Revista Médica del Ateneo Ramón y Cajal

SUMARIO:

I.—ESTUDIO DE CONJUNTO DE UN TEMA.—
American Association Orthopedic.—Informe oficial sobre Conceptos, Síntomas y Tratamiento de la poliomielitis aguda 107

II.—TRABAJOS DE OBSERVACION Y EXPERIMENTACION.—
I. Costero.—Novedades sobre inflamación 119
C. Parés.—Concepto actual en el tratamiento de las obstrucciones vesicales..... 132
M. Jiménez.—Tratamiento de los empiemas 138
J. D'Harcout.—Esguince lumbosacro 143
F. Guerra.—Farmacología de la alergia 147
A. Aparicio.—Biología e inmunología de la sífilis 155
C. Palencia.—Concepto actual del diagnóstico y tratamiento de la brucelosis... 159
J. Gómez Higuera.—Difteria atípica en el D. F. 165

III.—MEDICINA PRACTICA.—
J. Bejarano.—Poikilodermia.—Caso clínico 167
Referata terapéutica 168
J. Vázquez.—Las nuevas substancias medicamentosas preparadas durante la guerra en Alemania y en el Japón 171
Novedades en el comercio terapéutico y en instrumental 176

IV.—COMENTARIOS.
Nueva Revista Médica Mexicana 177
Sobre el Hospital Clínico de Barcelona 178

V.—CONCEPTO, ESTADO Y PROBLEMAS DE LA ORGANIZACION MEDICA MUNDIAL.—
C. Diez Fernández.—Sobre el proyecto gubernamental inglés 179
Algunos datos sobre la Organización Médica Norteamericana 182
Honorarios de los médicos ingleses no especializados 182
A. Q. Maisel.—Seguro del Estado o seguro particular 184
Indice del coste medio de vida, salario horario médico industrial, y honorarios médicos en la Capital de México, desde 1930 y 1946 186
La Organización Médica de la Empresa Kaiser en Estados Unidos 187
Preguntas de fin de año en cualquier hospital 188
Grandezas de la profesión liberal 190
El ejercicio de la medicina incompatible con otra actividad 191
Valoración de la capacidad profesional en Norteamérica 192

VI.—MEDICINA Y SANIDAD EN EUROPA.—
Mortalidad por cáncer en los países europeos 194
Tifus experimental en el hombre 195
Hipotermia experimental en el hombre 196
Los centros de experimentación sobre el hombre de los campos de concentración fascistas 198
Mortinatalidad en los países europeos 200
Informaciones médicas de Inglaterra, Francia, Suiza, Rusia y Noruega 200

(Sigue a la 2ª de forros)

IIa. Epoca **México, Enero-Febrero de 1947** **Núm 2**

Esta REVISTA MEDICA, en su calidad de órgano del "ATENEO RAMON Y CAJAL", pretende tanto asegurar en el exilio la continuidad y difusión de la Cultura Médica Española como contribuir al mejor conocimiento y mayor gloria de la Ciencia Médica Mexicana.

Su publicación hállase confiada a la Comisión Científica de dicho ATENEO, la cual, desde el 29 de Agosto de 1946, está constituída por el Presidente Vitalicio de la citada entidad, Dr. MANUEL MARQUEZ y los Drs:

JULIO BEJARANO — CARLOS PARES
ISAAC COSTERO — JOSÉ TORRE BLANCO.
CARLOS DÍEZ

En esta II Epoca, se publica mensualmente, en números aproximadamente de CIEN PAGINAS de texto, formando volúmenes semestrales. Su reparto es gratuito y quienes, no siendo socios del ATENEO RAMON Y CAJAL, deseen recibirla con regularidad han de manifestarlo por escrito al Dr. CARLOS DIEZ (Roma 48, 2° piso. México, D. F.).

A esas mismas señas deberán remitirse los originales cuya publicación se desee, así como las contestaciones de encuestas, resúmenes de revistas, etc., etc. La colaboración que no sea aceptada por el Comité Directivo de la REVISTA MEDICA será devuelta a sus autores, con expresión de los motivos de la repulsa. Los originales aceptados se publicarán en el orden que estime pertinente el Comité, pero siempre haciendo constar la fecha de su recibo en la REVISTA. Solamente se admite, por cada trabajo, un máximo de DIEZ ilustraciones (radiografías, diagramas, esquemas, etc.).

TODOS LOS TRABAJOS, INCLUYENDO ANALISIS DE REVISTAS, QUE NO LLEVEN AL FINAL LA FIRMA DE SU AUTOR, CORRESPONDEN A MIEMBROS DEL COMITE DIRECTIVO.

De los trabajos publicados, responden sus autores.

SE SOLICITA CANJE.

Nuestro esfuerzo no podrá tener éxito si no se nos presta colaboración. Y nuestros fines, merecen aquel esfuerzo y esta colaboración que pedimos.

La Comisión Científica del
ATENEO RAMON Y CAJAL.

(Continúa el SUMARIO de la 1ª página de forros)

VII.—ENSEÑANZA MEDICA.—
Cupo de ingreso en las Escuelas Médicas Inglesas 205
Esquema del Plan inglés de educación médica 206
Facultades Médicas Europeas 206
El servicio de protección a los estudiantes de medicina 210

VIII.—NOTICIAS Y AMENIDADES 212

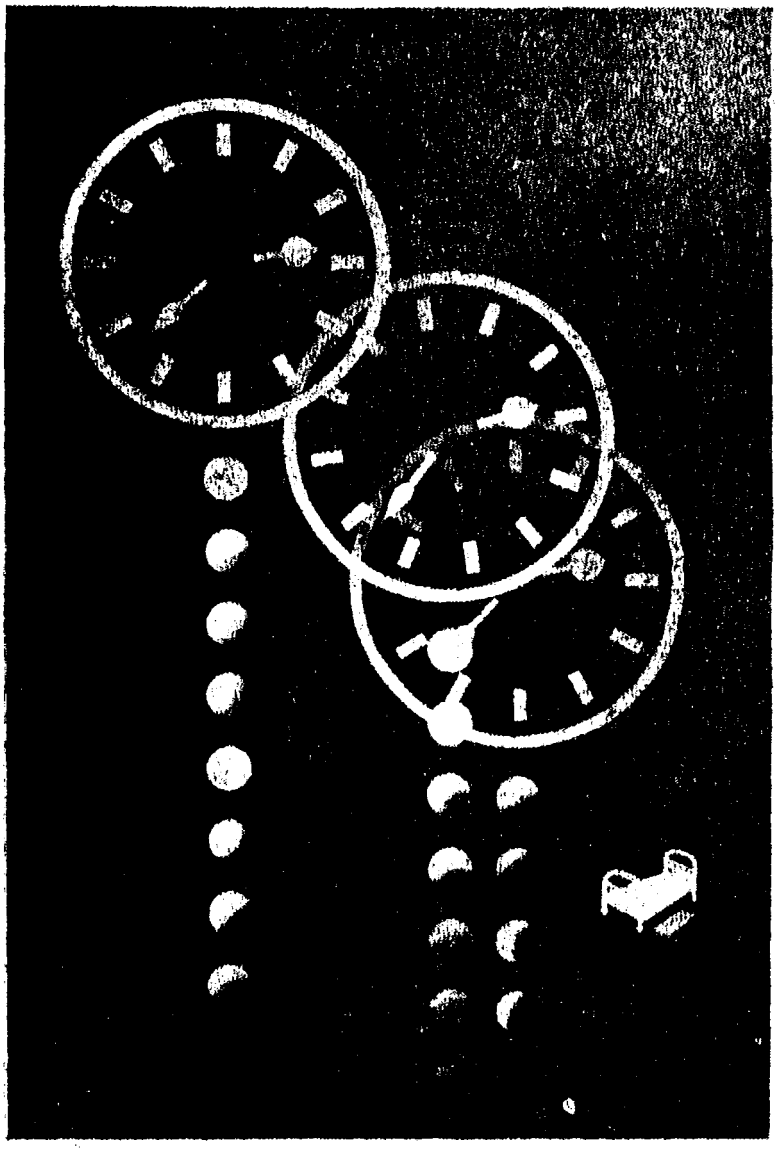
IX.—CRITICA DE LIBROS 219

X.—ANALISIS DE REVISTAS. (Prensa norteamericana, 227.—Prensa Latino Americana, 238.—Prensa inglesa y canadiense, 240.—Prensa suiza y escandinávica, 243.—Prensa francesa, 246.—Prensa soviética, 251.)

XI.—INFORMACION DEL ATENEO RAMON Y CAJAL.—
A. I. Gueimanovich.—Vida e ideas de Santiago Ramón y Cajal 255
Necrología 257

En el siguiente número:

Física Médica.—*G. García;*
Lobotomía.—*P. del Roncal;*
Tromboflebitis.—*Septién;*
Medicina Preventiva en Argentina;
Resumen de la Ley Inglesa de Salubridad;
Transcripciones de artículos terapéuticos;
etc., etc.



EN POCAS HORAS LA INFECCION ES CONTROLADA

SULFAVIT de Kriya

Sulfonamidas con una asociación vitamínica.

PENICILINA Kriya

Frascos ámpulas de 100.000 U. O.

Pomada de Penicilina con 1.000 U. O. por gramo.

LABORATORIOS KRIYA, S. A.

Av. José María Rico, 137 . Mixcoac - Valle México, D. F.

CALCIUM

SANDOZ

ANTI-INFLAMATORIO
ANTI-ALERGICO
ANTI-HEMORRAGICO
ANTI-EXUDATIVO
RECALCIFICANTE

Ampolletas de 2, 5 y 10 c.c. al 10%
y de 5 y 10 c.c. al 20%
Tabletas efervescentes
Polvo granulado. Tabletas de chocolate.

SANDOZ, S. A.—Basilea, SUIZA

Representantes:

PRODUCTOS SANDOZ

LISBOA, 45. MEXICO, D. F.

Regs. Núms. 7627,7628, 9823 y 9940, D. S. P.

Revista Médica del Ateneo Ramón y Cajal

Redacción y Correspondencia.
Roma, 48-2° México, D. F.

Pendiente para su Registro en la Oficina de Correos de México.

II Epoca. Enero-Febrero, 1947 Núm. 2

I

Estudio de Conjunto de un Tema

El trabajo que sigue no es original. Pero el asunto nos ha parecido de tal importancia que no hemos dudado en faltar a las normas establecidas publicandole en esta *primera sección.*

LA POLIOMELITIS ANTERIOR AGUDA O PARALISIS INFANTIL

CONCEPTOS DE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO

Por "The American Orthopaedic Association"

Preámbulo de los traductores: Drs. *J. D'Harcout y Fernando Cárdenas.*

Existen actualmente sobre la poliomelitis aguda, tanto en el mundo médico como en la masa profana, conceptos confusos, sobre los múltiples problemas que atañen a ésta enfermedad.

Dos factores han contribuído a mantener éste estado de confusionismo. El principal, la aparición en el mundo médico de el método de *Kenny*, para el tratamiento de la parálisis infantil; el otro factor, fué la aparición de varias epidemias, cuya importancia ha sido mas o menos exagerada por la Prensa, pero cuyas alarmantes nuevas, han creado un estado de desasosiego y de terror en los padres.

El método de *Kenny*, ha sido muy ensalzado por algunos Autores mientras que otros lo han combatido con gran encarnizamiento. La difusión del método en periódicos y revistas no profesionales, le han dado una aureola de procedimiento milagroso capaz de curar las poliomelitis, sin dejar secuelas, a condición de emplear las compresas húmedas sujetándose a un determinado ritual. Los entusiasmos de las primeras épocas, hicieron olvidar, incluso a los profesionales, el substractum anatómico de la enfermedad.

La discusión apasionada, entre el empirismo y la Facultad, llegó a adquirir tonos dramáticos. Parecía totalmente resuelto el tratamiento de la parálisis infantil, según éstos difusores de periódos populares: Se llegó a realizar tal "bourrage du cráne", que parecía que los Cirujanos Ortopédicos, se complacían en torpedear un método eficaz, tan solo porque se trataba de una técnica "empírica", elaborada por una subalterna. Tal popularidad y prestigio adquirió el método de *Kenny*, que las discusiones entre adeptos e impugnadores, se compararon con las de la época de *Pasteur*, o de *Lister*.

Los facultativos norteamericanos no perdieron la calma, especialmente la Sociedad Ortopédica Americana (THE AMERICAN ORTHOPEDIC ASSOCIATION) estudió el método de un modo objetivo, y obtuvo conclusiones definitivas sobre sus ventajas. Algunos médicos fueron también contagiados por la "neurosis colectiva" provocada por las publicaciones en los primeros tiempos, y se manifestaron de una manera insensata, combatiendo el tratamiento clásico, especialmente la profilaxis de las deformidades por el tratamiento postural.

Las campañas alarmistas sobre aparición de focos epidémicos de poliomelitis, también han contribuído a crear una situación de pavor, de constante temor, de que los niños fueran afectados por éste terrible mal, y por ello, perdiendo totalmente la ecuanimidad, muchos padres han tenido reacciones de pánico ante la posibilidad de que sus niños fuesen poliomielíticos.

Por ello nos parece muy interesante, el dar a conocer el concepto de The American Orthopedic Association sobre la poliomielitis, anterior aguda. Se trata de un trabajo muy meditado y comprobado constantemente, por los métodos clínicos o experimentales mas rigurosos. Podríamos decir que representa la doctrina ortodoxa sobre la poliomielitis.

El conocimiento y difusión de éste trabajo, lo reputemos utilísimo puesto que la autoridad y responsabilidad de la AMERICAN ORTHOPEDIC ASSOCIATION avala cuanto en él se dice, y por otra parte no es fácil encontrar en los grandes métodos una puesta tan al día de una cuestión de semejante importación. Por éstas consideraciones, damos a conocer íntegro el trabajo, con la seguridad de que ha de ser extraordinariamente importante tanto para el Médico de familia, como para los especialistas.

Réstanos advertir que hemos hecho una traducción íntegra del original publicado en J. A. M. A. (vol. 131, núm. 17, pág. 1411).

"La poliomielitis o parálisis infantil es una enfermedad aguda generalizada y sistemática,

causada por un virus y caracterizada por la inflamación de diferentes segmentos del sistema nervioso central, y especialmente por lesiones o aun por la destrucción de las grandes células motoras de la médula espinal, cuyo resultado final es la parálisis de la motilidad voluntaria de los músculos inervados de las células afectadas.

Historia

La poliomielitis no es una enfermedad nueva pues fué descrita detalladamente en 1784 por *Underwood* en Londres. Es posible que algunos casos descritos anteriormente fuesen de parálisis infantil. En 1835, *Johon Badhan*, describió cuatro casos clínicos en niños de dos años en una pequeña epidemia de verano en el campo de Inglaterra. En 1840, *Jacob Heine*, de Constant publicó su primera monografía en la que expone una descripción clínica exacta de la enfermedad, y orienta su tratamiento. Apareció más tarde un segundo artículo en 1860 en el cual puntualizaba, la localización espinal de la enfermedad. Las lesiones esenciales del sistema nervioso central fueron gradualmente estudiadas en los años de 1863 a 1888 por *Von Reinecker* y *Von Recklinghausen* y otros y, finalmente por *Rissler* en 1888 quien describió las lesiones medulares de los casos agudos.

En este país (E. U. A.), la primera epidemia, que se conoce descrita en Lousiana por *Ecarge Colmer* en 1841. Los fundamentos del conocimiento actual sobre la epidemiología de la poliomielitis se deben a *Medin* en 1890. La enfermedad, se denomina a veces en Europa enfermedad de *Heine Medin*. La experimentación comienza a tener éxito en 1909 cuando se inoculan monos con buenos resultados por *Landesteiner* y *Popper*, *Flexner* y *Lewis* y otros. El resultado fué demostrar que la enfermedad era causada por un virus. Muy cuidadosas y difíciles investigaciones clínicas, epidemiológicas y experimentales se hicieron en los 35 años siguientes al descubrimiento de que un virus producía la poliomielitis, realizándose avances constantes en este sentido. A pesar de que se ha acumulado una valiosa aportación, ciertos conocimientos esenciales son desconocidos todavía, tales como su trasmisión, el mecanismo de invasión del sistema nervioso central, la reacción de los tejidos en presencia del virus y el desarrollo de una inmunidad pasiva o activa. Estos son los auténticos objetivos que la ciencia debe tratar de alcanzar, puesto que es mucho más importante que la necesaria y apremiante rehabilitación del paralítico la eliminación de la infección o la positiva profilaxis del niño contra la enfermedad.

Epidemiologia

La parálisis infantil, existe en todo el mundo pero su frecuencia es mayor en los climas templados. Es una enfermedad del verano y otoño; sin embargo, ocasionalmente ocurren invasiones en cualquier época del año. El número de casos que aparecen en una determinada región sigue una curva irregular de un año a otro, alcanzando proporciones epidémicas a intervalos variables. La enfermedad aparece en forma esporádica, endémica y epidémica.

Es una enfermedad esencialmente de la juventud, pero puede aparecer en cualquier edad, de la niñez a la madurez. En la infancia la frecuencia es algo mayor en los varones que en las niñas. En los adultos no se observa diferencia numérica entre los afectados de ambos sexos. La raza y el color no influyen. Cerca del 60% de los enfermos son menores de diez años. Aproximadamente el 80% de los pacientes no han cumplido los quince.

Aunque algunas epidemias han asolado a grandes ciudades, cuando se estudia el total de casos de un país, se observa que, con preferencia los casos aparecen en el campo. Esta distribución rural, y su carácter estacional, hacen pensar en una puerta de entrada digestiva o en un insecto vector, o quizás en ambas cosas como medio de trasmisión. En los primeros tiempos se pensó que la infección comenzaba por la parte alta del tracto respiratorio, fundándose en los hallazgos bacteriológicos, en la secreción nasal de los enfermos y en los resultados de la inoculación de esta secreción a los monos. Los trabajos de *Paul*, *Trask* y *Sabin*, demostrando la existencia de un virus en los escrementos, en las alcantarillas y en moscas atrapadas en áreas epidémicas hicieron derivar la atención hacia el tubo sugestivo, como puerta de entrada.

La existencia, bien comprobada, de personas sanas, portadoras de gérmenes, en cuyas heces se encuentra gran cantidad de virus, y asimismo el hecho de que en épocas de epidemia de parálisis infantil se observan casos abortivos, y casos en los que la parálisis desaprecibida hace pensar que el virus poliomielítico tiene una mayor difusión, de la que podría suponerse, si solo se tuviera en cuenta el número de los enfermos con parálisis establecida.

Existen grandes variaciones en la virulencia del virus de un año a otro. Asimismo se observan variaciones individuales de la susceptibilidad frente a la infección. Es más frecuente proporcionalmente la incidencia de la enfermedad en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas de la misma edad. La amigdalectomía también parece que predispone a la infec-

ción y en éstos casos predomina el tipo bulbar, dando un alto porcentaje de mortalidad. La fatiga y la debilidad parece que constituyen un factor predisponente.

La incubación varía de siete a veintiún días como límite extremo, generalmente suele ser de siete a catorce días. Sin embargo, se ha demostrado recientemente en un paciente, en el cual se sabía exactamente la fecha de la exposición al contacto, que el vírus apareció al sexto día en el excremento sin que el paciente presentase los signos de la enfermedad hasta el veinticincoavo día.

Un segundo ataque de poliomielitis es muy raro, aunque ha sido descrito algún caso. Puede obtenerse un ataque a repetición experimentalmente en monos, lo que demuestra que la inmunidad ante la reinfección no es absoluta.

No obstante los hallazgos clínicos y bacteriológicos, aun no está absolutamente probada la existencia de un huesped intermediario o animal transmisoh; ni es conocido un insecto vector, ni está definida la puerta de entrada, ni es conocida la lesión inicial. De hecho no se conoce ninguna lesión inicial típica, fuera de la característica conocida del sistema nervioso central.

Las medidas preventivas durante una epidemia deben estar naturalmente bajo la dirección de las Autoridades Sanitarias. Debe evitarse que los niños sanos permanezcan en lugares muy concurridos, especialmente en lugares cerrados, como piscinas, vehículos de transporte públicos, canales y aguas expuestas a contaminación; también deben evitarse los ejercicios extenuantes. Asímismo se procurará no realizar amígdalectomías. Debe de internarse, si es posible, a los pacientes paralíticos o cuando menos aislarlos y encamarlos y hacer que sus excreciones sean esterilizadas.

En cuanto existan casos en un poblado, se debe inspecionar las instalaciones y organización sanitaria, especialmente los albañales y se vigilará la distribución de leche y de agua. Las medidas contra los insectos son impracticables en los medios rurales, en los cuales comienzan generalmente las invasiones. Ha de procurarse proteger de contaminaciones los lugares donde se expenden alimentos, así como los hogares. Sin embargo, la existencia de portadores sanos y de enfermos no paralíticos que pasan desapercibidos, hacen imperfectas las medidas preventivas que se tomen. Ahora bien, debe recordarse que mientras el índice de mortalidad por 100 casos es alto en tanto que el porcentaje de morbilidad por cien mil personas es siempre bajo. Muchas familias y sus niños escapan indemnes en las epidemias.

Histología

Para tratar una enfermedad correctamente, es necesario conocer la localización y el carácter de las lesiones que produce. Los anatomo-patólogos han establecido que las lesiones esenciales de la poliomielitis estan localizados al sistema nervioso central, aun cuando lo que el paciente nota exclusivamente es la impotencia muscular de las extremidades. El vírus ha sido hallado en diversas partes del organismo pero en ellas no se encuentran lesiones definitivas.

La invasión del sistema nervioso central, a pesar de la localización del vírus, se observa relativamente tarde. Se cree que la invasión se verifica por las raíces periféricas de los nervios más bien que por vía vascular linfática u otro medio humoral. Los trabajos de *Fairbrother* y *Hurst* y los recientes experimentos de *Howe* y *Bodiar*, indican que el vírus es casi totalmente neurotropo, infectando las neuronas y no la neuroglía y trasladándose de una parte del sistema nervioso a otra a través de los cilindro-ejes.

Sabin enseñó que en el tipo bulbar primario de la enfermedad había lesiones extensas de las neuronas diminuyendo a medida que se desciende en el neuroeje. Exactamente lo contrario sucede en el tipo espinal de la enfermedad. El autor cree que, en el tipo bulbar primario, el vírus penetra a lo largo de los 5°, 7°, 8°, 9° y 10°, pares craneales, correspondientes a la parte superior del tracto alimenticio. En cambio, en el tipo espinal el camino que sigue el vírus son las fibras nerviosas aferentes viscerales del intestino por la vía de las raíces ganglionares posteriores. Todos los estudios recientes, consideran imposible la invasión a través de la mucosa nasal y del nervio olfatorio, que era lo admitido antes.

El vírus, generalmente tiene una afinidad por las grandes células motoras de las astas anteriores de la médula. La destrucción parcial o total que tiene lugar en dichas células representa la base del proceso histopatológico de esta enfermedad. Las lesiones fueron correctamente descritas por *Rissler* en 1888 como un proceso de cromatolisis, lisis, necrosis por coagulación y neuronofagia. Estos hallazgos han sido corroborados más tarde por *Sanin Ward*, quien describe cuatro grados lesionales:

1.—Cromatolisis e inclusión acidofila intranuclear.
2.—Necrosis acidofila.
3.—Invasión por leucocitos polimorfonucleares y,
4.—Completa neuronofagia.

El doctor *Sabin* cree que esta clase de lesiones hasta el tercer grado son reversibles, y por lo

tanto la neurona puede recuperarse puesto que la lesión es todavía incompleta. Solamente en el cuarto grado lo destrucción es completa, y por lo tanto irereversible e imposible de recuperación. Esta es la base anatomo-patológica de las extensas recuperaciones clínicas precoces de parálisis, que comunnmente se ven. La lesión parcial o la destrucción total de las células de las astas anteriores de la médula y los núcleos cerebrales da lugar a la parálisis temporal o permanente de los músculos esqueléticos al privarlos de su inervación. Los músculos pierden su tono, se tornan flácidos. Se presentan en ellos precozmente las típicas lesiones degenerativas, secundarias a toda denervación. La vuelta a la normalidad de los músculos acontece solamente cuando se recuperan las células motoras y se restablece la inervavación.

Con menos frecuencia se observa que el virus afecta al cerebro, y llega hasta impregnar la corteza y, entonces se produce una parálisis espástica, como consecuencia de la destrucción de las neuronas corticales. También, se encuentra, aunque raramente, en las epidemias de poliomielitis casos de encefalitis difusas.

Las anteriores lesiones coinciden con la inflamación de los ganglios de las raíces posteriores y otros elementos nerviosos e irritación meningea, y perturbaciones en las células y en la química del líquido céfalo raquideo. Dichas lesiones son transitorias y no, producen efectos secundarios permanentes.

Sintomatologia y curso

El comienzo de la parálisis infantil es muy semejante al de todas las infecciones agudas; comienza con fiebre, malestar general, síntomas gastrointestinales frecuentemente asociados con dolor de cabeza y a veces con irritación nasofaríngea. De los síntomas gastrointestinales el más frecuente es el vómito. A veces puede presentarse diarrea.

En cerca del 30 por ciento de los casos se aprecia un tipo bifásico de la enfermedad aguda, en el cual se observan dos episodios distintos fébriles. En el primer período aparece como una enfermedad aguda sin importancia, de tipo no específico, con una elevación moderada de la temperatura, generalmente poco importante y que dura entre 24 y 36 horas. Después el paciente tiene unos días apirético. Este lapso dura uno y ocho días; como promedio de dos a tres días. El paciente se siente bien o relativamente bien hasta que se desarrolla el segundo período con un tipo mucho más grave de enfermedad aguda, en la que existen signos evidentes de invasión del sistema nervioso central.

A veces, la segunda fase febril es frecuentemente la única o cuando menos la única observada. Desde el punto de vista práctico, debe considerarse entonces que la segunda fase de la enfermedad aguda ha continuado la primera omitiéndose el lapso apirético intermedio. Cuando aparece la segunda fase, la enfermedad puede ya ser diagnosticada por los signos clínicos, pues a los síntomas de una enfermedad infecciosa aguda, como se dijo antes, se le añaden los síntomas que indican la existencia de una lesión del sistema nervioso. El dolor de cabeza muy intenso puede constituir un síntoma orientador en los adultos, pero en los niños no es muy patente. Los dolores musculares aparecen en varias áreas, pero generalmente se observan primero en el cuello y la espalda. A veces, se instala rápidamente una rigidez de estas regiones musculares. El espasmo muscular puede instalarse particularmente en el cuello y espalda y en la masa sacro lumbar. La elevación de la pierna en extensión es muy limitada por la flexión del cuello y la espalda. En el segundo y tercer día de la enfermedad febril, los síntomas del sistema nervioso central se hacen más ostensibles. La sensibilidad y el espasmo es muy posible encontrarlos en músculos que no sean precisamente los del dorso.

El paciente suele estar consciente e irritable. Cuando el proceso se acompaña de intensa encefalitis se observa una somnolencia cercana al estupor. No es raro ver un enfermo, al parecer muy somnoliente, que al acercarse a él aparece consciente y alerta. La parálisis frecuentemente se presenta del segundo al cuarto día; aparece primero como si fuera una debilidad de ciertos músculos, cuya intensidad y distribución aumenta con rápidez variable. Ordinariamente, la parálisis alcanza su máxima extensión a las 48 o 72 horas después de su aparición. Sin embargo, ciertos pacientes tienen fiebre contínua y parálisis hasta la terminación fatal. El cuadro corrientemente es de debilidad y laxitud muscular, acompañado de irritabilidad de los músculos la cual se hace aparente al extenderlos. A veces se observa aún ratura queda normal por 24 horas no es freneralmente la temperatura se normaliza de 4 a 7 días después del comienzo del episodio fébril principal.

Al enfermo no le gusta que lo molesten, no le gusta que le muevan, pero el espasmo y la sensibilidad varían mucho en intensidad. Los músculos de la nuca, los erectores del espinazo y los sacrolumbares casi siempre están afectados en un grado considerable. Los músculos respiratorios pueden permanecer en estado de espasmo y no es rao que el tórax se mantenga en mediana inspiración. La parálisis es variable tanto en intensidad como en distribución. En un considerable porcen-

taje de casos leves no se observa ninguna mientras que todos los músculos del esqueleto pueden estar afectados practicamente en los casos graves. La parálisis puede no obedecer una distribución fija, aunque tenga tendencia a una localización regional. Los músculos individualmente estan afectados en muy distinta intensidad que varía desde una debilidad, que apenas puede ser notada, hasta una parálisis sin contracción apreciable.

Los reflejos están disminuidos en las zonas musculares afectadas. Sin embargo, en el período de invasión puede observarse una exaltación transitoria de los reflejos.

En casos muy raros en que predomina un cuadro de encefalitis puede observarse una parálisis espástica. La conjunción de hipersensibilidad y espasmo, unido a la parálisis debe servir para caracterizar la parálisis debida a lesión de neurona motora superior.

La muerte cuando ocurre, generalmente es debida a quedar afectado el aparato respiratorio. La afección respiratoria puede ser de dos tipos: bulbar, en la cual los propios centros están invadidos, y respiratoria espinal cuando los músculos respiratorios propiamente dichos están afectados por parálisis. Es muy importante diferenciar ambos tipos de lesión respiratoria.

El tipo bulbar se caracteriza por respiración iregular, dificultad para deglutir y cambios en la voz. El tipo espinal se caracteriza porque los músculos de la respiración son afectados por lo tanto los movimientos respiratorios estan abolidos y el mecanismo de la respiración está muy debilitado o paralizado. Los músculos respiratorios accesorios entran en función y se observa la dilatación de las alas de la nariz; la respiración es regular pero los cambios respiratorios son insuficientes dado lugar a anoxia y cianosis. El corazón puede detenerse en el tipo bulbar, especialmente cuando el paciente se encuentra en estado delirante con una gran excitación.

Corrientemente no se observan perturbaciones de la sensibilidad, aunque a veces exista hipoestesia y aun anestesia. Puede observarse la pérdida del control vesical con retención durante algunos días al comienzo de la infección, pero rápidamente recupera su total funcionamiento.

Debe de insistirse que el cuadro clínico del estado agudo es muy variable y que a veces, particularmente en niños y en casos esporádicos, este parálisis puede ser el primero y único síntoma visible.

Coincidiendo con el descenso de la fiebre y la regresión de la actividad del vírus en el sistema nervioso, la enfermedad entra en el estado de recuperación el cual puede ser dividido clínicamente en dos períodos:

Primero.—El estado subagudo, cuando todo peligro de nueva parálisis ha pasado pero durante el cual todavía estan manifiestos los efectos de la reacción general inflamatoria del sistema nervioso. Este estado se caracteriza por nerviosismo, irritabilidad, sensibilidad dolorosa, hiperestesia, espasmos, rigidez, espasmo y además el síntoma mas característico: la parálisis muscular. Este estado puede durar desde unos cuantos días, hasta dos meses con gradual mejoramiento de los síntomas motores.

El segundo período o estado de convalecencia, se alcanza cuando todo el cuadro queda reducida exclusivamente a la debilidad motora. La duración del estado de convalescencia es todavía mas incierta y variable. Anteriormente se calculaba su duración de 3 a 5 años, durante los cuales la función motora puede ir mejorando gracias a la recuperación de las células lesionales, pero no de las destruidas totalmente. Observaciones mas recientes indican que el estado de convalescencia oscila entre 9 y 18 meses a lo más. Se considera que el estado residual comienza cuando la parálisis dura más de 18 meses. El estado residual no debe de considerarse como sin esperanza de recuperación funcional, puesto que la cirugía reconstructiva en la actualidad puede conseguir mejorar mucho al paciente. Durante el período de recuperación pueden esperarse mejorías espontáneas de la motilidad. Por ello tiene gran importancia y valor adoptar medidas terapéuticas que faciliten esta recuperación espontánea.

La extrema variabilidad entre casos individuales, aun en la misma epidemia, tanto en el comienzo, como en la sintomatología, gravedad, curso, y parálisis residuales, caracteriza la afección.

Diagnostico Diferencial

La poliomielitis aguda es fácil de diagnosticar, precozmente durante las grandes epidemias y aun pueden diagnosticarse los estados preparalíticos y las formas abortivas. En el comienzo de las epidemias sólo es posible el diagnóstico cuando se ha instalado la parálisis; igual sucede con los casos esporádicos.

El diagnóstico en los casos dudosos puede ser comprobado por punción lumbar. En el líquido cefalo-raquídeo se encuentra un ligero aumento de la presión con líquido claro y aumento moderado de las células mononucleares.

La historia de la enfermedad es algunas veces desorientadora. Sin embargo, ningún otro proceso infeccioso agudo da realmente un tipo de parálisis flacida; las meningitis coccidiosa y tuberculosa, la mielitis transversal, la encefalitis, la histeria, la pseudo-parálisis de la sífilis congenita y aun la ostiomielitis subaguda pueden excluir-

se por la edad, historia y por las perturbaciones de la sensibilidad e hiperestesia.

El signo clínico precoz mas típico de una poliomielitis inminente en un niño enfermo a fines del verano o principios del otroño, es la imposibilidad de flexionar el cuello hacia delante. Si no observa rigidez de la nuca, no hay peligro para el niño en las primeras 24 horas.

En el estado residual se tienen menos dificultades en el diagnóstico si de dispone de una buena historia clínica del paciente. Cualquier otra enfermedad, con parálisis flacida y sensibilidad normal, tiene un cuadro muy distinto.

El Pronostico en la Poliomielitis

Pronóstico en cuanto a la vida.—El porcentaje de mortalidad ha variado grandemente en las diferentes epidemias y en diferentes lugares. En la ciudad de Nueva York y en el estado del mismo nombre, fué de 25.2 por ciento en 1916. En Sidney, Australia fué menos del 1% en 1937. En Manitoba, en 1941 el porcentaje de mortalidad fue apenas de 1.8%. El promedio de mortalidad en epidemias recientes en E. U. A. ha sido de 728%. En general, en los últimos años, el porcentaje de mortalidad ha sido mas bajo que epidemias anteriores. Esta patente mejoría del pronóstico es debida probablemente a un diagnóstico precoz y a la inclusión en la estadística de los casos abortivos de la enfermedad. Debe también tomarse en cuenta que la toxicidad del vírus puede variar en diferentes epidemias y en diferentes lugares. Sin embargo, la mortalidad es más elevada en las epidemias de casos diseminados, como la de 1916. El porcentaje mas alto de mortalidad lo da el tipo bulbar de parálisis; puede ser de 42 a 80%. El pronóstico es más sombrío en adolescentes y en adultos que en niños por debajo de los diez años.

Pronóstico de la recuperación de la parálisis.—La posibilidad de recuperación de cualquier músculo paralizado depende, de un modo absoluto, del estado de la célula motora que inerva dicho músculo. La célula qe ha sido lesionada, pero que no ha sido destruída totalmente puede recobrar su función. Si todas las neuronas que inervan un músculo determinado han sido destruídas, ese músculo quedará completa y permanentemente paralizado. Si algunas células han sido destruídas y otras sobreviven, habrá una recuperación parcial del músculo cuya recuperación depende, exclusivamente del número de células motoras que se recuperan. Si todas las células permanecen vivas después, que ha pasado la fase lesional existe la posibilidad de que el músculo recupere su potencia normal.

La mejoría espontánea relatada anteriormente, empieza en la mayor parte de los casos a los pocos días y practimamente en todos los casos dentro de las primeras semanas.

El pronóstico, es mas grave, en los intensos ataques de poliomielitis, en los casos en que todos los músculos quedan afectados en un cierto grado pero sin embargo se ven muchas excepciones a rálisis con recaídas y propagación a nuevos músculos, en un período de pocos días sobretodo si se acompaña de sensibilidad dolorosa, son factores que influyan desfavorablemente en el pronóstico.

Los pacientes con la poliomielitis de tipo bulbar, mueren o se recuperan sin parálisis de los músculos periféricos.

Al principio del estado de convalecencia o recuperación de la poliomielitis, el Médico no puede saber el estado de las lesiones de los centros motores de la médula y por tanto no puede emitir una opinión razonable sobre el pronóstico definitivo. Pero en cualquier caso tal opinión pronóstica puede expresarse a los tres meses y a veces antes.

Los músculos que prontamente recuperan su fuerza, probablemente volverán a su estado normal. Aquellos músculos que tienen moderada o poca fuerza al final de este período, probablemente nunca alcanzarán un completo restablecimiento. Los músculos que están completamente paralizados al final del tercer mes, probablemente nunca se restablecerán. Es decir, al final del tercer mes las células motores espinales, o bien se han recuperado totalmente no recuperarán jamás su función fisiológica. Esto no significa que las fibras musculares cuya inervación motora activa ha sido restaurada, no pueda aumentar en fuerza por un tiempo indefinido. A este fin se dirige el tratamiento durante el largo período de convalecencia.

El pronóstico, aunque depende en primer término de que existan o no lesiones irreversibles en las neuronas, puede modificarse y sobre todo agravarse, por deficiencias en el tratamiento durante el período, de recuperación. Los factores que favorecen o perturban la recuperación muscular deben ser estudiados en cada caso frente al enfermo en tratamiento.

El porcentaje de recuperación depende de los factores que han sido enumerados y varían con la naturaleza de la epidemia para su estudio.

Se han utilizado muchas estadísticas de epidemias de todas partes del mundo, desde el tiempo de *Wickman*, 1911, hasta el presente. Una revisión de ellas, conduce a las siguientes observaciones:

1º—El tipo abortivo no paralítico constituye por lo menos el 20% del total de los casos registrados. Este porcentaje ha sido mucho mas alto en las ocasiones en las cuales un cuidadoso diag-

nóstico ha hecho aparecer casos que de otro modo no se hubieran conocido. Como la parálisis no se ha establecido en los casos abortivos, han sido excluídas de las estadísticas de recuperación.

2°—La recuperación total espontánea de la parálisis, se ha observado en un 35 a 60%. Muchas estadísticas no enumeran el número de casos abortivos y por ello no deben tomarse en consideración. Cuando el total de los casos, incluyendo los abortivos, se ha tomado en cuenta, la completa recuperación ha llegado a un 55% a 80%.

3°—Cerca del 2% quedan completamente incapacitados.

4°—Del 10 al 20% requieren el uso de aparatos o de intervención quirúrgica reconstructiva.

5°—El resto no tiene incapacidad manifiesta.

En total, el pronóstico en la poliomielitis es favorable y se puede decir, de acuerdo con un autor que, con buen cuidado, en 75 a 85% de los casos deben obtenerse manifiestas mejorías o una completa recuperación.

Pronostico del resultado funcional final de una extremidad afectada

Depende de la localización y extensión de la parálisis residual y del tratamiento ortopédico, que se instituya al final de la parálisis. Con frecuencia los padres desean saber si el niño tendra aptitud para caminar; si quedara cojo; si tendrá una pierna encogida o con acortamiento o si sera posible que utilice correctamente sus manos y sus brazos. El Médico, con conocimiento de la anatomía y fisiología de los músculos, podrá dar una justa y correcta respuesta a estas preguntas. La debilidad o parálisis de algunos músculos, da lugar a una marcha más defectuosa que la parálisis de otros. La parálisis de los músculos de la mano y del antebrazo tiene mas serias consecuencias que la parálisis del hombro. La función de los flexores del codo es mas importante que la de los extensores. Los músculos glúteos no paralizados permiten al niño caminar sin soportes ni muletas. El acortamiento de una extremidad inferior depende, con algunas excepciones, de la extensión de la parálisis y de la edad en la cual sufrió el ataque de poliomelitis. El cirujano ortopédico puede darse cuenta de las posibilidades de mejora funcional que pueden obtenerse por procedimientos quirúrgicos.

Tratamiento en la fase aguda

El tratamiento de la fase aguda de la poliomelitis anterior es principalmente de la responsabilidad del Pediatra o del Médico de la familia. Sin embargo, el cirujano ortopédico ha aceptado la responsabilidad de la conservación de la función, de la profilaxis de las deformidades de el espinazo y de las extremidades y debe estar preparado para cumplir estas misiones.

La pérdida de la función durante, o en la fase subsiguiente a un ataque de poliomelitis anterior aguda, puede ser consecuencia de un espasmo muscular prolongado, de la deformidad establecida o de la parálisis muscular. Es inegable, por lo tanto, que se obtendran mejores resultados si el cirujano ortopédico colabora con el Médico de la familia desde el día en que se diagnostica la enfermedad.

La poliomelitis anterior aguda puede ser subdividida en tres fases: preparalítica, abortiva y paralítica.

Preparalítica.—Cuando el diagnóstico se ha hecho con precocidad inmediatamente después del ataque de la enfermedad, antes de que se establezcan las parálisis antes de que éstas sean patentes, el enfermo de poliomelitis debe ser tratado con reposo en cama cuidando la posición que guarde en esta. Se calmará o evitará la fatiga y el moverlo excesivamente hasta donde sea posible, cuando se trata de transportar enfermos a algún hospital lejano. Al encamarlo, es preferible hacerlo en una cama dura con tablas entre el colchón y los muelles. La colocación de un cojín en los pies de la cama tiene la doble ventaja de evitar que la ropa de la cama haga presión sobre los talones y de oponer a las plantas una superficie blanda, que mantenga la posición del pie en ángulo de 90 grados y neutral con respecto a la rotación.

Si el enfermo se encuentra muy intoxicado y no retiene los líquidos administrados por vía oral, debe mantenerse el equilibrio hídrico del cuerpo, inyectando s o l u c i o n e s por vía intravenosa. Se ha llegado al acuerdo general de que no debe hacerse uso del suero de convalecientes o adultos como agente especifico. El plasma o la trasfusión, sin embargo, pueden ser de gran valor para restaurar las proteinas del plasma o para corregir la anemia, si se presenta.

Durante éste estado, que puede durar 3 ó 5 días, después del ataque de la enfermedad, puede haber manifestaciones de invasión del sistema nervioso simpático, al mismo tiempo que de las células de las astas anteriores. Los pacientes en este momento presentan gran inquietud. Debe administrárseles barbitúricos para tranquilizarlos y en casos en los cuales existe mucho dolor, está indicada la morfina, en dosis de acuerdo con la edad del paciente. Puede iniciarse el tratamiento por el calor. A menos que la temperatura del paciente exceda a 38 y medio grados se aplicarán compresas húmedas, bien escurridas. Se aplicarán estos fomentos, sobre el espinazo y las extremidades en las cuales se observe debilidad, dolor muscular o variaciones del tono mus-

cular. Estas compresas no deben aplicarse constantemente sino que únicamente se mantendrán una o dos horas en mañana y tarde, con objeto de evitar cuanto sea posible mover al enfermo. Estas compresas calientes, no deben aplicarse sobre todo el miembro, sino solamente sobre el muslo o el espinazo. Han sido llamados "pone packing".

Abortiva:

Se consideran como casos abortivos de poliomielitis aquellos en los que los síntomas precoces de la enfermedad son evidentes y pueden ser confirmados por la punción raquídea pero sin que llegue a manifestarse la parálisis. Muchos de estos casos, no llegan a ser diagnosticados. Estos enfermos no necesitan cuidados especiales sino permanecer en cama y reposo. Sin embargo, deben ser examinados cuidadosamente por si existen espasmos o hipertomicidad de los músculos, de el dorso. Cuando exista rigidez o espasmo de los músculos espinales y la masa sacrolumbar deben ser tratados por calor seco o húmedo, una o dos veces al día. Más tarde, los ejercicios de flexión de la espina deben ser instituídos para evitar la contractura y acortamiento de los músculos hasta que la flexibilidad normal de la columna vertebral haya sido recuperada. Este tratamiento de restauración de el alargamiento, o de el acortamiento o de la espasticidad muscular es esencial a pesar de que se haya o no demostrado la existencia de parálisis.

Paralítica:—Al instaurarse la parálisis debe continuarse el reposo en cama, reposo muscular y se instituirá un tratamiento preventivo postural en la cama para evitar deformidades. Debe practicarse un examen de los músculos, pero limitándolo a las pruebas más superficiales para evitar que se fatiguen. El soporte para mantener los pies en buena posición tiene un gran valor. Si se usa correctamente debe mantener la dorsoflexión de los pies y prevenir el acortamiento de los gemelos y el soleo. A veces es aceptable emplear férulas de metal o yeso para mantener en posición fisiológica a los músculos que están parcialmente parali zados y pueden todavía debilitarse más si se permite que continúen contraídos.

Al establecimiento de la parálisis, el Médico debe observar constantemente al enfermo para descubrir precozmente signos de invasión bulbar. Las manifestaciones bulbares puras son raras.—En cambio, hay algunos casos en los cuales existen mezcladas manifestaciones de parálisis bulbar y espinal. La dificultad de deglutir puede proceder a la dificultad para respirar. En estos casos puede hacerse respiración artificial mientras se encuentra o se prepara un respirador.

El uso de el respirador para los pacientes que tienen localización bulbar ha sido muy recomendado por ciertos clínicos mientras que otros lo condenan. Aquellos que tienen más experiencia en el tratamiento de enfermos de poliomielitis durante la fase inicial de la parálisis, insisten en que el tipo bulbar puro de la enfermedad o el tipo de poliomielitis en la que los síntomas bulbares son muy intensos, mientras que el cuadro espinal es moderado o mínimo, ofrece la mejor oportunidad de una recuperación total si el enfermo puede ser mantenido con vida durante la fase aguda de la enfermedad. Por esta razón parece esencial que se hagan los mayores esfuerzos para mantener a estos pacientes con vida durante esta fase inicial de la parálisis. Por ello debe emplearse un respirador en cuanto aparezca una complicación respiratoria, tal como disnea o cianosis. Debe de enseñársele al enfermo a utilizar el respirador en lugar de luchar contra él. Si el enfermo, tiene una evidente localización bulbar, con dificultad para tragar, debe de elevarse a 30 cms. el pie del respirador con el fin de conseguir un buen drenaje postural y poder aspirar la saliva y otras secreciones más fácilmente. Si la alimentación por vía oral es imposible, es peligroso emplear la sonda estomacal por lo cual deben alimentarse estos enfermos por vía intravenosa. Es indispensable la succión para limpiar las vías respiratorias superiores. La penicilina está indicada para evitar complicaciones pulmonares. Se debe estar convencido que, si el enfermo sobrevive, siempre habrá medios de mejorar su motilidad.

El calor es recomendable para todos los pacientes durante la fase aguda de la enfermedad. El calor irradiado y las compresas húmedas calientes tienen un gran valor. Actualmente no se tiene un claro convencimiento de la superioridad de un medio físico sobre otro. Hay que tener en cuenta que el calor prolongado, de cualquier clase, no solamente produce dilatación de los capilares cutáneos, y otros vasos sanguíneos periféricos, sino que puede dar lugar a congestión pasiva en los músculos en reposo y de este modo se aumenta, en vez de reducir, la rigidez muscular, la fibrosis y el acortamiento de los músculos afectados. El calor debe ser aplicado de modo intermitente y no más de una hora o dos horas al día. La fisioterapia debe ser cuidadosamente vigilada durante la fase paralítica de comienzo, de la poliomielitis anterior aguda y restringirse su aplicación. La terapia por el calor debe ser administrada bajo la dirección de un Médico fisioterapéuta o una enfermera entrenada en el manejo del enfermo. Los movimientos activos y pasivos deben realizarse con el propósito de evitar contracturas y de conseguir relajar los músúculos en tensión, pero debe cuidarse de no producir nunca dolor con estas maniobras. La circulación muscular puede activarse muy suavemente o hacer que realice movimientos acti-

para el golpe vitamínico
en el tratamiento
del raquitismo
WANDER
1 c.c. = 600 000 U.I. Vitamina D.
Reg. No. 23222 D.S.P.
Dr. A. WANDER, S. A., BERNA - SUIZA

VI-DE 600,000 U. I. Vitamina D.

Wander

Generalidades:

Somos deudores a Harnapp del nuevo método de tratamiento del raquitismo, el de una sola y única dosis de vitamina D, iniciado en 1936. Este autor no observó ni intolerancia ni fenómenos tóxicos en los ensayos iniciados. Los síntomas raquíticos desaparecieron al cabo de algunas semanas, estableciéndose una mejoría notable del estado general de los pequeños enfermos desde los primeros días. Luego confirmaron numerosos trabajos clínicos los excelentes resultados de este método, cuyas características son: eficacia segura, tratamiento rápido y económico.

Para el tratamiento del raquitismo por medio de la aplicación única y en dosis elevada de vitamina D ponemos a la venta el VI-DE 600,000 U. I. en frasquitos de 1 c. c. conteniendo 15 mg de vitamina D o sea 600,000 U. I. Esta dosis corresponde a la cantidad de vitamina D generalmente necesaria para obtener una curación duradera del raquitismo. El VI-DE 600,000 U. I. hace desaparecer todos los síntomas a breve plazo y combate eficazmente los casos refractarios a la terapéutica habitual. Está además desprovisto de efectos secundarios por la falta absoluta de sustancias tóxicas tales como toxisterina. Como la dosis tóxica de la vitamina D es por lo demás 20,000 veces superior a la dosis terapéutica, no se debe temer tampoco fenómenos de hipervitaminosis D por el empleo del VI-DE 600,000 U. I.

Composición:

El VI-DE 600.000 U. I. es una solución de vitamina D en aceite vegetal, conteniendo 15 mg de vitamina D o sea 600,000 U. I. en 1 c. c. Es por tanto 40 veces más activo que los preparados de vitamina D ordinarios.

Indicaciones:

El VI-DE 600,000 U. I. está indicado en el **raquitismo grave** y en el raquitismo asociado con la **coqueluche** o a **la neumonía.** En los casos **refractarios a la terapéutica ordinaria,** así como en el **raquitismo reincidente,** el VI-DE 600,000 U. I. dá resultados sorprendentes y definitivos. En la **espasmofilia,** el VI-DE 600,000 U. I. hace desaparecer los espasmos en el espacio de 24 horas. A los **prematuros** se les puede administrar el VI-DE 600,000 U. I. igualmente a título profiláctico sin temor a efectos secundarios.
En la **tetania** evolucionando normalmente y en ligeros trastornos raquíticos basta aplicar el VI-DE normal.

Posología:

El contenido de un frasquito de VI-DE 600,000 U. I. WANDER corresponde a la dosis única y debe administrarse en el biberón, en la papilla, sopa o leche, según la edad del niño. Este absorbe de esta forma la dosis entera sin dificultad. En los casos rebeldes puede repetirse la administración al cabo de 4 semanas.

Forma de venta:

frasquitos de 1 c. c. para la administración oral,
ampollas de 1 c.c. para uso hipodérmico.

Dr A. WANDER S.A. • BERNA - SUIZA

Fabricantes de productos dietéticos y farmacéuticos desde 1865.

Literatura:

G. O. Harnapp: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1936, vol. 66, p. 318.
Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1937, vol. 71, p. 193.

H. Opitz: Medizinische Klinik, 1937, p. 1585.

H. Vollmer: Dosis única masiva de vitamina D.
Tratamiento de raquitismo y tetania.
Journal of Pediatrics 1940, nº 16, p. 419.

Ed. Jenny: El golpe vitamínico D en el tratamiento del raquitismo, Praxis nº 40, 5 octubre 1940.

Mario, J. de Carril y Alfredo E. Larguia:
El tratamiento del raquitismo con única dosis elevada de vitamina D_3 (Archivos Argentinos de Pediatría - Año XI. Tomo XIII, nº 3. p. 259).

Samuel Costa: Tratamiento del raquitismo por medio del golpe vitamínico - Reviste Chilena de Pediatría, Mayo 1939.

Schwarzenberg J. e José Cousino:
Contribución al estudio del golpe vitamínico en el tratamiento del raquitismo - Rev. Chilena de Pediatría, Año XI, nº 4 (abril 1940) p. 141.

PROPAGANDA EXCLUSIVA
PARA MEDICOS

Reg. No. 23222 D.S.P. Prop. A-4

Representantes:
CIA. PABLO HERZIG, S.A.
Hamburgo 13 México, D. F.

vos, cuando los músculos tienen todavía poder suficiente.

Así, con una posición cuidadosa del enfermo en la cama, con las rodillas relajadas y en ligera flexión, los pies se mantendrán en una flexión dorsal de 90 grados. Los brazos deben mantenerse en abducción ligera y ligera rotación externa. El tronco debe estar apoyado en una cama dura. Aparte del tratamiento postural, deben emplearse como coadyuvante el calor y la movilidad precoz de las extremidades. Empleando esta técnica se evitarán la mayor parte de contracturas, y deformidades.

Durante el estado paralítico en su comienzo, debe de cuidarse de que sea suficiente la ingestión de líquidos y asimismo debe vigilarse la evacuación intestinal, tanto como la de la vejiga. Cuando están muy afectados los músculos abdominales, suele ser necesaria la aplicación de enemas evacuadores de los intestinos. El paciente que es tratado mediante compresas calientes, o cualquier otro tipo de aplicación de calor, suda profusamente y es preciso restituir el volumen del líquido orgánico estableciendo las pérdidas del cloruro de sodio y de vitamina C. Los niños necesitan una mayor cantidad de estos farmacos suplementarios que los adultos. A cada enfermo debe dársele una cápsula de 0,5 grms. de cloruro de sodio tres veces al día y 100 miligramos de vitamina "C", mañana y tarde diariamente. Como está afectado el sistema nervioso se recomienda el clorhidrato de Tiamina tres veces al día, aunque realmente su valor terapéutico es teórico.

Las manifestaciones emocionales y psicológicas en la poliomielitis no han sido estudiadas y valoradas suficientemente. Si el comienzo de la parálisis es brusco y grave, el enfermo puede hacerse miedoso y nervioso. El temor y la nerviosidad es más evidente en niños mayores y adultos que en niños pequeños. Los adultos se dan cuenta mejor de la intensidad de la catástrofe de que son víctimas y se aperciben con más exactitud de los problemas que una parálisis intensa significa para su vida futura. El enfermo debe ser tranquilizado. Esto no quiere decir que se le dé un falso pronóstico. Al enfermo, debe ayudársele para que comience a mirar cara a cara la realidad de su estado. Sin este tratamiento psicológico cualquier esfuerzo para ayudarles será vano.

Es necesario que el Médico dedique un cierto tiempo a educar a la familia del enfermo. Al padre, la madre y otros miembros cercanos de la familia que tienen suficiente edad para hacerse cargo, debe hacérseles comprender que ellos juegan la parte más importante en la recuperación del enfermo. Debe enseñárseles a adoptar una actitud tranquila y evitar toda manifestación que degenere en explosiones histéricas, exabruptos emocionales o mimos excesivos.

Tratamiento en el estado de recuperación

a.—Estado Subagudo de Recuperación. — El paso del estado paralítico agudo al estado de comienzo de recuperación subagudo tiene una transición gradual y casi imperceptible. Se manifiesta este nuevo estado principalmente por regresión de la fiebre y ausencia de nuevas parálisis. Por ello las medidas terapéuticas tampoco cambian bruscamente. Así, p. e. los enfermos con respirador mecánico tienen que continuar su respiración mecánica por días y semanas hasta que los músculos hayan recuperado sus funciones y no haya peligro de retirar el aparato; debe comenzarse a prescindir del aparato durante cortos intérvalos, teniendo en cuenta que la recuperación muscular del paciente es lenta y gradual. Quizás este ejemplo es dramático, pero muestra las normas que deben seguirse en los casos en que la parálisis tenga menos intensidad. El reposo en cama, cuidando la posición con el fin de evitar las contracturas y malposiciones de los miembros afectados, sustituyendo en lo posible las férulas o enyesados de los miembros paralíticos para dar una oportunidad a los músculos no lesionados de una más rápida recuperación, todo ello debe continuar.

Tan pronto como sea posible en este estado, se debe practicar un inventario y revisión de los músculos de manera de poder darse cuenta de la extensión de la enfermedad, y de la intensidad de las lesiones. Este estudio en particular de los músculos es una técnica difícil y cuando se está frente a un enfermo débil e hipersensible requiere amabilidad, tacto, paciencia y entrenamiento para darse cuenta de la capacidad funcional de cada músculo. Esta revisión precoz de los músculos está complicada por la debilidad general del enfermo. Tanto el miedo como hipersensibilidad hacen muy difícil la colaboración del enfermo, así que tan sólo puede obtener datos aproximados sobre la potencialidad de los músculos. Como regla general para este estudio, debe de tenerse presente que los músculos completamente paralizados se reconocen rápidamente por su disminución de tono. Esta hipotonía se puede apreciar simplemente por palpación suave.

Los músculos parcialmente paralizados son más difíciles de evaluar en el momento de comienzo, pues el estado del paciente hace a veces imposible manejar y colocar al enfermo en posición apropiada para el examen. Para obtener un resultado correcto se debe esperar a que haya desaparecido todo dolor. A menudo, el examen debe de interrumpirse para evitar la fatiga

y examinar cada vez solamente unos cuantos músculos. En los casos malos, para que todos los músculos hayan sido examinados, se necesita una o dos semanas.

Cuando la ansiedad y la irritabilidad del paciente disminuyan, con la regresión de la actividad del vírus, los sedantes pueden reducirse poco a poco. El dolor varía grandemente según los casos, desde la total ausencia de molestias hasta la más exquisita hiperestesia. Cuando el dolor es intenso debe ser mitigado con opiaceos si bien con el convencimiento de que la remisión dolorosa ha de ser corta. El calor empleado en el estado agudo de la parálisis se continuará usándolo. El calor irradiado, las compresas o baños calientes, con el paciente suspendido en una sábana, contribuye a mejorar la sensibilidad dolorosa.

Cuando el dolor disminuye, se puede intentar comenzar a realizar ejercicios que se van aumentando mientras el enfermo no experimenta fatiga. El masaje no debe usarse en este estado por el dolorimiento de los músculos. Pueden comenzarse los movimientos pasivos de las articulaciones de los miembros afectados, sin realizar excursiones articulares muy intensas que produzcan dolor.

Los movimientos, cuando se empiezan precozmente y con delicadeza, pueden evitar la rigidez de las articulaciones. Estos movimientos son muy beneficiosos cuando se han empleado férulas contra las contracturas de los músculos oponentes que se conservan sanos y vencen a los músculos afectados que estan debilitados o paralíticos. Los movimientos pasivos pueden irse aumentando gradualmente de intensidad, exclusivamente como ejercicio. La reacción del enfermo debe de guiarnos sobre la duración del trabajo. En general, es mejor pecar por conservadores y evitar fatigar demasiado al músculo. Asímismo debe de evitarse la producción de dolor o realizar un esfuerzo excesivo. Se debe de intentar la recuperación de la célula nerviosa lesionada, evitando la producción de reflejos o de cualquier tipo de estímulo. Debemos recordar, que en esta fase el sistema nervioso central está todavía inflamado e irritable y por ello ha de procurarse no perturbar la sensibilidad del enfermo. Cuando no hay más remedio, en las exploraciones y tratamiento, que producir molestias al paciente, que sea el menor tiempo posible. Durante ésta etapa debemos procurar al paciente la mayor protección y comodidad.

Como regla general este período dura corto tiempo. Pronto comienza la fase indolora, el período final de la convaleciencia, pero cuando ésta etapa se prolonga, la irritabilidad y el cansancio del enfermo neutralizan los intentos de lograr que su psicología se adapte a los nuevos problemas. Todavía se sienten muy enfermos para tomar interés por nada. Su principal necesidad psicológica es que los reconforten y animen, tanto física como moralmente.

b.—Período de Convalecencia. Este período comienza de un par de días a un par de meses, desde que principian a disminuír los fenómenos inflamatorios del sistema nervioso central. La recuperación está en relación con la curación de las lesiones de las células, motores de la médula y de los núcleos del tronco nervioso que fueron lesionados pero no destruídos. Así como no tenemos ningún medio de evitar el ataque poliomielítico, tampoco contamos con un tratamiento eficaz que acelere la reparación de las lesiones nerviosas.

Sin embargo, puede hacerse mucho para ayudar al enfermo a recuperarse, manteniendo tanto los músculos como los huesos y articulaciones en las mejores condiciones fisiológicas posibles. Un automóvil no podrá ponerse en marcha si el acumulador está exhausto, pero tampoco caminará bin si mientras se repara el auto dejamos que se deteriore el motor y sus accesorios; no podemos asegurar la recuperación de una batería recargada. Igualmente en la poliomielitis, no podemos asegurar la reparación nerviosa total, pero si nos es posible intentar conservar el resto de la maquinaria en buenas condiciones. Este ejemplo nos ilustra sobre lo que debemos esperar del tratamiento de la enfermedad en esta fase. En este período, la terapia física alcanza su máxima importancia; el masaje y los ejercicios educativos son de la mayor importancia, para restaurar, lo más íntegramente posible los músculos debilitados. Cuando el sistema nervioso se recupera, los músculos recobran su tono y fuerza rápidamente, si se establece una apropiada combinación de reposo, sostén cuando sea necesario, empleo gradual de los músculos y tratamiento a base de calor y masaje para estimular la circulación local. Es en este momento cuando es más beneficioso el cuidado en un hospital ortopédico para niños. En este momento el enfermo se ha recuperado de los efectos generales de la enfermedad, fase en la cual la supervisión del Médico general o del Pediatra es tan importante. En cambio, pasada esta etapa surge el problema puramente ortopédico, para cuya resolución es indispensable contar con los cuidados especializados y las facilidades que se hallen en dichas Instituciones. El viajar durante esta fase no produce molestias por lo que no hay riesgo en transportar al paciente a un hospital. Las reglas del aislamiento y cuarentena no interfieren el tratamiento. En los casos graves lo primero es el tratamiento durante la etapa de estado. Después es necesario planear un largo período de convalecencia en todos los casos

de parálisis intensa. Los casos leves se recuperan prontamente y no entran en las anteriores reglas y sólo es necesario examinarlos de vez en cuando y por lo tanto limitamos nuestras reglas a la minoría de enfrmos que tienen una intensa parálisis que persiste en el momento de la recuperación.

La hospitalización tiene un alto valor en la reeducación general del paciente. En primer lugar es importantísimo sacarle de su cuarto de enfermo donde el miedo y su propia compasión toman muy pronto carta de naturaleza. En cambio es muy beneficioso colocarle entre sus compañeros de infortunio que están también tratando de recuperarse a la vida activa. De este modo, en vez de ser un inválido inútil entre gente compasiva, se tornará en un luchador en guardia en la aventura de la recuperación o de rehacer su vida sobre la nueva senda. Tantos los adultos como los niños captan un nuevo espíritu y adquieren esperanzas cuando se hace este cambio. Los médicos, las enfermeras, los masajistas, los maestros, todos tienen que jugar su parte activa en este gran proceso readaptivo psicológico y formar una unidad para dar a la institución hospitalaria su esencial espirit de corps en una atmósfera de salud y optimismo curativo.

El reposo general, cada vez tiene menos importancia aunque subsiste todavía la necesidad de proteger las partes afectadas. El reposo en cama está reservado para una incapacidad grave recuperable a largo plazo. A los enfermos con parálisis incompletas se les debe de poner en pie, poco a poco, manteniendo las partes débiles con férulas o sóstenes para evitar deformidades, la fatiga excesiva y las contracturas. Los sostenes deben modificarse a medida que la recuperación lo haga necesario.

La terapia física se debe también modificar frecuentemente adaptádola a las necesidades del individuo. El tratamiento físico básico es el calor, el masaje y el entrenamiento de los músculos.

El examen de los músculos debe hacerse con todo cuidado al principio y luego a intérvalos mensuales. Deben examinarse todos los músculos paralizados y debilitados para orientar el tratamiento y alentar el interés y la moral del enfermo.

Los ejercicios dentro del agua en tanques o albercas se emplean en esta fase y sirven tanto para dar al enfermo confianza como para realizar ejercicios sin fatigarse. Más tarde, el entrenamiento de marcha correctamente es importante. Los detalles de las variaciones de la terapéutica física son tan numerosos que no es posible describirlas.

La terapia ocupacional, asistencia regular a la escuela y los recreos fáciles, son medios que contribuyen a mejorar la adaptación pero nada más importante, para conseguir el retorno a la vida normal aún en enfermos seriamente afectados, que la acción del medio que le rodea.

A veces, se necesitan soportes que mantengan la posición de los miembros de los músculos debilitados en vías de recuperación. En las extremidades inferiores se emplean como sóstenes del cuerpo para permitir una pronta deambulación y prevenir deformidades. En las extremidades superiores se emplean férulas y soportes, para mantener la mano en posición fisiológica. Las parálisis graves del tronco, la espalda y el abdomen es mejor tratarlas durante el período de convalecencia por reposo en cama, ya que estos músculos, son difíciles de mantener cuando el paciente está de pie y es importante que recobren toda la fuerza posible.

Si la atrofía de los músculos paralíticos se presenta pronto, el resultado inmediato es que se produzca una disminución de la circulación dando lugar a perturbaciones en el crecimiento del hueso de la extremidad paralizada. Esta atrofía comienza precozmente y sin embargo su progreso es lento. Debe de anotarse de una manera precisa el crecimiento del hueso al principio y al fin del período de convalecencia, con el fin de conocer el grado de atrofia del mismo. Contra esta complicación, nada puede hacerse; sin embargo, debe de ser bien estudiada durante esta fase.

El anterior esquema, nos orienta sobre lo que debe de hacerse en el período de convalecencia. Es en esta fase en la que más terapéutica activa, realizarse. Hemos esbozado los diferentes tipos y técnicas de tratamiento necesario, para mejorar los enfermos gravemente paralizados. Afortunadamente, para la mayoría de los enfermos esta etapa de parálisis grave es más o menos corta y después los pacientes pueden integrarse a la vida normal. Aquellos pocos pacientes en los cuales las lesiones persisten pasados 18 meses ingresan en el estado paralítico residual.

Tratamiento durante el estado residual de la Parálisis

Cuando se alcanza este estado final puede, no esperarse ninguna mejoría espontánea en la fuerza de los músculos. Con esto no quiere decirse que, en algún caso, mediante ejercicios especializados realizados por tiempo indefinido no se consigo aumentar el poder de los múúsculos. El enfermo al llegar a esta etapa presenta una debilidad muscular precisa (parálisis parcial), o una parálisis total de uno o varios músculos esqueléticos. Si el paciente ha sido tratado correctamente, durante el estado precedente de recuperación, no deberá ostentar deformidades evitables.

Hay que hacer constar de un modo rotundo que algunas deformidades debidas al predominio de los músculos fuertes son inevitables y que se hacen más patentes y más intensas cuando el enfermo empieza a caminar.

El objeto de todo tratamiento durante el estado residual de la parálisis infantil es disminuir, tanto como sea posible, las incapacidades funcionales que el paciente conserva como consecuencia de la parálisis.

Cuando cualquier músculo parcialmente paralizado ha aumentado su fuerza gracias a ejercicios especializados estos se deben continuar hasta que sea evidente que el músculo ha alcanzado el límite de su poder. Es inútil insistir en ejercitar a los músculos que están completamente paralizados o son tan débiles que no tienen ningún valor funcional. En estos casos, no se produce ningún beneficio y es caro continuar con fisioterapia. Si el empleo del calor, el masaje o ejercicios correctores están indicados, por alguna indicación particular bien establecida el tratamiento debe hacerse en la casa del enfermo.

Cuando existan deformidades que dificulten la función de las extremidades, se corregirán mediante maniobras o procedimientos operatorios.

Durante la fase ambulatoria, se concederá una atención a la prevención de las deformidades. Puede ser necesario el uso de férulas y aparatos que puedan también servir para facilitar al enfermo el caminar, cuando de otro modo no puede hacerlo, y para evitar el excesivo trabajo y la fatiga a los músculos débiles.

El más amplio y fructífero campo para el tratamiento de la parálisis residual consiste en las múltiples operaciones ortopédicas que se han imaginado para obtener la correción permanente de las deformidades y mejorar la función de las extremidades. Como este asunto pertenece por entero a la técnica de la cirugía ortopédica, no será tratado aquí.

Es deseable que se practique la educación física para mejorar la marcha y para utilizar lo mejor posible el poder muscular que resta. Los juegos, el deporte, el entrenamiento manual y, eventualmente, un entrenamiento vocacional especializado son del mayor valor para hacer apto al niño lisiado para una vida independiente y útil. Estas prácticas por sí mismas contribuyen enorme a mantener una mente y una psicología normal frente a la vida.

A los pacientes gravemente lesionados debe de enseñárseles el comercio u otro actividad de tipo sedentario, para que puedan valerse por sí mismos dentro de la Sociedad.

Consideraciones Sociales y Económicas

Como puede comprenderse, por todo lo anteriormente expuesto, el tratamiento de un caso grave de poliomielitis es un asunto largo, intrincado y costoso. La recuperación, en la mayor parte de los casos, es rápida y espontánea en unas cuantas semanas o en un par de meses y no necesitan ser internados en un hospital, pero sí pueden ser supervisados con relativa frecuencia y a bajo costo. Existe un gran grupo de pacientes, moderadamente afectados, que pueden ser cuidados en casa después de practicarles los tratamientos más importantes en el hospital mientras que a sus familiares se enseña como debe de tratarse cada caso individualmente.

Finalmente, mucho debe de hacerse para combatir la natural tendencia humana de prolongar el tratamiento más allá del período razonable de recuperación, con la vana esperanza de que algún modo puedan las lesiones nerviosas recuperarse. Esta equivocada conducta lleva a la desesperanza, a tentativas de tratamientos inútiles, pérdida de tiempo, retardo en comenzar la fase reconstructiva y mayores gastos sin utilidad.

