciento) revelaron un título indicativo. También resultaron positivos a la aglutinorreacción 33 (5 3 por ciento) de los 623 infectados, comparado con 78 (39.6 por ciento) entre los 222 inmunes. El tamaño de las intradermorreacciones reveló muy poca o ninguna relación con el estado de infección o de inmunidad, pues el porcentaje de las de 'mas de 75 cm de diámetro fue muy poco mayor entre los inmunes (30.2), que entre loa infectados (22). También se hicieron hemocultivos en los 845 positivos a la brucelergina, y urocultivos en 370 infectados, aislándose la brúcela de la sangre en cuatro casos activos (abortus, 1; y sute, 3). Además, se aisló la Br. suis de la orina de un portador, y de la orina y heces de otro. Esas infecciones tipo suis probablemente no fueron contraídas de la leche. Al cabo de cinco meses se repitieron las tres reacciones en 99 sujetos negativos, 133 infectados, y 84 inmunes, resultando de los 99 negativos, cinco infectados y cuatro inmunes; de los 103 infectados, tres negativos, 69 infectados y 33 inmunes; y de los 84 inmunes, cuatro infectados y 80 inmunes; es* decir, que hubo bastante acuerdo con las primeras pruebas.

De este estudio cabe deducir que el coeficiente de infección varió en relación con el tiempo que había durado la estancia en la institución; que la reacción de la brucelergina es mucho más sensible que la aglutinorre-

acción .para descubrir la infección, y que la última sólo resulta positiva en un pequeño porcentaje de los casos, de modo que debe utilizarse más bien para confirmación que para diagnóstico. Es de notar que los nuevos que resultaron positivos en el segundo estudio, fueron mujeres, lo cual se interpretó en el sentido de que las nuevas infecciones procedían de leche infectada, o da portadores del sexo femenino.

—De Boletín Sanitario Panamericano—

El Estado Actual de Brucelosis Humanas

Por el *Vr.* RICHARD KEKN
Universidad de Pensylvania, Filadelfia

Lacticinios.—En lo que toca a los lacticinios y las probabilidades de que ocasionen trastornos, poco hay que decir. Es posible que el helado resulte un factor, pues se ha demostrado que las cepas suinas mantenidas a una temperatura de —26.1 a —28.9 C permanecen vivas y activas al cabo de 400 días.

En lo tocante al queso, el preparado de leche cortada probablemente no ocasionará perturbaciones, pues en el proceso de la acidificación el microorganismo muere en unos cuatro día-s. En los demás quesos, la acción bacteriana es algo más lenta, pero con el tiempo destruye las brúcelas, seguramente en no más de tres meses, y por lo general en mucho menos tiempo. El queso, por lo tanto, no constituye un factor importante, y probablemente cabe decir lo mismo con respecto a la mantequilla.

Sin embargo, restan muchos puntos inexplicados. Uno de ellos es: "¿Por qué no vemos más enfermos en el grupo de la población que consume más leche cruda, a saber, los pequeños?" Cuando estudié por primera vez la situación en mis primeros 36 casos, el más pequeño tenía 13 años. Sin embargo, desde entonces se han comunicado bastantes casos en niños hasta de 6 meses. No obstante, es un hecho que el número de casos en la infancia es comparativamente menor que lo que sería de esperar.

Una razón posible es la siguiente: Quizás sea cierto que el individuo sexualmente inmaduro es por una razón u otra menos vulnerable. En el campo bovino tenemos la misma situación, pues no se infectan las terneras; es más, sólo después que alcanzan la madurez es que la enfermedad comienza a tomar auge en ellas. Acaso en el hombre exista una inmunidad semejante, aun por explicar. Resta, además, la posibilidad de que esos niños se infecten, pero en forma muy leve y no reconocida. Una observación semejante fue realizada por MacBride y algunos de sus colaboradores en una institución en que, de unos 200 niños, todos los cuales consumían leche cruda, la séptima parte acusaron aglutinorreacciones positivas. Cave ahora la pregunta de si no se debe esto meramente a la ingestión de gérmenes, que aun des-

truidos en el aparato digestivo, provocaron procesos inmunes después de su absorción. Ya sabemos que en el hombre pueden producirse en la sangre inmunisubstancias si se suministran suficientes bacilos tifoides muertos ,pero no hay datos de que la ingestión de brúcelas muertas provoque la más leve inmunirreacción. Esto ya ha sido comprobado en los cobayos, sin observarse aglutinogenia en ellos después de suministrarles cantidades enormes de cultivos muertos. Aparentemente debe haber una verdadera infección para poder producir aglutininas. Esa infección puede ser levísima, pero infección tiene que ser.

¿Hay o no aumento?—El punto es debatible. Muchos indican que quizás haya aumento, señalando el gran número de casos que se van denunciando de distintos sitios, aunque existe la posibilidad de que pasaran desapercibidos antes. Para ilustrar este punto, mencionaré que he estudiado los protocolos de 20 años del hospital de nuestra universidad en lo relativo a los llamados casos de tifoidea, y año tras año pude recoger cierto número de casos encasillados como tifoidea. ¿Por qué? Porque manifestaron fiebre prolongada, leucopenia, esplenomegalia, y aspecto de tifoidea, aunque la Widal era negativa, y lo mismo los hemocultivos. Varios de esos casos tuvieron recidivas o recrudescencias de su "tifoidea," aunque estoy seguro no eran más que las ondulaciones 'de la brucelosis. Cinco de ellos, según recuerdo, fueron en marineros que acababan de llegar a Filadelfia, de las Antillas, donde habían consumido leche de cabra, y sin embargo, no se dio con el diagnóstico. Aun hoy día se cometen eses errores. En el Hospital de la Universidad encuéntrase asilado un joven procedente de una poblacioncita de Nueva Jersey, en cuyo caso dos médicos diagnosticaron tuberculosis. Al tomar radiografías se las ingenieron para observar allá, esponjoso en un vértice, que les pareció sospechoso, y con toda previsión clínica le dijeron al muchacho que atendiera al mal antes de ir más algo y se curara la tuberculosis. Recibido en un sanatorio, allí descubrieron que no se trataba de tuberculosis, sino de fiebre ondulante adquirida por mediación de la leche cruda precisamente fuera de la población de Trenton.

Roth, en Alemania, ha suscitado la cuestión, como lo han hecho algunos otros, de si el supuesto aumento del mal puede deberse o no a las tentativas de inmunización del ganado vacuno con vacunas vivas de poca virulencia. El punto no está aun decidido, pero hay suficientes datos que hacen preguntarse si ese factor ha sido o no efectivo. No estoy aun preparado .para contestar la pregunta.

En lo tocante al cuadro clínico, no voy a presentar una disertación. Sólo deseo enumerar algunos de los estados que *se* han mencionado entre las complicaciones en la literatura del último año: bronconeumonía; osteortritis; púrpura; nefritis; hepatitis; colecistitis (caso comprobado y curado con la operación; la vesícula biliar contenía el microbio en cultivo puro); afección espiénica con hipertrofia; flebitis;

hemorragia gastrointestinal; meningitis.

Voy a llamar ahora la atención sobre un grupo de seis casos interesantes. Cuando Hardy hace dos años declaró que no consideraba la enfermedad de mucha importancia sanitaria, menciono entre sus propias observaciones seis complicaciones: meningitis; osteomielitis (que había invadido el húmero y durado ocho años); aneurisma micótico (el microbio obtenido en cultivo puro del aneurisma, y éste se roturó en el espacio meníngeo y mató al sujeto); osteomielitis vertebral (dos casos) que simulaba mal de Pot. Luego agregó: «No sabemos cuan frecuentes son infecciones[1] como está que no, mas son mucho más frecuentes que lo que sospechamos la mayoría de nosotros.

Duración.—Otro punto clínico que deseo mencionar de nuevo es la duración de la dolencia, que puede abarcar de dos días a muchos años. Permitidme ahora recalcar la vaguedad del cuadro clínico. Puede leerse sobre este punto un trabajo escrito por Alice Evans hace algunos años, en el cual, comentando la variedad de las historias clínicas, señala que esos enfermos van de Herodes a Pilatos, echados de un médico para otro, en busca de diagnóstico, y al fin lo que diagnostican es neurastenia. Uno de sus ejemplos era su propio caso, pues así se pasó ella tres años, a pesar de que trabajando con el microbio debió haberse sospechado la infección (tanto ella como cinco de otros seis asignados a investigar el mal en los 'Laboratorios del Servicio de Sanidad Pública se enfermaron). En su caso la aglutinación fue negativa.

He ahí precisamente una de las cosas que confunden en el mal. Se encuentran también reactores negativos entre los casos humanos.

El diagnóstico es a las claras difícil, exigiendo el empleo de todos los medios de que disponemos: reacción de aglutinación, cutirreacciones, hemocultivos, determinación del índice fagocitario, pero sobre todo, conocimiento de parte del médico de

que el mal existe y debe ser considerado en todo caso de fiebre prolongada u otra dolencia de las que acabo de mencionar». Claro naturaleza infecciosa que no pueda dilucidar.

En cuanto al tratamiento, me llevaría 10 minutos únicamente en enumerar los nombres de las substancias utilizadas, y es un axioma que el valor de una terapéutica para una enfermedad dada guarda razón inversa al número de **agentes** terapéuticos eme .se han recomendado contra la misma. De todas esas substancias, ninguna vale mayor cosa, pese a los asertos de las casas manufactureras con respecto a este suero y aquella brucelina, y a la otra vacuna. Boak y Carpenter han repasado recientemente (en *Medicine,* febrero, 1936) nuestros conocimientos terapéuticos de la enfermedad, deduciendo que lo único que parece ser realmente eficaz en toda forma de tratamiento, ya se trate de inyección de substancias químicas o de vacuna, es la llamada reacción proteínica anespecífica, o sea el choque térmico producido. Ervin ha comunicado muy buen resultado en una serie de 10 casos en que utilizó la inyección intravenosa de vacuna antitifoidea.

Fracaso de la ***profilaxia.***—**En** lo tocante a. profilaxia, los esfuerzos realizados para precaver el mal por la vacunación, la inyección de microbios muertos como hacemos en la tifoidea, ha fracasado lamentablemente, tanto en el hombre como en las bestias. El empleo de vacunas vivas poco virulentas en el ganado vacuno ha sido probado, por mucho tiempo, y los resultados obtenidos quizá ofrezcan algún aliento, pero su valor dista mucho de hallarse establecido, de manera que todavía no podemos cifrar muchas esperanzas en este procedimiento.

La pasteurización impedirá los casos que se infectan con la leche, pero sin resguardar a la minoría o a la mayoría, según la región dada, que se infectan por contacto. Al fin y al cabo ya se trate de leche o de contacto, el problema fundamental consiste en la erradicación del mal en los animales, problema éste en verdad enorme. No faltan indicios de que ese método dará resultado si se prueba. Por ejemplo, en el Condado de Washington de Maryland, tenían casos con regularidad y frecuencia por varios años, cuando más a plazos de tres meses, y en su mayoría aun menos espaciados. Cuando por fin se desembarazó la región lechera de la infección, no ha habido casos por siete meses hasta esta fecha. Multipliquemos este experimento por 1,000, y habremos adelantado algo.

Hace más de 20 años, y antes de que tuviera la menor idea acerca de la infección bovina que iba a robustecer sus argumentos, Nicolle, el gran investigador francés, pronunció estas palabras proféticas: "fiebre de Malta, la enfermedad del futuro." En lo tocante a la industria lechera, podemos decir desde ahora: "fiebre ondulante, enfermedad del presente."

—*Del Boletín Sanitario Panamericano,*—. .

NOTAS

En magnífico impreso hemos recibido, Archivos Brazileiros de Andiología, Repertorio del movimiento médico mundial de los estudios relativos a cuestiones sexuales masculinas, dirigido por el Dr. José de Alburquerque de Río de Janeiro. Esta espléndida revista es el primer número que viene a sustituir al Jornal de Andrología que desde hace mucho tiempo publica el mismo autor.

