

Año IX

REVISTA

Nº 82

MEDICA HONDUREÑA

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	149
Adipósis por insuficiencia ovárica, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil	151
Otitis escorbútica, por el Dr. Simón L. Ruslón	153
Fistula recto-vaginal por estupro, por el Dr. S. Paredes P.	159
Curación específica y rápida de algunas dolencias intestinales, por el Dr. Edmundo Escomel	161
Síndrome parkinsoniano por lesión luética, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil	167
Rochester, por el Dr. S. Paredes P.	169
El estrabismo del niño	168
Revista quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.	175
Viaje de un cirujano, por el Dr. Paredes P.	178
Informe sobre la polineuritis del embarazo, por H. Krum	179
Clínica y terapéutica de las quemaduras graves, por el Dr. Diego E. Zavaleta	180
Algunas consideraciones acerca de la cirugía conservadora en ginecología, por el Dr. Conrado Zuckermann	181
El estado actual de las bruceosis humanas, por el Dr. Richard Kern	185

Mayo y Junio

Imprenta

1939

Calderón

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., Mayo y Junio de 1939 | No 82

PAGINA DE LA DIRECCIÓN/^

El próximo mes de Julio, el 20, hará diez años que fué fundada la Asociación Médica Hondureña por un pequeño grupo de profesionales de Tegucigalpa a excitativa del Dr. Camilo Figueroa Turcios miembros se aprestan a celebrar de la mejor manera posible.) este acontecimiento que significa en los anales de la historia médica del país el primer paso dado para reunir en un solo haz la colectividad galénica en busca del mejor conocimiento y de la fuerza necesaria para defender los intereses del gremio y proteger los asociados en los momentos difíciles de su vida; procurar levantar el nivel social y científico de sus componentes por medio de reuniones periódicas y de conferencias sobre temas diversos de verdadero interés.

En su labor de diez años tal vez no sea mucho lo encomiable por la hostilidad e incomprensión del medio pero no es poco si medimos con criterio imparcial y justiciero cuanto ha realizado. Oportunamente aparecerá en estas páginas esa labor.

Hoy simplemente aprovechamos esta oportunidad para anunciar que la Asociación Médica Hondureña se propone para el futuro hacer llegar a su seno eminencias mundiales para aprovechar el mayor número de enseñanzas y consejos que puedan darnos sobre las múltiples materias que componen la carrera médica. Ya tenemos por de pronto en cartera los nombres y la aquiescencia de los personajes que nos visitarán este año, ya ellos se han ofrecido galantemente a venir tan luego como sus ocupaciones lo permitan.

Forzosamente la lucha ha tenido que ser fuerte y han debido tomarse medidas drásticas con elementos que jamás quisieron prestar contingente alguno al mejoramiento de la agrupación; por el contrario ¡muchos de ellos no satisfechos con su labor nula se declararon enemigos e intentaron en ciertos momentos destruirla, pero gracias al entusiasmo, fe y perseverancia de los menos hemos logrado llegar a esta primera década satisfechos y contentos de nuestra actuación llevando en las aljabas no las flechas mortíferas sino las ilusiones más elevadas y puras para conducir la sociedad a un grado mayor de mejoramiento científico y cultural.

Nos hemos preocupado por establecer y afianzar relaciones de cordialidad con organismos semejantes de muchos países; hemos de agradecer sinceramente las innumerables invitaciones recibidas para hacernos representar en Congresos y conmemoraciones de fechas gloriosas habidos sobre todo en este continente pero también en los otros. El canje de la revista se recibe desde el Japón .a Portugal y desde el Canadá a la Argentina. Esta'nos, pues, en íntima comunicación espiritual y científica con el mayor número de naciones de la tierra y eso nos satisface y llena de orgullo y optimismo para continuar en la tarea con mayores bríos, con mayor entusiasmo y con fe colectiva y personal.

No nos arredran ni intimidan los fracasos, al contrario ellos nos sirven de experiencia dolorosa y por ende profunda para buscar los medios y eludir los caminos malos y alcanzar así el éxito soñado. Si no hemos alcanzado un nivel superior culpa no ha sido del tiempo sino de nuestra propia naturaleza apática, haragana, desconfiada y muchas veces perversa. Pero a todo ha vencido el noble ideal y fieles servidores de él continuamos firmes y decididos a seguir bregando por que esta asociación viva eternamente y le dé al país los frutos anhelados en día más o menos próximo. Eso dicen, eso quieren y eso harán los socios inquebrantables de la agrupación.

Adiposis por Insuficiencia Ovárica

por el Dr. Manuel Cáceres Vijil

J. Z_i, de 36 años de edad, viuda, vecina de Comayagüela, **ingresa** el 6 de marzo del corriente año al servicio de la Sala de Medicina de Mujeres del Hospital General, quejándose de un aumento considerable de las nalgas y la parte superior de los muslos.

Anamnesia próxima. Refiere la enferma que hace seis años le empezaron sus actuales males consistentes en aquel entonces en trastornos menstruales, (foligomenorrea) pues en lugar de durarle tres días como era lo corriente, le disminuyó a dos estando en esta forma durante el término de un año, al cabo del cual, le disminuyó a un día durante seis meses, y que después se le suprimió del todo, de esto hace cuatro años y medio. Durante todo este tiempo experimentaba obnubilaciones cefalalgias, raquialgias con alguna frecuencia, pero de carácter transitorio. Hará unos cuatro años que notó un desarrollo exagerado de su tejido adiposo de las regiones glúteas, invadiendo la parte superior y externa de ambos muslos. De un año a esta fecha ha experimentado sensación de calor en la cabeza y en ambas regiones inguinales, acompañadas estas últimas de prurito, sufre a veces de insomnio sin ningún motivo.

Anamnesia lejana. Antecedentes personales.—En su infancia padeció de Sarampión, varicela, tos ferina. En su juventud tuvo

un ataque de gripe y después uno de paludismo que le duró dos años. De ocho años a esta parte padece de bronquitis crónica consecutiva al ataque de gripe. Ha padecido de Disenteria aguda hace tres años. Tuvo dos partos: el primero de ocho meses de embarazo muriendo al nacer y el de término muriendo tres días después, sin presentar ninguno de los dos lesiones apreciables *ne dieran sospechar la causa de su muerte. Desde su último P^a del cual hace ocho años no ha vuelto a quedar

frazada, aun siguiendo en relación ^c> ^{one}* sexuales. Antecedentes hereditarios y colaterales: sm ^{lm}portancia-

Estado presente: Enferma de talla y consistencia regular; a nivel del cuero cabelludo se notan unas zonas de alopecia. En el cuello parte lateral derecha se notan las yugulares externas dilatadas. Las glándulas mamarias están atrofiadas; a nivel de las regiones glúteas y caderas se comprueban una deformación que detallaré adelante. Pulso, 70. Temperatura, 37. Presión arterial, Mx. 14. mn. 8.

A la inspección se nota en ^lus caderas y regiones glúteas una prominencia exagerada debida a la hipertrofia el tejido adiposo que llega por abajo-hasta la parte media de ambos muslos > de suma flacidez, pues se desplaza ^{ma} - ^{En} estas mismas regiones se

nota un desarrollo anormal de las venas superficiales.

Palpación.-La tonicidad general muscular normal. En las regiones afectadas se comprueba la flacidez del tejido hipertrofiado, correspondiendo al celular subcutáneo, no acusa ningún dolor a la presión. Motilidad activa y pasiva normal. Fuerza muscular al dinamómetro, miembro superior derecho 25 Kg.; izquierdo 18 kg. Reflejos tendinosos normales tanto los del miembro superior como del inferior, reflejos cutáneos: disminuidos. Sensibilidad superficial, táctil, dolorosa y térmica normal.

Sensibilidad profunda; perióstica, noción de posición, actitudes segmentarias, parestecia y sentido estereognóstico normales. ■

Estación de pie y marcha: normales.

En la exploración de los órganos de los sentidos no se encuentra nada de patológico.

Aparato cardio-vascular: normal.

Sistema linfático ganglionar: adenitis inguinal bilateral.

Aparato respiratorio, vías superiores normales: pulmones: inspección, palpación y percusión: normales. Auscultación: estertores gruesos en la región subescapular derecha.

Radiografía: negativa por infiltración tuberculosa.

Aparato digestivo: Boca: piezas dentarias malas; faringe bucal eritematosa, demás partes de dicho aparato normales.

Examen ginecológico: Vulva normal, vagina normal, útero en retroversión.

Aparato urinario: normal.

Exámenes- complementarios:
Sangre: Reacción de Kahn: negativo. Hematozario: negativo, Orina: químico y microscópico: negativo.

Heces: positivo por huevos de uncinaria.

Metabolismo basal: más 19.

Peso: 152 libras,

Recuento globular: Rojos: 3 256 000 Blancos: 7.500.0.

Diagnóstico: Hicimos el diagnóstico de Am is deficiencia de la función $\text{O}^{\wedge} \text{vic}^{\wedge}$ Des-

cartamos **paramente la Enfermedad de Dercum o Adiposis**

dolorosa porque en esta última

log $\wedge \wedge$ afectados son más du-

ros y sumamente dolorosos a la presión; hay sensación de que

ma duras en su espesor y la presencia de zonas de anestesia

trastornos vasomotores y secretorios. También descartamos el trofoedema, localizado sobretodo

en los miembros inferiores, siendo también un edema duro, blanco y generalmente congénito o

de los primeros años de vida. Se descartó las lipodistrofias en que

la parte superior del tronco es muv delgada contrarrestando

con la parte inferior bastante gruesa. Con las otras obesidades de origen endocrínico. La obesidad tiroidea, con todos los signos del mixedema y su bajo metabolismo. La obesidad hipofisaria que se observa en el curso de evolución de tumores ordinariamente malignos desarrollados en la hipófisis o en su vecindad, se acompañan ordinariamente de signos de compresión de las vías

ópticas.

La obesidad epifisaria: manifestación inconstante de los tumores malignos de la epífisis, se

OTITIS ESCORBÚTICA

Por el Dr. SIMÓN L. RUSKIN

New York.

(Versión del Dr. A. VIDAL)

Este artículo y los que serán publicados en los próximos números fueron enviados por su autor aü Director de esta Revista para su publicación.

La otitis media asociada a la gripe es tan característica, co- vamente. En la literatura médica se describe generalmente como una miringitis ampollosa hemorrágica. Vesículas hemorrágica; aparecen en la piel del tercio interno del conducto auditivo externo, extendiéndose sobre la membrana del tímpano y formando vejigas purpúreas bien delimitadas.

Al mismo tiempo vejigas similares de color obscuro se observan en la cavidad timpánica. Estas vesículas aparecen por cosechas, y mientras que las más grandes se rompen dando lugar a un derrame hemorrágico y ligeramente seroso, otras nuevas aparecen. Al principio no hay ninguno o pocos signos constitucionales. puede haber poca o nin-

guna elevación de la temperatura, aunque el dolor y malestaro para diagnosticarla definitivamente. El primer impulso del otologista parece ser el de incindir el oído. El curso subsiguiente generalmente se caracteriza por elevación de la temperatura, seguida de mediana descarga del oído, con curación eventual o progresión hacia la mastoide.

El curso espontáneo parece ser la ruptura frecuente de las vesículas en el oído medio y la acumulación del fluido en dicho oído y la ruptura espontánea de la membrana del tímpano seguida de una descarga típica y sus posibles complicaciones.

El examen nasal de estos pacientes no nos muestra ningún proceso supurativo de las fosas nasales o de los senos. La mucosa

observa exclusivamente en los sujetos jóvenes y va acompañada siempre de un desarrollo exagerado de los órganos genitales y de una precocidad extraordinaria en la aparición de las funciones sexuales y de signos de compresiones diversas del en céfalo.

Tratamiento.— Le instituímos un tratamiento de preparados opoterápicos: Proluton y proginnon, con los cuales la enferma ha mejorado bastante, habiendo disminuido un poco el tejido adiposo de los glúteos,

Dr, Manuel CACERES VUIL,

está congestionada y muestra ocasionalmente costras sangrú-nolentas. La elevación de la temperatura generalmente sigue a la ruptura de algunas de las vejigas hemorrágicas en la pared del conducto o en la membrana del tímpano, marcando el principio de la infección secundaria, que generalmente es debida al estreptococcus hemoliticus. Cualquiera puede darse cuenta que esta extravasación sanguínea es ufi medio ideal para el cultivo de estos organismos.

El cuadro asume una significación única cuando es visto a la luz de la descripción clásica de Hess sobre el escorbuto infantil. Hess nos dice: "Uno de los mas llamativos fenómenos clásicos del escorbuto infantil es la marcada susceptibilidad a la infección que enmarca los frecuentes ataques de gripe." la abundancia con que ocurren la difteria nasal, la furunculosis de la piel y el peligro a la neumonía en los casos avanzados. Esto ha atribuido en parte a un trastorno del metabolismo del agua, en vista del hecho que una susceptibilidad similar existe en casos de mala nutrición, en los cuales encontramos un exceso de agua en los tejidos, no existiendo base para juzgar, el hecho e: llamativo y significativo.'

Hess asegura que el escorbuto algunas veces ocurre en forma epidémica. Hace algunos años tuvimos la oportunidad de observar una epidemia de escorbuto infantil en conexión con un brote de gripe en un asilo de niños. No sugerimos que sea un tipo distinto de enfermedad, porque hemos dicho justamente, que la in-

afección es común como estado secundario del escorbuto." Hess refiere sobre una epidemia en una sala del Hospital, afectando 12 niños en los cuales se desarrollaron síntomas de infecciones varias, tales como otitis, neumonía, nefritis, adenitis, etc. Tres murieron de neumonía; de nueve que se recuperaron, siete sufrieron de escorbuto infeccioso refiriéndose este término a una infección secundaria de tipo nutricional primario.