Debe tenerse siempre presente que el enfermo de poliomielitis no está curado, pero que se recupera y nosotros solamente podemos ser testigos de la recuperación, pero testigos activos a fin de que ésta sea completa y perfecta como es posible.

II

Trabajos de Observación y Experimentación

NOVEDADES SOBRE INFLAMACION

DR. I. COSTERO

INTRODUCCIÓN

Desde los memorables trabajos de *Lubarsch*, puede considerarse como sólidamente demostrado que lo fundamental en los procesos inflamatorios está en la coexistencia de estos tres grupos de alteraciones anatómicas: (1) fenómenos alterativos, con regresión de las células, (2) fenómenos vasculares (infiltrativo exudativos), con dilatación capilar, salida de componentes plasmáticos de la sangre y emigración de leucocitos, y (3) fenómenos proliferativos (productivos), con movilización y transformación de los histiocitos. De estos tres fenómenos, el más característico es la emigración leucocitaria. Considerada desde el punto de vista funcional, la inflamación puede concebirse como una digestión de substancias extrañas en la intimidad del organismo; el proceso resulta anormal no sólo por desarrollarse fuera del aparato digestivo, sino porque en él no intervienen las glándulas derivadas del endodermo, correspondiendo el papel principal, en lo que se refiere a la elaboración de fermentos líticos, a elementos mesenquimatosos.

Para comprender la inflamación podríamos considerar el organismo como una masa de tejidos mesenquimatosos, sede de los fenómenos vegetativos, envuelta en una barrera epitelial contínua, parcialmente diferenciada para constituir las glándulas y los elementos sensibles que presiden la vida de relación. En estas condiciones anatómicas, las substancias que se encuentran en el medio ambiente no pueden alcanzar los tejidos mesenquimatosos sin atravesar antes los revestimientos epiteliales y sin someterse previamente a la acción desintegrante de ciertas secreciones glandulares, sin la cual son incapaces de atravesar los epitelios. En consecuencia, a la intimidad del organismo sólo llegan normalmente substancias descompuestas en sus elementos más sencillos, esto es, en forma de sales minerales, glucosa, aminoácidos, alcoholes, ácidos grasos o sus sales, etc. Los tejidos mesenquimatosos están adaptados, por lo tanto, a la recepción de cuerpos sencillos, siempre los mismos y acarreados por idénticos caminos en cantidades poco variables, cuerpos que aprovechan como fuente de energía y para reparar las pérdidas materiales inherentes a los cambios energéticos.

Cuando substancias procedentes del medio alcanzan ocasionalmente los tejidos mesenquimatosos sin sufrir las transformaciones habituales a las que les someten los epitelios, sólo por excepción pueden permanecer en el organismo sin provocar alteraciones. Tal cosa sucede si su presencia en el cuerpo no origina desintegración de los protoplasmas, ya sea por tratarse de substancias que no se disuelven en los líquidos orgánicos, como la parafina empleada en algunas prótesis y los colorantes utilizados en los tatuajes, o que entran a formar parte del metabolismo normal de las células, como acontece con la mayoría de los medicamentos preparados en forma inyectable. Pero la regla es que los protoplasmas sufran con la presencia del cuerpo extraño; entonces se desarrolla un proceso reaccional, de violencia variable en cada caso, pero compuesto siempre de las tres clases de fenómenos anatómicos ya indicadas, y en el que toman parte de manera principal las células mesenquimatosas.

Del concepto anterior se deduce, que no es indispensable la penetración de cuerpos extraños para que la inflamación se desarrolle; basta que los protoplasmas se desintegren por cualquier otra influencia, por ejemplo, a causa de un traumatismo, de la acción de las radiaciones o de alteraciones metabólicas adecuadas. También se comprende que, de todas las causas posibles de inflamación, sean las bacterias patógenas las que alcancen mayor importancia, ya que sus actividades fermentativas les permiten destruir eficazmente las barreras epiteliales y pueden acarrear efectos muy superiores en intensidad y en complicación a los que corresponden a substancias inertes. Conviene también resaltar que lo provocador de inflamación no es la presencia de ciertos excitantes en el organismo, sino las substancias procedentes de la descomposición anormal, o por fuera de ciertos límites de intensidad, de los propios componentes de las células, desintegrados por las causas que producen inflamación.

Sin embargo, no existe digestión sin fenómenos inflamatorios, quizá porque la digestión no es en ningún caso completamente inocua para el organismo. De aquí que *Rössle* hable de inflamación fisiológica para designar los fenómenos alterativos, vasculares y proliferativos que se asocian, en términos semejantes a como lo hacen en la in-

flamación genuina o patológica, durante muchos procesos de la vida normal de los organismos.

Se nos plantea ahora otra posibilidad de procesos inflamatorios, característica de los órganos que sufren una regresión aséptica, cuando tal regresión se realiza en ciertas circunstancias. El ejemplo más característico de esta inflamación reparadora nos lo proporciona la hidronefrosis por obstrucción brusca y completa del uréter. Lo más sencillo para obtener material adecuado consiste en ligar uno de los urétres en un animal sano. Pasados 15 o 20 días después de la operación, el parénquima renal en atrofia aparece infiltrado por una densísima agrupación de lifocitos, en forma que es difícil distinguir los elementos renales en los tubos colapsados. Algo semejante sucede durante el período de compensación de las cirrosis hepáticas, en el curso de la glomerulonefritis difusa subaguda, en las llamadas nefritis intersticiales que tienen su mejor representación en la de la escarlatina, en el bocio de *Riedel*, en la atrofia simple del testículo, en los focos cuneiformes de reabsorción renal por arteriosclerosis, en muchas lesiones cutáneas que cursan con hiperqueratosis, en los períodos incipientes del carcinoma, etc, etc.

muestran fenómenos vasculares de carácter inflamatorio; jamás se encuentran signos clínicos de septicemia, no hay elaboración de anticuerpos, ni alteraciones significativas en la fórmula leucocitaria o en la velocidad de sedimentación de los hematíes, y la fiebre, cuando existe, se reduce a una moderada hipertemia. En otras palabras la inflamación fisiológica y la inflamación reparadora son fenómenos de expresión fundamentalmente local, mereciendo la designación de inflamaciones espúreas, mientras que la inflamación patológica, con su inevitable cortejo de signos de propagación y de repercusión general, constituye la inflamación verdadera o genuina. Las relaciones que enlazan a la inflamación genuina con los fenómenos normales de carácter inflamatorio y con la inflamación reparadora, encuéntranse expresadas en la fig. 1

Mecanismo de la inflamación genuina

Como hemos indicado, las causas de inflamación genuina o flogógenos actúan ocasionando lesiones en las células con las que se ponen en contacto. Estas lesiones celulares son indispensables

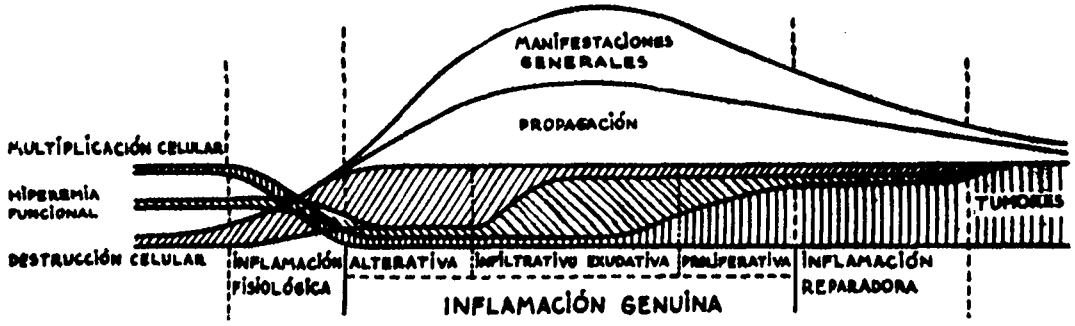


Fig. 1

Representación esquemática de los límites de la inflamación genuina. Los tres fenómenos anatómicos que constituyen la inflamación (multiplicación celular, hiperemia con diapédesis leucocitaria y destrucción celular) pueden coexistir en circunstancias normales, integrando la inflamación fisiológica. En los procesos morbosos, suele predominar uno de ellos, lo que hace posible considerar tres formas de inflamación y genuina: alterativa, infiltrativo exudativa y proliferativa. En la llamada inflamación reparadora, próxima anatómicamente a los tumores, dominan los denómenos proliferativos y alcanzan intensidad subclínica los signos de propagación y las manifestaciones generales del organismo.

Tanto la inflamación fisiológica como la inflamación reparadora, son fenómenos que se diferencian de la inflamación patológica genuina en cualidades de gran importancia para la clínica, de las cuales las más significativas se refieren a que en las dos primeras las manifestaciones de propagación tienen siempre carácter hipleplásico y los de repercusión general pueden faltar por completo. Es decir, los ganglios lifáticos aumentan el número de células reticulares y linfocitos, pero no

para que la inflamación se desarrolle y se diferencian de todos los procesos regresivos no inflamatorios por dejar en libertad susbtancias difusibles que, según su modo de actuar, pueden reunirse en tres grandes grupos: (a) las que destruyen los parénquimas orgánicos y son comparables a las autolisinas; (b) las que alteran las paredes de los vasos capilares y actúan sobre los leucocitos polinucleares, semejantes a la histamina; y (c) las que estimulan el crecimiento de las cé-

lulas, parecidas a las trefonas de los tejidos embrionarios.

Las substancias destructoras de los parénquimas, a las que designamos como flogotoxinas, son las responsables de los fenómenos alterativos en las substancias intercelulares y en los elementos locales, así como las que producen tumefacción turbia, degeneración vacuolar, esteatosis, amiloidosis y necrobiosis en los órganos parenquimatosos, a los que llegan con la sangre. Las substancias que actúan sobre los vasos o floganginas serían las responsables de la vasodilatación o vasoconstricción locales, tumefacción de los endotelios en los capilares sanguíneos, salida de líquidos que constituyen el exudado, diapédesis leucocitaria y trombosis, hemorragias, etc. concomitantes con tales fenómenos. Las substancias estimulantes del crecimiento celular o flogotrofinas resultan causantes de todos los fenómenos proliferativos que se desarrollan durante la inflamación propiamente dicha y terminan con la regeneración de los tejidos destruidos y con la formación de la cicatriz (*Costero*).

Debemos a *Menkin* y a sus colaboradores el conocimiento preciso de algunas de las substancias componentes de los tres grupos acabados de mencionar. Los primeros descubrimientos de ese autor se refieren a que el aumento en la permeabilidad capilar durante los fenómenos inflamatorios y la emigración leucocitaria se deben a una substancia nitrogenada, que obtuvo en forma cristalina a partir de los exudados y a la que *Menkin* calificó de leucotaxina; cuando la leucotaxina se inyecta en los vasos, se altera rápidamente el número de leucocitos polinucleares de la sangre. Además, cuando todo el exudado se introduce en la circulación del perro, aumenta el número de leucocitos circulantes a consecuencia de la acción de una substancia termolábil y no difusible, de probable naturaleza protéica, que puede obtenerse en los exudados juntamente con la fracsión seudoglobulínica y a la que *Menkin* ha llamado factor promotor de leucocitosis (FPL). Ni la leucotaxina ni el FPL ocasionan lesiones apreciables en los tejidos. Incluída en la fracción globulínica de los exudados aparece una tercera substancia con actividad específica, por cuya acción determínase la respuesta edematosa y la necrosis locales en los tejidos inflamados. Cuando la fracción globulínica de los exudados se inyecta en los tejidos, pasa a los vasos lifáticos en los que se forman pequeños trombos y pronto alcanza los ganglios produciendo bloqueo de la linfa; a la substancia responsable de estas alteraciones la ha denominado *Menkin* necrosina y, si se inyecta en los vasos sanguíneos del perro, ocasiona hemorragias a nivel del tracto digestivo, hidrotórax y procesos regresivos en el hígado y en los riñones. La necrosina no disminuye la presión arterial como la histamina y, en contraste con el FPL, desarrolla leucopenia. Inyectada en el perro, la necrosina produce fiebre, lo que parece debido a un factor independiente del que causa los fenómenos regresivos, factor termoestable y al que califica *Menkin* de pirexina. Para separar estas substancias se aprovecha su diferente solubilidad, pues la necrosina es soluble en agua que contiene iones sulfato, mientras que la pirexina permanece insoluble en tal medio.

También tienen importancia, desde el punto de vista que ahora consideramos, los trabajos de *Lewis* y *Grant* referentes a la por ellos llamada substancia H. Estos trabajos encuentran su punto de partida en los de *Ebbecke*, quien señaló la formación en los epitelios irritados de una substancia que, al pasar al tejido conjuntivo subyacente, ocasiona dilatación de los capilares y de las arteriolas. Un efecto semejante fué encontrado poco después por *Lewis* en substancias procedentes de los tejidos alterados, las cuales se comportan de modo semejante a como los hace la histamina cuando se inyecta en la piel; es decir, ocasiona dilatación de capilares, vénulas y arteriolas por acción directa, dilatación de las arteriolas de la vecindad por reflejo axónico, y aumento en la permeabilidad de los vasos finos por alteraciones en el endolito (*Lewis* y *Grant*) *Krog* acepta que, bajo el efecto de determinados estímulos, las células pueden liberar substancias vasodilatadoras, pero no cree que se trate siempre de una sola substancia y, en su opinión, debe haber por lo menos dos: una muy difusible y relacionada con la histamina, quizá histamina verdaderamente; y otra de naturaleza coloideal, probablemente poco difusible. También *Rous* y *Gilding* se resisten a aceptar la existencia de una sola substancia vasodilatadora en los tejidos lesionados. *Goldschmidt* y *McGlone* demostraron que no se produce vasodilatación cuando la circulación sanguínea se detiene en una atmósfera de oxígeno, mientras que sí se logra con histamina, lo que parece incompatible con la existencia espontánea de un cuerpo semejante a la histamina en las áereas alteradas. *Grant* y *Jones*, quienes realizaron trabajos experimentales en ranas, creen que la substancia vasodilatadora está relacionada con la fracción histidina-arginina. La mayor parte de los autores, sin embargo, aceptan la existencia de una substancia H, funcionalmente semejante a la histamina, aun cuando *Menkin* no pudo aislarla en ninguna fracción de los exudados.

Papel funcional de los capilares linfáticos

Otro factor morfológico relacionado íntimamente con la mecánica de los fenómenos inflamatorios tiene conexión con el papel representado por los capilares linfáticos en el intercambio de líquidos de los tejidos y, de manera muy particular, en el edema.

Las diferencias entre la presión hidrostática de la sangre en los capilares sanguíneos y la presión osmótica de los coloides del plasma, determinan la dirección y la velocidad en el intercambio de agua y substancias cristaloides entre la sangre y los tejidos. Cuando la presión sanguínea en los capilares es más elevada que la presión osmótica de los coloides retenidos por la pared vascular, el agua abandona en parte la sangre y pasa a los tejidos, arrastrando consigo todas las partículas dispersas de pequeño tamaño. Cuando, al contrario, la presión sanguínea en los capilares es inferior a la presión osmótica de los coloides en el plasma circulante, el líquido intersticial es absorbido por la sangre. La velocidad de este intercambio es proporcional a las diferencias de presión. De acuerdo con la primitiva concepción de *Starling*, comprobada después por *Schade* y Landis en admirables experimentos, la presión sanguínea en la porción arterial de los capilares normales excede a la presión osmótica de los coloides, mientras que, en la porción venosa o terminal, la presión sanguínea es menor que la osmótica; así se explica el paso de agua y cristaloides a los tejidos en la primera porción y la absorción de agua en la segunda (fig. 2).

La red de vasos linfáticos representa un mecanismo de drenaje, compensador de las diferencias entre la gran cantidad de agua que sale por el segmento arterial de los capilares y la pequeña cantidad de agua que regresa a través del capilar venoso, diferencias que exageran sobre todo durante la actividad funcional de los órganos. Desde el punto de vista de la permeabilidad, el endotelio del vaso linfático se comporta lo mismo que el endotelio del capilar sanguíneo; es decir, sólo permite el paso libremente al agua y los cristaloides. *Hudack* y *McMaster* han comprobado la permeabilidad de los vasos linfáticos inyectando en ellos colorantes de diferente difusibilidad y tamaño de partícula dispersa, con cuyas experiencias se demuestra que el endotelio linfático no permite el paso de proteínas de gran tamaño molecular. Otras experiencias indirectas de *Cunningham*, y *Field*, *Clack*, etc., han contribuído a afirmar suficientemente el mismo resultado.

Sin embargo, la capacidad de los vasos linfáticos para eliminar coloides de gran volumen molecular y partículas de considerable tamaño existentes en los tejidos, se pone en evidencia por su importante papel en la reabsorción de los exudados inflamatorios y durante el trasporte de lípidos desde el tubo intestinal. Experiencias demostrando que los capilares linfáticos son capaces de permitir el paso de prótidos de gran molécula más pronto y en mayor proporción que los capilares sanguíneos han sido publicadas por *Heidenhain*, *MacCallum*, *Cunningham*, *Lewis*, *Field*, y *Drinker*, *Haynes*, *Drinker* y *Field*, etc.

Ambos hechos, de una parte la impermeabilidad del endotelio linfático para las proteínas y, de otra, el paso libre de proteínas y partículas coloreadas a la linfa, solo pueden explicarse admitiendo que los vasos linfáticos poseen un revestimiento discontínuo en sus raíces, lo que ha sido admitido por *Recklinghausen*, *Ludwig*, *Schweigger-Seidel*, *Dybrowski* y *Wagner*, autores que no sólo demostraron la penetración libre de partículas microscópicas en los capilares linfáticos, sino

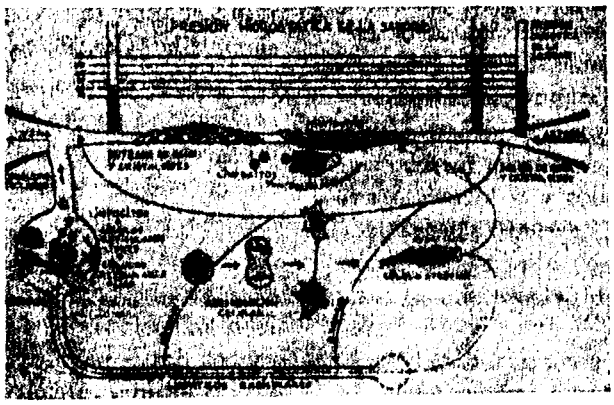


Fig. 2

Representación esquemática del camino segundo por los prótidos macromoleculares plásticos de las células y su papel en los procesos de linfocitogénesis normal y patológica.

SANATORIO DEL CARMEN

ANTIGUO HOSPITAL DEL DR. NARCIA

QUINTANA ROO 92

MEXICANA P-31-69 ERICSSON 14-37-70

MEXICO, D. F.

★

MATERNIDAD

CIRUGIA

SERVICIO DE LABORATORIO

INSTALACION MODERNA

★

Directores: Dr. ARTURO CORTES ORTIZ
Dr. JUAN ANTONIO MENDEZ

ESPECIALIDADES

"VITA-MEX"

EN GASTRO-ENTEROLOGIA

PARA EL TRATAMIENTO DE LA *ULCERA -GASTRO - DUODENAL*:

AMINOSCORBINA (Ampolletas): Histidina, TRIPTOFANO y Vitamina C, a Altas dosis.

NEUTRO-BISMOL (Papeles): Carbonato de bismuto, Carbonato de magnesio, Caolín coloidal, Extracto de belladona y alcoholatura de anís.

PARA EL TRATAMIENTO DE *AMIBIASIS*, ALGUNAS OTRAS *PARASITOSIS INTESTINALES Y DIARREAS*:

AMEBESTINOL (Tabletas): Iodo-Clorhidroxiquinoleina, Extracto seco de Chaparro amargoso y de Belladona.

AMEBARSEN (Tabletas): Acido P. Carbamido Fenil Arsónico y Extracto seco de belladona.

SULFAGUANIDINA "VITA-MEX": Comprimidos de 0.50 gramos.

PARA ALGUNAS AFECCIONES *HEPATICAS* Y *VESICULARES*:

BOLDO-PEPTOL (Polvos inalterables en tubos con dosis individual): Extracto seco de boldo, Peptona pura, Sulfato de magnesio y Alcoholatura de menta.

———o———

Regs. Nos. 27447, 25675, 28711, 29119, 25914, 27154 S. S. A.
Prop. A-2

Literatura y muestras a disposición del
H. Cuerpo Médico

LABORATORIOS "VITA-MEX" S. A.

Teléfonos: 15-35-51 y F-11-43

Av. 1° de Mayo 145 San Pedro de los Pinos, D. F.

que encontraron pequeños orificios o estomas en el punto de confluencia de las células endoteliales que revisten las raíces linfáticas (*Recklinghausen*). Los autores más modernos, especialmente *MacCallum*, han seguido sin embargo la opinión contraria, sustentada ya por *Ranvier* y *Renaut*, según la cual los capilares linfáticos constituyen un sistema cerrado, y explican el paso de partículas y coloides desde el tejido conjuntivo a la linfa por fenómenos más o menos parecidos a una secreción, en los que intervendrían en forma activa las células endoteliales (*Heidenhain*).

En cualquier caso, nadie pone en duda actualmente que los vasos linfáticos constituyen la vía principal, si no la única, para la eliminación de los prótidos macromoleculares y otros coloides desde los tejidos hacia la sangre, a través de los ganglios linfáticos.

Origen de los protidos contenidos en la linfa

La composición química de la linfa no está todavía completamente determinada, entre otras razones porque es difícil obtenerla en cantidad suficiente de los vasos radiculares, antes de su llegada a los ganglios, donde verosímilmente sufre algunas transformaciones. Lo mismo sucede con el plasma intersticial que baña las células y del cual se forma la linfa. Pero sabemos que la linfa de los grandes troncos vasculares tiene una composición cualitativa semejante a la del plasma sanguíneo, en el que se vierte. Puesto que de los capilares sanguíneos no salen todos los componentes del plasma, sino que se retienen especialmente las proteínas, resulta difícil señalar el origen de los prótidos de la linfa que, en el conducto torácico, se encuentran en proporción de 57% en relación con su concentración en la sangre.

No parece inverosímil que algunos de los prótidos del plasma linfático procedan de la actividad funcional de los tejidos. Que la linfa elimina muchos de estos productos, aun siendo cristaloides como la urea, se demuestra por la abundancia de ese cuerpo en el conducto torácico. Sin embargo, nuestros conocimientos respecto a la naturaleza de las materias anabólicas eliminadas durante la actividad normal de las células nos indican que se trata de cuerpos sencillos originados principalmente en procesos de desintegración, materias que por ser solubles en el agua se eliminan simultáneamente, aunque en proporciones variables, por la sangre y por la linfa. Los fenómenos de síntesis se realizan dentro del cuerpo celular y los compuestos así formados quedan, como elementos plásticos, formando parte del protoplasma.

La importante concentración de prótidos en la linfa nos obliga a pensar, sin embargo, que algunos de tales cuerpos complejos deben pasar al plasma intersticial y luego a la linfa; muchos autores, entre ellos *Drinker* y *Field*, aceptan, en efecto, que la concentración en proteínas del plasma intersticial debe ser mayor que la del suero sanguíneo ultra filtrado por las paredes del capilar sanguíneo. Ignoramos la naturaleza exacta de tales cuerpos y hasta de su verdadera existencia, que no podemos deducir sino por datos indirectos. He aquí algunos de los más importantes.

White, Field y *Drinker, Weech, Goettsch* y *Reeves* han demostrado que el flujo linfático de la pata de un perro aumenta con la actividad del animal, mientras que la concentración en proteínas del plasma linfático correspondiente disminuye en las mismas circunstancias. Este resultado está de acuerdo con datos comprobados de otra manera y a los que ya hemos hecho referencia, a saber: que la cantidad de linfa depende de la del agua y electrólitos que pasan a los tejidos procedentes de la sangre, mayor durante la actividad de los órganos por aumentarse entonces la presiónhidrostática de los capilares sanguíneos y el número de capilares abiertos a la circulación. Pero también nos indica que la proporción de prótidos del plasma linfático es independiente de la filtración sanguínea; es decir, que los prótidos linfáticos deben proceder de los tejidos y que la actividad celular no aumenta los prótidos linfáticos.

Haynes ha publicado también datos muy importantes sobre el mismo tema: después de una hemorragia, cuando desciende la presión hidrostática de la sangre, el flujo linfático disminuye aumentando la concentración de prótidos en la linfa. Es decir; el fenómeno es inverso al anterior y puede explicarse de la misma manera. La linfa resulta más concentrada en los prótidos procedentes de los tejidos cuando sale menor cantidad de agua de los capilares sanguíneos, agua que sirve a su dilución normal.

Todavía podemos citar otras experiencias que apoyan el origen local de los prótidos contenidos en la linfa. Así, *Field* y *Drinker* inyectaron suero sanguíneo completo en los tejidos de la nuca del perro, con lo que el flujo local no se alteró pero aumentó la cantidad de prótidos. Es decir; las proteínas extrañas inyectadas en los espacios intersticiales se eliminaron por la linfa, cuya cantidad resultó inalterada por no haber cambios en el filtraso a través de las paredes de los vasos sanguíneos.

Estos tres grupos de experimentos no pueden explicarse, como lo hace *Peters*, por diferencias de presión oncótica entre el contenido de los vasos linfáticos y el plasma interstical, puesto que las paredes de los linfáticos pueden ser atravesa-

das libremente por las proteínas y, por lo tanto, no actúan como membranas semipermeables.

Admitimos, pues, como una posibilidad muy verosímil, que las proteínas contenidas en el plasma intersticial proceden, al menos en importante proporción, de los tejidos y no de la sangre. Que dichas proteínas son independientes de la actividad celular normal y, por eliminarse con la linfa, deben constituir dispersiones coloideales de gran tamaño micelar, semejantes a las que constituyen el protoplasma normal de las células. Trátase verosímilmente de albúminas y globulinas, pero no de seroalbúmina ni de seroglobulina. Tales cuerpos deben ser difíciles de reconocer en el plasma linfático y en el plasma sanguíneo, tanto por su pequeña proporción como por no permanecer en los plasmas circulantes mas que el brevísimo tiempo necesario para su retención y transformación en el sistema reticuloendotelial (fig. 2).

El edema con proliferacion inflamatoria o elefantiasis

Si por la linfa se eliminan prótidos de gran molécula formados en los tejidos, como hemos deducido de los experimentos fisiológicos antes comentados, deben retenerse en los plasmas intersticiales durante el edema producido por obstrucción importante o total del flujo linfático. Que en tales circunstancias existe retensión protéica local es hecho conocido desde hace muchos años, aunque tal retención no haya sido interpretada en ninguna forma ni siquiera haya llamado la atención que merece a los autores por nosotros consultados.

En primer lugar, el líquido del edema provocado por obstrucción linfática brusca, es, en las primeras semanas de su producción, mucho más rico en prótidos que el líquido del edema propio de los cardíacos, nefríticos o personas con dificultades locales en el curso de la sangre venosa. Sólo el llamado edema inflamatorio, que se acompaña de profundas lesiones en el endotelio de los capilares sanguíneos (lesiones que aumentan al máximo la permeabilidad capilar a las proteínas), tiene mayor cantidad de prótidos que el líquido del edema por obstrucción linfática. Aun con los vasos sanguíneos íntegros y manteniéndose el metabolismo celular local en circunstancias prácticamente normales, el edema linfático manifiesta durante largo período inicial una gran concentración de prótidos. En los edemas con drenaje linfático normal sucede precisamente lo contrario, puesto que entonces los prótidos locales se eliminan sin dificultad por la linfa, diluídos en la gran cantidad de agua retenida en los tejidos.

En efecto; *Iversen*, e *Iversen* y *Johansen* encuentran que la concentración de proteínas del líquido pleural disminuye cuando aumenta la cantidad de líquido y aumenta la reabsorción. Si las proteínas del plasma intersticial procediesen de la sangre, el resultado sería inverso, puesto que la permeabilidad de los capilares sanguíneos debe ser mayor en el período de descompensación que durante la curación del edema. También *Vancura* ha demostrado que en el edema, como en los trasurados pleurales y peritoneales, se encuentra mayor concentración de proteínas cuando ha transcurrido algún tiempo desde su formación. *Peters* señala que la cantidad probable de proteínas en el plasma intersticial debe ser menos del 0.5%. Los líquidos de las cavidades serosas (peritoneo, pleura, pericardio, articulaciones) se consideran como simples ultrafiltrados del suero sanguíneo, caracterizándose por su bajísimo contenido en proteínas y otros coloides no difusibles, contenido que es inferior al del plasma sanguíneo, al de la linfa y al del plasma intersticial; téngase en cuenta que el líquido de las cavidades serosas no recoje productos de la actividad celular. *Landis*, *Jonas*, *Angevine* y *Erb* encontraron 0.39% de proteínas en el líquido subcutáneo de la pierna en un individuo con edema por obstrucción venosa. .*Haas* ha señalado cifras mucho menores, de 0.025 a 0.060% en el edema de éxtasis, mientras que la mayoría de los investigadores encuentran entre 0.4 y 0.6%. La cifra contiene entre 1.38 y 4.5% de proteínas, con un valor medio de 3.32%, y el plasma sanguíneo aproximadamente el doble, entre 5.54 y 7. 23%, con valor medio de 6.18 (*Heim*).

En segundo término, los tejidos sometidos a un edema de cualquier origen pueden presentar fenómenos degenerativos, puesto que el líquido almacenado tiende a dificultar la actividad normal de las células, tanto mecánicamente como por retención de substancias de deshecho. Pero sólo el edema linfático, en el que se producen circunstancias mecánicas y químicas semejantes, se acompaña sin excepción de fenómenos proliferativos locales. Es decir; parece como si los prótidos eliminables con la linfa, al ser retenidos en los espacios intersticiales, estimulasen la multiplicación de las células originando elefantiasis. De manera semejante actúan también los extractos de tejidos embrionarios (trefonas, *Carrel*), en forma que la destrucción normal de células en el embrión representa un fenómeno activador del desarrollo de los órganos.

La elefantiasis no es un fenómeno que se inicie con el edema linfático ni en ella toman parte con la misma intensidad todos los elementos celulares de los tejidos. La elefantiasis aparece semanas después de establecido el edema espontáneo en el hombre y se realiza paulatinamente a

expensas sobre todo de los histiocitos del tejido conjuntivo. Además, cuando la elefantiasis se encuentra en pleno desarrollo, la cantidad de prótidos contenida en el líquido del edema linfático disminuye considerablemente hasta proporciones semejantes a las de cualquier otro líquido edematoso o seroso. Estos hechos pueden explicarse de la manera siguiente.

Los prótidos de gran molécula drenados en circunstancias normales por la linfa resultan retenidos en las células reticulares de los ganglios, donde son transformados. Cuando dichos prótidos se conservan en los espacios intersticiales por falta de corriente linfática que los arrastre, son los histiocitos del tejido conjuntivo, elementos equivalentes a las células reticulares de los ganglios, los que los retienen y elaboran (fig. 2). Al principio, el número de histiocitos es muy inferior al que sería necesario para elaborar los prótidos retenidos en su totalidad; pero los histiocitos se multiplican con rapidez y en masa proporcional a las nuevas necesidades creadas por el éxtasis linfático local, lo que determina la disminución de proteínas en el líquido del edema y la aparición de elefantiasis. En la fig. 3 se reproduce una microfotografía de una preparación obtenida con anilinas en una zona con edema linfático en período inicial. En el lado izquierdo del grabado se observa un capilar sanguíneo rodeado de histiocitos hipertrofiados; a cierta distancia del capilar aparecen poliblastos libres y, junto a ellos, linfocitos procedentes aparentemente de aquellos. En el lado derecho de la figura pueden observarse fibroblastos neoformados.

FIG. 3

Imagen microscópica del edema linfático en su período inicial. En el lado izquierdo puede observarse un capilar sanguíneo envuelto en histiocitos hipertrofiados de forma alargada. A corta distancia del capilar hay poliblastos esferoidales y, junto a ellos, linfocitos fácilmente reconocibles por su pequeño tamaño. Los dos grandes espacios claros situados hacia el centro de la figura son vasos linfáticos dilatados. A la derecha hay algunos fibroblastos neoformados.

Entre los trabajos encaminados a producir edema linfático experimental merecen especial referancia los de *Drinker* y *Field*, quienes obtuvieron buenos resultados inyectando sílice cristalina sola o mezclada con clorhidrato de quinina. En los primeros días se produjo edema transitorio en la pierna del perro donde se realizaban las inyecciones encaminadas a taponar los linfáticos; gradualmente el edema se hizo permanente y apareció elefantiasis. El estudio microscópico demostró esclerosis de los ganglios y de los grandes troncos linfáticos; la piel esgrosada y el tejido subcutáneo mostraban marcada fibrosis, apareciendo los haces colágenos separados por líquido edematoso; aquí y allá se encontraron colecciones de linfocitos y los vasos linfáticos estaban dilatados, sobre todo a nivel de la dermis. Obtenido líquido por punción, se encontró en él más de 2% de proteínas y, en uno de los animales, la proporción se elevó por encima del 5%.

Que los prótidos de gran molécula se retienen en los histocitos locales y en las células reticulares de los ganglios linfáticos correspondientes, son hechos aceptados como indudables desde las experiencias de *Goldmann*, *Tschaschin*, *Kiyono*, *Landau* y *McNee*, *Aschoff*, etc. La capacidad trófica de tales prótidos sobre los histiocitos no puede decidirse sólo de las consecuencias de su retención en el edema linfático, sino de experiencias importantes, sobre todo las de *Wiseman*, de las que nos ocuparemos en seguida.

LINFOGENESIS GANGLIONAR E INTERSTICIAL

En los mamíferos adultos, los linfocitos se forman en condiciones normales dentro del tejido linfoide y aparecen en la linfa después de que este líquido ha pasado por los ganglios linfáticos. Ya *Flemming* señaló la presencia de abundantes figuras mitósicas en los folículos ganglionares (centros germinativos), que consideró como el lugar para la formación de linfocitos, punto de vista que fué aceptado por *Ehrlich* y *Lazarus*, *Von-Ebner* y muchos otros autores de la época. *Downey* y *Weidenreich* han revisado recientemente el problema, demostrando que los linfocitos se originan en los ganglios y estructuras linfáticas periféricas en dos formas principales: en su mayor parte proceden de la división mitósica de linfocitos preexistentes, pero en una cantidad considerable nacen a partir de células reticulares. *Maximow* sostiene la misma idea, pero cree que sólo las células reticulares fijas, y no las emigrantes, intervienen en la linfocitogénesis, circunstancia que ha sido comprobada también por *Ehrich*.

Pero, sobre todo en circunstancias patológicas,

los linfocitos no proceden en forma exclusiva de los ganglios linfoides. En la inflamación genuina hay siempre linfocitos infiltrando los tejidos alterados; en la llamada inflamación fisiológica los linfocitos jamás están ausentes y hasta se explica con ella la existencia del anillo linfático de Waldeyer así como de las placas y folículos cerrados intestinales; la inflamación reparadora es, sin embargo, la que se caracteriza por la existencia de densos infiltrados linfocitarios, a veces puros, que se forman entre los elementos degenerados y en reabsorción. También en las enfermedades producidas por virus, la infiltración perivascular con células linfoideas constituye un hallazgo histopatológico característico. Que tales infiltraciones linfoideas de la inflamación genuina nada tienen que ver con la presencia de bacterias, se demuestra sobradamente por su mayor densidad en las inflamaciones espúricas.

De estos linfocitos propios de la inflamación, sólo una parte está representada por elementos emigrados desde la sangre, mientras que los demás surgen por división y diferenciación de los histiocitos situados sobre todo junto a las paredes de los vasos capilares sanguíneos y en torno a los lobulillos adiposos; tales histiocitos se comportan en el tejido conjuntivo en la misma forma que las células reticulares de los órganos hematopoyéticos.

Como es muy común que diferentes autores empleen denominaciones distintas para elementos idénticos y que el mismo nombre se utilice para designar elementos diferentes, conviene que aclaremos la nomenclatura empleada por nosotros. Designamos como histiocitos (*Aschoff*) a las células mesenquimatosas indiferenciadas, capaces de movilizarse durante muchos procesos morbosos y de transformarse entonces, originando cualquier clase de elementos conjuntivos diferenciados; estos histiocitos se reconocen fácilmente por su delicado citoplasma, adaptado por estereotropismo a las estructuras sólidas vecinas, su núcleo aplanado y regularmente elíptico. Cuando los histiocitos se movilizan y despiertan en ellos sus potencialidades de transformación, recojen su citoplasma, adoptan formas seudopódicas, se alejan de las estructuras sólidas que ante les prestaban apoyo y deben calificarse de poliblastos (*Maximow*). Y si desarrollan actividades fagocitarias, almacenando cuerpos extraños en el citoplasma, presentan las cualidades morfológicas correspondientes a los macrófagos de *Metchnikoff*. Elementos completamente semejantes a éstos se encuentran en los ganglios linfáticos. Las células reticulares anastomasadas entre sí y sin actividades migratorias corresponden a los histiocitos; las llamadas células libres son equivalentes a los poliblastos, y los macrófagos de los ganglios resultan idénticos a los del tejido conjuntivo.

La posibilidad de que células linfoideas se formen localmente en la intimidad del tejido conjuntivo durante los procesos inflamatorios es admitida hoy, con ligeras variantes en cuanto al detalle, por todos los investigadores, entre los que podemos citar a *Downey* y *Weidenreich*, *Aschoff* y *Kiyono*, *Marchand*, *Herzog*, *Maximow*, *Siegmund*, *Möllendorff*, *Lindsey*, *Klinge*, *Ekola*, *Lang* y *Weatherford*.

El investigador que ha estudiado con detalle la reacción del tejido linfoide, describiendo claramente inducción a la linfocitosis e hiperplasia linfoidea a consecuencia de la irritación provocada por proteínas de gran molécula, es *Wiseman*. Este investigador trabajó con conejos a los que inyectaba parenteralmente, unas veces bajo la piel y otras en el torrente circulatorio, proteínas extrañas tales como extracto de embriones de pollo, albúmina de huevo y suero de caballo. Los ganglios linfáticos presentaron siempre hiperplasia, aunque no aumento de peso demostrable: el bazo aumentó de volumen con regularidad de modo notable.

También pueden reseñarse otras muchas experiencias que demuestran la acción estimulante de prótidos extraños en la linfocitogénesis ganglonar. Por ejemplo, *Oliver* y *Katzman* han producido estados leucemoides de tipo linfático en ratones mediante la inyección repetida de caseinato de sodio. Y todos los autores que han estudiado experimentalmente el efecto de la proteinoterapia, han comunicado efectos estimulantes sobre la linfopoyesis.

Resulta interesante saber en qué proporción pasan proteínas a la sangre desde el intestino, escapando a la acción desintegrante de los fermentos digestivos. Desde *Uhlenhuth*, *Ascoli* y *Vigano*, el problema ha sido investigado por muchos autores empleando varias clases de proteína. *Hektoen*, *Kanai* y *Dragstedt* usaron tiroglobulina; *Walzer*, proteínas de peces; *Ratner* y *Gruehl*, leche. *Alexander*, *Shirley* y *Allen* comprobaron que la albúmina de huevo administrada con sonda gástrica puede reconocerse en el conducto torácico. *Joffey*, *Sullivan* y *Drinker* demostraron que la instilación de albúmina de huevo en la mucosa nasal va seguida de la aparición de esta proteína en la linfa cervical. *Walzer* y *Brunner* y *Walzer* usaron la reacción de *Prausnitz-Künster* para demostrar el paso de proteínas extrañas a la sangre por el tubo digestivo en condiciones normales. Resulta, pues, verosímil que la formación de linfocitos en los ganglios linfáticos esté relacionada con la presencia de proteinas extrañas en la linfa, sobre todo por lo que se refiere a las formaciones linfáticas del tubo digestivo.

Papel de los protidos celulares en la linfogenesis local

Pero a través de la piel no penetran prótidos de gran molécula en nuestros tejidos mesenquimatosos. Ya hemos señalado que los contenidos en la linfa se originan verosímilmente en las células y que su porporción parece independiente de la actividad normal de los órganos. Debemos admitir, al menos por el momento, que los prótidos contenidos en la linfa proceden en gran parte de los constituyentes del protoplasma celular, es decir, se trata de prótidos plásticos y no de los que realizan funciones energéticas. Liberación de prótidos plásticos está aumentada considerablemente durante los procesos de reparación, cuando muchas células sucumben y son sustituídas por otras neoformadas. Un importante apoyo para la idea de que tales proteínas poseen propiedades linfocitógenas lo encontramos en los fenómenos que, a modo de ejemplo, vamos a analizar sumariamente en los párrafos que siguen.

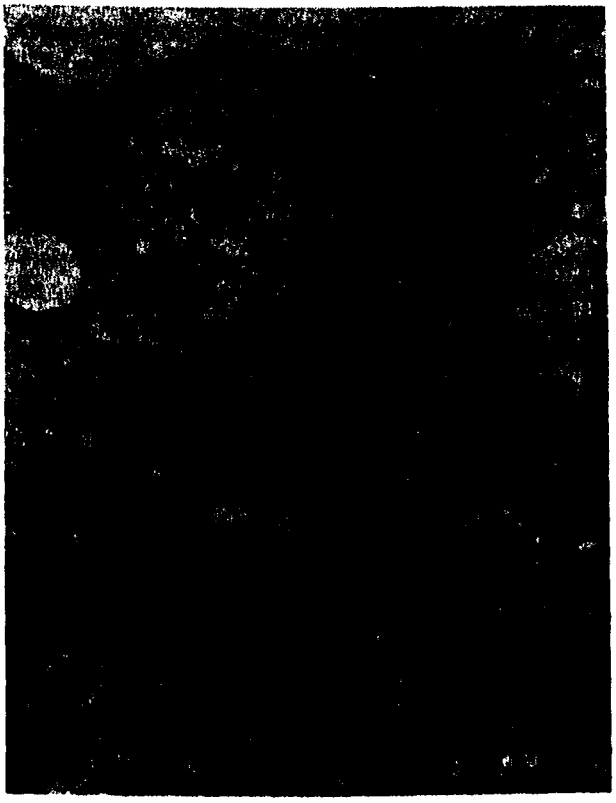


Fig. 4

Glomerulonefritis difusa subcrónica, en fase de retracción renal. Muerte en insuficiencia cardíaca con funciones renales compensadas. Obsérvese la intensa atrofia de las estructuras renales y los infiltrados linfocitarios puros formados entre ellas.

Antes nos hemos referido ya a la infiltración linfocitaria que se produce en el parénquima renal durante la hidronefrosis ocasionada por obstrucción brusca del uréter, fenómeno que utilizamos como ejemplo de inflamación reparadora. Algo semejante sucede, también en el riñón, durante el período de compensación de la glomerulonefritis difusa. Así, en el período agudo, los enfermos sucumben a la anuria y entonces las lesiones renales, como es bien sabido, son mínimas; durante el período de esclerosis renal, el parénquima está alterado por la hipertensión arterial concomitante a la glomerulonefritis y por los fenómenos degenerativos terminales de las células, en forma y por los fenómenos degenerativos terminales de las células, en forma que la imagen histológica resulta difícil de interpretar. El significado de la linfocitosis local se puede valorar, en cambio, sin dificultades en aquellos casos en los que la infiltración con linfocitos es pura, esto es, en las glomerulonefritis subcrónicas con función renal bien compensada, si la muerte sobreviene por insuficiencia cardíaca, pues entonces no hay otras alteraciones anatómicos asociadas; fenómenos regresivos y proliferativos del parénquima se mezclan con regularidad, mientras el estroma aparece con densos infiltrados linfocitarios precisamente a nivel de las zonas en reabsorción (fig. 4). Sólo la reabsorción celular parece causante de la linfopoyesis ectópica.

Encontramos un cuadro histoógico semejante en las cirrosis hepáticas, singularmente en la cirrosis genuina con síñdrome clínico de Laënnec. La cirrosis genuina del hígado cursa con gran lentitud durante mucho tiempo, verosímilmente varios años, sin producir síntomas subjetivos; cuando el enfermo tiene las primeras hemorragias o desarrolla ascitis, el hígado se encuentra reducido a la mitad o menos de su tamaño. No es raro descubrir ocasionalmente en la autopsia cirrosis anatómicamente típicas, pero con tan discretos síntomas clínicos que no se pensó en la existencia de lesiones en el hígado; en ete período de compensación es donde las infiltraciones linfocitarias alcanzan su máxima pureza y aparecen con toda regularidad en torno a los lugares en los que el parénquima encuéntrase en atrofia y reabsorción, promotora de linfopoyesis (fig. 5).

Es cierto que el desarrollo de infecciones sobreañadidas, las graves alteraciones secundarias a la insuficiencia funcional de los parénquimas y otros fenómenos asociados, oscurecen muchas veces el cuadro histológico; probablemente por estas razones los infiltrados linfocitarios circunscritos del organismo no se han interpretado hasta ahora con exactitud. Entre los fenómenos asociados frecuentemente a las lesiones atróficas productoras de linfopoyesis local, conviene destacar uno que la favorece; se trata del bloqueo de los vasos linfáticos.

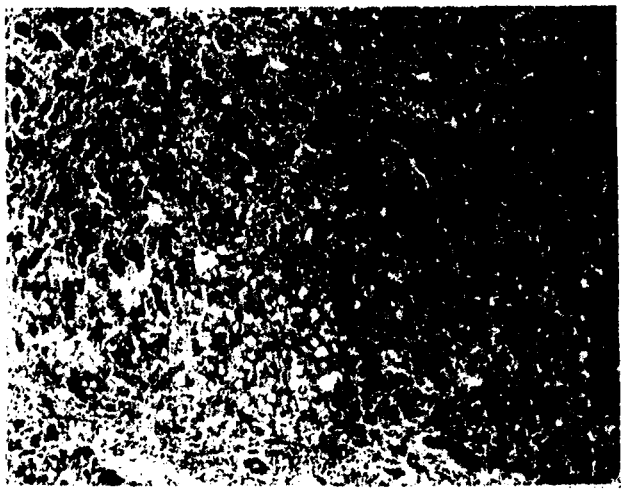


FIG. 5

Cirrosis atrófica del hígado sin síntomas clínicos aparentes. Muerte por gastroenterorragia difusa. Algunas de las células hepáticas contienen moderada cantidad de grasa y las restantes se encuentran atróficas y formando trabéculas intensamente puros intersticiales.

En efecto; es común observar que en los casos típicos, acompañados de intensa infiltración linfocitaria pura, no sólo existe atrofia compensada de los parénquimas, sino también retardo del flujo linfático. Se comprende que, en tales condiciones, al no poderse vaciar la linfa con facilidad, quede entorpecida la salida de los prótidos linfógenos hacia los ganglios, con lo que resulta recargada la función de los histiocitos locales y la linfocitogénesis a expensar de ellos. Las consecuencias del entorpecimiento en la salida de la linfa son impirtantes y pueden expresarse diciendo que inician en los tejidos un proceso de elefantiasis; esto es, muchos histiocitos proliferan intensamente y se transforman en fobroblastos, los cuales elaboran fibrillas precolágenas que, al madurar y transformarse en haces colágenos, contribuyen a la esclerosis del órgano atrófico. La fibrosis retráctil que caracteriza a las esclerosis renales y a las cirosis hepáticas tiene, con seguridad, esta patogenia. La fibrosis retráctil, a su vez, dificulta la circulación de la sangre y de la linfa; lo primero contribuye a exagerar la atrofia, y lo segundo, la proliferación fibroblástica con esclerosis; constitúyese así un círculo vicioso que nos explica el curso inevitablemente progresivo de la esclerosis retráctiles en los órganos (*Costero*).

Complicación frecuente de todas las lesiones anatómicas que cursan con obstrucción de la corriente linfática son las infecciones secundarias. El hecho ha sido observando con especial frecuencia en las elefantiasis, pero es también muy común en la cirrosis hepáticas y algo menos en la esclerosis renal. La dificultad de los tejidos con edema linfático para resistir las infecciones triviales se explica, en nuestra opinión, no sólo por la eliminación de la corriente linfática, conductora hasta los ganglios de los plasmas intersticiales a los que llegan los gérmenes, sino también por reducción en el número de histiocitos capaces de transformarse en macrófagos. Como venimos indicando en el curso de este trabajo, los histiocitos locales se diferencian al recibir en cantidades importantes prótidos de gran molécula, transformándose en linfocitos, de una parte, y en fobroblastos, de otra. En tanto esta diferenciación se realiza a expensas de la hiperplasia de los histiocitos preexistentes, otros quedan con todas sus potencialidades de diferenciación y la capacidad defensiva local desciende poco. Pero la hiperplasia histiocitaria local tiene un límite, sobrepasado el cual no pueden formarse elementos macrofágicos en cantidad eficaz, lo que explica la facilidad para las infecciones.

El hecho de que los infiltrados linfocitarios intersticiales puros aparezcan con regularidad durante la atrofia compensada de los órganos y que tales infiltrados se desarrollen precisamente en los lugares en reabsorción, nos autoriza a admitir, basados en los conocimientos anteriormente especificados, que la linfopoyesis local obedece en estos casos a la concentración de proteínas complejas liberadas en grandes cantidades de las células en desintegración y que actúan como flogotrofinas.

COMENTARIOS FINALES A GUISA DE CONCLUSIONES

He aquí, condensados en forma de breves comentarios, los avances más recientes sobre el mecanismo de los procesos inflamatorios que son tratados con detalle en este artículo.

1. Los trabajos parten del concepto de *Lubarsch*, según el cual la inflamación se caracteriza por la coexistencia de tres fenómenos anatómicos fundamentales: (a) alterativos, que lesionan o destruyen las células de los tejidos; (b) infiltrativo-exudativos, manifestados por dilatación vascular, salida a los espacios intersticiales de componentes del plasma sanguíneo y diapédesis leucocitaria; y (c) proliferación de los elementos sanos contenidos en el lugar de la inflamación.

2. Desde el punto de vista funcional, los fenómenos inflamatorios representan una digestión en la intimidad de los tejidos mesenquimatosos de substancias extrañas que penetran en ellos salvando la barrera epitelial ectoendodérmica limitante del organismo.

3. La inflamación no puede comprenderse, sin embargo, teniendo en cuenta sólo los fenómenos anatómicos y fisiológicos locales. En ella hay siempre signos de propagación por las vías linfá-

ticas (linfangitis, linfadenitis) y sanguíneas (septicemia, toxemia o sapremia), así como manifestaciones generales (hipertemia, elaboración de anticuerpos, aumento en la velocidad de sedimentación de los hematíes, alteraciones en la fórmula hemática) . Signos de propagación y manifestaciones generales que alcanzan especial intensidad en las inflamaciones genuinas, mientras que no existen o quedan en límites subclínicos en las inflamaciones espúricas.

4. Deben considerarse como inflamaciones espúricas la inflamación fisiológica de *Rössle* (infiltraciones normales de la pared intestinal, del anillo linfático de Waldeyer, de la mucosa uterina en el período premenstrual, etc) y las que se califican de ordinario como inflamaciones reparadoras (zona de demarcación de las necrosis, bocios de *Riedel* y de *Hashimoto*, infiltración parenquimatosa en la hidronefrosis, etc).

5. Todos los fenómenos inflamatorios se desencadenan a consecuencia de la liberación, por la actividad del flogógeno, de substancias difusibles. Desde un punto de vista práctico, conviene clasificar tales substancias según los efectos que producen en el organismo. Unas son flogotoxinas que, a semejanza con las autolisinas, destruyen los parénquimas orgánicos; otras son floganginas, se parecen funcionalmente a la histamina y actúan sobre las paredes de los capilares sanguíneos provocando diapédesis leucocitaria con formación del exudado; y, además, se liberan flogotrofinas parecidas a las trefonas embrionarias que estimulan el desarrollo y la regeneración de las células (*Costero*).

6. A las flogotoxinas pertenece la necrosina aislada de los exudados por *Menkin*, quizá también la pirexina de este mismo autor, responsable ésta última de la hipertemia que se produce en los animales de experiencia cuando se inyecta en sus vasos un exudado inflamatorio. Entre las floganginas deben considerarse la substancia H de *Lewis* y *Grant*; la leucotaxina, quizá también el factor promotor de leucocitosis, de *Menkin*, y la histamina. Hasta nuestros trabajos, no se habían descrito substancias clasificables como flogotrofinas.

7. Los histiocitos yacentes en el lugar de la inflamación tienden a diferenciarse en tres sentidos diferentes durante los procesos flogósicos. Unos se movilizan y ponen de manifiesto sus actividades fagocitarias, adquiriendo la categoría de macrófagos; otros se transforman en fibroblastos y elaboran fibrillas precolágenas que más tarde adquieren cualidades de haces colágenos retráctiles; y algunos se multiplican rápidamente originando células linfoideas. Los histiocitos se caracterizan por ser las únicas células del tejido conjuntivo propiamente dicho que, como sus homólogas las reticulares de los capilares sinusoides, retienen en sus citoplasma coloides electronegativos y, de manera muy especial, prótidos de gran tamaño molecular, cuyo metabolismo intermediario queda en gran parte a su cargo.

8. En circunstancias normales, los prótidos macromoleculares que se liberan en los tejidos por la destrucción fisiológica de sus células son arrastrados por el drenaje linfático hasta los ganglios y allí elaborados por las células reticulares. Durante la inflamación, la destrucción celular es muy intensa y la enorme cantidad de prótidos liberados a consecuencia de ella queda en los espacios intersticiales puesto que el flujo linfático se bloquea, parcial o totalmente, a consecuencia de la adenitis. En estas circunstancias, son los histiocitos locales los que retienen y elaboran los prótidos incapaces de salvar las barrera endotelial de los vasos sanguíneos.

9. En el estado actual de nuestros conocimientos podemos admitir que la transformación de los histiocitos en macrófagos, fibroblastos o linfocitos depende de la naturaleza de los prótidos retenidos en su citoplasma. Las condiciones en las que tales transformaciones se realizan nos permiten suponer: (a) que los macrófagos resultan de la retención en los histiocitos de partículas groseras, con naturaleza química muy variables, cuyo carácter es poseer escasa o nula difusibilidad; (b) que los fibroblastos surgen en la vecindad de depósitos fibrinosos; y (c) que los lifocitos resultan de las células reticulares o histiocitos encargados de transformar los prótidos de gran molécula procedentes de la regeneración celular.

10. Cuando se introducen en los tejidos grandes cantidades de prótidos macromoleculares procedentes de la destrucción celular (extractos embrionarios) o simplemente de naturaleza orgánica (plasma sanguíneo heterólogo, albúmina de huevo) prodúcese hiperplasia ganglionar; si se inyectan en la sangre, la hiperplasia aparece en el bazo (*Wiseman*). En todas las enfermedades depauperantes hay intensa linfocitosis durante la pérdida de peso (tuberculosis, cáncer, etc) y lo mismo sucede cuando el metabolismo es muy activo (infancia, enfermedad de Basedow). En todos estos casos el drenaje linfático no está alterado y los prótidos linfocitogénicos llegan hasta los ganglios linfáticos y hasta la sangre, originando primero hiperplasia linfoidea difusa y, en condiciones favorables, linfocitosis en la sangre circulante. Cuando el drenaje linfático se suprime o si la cantidad de prótidos macromoleculares existente en los tejidos aumenta considerablemente, aparecen característicos infiltrados linfocitarios locales a expensas de los histiocitos que retienen dichos prótidos. Así sucede en la elefantiasis por

edema linfático, en la inflamación fisiológica y, sobre todo, en la inflamación reparadora.

11. Según nuestras ideas, la presencia de linfocitos en el organismo representa la consecuencia del metabolismo de ciertos prótidos macromoleculares por las células del sistema reticuloendotelial; verosímilmente, tales prótidos linfocitogénicos son elementos plásticos contenidos en las células y liberados durante la destrucción normal o patológica de los protoplasmas. Es decir, el número total de linfocitos de nuestro cuerpo mide exactamente la intensidad de los procesos de autólisis. De aquí se deducen las siguientes ideas, que tenemos actualmente en vía de comprobación experimental:

(a) Si el flujo lifático es normal, el tamaño de los ganglios linfáticos y el ritmo de multiplicación de sus linfocitos dependen, en primer término, de la cantidad de prótidos plásticos liberados por las células que sucumben en el territorio correspondiente del organismo.

(b) Si el flujo linfático queda totalmente suprimido en una parte del cuerpo, la intensidad del desgaste celular en dicho territorio se manifiesta en linfocitos local de intensidad proporcionada.

(c) El número total de linfocitos en la sangre circulante y, con las presumibles reservas, también el porcentaje de linfocitos en la fórmula leucocitaria, expresa con suficiente aproximación la intensidad general de los procesos de desgaste en el organismo. Es decir; en términos generales, la linfocitosis en la sangre circulante debe interpretarse como signo de un intenso aumento en el recambio celular en alguna o algunas partes del cuerpo, y al contrario.

(d) La hiperplasia del sistema linfático en una región circunscrita del cuerpo debe interpretarse como un aumento en la regeneración local de los tejidos. Sólo si se trata del sistema linfático correspondiente a las mucosas, y en especial a la del tubo digestivo, puede pensarse también en una penetración de prótidos macromoleculares exógenos insuficientemente desintegrados, como sucede en las inflamaciones alérgicas.

(e) La hiperplasia de todo el sistema ganglionar expresa la existencia de un importante aumento en el recambio de los tejidos del sistema somático, como sucede en los niños durante el crecimiento y en los hipertiroideos.

(f) La hiperplasia predominante del bazo debe relacionarse con prótidos plásticos o similares que salvaron la barrera ganglionar y pasaron sin alterarse a la sangre. Téngase en cuenta, de una parte, que aproximadamente la mitad de la linfa que llega al conducto torácico procede del hígado, cuyos capilares sanguíneos sinusoides tienen pared fenestrada y son, por lo tanto, permeables a las proteínas macromoleculares; y, de otra, que la sangre de la vena porta recoge todos los prótidos absorvidos en el intestino. He aquí, quizá, una posible explicación de la esplenomegalia tan común en aquellas enfermedades del hígado que alteran el metabolismo intermediario de las proteínas a nivel de esta glándula.

12. Finalmente, y como se deduce de los párrafos anteriores, la fibrina o substancias afines, por su capacidad de estimular la formación de fibroblastos activos, y los prótidos plásticos de las células, por su propiedad de provocar linfocitogénesis, deben considerarse como verdaderas flogotrofinas.

BIBLIOGRAFIA

Alexander, H. L., Shirley, K. y Allen, D.—The route of ingested egg white to the systemic circulation. Jour. Invest., *15*: 163, 1936.

Aschoff, L.—Das reticulo-endotheliale System. Ergeb. inn. Med. und Kinderheilk., *26*: 1, 1924.

Aschoff, L. y Kiyono, K.—Zur Frage der grossen Mononucleären. Folia haematol., *15*: 383, 1913.

Ascoli, M. y Vigano, L.—Zur Kenntnis der Resorption der Eiweisskörper. Zeitschr. physiol. Chem., *39*: 283, 1903.

Brunner, M. y Walzer, M.—Absorption of undigested proteins in human beings. Arch. Int. Med., *42*: 172, 1928.

Clark, E. R.—Observations of living mammalian lymphatic capilaries; their relation to blood vessels. Am. Jour. Anat., *60*: 253, 1737.

Costero, I.—Tratado de Anatomía Patológica. *1*: 341-357; *2*: 1003-1075, México, 1946.

Costero, I.—Morfología de la inflamación. Com. al 1er. Congr. Mex. de Medicina, Agosto, 1946.

Costero, I.—Significado de la linfocitosis intersticial en el reumatismo y en otros procesos inflamatorios, con una interpretación global de las principales lesiones reumáticas. Com. al 2° Congr. Interam. de Cardiol., México, 1946.

Cunningham, R. S.—Studies in absortion from serous cavities. IV. On the passage of blood cells and granules of different size through the walls of the lymphatics in the diafragm. Am. Jour. Physiol., *62*: 248, 1922.

Downey, H.—The structure and origin of the lymph sinuses of mammalian lymph nodes and their relations to endothelium and reticulum. Haeematologica, *3*: 431, 1922.

Downey, H. y Weidenreich, F.—Ueber die Bildung der Lymphocyten in Lymphdrüsen und Milz. Arch. Mikr. Anat., *80*: 306, 1912.

Drinker, C. K. y Field, M. E.—Lymphatics, Lymph and tissue Fluid. Baltimore, 1933.

Ebbecks, U.—Ueber Gewebsreizung und Gefässreaktion. Pflügers Arch., *199*: 197, 1923.

Ebner, V. von—En: Kölliker, Handbuch der Gewebelehre des Menschen. Leipzig, 1902.

Ehrich, W.—Studien über das lymphatische Gewebe mit besonderer Berücksichtigung der Lymphopoiese und der Histogenese der Sekundärknötchen, ihres Schicksals und ihrer Bedeutung. Beitr. pathol. Anat., *68*: 287, 1931.

Ehrlich, P. y Lazarus, A.—Die Anämie. En: Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie. Viena, 1898.

Ekola, M.—Reactions of subcutaneous tissue to sodium ricinoleate and other foreign substances. Folia haematol., *43*: 454, 1931.

Field, M. E. y Drinker, C. K.—The permeability of the capillaries of the dog to protein. Am. Jour. Physiol., *97*: 40,1931.

Field, M. E. y Drinker, C. K.—Conditions governing the removal of protein deposited in the subcutaneous tissues of the dog. Am. Jour. Physiol., *98*: 66, 1931.

Flemming, W.—Studien über Regeneration der Gewebe. I. Die Zellvermehrung in den Lymphdrüsen und verwandten Organen und ihr Einfluss auf deren Bau. Arch. mikr. Anat., *24*: 50,1885.

Goldmann, E.—Die äussere und innere Serkretion des gesunden und kranken organismus im Lichte der "vitalen Färbung". Beitr. klin. Chir., *64*: 192, 1900.

Goldschmidt, S. y McGlone, B.—Effect of oxigen absorbed through the skin upon the vascular reaction to stasis and to histamine. Am. Jour. Physiol., *109*: 42, 1934.

Grant, R. T. y Jones, T. D.—The effect of the histamine and local injury on the blood vessels of the frog; a vasodilatador substance in extracts of frog's skin. Heart, *14*: 339, 1927-29.

Hass, G.—Fragen zur Pathologie des menschlichen Oedems. Zeitschr. exper. Pathol., *22*: 375, 1921.

Haynes, F. W.—Factors which influence the flow and protein content of subcutaneous lymph in the dog. I. Hemmorrhage and hyperemia. Am. Jour. Physiol., *101*: 223, 1932. II. The effect of certain substances which alter the capillary circulation. Am. Jour. Physiol., *101*: 232, 1932.

Heidenhain, R.—Versuche und Fragen zur Lymphbildung. Pflügers Arch., *49*: 209, 1891.

Heim, J. W.—On the chemical composition of lymph from subcutaneous vessels. Am. Jour. Physiol., *103*: 553, 1933.

Kektoen, L., Kanai, P. H. y Dragstedt, L. R.—A study of protein absorption from the digestive tract by the precipitin test with special reference to thyroglobulin. J.A.M.A., *84*: 114, 1925.

Herzog, G.—Experimentelle Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpen. Beitr. pathol. Anat., *61*: 325, 1915.

Hudack, S. S. y McMaster, P. D.—The breakdown of lymph transport. Proc. Soc. exper. Biol. and Med., *28*: 853, 1931.

Iversen, P.—Ueber Ascitespathogenese. Klin. Wochenschr., *8*: 168, 1929.

Iversen, P. y Johansen, E. H.—Pathogenese und Resorption von Tras— undExudaten in der Pleura. Klin. Wochenschr., *8*: 1311, 1929. Pathogenese und Resorption von Tras— und Exudaten in der Pleura (Salyrganwirkung). Klin Wochenschr., *8*: 309, 1929.

Joffey, J. M., Sullivan, E. R. y Drinker, C. K.—The lymphatic pathway from nose and pharynx. The obsorption of certain proteins. Jour. Exper. Med., *68*: 941, 1938.

Kiyono, K.—Die vitale Karminspeicherung. Jena, 1914.

Klinge, F.—Untersuchungen über die Beeinflussbarkeit der lokalen Serumüberempfindlichkeit durch Eingriffe am aktiven Mesenchym (Milzextirpation und Speicherung). Krankheitsforsch., 5: 308 y 458, 1927-28.

Krogh, A.—Anatomy and Physiology of capillaries. Yale z Univ. Press, 1929.

Landau, M. y McNee, J. W.—Zur Physiologie des Cholesterinstoffwechsels. Beitr. pathol. Anat., *58*: 667, 1914.

Landis, E. M.—The passage of fluir through the capilz lary wall. Am. Jour. Med. Sci., *193*: 297, 1937.

Landis, E. M., Jonas, L. Angevine, M. y Erb, W.—The passage of fluid and protein through the human capillary wall during venous congestion. Jour. Clin. Invest., *11*: 717, 1932.

Lang, F. J.—Der lymphatischen Apparat in seinen Beziehungen zur Blutzellbildung unter physiologischen, pathologischen und Versuchsbedingungen. En: Hirschfeld y Hittmair, Handbuch der allgemeinen Hämatologie, Berlin, 1932.

Lewis, T.—The blood vessels of the human skin and their responses. Londres, 1927.

Lewis, T. y Grant, R. T.—Vascular reactions of the skin to injury. Herat, *11*: 209, 1924.

Lindsey, M. L.—Reactions of the subcutaneous tissue to experimental tuberculosis in the guinea pig. Am. Rev. Tuberc., *19*: 615, 1929.

Lubarsch, O.—Entzündung. En: Aschoff, Pathologische Anatomie. Jena, 1921.

MacCallum, W. G.—On the mechanism of absorption of granular materials from the peritoneum. Bull. Johns Hopkins Hosp., *14*: 105, 1903.

Marchand, F.—Ueber Herkunft der Lymphocyten und ihre Schicksale bei der Entzündung. Verh. deutsch. deutsch. pathol. Ges., *16*: 5, 1913.

Maximow, A.—Ueber die Zellformen des lockeren Bindegewebes. Arch. mikr. Anat., *67*: 680, 1906.

Maximow, A.—Sur le rapport entre les grands et les petits lymphocytes et les cellules reticulaires. C. R. Soc. Biol., *80*: 237, 1917.

Menkin, V.—Dynamics of inflammation. An inquiry into the mechanism of infectious processes. Nueva York, 1940.

Metchnikoff, E.—Ueber die Beziehung der Phagocyten zu Milzbrandbacillen. Virchows Arch., *97*: 502, 1884.

Möllendorff, W. von—Die örtliche Zellbildung in Gefässwänden und im Bindegewebe. München. Med. Wochenschr., *74*: 135, 1927.

Oliver, S. y Katzman, B.—On the relationship between leucocytosis and leucemia. Folia haematol., *59*: 289, 1938.

Peters, J. P.—The distribution and movement of water and solutes in the human body. Kale Jour. Biol. and Med., 5: 431, 1933.

Ranvier, L. A.—De l'origine des lymphatiques dans la peau de la grenouille. C. R. Acad. Sci., 1895.

Ratner, B. y Cruehl, H. L.—Passage of native proteins through the normal gastro-intestinal wall. Jour. Clin. Invest., *13*: 517, 1934.

Renaut, J. L.—Note sur les capillaires lymphatiques. C. R. Ass. Anat., Lyon, 1901.

Rössle, R.—Referat über Entzündung. Verhand. deutsch. pathol. Ges., *19*: 18, 1923.

Rous, P. y Gilding, H. P.—Is the local vasodilatation after different tissue injuries referable to a single cause? Jour. Exper. Med., *51*: 27, 1930.

Schade, H.—Die Molekularpathologie der Entzündung. Dresde y Leipzig, 1935.

Siegmund, H.—Ueber das Sicksal eingeschwemmter Reticulo-Endothelien (Bluthistiocyten) in den Lungengefässen. Ein weitere Beitrag zur Entstehung von Gefässwandgranulomen. Zeitschr. ges. exper. Med., 50: 73, 1926.

Starling, E. H.—On the absorption of fluids from the connective tissue spaces. Jour. Physiol., *19*: 312, 1896.

Tschaschin, S.—Ueber vitale Färbung der Chondriosomen in Bindegewebszellen mit Pirrolblau. Folio haematol., *11*: 295, 1912.

Uhlenhuth, P.—Neuer Beitrag zum spezifischen Nachweis von Eiereiweiss auf biologischen Wege. Deutsch. Med. Wochenschr., *26*: 734, 1900.

Vancura, A.—Altérations de la permeabilité des parois capillaires dans les maladies du cœur et des reins. I. Étude du liquide des épanchements des séreuses et des œdèmes. Arch. Mal. Reins, *6*: 147, 1931.

Walzer, M.—Studies in absorption of undigested proteins in human beings. I. A simple direct method of studing the absorption of undigested protein. Jour. Immunol., *11*: 143, 1927.

Weatherford, H. L.—Chondriosomal changes in connective tissue cells in the initial stages of acute inflammation. Zeitschr. Zellforsch., *17*: 518, 1933.

Weech, A. A., Goettsch, E. y Reeves, E. B.—The flow and composition of lymph in relation to the formation of edema. Jour. Exper. Med., *60*: 63, 1934.