Al felicitar al Dr. Alburquerque por el positivo progreso alcanzado por la publicación debido a su exclusivo esfuerzo nos complacemos en consignar tan interesante noticia y desear a Archivos de Andrología larga y próspera vida.

Con sumo placer reproducimos en este número el artículo del gran gastro[j] enterólogo Rene Gutman, publicado en el Mundo Médico de París, sobre Diagnóstico precoz de Cáncer del Estómago, por creerlo de gran interés para todos nuestros lectores.

Igual cosa hicimos con uno del reciente electo Profesor de Patología Quirúrgica de la Facultad *ie* Medicina de Paris Doctor Henry Mondos, orador **insigne** notable Cirujano

---

En vista del crecido aumento del canje recibido, nuestra Revista aumentará su tiraje para poder debidamente cumplir con si deber que implica tal cortesía.

El régimen del Dispéptico es la hoja de instrucciones que tiene impresa el Dr. Walter Alvarez de Rochester y que da a los pacientes por trastornos digestivos y aún en ulcerosos reconocidos clínica y radiológicamente susceptibles de curar por el simple régimen alimentilcio. Por creerlo de suma utilidad para nuestros colegas lo insertamo hoy.

La técnica de inyección del Ganglio Esfeno-palatino del Dr. Simón Ruskin de New York nos fue enseñada por él en su clínica privada y quiso permitir su reproducción aquí para que todos la aprendan.

1938 a 1939

Año IX

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Nº 84

Director:
DR. S. PAREDES P.
Redactores:
DR. A. VIDAL M.
DR. HUMBERTO DIAZ
DR. M. CACERES VIJIL
Secretario de Redacción:
DR. JUAN A. MEJIA
Administrador:
DR. JOSE M. SANDOVAL

SUMARIO

Página

Página de la Dirección 245

La acción terapéutica de los nucleótidos; el tratamiento de los elementos sanguíneos visibles al microscopio con adenilato ferroso, por Simón L. Ruskin y Elihu Katz 247

El cardiaco frente a los problemas de la Cirugía, por el Dr. Ignacio Chávez 263

Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. . . 270

La aclimatación en los trópicos 273

Psicología del Infante, por el Dr. J. A. Falconi Villagómez 276

Notas 286

Indice del Tomo IX 287

Septiembre y Octubre

Imprenta Calderón

1939

REVISTA MEDICA HONDURENA

Órgano de la Asociación yMedica Hondureña

DIRECTOR

DE.

DR. A. VIDAL M.

Dr. Humberto Díaz Dr. M. Cáceres Vijii

SECRETARIO DJE **REDACCIÓN:** **ADMINISTRADOR:**

Dr. Juan A. Mejía Dr. José M. Sandoval

Año IX Tegucigalpa, D. C, Hond., C. A., Sepbre. y Oetubrede 1939 I No 84

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Ilustramos este número de la Revsta con tres notables trabajos suscritos por nombres ilustres de médicos americanos que a no dudarlo serán del agrado de todos nuestros lectores. Son el primero: El Cardiaco frente a los problemas de la Cirugía por el Dr. Ignacio Chávez, aparecido en el último número de los Archivos Latino-americanos de Cardiología y Hematología. Es dicho trabajo de tanta utilidad e interés para los cirujanos y médicos prácticos en general que no quisimos extractarlo sino darlo íntegro a la publicidad para dar al mismo tiempo el placer de saborear el lenguaje claro y contundente al mismo tiempo que agradable usado por el Maestro Chávez, a quien conocimos personalmente hace pocos meses y escuchamos su palabra autorizada en el recinto de la Academia de Medicina de México donde se le estima y admira en alto grado. Al leer su artículo no dejamos de recordar con cierto dolor algunos casos operados hace muchos años con resultado desastroso en individuos que presentaban afecciones aparentemente quirúrgicas cuando realmente se trataba de manifestaciones cardíacas.

El segundo artículo se titula Psicología d'el infante, Ontogenia y Filogenia, del Dr. J. A. Falconi Villagómez aparecido en Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas de Guayaquil. Quizá nuestra suma ignorancia no nos haya prestado la oportunidad de conocer algo semejante respecto al niño y por eso su contenido nos halagó tan intensamente, pero sinceramente creemos que muy pocos médicos de nuestro medio conocían tan preciosas enseñanzas

como las que nos da el Dr. Falconi en su articulo del que esperamos obtener los mejores frutos.

El tercero se refiere a los Nucleótidos y su función terapéutica enviado a nosotros por el Dr. Simón L. Ruskin, prominente Otorrinolaringólogo de New York y buen amigo. Se trata no sólo de un magnífico cirujano de su especialidad sino también de un asiduo investigador amante de la ciencia; no es la primera producción suya insertada en estas páginas, son varias ya las veces que nos honramos con tan valioso colaborador.

Con estas líneas damos fin a una labor de varios años encaminada a sostener la vida de esta Revista por el deseo de la Asociación Médica Hondurena a la que agradecemos profundamente la confianza con que nos distinguió. Si la obra no ha sido del género excelente ni siguiera del bueno sí tenemos la conciencia de haber laborado con la mejor buena fé y entusiasmo por presentar una publicación capaz de enseñar algo bueno a nuestros compatriotas: poco de nuestra cosecha y mucho de la extranjera y con la idea siempre firme de mantener viva la llama del entusiasmo por la Asociación que durante sus diez años de existencia nunca ha dejado de velar por los intereses del gremio y por el bienestar de la República, dentro de los únicos medios con que contamos para opinar.

Me sustituye en el cargo, por elección de los consocios, el Dr. Antonio Vidal, antiguo Director y varios años Redactor. Su capacidad, entusiasmo y amor por la Revista son garantía de éxito, el que no dudamos obtendrá dándole mayores vuelo-- y mejor contenido a estas páginas.

La acción terapéutica de los nucleotidos; el tratamiento de los elementos sanguíneos visibles al microscopio, con adenilato ferroso

Por Simón L. Ruskin M. D. y Elihu Katz, M. D. New York, N. Y.

Desde que Rothman en 1931 demostró que el porcentaje de hemoglobina en la sangre y el recuento de glóbulos rojos, en una serie de enfermos que padecía enfermedades muy diferentes, nacía de una relación casi constante del nucieótido adenílico en la sangre, ha habido un interés progresivamente creciente en el papel fisiológico del ácido adenílico. En una bibliografía de la revista anual de Bioquímica se señalan 114 acciones diferentes. A la luz de investigaciones recientes este estudio ,se ha hecho de los más interesantes a causa del entusiasmo general que hace veinte años produjo la terapia por el ácido nucleico y el fracaso que se tuvo al llevarlo a la práctica. La explicación de esto reside aparentemente en el hecho de que el ácido nucleico se compone de dos grupos de nucleótidos que representan antagonistas fisiológicas en cantidades iguales, y que así, relativamente, se inactivan. La profesía de nuestro maestro, Profesor John Mandel, de que el "infortunio" del ácido nucleico nos llevaría a una nueva era en la química fisiológica, parece que comienza a realizarse.

Nos parece adecuado considerar, a la ligera la formación del ácido nucleico antes de estudiar las características de los nucleotidos que lo constituyen.

Cuando el ácido nucleico se une a las albúminas o a las globulinas forma una ncleoproteína. Como regla general los elementos proteínicos pueden sufrir cambios en los tejidos donde se forman las nucleoproteínas, pero el radical ácido nucleico permanece en una relación constante.

El ácido nucleico se compone de cuatro nucleotidos, dos de los cuales son purinas que contienen las bases nitrogenadas Adenina y guanina respectivamente. Los otros dos nucleotidos son pirimidinas conteniendo las bases nitrogenadas: thimina y citosina. En los vegetales el ácido nucleico contiene uracilo en vez de timina.

Los cuatro nucleotidos tienen una estructura análoga; así, la base se une con un glucósido que en el ácido nucleico animal es D ribosa, lo mismo que para el ácido fosfórico.

Según el Dr. P. A. Levene, una fórmula para el ácido nucleico sería la siguiente:

— Acido fosfórico — Azúcar
\
= Acido fosfórico — Azúcar — Purina
Purina
: Acido fosfórico — Azúcar — Pirimidina
/
— Acido fosfórico - ■ Azúcar - - Pirimidina

INYECCIONES

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico					
N° 1 A. C.	32	F.	Anemia secundaria. Pielitis.	1, 2, Hgb. R. G. R.	3, 58 % 3.240.00 5.300	4, 5, 6, 70 % 3.150.000 7.000	7, 8, 9, 73 % 3.720.000 7.800	10, 11, 12 77 % 4.000.000 7.800
			Hgb.	Hgb. R. G. R. R. G. B.	61 % 2.980.000 5.900	70 % 3.250.000 7.600	74 % 3.340.000 7.500	80 % 4.000.000 7.800
				Hgb R. G. R. R. G. B.	63 % 3.200.00 7.400	71 % 3.250.000 7.600	76 % 3.600.000 7.500	81 % 4.100.000 7.900
N° 2 R. S.	55	F.	Estrechez mitral crónica y anemia secundaria.	Hgb. R. G. R. R. G. B.	62 % 3.140.00 4.500	65 % 3.500.000 5.000	72 % 3.900.000 6.300	
				Hgb. R. G. R. R. G. B.	62 % 3.200.000 4.500	65 % 3.500.000 5.000	75 % 4.200 000 8.016	
				Hgb. R. G. R. R. G. B.	63 % 3.300.000 5.000	70 % 4.000.000 6.200	78 % 4.500.00 7.200	
N° 3 C. T.	32	F.	Psiconeurotismo	Hgb. R. G. R. R. G. B.	68 % 4.730.00 7.375	70 % 4.550.000 7.200	74 % 4.900.000 7.600	80 % 4.900.000 8.000

				INYECCIONES				
Caso N° 3	Edad 32	Sexo F	Diagnóstico Psiconeurotismo	1, 2.	3,	4, 5 ,6,	7, 8, 9,	10, 11, 12
				Hgb.	68 %	72 %	76 %	81 %
				R. G. R.	4.700.000	4.400.000	4.800.000	5.000.000
				R. G. B.	7.500	7.000	8.000	8.300
				Hgb.	68 %	74 %	78 %	83 %
				R. G. R.	4.7000.000	4 800.000	5.000.000	5.000.000
				R. G. B.	7.500	7.000	8.900	8 500
N° 4 S. H.	31	F.	Ulceraciones del del cuello uterino y vagina. Anemia secundaria, posible colecistitis.	Hgb.	75 %	75 %	79 %	85 %
				R. G. R.	3.910.000	3.880.000	3.880.000	3.990.000
				R. G. B.	4.088	5.000	6.200	4.975
				Hgb.	70 %	78 %	79 %	85 %
				R. G. R.	3.600.000	4.000 000	3.900.000	4.000.000
				R. G. B.	4.000	5.600	5.000	6.000
				Hgb.	73 %	77 %	83 %	85 %
				R. G. R.	3.640.000	3.950 000	4.000.000	4.100.000
				R. G. B.	4.200	5.800	5 800	5.000
N° 5	30	F.	Psiconeurotismo con anemia secundaria	Hgb.	79 %	81 %	81 %	85 %
				R. G. R.	4.200.000	4.200.000	4.300.000	4.500.000
				R. G. B.	5.700	5.500	6.000	6.700
				Hgb.	79 %	80 %	83 %	86 %
				R. G. R.	4 250.000	4.300.000	4.500.000	4.440.000
				R. G. B.	5.500	5.460	6.000	6.800