Algunos de los niños tuvieron síntomas de intoxicación alimenticia; la mayor parte de ellos no tenían fiebre cuarido la infección como n20. En abril, otra nueva epidemia de gripe azotó la sala y otros tres niños fueron atacados de escorbuto. Los síntomas; fueron en su mayor parte hemorragias en los lugares típicos característicos del escorbuto. Llamó la atención que estos síntomas fueran bastante diferentes de aquellos encontrados en el escorbuto infantil jamás hemos encontrado esas grandes hemorragias subcutáneas narradas solamente en literatura médica-para los casos muy avanzados." El concluye que el escorbuto latente se cambió prematuramente en escorbuto florido por la presencia de una epidemia de gripe en la Sala; una epidemia de gripe precipitó una epidemia de escorbuto excepcional en su tendencia hemorrágica. Hess también dice que estos casos no solamente fueron excepcionales respecto a su terapéutica específica. Es interesante observar su explicación." La dieta ayuda a las bacterias intestinales a elaborar toxinas. Es dudoso si las toxinas son siempre

las mismas, o si desde un punto estrictamente etiológico, la enfermedad debe ser mirada como una entidad. El escorbuto infantil es una intoxicación intestinal, debida a la gran proliferación de bacterias inofensivas del intestino. El producto de una flora no controlada por una dieta apropiada.

■ Con nuestro conocimiento pre-

de reducción y oxidación, cual-

vitamina C. Las observaciones de

Minerva Médica. Turto. Pag. 52*
Julio 14 1936)

El paciente de Marín, de 22 años, presentó un cuadro de reumatismo agudo, dispepsia, intensa anemia y debilidad general, fiebre alta e intensa gingivitis hemorrágica. El diagnóstico de escorbuto se hizo porque a pesar de una dieta antiescorbútica que no fue eficaz sino hasta que se instituyó una terapéutica parenteral. El atribuyó la destrucción de la vitamina C durante la dieta al B coli y al B paratifoide.

En vista de que la principal observación de Hess es de lo más significativa, observamos las estadísticas de Goethlin sobre la prevalencia del estado escorbútico. Demostró que 22 % de los niños de escuela en Escandinavia mostraron signos de escorbuto latente.

Debemos considerar si estos disturbios gastrointestinales radican sobre el terreno que sigue a la gripe y la otitis, creando un estado preescorbútico. Regresando a nuestra consideración sobre el oído, encontramos que una de las más delicadas áreas de piel es aquella que tapiza el tercio interno del conducto auditivo externo. La menor presión son como una bolita de algodón H<

IIIAWUIA u " ^4 onil!

sanguínea. Si fuéramos a selec-

de « TM * J ^ " f
latente ocurre, asociadas con manifestaciones hemorrágicas, el cuadro de meningitis ampollosa hemorrágica es muy frecuente.

T . x- -- ■ ¿¿*¿ nT,n|
La asociación de esta condición con el escorbuto latente nos lleva directamente a la aplicación de vitamina

C₁ con magníficos resultados.

En el lapso de un año, hemos observado 10 casos de meningitis hemorrágica. Todos recibieron grandes dosis de vitamina QUIEN la forma de cevitamato de calcio. Solamente a pocos de estos casos se les practicó la parasentesis y todos mostraron mejoría dentro del término de 12 horas y se curaron en 4, a 5 días.

Se observó una marcada disminución de los dolores después del primer día y aquellos casos

con descarga serosa del oído medio no se les aplicó ningún medicamento local, ni irrigaciones. Solamente el algodón del conducto fue cambiado tan pronto como estuvo mojado.

■ Los resultados fueron tan sorprendentes como para demostrar los efectos de la sal de calcio de la vitamina C. Así, pues, la asociación del escorbuto latente de Hess a la gripe fue confirmada al través de la adición del síndrome, miringitis ampollosa hemorrágica.

Caso 1: La señora Rosa C de 34 años, se presentó a mi oficina el 10 de enero, de 1937 quejándose de un fuerte dolor del oído derecho irradiándose hacia la mandíbula inferior del mismo lado. No existía ninguna desearga vasal. No había fiebre. El examen del oído derecho reveló dos vesículas hemorrágicas en la pared del conducto auditivo externo, una de ellas de color púrpura cubriendo el cuadrante postero superior. La membrana del tímpano aparecía congestionada y sus detalles obliterados. La paciente recibió una inyección de 3 c. c. de la solución al 15 % de cevitamato de calcio intramuscularmente. El próximo día la paciente estaba mejor. Una de las vesículas se había roto, descargando alguna sangre. Se le dió otra inyección de 3 c. c. de cevitamato. El próximo día estaba mejor y no hubo más hemorragia. Tres días después la vesícula había desaparecido y la revolución era completa.

Caso 2: Joe W., de 4 V₂ años. Fué visto el 30 de abril de 1937. Su historia de gripe con tempehatura de 102 en dicha mañana

Desde la tarde anterior se había quejado de dolor en el oído derecho. El examen de dicho oído mostró una otitis media aguda con vesícula hemorrágica. Sobre las paredes del conducto auditivo externo y membrana del tímpano. Fue incindida la membrana del tímpano. Simultáneamente se le inyectó 3 c. c. de cevitamato intramuscular. Se le aplicó tratamiento en seco. El próximo día el paciente estaba mejor. Había una pequeña descarga serosa la que desapareció al cuarto día. ^{los} detalles de la membrana del tímpano reaparecieron y los ^{tomas del oído me} ^{oraron.} Se le

dió una segunda inyección de cevitamato.

Caso 3: Milton K., de 17 años, se presentó el 25 de febrero de 1937, quejándose de dolores en el oído izquierdo sufridos en las últimas 24 horas. Había tenido un resfriado gripal en los últimos días sin muchos síntomas nasales. El examen reveló alguna ampollas hemorrágicas de forma típica en el conducto y en el tímpano. Se le dió una inyección de 3 c. c. de cevitamato de calcio a 15 % intramuscularmente. Se le dió otra inyección al día siguiente. Al tercer día la reaparición de los detalles del tímpano fue seguida de una rápida resolución. No se le practicó paracentesis.

Caso 4: Frank K., de 10 años, enviado por el Dr. Kohlenberg el 16 de marzo de 1937. El niño sufría de gripe desde hacía 2 semanas. El día anterior le había aparecido dolor en el oído derecho, seguido de fiebre de 102. Examinando los oídos se encontró una miringitis hemorrágica

del lado derecho. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato. No se hizo paracentesis. El niño mejoró notablemente y los padres decidieron que no había necesidad de más tratamiento.

Caso 5: Abbott L., de 17 años se presentó el 8 de diciembre de 1936 con la historia de dolor en el oído izquierdo la noche anterior. No había tenido resfriado, ni dolor de cabeza, ni náusea. Examinando los oídos se encontró una meningitis ampollosa hemorrágica del oído izquierdo. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato. El día siguiente las vesículas **escaban** secas y la miringitis en **rebaso**,

Caso 6: Marcia B., de 11 años, Esta niña había tenido una gripe mediana, seguida de dolores en el oído derecho por dos días. El pediatra que asistía esta niña creía necesaria una paracentesis. La membrana del tímpano estaba hinchada. No había manifestaciones hemorrágicas aunque el conducto también aparecía inflamado. Se le inyectó 3 c. c. de cevitamato, que fue seguido de alivio esa noche y evidente resolución al día siguiente. El cambio en la condición general y loca" de la paciente era muy evidente,

Caso 7: Joel D., de 3 años, se presentó el 26 de abril de 1937 dando una historia de resfriado desde hacía tres o cuatro días seguido por dolor del oído izquierdo. No tenía fiebre. El examen del oído mostró una meningitis ampollosa hemorrágica envolviendo el conducto y la membrana del tímpano. Se le inyecte 3 c. c. de cevitamato. El próximo día hubo notable mejoría" con resolución aparente al tercer día.

Caso 8: Berenice G., de 11 años, se presentó el 4 de-enero de 1936, quejándose de dolores en el oído izquierdo. Tenía grippe desde hacía una semana; El examen reveló una miringitis ampollosa hemorrágica. Se le inyectó cevitamato. El siguiente día amancio mejor y la resolución se obtuvo en los siguientes 2 días. Caso 9: Luis H. Jr., de 2 años 2 meses, fue visto el 6 de octubre de 1937, al segundo día de la un, resfriado. El niño tenía temperatura de 101 y aparentemente dolores en el oído izquierdo. El examen reveló congestión vascular con ligera descarga. El oído izquierdo apareció congestionado en su conducto externo, con vesículas hemorrágicas rotas liendo dicho conducto. Se le practicó la paracentesis evacuando un líquido seroso sanguinolento. Se le inyectó 1, V₂ cc. De cevitamato de calcio. El oído fue conservado seco, cambiando únicamente los algodones. El siguiente día el oído apareció seco y dos días después la resolución era visible.

Caso 10: Hanna E., de 42 años enviada por el Dr. L. Miller, fue vista el 22 de marzo de 1936, quejándose de resfriado, descarga vascular y tos desde hacía una semana. Desde hacía 2 días tenía dolor de oído derecho, seguido. la mañana siguiente por una descarga espontánea. Al momento del examen tenía fuerte dolor en el oído y en la mastoide. Se diagnosticó otitis media supurada. Se le practicó una paracentesis para mejorar el drenaje. No se aplicó inyección de cevitamato de calcio. Fue enviada a su casa bajo el cuidado de su mé-

dico particular. Le aconsejaron los acostumbrados lavados de H₂O₂ y agua. El 29 de octubre de 1937, se presentó de nuevo con una meningitis ampollosa hemorrágica, ruptura espontánea de la membrana del tímpano y descarga sero-sanguinolenta. Durante tres días se la aplicaron

inyecciones de 3 c. c. de cevita-mato de calcio.

La resolución fue completa al quinto día, tres semanas más tarde se le practicó la insuflación de la trompa de Eustaquio para mejorar el estado del oído.

Aunque cualquiera puede asegurar que la resolución de una otitis media simple es una experiencia común; estos casos fueron de un tipo distinto y tuvieron un curso de 10 días a 3 semanas. En su tratamiento se empleó la sal de calcio y la vitamina C, porque la sal de calcio de la vitamina C. es fácilmente soluble y no irritante.

Las pruebas de investigación de la vitamina C en los casos de preescorbuto no fueron practicados por la dificultad de hacerlo con casos de Oficina. La orina debe ser investigada tres veces al día y el examen practicado algunas horas después y no inmediatamente. Las dosis te-

rapéuticas empleadas particularmente en niños, de 450 mgrs. son suficientemente grandes para saturar todas las necesidades del organismo y no deben tomarse como un buen índice de lo requerido.

njrvTTnsvM

lrf ,, . ,

hace notar la relación

entre meningitis ampollosa hemorrágica y escorbuto latente.

29—El trabajo de Alfredo Hess, hace hincapié sobre la correlación entre escorbuto latente y gripe.

30—El valor de la administración parenteral de la vitamina C como sal de calcio, fué demostrado en el tratamiento de la otitis de origen gripal,

4^a—Se presenta un nuevo criterio para diferenciar la otitis y se describe un nuevo factor etiológico.

BIBLIOGRAFÍA

Falk S; Godda, T. O., and Goethlin, G. I; Skand Aroh. Physical, 65; 24. 1932.

Hess, Alfred Falian; Infantile Scurvy, A Study of its Pathogenesis. Amer, Jour. Dis. Child, Nov., 1917

Marín P.: Scurvy due to Destruction of vitamin C by Intestinal bacteria. *Minerva Medica*. Turin, Julio 14, 1936.

Fístula Recto - Perineal por Estupro

Por el Dr. S.

Paredes P.

A. M-, de 10 años, nacida en Mangulile, vecina de esta ciudad, ingresó al I Servicio de Cirugía del Hospital General el 21 de Marzo de 1939, por dolor en la barriga y obrar por delante.

Cuenta la chica que 4 días antes de su ingreso al Hospital, la señora a quien presta servicios como mandadera, la encerró con llave por fuera en su casa, en compañía de un hombre que la visita con frecuencia y se fue para no regresar sino a las 4 de la mañana desde las 10 p. m. en que tal cosa sucedió. Acto continuo el hombre la desvistió contra su voluntad y la arrojó sobre una cama y allí golpeándola repetidas veces en la cabeza y poniéndole un lienzo en la boca para callarle los gritos que daba, le introdujo una cosa gruesa y dura adelante, dice ella, arrancándole más gritos de dolor. Tal introducción fue repetida algunos momentos después.

Cuando regresó la señora la amenazó con mandarla a la penitenciaría si gritaba o contaba lo sucedido y por la mañana la despachó a su casa próxima como de 30 varas.

La niña sintió desde el primer momento además del fuerte dolor, que le salía sangre en abundancia por la vulva y se escapaban materias fecales por Ja misma espontánea y continuamente,

Datos recogidos en el servicio sobre cómo llegó indican que se trataba de un estupro con **ruptura** del tabique recto-vaginal como del tamaño de una moneda

de dos centavas sangrante aún y dando paso a materias fecales por la vulva, situada a un través de dedo por encima de la horquilla. Ha vulvar.