Weidenreich, F.—Zur Morphologie und morphologischen Stellung der ungranulierten Leukocyten —Lmphocyten— des Blutes und der Lymph. Arch. mikr. Anat., *73*: 793, 1909.

White, J. C., Field, M. E. y Drinker, C. K.—On the protein content and normal flow of lymph from the foot of the dog. Am. Jour. Physiol., *103*: 34, 1933.

Wiseman, B. K.—The induction of lymphocytosis and lymphatic hyperplasia by means of parenterally administered protein. Jour. Exper. Med., *35*: 499, 1931.

CONCEPTO ACTUAL DE LAS OBSTRUCCIONES DEL CUELLO VESICAL (*)

Dr. Carlos Parés Guillén

Queremos referirnos en este trabajo a los obstáculos anatómicos que producen retención de orina y síntomas de prostatismo y que radican de preferencia en el cuello vesical del hombre y la mujer, y en el cuello vesical y uretra prostática en el hombre.

No hablaremos pues de las obstrucciones de causa funcional, de las debidas a cuerpos extraños o de las orgánicas que radican por delante de la uretra prostática en el hombre.

Varios son los padecimientos capaces de producir estas obstrucciones, cuyo síndrome más importante es el "prostatismo", palabra que, si bien no expresa justamente más que los trastornos por causas intrínsecas de la glándula prostática, por costumbre se ha extendido a designar alteraciones de los organos o tejidos que producen los mismos síntomas y por lo tanto un síndrome semejante.

Cabe considerar tres grandes grupos de afecciones capaces de producir este complejo sindrómico llamado prostatismo.

Un primer grupo producido por alteraciones tisulares o malformaciones congénitas de la región prostática, cuello y trígono vesical independientes de la próstata. Entre las más frecuentes son: la hipertrofia del cuello vesical, la barra interureteral o prostática, la fibrosis o estenosis del cuello, el llamado trígono flotante, las bridas verumontanales y las valvas uretrales congénitas.

Un segundo grupo es el que forman las llamadas hipertrofias prostáticas o hiperplasias benignas de la próstata, tales como los adenomas, fibromas, fibromiomas, leiomiomas y las formas mixtas y quísticas.

Finalmente, existe un tercer grupo formado por tumoraciones malignas del tipo del adenocarcinoma escirro y medular, etc. etc. agrupadas genéricamente bajo el nombre de cáncer o carcinoma de la próstata. El sarcoma, que se presenta de preferencia en niños y jóvenes, es afortunadamente poco frecuente.

Si bien, como ya hemos dicho, las alteraciones del cuello vesical comprendidas en cualquiera de los tres grupos tienen sintomatología semejante, no pasa lo mismo con el tratamiento, que varía grandemente no ya de grupo a grupo sino aun dentro de los distintos tipos de un mismo grupo.

El tratamiento de las afecciones comprendidas en el primer grupo está actualmente fuera de toda discusión. Nadie habla de abrir una vejiga para dilatar un cuello vesical o para hacer una plastía al bisturi, como no sea en excepcionalísimos casos o debido a que la vejiga debe abrirse por motivo de algun padecimiento concomitante. La resección endoscópica del obstáculo es la regla y en los casos (por ejemplo de las valvas congénitas de los niños) en que el resector no puede ser introducido en la uretra por falta de calibre de esta, la fulguración a traves de un aparato endoscópico adecuado surtirá el efecto deseado.

Preferimos, quizás por costumbre, el resectoscopio foróblico eléctrico de *Mc. Carthy* o en los niños el cistoscopio de cateterismo sencillo de *Mc. Carthy* con electrodo fulgurador, pero cualquier aparato moderno en endoscopía o "frio", de visión directa o a través de sistemas ópticos es bueno y hemos visto cirujanos trabajar con excelentes resultados con los aparatos de *Braasch-Bumpus, Stern, Thompson*, etc. etc. La técnica es de todos conocida y el éxito será tanto mayor cuando mayor sea la meticulosidad del cirujano en suprimir, destruyéndolo, el motivo de obstrucción.

El tratamiento de los enfermos comprendidos en el segundo grupo, esto es: los que llamamos

(*) Trabajo presentado a la Segunda Reunión Urológica. México, Novbre. 1946.

"con hipertrofia benigna" es susceptible de variar segun cada caso particular y segun el criterio del cirujano.

La transformación adenomatosa de la próstata, aunque es anatomo-patologicamente benigna, ocasiona en los individuos que la padecen grandes trastornos urinarios y generales. Es, ademas, enfermedad frecuente. Su curso, aunque lento, es progresivamente molesto y abandonada a sí misma esta enfermedad conduce fatalmente a la muerte.

Frente a tan grave mal no es de extrañar que los médicos buscaran tratamientos, algunos de los cuales se vió pronto que apenas eran paliativos.

Los efectivamente radicales (quirúrgicos todos ellos) eran en el principio de su aplicación peligrosos por su mortalidad, morbilidad y largo curso post-operatorio cargado de complicaciones. La edad avanzada de los pacientes acababa de ensombrecer el pronóstico de estas intervenciones quirúrgicas.

También es lógico que la mayor parte de los cirujanos y urólogos de todos los países y todas las épocas buscaran afanosamente el camino quirúrgico más fácil, más seguro, más rápido y menos peligroso para llegar a poder extirpar las masas tumorales causantes del padecimiento. De ahí la constante comunicación de procedimientos, de variaciones más o menos importantes de los mismos y las discusiones y críticas.

Hace cerca de medio siglo *Albarrán* y *Proust* iniciaron la cirugía perineal, llamada baja, para el abordaje de los adenomas prostáticos.

De todos es conocida la técnica clásica con que dichos autores iniciaron la prostatectomia perineal, siguiendo el espacio despegable recto-prostático descrito por ellos mismos.

Los fracasos obtenidos y la comunicación del urólogo inglés *Freyer* en el año 1900 hicieron que los urólogos y cirujanos de todo el mundo se abocaran a practicar la técnica del eminente médico británico que, más tarde, modificada por *Marion,* fué la que predominó durante mucho tiempo, por lo menos en Europa. Es la prostatectomia hipogástrica en dos tiempos.

Fué *Young* en los E. U. quien, cuando ya casi no se hacía ni en Francia la técnica perineal de *Proust,* resucitó esta vía modificando el procedimiento y mejorándolo con instrumental nuevo y especializado, pero siguiendo en realidad los mismos planos.

Wilbotz y, en México, *Regino González* hicieron con pocas variantes y casi en la misma época operaciones por procedimientos semejantes. En el año de 1929, *Gil-Vernet,* en Barcelona, comunicó un procedimiento de prostatectomia perineal en que el plano despegable era el existente entre las fibras longitudinales y circulares del resto. Llamó a este procedimiento "prostatectomia para-rectal". La técnica era muy imperfecta así como los resultados debido, principalmente, a las grandes canalizaciones y al taponamiento que dejaba.

A los Drs. *Belt* y *Ebert* se debe el perfeccionamiento de las técnicas perineales, sobre todo en lo que hace referencia a la sutura completa de todos los planos y a la supresión de las canalizaciones. La técnica de *Belt* es bien conocida en México y ha sido practicada con éxito y corrientemente por el Dr. *A. Villanueva* y seguidores. Creemos que es el "desideratum" de las intervenciones por vía perineal, en lo que hace referencia, como ya hemos dicho, a la sutura perfecta por planos y a la hemostasia sin taponamientos ni canalizaciones. El hecho de entrar por debajo de las fibras del esfinter del ano parece que mas bien reduce el campo operatorio. Actualmente, en el pabellon 5 del Hospital General se opera por esta técnica modificada.

En lo que se refiere a la vía hipogástrica y con la orientación de hacer la extirpación de los adenomas prostáticos en un solo tiempo, bajo el control de la vista y poder hacer hemostasia por ligadura de los vasos que sangran, es ya, desde el urólogo inglés *Thompson Walkers,* en el año 1928, que se suceden con mas o menos éxito las prácticas de operar por cistostomia hipogástrica, con gran incisión vesical y separadoras iluminados en el interior de la vejiga.

Los procedimientos plásticos, gracias a los cuales se controla la hemorragia y se intenta la reconstrucción de la uretra posterior y del lóculo, son recientes y se deben principalmente al Dr. *Harris* de Australia quien, además, procuraba cerrar la vejiga cuando el caso lo permitía. La técnica de *Harris* con la modificación de la misma por el Dr. *Longoria* es también conocida y practicada en México.

El año pasado en Londres, el Dr. *Terence Millin* hace prostatectomias por lo que él llama "vía retro-púbica extravesical", que consiste en abrirse paso por detras del pubis en el espacio de *Retzius* que es abierto ampliamente hasta abordar la cara anterior de la próstata, recubierta por el plexo de *Santorini,* cuyas venas se ligan, incidiendo luego longitudinalmente la fascia preprostática y transversalmente la glándula prostática (cápsula) en cuyo interior aparece el adenoma que se extirpa con el dedo. Después de suturar los planos y previamente introducida una sonda en la vejiga a través de la uretra una pequeña canalización en el espacio de *Retzius* termina la operación. A partir de esto, todo estriba en este procedimiento en seguir la universal tendencia de levantar rápidamente los enfermos, retirar lo más

pronto posible la canalización y la sonda, en una palabra en abreviar el postoperatorio.

En Septiembre de 1945 los Drs. *Gerry L. Esersky* y *Abraham L. Greenberg* de Brooklyn N. Y. presentan 50 casos operados por un procedimiento hipogástrico en dos tiempos que podríamos llamar "rapidizados". En un primer tiempo, inciden con una pequeña incisión la vejiga, incisión de justo tamaño para que pase una sonda Foley del número 26 que mantienen elevada, fijándola a piel, y con el saco lleno de agua ajustado a la incisión vesical sin necesidad de suturar la vejiga y sin que los enfermos se mojen. Levantan los enfermos al tercer día del postoperatorio y pasados diez días amplian la pequeña abertura vesical, hacen la extirpación del adenoma con el dedo, ponen por la uretra una sonda de *Foley* con el saco lleno para hacer hemostasia y dejan un pequeño tubo de *Marion* en el hipogastrio durante 48 horas, pasadas las cuales lo retiran. El saco de la sonda de *Foley* ha sido vaciado después de diez a veinticuatro horas de la extirpación del adenoma, pero dejan la sonda puesta durante siete u ocho días mas, pasados los cuales ya esta cerrado el hipogastrio y puede darse de alta al enfermo. Parece ser que el total de días de hospitalización de los enfermos operados por este procedimiento no excede, o en bien poco, del total de días de los operados por otros procedimientos, si se cuenta con las preparaciones preoperatorias.

Finalmente, vamos a citar otro procedimiento y otra vía, la natural transuretral del que modernamente se sirven un gran número de urólogos de este continente y que parece que en Europa se ha abierto camino en el tratamiento de las obstrucciones por adenoma, sin tanta furia y de manera mas ecléctica que en América, probablemente porque el tiempo pasado desde la iniciación de la práctica del procedimiento deja ver con mayor serenidad los resultados a la larga.

Ya a fines del pasado siglo, *Mercier*, y *Bottini* y *Chetwood* a principios del actual usaron este procedimiento a través de uretra o de periné con imperfectos aparatos y aplicable a pequeñas obstrucciones.

La resección endoscópica por vía transuretral con modernos aparatos se practica corrientemente desde hace años en los principales centros urológicos de México.

La técnica es conocida y hemos tenido el honor de ver realizarla en el pabellón 5 del Hospital General, entre otros, al Dr. *Mc. Carthy*.

Preferimos, por los mismos motivos dichos en la primera parte de este trabajo, el resectoscopio de *Mc. Carthy* que es el que usamos ordinariamente con sus tres lentes de visión foróblica en ángulo recto y retrograda y seguimos la técnica del Dr. *Reed M. Nesbit*.

A grandes rasgos y sin entrar en detalles técnicos que no forman parte de la concepción del plan de este trabajo, hemos pasado revista a los procedimientos mas importantes que actualmente se emplean para curar las obstrucciones del cuello vesical que hemos clasificado en el segundo grupo.

Se ha dicho ya mucho que cualquiera de estos procedimientos es bueno, bien realizado por un práctico, pero aceptar esto no es decir que no deba tenerse un criterio general personal y mucho menos que no existan ineludiblemente indicaciones invariables de las que no pueden apartarse los especialistas de uno u otro procedimiento.

Se conocen bien hoy día, y se ha hablado también mucho de ellos, los defectos inherentes a cada procedimiento quirúrgico, o instrumental segun la vía anatómica a seguir y las ventajas de cada uno son las que supervalerizadas conducen a exclusivamente fuera de lógica.

No cabe duda que la prostatectomia hipogástrica en dos tiempos es para los viejos pacientes en cuanto a tiempo de duración una intervención molesta y peligrosa por sus complicaciones. Es también verdad que se trabaja a ciegas y que si al adenoma, como ocurre muchas veces, acompaña una prostatitis la enucleación es difícil y puede ocasionar desgarros graves de la mucosa y aun del cuello. La introducción del índice en el recto es un tiempo séptico y el taponamiento del lóculo prostático es molesto para el enfermo y peligroso al retirarlo. Es posible la fistulización del hipogástrio.

Tenemos el criterio de levantar al segundo o tercer día al enfermo operado por vía hipogástrica después del primer tiempo, cosa que pude hacerse sin que se mojen si la incisión de la vejiga es bien alta y esta bien ajustada al tubo de drenaje, que es una sonda de *Petzer* del número 24.

Los desgarros en enucleaciones difíciles no son frecuentes, cuando se sabe encontrar el buen plano de despegamiento y se han diagnosticado y tratado previamente los procesos periprostáticos.

Creemos que debe ser el propio cirujano el que se ayude con un dedo en el recto para hacer la enucleación y si se cuida de preparar el campo previamente, se envuelve el antebrazo con un puño estérii y se cambia de guante oportunamente no hay por que temer infecciones.

El taponamiento del lóculo prostático en algunos casos es innecesario. Tan mínima es la hemoragia en las buenas enucleaciones que unos minutos de mantener, mientras se sutura la vejiga, una compresa de gasa empapada en suero bien caliente, basta para cohibir la poca sangre que sale. Si la hemoragia es de alguna conside-

ración dejemos una sonda de *Foley* o semejante, con globo lleno, o un taponamiento de gasa vaselinada con fiador de seda. Pasadas 24 o máximo 48 horas, puede vaciarse el globo hemostático o retirar la gasa sin que, en general, ocurran accidentes. Durante los dos primeros días después de la enucleación los sedantes y antiespasmódicos se usan segun sean necesarios. Frente a hemorragias importantes (raras en las buenas enucleaciones) convertimos la enucleación a ciegas en "a vejiga abierta" en el momento oportuno e intentamos suturar o ligar los puntos sangrantes.

Los enfermos se levantan pasados tres o cuatro días, se les pone la sonda uretral y se retira la canalización hipogástrica que en ningun caso es el tubo de *Mario Freyer* de gran tamaño sino un tubo doble de goma, acodado y del calibre máximo correspondiente a un 24 de *Petzer* o *Malecot*.

La cuidadosa elección de un anestésico apropiado para cada caso, la profilaxia pre y postoperatoria de la infección con los medios actuales, ha hecho cambiar enormemente de diez años a esta parte el panorama pronóstico.

Los hipogástricos bien cuidados, en enfermos con cuello vesical bien libre, en los que no se ha marsupializado la vejiga en el primer tiempo suturándola a músculo o a piel y en que no se ha mantenido la canalización hipogástrica mas tiempo que el estrictamente necesario, rarísimamente se fistulizan.

No hemos practicado la intervención de *Terence Millin* o prostatectomia extravesical retropúbica y no podemos juzgarla; por lo leído nos recuerda aquellas tentativas de *Jacobs* y *Casper* en el año 1933, lo que *Gautier* llamó vía sub-púbica en el año 1937 y la vía inguinal que practicó *Mayor* en el año de 1924. En una palabra: buscar una vía que no fuera la transversical ni la transperineal. Tememos, y el tiempo lo dirá, que este procedimiento tenga los inconvenientes de ambas vías sin ninguna de las ventajas.

El procedimiento de los Drs. *Esersky* y *Greeberg* de Broocklyn, que tampoco hemos ensayado, nos parece un conjunto de modificaciones al procedimiento clásico llenas de sentido práctico.

Se estan ensayando en México los taponamientos absorvibles, de los que no tenemos personal experiencia pero de los que puede esperarse mucho.

De los procedimientos por vía perineal, es la técnica del Dr. *Belt* la que creemos mas perfecta. De los múltiples inconvenientes que se citan inherentes a ella, probablemente los únicos importantes son su difícil ejecución, la producción posible de estenosis, que es corriente en todas las uretrorafias circulares y en menor escala las incontinencias. Pensamos que la fistulización del periné, en caso de que ocurra, es de mucha mas gravedad y difícil solución que la del hipogastrio.

El postoperatorio de los enfermos bien operados por este procedimiento perineal no cabe duda que es mas breve y menos molesto que el de los operados en dos tiempos por la vía hipogástrica. Esta circunstancia y el que la intervención en si sea menos chocante, son, en realidad, las razones importantes en favor del procedimiento.

Al procedimiento transuretral de resección instrumental de los adenomas se le pueden achacar muchos defectos, mas o menos reales. Entre ellos los verdaderamente de peso son la necesidad de ser muy práctico en el procedimiento para resecar completamente adenomas de mas de cuarenta gramos y que la intervención no es tan radical como las anteriores. No hay que perder de vista que las resecciones incompletas estan sujetas a infecciones del lóculo y supuraciones que se hacen a veces graves y siempre largas y molestas.

Procuramos, en los casos elegidos para este procedimiento, preparar bien a los enfermos y hacer las resecciones lo mas completas posible. Probablemente lo poco chocante que es para el enfermo este procedimiento, es el gran contrapeso de su posible no radicalidad.

Citados, aunque brevemente, los principales procedimientos actuales de tratamiento en los enfermos de hipertrofia benigna, la aplicación de cada uno de ellos dependerá, en general, del caso a tratar. En algunos estará indicado indistintamente cualquier procedimiento, según la predilección y posibilidades del cirujano.

Creemos que los adenomas que se acompañan de otras afecciones vesicales concomitantes, aquellos con vejigas infectadas o atómicas, los enfermos urémicos por causa prostática, los grandes adenomas, serán tributarios de la prostatectomia hipogástrica, con un primer tiempo de cistostomia que se mantendrá el tiempo mínimo que haga falta.

Las enucleaciones, después de un tiempo prudencial de derivación hipogástrica de la orina, son más fáciles, sangran menos y evolucionan mejor. En cambio los procedimientos plásticos en vejigas que han estado algún tiempo abiertas, debido a su poca capacidad y a adherencias vecinas son difíciles y chocantes para el enfermo.

En general en presencia de un primer tiempo de cistostomia raramente estará indicada otra vía que no sea la ya existente.

En las grandes hemorragias del lóculo prostático que no se puedan cohibir por ligadura o puntos de sutura hemos obtenido mejores resultados con los taponamientos con gasa que con las sondas de *Foley*, *Pitcher* o semejantes.

Los drenajes hipogástricos no tienen razón de ser mantenidos, a partir de que no existan coágulos en la vejiga. El suprimir estos drenajes pron-

tamente y el evitar la infección de la herida hipogástrica son la mejor profilaxia de las fístulas.

Los adenomas pequeños que no se acompañan de ninguna enfermedad ni infección vesical o con esta ligera, corregida previamente con sonda permanente, son tributarios de la prostatectomia perineal o de la resección endoscopica, segun las particularidades citadas anteriormente. Posiblemente es menos radical y menos peligrosa esta última en igualdad de prefección en la ejercución, sobre todo en lo que se refiere a secuelas postoperatorias.

Los adenomas de gran prominencia rectal, con poca prominencia intravesical (que nunca son muy grandes) se operan mas dificilmente por el periné o por resección, sobre todo si recaen en individuos obesos o de pared abdominal en malas condiciones.

Los adenomas de mediano tamaño, con vejigas en buenas condiciones, pueden intervenirse por vía hipogástrica en un solo tiempo ya sea cerrando inmediatamente la vejiga después de uno de los procedimientos llamados plásticos, ya sea dejando por breve tiempo el drenaje hipogástrico y un taponamiento del lóculo.

Creemos que los lóbulos medios como causa única de obstrucción son rigurosamente tributarios de la resección endoscopica.

Muy excepcionalmente estara indicada la resección endoscópica en individuos con uretras que no permiten el paso del aparato, el cual ha de intoducirse por un ojal perineal practicado exclusivamente para este objeto.

Hemos clasificado en el tercer grupo de obstrucciones del cuello vesical las producidas por tumoraciones malignas del tipo del a denocarcinoma.

Estas graves afecciones desgraciadamente no siempre son diagnosticables antes de la invasión de los tejidos vecinos y no es raro que el primer síntoma que lleva a los enfermos a consultar al médico sea una localización metastásica a distancia de la próstata.

De ahí que el tratamiento varíe en los casos de tumor maligno próstatico que no ha rebasado los límites de la cápsula anatómica de la próstata y en aquellos en que ha rebasado dicho límite o en que existen metástasis.

Las técnicas perineales de *Young*, *Marion*, *Wilboltz*, *Belt* y otras llamadas radicales extra-capsulares que separan en un solo bloque parte del cuello vesical, próstata, tumor, cápsula y vesículas seminales aun con los modernos procedimientos, son peligrosas por su mortalidad y secuelas.

Aun considerando graves estas intervenciones, recurrimos a ellas, como el procedimiento mas radical, en los casos de tumores malignos intra-cápsulares muy bien localizados y en enfermos con buen estado general. En todos los demas casos la castración y el tratamiento con estilbestrol, conjuntamente o por separado, serán los procedimientos de elección seguidas o no de resección segun las necesidades.

Emmett y *Groene* en 215 enfermos de cáncer de próstata orquidectomizados tuvieron que hacer resección en 158.

Thompson cree que la orquidectomia solo estará indicada en los cánceres de próstata con metastasis, sobre todo cuando estas produzcan síntomas.

A. E. Belt sostiene que lo más conveniente es efectuar, cuando sea posible, una prostatectomia radical y luego una orquidectomia seguida de la administración de estrógenos.

De cuatro casos vistos por nosotros en la clientela, han sido tratados por castración y estilbestrol a dosis fuertes que se van disminuyendo y que se han mantenido hasta la actualidad, tres de ellos que eran inoperables. Las dosis de estilbestrol fueron de diez miligramos diarios mantenidos hasta la aparición de ginecomastia para seguir con dos a cinco miligramos como tratamiento de mantenimiento con interrupciones de descanso. El cuarto enfermo, un médico compatriota nuestro, presentaba metástasis hepáticas, ictericia y muy mal estado general. Los otros dos sin metástasis, pero con cáncer inoperables comprobado, viven en aparente buen estado de salud en la actualidad, habiendo pasado tres años desde el diagnóstico del primero y trece meses desde el diagnóstico del último. En ninguno de los tres fué necesaria la resección, aun cuando todos presentaban síntomas de retención, muy marcados en dos de ellos y estando advertidos los familiares de que a la castración seguiría, mas adelante, una resección que no hubo necesidad de realizar.

El cuarto enfermo murió en el postoperatorio inmediato, después de la prostatectomia radical extracapsular, realizada por el procedimiento clásico.

No empleamos desde hace ya mucho tiempo la implantación de "semillas" de emanaciones ni las agujas con radium elemento y la terapia profunda la utilizamos en los casos desesperados, principalmente para que ayude algo aliviando el dolor y disminuyendo la hemorragia cuando existen como síntomas principales.

Las sarcomas de la próstata, rarísimos y absolutamente inoperables, en cualquier momento que se diagnostiquen, remiten temporalmente en algunos casos si son tratados por la implantación en el tumor sobre todo de agujas de radium elemento. Como muchas veces es necesaria la cistostomia permanente en estos enfermos, la implantación a vejiga abierta es fácil de llevar a cabo, esperando de ella lo que buenamente dé de sí.

Conclusiones

1ª) Las obstrucciones del cuello vesical que producen prostatismo son de tratamientos eminentemente quirúrgico y solo en algunos casos otros tratamientos estan indicados como paliativos.

2ª) Los procedimientos quirúrgicos son tres que corresponden a otras tantas vías de acceso y técnicas principales: la perineal, la hipogástrica y la transuretral.

3ª) Se operarán por vía perineal:

A.—Los cánceres de próstata intra-capsular y sin metástasis, haciendo la extirpación extra-capsular de la próstata.

B.—Los adenomas medianos, máximo de 50 gramos, de prominencia rectal que se palpan cerca del periné, sobre todo en individuos obesos o con paredes del abdomen en malas condiciones y los adenomas o adenofibromas, aun fuera de estas condiciones, si son dudosas de malignidad y estando dispuestos a hacer ocasionalmente la intervención radical que se citó anteriormente.

4ª) Se operarán por vía hipogástrica:

A.—Los adenomas que se acompañan de grandes infecciones vesicales u otras enfermedades de este organo. La intervención se hara en dos tiempos, con un primero de talla.

B.—Los grandes adenomas, los medianos por encima de 50 gramos, de prominencia francamente intravesical y aun los pequeños en que existiera una talla hipogástrica previa.

5ª) Se operaran por la vía transuretral:

A.—Las pequeñas obstruciones no propiamente próstaticas.

B.—Los pequeños adenomas prostáticos y hasta los de mediano tamaño maximo de 30 a 40 gramos.

C.—Las obstrucciones por cáncer inoperable radicalmente y con un criterio de resección parcial paliativa.

6ª) Los enfermos en malas condiciones generales (sepsis, toxemia, anemia, insuficiencia cardíaca o renal, etc. etc.) ofrecen riesgos casi iguales con cualquier técnica de extirpación del adenoma que se adopte y no deben ser operados en un solo tiempo por ningún procedimiento.

7ª) Aun en enfermos en malas condiciones generales consideramos el primer tiempo de talla previa casi inocua si está correcta y rápidamente practicado con anestesia local. En raros casos puede estar contraindicado en favor del cáteter a permanencia o de la sonda hipogástrica puesta con trocar de *Lower*.

8ª) En enfermos con adenomas próstiticos semejantes y en igualdad de bondad en las condiciones, preparación, indicación y ejecución, consideramos que, en la actualidad, ningún procedimiento ha de dar una mortalidad mas alla de un 2% yendo de mas a menos desde las prostatectomias hipogástricas en un solo tiempo (plásticas o no); hipogástricas en dos tiempos, perineales y resecciones trans-uretrales.

En cuanto a morbilidad secundaria y también de mas a menos: perineales, hipogástricas en dos tiempos, hipogástricas plásticas en un tiempo (cerarndo vejiga) y resecciones.

En cuanto a radicalidad sería igual para cualquier procedimiento hipogástrico o perineal y menor para la resección.

9ª) No son quirúrgicos ni curables en la actualidad los tumores malignos de la próstata en que el tumor ha rebasado la capsula o existen metástasis.

La castración y la terapéutica con estrógenos es el tratamiento paliativo de elección. Aun siendo sus resultados irregulares, son a veces tan notables que hacen innecesaria la resección que lo hubiera sido para suprimir los síntomas obstructivos.

10ª) La terapia profunda y el radium actuan principalmente, pero no siempre, sobre el dolor y la hemorragia. Aparte de esto poco puede esperarse de esta terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

ABOULKER P.—Une nouvelle téchnique de prostatectomie. (La post. retro. pub. de Terence Millin) La Presse Medicale N° 20-4 Mai 1946.

BELT. E.—Prostatectomía perineal radical en los primeros períodos del carcinoma de la prostata. Informe de los resultados inmediatos. Jour. Urolog. N° 48 Sept. 1942.

Nueva vía de acceso anatómico en la prostatectomía perineal (Con Ebert y Surber) Rev. Mex. de Urolog. Vol. II N° 3-1944.

ERERSKY C. L.—Two Stage Suprapubic Prostatectomy. (Con A. L. Greenberg The Urologic and cutaneus Review. Spt. 1945.

GIL VERNET S.—La prostatectomie para-rectale. Journal d'Urologie. Enero 1932.

HERMAN L.—The practice of Urology. pág. 711-775. Editorial W. B. Saunders Co. Philadelphia and London.

LOWSLEY O. S. and KIRWIN.—Clinical Urology. Vol. 1-pág. 804-940. Editorial Williams-Wilkins Co. Baltimore.

LEGUEU F. et E. PAPIN.—Precis d'Urologie. Pág. 482-525. Librairie Maloine Paris.

LONGORIA J.—Prostatectomía plástica.—Rev. Mex. de Urolog. Vol. I. N° 3. 1943.

La vía perineal y la vía hipogástrica en la extirpación de los adenomas de la región prostática. Rev. Mex. de Urolog. Vol. III. N° 4- 1945.

MILLIN T.—Retropubic prostatectomy. A new extrave-

sical tecnique. The Lancet N° 6379. 1° Diciembre 1945.

MATHE Ch. P. y ARDILLA.—Carcinoma de la próstata. Revision de 130 casos. Rev. Mex. de Urolog. Vol. IV. N° 2.

NESBIT R. M.—Transuretral prostatactomy. Editorial Ch. C. Thomas. Spring-Field Illinois.

VILLANUEVA A.—Nuevas orientaciones sobre el carcinoma de la próstata. Rev. Mex. de Urolog. Vol. II N° 2. 1944.

Algunas consideraciones sobre la cirugía prostática. Abril 1946.

(en prensa)

TRATAMIENTO DE LAS PLEURESIAS TUBERCULOSAS Y NO TUBERCULOSAS

por el Dr. MIGUEL JIMÉNEZ

Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina, Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

Quiero antes de dar principio a este pequeño trabajo, anticipar, que me limitaré exclusivamente al tratamiento quirúrgico de las mismas, dejando a un lado el aspecto médico, dada la enorme amplitud del tema y la marcada predominancia quirúrgica de su terapéutica.

Inicialmente deseo advertir que la clasificación de Empiemas que aceptamos es la de *Monaldi*, ilustre fisiopatólogo italiano, subdirector del Instituto Forlanini de Roma, modificada por nosotros y que fundamentalmente abarca estos tres grupos:

1.—Empiema simple infectado.

2.—Empiema tuberculoso simple.

3.—Empiema asociado séptico.

En otras palabras, el primer grupo encuentra su causa en los gérmenes banales de la supuración; el segundo es debido exclusivamente al bacilo de Koch y el último a la asociación de los dos anteriores.

A continuación mencionaré los diversos procedimientos terapéuticos que pueden ser aplicables a estos tipos de pleuresías purulentas.

1.—Toracentesis.

2.—Lavados pleurales.

4.—Pleurotomía (sin resección costal o con resección costal).

5.—Distensión progresiva endopleural.

6.—Toracoplastía.

Voy a referirme someramente a cada uno de estos distintos métodos terapéuticos, insistiendo exclusivamente en algunos detalles que considero de interés, debido a que son procedimientos perfectamente conocidos de todos ustedes.

1.—*Toracentesis.*—Consiste en la extracción transpariental del contenido purulento de la cavidad pleural a través de un trócar.

Este procedimiento se aconseja en la mayoría de los casos no como solución, sino más bien como tiempo de espera hasta el momento en que, bien formado el derrame y fijado el mediastino, resulta la pleurotomía casi inofensiva. También debemos tener presente la posibilidad de curación de algunas pleuresías purulentas, del grupo de empiemas simples infectados, tan solo por la aspiración del pus; principalmente cuando el neumococo es el germen causante de la infección, citando varios autores cifras verdaderamente alentadoras. Así, p.e. *Stone* y *Graham* logran éxito en el 10 y hasta el 15% de las pleuresías de estreptococos, *Lookwood* en el 10% y *Ochsner* y *Gage* llegan en su estadística a alcanzar la cifra del 33.3% de curaciones.

En mi casuística personal he observado éxitos con la simple punción aspiradora en empiemas neumomócicos, principalmente en los consecutivos a procesos neumónicos, bronco-neumónicos o gripales, y sobre todo en niños o personas jóvenes; y excepcionalmente en pleuresías estreptocócicas.

Es conveniente también recordar que en procesos pulmonares agudos, complicados con empiema, este método encuentra su aplicación inicial, ya que el mal estado general contraindica las intervenciones pleurales y sobre todo evita la formación de un neumotórax traumático que podría costar la vida del enfermo en el momento de la pleurotomía.

En estos casos, una vez estabilizado el proceso se procederá al desagüe quirúrgico. Así como en los derrames sero-fibrinosos impera el criterio de abstenerse de toda evacuación mientras no se presenten fenómenos compresivos o tóxicos serios, y de no efectuar la evacuación completa del líquido; en los empiezas, esta última condición es imprescindible, ya que el dejar secreción purulenta en la cavidad, no resuelve el problema del buen desagüe y por lo tanto de la limpieza de la misma. En estos casos, es indispensable lograr la extracción de la totalidad del pus si se desea tener éxito, y para lograrlo es necesario que la aspiración no dé lugar a fenómenos descompresivos, que se presentan cuando la extracción es superior a litro o litro y medio. La distensión demasiado rápida del pulmón colapsado, y la supresión brusca de la compresión que ejercía el exudado sobre grandes segmentos de la circulación pulmonar, puede ocasionar trastornos diversos (fenó-

TENEMOS EL HONOR DE INVITAR AL H. CUERPO MEDICO
PARA QUE VISITE LA

CLINICA PSICOSOMATICA

(PARA ENFERMOS NERVIOSOS Y MENTALES)

AV. AMSTERDAM, 149. MEXICO, D. F. TEL. ERIC. 14-55-13

●

DIAGNOSTICO. TRATAMIENTO. INTERNAMIENTO

NEUMOENCEFALOGRAFIA	NARCOSINTESIS
ELECTROENCEFALOGRAFIA	NARCOSIS PROLONGADA
ELECTRODIAGNOSTICO	PSINOANALISIS
SHOCKTERAPIA	PSICOTERAPIA
INSULINOTERAPIA	PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH
ELECTROPIREXIA	TRATAMIENTO DE GAS DE VON MED UNA
PIRETOTERAPIA	DIATERMIA
MALARIATERAPIA	TERAPIA ACUPACIONAL

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

D I R E C T O R : DR. F. FERRER

JEFE DEL SERVICIO NEUROPSIQUIATRICO: DR. A. FORTES

PSICOMETRIA: DR. F. PASCUAL DEL RONCAL

MEDICOS CONSULTANTES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES.

UN PRODUCTO HORMONA

es una garantía terapéutica

•

Por la pureza de las materias utilizadas en su elaboración

Por la escrupulosa integridad con que se fabrica

Por la severidad de sus controles biológicos, farmacológicos y clínicos

•

LABORATORIOS

"HORMONA"

Laguna de Mayrán 411

Apartado 2159 México, D. F.

menos locales pulmonares, edema pulmonar, insuficiencia aguda del corazón), citándose algunos casos de muerte. Todos estos peligros pueden evitarse haciendo extracciones parciales de la secreción (100 a 200 c.c.) y substituyéndola por una cantidad equivalente o menor, según el caso particular, del aire inyectado en la cavidad, con lo que la presión intrapleural no experimenta un cambio notable, y se puede llegar al vaciamiento total de la misma.

Esto se puede practicar a la perfección mediante el uso del aparato de neumotoracentesis de *Morelli,* que consiste en un gran frasco de boca ancha, ocluído con un tapón de hule perforado por dos tubos de cristal, uno de los cuales se conecta mediante un tubo de hule al trocar colocado en la cavidad y el otro a una jeringa de armazón metálica de 250 c.c., mediante una llave de tres vías, que permite introducir o eliminar al exterior, según el caso, determinada cantidad de aire. Con el manejo correcto de este sencillo aparato se puede extraer el exudado e inyectar la cantidad de aire deseada y conectando, con el extremo libre de la llave de tres vías, un manómetro de agua común y corriente, se puede medir la presión intrapleural en el momento que se desee.

Respecto a la técnica de la punción, diremos que es conveniente no practicarla en el sitio declive, pues la presencia en este sitio de membranas o depósitos grumosos, dificultarán las maniobras, por lo que es recomendable practicarla en un espacio superior, siendo suficiente la variación de la postura del enfermo para lograr la extracción completa del exudado. La anestesia parietal previa es recomendable.

2.—*Lavado Pleural.*—Este procedimiento consiste en hacer pasar por la cavidad pleural diversos líquidos antisépticos, previa evacuación de su contenido. Está indicado en los empiemas simples infectados y en los asociados sépticos, ya que su acción antiséptica va dirigida exclusivamente a los gérmenes banales de la supuración. Una condición indispensable es el tratar de conservar la cavidad pleural, con un estado tensional determinado, porque las condiciones del pulmón subyacente así lo exijen; en otras palabras se trata de vencer la infección de la cavidad, conservando el colapso pulmonar. Para lograr esta acción antiséptica, de resultados hipotéticos, se han utilizado infinidad de líquidos con los que se pretende lograr la desinfección de la cavidad, como el Dakin (puro o diluído al medio o al tercio), la clorazona, el Rivanol, los derivados de la quinina, de la acridina, el azul de metileno, el mercuro-cromo, etc., sin poderse afirmar definitivamente haber obtenido resultados satisfactorios con ninguno de ellos. Ultimamente hemos estado utilizando en mi servicio del Sanatorio de Huipulco la Tirotricina, practicando soluciones muy diluídas; 1 c.c. de la soluciones muy diluídas; 1 c.c. de la solución comercial al 2% en 100 c.c. de suero, en virtud de haber observado reacciones muy fuertes con soluciones más concentradas; repetimos esto cada 5 ó 6 días y aunque en algunos casos hemos observado mejoría no podemos afirmar una acción útil definitiva a este respecto.

Otra de las aplicaciones de este procedimiento busca su acción mecánica o resolutiva y no su acción antiséptica, ya que existen autores, y este es mi modo de pensar, que la simple acción mecánica del lavado es la que determina sus resultados.

Con esta idea se puede hacer extensivo este método al empiema tuberculoso, logrando la limpieza de la cavidad por el mecanismo señalado o mediante la acción disolvente de los grumos fibrinosos por los líquidos que se empleen, licuando la secreción y facilitando su extracción. Es por esto que, en ocasiones, el simple empleo del suero fisiológico es de gran utilidad, recordando que tiene además su indicación exclusiva en los casos de empiema asociado con fístula bronco-pulmonar.

La técnica de este procedimiento se simplifica mucho usando para su práctica el aparato empleado en la toracentesis, al que se agregan una nueva llave de tres vías, un frasco lavador y una pera de Richardson.

3.—*Inyecciones Intrapleurales.*—En este capítulo especial, trato de señalar el uso de algunos medicamentos, que, dejados por determinado tiempo en el interior de la cavidad pleural, ejercen una acción favorable en el tratamiento de los empiemas.

Tratándose del grupo de empiemas simples infectados iniciamos esta conducta terapéutica con el advenimiento de las sulfamidas y sus derivados. Previa evacuación total del exudado, inyectamos en la cavidad pleural una o dos ampolletas de micro sulfatiazol y repetimos esto cada 5 ó 7 días, evacuando inicialmente el contenido de nueva formación. Con esta conducta hemos logrado en algunos casos vencer la infección de la cavidad. Recientemente hemos utilizado soluciones de Penicilina intrapleural, en concentraciones que oscilan de 250 a 500 unidades por centímetro cúbico, en cantidad variable de 50 o 100 c.c., practicándolas inicialmente cada 12 horas, posteriormente cada 24 y alejándolas progresivamente si el resultado es favorable. En algunos casos de este tipo de empiema, hemos obtenido éxitos definitivos.

Dentro de este capítulo cabe mencionar la aplicación intrapleural de algunos aceites ricos en vitaminas A y D (aceite de cacahuate, aceite de hígado de bacalao, etc.) para el tratamiento del em-

piema tuberculoso simple. Esta modalidad de Oleotórax no busca un fin antiséptico intrapleural, pues esto ha sido desechado hace muchos años; es decir, lejos de buscar una acción bacteriolítica se aprovecha exclusivamente su acción bacteriostática.

En experiencias realizadas, tanto en el hombre como en animales, instilando en la cavidad pleural aceite de hígado de bacalao o aceite de cacahuate, se provocan reacciones pleurales que clínicamente se aprovechan para la desaparición de las cavidades en los empiemas tuberculosos.

La inflamación provocada por la presencia de dichos aceites en la cavidad pleural, se manifiesta por la aparición de un exudado, un engrosamiento de la pleura, congestión vascular en esta región, etc.

El uso de aceites irritantes como los ya citados en el tratamiento del empiema es ventajoso, pues reduce los efectos tóxicos de la infección tuberculosa, ya que inhibe el desarrollo del bacilo de Koch, a la vez que por la producción del exudado proveniente de la reacción inflamatoria, actúa mecánicamente sobre el foco de infección pulmonar.

La reacción clínica inmediata al oleotórax, es comúnmente más apreciable en los pacientes con derrame sero-fibrinoso o sero-purulento y se nota menos en los enfermos con derrame purulento. Generalmente aparecen los primeros síntomas de 4 a 8 horas después de la introducción del aceite y lo más común es una sensación dolorosa que rara vez persiste más de 48 horas; esta molestia cuando la hay, va siendo menos molesta en las instilaciones siguientes de aceite; se acompaña en ocasiones de elevaciones térmicas usualmente menores de un grado.

El aceite se cambia cuando se cree conveniente y así mismo se extrae periódicamente el pus formado después del oleotórax. Se observa un cambio inmediato en los enfermos, desapareciendo los síntomas de intoxicación y el empiema se hace negativo al bacilo de Koch.

Este método puede ser también aplicable al empiema asociado séptico, cerrado, naturalmente después de vencer la infección sobreañadida por cualquier otro procedimiento, convirtiéndolo en empiema tuberculoso puro.

En nuestro medio no podemos sacar aún conclusiones definitivas, en cuanto a lo específico de este tratamiento, por no contar con la experiencia necesaria, pero sí podemos afirmar que sugiere una investigación minuciosa y detallada del mismo.

Recientemente *Raab de Gleen Dale* recomienda el uso de pequeñas cantidades, 5 a 10 c.c., de aceites ricos de Vitaminas A.D. por vía intrapleural practicando la extracción del pus semanariamente, con lo que obtiene modificaciones en la calidad del líquido y marcada mejoría clínica del paciente.

4.—*Pleurotomía.*—Ya hemos mencionado anteriormente los posibles peligros que ocasiona la abertura de la pleura con su neumotórax traumático inmediato; de aquí que en muchos casos se prefiera el empleo de los procedimientos de aspiración (distensión progresiva) a pleura cerrada que mencionaré en el siguiente capítulo. Sin embargo, en la gran mayoría de las ocasiones es necesario practicarla, sea como operación primaria o como complemento de otros procedimientos, cuando resultaron insuficientes.

Respecto al tiempo de indicación de esta intervención, debemos eliminar la idea de "desagüe precoz", ya que a los peligros señalados hay que agregar el que ocasiona sobre la fisiología pulmonar la libre entrada del aire exterior en la cavidad pleural, pues modificando todo el mecanismo de la función respiratoria, el pulmón quedará retraído hacia el hilio. Lo primero se resuelve no practicando la intervención, sino cuando el pus esté bien formado y pasados los fenómenos pulmonares agudos, si éstos existieron con expeción de casos muy especiales como la existencia de una comunicación bronco-pulmonar (abertura de un abceso, de una caverna, etc.) en los que la indicación operatoria es inmediata. El segundo problema de la pleurotomía abierta, es el sostenimiento del neumotórax al dejar el, o los tubos de drenaje en comunicación directa con el exterior; sin embargo, actualmente con los procedimientos de aspiración continua después de la pleurotomía, dejando solo el paso del tubo de desagüe a través de la herida, impidiendo toda comunicación de la pleura con el aire exterior, se ha vencido este escollo y esto constituye uno de los progresos más grandes de la cirugía pleural.

Esta intervención puede subdividirse en dos grandes grupos:

a) Pleurotomía sin resección costal.

b) Pleurotomía con resección costal.

La primera se practica mediante la introducción de un trócar, de distinto calibre, en un espacio intercostal determinado, previa anestesia del lugar, a través del que se pasará una sonda de hule, que se dejará a permanencia en la cavidad. Nosotros utilizamos con muy buenos resultados, los trócares ideados por *Bottari* para la aspiración endocavitaria. La sonda se fija a la pared, de diversas maneras y después de obtener el vaciamiento de la cavidad se puede ocluir la sonda para mantener un estado tensional determinado en la misma o se puede adaptar a cualquiera de los aparatos mencionados al tratar de la aspiración.

La pleurotomía con resección costal, es una verdadera intervención quirúrgica que no detalla-

ré, en la que la comunicación de la cavidad con el exterior, se hace en un sentido más amplio, mediante la resección parcial de una o dos costillas y la colocación de uno o varios tubos de drenaje, que comunican ampliamente la cavidad con el exterior.

Ultimamente *Elocsser* ha descrito una variedad de pleurotomía con resección costal, ideada por él, en la que substituye el tubo de drenaje, por un colgajo cutáneo, en forma de U, de concavidad superior, pues en esta forma practica la incisión superficial y después de resecar una porción de costilla en la base del colgajo abre a este nivel la pleura pariental y lo introduce y fija por dentro y arriba en la cara interna de la hoja pleural, quedando la comunicación al exterior en forma de válvula, que permita la salida de la secreción y del aire, sin permitir su entrada; por lo que se trata de un método nuevo de pleurotomía y distensión progresiva endo-pleural. Es un procedimiento en todo semejante al que se utiliza en la cavernostomía y una de las razones fundamentales que aduce para su aplicación, es que siempre el tubo de drenaje obra como un cuerpo extraño en la cavidad pleural e impide la rápida desaparición de la infección. En el Sanatorio de Huipulco tenemos un caso tratado por él con muy buen resultado.

5.—*Distensión Progresiva.—Aspiración Endopleural.*—Este procedimiento puede aplicarse con pleura cerrada o con pleura abierta, es decir mediante la aplicación de un trócar o de una sonda a permanencia transpariental.

Antes de entrar en detalle, deberemos tomar en cuenta al aplicar este procedimiento el estado del pulmón colapsado. A este respecto pueden presentarse las siguientes eventualidades:

a) Pulmón sano.
b) Pulmón colapsado por neumotórax útil, a término.
c) Pulmón colapsado con neumotórax ineficaz, es decir con lesiones en evolución.

En los dos primeros casos no traerá ninguna consecuencia el lograr la desaparición de la cavidad, ya que colocará al pulmón dentro de su equilibrio anatomo-fisiológico normal.

En tratándose de pulmón con lesiones coexistiendo con un neumotórax inútil, igualmente está indicada la desaparición de la cavidad, para recurrir posteriormente a la toracoplastía.

En el último caso es cuando el problema se plantea en toda la extensión y será el clínico el que decidirá la conducta que se deberá seguir en cada caso particular. Inicialmente se utilizarán todos los medios y procedimientos conocidos tratando de conservar la cavidad y con ella el buen colapso pulmonar. En caso negativo se valorizarán cada uno de los elementos pleura y pulmón y según el predominio de uno u otro se normará la conducta a seguir. Si el factor pleural predomina se practicará la aspiración y posteriormente se resolverá el problema pulmonar, mediante colapso quirúrgico; en caso contrario se conservará el buen colapso pulmonar y se hará el tratamiento adecuado de la infección pleural (lavados, oleotórax, etc.) hasta esperar el término del neumotórax.

La aspiración pleural en su forma más sencilla, a tórax cerrado, puede lograrse mediante la aplicación al trócar transparietal de un simple mecanismo de sifón, con esta conducta se permite la fácil salida del aire y se impide totalmente su entrada, manteniéndose en la cavidad, un estado tensional francamente negativo, que puede ocasionar lenta o rápidamente, en casos benignos, la desaparición de la misma y por lo tanto de la infección. Este método puede dar resultado en el empiema simple infectado, pero es absolutamente ineficaz en las otras dos variedades.

La aspiración endopleural a tórax abierto, es decir previa pleurotomía sin resección costal, presenta los siguientes problemas que resolver:

1.—Que la comunicación de la cavidad con el exterior se haga única y exclusivamente a través de la sonda transparietal. Con este objeto se han utilizado diversos procedimientos que tienen por fin impedir toda comunicación de la cavidad alrededor del tubo de drenaje. Hace algunos años utilizamos una sonda especial llamada "clipsidra", modelo que trajimos del Instituto Forlanini de Roma y que consiste en una sonda común y corriente, con un pequeño baloncito de hule en su parte media, que, al inflarlo, se adapta perfectamente al orificio de la toracotomía e impide toda comunicación. Se puede emplear también una esponja, a través de la cual pasa la sonda, y que fijamos a la pared mediante cordones o anchas bandas de tela adhesiva. Muchas veces el simple apósito de gasa estéril, cuando el orificio toracotómico es pequeño, es sufitiente para obstaculizar la comunicación.

2.—¿Qué mecanismo aspirador vamos a utilizar?

En mi servicio de Huipulco utilizamos hace algunos años el sistema hidráulico de vasos comunicantes, que hemos substituído en la actualidad con el uso de una "tromba de agua", que puede ocasionar una depresión intrapleural más intensa. Entre la tromba y la cavidad colocamos un frasco donde se deposita la secreción.

3.—En ocasiones se puede asociar el uso de la aspiración endopleural con el lavado de la pleura, utilizando un aparato especial.

La conducta a seguir, se adaptará a cada caso en particular, teniendo por norma que la aspiración deberá ser lenta, progresiva y controla-

da por datos subjetivos (dolor, sensación de distensión intratorácica) y datos objetivos: cambios en el exudado, que de purulento se transforma en sero-purulento, seroso y hemorrágico y mediante lecturas manométricas, pudiendo alcanzarse presiones hasta de menos 200 a menos 300 cm. de agua.

Con este procedimiento hemos obtenido muy buenos resultados, sin negar la posibilidad, principalmente en empiemas crónicos, de la existencia de cavidades residuales, que necesitan el colapso quirúrgico para su obliteración.

6.—*Toracoplastía.*—Esta intervención está indicada en los empiemas crónicos, en cualesquiera de sus variedades: simple, tuberculoso o mixto; cuando por razones especiales: viejas adherencias que sostienen al pulmón colapsado e impiden su movilización hacia la pared, drenaje insuficiente por cualquiera de los procedimientos anteriores, existencia de cavidades residuales que casi siempre presentan concreciones calcáreas de tal espesos que hacen imposible el acercamiento de las dos hojas pleurales; existencia de fístula o fístulas bronco-pulmonares.

Un correcto estudio clínico y radiológico, utilizando medios de contraste, deberá proceder a toda intervención, para precisar bien la amplitud de la cavidad. Siempre esta intervención deberá estar precedida de una pleurotomía, para evacuar lo más correctamente posible la cavidad, y si el caso lo indica hacer la aplicación de cualquier otro método más conservador.* En caso de persistencia de la infección se podrá practicar la toracoplastía costo-vertebral en 2, 3, 4 o más tiempos, con el fin de obliterar completamente la cavidad, vigilando que el drenaje de la misma, se verifique correctamente por la pleurotomía.

En caso de persistencia de las cavidades residuales infectadas (grandes depósitos calcáreos, fístula bronco-pulmonar) se puede recurrir a medidas extremas como son las toracoplastías de *Schede* o *Estlander*, que consisten en una despleurocorticalización, y cuya mortalidad es muy elevada, más de un 50%. En este tipo de intervenciones, se efectúa la resección de todos los planos superficiales: músculos intercostales, vasos, nervios, costillas con su periostio y pleura parietal dejando al descubierto la hoja visceral, buscando la epidermización directa de la misma, la que se verifica muy lentamente.

Muy recientemente, *Grow* describe un tipo especial de toracoplastía, con resección de la pleura parietal, para la obliteración de algunas cavidades de empiemas crónicos, pero conservando el paquete vásculo nervioso intercostal y el periostio de las costillas resecadas, por lo que los manojos intercostales despojados de la engrosada pleura parietal, se adhieren muy rápidamente a la pleura visceral produciendo así la rápida obliteración de la cavidad.

Finalmente, cabe mencionar la posibilidad de sutura de las fístulas broncopulmonares en algunos casos favorables.

Antes de terminar quiero referirme en un capítulo especial a las infecciones de las cavidades extrapleurales, inmediatas o lejanas a la intervención quirúrgica.

Cuando la infección es por gérmenes banales, el tratamiento es del todo semejante al del empiema simple infectado con la advertencia de que se tratará, como base, de conservar la cavidad.

Cuando la infección es específica, nosotros utilizamos el llamado "procedimiento del Sandwich", que consiste en lo siguiente: por medio del contenido de la cavidad, e inyectamos de 20 de una toracentesis hacemos la extracción total a 40 c.c. de un aceite pesado, como el lipiodol o el yodoclorol; algunos días después, previa comprobación radiológica que permitirá apreciar la formación de nuevo exudado, colectado en la parte superior del aceite inyectado, introducimos en la cavidad de 50 a 100 c.c. de aceite muy ligero, como el Nujol o el aceite gomenolado al 2%, el cual, debido a su poca densidad, se colocará automáticamente en la parte superior del exudado recién formado. La imagen que se tendrá en la pantalla será característica: Lipiodol en la parte inferior, aceite gomenolado en la superior y en medio el pus, que al encontrarse aislado se estabiliza en la gran mayoría de los casos, lo que permite su extracción posterior bajo el control fluoroscópico. La mejoría clínica del paciente es inmediata a las inyecciones de aceite: desaparición de la fiebre, mejoría de peso y estado general. Algún tiempo después se hará la extracción del contenido oleoso y se habrá vencido la infección específica y conservado la cavidad.

Esta es, en pocas palabras, mi escasa experiencia sobre este interesante tema que dada la amplitud del mismo, solo me permitió revisarlo muy superficialmente.

ESGUINCE LUMBOSACRO

Lumbartria. Lumbalgia. Algia lumbosacra. Low back pain. Síndrome doloroso de V^a lumbar.

Dr. J. D'HARCOURT

En indudable la existencia de este síndrome clínico cuya personalidad cada día aparece más perfilada pues ha venido a constituir una preocupación social; tal es el número de afectados por este síndrome doloroso. La mecanización de la vida, especialmente la conducción de automóviles, es acaso la responsable directa de la exacerbación del síndrome en la vida moderna.

Son múltiples las etiologías que se le atribuyen, así como los procedimientos terapéuticos aconsejados. Probablemente no se trata de un mecanismo causal único, sino que existen causas diversas que pueden dar lugar al síndrome.

Sin embargo, los autores insisten en la exclusividad del origen de este síndrome. Cada especialista está adscrito a una escuela y practica sistemáticamente la terapéutica correspondiente a la etiología que presupone.

Procuramos enumerar y analizar someramente las diferentes hipótesis etiológicas y pesar sus probabilidades de responsabilidad.

La patogenia ha girado siempre alrededor de la V^a lumbar, de sus malformaciones estáticas o dinámicas. En los primeros tiempos, una vez descartada la posibilidad de que el cuadro se debiera a mero esguince de la musculatura lumbar, comenzaron los estudios radiográficos de la columna.

El cuadro se atribuyó primero a la anomalía frecuente de número de vértebras lumbares, que es la sacralización de la V^a lumbar; sobre todo si sus apófisis transversas son gigantescas, como ocurre muchas veces, el agujero lumbosacro, aparece disminuído de calibre y, por tanto, las raíces nerviosas quedan más o menos comprimidas a su paso. Si hay periostitis o inflamación de los tejidos periféricos, todavía se angosta y disminuye más el calibre del orificio. A veces, las apófisis transversas son desiguales, y la apófisis gigantesca suele corresponder al lado en que está localizada el algia.

Estos hallazgos, sin embargo, tienen cada día menos valor. Corrientemente se encuentran estas anomalías en pacientes que no han sufrido nunca el menor dolor. En cambio, en otros que padecen dolores lumbosacros no aparece la menor anomalía de la columna lumbar. Como insistiremos, es posible que la aparición del cuadro doloroso esté en función de la movilidad de la columna lumbar, antes que de la anomalía.

Otra anomalía, menos frecuente, a la que también suele imputarse el origen de estos dolores, es la lumbarización de la primera sacra. Sin embargo, la explicación mecánica es mucho mas difícil.

Allá por el año de 1928 se dió gran importancia a la espina bífida oculta a nivel de la quinta lumbar o de la primera sacra. La llamada brida de *Leriche* o la de *Legrot*, condensación de los ligamentos amarillos que daba lugar a compresiones radiculares, fué mucho tiempo la patogenia en voga y se realizaron múltiples operaciones con el fin de liberar la comprensión de estas bridas. Cuando los trastornos tróficos eran imputables a la espina bífida encontrada, el problema patogénico quedaba resuelto. Pero en numerosas ocasiones las algias glúteas y lumbares no se modificaban en lo más mínimo por la extirpación de los ligamentos flava. Por otra parte, el hallazgo casual de múltiples anomalías por espina bífida, sin expresión clínica alguna, ha hecho retroceder muchísimo el criterio etiológico, fundado en la presencia de la espina bífida. Sin embargo, no hay duda que a veces la liberación de la compresión producida por un engrosamiento del ligamento amarillo puede resolver la situación de manera brillante.

No es raro observar anomalías de forma de la V^a lumbar en el sentido de determinar escoliosis cuyo arranque se debe a una asimetría, bien marcada, de estas vértebras. Otras veces la cortedad congénita de un miembro da lugar a una escoliosis de arranque lumbar, que puede ser responsable de comprensiones y molestias de los nervios lumbosacros.

Otra deformidad de la columna es la desviación de la disposición normal del sector lumbosacro, responsables de estas algias; es la espondilolitesis, esto es, el deslizamiento hacia adelante de la V^a lumbar que resbala sobre la la. sacra. Este síndrome, muy estudiado por *Leri* y *Oudard* (1926), explica para los autores gran número de ciáticas. Se describía como patognomónica de estos casos una sombra triangular característica en la radiografía, de frente de la columna vertebral. Esta etiología está muy lejos de resolver gran número de casos de algias lumbosacras.

Algunos han descrito casos en los cuales la anomalía anatómica era completamente contraria a la espondilolitesis, es decir, se trataba de deslizamiento hacia atrás de la superficie del cuerpo de la V^a lumbar que permitía que el sacro se deslizara hacia adelante.

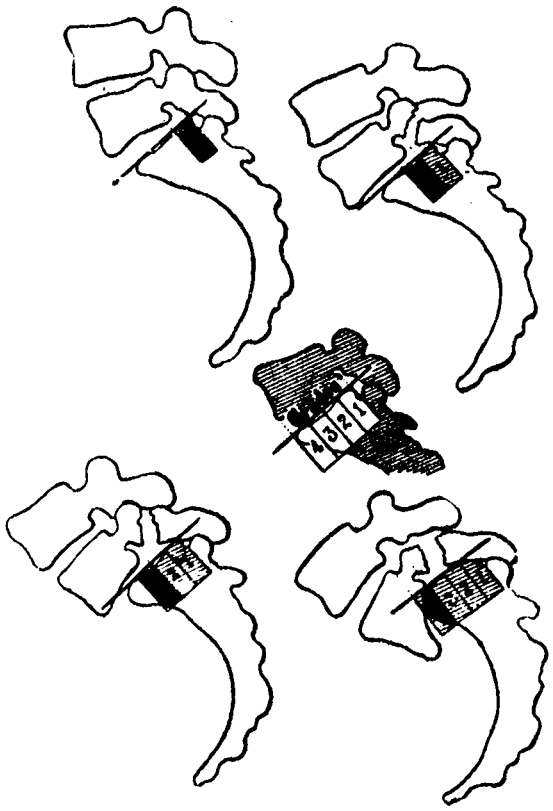
La artritis acentuada de las articulaciones intervertebrales en ciertos casos hizo pensar a *Putti* que gran parte de los dolores sacrolumbares eran producidos por artritis de las apófisis articulares de las vértebras lumbares. En efecto, la mayoría de escoliosis dolorosas son debidas a posición an-

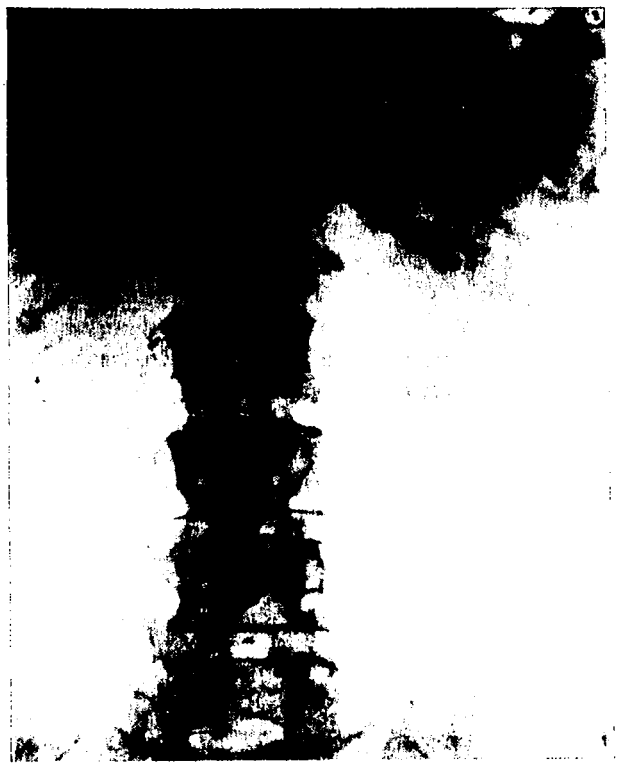
tálgica que tiende a evitar la aparición de dolor al movimiento. Este autor generalizó esta etiología artrítica (1928) e insistió en que el origen frecuente de tales algias son las inflamaciones interarticulares.

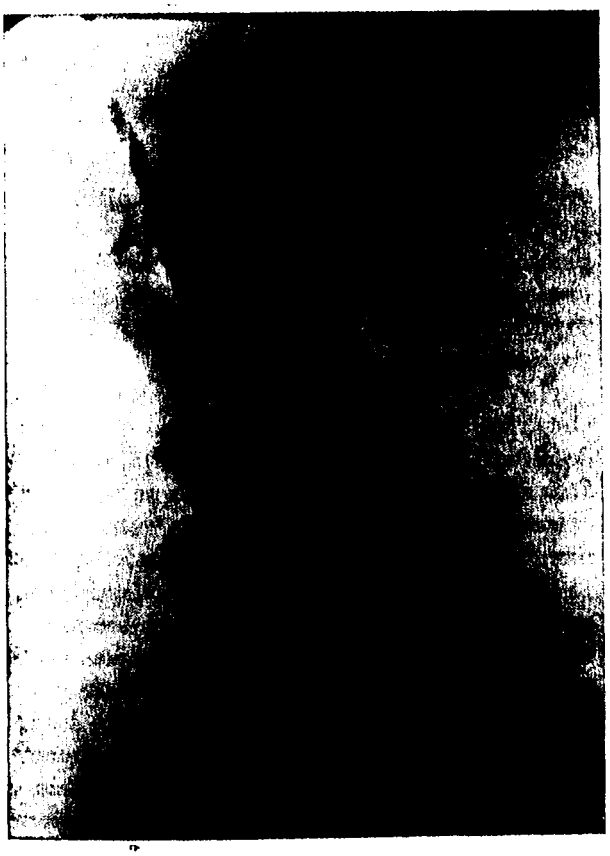
Otros autores, principalmente *Ober*, *Roberts* e *Heyman* (1936) atribuyen el síndrome a retracciones mioaponeuróticas, sobre todo del tensor de la fascia iliaca y de la cinta iliotibial, o a la retracción de la aponeurosis glútea. Existen unas cuantas operaciones y pruebas clínicas en consecuencia de esta etiología, de las que nos ocuparemos luego.

Desde los estudios de *Schmorl* sobre la formación anatómica del *anulus* y del *nucleus pulposus* se atribuyeron muchísimas veces estos síndromes a una luxación posterior intracanalicular de los núcleos pulposos luxados. Los trabajos de *Dandy* y de *Lowe* han dado gran auge a esta teoría. Se han practicado multitud de intervenciones quirúrgicas con el fin de extirpar los discos intervertebrales que han hecho protrusión en el interior del canal medular, y como consecuencia se han realizado multitud de exámenes histológicos con resultados variables en sus deducciones.

La mielografía con lipiodol o aire suele dar imágenes características en las que aparece dibujado el contorno del disco luxado en el conducto medular que comprime las raíces. En el lí-







quido céfalorraquideo se observa, según *Lowe*, aumento de la proteína total en caso de luxación posterior. Su valor suele ser de 40 mg. por 100 cc. Esta teoría patogénica priva enormemente en estos últimos años y ha dado lugar a múltiples controversias de neurólogos y cirujanos ortopédicos. Para los neurocirujanos casi no hay otra etiología que esta comprensión intracanicular.

Los cirujanos ortopédicos conceden valor más real a otra etiología, la inestabilidad de la columna a nivel del segmento lumbosacro. En efecto, sabemos desde los trabajos de *Rosemberg* que este segmento vertebral, especialmente la quinta lumbar, está en período de transformación, de hiperdiferenciación, a lo que se debe la variación proteiforme de esta vértebra, pero lo más interesante no es su variación morfológica, consecutiva a la hiperdiferenciación sino la gran movilidad del segmento y su inestabilidad.

Así, de las líneas de situación de la V^a lumbar como la de *Fegursson* se ha pasado al criterio de estudiar la movilidad del ángulo lumbosacro. En efecto, en las radiografías, centradas en V^a lumbar en proyección lateral, unas en extensión extremada y otras en flexión pronunciada, veremos como la movilidad de la V^a lumbar marca un ángulo mayor o menor según sea la movilidad de la V^a lumbar respecto al sacro. Esta movilidad del segmento da lugar a que los cordones nerviosos pueden ser pelizcados o molestados.

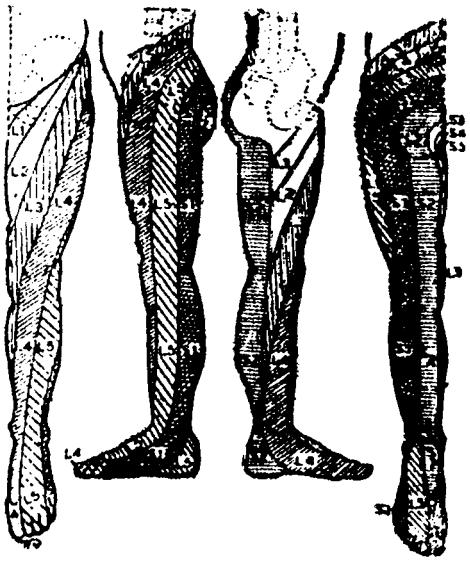
Estas variantes etiológicas nos hacen ver que no es única la causa de estas molestias, sino que cierto número de factores pueden ser responsables de ellas. Hay otros mecanismos productores de la neuralgías lumbosacras, y *Mayan* cita como tal la hidronefrosis. La punción lumbar ha sido incriminada de producir lesiones traumáticas de tipo artrósico que pueden originar compresiones radiculares.

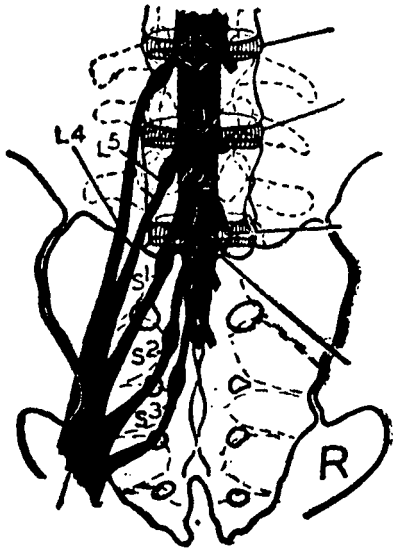
Síntomas.—La lesión lumbosacra suele aparecer en jóvenes alrededor de 30 años. Muchas veces los pacientes nos cuentan que realizaron grandes esfuerzos en un trabajo. Otras veces no saben cómo han comenzado los dolores. No es infrecuente que no puedan relacionarlo con traumatismo o un esfuerzo. Cuando la lesión es aparentemente de origen traumático el dolor pocas veces es único, sino que siempre se han observado cuadros dolorosos de repetición.

En estos enfermos es muy frecuente observar una escoliosis antálgica. A veces la escoliosis es tan marcada que se les tiene por simuladores o por lo menos como exageradores del cuadro doloroso. Principalmente en obreros es muy difícil dar de alta de esguinces lumbares a los accidentes pues nunca suelen convencerse de estar completamente curados, en especial en incidentes de

repetición. D una parte el dolor no suele desaparecer totalmente con rapidez y de otra el miedo a que se reproduzca, hace que los pacientes se resistan a recomenzar el trabajo.

La localización de los dolores debe estudiarse con todo cuidado, pues nos dará con exactitud de que metámera lumbosacra se trata. La exploración neurológica, sobre todo, en lo que se refiere a la determinación de la hipoalgesia en la distribución de la sensibilidad de las nuevas raíces





que van desde la 3ª lumbar hasta la 2ª sacra, debe de hacerse con todo cuidado. Se debe tener a la vista, durante la exploración, la carta de distribución de esta raíces con el fin de practicarla con la exactitud posible Gracias a la exploración de la sensibilidad dolorosa se puede identificar la lesión de una sola raíz nerviosa afectada por la comprensión. A pesar de que normalmente se insiste en que la compresión de un nervio único no produce pérdida de sensibilidad, la exploración de estos enfermos demuestra lo contrario.