				INYECCIONES				
Caso N° 5 F. W.	Edad 30	Sexo F.	Diagnóstico Psiconeurotismo con anemia secundaria.	1, 2, Hgb. 82 % R. C. R. 4.300.000 R. G. B. 5.600	3,	4, 5, 6, 80 % 4.200.000 5.500	7, 8, 9, 85 % 4.300.000 5.940	10, 11, 12 89 % 4.500.000 6.866
Caso N° 6 C. F.	55	M.	Hemorroides y Anemia secundaria.	Hgb. 68 % R. G. R. 3.300.000 R. G. B. 6.000		69 % 3.200.000 6.600	77 % 3.800.00 6.600	82 % 3.900.000 7.200
				Hgb. 65 % R. G. R. 3.000.000 R. G. B. 5.800		73 % 3.500.000 6.500	78 % 4.000.000 7.200	83 % 3.900.000 7.100
				Hgb. 68 % R. G. R. 3.000.000 R. G. B 6.000		75 % 3.600.000 6.500	81 % 3.300.000 7.000	85 % 4.200.000 7.200
N° 7 H. B.	56	M.	Ulcera duodenal	Hgb. 68 % R. G. R. 3.200.000 R. G. R. 6.800		68 % 3.200.000 7.000	74 % 3.680.000 7.800	82 % 4.200.000 7.600
				Hgb. 66 % R. G. R. 3.000 000 R. G. B 6.400		70 % 3.600.000 7.600	81 % 4.000,000 6.900	87 % 4.300.000 7.800
				Hgb. 68 % R. G. R. 3.200.000 R. C. B. 6.800		74 % 3.800.000 7.400	80 % 4.000.000 7.000	85 % 4.200.000 8.600

INYECCIONES

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	1, 2,	3,	4, 5, 6,	7, 8, 9,	10, 11, 12
N° 8	44	F.	Colecistitis crónica, anemia, ulceraciones del cuello uterino. Secundaria.	Hgb.	75 %	79 %	84 %	87 %
E. L.				R. G. R.	4.200.000	4.300.000	4.500.000	4.500.000
				R. G. B.	6.800	6.200	7.200	7.000
				Hgb.	74 %	81 %	84 %	88 %
				R. G. R.	4.190.000	4.440.000	4.500.000	4.500.000
				R. G. B.	5.700	6.280	6.800	6.950
				Hgb.	76 %	80 %	86 %	87 %
				R. G. R.	4.280.000	4.400.000	4.530.000	4.500.000
				R. G. B.	5.900	6.500	7.100	7.300
N° 9	48	F.	Cálculos Biliares	Hgb.	79 %		83 %	
K. R.				R. G. R	3.800.000		4.200.000	
				R. G. B	7.300		7.800	
				Hgb.	81%	81 %		88 %
				R. G. R		3.800.000		4.500.000
				R. G. B.		7.600		8.300
				Hgb.	78 %		87 %	
				R. G. R.	3.600.000		4.250.000	
				R. G. B.	7.400		7.900	
N° 10	42	F.	Utero fibroso	Hgb.	60 %	53 %	68 %	70 %
C. M				R. G. R.	3.300.000	2.800.000	3.500.000	3.600.000
				R. G. B.	6.016	6.100	7.200	7.200

INYECCIONES

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	1, 2,	3,	4, 5, 6,	7, 8, 9,	10, 11, 12
N° 10	42	F.	Utero fibroso	Hgb.	62 %	64 %	70 %	72 %
C. M.				R. G. R.	3.000.000	3.000.000	3.600.000	3.650.000
				R. G. B.	6.300	6.000	6.800	7.000
				Hgb.	60 %	66 %	73 %	75 %
				R. G. R.	3.000.000	3.200.000	3.400.000	3.800.000
				R. G. B.	6.500	6.800	7.100	7.800
N° 11	54	F.	Fiebre climatérica, anemia secundaria, colitis	Hgb.	71 %	77 %	70 %	77 %
D. S.				R. G. R.	3.660.000	4.070.000	3.390.000	3.680.000
				R. G. B.	3.300	4.300	5.500	5.200
				Hgb.	74 %	77 %	77 %	74 %
				R. G. B.	3.550.000	4.030.000	3.740.000	3.920.000
				R. G. B.	5.800	4.400	5.500	5.000
				Hgb.	75 %	77 %	75 %	77 %
				R. G. R.	3.550.000	4.070.000	3.800.000	3.900.000
				R. G. B.	5.700	4.300	5.000	5.200
N° 12				H.				15a. Inyec.
	36	F.	Bronco-pneumonia	Hgb.	54 %			90 %
J. E.				R. G. R.	3.200.000			5.200.000
				R. G. B.	11.000			9.000
N° 13	21	F.	Anemia secundaria	Hgb.	60 %			81 %
M. M.				R. C. R.	3.225.000			4.100.000
				R. G. B.	6.200			7.700

INYECCIONES

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	1		15
N° 14	62	F.	Debilidad post-	Hgb.	45 %	45 %
K.			pneumónica	R. G. B.	2.900.000	3.750.000
				R. G. B.	5.200	6.300
N° 15						8a. Inyec.
E. A.	5½	M.	Pan sinusitis	Hgb.	75 %	98 %
				R. G. R.	4050.000	4.390 000
				R. G. B.	7.350	8.350
N° 16						10 Inyec.
	60	M.	Asma. Debilidad	Hgb.	54 %	80 %
				R. G. R.	4.600.000	4.800.000
				R. G. B.	7.200	9.400
N° 17						12 Inyec.
	32	F.	Embarazo de tres	Hgb.	45 %	80 %
			meses. Aborto	R. G. R.	2.800.000	4.200.000
				R. G. B.	6.200	8.000

COMENTARIOS
(de la Tabla N° 1)

N° 1.—Después de doce inyecciones de adenilato ferroso y dieta, la, paciente nos mostró gran mejoría en el estado general físico. Exámenes de orina repetidos mostraron, sin embargo, débiles trazas de albúmina y células de pus.

N° 2.-—Hubo mejoría rápida, y la paciente hizo notar, con insistencia, que desde hacía varios años no se había sentido tan bien.

N° 3.—La paciente mejoró mental y físicamente.

N° 4.—No se pudo hacer un diagnóstico definitivo. La paciente mejoró francamente. Volvió el apetito. La presión sanguínea subió de 92 a 110. Al principio se resistía a admitir que mejoraba, pero después de 12 inyecciones admitió que estaba mejor.

N" 5.—La paciente respondió al tratamiento pero no con rapidez. Todavía sufre de insomnio.

N° 6.-—Al mismo tiempo que se le inyectaba se le hizo tratamiento local para las hemorroides, por un especialista en recto. La condición local respondió con rapidez. El paciente se sintió mejor.

N° 7.-—Desapareció la sangre oculta. El paciente mejoró. Además de adenilato ferroso se sometí óa un régimen modificador Sippy.

N° 8.—El estado general físico mejoró de tal manera que se indicó una intervención quirúrgica.

N" 9.—La paciente se opero después de la undécima inyección, a causa de cólico hepático agudo. Es de interés notar que tuvo una convaiescencia rápida, comparada con la que es usual después de una operación en caliente.

N" 10.—AI principio no aceptó la intervención. Después de la duodécima inyección se sintió mejor y decidió entrar al hospital. Se le hizo histerectomia y la convaiescencia fue rápida y sin complicaciones. Al salir del hospital la hemoglobina había llegado a 82 por ciento; R. G. R. a 4.500.000 y el R. G. B. a 7.400.

N" 11-—Mejoría general y firme. Menstruo por primera vez en 10 años después de las inyecciones.

N" 12.—Retorno rápido del «blood picture», con recobro asombroso del vigor físico. Caso del Dr. M. Silverstein.

N" 13.—Marcada mejoría en las energías, habilidad para trabajar eficientemente. Caso del Dr. Sidney F. Friedman.

N" 14.—La paciente se sintió más fuerte. Caso del Dr. S. T. Friedman.

N° 15.—-Desaparecieron el nerviosismo y la irritabilidad, el paciente comía mejor.

N° 16.-—Gran mejoría subjetiva no solamente de la debilidad general sino también del asma. Se sintió bien.

N° 17.— Estado general muy mejorado.

Enviado por **el Dr. Ruskin** para esta Revista.

El Cardiaco frente a los Problemas de la Cirugía

Por el Dr. IGNACIO CHAVEZ

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General.—Miembro de las Academias de Medicina de México y Buenos Aires.

La observación ya secular de que los enfermoj del corazón sufren a veces de accidentes inesperados casi siempre mortales, en el curso de las intervenciones quirúrgicas, ha acabado por crear, en el ánimo de los enfermos y aun de los mismos médicos, la idea de que tales enfermos corren un gran riesgo si se les opera. Y aun se ha llegado al extremo de considerar que las enfermedades del corazón son una contraindicación formal para toda operación quirúrgica.

Por fortuna eso no pasa de ser un error. Más que una opinión es una creencia, y más que una creencia es un mito. Pero tan difundido, tan generalizado, que conviene destruirlo.

A menudo el cardiólogo o el internista son consultados por el cirujano acerca de si un enfermo dado, en quien se sospecha enfermedad cardíaca o vascular, puede o no ser operado de algún padecimiento coincidente; y en la afirmativa, cuál debe ser el anestésico de elección.

La decisión es grave para todos, para el enfermo, para el cirujano, y para el cardiólogo. Desde ese momento de la consulta, parece como que el cirujano se ha sacudido con toda responsabilidad y la echa por entre sobre los hombres del cardiólogo. Por ética humana y por interés profesional, hay que mirar dos veces y hay que pensarlo tres, antes de dar un respuesta.

Desde luego, en un crecido número de casos, no hay tal enfermedad del corazón. Se trata simplemente de un soplo anorgánico, de una arritmia respiratoria o de la presencia de un tercer tono normal del corazón, fenómenos todos banales, sin importancia, y que caben dentro de lo fisiológico. Con identificarlos bien, se disipa el temor y se rompe el problema.

Otras veces se trata de fenómenos que, rebasando el campo de lo fisiológico, quedan, sin embargo, en el de simples trastornos funcionales sin importancia pronostica, como sucede con las extrasístoles aisladas y la crisis de taquicardia paroxística sin lesión cardiovascular reconocible. Tales casos autorizan, desde el punto de vista del corazón, cualquier clase de intervención quirúrgica, pero no cualquier tipo de anestesia. El cloroformo puede ser tóxico para esos corazones irritables, ya que por sí mismo es capaz de producir todas esas alteraciones del ritmo y aun otras de mayor importancia. Si experimentalmente es capaz de producir todas esas alteraciones del ritmo y aun otras de mayor importancia. Si experimentalmente es capaz de producir la fibrilación ventricular en los animales, „es lícito sospechar que

algunos de los síncopes clorofórmicos no son sino la traducción de ese trastorno mortal del ritmo.

El problema empieza cuando el estudio revela que realmente el enfermo sufre del corazón o es portador de un serio trastorno circulatorio. El cirujano se ha lavado las manos y es uno el que debe decidir. ¿Qué conducta seguir?

Por mi parte, podría concretar mi actitud frente al problema, diciendo que me formulo yo mismo tres preguntas esenciales: la., ¿es realmente el caso de este cardíaco un caso quirúrgico ; 2a., ¿en caso de serlo, está el enfermo en condiciones de resistir la operación?; 3a., ¿en caso de resistirla, vale la pena de que sea operado?

I.—*¿Es el caso en estudio realmente un caso quirúrgico?* Esta pregunta, a primera vista, parece ociosa, dado que se supone que el cirujano que envía al enfermo ha completado ya su estudio y entiende más de estos achaques que el internista o el cardiólogo. Y, siendo eso cierto en el mayor número de veces, el único modo de no ser arrastrado en el error por el prestigio y el valor del cirujano, es estudiar uno mismo el problema con espíritu critico, es decir, con espíritu independiente. Desde luego habrá un crecido número de veces en que le falte al internista competencia para opinar en el problema quirúrgico puro y desista, por lo tanto, de intervenir en esa cuestión. Pero no es tan raro el caso en que por enfocar el problema desde el principio y sin prejuicios, llegue a la conclusión de que el acto quirúrgico no está indicado. Me ha llegado a acontecer que mi estudio discrepe del cirujano y que éste acepte mi punto de vista y se haya así evitado una operación.

Pero' se comprende que estos casos sean raros, porque si hay discrepancia, priva, naturalmente, la opinión del cirujano en el campo de su especialidad. Donde al contrario, priva la del cardiólogo es cuando el mal que se pretendía operar resulta ser episodio de la propia enfermedad cardíaca.

Tales casos, sin ser frecuentes, no son tan poco excepcionales.