Se intentó la cura operatoria de la fistula el 28 de Marzo, el 12 de abril y el 26 del mismo sin resultado alguno,

Yo la vi por vez primera el 19 de Junio y encontré una chica bien desarrollada para sus diez años, que se expresa y relata, correctamente su desgracia, que no sufre de ninguna enfermedad ni recuerda dolencias anteriores. Al examen se ve salir por la vulva olor y sustancia fecaloide, no se ven señales de himen y si los restos. un dedo introducido por el recto asoma por la vagina sin ningún esfuerzo,

NO cabiendo la menor duda de tratarse de una fistula recto-vaginal traumática y encontrándose los tejidos vaginales en buenas condiciones resuelvo intervenir diez días después previos baños de asiento repetidos varias veces al día.

El 10 de Junio le practico la cura operatoria por un procedimiento cuyo autor desconozco y que vi hacer al Dr. Masson-en el Hospital de Saint Mary de Rochester en mi reciente visita-a aquella ciudad,

Sección longitudinal anterior de da pared vaginal y posterior abajo y encima del agujero de la **fístula**, disección de ambos labios vaginales en una extensión de un centímetro, sutura del agujero fistuloso y paso del hilo

antes de apretar a través del mismo al recto sacándolo por el ano; sutura de la pared rectal exterior y sobre ella sutura de la pared vaginal posterior; el hilo anal queda fijo a la nalga por un esparadrapo; sonda vesical en permanencia; que en este caso no puse por carecer de una de tamaño delgado. Para remediar la falta se le hicieron cateterismos vesicales tantos cuantos fue necesario. Diez y nueve días después la chica está completamente curada.

Llama la atención el caso referido por la brutalidad de los au-

tores del delito, 'la mujer que la encerró y el hombre que lo cometió, la barbaridad del asalto sexual desflorándola y rompiendo el tabique recto-vaginal y la amenaza de enviarla prisionera

a TM ~r y
ocurrido.

'La técnica operatoria usada por mí por vez primera me parece simplísima y excelente y de una eficacia extraordinaria, nunca da había visto hacer sino al Dr. Masson. La recomiendo ardentemente.

S. PAREDES P.



Curación específica y rápida de algunas dolencias intestinales

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

En el estado actual en que se halla la técnica de laboratorio para la investigación coprológica y los datos patognomónicos que suministra al clínico, el médico no debe hacer un diagnóstico de diarrea, así como tampoco debe opinar de *visu* sobre la alteración de la orina sin haber obtenido de la química, de la bacteriología o de la microscopía, datos cuya importancia es tal, que sirven por sí solos para establecer en muchos casos un diagnóstico preciso, que demanda como consecuencia un tratamiento perfectamente adecuado que restaura en breve tiempo la salud del enfermo, sin trepidaciones ni tanteos.

Cuántas diarreas de adultos tienen el mismo aspecto visual y sin embargo son debidas a causas diferentes y susceptibles de curar por terapéuticas muy semejantes. Sucede esto, por ejemplo, con diarreas verdes de niños, que se tratan por medios diametralmente opuestos según sean acidas o alcalinas.

Vamos a reseñar algunas diarreas con sus diagnósticos exactos y sus tratamientos específicos, ocupándonos sólo de casos perfectamente averiguados, de aplicación práctica evidente y que debe conocer todo clínico.

Una larga práctica nos ha conducido a los resultados que vamos a enunciar.

Diarrea no sanguinolenta de los lactantes.—Reacción acida,—

En lactantes que están sometidos a la alimentación maternal o mixta, con buen aspecto general, las diarreas verdes o no, con o sin grumos, pero que al ponerlas en contacto con el papel de tornasol, recientemente emitidas, dan reacción acida; el

Tratamiento debe, ante todo y sobre todo, *no interrumpir*, como muchos lo hacen indebidamente la alimentación por el seno.

Se prescribirán cucharadas de: Creta precipitada, 6 a 12 gramos; Mucílago de goma, 150 gramos, que se dan primero cada dos horas y que se van disminuyendo conforme va mejorando la criatura,

Contra los dolores del ano y las escaldaduras que se observan en estas diarreas acidas benignas de los lactantes, se aplicarán algodones empapados en agua de camomila caliente (no quemar) y exprimidos que se dejan varios minutos, espolvoreando, con frecuencia polvo de mandioca en las regiones escaldadas.

Diarrea alcalina de los lactantes.—Si no es atendida prontamente, presenta caracteres de gravedad que pueden llegar a la atrepsia y a la muerte. ■

Es la -que deja al papel de tornasol que se pone en contacto con ella, tan luego como acaba de ser emitida.

sea la diarrea con fiebre o sin ella) verde o amarilla, con o sin grumos, con o sin vómitos, con o sin depresión, el calomel consti-

tuye el remedio cumbre que no debe olvidarse de administrar desde los tres meses de edad de la criatura y lo más pronto posible.

1er. día.—Calomel (tantos centigramos como meses de edad tiene el niño); Lactosa, 1.50 gramos. Divídase en tres papeletas,

Rp. Lactosa, 50 o 100 gramos.—Uso indicado.

Instrucción.—Si el niño vomita, poner cinco minutos antes de dar el primer papel, un sinapismo proporcionado al estómago.

Dar un papel cada cuarto de hora en miel o en jalea.

Alimento: una cucharadita de lactosa en una gran taza de agua hervida cada vez que el niño ten-

ÉTEL S6CÍ
5

Poner un lavado proporcionado de agua de camomilla con miel a las dos de la tarde; otro a las cuatro de la tarde.

Envoltura caliente al niño. Aplicaciones calientes al vientre.

Supresión completa del pecho y de todo, otro alimento durante 10 días

2P y 3er. días.—Acido láctico, 2 a 3 gramos; Agua destilada, 120 gramos; Jarabe de membrillo. 30 gramos.—Cucharaditas.

Rp. Harina de papa, 200 gramos.—Uso indicado.

Instrucción.—Una cucharadita cada dos horas. Alimento: harina "lacteada" o una mandioca cada tres horas, con o alternada con el pecho si el niño lo exige

Una lavativa a las dos de la tarde.—Bastante abrigo.

Como bebida: cocimiento de arroz, membrillo, linaza, goma y pan tostado, al deseo del niño.

Aplicaciones calientes al vientre,

4^{ta} y 5^{ta} días.—Creta precipitada, 12 a 15 gramos; Mucílago de goma, 150 gramos.—Cucharaditas.

Instrucción.—Una cucharadita cada dos horas. El resto del régimen igual al anterior, excepto las lavativas que no se dan.

Se vuelve a la alimentación normal poco a poco y se van aminorando las cucharaditas conforme el niño se alivia.

Diarreas y vómitos de los niños con acetona o ácido diacético en la orina.—Se administrarán cucharaditas de: Citrato de soda, 3 a 6 gramos; Agua destilada, 120 gramos; Jarabe Azahar, 50 gramos. (O mejor disolver en 150 gramos de agua una o dos tabletas de sacarina).

Alternándose con: Bicarbona-

to de soda 10 a 12 gramos; Agua destilada en la que se disuelve una o dos tabletas de sacarina 150 gramos.—Cucharaditas.

Raras veces es necesario recurrir a la adrenalina o a la insulina que dan muy buenos resultados en estos casos, así como en los adultos acetonúricos con o sin glucosuria.

Dieta hídrica el primer día.

Desde el segundo al tercer día, si los vómitos han aminorado, se administra la poción de: Creta precipitada, 10 a 15 gramos; Mucílago de goma, 150 gramos.—Cucharaditas que se van aminorando a medida que el enfermo va mejorando.

Se administra leche y caldo de legumbres.

Como se ve, es el laboratorio el que dice la clase de diarrea que se trata y el que decide sobre el tratamiento específico y eficaz para cada caso particular.

Diarreas alcalinas de los andanos. — Existen diarreas que llevan a la tumba a muchos viejos y que dando reacción alcalina, sin acidosis urinaria y sin lesiones manifiestas del aparato digestivo, no ceden en absoluto a la acción de los absorbentes ni a les astringentes.

Estas diarreas alcalinas se mejoran maravillosamente y en breve tiempo con esta terapéutica:

Rp. Harina de papa, 250 gramos.—Uso indicado.

Rp. Taka-díastasa, 0.15 gramos.—para un papel número 20.

Rp. Acido clorhídrico oficial, 1 a 2 gramos; Acido láctico, 2 a 4 gramos; Agua destilada, 120 gramos; Jarabe de membrillo, 30 gramos.—Cucharadas.

Reposo del enfermo en la cama. Alimento: una mandioca en agua o en leche cada tres horas, tomando un papel antes de cada alimento y una cucharada después de cada alimento. Aplicaciones calientes al vientre. Cocimiento de arroz, membrillo, linaza, goma y pan tostado a voluntad.

Inyecciones de aceite alcanforado según el estado de postración en que hubiese estado el enfermo anteriormente a esta terapéutica, con la que hemos visto verificarse verdaderas resurrecciones.

Diarreas en las infecciones por protozoarios.—Aquí es donde el laboratorio *no sólo es útil sino que se hace absolutamente indispensable*, pues el tratamiento de cada protozoo infectante es personal y específico, pudiéndose volver las dolencias crónicas y aun mortales si no se les diagnóstica oportunamente, o benignas

y rápidamente curables si se las conoce desde sus primeros momentos.

Disentería Amebiana.— Cualquiera que sea la forma de amebiasis que se descubra al microscopio en una diarrea, debe ser eliminada por la terapéutica,

En la diarrea clásica por la *Etamoeba disenterias*, con evacuaciones muco-sanguinolentas, la emetina de Rogers es hasta hoy el tratamiento por excelencia vulgarizado por Chauffard, popularizado en Oriente por Petsetakis, Loeppper y otros autores, superior al de los arsenobenzoles, si se siguen las precauciones para aplicarlo bien,

es indispensable preparar la inyección en el momento de ir a inyectarla. Para esto basta disolver una de las pastillas de 0.02 de emetina blanca que preparan los droguistas, en 1 o 2 cm. cúbitos de agua, hacerla hervir e inyectarla cuando se entibie. *Muchos fracasos atribuidos a la emetina se deben a que se empuja la emetina en ampollitas preparadas desde hace mucho tiempo atrás y cuyo poder terapéutico ha mermado en esta forma* o cuando la sustancia ha tomado un color amarillo o café,

Para un adulto de caracteres normales, desde el momento en que se diagnostica la disentería amebiana debe emplearse la emetina, y salvo contra-indicaciones especiales. Debe usarse la vía intravenosa desde la primera inyección, cuando la infección se presenta desde el primer momento con caracteres graves,

He perdido el temor a la emetina desde que durante varios años he tratado bastantes enfer-

mos en Arequipa, ciudad que esta a 2,300 metros de altura sobre el nivel del mar, en la que los corazones no se hallan en tan buenas condiciones como en las ciudades de la costa.

Subcutánea en los niños y en los tarados cardiacos e hipotensos, los efectos intravenosos se dejan sentir y son admirables desde la primera inyección.

En caso de presentarse los efectos depresivos cardiacos de la emetina, se puede añadir a ella una pastilla de .01-0.02 de sulfato de esparteína en el momento de prepararla para la inyección,

Me ha dado muy buenos resultados esta asociación, en particular en un caso amebiano recidivante a toda terapéutica, aun a la emetínica, a la arsenobenzólica y a la yatreniana. El retorno de las amebas era desconcertante, presentando el enfermo un tumor de la fosa ilíaca derecha, semillero de amebas, que vertía en el intestino o en el torrente circulatorio, amebas que desesperaban al enfermo por las continuas recidivas.

Con fe en la eficacia de la emetina le puse cuarenta inyecciones dobles de emetina y esparteína, las cuarenta intravenosas a razón de una diaria.

El tumor, primitivamente, del tamaño de un puño se achicaba día a día, hasta que terminó por desaparecer y solo varios días después de este hecho suspendí la emetina gradualmente, poniendo una inyección endovenosa cada dos días después cada tres días y así sucesivamente.

Hacen varios años del hecho y el paciente agradecido no ha vuelto a tener ninguna

manifestación de amebiasis, gozando de completa salud. En los últimos tiempos he tenido oportunidad de tratar un nuevo caso, aunque menos desarrollado, con igual eficaz resultado.

Después de este preámbulo del todo necesario, voy a exponer el tratamiento de la amebiasis intestinal que me ha dado los mejores resultados en varios años de vasta experiencia,

1°—Inyección de emetina 0,02.

2°—Tomar una cucharada cada dos horas de: subnitrito de bismuto, 2 a 4 gramos; Creta precipitada, 12 gramos; Polvos de Dower, 0.60 gramos; Polvos de paulinia, 0.50 gramos; Mucilago de g^{om}a, 120 gramos; Jarabe de Simaruba, 30 gramos,

3°—Poner noche y mañana:

a) —Una lavativa de un litro de solución de protargol o de ars^{ol} o de silvol o de cargentos al 1 por 1000^h que se disuelve inmediatamente, y

b) .—Una segunda lavativa de cuatro cucharadas de agua hervida, 20 a 25 gotas de esencia de trementina batidas con una yema de huevo y 15 a 20 gotas láudano que se retiene lo más posible.

Alimentación: hidrocarbonada para los tres primeros días.

Aplicaciones calientes al vientre. Reposo, Como bebida: cocimiento de arroz, linaza, goma y pan tostado,

Las lavativas argénticas son excelentes antiamebianas, casi específicas puede decirse, mientras que las segundas dan muerte e impiden el desarrollo en el recto y S ilíaca de las infecciones secundarias que acompañan muy a menudo a la amebiasis.