La raíz nerviosa más comunmente afectada por comprensión es la primera sacra. La existencia del dermatoma hipoalgésico, unido a la pérdida del reflejo aquíleo excluye la posibilidad de que la etiología de este síndrome sea extraespinal, ya que el nervio es totalmente intraespinal hasta que sale por el primer agujero sacro.

Durante el ataque agudo la marcha es dolorosa y a veces imposible. El dolor sigue aproximadamente el trayecto del ciático, corre hasta el pie y obliga a adoptar una actitud antálgica de la pierna y del pie. Muchas veces el enfermo mantiene el pie en equilibrio, sin permitirse moverlo lo más mínimo durante varios días. los signos de *Laségue*, o de *Lapinsky* son positivos, muchas veces los puntos de *Valleixi* son muy dolorosos al menor contacto.

Las radiografías de la columna vertebral suelen mostrar algunas veces las lesiones patogénicas que hemos enunciado; en algunos casos la radiografía es muy poco demostrativa. Ni tan siquiera se observa la variación del ángulo lumbosacro en las diferentes posiciones de extensión y flexión máximas. Algunas veces la inyección de lipiodol da imágenes que podemos considerar características de un menisco luxado en el canal medular. La deformidad de la columna de lipiodol con muescas o mala impregnación nos demuestra la posibilidad de la protrusión de un menisco. Si a estas deformaciones se añade la existencia de metámeras hipoalgésicas, coincidentes con la distribución de la raíz nerviosa que debe estar comprimida, nos inclinaremos por la existencia de protrusión meniscal.

La prueba de la novocaína (*Steindler*) puede orientarnos sobre la naturaleza y localización de la lesión. La técnica consiste en lo siguiente: a nivel del punto doloroso, después de introducir unas gotas de novocaína se profundiza la aguja y se indentifica el lugar del algia por el dolor que provoca la punción.

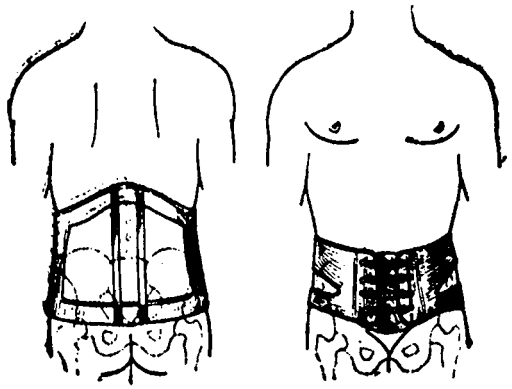
La inyección de 5 a 10 cm. de novocaína en el mismo lugar produce gran alivio que permite desplazar la pierna sin dolor. Esta prueba de *Steindler* se toma como índice de que la lesión es extramedular y puede ser tratada extramedularmente.

En casos de lesión de miositis y fascitis, aunque sea mínima, la incapacidad suele ser muy dilatada aunque no existe retracción aponeurótica muy intensa. Desde el punto dolorido se envian a la médula estimulos aferentes que dan lugar a impulsos autónomos eferentes, cuya consecuencia es una vasodilatación, derrame y filtración de metabolitos que excitan nuevamente las terminaciones nerviosas y mantienen el estímulo re-

flejo. La ineycción de novocaína interrumpe este círculo vicioso y acelera la curación por este mecanismo. El diagnóstico suele quedar muy aclarado por esta maniobra.

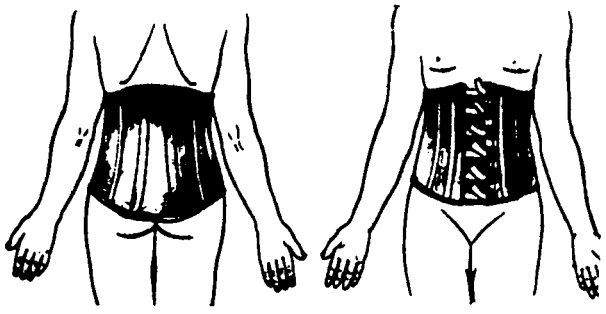
Tratamiento 1º—Depende en gran parte del concepto patogénico que de la afección tenga el médico tratante. 2º—Está en relación con la intensidad de los dolores y de que se trate del primer acceso de la enfermedad, o de ser varios los ataques sufridos.

En los casos traumáticos muy claros, sin expresión ósea, con induración por contractura de

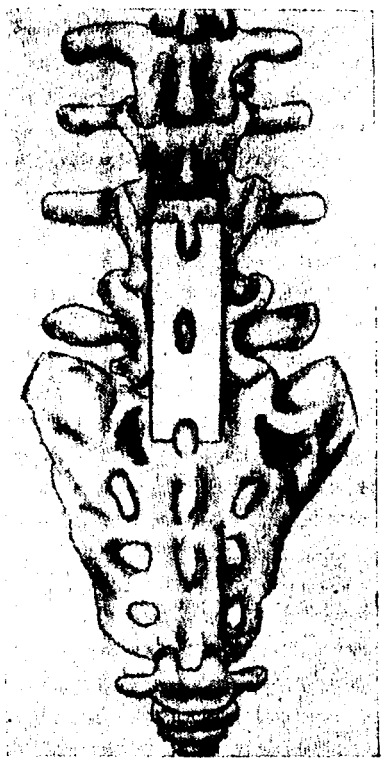


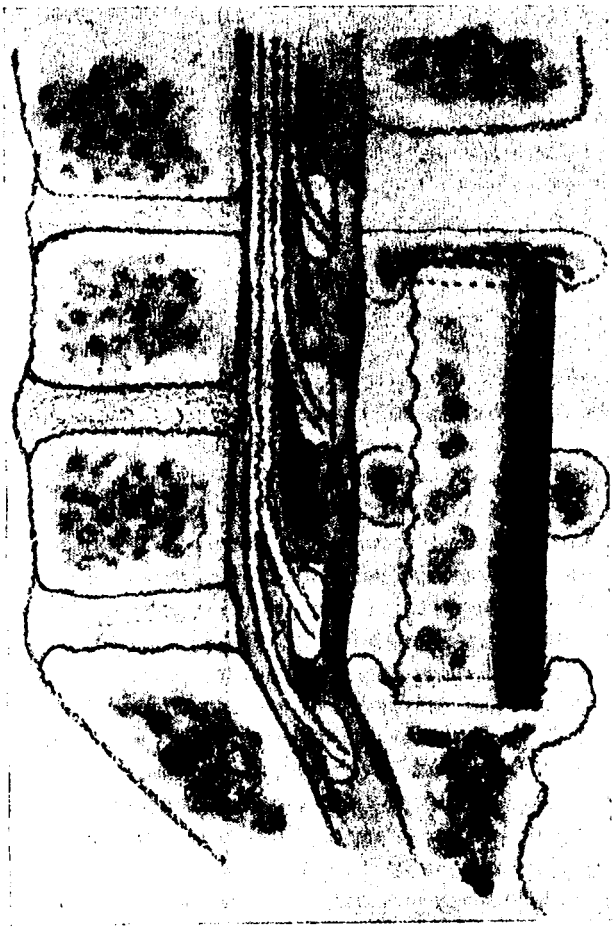
los músculos de los canales, en uno de los primeros accesos se podrá inmovilizar la región lumbosacra mediante esparadrapo formando un bloque muy compacto que no permita el movimiento lumbosacro. La inyección de novocaína en el músculo contracturado es también muy útil.

En pacientes con escoliosis antálgicas y cuadro muy marcado de artritis o gran movilidad de la línea sacrolumbar, convendrá, previa novocainización *"loco dolenti"*, colocar un yeso sin in-



tentar rectificar la posición del espinazo mediante extensión por suspensión-tracción. El efecto de un corsé de yeso aplicado corectamente y bien ajustado suele ser maravilloso. Los dolores ceden pronto y pasados cuatro días el paciente suele comenzar a hacer vida normal sin molestias. A veces son enfermos que han rodado de clínica en clínica durante meses sin lograr mejoría alguna y, sin embargo, gracias a este método se ha podido salvar la situación rápidamente. En los casos





agudos la suspensión en hamaca horizontal suele dar también muy buenos resultados, sobre todo combinada con la inyección de novocaína en el punto de los dolores.

Pasados unos días en la hamaca, y si los pacientes no acusan dolores, es hora de colocar un vendaje y enyesado bien moldeado y, como dijimos sin hacer tracción ni suspensión. Si el dolor es muy agudo conviene colocar un yeso con hombreras. Cuando los dolores han amainado y el enfermo se siente mejor, pueden quitarse las hombreras y dejar el yeso como un corsé lumbar.

Tanto los que ostentan una escoliosis antálgica como los que no mejoran notoriamente pasadas tres semanas de inmovilización empiezan a impacientarse y a pretender que se les quite el yeso. La inmovilización debe prolongarse por lo menos ocho a doce semanas. Pasado este tiempo se abre el corsé en dos valvas para conservar el caparazón posterior, sujeto por vendas, durante otros dos meses para pasar al corsé de cutí o de lona, muy emballenado, que mantenga inmovilizada esta zona lumbar por mucho tiempo. El paciente dormirá en cama dura casi permanente, y evitará movimientos bruscos que puedan dar lugar a otro incidente. Muchos no sufren accesos repetidos, en contraste con otros, que padecen constantemente dolores lumbares con irradiación más o menos marcada por el trayecto del ciático.

Si los dolores persisten no hay otra solución que neutralizar la inestabilidad de la columna. A nuestro juicio, ésta inestabilidad es una de las causas más frecuentes, casi exclusivas, de este tipo de lumbartria. La manera de neutralizarlo consiste en colocar un injerto óseo del tipo de *Albee* que solidarice y fusione el final de la columna lumbar y el sacro. También puede solidarizarse la columna lumbosacra mediante la operación de *Hibbs Dandy* quién, actualmente, propone solidarizar las vértebras lumbares responsables de la comprensión de las raíces nerviosas mediante la extirpación del disco intervertebral y avivamiento de la superficie de ambos cuerpos vertebrales. Esta nueva concepción de *Dandy*, quien se preocupaba únicamente de extirpar los restos del disco intervertebral que podían existir en el canal medular, indica una rectificación de concepto, A nuestro entender, la importancia de conseguir una fusión vertebral en los casos de esguince lumbar, de repetición, es definitiva. Creemos que es la única manera racional y sin peligro de resolver el problema de la insuficiencia vertebral, *primun movens* de este síndrome.

Los aferrados al concepto patogénico exclusivo de la luxación del núcleo pulposo continuan practicando laminectomías o hemilaminectomías y extirpando del interior de la cavidad restos del disco luxado. Se encuentran muchas veces masas informes que no pueden identificarse como tales restos de disco intervertebral. Hoy día, aún los más convencidos de esta patogenia, intentan la fusión vertebral según el criterio de *Dandy*, refrescando las superficies de ambos discos intervertebrales o bien completamente la operación con la aplicación de un injerto sobre la brecha de la laminectomía. Aun practicando correctamente la operación y encontrando motivo para realizarla, tal como el hallazgo de una cifra de proteína superior a 40 mg. cc. en líquido céfalorraquídeo, no deja de tener riesgos y de producir a veces reacciones medulares muy desagradables por lesiones de la substancia nerviosa durante el acto operatorio o por infecciones secundarias. Hemos observado un caso de cuadriplejía secundaria la extirpación correcta de un disco intervertebral a nivel de la VIa. cervical. En un caso lumbar hemos observado trastornos de los esfínteres que duraron durante bastante tiempo. Esto no quiere decir que no deban realizarse, sino que para practicarla hay que tener seguridad de que existen tales restos intervertebrales. La radiografía y la mielografía con aire o con lipiodol ha de ser muy expresivas para decidirse a esta intervención que a nuestro entender se complementará siempre con una fusión vertebral según cualquiera de las técnicas indicadas.

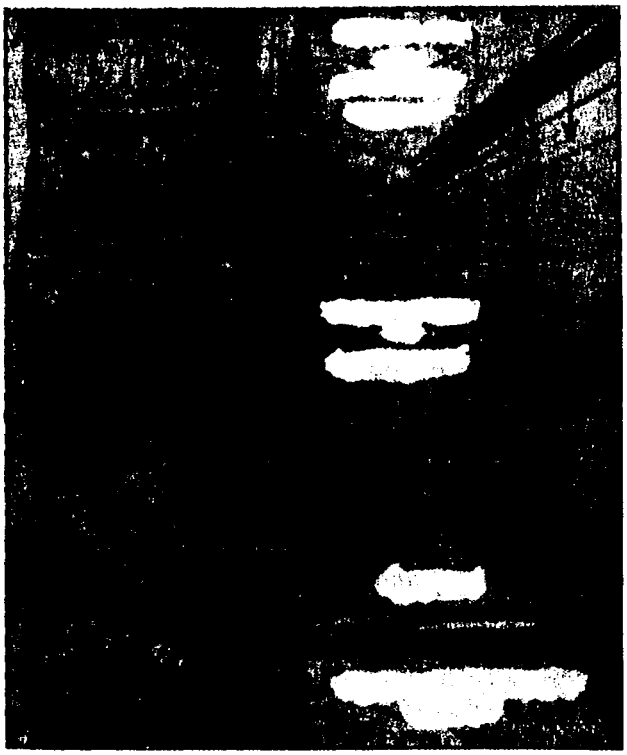
Los aferrados al concepto patogénico de fascitis proponen la operación de *Ober* que consiste en practicar una incisión entre la espina iliaca anterior y la superior hasta el trocánter. Se seccionan la fascia lata y la cintilla iliotibial, así como los tabiques intramusculares. A veces las superficies seccionadas son de gran dureza según dicen los habituados a esta técnica. La mejoría suele comenzar una semana después de la operación y al poco tiempo es posible levantar la pierna en extensión hasta conseguir que desaparezca el dolor en dos o tres meses. En realidad pocos son los traumatólogos y ortópédicos que sostienen esta etiología. Sin embargo, hay casos muy demostrativos de que a veces están en lo cierto.

Otra terapéutica consiste en maniobras externas sobre la columna vertebral con la idea de reducir el disco intervertebral luxado. Estas maniobras pueden ser muy peligrosas en las columnas escolioticas. Deben practicarse siempre bajo anestesia pero sin necesidad de recurrir a maniobras espectaculares como las de quiroprácticos que acuestan a los pacientes en el suelo y les someten a movimientos violentos y enérgicos para obtener la reducción. Por nuestra parte, a pesar de que *Bankart* (1936) sostiene el haber observado gran número de éxitos, tenemos poca confianza en esta reducción quiropráctica.

Estas orientaciones terapéuticas son las que, a

nuestro juicio, merecen más crédito. Es patético el calvario que sufren estos enfermos de un médico a otro que cultiva distinta especialidad. Si acuden al internista, les prescribe salicilatos, vitamina B_1, yoduros; el dentista, les extrae una porción de dientes sospechosos de constituir focos sépticos; los especialistas de garganta, nariz y oídos les extirpan las amígdalas; los fisioterapas, proponen calor local, fiebre artificial, masaje y mejorar el aplomo corporal; los cirujanos extirpan el apéndice; los ginecólogos extirpan distintos organos pelvianos; los especialistas en prostología extirpan las hemorroides; los urólogos, hacen masaje de próstata; los ortopédicos, practican fasciotomías, inyectan novocaína y proponen el empleo de corsé ortopédico, etc. Este film de la marcha del paciente, descrito caricaturescamente por *Moore*, acaso no se aleje de la realidad.

Insistimos en la inestabilidad de este segmento de columna vertebral, consideradas las razones filogénicas que abogan porque las variaciones dinámicas del mismo sean las responsables del síndrome. Bien diagnosticado el caso, con exploración de las raíces periféricas afectadas y teniendo seguridad de que no existe lesión vertebral de otro tipo, se puede inmovilizar en hamaca si el enfermo está dolorido, para seguir por un yeso y, finalmente, si el dolor no cede se terminará por efectuar una fusión vertebral, según cualquiera de las técnicas admitidas.

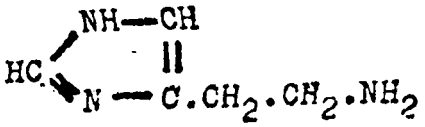


FARMACOLOGIA DE LA ALERGIA

DR. FRANCISCO GUERRA

En su trabajo original sobre la histamina, *Dale* y *Ladlaw* (1910) pusieron de manifiesto la semejanza entre el choque anafiláctico y la acción tóxica de la histamina, correlación que como ha revisado recientemente *Code* (1944) ha sido extendida a otros fenómenos alérgicos. El hecho de que estos últimos se deben a la presencia y liberación de histamina en los tejidos, ha llevado al tratamiento de la alergia, primeramente con la desensibilización progresiva por la histamina y derivados, así como por la histaminasa, pero los mejores resultados se han obtenido recientemente con el descubrimiento de una serie de compuestos antihistamínicos, que sin destruir la histamina compiten con ella sobre la célula efectora de las estructuras sensibilizadas para la histamina, evitando la acción de ésta.

* Profesor de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de México.



La histamina (químicamente: beta-iminazoletilamina) se encuentra normalmente en los tejidos animales y algunos vegetales, apareciendo en la sangre de individuos normales a concentraciones de 3 a 5 microgramos por 100 c.c., mientras que en los alérgicos en cifras superiores a 25 microgramos; se obtiene generalmente en forma sintética como un fosfato cristalino, estable y muy soluble en agua.

Cuando se administra por vía oral es destruída por la histaminasa intestinal, pero se absorbe rápidamente por vía parenteral, siendo destruída progresivamente por desaminación y oxidación. Las acciones farmacológicas de la histamina se deben a su acción directa sobre la célula efectora glandular y del músculo liso; por ello aumenta la secreción del epitelio glandular del estómago, glándulas salivares, bronquios, nariz y lacrimales, produce una contracción del músculo liso bronquial, vascular, intestinal y uterino además de promover edemas por dilatación capital y dolor al actuar sobre las terminales de los nervios sensitivos periféricos. Sus participación en las reacciones cutáneas alérgicas así como en el asma bronquial, el colapso vascular y el choque anafiláctico han sido claramente establecidas y pueden reproducirse experimentalmente en forma sencilla.

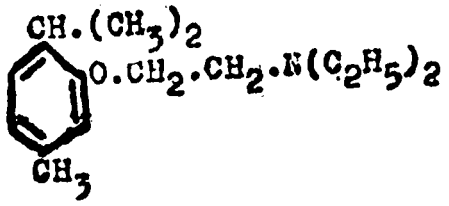
La histamina se emplea como medio diagnóstico para la producción de una secreción ácida de jugo gástrico con la inyección subcutánea de ... 0.5 a 1 c.c. de la solución al 0.1%; la inyección de dosis crecientes desde 0.1 a 1 miligramo o la intravenosa lenta de 2 miligramos inyectados en hora y media, ha sido sugerido por *Sheldon* y *Horton* (1940) como un medio de desensibilización en estados alérgicos, bronquitis asmáticas, y vértigo de Meniere, con resultados variables.

La histaminasa, llamada por *Zeller* (1938) diamino-oxidasa, ya que no solo es responsable de la destrucción de la histamina, sino que oxida con formación de amoníaco, es una enzima, flavoproteína, termolabil, obtenida generalmente de la mucosa intestinal y de los riñones de cerdo, a la que se conoce con el nombre patentado de torantil. Su actividad se establece según unidades ya descritas por *Best* y *McHenry* (1930), 1 unidad es la cantidad de la enzima que a pH 7.0 y 37°C., en solución tampón de fosfatos destruye 1 miligramo de histamina en 24 horas.

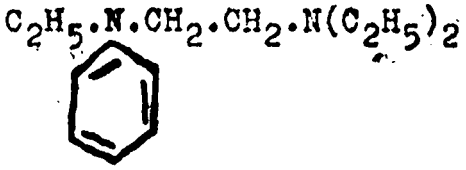
Se administra por vía oral, raramente parenteral, ya que por su carácter protéico es sensibilizante y se destruye casi totalmente por la acidez gástrica, la pepsina y la tripsina; experimentalmente destruye la histamina, pero no altera después de su ingestión las respuestas alérgicas, por ello aunque se recomiendan dosis de 10 a 15 unidades diarias no suele emplearse clínicamente.

Algunos aminoácidos como la arginina, la histidina y la cisteína han sido señalados por *Rocha de Silva* (1944) y otros como de actividad antihistamínica; otro tanto puede decirse de la azoproteína histamínica, pero su uso clínico no se ha extendido debido a que ciertos derivados aromáticos del aminoestanol y de la etilendiamina tiene una mayor potencia.

A los primeros compuestos estudiados por *Fourneau* como el 833 F 2-dietilamino-etil-1,4-benzodioxano, y el 933 F 2-piperidinometil-1,4-benzodioxano han seguido el 929 F timoxietildietilamina y el 1571 F feniletildietilendiamina, que según han puesto de manifiesto diversos autores

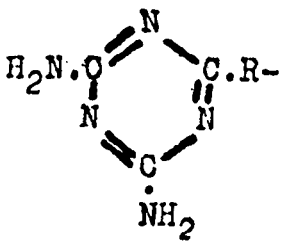


929 F



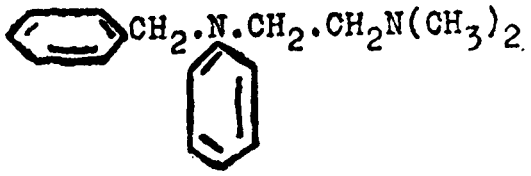
como *Bovet* y *Staub* (1939) resultan más activos. El primero en forma de clorhidrato es soluble en agua, aunque inestable e irritante para los tejidos en solución al 1%. Se administra por vía oral y al igual que en los animales de experimentación inhibe la acción oxitócica y depresora de la circulación de la histamina, así como el choque histamínico, aunque no evita la secreción ácida del jugo gástrico. No inactiva la histamina *in vitro* aun a dosis elevadas y carece de la acción específica de otros compuestos ya que suprimen indiferentemente la estimulación del músculo liso tanto de la histamina como del cloruro de bario. Debido a su elevada toxicidad y a la producción de reacciones desagradables, aun con dosis de 1.5 miligramos por vía oral, no se ha extendido el uso clínico del 929 F ni del ... 1571 F.

Como ocurre con los compuestos anteriores, las triazinas estudiadas por *Loew*, *Kaiser* y *Anderson* (1946), son antihistamínicos de dos a diez veces más activos experimentalmente que la aminofilina (frecuentemente considerada como tipo, fren-



te a la histamina) pero menos potentes que los éteres fenólicos y benzihidrílicos; actúan sobre el espasmo del músculo liso producido por la acetilcolina y el cloruro de bario a iguales concentraciones que para la histamina. Resultan menos activos que las triazinas, los dihidroantracenos descritos por *Lehmann* y *Young* (1945), si bien protegen experimentalmente a los cobayas sensibilizados.

Entre los antihistamínicos descritos por *Halpern* (1942) el 2325 R P y sobre todo el 2339 RP mejor conocido con el nombre patentado de antregan o N, diemetilaminoetil N, benzilanilina, tie-

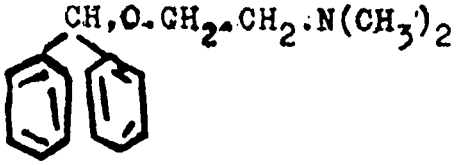


nen una actividad muy superior a los descritos. Se administra por vía oral y a menudo es mal tolerado por el estómago de los adultos, mejor en los niños, dando lugar a ardor gástrico, anorexia, náusea y vértigo. Numerosas observaciones clínicas de *Decourt* (1942) y otros indican favorables resultados con la administración oral de 0.6 gramos durante tres días en accidentes séricos, urticaria de origen alimenticio, dermatosis alérgicas, y menos constantes en el asma bronquial.

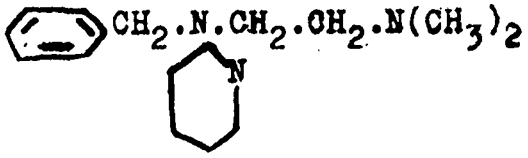
El 2786 RP o neoantergan 2 p-metoxibenzil (dimetilaminoetil) aminopiridina tiene una actividad tres veces mayor que el anterior. Se administra por vía oral durante las comidas comenzando por dosis pequeñas de 0.1 gramos y aumentándolas rápidamente hasta ingerir de 0.6 a 0.3 gramos diarios, pudiéndose emplear en algunos casos la vía parenteral. Sus aplicaciones son semejantes a las del antergan, mostrándose más activo que este en el asma bronquial. El compuesto 3015 RP, recientemente descrito por *Halpern* (1945) pertenece a la misma serie de antergan y neoantergan, pero no contiene ni anilina ni piridina; experimentalmente tiene una actividad antihistamínica diez veces mayor que la del neoantergán.

La antistina es el nombre registrado del 2-N-fenil-N-benzilamino-etil-imidazolina) que ha sido descrito recientemente por *Meier* y *Bucher* (1946); se puede administra por vía oral y parenteral, disminuyendo las concentraciones de histamina en sangre. En varios estudios clínicos se ha encontrado que la administración oral de 0.3 a 0.6 gramos diarios durante tres días, o la inyección endovenosa de 1 a 2 c.c. conteniendo en solución de 10 a 100 miligramos para uso endovenoso o de 100 a 300 miligramos en la inyección subcutánea dan buenos resultados en la urticaria, asma bronquial y otras reacciones alérgicas.

Numerosos estudios clínicos han seguido a la preparación del benadril por *Loew* y colabora-



dores (1945) nombre registrado del clorhidrato del éter benzihildrílico-beta-dimetilaminoetilo, polvo blanco cristalino soluble en agua y alcohol, estable a la temperatura ordinaria. Se administra por vía oral y en algunos casos parenteralmente como en clínica impide los efectos de la histamina sobre la constricción bronquial, el choque histamínico, el anafiláctico y el espasmo del y remueve un grupo aminado de las diaminas músculo liso intestinal. Según se desprende de los trabajos de *Dragstedt* y colaboradores (1945) sobre la inhibición de la hipotensión arterial producida por la histamina, y en contra de la creencia de *García de Jalón* e *Idoipe* (1946) sobre otros compuestos, el benadril se fija sobre el lugar de acción de la histamina en la célula efectora y compite con ella impidiendo sus efectos. Entre las manifestaciones tóxicas que se han descrito con su empleo, se encuentran sequedad de la boca, por supresión de la secreción salivar, efecto semejante al de la atropina, falta de coordinación, náuseas y excitación nerviosa. En el tratamiento de la urticaria y otras dermatosis alérgicas, conviene comenzar con pequeñas dosis de 0.05 gramos tres veces al día; dosis algo más elevadas pueden emplearse en la fiebre del heno y el asma bronquial.



Ultimamente se ha comenzado a conocer la piribenzamina nombre registrado de la N-piridil, N-benzil, N-dimetiletilendiamina, descrita por *Mayer* (1946) cuya actividad experimentalmente es superior a las anteriores, ya que 1 mol de piribenzamina neutraliza hasta 100 mols de histamina. Se administra por vía oral y parenteral y dosis que oscilan entre 0.1 mg./Kg. y 3 mg./Kg. protegen contra el choque anafiláctico.

Referencias.

Ackermann, D., und Wasmut, W. Zur Kenntnis der Beziehung des Histamins zum anaphylaktischen Schock. Ztschr. f. physiol. Chem., *260*: 155-162, 1939.

Best, C. H. The disappearance of histamine from autolysing lung tissue. J. Physiol., *67*: 256-263, 1929.

Best, C. H. and Mc Henry E. W. The inactivation of histamine. J. Physiol., *70*: 349-372, 1930.

Best, C. H. and Mc Henry, E. W. Histamine. Phisiol. Rev., *11*: 371-477, 1931.

Best, C. H., and Mc Henry E. W. A note on histaminase. J. Am. Med. Ass. *115*: 235-236, 1940.

Bourque, J. E. and Loew, E. R. The effect of histamine antagonists on gastric secretion. Am. J. Physiol., *138*: 341-345, 1943.

Bonvallet, W. et Decourt, D. Action du 2786 R. P. sur l'augmentation de perméabilité des capillaires cutanés, provoquée par une injection intradermique d'histamine. Compt. rend. Soc. de Biol., *138*: 224-225, 1944.

Bourquin, J. B. New Synthetic antihistamine substance antistine) and its ophtalmologic applications. Schweiz. me. Wchnschr., *76*: 296-300, 1946. (v.s.)

Bovet, D. Horclois, R. et Walthert, F. Propiétés antihistaminisques de la n-p-méthoxybenzyl-n-diméthylamino ethyl amino-pyridine. Compt. rend. Soc. de biol., *138*: 99-100, 1944.

Bovet, D. et Staub, A. M. Action protectrice des éthers phénoliques au cours de l'intoxication histaminique. Compt. rend. Soc. de biol., *124*: 5471459, 1937.

Burchell, H. B. and Varco, R. L. Anti-histamine activity of thymoxyethyl-diethylamine and N'ethyl N' diethylamino-ethylaniline as judged by gastric response to histamine. J. Pharmacol. & Exper. Therap., 75: 1-5, 1942.

Celice, J., Perrault, U. et Durel, P. Utilization clinique des antihistaminiques de synthése. Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris, *58*: 284-288, 1942.

Chauchard, B. et Chauchard, D. Les effets de l'histamine et d'un antihistaminique de synthese (2339 R. P.) sur lá excitabilité viscerale. Compt. rend. Soc. de biol., *138*: 219-220, 1944.

Chiray, M., Debray, C., Parrot, J. L., et Richet, C. Traitement des ulcéres gastro-duodénaux par un anthistaminique (2339 R. P.) Semaine d. hôp. Paris, *21*: 587-591, 1945.

Climenko, D. R., Homburger, E. and Messer F. H. Pharmacology of thymoxyethyldiethylamine. J. Lab. & Clin. Med., 27: 289-297, 1941.

Code, C. F. The mechanism of anaphylactic and allergic reactions, an evaluation of the role of histamine in their production. Ann. Allergy. 2: 457-471, 1944.

Code, C. F. A discussion of Benadryl as an antihistamine substance. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., *20*: 439-445, 1915.

Cohen M. B. Immunologic management of patient with allergy. J. Allergy, *15*: 274-278, 1944.

Curtis, A. C. and Owens, B. B. Beta-dimethylamino ethyl benzhydryl ether hydrochloride (benadryl) in treatment of acute and chronic urticaria. Univ. Hosp. Bull. Ann Arbor, *11*: 25-26, 1945.

Dale, H. H. and Laidlaw, R. P. The physiological action of Biminazolytethylamine. J. Physiol., *11*: 318-344, 1916.

Decourt, R. Traitement de l'asthme par des bases antagonistes de l'histamine. Presse méd., *50*: 773-774, 1942.

Decourt, P. Action de bases antagonistes de l'histamine sur quelques maladies liées à des reactions d'hypersensibilité. Bull. et mem. Soc. méd. d. hop. de Paris *58*: 265 267, 1942.

Decourt, P. Effets des traitements prolonges par les antagonistes de l'histamine. Presse méd., *51*: 501-502, 1943.

Edlbacher, S. und Zeller E. A. Über den enzymatischen Abbau des Histamins. I. Mitteilung. Helvet. chim. Acta, *20*: 717-726, 1937.

Farmer, L. Experiments on histamine refractoriness, nonspecific desensitization through oral application of histamine. J. Immunol., 37: 321-328, 1929.

Friedlaender, S. and Feinberg, S. M. Histamine antagonist. III. Effect of oral and local use of B-dimethylaminoethyl Benzhydryl ether hydrochloride on whealing due to histamine, antigen antibody reactions and results in allergic manifestations. J. Allergy, *17*: 129-141, 1946.

García de Jalón, P. e Idoipe, F. J. Compuestos antihistamínicos y terapéutica antialérgica. Farmacoterapia actual, 3: 98-105, 1946. (v.s.)

Hallenbeck, G. A. Studies on the effect of thymoxyethyldiethylamine (929 F.) and N-diethylaminoethyl-N ethylaniline on gastric secretion in the dog. Am. J. Physiol., *139*: 329-334, 1943.

Halpern, B. N. Les antihistaminiques de synthése. Essais de chimiothérapie des états allergiques. Arch. internat. de pharmacodyn. et de thérap., *68*: 339-408, 1942.

Karady, S. and Browne J. S. L. Effect of histaminase treatment on histamine and anaphylactic shock in guinea pigs. J. Immunol. 37: 463-468, 1939.

Keeney, E. L. Histaminase in the treatment of hay fever. J. Am. J. Am. Med. Ass., *114*: 2448-2449, 1940.

Koelsche, G. A., Prickman, L. E. and Carryer H. M. The symptomatic treatment of bronchial astha and hay fever with Benadryl. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 20: 434-434, 1945.

Koelsche, G. A. Prickman L. E. and Carryer, H. M. Symptomatic treatment of bronchial asthma and hay fever with B-dimethyl-aminoethyl benzhydryl ether hydrochloride. J. Allergy, *17*: 151-152, 1946.

Lehmann, G. and Young, J. W. Antihistamine activity of diethylamino ethyl dihydroanthracene - carboxylate and other substances. J. Pharmacol. & Exper. therap., *83*: 90-95, 1945.

Levins, S. J. B dimethylaminoethyl benzhydryl ether hydrochloride (benadryl): Its in allergic diseases. J. Allergy, *17*: 145-150, 1946.

Loew, E. R. and Chickering, O. Gastric secretion in dogs treated with histamine antagonist, thymoxyethyldiethylamine. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., *48*: 65-68, 1941.

Loew, E. R. and Kaiser, M. E. Alleviation of anaphylactic shocks in guinea pigs with sythetic benzhydrilal Kamine ethers. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., *58*: 235-237, 1945.

Loew, E. R., Kaiser, M. F. and Anderson M. The antihistamine action of alkyloxytriazines and related compounds. J. Pharmacol. & Exper. Therap. *85*: 7-13, 1946.

Loew, E. R., Kaiser, M. E. and Moore, V. Synthetic benzhydryl alkamine ethers effective in preventing fatal experimental asthma in guinea pigs exposed to atomized histamine. J. Pharmacol. & Exper. Therap., *83*: 120-129, 1945.

Loew, E. R., Kaiser, M. E. and Moore, V. Effect of various drugs on experimental asthma produced in guinea pigs by expresive to atomized histamine. J. Pharmacol. 8 Exper. Therap. *86*: 1-6, 1946.

Loew, E. R., Mac Millan R. and Kaiser, M. E. Antihistamine properties of benadryl, B-dimethylaminoethyl benzhydryl ether hydrochloride. J. Pharmacol. & Exper. Therap., *86*: 229-238, 1946.

Logan, G. B. The use of Benadryl in treating some of the allergic diseases of childhood. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., *20*: 436-438, 1945.

Mayer, R. L. Antihistaminic substances, with special reference to Pyribenzamine. J. Allergy, *17*: 119-186, 1946.

Mayer, R. L., Huttrer, C. D. and Scholz, C. R. Antihistaminic and antianaphylactic activity of some ∝-pyridinoethylenediamines. Science, *102*: 93-94, 1945.

Cc Elin, T. W. and Horton, B. T. Clinical observations on the use of Benadryl; a new antihistamine substance. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., *20*: 417-428, 1945.

Mc Henry E. W. and Garwin, G. Histaminase. I. The histamine-histaminase reaction: II. Purification. III. Species distribution. Biochem. J., *26*: 1365-1376, 1932.

Mc Henry, E. W. and Garvin, G. Histaminase IV. Further studies in purification. Biochem. J., *29*: 622, 1935.

Mc Henry E. W. and Garwin, G. Histaminase V. Source of the ammonia formed in the histamine-histaminase reaction. Biochem. J., *29*: 624-625, 1935.

Meier, R. und Bucher K. Pharmacology of 2-(N -phenyl-—-benzyl-aminomethyl) -imidazolin (Antistine): New Synthetic antihistamine substance. Schweiz. med. Wnschr. *76*: 294-296, 1946. (v.s.)

Minard, D. and Rosenthal, S. R. Thymoxythyldiethylamine antagonism to circulatory effects of histamine in anesthetized and nonanesthetized dogs. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., *44*: 237-239, 1940.

Miller, H. and Piness, G. Histaminase in the treatment of allergy. J. Am. Med. Ass., *114*: 1724-1744, 1940.

O'Leary, P. A. and Farber E. M. Evaluation of Beta -Dimethylaminoethyl Benzhydryl ether Hydrochloride (Benadryl) in the Treatment of Urticaria, Scleroderma and Allied Disturbances. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., *21*: 295-197, 1946.

O'Leary, P. A. and Farber, E. M. Benadry in the treatment of Urticaria. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., *20*: 429-432, 1945.

Parrot, J. L. Syndromes histaminiques et antagonistes de l'histamine. Presse méd., *50*: 771-772, 1942.

Re, P. M. Histamina y methionina; acción anti-histaminica. Prensa méd. argent. 30: 887-891, 1943.

Rocha e Silva, M. Inhibition of histamine effects by compounds of histamine, histidine, and arginine. J. Pharmacol. & Exper. Therap. *80*: 399-408, 1944.

Rosenthal, S. R. and Brown, M. L. Thymoxythyldiethylamine as an antagonist of histamine and of anaphylactic reactions. J. Immunol. *38*: 259-266. 1940.

Rosenthal, S. R., Minard, D. and Lambert, E. Effect of thymoxyethyldiethylamine on various pain thresholds with special reference to referred pain. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 52: 317-320, 1943.

Roth, G. U. and Horton B. T. Hipersensitiveners to cold; treatment with histamine and histaminase; report of case. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., *12*: 129-133, 1937.

Sheldon, J. M., Fell, N. Johnston, J. H. and Howes, H. A. Clinical study of histamine azoprotein in allergic disease; preliminary report. J. Allergy, *13*: 18-30, 1941.

Schindler, O. Clinical investigation with antihistamine substance, antistine. Schweiz med. Wchnschr. *76*: 300-304, 1946. (v.s.)

Sciclounoff, F. et Junet, R. Un nouvee antihistaminique de synthese: l'antergan. Contribution á l'etude clinique de la médication antiallergique. Rev. méd. de la Luisse Rom. *63*: 570-579, 1943.

Staub, A. M. Recherches sur quelques bases synthétiques z antagonistes de l'histamine. Ann. Inst. Pasteur, *63*: 400-436 et 485-524, 1939.

Staub, A. M. et Bovet, D. Action de la thymoxyéthyldiéthylamine (929 F.) et des éthers phenoliques sur le choc anaphylactique du cobaye. Comp. rend. Soc. de biol. *125*: 818-821, 1937.

Vallery - Radot, P., Bovet, D., Mauric, G. et Holtzer, A. Action du 883 F. sur le choc anaphylactique et le choc histaminique chez le lapin. Comp. rend. Soc. de Biol. *136*: 354-355, 1942.

Vallery - Radot, P., Bovet, D., Mauric, G. et Holtzer, A. Action du 933 F. sur le choc anaphylactique et le choc histaminique chez le lapin. Compt. rend. Soc. de biol. *136*: 385-386, 19942.

Vallery - Radot, P., Bovet, D. Mauric, G., et Holtzer, A. Action du 1262 F. sur le choc anaphylactique du lapin. Compt. rend. Soc. de biol. *136*: 453,454, 1942.

Vilanova, A. La histamina en fisiologia y en patologia. Nuevos antihistaminicos de síntesis, útiles en terapéutica. Med. Clin. Barcelona, 3: 71-76, 1944.

Waldbott, G. L. Clinical results with benadryl. J. Allergy, *17*: 142-144, 1946.

Wells, J. A., Morris, H. C., Bull, H. B. and Dragstedt, C. A. Observations on the nature of the antagonism of histamine by B-dimethylaminoethy benzhydry ether (benadryl). J. Pharmacol. & Exper. Therap. *85*: 122-128,1945.

Wilcox, H. B. Jr. and Leegal, B. C. Influence of ethylendiamine derivative on histamine intoxication and anaphylactic shock in the intact guinea pig and the isolated guinea pig heart. J. Immunol. *44*: 219-229, 1942.

Williams, H. L. Use of Benadryl in the Syndrome of Physical Allergy of the head: a preliminary report. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 20: 434-436, 1945.

Winder, C. V., Kaiser, M. E., Anderson M. U. and Glarsco E. M. Myotropic spasmolytic, histaminolytic, and atropine like actions of some derivatives of dimethylaminoethyl benzhidryl etheoc hydrochloride (Benadryl) J. Pharmacol. & Exper. Therap. *87*: 121-131, 1946.

Yonkman, F. F., Chess, D. Mathieson, D. and Hansen N. Pharmacodynamic studies of a new antihistamine agent, N'pyridyl N'benzyl N dimethylethylene diamine H Cl., Pyribenzamine Cl H. J. Pharmacol. & Exper. therap., *87*: 256-264, 1946.

Zeller, E. A. Über den enzymatischen Abbau von Tistamine und Diaminen 2. Mitteilung. Helvet, chim. acta, *21*: 880-890, 1938.

Zeller, E. A. Zur Kenntnis der Diamin-oxydase. 3 Mitteilung Über den enzymatischen abbau von Polyaminen. Helvet. chim. acta, *21*: 1645-1665, 1938.

Zeller, E. A. Birkhäuser, H., Mislin, H. und Wenk U. Über das Vorkomen der Diamin-oxydase bei Mensch, Säugetier, und Vogel, mit einem Anhaug über das Vorkommen der Cholinesterase beim Vogel. 5 Mitteilung. Über den enzymatischen Abbau von Polyaminen. Helvet. chim. acta, 22: 1381-1395, 1939.

Zeller, E. A. und Schär, B. Zur Frageder Verwendung der Histaminase (Diaminoxydase) in der Therapie. Schwerz. med. Wchnschr. *68*: 1318-1319, 1938.

Zeller, E. A., Schär, B. und Stachlin. S. Wetere Beiträge sur Keuntris der Diamin-oxydase (Histaminase). 4 Mitteilung Über den enzymatischen Abbau von Poly-aminen. Helvet. chim. acta, 22: 837-850, 1939.

Zeller, E. A., Stern, R. und Wenk, U. Über die Diamin-Diamin-oxydase-Reaktion. 6. Mitteilung. Über den enzymatischen Abbau von Poly-aminen. Helvet. chim. acta, 23: 3-17, 1939.

BIOLOGIA E INMULOLOGIA DE LA SIFILIS

por el Dr. Antonio Aparicio Sánchez-Covisa, Jefe del Dispensario Antivenéreo para Hombres de los S. C. de S. Y. A. en el Estado de Hidalgo; diplomado del Centro de Adiestramiento "Eliseo Ramírez".

Todavía se sigue polemizando actualmente sobre el lugar de origen de la Sífilis, aunque en un artículo próximo nos hemos de ocupar mas extensamente sobre el origen de la sífilis y las demás enfermedades venéreas, queremos, si bien someramente, exponer aquí algunos datos históricos. La mayoría de los autores piensan en un origen americano; sin embargo esto no es claro, ya que las descripciones de las enfermedades venéreas en Europa en una época anterior al descubrimiento de América eran poco precisas, todas ellas estaban entremezcladas sin distinción y en los libros que hacen mención de las mismas, con frecuencia, se ven síntomas de dos o más de ellas mezclados y confundidos como si se tratase de una sola enfermedad; por el contrario otros autores, *Denie* entre ellos, en su libro "El regalo de Colón" (Gift of Columbus), insisten en un origen europeo de la sífilis.

Lo que si es evidente es que al regreso de Colón de su primer viaje a América, hubo brotes epidémicos de Sífilis en Cataluña, lo que hace pensar en un traslado de gérmenes por los tripulantes de las carabelas colombianas desde la Hispaniola hasta España; posteriormente hubo brotes epidémicos de Sífilis en Nápoles, en el ejército que lo sitiaba y entre cuyas filas había elementos llegados de España y así sucesivamente, la Sífilis, siempre en forma de brotes epidémicos, fué invadiendo Francia, donde se inició en el Mediodía, en las Galias, de ella pasó a Inglaterra, Países Bajos, Alemania y de esta última a Polonia. En todas partes, como se desconocía el nombre de la enfermedad fué siendo dominada con arreglo al país de donde se suponía originaria y así se la llamó sucesivamente mal español, mal napolitano, mal francés o mal gálico (de las Galias), mal alemán, etc.

El criterio ecléctico, sostenido ya desde el siglo XIX por el Dr. *Mariano Padilla*, Decano de la Facultad de Medicina de Guatemala, en su "Ensayo histórico sobre el origen de la enfermedad venérea o de las bulbas", parece ser actualmente el más acertado, pensando que existía la Sífilis en ambos Continentes y que el descubrimiento del Nuevo Mundo solo trajo como consecuencia la reactivación del padecimiento al ponerse en contacto los naturales de cada Continente con los gérmenes sifilíticos del otro Continente; de esa manera se produjeron brotes epidémicos en América a la llegada de los europeos, que hicieron pensar a los defensores del origen europeo de la Sífilis en la no existencia de la misma en América y de la misma manera, los brotes epidémicos sifilíticos al regreso de Colón a Europa, y que allí tuvieron lugar, permitieron a los partidarios del origen Americano de la Lues, defender su posición.

El Dr. *Félix Bonband*, historiador del siglo XIX dijo: "Nada en esta desgraciada historia pudo poner a tres hombres de acuerdo; origen, naturaleza, diagnóstico, pronóstico, tratamiento; todo ha sido objeto de luchas y hasta el nombre ha hecho ejercitarse el "estro" poético, de los contradictores y de los poetas".

En 1525, *Girolamo Fracastoro* (1478-1553), poeta y médico publica los dos primeros libros de un bello poema escrito en versos virgilianos: "*Siphilis sive morbus Gallicus*", en el que describe las aventuras de un pastor al que llamaban "Syphilus", palabra que significa "Pastor de cerdos o amante", el cual insulta y ofende al dios Apolo, quien se venga del pastor castigándole con una enfermedad de caracteres muy parecidos a la que asolaba entonces a Europa. Todas las naciones europeas, las cuales, unas mas, otras menos, todas ya tenían su nombre como apellido de la enfermedad, aceptaron gustosa y rápidamente el nombre de sífilis para esta enfermedad.

Como decimos más arriba, dejamos para un artículo próximo el tratar mas extensamente este tema, utilizando ahora el espacio que nos queda para tratar algunos puntos relacionados con la biología y la inmunología de la Sífilis.

Evolución de la Sífilis no Tratada

Böeck en Noruega dejó de tratar un grupo de 400 individuos, que fueron observados durante 25 años por *Brusgaard* gracias a ellos podemos hacer un cuadro con la evolución de la sífilis humana no tratada (esquema número 1) en el cual el tiempo va indicado en la línea horizontal y la vertical la utilizamos para expresar la evolución de la enfermedad. La segunda línea horizontal (marcada H. C.) representa el "horizonte clínico", por lo cual, por encima de ella expresamos "síntomas", por debajo, "latencias o períodos asintomáticos". En el punto de intersección de la línea horizontal con la vertical (marcado 1,) que nos indica el momento de la "inoculación", punto de partida de la línea punteada, que expresa en el esquema la evolución de la infección sifilítica. Si seguimos la línea punteada a lo largo del esquema; interpretaremos, sucesivamente, un período de ascenso de la infección desde (I) hasta (C. H.) es decir desde

ISOFTALMOL DE SULFACETAMIDA

Colirio

Solución al 10% de SULFACETAMIDA SODICA.

Ofrece amplitud de acción y tolerancia muy superiores a las de cualquier compuesto sulfamídico.

Conjuntivitis agudas y crónicas: gonocócicas, estreptocócicas, neumocócicas, etc. Blefaritis, Queratitis, Ulceras corneales, Dacrocistitis infectadas, Quemaduras, Tracoma y sus complicaciones. Como profiláctico y en los traumatismos oculares y cuidados post-operatorios en Cirugía ocular. En la profilaxis oftálmica del recién nacido.

INDUSTRIAS QUIMICO - FARMACEUTICAS AMERICANAS S. A.

Avenida B. Franklin 38-42. Tacubaya-México, D. F.

ANALISIS DE UNA MEDICINA SOCIALIZADA

SEIS AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL EN RUSIA

Dr. Carlos Diez Fernández

Datos, impresiones personales,
Cifras, Esquemas de organización.

Prólogo del Dr. Manuel Márquez

Comentarios por el Dr. Julio Bejarano

350 páginas, 34 ilustraciones
Ocho pesos

Pedidos al: Roma 48-20.
Autor. México, D. F.

FARMACIA DE 1a. CLASE

Responsable: Alicia Paniagua Univ.: Michoacán

Propietario: Dr. Angel Matz Univ.: Madrid.

EL SEMINARIO

Especialidad en el despacho de RECETAS

Artículos higiénicos.

Objetos de Tocador

Perfumería fina.

ERIC. 12-26-56

DONCELES, 87.

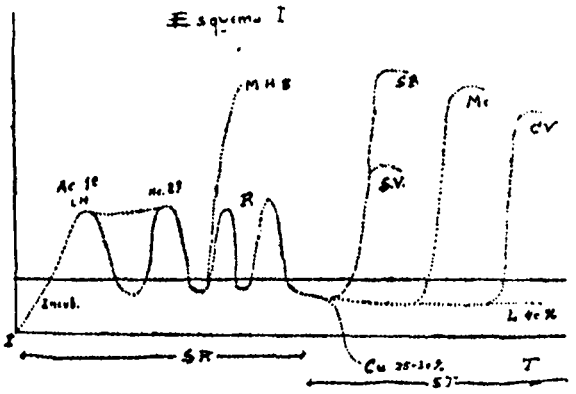


FIG. 17

Abreviaturas: T — tiempo; E — evolución; HC — horizonte clínico; I — *inoculación*; Incub — incubación; CH — chancro; Ac. 1º.—accidente primario; Ac. 2º—accidente secundario; MAS — meningitis aguda sifilítica; R — recaídas; SV — sífilis visceral; SB — sífilis benigna tardía; Me — sífilis meníngea, meningo-vascular y parenquimatosa; SV — sífilis cardio-vascular; — latencia; SR — sífilis reciente; Cu — curación; ST — sífilis tardía.

la inoculación hasta el chancro, en el cual la línea traspasa el horizonte clínico; hasta traspasarlo y dar síntomas corresponde al período de incubación que oscila entre 15 y 30 días. Una vez traspasado el horizonte clínico surge el accidente primario o chancro, y sigue ascendiendo hasta llegar a su acmé, en que comienza a descender, punto en que la línea de evolución de la enfermedad se desdobla; es decir, hay casos en que desciende hasta por debajo del horizonte clínico entrando en la primera latencia, antes de iniciarse los accidentes secundarios; mientras que en otros casos, sin llegar a una latencia, el accidente primario (chancro sifilítico) se continúa con el secundario y puede presentarse una lesión inicial neurosifilítica, (la meningitis aguda sifilítica), marcada en el esquema por un desdoblamiento de la línea de evolución y una mayor elevación de la misma (M.A.S.).

Así completamos en el esquema, en la línea de tiempo, el espacio de cuatro años, considerado, generalmente, como período de sífilis reciente, aunque algunos autores consideran excesivo el plazo de cuatro años, y opinan que debería reducirse a dos solamente; esto no es aceptado por la mayoría de los sifiliógrafos, que siguen considerando como manifestaciones de sífilis recientes las comprendidas dentro de los primeros cuatro años desde el comienzo de la infección.

Siguiendo con la evolución de la sífilis dentro del esquema 1, expresamos como sífilis tardía (S. T.), la evolución de la Sífilis después de transcurridos los primeros cuatro años; en este momento la línea de evolución está situada por debajo de la línea del horizonte clínico; es decir, una vez terminadas las recaídas del período secundario, la infección entra en latencia y desde esta posición, puede optar por tres alternativas: primera, continuar definitivamente en latencia, o sea, casos que no están curados, pero que no dan síntomas y que siguen y permanecen en esta forma hasta su muerte; esto ocurre en un 40 por ciento de los casos de infección sifilítica no tratada; segunda, la línea de evolución puede descender hasta la curación (c.) curación que es espontánea (puesto que estamos exponiendo la evolución de la Sífilis *sin tratamiento*) y que de hecho ocurre en un 25 a un 30 por ciento de los casos; y, tercera, finalmente, los casos restantes evolucionan a una infección sintomática, en que pueden presentarse síntomas precoces, después de pasados los cuatro años de sífilis reciente, y originar una sintomatología (S.V.) o una sífilis tardía benigna muco-cutánea y ósea (S.B.); posteriormente puede original síntomas nerviosos meníngeos (M.E.) meningo vasculares y parenquimatosos; y más tardíamente producir una sintomatología cardiovascular (C.V. que es la más tardía en la evolución de la Sífilis.

Como conclusión después del examen de este esquema evolutivo de la Sífilis, convendremos que esta enfermedad es de *evolución eminentemente crónica y periódica, con fases alternativas de sintomatología y latencia.*

TIEMPO DE INCUBACIÓN.

Conforme hemos dicho más arriba, consideramos como tal el espacio de tiempo comprendido desde el momento de la inoculación hasta la aparición de los primeros síntomas, es por lo general de tres a cuatro semanas, habiendo incubaciones menores de 15 días y aun menos, como también hay incubaciones, de 35, 50 días y existen casos límites citados hasta de tres meses. En el período de incubación podemos considerar dos fases, una primera en que existe una ausencia total de lesiones y una segunda en que ya existe una lesión no visible por los medios ordinarios, pero perceptible usando lentes de grandes aumentos, con los que se aprecia la existencia de una lesión casi microscópica, plagada de treponemas y por lo tanto ya contagiante; en un sentido extricto, esta segunda fase, debería considerarse ya como fase sintomática, fuera del período de incubación, pero como en la mayoría de los casos esta fase pasa desapercibida, no pudiendo ver a los enfermos hasta la aparición de síntomas visibles, es por lo que se incluye dentro del período de incubación.

El período de incubación experimental en el conejo es muy variable, sobre todo si el producto inoculado es humano; por lo general oscila entre 4 a 6 semanas, pero si el producto inoculado pro-

cede de otro conejo, el tiempo de incubación se acorta a doce días o poco más.

En términos generales podemos decir que la longitud del tiempo de incubación, independientemente de otros factores, como estado general del paciente, homogeneidad del producto inoculado con la raza del animal inoculado, etc., depende principalmente del número de treponemas, habiendo una proporción inversa: a mayor número de treponemas, menor tiempo de incubación y viceversa.

Sífilis experimental.

Fué *Klebs* en 1878 quien hizo las primeras inoculaciones experimentales utilizando material sifilítico humano para producir una sífilis experimental en el conejo. En 1903 *Mechtnifoff* inoculó a un chimpancé y en los exámenes sucesivos que practicó de las lesiones originadas encontró organismos de forma espiral, pero que no relacionó con la Sífilis; fué hasta 1905 cuando *Hoffmann* y *Schaudinn* descubrieron el treponema pálido relacionándolo con la Sífilis.

Las vías de inoculación para la sífilis experimental pueden ser cualesquiera, ya que la infección sifilítica puede prender por cualquiera de ellas; la más usada es la intratesticular, siguiéndole la corneal y la mucocutánea.

Eagle usando diluciones sucesivas de macerado de testículo sifilítico y utilizando como vehículo suero humano no sifilítico, determinó que son suficientes 20 treponemas para producir una inoculación; pero si en vez de suero humano se utiliza solución salina fisiológica, la cantidad de treponemas necesarios es muchísimo mayor. El producto más usado para las inoculaciones es la secreción rezumante de los chancros o de las lesiones condilomatosas, o bien, pedazos de ganglios positivamente sifilíticos, pero este último procedimiento es susceptible de muchos fracasos.

Merecen especial mención algunas inoculaciones citaremos entre ellas, la verificada por *Neisser* inoculando la lúes a un mono utilizando trozos de un goma sifilítico, y que citamos, ya que dada la escasez de treponemas en los gomas (hasta el punto de que ha habido quien ha negado la posibilidad de que contuvieron treponemas) podía dudarse de su capacidad infectiva.

Otra inoculación digna de reseñar es la logragra en el conejo mediante la inyección de 2 c.c. de leche de mujer sifilítica, que citamos como dato digno de recordar, para evitar la lactancia de madres y nodrizas sifilíticas, que podrían originar infecciones luéticas en los lactados por ellas.

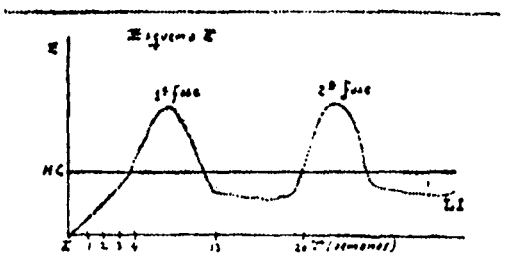
Se ha pensado si el esperma podría contener treponemas e incluso si el espermatozoide podría albergar en su cabeza treponemas o por lo menos formas granulosas de treponema, que darían lugar a lo que se ha llamado "lúes concepcional". Pero estas formas de inoculación parecen poco probables, sino imposibles.

Para terminar, queremos citar los experimentos de *Chesney* en sífilis con conejos y que son interesantes para comprender algunos fenómenos inmunológicos y de reinfección en sífilis. Para interpretarlos debemos exponer el concepto actual de la "reagina".

En la Sífilis se presenta una sustancia en el suero de los enfermos, que es la causante de la positividad de las reacciones y que ha recibido el nombre de *Reagina*, discutiéndose si es un anticuerpo o no. Se han hecho experimentos en los cuales se ha inoculado a conejos con treponemas adicionados de sueros de enfermos sifilíticos y en estos conejos o no se ha desarrollado la sífilis o si lo ha hecho, ha sido de una manera benigna; a un segundo grupo de conejos se les ha inoculado treponemas en la misma forma que al grupo anterior pero adicionado de suero de sujetos no sifilíticos, y entonces, en este segundo grupo, la sífilis tenía una evolución normal. Estos experimentos parecen demostrar que la reagina si es un anticuerpo, ya que obra como tal; pero por otro lado se observa que en la Sífilis no se produce el fenómeno de la fagocitosis, lo que nos serviría de apoyo para la tesis contraria, de que la reagina no es un anticuerpo.

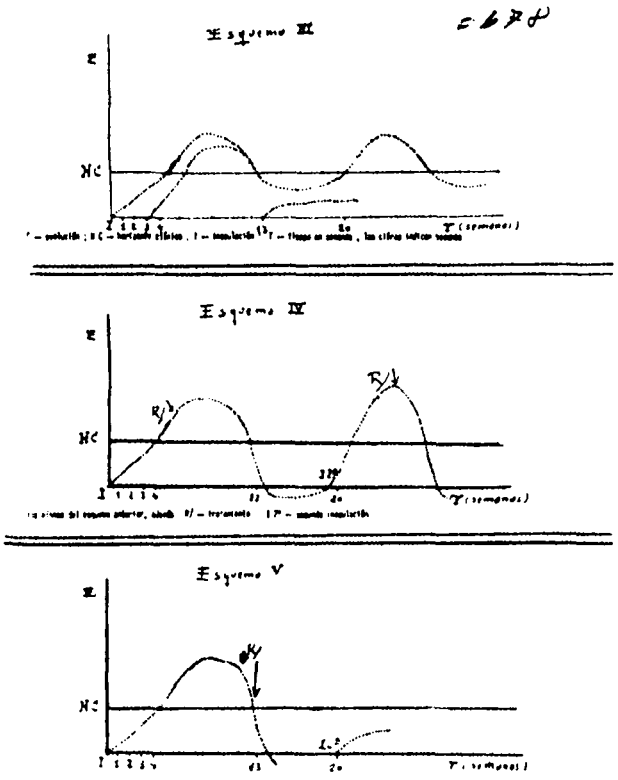
Para interpretar los experimentos de *Chesney* vamos a utilizar el mismo tipo de esquema del esquema I, es decir, tiempo en la primera línea horizontal (T), horizonte clínico en la segunda línea horizontal (HC) y evolución en la línea vertical; la línea punteada nos marca la evolución del proceso infeccioso; las cifras de la línea de tiempo marcan semanas y las demas abreviaturas van indicadas en la base de los esquemas.

El esquema II nos expresa la evolución de la sífilis experimental en el conejo, absolutamente normal; comenzando en la intersección de las líneas vertical y horizontal en el punto I (inoculación), tiene un período de incubación cuatro semanas, momento en el que traspone la línea horizontal clínico, para comenzar la primera fase



sintomática o chancros o lesión inicial, fase que tiene una duración aproximada de nueve semanas, desapareciendo hacia la semana 13 en que entra la infección en una primera latencia de una duración de alrededor de siete semanas, apareciendo los accidentes secundarios, en una segunda fase de manifestaciones, hacia la semana 20, y que al cabo de dos o tres semanas caen nuevamente en latencia. En el conejo se han observado lesiones mucosas, cutáneas y óseas, pero no han podido observarse lesiones viscerales.

En el esquema III, el experimento consistió en hacer una segunda inoculación al mismo conejo tres semanas después de una primera inoculación, sin haberle hecho tratamiento y utilizando una cepa homologa de treponemas. En el



Las mismas de los esquemas anteriores.

gráfico podemos observar como se produce un segundo chancro que evoluciona simultáneamente con el primero, entrando en latencia ambas lesiones al mismo tiempo, siendo a continuación la evolución de la enfermedad, poco más o menos, como cuando hay una sola inoculación. Esta segunda manifestación chancrosa, producida por la segunda inoculación se presenta por no haberse formado todavía la reagina, que, de existir, inhibiría la producción del segundo chancro. Por ello, si la inoculación se hace en la trece semana, ya no se produce la lesión, quèdando esta segunda inoculación en estado latente (conforme lo expresa en el gráfico la línea de rayas interrumpidas a partir de la cifra trece).

En el esquema IV, al conejo de este experimento se le hace tratamiento precoz durante la primera fase de manifestaciones (lo que marcamos en el gráfico con el signo R.) verificándose rápidamente la curación de la enfermedad y por ello en el esquema descendemos la línea punteada de evolución de la infección por debajo de la línea de tiempo; si al cabo de unas 20 semanas hacemos una segunda inoculación, le produciremos una nueva lesión. La interpretación correcta de este experimento es que el tratamiento precoz interrumpió la formación de anticuerpos y de esa manera una nueva infección pudo prender, puesto que ya prácticamente y de hecho, la primera infección estaba curada.

Finalmente en el esquema V, el tratamiento antisifilítico no se inicia hasta después que el accidente primario ha desaparecido y la enfermedad ha entrado en latencia, cuando ya se han constituído los anticuerpos; si entonces realizamos una segunda inoculación, no se produce una nueva lesión, pues la presencia de los anticuerpos impide la aparición de la misma.

Si comparamos los esquemas III y V, vemos que en el III es la presencia de los treponemas, por no estar el enfermo (en estos experimentos el conejo) tratado, quienes impiden la aparición de las lesiones nuevas, al producir la nueva inoculación en la semana 13; pero en el experimento representado en el esquema V, la lesión no aparece al hacer la reinoculación, porque aun cuando no hay treponemas, haber surgido hay anticuerpos.

Conclusiones:

1ª Es evidente que si reinfectamos un animal ya previamente inoculado y la segunda inoculación se efectúa antes de que aparezca el primer chancro, se obtienen entonces dos lesiones primarias (esquema III); pero si la segunda inoculación se verifica después de aparecido el primer chancro, ya no se produce la segunda lesión. Existe pues, una *inmunidad del chancro,* que podremos interpretar como un primer grado de la inmunidad a la reinfección que se produce más tardíamente.

2ª En la actualidad no podemos contestar todavía con certeza si la reinfección puede servirnos de criterio de curación biológica, o sea, en el sentido de una desaparición total de los treponemas de la primera infección.

3ª Los experimentos de *Chesney* (esquema V) parecen comprobar que aun después de la curación y supresión total de la infección, puede todavía existir un estado de inmunidad a una reinfección y por lo tanto no podríamos utilizar la reinfección como una prueba segura de curación de la primera infección.

CONCEPTO ACTUAL DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS

Por el Dr. CEFERINO PALENCIA O.—*Médico Bacteriológico de Ingram, Laboratorios de México*

Teniendo en cuenta el polimorfismo clínico de la Brucelosis, sería de todo punto imposible la presentación de un trabajo completo que comprendiera sus diversas formas clínicas y la sintomatología de cada una de ellas. Pues ello, aparte de la considerable cantidad de espacio requerido, significaría tratar de encuadrar en normas determinadas una serie de signos y síntomas que, a más de corresponder a la Brucelosis, corresponden también a otros procesos de tipo infeccioso totalmente diferentes de esta polifacética enfermedad.

Vamos a concretarnos pues a enumerar de una manera concisa las diversas etapas que han atravesado los conceptos de Diagnóstico y Tratamiento de la Brucelosis para llegar a los actuales; los cuales si no totalmente exactos dan al menos al clínico la posibilidad de establecer el diagnóstico y en consecuencia obrar con ciertas posibilidades de seguridad en el tratamiento.

La antigua división de Fiebre de Malta por una parte y de Fiebre de Bang por la otra, motivó que durante algún tiempo estos dos procesos fueran considerados como dos entidades nosológicas completamente diferentes en su evolución y sintomatología y de esta forma los dos gérmenes infectantes, que se descubrieron con una diferencia de solamente 11 años (*Bruce* en 1886 y *Bang* en 1897), no fueron asociados hasta que en 1918 *Alice Evans* los relacionó, teniendo en cuenta las grandes semejanzas biológicas existentes, la casi imposibilidad de diferenciar uno de otro, la tendencia de producir lesiones genitales causantes del aborto y sobre todo la característica de ser ambos eliminados por la leche de los animales infectados. Pero en 1914, *Traum* descubrió en los fetos de cerdas un germen, que si bien presentaba algunas características de la Brucela melitensis, sus relaciones serológicas lo hacía indiferenciable de la Brucela abortus y este germen se ha encontrado en algunos casos de Fiebre Ondulante humana.

Teniendo en cuenta la semejanza existente, según la opinión de *Meyer* y *Shaw*, la mayoría de los autores decidieron considerar a estos tres gérmenes que producen la infección humana, como individuos de la familia de la bacteriáceas constituyendo el llamado género Brucela y así vemos que el dicho género se divide en Brucela melitensis *variedad melitensis* de la variedad caprina; Brucela melitensis *variedad abortus* que corresponde al Bacilo de Bang y Brucela melitensis *variedad suis*, llamando así al germen descubierto en el cerdo.

En relación con el hombre, y desde el punto de vista de la patogenidad de los gérmenes, nos basamos en la variedad infectante, aunque son muchas y diversas las opiniones de los autores respecto a ello. Así, *Huddleson* considera que la *variedad suis* es la que produce mayores transtornos, siguiéndole en severidad la *variedad abortus* y por último la *melitensis*, pero *Simpson* cree que la *variedad melitensis* es la causante del mayor grado de gravedad, la de menor la *abortus* y considera de gravedad intermedia, entre estas dos, a la *variedad suis*. Desde luego todos están de acuerdo en que tanto una variedad como otra pueden dar lugar a casos graves o benignos.

Para aclarar más adelante los dos conceptos que van a ser tratados con cierta amplitud en el presente trabajo, vamos antes a presentar muy brevemente y de una manera general una exposición de la sintomatología de la enfermedad; pero considerando lo largo que se haría este trabajo si la exposición de los síntomas se hiciera por separado, los englobaremos en dos grandes grupos: la Brucelosis de forma aguda y la de forma crónica.

Brucelosis aguda: Se ha podido apreciar que el período de incubación de esta enfermedad puede variar de cinco días hasta un mes, aunque en las infecciones producidas en los Laboratorios este período se acorta variando de 10 a 20 días. Sus pródromos no se diferencían mucho de los de cualquier otra infección de tipo general, es decir, una aparición gradual aunque en algunos casos se ha podido observar que el proceso se inicia por un escalofrío intenso que va seguido de la brusca presentación de fiebre que oscila de 39,2 hasta 40,7 ó 40.8 Grados C. En enfermos al ser interrogado aqueja astenia intensa, pérdida de apetito, estreñimiento y dolores generalizados en las articulaciones y en la espalda. Como los escalofríos persisten, de la misma manera que la elevación de la temperatura, el enfermo dirige su atención hacia ellos y observa que estos escalofríos o por lo menos la elevación térmica se realiza en los atardeceres, y que durante la noche se produce transpiración intensa y la debilidad subsecuente. En ocasiones, en las primeras épocas de la infección el enfermo suele encontrarse mejor durante la mañana, pero como la fiebre vuelve a presentarse en las últimas horas de la tarde o las primeras de la noche, se recrudecen de nuevo los síntomas que van aumentando en severidad y hay ocasiones que la fiebre, durante las noches, puede alcanzar hasta 40.9 e incluso 41.8. Puede suceder que exista una marcada disparidad entre la sensación subjetiva del enfermo, e incluso la objetiva por par-

te del Médico, en lo que se refiere a la elevación térmica y se han dado casos que el enfermo no presenta un aspecto febril y sin embargo por el termómetro se puede apreciar la existencia de una temperatura muy elevada. Si la defervescencia de la fiebre es rápida el enfermo tiene sudoración que puede llegar a empapar su ropa e incluso la de la cama y este signo es uno de los más impresionantes de la enfermedad. La sudoración puede tener un olor pútrido muy característico, de "paja mojada". Los escalofríos pueden no presentarse, ser muy ligeros y casi pasar inadvertidos, pero hay ocasiones en su intensidad es tal, que se les puede considerar como verdaderos "rigors".