Al enunciarlos, se antoja, a primera vista, que se trata de errores burdos; pero la clínica se complace a veces en obscurecer las situaciones y en hacer confuso el diagnóstico.

'Recuerdo haber sido llamado por un cirujano del Hospital General, para decidir sobre la anestesia que debiera darse a un cardíaco, en trance ya de ser operado por absceso hepático. El examen reveló que el tal absceso no existía. Era un hígado cardíaco, particularmente doloroso y crecido a expensas de los lóbulos medio e izquierdo. La fiebre, la leucocitosis, moderada, propias del brote reumático de endocardio, habían bastado para orillar al cirujano al error. Unos días de digital bastaron para reducir el hígado y acabar con la apariencia de la hepatitis supurada.

En otra ocasión uno de mis maestros, realmente digno de ese nombre y por quien tuve una particular veneración, me pidió que examinara a un paciente suyo, cardíaco en gran insuficiencia, a quien tenía que desbridarle un flemón de la pared del vientre. En efecto, el enfermo presentaba en el 'hipogastro un gran edema duro, rojizo hasta ser violáceo, profundamente doloroso, que le impedía doblar el tronco hacia adelante. Todo ello acompañado de fiebre y de hiperleucocitocis, por una parte, y por- otra, de una gran insuficiencia cardíaca. El diagnóstico de flemón, sin embargo, fue rectificado. Ese tipo de edemas, con apariencia inflamatoria, suele observarse en los casos inveterados y en los sitios declives, como resultado de la insuficiencia cardíaca crónica y no de la infección del tejido celular. El síndrome febril estaba bajo la dependencia de la cardiopatía infecciosa! Una cura digitálica intensa y el drenaje de los miembros inferiores, acabó rápidamente con el edema engañador del hipogastrio.

Hay otros casos, más importantes por más frecuentes y por más difíciles de resolver: me refiero a los cuadros abdominales agudos que suelen presentarse en casos de infarto del miocardio. 'La sintomatología alta, torácica, es la más frecuente; pero la otra está muy lejos de ser rara. Uno de nuestros ciruj anos más distinguidos, muerto recientemente, me llamó un día con gran urgencia para ver a su hermano, en vista del dolor brutal epigástrico, con vómitos y bloqueo de gases, meteorismo y defensa muscular, facies peritonial y estado de colapso, que duraba ya varias horas y resistía a la morfina. Fue fácil en esa ocasión transar la duda y definir que se trataba de una trombosis coronariana. El electrocardiograma no dejó dudas. En cambio, en las horas subsecuentes, la fiebre, la hiperleucocitosis y el aumento de velocidad de la sedimentación globular parecían hechos para inducir a error. Y se comprende la trascendencia de operar en esas condiciones. La anestesia y la laparotomía, en pleno período agudo del infarto, significan la muerte del enfermo.

El cuadro abdominal y su repercusión neuro-circulatoria son de tal modo bruscos de establecerse y de tal modo 'brutales, que se piensa en perforación del es-

tómago por una úlcera, en pancreatitis hemorrágica, apendicitis aguda o colecistitis, etc. La ayuda del cardiólogo para reconocer el origen real de los fenómenos y evitar así una intervención desastrosa, resulta verdaderamente inapreciable.

Dos casos más en que un trastorno cardíaco puede simular un padecimiento quirúrgico lo constituyen las crisis transitorias de fibrilación auricular y los brotes de agudización de una cardiopatía reumática, sobre todo en los niños y en los jóvenes. En el primer caso, la arritmia que se instala bruscamente, suele acompañarse de un cuadro doloroso de la porción alta del abdomen y simular, por poco que se prolongue, un sufrimiento de vesícula. De la conjunción de un cuadro de esos con un cirujano impaciente, resulta una colecistectomía. Levine relata un caso sugestivo en que la curación pareció magnífica, pese a que la vesícula no ¡presentaba lesiones. La dificultad surgió cuando en una segunda crisis dolorosa ya no había vesícula que extirpar.

En el segundo caso, los brotes de endocarditis aguda o de agudización de una cardiopatía reumática evolutiva, antes que en el corazón mismo, fija sus molestias más ruidosas en el hígado, que crece y duele, a veces exquisitamente y aun se acompaña de pequeña subictericia. Fenómenos congestivos, para unos; fenómenos fundamentalmente infecciosos, para mí, verdaderos brotes de hepatitis reumática, en que el elemento congestivo queda relegado a un segundo plano, se fundirse con sufrimientos hepatobiliares susceptibles de intervención quirúrgica. No una sino muchas veces, he presenciado diagnósticos de esa naturaleza, que el salicilato se encarga de refutar.

He aquí un cierto número de eventualidades, las más frecuentes, en que el cardiólogo puede opinar, en respuesta a la primera pregunta, ¿el caso de este cardíaco, es realmente un caso quirúrgico? De su respuesta depende, muchas veces, que el cuchillo del cirujano vuelva a la vitrina y deje su lugar a tratamientos médicos, no siempre exentos de eficacia, como acabamos de verlo.

II.—*¿En caso de ser problema quirúrgico, está el enfermo en condiciones de resistir la operación?* Esta pregunta encierra la parte medular del problema. Y ■se resuelve a base de experiencia personal y de estadística, más bien que de razonamiento. Desde el momento en que carecemos de una prueba o de un método que nos permitan juzgar con certidumbre de la capacidad funcional del corazón, estamos desarmados para resolver científicamente, en cada caso, el problema de resistencia del corazón.

Veamos lo que dicen los hechos. La mortalidad operatoria global de los cardíacos —y no hablo de las operaciones últimamente preconizadas para el tratamiento de las cardiopatias mismas, sino de operaciones de cualquier índole realizadas en los cardíacos—, asciende a 12 y aun a 15 %. La cifra es fuerte, y, a primera vista, confirma el temor que hay de operarlos, sobre todo si se tiene en cuenta que la

mortalidad global en los operados que no son cardíacos, apenas llega al 5 % como promedio. Lo que equivale a decir que el excedente de 7 a 10 % constituye la contribución de muertes que dan las cardiopat-ías y, en general, los trastornos circulatorios.

El heoho es cierto, pero si se le mira de cerca, no resulta tan pavoroso. Me referiré sólo a una estadística reciente, por copiosa y por realizada con buen juicio clínico, la de Butler, Feeney y Levine, referente a 414 enfermos cardiovasculares, en quienes se practicaron 494 operaciones importantes. En ella se encuentran 60 muertes, o sea el 12 % y algo más de la mitad de ellas, el 6.3% *son* de las "inesperadas," es decir, de aquellas que no se habrían producido verosímilmente, de no haberse operado al enfermo. El resto son de las muertes "inevitables," resultado del avance natural de la cardiopatía.

Pero si se reparten los enfermos en distintos lotes, se ve que los valvulares reumáticos sólo tuvieron 3 muertes en 147 casos, o sea apenas el 2 %, mucho menos de lo que corresponde a la mortalidad global de los no cardíacos. Los hípertensos, los vasculares, sólo tuvieron 8 muertes en 167 operaciones, o sea el 4.9 %. De los 108 pacientes con fibrilación auricular sólo murieron 3, o sea el 3 %, en donde puede verse la extrema tolerancia de estos estados para la anestesia y el traumatismo quirúrgico.

En realidad, los que ensombrecen las estadísticas son, por una parte, los coronarianos, que de 41 enfermos con angina de pecho, murieron 3 o sea el 7.7 % y de 20 con infarto del miocardio murieron 8 o sea el 40 %, y por otra, los operados en plena insuficiencia cardíaca, que registraron 7 muertes en 50 casos, o sea ■si 14 %.

La coexistencia de un proceso nefrítico junto con la. cardiopatía, ensombrece notablemente el pronóstico. De 5 % en un caso, sube a 15 % si existe la coexistencia. En cambio, la hipertensión aislada, casi no influye en la mortalidad, ya que apenas si la su'be en 1 % sobre las cifras de los no hipertensos.

He aquí los datos fundamentales que, por concordes con la experiencia clínica diaria, permiten formarse un criterio sobre el problema de la tolerancia de los cardíacos a la cirugía. Con gran frecuencia me veo llamado a autorizar una intervención quirúrgica en mis pacientes cardíacos y sólo tres casos de muerte he tenido que deplorar: uno, a la mitad de una intervención ginecológica, en una enferma con aortiUs avanzada y trastornos coronarios; otro en el caso de una insuficiente cardíaca crónica e irreducible, a quien mandé extirpar la tiroides y que murió, a las 24 horas en estado de shock, y el último caso, muy reciente, el de un niño, en quien al apagarse suficientemente el brote de endocarditis reumática, mandé extirpar las amígdalas infectadada.s. A la mitad de la operación, un síncope vino a terminarla. Coronario el uno, insuficiente cardíaco el otro, endocardítico subagudo el tercero, los tres casos son representativos de los campos en que el riesgo es mayor. Pe-

ro además de éstos, de mi propia clientela, he podido presenciar muchos casos desafortunados de los demás. Y mi criterio sobre el particular podría sintetizarlo en la siguiente forma:

1°—El insuficiente cardíaco es frágil, y el riesgo que corre es tanto mayor cuanto más avanzada esté la insuficiencia, y, por supuesto, mientras más importante sea la operación. Además, las secuelas post operatorias implican un riesgo más grande, por razón de las congestiones pulmonares, que la inmovilidad favorece.

Por fortuna, nadie piensa en operar a un cardíaco en plena insuficiencia, si no es en casos de la mayor urgencia, como el de una apenaicitis supurada, por ejemplo, en donde el riesgo de abstención es notablemente mayor que el de la operación misma. Y salvo en esos casos de absoluta urgencia, la regla se impone de hacer primero un tratamiento hasta restablecer el equilibrio circulatorio y sólo entonces poner al enfermo en manos del cirujano. Ya en esas condiciones, el riesgo que corre es muy discreto.

29—El enfermo valvular que no ha caído nunca en insuficiencia cardíaca y no presenta lesiones muy avanzadas, con gran dilatación miocárdica, corre un riesgo mínimo, prácticamente comparable al de los no cardíacos.

39—Los trastornos del ritmo en estos enfermos valvulares, desde la extrasistolía hasta la fibrilación auricular, pasando por las crisis de taquicardia, así como los trastornos de conducción, no constituyen ninguna contraindicación formal al acto quirúrgico ni aumentan, de por sí, el riesgo operatorio. Es obvio que la fibrilación, si hay tiempo, deberá ser tratada previamente y que habrá que esperar a que la crisis de taquicardia haya terminado para realizar la operación.

49-—El riesgo operatorio aumenta'en las cardiopatias infecciosas, durante el período agudo, por el ataque miocárdico de que se acompañan. Salvo en los casos de urgencia, es preferible posponer la intervención hasta que la fase aguda, íiabitualmente febril, haya cedido y se entre a la fase de la cronicidad.

59—En el campo de las lesiones de tipo degenerativo y de los trastornos fundamentalmente vasculares, hipertensión y arterioesclerosis, así como en la sífilis de la aorta, el riesgo operatorio es muy discreto, apenas mayor aue el de los no atacados, siemore que no hayan comprometido la circulación coronaria —angor oectoris o infarto— y siempre aue no hayan repercutido grandemente sobre el miocardio —dilatación acentuada o insuficiencia cardíaca—.

Pero aun en esos casos favorables, es de aconsejarse, cuando se trata de hipertensión, que se haera una cura previa de reposo, régimen, sedación, etc., hasta bajar las cifras tensionales tan cerca de lo normal como sea dable v sólo entonces proceder a la oneración. Todo lo que sea disminuir la sobrecarga del corazón ly disminuir la posibilidad de las hemorragias, es garantía mayor para el enfermo v tranquilidad para el cirujano. En los casos de

aortitis sifilítica no tratada, es siempre aconsejable posponer la operación hasta que el enfermo haya recibido una cura específica, tan importante como lo permita el tiempo de que se disponga. En los casos frecuentes en que he debido intervenir para hacer una cura preoperatoria de los hipertensos, no he llegado a deplorar ninguna muerte ni complicación seria de los operados.