Casi siempre en tres días el enfermo se halla en condiciones de realimentarse con huevos, leche, mandioca y carnes blancas. En este caso tomará una oblea de pepsina, diastasa y pancreatina después de los alimentos.

Las inyecciones pueden hacerse después subcutáneas, alejándose más y más a medida que llega la mejoría. Igual cosa ocurre con las lavativas, que después de tres días se harán sólo nocturnas, posteriormente se aplican cada dos noches, por último cada tres, para cicatrizar toda lesión rectal y aniquilar las amebas o los quistes que pudiesen aún quedar

Con este tratamiento se cura la amebiasis intestinal entre tres y cinco días.

Las amebiasis hepática, pulmonar, vesical, etc., se curan con las inyecciones endovenosas de emetina, con las precauciones que acabamos de indicar.

Girardiasis.—La *girardiasis* intestinal no se cura con emetina pero sí administrando el *treparsol* o el *treparsol* por vía bucal. preconizado por Mesnil, Marchoux, Loeper, Brumpt, Castex, Vacarezza, Mazza, Parodi, Delfino, Niño y otros; alimentación hidrogenada exclusiva y las lavativas trementinadas anteriormente descritas, previo lavado intestinal con cocimiento de ratania,

El rol benéfico de la alimentación hidrogenada para combatir la flora intestinal, lo hemos demostrado experimentalmente

al estudiar las infecciones en los batracianos.

Tetramitosis intestinal.—El remedio por excelencia con que hemos combatido la enteritis producida por el *Tetramitus Mesnili*, es el calomel administrado el primer día a dosis purgante y los siguientes a dosis refracta,

régimen lácteo exclusivo. Lavativas evacuantes primero y trementinas después hasta la aparición de los protozoos de

Tricomonas intestinal—Hoy está ya aceptado, que en ciertos casos, sobre todo en América, el *tricomonas* es tan patógeno que o bien mata al enfermo o bien inhabilita por años con la enfermedad.

El tratamiento que describimos desde 1913 con la esencia de trementina, lo llegamos a descubrir aplicando in vitro una serie de remedios a preparaciones frescas del *tricomonas* entre láminas del microscopio. La trementina

mata en breve como fil iodo al uno el estovar-

Dejada la trementina en enema, en la ampolla rectal, como lo vamos a indicar, no sólo mata al *tricomonas* sino a la flora bacteriana variada que se presenta ya acompañando al *tricomonas*, ya sin él y que es causa de muchas diarreas rebeldes rápidamente curables por el tratamiento que vamos a exponer.

La ampolla rectal es un reservorio de impurezas, estufa de cultivo favorable al desarrollo de las bacterias e intoxicador direc-

to del hígado por la vía circulatoria y, secundariamente, del organismo en general; así que la idea de dejar en esa ampolla una sustancia inofensiva para el hombre y que destruye gérmenes a medida que se presentan y les impide su desarrollo, me parece bastante lógica.

Pruébalo el hecho que la mayoría de los especialistas Villa Alvarez, Derrieu & Raynaud, Heulet, Mauté, Brumpt, Vaccarezza, Ribeyro, Bambarén y otros han consagrado dicho tratamiento como el más eficaz, más económico, más a la mano y más practicable en cualquier parte del mundo.

He aquí el sencillo tratamiento: Emulsión de Franck, o mucílago de goma, 150 gramos; Elíxir paregórico, 8 a 10 gramos; Esencia de trementina, 2 gramos.- Cucharadas.

Rp. Láudano de Sydenam, 10 gramos. — Gotas núm. 1.

Rp. Esencia de trementina, 20 gramos. — Gotas núm. 2.

^{Rp-} ^{Taka} diastasa, 0,10 gramos, — ¡Para un papel núm. 15.—Uso indicado,

Conclusiones: 19—No se puede hablar de diarrea, como no se puede hablar de orina enferma ^{sin el} **auxilio** del laboratorio. ^{pruébanlo} algunos de los ^{proce-} ^{sas} patológicos.

2°—Diarrea acida de los lactantes. No quitar el pecho. Ad ^{ministrar} creta preparada. Pro ^{ta} ^{lhdrlca} Calomel ^{primero} ^{aci} ^{do} ^{lactic} ⁰ desnóstico benigno

39-Diarrea alcalina de los lactantes. Después. Creta por último. Hidrocarbonados. Pronóstico benigno si se trata con oportunidad Grave si fie ^{desatiende}

la dolencia.

—De "Nuevas Ideas".—

Síndrome Parkinsoniano por Lesión Luética

Dr. Manuel CACERES VIJIL.

C. A., de 24 años de edad, soltera, originaria de San Buenaventura, de oficioso místico, ingresa al servicio de la Sala de Medicina del Hospital General el 23 de marzo de 1939, quejándose de un temblor y de un flujo vaginal. Refiere que hace siete meses empezó a padecer de leucorrea, diaria pero acentuándosele durante los "tres días siguientes a la terminación de su período menstrual", teniendo un período de mejoría al tomar unas pastillas de sulfanilamida por prescripción facultativa, pero recayendo nuevamente al suprimir dicho tratamiento.

De cuatro meses a esta parte está padeciendo de un temblor en el cuerpo, empezándole por la extremidad superior izquierda, generalizándosele a todo el cuerpo en el término de un mes invadiendo por orden sucesivo el miembro superior derecho, después la mandíbula inferior, las extremidades inferiores, pero siendo más acentuado en las primeras regiones invadidas. Este temblor más de reposo relativo, se calma con ocasión de los movimientos activos, se le acentúa con las emociones. Es un temblor de mediana intensidad de oscilaciones medias también, pero que le embaraza para desempeñar sus habituales ocupaciones, sin llegárselas a impedir por completo. Al mismo tiempo que su temblor empezó a notar una pérdida de agilidad en sus movimientos sobre todo para la marcha; sufre con frecuencia en es-

tos 'últimos tiempos de crisis de palpitaciones,

Anamnesis lejana y -próxima.—

En su infancia padeció de sarampión; hará diez años padeció de un ataque de disenteria aguda que le 'duró ocho días. Antecedentes específicos, únicamente refiere algo de alopecia,

Antecedentes hereditarios: el padre murió de intoxicación alcohólica. La madre era nefrítica, Antecedentes colaterales sin importancia.

Estado presente: Enferma de talla pequeña y de tipo longilínea da la impresión de tener una edad menor de la que realmente tiene, facies envarada, glándulas mamarias y pelvis poco desarrollada a pesar de haber tenido 2 hijos. Pulso 90 por minuto. Temperatura, 37 grados centígrados.

Presión arterial, Mx. 13 Mn. 7. Facies de un aspecto como 'dije anteriormente envarado, inexpressiva, con una inmovilidad en las facciones, que da la impresión de una mascarilla, únicamente llama la atención un pestañeo frecuente. Tejido adiposo y muscular poco desarrollado al contrario del sistema piloso, que es exagerado, sobre todo en los antebrazos, muslos y piernas. En las palmas 'de las manos se nota durante el examen una secreción abundante del sudor. El temblor es de medianas oscilaciones, más marcado en el miembro superior izquierdo, que se calma, como ya dijimos, con ocasión de los movimientos voluntarios. Tonicidad muscular aumentada a nivel de

los biceps braquiales y cuádriceps femorales. Mímica: Imposibilidad de fruncir el ceño, los otros movimientos los hace pero con dificultad. Movimientos de la cabeza sobre el cuello (rotación, lateralidad, etc.) los lleva con torpeza y limitados. Miembro superior derecho, normales todos sus movimientos. Miembro superior izquierdo, lentos y limitados. 'La motilidad activa de las demás porciones del cuerpo siempre torpes, pero en menor grado que la extremidad superior izquierda. Motilidad pasiva. Encontramos los mismos caracteres que en la 'motilidad activa, siempre más acentuada en el miembro superior izquierdo. Fuerza muscular: mano derecha 25 kg., izquierda 12 kg. Reflejos tendinosos y cutáneos normales. Sensibilidad superficial, táctil, térmica y dolorosa: normal. Sensibilidad profunda, perióstica, 'ba-restecia y sentido estereognóstico: normales. Coordinación muscular: normal. Estación de pie y marcha: Hay flexión de los antebrazos sobre los brazos y en esta última se comprueba que éstos permanecen comprimidos contra el tronco, además el movimiento sincrónico de los miembros superiores con el de los inferiores y en sentido contrario está suprimido, la enferma tiene una marcha con el cuerpo ligeramente inclinado hacia adelante. Motilidad ocular: normal, Demás órganos de los sentidos, idem. Aparato circulatorio: normal. Aparato respiratorio: normal. Aparato digestivo: Boca: algunas piezas dentarias malas, amígdalas ligeramente hipertrofiadas.

' Aparato genital: normal, Exámenes complementarios: Orina químico y microscópico, normal.

Heces: positivo por huevos de ascárides,

■
„ Recuento globular: Rojos: 3-200.000. Blancos: 6.000.

Reacción de Kahn en la sangre: negativo, en el líquido cefalorraquídeo: más uno.

Diagnóstico: Hemos dado en esta enferma un diagnóstico tal vez un poco atrevido de Síndrome Parkinsoniano por lesión lúética, basándonos que la Enfermedad de Parkison que es con la que tiene mayor semejanza comienza generalmente de los cuarenta años en adelante y si es verdad que evoluciona muy lentamente, con períodos estacionarios, la rigidez y el temblor no desaparecen aun con un tratamiento apropiado. En la enferma que tratamos ha desaparecido la rigidez, el aspecto envarado, la palabra ya no es cándida y el temblor si no ha desaparecido al menos ha disminuido en un 50 por ciento con el tratamiento anti-sifilítico: mercurio, yoduro y tio-bismol; con este último medicamento la raejoría se hizo ver notablemente. También descartamos otras enfermedades. Con la Enfermedad de Wilson, por la falta de espasmos sobre todo en la mirada y la disartria y no haber dificultad para la estación de pie ni en la deglución y con la pseudo esclerosis de Westphal-Strumpel, porque en ésta el temblor es parecido al de la esclerosis en placas, es decir un temblor intencional.

R O C H E S T E R

Realizando el anhelo de muchos años antes, me puse en marcha por la vía terrestre de El Salvador, Guatemala, México y Estados Unidos para llegar a la meta.

Rochester es una pequeña ciudad, de 28.000 habitantes, limpi-sima, simpaticuísima, de carácter familiar, ciudad de enfermos, médicos y enfermeras; calles amplias, tráfico abundante pero respetuoso, no necesita policia, bastan las luces indicadoras. Confort absoluto, cordialidad y gentileza. Allí se siente uno en su casa.

Decir Rochester es decir la Clínica Mayo y sus Hospitales.

Muy conocida es la historia de esta famosa institución, publicada repetidas veces en diversas Revistas y periódicos: historia de un hombre que atravesó el Atlántico procedente de Manchester y vino, después de cambiar de domicilio tres o cuatro veces a radicarse a esta ciudad entonces de ninguna importancia, del Estado de Minnessota, en la frontera del Canadá. Allí con sus dos hijos William James y Charles Horace fundó una pequeña clínica que a la vuelta de 50 años ha venido a constituir el centro médico-quirúrgico más bien organizado de la tierra. Si existe la perfección, la Clínica Mayo es perfecta. Es una máquina de ciencia. Cada individuo de su personal es una eminencia desde el Portero que se deshace en atenciones sin esperar la odiosa propina hasta la más encurtíbrada personalidad, todos trabajan como si cada uno fuera pro-

pietario que busca el prestigio y mayor crédito de la Clínica,

Como mi interés mayor fuera por la sección quirúrgica, no tuve oportunidad de conocer más que un hombre de la división médica, el Dr. Walter Alvarez, que trabaja en Gastro-enterología. Alvarez es un personaje extraordinario, Descendiente de Asturias por su padre y madre hay en él la gracia y simpatía del español, habla el idioma perfectamente y parece que siente algún atractivo por los individuos que hablan y sienten como hispanos. Pero fuera de eso es un océano de ciencia, su producción literaria es vasta, volúmenes de inapreciable valor que ruedan por todas las bibliotecas como obras de consulta, su voz autorizada representa en la Clínica Mayo una fuerza inmensa. Todos los elogios que pudiéramos hacer del Dr. Alvarez son pálidos ante la pujanza de su figura colosal y potente. Nunca olvidaré sus atenciones, tantas, que es imposible referir.

Cinco Hospitales controla la Clínica Mayo: el Saint Mary, el Colonial, el Kahler, el Worrall y el Curie, los cuatro últimos comunicados con la Clínica por lujosos pasadisos subterráneos,

El enorme edificio de la clínica consta de catorce pisos en donde trabajan más de quinientos médicos a toda hora del día, cada una de las múltiples especialidades tiene su departamento; grandes salas de espera donde los pacientes aguardan ser llamados según el número de su registro. Allí inmensos laboratorios de to-

da clase, un piso solo para radiología, una bellísima biblioteca, hermosos salones de conferencias, departamento de administración que caminan como un reloj tal la precisión y exactitud,

De esta Babilonia se reparten los enfermos que requieren hospitalización en cualquiera de las instituciones del caso.