Las artralgias y las mialgias son signos muy característicos de la forma aguda de la Brucelosis y suelen presentarse en el 50 por ciento de los casos, pudiendo acentuarse en el comienzo del proceso o bien persistir a lo largo de todo el curso infeccioso. Las mialgias se caracterizan por dar al enfermo la sensación de una rigidez o envaramiento del músculo, en lugar de esa sensación de dolor que suele apreciarse después de un ejercicio intenso. *Tovar* (1) habla de la frecuencia con que ha encontrado miositis e incapacidad funcional del órgano afectado y éstas complicaciones pueden terminar por atrofía del mismo, si bien las mialgias suelen desaparecer con el reposo aunque en ocasiones, por su intensidad y continuidad, pueden dar lugar a "incapacidad funcional por el dolor y la contractura refleja".

Se presentan también hidartrosis e inflamaciones que terminan con supuración. Las articulaciones que con más frecuencia resultan afectadas son las intervertabrales, las sacrolumbares, las húmeroescapulares y las coxofemorales.

Las lesiones óseas son otra de las complicaciones que pueden presentarse en la Brucelosis de tipo agudo o crónico y en los últimos años se han descrito varios casos que ya se van haciendo numerosos. Nosotros (2) hemos observado seis casos de dichas lesiones entre los cuales hubo cuatro que presentaron transtornos espodilíticos de diferente intensidad y otro padeció una osteomielitis del húmero.

El insomnio y la falta de reposo suelen acompañar a las exarcerbaciones febriles nocturnas y únicamente en los casos en los que la fiebre alcanza elevaciones excepcionales se presenta delirio. Durante la fase aguda de la enfermedad puede suceder que las Brucelas invadan cerebro, médula o meninges dando lugar a complicaciones tales como encefalitis, mielitis e incluso meningitis. *Roger* y *Poursines* (3) aseguran que la Brucela tiene predilección por la invasión meníngea y a consecuencia de ello han llamado a tal forma de la enfermedad "menigno neuro brucelosis". En este caso, como la invasión del sistema nervioso central es el primero y único síntoma de la enfermedad, la sintomatología variará en relación con la extensión de la invasión meníngea y con las complicaciones lógicas si la invasión afecta también al cerebro, a la médula o a los nervios periféricos. Los síntomas pues, y sin entrar en su descripción, serían diplopia, rigidez de la nuca, afasia, transeornos psíquicos, cefales, etc. El líquido cefaloraquídeo aumentaría de presión y su análisis nos demostraría aumento de la albúmina y descenso de las globulinas y del azucar. Naturalmente que el pronóstico será gravísimo en este caso y el diagnóstico en vida del enfermo sólo puede hacerse por el aislamiento e indentificación de la Brucela en el líquido cefaloraquídeo.

Tanto las exarcerbaciones como las remisiones febriles pueden durar de varias semanas a varios meses y pueden suceder tarbién, (y a ello se debe el nombre de Fiebre Ondulante,) que haya desaparición de la fiebre por una temporada con un nuevo brote febril, aunque generalmente este nuevo brote es de menos duración que el primero y el período apirético suele ser mayor y de esta forma la fiebre termina por desaparecer. El descenso de la temperatura en los casos de fiebre remitente suele ser gradual hasta llegar a la normal e incluso ser subnormal conservándose así durante algún tiempo. Si el enfermo padecía artralgias, podrá apreciarse que ésta complicación va presentándose durante el período de apirexia y si aparece una nueva elevación térmica, las artralgias mejoran.

Los síntomas de tipo gastrointestinal son frecuentes durante la temporada febril y sus dos aspectos más caraterísticos son la anorexia y el estreñimiento. En los casos muy graves puede haber náuseas y vómitos. Suelen aquejar estos enfermos dolores abdominales durante las primeras manifestaciones de la enfermedad y nosotros hemos encontrado en un 60 o 70 por ciento de casos, un marcado dolor en punto epigástrico a la presión digital. Para *Ruíz Castañeda* (4), las gastritis y enteritis, que se presentan en la fase aguda de la enfermedad, se pueden considerar como "manifestaciones comunes a todo estado infeccioso".

De los enfermos observados por nosotros, el 50 por ciento presentaba hepatomegalía y punto doloroso vesicular, que al comprimirlo por presión digital provocaba dolor irradiado a la espalda y hombro del mismo lado. En los casos de enfermos con hígado muy aumentado de tamaño existía un ligero tinte ictérico. Si bien son muchos los autores que describen esplenomegalía en los enfermos observados por ellos, nosotros solamente hemos encontrado casos muy contados.

La sintomatología del aparato respiratorio no es muy frecuente y de sus síndromes el coriza nasal agudo es el que con más frecuencia se presenta. Y las manifestaciones catarrales con expectoración abundante y a veces purulenta y hemorrágicas. En los casos de Brucelosis abortus, examinados por nosotros, la duración de la rinitis fué aproximadamente de cuatro a seis días y desapareció una vez formalmente instalado el proceso. Si bien las epistaxis no se pueden considerar como patogonomónicas de la enfermedad, se presentan frecuentemente, sobre todo en las dos primeras semanas del padecimiento. Su intensidad es variable, aunque sí son de repetición pueden crear serias dificultades siendo incluso necesario llegar hasta la transfusión de sangre. Las lesiones pulmonares se pueden apreciar con frecuencia y hoy en día se las está considerando con mayor interés siendo perfectamente apreciable por Radiografía la existencia de lesiones peribronquiales, infiltraciones hiliares y condensaciones de tipo neumónico.

Los síntomas de tipo cardio vascular de mayor importancia han sido endocarditis vegetativas, siendo varios los casos que se han diagnosticado por autopsia.

Las lesiones renales a consecuencia de la Brucelasis han sido apreciadas frecutemente. La albuminaria y las cistitis son frecuentes, siendo raras las hematurias y cilindrurias.

La orquitis es, en cambio, una complicación que se observa frecuentemente en los afectados por esta enfermedad, manifestándose por enrojecimiento aumento de volumen, aumento de la temperatura en dicha región y dolor al roce y a la palpación. En los órganos genitales femeninos se han señalado salpingitis, ovaritis y metritis.

Brucelosis crónica: Son muchos los clínicos que consideran que los síntomas y signos de la Brucelosis aguda son suficientemente característicos para justificar un diagnóstico provicional basándose exclusivamente en los hallazgos clínicos. Pero cuando se tienen que enfrentar con una caso de Brucelosis crónica, es cuando el médico puede apreciar la calidad de problema que tiene que resolver ya que ninguna enfermedad, ni siquiera la sífilis, es tan variable en sus manifestaciones. Suele suceder que el enfermo aquejado de tal transtorno, presente pruebas negativas de diagnóstico, que no se encuentre completamente incapacitado para el trabajo, pero que se queje de cansancio, debilidad, que tenga una fiebre muy moderada o que no tenga fiebre y como el médico carece de pruebas suficientes para establecer un diagnóstico seguro, sucede que se achaque al enfermo neurastenia o psiconeurosis.

Sería imposible, porque crearía un mayor confusionismo describir todos los síntomas de la Brucelosis crónica, pero sí parece que hay tres característicos de esta enfermedad: astenia marcada, fiebre baja y carencia de signos físicos. Enumeraremos de manera rápida los signos de que con mayor frecuencia se quejan los enfermos. Astenia intensa, debilidad, postración, sudoración, escalofríos, insomnios, vértigos, tos, dolores en el pecho y en la espalda, pérdida de peso, cefáleas, mialgias y artralgias transitorias o constantes, bronquitis, taquicardias, eretismo cardíaco, anorexia, dolor abdominal, estreñimiento, diarreas, hepato y esplenomegalia, disuria, piuria, cistitis, pielitis, orquitis, prostatitis, epididimitis, impotencia, transtornos menstruales, depresión, angustias parestesias, etc. La fiebre baja suele persistir durante meses enteros e incluso la temperatura ser normal y de pronto aparece un brote que se acompaña de una exacerbación de síntomas, o de nuevos síntomas que afectan los diferentes sistemas del organismo. Otras veces, después de la desaparición de la fiebre es cuando aparecen las complicaciones.

Se debe sospechar Brucelosis crónica, en todos aquellos casos a los que se ha diagnosticado como "fiebre de origen desconocido"y se ha demostrado por aislamiento, la Brucela en la sangre, orina, bilis o tejidos biopsiados, en enfermos que durante años habían padecido fiebre baja por largos períodos.

No queremos pasar a tratar del Diagnóstico de esta enfermedad sin referirnos en pocas palabras al llamado "aborto infeccioso". Si bien se designa de esta forma la existencia de la infección en las terneras y vacas, debido a la preferencia del microorganismo por el tracto genital de estos animales, existe hoy en día la seguridad de su localización, en los seres humanos. Ya, al hablar de la sintomatología de la Brucelosis aguda, dimos cuenta de las lesiones que se presentan en los órganos femeninos y masculinos. Pero al parecer, no existe duda de que las Brucelas son al menos una causa ocasional del aborto en mujeres que viven en granjas donde se encuentran en contacto directo con los animales infectados, e incluso en mujeres que acostumbran a tomar leceh cruda o productos derivados de la misma que no ha sido hervida o pasteurizada. Son muchos los autores que han encontrado la variedad abortus en la sangre de mujeres embarazadas. *Carpenter* y *Boak*, fueron los primeros en encontrar la Brucela abortus en un feto humano. *Kristensen*, aisló la variedad abortus, también, del exudado uterino que se encontraba en el lugar ocupado por la placenta en un feto humano de siete meses. *Frei*, aisló la Brucela de un exudado vaginal en una mujer que había abortado hacía diez días. *Del Vecchio* es-

tudió una serie de 293 mujeres de una provincia italiana que habían abortado y encontró que 125 tenían aglutinación positiva para la Brucela y *Ruiz Castañeda*, en el Departamento de Investigaciones Médicas del Hospital General, refiere 3 casos de aborto en el curso de la infección. La reacción Wassermann fué negativa en dichas enfermas, pero el cultivo del exudado uterino fué positivo en dos y en la tercera fué positivo el hemocultivo.

Otro punto de interés para el esclarecimiento del proceso infeccioso en cuestión son las alteraciones del cuadro hemático y casi todos los autores coinciden en su apreciación respecto a las variaciones de dicha fórmula.

Bañuelos (5) habla de una anemia secundaria de carácter moderado, con cifra de hemoglobina inferior a lo normal y manteniéndose los glóbulos blancos normales o ligeramente disminuidos.

Stitt dedica tan sólo unas líneas a la fórmula sanguínea coincidiendo sus apreciaciones con el autor antes citado.

Simpson (7), al referirse al cuadro hemático, indica la existencia de leucopenia con un aumento de los linfocitos (a expensas de los leucocitos polimorfonucleares,) en aproximadamente las dos terceras partes de los casos y considera que en la tercera parte restante, de los enfermos observados, la fórmula blanca es normal o presenta un leucocitosis moderada. En relación con los eritrocitos, habla de grados ligeros de anemia secundaria con una cifra ligeramente aumentada en la sedimentación de los hematíes.

Huddleson, llega a la conclusión, después de un estudio de 71 enfermos, que los glóbulos rojos se encuentran por debajo de los 4.000.000 con disminución de la hemoglobina y respecto a los blancos su cifra fué siempre inferior a 6.000 con neutropenia y linfocitosis.

Por nuestra parte (8) en los enfermos con Brucelosis de variedad abortus, comprobamos las mismas cifras suministradas por *Simpson* y en relación con aquellos enfermos de variedad melitensis, las cifras de rojo fueron por debajo de los 4.000.000 y las de blancos dieron leucopenia moderada en las tres cuartas partes de los enfermos.

Diagnóstico

Siendo la Brucelosis un proceso infeccioso polisintomático como hemos demostrado en los anteriores párrafos, fundamentalmente es necesario establecer el diagnóstico diferencial principalmente con enfermedades como la tifoidea, paratíficas, paludismo, tuberculosis e incluso con la influenza. Se ha dado el caso de haber hecho un diagnóstico tardío de Brucelosis después de múltiples y repetidas pruebas de Widal negativas, después de haber tratado vanamente de encontrar el plasmodio en los exámenes sanguíneos e incluso luego de exámenes roentgenológicos tratando de encontrar signos físicos que pudieran confirmar una tuberculosis.

Al procurar determinar la infección, es importante investigar cuidadosamente si se ha producido por la ingestión de leche cruda o pasteurizada, si han sido los derivados lácticos los causantes (crema, mantequilla y queso fresco), o bien si la infección se ha adquirido a consecuencia de un contacto directo con tejidos o secreciones de animales infectados.

Así pues, dado, como hemos estado indicando durante todo el trabajo, que la sintomatolagía de esta enfermedad es tan variada, el recurso más convincente y seguro para el diagnóstico es recurrir de manera inmediata y sistemática a los exámenes de Laboratorio.

Hay tanto más interes en determinar la infección de que hablamos por medio de las pruebas analíticas, si se tiene en cuenta que precisamente por este sistema la aclaración del diagnóstico ha servido para disminuir la frecuencia del proceso infeccioso gracias a que el número de enfermedades febriles no diagnosticadas ha disminuido considerablemente al conocerse de una manera positiva que se trataban de Brucelosis. Vamos a exponer pues las cuatro de mayor importancia, indicando al mismo tiempo las diferentes posibilidades de seguridad que poseen. Estas pruebas son:

1.—Aislamiento del organismo causal por medio de hemocultivos, de cultivos de líquido cefaloraquídeo, de la orina e incluso de trozos de tejidos.
2.—Reacción de aglutinación.
3.—Reacción intradérmica.
4.—Prueba opsonocitofágica.

1.—*Aislamiento del organismo causal*: El método de cultivo de sangre del enfermo es posiblemente el de mayor importancia y el de mayor seguridad par el establecimiento del diagnóstico, pero tiene el inconveniente de que solamente puede llevarse a cabo por Laboratorios que posean unmaterial adecuado para realizarlo, con un equipo muy completo. Por otra parte, las posibilidades de aislamiento del gérmen son variables y si bien las *variedades melitensis y suis* crecen en condiciones aeróbicas comunes, la *variedad abortus* necesita para su crecimiento y desarrollo una atmósfera que contenga por lo menos un 10 por ciento de anhidrido carbónico. Para este último método, aconsejamos tomar unos 5 ó 10

c.c. de sangre del enfermo por punción venosa e inocularlos al medio de cultivo que se emplee y del que hablaremos más adelante. Conviene inocular 4 tubos con 2 c.c. de sangre que se llevan a la incubadora a 37 Grados C. metiéndo dos de ellos en un recipiente en el que se hace desarrollar una atmósfera de anhidrido carbónico, manteniéndolos en este lugar durante 48 horas a 4 días, al cabo de los cuales se puede apreciar la aparición de las colonias de gérmenes en el límite del medio y la sangre, que se encuentra sedimentada.

Son muchos y muy variados los medios de cultivo que se han empleado para el aislamiento y desarrollo de la Brucela. En 1924 *Ruiz Castañeda*, *Tovar* y *Vélez* (9) dieron a conocer una técnica para el aislamiento del germen, empleando Bacto Triptosa citratada.

Tovar (1), en 1944 dió a conocer un nuevo medio de cultivo a partir de un infusión de hígado de ternera fresco sin citrato de sodio, que sirve para la reproducción de los gérmenes una vez que se han obtenido después de la veno punción y dice "se inoculan 4 tubos de infusión de hígado citratada con 3 á 5 c.c. de sangre, no importando que el enfermo en esos días se encuentre apirético. Se llevan a la incubadora a 37 Grados C. manteniendo 2 tubos en atmósfera ambiente y los otros 2 en atmósfera de anhidrido carbónico". "La resiembra de los hemocultivos se practica utilizando pipetas de Pasteur y con 0.1 ó 0.2 c.c. se inocula un tubo de gelosa hígado preparado conforme a la técnica indicada, repartiendo el inóculo uniformemente sobre la superficie del medio. A las 72 horas, aparecen en la superficie del medio de cultivo las colonias de Brucelas que o bien pueden ser aisladas en forma de gotas de rocio o hacerse confluentes".

Las características del germen son: formas pequeñas coco bacilares de 0.5 micras de ancho por 0.2 á 5 micras de largo. Gramnegativos, inmóviles y no forman endosporos. Se tiñen con facilidad por los colorantes de anilina y no son acidoresistentes. Como decíamos, dos de las variedades (*melitensis* y *suis*) son aerobias y la tercera variedad (*abortus*) necesita el anhidrido carbónico para su desarrollo. No producen indol, no licuan la gelatina y no dan lugar a una gran fermentación de los posibles casos de meningo encefalitis brucelosa; se deberán hacer por lo menos con 10 c.c. del líquido a inocular, puesto que son muy pocos los gérmenes que existen en cada centímetro cúbico.

Si es la orina la que se va a sembrar, se debe recoger este líquido por medio de una sonda estéril.

2.—*Reacción de aglutinación*: Este sistema es el empleado por la gran mayoría de los médicos para el diagnóstico de la Brucelosis. Esta reacción tiene un valor indudable pero no se debe olvidar que solamente en los casos de infección aguda es cuando ésta aglutinación se produce. *Evans* y otros autores han insistido en el hecho de que puede haber personas que, luego de haber padecido la infección brucelosa y haber sanado de ella, pueden presentar una aglutinación débil que sería, sin embargo, suficiente para inducir a error en caso de existencia de fiebres debidas a otra causa.

Las aglutininas pueden aparecer al quinto día de la enfermedad, pero generalmente no se encuentran hasta la segunda semana de la infección y se ha informado de la existencia de casos en que no se presentaron hasta pasados varios meses.

Si hay dificultades en la interpretación de pruebas de aglutinación en aquéllas personas que padecen una Brucelosis aguda, es lógico suponer que se multiplican cuando es necesario hacer el diagnóstico de individuos con Brucelosis crónica. Porque si bien la gran mayoría de los brucelosos agudos dan títulos de aglutinación muy altos, existe una enorme proporción de enfermos crónicos en los que la aglutinación o no se produce o es muy baja.

Debe recordarse también que puede producirse una aglutinación cruzada de la Brucela y de la Bacteria tularense.

Si bien, como antes indicábamos, la aglutinación tiene un gran valor, es necesario tener en cuenta que es una prueba limitada y que los errores pueden ser debidos a dos causas; o por un exceso de importancia en los casos de aglutinación negativa: o bien por establecer en un enfermo que posea aglutininas después de haber padecido la infección, un diagnóstico de Brucelosis, cuando en realidad padece en ese momento otra infección.

No vamos a describir aquí las pruebas de aglutinación empleadas en los Laboratorios, pero consideramos que la prueba de *Huddleson* es la más práctica en su empleo.

3.—*Reacción intradérmica*: Muchos autores, consideran que la prueba de la reacción alérgica de *Burnet* tiene una gran importancia para el diagnóstico de la Brucelosis, pero hay otros que consideran que la negatividad de esta prueba no es indicio suficiente para abandonar el criterio de la existencia de la infección, pues si bien una gran cantidad de enfermos con hemocultivo positivo han dado intradermoreacciones positivas no es menos cierto que se han dado casos en los que la positividad del hemocultivo no ha correspondido con la prueba alérgica.

Las principales causas de error al interpretar la prueba intradérmica están basadas en que

dicha reacción suele ser positiva en idividuos cuya historia clínica no es compatible con la Brucelosis; es más, *Simpson* insiste en el hecho de que una positividad de la prueba alérgica no quiere decir que el enfermo padezca la infección en el momento de la reacción porque se han dado casos de positividad en enfermos que padecían tifoidea, paludismo e incluso endocarditis estreptocócicas subagudas.

Para la intradermoreacción se han empleado una gran variedad de antigenos, pero los dos más comunmente usados han sido una suspensión en solución salina fisiológica de Brucelas muertas por el calor y una suspensión de núcleo proteinas de Brucelas, aisladas por procedimientos químicos es decir la "brucelargina de *Huddleson*".

4.—*Reacción opsónica*: Según algunos autores, la falta de valor de las pruebas de aglutinación y las intradérmicas se compensa con la reacción opsonocitofágica que es una modificación de la técnica de *Leishman-Veit*, para la determinación de la actividad fagocítica de la sangre en presencia de las opsoninas del suero y de los leucocitos homólogos.

Para la realización de la prueba se mezclan, 0.1 c.c. de sangre citratada del enfermo con 0.1 c.c. de una suspensión salina que tenga Brucelas, crecidas durante 48 horas en un medio de hígado. Se incuba la mezcla a 37 Grados C. durante media hora y se hace un frotis que se tiñe con colorante de *Hastings* o con el azul de carbol toluidina de Bordet-Gengou. Se cuentan 25 leucocitos polimorfonucleares y las bacterias fagocitadas por cada uno de ellos, considerando que o bacterias indican negatividad; de 1 á 20 ligeramente positivo; de 20 á 40 positivo y más de 40 fuertemente positivo.

Esta prueba ha dado lugar a controversias muy numerosas, porque se ha pretendido que no solamente es de valor diagnóstico sino que algunos autores han llegado a afirmar que era un índice del estado inmunológico del enfermo.

Para estos últimos, la negatividad de la prueba o su ligera positividad significaría una falta de defensas orgánicas y la positividad fuerte indicaría no solamente que el enfermo posee buenos recursos defensivos, sino incluso que se produciría la curación.

Otros autores no le conceden tal importancia considerando que de toda las diferentes análisis, éste es el menos eficaz, principalmente en los casos de Brucelosis crónica. De todos los informes existentes en relación con esta prueba llegamos a la conclusión de que hasta que no se realicen estudios más amplios, los resultados del índice opsonocitofágico deben ser considerados con precaución.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Brucelosis no ha llegagado todavía a ser resuelto de una manera satisfactoria, porque no es posible en la actualidad conceder un valor exacto a cualquier método de tratamiento ya que es casi imposible seguir durante un período muy largo el curso de los enfermos que, bien se cansan de un sistema terapéutico muy prolongado o bien si la infección remite sin nuevas apariciones de síntomas dejan el tratamiento y no lo continuan hasta que un nuevo brote les hace otra vez recurrir a la terpéutica antibrucelosa.

De la misma manera que los demás procesos infecciosos, el tratamiento de la Brucelosis ha atravesado por una serie de etapas correspondientes a las diversas épocas terapéuticas. Luego de hablar brevemente de la profilaxis vamos a exponer los procedimientos actuales para el tratamiento de tal enfermedad.

Jochmann y Hegler (11) indican que la profilaxis de ésta infección se deduce de lo que ellos han expuesto a propósito de la epidemiología, es decir que en aquellos países que se encuentren amenazados por tal enfermedad se evitará con todo rigor la ingestión de leche cruda de cabras y vacas, ni tampoco se deberán tomar los quesos frescos fabricados con tales productos, ni otros derivados de ellos (crema y mantequilla). Además una vez descubiertos los animales que estén infectados se les sacrificará para evitar que puedan dar leche contaminada que sea ingerida por seres humanos.

Simpson, considera que la parte más importante del control para la Barucelosis es también la profilaxis, pero que la amplitud de la difusión de la enfermedad entre el ganado bovino hace que sea sumamente difícil controlar la infección en sus propias fuentes, pues existen un gran número de animales infectados que sin presentar síntomas de la enfermedad, esto es, aborto, mastitis y esterilidad, eliminan los organismos bien por la leche o por descargas vaginales.

Considera que existe un sólo medio lógico de evitar la enfermedad y es la pasteurización de la leche, para impedir que los seres humanos queden inmunes frente a la infección. *Murray, McNutt, Purwin* y otros autores han demostrado que la pasteurización completa de la leche (de 61.7 a 62.8 Grados C. durante media hora), es suficiente para matar las Brucelas. Por consiguiente es indudable que es necesario un proceso de pasteurización bien organizado por las autoridades sanitarias. Pero en los casos de personas que viven en rancherías, granjas, apartadas de los grandes centros ciudadanos bastaría con aconsejarles que sometieran la leche a una

cocción (68 Grados C.), durante varias veces y que luego la introdujeran en un lugar frío.

El tratamiento general del enfermo que padece Brucelosis se determinará fundamentalmente por los signos y síntomas que padezca, pero conviene recordar dos cosas: (a) que los sistemas de terapéutica general varían mucho según los enfermos; (b) que el tratamiento diferirá totalmente según se trate de una Brucelosis aguda o de una crónica.

En los casos de Brucelosis aguda, el tratamiento general es el mismo que el seguido en cualquier estado infeccioso agudo que se caracterice por fiebre alta, escalofríos y diaforesis. Es decir, cuando las sudoraciones son copiosas se aconsejará mantener constantemente al enfermo con ropa limpia, no solamente la suya sino la de la cama, ya que como indicamos en la sintomatología puede incluso el enfermo empapar las sábanas y hasta el colchón. Si la fiebre excede de 40 ó 40.5 Grados, será conveniente dar baños tibios de esponja, evitándose el empleo de antipiréticos, considerando algunos autores que ello debe aplicarse en especial al piramidón por temor a la aparición de agranulicitosis con terminaciones fatales. Como es lógico el enfermo permanecerá encamado no solamente durante el período agudo de la infección sino que durante la convalescencia se mantendrá en reposo durante dos semanas luego que la temperatura haya regresado a la normal. Cuando nos hallemos ante un enfermo que haya disminuido de peso de manera considerable, es conveniente someterle a una dieta alimenticia rica en calorías, luego que la fiebre vaya descendiendo y principalmente se aconsejará al enfermo mucho reposo.

Si nos encontramos frente a un caso de Brucelosis crónica, el tratamiento será puramente individual. Dado que muchos enfermos siguen haciendo su trabajo (incluso con grandes dificultades), el objeto será procurar que descansen la mayor cantidad de su tiempo posible, lo que se conseguirá aconsejándoles una regulación de las horas de labor para que no experimenten fatiga. Como muchos de los enfermos, al sufrir durante semanas e incluso meses la infección, han llegado a adquirir un cierto estado de neurastenia, conviene realizar una psicoterapia, no solamente por parte del médico sino además en colaboración con la familia para que el enfermo no esté considerado en la casa como un neurótico engorroso. Por lo demás, los síntomas tales como cefáleas, dolores dorsales, articulares y musculares, el insomnio, la anorexia, el estreñimiento y la anemia, se tratarán de la manera general indicada para estos casos.

Los sistemas terapéuticos que se han aconsejado para la Brucelosis han sido muy variados y vamos a exponerlos dividiéndolos en grupos y de una manera breve.

1. Proteinoterapia.
2. Terapéutica específica; es decir (a) seroterapia, (b) vacunoterapia y (c) brucelinoterapia.
3. Fisioterapia.
4. Quimioterapia.

1.—*Proteinoterapia* Las inyecciones de substancias proteínicas extrañas tales como la leche estéril, las vacunas de tifoidea y paratifoideas, se han utilizado con el fin de producir choques no específicos en aquellos enfermos que no respondieron de una manera adecuada a la quimioterapia o a la terapéutica específica y si bien hay algunos autores que reconocen un poder terapéutico al empleo de gérmenes tíficos y paratíficos muertos la gran mayoría considera que el empleo de éste sistema tiene un valor muy relativo.

2.—*Terapéutica específica*: Es positivo que el empleo de los sueros de diversos tipos y las vacunas han mejorado a los enfermos que les fueron aplicadas, pero como nos encontramos ante una enfermedad una de cuyas características son las remisiones febriles naturales, resulta muy difícil valorar de una manera exacta la efectividad de ésta forma de tratamiento. Así, la valoración de los resultados que se han obtenido después del empleo de tales productos recorre la gama entera desde el entusismo más desorbitado hasta el pesimismo más completo. Parece, sin embargo, que existen en la actualidad datos suficientes para justificar el uso de algunos de los llamados agentes específicos.

(a).—*Seroterapia*: *Foshay* y sus colaboradores han creado un suero Anti Brucelar de mayor potencia que los anteriormente existentes y que ha servido para aumentar el valor de tales productos que había disminuido en gran manera. Este tipo de tratamiento se debe aplicar tan sólo, según su autor, a los enfermos que padezcan Brucelosis agudas o sub agudas. Las dosis recomendadas son: para los adultos que sufren de manifestaciones moderadas o graves de la infección una dosis total de 60 c.c. del suero, dado diariamente por vía intramuscular o endovenosa a razón de 20 c.c. cada día; si la infección es extraordinariamente grave se darán 120 c.c. a razón de 40 c.c. por dosis durante tres días. Para los niños dosis de 30 c.c. dadas en rtes días a 10 c.c. por día.

Este método de tratamiento no está indicado en los casos de Brucelosis crónicas o en aquéllas que sean de más de ocho meses de duración, a no ser que se produzcan exacerbaciones graves y en este caso conviene aplicar el sistema que pa-

ra los casos de infección aguda antes indicamos.

(b).—*Vacunoterapia*: Como en la actualidad existen mejores métodos para la preparación de las vacunas, es posible que los resultados que se obtengan después de un control justo indiquen cierto valor para este sistema de tratamiento que en años anteriores no pudo ser bien conocido, debido sin duda a la dificultad que se encontraba para la preparación de las vacunas.

Se emplea y se han empleado mucho las vacunas hechas a base de las tres variedades de Brucelas (*melitensis, abortus y suis*), que son suspensión de los tres microrganismos en solución salina fisiológica, luego de haber sido muertos por el calor o por medios químicos. La experiencia ha demostrado que no existe un sistema exac-

En este brevísimo trabajo hemos procurado recopilar unos cuantos datos que a nuestro juicio pueden ser de interés para el médico práctico que tenga que enfrentarse con casos de brucelosis.

Como puede apreciarse a través de los innúmeros trabajos escritos sobre tal tema y en las magníficas y extensas monografías existentes, esta enfermedad se caracteriza principalmente por la multiplicidad de sus síntomas y también por lo extenso de su distribución geográfica. El diagnóstico, relativamente sencillo de hacer en los casos de brucelosis agudas, se complica extraordinariamente en aquellos casos de cronicidad por lo enrevesado de su sintomatología; con respecto al tratamiento, al parecer las vacunas son el medicamento de elección provocando una desensibilización del individuo afectado, ya que como hemos indicado la carencia de mayores y más completos elementos de juicio impide asegurar que por otros métodos terapéuticos puedan obtenerse curaciones definitivas y desapariciones completas de las ondas febriles.

La importancia de esta enfermedad no puede considerarse a base de su bajo porcentaje mortal, sino que lo que la hace importante es el curso prolongado y los resultados crónicos a que da lugar en una gran mayoría de casos. La muerte si se presenta es debida o bien a una infección aguda, arrolladora, que termina fatalmente al cabo de unas pocas semanas de enfermedad o bien a un recrudecimiento de la infección que se localiza en estos casos en las meninges, en el cerebro, válvulas cardíacas o en los pulmones.

BIBLIOGRAFIA

1.—TOVAR R.—Patología de la Brucelosis. México, D. F. 1942.
2.—PALENCIA C.—Lesiones óseas de la Brucelosis. Seminarios del Departamento de I. Médicas. México, D. F. 1941.
3.—ROGER y POURSINES.—Les Meningo Neurobrucelloses. Paris. 1938.
4.—R. CASTAÑEDA M.—Brucelosis. México, D. F. 1942.
5.—BAÑUELOS M.—Manual de Patología Médica. Valladolid 1934.
6.—STITT.—Diagnostics and Treatment of Tropical Diseases. Filadelfia. 1929.
7.—SIMPSON.—Practice of Medicine de Tice. Capítulo XXIV.
8.—PALENCIA C.—Síntomas Clínicos de la Brucelosis Causada por Brucelo Abortus. Seminarios del Dep. I. Med. México, D. F. 1943.
9.—CATAÑEDA M., TOVAR R., y VELEZ.—Studies on Brucelosis in Mexico Journal of Infectious Diseases 70: 91-102, 1942.
10.—TOVAR R.—Revista Médica del Hospital General, México, D. F. Año VII N. 1, agosto 1944.
11.—JOCHMANNy HEGLER.—Enfermedades Infeciosas. Madrid. 1935.

LOS CASOS DE DIFTERIA ATIPICA EN EL DISTRITO FEDERAL

Dr. José Gómez Higuera

Es de todos sabido el hecho, de que la difteria es una de tantas enfermedades, caracterizadas por la pluralidad de sus cuadros clínicos, que van; desde la difteria benigna, de tipo amigdalino, que cursa con fiebre moderada, placa o placas pequeñas poco adherentes sin tendencia a extenderse, con escasa adenopatia, buen estado general, que evoluciona en cuatro o cinco días y que a veces es diagnosticada de amigdalitis folicular, al cuadro de difteria hipertóxica, con gran postración, palidez acentuada, hipotensión, vómitos, pulso filiforme, con poca fiebre y a veces temperaturas subfebriles, y que termina por síncope en 12 a 24 horas.

Entre estos dos extremos, existe el cuadro mas frecuente, de la difteria de mediana gravedad, caracterizado clínicamente por la angina membranosa; amígdalas congestionadas, con exudado, "placas", única generalmente, de color blanco grisáceo o amarillento, adherente, y que se extiende con mayor o menor rapidez, proceso acompañado de adenopatía y fiebre no muy elevada.

Este tipo de difteria es el que se dá, por la mayoría de los autores, como el mas frecuente, pero existe el hecho, por lo que nuestra experiencia se refiere, y que está de acuerdo con la de otros colegas, de que en el Distrito Fderal, por el contrario, abundan mas los casos de difteria benigna, atípicos, que van a ser el motivo de este breve comentario.

Nos vamos a referir a 31 casos de difteria de este tipo, entre un total de 37, observados por nosotros durante los dos últimos años, 23 en niños vacunados y 8 en no vacunados.

En todos se hicieron frotis que resutaron positivos, en el sentido, de encontrarse gérmenes tintorea y morfológicamente identificables con el bacilo diftérico, y que después quedaron confirmados por cultivo e inoculación.

Como los primeros casos que observamos sedieron en niños vacunados, nos explicamos la sintomatología atípica, precisamente por efecto de la vacunación, pero los casos análogos vistos después en niños no vacunados, nos hicieron cambiar impresiones con otros compañeros que nos confirmaron, lo que anteriormente hemos expuesto, o sea, que en el Distrito Federal abundan mas los casos de difteria benigna, que por su misma benignidad, no presentan los síntomas considerados como típicos de la difteria.

El primer caso por nosotros visto, fue el de una niña de 4 años, vacunada hacia tres, que llevaba cuatro días de haber comenzado con fiebre de 38.2 y malestar en la garganta, su médico la apreció 2 o 3 placas en ambas amígdalas de aspecto pultaceo, siendo diagnosticada de anginas foliculares e instituyendo un tratamiento a base de Sulfadiazina, 30 cgt. cada 4 horas; como la fiebre persistió fuimos llamados a consulta, encontrándonos a la exploración con unas amigdalas y faringe poco congestionadas, con tres placas en amígdala derecha y dos en la izquierda, del tamaño de una lenteja, de color blanquecino con ligera reacción ganglionar, mas apreciable en el lado derecho, y fiebre de 38,7. La prescribimos antitoxina diftérica, cediendo el cuadro a los tres días, sin complicaciones posteriores.

El tratamiento a base de antitoxina diftérica, tanto en este caso como en los demás tratados de este tipo, fue de 20.000 unidades cada 12 horas.

Tal vez, a algunos les parezcan elevadas estas dosis de 40.000 unidades, diarias, para el tratamiento de la difteria benigna. Pero parece ser que la mayoría de los especialistas estan de acuerdo, en que podrán discutirse, la acción específica y aun curativa del suero, pero en lo que no hay discusión es que en caso de aplicarlo, hay que hacerlo con decisión, a dosis altas, ya que por muy elevada que sea la dosis, no se debe temer ninguna acción secundaria desagradable; en cambio al quedarnos cortos en la dosis de antitoxina, dejaremos parte de la toxina diftérica sin neutralizar, lo que dará lugar posteriormente a la aparición de las clásicas parálisis postdiftéricas.

Deciamos antes, que podría discutirse la acción específica y aun curativa del suero, porque parece que vuelve a ponerse sobre el tapete, la sugestiva teoría expuesta por el D. *Hegler* en 1925, qu recordamos a título de curiosidad y que tal vez llegue a confirmarse como cierta.

Según *Hegler*, todos los gérmenes presentarían periódicamente, un ciclo de aumento y disminución en su virulencia; este ciclo para el bacilo de Löffler sería de 40 años y así quedarían explicados estos hechos: Que el coincidir el punto más bajo de la curva de virulencia del bacilo en 1884, con el descubrimiento, por *Behring* del suero antidiftérico, se atribuyeron erroneamente los casos de curación, a la acción de este, cuando fueron debidos a la menor virulencia del bacilo. En cambio, a los 40 años o sea en 1924, cuando la virulencia bacilo estaba en su acmé, en la epidemia de difteria habida ese año en Dusseldorf — Alemania, murieron, aproximadamente, el mismo número de niños tratados con suero, que los que hubieran fallecido de no haberse empleado.

Como por otra parte, se ha probado la inespecificidad en la acción de otros sueros, por ejem. el antibronconeumónico, no deja de prestarse a reflexiones la citada teoría, si bien podemos dejar su confirmación o negación a la observación de los próximos ciclos, el de menor virulencia en 1964, y el de mayor en el 2004, y ojalá que los que me lean puedan llegar a esas fechas a sacar sus conclusiones.

III

Medicina Práctica

POIQUILODERMATOMIOSITIS

(Poiquilodermia tipo Petges-Cléjat)

Por el Dr. Julio Bejarano

Venegas Soto (Celia).—15 años.—Durango.) (Dgo.)

Antecedentes familiares.—Padre vive sano. Madre muerta de una afección cardíaca hace 10 años, a los 25 años de edad. Han sido tres hermanos. La paciente hace el Nº 2. El primero murió de meningitis a los 6 años. Vive otró hermano de 13 años, sano actualmente y que fué operado de amigdalectomía hace 5 años.

Antecedentes personales.—La paciente no ha padecido ninguna enfermedad importante y su crecimiento ha sido normal.

Menárquia a los 14 años. Después de la primera menstruación, tres meses de amenorrea. Fué tratada con inyecciones de preparados ováricos y se restableció la función menstrual que desde entonces no se ha suprimido pero ha sufrido frecuentes retrasos, estableciéndose un tipo de 3/33 con cantidad poco abundante.

Enferma de constitución normal. Desarrollo corporal y psíquico correspondiente a su edad.

Comienzo de la enfermedad actual.—Los primeros síntomas aparecieron hace dos años (a los 13 de edad) bajo la forma de 2 manchas simétricas rojo-oscuras de ambas regiones malares, sin ningún síntoma subjetivo.

Estas manchas se extendieron lentamente por ambas mejillas y más tarde por la frente, espalda, pecho, piernas y brazos. Las localizaciones en extremidades predominaban en las superficies de extensión.

Todas estas lesiones van acompañadas de sensación de sequedad y tirantez de la piel.

Hace un mes, aparecieron sobre la erupción del tronco (pecho y espalda) pequeñas lesiones exudativas, circunscritas que se recubrían de costras. Estas últimas lesiones han desaparecido actualmente.

Hace un año, comienza a sentir síntomas de debilidad en las piernas y limitación de los movimientos de extensión de los dedos, acompañándose estos síntomas al cabo de poco tiempo, de adelgazamiento de ambos antebrazos.

Estado actual. — Dermatosis difusa, interesando cabeza, tronco y extremidades superiores, preferentemente. La erupción es de tipo eritematoso, difuso en la cara, con algunas pigmentaciones, y en el tronco y extremidades con numerosas telangiectasias, elementos maculosos pigmentarios y tendencia a la atrofia reticulada. Toda la piel es seca, tirante, apergaminada.

Cabeza. — Cuerpo cabelludo. — Pitiriasis difusa con algunas placas pequeñas alopécicas y ligeramente eritematosas.

Cara.—Toda la cara presenta un enrojecimiento difuso con un estado atrófico de la piel que da una sensación de cara impasible, por desaparición o atenuación de los surcos normales. Elementos pigmentarios en la zona marginal del pelo.

Queda respetada solamente una estrecha franja peribucal.

Cuello.—Enrojecimiento difuso con tendencia a la descamación.

Tronca.—La erupción se continúa sin interrupción por el tronco en sus planos anterior y posterior; en el plano anterior se advierte la dermatosis hasta la región inframamaria. Algunos elementos pigmentarios a nivel de las mamas.

En el plano posterior se detiene a un nivel más alto, en la zona interescapular. Existen a este nivel numerosas máculas pigmentarias.

La dermatosis está integrada por tres clases de elementos: telangiectasias, pigmentaciones y atrofia en disposición reticular.

Extremidades. — En las extremidades superiores se dispone la dermatosis en forma de banda desde las axilas hasta la parte inferior o distal del antebrazo. Esta banda de piel enrojecida y atrófica ocupa la parte póstero externa de ambas extremidades.

En las manos, las lesiones existen sobre la cara dorsal de los dedos a nivel de las pequeñas articulaciones, ofreciendo un aspecto totalmente distinto: se trata de pápulas aisladas, de diferente tamaño, oblongas, y aplanadas, con un aspecto liquenoide.

En el abdomen y las extremidades inferiores no existen lesiones superponibles a las anteriores. Solamente en muslos y piernas existe tendencia a la acroasfixia con ligera cianosis y queratosis folicular.

Sensibilidad. — Conservada en todas sus modalidades.

No hay lesiones de mucosas.

Lesiones no cutáneas. — Se observa en las extremidades superiores una atrofia de las ma-

sas musculares de ambos antebrazos. Estos están desviados hacia afuera (cúbitus valgus) apareciendo esta deformidad hace poco tiempo, según la enferma.

Contractura de los dedos de ambas manos en semiflexión, mucho más acentuada en la mano derecho. Los intentos forzados de extensión de los dedos son dolorosos.

También hay dolor a la presión en masas musculares de ambos antebrazos y brazos.

Debilidad marcada de la musculatura de extremidades inferiores que dificultan la marcha y la estación de pie sin que se advierta en ellas atrofia muscular. Bradiquinesia. Reflejos tendinosos normales.

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA. — (Dr. Torre Blanco): Por tacto rectal y palpación combinados, se aprecia un útero ligeramente hipoplásico en retroversión poco manifiesta, y movible. Anexos, normales.

DIAGNÓSTICO. — Basándose en la exploración anterior y en la historia de la enferma se puede establecer el diagnóstico de inestabilidad funcional ovárica poco acentuada, con caracteres de hipofunción folicular y de función luteínica normal o incluso algo intensificada.

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA. — Las radiografías de los miembros no demuestran la existencia de ninguna clase de concreciones calcáreas, cutáneas, subcutáneas o musculares.

DATOS DE LABORATORIO. — Las cifras de calcemia son normales. Las reacciones de Wassermann y complementarias son negativas.

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO. — Poiquilodermia tipo Petges-Cléjat. (Poiquilodermatomiositis.)

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN. — Los diversos tratamientos, a base de preparados suprarrenales, foliculares y vitamínicos no ejercieron ninguna acción sobre la enfermedad. A los seis meses de haber visto por primera vez a la paciente, ésta padeció una parotiditis epidémica que le retuvo en cama unos 20 días con fiebre bastante elevada. En la convalecencia de esta enfermedad se inició una mejoría notable de los síntomas cutáneos y musculares, mejoría que fué aumentando después, hasta permitir a la enferma una vida de trabajo normal. En la actualidad y después de 5 años de observación, no quedan mas que ligeros síntomas residuales que impiden los movimientos extremos de brazos y piernas, apreciándose por parte de la piel tan solo un ligerísimo acartonamiento de algunas zonas a nivel de la parte superior del tronco, muslos y brazos.

A nuestro juicio es evidente la acción curativa ejercida por la infección intercurrente sobre la poiquilodermatomiositis.

COMENTARIO

Los casos de poiquilodermia pura o asociada a síntomas musculares no son excesivamente abundantes en la literatura dermatológica. A partir de las primeras observaciones de *Petges*, *Cléjat* y *Jacobi*, se han descrito casos en los que se encontraban solamente síntomas cutáneos pero con mucha mayor frecuencia asociados a alteraciones musculares de intensidad mayor o menor.

Las propuestas de clasificaciones que tratan de considerar formas cutáneas puras, formas cutáneo-musculares y formas cutáneo-musculares con concreciones calcáreas tienen, a nuestro juicio, un interés muy relativo.

Mucho más importantes son las relaciones que estos procesos dermatológicos de marcha crónica, tienen con otros procesos agudos, febriles, de marcha rápida y pronóstico muy grave, que señalados hace ya tiempo por *Oppenheim* han sido observados por muchos autores americanos agrupándolos bajo el nombre genérico de DERMATOMIOSITIS. Las relaciones entre ambas clases de procesos son, seguramente, indudables.

REFERATA TERAPEUTICA

La *metionina* (1-2 gr. por vía oral, diariamente) consiguió mejorar con rapidez un caso de *anemia grave* con mieloblastos en el que había fracasado la Terapéutica hepática.

FRESSINGER, AUSSANAIRE, LAFONTAINE, GAGDOS.
Soc. Méd. Hop. París.—12-IV-1946.

En casos de *cervitis* tenaces, sulfonamido resistentes se ha logrado la curación con inyección local (3 veces, intervaladas cada 3 horas) de 20.000 U. de *Penicilina*.

PALMER.—R. Y E.
Soc. Ginec.—Sesión 1-IV-1946.

En algunos casos de *eclampsia* obran muy bien las inyecciones de preparados hormonales de la *suprarenal* combinados con administración de glucosa.

LAUBSCHER.
Schw. Med. Wochens. 805/1946.

El *curare* ensayado en 34 casos de *poliomielitis* ha causado a veces mejorías subjetivas sin modificar el estado objetivo de los pacientes. Por otro lado, en dos enfermos provocó un rápido empeoramiento. No debe usarse; pues, aunque en algunos casos parezca útil, las ventajas son menores que los peligros.

MAX, J. FOX.
J. A. M. A.—278/1946.

Los *cólicos hepáticos* agudos pueden ser yugulados con inhalación de *nitrito de amilo.*

VERNOURS-AUGUSTE.
Bull. Acad. Med. II/1946.

Con el *Tiouracilo* se consiguen éxitos tanto en el tratamiento de la *angina de pecho* como en el de la *cirosis hepática.*

Modern. Med. 2-1946.

En el tratamiento de toda clase de *Procesos supurados,* de cualquier localización y agente causal no es infrecuente lograr curaciones empleando el *hidroclorato de emetina;* dosis diaria de 0,03 0,06 en inyección subcutanea, hasta una cantidad total de 0,6.

MELCHIOR.
Schw. Med. Wochens. 1054/1946.

En la *Hepatitis epidémica* juegan gran papel las perturbaciones locales de la circulación. Deben ser coregidas. Y lo mejor es dar *Acetilcolina* en inyección intravenosa, gota a gota.

AXENFELD Y BRASS.
Wien. Klin. Wochens.—499/1946.

Una *intoxicación gravísima con sublimado* fué tratada con éxito, con inyección gota a gota, durante 8 días, de *solución fisiológica* con *sulfato sódico,* alternando con *solución fisiológica glucosada.* La dosis diaria era de 2.250 cc. y la total alcanzó a 18 litros.

R. HAYDEN ELLIS.
Brit. Med. J.—4466/1945.

Una solución al 4% de *Globina* en inyección intravenosa, frecuentemente repetida, logró magníficos resultados en un caso de *glomerulanefritis crónica.* Se consiguió intensa diuresis con movilización del edema existente.

STRUMIA, BLAKE, CORNMAN.
J. A. M. A.—1033/1946.

Las inyecciones intramusculares diarias de 25.000 50.000 U. de *Vitamina A* son muy favorables en el tratamiento de la *Hipertensión arterial.*

BRUEL Y LECOG.
Press. Med.—542/1946.

El *Cardiazol,* obra bien en casos de *Prurito esencial, Urticaria crónica, Herpes zoster, Neurodermitis.*—Debe administrarse cada 2-3 horas, por vía intramuscular, a las dosis de 0,1 0,2. Además, hay que dar 3 veces al día 1 tableta o XX gotas. En los lactantes y niños pequeños se prescribirá ¼ de tableta cada 3 horas, disuelta en agua y la dosis total diaria no ha de ser superior a 0,1 y 0.2.

CHARPY Y GRAPIN.
J. des Praticiens.—8/1946

En la *septicemia de estafilococos,* la mejor terapéutica es combinar la *Penicilina* con *Sulfadiazina.*

HURIEZ, LIARD.
Press Med.—407/1946.

En la *oclusión intestinal aguda,* la hipocloremia orgánica es uno de los principales trastornos. Debe administrarse solución salina isotónica, glucosa y plasma; inyección intravenosa gota a gota.

GOSSET.
Press Méd.—186/1946.

Con el método del francés *Charpy* (*Vitamina D*) también en Inglaterra se han conseguido muy buenos resultados en el tratamiento de *Lupus vulgaris.* Se administran diariamente 150. 000 U. I. y han de hacerse 4 curas cada una de dos meses de duración, con un mes de intervalo. En la mitad de los casos surge la curación; solamente en 1/5 de los casos el tratamiento es ineficaz.

DOWLING, THOMAS.
Lancet 919/1946.

De 32 niños con *sífilis congénita,* en 23 la *Penicilina* consiguió magníficos resultados. Dosis total: 100,000 U. por kilo de peso, distribuidas en cantidades equivalentes durante 10 días. Inyección cada 3 horas intramuscular.

El *tratamiento penicilínico* no da resultados en los enfermos con *queratitis intersticial.*

YAMPOLSKY Y HOYMAN.
J. A. M. A.—368/132/1946.

La *Penicilinoterapia local* (pulverizaciones de una solución que contiene 500 U. por cm^3, o pomadas con 250 500 U. por gramo de lanovaselina) debe ser siempre ensayada en las *afecciones dérmicas* refractarias a otros tratamientos. Los mejores resultados se consiguen en los casos de origen estafilocócico, pero también hay que acudir a la Penicilina en las estreptococias resistentres compuestos Sulfonamídicos.

HURIEZ, LEBORGNE.
Press Méd.—141/1946.

En las *pleuritis exudativas* da muy buenos resultados la terapéutica con *naftalan*, (un barro derivado de la nafta).

ZAGUSQUINA.
Klinicheskaya Meditzina 77/1946.

El *fósforo radioactivo*, administrado por vía oral o intravenosa, es muy eficaz en el tratamiento de la *policetemia vera*.

Ann. of Int. Med. 742/1946.

Los *preparados sulfonamídicos* en el tratamiento del tifus *exantemático* previenen las complicaciones, mejoran el curso de la enfermedad y disminuyen la intensidad del cuadro clínico.

ZARFI.
Klinicheskaya Méd.—65/1946.

En dosis de 15-20 cg. intramusculares, el *sulfato de esparteina* es un *ocitócico* valioso; desencadena y regulariza las contracciones uterinas sin provocar jamás contractura o hipertonía. Es menos rápido que los extractos hipofisarios pero también menos brutal, menos peligroso. Su inocuidad parece absoluta, incluso en cardíacas.

P. MORIN.
Le Bull. Méd.—163/1946.

En el tratamiento de la *sordera progresiva* la *intervención quirúrgica* propuesta por Lempert da buenos resultados. Se trata de la abertura de una nueva vía de acceso del sonido hasta el utrículo auricular.

PORTMAN.
Press Méd.—301/1946.

Un enfermo de 39 años que sufría una *endocarditis actinomicósica*, complicada con hemiplegía derecha, afasia y otros síntomas de haber sufrido un grave insulto cerebral y que presentaba también numerosas embolias periféricas, fué extraordinariamente mejorado (hasta conseguir el estacionamiento del proceso) gracias al siguiente *tratamiento*: reposo, en cama, salicilato sódico durante 10 días, inyecciones intravenosas e intramusculares de penicilina, inyección intravenosa de Tiobismol y sangre citratada. El tratamiento duró varios meses; se administraron 43.972.000 U. de penicilina. El hemocultivo había revelado actinomices.

MAC NEAL.
American Heart J.—663/1946.

En el tratamieno de la *Metahemoglobinemia* (cianosis y síntomas gastrointestinales) el *ácido ascórbico* (inyección intravenosa de 1.00 mg. en 9 horas) es el método de elección.

CARNICK, POLIS KLEIN.
Arch. of Int. Méd.—296/1946.

En los *envenenamientos con hongos* cuando no se puede emplear el suero específico, son de utilidad:

a) la *recloruración* por vía oral; repetida, insistente,
b) *Glucoterapia.* Inyección intravenosa de suero rectal gota a gota: ingestión de azúcar.

Todo ello aparte de cafeina y compuestos alcanforados. No debe darse, bajo ningún pretexto, alcohol pues esta puede acelerar la puesta en libertad del tóxico y con ello su difusión en el organismo.

PLICHET.
Press Méd.—542/1946.

La *heparina* como medio profiláctico y terapéutico de las *trombosis*, utilizada precozmente a dosis suficientes es insustituible. Deben darse 300 500 mg (24.000 70.000 U. I.) por día. En 622 Trombosis sólo ha tenido el autor 5 muertos.

BAUER.
The Lancet.—447/1936.

En la *meningitis neumocócica* la penicilina debe asociarse a la sulfadiazina. La penicilina debe administrarse por vía lumbar (3.00 a 16.000 U. diariamente, en solución salina a razón de 2.000 U. por cc.) y por vía intramuscular (120.000 U. repartidas en dosis equivalentes cada tres horas).

Además 2 grm. de sulfadiazina por vía oral cada 4 horas, con la debida vigilancia renal. Así, tres días aunque el líquido cefalo raquideo quede estéril desde el primer día.

SMITH, DUTHIE, CAIRNS.
The Lancet 185/1946.

En 200 *hemorragias postabortum*, más del 70% (142 casos) han obedecido al tratamiento propuesto por Tietze que consiste en administrar 3 veces al día 100.000 U. de *Foliculina*.

Cuando fracasa, en ⅔ partes hay retención de productos.

MÜLLER, KAPP, WATTENWY.
Schw. Méd. Woch.—723/1946.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

GRUPO "Sánvel" PARA

COMBATIRLAS

AURO-SEPTOL
Amp. de 2 cc.
Uso intramuscular. Gripa, neumonías, afecciones catarrales agudas.

ETILO-NEUMOL
Amp. de 50 cc.
Empleo endovenoso.—Congestiones, gangrena pulmonar, bronconeumonías, alcoholismo.

ESPASMOFERINA
Gotas.
Tosferina.

JARABE DE MANGOS
Bronquios.

MAGNIMITA
(Antes Epsomital). Amp. de 2 cc.
Empleo intramuscular. La más moderna y eficaz terapéutica de la Tosferina.

PETRO-VEVEY
Inyectable y en emulsión

PETRO-VEVEY VITAMINADO
Apm. de 2 cc.
Aplicación intramuscular.—Bronquitis, gripa, tuberculosis.

SEPTI-NEUMOL
Amp. de 2 cc.
Uso intramuscular.—Afecciones catarrales agudas, gripa en particular.

CORTESIA DE

TECHO ETERNO EUREKA, S. A.

Fabricantes de Productos asbesto-cemento

Paseo de la Reforma No. 11
Tels. 13-25-66 y L-07-55

La *Estreptomicina* (5 millones) ejerce muy buena acción en los casos de *Tularemia*, a condición de aplicarse precozmente.

HOWE, CORIELL, BOOKWALTER.
J. A. M. A.—195/4/132.

Una *meningitis tuberculosa*, en un niño de 15 meses, ha curado gracias a la inyección intraraquidea de 20.000 U. de *Penicilina* diarias más otras 600.000 por vía intramuscular repartidas en dosis equivalentes cada 3 horas.

El tratamiento duró 17 días y en total se aplicaron 24 millones de unidades.

La *Metoquina* es uno de los mayores tratamientos de la *Tenia saginata*. Después de un día a dieta lactea se administran en ayunas 8 comprimidos de 0.10 grm. de Metoquina. El enfermo debe guardar cama. A las 4 horas de haber tomado los comprimidos, una purga oleosa.

SACCOMANO.
Prens. Méd. Argent. 1657/1946.

NUEVOS MEDICAMENTOS EN LOS PAISES DEL EJE PREPARADOS DURANTE LA GUERRA

JOSÉ VÁZQUEZ SÁNCHEZ.—*Jefe del Departamento Químico de los Laboratorios Hormona (México, D. F.)*

La "Office of the Publication Board Departament of Commerce' 'de los Estados Unidos viene dando a conocer los informes confidenciales que recibió al término de la guerra, elaborados por las Comisiones mixtas de civiles y militares encargadas de investigar las actividades científicas, industriales, etc., en los países ocupados por las tropas norteamericanas. Hasta el momento suman ya más de un millar los publicados comprendiendo las más diversas materias imaginables.

De entre los informes referentes a la Industria Químico-Farmacéutica hemos intentado entresacar los más interesantes a nuestro modo de ver. Hemos de anticipar que estos documentos suman centenares de páginas en las que junto a compuestos desconocidos se insertan otros antiquísimos. No es fácil lograr, pues, una selección acertada entre tanto material, máxime cuando se desea dar una idea breve de los progresos realizados. Para ajustarme en lo posible a mi propósito he procurado escoger sólo aquellas relaciones que me impresionaron personalmente. Es indudable que hay otras muchísimas informaciones interesantes pero ante la imposibilidad de abarcarlas remitimos a nuestros lectores a las fuentes informativas originales, fáciles de adquirir en la Oficina citada al principio.

Es indudable que lo conocido por nosotros no representa, en modo alguno, la totalidad del avance científico en el campo de los medicamentos logrado en Alemania y el Japón, principalmente. Por un lado, los informes solo se refieren a las zonas de ocupación norteamericana, quedando fuera la mayor parte de Alemania sometida a rusos, ingleses y franceses. Además, es de suponer que los científicos alemanes no hayan informado totalmente del resultado de sus trabajos. Por todo ello no podemos comparar el progreso científico alcanzado en los países de referencia con el de los Aliados que conocemos detallado, paso a paso. Un cotejo semejante nos daría la impresión de que el cetro de la investigación científica ha pasado de Alemania a Estados Unidos y aunque esto pudiera ser cierto creemos que todavía es prematuro el afirmarlo.

Un hecho impresionante es el de que, a pesar del tiempo transcurrido, los norteamericanos han mostrado cierto desprecio a los descubrimientos alemanes. En sus informes se nota una tendencia general a desvalorizar las experiencias favorables de los germanos y a contraponer medicamentos propios. Citaremos como ejemplo el del "Marfanil" (Neofamid "Hormona"). Esta sulfa ha sido ensayada por experimentadores ingleses y norteamericanos y los resultados obtenidos han sido completamente favorables y aun con ello en Norteamérica todavía no se halla a la venta pública, siendo así que conocemos 2 casas que la fabrican. Contrasta esta actitud con la de los ingleses que ya desde hace aproximadamente un año lo tienen en el mercado dos Laboratorios. Sobre el Dibrosalicilo se ha producido un silencio de muerte. Desde el final de la guerra no conocemos publicación alguna sobre este sensacional compuesto.

Es indudable que los norteamericanos tienen medicamentos propios magníficos en todos los campos. Pero entre los encontrados a los alemanes hay también productos de gran interés que en algunos casos, como el "Marfanil", "Sontoquina", "Braquisan", "Periston", "Dibromosalicilo", etc., son dignos de que se estudie, por lo menos, si las propiedades atribuídas por sus descubridores son o no ciertas. Aunque algo conocemos que han realizado en este sentido (por ejemplo, "Marfanil", "Amidone") nos parece excesivamente raquítico dada la importancia de los compuestos a considerar.

Dadas las características del norteamericano, de espíritu joven, sencillo, democrático, abierto, etc., no podemos creer que tales hechos puedan ser producto del nacimiento de un nuevo supernacionalismo. Esperamos confiados en que en un futuro próximo la publicación de trabajos experimentales fijen justamente el valor de los supuestos descubrimientos sensacionales realizados durante la guerra en los países del Eje.

BACTERIOSTÁTICOS

"Marfanil" ("Neofamid" Hormona).

Las primeras noticias que tuvimos en México sobre esta sulfa fueron a raíz de las batallas del Desierto. Los ingleses capturaron en uno de sus avances este medicamento, extraordinariamente estimado por los médicos militares alemanes. En la batalla de Normandía en la que, por circunstancias especiales, se observaron muchos casos de heridas gangrenadas volvió a ser noticia de Prensa la existencia del "Marfanil". Esta sulfa fué sintetizada en Alemania durante el año 1939 siendo "Mesudin" su primera denominación. Debido a su gran empleo durante la guerra cambiaron su nombre por una reunión de dos radicales "Mar" (de MARte dios de la guerra) y "fanil" (de sulFANIL).

Conocida después la constitución química del compuesto, iniciamos su síntesis en colaboración con el Dr. *Neumann*. Logramos llegar al término deseado tan rápidamente que, cuando los norteamericanos publicaban la síntesis de este producto, nosotros hacia unos días que la habíamos acabado también. Como dato curioso indicaremos que nuestros rendimientos superan notablemente a los publicados por norteamericanos y alemanes.

Las comisiones de información que acompañaban al ejército norteamericano tropezaron pronto con el "Marfanil". Encontraron instalada la fabricación en dos grandes centros; el de "Organon" en Holanda (incautado por la Casa "Schering") y el de la I. G. en Elberfeld. En esta fábrica hallaron una colección de murales en colores demostrando las ventajas de su uso en el tratamiento de las heridas. Sólo conocemos la producción de este último centro que alcanzaba la cifra de 6 toneladas mensuales. Como los alemanes lo emplearon diluído al 10% en sulfanilamida, representa una cantidad de la mezcla de 60 toneladas lo que referido a tubos de 25 gr., forma en la que era utilizado por el Ejército, resultan 2.400,000 tubos mensuales, cifras que da una idea clara del extenso uso del medicamento.

Dos son las ventajas fundamentales del "Neofamid".. La primera la de no inhibirse por el ácido p-aminobenzoico (probablemente porque actúa sobre una enzima de la que no forma parte este ácido) como contrariamente sucede, en general, con las sulfas. Por dicha razón tampoco es contrarrestada su acción por la presencia del pus y exudados de las heridas en las que se encuentra siempre el citado ácido. La segunda es la de tener acción sobre los organismos anaerobios, entre los que se encuentran los causantes de la gangrena gaseosa. En cambio, tiene menor actividad que las otras sulfas corrientes sobre los aerobios; esta es la razón de que se emplee preferentemente asociado a una de ellas para completar su eficacia. Los alemanes lo hicieron al 10% con sulfanilamida por escasez de "Marfanil". Los Laboratorios "Hormona", no sufriendo la misma limitación, lo presentan al 50%, proporción en que fué ensayado por los ingleses.

En el ejército alemán se empleó como medida preventiva en el tratamiento de toda herida de guerra siendo numerosas las publicaciones sobre su uso en los diversos frentes de combate. Un dato digno de mención consignado en un trabajo procedente del frente ruso recomienda la aplicación del polvo antes de las 12 horas de haberse producido la herida. Siendo el "Neofamid" un compuesto soluble (diferencia del resto de las sulfas usuales) se difunde rápidamente por toda la herida, lo que en la mayoría de los casos es beneficioso; pero cuando se trata de heridas profundas, bien irrigadas, la pronta desaparición dificultaría la acción local constante. Para este caso los alemanes emplearon su combinación poco soluble con el ácido 1,5. naftalenodisulfónico, sal que también hemos preparado desde hace tiempo.

Más recientemente se ha señalado su actividad contra los gérmenes productores del antrax y del tétanos.

Las propiedades fundamentales del "Marfanil" han sido reconocidas por investigadores ingleses y norteamericanos. Uno de estos últimos, *Howes*, hace unos meses ha publicado el resultado de una serie de experiencias comparativas en que se incluían medicamentos tan interesantes como la estreptomicina, la penicilina, la tirotricina y el "Marfanil". Es un hecho significativo que el autor reconozca que esta sulfa supera a las otras substancias ensayadas en su acción terapéutica para el tratamiento de heridas.

"Badional".

Es la sulfanilamidotiourea. Es interesante para nosotros haber coincidido con los investigadores de la I. G. en la creencia de que este compuesto pudiera tener interés terapéutico. A mediados del año 1943 iniciamos la síntesis de esta sulfa que entonces nadie había descrito. Nos in-

clinó a tal trabajo, por un lado, la semejanza de estructura entre el aminotiazol, componente del sulfatiazol, y la tiourea cuya combinación sulfamídica buscábamos y, por otro, la analogía con las sulfanilamido-ureas sintetizadas en dicha época y de las cuales se esperaban resultados prometedores. En colaboración con la señorita *I. Gutiérrez* intentamos su síntesis en la que desgraciadamente fracasamos por haber seguido un camino erróneo.

Al "Badional" los alemanes lo consideraron como el medicamento más eficaz contra la pneumonía. Es muy soluble en agua dando una solución neutra. Por ambas condiciones se pudo emplear en inhalación directa, (forma a la que se atribuyó mayor eficacia) vía en qeu otras sulfas por su irritabilidad tuvieron que ser descartadas. Se la considera eficaz contra el lupus de la piel y fué una de las numerosas esperanzas para combatir la tuberculosis.

Otras sulfas

Citaremos la "Tibatina" análoga a la "Promina", en que la glucosa de esta última está sustituída por la galactosa. Aunque en su preparación, efectuada por el doctor *Neumann* en los Laboratorios "Hormona", no se encontraron grandes dificultades, creemos que no presenta ventajas de consideración sobre la "Promina". Los alemanes ya fabricaban sulfadiazina a la entrada de los ejércitos aliados en su país pero por razones de economía elaboraban también el "Globucid" (sulfanilamido-etiltiodiazol) considerado como menos eficaz y de peor sabor que aquélla.

Dibromosalicilo (3065).

A la entrada de los aliados en Alemania encontraron que el estudio de la producción de penicilina se encontraba muy atrasado en relación con los enormes adelantos conseguidos, principalmente, en Norteamérica. A parte del retraso con que los alemanes emprendieron este estudio influyó, también, la falta de interés extraordinario por dicho antibiótico ya que prevaleció la opinión de *Domagk*, de decisiva autoridad, de que la penicilina nunca sería un medicamento de interés práctico por las insuperables dificultades que presentaba su producción en grande.

R. Kuhn encaminó sus investigaciones a la obtención de un compuesto sintético que igualara o superara a la penicilina en sus propiedades antibióticas. Entre las substancias que consideró dignas de atención se encontraba el salicilo que de por sí era un gran inhibidor del ácido p-aminobenzoico, por cuyo mecanismo se explica la acción bacteriostática de las sulfas. De las substancias sintetizadas én este grupo destacó el 3065 (diabromosalicilo) cuya síntesis publicó en el año 1943.

Las primeras informaciones que recibieron los norteamericanos sobre este medicamento fueron asombrosas. "In vitro", comparado con una penicilina inglesa capturada en la batalla de las Ardenas resultaba 300 veces más activo en su acción contra el estafilococo. Los ensayos contra el estreptococo se encontraban en la fase inicial.

Los pocos resultados clínicos reseñados, ya que solo llevaba cuatro semanas de experimentación, son también fenomenales. Un caso de septicemia por estafilococo de 2 años de historia (los últimos 6 meses con postración en cama), tratado por vía intravenosa con la solución de dibromo salicilo resultó, a los 6 días de tratamiento, limpio de fiebre, completamente restablecido y unos días después pudo andar casi normalmente. En diez mujeres con gonorrea crónica resistente a las sulfas, la insuflación vaginal dió excelentes resultados. En otros 25 pacientes con grandes heridas de guerra, en los cuales se habían amputado ambos brazos o piernas, tratados con polvo de 3065 diluído en talco, se lograron resultados tan eficaces como con la penicilina y mucho mejores que con las sulfas.

En otro informe posterior se dan a conocer los resultados experimentales en ratones contra la Rickettsia prowazeki, causa del tifus exantemático. Basta 1/2 mg. de dibromosalicilo para prevenir la reacción local contra una dosis grande de Rickettsia. Otros ensayos incompletos en ratones y cobayas han mostrado eficacia contra los gérmenes de la difteria, disentería y fiebre de las Montañas Rocosas.

Sin embargo, no todo es favorable para el enjuiciamiento del 3065. Los ensayos practicados "in vitro" por *Domagk* de su acción contra el estafilococo mostraron menos actividad que la del sulfatiazol y equivalente a la "Globucida". En heridas infectadas con estafilococos (en ratas) no resultó superior al "Marfanil", ("Neofamid"), "Eleudron" (Sulfatiazol) y "Debenal" (Sulfadiazina). El resultado comparativo con la penicilina ha sido objetado por los norteamericanos en el sentido de que dicho antibiótico pudiera haber perdido actividad al no conservarlo en condiciones adecuadas.

En los Laboratorios Hormona, en colaboración con *A. Madinaveitia* (hijo), logramos hace unos meses la síntesis del dibromosalicilo. Estamos en espera de que los ensayos que indudablemente se habrán practicado con este compuesto desde el final de la guerra al presente, decidan si efectivamente se trata de un medicamento maravilloso o sólo fué una ilusión momentánea.

Ciclodecapenteno.

En un líquido azul celeste obtenido como producto secundario en la fabricación del butadieno. Aunque los rendimientos son muy bajos dada la enorme producción de butadieno, materia fundamental del caucho sintético alemán (BUNA), las cantidades asequibles de ciclodecapenteno son de sobra suficientes para las necesidades medicinales.

Los informes confusos sobre este compuesto le atribuyen una extraordinaria actividad sobre los bacilos gram-negativos. Se afirma que es muy eficaz contra diversos géneros del B. coli.