6?—A medida que se avanza en la evolución de estos padecimientos,- el riesgo que ofrecen para la cirugía es mayor, pero aun distan mucho de ser una contraindicación absoluta. Todo es cuestión de grado. El coronariano discreto seguramente que tiene menos riesgo que el que ha sufrido trombosis. Y la trombosis con infarto único, sin insuficiencia cardíaca consecutiva, **los** corre a su vez menores que el que sufre de infartos repetidos o está en plena insuficiencia.

El grado de riesgo, en los primeros términos de la escala, acerca el coronariano a la situación favorable de los vasculares no complicados, y en cambio, en los estadios finales, de infartos repetidos con insuficiencia cardiaca, puede llegar hasta la contraindicación absoluta. Por fortuna, y repetimos aquí lo que al principio, nadie piensa en operar a estos enfermos, cuya situación, en realidad, no es sino una agonía desesperantemente crónica.

Por supuesto, que en todos los casos en que existe riesgo mayor, es de elemental prudencia no autorizar sino las operaciones de urgencia y las operaciones indispensables; las potestativas, en cambio, podrán diferirse hasta que el estado circulatorio mejore grandemente o podrán evitarse, substituyéndolas con métodos no quirúrgicos, como en la 'hernia; por la terapia profunda, como en ciertos tumores o por otros recursos de espera, como en algunos padecimientos de la próstata.

ni.—***¿En** caso de ser factible la operación, vale la pena de realizarla?* En todos los casos de enfermedad cardíaca avanzada, y aun suponiendo un margen de seguridad aceptable para resistir la operación, el médico deberá preguntarse si vale la pena de realizarla, es decir, si el beneficio que de ella se espera compensa el riesgo que hace correr al enfermo. Esta estimación se hace función de dos factores: el pronóstico mismo de la enfermedad del corazón, o sea la sobrevida que autoriza a esperar y la importancia y la naturaleza d[p] la operación que se planee. A menudo, después, de pesar ambas circunstancias, el médico acabará por resolver que no vale la pena de llegar a la operación.

He aquí el criterio que sirve para contestar la segunda y la tercera preguntas que el cardiólogo debe formularse antes de autorizar una operación. **Por** supuesto que el criterio anterior y cualquier otro, de nada valen sin un estudio correcto y un diagnóstic o preciso del estado que guardan el corazón y la circulación del enfermo. Pero nadie crea'que con poseer estos elementos de juicio, estudio completo, diagnóstico correcto y criterio preciso, se tiene la clave segura del problema. Siempre habrá da-

REVISTA QUIRÚRGICA

La -posición de la Histerectomía total en el tratamiento de lesiones benignas y malignas del útero

V. S. Counseller en American Journal of Obste tries and Ginecology dice que el cuello uterino no es normal, en general en los leíomiomas del fondo, sobretodo en pacientes que han tenido niños. Estos cuellos infectados que se dejan en la histerectomía subtotal son capaces de producir artritis de las pequeñas articulaciones, iritis, coriditis, miositis. En la metritis o la inflamación pélvica crónica causada por un estrptococo de débil virulencia, la celulitis pelviana difusa complica a menudo la histerectomía subtotal y rara vez la total.

90 % de los carcinomas son tratados adecuadamente por histerectomía total sola *o* seguida de irradiaciones cuando son del fondo del útero. La histerectomía de Wertheim puede emplearse en pocos casos de cánceres del cuello en los de baja malignidad y de enfermos observados al principio.

Concluye que la histerectomía debe tomarse más en consideración en las lesiones malignas operables de los anexos y si el grado de malignidad es del N9 2 o más seguidas de irradiaciones.

Tratamiento de las quemaduras industriales

Wichmann de Strassfurt en Zentralblatt fur Chirurgie se declara partidario del método de Loehr, es decir de la aplicación en capa espesa de una pomada a base de aceite de hígado de bacalao; la pomada se cubre con una hoja de gaza y por encima se aplica un bendaje enyesado, aún para las quemadas de la cara y la cabeza; se cambia cada ocho días y la curación se obtiene después de dos o tres curaciones.

El autor dice haber tratado así unos cien quemados graves en las industrias, por fuego o cáusticos quedando muy satisfecho de los resultados.

La transfusión sanguínea en las infecciones puerperales generalizadas

R. Keller y J. Limpach en Revue francaise de Ginecologie et d'Obstetrique afirman que la transfusión de sangre es el medio terapéutico más eficaz contra la septicemia puerperal generalizada, aunque los resulta-

---

tos que se nos escapen y siempre caminaremos a orillas del error. Y de vez en cuando —-y bien quisiéramos que sólo fueze de vez en cuando— una muerte imprevista, sobre la mesa misma de operaciones, vendrá a castigar nuestra suficiencia. El pronóstico del cardiaco que va a operarse guardará siempre un mar*gen de inseguridad.*

—De Archivos Americanos de Cardiología y Hematología—

dos obtenidos en su conjunto favorable hayan sido desiguales.

■Los 21 casos reportados se pueden clasificar en tres grupos: los dos primeros fueron curados; en 7 casos, con hemocultivo positivo la acción de la transfusión fue inmediata: mejora del estado general, caída de la temperatura y el pulso, desaparición de escalofríos en la mayor parte en otras se ncesitaron transfusiones repetidas; en otros 7 casos la transfusión fue poco sensible conformándose a una acción estimulante; el último grupo de 7 concierne a casos mortales de los que 3 fueron desde el primer momento desesperados y la transfusión se mostró ineficaz o nociva.

En resumen la transfusión es eficaz al principio de la fase septicémica a condición de renovarse cada 7 u 8 días; es inútil después de la formación de metástasis sépticas y contraindicada en la endocarditis, nefritis, hepatitis, infección pulmonar aguda.

La cantidad de sangre trasfundida —citratada, pura o **pla**centaria— ha sido de 150 a 200 gramos por término medio. Su manera de obrar es reparando la anemia que favorece la infección, y por sus anticuerpos por el poder bactericida del suero y el aporte de colesterina.

Tratamiento de las fracturas por las infiltraciones novocaínicas, Método del Profesor Leriche

Pierre Wertheimer y M. Servelle de Lyon en Revue d'Ortopedie et de Chirurgie de l'Apareil moteiír opinan que la infiltración anestésica encuentra en las fracturas un vasto campo de aplicación. Debe someterse a un tratamiento ortopédico toda fractura con desplazamiento y agregarse siempre la infiltración como procedimiento preventivo de sequelas vaso-motrices y tróficas; y debe usarse la infiltración como método exclusivo cuando en fracturas diafisarias o epifisarias el desplazamiento es mínimo o nulo y en fracturas de reducción imposible como las del omóplato y las tuberositarias.

Sobre 26 observaciones personales los autores resumen así sus resultados: 2 fracturas del cuerpo del omóplato curadas en un mes; 4 fracturas de la clavícula curaron entre 25 y 30 días; 4 fracturas tuberositarias del húmero requieren 12 a 23 días de tratamiento; 3 fracturas del cuello quirúrgico del húmero 15 a 35 días; 2 fracturas de la rótula curaron en 25 días; 2 fracturas de los metatarsianos 15 a 19 días; 1 fractura de la cabeza radial 11 días; 1 fractura del epitróleo 25 días; 5 fracturas maleolares requirieron 15 a 40 días; 2 fracturas apofisarias curaron en 12 a 20.

Calidad de curación excelente, ningún herido presentó atrofia muscular, edema crónico, trastornos vaso-motores, osteoporosis ni secuelas dolorosas.

Tratamiento de heridas de las grandes articulaciones y contribución a la terapéutica de las artritis supuradas

Christ de Magdeburgo en Zentralblatt fur Chirurgie opina que

el tratamiento ideal de las heridas articulares es la sutura primitiva después de exición metódica y completa cuando el estado de los tegumentos lo permite y que pueda ser practicada dentro de los límites útiles es decir antes de las doce horas de ocurrido el accidente, inmovilizando después en una gotiera de yeso por dos semanas.

Cuando no pueda realizarse tal cosa porque las condiciones del enfermo no lo permitan, Christ aconseja hacer la exición de los tejidos contundidos y sucios y llenar la cavidad con aceite de hígado de bacalao líquido o en pomada; los colgajos son fijados por algunos puntos y se aplica un enyesado que será dejado hasta la curación completa. Lo mismo aconseja en los casos en que habiendo practicado una operación por osteo-mielitis se hubiera abierto la articulación vecina y también en todas las artritis supuradas.

El autor apoya sus conclusiones en 38 observaciones tomadas en la clínica de Loehr: 18 heri- rlas art.ir*nlí3rp<í rpfipntps Q —ñ& las que 6 de la rodilla— tratadas por reunión primitiva; todos los heridos curaron 7; con integridad completa de los movimientos y 2 con una limitación más o menos importante. 7 casos tratados por exición y aplicación de aceite de bacalao; ninguna muerte ni amputación salvo un caso amputado tardíamente por osteítis fistulosa; amplitud de movimientos satisfactoria en 5 casos.

6 aberturas articulares en el curso de vaciamiento por osteomielitis: una muerte por embolia a los 37 días; 2 anquilosis; 3 curaciones con conservación incompleta de la movilidad articular.

15 artritis supuradas, 7 tratadas por los métodos clásicos — una amputación en una artritis metastásica de la rodilla—; 8 por incisión e inyección intra-articular de aceite de bacalao; una muerte por septicemia; 7 curaciones con conservación extendida de los movimientos.

La Aclimatación en los Trópicos

Uno de los maestros en medicina tropical, el sabio italiano Aldo Castellani, ha publicado recientemente un estudio sobre el clima y la aclimatación que destruye muchas concepciones falsas que se tenía respecto a los países cálidos y facilita preciosas enseñanzas sobre la manera de vivir en buen estado de salud.

Es curioso observar con qué violencia se producen las fluctuaciones de la opinión de los europeos en lo que concierne a la influencia del clima de los trópicos sobre su salud. Hace poco más de treinta años, el clima de los países cálidos era considerado tan malsano que según los dichos de los iniciados los europeos no podían soportarlo pasado cierto tiempo. Sólo los individuos jóvenes y robustos eran considerados como suficientemente resistentes, repatriándose rápidamente a los niños y a las personas de cierta edad. Luego se profesó una teoría completamente opuesta. Hace treinta años se empezó a demostrar que la acción funesta de los trópicos sobre la salud dependía en gran parte, sino del todo, de los parásitos y de la falta de higiene.

Hoy día, gracias a los estudios de sabios como Castellani, se incrimina de nuevo el clima de los países cálidos y están en suspenso muchos puntos interesantes. Se discute si, por ejemplo, Manson, Gorgas y otros tuvieron razón al pretender que cuando los trópicos estuviesen libres del paludismo y de la enfermedad del sueño las razas blancas podrían colonizar con éxito. También se discute si Castellani ha tenido razón creyendo que, aunque las enfermedades y los fallecimientos se deban en una proporción muy grande a la falta de higiene, el clima tiene no obstante, una influencia nociva. Un estudio detenido de esta obra extraordinaria permite al lector hacerse una opinión acerca de ello. Sin embargo nos parece interesante reproducir aquí las observaciones más importantes.

Ciertas afecciones merecen el nombre de enfermedades climáticas. Las enfermedades de los pulmones y de los bronquios, por ejemplo, son más frecuentes en los climas fríos que en los otros. Lo contrario ocurre con las enfermedades intestinales. La verdadera fiebre reumática es muy rara en los trópicos donde se desconoce en absoluto la fiebre escarlatina. La pulmonía es más frecuente en invierno que en verano y en los climas fríos o de gran altitud que en los países cálidos. El parásito del paludismo es más sencible que el hombre a las variaciones del clima y no se desarrolla completamente en el mosquito cuando la temperatura de la atmósfera no alcanza un grado determinado. Todos los esfuerzos hechos para introducir el perro de Terranova en la India han sido inútiles y es sabido que el gato no puede vivir en una altitud superior a 3.000 metros. Se podrían citar infinidad de ejemplos que muestran que la vida de las criaturas depende mucho de las condiciones del clima en que *se* encuentran.