Es el Saint Mary el de mayor capacidad y comodidad; allí se realizan alrededor de cuarenta operaciones diarias sin incluir las de urgencia; 10 bellísimas Salas de operaciones distribuidas de dos en dos formando un ángulo recto, 'dotadas de cuantos implementos modernos requiere la cirugía actual, con un numeroso y perfectamente entrenado personal; faltan ojos para ver y oídos para oír tanta cosa maravillosa que allí se hace y se dice

Con menos amplitud y menor lujo pero siempre bien equipados trabajan los otros Hospitales realizándose la mitad o tercera parte del que se hace en el anterior. El Colonial es de Cirugía general, como el Kahler y el Saint Mary, el Worrall atiende ojos, oídos, nariz, garganta y recto.

Tuve la desventura de conocer a William Mayo en la Sala de operaciones del Saint Mary el día que Waltman Walters le practicaba una sutura del estómago por perforación subaguda de una antigua úlcera. A Charles no le conocí porque estaba atacado de una neumonía que lo condujo a la tumba. Estos dos hombres han ganado en la pura y brillante carrera el sillón de la inmortalidad,

Al talento seleccionador de sus colaboradores se debe la organización admirable de la clínica y

hospitales que si bien llorarán perpetuamente su pérdida no necesitan su presencia. Una pléyade inmensa de médicos especializados en todas las ramas de la medicina desarrollan una labor admirable cuya descripción jamás cabría en los estrechos moldes de una crónica banal.

Tuve la suerte de conocer y ver trabajar muy de cerca al Jefe del Staff quirúrgico, Dr. J. c Masson, ginecólogo de rapidez y habilidad asombrosas y técnica irreprochable, autor de numerosos trabajos y creador de técnicas e inventor de instrumentos; infatigable y ágil a pesar de sus 58 años que no los aparenta. A Waltman Walters, insigne en cirugía gastro-intestinal y biliar toda exégesis es pequeña para alabarlos. A Charles William Mayo, hijo del recién fallecido Charles Horace, joven de tan simpático talante que seduce con su suave voz y fineza poco comunes que corren parejas con su habilidad y nunca fatigado esfuerzo, es él quien mantiene muy en alto la antorcha de sus antecesores es cirujano general pero trabaja de preferencia en estómago colon, vías biliares y tiroides. A J. de J. Pemberton, estrella de primera magnitud, soberbio en tiroides, resecciones del recto y colon. A H. K. Gray, joven gallardísimo, propio para Hollywood, tan buen operador como guapo mozo, cirujano general excelentísimo. A Harrington, ya entrado en años, lento pero seguro, audaz, creador de técnicas e instrumentos, es tenido como algo extraordinario en aquella ciudad. A Counseller, joven ginecólogo decir que es tan bueno como

Masson es hacer su mayor elogio, A Priestley y Waugh, jóvenes también, el primero urólogo y el segundo ginecólogo, nada dejan que desear, no en valde son figuras ya en aquel luminoso cielo. A los Neuro-Cirujanos Adson, Mack Graig y Love, cuyas capacidades despiertan entusiasmos más allá de lo imaginario, tal la audacia y certeza en las intervenciones intracranianas y de simpático, todos de fama mundial. Los ortopedistas Henderson, Meyerding, Gormley y Macey son portentosos. New, Figi, Havens y Erich, laringólogos y cirujanos plásticos. los vi hacer y deshacer órganos con una maestría inconcebible. Lillie y Simonton, en amígdalas y mastoides formidables, nunca había visto quitar amígdalas con tal elegancia, rapidez y perfección, Benedit, Prangan y Bair, en oftalmología, dominan todas las técnicas a maravilla, no hay muy abundante material. Buie, Smith y Jackman en Proctología llenan las ansias más exigentes de un observador

Algo para mí visto por primera vez fueron las broncoscopias esofagoscopias y gastroscopias hechas por Moersch y Schmidt maravillosamente, con la misma facilidad con que nosotros hacemos un cateterismo vesical en una mujer, enseñadores admirables, si diez visitantes hay, los diez ven las lesiones que encuentran; estos hombres jóvenes se ganaron toda nuestra simpatía y admiración.

Pero donde sobrepasó nuestro entusiasmo y llegó a los linderos de la locura fue ver a Thomson y Emet practicar resecciones pros-

táticas endo-uretrales, la seguridad, rapidez y perfección están por encima de cuanto puede imaginarse, estos muchachos me impresionaron más que nadie, Hay que ver esos enfermos tres o cuatro días después de la intervención tan bien como si no se les hubiera tocado, orinando sin molestias, ancianos cardíacos, pulmonares, renales, etc., que han resistido perfectamente' la operación de 20 a 30 minutos.

cuatro especialistas se reparten en 10 & diversos hospitales el trabajo de dirigir las anestesias transfusiones y medicación endovenosa: Lundy, Tuohy, Adams Mouseli todos igualmente competentes; Lundy es creador de un aparato para administrar gas, éter ciclopropano y oxígeno.

Un ejército de anatomo-patólogos colaboran estrechamente en las salas de operaciones tomando las piezas anatómicas y llevándolas inmediatamente al laboratorio para pocos minutos después traer la respuesta de la naturaleza del tejido examinado. Es algo admirable.

Diariamente hay lecciones de variadas materias en salones apropiados de la clínica como por ejemplo: diagnóstico por medio de la punción lumbar, inyecciones de suero arsfenaminizado por vía intraespinal, diagnósticos urológicos, diagnósticos proctoscópicos, radiumterapia, radioterapia, interpretación de films de Rayos X, etc.; en el edificio de' (Museo se encuentran abiertos mañana y tarde los tres pisos que contienen interesantísimas piezas anatómicas y el curso de muchas operaciones; la evolución y

diversas formas de numerosas enfermedades médicas y quirúrgicas; exposición de los primeros instrumentos que usaron los Mayo al iniciar su vida médica pública.

cera mi admiración profunda por las noches conferencias sanitarias, médicas, quirúrgicas hay siempre para satisfacer los entusiasmos del más exigente.

A seis kilómetros de la ciudad esta el Instituto de Medicina experimental en donde se hacen experiencias de fisiología, de farmacología, de terapéutica, de cirugía, etc.; el todo elogio que siempre rultana escaso.

Digno de especial mención es el personal encargado de atender los médicos visitantes; ellos lo conducen donde uno tiene algún interés particular; toman la filiación en tarjetas adecuadas recogen la firma en grandes libretos, lo introducen con el personaje que se desee, le dan toda la información que solicite, lo visiten correctamente para entrar a

las salas de operaciones y nunca mesquinean las sonrisas de simpatía.

Para concluir quiero hacer constar de la manera más sin-

esta magnífica institución conocida con el nombre de Clínica Mayo en donde todos los individuos que trabajan parece que tuvieran la consigna excelentísima

de cautivar con las finezas que tan & cuantos los visita sea en carácter de enfermos) de médicos van a instruirse; a lo es %aMn en al a todo el mundo. Nunca en mi vida

había encontrado un derroche de simpatía y de cultura exquisitas aunadas al foco de saber tan estupendo que constituye la ciudad de Rochester, donde uno se imagina encontrar ancianos maestros y no una juventud brillante de sapiencia, de elegancia y de gentileza como realmente

sucede, solicite, lo vis S. PAREDES P.

EL ESTRABISMO DEL NIÑO

Muchas Sociedades nacionales han emprendido una lucha muy activa ontra los defectos de la vista y como el estrabismo es uno de los más extendidos nos parece interesante indicar, en este artículo, lo que puede hacerse para remediarlo.

Existen varias formas de estrabismo, pero las más corrientes son las formas convergentes y las formas divergentes que vamos a estudiar en este artículo, No nos ocuparemos del estrabismo paralítico que puede presentarse a cualquier edad.

Es lamentable que en general se esté inclinado a considerar el estrabismo como un signo de degeneración. Si bien es verdad que esta afección se declara con más frecuencia en los niños de constitución defectuosa, la diferencia que los separa de los otros no es sin embargo lo bastante definida para que se puedan sacar conclusiones definitivas en lo que se refiere a salud física y moral. Al contrario, la mayor parte de los niños bizcos son perfectamente normales desde el punto de vista mental y muchos poseen uaa inteligencia muy superior a la corriente.

El estrábibeo sufre sin embargo mucho con su defecto y no es raro que se vuelva tímido y reservado a causa de las burlas de qus suele ser objeto. La importancia de este factor psíquico no debe pasar desapercibida. Más tarde, el estrábico que no haya corregido su defecto se verá negar un sin fin de empleos. Por último

una persona que tenga solamente un ojo válido estará más expuesta que otra cualquiera a perder la vista por el hecho mismo de que su visión defectuosa no le permitirá siempre evitar los accidentes.

En la mas tierna infancia, la visión del ojo desviado es prácticamente tan buena como la del otro y únicamente hasta el sexto o séptimo año la ceguera parcial del niño no comienza a ser inquietante. Cuando el ojo desviado completamente inapto a la visión, ningún tratamiento podrá devolverle esta facultad. Por consiguiente es muy importante que la corrección del estrabismo sea breC0Z si se quieren aumentar las probabilidades de éxito,

¿Es muy frecuente el estrabismo en los niños? Según las estadísticas procedentes de Hungría el 4 por ciento de los escolares le padecen. Cuanto más se eleva uno en las clases soiales, más probabilidades se tienen de que los padres se inquieten al ver manifestarse en sus hijos un estrabismo aunque sea ligero. Esta diferencia de clase desempeña un papel tan importante que un oculista ha obtenido en el hospital una proporción de estrábicos de 2.7 por ciento y en su consulta particular de 6.3 por ciento. Estas cifras demuestran claramente que si cada caso de estrabismo debe ser diagnosticado y tratado con éxito desde la más tierna infancia, no basta con esperar a que los padres lleven a sus hijos al oculista sino que al cont^ríriq es necesario someter todos

los niños a un examen sistemático hecho por un especialista.

Generalmente se lleva al niño estrábico al oculista cuando la desviación es muy aparente; se le consulta también cuando la visión del ojo desviado es defectuosa. Sin embargo, es sorprendente comprobar que en general no se presenta ninguna atención al defecto de visión de un ojo mientras que el otro funciona normalmente.

¿Hasta qué punto el estrabismo afecta la visión del ojo desviado? Ello depende mucho de la forma que reviste. La ceguera completa del ojo desviado es más frecuente en los niños que padecen un estrabismo convergente que en los que padecen un estrabismo divergente. El primero es, en efecto, mucho más precoz. Sin embargo si se comparan estas dos formas de estrabismo, se puede decir que la visión del ojo atacado queda reducida a la mitad en el 50 por ciento de los casos.

■ El éxito del tratamiento depende en gran parte de la inteligencia y de la paciencia de los padres que deben saber exactamente lo que hay que hacer cuando la corrección no es operatoria sino óptica. En este tratamiento consiste en tapar el ojo normal durante un tiempo determinado y ejercitarlo conforme a una técnica bien establecida. Si se cuida al niño desde muy pequeño y si los padres realizan como es debido su mi-

sión, se puede predecir que casi seguramente la visión binocular será reconstruida. Sin embargo, la operación se impondrá en los casos más rebeldes,

El niño estrábico debería seguir un tratamiento apropiado antes de entrar en la escuela, para ello se debe crear un sistema de "acción de niños" de edad preescolar gracias al cual los estrábitos serían cuidados inmediatamente. Un niño de cinco años tiene la suficiente inteligencia para responder de una manera satisfactoria a las preguntas que le haga el oculista. Sería evidentemente preferible que el niño estrábico fuese cuidado antes de llegar a dicha edad. El reconocimiento médico presenta además otra ventaja: la de descubrir los otros defectos del ojo tales como los trastornos de la refracción que también pueden ser corregidos.

El niño que recobra la visión binocular debe ser vigilado por un especialista durante toda su vida escolar con objeto de que menor recaída pueda ser diagnosticada y cuidada inmediatamente. Si se aplicara en el mundo entero la inspección ocular de todos los niños, muchos sufrimientos y enfermedades serían evitadas a las generaciones futuras.

el otro con
(Comunicado por la Secretaría de la 'Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rue Newton. PARÍS. XVI.)

REVISTA QUIRÚRGICA

Hipo por hipocalcemia post-operatoria

V. Aubert y A. Raybaud de Marsella refieren en Bulletins et Memoires de la Societé de Ohi-rurgie de Marseille la siguiente observación: un operado por co-licistitis litiásica aguda muy grave presenta un hipo muy pe-noso la tarde misma del día de la operación; al principio intermi-tente, luego prolongado, se in-tensifica y se hace continuo al grado de dominar el penoso post-operatorio. El día 11, en vista del fracazo de toda terapéutica y for-mulando la hipótesis de una tetania se ordena hacer una cal-cemia; esta se encontró muy ba-ja y se inyectó gluconato de cali-ció por vía endovenosa curando el hipo definitivamente y co-mo por encanto.

La baja de la tensión arterial en el curso de la raqui-anestesia y su tratamiento

Philippides de Heidelberg en Der Chirurg afirma que la muer-te súbita en-el curso de la raqui-anestesia se debe, casi siempre ai colapso circulatorio secunda-rio a la anestesia de los filete: vaso-motores durante su trayec-to intra-dural.