ANALGÉSICOS

Han continuado intensos estudios sobre la obtención de substancias que mejoraran las condiciones de la "Dolantina" (8909)[1]. Muy semejante a esta en su constitución encontraron el "Bemidone" (2 veces más activo que ella) y tratando de hallar un producto similar al "Antispasmol" (Trasentina) obtuvieron dos analgésicos muy potentes: el "Amidone" o 10820 y el 10852 cuyas constituciones químicas se parecen algo más al "Antispasmol". El 10820 y el 10852 son tan activos en calmar el dolor como la morfina y aproximadamente 5-10 veces más eficaces que la "Dolantina". Los tres nuevos analgésicos están en experimentación clínica y del "Amidone" ya han publicado trabajos los norteamericanos con resultados favorables.

Son notables las experiencias de anestesia con "Bemidone". Esta clase de anestesia es solo aplicable en los casos quirúrgicos en que no sea necesaria una buena relajación. La anestesia dura 2-3 horas, estando el paciente perfectamente consciente, conversando con el cirujano, pudiendo moverse y sin sentir el dolor.

1).—La "Dolantina" ha sido sintetizada por nosotros en colaboración con el Dr. *Neumann.*

SUSTITUTIVOS DE LA SANGRE. "*Periston*"

Con miras a satisfacer la gran cantidad de sucedáneos de la sangre demandada por el ejército alemán *Weese* y colaboradores examinaron experimentalmente en animales gran número de substancias coloidales. Entre todas seleccionaron el "Kollidon" que es la 1-vinil-2-pirrolidona.

El "Periston" es una solución al 2.5% de "Kollidon" en una solución acuosa de varias sales minerales. De este preparado se suministraron al ejército unas 400,000 ampollas de 250 y 500 c.c. de las cuales se emplearon aproximadamente la mitad. Para dar una idea de la inocuidad del producto se cita que, de los 100,000 a 200,000 casos en que se aplicó en el ejército sólo se reseñó una complicación por fiebre medicamentosa. Los niños no lo toleran tan bien como los adultos, señalándose en los miles de casos tratados dos o tres de hematuria, aunque la orina se clarificó rápidamente y no quedaron síntomas de lesión permanente.

Administrado a animales con "shock" hemorrágico reduce la permeabilidad capilar, aumenta la presión coloidal y la viscosidad de la sangre, crece el contenido en agua de la misma y disminuyen, por la dilución, las proporciones de eritrocitos y de hemoglobina, lo que naturalmente ocurre con otros componentes del líquido sanguíneo como la fibrina, albúmina y globulina. El preparado permanece 2-3 días en la circulación, excretándose por el riñón pero sin que aparezca más del 50% en la orina. Se supone que solo filtran a través del riñón las moléculas de peso menor a 10,000 transformándose en la sangre las mayores en forma desconocida.

Comparado con otros substitutivos de la sangre, en gatos con hemorragia grave, se observó que solo es superado por la sangre citratada en la rápida elevación de la presión sanguínea y mantenimiento de la misma, resultando inferiores en orden decreciente el plasma, suero y solución isotónica de cloruro de sodio. También es considerado superior a la gelatina.

RICKETTSIAS

"Gesarol" es el nombre patentado en Alemania por la I. G. para el insecticida D.D.T. Los químicos de este gran consorcio químico prepararon numerosos derivados del D.D.T. buscando mejorar el compuesto primitivo. Entre ellos se encontraba el derivado nitrado o "Nitro-Gesarol" que ensayado por *Kikuth*, siguiendo la costumbre rutinaria en el tiufs murino en ratones, quedó notablemente sorprendido por su gran actividad (mucho mayor que la del azul de metileno) y por su toxicidad muy baja. Desde luego sólo se trata de resultados preliminares que deberá confirmar una investigación posterior cuidadosa.

En las fábricas de la I. G. en Höchst se han ensayado millares de substancias en su acción sobre la Rickettsia Mooseri en ratones infectados. Entre todas ellas se mostraron sólo activas las acridinas nitradas y de éstas destacó la 3582 con resultados prometedores tanto en eficacia como en toxicidad sobre animales y en el hombre. Más tarde encontraron que, combinando al 50% el 3582 con anhidrido arsenioso, aumentaba la eficacia y era mejor tolerado. Con la administración de esta mezcla, llamada "Rutenol", a los 10 días sobreviven el 96% de los animales infectados, mientras que en los testigos la superviven-

cia es solo del 25%. A los 17 días estas cifras descienden al 17% y 8.4%, respectivamente. En los enfermos se notan los efectos a los 2 días, desapareciendo la fiebre y mejorando la diarrea. Sin embargo, necesita una experimentación clínica más amplia y seria, así como la extensión de su ensayo a otros tipos de Rickettsias para formar un juicio decisivo sobre este medicamento.

Espasmolíticos

En el año 1942 la Casa Bayer introdujo en el mercado un nuevo medicamento de este tipo el "Aspasan". Es una asociación de una nueva substancia, la 10116 (clorhidrato de a-ddifenil-piperidinopropano-) con otras dos ya conocidas, el clorhidrato de 3, 4 dioxiefedrina y el "Suprifen". En la clínica se ha usado esta preparación por vía oral en tabletas, por vía parenteral en ampolletas y por inhalación en solución adecuada. Esta última forma es la que se encuentra en el mercado. No se han observado efectos secundarios ni tóxicos después de un uso de 4-5 años. El único inconveniente es su sabor amargo apreciable en la inhalación. Dilata los bronquios tan eficazmente como la adrenalina, estando completamente exento de las acciones secundarias de esta última y no causa elevación de la presión sanguínea.

En animales se ha mostrado como un excelente antihistamínico previniendo el ataque asmático provocado por la histamino o por la sensibilización previa del animal a una proteína.

Antipalúdicos

La escasez de quinina, motivada por la ocupación de las Indias Holandesas por el Japón, obligó a los aliados a un esfuerzo de investigación sin precedentes en busca de un sucedáneo de aquel alcaloide. Sólo los norteamericanos sintetizaron y ensayaron millares de substancias, de las cuales han destacado hasta el momento cuatro nuevos agentes terapéuticos de positivo valor; el SN7619 ("Cloroquina", "Aralen"), el SN 13276 ("Pentaquina"), el "NIH-204" y la "Metaclorhidrina". Sobre ellos habrán encontrado información nuestros lectores en las revistas médicas norteamericanas, tan asequibles en México. Lo mismo podemos decir del nuevo antipalúdico inglés 'Paludrina".

Pero, en cambio, quisiéramos hacer notar que el SN7618, por el momento uno de los más destacados antipalúdicos norteamericanos, ya había sido sintetizado en Alemania por *Andersag* en 1934 y ensayado farmacológica y clínicamente por *Kikuth* y *Sioli*, respectivamente, dándosele el nombre de "Resoquina".

En Alemania fué relegado a segundo término, por haber encontrado que su derivado metilado, la "Sontoquina", preparada por el mismo *Andersag* en 1936, era menos tóxico.

Las principales características del SN7618 son: Ser eficaz como supresivo administrado sólo una vez por semana y con una dosis bien tolerada. Produce una terminación brusca del ataque clínico en el paludismo "vivax" y cura el del falciparum" con solo un tratamiento de 1 a 2 días de duración. No altera el color de la piel como ocurre frecuentemente con otros antipalúdicos (quinacrina), ni causa síntomas desagradables gastrointestinales.

Recientemente, se ha publicado el tratamiento con el SN7618 del ataque agudo de paludismo "vivax", que aunque pocas veces fatal se caracteriza por sus frecuentes recidivas, pudiéndose resumir en la siguiente forma: 1 tableta (0.3 gms.) cuando se diagnostica; 1 tableta pasadas 4 h.; 1 tableta cada mañana durante 3 días consecutivos. Tratamiento total, 5 tabletas o sea 1.5 grs. del producto en el transcurso de 4 días.

Entre los nuevos antipalúdicos germanos resalta también el "Braquisán", de constitución semejante a la "Sontoquina", tan eficaz como ella y de más fácil preparación.

Nuevos Medicamentos Japoneses

"Koha" (Luz o Resplandor de Arco Iris).= Parece ser el 1,1'-diyoduro de 1,1,'1"-trietil-10-lepidil-4,4'-trimetinaquinocianina.

"Shiko" (Luz violeta) = Se supone que es el 3,3".diyoduro de 3,3',3",4,4',4"-exametil-7- (2", metil-tiazolil)-2,2'-trimetina-tiarolcianina.

Se cree que estos dos medicamentos estimulan el sistema retículo endotelial, aumentan el índice fagocitario en un 60%, estimulan la regeneración de tejidos, mejoran la resistencia general del organismo y elevan la viabilidad y supervicencia de las células del tejido dañado. En enfermos crónicos han demostrado sus efectos, particularmente en los leprosos en que se afirma se notaron mejorías acentuadas. También en los tejidos dañados térmicamente (quemaduras y congelaciones), se observa una aceleración del proceso cutativo.

"Hormona melanófera. Es un extracto de la glándula pituitaria posterior del ganado vacuno. Se afirma que mejora la visión nocturna.

"Cepharantin". Es una preparación a partir de la raíz de "Wisteria", que se menciona como eficaz en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Acompaña al informe extensa información detallada incluso con radiografías que demuestran los efectos benéficos del tratamiento.

NOVEDADES EN EL COMERCIO TERAPEUTICO Y EN INSTRUMENTAL O UTENSILIOS

NUEVOS PRODUCTOS VITAMINICOS

Fosfato Dicálcico con vitaminas B, C y D, y Peoplex Inyectable, son los nombres de dos productos vitamínicos recientemente ofrecidos al mercado por la Walker Vitamin Products, Inc. Se dice que cada cápsula de fosfato dicálcico contiene 9 gr. de fosfato dicálcico y 1 mg. de vitamina B-1 (clohhidrato de tiamina), 20 mgs. de vitamina C (ácido ascórbico) y 330 unidades internacionales de vitamina D como levadura irradiada. El producto fué creado especialmente para satisfacer las demandas vitamínicas prenatales, y puede mezclarse con leche o con otros alimentos.

Peoplex Inyectable contiene 50 mgrs. de clorhidrato de tiamina, 1 mgr. de riboflavina, 1mgr. de clorhidrato de piridoxina, 5 mgr. de pantotenato de calcio, 50 mgrs. de niacinamida, 15 mgrs. de cacodilato de hierro, 2 por ciento de alcohol bencílico por cada cc. El producto se envasa en frascos de 10 cc. con tapa especial para facilitar su uso.

La U. S. Vitamin Corporation está ofreciendo al mercado dos nuevos productos vitamínicos, respectivamente designados Phoscaron-D y Lipo-Heplex. El primero de estos productos es para la prevención y el tratamiento de enfermedades por deficiencia de calcio, fósforo, hierro y vitamina D, tales como raquitismo, osteoporosis senil, anemias, embarazos y lactancia e hipertidoidismo. Se ofrece en tabletas conteniendo cada una, según se nos informa, 8.7 gramos de fosfato dicálcico y 0.3 gramos de fosfato férrico, además de 333 unidades F. E. U. de vitamina D como levadura irradiada. El producto se envasa en frascos de 90, 360 y 1000 tabletas respectivamente.

Lipo-Heplex tiene por objeto proporcionar las significantes fracciones acuosas, 80 por ciento insolubles en alcohol y lipoides del complejo B de hígado, completadas con los factores cristalinos de la Vitamina B. -Cada cápsula contiene: 2 mg. de clorhidrato de tiamina (vitamina B-1), 2 mg. de riboflavina (vitamina B-2), 10 mg. de niacinamida, 0.1 mg. de clorhidrato de piridoxina (vitamina B-6), 3 mg. de pantotenato de calcio, 10 mg. de colina, 0.01 mg. de las fracciones del ácido fólico, y 3 mg. de inositol. Lipo-Heplex se ofrece en frascos de 100, 250 y 500 cápsulas.

HUESO MOLIDO CON VITAMINA D.

La National Drug Company, informa que ha agregado a su surtido de productos, uno designado Fluoros-D (hueso molido con vitamina D). El nuevo producto se ofrece en tabletas, cada una de las cuales contiene: 7½ grs. de hueso molido con 0.1 por ciento de fluururos; 400 unidades de vitamina D sintética; y agentes saborizantes. El producto tiene por objeto la prevención y tratamiento de trastornos suscitados por insuficiencia de calcio, fósforo, fluoruro y vitamina D en casos de embarazo y lactancia, desarrollo y dentición, estados alérgicos, raquitismo, espasmofilia, osteomalacia, osteoporosis, enfermedad celiaca, eclampsia y Tuberculosis. Fluoros-D se envasa en frascos de 100, 500 y 1.000 tabletas respectivamente.

VACUNA ANTITIFICA

La Lederle Laboratories División, anuncia la introducción de una nueva vacuna de cultivos muertos, preparada con el tifo múrido, o sea el transmitido por las pulgas de las ratas, y contra el cual no se conoce ningún agente terapéutico específico una vez contraída la infección.

La Vacuna Antitífica (tipo múrido) se prepara mediante un método consiste en tratar con formalina el saco de la yema de embriones de pollos inoculados con Rickeesia mooseri. Se dice que la vacuna contiene suficiente cantidad de organismos muertos para ofrecer protección completa contra los brotes endémicos.

NUEVA MAQUINA ELECTRICA PARA DAR MASAJES

La Máquina Eléctrica Miracle del Tipo de Bola fué creada para facilitar a quien la usa aplicarse masajes suaves pero vigorizantes, que estimulan la circulación, promueven el descanso, y alivian cualquier dolor leve que normalmente responde a la fricción. La máquina puede usarse sola o con cualquiera de los tres accesorios de que cada una va acompañada. El peso aproximado de la máquina es ½ kilo, funciona con corriente alterna de 110-120 voltios, y se garantiza su buen funcionamiento por un año a partir de la fecha en que el consumidor la compre. Cada máquina va individualmente empacada en una atractiva caja a colores.

LABORATORIOS AMERICANOS

Los Laboratorios Labys han puesto a la venta tres nuevos productos:

YOQUIN, un preparado para el tratamiento de la disenteria amebiana. Está compuesto de DIYODOHIDROXIQUINOLINA, substancia química que parece ser el más poderoso agente amebicida de los conocidos actualmente. LABYS presenta el nuevo producto en frascos de 75 comprimidos.

SULFATALIDINA, la nueva sulfamida tan eficaz en el tratamiento de las colitis ulceromembranosas y síndromes disenteriformes, así como en el pre y postperatorio de las intervenciones quirúrgicas del tracto intestinal. Está presentado en dos concentraciones: comprimidos de de 0.50 gr. para adultos y de 0.25 gr. para niños.

LENARGYL, un desensibilizante para el tratamiento de procesos alérgicos como urticarias, dermatitis atópicas y al contacto (eczemas), liquenificaciones y pruritos no hiperglucémicos. Presentado en ampolletas de 10 c.c.

IV

Comentarios

NUEVA REVISTA MEDICA MEXICANA

Ha comenzado a publicarse la REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL, editada bajo el patrocinio de la Liga homónima y dirigida por el doctor *Alfonso Millán*. Para comprender hasta que punto en esa primera acción han conseguido dar justa medida de lo que los patrocinadores desean llevar a cabo, basta con referir el sumario de tal Revista, siquiera parcialmente: "La Higiene Mental y sus campos de acción".—"El Psicodianóstico de Rorschach".—"La Reforma penitenciaría en México".—"Sexología e Higiene Mental".—"Clínica de la conducta".—"Cine".—"Simulación", etc.—Es decir, artículos de contenido especializado y, a la par, planteamiento de aspectos que a todos interesan.

Sí, a todos, principiando por nosotros, médicos, que somos los primeros (de no tener la dedicación correspondiente) en devalorar, prácticamente al menos, todo cuanto es y significa la Higiene Mental. Escribe el doctor *Millán* en el artículo que inicia la Revista que "si debiésemos decir lo que es Higiene Mental, estaríamos en lo cierto al afirmar que es la utilización de conocimientos científicos y empíricos, para combatir la producción de enfermedades nerviosas y mentales y para mantener en buenas condiciones de desarrollo, de producción y de vigor, el psiquismo del hombre". Pues bien, la mayor parte de todos nosotros, los médicos no especializados, a lo más que llegamos es a creer en la primera de las finalidades que *Millán* señala a la Higiene Mental. La segunda se nos escapa.

Se nos escapa por muy diversas razones, entre las cuales la primera es nuestro escepticismo, nuestra falta de práctica, sobre lo que debían ser nuestras verdaderas tareas médicas: las tareas preventivas, las tareas que inculcasen a las gentes de que suerte es posible —¡y tan posible!— modificar los índices de morbilidad —de cualquier proceso— a base de realizar una labor colectiva, un trabajo común de saneamiento general.

Y he aquí el acierto máximo de los dirigentes de la REVISTA DE HIGIENE MENTAL. En la contraportada figuran los nombres de quienes han aceptado constituir un CONSEJO CONSULTIVO NACIONAL de la campaña cuyo primer portavoz es dicha REVISTA.—Magistrados, filósofos, educadores, especialistas, economistas... Quiere pues decirse, que los médicos que han de dirigir la campaña de Higiene Mental comprenden como el problema no es de su exclusiva competencia ni puede acometerse sólo por ellos. Igual, exactamente igual que en cualquier otra campaña sanitaria y sin embargo ¡qué pocas veces los médicos especialistas correspondientes hacen apelaciones a colaboración que no sea de índole económica!

Ahora bien, leyendo este primer número que comentamos nos ha extrañado una ausencia. Es lo más posible que obedezca a un determinado plan, a un criterio sobre cual ha de ser el debido escalonamiento de los objetivos. Pero aún así, aún pensando que nos adelantamos en señalar esa falta, no podemos callar y esperar. Por la razón de que nos antoja esencial —y no sólo a nosotros— resaltar de que manera tan poderosa la Prensa diaria es capaz de influir, en buen y mal sentido, las aspiraciones de "mantener en las mejores condiciones de desarrollo y de equilibrio el psiquismo". No se diga que el influjo de la Prensa informativa diaria únicamente se ejerce sobre intelectos nada o mal preparados. Por un lado, aunque se aceptase esa postura, ello no sería óbice para buscar y lograr una Prensa ecuánime. Por otro lado, el influjo de la misma se ejerce absolutamente sobre todas las capas sociales. Un ejemplo — y bien amargo para nosotros los médicos— será suficiente demostración.

¿Quién podía creer dos décadas atrás que la Ciencia Médica Alemana iba a envilecerse, a degradarse, en la calidad y cantidad inconmensurables que han permitido las atrocidades, los sadismos, las barbaries vibrantes en los "Centros de Experimentación sobre el hombre" que han funcionado en los Campos de Concentración mantenidos por las fascistas? Desde luego nadie podía creerlo y ni aún suponerlo. Sin embargo, ha sucedido y a la cabeza de los responsables de semejantes actos figuran nombres que hemos venerado como verdaderos maestros.

¿Imposición de un Gobierno criminal? ¡Oh!, sí. Pero también algo más. Las mentalidades que parecían privilegiadas de esos hombres han sufrido día tras día la repetición de afirmaciones falsas, de teorías acientíficas que no eran sino malabarismos de argumentación o absurdos elevados a la categoría de dogmas. Quizás al principio se han resistido a aceptarlas pero después, a fuer de tener que utilizarlas como normas de vida social —y ahí es donde ha estado la imposición— han terminado por incorporarlas al basamento de sus

propias actividades en los campos científicos. Con lo cual han llegado después a esas regradaciones comentadas, a creer, p. e., que posee algún interés científico conocer la cantidad de tejido óseo que hace falta extraer del fémur —a lo largo o a lo ancho— para que se suprima la bipedestación.

Suponemos que los iniciadores de la campaña de Higiene Mental están de acuerdo con nosotros. La Prensa informativa diaria es una de las armas de mayor potencia para que lleven a cabo sus propósitos. Y no sólo difundiendo, divulgando, los principios de tal higiene sino batallando por el equilibrio, la objetividad de las informaciones.

Pero, en fin, muy lejos lleva el tema y no pocos precipicios bordean el camino. Quédese, pues, este comentario en una primera felicitación a la Liga de Higiene en México y a su Revista. Una y otra nos tendrán a su servicio en cualquier momento.

DEL PERIODICO FRANQUISTA "A.B.C."

Realmente no vamos a comentar nada. Pero surgen —in mente— tantos comentarios que nos ha parecido más oportuno incluir aquí la copia íntegra de una información aparecida en el "A.B.C." madrileño, del día 23 de agosto de 1946, con el título "Desesperada situación del Hospital Clínico de Barcelona". Conste que nada quitamos y nada añadimos salvo subrayar algunas palabras. Dice así: "Barcelona 22.—El gobernador civil ha expuesto este mediodía a los periodistas la situación desesperada en que se encuentra el Hospital Clínico de Barcelona. Dijo que le había visitado el director del establecimiento para anunciarle que *por carecer de lo más necesario se veía obligado a cerrar las salas*, ya que no había dinero para adquirir lo más preciso.

"Cuando yo me hice cargo del Gobierno Civil —añadió el gobernador— me encontré con la difícil situación del Hospital Clínico, al que entregué para sus gastos 1.800.000 pesetas. Después he entregado otras cantidades y además se han organizado festivales para allegar recursos. Hoy, y para aliviar esa situación angustiosa, he entregado al Director del Hospital 200.000 pesetas, con las cuales y durante un mes estará a cubierto de las más perentorias necesidades.

Quería hacer resaltar que el Hospital Clínico cuenta con una subvención de más de un millón de pesetas del Ministerio de Educación Nacional como Facultad de Medicina; de otra subvención de dos millones de pesetas, del Estado; un millón de la Diputación, y medio millón del Ayuntamiento.

Las cantidades aportadas por estas corporaciones son exiguas *por los muchos enfermos que mandan* ya que la Diputación no tiene hospital provincial como está dispuesto y el Ayuntamiento debe aumentar su subvención ya que liquida sus presupuestos con superavit. También encarezco a la Banca, industria y comercio, así como a todos los elementos de la ciudad a que contribuyan al sostenimiento de nuestro hospital con sus donativos pues estos son cada día más pequeños y dicen muy poco de esta ciudad tan rica y próspera. He decidido solucionar este problema. Para ello se creará una Comisión, integrada por todos los elementos interesados, y que yo presidiré, para llevar a cabo una labor efectiva. De la administración del establecimiento se encargará la Diputación Provincial y *se procurará* por todos los medios que desaparezcan los temores de cierre".

¿Verdad que de hacer comentarios emplearíamos muchas páginas? Imagínese si cayésemos en la idea de establecer comparaciones. O en la de atar esa "mosca" con otras sobre la prosperidad de la organización sanitaria franquista!

V

Conceptos, Problemas y Estado Actual de la Organización Médico-Sanitaria Mundial

...Y bien, continuemos con Inglaterra ya que su proyecto gubernamental, habiendo pasado las dos lecturas reglamentarias en la Cámara de los Comunes y la discusión en la Cámara de los Lores, se encuentra pendiente del referendum público.

Veamos el punto de partida y las tendencias a través de la defensa que el Ministro de Sanidad, *Bevan*, hizo en el Parlamento con motivo de acometerse la segunda lectura; ello nos permitirá ir conociendo algunas de las objecciones que se hicieron cuando fué presentada originariamente. ¡No alarmarse!, no vamos a transcribir literalmente la intervención del Ministro y sí solamente citaremos la esencia de su largo discurso.

"Una nueva organización médica está exigida, en primer lugar, por el hecho de que los servicios de seguro nacional únicamente protegen a 21 millones de personas, lo que, por un lado, significa que muchas otras han de conformarse con atenciones médicas insuficientes —pues no pueden pagar las que en verdad necesitarían— y, por otro lado, la estructura médica queda incompleta, sus mallas no abarcan todo el país y, de tal suerte, pierde eficacia en su rendimiento. En segundo lugar, los servicios de seguros no comprenden ni a los familiares de los asegurados ni a quienes trabajan para si mismos. Además, las atenciones especializadasa no se encuentran previstas suficientemente, de suerte que las clases menesterosas prácticamente carecen de tales cuidados. Por último, la red hospitalaria inglesa actual se caracteriza por su falta de planificación y sistema; la irregularidad de su distribución es tanta que, con frecuencia los mejores servicios hospitalarios existen donde menos falta hacen y en cambio faltan allá donde son absolutamente necesarios. Se da el caso de que en las zonas industriales, los hospitales son demasiado pequeños, insuficientes; es suficiente decir que cerca del 70% de esos centros cuentan con menos de 100 camas y más del 30% tienen menos de 30 camas. Parece claro que, con tan exiguos servicios, no pueda pretenderse prestar los debidos tratamientos y si algunos todavía defienden la persistencia de semejantes establecimientos lo hacen sirviendo intereses locales bien miopes; la objeción de que estos hospitales pequeños son más queridos, gozan de más simpatía que los grandes centros hospitalarios es fácilmente combatible pues corresponderá al personal de estos últimos el saber o no rodearse de idéntico cariño local que el gozado por aquéllos.

El ejemplo más claro de falta de servicios especializados lo tenemos en los dentistas y en la asistencia a enfermos mentales. Por otra parte, no hay duda de que actualmente es imprescindible que los especialistas de toda clase puedan acudir al domicilio de los enfermos y la realidad presente es que sólo excepcionalmente sucede así, salvo en las clases sociales más elevadas. Los menesterosos y aun los relativamente acomodados, si quieren ser atendidos por un especialista han de acudir a la consulta de éste, si es que pueden pagarla; sin soñar que sea él quien se desplace pues entonces los honorarios correspondientes rarísima vez son accesibles.

Por lo que se refiere a los Hospitales no cabe duda de que la contribución voluntaria, la caridad, la beneficencia individual han realizado esfuerzos considerables, muy de agradecer. Pero la caridad privada es caprichosa y, en consecuencia, no pocas veces inadecuados los fines que persigue; recordemos los innumerables casos conocidos en que hospitales de idéntica especialización funcionan en una misma zona mientras faltan otras. Justamente por tal capricho, por el deseo muy humano de contar con "su" hospital es por lo que existen centros tan pequeños como los citados.

Dejando aparte la circunstancia de que cada día ha de ser más repugnante a una comunidad civilizada el hecho de que la asistencia hospitalaria —es decir, el mínimo derecho de todo individuo— sea función de la caridad privada, resulta, además, que la inmensa mayoría de todos los llamados "hospitales voluntarios", es decir de los hospitales que han sido fundados por particulares y cuentan con algún legado de sostenimiento, la inmensa mayoría de ellos repito, se sostienen... con fondos públicos, con subvenciones estatales o municipales, con las cuotas de pago de los individuos atendidos. Recuerdo que en mi anterior vida de minero (*) pertenecí al Comité Administrador del Hospital que atendía la zona de mi trabajo; pues bien, todos los años se reunía el Co-

(*) Recuérdese que habla *Bevan*.

mité y votabamos sendos agradecimientos a este o al otro personaje por sus donativos, a la Empresa propietaria del Hospital, etc., etc., pero año tras año, cuando yo examinaba el balance, resultaba que el 97 y medio por % de los ingresos provenía de las contribuciones de los mineros, de nosotros mismos y a nadie se le ocurrió, ni un sólo año, emitir un voto de gracias a los mineros, verdaderos sostenedores del Hospital.

Los Hospitales de tal tipo habrán sido obras benéficas, pero hoy día, repito, están fundamentalmente sostenidos o con fondos del Estado directamente o merced a contribuciones indirectas que pesan sobre el pueblo. No puede seguir tolerándose que el Estado sufrague el 90% de los gastos y, sin embargo, los Hospitales conserven una independencia funcional y administrativa.

Hay quienes recomiendan que las redes hospitalarias, particularmente las mallas que hayan de constituirse con las incautaciones de los "hospitales voluntarios" se entreguen a las autoridades administrativas locales, en vez de pasar a depender de las autoridades centrales. Tal medida no puede adoptarse. Por un lado, la experiencia que tenemos de los servicios hospitalarios que han estado bajo semejantes autoridades locales, no es nada buena; frecuentemente son los peores servicios de todo el país. Por otro lado, hay grandes desigualdades entre los distintos condados y municipios; mientras unos son ricos, otros son pobres y de nuevo nos encontraríamos en igual situación que la hoy criticada, el Estado tendría que sufragar la mayor parte de los gastos y no sería el verdadero dirigente. Pero, además, o bien se trataba de una entrega formularia y en todos los rincones del país se imponían idénticas estructuras, concepciones y prácticas hospitalarias o faltaría la necesaria unidad de acción y de nuevo hallaríamos al lado de servicios inmejorables otros desechables en absoluto. Por esta misma razón no es admisible separar de la organización proyectada estos o los otros servicios —sanatorios para tuberculosos, hospitales de aislamiento, centros de rehabilitación— los cuales se cederían a las autoridades locales o a ciertos Patronatos mientras que la red general tendría calidad estatal. No puede aceptarse semejante criterio pues la organización sanitaria ha de ser única y cada una de sus ramas hallarse encajada en una sola estructura a fin de mantener verdadera unidad de acción.

Uno de los principales defectos de la presente estructura médica del país es el aislamiento intelectual en que se encuentran muchísimos de los médicos prácticos, particularmente los que ejercen en el campo. Para corregirlo, para facilitar la asociación entre ese tipo de profesional y los impulsadores de nuevos conocimientos, de progresos en el ejercicio médico, se crean las zonas hospitalarias en íntima conexión con las Escuelas de Medicina, con los centros de enseñanza e investigación.

Otros de los vicios que pretendemos anular es el presente divorcio entre las autoridades que planeaban y las que ejecutaban. De ahí que sólo admitamos consejos regionales únicos y que demos a éstos una determinada uniformidad, sin aceptar que estén constituídos por representantes de los distintos intereses y organizaciones, pues tales representaciones llevan directamente a un caos directivo o a la falta de acción directiva en consecuencia de las distintas tendencias en lucha. Ello no quiere decir que no hayamos de contar con los mejores prestigios regionales en la administración hospitalaria, con representantes de las Escuelas de Medicina correspondientes, con los miembros más prestigiados de la profesión médica en cada zona.

Sabemos desde luego —y hasta cierto punto incluso simpatizamos con el hecho— que los médicos prácticos son poco amigos de someterse a la autoridad sanitaria local, ofreciendo una gran resistencia a encontrarse bajo las órdenes de quienes estiman que han cambiado sus aptitudes profesionales por capacidades más bien burocráticas. Es cosa que procuramos solventar sin que ello signifique que cada médico pueda constituirse en dirigente. Se habla de la democracia para llevarnos a que en la administración de los servicios sanitarios sean los médicos quienes elijan sus dirigentes, etc. Debo decir que democracia consiste en la activa participación en la administración y política públicas, pero ello no supone que tal participación haya de ser dirigente. No hay duda de que los intereses médicos deben ser tan salvaguardados como los comunales y ambas cosas implican un control superior.

Tanto más, cuanto que uno de los principales y más urgentes problemas reside en la necesidad de acometer un mejor reparto de los médicos por el país. Actualmente la situación no puede ser más irregular; mientras en South Shields hay un médico por cada 4,100 personas, tenemos en Hasting, un doctor por cada 1,200 individuos; en Dartford 3,000 habitantes han de ser atendidos por un médico y en Bath a cada doctor sólo le corresponden 1,590 personas; etc., etc. Cierto, la redistribución imprescindible ha de causar trastornos a los profesionales, pero se preveen 66 millones de libras esterlinas como gastos de compensación y nadie podrá negar que tal cantidad es lo suficientemente amplia para que las indemnizaciones sean bien generosas.

No es el momento para que discutamos acerca de los honorarios que en cada uno de los distintos casos han de percibir los médicos. Basta

decir que, aparte del salario básico correspondiente a cada tipo de trabajo, se preveen

a) compensaciones económicas para los que hayan de practicar en zonas ingratas por cualquier causa,
b) remuneraciones adicionales para poder asistir a cursos o para el pago de servicios especiales,
c) pagos por empadronamiento, por listas de personas que desean ser atendidas por este o el otro doctor.

Nosotros aceptamos que los especialistas hospitalarios puedan devengar honorarios del público y que éste pague si quiere servicios extraordinarios. Sé que se nos critica este concepto pero, p.e., si nosotros disponemos que nuestros servicios dentales presten gratuitamente estas y las otras prótesis, indiscutiblemente suficientes, y el paciente desea que se provean otras, verdaderamente de lujo, es claro que ni podemos ni debemos sufragarlas ni tenemos por que oponernos a que el interesado se las sufrague de su propio bolsillo. Y este criterio para las atenciones dentales puede ser ampliado para las restantes.

Por último, queremos señalar que consideramos de la mayor importancia los establecimientos designados con el nombre de Centros Sanitarios los cuales han de realizar tanto un trabajo de profilaxis como de consultaciones y diagnóstico. Centros de muy variada constitución, pues han de adaptarse a las necesidades locales y que administrativamente se encomiendan a las autoridades de cada localidad de emplazamiento. Y resulta curioso que quienes nos critican porque arrebatamos los servicios hospitalarios a las administraciones locales nos critiquen también por concederlas estos Centros. Se dice que la organización peca así de tricotomía, lo cual no es cierto pues todos han de tener una dirección y plan de trabajo uniforme. Pero no es posible emplazar bajo autoridades regionales establecimientos cuyo trabajo, cuya estructura, ha de acomodarse a las necesidades de cada pueblo, necesidades que de una a otra temporada pueden variar y que son muy distintas de una localidad a otra. Nada de estos sucede con los servicios hospitalarios y por ello se colocan estos bajo autoridades de jurisdicción regional. Uno de los ejemplos más en boga para criticarnos es que mientras los servicios de maternidad e infancia han de hallarse bajo la administración local, las atenciones ginecológicas se encontrarán bajo dependencia regional. Suele decirse que es absurda tal separación por lo artificial. No es cierto; en una persona normal, la maternidad y los cuidados post natales, así como las atenciones a los niños, nada tiene que ver con atenciones verdaderamente hospitalarias; en cambio, los procesos ginecológicos, sí".

El resto de la intervención del Ministro es puramente política y la suprimimos. Salvo en dos puntos.

Uno: "No es cierto que el proyecto se haya presentado y redactado sin las debidas consultas. Personalmente, el Ministro ha tenido más de 20 conferencias públicas con todas las ramas de la profesión, con sindicatos, partidos políticos, etc. Los colaboradores del Ministerio han celebrado 33 mesas redondas con representantes de todas las especialidades médicas y se han solicitado y discutido informes de todas las organizaciones del país".

Otro: "Resulta risible detenerse ante la consideración de que el proyecto de Ley constituye "una grave amenaza para la caridad" conforme sostiene la oposición conservadora. Por un lado, ha de repetirse que actualmente, en el sostén de la organización médica inglesa, la persona más caritativa es el Ministro de Hacienda que, de una manera o de otra, viene sufragando aplastante mayoría de gastos. Y, por lo demás, es curioso oír que debemos respetar la voluntad de quienes testaron diversos legados para el sostenimiento de Hospitales "voluntarios". Según eso, parece que es más importante la voluntad de los muertos, que la necesidad de planificar la vida de acuerdo con las necesidades del momento. Sin contar, con que los legados en cuestión pueden seguirse aplicando al sostenimiento de Hospitales y si en lo futuro no se desea testar en favor de centros hospitalarios, por la razón de que ha de administrarlo el Gobierno, puede hacerse a favor de los Hospitales constituídos en Centros de Enseñanza cuya autonomía —en tal sentido— ha de ser cada día mayor".

Hasta aquí el discurso del Ministro. Añadamos:

Primero.—Que el Presupuesto total de la reforma que ha de entrar en vigor en 1948, está calculado en las siguientes partidas:

Servicios Hospitalarios y especializados, incluyendo centros psiquiátricos con su tratamiento, dentistas, etc.	87	millones L.E.
Servicios que se encomiendan a las Autoridades locales...	12	„
Servicios de Medicina general, farmacia, oftalmología, etc.	45	„
Compensaciones, indemnizaciones y aumentos anuales de sueldos	8	„

Lo que suma un total de 152 millones de libras esterlinas al año, no quedando incluídos los 66 millones de compensación inicial a los facultativos que haya de abandonar su actual clientela.

Segundo.—Que la red hospitalaria inglesa —abstracción hecha de los nosocomios para enfermos mentales— comprende actualmente un total de 293,000 camas, de las cuales sólo el 26% son las llamadas "voluntarias", es decir las creadas por legados y donativos particulares.

Tercero.—Que quienes aun duden de la uniformidad de razonamientos de cuantos pretenden reformar la organización médica de cualquier país, deben leer los párrafos del informe dirigido al Parlamento americano por el Presidente Truman al presentar el proyecto de ley sanitaria y que a continuación se insertan.

En el siguiente número comenzaremos a establecer comparaciones entre ambos proyectados sistemas, el inglés y el norteamericano.

Carlos Diez Fernández.

EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA, las cifras índices de la organización sanitaria son tan elevadas que constituyen un sueño para casi todos los países del mundo. Y, sin embargo, he aquí unos datos del informe que encabezaba la petición del Presidente Truman para que el Congreso Federal aprobase un Programa Nacional de Sanidad.

—"Con motivo del reclutamiento, cerca de 5 millones de hombres de 18 a 37 años habían sido examinados hasta abril de 1945. La tercera parte había sido declarada no apta (por enfermedad) para el servicio de las armas. Entre los hombres de 34 a 37 años, el número de no aptos alcanzaba al 49%. De tal suerte, más de millón y medio de hombres han sido excluídos del Ejército de la Marina por trastornos físicos y mentales, siendo preciso añadir que un número igual hubo de ser atendido, por antiguos procesos, durante su permanencia en filas. Entre el personal femenino reclutado los porcentajes fueron los mismos".

—"En 1940, 31 condados, habitados cada uno por más de 1,000 habitantes, carecían de médicos. Fundamentalmente, porque su pobreza no permite pagarles".

—"El 40% de nuestros condados —alrededor de 1,200— comprendiendo 15 millones de habitantes, no tienen ni Hospitales ni el mínimo de Dispensarios exigido".

—"Cuarenta millones de ciudadanos viven en localidades sin servicio sanitario permanente".

—"Anualmente hay en los Estados Unidos siete millones de enfermos. De ellos, 3,250 podrían trabajar si fuesen bien cuidados".

—"Cada año perdemos por enfermedad cuarenta veces el número de jornadas de trabajo perdidas durante las huelgas en 10 años".

Más claro, imposible.

INGRESOS DE LOS MEDICOS GENERALES EN INGLATERRA

Según el "Report of the Inter-Departamental Comittee on Remuneration of General Practitioners" resulta que, los médicos generales, de edad entre 40 y 49 años (es decir después de una práctica de 15-20 años) contaban con los siguientes ingresos netos (esto es, deducidas las contribuciones e impuestos indirectos derivados del ejercicio profesional):

El 20% tenía un ingreso anual menor de 700 libras esterlinas.

El 22.5% tenía un ingreso anual entre 700 y 1,000 libras esterlinas.

El 21% tenía un ingreso anual entre 1,000 y 1,300 libras esterlinas.

El 17.5% tenía un ingreso anual entre 1,300 y 1,6000 libras esterlinas.

El 10% tenía un ingreso anual entre 1,600 y 2,000 libras esterlinas.

El 9% tenía un ingreso anual superior a 2,000 libras esterlinas.

Las cifras corresponden al año 1939. En aquella época se admitía que para cubrir las necesidades medias de un profesional, cuya familia constase de 4 miembros, era preciso un ingreso mensual no menor de 90 libras. Según el "Report" en tal época más del 40% de los médicos prácticos generales, en el mejor momento de su vida profesional, no alcanzaban a cubrir esas necesidades medias.

Se dirá que desde 1939 las cosas han cambiado.

¡Oh, sí! para empeorar; pues mientras el índice de costo medio de vida se ha elevado astronómicamente, los honorarios de los médicos siguen idénticos que en aquel año.

EL DILEMA DEL ENFERMO

Seguro del Estado o seguro particular

A pesar de todas las objeciones, la estructura del mundo moderno nos conduce a sistemas de seguro de enfermedad, mal establecidos todavía, imprecisos aún en su bosquejo, pero ya con arraigo suficiente para que palidezca la tradicional figura del médico privado. En tiempos no muy lejanos pagaremos todos "prima de salud", suficiente para cubrir los gastos de atención y tratamiento cuando nuestro apéndice se inflame, cuando nuestro riñón no funcione e incluso cuando nuestra circonvolución frontal ascendente nos deje amnésicos para todo, excepto para satisfacer la cuota médica.

Caminamos de prisa hacia la insaturación total del seguro de enfermedad porque los Estados Unidos, forjadores de modas sociales en el mundo occidental, han puesto jalones a esta tarea después del discutido plan británico de *Beveridge*, al cual quieren mejorar según dos puntos de vista diferentes. Si se adoptan los proyectos de los

FIG. 22

Nada ni nadie puede interponerse entre el médico y el paciente. Los partidarios del clásico ejercicio de la medicina sostienen que las relaciones privadas entre uno y otro deben ser respetadas en todo momento.

senadores *Wagner* y *Murray*, el seguro de enfermedad dependerá del Gobierno Federal y vendrá a ser nueva articulación del sistema de seguridad social, del mismo modo como se atienden los seguros de falta de trabajo y ancianidad, es decir, con haberes recargados sobre el impuesto al Estado. Si prevalece, en cambio, la idea menos revolucionaria del doctor *Fishbein* y de la "American Medical Association", funcionarán en toda la nación máquinas burocráticas en forma de sociedades particulares, cuyos ingresos se percibirán del sueldo o de la renta de cada individuo.

A primera vista no parece haber extrema diferencia entre los dos sistemas: en ambos se paga una cuota y en ambos se obtiene un servicio médico. Pero enseguida los matices políticos tiñen de colores distintos los dos planes hasta sobresalir como banderas de campos mal avenidos. Después de leer cualquier argumento del doctor *Fishbein* o un artículo de la A.M.A., quienes patrocinan la idea del seguro gubernamental aparecen como un grupo de traidores, abrumados bajo el peso de epítetos entre los cuales el de "comunista" figura como uno de los más eufónicos. Si, como se da el caso, cierto grupo de ensayistas, de senadores e incluso el mismo Presidente, se atreven a considerar la posibilidad de discusión de los citados planes, no hay duda, para el grupo de la A.M.A., de que son "burócratas totalitarios".

Los argumentos de la A.M.A., sin embargo, flaquean para todo aquel que ha seguido la historia de su evolución. Hace quince años este poderoso consorcio médico, ya dirigido entonces por el astuto doctor *Fishbein*, cerró el cuadro contra todo desafecto que quisiera modificar en lo más mínimo la práctica tradicional de la medicina y, sobre todo, contra cualquier sistema de seguro médico. La A.M.A., en aquel período dogmático, llegó a amenazar con la pena de expulsión a los miembros que osaron formar grupos profesionales para atender médicamente a sus asociados a base de cuotas fijas.

En aquellos días la posición del doctor *Fishbein* y de los mandarines de la A.M.A. mantenía que NADA podía interferirse entre las sagradas relaciones privadas de médico y paciente; posición muy estimable si resolviera el problema de quien necesita una intervención y no puede pagarla, o el otro, no menos angustioso, del profesional que necesita un cliente y no puede hallarlo. Sin desmayo, año tras año, los paladines de la medicina privada sostuvieron sus principios en incontables escritos y alocuciones, lo que no impidió que sucesivamente, año tras año, multitud de médicos y muchedumbre de pacientes buscaran la manera de resolver las contingencias de la enfermedad sin necesidad de que los primeros fueran apóstoles o filántropos y los segundos precisaran vender su automóvil, o empeñar sus muebles o comprometer su futuro para subvenir a los gastos de un alumbramiento o de una fractura.

Cada año el proyecto de ley de los senadores *Wagner* y *Murray* ha sido puesto en la orden del día de la Cámara americana. Cierto que no ha llegado a ser votado, pero cada nueva discusión

ha agrupado mayor número de miembros a su favor y ha conquistado mayor número de sectores de la opinión pública. Como es de sabios no perseverar en el error, los magnates de la A.M.A. modificaron su táctica, y con hábil golpe de timón, impulsaron el rumbo de la nave galénica en busca de alisios más favorables. O sea que transigieron con la idea del seguro de enfermedad, siempre que no fuera el Gobierno quien lo manejara y sí una sociedad particular, especialmente si dicha sociedad pudiera ser orientada por el doctor *Fishbein* y parentela fishbénica.

El viraje era casi de 180 grados, pero la maniobra tenía que ser ejecutada con prisa, puesto que muchas empresas del país del Norte ya habían diseñado seguros particulares con fuerza económica y funcional suficiente para atender a vas-

FIG. 23

No es fácil prever, sin embargo, a cuanto ascendería la deducción en los salarios con un plan de seguro estatal de salud, si éste cubriera los servicios medicoquirúrgicos completos y atendiera, además, a la necesaria burocracia.

tas masas de trabajadores. Les fué difícil a los fishbenistas coonestar las nuevas opiniones con las sustentadas durante largos períodos, especialmente aquella de que "todo americano tiene el derecho inalienable a elegir sus propios guardianes de la salud", tanto más cuanto que ahora, en las sociedades preconizadas por ellos, el suscritor "voluntario" sólo podía recurrir a los servicios de los médicos reclutados e inscritos en la misma sociedad.

Otro de los argumentos favoritos de los articulistas de la A.M.A. era que, con el sistema de "Sociedad Gubernamental de la Salud Pública" crecería tan frondosamente el árbol burocrático que sus raíces chuparían la mayor parte del presupuesto; fenómeno que se ha visto comprobado, no en ninguna administración médica estatal todavía no existente, sino en las propias sociedades voluntarias preconizadas por la A.M.A., con más personal ante las máquinas de escribir y de calcular que ante los quirófanos y laboratorios.

Otro argumento vigorosamente esgrimido contra la sociedad dirigida por el Estado era el de que buena parte de los médicos, con la complicidad de los pacientes, arruinarían el sistema al multiplicar sus servicios sin necesidad o al tarifar con exceso los servicios prestados al paciente. El doctor *Fishbein* tenía por estribillo repetir la siguiente frase: "Los médicos sólo son ligeramente más honrados que los abogados y los banqueros". Pero, como el lector fácilmente comprenderá, este razonamiento no se aplica contra el sistema estatal, sino contra toda sociedad de gran número de miembros, tal como ha sido posible descubrir recientemente en la "Michigan Medical Society" donde un cirujano consultante de la misma fué acusado de recomendar 27 intervenciones de hernia a pacientes que no las requerían. La única manera de evitar estos abusos, posibles en todo seguro, es montar un sistema de inspección (tercero en juicio) que se sitúe entre médico y paciente y decida si cualquier forma de atención médica es realmente indispensable.

Los panegiristas del método estatal del seguro de la salud señalan todavía un alegato contra los sistemas particulares: sostienen que éstos pueden mantener medianamente sus presupuestos en las zonas ricas y muy industrializadas, como por

FIG. 24

El paciente considera iguales los dos sistemas de seguro (gubernamental o particular), similares desde el punto de vista económico. De todos modos tendría que pagar de su salario.

ejemplo los sectores fabriles de Ford, Dupont o General Electric, pero con pocas esperanzas de eficacia y aun de supervivencia en los sectores pobres y en los oficios poco remunerados, cuyos miembros, aunque algunos lo olviden, también sucumben a la enfermedad. Por fin, alegan quienes están de parte de una socialización médica a cargo del Estado, que ante el peligro de inflación, el soporte financiero de éste es más permanente que el de la sociedad particular. Se recuerda el caso de las sociedades médicas de Michigan donde en 1940 el precio de una apendicectomía era de 75 dólares, pagados desde entonces por la sociedad particular a sus asociados cuando éstos deben sufrir dicha operación. Pero los médicos han aumentado desde aquella época sus tarifas llegándolas a doblar en el curso de este año, con la consecuencia de que el enfermo tiene que desembolsar personalmente otros 75 dólares si no queire sucumbir a la perforación de su apéndice. La dirección del Estado atenua este inconveniente porque los fondos del seguro se deducen proporcionalmente del salario, con la ventaja añadida de que si en un momento dado se agotan las reservas, el Gobierno puede acudir con sus arcas a nivelar el déficit.

Al llegar a este punto hay que mencionar un plan provisional, mucho más tímido, sostenido por los ahora triunfantes republicanos con la firma de los senadores *Taft*, *Smith* y *Ball*. Este proyecto propone la asistencia por parte del Gobierno sólo de las personas que no puedan pagar los servicios médicos. Se comprende al instante que el

FIG. 25
En algunos casos los pacientes se han enfrentado a gastos extraordinarios que la sociedad particular no podía atender con motivo de la inflación.

FIG. 26
Los déficits no podrían hacer fracasar un plan de seguros estatales. El Tesoro llenaría los huecos de la inflación o de los gastos extremados durante una posible epidemia.

citado plan no puede satisfacer los ideales clásicos sustentados antaño por la A.M.A., pues el Gobierno aparece inmediatamente como *algo* que interfiere "las sacrosantas relaciones privadas entre el médico y el paciente". No cabe duda, además, que al establecer el plan *Taft-Smith-Ball* cada futuro beneficiario debería pasar por una investigación de sus medios y pronunciar juramento de pobreza, poco deseable este último y menos deseable la primera por el ejército de investigadores y empleados qu supondría.

El elemento médico norteamericano, en general, está en contra de los seguros dirigidos por el Estado. Hasta el presente, por medio de sus opiniones particulares o por medio de la influencia de su gran estructura sindical (A.M.A.), han ganado todas las batallas. El Congreso ha pospuesto el proyecto *Wagner Murray* hasta otra legislatura sin tomar oficialmente partido ni acción en pro o en contra del mismo, aunque han crecido en todos los Estados de la Unión mayor número de sociedades particulares, con capital médico, ardiente y moralmente sostenidas por la A.M.A.

Pero estas compañías de propiedad privada, frecuentemente con capital de los mismos médicos, están seriamente amenazadas por colapsos económicos por ser todavía demasiado jóvenes para haber acumulado reservas financieras. La inflación constituye al presente la amenaza visible. Más sutil, pero no menos posible, sería la invasión de cualquier enfermedad de tipo epidémico, ca-

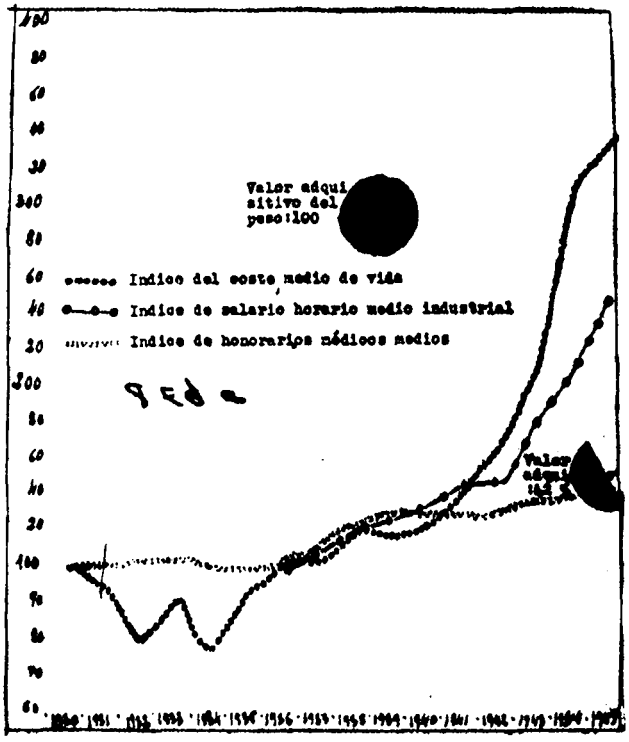
FIG. 27
En todo servicio de seguro de la salud hay que contar con una tercera persona que pregunta a veces si la intervención u otro servicio son necesarios. De otro modo los abusos se multiplicarían.

paz de precipitar la sociedad a la insolvencia por el número de servicios requeridos. Y en segundo término, se levanta otro enemigo de las sociedades particulares en forma de grandes agrupaciones obreras, corporaciones industriales, grupos mineros o fábricas de gran censo, al crear seguros médicos propios que, en un momento dado, pueden drenar la casi totalidad de los socios de las compañías aseguradoras particulares.

Cada una, o el conjunto de estas causas, pueden determinar el derrumbe de las sociedades particulares defendidas por la A.M.A., con el espectro de la sociedad gubernamental presta a ganar cada día nuevos adeptos y finalmente ocupar posiciones abandonadas por las sociedades fracasadas.

Si tal cosa ocurre no se saben exactamente qué consecuencias sobrevendrán a los médicos y al público enfermo de los Estados Unidos. Pero, en cambio, hay la seguridad de una cosa: que quien llevará la batuta en el nuevo concierto será sin la menor duda el doctor *Morris Fishbein.* Esta seguridad nace del convencimiento de propios y extraños acerca de las facultades proteiformes de dicho inquieto directivo tanto para luchar en la retaguardia como para aprovecharse de los avances del enemigo incorporándose a la legión triunfante enarbolar sin demora su bandera.

A. Q. MAISEL, publicado en "Collier's".—Traducido por el Dr. J. R.



AMINO-ACIDOS

ANDROAMINO

Amino - Acidos

Inyectables

Hidrolizado de Caseína al 10 por ciento

GLEFINAMINO

Amino - Acidos

Vía Oral

Preparado con todos los Amino-Acidos
Esenciales y Vitaminas

PREPARADOS POR:

LABORATORIOS ANDROMACO, S. A.

Calle Andrómaco 32 MEXICO, D. F.

LOTERIA NACIONAL

PARA LA

ASISTENCIA PUBLICA

Hágase rico,

ayudando a los

menesterosos

UN CASO DE ORGANIZACION MEDICA INDUSTRIAL

Uno de los hombres que han adquirido mayor popularidad mundial durante la pasada guerra ha sido el industrial norteamericano *Kaiser*, el constructor de modelos especiales de navíos, portaaviones, etc. Sobre sus audacias de concepción y realización se ha escrito mucho. Sobre algunos conceptos básicos en la estructura que le permitió cumplir sus compromisos, se sabe muy poco. Sobre la importancia que concedía a la organización sanitaria... prácticamente no se sabe nada. ¡Lástima; pues la sóla descripción de lo acometido por él —descripción que resumimos en estas páginas— encierra no pocas enseñanzas. Para todos. Más particularmente para los médicos que siguen empeñados en creer que las reformas de la organización sanitaria (las reformas más o menos socializantes se entiende) son consecuencia de posturas políticas y no lógicas derivaciones del presente desarrollo de la medicina y la sociedad *Kaiser*, reconoce haber partido del principio de que una buena higiene, una medicina preventiva, una organización sanitaria capaz de prestar cuidados médicos oportunamente, es la condición esencial para lograr el máximo rendimiento de la mano de obra. Justamente por ello decidió acometer por sí mismo la estructura sanitaria que debía atender a sus obreros, ya que limitarse a suscribir las correspondientes pólizas de seguros —de invalidez, de enfermedad, etc.— significaría abandonar toda idea de prevención. En cumplimiento de la ley, contrata el seguro de accidentes y enfermedades profesionales de cada uno de sus obreros y empleados con las Compañías aseguradoras dedicadas a estos fines. Pero, en el contrato consigue que las Compañías aseguradoras se limiten a entregar las indemnizaciones y subsidios devengados a una organización especial que constituyen los propios obreros entre sí, a una mutualidad sostenida por la cuota semanal de medio dólar que cada obrero de los talleres entrega. Afiliarse o no a la mutualidad era absolutamente voluntario y sólo después del primer semestre de funcionamiento se consiguió que el 95% de los trabajadores de la empresa figurasen entre los cotizantes mutualistas.

Kaiser, comenzó adelantando medio millón de dólares a dicha mutualidad —cantidad que dos años después había recuperado y con la cual se construyeron los hospitales propios más urgentes; en 1942 funcionaba ya el mínimo de la red sanitaria proyectada. Desde esa fecha, el obrero o *empleado de la Empresa Kaiser, merced a su cuota* de cincuenta centavos (de dólar) a la semana, tenía derecho a ser atendido en cualquier caso de enfermedad o accidente, estuviesen o no causadas por el trabajo. Ningún cuidado médico, ninguna exploración complementaria suponía pago adicional alguno. Unicamente cuando se trataba de enfermedades crónicas, descubiertas ya al ingreso del trabajador en la empresa (ingreso sistemáticamente precedido de un reconocimiento facultativo llevado hasta la práctica de análisis serológicos (*), únicamente entonces era menester —y lo sigue siendo, pues la organización continúa— un pago supletorio con arreglo a unas tarifas mínimas, previamente acordadas y en cuya cotización complementaria se incluye la entrega de medicación a riguroso precio de coste.

A partir de 1943, los mutualistas, deseosos de que sus familiares fueran también atendidos por la organización, consiguieron que ésta se ampliase si bien a base de elevar la cuota de acuerdo al número de familiares en cuestión; por cada adulto emparentado con el obrero ha de satisfacerse una cuota adicional de veinticinco centavos semanales; por cada menor de 16 años, una cuota de diez centavos semanales.

La estructura sanitaria comprende todos los campos médicos, desde maternidades hasta talleres de reeducación profesional, desde guarderías infantiles hasta sanatorios antituberculosos, desde servicio a domicilio hasta policlínicas de guardia en los diversos talleres, desde inspectores de servicio hasta farmacia central que produce vendajes y medicamentos.

La hospitalización máxima concedida por un sólo período es de 111 días; cuando se requiere más tiempo ha de llegarse a convenios sepeciales. Los sueldos durante la enfermedad, las indemnizaciones —de las Compañías aseguradoras y de la propia Empresa— son pagadas por la Mutualidad, quien se encarga de cobrarlas previamente y de manejar los fondos. Las campañas preventivas tanto individuales como domiciliarias y urbanas corren a cargo también de la mutualidad y se acometen con los fondos de los mutualistas y las subvenciones que se recaban a tal fin. Actualmente se ha pasado a organizar un seguro de vejez, incluso para los trabajadores que abandonan la fábrica pero que habiendo pagado determinado número de cotizaciones se considera han adquirido derechos.

Alma y director general de la organización —que atiende a cerca de 130,000 obreros y sus familiares— es el Dr. *Sidney H. Garfield* que ya acompañó a *Kaiser* en la empresa origen de la fortuna de este último: el acueducto de Los Angeles a través del desierto de Mohava. Y bien, resultó que los más opuestos en principio fueron los médicos. He aquí las palabras de un médico

(*) Reconocimiento gratuitamente cubierto por la organización.

oranés, el Dr. *Abadie* (autor del libro "En mission aux Etats-Unis"): "fué precisa toda diplomacia y la fuerza de persuasión del Dr. *Garfield* para hacerles comprender que por su propio interés debían incorporarse a su empresa. Materialmente les ofrecía una situación libre de preocupaciones y superior a la media de los médicos del país; intelectualmente les daba la posibilidad de hacer medicina científica verdadera sin la preocupación constante de tener que encajar el coste de un tratamiento dentro de las posibilidades económicas de cada enfermo". Y conste que los sueldos ofrecidos no eran ínfimos. Baste decir que el médico general, de entrada percibe 4,200 dólares por año y puede llegar a devengar hasta 10,000. Los especialistas, aun más. Pues dudaron y no faltó quien hablase de "atropello a la libertad individual del médico y de los enfermos, "imposición de criterios", etc., etc. Al parecer, no pocos profesionales se prestaron a ingresar sólo cuando se convencieron de que la organización se llevaba a cabo con o sin ellos.

Ahora bien, para nosotros una de las razones del éxito conseguido por *Garfield* se encuentra en haber convencido a *Kaiser* de que en un país capitalista, con hombres educados por un régimen económico individualista, explotador en mayor o menor escala, el triunfo de cualquier estructura de medicina social requiere una condición previa imprescindible: dar a los profesionales sanitarios una situación conveniente, decorosa al menos. Ligarles económicamente, en tanto se crean los lazos engendrados por el propio trabajo; en tanto todos los espíritus —no sólo los de mayor visión— llegan a ilusionarse con el trabajo que realizan. Cosa esta última que, por ser función de los dirigentes sanitarios, también ha sabido crear *Garfield* en su organización.

EN LA DIRECCION DE CUALQUIER HOSPITAL

Preguntas de fin de año

Han pasado doce meses más. Hora de balance, de recuentos, de estadísticas finales. Momentos en que se imponen los exámenes (¿decimos de "conciencia? Sí, ya lo hemos dicho; no hay sinó repetirlo) de conciencia profesional para llegar hasta la entraña de los defectos funcionales que hayan existido y la razón de que el Hospital, el Sanatorio, tenga buena o mala "fama" Desgraciadamente, todavía quedan muchos dirigentes hospitalarios que hallan fáciles respuestas subjetivas —"competencias", "simpatía", "tanto por ciento", etc., etc.— sin preocuparse quizás de que sean los propios números quienes presten irrebatible índice de cuanto sea preciso corregir, de todo lo que haya que conservar, de aquello que sólo idealmente puede mejorarse.

Cierto, muchas instituciones hospitalarias, sanatoriales, clínicas no precisan ninguna pauta para conocer sus defectos y sus excelencias de funcionamiento, de instalación. Pero, ¿y el rendimiento cualitativo? Y ¿qué hay revelados del sentido ascensional de los servicios, del mayor o menor interes por el desarrollo de la propia institución, de la medicina en su conjunto, por la mejoría de aquel rendimiento? Y ¿cómo señalar a los colaboradores médicos, a las enfermeras, al resto del personal, los defectos o las buenas cualidades?

La revista norteamericana "The Modern Hospital", señalando que la época de la máxima especialización ha llevado a la más rigurosa selección y que cada vez menos el público se deja atraer por aspectos externos lujosos, por apariencias de comodidad, plantea en el número 5 de su volumen 67 una serie de preguntas que deben contestarse los dirigentes de hospitales, de sanatorios, de clínicas, deseosos de conocer la verdadera calidad de sus prestaciones. Quizás alguna de las preguntas peque de esta ingenuidad tan característica de nuestros vecinos y sólo por ellos pueda ser contestada con utilidad, pues los conceptos de sinceridad, de satisfacción, no son, ni mucho menos, uniformes bajo todos los soles. Sin embargo, a nuestro juicio, la encuesta es valiosa y quienes, en sus servicios, indagen hasta poderla contestar no perderan su tiempo. Nosotros tampoco lo perdemos transcribiendo a seguido las preguntas en cuestión. Ahí van:

1.—¿Cuál es el índice de mortalidad del establecimiento y cómo se distribuye en los distintos motivos de ingreso?

2.—¿Y el índice de curabilidad? ¿Cuál es su relación con el pronóstico de ingreso, con la mayor o menor permanencia en el centro, con la circunstancia que haya presidido el alta de los ingresados?

3.—¿Qué valor tiene el índice de complicaciones habidas en los ingresados? Complicaciones de todo tipo: médicas, sociales (invalidez, secuelas, etc., etc).

4.—En que proporción han ocurrido las
—infecciones postoperatorias,
—los contagios intrahospitalarios,
—otros accidentes previsibles?

5.—¿Y el índice de discordancias entre los diagnósticos clínicos u operatorios y los hallazgos anatomopatológicos? (*)

(*) Es claro que antes ha de hacerse una pregunta previa: ¿Cuál es el índice de necropsias practicadas dentro del total de fallecimientos habidos?

6.—¿Cuál es el promedio de estancias?

7.—¿Qué porcentaje de pacientes han abandonado prematuramente el establecimiento?

8.—¿Y cuántas veces, de cada 100 ingresados, ha sido preciso efectuar traslados a otros centros o requerir los servicios de personal especializado no afecto al establecimiento?

9.—¿Qué porcentaje de los ingresados podía haber sido utilizado con fines de enseñanza o de investigación y cuantos han sido en verdad aprovechados para esos fines?

10.—¿Con que frecuencia se han aportado ideas originales tendente al progreso y mejor servicio del establecimiento y en que proporción han sido llevadas a la práctica, al menos como prueba?

11.—¿Cuál es su índice de prestaciones gratuitas?

12.—¿Qué porcentaje de su presupuesto está dedicado por la administración del centro a interesarse por el progreso de su personal facultativo, por conocer e influir los nuevos conceptos de medicina social?

13.—¿Qué parte de la jornada de trabajo está dedicada a las actividades capaces de desarrollar el talento y las aptitudes facultativas del personal médico, de todas categorías, y que otra parte de la jornada ha de gastarse en el cumplimiento de labores burocráticas?

14.—¿Está Ud. —dirigente del Hospital— satisfecho del rendimiento del centro que dirige y de su propio trabajo en él?

Repetimos. La encuesta es utilizable en cualquier caso. Pero su eficacia será tanto mayor cuanto más completa sea la organización del centro hospitalario. Para muchos establecimientos, es menester contestar previamente a otra serie de preguntas de más inmediato interes funcional. Sin ánimo de agotar el tema, por lo menos son imprescindibles las que siguen:

1.—Promedio diario del trabajo en cada servicio y por cada miembro de los mismos. Es decir, p. e.,

—número de examenes clínicos, de investigaciones analíticas, de reconocimientos radiológicos, de radiografías de curaciones, de inyecciones, etc.

—número de distintas clases de trabajos bucrocráticos, etc., etc.

2.—Frecuencia con que se utilizan los exámenes complementario, relacionada con la cantidad de ingresos, de atenciones clínicas.

3.—Frecuencia procentual de cada método terapéutico y dentro de ellos de cada una de sus variantes, con valoración de su coste en bruto (es decir, sean cuales sean los resultados) y de su rendimiento eficaz (o sea, teniendo en cuenta tanto la frecuencia de resultados positivos como la rapidez en obtenerlos).

4.—Promedio del tiempo empleado en investigaciones previas al establecimiento del diagnóstico o del tratamiento definitivo de los ingresados.

5.—Frecuencia de utilización de regímenes dietéticos y promedio con que cada uno es utilizado y de su duración.

6.—Promedio del tiempo que media entre la iniciación de la convalecencia y el alta definitiva a provisional de los pacientes.

7.—Frecuencia de vigilancias ambulatorias inmediatas al alta.

8.—Frecuencia de enlaces posteriores, bien sea con los propios enfermos, bien con sus facultativos.

9.—Frecuencia de quejas y reclamaciones, con reparto procentual de sus causas.

10.—Proporción entre las distintas clases de personal y lo que suponen para el presupuesto cada una de ellas.

11.—Frecuencia de labores higiénicas dentro del establecimiento.

12.—Porcentaje de recuperación del material, instrumental, utillaje, lencería, etc., etc., gastados.

13.—Promedio de camas ocupadas diariamente.

14.—Rendimiento medio de cada cama; es decir cuantos pacientes han podido ser atendidos —durante todo el año— en un sólo lecho.

15.—Porcentaje del presupuesto total que se dedica a renovación de aparatos, instrumental, etc., etc., cuya *vida* ya fué agotada.

16.—Jornadas perdidas por cada miembro del personal, por cada instalación de los servicios, bien sean facultativos, bien sean generales.

17.—Porcentaje del presupuesto total que se dedica a gastos decorativos o de esparcimiento de los pacientes, así como a tareas educacionales higiénico-sanitarias en estos, y en el personal.

18.—Valoración de las relaciones mantenidas por el centro con otros establecimientos médico sanitario oficiales o no.

¿Qué duda cabe de las posibilidades de ampliación de tal encuestra? Ninguna. De igual suerte que nadie puede discutir la conveniencia, mejor dicho, la necesidad de que cada centro terapéutico rinda cuenta de su labor, de la calidad de sus servicios. De donde se desprende la necesidad de un standard estadístico internacional. Pero mientras surge —antes o después, surgirá— corresponde a todo dirigente nosocomial la elaboración de "su" propia encuesta, si es que ha de conocer "al dedillo" sus tareas del año que ahora comienza.

GRANDEZAS DE LA "PROFESION LIBERAL"

Hasta hace una treintena de años, ejercer la Medicina implicaba una comodidad económica, por lo menos relativa. Otros veinte años atras sucedía igualmente con cualquier otra de las profesiones que se calificaban de "liberales" condensando en tal palabra su apariencia independiente y el carácter muy personal que caracterizaba las actividades de quienes practicaban tales profesiones. Sin duda los médicos han sido los últimos en percibir, mejor dicho, en "sentir" que la independencia de su "profesión liberal" no era otra cosa que el reflejo natural de la fase del desarrollo económico que atravesaba, por entonces, el mundo. A medida que tal fase periclitaba iba terminando la "libertad" de muchos otros profesionales y es así como todos podemos recordar de que suerte, cuando aun ejercer la medicina garantizaba *siempre* la holgura financiera necesaria para un vivir sin agobios, ya otros —abogados, licenciados en Filosofía, en Historia, etc,. palpaban la estafa de un título que no permitía su sustento.

Sin embargo, la inmensa mayoría de nosotros no ha sabido todavía sacar las deducciones lógicas y, en consecuencia, orientarse hacia una nueva organización del ejercicio profesional. Todavía vivimos mirando a quienes a fuerza de circunstancias, personales, o no, están lejos de la crisis que afecta a los demás: miramos a ellos y cada uno piensa en que puede igual suceder con él y que los difíciles momentos que ahora atraviesa son malos períodos a vencer, tras los cuales se encontrara en postura semejante a los colegas contemplados. Esta manera de reaccionar, que no es reflexiva, es la base de actitudes opuestas a la reorganización adoptadas por buen número de profesionales sin nada a perder en tal nueva estructura y con todo perdido en el sistema que defienden. No es que estén ciegos; es que no miran en derredor y sí a luminarias muy elevadas.