Los climas pueden ser modificados, sin embargo, en algunos años gracias a la repoblación forestal, a la regulación de los ríos y al saneamiento de los pantanos, etc. El Clima de Roma, por ejemplo, es mucho más agradable y mucho menos húmedo desde que se emprendieron los trabajos del Agro Pontino y la repoblación forestal efectuada en ciertas colinas de los alrededores. Sin embargo, el hombre, como las plantas y los animales, debe, para tener buena salud, vivir en un clima que reúna ciertas condiciones. Según K. E. Ranke, la temperatura ideal para un europeo normalmente vestido varía entre 15 y 18 centígrados. Según otro autor, las regiones del mundo en las que actualmente la civilización puede llegar al grado más alto de .su desarrollo son: Europa occidental, el sur del Canadá, las regiones centrales y orientales de los Estados Unidos, el Japón, Nueva Zelanda y el sureste de Australia.

En los trópicos, las estaciones situadas en la montaña constituyen otros tantos refugios muy apreciados durante los meses de verano, pero no hay que olvidar que los europeos que viven continuamente en estas regiones elevadas terminan por resentir trastornos nerviosos y que necesitan pasar una temporada en las llanuras. Las células del sistema nervioso obedecen a la ley que manda que la actividad del organismo aumente cuando la temperatura es más elevada, pero ésto solamente hasta cierto punto. La acción de los rayos solares parece debilitar el control que ejercen ciertos centros nerviosos sobre los otros y causar la irritabilidad que provoca accesos dé cólera por motivos fútiles. Se pretende que en los países cálidos la neurastenia se apodera más de las mujeres que los hombres; la razón de este fenómeno puede ser que las mujeres carecen de ocupaciones.

La palidez que se observa en los europeos que viven en los trópicos ha sido tomada durante mucho tiempo por un síntoma de anemia y en ella se veía la prueba del efecto nefasto del cli-

ma sobre la raza blanca. Sin embargo, habiéndose demostrado que el número de glóbulos rojos y la proporción de hemoglobina era normal en muchos europeos pálidos, se achacó dicha decoloración a un aumento del espesor de las capas superficiales de la piel a través de las cuales el color de la sangre no podía verse. Castellani denominó este fenómeno: *pseudo-anemia tropicalis*.

En los climas tropicales se pierde el apetito y el gusto por los alimentos animales, desarrollándose al contrario el deseo de absorber alimentos con muchas especias. En ésto hemos de ver la prueba de que las funciones digestivas son más lentas. En efecto, se ha demostrado, utilizando perros criados en un clima tropical artificial creado en un laboratorio, que la secreción de los jugos gástricos disminuía sensiblemente. La tendencia al extreñimiento que se observa en los países cálidos y que se debe a una eliminación excesiva del agua por la piel suele agravarse por la falta de legumbres y de fruta fresca, sobre todo durante los períodos de sequía.

Las curvas de temperatura establecidas en los trópicos son, a menudo, muy desconcertantes pues no hay que olvidar que la temperatura de la atmósfera es tan elevada que el termómetro médico acusa fiebre antes de haber sido introducido en la boca o en el recto del enfermo. Por consiguiente, conviene conservar y leer el termómetro médico en agua fría. Para obtener de un modo preciso la temperatura de un enfermo se recomienda en India colocar el termómetro debajo del brazo bien apretado y bien seco durante diez minutos, en la boca durante ocho minutos o en el recto durante tres o cuatro minutos.

¿Qué hay que pensar, por consiguiente, de la estancia del hombre de raza blanca en los trópicos? No cabe duda de que las enfermedades y la muerte han descendido en una proporción muy fuerte y ya no se puede decir del África occidental que es la "tumba del blanco." Las enfermedades infecciosas y las que provocan los parásitos también han perdido mucho terreno y las condiciones de vida han mejorado considerablemente. Las habitaciones son más cómodas, los viajes más fáciles y el europeo obtiene más fácilmente que antes permisos para regresar a su país. Sin embargo —y esta es una comprobación muy importante— la proporción de la morbidez y de la mortalidad sigue siendo más elevada en los trópicos que en Europa a pesar de que los europeos que hacen su carrera son, en general, hombres jóvenes llenos de salud y que únicamente permanecen excepcionalmente pasados los cincuenta años. Grandes progresos se han realizado para que los países cálidos sean más saludables para el hombre de raza blanca pero ¡ cuántos esfuerzos no habrá que llevar a cabo para que la vida sea tan sana como en.los países templados!

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rué Newton, PARÍS. XVI).

PSICOLOGÍA DEL INFANTE

ONTOGENIA Y FILOGENIA Ensayo de

Interpretacón Por el Dr. J. A. Falconl Vilagómez

El médico de niños no se ha de limitar a conocer la anatomía, fisiología, patología y terapéutica del lactante. Esta última, sobre todo, que es tan distinta del adulto, sino que ha de estar también familiarizado con la mentalidad del párvulo. Se ha dicho que el niño no es un hombre en miniatura, como queriendo significar -que es una cosa diferente. Y en realidad, responde a un tipo o unidad biológica que dista mucho de parecerse al hombre o mujer que constituirá más tarde, física y síquicamente hablando.

Antes de nacer el niño no da otras manifestaciones de vida que los movimientos pasivos que ejecuta en el claustro materno. Chapotea en el líquido amniótico y las contracciones uterinas se trasmiten al abdomen de la madre. Según el folklores popular los varoncitos se anunciarán con golpes vigorosos pero no hay nada concreto sobre el particular. La pretendida acidez o alcalinidad de los humores y, especialmente, de la sangre como índice diferencial del sexo, es.una de las ilusiones de la biología.

Cuando hace su aparición, a través de la hilera genital, sigue siendo un enigma por lo que respecta al sexo. *Ni* la matrona más experimentada podría decir si se trata de un varón o de una mujercita. Seguirá siendo un enigma psicológico hasta la época de la pubertad, en que la crisis psico-clásica decida de su actitud ante la vida.

Una vez venido al mundo es el más desvalido de los seres, pues el pollo a poco de romper con el pico la caparazón calcárea es capaz de buscarse por sí propio su sustento, mientras el niño crecerá los primeros meses como un parásito, a expensas de la madre. Comenzó un ecto-parásito y seguirá por mucho tiempo como un exoparásito. Crecerá, pues, como una liana, o planta trepadora a costa de la madre. Obsérvese como las indias del altiplano llevan sus hijos cargados a la espalda y se confirmará esta aserción.

El niño nace sordo y ciego, prorrumpiendo en un grito lastimero. Llanto que no es el horror de ser avasallado por las fuerzas de la creación como decía Schopenhauer, ni grito de elevada alcurnia según Hegel. Traduce, dice Freud, la expresión de la feroz trauma experimentado. Traumatismo físico y psíquico, cuyo recuerdo no olvidará jamá-s, y lo resucitará con ocasión de cada nuevo lloro.

Llora pero no vierte ni una lágrima, porque sus glándulas, al igual que los órganos de los sentidos, comenzarán a funcionar más tarde. Tardará seis meses en doblar su peso, mientras un conejo lo hace en seis semanas.

El lactante reproduce la mentalidad del chimpancé, dice el biólogo Klatsch. Y su compatrio-

ta Nicolai obseva que no hay que calumniar el chimpancé. Conviene, pues, colocarle en un punto de vista equidistante, entre el mundo zoológico inferior y el superior, del que formamos parte.

Extremadamente sensible a los ruidos mueve sus miembros desordenadamente, como que no se hallan mielinizados sus nervios todavía (1). Goza de extrema movilidad y su elasticidad es tanta, que llega a chuparse el dedo gordo del pié. A menudo recurre al de la mano, para reemplazar al chupón que tiende a desterrarse en la actualidad, pero entonces conservará esa costumbre hasta mayorcito. A veces hasta la edad adulta.

Mirón, palpador, trepador y parlanchín, son las cuatro principales fases por que atravieza el niño. No es raro que cierre un ojo, mientras tenga abierto el otro, o que bisques un poco, sin que esto último constituya una anomalía, pues los músculos no tienen todavía la suficiente fortaleza para establecer la visión conjugada de los ojos.

Palpará todo lo que se encuentre al alcance de sus manos y querrá llevar las cosas a su boca. No s&rá raro que intente hacer lo mismo con sus excrecencias.

El juego o actividad muscular es una necesidad fisiológica en el niño. Es una descarga nerviosa de ab-reacción. El informe jugará hasta con sus órganos viriles.

En los niños más grandes el juego es el trabajo más serio que conocen. Las niñas se imaginan .ser cocineras y creen preparar potajes para sus muñecas, mientras los niños toman tan a pecho su papel de piratas o guerreros, que se contrarían en alto grado cuando alguien quiere disuadirlos de esas cosas (2).

El niño, en sus primeros años, reproduce ontogénicamente las mismas fases de la filogenia. Es decir, las que atravezó la humanidad en su evolución, desde su cuna. Así es fabulista o mitómano. Le gustará inventar cosas fantásticas, reproduciendo la edad de la mitología y de la creación de las religiones. Se mostrará como troglodita, construyendo fosos en la arena y evocando la época de las cavernas. Se dedicará a labores agrícolas, la época de las cavernas. Se dedicará a labores agrícolas, la pesca y la caza, ocupaciones de las razas primitivas. Ejercerá el comercio de trueque de objetos, como el que caracterizó a los pueblos de la antigüedad. Jugará a la guerra, que es la etapa inicial de la civilización, o el retroceso a la barbarie, etc.

Sabido es que los primeros meses anda a gatas, como reproduciendo la edad geológica en que anduvo de tal suerte, y es al fi-

fi) Por esta razón el signo de Babinsky es normal en los primeros meses.

(2) En los versos que siguen, el gran poeta indo-americano Santos Chocario, pinta admirablemente el complejo de represión relacionado con el juego: «Yo no jugué de niño, Por eso es que yo escondo Ardores que estimulo con
(paternal cariño,
Nadie imagina, nadie, lo extraño,
(que en el fondo
Tiene que ser un hombre que no
(jugó de niño».

nal del primer año que tiende a enderezarse sobre el cuarto trasero y a adoptar la actitud definitiva. La de bípedo implume, como calificara Sócrates al hombre.

En el primer año de existencia el niño es un ser absolutamente pasivo. Su papel frente a la vida es la de un espectador, antes que actor. Y en lo biológico es un sujeto anabólico en lugar del catabólico, que será más tarde. Es decir que en esa época de la existencia, —como la mujer en todo tiempo,— consumirá más de lo que produce.

Mamonzuelo, mirón, trepador y parlanchín, he allí las principales actividades del infante. El no tiene otra preocupación que la de nutrirse. Si se le toca la vecindad de los labios con un objeto, los fruncirá como un bociquito de trucha, en actitud de succionar. Es un reflejo innato y heredado.

De los órganos de los sentidos es el olfato el más desarrollado. Merced a él, identifica a su madre o a la nodriza. Pero como vive siempre en presente (el pretérito y el futuro sólo los diferenciará más tarde) conserva recuerdos muy fugaces. Después de separado cuatro días del seno materno ya no podrá reconocer a la madre por el olfato. Sea esto por inestabilidad de la memoria de reproducción o porque la tectónica cerebral y las células ganglionales, que regulan los centros de asociación, comienzan a funcionar algo después.

Hasta pasados los tres meses no se establece la visión estereonósica. Por eso es frecuente verle extender las manos queriendo empuñar objetos situados fuera de su alcance. Cuando comienza a andar no tiene otra noción que la del espacio prehensil. Para él no serán dos o tres metros, sino el esfuerzo que tiene que desarrollar para alcanzar un determinado objeto. Generalmente se trata de un juguete. Vive, pues, en un mundo de dos dimensiones. El niño no tiene idea del espacio como no la tiene del tiempo. En esta fase reproduce la mentalidad del hombre arcaico o la de nuestros jíbaros, para quienes el mes significa el paso de tres o cuatro lunas. Para el niño mayorcito, el domingo o día de fiesta se fija en su calendario, porque es el día que el padre no

trabaja. Pero si se le pregunta, pasado el medio día ¿qué hora es?, responderá lo mismo la una que las cinco. Igual que el esquizofrénico de Bleuler.