La profilaxia de esa caída de tensión se obtiene por una inyec-ción endovenosa de 3 a 5 centi-gramos de Efetonina hecha en el momento de la anestesia, o me-jor aún por una mezcla de Efeto-nina-Fucodal-Escopolamina pre-roni.sada por Kirschener. El efec-to de esta inyección se aumenta

si se asocia una inyección intra-muscular de 1. c. c. de Veritol que pone al abrigo de las bajas tar-días de la tensión arterial,

Tratamiento de las Meridas infectadas por m & rea

Holtzmann de Lotór-g, en. The Lancet se ^{af} e/e 4f las próf *" dades bactericidas *f la urea-des cubiertas por Symmm^rs y Kn-k J T^f^ Robin3en en Es ~ tados VmdOü

Alaban la facilidad de obtener el producto en gran cantidad, le económico y estable. La herida Primero limpiada conveniente-mente con una solución concen-trada de urea se recubre después con cristales de lo mismo man-tenidos con un aposito imper-meable.

Han tratado 170 casos: absce-sos axilares inguinales, hemato-TM& mfe f a d0 S, h^h, quemar duras, afectadas úlceras vaneos-sas, forúnculos, flegmon de las vainas de la mano, etc.

La urea no produce dermatitis desodoriza las heridas, disuelve los fragmentos necróticos, favo-rece las granulaciones, no es to-xico, no destruye la barrera de leucocitos; ha obtenido éxitos donde otros medicamentos fra-cazaron y no tiene ninguna con-tra-indicación.

Un nuevo sipno para el diag-nóstico de Apenaicitis

Bona, de Suceava, Rumania en Zentralblatt fur Chirurgie dice que ha encontrado un nuevo sig-

no para el diagnóstico de la apendicitis que sirve para diferenciarla de las anexitis. Se acuesta el enfermo de manera que las caderas correspondan al borde de la mesa y los miembros inferiores cuelguen verticalmente; si en esa postura la presión sobre la fosa ilíaca derecha despierta dolor, la apendicitis es cierta.

Si punto frénico izquierdo como medio de diagnóstico en los traumatismos del bazo

Saegesser de Berna en Zentralblatt für Chirurgie insiste sobre la significación del dolor provocado por la presión del nervio frénico izquierdo entre el esterno-cleido-mastoideo y el escafeño anterior en los traumatizados del abdomen para suponer una lesión del bazo. Lo ha encontrado en todos los traumatizados del bazo que ha observado en contraste con la indolencia del frénico derecho

Explica el fenómeno por el paso al tronco del frénico de ramas sensitivas que vienen de la cápsula esplénica.

El dolor se encuentra en 105 casos de ruptura completa o incompleta de hematoma subcapsular en desgarro de la cápsula

Saegesser piensa que el signo doloroso frénico izquierdo legitima la esplenectomía.

Un caso de lujación inveterada del hombro tratada por la infiltración peri-articular con recuperación funcional integral

R. Fontaine y P. Branzeu en Memoires de la Academia de Chi-

urgie presentan estos dos casos: un muchacho de 16 años con una fractura oblicua del olécrano con escasa separación de fragmentos, con 10 infiltraciones de novocaina y movilización activa inmediata cura con excelente resultado en 30 días.

Un hombre de 69 años con lujación del hombro con fractura parcelar de la glena datando de 3 meses, inmovilizada, crea vivos dolores sin poder ser reducida previa anestesia al éter. Infiltraciones de novocaina practicadas primero 3 veces por semana, después durante 3 meses, suprimieron los dolores y permitieron una recuperación excelente,

Tratamiento de la Neuralgia del Trijémino

Kirschener de Heidelberg en la Revista Médica indica, para evitar la resección del ganglio de

Gasser o la neurotomía retrogaseriana, una técnica de alcoholización del nervio a través del agujero oval reparado con la exactitud por medio de los ramos que establece así las relaciones con la línea media y con la línea que reúne los dos conductos auditivos externos. La relación establecida se puede seguir en todas direcciones el agujero oval evitando la punción ciega cuyos resultados son graves en manos sin experiencia. Se puede alcoholizar sea destruir por dia termo-coagulación.

En 500 casos tratados ha obtenido Kirschener 92 % de éxito. En 20 % el dolor reapareció dos a tres años después, curando con nueva coagulación.

*Estudios sobre la intubación de i
intestino delgado del hombre,
Método no quirúrgico de trata-
miento, de localización y de diag-
nóstico de la naturaleza de las
lesiones obstructivas*

3*^T. ■

W O. Abbott y Ch. G. Johnston de Filadelfia y Detroit respectivamente aconsejan en Surgery. Gynecology and Obstetrics el procedimiento siguiente: se toma un tubo de caucho de 3 a 4 metros de largo formado por dos tubos unidos, uno número 14 y el otro número 3; se les introduce por la nariz y saca por la boca; en la extremidad del tubo grueso se une una oliva duodenal y en la del pequeño un pequeño balón de caucho que pueda al Inflarse contener 50 c. c. de aire y se le hace tragar.

Quando la extremidad ha llegado al duodeno se hace una aspiración continua por el tubo grueso y se inyectan 30 c e . de aire en el delgado para inflar el balón. Cuando por la aspiración el intestino se ha vaciado de gases y líquidos se contrae y esa; contracciones empujan el balón hacia abajo del intestino que se vacía poco a poco por la aspiración continua. Así caminando llega hasta el obstáculo donde se detiene, entonces se inyecta caldo de bario y se ve en la pantalla

■El tubo camina con la velocidad de un centímetro por mi-

Para retirarlo se vacía el balón por aspiración y se extrae por tracción tomando 10 a 15 minutos.

La evacuación del contenido intestinal mejora el estado general del enfermo, el local y a menudo es suficiente para levantar la oclusión.

Empleado en 16 casos solo frac-

Los casos curados fueron oclusiones por cáncer, por adherencias y paralíticas. En 5 veces fue necesaria una operación por cáncer y brida,

Los fracasos se debieron a imposibilidad por el tubo de franquear el píloro.

Invaginación del estómago

E. Jensen en Norsk Magasir for Laegevidenskapen relata dos observaciones de invaginación del estómago: una en mujer de 46 años que sufría de dispepsia por muchos años. Cuando tenía 28 estuvo internada en un hospital dando se le diagnóstico ul-

cera del estomago. La radiografía mostró que un pólipo de la pequeña curvatura expulsado al duodeno a través del píloro arrastró la pared gástrica donde se insertaba formando una invaginación que fue comprobada a la gastrotomía.

El segundo caso m un hombre de 65 años que sufría desde diez de trastornos digestivos. La radiografía mostró una invagina-

ción del estómago debida a tumor gástrico que llenaba la porción descendente y el principio de la horizontal,

S. PAREDES P.

VIAJE DE UN CIRUJANO

Como Homenaje del Autor a la Revista Médica Hondurena, recibimos el libro escrito por el Dr. Conrado Suckermann, en magnífica edición adornada de graciosa portada y muchísimos di-

galo, felicitamos sincera y cordialmente al bien conocido y renombrado cirujano mexicano que tanto lustre da a su Patria con las frecuentes publicaciones de trabajos de gran mérito y libras de enseñanza como su Patología Quirúrgica, las impresiones recogidas por sus ojos experimentados y acuciosos a través de una gira por Estados Unidos visitando desde la fronteriza ciudad mexicana de Monterrey y las americanas de San Antonio, Texas, Temple, Dallas, Mukogee, Kansas Rochester, Chicago y San Luis

Mi

De sus Hospitales, operadores y procedimientos hace justa apreciación, ya alabando sus excelencias, ya censurando aquello que no le acomoda a su espíritu dentro de los progresos **actúate** de la Cirugía.

Es de Rochester de quien hace los más largos y merecidos elogios que nosotros compartimos con toda su amplitud.

El libro nos parece de sumo interés sobre todo para quienes no conocen ninguno de los centros quirúrgicos por la enseñanza tan clara y exacta de sus descripciones.

Nosotros estuvimos recientemente en México donde también hay mucho que ver y admirar y de todas veras lamentamos no conocer personalmente al Dr. Zu-

kermann por no encontrarse en esos días en la capital. El es uno de los más connotados profesionistas en el vasto campo de la Cirugía y de la Neurología.

Al agradecer la fineza del re-

dialmente al Dr. Suckermann por su nuevo esfuerzo en favor de la clase médica.

amable dedicatoria para escrito recibí un folleto titulado Cirugía del Simpático escrito por el Dr. Arturo Lazo Maldonado Catedrático de Clínica Quirúrgica de Facultad y Jefe de Jefe de Clínica del Hospital General de Guatemala.

Después de consideraciones anatómicas, fisiológicas, técnica operatoria y terapéutica del Simpático, refiere el Dr. Lazo su experiencia personal en una Trombo-angeitis obliterante, Gangrena del miembro inferior consecutiva a embolia localizada en la arteria ilíaca externa, arteritis obliterante y arterio-esclerosis trombo-angeitis obliterante de nuevo y cinco observaciones más **recogidas** después de haber presentado su trabajo sobre el mismo tema al V Congreso Médico

Centro-Americano reunido en San Salvador el año pasado,

Nosotros acabamos de ver operar diariamente individuos sufriendo de Hipertensión arterial esencial a Adson, Mack Graig & Love con éxito maravilloso en Rochester y pudimos observar que se trata de una intervención muy delicada, que requiere un corioci-

H. KRUMM, Hospital de Santa Bárbara, Halle a. d. s:

Informe sobre la Polineuritis del Embarazo

Zbl. Gynakol., 1938, núm. 5.

En los últimos tiempos se han publicado muchos informes sobre la neuritis gravídica. STAHLER (M. M. W., 1937, núm. -9) asistió en 1936 a 15 mujeres cuyas molestias neuríticas durante el embarazo eran debidas a la falta de vitamina B₁. En ciertas formas de la de la hiperemesis gravídica parece existir igualmente hipovitaminosis B₁, como lo demuestra el rápido éxito de la BETAXINA. GAETGENS (M. M. W., 1936, núm. 18) curó, con la vitamina B¹ (Betaxina) una neuritis traumática del puerperio, y también SCHWÖHOW (M. M. W., 1937, núm. 3) pudo curar con la Betaxina una neuritis puerperal. KRAMM informa sobre un éxito análogo. Una mujer, cuyo embarazo amenazado por un aborto inminente se pudo conservar mediante el tratamiento por la hormona del cuerpo lúteo, presentaba hacia el final del embarazo hormigueo y sensación de adormecimiento de los dedos y de los pies. La marcha era insegura. De repente, se presentaron dolores ven las órbitas, el sentido del gusto se debilitó y la mitad izquierda de la cara pa-

recia paralizada. En tal estado ingresó la mujer al hospital, donde se comprobó que el facial izquierdo estaba, completamente paralizado. Los reflejos patelar y de Aquiles, faltaban. El fenómeno de Romberg, era débilmente positivo. La marcha era espástica-atáctica. Había parestesias en los dedos de las manos y pies y en las piernas, y la sensibilidad del brazo estaba alterada. Como la enfermedad fue considerada como una polineuritis del embarazo, se ensayó la Betaxina {10 rmg. diarios por vía intramuscular). Cinco días después se comprobaba ya mejoría de los reflejos, los dolores neurálgicos habían desaparecido y la paresia facial estaba en remisión. A los 24 días de hospitalización, el estado era normal, salvo los reflejos patelares que faltaban. Se habían aplicado en total 100 mg. de Betaxina. Para prevenir las recidivas se dieron aun a intervalos de 2 a 3 días primero 8 mg. y después sólo 2 mg. de Betaxina. A los 46 días habían reaparecido también los reflejos patelares. El parto, ocurrido poco después, transcurrió sin trastornos (según el cálculo, con 8 días se atrásó).

miento perfecto del simpático lumbar y de una paciencia y técnica irreprochables para hacer la extirpación completa de la cadena y ganglio simpáticos lumbares.

Felicitemos calurosamente a' distinguido colega y amigo por

su trabajo y lo excitamos para continuar por la vía neurológica que tantos éxitos está dando y muchos más que se esperan gracias al impulso de los grandes maestros a cuya cabeza están Leriche y Adson.
S. PAREDES P.

Clínica y Terapéutica de las Quemaduras Graves

Por el Dr. DIEGO E. ZAVALETA,

Médico Interno del
Agregado del

Hospital Alvear, Médico
Hospital Rawson

(Concluye)

(En las quemaduras de tercer grado las escaras tardan de quince a veinte días en caer; lo hacen lenta y difícilmente, quedando superficies vegetantes y rojas cuando no hay infección, pálidas, blandas y exuberantes en caso contrario.

La infección produce reacción flegmonosa de las zonas vecinas y se forman surcos profundos alrededor de las escaras, lo que crea el peligro de graves hemorragias; la supuración persiste largo tiempo y la septicemia sobreviene fácilmente, por lo que el tratamiento debe ser enérgico,

Las costras por escaras firmemente adheridas constituyen focos en los que la supuración se eterniza y no puede ser combatida con éxito; es menester eliminarlas quirúrgicamente, recortando cada día una parte a medida que se puede, o apresurando su separación mediante la colocación de grandes apósitos impregnados en suero clorurado hipertónico, líquido de Dakin o solución de bicarbonato de sodio al 10 &

En las quemaduras más profundas, correspondientes al 4P, 5P y 6P grado de la clasificación de Dupuytren, se trata, como dice Miginiac, de gangrenas secas, que se hacen húmedas cuando se infectan.

En las quemaduras de tercer grado correctamente curadas, las costras, aunque lentas para desprenderse, dejan al descubierto, vegetaciones en vías de epidermización, cuya evolución puede acelerarse con los medios ya mencionados y la aplicación de rayos ultravioleta.