Ahora bien, quieras o no, hay que ir cediendo posiciones. Se podrá comprender o nó porque existe esa "inestabilidad económica" de que hablan quienes no desean explicar sus causas. Pero lo que no puede hacerse es negar su existencia. No puede negarse que actualmente muchos médicos viejos, después de haber ejercido largos años, después de un trabajo que antes les hubiera garantizado una vejez tranquila, deben hoy seguir trabajando —¡y en que condiciones!— No puede negarse que, mientras antes era factible descansar, no era preciso angustiarse imaginando un largo periodo de incapacidad, etc., hoy —un hoy que viene durando ya décadas— la sombra de tal posibilidad obscurece todos los hogares médicos.

De ahí que haya sido necesario "organizarse contra los riesgos sociales", poseer una garantía que proteja al individuo de las exigencias que la actual estructura social tiene con él en momentos en que no puede cumplirlas. Y si buscásemos que fuera la propia sociedad, o el Estado representativo de la misma, quien proporcionara la garantía en cuestión, sería tanto como confesar que la pretendida independencia no existe. De ahí, también, que las "profesiones liberales", en nuestro caso los médicos, comenzasen ya años atrás a constituir Cajas de Socorro, organizaciones corporativas de defensa, etc., etc. Estructuras que en su iniciación han sido siempre propias, es decir, sostenidas integramente por los asociados, pero que ahora, y cada vez más, —ante su impotencia— van pasando a ser mixtas, a contar con colaboraciones estatales, comunales.

En el número XXV (fascículo II) de la "Collection Droit Social" que publica la "Librairie Sociales et Economique" de París, se ha ocupado recientemente *J. Chardeau* de las llamadas "Cargas sociales en las profesiones liberales". De su artículo tomamos los siguientes datos que se refieren a los médicos fraceses y los entregamos a la consideración de todos, médicos y profanos.

Todos los profesionales de la Medicina —médicos, dentistas, farmacéuticos, herboristas, veterinarios, enfermeras— están agrupados en una sola Caja de Compensación, dividida en dos secciones: una, la más importante, para los supuestos "trabajadores independientes", otra, que pudieramos llamar "patronal" que abarca a los médicos que sostienen un personal asalariado. La Caja asegura la colecta de cotizaciones, el pago de las contribuciones estatales, la inversión de los fondos reunidos.

El Estado aporta una pequeña suma en calidad de compensación por el hecho de que la cifra media de hijos para las familias de médicos es un poco superior a la considerada como "media general" de la familia francesa. Es decir, la aportación estatal es consecuencia del apoyo a la familia numerosa; la propia calidad profesional no tiene nada que ver con tal subvención.

Son los propios adheridos quienes soportan la mayoría aplastante de las finanzas de la Caja. A tal fin, los médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios han de satisfacer, cada uno, el 12% de la cantidad considerada como salario medio de la región, mejor dicho, de la provincia donde ejercen. Las enfermeras, comadronas, etc., pagan solamente el 6%. Los miembros que tienen más de 70 años, están exentos de pago. Quienes cuentan con más de 4 hijos gozan de una bonificación. Los que ganan menos del ci-

tado salario medio han de satisfacer sólo la mitad de la cuota. Pero en cuanto ese salario es alcanzado o sobrepasado se paga igual, sean cualesquiera los ingresos. 2

Pues bien, después de tener que satisfacer semejante carga económica, la Caja no ha podido todavía organizar un régimen de retiro profesional, ni proporcionar verdadera ayuda a los necesitados, ni colaborar en los gastos iniciales —cada día mayores— de un nuevo profesional que desea instalarse. Eso sí, la Caja tiene una salida semestral —hacia las arcas estatales en su mayor parte— de VEINTISIETE MILLONES Y MEDIO DE FRANCOS. ¿En que medida revierten a los profesionales de la Medicina? No hay manera alguna de concretarlo y esa inconcreción se parece mucho a la necesidad de cubrir que no hay reversión valorable. En cambio, los empleados, los obreros, cuentan con la protección del Seguro Social, del Paro Forzoso, etc., etc. Sin duda, ¡ventajas de pertenecer a una profesión "independiente"!

En los últimos meses, los médicos franceses han ideado un proceder para obtener fondos de ayuda y solidaridad. Cada certificado que entregan lleva la sobrecarga de un timbre "fiscal" de 5 o de 10 francos, los cuales son pagados por el enfermo o persona interesada, SI ES QUE LA EXTENSION DEL CERTIFICADO NO DEVENGA DERECHOS al médico que lo extiende. Si el médico recibe alguna cantidad por extender el certificado en cuestión, ah¡, entonces DEBE PAGAR EL. De tal suerte, en menos de un año, han conseguido reunir cerca de ocho millones de francos con los que ha comenzado a organizarse un socorro a los médicos ancianos y una ayuda (entre 10.000 y 14.000 francos) a los profesionales que vieron destruidas sus instalaciones durante la guerra y han de reconstruir su despacho, su clínica.

Se dirá: pero, ¿porqué no han organizado el Retiro Médico? Muy sencillo. Porque no hay dinero sino para entregar, al fallecimiento de cada asociado, una cantidad que ahora no sirve ni para sufragar el sepelio. Que tal hecho no es privativo de Francia lo saben, uno por uno, todos los profesionales médicos de cualquier país. Luego, ¿hasta donde conviene hay la "independencia" de nuestra "liberalisima" profesión? Y, sobre todo, ¿a quién conviene?

C. D. F.

INCOMPATIBILIDAD DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA CON CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Una muestra —¡todavía!— de lo muy poquito que nos ocupamos los médicos de cuanto sucede con referencia a la profesión la tenemos en la escasísima o nula difusión que tuvo y tiene una medida tomada por el Consejo de Estado de Francia hace poco más de un año. Dicha institución gubernamental —suprema ley en jurisprudencia legal, en interpretación de disposiciones, reglamentos, etc., etc.— dictó en el mismo día 4 de Mayo de 1945, dos fallos de idéntica doctrina, determinando así un principio normativo en cuanto a los derechos y deberes de la profesión médica.

En los dos casos, la esencia era la misma. aparte de su ejercicio con la clientela privada, un médico tenía otra ocupación. El Dr. Bureau, ejercía la profesión en St. Bonnet-le-Chateau y, al mismo tiempo, explotaba una oficina de farmacia; una botica. El Dr. Klotz, médico ortopedista, era propietario de una empresa comercial que vendía aparatos ortopédicos y prótesis en las mismas condiciones que las empresas similares.

Al primero, el Director Regional de Salubridad y Asistencia le conminó para que eligiese entre una de las dos ocupaciones: ejercicio de la medicina o prestación de servicios en la farmacia. Al segundo, le fué negada la inscripción necesaria para la práctica legal, por el Consejo Nacional de la Orden de los Médicos. —El motivo alegado en uno y otro caso, fué el mismo: el ejercicio de la medicina es incompatible con cualquier otra clase de actividades, incluyendo las farmacéuticas, comerciales, etc., etc.

Ambos interesados apelaron; el uno de la comunicación, el otro de la repulsa recibida por su instancia de inscripción legal.

Y, en la fecha citada, el Consejo de Estado rechazó las apelaciones de ambos médicos, fallando que, en efecto, quién ejerce la medicina no puede dedicarse a otros trabajos y, menos a los farmacéuticos y sanitario-comerciales, so pena de rebajar la dignidad de la profesión médica y faltar, en consecuencia, a las reglas de la moralidad profesional.

El acuerdo tomado, afecta también a los restantes profesionales de la medicina: comadronas, practicantes, dentistas.

Y, logicamente, es de suponer que la incompatibilidad se extienda hasta los profesionales dueños de sanatorios, clínicas, balmearios, etc.; ¡quien sabe! posiblemente, abarcara, inclusive, a los médicos que participen con un tanto por ciento en los beneficios de los propietarios de establecimientos de curación.

No hay duda de que la medida obedece a propósitos encomiables. Pero convendremos en que la dignidad profesional no puede mantenerse a base de perjuicios económicos discriminativos. Santo y bueno que el médico no tenga una participación en los beneficios de quienes explotan los centros de tratamiento e incluso en que estos

—incluyendo las farmacias y comercios de material sanitario, los laboratorios, etc.— no les pertenezcan. Sí, conformes para que sigamos "guardando las formas " del *sagrado sacerdocio*. Pero será necesario darles la debida base económica compensadora de semejantes renuncias. En otro caso, y en virtud de ciertas exigencias de la naturaleza (desde luego altamente prosaicas) cada vez habrá más médicos que se vayan cansando de sentarse en la mesa del comedor familiar con muchísima dignidad profesional y de levantarse con la misma dignidad pero con más hambre.

¡Ah! Conste, que quien esto escribe no puede, ni pudo nunca, ser afectado por disposiciones similares. Lo que sucede es, por un lado, que nunca concibió el martirologio cual virtud profesional y por otro lado, el principal, que ha visto como se construye una sociedad sin sacrificar a ninguno de sus miembros.

VALORACION DE LA CAPACIDAD Y APTITUDES DEL MEDICO NORTEAMERICANO

No hace mucho tiempo hubiera resultado ofensivo —por lo menos para la mayoría de los profesionales médicos— exponer "publicamente" que un título no era igual a otro; más claro, que el hecho de haber conseguido licenciarse en una Facultad de Medicina no autorizaba acometer cuantas tareas y trabajos médicos se presentasen. Hoy, cada día surgen más y más exigencias de que se marquen las competencias de cada profesional, lo que su habilidad y conocimientos le permite realizar. En una palabra, que se valore a cada uno sin quedar entregados —cual antes— a más grave, a la exactitud que él mismo sobre sus la propia conciencia del individuo y, lo que es aptitudes, sus posibilidades.

Dos meses atrás, *R. Yaw*, Director de uno de los más principales Hospitales de Michigan (E. U.) ha comunicado el sistema de clasificación individual utilizado en sus servicios. Cabeza de la documentación personal de cada médico es una tarjeta donde consta lo que le está permitido al profesional, lo que se le puede confiar, de acuerdo a su historial, al trabajo que ha estado realizando, etc., etc.

Pero para llegar a una clasificación uniforme ha sido necesario previamente sistematizar en distintos grupos las actividades tanto diagnósticas como terapéuticas, por lo menos las de mayor frecuencia de presentación. Y, justamente, la finalidad de estas columnas es transcribir la sistematización de referencia, pues del tema de fondo no hemos de ocuparnos por ahora.

Se han clasificado las tareas diagnósticas y de tratamiento de cada gran rama médica en tres categorías. Una —que llamaremos *minima*— abarcando aquellas que no encierran peligro pala la vida del paciente ni suelen presentar complicaciones de importancia. Otra —intermedia — que rara vez puede implicar riesgo vital. La última —denominada *máxima*— en la que se incluyen las tareas médicas en pacientes con procesos graves.

Pues bien, he aquí los dos primeros grupos dentro de cada especialidad: (*)

No sabemos que juicio y comentarios tendrán nuestros lectores. En cuanto a nosotros... la verdad, se nos antoja la sistematización descrita demasiado rigida. Una de dos, o su autor protende "curarse en salud (en Norteamérica, los Directores de los Hospitales son responsables del trabajo de cada facultatico), no arriesgar absolutamente nada su confianza, o bien tiene un juicio bastante pobre sobre los compañeros médicos a quienes relega a la práctica exclusiva de las categorías mínimas en cada rama. Uds. ¿qué creen?

(*) Queda claro que las entidades nosológicas y procesos no incluidos en esas dos primeras categorías, constituyen la tercera.

MEDICINA

	INTERNA	PEDIATRIA	NEUROLOGIA	DERMATOLOGIA
Mínima	—Infecciones agudas leves del aparato respiratorio. —Artritis crónica.	—Infecciones agudas respiratorias leves.	—Neuritis —Neuralgia	—Acne —Escabiosis —Dermatitis venenata.
Intermedia	—Transfusión. —Diabetes leve. —Ulcera duodenal no complicada. —Colecistitis crónica. —Cardíacos simples	—Cardiacos simples —Ictericia catarral —Diabetes leve	—Herpez Zoster	—Ulcera varicosa.

CIRUGIA

	GENERAL	TRAUMATICA RECONSTRUCTIVA	ORTOPEDICA
Mínima	—Circuncisión —Transfusión —Abcesos —Pequeña cirugía	—Laceraciones (excepto faciales) —Quemaduras en primer grado	—Dislocaciones de articulaciones pequeñas
Intermedia	—Amputaciones mínimas —Suturas tendinosas —Hemerroidectomía —Fístula de ano —Ulcera varicosa —Ligadura de la vena safena —Saturas de nervios	—Laceraciones graves requiriendo suturas nerviosas o tendinosas —Iujertos cutáneos	—Fracturas simples: Clavículas Colles

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

	OTORINOLARINGOLOGIA	OFTALMOLOGIA	UROLOGIA	ANESTESIA
Mínima	————	—Orzuelo	————	—Local
Intermedia	————	————	—Hidrocele	————

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

	OBSTETRICIA	GINECOLOGIA
Mínima	—Casos simples —Forces simples —Circuncisión —Episiotomía	—Vaginitis —Cervicitis —Bartolinitis —Cauterizaciones servicales
Intermedia	————	—Inflamaciones de la pelvis —Traqueloragía

VI

Medicina y Sanidad en Europa

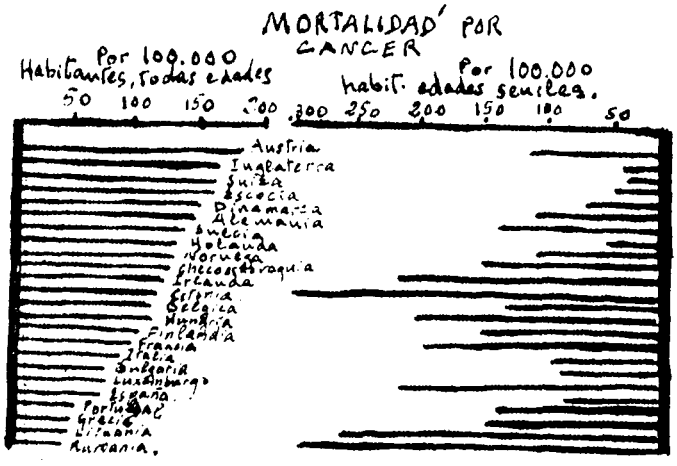
La presente sección —que alternará con la de MEDICOS Y HOSPITALES MEXICANOS— tiende a esquematizar la situación sanitaria del continente Europeo tanto como a informar brevemente sobre reformas, investigaciones, reuniones médicas y dar a conocer o recordar los principales centros Médico-Sanitarios de los distintos países europeos.

La falta del espacio necesario obligará casi siempre a concretar a sesumir mucho las informaciones. Por ello deseamos hacer constar que si algún lector se interesa por cualquier aspecto de los que aquí se traten y desea más amplios datos, puede dirigirse a la REVISTA MEDICA demandándolos. En la medida de nuestras fuerzas, siempre le atenderemos.

MORTALIDAD POR CANCER EN EUROPA

Los datos resumidos en el mapa y diagrama insertos, son los últimos oficialmente publicados, que pueden valorarse sin temor de que hayan sufrido originariamente serias deformaciones. En efecto, las estadísticas que durante la guerra han sido publicadas por los Gobiernos de todos los Países Europeos padecen los siguientes graves defectos (que las inutilizan prácticamente):

a) Están confeccionadas bajo la directriz de elevar la propia moral bélica o disminuir la de los contrarios.
b) No tienen en cuenta, conscientemente, los cambios de población habidos por múltiples causas (éxodos, traslados forzados, etc.).
c) No incluyen los datos correspondientes a quienes se hallaban prestando servicio militar, caso en el que se encontraba la inmensa mayoría de la población —de ambos sexos— entre 18 y 50 años.



Los datos que utilizamos figuran en el folleto de H. R. Schinz, S. Rosin y A. Senti, "Die neueste Entwicklung der Krebssterblichkeit in Zurich. Zuercher statistiche Nachrichten" (Zurich, 1945) publicación interesantísima y que paulatinamente iremos aprovechando.

* * *

RESULTADOS CIENTIFICOS DEL TRABAJO DE LOS LLAMADOS "CENTROS DE EXPERIMENTACION SOBRE EL HOMBRE" MANTENIDOS POR LOS MEDICOS FASCISTAS ALEMANES EN LOS CAMPOS DE CONCENTRACION

Diversos periódicos médicos europeos, están publicando artículos sobre el tema que encabeza estas líneas. Escritos, casi siempre, por colegas que fueron víctimas de tales campos de concentración, se distinguen por la objetividad de sus descripciones, objetividad que incluso resta detalles que fácilmente podrían agregar, pero de los que no tienen documentación. Generalmente, los artículos comunican los resul-

CALCIOTERAPIA "MYN"

AL GLUCONATO DE CALCIO

POR VIA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA

Gluco - Myn al 10%

Reg. Nº 17904. D. S. P.

	Ampulas de 5 c.c.	y de 10 c.c.
Gluconato de calcio q. p.	0.50 gr.	1 gr.
Agua bidestilada c. b. para	5 c.c.	10 c.c.

Calcio Vita - Myn D

Reg. Nº 23587. D. S. P.

Gluconato de calcio	1 gr.
Vitamina D (Calciferol)	1,000 U. I.
Agua bidestilada c. b. para	10 c.c.

Calcio Vita - Myn D

—INFANTIL—

Reg. Nº 23676. D. S. P.

Gluconato de calcio	0.50 gr.
Vitamina D (Calciferol)	500 U. I.
Agua bidestilada c. b. para	5 c.c.

AL CLORURO DE CALCIO

POR VIA INTRAVENOSA EXCLUSIVAMENTE

Arseno - Calcio Myn

Reg. Nº 26020. D. S. P.

Cloruro de calcio	0.50 gr.
Cacodilato de sodio	0.25 gr.
Agua bidestilada c. b. para	10 c.c.

Solusión Myn Guayacolada

Reg. Nº 1217. D. S. P.

EN CAJAS DE 6 AMPULAS

	Ampulas A de 10 c.c.	y de 20 c.c.
Amp. A.—Cloruro de calcio ..	0.625 gr.	1.25 gr.
Agua bidestilada c. b. para	10 c.c.	20 c.c.
Amp. B.—Cacodilato de guay.	0.05 gr.	0.05 gr.
Agua bidestilada c. b. para	2 c.c.	2 c.c.

LABORATORIOS "MYN"

AV. COYOACAN, 1707.—MEXICO, D. F.

OPTICA "IRIS" S. A.

Isabel la Católica No. 22
(Frente a la Iglesia de la Profesa)

Tel. Eric. 18-33-14 México, D. F.

★

APARATOS PARA SORDERA
WESTERN ELECTRIC

★

SUCURSALES:

CELAYA, Gto.
Corregidora 3

TORREON, Coah.
Hidalgo y Treviño

AZOCLORAMIDA

(N-N.-dicloroazocarbonamidina)

Regs. Nos. 28200 y 27992 S. S. A.

El antiséptico más moderno, más rico en cloro (77.3% y menos irritante para los tejidos.

Profilaxia y tratamiento de infecciones quirúrgicas externas.

Presentación:

Frasco de 20 tabletas.

Frasco de 1000 tableas.

Frasco de 60, 115 ó 3,785 c.c.

de solusión en triacetina.

Fabricado por Wallace and Tiernan, Belleville, N. J. U. S. A.

Importado por Ingram Laboratorios de México, S. de R. L.

EZEQUIEL MONTES, 99. MEXICO, D. F.

S U P L I C A :

1. No olvide que medio millón de tuberculosos esperan su ayuda.

2. Olvide momentáneamente diferencias y problemas personales; desentiéndase de egoísmos y demuestre una vez más su noble interés por el sufrimiento humano: ayude hoy mismo a miles de niños tuberculosos mexicanos.

3. Apártese unos minutos de sus ocupaciones del día y envíenos desde luego un peso, dos, veinte, cualquier suma, a cambio de *Timbres Antituberculosos* de cinco centavos. Su óbolo, lo requiere imperiosamente una causa nacional profundamente humanitaria: La Cruzada Antituberculosa.

4. Haga una obra buena, en verdad piadosa. No olvide que la salud es la mejor riqueza del hombre; defienda la de los demás y así protegerá la suya.

5. Coopere generosamente a esta gran cruzada y recuerde que la ayuda que hoy reciben los niños tuberculosos, mañana se convertirá en un beneficio más para la Patria.

COMITE NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

OFICINA DEL TIMBRE ANTITUBERCULOSO

BALDERAS N° 32-312. MEXICO, D. F.

Teléfonos: 18-29-74; L-99-60

tados que pueden deducirse del estudio de aquellos "protocolos de trabajo" que incidentalmente fueron salvados de la destrucción total ordenada por el Mando Fascista para que se realizase en cada campo cuando las tropas aliadas estuviesen a punto de liberar a éstos.

He aquí dos de los últimos trabajos publicados:

Uno:

EL TIFUS EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE CONCENTRACION DE BUCHENWALD

En los campos de concentración nazis, los S. S. habían organizado "centros de experimentación sobre el hombre" dependiendo todos del Instituto de Higiene de las Tropas S.S. sito en Berlín y dirigido por el prof. *Mrugowski*. Cada uno de los centros de experimentación estaba dirigido por un médico S. S.

En Buchenwald el centro experimental estaba dedicado a investigaciones sobre el tifus exantemático. Contaba con un servicio clínico, en el centro del gran campo; al edificio, protegido con una doble alambrada no se podía entrar sin autorización personal del jefe. Comprendía 4 salas y su decorado e instalación eran los de una clínica lujosa. 90 camas bien barnizadas y con ropas cuidadosamente limpias, colchas coquetonas, visillos en combinación blanco azulada.

El personal, muy numeroso, se hallaba sometido a una disciplina severa que prácticamente les convertía en enclaustrados dentro del servicio. En su mayoría estaba constituído por antiguos enfermos y la severidad del régimen disciplinario se compensaba por una alimentación muy rica y variada. Aparte de la ración común del campo, se administraba diariamente leche (medio litro) 50 grm. de mantequilla, pan blanco, un huevo, mermelada o miel artificial, azúcar, pastas, dulces. En una palabra, todo lo que en el campo de concentración constituía un sueño. Io mismo pasaba con los medicamentos. Mientras en el campo las medicinas más simples faltaban, en el pabellón experimental existían millares de ampollas de todos tipo y decenas de millares de comprimidos de todas clases; tónicos cardíacos y circulatorios, sedantes, opiaceos, codeína, compuestos sulfonamídicos, suero glucosado.

El Jefe superior del Centro era un gran dignatario de los S. S., el Dr. *Schuler-Ding*, Director del Instituto de Higiene que abarcaba desde laboratorios de diagnóstico hasta un centro de fabricación de vacuna antitífica utilizada por las tropas alemanas. Pero *Schuler-Ding* apenas si acudía por la clínica, limitándose a dar las directivas de experimentación al verdadero jefe de pabellón: un detenido, *Arturo Dietz*, que ni siquiera era médico sino un antiguo sub-oficial. Este era quien examinaba a los enfermos, quien les auscultaba, quien prescribía los tratamientos. Hasta marzo de 1945 no entró en el pabellón ni uno de los diversos médicos, de distintas nacionalidades, que estaban detenidos en el campo. Para aquella fecha se consintió que uno de los autores del presente artículo pudiera examinar de cuando en cuando a los enfermos. ¡No dejaban de ser curiosas las consultas de *Dietz* que, por otra parte, era el consultante obligado en cuanto relacionado con el tifus exntemático se planteaba en el campo. Y su palabra era ley para todo el mundo, incluyendo los verdaderos médicos y sin exceptuar el prof. *Charles Richet* (*) uno de las personalidades detenidas.

Dietz era también quien practicaba las inoculaciones de tifus de hombre a hombre. Sangre tomada de un enfermo, casi siempre al quinto día de enfermedad, era inyectada por vía intravenosa o subcutánea. *Dietz* calificaba de "Kaninchen" (conejos) a los detenidos que elegía para su experimentación entre tres categorías de presos:

a) Castigados por delitos comunes. Justamente entre los que supervivían era donde *Dietz* iba escogiendo quienes habían de cubrir las vacantes habidas en su personal de enfermeros practicantes.
b) Detenidos por su filiación política que se ofrecían voluntarios, sabiendo perfectamente el grave riesgo que corrían y pensando qua la muerte era una liberación y que, si se escapaba con vida, se permanecía tres meses en el pabellón, sin trabajar y con abundante ración alimenticia.
c) Detenidos políticos que no se ofrecían voluntarios pero a los que se deseaba torturar.

Las víctimas escogidas eran convocadas por los altavoces del campo, bien a las puertas del mismo, bien delante de la enfermería y de allí conducidas al pabellón citado.

El trabajo experimental tenía dos finalidades: conservar las razas contagiantes y las verdaderas experiencias sobre temas tales como: duración del período de incubación, importancia de la dosis infectante y de la puerta de entrada, rapidez de aparición y factores influyentes sobre el índice de positividad de la reacción de *Weil-Félix*, curva de aglutinaciones para-específicas, acción de ciertos medicamentos, preferentemente de los preparados por "Bayer".

Cuando el campo fué liberado se preparaba una experiencia en gran cantidad de sujetos sobre el valor del suero de convalecientes.

(*) Se recordará que se trata de uno de los más sabios investigadores europeos.

La conservación de las materias infectantes se hacía mediante la práctica de múltiples inoculaciones a cada persona: en ocasiones se inoculaba hasta 25-30 veces. Un mismo material se inoculaba siempre a dos personas y cuando éstas enfermaban, al quinto día, se hacían las correspondientes tomas de sangre para inocular los conejos de Indias que eran el punto de partida de la vacuna a que nos hemos referido.

Se conocen los datos sobre poco más de 950 personas inoculadas. Los trabajos prosiguieron hasta el mismo día —11 de abril de 1945— en que fué liberado el campo. Se poseen numerosos fe antes citado. Sin embargo, la documentación protocolos todos ellos firmados por el médico je-experimental, los resúmenes, etc., fué destruida antes de la llegada de las tropas americanas libertadoras.

Sólo han quedado datos completos sobre 14 casos. De ellos se deduce:

1º—Es constante la contaminación con sangre tomada de un tífico al quinto día de enfermedad e inoculada subcutáneamente o por vía endovenosa.

2º—El período de incubación varía entre seis y dieciocho días. Tomar la cifra media —diez días— den una idea falsa de los fenómenos observados. En realidad hay dos grupos; uno, el de los inoculados por vía subcutánea (excepcionalmente hay un caso inoculado por vía intravenosa) en el que la incubación dura de catorce a dieciocho días y otro, inoculado endovenosamente, en el que la incubación dura de seis a nueve días, con una media de siete; exactamente la mitad que en el primer grupo.

A veces, al octavo o undécimo día de inoculación, hay un día con fiebre, sin ningún otro síntoma.

3º—El exantema aparece al tercer día —a veces al primero— de haber comenzado la enfermedad y llega a su acmé sobre el quinto día, convirtiéndose en hemorrágico del sexto al décimo; suele ser masivo y generalizada.

La encefalitis es casi la regla (doce veces de catorce) y debe considerarse un síntoma y no una complicación.

4º—El pronóstico es muy grave. De cada 10 inoculaciones intravenosas, mueren nueve. Y una de cada cuatro subcutáneas. La muerte sobreviene más corrientemente entre el séptimo y treceavo día.

5º—El índice de aglutinación del Proteus o x 19 es muy variable. Generalmente alcanza su máximo del octavo al décimo día de enfermedad.

* * *

Para conseguir esos resultados infimos y despreciables, logrados además experimentando sin rigor científico con personal escasamente competente, han sido sacrificadas un millar de personas. A igual conclusión se llega revisando las consecuencias de los restantes centros de experimentación sobre el hombre.

Como era lógico, tanto en tales centros como en los campos de concentración que les albergaban, se ha afirmado una de las características del fascismo: el desprecio y la negación total de la persona humana.

R. Waïtz y M. Ciepielowski.
Press Medicale.—Pág. 332-1946.

Otro:

SUR L'HYPOTHERMIE CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ LES HOMMES

M. Rosentiel

Etat Major General de la Marine.

El autor da un breve resumen histórico sobre experimientos llevados a cabo en este terreno con animales.

Desde el famoso experimento de Pasteur con el pollo enfriado, no se han verificado muchos ensayos sobre los efectoso de la hipotermia local o general.

En los casos de hemoglobina paroxi-éstica q nefritis producidos por "resfriado" deben de ser otros factores que los que actuan sobre estos órganos bien protegidos; debe admitirse un mecanismo más lejano como causante de los trastornos.

Las graves afecciones locales, las heladuras de las extremidades, etc., tienen un cuadro clínico muy distinto y bien conocido.

En el curso de esta guerra, después de catástrofes masivas, en aguas heladas, los rescatados sobrevivieron sólo de 20 a 90 minutos a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos. Las experiencias durante la campaña invernal en Rusia son análogas.

Por encargo de la "Kriesgsmarine, Werhmacht y Luftwaffe" (Marina de guerra, fuerzas de tierra y aire) un cierto grupo de médicos alemanes estudió los efectos de hipotermia no sólo con animales sino también con hombres y recluidos en campos de concentración. Figuran en la lista de los 324 médicos alemanes acusados de haber participado en experimentos "científicos" con deportados del campo de concentración de *Ravensbruck* el prof.

Holzloehner y los capitanes médicos *Rascher* y *Finke*. El proceso contra estos criminales de guerra ha empezado a principio del mes de diciembre.

En la bibliografía citada por el autor se encuenta un trabajo de los citados médicos alemanes titulada "Investigaciones experimentales sobre hipotermia provocada en el hombre. Informe muy confidencial, 1942".

En la primera parte del trabajo el autor describe las "aquisiciones recientes sobre la regulación térmica":

Un individuo sano se adapta sin daño a temperaturas que varían entre 100 grados más o menos. Este fenómeno se debe a una temperatura constante de los órganos internos y al mantenimiento de los órganos periféricos sobre una temperatura no crítica.

Las heladuras locales no se deben a trastornos de los nervios o de la circulación sino a efectos perjudiciales por transformación del metabolismo local.

En la regulación de la temperatura concurren todos los órganos teniendo algunos un efecto decisivo. Está dominado el metabolismo local por las secreciones de ciertas glándulas como la tireoidea, el páncreas, la substancia cortico-suprarrenal las cuales se encuentran bajo el control del sistema nervioso el cual está en íntimo enlace con el aparato de defensa y adaptación que presenta la piel.

Otras observaciones por experimentos con animales:

Dejando correr un aire frío sobre la zona del trigémino de un perro, se observa después de un estado de latencia bastante corto un aumento de circulación en la Vena Cava Superior como efecto de un reflejo saliendo de las partes sensibles del trigémino, media protectora para los órganos sensibles de la base del cráneo, mientras que la nuca no disponiendo de estos medios es una región altamente vulnerable.

La masa sanguínea obedece a la tendencia de desplazarse de la periferia hasta los órganos profundos. Si se prolonga más el enfrío de una parte periférica la vaso constricción puede alternar con una vaso dilatación existiendo una verdadera competencia entre las necesidades locales de los tejidos periféricos y las necesidades térmicas generales del organismo. Hecho importante:

No pueden descongestionarse estas zonas hiperemisadas por la Adrenalina.

En la autopsia se encuentran las lesiones típicas de anoxemia:

Desaparición de la glucosa en el músculo, lesiones de la substancia supra-cortico-renal y sangre venosa arterializada, fenómeno paradójico que se explica por la imposibilidad de aprovecharse del oxígeno ofrecido por dos razones:

1) Diminución de los fermentos respiratorios bajo el efecto de la baja de la temperatura.
2) El oxígeno tiene la tendencia de fijarse más a la hemoglobina dificultando así la disociabilidad de la oxihemoglobina.

En resumen: Los tejidos enfriados a partir de 32 grados escasean de oxígeno aunque las arterias y venas esten bien oxigenadas. El metabolismo del tejido tiene la característica de anoxia la cual es la causa de las lesiones duraderas.

Segunda parte:

Investigaciones experimentales sobre la hipotermia en el hombre.

Fueron sometidos a estos experimentos personas en buen y mal estado de alimentación y tanto jóvenes como personas de edad avanzada. Se hizo un tiraje entre individuos resistentes al frío y riaciones.

Los hombres que sirvieron de cobayas fueron sumergidos en una amplia tina de agua cuya temperatura era sostenida constantemente a 2 grados sobre 0, algunos desnudos, otros vestidos de aviador. La temperatura se controlaba con agujas termoeléctricas hipodérmicas de manera contínua. Se hicieron minuciosos exámenes de sangre, orina y líquido cefalo-raquídeo. Algunos fueron sometidos a anestecia antes de efectuar el procedimiento.

Fenómenos clínicos: Estando el sujeto en estado de narcosis se despierta con movimientos de defensa que toman un carácter muy vivo si la nuca está sumergida.

Estos movimientos cesan al cabo de 5 minutos para dar lugar a una rigidez muscular interrumpida por sobresaltos.

Experimentando con individuos no anestesiados se observa al principio un escalofrío "solemne". Los demás síntomas se presentan en la escala siguiente: Intenso dolor en la nuca si está sumergida, desaparición del dolor con rigidéz progresiva de la musculatura y convulsiones, al mismo tiempo, trastornos respiratorios sobre todo en la expiración, espuma de color rosa en los orificios de la naríz, la temperatura baja a 32 grados, pérdida del conocimiento, dilatación de las pupilas, reducción de los reflejos, mirada fija y angustiosa dirigida por arriba.

Los trastornos cardíacos son constantes: Taquicárdia y a partir de 30 grados irregularidad con tipo lento y rápido, alternandose los dos tipos. Es de mal pronóstico el tipo lento, indicador del desenlace próximo.

En una temperatura de 2 grados se necesitan 70 a 80 minutos para conseguir una temperatura central de 30 grados mientras que la temperatura

de la piel ya llega a 19 grados a cabo de 5 minutos después de la inmersión. Con la nuca sumergida los síntomas se precipitan.

La tensión del líquido cefalo-raquídeo llega a veces hasta 300 mm. de mercurio.

Sangre: Aumento de glóbulos blancos y rojos. Aumento de la hemoglobina en un 20%. Crece la glucosa sanguínea.

Edema cerebral.

Medidas del restablecimiento:

Después de la salida del baño frío la temperatura central desciende de 4 a 5 grados a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos (corrientes sanguínea de los órganos profundos hacia la periferia).

No tiene ningún valor la mediación farmacológica, mas bien está es contraindicada.

La única salvación posible consiste en inmersión inmediata en un baño a 50 grados que no debe prolongarse más de 10 minutos, con la aplicación seguida de fuertes masajes; punción lumbar si existe bradicardia.

Mecanismo de la muerte por hipotermia:

El fallecimiento se debe unicamente a deficiencia cardiaca. El origen de esta se explica por aumento de la viscosidad sanguínea, constricción de los vasos sanguíneos, hipodonamia del corazón resfriado y alteraciones químicas de la sangre.

Según el autor la participación del sistema nervioso central en la muerte es secundaria.

Los estudios practicados con hombres no aportan ningún resultado científico que no hubiera sido conocido antes por experimentos con animales.

Extractado por el Dr. *Strauss Schuravlov* de LA PRESSE MEDICALE, Abril 1946.

A estos dos artículos queremos añadir, para terminar de una vez todo cuanto se relaciona con tema tan deshonroso para la profesión médica, la ENUMERACION COMPLETA DE LOS DIVERSOS EXPERIMENTOS EFECTUADOS POR LOS FASCISTAS ALEMANES.

1.—Provocación del tifus exantemático en individuos no inmunizados.

2.—Introducción de bacilos tuberculosos vivos en la traquea.

3.—Provocación, con agentes fosforados, de amplias quemaduras cutáneas para ensayar distintos remedios.

4.—Sección o extirpación de mayor o menor cantidad de los ligamentos musculo-articulares, para observar de que suerte se afectaba el juego de las correspondientes articulaciones.

5.—Extirpación de mayores o menores cantidades de hueso para comprobar hasta que punto puede suprimirse tejido óseo sin que la función padezca *excesivamente.* Esta "experiencia" se realizaba en dos modalidades: una, extirpación de trozos longitudinales, de tibia, peroné y femur comprobado así cuando se suprimía la función de sosten vertical. Otra, en que se extirpaban trozos enteros de distintos huesos tanto largos como planos.

6.—Transplantación de tejidos distintos a zonas del cuerpo muy diferentes. Con la particularidad de que se preferían aquellas transplantaciones que en la vida normal no pueden utilizarse. Así, p. e. se transplantaban e injertaban grandes trozos de cuero cabelludo... a la nariz.

7.—Inoculaciones, por demás de múltiples tipos, de gérmenes virulentos, incluyendo bacilos de heridas gangrenosas y gérmenes previamente exaltados en su virulencia, en distintos lugares del cuerpo, muy particularmente en los músculos de las piernas, ya que en esta zona era más fácil añadir, en distintos momentos del desarrollo de la infección experimental, o traumatismos o isquemias de mayor o menor grado. "Ensayos" que tenían por objeto probar los porcentajes de curaciones espontáneas, las acciones de distintos preparadoh quimioterápicos y de las intervenciones quirúrgicas.

8.—Pruebas de resistencia a la hipotermia experimental, bien a "frío seco, bien a frío humedo". Observar en que momento surgían congelaciones y cuando eran estas mortales.

9.—Pruebas de resistencia del útero y de frecuencia de peritonitis en las rupturas provocadas del mismo.

10.—Fecundación articifial seguida de aborto en distintas semanas.

11.—Ensayos de aumentar el índice procreador femenino a base de realizar copulaciones, fecundaciones y ovulaciones múltiples.

12.—Estudios para llegar a obtener un método que pudiera esterilizar a mayor o menor cantidad de personas, SIN QUE ELLAS SE DIERAN CUENTA "para que ese comportamiento no fuera utilizado por la malevola propaganda comunista y judía, enemiga del Reich".

Al cabo de los ensayos previos, quedaron seleccionados tres procederes, cuyas pruebas definitivas se estudiaban en todas sus modalidades (porcentaje de fracasos y causa de los mismos, "rendimiento" que podía esperarse de cada agente dedicado a tal misión, edad en que era menos efectivo cada método, etc. etc.). He aquí los procederes seleccionados:

a) Mezcla del jugo desècado de plantas esterilizadoras, o de polvo de ciertos productos químicos, a los alimentos proporcionados a las poblaciones.
b) Exposición de hombres y mujeres a la acción de las "dosis esterilizadoras" de Ra-

yos X, mientras cubrían formularios de encuestas gubernamentales o contestaban a interrogatorios de empleados (debidamente protegidos contra la irradiación) en despachos oficiales previamente acondicionados.

c) Inyectar en la cavidad uterina el agente químico esterilizante, mientras se realizaba un "examen médico" que con un pretexto de protección sanitaria se imponía a la población.

13.—Exposición de sujetos de distintas edades, de ambos sexos, a los diferentes "Gases de guerra" (desde luego sin máscaras y sin protección) alguna para comprobar "los cambios patológicos".

14.—Ensayos de resistencia a cambios bruscos (explosivos, pudieramos decir) de presión atmosférica. Individuos de todas las edades, sin máscaras de oxígeno, eran encerrados en habitaciones debidamente preparadas para conseguir en ellas la atmósfera existente a 20, 30 y 35.000 metros de altura, en un tiempo de 20 a 30 minutos. Los protocolos de autopsia de estos "animales de experimentación" revelaron siempre idénticas lesiones, lo que no impidió que las pruebas siguiesen efectuándose una y otra vez en iguales condiciones que al principio.

15.—"Eficacia letal" de disparos con balas envenenadas, con productos distintos, comprobando el tiempo que transcurría entre la herida y la acción de los venenos de que estaba impregnada la bala así como el influjo que sobre la rapidez de acción letal tuviese la localización de la herida y, en todo caso, el tiempo, medio que se tardaba en conseguir la muerte del sujeto.

¿Es posible escribir, o leer, todo lo anterior y prescindir de comentarios? Pese al criterio que nosotros —Comité Directivo de esta REVISTA MEDICA, Profesionales expatriados por no querer convivir con el fascismo español— nos hemos impuesto a fin de que no se pueda decir, aunque sea con escaso fundamento, que razones políticas (bien justificadas, por cierto) empañan nuestra objetividad, pese a ese criterio, repetimos, nos parece imposible no comentar, muy brevemente, esa lista de horrores organizados. Y, antes de seguir, no será superfluo indicar que la misma corresponde al informe rendido por el Dr. A. C. I. y, vicepresidente de la Universidad de Illinois que representó a la American Medical Association en el Comité Aliado encargado de investigar los crímenes cometidos por el fascismo.

Nuestros comentarios son breves:

Primero.—JAMAS EN LA VIDA DE LA HUMANIDAD, *ni siquiera en los tiempos de* mayor crueldad. de mayor ignorancia, se llegó a hechos que pudieran compararse a los descritos y que demostrasen más absoluto desprecio de la vida humana, más envilecimiento de los fines científicos más criminal abuso de autoridad y más hipócrita enmascaramiento de tendencias y procederes sistematicamente asesinos.

Segundo.—JAMAS EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA, ni siquiera cuando esta se encontraba bien lejos de ser una Ciencia, se pudo encontrar profesionales que:

a) sirviesen voluntariamente —y menos aun se enorgulleciesen de servir— en un ambiente político que permite atrocidades cual las descritas;
b) silenciasen su protesta contra semejantes actos de barbarie, de antihumanismo, no señalando, ¡por lo menos!, que para la inmensa mayoría de las *experiencias* citadas faltaba toda base científica y, dados los conocimientos actuales, no podían rendir más que lo que rindieron: el martirio de las víctimas y el deshonor perpetuo de una clase médica que no expulsa de su seno a los profesionales que planeaban, dirigían y ejecutaban semejantes crímenes.

Tercero.—Para que en la vida de la humanidad y en la Historia de la Medicina se dieran, POR PRIMERA VEZ, esos hechos, TUVO QUE LLEGAR EL FASCISMO. Luego: EL CLIMA MORAL FASCISTA DA A ESOS RESULTADOS.

Cuarto.—¿En nombre de qué pueden los profesionales médicos de cualquier país del mundo, limitarse a comentarios reprobativos íntimos.

En una editorial del J. A. M. A. (pág. 175 del vol. 132) se escribe que... "los médicos tienen derecho a esperar de quienes se han educado en las tradiciones de la Medicina la preprobación de participar en actos de brutalidad e inhumanidad". Y que, "La inhumanidad de los médicos alemanes ha provocado el horror y el disgusto entre los médicos de cualquier otra nación del mundo".

Ciertas las dos frases. Pero también se dice en el mismo editorial que "estos experimentos eran efectuados bajo la más alta autoridad del Estado alemán". De donde resulta una conclusión que dejamos a cada lector, pero que nos permite a nosotros finalizar con esta pregunta a todos y cada uno de los profesionales médico-sanitarios.

¿ES ADMISIBLE, SIQUIERA DESDE UN PUNTO DE VISTA PROFESIONAL, QUE UN MEDICO TOLERE SIN PROTESTA LA EXISTENCIA DE GOBIERNOS Y PARTIDOS POLITICOS FASCISTAS?

MORTINATALIDAD INFANTIL EN EUROPA

Según el Boletín epidemiológico Nº 41 (1946) de la O. N. U. los índices de menores de un año fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos, en distintos países europeos, son los siguientes:

	Indice medio 1928-1938	1943	1944	1945
Bélgica	82	—	75	95
Bulgaria	149	—	121	142
Dinamarca	71	—	48	48
Alemania	76	72	—	—
Inglaterra y País de Gales	60	—	46	46
Finlandia	73	49	69	—
Francia	75	—	77	103
Irlanda	68	79	—	69
Italia	106	114	103	—
Austria	99	80	88	—
Portugal	144	—	122	115
Escocia	82	—	65	56
Suecia	50	29	30	—
Suiza	48	—	42	41

INFORMACIONES

FRANCIA

En mayo pasado ha tenido lugar, durante 3 días, la primera reunión del Consejo Nacional de Médicos creado por disposición gubernamental de Septiembre de 1945.

El Consejo, cuyo Presidente es el Prof. *Portes;* acordó dividirse en 4 secciones con finalidades concretas:

La primera —sección jurídica presidida por *M. Orbelin*— correrá tanto con las nuevas inscripciones, y con la lucha contra el ejercicio ilegal de la Medicina, las naturalizaciones de profesionales extrangeros y autorizaciones para su ejercicio así como con todos los aspectos jurídicos y la regulación de las disposiciones de los Colegios Regionales. ayuda a los compañeros, figuren:

La segunda, presidida por el Prof. *Baudouin*, tenderá a coordinar todas las obras de socorro y ayuda a los profesionales y a conseguir la aprobación del proyecto de retiro retribuído para los médicos, proyecto que habiendo sido aprobado por los Ministerios de Sanidad y de Trabajo, fracasó por la oposición del Ministro de Finanzas.

La tercera sesión, presidida por el Prof. *Marquis*, se ocupará de las relaciones con los Sindicatos. Una sub-sección —dirigida por el Prof *Carlotti*— tendrá a su cargo las cuestiones médico-sociales: medicina del trabajo,, organización obstétrica, medicina de fronteras, medicina colonial, etc.

Por último, la cuarta sección (Presidente: *M. Larget*) tiene por misión todos los asuntos financieros.

El Consejo ha terminado la redacción de un Código Deontológico (ha sido ya aprobado oficialmente. Nota de la Redacción).

Además ha dispuesto que entre sus obras de ayuda a los compañeros figuren:

Una Caja de Solidaridad Obligatoria para atender a los médicos deportados y prisioneros.

Una Caja de Socorro para los médicos ancianos, las viudas y huérfanos de médicos.

* * *

He aquí el texto del certificado prematrimonial obligatorio en Francia desde la Ley, fechada en 2 de Noviembre de 1945, de Protección a la Maternidad e Infancia:

"El que suscribe, Doctor en Medicina .... certifico que, con motivo de su próximo matrimonio, he reconocido

la señorita .....
la señora .....
el señor .....

Antes de entregar el presente certificado he examinado

1.—el resultado del examen radioscópico de torax efectuado por el Dispensario Público de .... a la radiografía tomada por el D. .. .. Médico capacitado para estos efectos.

2.—Los resultados de los análisis serológicos efectuados al interesado por el Laboratorio .... autorizado para la práctica de estos exámenes.

Por otra parte, he comunicado al interesado los resultados de estos exámenes y las consecuencias previsibles que se derivan para él, para la salud de su fturo cónyugue y para los descendientes.

Fecha y firma.

* * *

Se ha creado en el Ministerio de Sanidad una Comisión Nacional de Estudios sobre cuestiones obstétricas, que tendrá por misión principal establecer un programa de organización de la Obstetricia en Francia y vigilar su cumplimiento.

* * *

El Comité Inter Sindical de Médicos de la Región de París ha señalado los honorarios máximos de los médicos de tal zona:

Grandes ciudades:

Consulta en el domicilio del Médico, 100 fr.

Consulta en el domicilio del enfermo, 130 fr.

Ciudades de menor importancia y en pueblos 90 y 100 fr.

Visitas de noche, o en domingos: a fijar en cada localidad.

Asistencia a partos: según la costumbre de cada zona.

Consulta en el domicilio del médico 100 francos consulta en el domicilio del enfermo 130 Francos. Ciudades de menor importancia y pueblos, 90 y 100 Francos. Visitas de noche o en domingo: a fijar en cada localidad. Asistencia a partos; según la costumbre de cada localidad.

* * *

La Sociedad Francesa de Profilaxis Sanitaria y Moral, ha organizado un concurso de encuestas epidemiológicas entre los Servicios de Asistencia Social dedicados a la Lucha Antivenerea que desde 1939 a 1946 hubiesen obtenido los mejores resultados en la pesquisa de fuentes contagiantes de enfermedades venereas. Los servicios privados — esto es, los médicos con práctica privada— pueden también concurrir. Se conceden 3 premios: 50.000, 20.000 y 10,000 francos.

* * *

BELGICA

En Junio pasado se celebró la XX sesión de las Jornadas Médicas de Bruselas habiendo participado más de 900 médicos belgas, franceses, ingleses, americanos, suizos, holandeses, y yugoeslavos.

En el discurso inaugural, el Ministro de Sanidad expuso las razones gubernamentales para acometer una reorganización médico sanitaria bajo el principio de redes intercomunales. En la misma sesión, el Prof. *Bremer*, resaltó los progresos y perspectivas de la neurología, el Prof. *Mondor* evocó la vida y realizaciones geniales de un cirujano francés del siglo XVIII, *José Desault* quien perfeccionó la enseñanza de la Anatomía y creó la clínica quirúrgica.

En los tres días siguientes se leyeron numerosas comunicatorias científicas entre las que conviene resaltar las de:

Prof. *Delay*, sobre eléctroschock y regulaciones psico-fisiológicas.

Prof. *Fontaine*, sobre cirugía del esplácnico.

Prof. *Giraud*, sobre transfuciones esternales.

Prof. *Bessemans*, sobre nuevos datos de sifiliografía experimental.

Prof. *Bigwood*, sobre nuevos derivados sanguíneos humanos y sus aplicaciones terapéuticas, etc., etc.

Dentro del programa de las Jornadas celebró sesión La Liga Belga contra el Reumatismo y se organizaron sesiones clínicas y operatorias, en las que intervinieron activamente los delegados extranjeros, en los diversos establecimientos médicos de la capital.

Se llevó a efecto una Exposición de Artes y Ciencias aplicadas a la Medicina, la Cirugía, la Farmacia y la Higiene.

* * *

SUIZA

En Berna, durante los primeros días de Junio próximo pasado, se ha celebrado un Congreso conjunto de las Sociedades Suizas de Pediatría y de Radiología.

El tema de estudio en común ha sido la Patología Osea, habiéndose presentado numerosas comunicaciones demostrativas del inmenso progreso habido en los últimos años en tal terreno, gracias al perfeccionamiento de los métodos radiológicos, bioquímicos y sanguíneo.

* * *

Ha tenido lugar, en Basilea, el 16 de Septiembre próximo pasado, la primera Conferencia Médica Anglo-Suiza después de la guerra. Asistie-

ron más de 150 médicos de ambos países y se trataron los temas siguientes:

Fueron también leídas diversas comunicaciones sobre control quimioterápico del paludismo, grupos sanguíneos, lesiones arteriales, medicina industrial destacando entre ellas:

Alteraciones cefalo-craneanas	A. VANNOTTI.
Trauma acústico	F. YOUNG.
Insuficiencia circulatoria	A. FLEISCH.
Estrogeno-terapia en cáncer prostático	E. CARMICHEL.
Riñón de la edad infantil	G. PERKINS.
Drogas de acción simpaticotropas	E. GRASSET.
Tuberculosis pulmonar y clima de altura	J. WOLF.
Tuberculosis en Sud-Africa	MEIER.
Amputaciones	R. Mc CANCE.
Aclimatación a la altura	E. DODDS.
Nutrición en Suiza	J. Mc MICHAEL.
Diabetes experimental	I. PARSON.
Adaptación del organismo humano al esfuerzo	H. CRAINS.

Al parecer el éxito de los médicos ingleses fué grande. El Presidente de la Academia Suiza de Medicina Prof. *Wegelin*, manifestó en sus palabras finales que, con relación a la Medicina Inglesa, él no era un viejo catedrático sino un estudiante.

* * *

INGLATERRA

Las funciones de los Dispensarios Antituberculosos ingleses han sido definidas con las siguientes palabras por el Ministerio de Sanidad:

"Los Dispensarios Antituberculosos son:

1.—Centros de diagnóstico y recepción de enfermos tuberculosos.

2.—Centros de clasificación y de observación médico-social de los pacientes.

3.—Centros terapéuticos y de supervisión de los enfermos sometidos a tratamiento ambulatorio.

4.—Centros de investigación de contactos.

5.—Centros de atenciones post-sanatoriales de todas clases".

* * *

Son tantos los individuos que desean suscribir Polizas de Seguro de Vida y se han elevado tan considerablemente las exigencias de las Compañías de Seguro, que la Asociación de Médicos Ingleses ha entablado conversaciones con estás últimas para conseguir que se eleven los honorarios de los médicos que realizan los reconocimientos previos de los futuros asegurados.

* * *

El Comité de Hospitales de la Asociación de Médicos Británicos ha presentado al Consejo General de Enfermeras, una propuesta para que se modifique el actual sistema de enseñanza de las mismas y los correspondientes programas.

Se consideran excesivos los 4 años de práctica hospitalaria exigidos. Creen que la instrucción general puede darse en tres años y si se practica en un Hospital puede reducirse a dos. Proponen crear cursos preparatorios a fin de no perder el tiempo que actualmente se pierde entre la terminación de la Enseñanza Secundaria y el ingreso en la Escuela de Enfermeras.

Estiman que los programas están innecesariamente recargados sin conseguir dar las debidas enseñanzas. Así, p. e., todas las atenciones referentes a

nariz, garganta y oídos, se dan en	4	lecciones	
tuberculosis	"	8	"
enfermedades cutáneas	"	4	"
psicosis y neurosis	"	8	"

En consecuencia, quienes hayan de especializarse en tales materias, luego, terminada ya su supuesta preparación han de pasar otro periodo de verdadera enseñanza. Sería preferible —proponen los Médicos— suprimir todas esas "especializaciones", reducir al mínimo las enseñanzas generales y en cambio especializar las enfermeras posteriormente.

* * *

Existe una proposición a fin de reglamentar el área geográfica de acción de cada médico según sus años de ejercicio profesional y también el número de profesionales existentes en las distintas zonas.

UNION DE REPUBLICAS SOCIALISTAS SOVIETICAS

A propuesta del Consejo Científico, el Ministerio de Sanidad de la URSS ha creado bajo la dependencia y responsabilidad de dicho Consejo,

LABORATORIOS SULPHA

PRESENTA AL H. CUERPO MEDICO SU PRODUCTO

SULFAPICRATOL

Fórmula:

Sulfadiazina	10	gramos
Aceite de hígado de bacalao Vitamina "A" y "D"	0.5	„
Estovaina	0.5	„
Acido pícrico	0.2	„
Tietracloramina	20.0	„
Lanolina	34.0	„
Aceite de Linaza	15.0	„
Cera blanca	10.0	„

SUPRIME EL DOLOR — LA INFECCION EVITA — IMPULSA LA CICATRIZACION

●

OTROS PRODUCTOS "SULPHA":

SULFA PLIT — OVULOS VAGINALES

JARABE DE SULFATIAZOL

JARABE DE SULFADIAZINA

SULFA PLIT — ESTUCHE PULVERIZADOR

LIBROS Y REVISTAS DE MEDICINA

DE TODO EL MUNDO

LIBRERIA INTERNACIONAL

RODOLFO NEUHAUS

Sonora 204

(esquina Amsterdam)

Mex.: P-53-36 Eric.: 14-38-17

●

Contamos con numerosas obras europeas de los últimos años y algunas colecciones de revistas médicas francesas, inglesas, suizas, danesas, etc., de los años de guerra.

Admitimos suscripciones para todas las revistas europeas en circulación.

●

RAPIDO SERVICIO DE REVISTAS Y OBRAS MEDICAS AMERICANAS

Solicite nuestro catálogo y los Boletines periódicos de información.

un Despacho de Consultas Científicas, constituido por representantes de todas las especialidades y ramas Médicas, con el fin de responder —bien personalmente, bien por carta— cuantas preguntas les dirijan los médicos que estén realizando trabajos científicos ya sean experimentales o clínicos.

Igualmente ha dispuesto que los organismos sanitarios dirigentes locales garanticen a todos los médicos el que, en debida rotación, puedan acudir anualmente, durante un tiempo prudencial segun cada caso, a la ciudad más cercana donde exista bien una Biblioteca Médica suficientemente dotada con materiales patrios y Extranjeros, bien una Facultad de Medicina, bien un Instituto Médico de Investigaciones. Los gastos de viaje, estancia y el pago de la medida de ingresos de los médicos durante el citado tiempo correrán a cargo del Estado.

* * *

Desde 1946 —y aparte de los diversos premios ya existentes, que en otro número citaremos— el Ministerio de Sanidad de la URSS ha creado con carácter permanente los siguientes premios anuales para trabajos publicados en Revistas Médicas:

4 primeros premios, de 10.0000 rublos cada uno
4 segundos premios, de 5.0000 rublos cada uno
4 terceros premios, de 3.0000 rublos cada uno

Los premios serán concedidos a propuesta del Consejo Científico del Ministerio.

* * *

Se ha reorganizado el Comité para la Lucha contra las Enfermedades Reumáticas, el cual durante la guerra practicamente suspendió sus actividades. El nuevo Presidente es el Prof. *A. I. Nesterov*, miembro corresponsal de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS.

* * *

La Sociedad Médica de Jarkov (Ucrania) ha nombrado entre sus miembros una Comisión destinada al análisis y recopilación de datos sobre los remedios terapéuticos caseros de uso popular, en cada zona o grupos de individuos. El órgano Sanitario regional dirigente ha puesto todos sus medios al servicio de la Comisión y se han designado recompensas para los médicos rurales que envíen datos y estudios más completos.

* * *

Ha reanudado su publicación la Revista "Arjiv Patologi" (antes de la guerra se llamaba: Arjiv Anatomi y Fisiologi Patologik) que se ocupa de cuestiones potomorfológicas, patofisiológicas. Le dirige el académico *A. I. Abrikosov.*

* * *

La Sociedad Médica de Jarkov, celebrando su 85 aniversario, ha convocado un concurso sobre temas de medicina teórica, medicina clínica y ciencias higiénicas, con 13 premios (de 1,000 a 3,000 rublos) premios designados con los nombres de antiguos socios destacados en cada rama.

El concurso tendrá lugar anualmente.

* * *

En febrero de 1946, el Consejo Científico del Ministerio de Sanidad de la URSS, dedicó una de sus sesiones semanales al análisis de las actividades tenidas el año anterior por las distintas Sociedades Científicas. Previamente, cada una de ellas había rendido el correspondiente informe y en algunos casos incluso se habían celebrado reuniones con los elementos directivos de las Sociedades.

En el acta de la sesión se hizo constar que habían trabajado muy satisfactoriamente las Sociedades de

—Microbiólogos, epidemiólogos e infeccionistas
—Dermato-Venereólogos
—Neurapatólogos y Psiquiatras

pero que otras Sociedades (más particularmente la de Cirujanos y la de Patólogos) no habían rendido una labor satisfactoria, principalmente por falta de plan y de sistematización del trabajo de los dirigentes.

En general, el trabajo de las Sociedades Científicas merecía crítica por

—falta de las necesarias relaciones entre la Sociedad Central y la sSecciones existentes en cada República o Regiones Autónomas,
—falta de orientación para atraer hasta el trabajo de la Sociedad Especializada a los médicos generales y aun a los propios especialistas,
—poca actualidad en los trabajos objeto de comunicaciones,
—insuficiente labor de difusión y popularización de las adquisiciones médico-sanitarias de los últimos tiempos y del propio esfuerzo de cada Sociedad.

A su vez el Consejo reconoció que él todavía no había sabido dar las normas prácticas precisas a fin de que las Sociedades de las diversas Especialidades tuvieran entre sí los enlaces necesarios para crear unidad de trabajo y de doctrina en los casos posibles y particularmente entre las especia-

lidades y ramas médicas más cercanas en la práctica.

Entre los diversos acuerdos prácticos destinados a corregir semejantes defectos figura la constitución en cada República y Región Autónoma, así como en Moscú, para toda la URSS., un Comité de Sociedades Científicas Unidas encargado

a) del enlace funcional entre los trabajos de las distintas Sociedades Especializadas, a fin de que los planes de cada una no contradigan los de las restantes y puedan reunirse esfuerzos que caminan en una sola dirección, dejando de realizarse trabajos aislados sobre temas que interesan también a otros especialistas.
b) Enlazar las Sociedades Científicas con los organismos sanitarios dirigentes que en cada Región, República o en toda la URSS., corren a cargo del trabajo científico, a fin de que las Sociedades puedan contra con la ayuda del Estado y Administraciones locales.

Conviene también destacar que se aconsejó que todos los miembros de todas las Sociedades gozasen los mismos derechos y que entre ellos se incluyese tener preferencia para acudir a los Congresos Científicos, a conferencias, etc., preferencia que, dentro ya de los miembros de cada Sociedad, estaría ordenada según el rendimiento que a la misma prestase cada uno de los miembros.

NORUEGA

El número 178 de los suplementos de la revista "Acta Médica Scandinavica" publica un análisis realizado por el Dr. *P. Hansen* de los diabéticos observados en Bergen, ciudad noruega de 100.000 habitantes, durante el periodo comprendido entre 1925 y 1941. De tal trabajo, extraemos los siguientes datos que juzgamos de interés.

El índice de frecuencia de la diabetes osciló conocieron 794 diabéticos de los cuales en 1941 vivían, 402. En tal año, el número de diabéticos era de 3,8 por cada 1.000 habitantes y, más concretamente 3,2 por cada 1.000 hombres y 4,3 por cada 1.000 mujeres.

En índice de frecuencia de la diabetes osciló bastante durante todo el período señalado, pero siempre con tendencia a su aumento. Así, en 1925 había entre 100 y 180; en 1934 se encontraban entre 300 y 350 y en 1940 llegaban a 400.

Comparando el índice de mortalidad entre los diabéticos con el de la mortalidad general del resto de la población se observó una mayor preponderancia de aquel, si bien en los últimos años las diferencias eran menores. Por ejemplo, en el periodo 1925-1934 la mortalidad de los diabéticos era superior e la general, en

4,7 para los hombres, y en
3,2 para las mujeres.

En cambio, durante el periodo 1934-1942, las cifras correspondientes habían descendido a 2.7 y 2,3. En parte, este descenso se aclara por la circunstancia de que el exceso de la mortalidad de los diabéticos con relación a la general es tanto mayor cuanto se trata de individuos más jóvenes. Y cómo se ha conseguido una mayor supervivencia de los enfermos de diabetes, es decir, como cada año hay mayor número de diabéticos de más edad, logicamente el mencionado exceso de mortalidad es menor.

En el periodo estudiado se observaron sesenta comas diabéticos y la mortalidad de los mismos alcanzó a un 40%; en total, el coma representó el 8,2% de todos los fallecimientos habidos en esta clase de enfermos mientras que la tuberculosis dió una cifra de 4,2%.

HUNGRIA

El Dr. Tibor *PETERFY*, eminente biólogo, ha regresado a Budapest después de un exilio voluntario que ha durado casi un cuarto de siglo. Expatriado a raíz de comenzarse una de las fases del terror blanco conque se impusieron los terratenientes hungaros a su pueblo y a los intelectuales democráticos, ha permanecido todo ese tiempo dirigiendo investigaciones sobre el cáncer en Turquia, Inglaterra, Dinamarca y Rumania. Es el autor de la teoría de que el cáncer reconoce por origen un transtorno peculiar de la respiración celular, combinándose con una insuficiencia de las glándulas sexuales. Pero, más que por sus numerosos trabajos en pro de tal tesis, su fama mundial la debe a la creación del llamado "micromanipulador", instrumento que ha permitido grandes adelantos en la técnica de la investigación biológica.

Para retornar a su patria, donde se ha hecho cargo de la Cátedra de Biología de la Universidad de Budapest, ha renunciado a una ventajosa gira por los Estados Unidos de Norteamérica dictando conferencias científicas. Justificando su decisión, ha dicho simplemente: "Mi patria es ahora libre y quienes en ella trabajan sufren hambre. Puedo estar a su lado y no debo faltar. Muchos comprenderán así cual fué la causa de mi exilio".

VII

Enseñanza Médica

Esta sección que hoy inauguramos y que alternará con la SECCION PARAMEDICA (Arquitectura e Ingeniería Sanitarias, Farmacia, etc.,) pretende:

a) dar a conocer el estado actual de todos los problemas relacionados con la Enseñanza la Medicina en los diferentes Paises del Mundo,

b) acoger cuantas iniciativas, críticas y sugestiones estimen pertinente enviarnos nuestros lectores,

c) difundir las opiniones de estudiantes, profesores y profesionales no directamente ligados con la Enseñanza, sobre las cuestiones más importantes del tema en cuestión, provocando, cuando sea conveniente o necesario, la oportuna controversia entre mantenedores de criterios distintos. A este fin, comenzamos por rogar se nos envíen respuestas —que publicaremos— a las siguientes preguntas:

1ª.—*¿Deben existir distintos Institutos Médicos (según el tipo de profesionales que se desee formar) o es preferible que, haya una formación mínima común seguida de especializaciones posteriores a la adquisición del título único?*

2ª.—*Los profesionales médico-sanitarios subalternos (enfermeras, comadronas, practicantes) ¿deben tener posibilidades garantizadas a fin de que, con menor sacrificio que quienes no lo son, puedan hacerse médicos? En caso afirmativo, ¿qué sugerencias hace usted para la realización de tal criterio?*

CUPO DE INGRESO EN LAS ESCUELAS MEDICAS INGLESAS

El ingreso en las Escuelas Médicas de muchísimas naciones está limitado. Se considera imposible prestar enseñanza a una número indefinido de alumnos y, en virtud, se fija un determinado cupo el cual, generalmente, se cubre según resultado de exámenes previos, valorando también el historial escolar anterior. En las Naciones Aliadas, actualmente, se ha concedido derecho preferente a todos los ex-combatientes (dentro de una determinada edad límite).

Ahora bien, el cupo citado es a veces muy pequeño. Bastante menor del que sería preciso a fin de que el Estado correspondiente pudiera contar con el personal médico preciso para cubrir las exigencias, cada día mayores, de una organización sanitaria eficaz. Suele decirse que en la limitación del cupo de ingreso intervienen directa o indirectamente las Asociaciones de Profesionales ya en ejercicio, quienes desean evitar, de tal modo, un aumento excesivo de la oferta médica, lo que llevaría a una disminución de los honorarios médicos. Nunca se ha podido probar esa supuesta intromisión. Pero tampoco se ha podido desarraigar la sospecha del pensamiento popular.

Desde luego, las Escuelas Médicas Inglesas tienen una soberbia disculpa, pues el alojamiento de los estudiantes corre a cargo de ellas, y es claro que son muy limitadas las posibilidades en tal sentido. Empero, el Gobierno Británico ha dispuesto que para los siguientes años el cupo vaya elevándose. Medida idéntica a la que practica la URSS., —cuyas facultades también han de alojar a sus alumnos— pese a que aquí es infinitamente mayor el número de estudiantes admitido cada año.

Veamos las cifras de estudiantes admitidos para el curso de 1946-47, en cada una de las Escuelas de Medicina de Inglaterra:

Oxford: 55 hombres, 10 mujeres.—Fuera de turno, han ingresado 30 excombatientes.
Cambridge: No consta, por encontrarse en reorganización.
Leeds: 85 para el 1er. curso, 75 para el 2º.
Sheffield: 50. En el año que viene ingresarán .. 80-100.
King's College: En total, para todos los cursos, 380.
Liverpool: Primer año 70. Segundo año 100.
Manchester: 90, en total.
Birminghan: 60; aceptará en el año próximo 120 (ha recibido 600 solicitudes para cubrir esas 60 vacantes).
Bristol: 60, en total.
Cardif: 40, en total.
Edinburgo Universidad: 200, en total.
Edinburgo Colegio Real de Cirujanos: 72.
Glasgow (Universidad) 180.
Glasgow, Colegio de Medicina 30.
Aberdeen 95.
St. Andrews 75.
Belfast 112.
Dublin 100.

He aquí la evolución del número de estudiantes de Medicina, y de nuevos licenciados, así como médicos dados de baja en el ejercicio según las cifras registrados en el Consejo General Médico Británico:

Años	Estudiantes	Nuevos licenciados	Médicos dados de baja.
1938-39	1,735	2,968	1,027
1939-40	2,623	2,384	1,102
1940-41	2,398	3,296	996
1941-42	2,362	3,556	1,127
1942-43	2,268	3,532	1.091
1943-44	2,426	2,971	1,218
1944-45	2,612	2,666	1,190
1945-46	2,610		

Resulta difícil no comprobar que existe tanto una particular coincidencia, bien que relativa, entre las tres cifras, como una marcada tendencia, de las correspondientes a cada grupo, a persistir en valores muy parejos.

Circunstancias tanto más dignas de tenerse en cuenta, sabiendo que al Consejo General Médico (constituido en 1858), entre otras labores le corresponde la vigilancia de que las Escuelas Médicas garanticen unos niveles mínimos de enseñanza y de exigencia en los exámenes, función que cubre con un cuerpo de Inspectores.

* * *

ESQUEMA GENERAL DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN INGLATERRA.

Titularse médico, supone pasar por tres períodos de estudios, los cuales no pocas veces se cursan en Centros distintos.

En un primer período se ha de conseguir el grado académico de Bachelor of Medicina (1) para lo cual se precisa seguir durante un año cursos teórico-prácticos de química, física y biología.

Después ha de conseguirse el grado de Bachelor of Medicina (2) estudiando 5 trimestres, anatomía, fisiología, química orgánica y fisiología y farmacología. Este período se llama de *estudios preclínicos.*

En posesión de tal grado académico puede solicitarse el ingreso a los *estudios clínicos,* los cuales comprenden 3 años, prácticamente de internado, incluyendo:

- 6 meses de estancia en un Servicio de Medicina y Cirugía generales de urgencia.
- 6 meses en un Departamento de Medicina Interna.
- 6 meses en uno de Cirugía.
- 3 meses en cada uno de los Servicios de Partos, Ginecología y Pediatría.
- 6 meses, distribuidos en Servicios especializados en Tuberculosis, Psiquiatría, Piel y Enfermedades Venereas.