EL MIEDO

Hasta la edad de año y medio el niño es incapaz de sentir miedo por nada. Este sentimiento es fruto de la educación que le rodea, de los cuentos que le refieren las nodrizas para obligarles a ser obedientes, o de las experiencias que reciben en la vida. En los países japoneses es corriente que duerman en un cuarto oscuro.

Los psicólogos freudianos difieren de la opinión anterior que es la de los pedagogos. Los primeros afirman que la actitud normal del niño es la de temor. Un temor injustificado ante todo lo que le rodea. Una especie de pavor como el que experimentaba el hombre primitivo, puesto en contacto con un mundo hostil.

Los médicos de niños podemos comprobar la medrosidad de los infantes. A veces se trata de un temor justificable, pues obedece al recuerdo de las inyecciones aplicadas anteriormente, o a la evocación de las medicinas desagradables que le propinaron. Pero en otras ocasiones no hay tal explicación. Es lo mismo que aparezcamos ante el porvez primera o con frecuencia. Que lo hayamos sujetado a e xámenes desagradables o tratamientos dolorosos. Que nos mostremos ante él en vestido de civil o con el mandil de la consulta. El niño reaccionará en forma negativa. De cada cien infantes, apenas si un cinco por ciento se deja examinar a satisfacción. El resto lo hará de mala gana o expresará su protesta en forma vigorosa. No siempre son los gritos estridentes, sino también los aruños y mordiscos. Como si se tratara de clientes de veterinaria.

Los psicólogos dicen que los niños normales no deben conducirse con violencia en las visitas médicas. Pero nos resistimos a admitir que un 95 % de pequeños clientes sean neuróticos futuros. Más bien pensamos que se trata de defectos de educación, o de un miedo heredado de sus progenitores.

AMOR, PUDOR, COLERA Y CELOS

El sentimiento de amor en la niñez está unido al de la gratitud. El que lo alimenta, lo mima o lo contemple con cariño. Así se explica el afecto de los niños por sus nodrizas, que a veces suele exceder al que sienten por sus madres. De allí el aforismo conocido: no es propiamente madre la que engendra sino la que nutre. El apego que la niña siente por el padre y el niño por la madre, se explica por la ley de los contrastes, antes que por el escabroso complejo de Edipo que plantea Freud.

El niño experimenta un cariño natural por sus hermanos, pero es curioso advertir la actitud de éste ante el recién nacido. Su primera reacción es de sorpresa cuando oye gritar al nuevo párvulo. Lo mira con curiosidad, como una cosa extraña en el se-

no del hogar y sólo se decide a tocarlo después de la primera semana de existencia. No deja de experimentar celos por el recién llegado, al que considera poco menos que un intruso y su actitud de reserva es una especie de sentimiento innato de defensa, por el temor de sentirse desplazado en el afecto de sus padres. Expresa su cariño a estos, antes que por besos, como lo hacen los mayorcitos, por frotamientos y contactos de su cuerpo. El sentido del tacto se halla muy desarrollado en los pequeños, ligado a la epidermis de su cuerpo, *y así se* explica la voluptuosidad que experimentan con ocasión del baño tibio. Un niño acostumbrado a recibirlo a determinada hora, lo reclamará con movimientos de inquietud y hasta por gritos.

El pudor es un sentimiento posterior. Hasta los tres, y a veces hasta los cinco años, el niño no tiene ningún reparo en exhibir desnudas las partes de su cuerpo. El niño no puede ni debe tener otra idea de sus órganos pudendos que la de que sirven para la micción. Por eso es frecuente ver a los mayorcitos empuñar *su* miembro y hacer aguas en plena vía pública, con la mayor naturalidad y desenfado. Freud cita el caso de una niña de cinco años que mirando en el baño a su hermanito *se* dio cuenta que estaba conformada de modo diferente, pues le hacía falta un órgano visible, y experimentó un sentimiento de inferioridad que le acompañó buena parte de su vida. A esto llama Freud complejo de castración.

La cólera es un sentimiento que se observa en los niños excitables. Generalmente está ligada a una irritabilidad del sistema nervioso. Los que la experimentan a menudo, están condenados a ser neuróticos en el futuro. Si un niño mayorcito tropieza con un objeto, y se hace daño, lo hace a aquel responsable de la culpa. Lo apostrofa y concluye tirándolo violentamente al suelo como imponiéndole un castigo.

La crueldad es otro sentimiento natural en el niño, pero que cuando se agudiza puede convertirse en algo patológico. Generalmente lo demuestra con animales domésticos o con las aves. Se complace en tirarles el rabo y las orejas a los perros y gatos de la casa, y, más grandecito, persigue a los pájaros con horquetas de liga o con escopetas de viento. No es el deporte de la caza, porque no cobra las piezas con el objeto de comerlas sino

que se contenta con perseguir a gorriones inocentes (3).

Hay que corregir al niño en sus instintos. Al pirómano, al que demuestra inclinación morbosa por el sexo opuesto, es preciso reprimirlo. Nos parece absurda una escuela nueva que pretende no contrariar al niño, con objeto de que desarrolle libremente sus inclinaciones y a título de que la represión puede ser una fuente de neurosis. Pero, ¿no es preferible un neurótico educado a un delincuente sin escrúpulos? Por lo demás, ya escribió Rousseau: "Si al niño lo dejaran crecer merced a sus impulsos, acabaría matando al padre y desposándose con la autora de sus días."

SIMULACIÓN Y MENTIRA

El niño ha sido comparado al mitómano, a causa de su tendencia fabulista. Imagina o inventa sin cesar. Pero se trata de una imaginación quimérica y desorbitada, fuera de los límites de la realidad. Monologa como Segismundo en el universo que es su causa. Más tarde no le bastará el mundo por morada.

Discurre sin cesar en el reino de la fantasía y recurre a las extravagancias más absurdas. Construye castillos en el aire y forja planes imaginarios. Tan pronto es Rey como Almirante. General ante sus soldados de plomo, o Comodoro frente a sus barcos de papel. Pero no se trata del delirio paranoico. Más bien de la constitución esquizo-tímica del poeta.

La mentira en el niño obedece a una ilusión de los sentidos. Como el filósofo del conocimiento, se engaña respecto a la cosa en si o su significado. Los niños y los locos dicen la verdad, reza un común adagio, pero esta es una de las frases usuales que merece revisión. Prueba de esto es el escaso testimonio que los jueces asignan a las declaraciones de los niños. Ya Montaigne decía: "Les enfants sont naturellment menteurs et entetés" (4).

Al lado de perversopolymorphe de Freud, que miente por su debilidad mental o por su tara psíquica hay el fabulador a **outrance**. La criatura hecha a imagen y semejanza del creador que quiere crear un mundo de la nada.

Uno de nuestros clientes de cinco años, hijo de padres pem fectamente equilibrados y pertenecientes a un medio social acomodado, era un mitómano incorregible. Decía que con un machete había ultimado a cinco tipos: Gallo ronco, raspa balsa, guaguarguaruta, peje sapo y pico e lora (5).

EL NIÑO Y EL ARTE

El arte no es propio de la infancia de los individuos como de los pueblos. Es expresión de perfecta madurez y de criterio estético, como aporte definitivo de cultura. La música y el dibujo, en sus manifestaciones más ele-

---

(3) Víctor Hugo decía: «j' était petit, j' était enfant j, était cruel». Y más recientemente, Lenin: «El extremismo, es una enfer medad infantil del comunismo».

(4) Testa-rudos.

(5) Obsérvese la e'ipsis **gramatical** en el último apodo.

mentales, son las únicas que preocupan la atención del niño. Los dibujos de los pequeñuelos, reproducen la mentalidad del hombre primitivo o la del esquizofrénico. Evocan las pinturas rupestres de la época de las cavernas, o las del pintor Gaugin, en su retorno de las islas polinesias.

A una temprana edad comienza a interesarse por el colorido, predominando los tonos azul, rojo y amarillo. Pintará un sujeto de perfil, pero le pondrá dos ojos. A una figura que represente el padre, no dejará de ponerle un rótulo: mi papá. Como el griego antiguo, carece del sentido de la perspectiva. Todas sus figuras aparecerán en primer plano. *A* un caballo le pondrá las cuatro patas paralelas entre sí. Un sombrero le colocará superficialmente sobre la cabeza.

El niño no tiene afición por e[1] paisaje. Esto significa lo abstracto o un amor por la naturaleza propio de la edad adulta y de las civilizaciones viejas. Algunos dibujos infantiles semejan los bocetos de pintores futuristas o r[n]~ los corifeos del cubismo, creadores de una geometría arbitraria que no recuerda en nada a la euclidiana.

El niño aprende a dibujar copiando las figuras de los libros de estampas. Pero el muchacho campesino tiene otra perspectiva. Carece de los citados álbumes, pero en cambio se inspira en la sombra que proyectan los árboles y los objetos del campo. Tal sería Ia historia del dibujo, según la versión griega. Como tal fue la concepción del almr para el primitivo, cuya idea surgió cuando vió su sombra reflejada por el sol (Spencer). En ambos casos, se alude sólo a imágenes. Los antiguos creían también que los muertos no hacía-i sombra.

El niño es el poeta de su vida. Como en las civilizaciones primigenias, la poesía es manifestación inicial de arte con los cantas gnosicos o himnos corales, la ronda infantil reemplaza al coro óifico de la antigüedad. Pero como se halla en la edad del balbuceo, recurre a las dislalias. Cuando canta:

Matan tiro, tirum liro
Matan tiro, tirum lá...

Esta incoherencia lírica del niño recuerda la gemianía del lenguaje. Cuando la ronda sabática contaba en la edad media en torno a un pelele condenado ai fuego;

Mirlabati Surlabab
Mirliton ribonribette
Surlababi mirlabab
Mirliton ribonribó.

busca sólo la eufonía. Como el lírico de la Jitanjafora se embriaga con el sabor dionisiaco de la palabra. De palabras recién creadas, libres de las ataduras de la gramática y de las leyes del idioma. El niño, a imitación del lírico mencionado, sólo busca la eufonía.

A semejanza del poeta (6), se metamorfosea de mil modos, sueña despierto, y es entonces príncipe, espadachín, mágico. Como vive en el mundo de la alegoría, su imaginación llega a ser tan real, que no teme disfrazarse, para realizar la transformación total. Pero nunca lo hace en forma peyorativa. Jamás recurrirá a los harapos del hampón o a ios guiñapos del mendigo. Su sobre estimación no se lo permite. Cuando más, descenderá a ser gendarme o boxeador.

El niño *no* se interesa por la arquitectura. El no hace distingos en materia de estilos. Las casas serán siempre cubos rectangulares, con ventanas. En este género, vuelve a coincidir con el cubismo y con el estilo de lo*-Ptolomeo.3.

Más marcada es la afición del niño por 1?, música. Es corriente ver a los mayorcítos acompañar a las bandas de música ñor las calles, así como la predilección que muestran por las cornetas y tambores. Desde los dos años sienten inclinaciones musicales, pero prefiriendo el ritmo a la melodía. Su compás es de dos tiempos como la música del tamtam, o el redoble del tambor. Hasta en los niños retrasados mentalmente, como en los mongoloides, se nota esta afición por la cadencia musical.

(6) Adler dice que se trata de un proceso de compensación. El niño se refugia, en la poesía ante el complejo de inferioridad física, psíquica y social ante la vida.

LENGUAJE INFANTIL

He aquí un acápite sobre el ■que se podría escribir un libio. Nosotros mismos en un capítulo sobre Psico-Patologia del lenguaje hemos estudiado esta cuestión, bajo el punto de vista de las dislalias, comunes a los niños y los esquizofrénicos. Aquí nos vamos a contentar con abordar someramente el tema.

En el principio era el verbo, dice el Génesis. Pero debemos convenir con Goethe que en el "orincipio era la acción. En efecto, en el estado primigenio de la civilización, los hombres se encendían por mímica. Lo mismo le ocurre PI infante antes de hablar. Señala con la mano los objetos oue desea.