Hayan o no supurado, las quemaduras muy extensas y profundas en las que no quedaron epiteliales bien distribuidos si tienen probabilidades de negar nunca a epidermizar por completo. Para estos casos está reservado el precioso recurso de

los injertos; se utilizan los Reverdin * Ollier-Thiersch, según el caso* debiendo ser hechos en el momento oportuno, vale decir cuando se ha agotado la infección? las granulaciones aun presentan color rojo vivo y sangran con facilidad. Este momento es bastante difícil de encontrar en la Práctica, por lo que es menester con frecuencia avivar previamente las superficies vegetantes en las Quemaduras que han sido curadas y no supuraron, se debe aprovechar por las razones expuestas, el momento que sigue a la caída de las costras.

4? Período. — Escapa por completo el plan de este trabajo."

(De "El Día Médico"). ■

Algunas Consideraciones acerca de la Cirugía Conservadora en Ginecología

Por el doctor

Conrado ZUCKERMANN

PRELIMINAR

La cirugía conservadora es menos brillante y más lenta que la cirugía extirpadora; pero en cambio es terapéutica fisiológica que evita muchos de los trastornos que presentan los mutados de cualquier parte del cuerpo. Es más útil y salvo procesos neoplásicos cancerosos, es la que el ginecólogo prefiere en sus intervenciones.

El cirujano que la efectúa debe recordar las íntimas relaciones fisiológicas que existen entre el útero, los ovarios y las trompas y, sobre todo, que la mutilación de uno de ellos repercute en el estado funcional y anatómico del que subsiste. Estas interrelaciones son íntimas y resultan de acciones endocrinas, principalmente entre ovarios y matriz.

ESTADÍSTICA

En 390 intervenciones ginecológicas efectuadas durante los años de 1937 y 1938 en la Clínica Mexicana de Cirugía y Radioterapia, en 305 la intervención hecha debe clasificarse como de *cirugía conservadora*, decir, que sólo en 85 casos hubo verdadera mutilación, entendiéndose por verdadera mutilación aquella en que ambos anexos (trompa y ovarios) de los dos lados y todo o parte del útero, han sido extirpados. Debe tomarse muy en cuenta que estas mutilaciones se refieren casi exclusiva-

mente a procesos neoplásicos, la mayoría de ellos cancerosos a estados inflamatorios, en los cuales existe destrucción de los elementos extirpados. Sólo cuando existe, degeneración blastomatoso, gran crecimiento neoplástico o destrucción inflamatoria, se ha hecho extirpación visceral.

Las operaciones de cirugía conservadora efectuadas, han tenido siempre muy en cuenta procurar conservar la vascularización de los órganos, su innervación y, además, casi siempre que se ha conservado parte de ovario, se ha conservado parte del cuerpo uterino y casi siempre que se ha conservado útero se ha conservado parte de ovario, cuando menos,

La operación de útero a que nos estamos refiriendo, es parte del *istmo* o del cuerpo uterino, pues en histerectomias subtotal de cirugía se ha dejado el cuello cuando el estado de los ovarios ha impedido su conservación.

CONSERVACIÓN DE LOS OVARIOS

La extirpación de ambos ovarios en la mujer debe ser extirpación quirúrgica de *excepción* y siempre que se pueda debe conservarse uno de ellos o parte de uno o de ambos. Su extirpación total o parcial debe estar siempre en íntima relación con la intervención que se haga sobre las trompas y sobre la matriz, El de-

jar ovarios habiendo extirpado la matriz, conducta que muchos cirujanos consideran como absolutamente indispensable, no lo es siempre en personas de más de 40 años. Cuando el estado de los ovarios haga pensar en la posibilidad de trastornos imputables a su degeneración quística, etc. En personas de menos de 40 años puede dejarse porción de ovarios, a pesar de haberse hecho histerectomía subtotal o total, en la inteligencia de que su funcionamiento va a ser temporal y que la esclerosis terminará por producir la extirpación que el cirujano no efectuó.

Se relatan algunos casos de pérdidas sanguíneas por el recto, por la mucosa nasal, etc., en pacientes a los cuales se les ha hecho histerectomía conservando ovarios.

He tenido ocasión de observar dos casos, el uno revelado por epistaxis y el otro manifestado por abundantes hemorragias rectales. Este último caso llegó a necesitar transfusiones y medi-

cación intensa a base de cuerpo amarillo, con lo cual las hemorragias no desaparecieron; pero sí disminuyeron notablemente.

SUTURA DE LOS OVARIOS

Cuando se efectúan intervenciones sobre los ovarios extirpando una parte de ellos, el cirujano debe tener especial cuidado en lacer la sutura con aguja atraumática o con la que menos traumatismo produzca, y con catgut simple o crómico del número 0. Esta sutura casi siempre la efectuamos con puntos separados y 3S indispensable que la hemostasis sea completa y que la toma del pedículo ovárico no sea apretada. En ovarios escleroquísticos ie pequeños quistes, es preferible adunar a la *punción de los quistes la resección de los nervios de los pedículos ováricos*. Estas dos intervenciones, *simpatectomía y punción*, han demostrado en buen número de casos su superioridad sobre la resección parcial en las esclerosis polimicroquísticas.

En resumen, ovarios poliquísticos de tamaño mediano o grande, resección parcial con o simpatectomía; pequeños quistes con ovarios esclerosos, punción y simpatectomía.

SALPINGECTOMIA

La extirpación de las trompas de uno de los dos lados, es intervención que desgraciadamente se tiene que hacer con alguna frecuencia, cuando procesos supurados o de otra naturaleza han lesionado intensamente este órgano. La salpingectomía debe hacerse, si el proceso es total, de una manera completa y si el proceso es parcial, solamente extirpando la parte enferma, procurando dejar permeable el resto de la trompa.

Para poder hacer salpingectomía completa, es indispensable quitar la porción de la trompa inmediata al útero, y aun en ocasiones hacer pequeña cuña en dicho sitio. Al hacer la extirpación de la trompa se debe tener mucho cuidado de hacerlo lo más pegado posible al proceso que se extirpa, con objeto de no poner en peligro la inervación y la vascularización de los ovarios.

INJERTO OVARICO El del ovario llevado al interior de la matriz con objeto de procurar la fecundación en aquellos casos en que no existen ya ambas trompas, es intervención que raramente se efectúa. Solamente la hemos efectuado en dos ocasiones.

El *injerto libre de fragmentos de ovario de la misma persona* efectuados en el epiplón, en los grandes labios o en la pared ab-

dominal, nunca lo hemos efectuado. Sí hemos hecho los *injertos libres de fragmentos de ovario en el parametrio* y su resultado, cuando menos temporal, ha parecido satisfactorio desde el punto de vista de las alteraciones funcionales postoperatorias.

El injerto de ovario solamente lo efectuamos cuando ha habido conservación total o parcial de la matriz, es decir, del cuerpo uterino,

HISTERECTOMIA FUNDICA

Esta intervención, catalogada entre las operaciones extirpadoras, es en realidad una operación de cirugía conservadora, pues aunque suprime los ciclos fecundas, *deja los ciclos menstruales* y evita muchos de los trastornos imputables a la castración.

En fibromas del fondo uterino y en otros procesos neoplásicos de dicha localización y aun en algunos casos de grandes piosalpinx la histerectomía fúndica presta servicios. Todavía más: se ha extendido su indicación para algunos casos de metropatía hemorrágica y para algunas anexitis quísticas.

ALGUNAS TÉCNICAS La cirugía conservadora requiere anestesia muy tranquila y mayor tiempo operatorio que la cirugía mutiladora. Sólo trabajando en campo amplio y sin prisa se puede hacer cirugía conservadora funcional.

La cirugía conservadora que habitualmente se efectúa, es aquella que se refiere al desagüe de *procesos supurados pélvicos*, periuterinos, anexiaies, paramétricos, etc, a la *corrección*

de alteraciones mecánicas del útero, de los anexos o de los ovarios, siendo de entre ellas la operación más frecuentemente efectuada, la *ligamentopexia*, que trata de corregir las desviaciones uterinas.

La cirugía conservadora por excelencia, es aquella en la que nada se extirpa de los órganos genitales; pero esta cirugía, que pudiéramos llamar cirugía conservadora pura, no es muy frecuente, y es más común que se haga cirugía conservadora; pero quitando las porciones lesionadas, quistes de los ovarios, fibromas del útero, quistes y supuraciones en las trompas, etc.

La cirugía conservadora que habitualmente se efectúa, es una cirugía que está colocada en el intermedio de la mutilación y la conservación, es decir, es aquella en que se extirpa lo menos posible y se procura conservar los *ciclos fecundos y los menstruales* y en caso de ser imposible lo primero, cuando menos los ciclos menstruales.

CIRUGÍA DEL DOLOR La cirugía del dolor es un capítulo muy importante en ginecología, y sus aplicaciones se refieren, sobre todo, al tratamiento de los procesos ginecológicos con lesiones pero acentuadas y a las algias motivadas en neuritis o plexitis pélvicas. Las dos intervenciones habitualmente efectuadas son la *resección del plexo presacro y de sus ramas pélvicas* y la *enervación de los ovarios*, ya sea en los *pedículos ováricos* o en los *ligamentos infundibuloováricos*. La primera intervención, re-

sección del presacro y de sus ramas pélvicas, (en lo que se refiere al área ginecológica) está indicada en los procesos algidos, tróficos y vasculares del útero, de la vagina y de la vulva, y aún de los parametrios; y en lo que se refiere a la *cirugía de los nervios ovañcos*, a los procesos esclerosos y algicos de los ovarios.

CIRUGÍA DE LA ESTERILIDAD

Es la más importante cirugía conservadora ginecológica y en lo que se refiere a las intervenciones abdominales, dos son los grupos principales de intervenciones que se efectúan: las *salpingoplaistias* y las *salpingouteroanastomosis*. Ambas deben efectuarse después de cuidadoso examen clínico (de la enferma y del esposo) de laboratorio y radiológico (uterosalpingografía). Además se cuenta con los sondeos salpingiamxs, las insuflaciones de las trompas y las dilataciones del cuello y del istmo uterino.

MEDIDAS POSTOPERATORIAS

La cirugía conservadora, además de lo delicado de su técnica, de la correcta peritonización y de procurar suprimir drenaje,, amerita minuciosos cuidados postoperatorios y es indispensable advertir a las enfermas que esta cirugía funcional conservadora necesita en ocasiones, para que sus resultados sean más benéficos, ser seguida de tratamientos fisioterápicos y medicaciones endocrina y otras, además de de una cuidadosa vigilancia, tanto de los *ciclos fecundos* como de los *menstruales*.

—De Cirugía, Ginecología y Cáncer.—

El estado actual de las Brucelosis Humanas (1)

Par el Dr. RICHARD KERN
Universidad de Pensylvania, Filadelfia

Por siglos enteros fue conocida en las costas del Mediterráneo una enfermedad que debido a la naturaleza de su pirexia fue llamada «fiebre ondulante», debido a su predominio en la isla de Malta «fiebre de Malta». Fue en dicha isla precisamente que en 1887 Bruce descubrió el factor etiológico en un microbio esférico, al cual llamó «*Micrococcus melitensis*», y fue allí que la Comisión Naval Británica en 1905-1907 descubrió que ese germen era albergado por las cabras de la isla, y era transmitido en la leche de éstas a los habitantes de la misma.

Por muchos años se ha conocido igualmente una afección del ganado, el aborto epizoótico, que tanta importancia reviste en la industria leonera. El agente causante de este mal, el *Bacillus abortus*, microbio en forma de bastoncillo, fue descubierto en 1906 por Bang. Más de 10 años después, la Srta. Alice Evans, mientras trabajaba en la Oficina de Industria Animal en Washington, descubrió que esos dos microbios, el *M. melitensis* y el *B. abortus*, eran aparentemente indistinguibles, siendo difícil determinar en los cultivos si se trataba de báculos muy cortos o de esferas algo alargadas, y siendo imposible separarlos por sus características culturales, necesiéndose algutinorreacciones para diferenciarlos. Es más, considerados hasta entonces tan alejados como los polos, resultaron más afines que las distintas especies del neumococo.

1 Tomado de Pul). Health News, obre. 1937, p. 135.

Partiendo de ese hallazgo y conociendo la gran patogenicidad que posee para el hombre el germen de la cabra, predijo dicha autora que con toda probabilidad ese germen bovino también resultaría patógeno para el hombre, aunque transcurriendo seis años antes de que Kieffer descubriera en Baltimore el primer caso humano. Luego comenzaron a comunicarse casos esporádicos aquí y allá uno a uno, y en 1927, cuando observé el segundo caso en Pennsylvania, sólo pude descubrir en la literatura de este país otros 34 casos indudables de origen bovino. Para los pocos interesados en el asunto, esto representaba probablemente una curiosidad médica sin mayor importancia, pero me impresionaron tres cosas: en primer lugar, 103 36 casos estaban esparcidos por todo el país; en segundo lugar, el cuadro clínico variaba sumamente a tal punto que correspondía en este sentido a la fiebre melitense, la enfermedad de las cabras, que también varía por demás en sus manifestaciones clínicas, discrepando a tal extremo que aun en los países donde los médicos la conocen suelen tratar por algún tiempo a los enfermos por otras causas antes de reconocer la verdadera situación; y por fin, esos 36 casos habían sido comunicados por un grupo comparativamente reducido de individuos interesados en el problema desde el punto de vista del laboratorio, o en algunos casos por los que había observado el mal en los trópicos.