Las animales hablan el lenguaie *de* las interjecciones, que se nq.rece al del infante por su sentido onomatopéyico. El pato dice CUAC. El perro GUA! Fi gato MIAU!, et. El niño *se* vale de fonemas en que se repite la misma sílaba: MA-MA. TA-TA. LU-LU, etc.

El salvaje también se sirve de la armonía imitativa, al igual oue el niño. Llama BUM, al trueno. TAN-TAN, al tambor, etc., y es que el salvaje es un niño adulto, como el niño es un salvaje en miniatura. Otra vez la ontegenia reproduciendo la filogenia.

Entre los doce y catorce meses, comienza el infante a articular.

Antes prorrumpe en gritos sin significación alguna, pero que los padres en su exagerado amor filial, llegan a interpretarlos a su antojo.

Entre las onomatopeyas que pronuncia sólo cinco tienen un origen nativista, según Preyer. El resto lo habría oído a los adultos. Cita el caso del hijo de un psicólogo que oyó a un pato decir CUAC, y, en adelante, a toda ave que veía la bautizaba con el nombre de CUAC.

,E1 niño a todo juguete musical o que haga ruido lo llamará CHIN-CHIN. Así como dará el nombre de PA-PA a todo sujeto de sus simpatías.

El infante es un gran amigo de crear fonemas. Inventa una palabra y se apropia de ella como de un juguete. Se recrea con su uso y lo repite indefinidamente. En los paranoicos y en los dementes circulares también se encuentra esta modalidad: Inventan neologismos y los repiten incesantemente. También, a semejanza de los loros, son capaces de fijar y pronunciar voces cuyo significado no conocen. Así es frecuente oír a los niños cuites repetir voces obcenas, oídas al muchacho de la calle (ecolalia).

A menudo el niño habla en tercera persona. Esto parece ser una claudicación de su personalidad en agraz, pero no se trata de eso. Bien al contrario de ello. Desde muy pequeño, a los dos años, y a veces antes, el sentido de la individualidad se halla unido al de la posesión. El derecho de propiedad trata de ejercerlo a todo trance. El "eso es mío" lo está revelando como un animal de presa.

Si dice: bebe quiere dulce. Niño quiere pasear, tales locuciones obedecen al prurito de 1" * personas grandes de aniñarse para ponerse más al alcance del pequeño.

Cuando el niño dice ma-ma, antes que llamar a su madre, está haciendo alusión al seno materno, pues su única preocupación es la lactancia. Por esta misma razón, madre tiene su equivalente en matriz, hystero en griego. Y es sabido que el niño se nutre nueve meses en el vientre materno. Nuevamente la ontogenia en ayuda de la filogenia.

Hasta la edad escolar, el niño construye incorrectamente y usa

en forma arbitraria los tiempos de conjugación. Al principio sólo retendrá los sustantivos. Después los adjetivos. Pero los verbos los usará siempre en infinitivo. A Menudo también los emplea en gerundio, con lo que recuerda el lenguaje de los bárbaros. Entre nosotros, de los indios. Así dirá: bebe comiendo plátano. Niño querer pasear.

Por la ley del menor esfuerzo el niño tiende a hablar en forma sincopada, y dando a veces la impresión de un pequeño tartamudo. Pero se trata de que sustituye unas letras por otras o de que forma aféresis. Dice por ejemplo: ama, para significar la cama. Eche, para denominar la leche. También se expresa en forma sintética, al estilo de los telegramas en los que se sustituyen las conjunciones y artículos. Por ejemplo: si el niño expresa: chacha auto, querrá decir con eso ,que quiere que 1* muchacha lo saque a pasear en auto.

Pero preferirá expresarse en cnomatopeya, sustituyendo la palabra auto, por abúa. Este último vocablo traduce la bocin?, unida íntimamente a la idea del vehículo.

Una pequeña cliente de dos años hablaba en onomatopeya, cuando llamaba a la mandolina: *guin-guinga.*

Sigismund anota que los sal-.vajes de la Polinesia, llamaban al Capitán Cook, (se pronuncia en inglés Cuk) Tut. He allí un hermoso ejemplo de la infantia linguae. El mismo autor refiere que su hijo, entre vocablos y gestos animados, le dijo un día: Atten, Beene, Tilen, Bacíi, Eine, Puff, Anna. Con lo que quería contarle que había ido al jardín (Atten-Garden) y comido frezas y cerezas (Beene, Titte-Beeren y Kirschen). Que había arrojado piedras al arroyo (Bach, Eine, Puff-Bach Steine, puff) y, finalmente, que había encontrado a Ana.

El sistema de hablar en comprimido de los niños recibe el nombre de akatafasia, y esa especie de tartamudeo o de angustia fonética que se observa en el pequeño, y que le hace suplir con gestos o con gritos el significado de una frase, se conoce en el nombre de bradifasia. Esto último halla su explicación en que PO están bien coordinados los centros de ideación y los de articulación.

Es común que sustituye la letra R por la L y diga CALO en lugar de CARPO, etc., por la ley del menor esfuerzo (7) así com-[1] que reemplace la S por la CH, consonantes que no tienen la menor analogía. Acaso esto último por eí sonido onomatopéyico de la consonante compuesta, y así dirá CHI, en lugar del afirmativo SI.

■Los niños, lo mismo que los bárbaros, incurren en vicios del lenguaje. No es raro que fabriauen como los montuvios, anaptixis, merced a metaplasmos. Intercalando una vocal entre las consonantes. Así dirán cacado e Inglaterra, en lugar de cacao de Inglaterra. Así mismo incurren

(7) Curiosa es la correspondencia fonética en idiomas disímiles. El niño alemán sustituye también la R por la L y dice: "Welfen en lugar de, Werféri: Arrojar.

en frecuentes anástrofes, como cuando dicen: al suelo de la cama me caí, en lugar de "caía de la cama al suelo" (8).

El niño también habla en germanía cuando recurre a la gerigonza de añadir sílabas a las palabras, para disfrazar su significado. Algo así como un argot gragot gramatical, que recuerda al de los apaches, cuando dice, por ej.: Da *dagá* me *degé* la *dagá* co *dogó* me *degé* ta *dac:* Dame la cometa.

También cuando recurre a una clave más simple en que a favor de una especia de prótesis, se vale de un arbitrario sub fijo en lugar de un afijo. Por ejemplo: To PO ma PA la PA pe PE lo PO ta PA: Toma la pelota.

En los niños hemos sorprendido frecuentes adulteraciones de vocablos. Cayayo: caballo. Aguelita: Abuelita. Teta: Mamadera.

(Continuará)

(8) Por donde recuerdan al hiperbaton latino de los poetas. A. Góngora, por ejemplo:

«Estas que me dictó rimas sonoras
Cloe, aunque lacónica y prudente».

o bien el siguiente distico:

«Dos pobres se aparecen pescadores
Nudos al mar de cáñamo fiando».

NOTAS

Funcionarios de la Asociación Médica Hondureña electos recientemente y que fungirán durante el año de 1940:

Presidente	Dr. Juan A. Mejía M.
Vice-Presidente	„ Manuel Cáceres Vijil
Vocal 1º	„ Isidoro Mejía
Vocal 2º	„ Trinidad E. Mendoza
Vocal 3º	„ José Ramón Durón
Secretario	„ José Manuel Dávila
Pro-Secretario	„ Enrique Guilbert
Tesorero	„ Martín A. Bulnes
Fiscal	„ Humberto Díaz

Vocales Suplentes

1º Dr. Manuel Larios
2º Dr. Héctor Valenzuela
3º Dr. Manuel Castillo Barahona

REVISTA:

Director	Dr. Antonio Vidal
Redactores	„ Abelardo Pineda
	„ Manuel Cáceres Vijil
	„ Héctor Valenzuela
Administrador	„ Martín A. Bulnes
Secretario de Redacción	„ José Manuel Dávila

INDICE DEL TOMO IX

Páginas

Apotegmas sobre Tuberculosis, por el Dr. Santiago Adams 26
Apendicalgia palúdica, por el Dr. Carlos Calero 106
Adiposis por insuficiencia ovárica, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil .. 151
Algunas consideraciones acerca de la cirugía conservadore en Ginecología, por el Dr. Conrado Zuckermann 181

Clínica y terapéutica de las quemaduras graves, por el Dr. Diego E. Zavaleta .. .. 124 y 180
Curación rápida y específica de algunas dolencias intestinales, por el Dr. Edmundo Escomel 161
Catarata juvenil familiar, por el Dr. S. Paredes P. 206
Cáncer gástrico incipiente, por el Dr. René A. Gutmann 210

Dispepsia en los tuberculosos, por el Dr. José Luis Villar del Valle .. 44
Décimo Aniversario de la Asociación Médica Hondureña, por el Dr. S. Paredes P. 224

El tratamiento más eficaz de amibiases humana 9
El Sulfato de Magnesio en sus diversas vías de absorción y sus aplicaciones en la clínica, por el Dr. J. R. Fernández Canepa .. 11
El tratamiento médico de la hipertrofia prostática, por el Dr. Andrés Finot 20
El Paludismo por el Dr.. Berhnard Nocht y Martin Mayer 25
El Ulirón en eltratamiento de la gonorrea, por el Dr. W. y K. Generich 88
Estado actual del estudio de la Sulfanilida, por el Dr. Mario Porro Varela 89
El estrabismo del niño 163
El estado actual de las Brucelosis humanas, por el Dr. Richard Kenn .. .. 185 y 236
El Dr. Jenaro Muñoz Hernández 81
Esporotricosis en Honduras, por el Dr. Antonio Vidal M. 199
Estudio clínico-terapéutico del Taqui-espermismo por el Dr. José de Alburquerque 204
El Cardiaco frente a los problemas de la cirugía por el Dr. Ignacio Chávez 263

Fiebre recurrente, por el Dr. Isidoro Mejía 79
Fístula recto-vaginal por estupro, por el Dr. S. Paredes P. 159

Ginatresia parcial, por el Dr. S. Paredes P. 24

Hormonas, Vitaminas y Pubertad por el Prof. Georges Mouriquand .. 119

Inundación peritoneal crónica, por el Dr. S. Paredes P. 7
Informe sobre la polineuritis del embarazo, por el Dr. H. Krum 179
Inyección del ganglio esfeno-palatino, por el Dr. Simón Ruskin 201
Indice del Tomo IX 287

La mortalidad en la apendicitis aguda por el Dr. Roberto C. Ferreri .. 35
La eritro-sedimentación y la sero-floculación de Vernes como signos de actividad tuberculosa, por el Dr. Gómez, Ginéz y Benites 37

Páginas

Las indicaciones operatorias en las esplenomegalias, por el Dr. Raymond Gregoire 40
La Gono-reacción en los blenorrágicos 62
La técnica, la ciencia y el juicio en el diagnóstico, por el Dr. Gregorio Araoz Alfaro 64
Las deformidades faciales debidas a quistes foliculares, por el Dr. Henry D. Guilbert 103
La acción terapéutica de los nucleótidos; el tratamiento de los elementos sanguíneos visibles al microscopio con adenilato ferroso por el Dr. Simon L. Ruskin y Elihu Katz 247
La Aclimatación en los trópicos 273

Máximas y dogmas de Cirugía, por el Dr. Henry Mondor 219
Método de diagnóstico de la fiebre ondulante, por el Dr. S. E. Gould y I. F. Hudleson 233

Otitis escorbútica por el Dr. Simón L. Ruskin 153

Puede prolongarse la vida humana? 22
Psicología del Infante por el Dr. J. A. Falconi Villagómez 276

Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P. .. .. 29, 83, 175, 206 y 169
Rochester, por el Dr. S. Paredes P. 169
Régimen del Dispéptico 230

Síndrome parkinsoniano por lesión luética, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil 167

Un caso de aortitis sifilítica, por el Dr. Humberto Diaz B. 55
Un caso de púrpura hemorrágica, por el Dr. José María Sandoval 60
Un caso de miotonia congénita o enfermedad de Thomsen, por el Dr. Luis Berlanga Berumen 114

Viaje de un Cirujano por el Dr. S. Paredes P. 178