Por esas razones, me aventuré a predecir entonces que se descubrirían muchos casos en el futuro, y que con toda probabilidad el asunto revestiría

El estado actual de las Brucelosis Humanas (1)

Por el Dr. RICHARD KERN
Universidad de Pensylvania, FHadelfia

Por siglos enteros fue conocida en las costas del Mediterráneo una enfermedad que debido a la naturaleza de su pirexia fue llamada «fiebre ondulante», debido a su predominio en la isla de Malta «fiebre de Malta». Fue en dicha isla precisamente que en 1887 Bruce descubrió el factor etiológico en un microbio esférico, al cual llamó «**Micrococcus melitensis**, y fue allí que la Comisión Naval Británica en 1905-1907 descubrió que ese germen era albergado por las cabras de la isla, y era transmitido en la leche de éstas a los habitantes de la misma.

Por muchos años se ha conocido igualmente una afección del ganado, el aborto epizootico, que tanta importancia reviste en la industria lechera. El agente causante de este mal, el **Bacillus abortus**, microbio en forma de bastoncillo, fue descubierto en 1906 por Bang. Más de 10 años después, la Srita. Alice Evans, mientras trabajaba en la Oficina de Industria Animal en Washington, descubrió que esos dos microbios, el **M. melitensis** y el **B. abortus**, eran aparentemente indistinguibles, siendo difícil determinar en los cultivos si se trataba de bacilos muy cortos o de esferas algo alargadas, y siendo imposible separarlos por sus características culturales, necesitándose algutinorreacciones para diferenciarlos¹. Es más, considerados hasta entonces tan alejados como los polos, resultaron más afines que las distintas especies del neumococo.

¹ Tomado de **Pub. Health News**, obre. 1937, p. 135.

Partiendo de ese hallazgo y conociendo la gran patogenicidad que posee para el hombre el germen de la cabra, predijo dicha autora que con toda probabilidad ese germen bovino también resultaría patógeno para el hombre, aunque transcurriendo seis años antes de que Kieffer descubriera en Baltimore el primer caso humano. (Luego comenzaron a comunicarse casos esporádicos aquí y allá uno a uno, y en 1927-, cuando observé el segundo caso en Pennsylvania, sólo pude descubrir en la literatura de este país otros 34 casos indudables de origen bovino. Para los pocos interesados en el asunto, esto representaba probablemente una curiosidad médica sin mayor importancia, pero me impresionaron tres cosas: en primer lugar, los 36 casos estaban esparcidos por todo el país; en segundo lugar, el cuadro clínico variaba sumamente a tal punto que correspondía en este sentido a la fiebre melitense, la enfermedad de las cabras, que también varía por demás en sus manifestaciones clínicas, discrepando a tal extremo que aun en los países donde los médicos la conocen suelen tratar por algún tiempo a los enfermos por otras causas antes de reconocer la verdadera situación; y por fin, esos 36 casos habían sido comunicados por un grupo comparativamente reducido de individuos interesados en el problema desde el punto de vista del laboratorio, o en algunos casos por los que había observado el mal en los trópicos.

Por esas razones, me aventuré a predecir entonces que se descubrirían muchos casos en el futuro, y que con toda probabilidad el asunto revestiría

bastante importancia sanitaria. Ya puede juzgarse cuan justificada estuvo mi predicción, pues apenas habían transcurrido dos años y Simpson ya podía recopilar en los Estados Unidos protocolos de 2.365 casos, que en algunos años más se habían elevado a 9,965.

En los años transcurridos desde entonces, hemos averiguado mucho acerca de este tipo de infección, su modo de trasmisión, etc., pero por desgracia, restan todavía muchas lagunas en nuestros conocimientos, lagunas de las cuales proceden bastantes diferencias de opinión en cuanto a varios puntos: en primer lugar, con respecto a la importancia relativa del mal en la medicina humana; segundo,

en cuanto a la relativa importancia de varios factores que intervienen en la trasmisión, cepas que intervienen, etc.

Problema mundial.—¿Qué importancia reviste la fiebre ondulante en la medicina humana? No se ha determinado ni mucho menos esto, pero se comprende cada vez mejor su magnitud. Sólo hace tres años la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones declaró que la dolencia representaba uno de los grandes problemas sanitarios del mundo, y en 1933 Allesandrini y Pacelli publicaron, bajo los auspicios del Ministerio Italiano de Sanidad, una monografía voluminosa ti-

M. R.

tulada: "La brucelosis: peligro social." En cambio, en este país apenas hace dos años el Dr. Hardy de Iowa indicó que, en lo tocante a la salud general, la fiebre ondulante probablemente no reviste mayor importancia. Personalmente, me inclino a opinar lo contrario, por las siguientes razones: Creo que sin duda se pasan por alto muchos casos, y ya he mencionado la razón primordial, a saber: el enorme número de disfraces clínicos que puede revestir la enfermedad descrita ya hace años como "infección de evolución incierta y duración imprecisa." Dije hace poco que hasta 1935 se habían comunicado en Estados Unidos 9,965 casos, pero al estudiar esta literatura, obsérvese que tres individuos observaron más de 300 de esos casos, ya propios o ajenos, es decir, que tres sujetos observaron la trigésima parte de los casos denunciados. ¿Qué pasa con los otros 129,997 médicos en ejercicio? La distribución geográfica es interesante. Hace unos cuatro años que el Estado de Iowa comunicó 758 casos, y el Estado vecino de Nebraska apenas *pv*- el Estado de Missouri 564; el adyacente, Arkansas, 16. ¿Hay quien crea por un minuto que las fronteras de los Estados ofrezcan vallas al mal?

Baja mortalidad. — Desde el punto de vista de la mortalidad, la enfermedad quizá no vaya a destacarse mucho en la medicina humana, pues por fortuna su letalidad es algo baja, pero ha habido brotes debidos a la fiebre del tipo caprino en que la mortalidad se elevó a 14 %, y en los primeros casos humanos osciló

entre 3 y 5 %; este porcentaje tiende a bajar algo a medida que se va reconociendo y denunciando un número cada vez mayor de los casos nuevos. Sin embargo, en lo tocante a morbilidad y a invalidez, trátase de un mal importantísimo si se recuerda que su duración promedia tres meses, y puede abarcar de dos días a muchos años.

Hemos aprendido mucho en cuanto a los tipos del microbio. Hay tres cepas principales; la caprina, que ocasiona primordialmente la enfermedad en los trópicos; la suina, mucho menos virulenta, pero sin embargo, a veces bastante patógena, y por fin la bovina, que es netamente la menos virulenta' de las tres. Es un hecho que todas esas cepas son patógenas no sólo' para el animal dado, sino para todos los demás animales sin diferencia, así como para otras especies que no he mencionado, el hombre inclusive. Por lo tanto, no cabe generalizar y decir que toda la fiebre ondulante se debe principalmente a cepas porcinas, o viceversa, a cepas bovinas. En gran parte, esto se debe a situación geográfica. Por ejemplo, Hardy en Iowa observó que de 69 cepas aisladas de casos humanos, 45 eran indudablemente porcinas, de lo cual dedujo que el cerdo era el factor principal en la enfermedad humana, señalando, además, que 20 % de los cerdos sacrificados en dicho Estado estaban infectados. En cambio, en el Estado de Nueva York, en el cual se han denunciado más de 11 % de todos los casos de los Estados Unidos, la población suina es comparativamente

y todos resultaron negativos, mientras que a los seis meses de ponerse a ejercer su profesión, 15 ya presentaban aglutinorreacciones positivas.

Ya que discutimos los contactos, tal vez sea interesante señalar que no se trata meramente de contaminar las manos y contaminar éstas los alimentos e infectarse por vía digestiva, aunque hay sus posibilidades en este sentido. Según la labor realizada hace algunos años por Carpenter y Boak cuando demostraron que podían infectarse los cobayos por la piel intacta, es muy probable que algunas de las infecciones humanas hayan sido contraídas en esa forma, probablemente por pequeñas abrasiones. Hay sus ejemplos de ello, uno reciente en una niña de 14 años, que se infectó por el dedo mientras ordeñaba una vaca. El último caso de este género lo observé hoy mismo en un joven al-béitar que se infectó hace algunos meses mientras atendía una vaca que había abortado. Los primeros síntomas fueron adenopatía y linfadenitis axilar en el brazo que había utilizado en

la manipulación, y los ganglios continuaron engrosados, hiperestésicos y dolorosos hasta desinflamarse paulatinamente, al mismo tiempo que se presentaban las manifestaciones clínicas. Para mí, se trataba probablemente de infección por contacto. La infección puede tener lugar por vía conjuntiva!, y recordaré la labor de Cotton y colaboradores, quienes observaron que en tanto que la alimentación experimental dejaba repetidamente de infectar las vacas, la instilación de 1 cc de un cultivo en caldo obtenía casi 100 % de prendimientos. Existe hasta la posibilidad de infección de hombre a hombre, y en un caso que conozco, de mujer a hombre, por conducto de una mujer que habiendo abortado debido al mal, infectó al ginecólogo que la asistiera.

Se me olvidó indicar que, en lo tocante a profesión, por supuesto, vienen luego en importancia todos los que se ponen en contacto con los animales vivos: labradores y lecheros, lo cual explica la gran desproporción entre los dos sexos, pues en los casos

de contacto los hombres se afectan por lo menos seis veces más a menudo que las mujeres.

Transferencia por la leche cruda.—Considerando ahora la leche como medio vector, el hecho más destacado es la transmisión por la leche cruda, pues en lo que yo sepa, no se ha descubierto ningún caso debido a leche debidamente pasteurizada, y debemos recalcar la palabra *debidamente*, pues hay datos de que si se descuida algo la pasteurización, puede ser ineficaz, y el microbio, en particular la cepa suina, puede sobreviviría. Aun dada esa posibilidad, hay muy pocas probabilidades de contraer la enfermedad por conducto de la leche pasteurizada, y no conozco ningún caso en Filadelfia que haya tenido ese origen. Hace cosa de un año, el Dr. Brooks comentó ese mismo punto al mencionar que de 255 casos declarados en el Estado de Nueva York en cierto período de tiempo, ocho correspondían a la ciudad de ese nombre, y 257 al resto del Estado. Obsérvese, pues, que ya se trate de contactos o de transmisión por ■ la leche, el mal afecta primordialmente las pequeñas poblaciones y comarcas rurales en que

consumen leche cruda o donde puede haber contacto con animales infectados.

La proporción de infección transmitida por la leche varía según la comunidad. Como ya se ha dicho, Starr y Maxcy sostuvieron que más de 60% de los casos declarados en Virginia procedían de la leche, y sólo 40 %, de los contactos. Gilbert y Coleman, en Nueva York, también han recalcado el predominio de la leche sobre contactos en esa región. No faltarán quienes, a pesar de estas estadísticas, recalquen el contacto y traten de exponer a la leche en absoluto. No hace más de un año que un veterinario, el Dr. Welch, en el *Illinois Medical Journal* insistió que trataba puramente de contacto, y procuró demostrar que probablemente los enfermos, y en particular las mujeres, se infectaban por manipular carne de cerdo infectada en sus quehaceres domésticos. Ahora bien, en el Estado de Nueva York una mujer tendría que tocar chuletas de 500 cerdos diferentes antes de dar con uno infectado.

Con respecto a la diseminación por la leche, hay que considerar ciertos puntos importan-

Dr. Manuel Larios

Médico y Cirujano

De las Facultades de Nueva York y Honduras.

Con práctica en los hospitales de Nueva York.

Radiólogo del Hospital General y de La Policlínica

Consultas de 2 a 5 p. m. Teléfono 260. Dirección:

Casa contigua a la de doña Enma de Bonilla

tes. En primer lugar, tenemos la dilución, según la cual hay muchas probabilidades de contraer la enfermedad, si se toma la leche de una sola vaca que excrete grandes cantidades de microbios; esas probabilidades van disminuyendo cuando se consume la leche combinada de un rebaño, y mientras menos animales afectados en éste, menos probabilidades hay de contraer el mal. Por ejemplo, Cameron y Wells en Maryland, al seguir una serie de casos humanos, descubrieron que todos ellos procedían de un rebaño en que estaban afectados más de 20 % de los animales, sin poder encontrar casos cuando la proporción de infectados era de menos de 20 % en el hato. Starr y Marcy hicieron en Virginia una observación semejante, pues sus casos posibles procedían de hatos en que 15 o más por ciento de los animales estaban infectados, sin que procediera ninguno de los otros. Con respecto a este punto de la intensidad de la infección del ganado, Bogan realizó una observación interesante en tres sanatorios para tuberculosos en que todos los enfermos consumían leche cruda. En uno de los tres establecimientos el rebaño esta-

ba muy infectado; en los otros dos la proporción de vacas infectadas era pequeña. En el establecimiento del rebaño más infectado, de 854 consumidores de leche 66 acusaron aglutinorreacciones positivas, y 41 de ellos manifestaron fiebre, mientras que en los otros dos ni un solo enfermo resultó positivo; es decir, que intervino de nuevo el factor de dilución.

Tenemos luego la variación en la patogenicidad del germen, en su virulencia, factor éste sobre el cual por desgracia conocemos muy poco o nada.

Surge después la cuestión de la cepa del microbio. Ya he dicho que esas distintas cepas son intercambiables, y bastantes veces las que afectan al ganado vacuno son las suinas, cuya virulencia es sin duda mayor. Algunos de los brotes más agudos han recogido esa causa. Ya se trate de una cepa suina, como suele suceder en Iowa, o bovina, como suele suceder en el Estado de Nueva York, es un hecho que en la práctica si la infección es transmitida por la leche, la culpa es de ésta, y el problema corresponde al ganado vacuno.

(Continuará).