La mayor parte de las Escuelas Médicas adscritas a Hospitales, sólo imparten los Estudios Clínicos, y a ellas ha de ingresarse con los anteriores estudios ya realizados. Es frecuente que para ingresar en determinadas Escuelas Hospitalarias sea condición imprescindible haber aprobado los estudios preclínicos y propedéuticos en otras prefijadas. Así, p. e., para hacer el aprendizaje clínico de St. Thomas *Hospital Medical School* (Universidad de Londres), es preciso que los 2 grados anteriores hayan sido obtenidos en las Universidades de Oxford o de Cambridge.

Para matricularse en las dos primeras fases hay que abonar 15 guineas, siendo 10 guineas la matrícula de los Estudios clínicos.

El estudiante ha de abonar anualmente 52 Libras esterlinas por derechos de habitación, manutención, clubs, etc. Todo lo cual le proporciona la Escuela Médica donde consigne la admisión.

FACULTADES MEDICAS DE EUROPA

LAUSANA

Es una de las de más reciente funcionamiento, pues como tal abrió sus puertas en 1890, cuando la "Societé Vaudoise des Sciences Naturelles" se transformó en Universidad. Anteriormente, ya desde 1836, fecha en que dicha Sociedad creó formalmente la Sección Médica, había impartido enseñanzas, pero sin carácter titular.

Como se aprecia en la fotografía su edificación responde a líneas modernas.

Entre sus profesores se distinguieron: *César Roux, Marcos Dufour, L. Bourget, A. Combe, G. Rossier.*

Su cupo estudiantil alcanza a 340 escolares. Abundan últimamente entre el personal auxiliar y los estudiantes, las mujeres.

En la Facultad pueden estudiar:

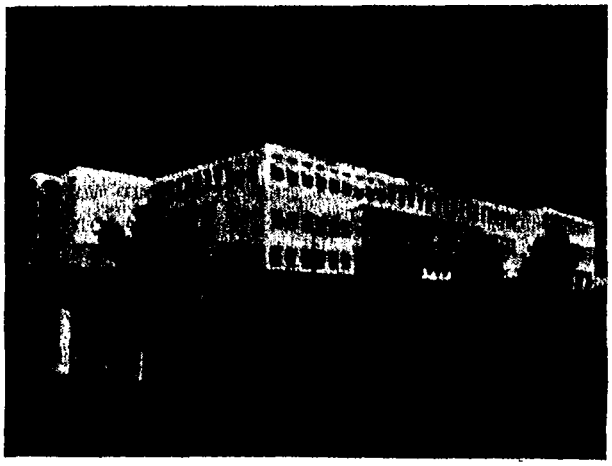
ciudadanos suizos, para médicos y para cirujanos-dentistas, totalmente; para veterinarios y médico-destistas, sólo parcialmente: los 2 primeros exámenes estatales pueden rendirlos en esta Facultad; los restantes nó

ciudadanos de otros países: para obtener el llamado "Certificado de Estudios Médicos" o el "Doctorado en Medicina". Ninguno de los dos da derecho a ejercer la profesión en Suiza.

Puede conceder el grado de Doctor en Medicina, previa aprobación de la correspondiente tesis por el Consejo de la Facultad.

* * *

En Checoeslovaquia, se ha inaugurado la cuarta Facultad de Medicina. Está emplazada en



Koeniggratz (Bohemia). Las otras tres funcionaban ya en Praga, Brno, y Bratislava. Para dar los cursos en todas ellas hubo que vencer dificultades inimaginables. Más de la mitad de los médicos checoeslovacos, faltaban, víctimas de represalias. No había ni libros, ni locales. Hubo que requisar Salas de espectáculos para dar la enseñanza teórica, editar las conferencias en ciclostyl, resumir en 6-8 meses, las asignaturas de los primeros años.

En la actualidad hay cerca de 10.000 estudiantes de Medicina.

* * *

UNIVERSIDAD DE LONDRES
WESTMINSTER HOSPITAL
MEDICAL SCHOOL

La Enseñanza Médica en la capital del Imperio Británico es proporcionada en distintas Escuelas autónomas, alguna de las cuales reseñamos a continuación:

WESTMINSTER HOSPITAL MEDICAL SCHOOL

Treinta camas tenía el hospital cuando fué inaugurado en 1719. A 400 ascendía la capacidad del nuevo edificio construído en 1834, que durante los bombardeos del 40-41, sufrió no pocos desperfectos, hoy ya corregidos, y que no implicaron que en el hospital dejase de funcionar ni un sólo momento. ,

Las actividades docentes oficiales le fueron conferidas en 1827, si bien su actual nombre de Escuela Médica, únicamente le posee desde el mismo 1834, en que inauguró su nuevo emplazamiento. Pero realmente no contó en todas las instalaciones imprescindibles a un Centro docente de Medicina hasta 1938, en cuya fecha terminó la construcción de un edificio casi inmediato, que alberga aulas, laboratorios, museos, biblioteca.

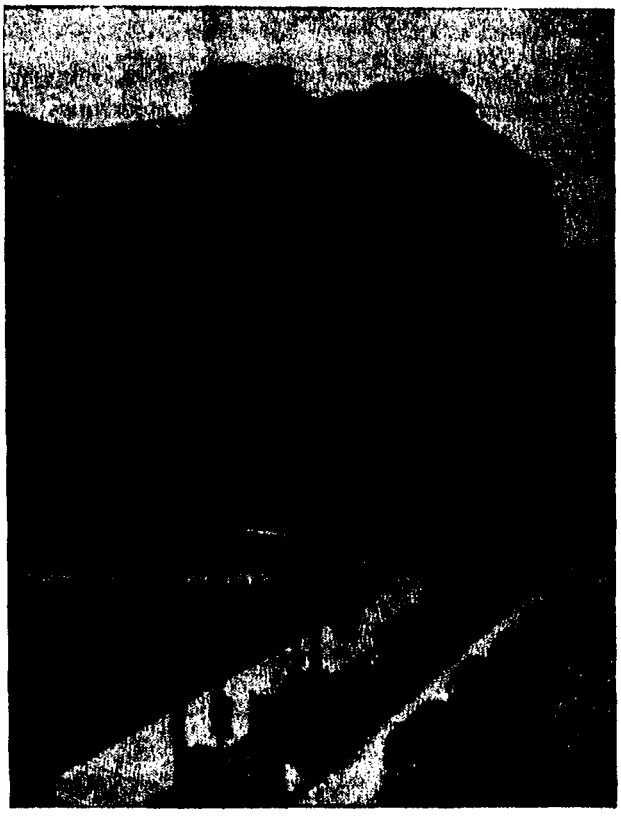
Imparte enseñanza a un número bien pequeño de escolares, entre 60-70, los cuales encuentran en la Escuela alojamiento, manutención y los inevitables clubs deportivos (Rugby 1) Cricket, Hockey, Tennis, Boxeo, etc.

Los propios ingleses reconocen que el establecimiento no rinde toda eficacia precisa. Está proyectada una reorganización total tendiendo a convertir esta Escuela en un gran Centro Académico.

ST. GEORGE'S HOSPITAL AND MEDICAL SCHOOL

Fundado el hospital en 1734 se reconocieron sus funciones docentes en 1752, pero únicamente desde 1831, fué regular su servicio Académico. Su historia hállase ligada a no pocos médicos ilustres entre cuyos nombres descuellan los de *Jhon Hunter y Edward Jenner*, muy del pasado, y los de *Bence-Jones y Thomas Young*, en tiempos contemporáneos.

Dos características deben resaltarse. Por un lado que, ha sido uno de los primeros establecimientos hospitalarios donde se ha realizado lo que actualmente se considera en todos función esencial: la recuperación funcional de los enfermos. En efecto, de las 400 camas que constituyen el cupo hospitalario, 100 hállanse dedicadas a convalecientes, emplazadas de antiguo, en lugar apar-



te (Parque de Wimbledon) con 5 hectáreas de terreno para ejercicios deportivos, talleres, etc.

Por otro lado, es quizás la Escuela Médica Inglesa que imparte enseñanza con criterio más liberal. Son tradicionales la camaradería respetuosa entre profesores y discípulos y las discusiones clínicas de unos y otros.

Desgraciadamente el número de escolares es muy pequeño (30-40) si bien ello permite que cada uno salga de la Escuela con el gran bagaje que supone haber tratado y visto numerosísimos enfermos.

GUY'S HOSPITAL

Presta servicios desde 1725. Como centro docente, es uno de los más voluminosos de Inglaterra. Son más de 600 estudiantes los que se reparten por las distintas secciones: Química, Física, Biología, Anatomía, Fisiología, Patología, Química clínica, Bacteriología, Farmacología, y los servicios puramente clínicos.

Aparte, aún se cuentan 400 estudiantes de la Escuela de Odontología anexa.

En el Hospital —uno de los más perjudicados durante los bombardeos alemanes— trabajaron, *Addison*, *Bright*, *Hodking*, *Stokes*, *Lane*, *Hurst*.

ST. BARTHOLOMEW'S HOSPITAL MEDICAL SCHOOL

El hospital más antiguo de Londres, solamente desde 1921 presta oficialmente atenciones docentes. A consecuencia de los bombardeos de 1940 hubo de ceder toda la enseñanza pre-clínica a la Universidad de Cambridge, habiéndola recobrado en abril de 1946. De igual manera, diversas secciones hospitalarias hubieron de emplazarse transitoriamente en otros hospitales de menos importancia. Uno de los pabellones casualmente respetados fué el dedicado al Medicina Interna —250 camas— cuya fotografía reproducimos.

San valiosos sus Museos, que tienen fama de ser los más completos de la Gran Bretaña. Igualmente la Biblioteca con más de 20,000 volúmenes y colecciones completas de las mejores revistas profesionales del mundo entero.

Una vez más: los estudiantes que oficialmente admite son pocos, pues no llegan a 100. Los servicios para atenderlos no envidian a la de Centros tenidos por más aristocráticos.

OXFORD MEDICAL SCHOOL

Los nombres de *Roger Bacon*, *Robert Boyle*, *William Harvey y Thomas Sydemham* han ligado la Universidad de Oxford a la Medicina ya mucho antes de que aquel centro de estudios prestase educación médica, pues ésta sólo en 1883 comenzó. Y, tal como podía esperarse, dada la época, con un predominio de las directrices de investigación fisiológica. Es en el Instituto de Fisiología de Oxford donde *J. S. Haldane* ha completado brillantemente sus anteriores trabajos sobre respiración y donde *Ch. Sherrington* ha realizado toda su labor sobre Fisiología del Sistema Nervioso Central.

Pese a la presencia de algún que otro clínico destacado —*Osler*, *Garrod*, p. e.— la Escuela Médica de Oxford durante largo tiempo no produjo más que fisiólogos. Los 70-80 estudiantes que ingresaban en ella permanecían un mínimo de 3 años recibiendo la instrucción preclínica y para su trabajo y aprendizaje con el enfermo la mayor parte se trasladaba a una Clínica Hospitalaria de Londres; sólo los menos de los escolares utilizaban las enseñanzas clínicas que podía darles la "Radcliffe Infirmary" sita en el propio Oxford.

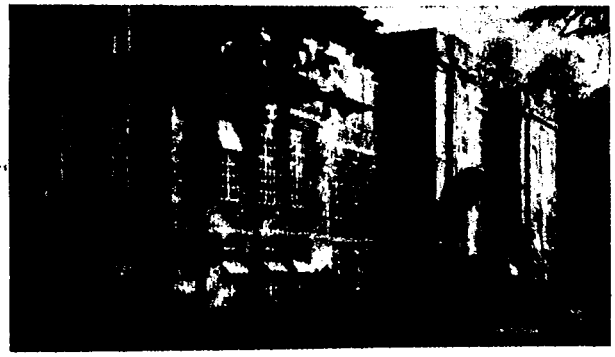
En realidad, la Escuela Médica de Oxford más bien era un lugar de aprendizaje para teóricos, para futuros investigadores, para biólogos, que un centro docente médico. Incluso fué así después de 1936, fecha en la que se estructuraron todas las cátedras necesarias para una buena enseñanza de la Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Ortopedia, etc., ampliándose los exiguos clínicos de la Enfermería citada.

La pasada guerra implicó para Londres la interrupción de muchas facetas de la vida anterior, y en ese momento nace, de verdad, Oxford cual una Facultad de Medicina, pues los servicios hospitalarios crecen hasta permitir enseñanzas totales. Es así, p. e., que en 1944 aquella "Radcliffe Infirmary" da el siguiente rendimiento:

Pacientes ingresados	12,000
Pacientes atendidos ambulatoriamente	33,000
Exámenes Radiológicos	37,000
Intervenciones quirúrgicas	6,500

Al pabellón hospitalario original han ido añadiéndose, el hospital Churchill, el Servicio de Tuberculosis, etc., hasta sumar 800 camas para Medicina Interna y Cirugía general. En seguida, el Wingfield-Morris Orthopaedic Hospital (200 camas) y los Hospitales para Enfermos Mentales y para Infecciosos que suman poco más de 900.

En resumen, es sólo ahora cuando Oxford reúne las condiciones para impartir buena enseñanza médica. Un núcleo hospitalario de 2,000 camas (al que se le están añadiendo nuevos servicios especializados) y el cual complementa los magníficos pabellones de Investigación cuyo conjunto constituía antes, casi exclusivamente, la Escuela Médica; El Laboratorio de Química Fisiológica con posibilidades para mantener 20-30 investigadores exclusivamente dedicados a tal tema; la Escuela de Patología de Sir. *William Dann*" (cuyo edificio está fotografiado al margen, con su laboratorio central y sus plantas anexas para la experimentación animal; el Instituto de Patología con todas sus secciones; anatómica, fisiológica, etc.; el Instituto Nuffield para la Investigación



Médica; el Instituto de Medicina Social (inaugurado en 1943).

El Instituto de la Alimentación humana pronto comenzará su funcionamiento.

La Escuela Médica de Oxford está facultada para conceder los siguientes títulos:

B. M. — Bachiller (Licenciado) en Medicina.
B. Ch. — Bachiller (Licenciado) en Cirugía.
M. D. — Doctor en Medicina.
M. Ch. — Maestro en Cirugía.

de los cuales los dos primeros son imprescindibles para la concesión de los segundos.

Dadas las características que hasta ahora ha tenido la Universidad de Oxford, ha sido muy frecuente que los estudiantes médicos hiciesen también sus pruebas para la obtención de otros títulos (Doctor en Ciencias, Doctor en Fisiología).

Obran en nuestro poder datos concretos de todos los Institutos Médicos y Facultades de Medicina europeas.

Si le interesa a usted recibir información detallada de alguno de tales centros, diríjase a nosotros y tendremos gran placer en proporcionárselos.

LA MEDICINA PREVENTIVA Y EL SERVICIO SOCIAL EN LOS UNIVERSITARIOS

El Dr. *E. Berthet* y la Enfermera Social *S. Cibert* han publicado, con el mismo título que encabeza estas columnas, en el Nº 9 del Tomo I de la Revista "Archives de Medicine Sociales" los resultados y el esquema de organización de tales servicios en la Universidad de Grenoble. Dejando aparte los primeros, vamos a resumir los detalles de funcionamiento. Por cierto, no estará demás señalar que la iniciación de estas labores correspondió a un especialista en tuberculosis, al Dr. *D. Douady*, en 1936 Director del Sanatorio para Estudiantes y hoy Director General de Higiene Escolar y Universitaria en el Ministerio de Educación Nacional. Decimos que no estará demás señalarlo a fin de que otra vez se compruebe como los tisiologos suelen derivar, incluso involuntariamente, hacia las tareas de Higiene Social pura, no aplicada.

A los nueve años de funcionamiento, el servicio de Medicina Preventiva de la Universidad de Grenoble se encuentra bajo la vigilancia y orientación de un Comité, presidido por el Rector, y reuniendo a representantes del Cuerpo Médico, del Profesorado y de los estudiantes. Un Secretario Técnico asegura la dirección efectiva, inmediata, de los trabajos.

Los médicos examinadores son elegidos entre todos los profesionales de Grenoble. Cada jornada trabajan dos; uno que se ocupa del reconocimiento general y otro del examen radiológico. Están asistidos de un Interno del Hospital Clínico de la Facultad, quién tiene a su cargo el examen morfológico y la valoración previa del examinado para cuanto se relaciona con la Cultura Física, con la práctica deportiva, con la educación atlética.

Cada estdiante pasa por los siguientes reconocimientos:

—Examen morfológico: peso, talla, perímetro torácico, espirometría.

—Examen de Clínica general el cual comprende, aparte del reconocimiento de los diversos aparatos.

—Radiografía cardiopulmonar,
—Cuti-reacción tuberculinica,
—Medida de la tensión arterial,
—Prueba al esfuerzo de *Lian*,
—Análisis de orina, y
—Micro-reacción diagnóstica de sífilis.

Esta última determinación sólo ha comenzado a efectuarse en el curso de 1944-45 y tras resultados imperfectos, fué abandonada habiendo comenzado recientemente a base de exámenes serológicos corrientes. En este curso en marcha, se ha añadido la determinación sistemática del grupo sanguíneo de los examinados.

Los resultados de todos los reconocimientos practicados a cada individuo constituyen una ficha que guarda el Secretario Técnico y en ningún caso puede ser comunicada a la Administración Universitaria, con lo cual el secreto médico queda resguardado. Cada estudiante recibe un carnet, sin información médica, cuya presentación es imprescindible para inscribirse en los exámenes de final de curso así como en los exámenes parciales. Los estudiantes que resultan enfermos reciben una carta, para su médico de cabecera, con la copia de los hallazgos.

A partir de 1941, la organización no limitó sus trabajos a los exámenes médicos preventivos. Fué comprendida la necesidad de prestar ayudas más tangibles. Desde el primer momento se tomó la decisión de no entregar dinero en metálico y dar a los socorros las suguientes formas:

—bonos gratuitos para desayunos o comidas en los comedores universitarios.
—pago de alquileres de cuartos, domicilios colectivos, pensiones, etc., etc:
—organización de un taller de sastrería y otro de calzado para la reparación de trajes, etc., a los estudiantes necesitados;
—pago de gastos médico-farmacéuticos;
—distribución de raciones alimenticias complementarias
—organización de vacaciones gratuitas — viajes, manutención, etc., etc., a los estudiantes más distinguidos y sin familia o con familiares pobres;
—colocación temporal o permanente en puestos retribuidos cuyo trabajo es compatible con las tareas docentes a cumplir en cada caso individual y cuya renumeración significa una ayuda total al mantenimiento de los escolares necesitados.

En conjunto, la Universidad de Grenoble, gracias a la comprensión del llamado "Socorro Nacional" —mepor dicho, "Ayuda Nacional", pues con ese nombre se ha sustituido aquel, por ser, de creación vychista— ha podido invertir en las ayudas mencionadas la cantidad de 938.859 francos.

En el momento actual los patrocinadores de todo el servicio creen que debe ser traspasado a las Asociaciones de Estudiantes Universitarios bajo la dirección y control del Comité Superior de Obras en Auxilio de los Estudiantes. A tal fin, han comenzado a entrenar un "equipo de trabajo" que ha de cuidarse:

a) en cuanto al funcionamiento de los trabajos médico preventivos:
—convocar a los estudiantes para el re-

conocimiento inicial y los consecutivos exámenes;

—organización y realización de cursos de conferencias sobre medicina preventiva, medicina social, profilaxis individual y colectiva;

—clasificación de las fichas médicas y responsabilización de que se efectuan los examenes complementarios precisos así como las medidas de tratamiento o de profilaxis que se deriven de los reconocimientos médicos.

b) en cuanto al servicio social propiamente dicho:

—Ocuparse de cuanto se relacione con el alojamiento y nutrición de los estudiantes, particularmente de quienes se inician en la vida universitaria o por primera vez acuden a la Universidad en cuestión, trasladados sus estudios desde otras;

—Atención especial a los matrimonios entre estudiantes, matrimonios que son cada vez más comunes (*hablan los autores franceses N. de la R.*);

—Visita y presentación de ayuda material, de auxilio moral a los estudiantes enfermos, vigilando las condiciones en que se efectua su curación, cubriendo los gastos cuando sea menester;

—facilitar la adaptación al medio de quienes se encuentran desarraigados de sus familiares, de sus costumbres locales, etc., etc., evitando que puedan perderse (espiritualmente, se entiende) en el nuevo ambiente.

—estructurar la participación de los estudiantes dentro de la vida social, de las tareas colectivas, no sólo estudiantiles, del resto de las clases sociales de la población en que se haya emplazada la Universidad. En consecuencia: estructurar la incorporación paulatina del estudiante a los problemas nacionales, pues ha pasado ya la época en la cual los escolares universitarios vivían al margen de las realidades, palpitantes en la comunidad nacional e internacional:

—Realización de cuantos sistemas de ayuda han venido hasta ahora practicándose —los descritos más arriba— y los que puedan surgir posteriormente.

El artículo que resumimos, y en el que figuran bastantes datos estadísticos de interés (que dejamos para un estudio ulterior abarcando otras experiencias parejas) tiene un leit-motiv principal que deseamos traducir literalmente como final de nuestra transcripción. A saber.

"No hay ya bohemia estudiantil. Y si la hay, es una bohemia de miseria, de privaciones. No pocas veces es una miseria dorada, viviendo hasta orgullosa en un silencio escondido tras una capa de buen humor. La miseria estudiantil es de todos los tiempos, de todas las épocas, pues siempre han existido estudiantes pobres. Pero nunca, en cantidad, cual ahora. Además, tiempo atrás, los estudiantes sabían que "luego" el título profesional iba a garantizar su vida; las privaciones tenían su premio. Hoy, hasta de ello han de dudar. Por eso su miseria, cuando existe, es más grave y de peores consecuencias, por eso precisan una mayor protección".

VIII

Noticias y Amenidades

En el Boletín Estadístico de la Compañía Metropolitana de Seguros de Vida, publicado en julio de 1946, se comunican las muertes habidas en la población civil de distintos países a consecuencia de bombardeos aéreos. Las cifras comprenden sólo las muertes inmediatas. He aquí los datos:

Inglaterra	60,000.—	(De ellos, dos terceras entre agosto 1940 y junio 1941).
Francia	54,000.—	(Dos tercios, en 1944).
Holanda	30,000	
Noruega	1,000	
Japón	375,000.—	El bombardeo de Tokio del 9 de marzo de 1945, causó 85,000.
Países Centro-Europeo	500,000	

No se conocen los datos de Polonia y la URSS ni los de Italia y Países Balcánicos. Pero, dadas las cifras que preceden, no parece aventurado estimar que los bombardeos aéreos han causado a las poblaciones civiles, un total de DOS MILLONES DE MUERTES.

* * *

El Ministerio de Salubridad de Inglaterra se propone organizar cursos de postgraduados para los médicos que asisten miembren del Seguro Social (un mínimo de 300 asegurados si el médico trabaja en una ciudad y de 150 si ejerce en medio rural). Los gastos de estos cursos, que tendrán una o dos semanas de duración, correrán a cargo del Fondo del Seguro de Enfermedad, incluyéndose en ellos, los ingresos que se estime debían haber tenido los alumnos mientras asisten a los cursos.

* * *

Toda la prensa profesional de habla inglesa ha comentado el anuncio aparecido en diversas revistas médicas de una cercana nación y que se encontraba redactado así:

"Se desea enfermera calificada... preferentemente bonita o, al menos con buena figura... debiendo ser seria con los clientes y alegre en el trabajo interno del Consultorio".

A nosotros nos gustaría saber si quien ofrecía el empleo gozaba o no de suegra. No dudamos de que estaba casado. Tampoco dudamos de que "ya" no cumple los cincuenta y cinco años.

* * *

Pues señor... Sí: tres, más siete son DIEZ. Justos, DIEZ AÑOS ha de estudiar "Religión", quien desee hacerse médico en la España de Franco. Siete años en el Bachillerato y Tres años en la Facultad de Medicina. Lo malo es que el índice de matrimonios por 100 habitantes disminuye y aumenta el de abortos, con lo cual no se ven las consecuencias de tanto estudio.

* * *

De la sección de amenidades del J. A. M. A.:
Carta recibida por el Dr. W. N. de Baltimore.

"Querido Doctor: Siento mucho no poderle pagar su cuenta.

Estoy a punto de tener un niño.

Gracias por su colaboración".

¡Caramba!

* * *

En el Hospital de Charing Cross, ingresó hace unos meses una mujer que desde hacia tres años presentaba "algunas molestias".

Hubo que extraerle de la uretra un cálculo de 29 gramos de peso, 70,75 cms. de diámetro vertical, 9,8 cm., de diámetro horizontal, 3,75 cm., de longitud, y 3,3 cm. de anchura.

* * *

En Holanda, durante el último año de ocupación fascista, cada ciudadano tenía derecho diariamente a:

10 grms. de grasas, 16 grms. de proteínas, 112 grms. de hidratos de carbono.

* * *

Según los datos de la Dirección General de Estadística de la República Mexicana, las tres cuartas partes de la población mexicana viven con un ingreso medi de TRESCIENTOS NOVENTA PESOS *anuales*, o sea: UN PESO y OCHENTA CENTAVOS *DIARIOS*.

* * *

Todos los Hospitales de Emergencia ginebrinos habían tenido que atender, durante varios años, a una señora que de cuando en cuando presentaba diversos síndromes de urgencia, desde cólicos hepáticos y renales hasta cuadros de obstrucción intestinal. Siempre se resolvieron las cosas si intervención quirúrgica y nunca se logró un diagnóstico de la "enfermedad", pese a numerosos estudios radiográficos, funcionales, etc., etc.

En mayo pasado, volvió a presentar un "cólico renal". No hubo que intervenir. Pero, a los tres días de ingreso, apareció una tumoración inguinal que comenzó a aumentar de volumen.

Fué a la mesa de operaciones con el cuadro y diagnóstico de "probable hernia estrangulada". Y cuando abrieron, resultó... una aguja de hacer ganchillo —14 cms., de longitud y 0.5 cm., de ancho—.

Después del interrogatorio, la enferma recordó que "17 años antes, (34, tenía la enferma) una comadrona le había practicado un aborto "a consecuencia del cual tuvo que guardar cama (la enferma) durante varios días, pues surgió "una pequeña complicación".

Total: el "instrumento' 'había perforado el útero y llevaba 17 años "viajando" —absolutamente libre, sin adherencias—, por la cavidad peritoneal. Como era de concha, resultaba permeable a los Rayos X y no había podido ser puesto de manifiesto.

* * *

Sn el British Medical Journal puede leerse una suplicante carta de un médico polaco. Resulta que el Gobierno Laborista inglés desmoviliza a los médicos que prestaron servicio en las Fuerzas expedicionarias del Im-

perio Británico. Pero para que tales desmovilizados puedan ejerecer su profesión en las ciudades y pueblos ingleses... deben permanecer tres años en una Universidad de Inglaterra o el País de Gales.

Nuestro buen polaco pide... que reduzcan "algo" el tiempo. No sé los españoles —pues también hemos tenido compatriotas médicos en tales fuerzas— qué es lo que pedirán. Pero si sé que sus comentarios no figuran entre las palabras de los Diccionarios.

* * *

La República Española concedió la ciudadanía a cuantos extranjeros voluntarios figuraron en las calumniadas Brigadas Internacionales. Posiblemente se trata de un acto "comunista".

* * *

En Viena —millón y medio de habitantes— ejercen actualmente tres mil médicos. De ellos, sólo la mitad atienden a la población. Los otros mil quinientos prestan servicio exclusivo en los hospitales.

Se calcula en otros tres mil el número de médicos vieneses, huídos a otras zonas después de la liberación de Viena por los Ejércitos aliados.

* * *

Un cobrador tranviario de 61 años ha tenido que ser tratado de una rotura espontánea del cuadriceps femoral derecho y del recto demoral izquierdo. Las sufrió, al efectuar un movimiento forzado en ayuda de un pasajero que pretendía ascender al vehículo.

* * *

Al referendum de Australia de septiembre pasado a favor o en contra le nacionalización de la Medicina, ha dado: un 64% de hombres, y un 60% de mujeres, respuesta positiva. Sólo el 26% de la población ha votado en contra.

* * *

En el año 1900 —al comenzar el presente siglo— la "presunción de vida" para cada recién nacido norteamericano era de 49 años y siete meses. En 1940, el término medio de vida era de 65 años y un mes.

* * *

En el referendum australiano citado, votaron a favor de la nacionalización de la medicina, el 80% de los afiliados al partido laborista, y el 50% de los miembros de partidos conservadores y liberales, opuestos a cualquier otra nacionalización.

* * *

De todos los médicos que figuran en el "Medical Register" del Imperio Británico, el 47% ejercen en Inglaterra, 27% practican en Escocia, 13% trabajan en Irlanda, el 7% atienden las Colonias, permanentes y el 5.5% atienden también las Colonias, pero temporalmente.

* * *

Desde el año de 1800 hasta el año de 1939 la Humanidad había duplicado su volumen.

* * *

Ha pasado desapercibido el acuerdo estudiantil de que, a partir del presente año, el 17 de noviembre de cada año sea el DIA INTERNACIONAL DEL ESTUDIANTE. Se trata de recordar la fecha en que los fascistas alemanes cerraron la Universidad de Praga. Mejor dicho, trasladaron los universitarios de Praga a los campos de concentración. Por el delito de gritar contra la ocupación alemana.

* * *

Inglaterra ha sufrido este año el mayor brote de epidemia tifoidea y paratifoidea del último quinquenio.

* * *

Bibliotecas Médicas, conteniendo 100,000 o más volúmenes:

GOSUDARSTVENNARA. Lenigrado	600.000
VOENNO-MEDIZINKAIA. Lenigrado	545.082
GOSUDARSTVENNAIA. Moscú	516.000
FACULTAD DE MEDICINA	504.000
ARMY MEDICAL LIBRARY. Washingoton	410.000
NRODNYI KOMISARIAT. Moscú	370.000
ACADEMIA DE MEDICINA. París	250.000
SARATOVSKII. Saratov	250.000
BAYRISCHE. Munich	230.000
NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE	215.000
VOSTOCHNOSIBIRSKII. Irkust	215.000
BOSTON MEDICAL LIBRARY	181.000
MEDITSINSKY INSTITUT. Leningrado	176.364
COLLEGE OF PHYSICIANS. Filadelfia	176.000
MOSCOVSKII. Moscú	163.000
ROYAL LIBRARY OF MEDICINE. Londres	160.000
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. Buenos Aires	160.000
IMPERIAL UNIVERSITY. Tokio	153.978
GOSUDARSTVENNY NAUTCHNO. Moscú	152.923
MEDICAL LIBRARY OF THE COUNTL OF KINGS. Brooklyn	147.000
SEVERO-KAVSKARKII. Rostov of Don	133.000
PUBLIMAYA BIBLIOTEKA. Moscú	131.680
JOHNS HOPPKINS UNVERSITY. Baltimore	130.000
GERMANY REICHSGESUNDHEISTSAMT. Berlin	125.000
ROYAL FACULTY OF PHYSICIANS AND L. Glasgow.	125.000
LEOPOLDINISCH-CAROLISCHE. Halle	120.000
ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA	110.000
JOHN GOERAR LIBRARY. Chicago	109.000
MOSKOSKY GOSUDARTVENNI. Moscú	103.000
ACADEMIE ROYAL DE MEDICINE. Bruselas.	100.000
COLUMBIA UNIVERSITY. Nueva York	100.000
GESELCHAFTDESAERZTE. Viena	100.000
GREAT BRITAIN MINISTERY OF HEALTH. Londres	100.000
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Edimburgo	100.000
ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. Londres	100.000
UNIVERSITY OF LAUSSANE. Laussane	100.000

(Tomado del informe anual del Jefe Bibliotecario de la Facultad de Medicina de Montevideo.)

* * *

Bolivia es el país americano donde más se ha elevado el costo medio de vida en los últimos cinco años; casi ha triplicado el aumento sufrido en México.

* * *

RUYS, Jefe del Laboratorio de Higiene Pública de Amsterdam, pudo proseguir durante la guerra las investigaciones que antes efectuaba sobre la tuberculosis de origen bovino.

En los años anteriores a 1940, el 9% de los niños que padecían una tuberculosis pulmonar, estaban afectados por una infección tuberculosa de origen bovino; en los tuberculosos extrapulmonares, el manantial bovino podía reconocerse en el 21%. Cuando se trataba de individuos de más de 15 años, de acultos, los porcentajes se reducían, respectivamente, al 1 y 2.

Durante la guerra, la tuberculosis aumentó mucho. Pero, como apenas se consumía leche, el tipo de infección bovina disminuyó hasta cifras tan pequeñas en los niños como en los adultos antes del conflicto bélico.

* * *

Se ha dado el nombre de "D. M. P." a la emulsión que, en un concurso celebrado en Escocia, ha demostrado ser más potente en la lucha contra los mosquitos.

El concurso consistió en que una serie de personas voluntariamente presentadas, se dividía en dos grupos; uno, el que se embadurnaba, cara y manos con los líquidos a prueba y otro que sin tal "protección" se sometía al igual que el anterior a largos paseos y estancias en los lugares de mayor afluencia de mosqutos. Unos y otros rendían su informe cada noche, después del "experimento".

Todas las lociones, etc., fracasaron; menos la substancia citada. Los mosquitos se acercaban a los portadores de la misma pero se guardaban de picarles y en cambio acribillaban a los restantes individuos. La fórmula se mantiene por ahora secreta pero, al parecer, pronto ha de divulgarse.

El concurso se hacía en virtud de una iniciativa para proteger el turismo en Escocia.

* * *

El XI Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares se reunirá en Basilea del 2 al 7 de junio de 1947.

Podemos facilitar información más detallada, a quien lo solicite.

* * *

Los ingresos de los hospitales de Inglaterra y País de Gales, hasta la pasada guerra, tenían el siguiente origen: en el 36%, legados voluntarios, en el 24%, fondos públicos, en el 40%, pagos de pacientes y contribuciones indirectas.

* * *

Los fascistas alemanes sostenían en Suiza dos Sanatorios. Actualmente es el Gobierno Inglés quien los utiliza.

* * *

En Norteamérica se ha propuesto que las llamadas por teléfono a los médicos, tengan preferencia sobre cualquier otro tipo de conversación.

* * *

El nuevo remedio contra la coriza, propuesto por el doctor *Walter Lowe*, ha dado, en las experiencias efectuadas en la Universidad de Columbia (E. U.) un 89 % de buenos resultados. En el 37% de los casos, han desaparecido todos los síntomas apenas se ha iniciado el tratamiento; en el 41% han cedido las tres cuartas partes de su intensidad.

Se trata de un compuesto 3 di(n-butilo) amilo metilo, 1, 4, 5, 6, hidrovibenzol (1, 2) furano 1'(3')-1. Pero le llaman, bastante más simplemente, "antallan".

* * *

En Londres, el hospital de S. Bartolomew ha cumplido sus 823 años de servicio municipal. Tiene más, pues fué fundado por Enrique I en 1123, pero Enrique VIII —en represalias a su actitud oposicionista— le incorporó a los Dominios de la Corona en 1539. Siete años más tarde —1546— accedió a las súplicas del municipio para que el citado edificio y sus propiedades volviesen a constituir el hospital de la ciudad.

* * *

Desde primeros del año que ahora terminó, Alemania produce Penicilina. Las Fábricas Schering —tanto las de la zona soviética como las instaladas en la zona inglesa— han reanudado la producción iniciada ante de acabarse la guerra. Por cierto que utilizan métodos distintos de los empleados por otras naciones; para el cultivo del penicilium notatum emplean productos a base de glucógeno.

* * *

El Instituto Nacional de Estudios Demográficos de Francia tiene un presupuesto anual de 24 millones 750 francos.

* * *

En la Gran Bretaña y para el año 1946 la cifra total de estudiantes de Medicina ha sido de 2,610.

* * *

En Holanda, las bajas de la población civil durante la guerra se reparten así:

50.000 víctimas de bombardeos o ejecuciones por el enemigo y los fascistas holandeses; 47,000 deportados políticos, muertos o desaparecidos en Alemania; 25,000 muertos de hambre, y 105,000 judíos belgas que fueron deportados a Polonia y allí asesinados.

* * *

El doctor *W. J. Kolff*, médico especialista del Hospital Municipal de Kampen (Holanda) ha construído un aparato que llama "riñón artificial"; le utiliza en los casos de uremia aguda y crónica.

Establece una comunicación entre la arteria radial del enfermo y el aparato; la sangre —mantenida en estado líquido por heparina— es filtrada por el aparato —merced a un procedimiento de dialisis— y una vez descargada de los productos retenidos vuelve al cuerpo por un nuevo enlace entre el aparato y un tronco venoso grueso.

La superficie filtrante del aparato mide 24,000 cms. cúbicos, pudiéndose "lavar" la sangre del enfermo por una sola filtración (en 14 horas, 120 litros de sangre han atravesado el riñón artificial y 250 grs. de urea fueron eleminados; igualmente se desembaraza la sangre de creatinina, ácido úrico). Después de la "filtración", el enfermo ha de reposar cuatro-seis días antes de poder ser objeto de otra. En la Press Medicale, se dice seriamente (!) que ya se han conseguido resultados notables.

* * *

Best, el co-descubridor con *Banting* de la insulina, ha predicho para los doce años próximos un gran déficit de insulina. Se basa en el gran incremento de las cantidades de insulina gastadas anualmente mientras que no se dispone de pancreas en cantidades ilimitadas; al revés, cada año disminuyen.

* * *

La primer mujer médico de lengua inglesa fué *Isabel Blackwell* (y no *Isabel Garret*, como suele decirse y aún publicarse).

La doctora *Blackwell* terminó sus estudios en Nueva York el año 1849 y se registró como profesional con ejercicio en 1858.

* * *

Pero fué *Isabel Garret* —que terminó sus estudios en París, en 1873— la que dió lugar a la tremenda controversia sobre si debía o no permitirse ejercer la medicina a las mujeres. En el plebiscito de 1878, la proporción de votos en contra del ejercicio médico por mujeres, llegó a ser de tres contra uno. Solamente en 1892, las mujeres inglesas consiguieron que se retirara la prohibición dictada después de tal votación adversa.

* * *

Según datos de la Dirección General de Estadística de la República Mexicana, la población económicamente activa, sólo alcanza la cifra de seis millones doscientos mil personas. Eso significa un 27.8% de todos los habitantes del país. Es decir, casi las tres cuartas partes de los habitantes de México son improductivos para el país que les aloja o les vió nacer.

* * *

En 1945, en Escocia gozaban del Seguro Social de Enfermedad, dos millones cincuenta y dos mil personas.

* * *

No son muchos los médicos y literatos que saben que *Rabelais* fué profesor de Anatomía de la Universidad de Monpellier.

* * *

A partir de los sesenta años de edad, cada vez es mayor el porcentaje de mujeres con relación al de hombres. Mientras que de los 60 a los 64 años, el sexo femenino apenas si sobrepasa el 50% de todos los individuos de tal edad, alcanza el 65% entre la totalidad de los que cuentan 100 y más años.

* * *

Durante los pasados cinco años, en Paraguay se ha conseguido poner en funcionamiento 132 unidades sanitarias para las atenciones rurales. Cada una, cuenta con 9 médicos y aparte de servicios ambulatorios tiene un pequeño hospital y una maternidad.

* * *

Cuando el Instituto Británico de Opinión Pública ha preguntado a los padres que carrera darían a sus hijos a fin de garantizarles un buen porvenir, sólo el 7.5% han contestado que la de Medicina.

* * *

En París, se ha dispuesto que para la vigilancia individual sanitaria cada persona, durante el curso de su vida, haya de pasar por nueve reconocimientos preventivos, sea cual sea el estado de su salud.

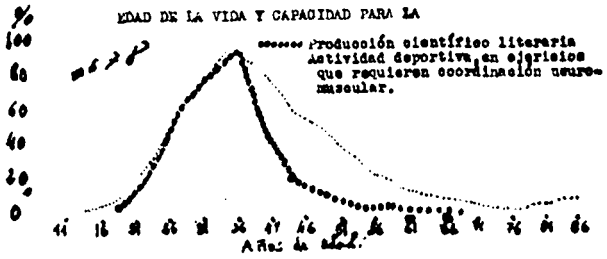
* * *

Desde que comenzó la guerra pasada dejaron de llegar al continente americano las siguientes revistas médicas europeas: 254, francesas; 163, alemanas; 72, italianas; 58, españolas; 169, de otras naciones.

Las francesas, sólo muy recientemente han comenzado a recibirse con regularidad. Las restantes continúan llegando tarde y mal.

* * *

El gráfico siguiente es la consecuencia de un trabajo realizado por *Leham*. Comparó un grupo de 933 matemáticos, inventores, pensadores y otro —numéricamente parejo— de atletas y deportistas destacados, buscando a que edad, unos y otros, habían realizado sus mejores aportaciones y cuando habían cesado de producir, activamente al menos.



Como se ve, la aptitud para producciones científico-literarias acaba antes que la capacidad para rendir actividades físicas que requieren coordinación neuro-muscular.

* * *

Por su parte, *Magie* ha comparado un grupo de nacidos en 1785 con otro de 1867. El primer grupo acabó la capacidad máxima de rendimiento DIEZ AÑOS antes que el de los nacidos en 1867. Por término medio, claro.

* * *

De esos trabajos y otros semejantes, resulta que la curva de producción científica y edad marcha paralela a la de otras diversas actividades.

Los momentos de la vida de un hombre en que mayor producción científica rinde, hállanse en paralelismo con los momentos en que los

—actores de cine han producido películas de mayor rendimiento,

—músicos han escrito mejores obras,

—Los filósofos han publicado sus mejores pensamientos.

—exploradores y geógrafos han llegado a más útiles exploraciones y descubrimientos.

En cambio, la capacidad para las buenas producciones literarias parece que tiene un más rápido declinar. Mientras que en los dedicados a producciones científicas los 34

años de vida marcan el punto medio de sus actividades, en los literatos tal punto se consigue a los 32 años. Los pintores le alcanzan a los 40 años.

* * *

En 1859 existían en el Canadá 60.000 franceses. 79 años después, en 1938, se contaban cerca de 5.000,000 de descendientes de esas 60,000 familias. Lo que quiere decir que en tal período se habían multiplicado a razón de más de 8,000%.

* * *

He aquí nos datos publicados por *M. W. Warren* en "The Practitioner", de noviembre de 1946:

Tiempo de vida previsible en Inglaterra

Para los nacidos en:	Hombres	Mujeres
1891-1900	44,1	47,8
1901-1910	48,5	52,4
1942	61,7	67,4

Quizás convendrá advertir que en semejantes cálculos no se valoran las guerras.

* * *

Del mismo autor:

Comparando la población de 60 y más años de edad que existía en 1901 con la existente en 1944, resulta que en este año último:

en total (ambos sexos) había 162.5% más que en 1901
los hombres eran 155.5% „ „ „ „
las mujeres eran 167.3% „ „ „ „

* * *

En el Japón, 8 millones de personas carecen de todos los productos más necesarios.

16 millones de niños constituyen el contingente de una campaña de vacunación (incluso contra el cólera comenzada por los servicios sanitarios del Ejército americano.

* * *

La revista franco-belga "Documentes" en su número de noviembre de 1946, afirma que, por avión, han sido enviados a Norteamérica, 1500 microfilms, conteniendo informes sobre novedades industriales alemanas guardadas como secretos de guerra. Se sabe que entre ellos figuran:

a) Los planos y modelos de un magneto fono.
b) Nuevos sistemas de cinematografía en colores.
c) varias fórmulas de caucho sintético.
d) Un nuevo motor "Diesel" ligero con sistema de enfriamiento por aire.
e) Un nuevo sistema de condensador eléctrico.
f) Turbinas de gas, superiores a las de vapor y más económicas.

* * *

Desde agosto 1945 hasta abril de 1946 viajaron por Europa 5.781,000 personas "desplazadas" de sus anteriores domicilios.

* * *

En 1922, los miembros de la Academia Francesa recibían un estipendio mensual de 85 francos "para que viviesen decentemente". Por otro lado, cada vez que asistían a una sesión devengaban un franco en calidad de dietas "por tiempo perdido". Actualmente cobran 500 francos mensuales y 10 francos por sesión.

* * *

Durante la pasada (?!) guerra, la exogamía ha llegado hasta cifras jamás alcanzadas. Y no dejan de ser curiosas algunas cifras de la misma. Por ejemplo:

a) Los hombres ingleses han sido los más refractarios al matrimonio con extranjeras.
b) Las inglesas, en cambio, son las que más confiadamente han enfocado el problema conyugal con hombres de otros países. Números al canto:

De todas las esposas de guerra llegadas a Norteamérica o en espera de barco, son:

inglesas	33,000
francesas	5,081
belgas	1,759
holandesas	302
luxemburguesas	132
suizas	12

De las casadas con canadienses:

85 son francesas
600 „ belgas
3,000 „ holandesas
42,535 „ inglesas

(Por cierto, entre las 40 mil y pico mujeres de norteamericanos, las 33,000 inglesas tienen 27,000 hijos mientras que las 7,000 restantes, de otras nacionalidades solo reunen 1,200 niños. Lo cual se repite en los matrimonios del Canadá, si bien en menor proporción: 42,500 inglesas son madres de 17,275 niños mientras que de las 3,685 esposas restantes sólo son madres 428.)

Aparte de las cifras citadas, las inglesas se han casado con:

1,100 checoeslovacos
2,500 noruegos
5,000 entre holandeses y belgas
1,500 polacos
4,280 franceses
45 españoles.

* * *

Al Departamento pericial médico-químico de la Policía Uruguaya le ha tocado en suerte magnífica tarea. Se trata de que uno de sus miembros tuvo la idea de obtener más de 500 reproducciones fotográficas de las manchas de sangre que habían quedado en el cuchillo del asesino de un conocido ranchero. Pues bien, tales manchas de sangre al ser fotografiadas revelaron la existencia de rostros humanos perfectamente fijados. Entre ellos, destacábase el del asesino y el de su víctima. (!)

Dejando aparte el simple interés criminológico del hecho, no hay duda de que si se confirma que la sangre tiene poder de captación de diversas imágenes se abren múltiples posibilidades para la investigación biológica.

Al parecer, de los trabajos hasta ahora realizados se han conseguido determinar que es la hematina la substancia posiblemente fijadora.

* * *

La Escuela de Medicina de Cambridge ha publicado una estadística, iniciada cuando comenzó la primera guerra

mundial y continuada hasta ahora, con la que se pretende investigar el influjo de las guerras sobre la natalidad. Según los datos dados a conocer, y que se refieren a la Gran Bretaña, a sus dominios y coolnias, cuanto más grande es la pérdida de hombres en las guerras, tanto mayor es el porcentaje ulterior de natalidad y el predominio de varones sobre hembras entre los nacidos... De creérselo, siempre es un consuelo. O al revés, ¡vaya usted a saber!...

* * *

En los abismos de las aguas territoriales brasileñas, se ha descubierto un género marino en el cual el macho se adhiere por la boca al vientre de la hembra. La conexión parasitaria llega a ser tan íntima que se unifica el torrente sanguíneo y la hembra, una vez verificada la primera copulación, lleva toda la vida adosado el macho quien pierde todos los medios de locomoción y sentido que poseía antes.

Conste que no aludimos a nadie pero estamos seguros de que los lectores reccordarán casos parecidos en la especie humana; por lo menos en cuanto a la evolución citada.

* * *

Según el Dr. *A. W. Green*, de la Universidad de New Hampshire, los niños de la clase media arrojan un mayor porcentaje de neurósicos que los de clase rica o los pobres. El citado doctor lo explica a cuenta de que, mientras los niños pobres son educados por sus hermanos mayores y los de clase acomodada por maestros e institutrices, los de la clase media están constantemente vigilados y atendidos por sus propios padres. El desvelo de estos, el constante contacto de los niños con los problemas personales —tan desarrollados en los hogares de la clase media— y la errónea interpretación paterna de lo que debe ser la vida de relación de los niños, forzados a pensar y actuar como adultos, engendran no pocos complejos y, particularmente, una falsa idea de la vida, lo que determina un choque psíquico cuando se enfrentan a las realidades objetivas.

En el Hospital londinense de San Bartolomé, a que antes nos hemos referido, fué donde se realizaron:

—la primera anestesia con cloroformo, y

—el primer examen diagnóstico con Rayos X.

* * *

La Sociedad de Psiquiatras de Praga ha anunciado que, en casos de amnesia, dan magníficos resultados ciertas drogas hipnóticas. Pese a que la pérdida de la personalidad era muy antigua en bastantes casos, después del tratamiento la mayor parte de los individuos ha podido establecer correctamente su nombre, procedencia, etc., etc.

Desde luego, en lo que nosotros recordamos, el proceder ya ha sido empleado por investigadores norteamericanos. La comunicación parece tener valor sólo por haberse aplicado el procedimiento en gran número de pacientes.

* * *

Ya se fabrica —y le hemos visto funcionar— el nuevo tipo de "pulmón de acero", ideado por el Laboratorio Técnico de la Fuerza Aérea AAmericana. Se trata de un modelo extremadamente ligero, capaz de transportarse en dos maletas corrientes (en total no pesa más de 45 libras) con la ventaja de no cubrir más que el pecho del paciente, dejándole en libzertad las extremidades superiores, a no ser que la parálisis sea total. Una vez adaptado y regulado, funciona con absoluto automatismo, sin intervención personal alguna.

* * *

Según investigadores de la Universidad de Columbia (E. U.) el sistema de "ondulación del cabello en frío", cuya base es la aplicación del ácido tioglicólico, resulta muy perjudicial para determinadas mujeres. Particularmente las que sufren de cualquier proceso alérgico o bien de anemias, aunque no sean avanzadas, con gran facilidad sufren, después de ondularse con tal proceder, pérdida de todo el cabello y rash ictérico. Al parecer, el ácido ataca el hígado en proporción acorde al tiempo de aplicación. Incluso se ha llegado a pedir a los poderes públicos la prohibición de tal sistema.

* * *

En 1897 comenzó a funcionar en San Petersburgo el primer Instituto Médico Femenino.

* * *

En la provincia de Talca (Chile) se ha realizado, con éxito, la extirpación de un tumor cerebral siguiendo el cirujano las indicaciones telefónicas que dictaba uno de los especialistas en neurocirugía más famosos de la capital chilena, el *Dr. Asenjo*.

El paciente era intrasportable y a su médico de cabecera se le ocurrió demandar la cooperación de la Compañía Telefónica, de suerte que durante dos horas funcionó una línea especial entre el domicilio del citado doctor de Santiago de Chile y el quirófano.

Recordamos un caso en España, en la provincia de Soria; de manera semejante, un internista (*Calvo Melendro*) operó un traumatizado de cráneo.

* * *

El Dr. *A. L. Barach*, de Filadelfia, ha comunicado la aplicación del "pulmón de acero" al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Se basa en el principio de proporcionar descanso pulmonar y obliga a los pacientes a que pasen el día entero en una modificación de dicho aparato, el cual detiene la respiración voluntaria del paciente hasta el extremo de que radiológicamente no se registra el menor movimiento costal o diafragmático. Mediante determinado dispositivo, el aparato en cuestión introduce y extrae el aire en los pulmones, cuya presión se estabiliza e iguala. Justamente la modificación introducida al ya conocido "pulmón de acero" que se utiliza en la poliomielitis, es el dispositivo estabilizador de la presión parieto-torácico-pulmonar.

Dice el autor del método que, en consecuencia del absoluto reposo pulmonar, las cavernas cicatrizan rápidamente. Por otra parte, otorga gran influencia a los efectos determinados en el sistema nervioso central por la detención de la respiración. Los pacientes permanecen durante horas sin mover sus manos ni pretender cambiar de posición y una de las observaciones más comunes es la supresión de la costumbre de fumar; al parecer se observa incluso en los fumadores más inveterados. El tratamiento fué aplicado en 12 casos con lesiones bilaterales muy avanzadas y dió resultados sorprendentes, dice *Barach*, en seis enfermos. Dos de ellos, pudieron comenzar a trabajar, como antes de su padecimiento, con sólo cuatro días de curación. Unicamente en un caso se hizo preciso persistir en la cura más de un mes.

¿Nos lo creemos?

* * *

Desde 1947, el Gobierno Francés mantendrá con carácter permanente en sus Embajadas de Estados Unidos Norteamericanos, China y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, "agregados" sanitarios.

* * *

Para 1948 está proyectada la revisión y modificación de la Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte. La que actualmente existe en vigor tiene fecha de 1934 y sólo fué definitivamente aprobada por una veintena de países.

Correspondió al Instituto Internacional de Estadísticas la adopción de la primera Nomenclatura común. Desde aquella fecha —1893— hasta 1934, la Nomenclatura ha sufrido cinco modificaciones y cada una de ellas ha tenido menor valor internacional. La que se ha de efectuar dentro de dos años, parece que tendrá más suerte, pues se hace bajo los auspicios de la flamante Organización Sanitaria Mundial de la no menos flamante O. N. U.

* * *

Italia comienza a liberarse del "mercado negro" de medicamentos y drogas, pues los productos europeos ya son abundantes y destierran a los de origen americano. Pero todavía tres subtancias medicamentosas, producidas en América del Norte, se cotizan a fuertes precios. Una tableta de ácido fólico, cuesta 200 liras. Por 200,000 U. de penicilina, se pagan —término medio— 1,500 liras (en vez de las 8,000 que valían hace medio año). Un gramo de estreptomicina, se cotiza a 25,000 liras.

EL SEGUNDO CONGRESO INTER-AMERICANO DE RADIOLOGIA

De acuerdo al programa previamente establecido, se ha celebrado este Congreso en La Habana en los días 17 al 22 de noviembre próximo pasado, auspiciado y organizado por la Sociedad Cubana de Radiología. Según nos informan el Congreso ha tenido un magnífico desarrollo y, por ende, un gran éxito.

A la par que la lectura de las comunicaciones, tuvo lugar una exhibición científica y otra comercial: la primera estaba integrada por varios de los congresistas comunicantes y por otros muchos que se limitaron a exponer casos y resultados de su experiencia. En total, fueron 47 los expositores; de ellos 16 cubanos, 11 norteamericanos, 4 argentinos. México participó gracias al Dr. *Antonio Rena*, quien expuso sobre el tema "Quistes del cráneo".

He aquí el reparto, por nacionalidades de los autores de las comunicaciones leídas a enviadas al Congreso:

Argentina	24
Brasil	7
Canadá	7
Chile	9
Colombia	6
Cuba	8
Estados Unidos	25
MEXICO	7
Paraguay	1
Perú	1
Santo Domingo	1
Uruguay	19
Venezuela	2

Los temas tratados por los radiólogos mexicanos fueron:

Dr. *Carlos Coqui.*—La exploración de los senos faciales por el método de *Proetz.*—La Sialografía.

Dr. *Juan José Quezada.*—Examen radiológico de la rodilla.

Dr. *Enrique Groenewold.*—Determinación radiológica de la edad fetal.

Dr. *José Araujo.*—Roentgenterapia de contacto Chaoul.

Dr. *Luis Vargas* y Dr. *Guillermo Montaño.*—El Rinoescleroma.

Dr. *Carlos Gómez del Campo.*—Investigaciones radiológicas en colectividades.

Entre los trabajos, destacaron los dedicados al diagnóstico radiológico del cáncer gástrico y a los tumores óseos, ambos detalladamente tratados por los delegados chilenos.

CURSO SOBRE "DERMATOSIS OCUPACIONALES"

La Sociedad Mexicana de Dermatología ha organizado un curso abreviado sobre "Dermatosis ocupacionales" que ha tenido lugar del 18 al 22 del pasado mes de noviembre.

Este curso, auspiciado por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, con la colaboración del Departamento Médico del Instituto del Seguro Social, ha estado a cargo del Dr. *Louis Schwartz*, Director Médico del Departamento de Dermatología del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos.

La acusada personalidad científica del conferenciante, especializado en la rama dermatológica de la Medicina del Trabajo, ha congregado como auditorio de sus conferencias a un selecto y numeroso grupo de profesionales que han segudio con creciente interés las demostraciones del Dr. *Schwartz.*

El curso ha versado sobre diferentes temas relacionados con las dermatosis ocupacionales, entre los que destacamos los siguientes:

Incidencia e importancia. Causas determinantes. Tipos clínicos. Sistemas de prevención. Tratamiento. Aspectos legales.

A estos temas siguió un estudio en particular de los agentes causales y de los métodos de investigación para el diagnóstico de este género de dermatosis.

El jueves 21 de noviembre, en la Escuela de Medicina, la Sociedad Mexicana de Dermatología y la de Medicina e Higiene del Trabajo celebraron una sesión conjunta en la que el Dr. *Schwartz* desarrolló brillantemente una de las conferencias de su curso, y el Dr. *Millán Gutiérrez* expuso una comunicación sobre 'Dermatosis ocupacionales de origen calórico".

En resumen, el curso del Dr. *Schwartz*, ha resultado de gran utilidad para quienes le han seguido y su organización ha constituído un éxito para la Sociedad Mexicana de Dermatología y las agrupaciones científicas que la han secundado.

ALGUNOS PRODUCTOS

F U S T E R Y

PARA RECETA MEDICA

ALGOSTINA
Ampulas y Tabletas.

ANAFILAXINA

BROMURO DE CALCIO AL 10%.
Ampulas de 5 y de 10 c.c.

BROMURO DE ESTRONCIO AL 10%.
Ampulas de 5 y de 10 c.c.

BRONCHOSIL
Ampulas y Jarabe

COLIENTEROSIL

COTRENOL
Líquido, Ovulos y Pastillas

DRENOCISTO

ENDOYODO

POLICAL
Granulado y Amps., de 5 y de 10 c.c.

HEPADRENAL

MENADION FUSTERY CAPS.

OPOBIASA
Ampulas y Jarabe

SULFA-ESTAOL OVULOS

SULFATIAZOL POMADA AL 10%

SULFATIAZOL
QUIRURGICO

UROSAN
Ampulas y Granulado

VACUNA PARADENTAL

YODOBISMOL

LABORATORIOS FUSTERY, S. A.
LIVERPOOL 155 MEXICO, D. F.

CORTESIA

DE LOS

LABORATORIOS
LAKESIDE

•

IX

Crítica de Libros

LES YEUX ET LA VISION DES VERTEBRES par *A. Rochon-Duvigneaud.* Mason & Cie., Paris, 1943. Un volumen de 719 páginas, con 500 figuras.

Rochon-Duvigneaud es un eminente oftalmólogo francés que desde fines del siglo pasado y durante lo que va del presente ha enriquecido la literatura científica con un gran número de trabajos de investigación. Su tesis de doctorado en 1892 "Recherches sur l'angle de la chambre anterieure et le canal de Schlemm" ha quedado como clásica. Después, otros muchos trabajos referentes a la anatomía comparada del aparato visual han ido sucesivamente apareciendo en diversas revistas oftalmológicas y de ciencias naturales hasta este magnífico tratado que comentamos. "Cazador, anatómico, oftalmólogo —nos dice en la Introducción— yo he disecado durante mucho tiempo y cortado globos oculares de animales y del hombre, estudiando la visión antes de leer mucho"; mas el autor se lamenta de que falte un laboratorio dirigido por un cazador histólogo y con una organización especial para que se pudiese fijar los ojos de los animales inmediatamente después de la muerte, ya que los animales exóticos mueren en los jardines zoológicos y la retina que se puede obtener de sus cadáveres es casi siempre ya inutilizable. "El estudio experimental de la fisiología ocular exigirá otra cosa si se quiere que Francia ocupe su lugar entre las naciones en las que nacen en todas partes laboratorios de Oftalmología comparada".

El libro está lleno de multitud de figuras originales referentes a ojos de diversos animales vertebrados, pudiendo asegurar que es, sin género alguno de duda, la obra más documentada publicada hasta el presente acerca del asunto.

Serían necesarias muchas páginas para dar cuenta de los numerosos datos que comprenden los 19 capítulos de que el libro consta, de los que no haremos mas que citar algunos. El I se ocupa *del ojo humano,* en 145 páginas; en él en diversos subcapítulos trata de las cuestiones más modernas, por ejemplo: referentes a la histología de la retina, con arreglo a los hallazgos del malogrado oftalmólogo español Balbuena; el II trata del *origen del ojo de los vertebrados* o sea de la embriogenia y de la morfogenia; el III del *ojo de los ciclóstomos*... y así sucesivamente hasta el XVII que se refiere al *ojo de las aves,* en el cual el autor ha descrito tantas maravillas de organización, y el XVIII al *ojo de los mamíferos,* reservando el capítulo final, XIX, a *los dos regímenes visuales sensorio motores* en la serie de los vertebrados, dedicando de él uno de los subcapítulos a *la teoría del quiasma de Cajal* y el último de éstos al *Resumen fisiológico y Conclusiones.*

Aunque son importantes todas las consideraciones que el autor hace, queremos destacar, a título de ejemplo, algunas de las de más relieve y originalidad que ha aportado a la *filosofía oftalmológica, fundándose en sus observaciones comparativas.*

"El ojo es un quiste fisiológico" decía ya en uno de sus primeros trabajos, "Précis iconographique d'Anatomie normal de l'œil", 1895 y lo rememora en este libro que es una especie de compilación de la mayor parte de los anteriores. La evolución embriológica nos muestra la formación de las partes principales del ojo verificándose *por enquistamiento* y a veces *por supresión de sus pedículos.* Así, la retina deriva de la vesícula ocular primitiva transformada después en secundaria, la primera a su vez procedente de la vesícula cerebral anterior; el cristalino es otro quiste epitelial qeu desde el ectodermo situado enfrente d la vsícula ocular primitiva avanza hasta ella por invaginación, después se pediculiza, rompiéndose por fin el pedículo y quedando la vesícula cristaliniana a expensas de la cual se forman los elementos de la lente del adulto. La constitución quística del ojo en conjunto hace de él una cavidad llena en parte de líquidos, lo que da lugar a una afección sin precedente en el resto del organismo, por la retención de los mismos, o sea la hipertensión ocular que como consecuencia de ello se produce en las afecciones llamadas glaucomatosas, la cual conduce, por compresión de las delicadísimas estructuras intraoculares, nervio óptico y retina, a la ceguera más o menos irremediable.

Otras consideraciones que el A. desarrolla son las referentes a cómo los tejidos vivos se han adaptado en el ojo a las necesidades visuales, para lo cual ha sido preciso que ciertas partes del órgano, las que la luz ha de atravesar antes de llegar a la retina, se hayan convertido en transparentes. Esto se ha realizado merced a ciertas circunstancias, a saber: *la falta de vasos* en los órganos sólidos o semisólidos: córnea, cristalino, vítreo y capas anteriores de la retina y *la de elementos formes* en los líquidos: sangre con sus glóbulos rojos y blancos, en el humor acuoso; *la regularidad de las superficies limitantes,* en la córnea, con sus dos membranas basales, en el cristalino con las dos cristaloides y en la retina con sus dos limitantes, interna y externa; así como *la armonía entre los índices de refracción de unas partes con otras* en cada órgano trasparente del ojo han hecho de éste un aparato maravilloso que permite la función en condiciones normales. Cuando alguna de éstas desaparece, por infiltración inflamatoria, vascularización, etc. o por el hecho de la nutrición perturbada a consecuencia de trastornos generales o locales, como en la catarata, dicha trasparencia se altera o desaparece.

La tensión ocular es por otra parte una condición necesaria para que el ojo conserve la forma esférica a fin de que los medios trasparentes formen una imagen correcta en la retina, de los objetos exteriores.

La visión de las aves, con sus dos *fóveea*: una para la visión exclusiva de cada ojo y otra para la visión binocular asociada; la forma y dimensiones de las córneas y tantos otros hechos interesantes van siendo puestos sucesivamente de manifiesto en este libro, cuando las ocasiones se presentan.

A este ilustre octogenario le es aplicable el aforismo de Letamendi: "Si quieres que tus libros no envejezcan, escríbelos cuando tú empieces a envejecer". El A. le hace bueno, demostrando que su cerebro ha producido una obra de perfecta madurez intelectual. La frase que él dedica al malogrado Dr. *Terson,* autor también de muchos excelentes trabajos oftalmológicos, pudiera con mucha justicia serle aplicada a nuestro autor mismo: la de que ha sido (y además por fortuna continúa siéndolo) "el más bello espíritu de la Oftalmología francesa moderna".

Médicos, oculistas, naturalistas y científicos en general experimentarán de seguro un gran placer al leer las admirables páginas de esta obra, por ahora la última, del Dr. *Rochon-Duvigneaud.*

M. Márquez.

ALLERGY.—*Erich Urbach y P. M. Gottlieb* (Grune. Startton, Nueva York, 1946).

Días antes de mi partida de la Unión Soviética conversando con uno de los más inmediatos colaboradores de *Lina Stern*, la genial Directora del Instituto Central de Fisiología, supe que uno de los objetivos de buen número de experimentadores del Instituto era —y seguramente aun es— conseguir el sueño a voluntad; mejor dicho, lograr que las seis-ocho horas seguidas que todos hemos de dedicar al sueño pudieran dividirse en períodos más breves, de dos o tres horas, a fin de que el proceso de desintoxicación cerebral, al ser más frecuente y encontrarse con menor tarea, redujese su extensión total. Sabido es que la tercera parte de nuestra vida transcurre en el sueño y fácil resulta imaginar cuanto podríamos elevar nuestra capacidad de trabajo si fuese factible restar permanentemente una o dos horas diarias al reposo nocturno.

Viene esto a cuenta de que cuando mi contertulio me explicaba la marcha de los trabajos citados no pude menos de sonreir y asegurarle, por anticipado, que estaban perdiendo el tiempo. Y no por que yo pensase en que el problema era insoluble, sino por creer que resolverle estribaba sólo en espiar a *Lina Stern* hasta convencerse de cuál era el secreto que permitía su inagotable rendimiento, su enorme capacidad de trabajo.

Seguro estoy de que el lector estima demasiado frívolos los párrafos anteriores y, por tanto, inoportunos en una revista médica. Quizás tenga algo de razón, pero no toda. Pues el ropaje bromista ocultaba entonces, cual oculta ahora, una seria interrogación y un desesperado anhelo. Las mismas cosas que se encierran en ese comentario tan corriente de muchas gentes sobrecargadas de trabajo que no pueden rendir y que deben, sin embargo, acometer. "¡Si el día tuviera 40 horas en vez de 24!" Desgraciadamente para los demás, existen individuos cuyas 24 horas demuestran cuán suficientes son y como la cuestión no es el tiempo y sí el sistema de trabajo, la capacidad personal, la decisión y el entusiasmo. Así, *Lina Stern* —base de mi primer comentario entre burlón y desencantado de mí mismo—. Así *Urbach* el autor del libro que deseamos aquí comentar y que ha despertado el recuerdo referido.

En este mismo número de la REVISTA MEDICA coinciden dos comentarios sobre libros de *E. Urbach*. La coincidencia era obligada pues, en verdad, ambas obras han visto la luz casi a la par, desde luego en este año que acabó. Cualquiera de ellas resume un trabajo ingente y sumadas las dos, apenas si resulta comprensible cuando y como trabaja *Urbach* en el servicio hospitalario del Hospital Hebreo de Filadelfia cuyo Departamento de Alérgia dirige; empero, de ese Departamento procede gran parte de las investigaciones norteamericanas sobre los fenómenos de hipersensibilidad, de anafilaxia, etc.

Cierto, la obra que comentamos es sólo una segunda edición de aquella que con el mismo título apareció en 1943 siendo, poco después, traducida al castellano. Pero, aunque los editores no hacen constar la conocida advertencia de "ampliamente corregida y aumentada", la realidad es que, si se compara página por página, en casi todas las de esta segunda edición se encuentran modificaciones con respecto a la primera. Bastara decir que figuran capítulos nuevos como son: los aspectos somáticos de la alergia, el factor Rh, la bronquitis alérgica, etc. Y otros, que ya existían, han sido tan ampliados que resultan absolutamente nuevos; p.e., el referente a la alergia medicamentosa que ahora incluye la sensibilidad a los antibióticos, al tiouracilo.

Dice el autor "Ni una sola de las cuestiones tratadas ha escapado a la revisión"... "Se han añadido 1,300 citas bibliográficas" con lo cual —advertimos nosotros— pasan de tres mil quinientas (!) las recogidas y comentadas en la obra. Se ha mejorado visiblemente una de las partes más valiosas: la referente al diagnóstico de los procesos alérgicos mediante el empleo de "test".

No sé si los aspectos económicos impedirán que esta "segunda edición" sea prontamente traducida al castellano; seguramente así sucederá y es bien de lamentar. Porque uno de los valores incalculables de la obra es, justamente, establecer las comparaciones debidas entre ambas ediciones. Son solamente tres años los transcurridos y las investigaciones sobre alergia en todo el mundo se han multiplicado hasta poder decir que no hay otro aspecto médico en el que se haya trabajado de manera pareja. No hay duda de que apenas si existe un proceso biológico en el cual —con mayor o menor fundamento, pero siempre con verosimilitud— no podamos atribuir un papel a fenómenos alérgicos. Y bien, ¿estamos hoy más cerca de la verdad que años atrás? Negarlo en absoluto sería ridículo. Pero sostener que de ese mayor conocimiento hemos sabido sacar las debidas consecuencias prácticas... no sé si es posible; a nosotros nos parecería que diciéndolo caíamos en el pecado de auto-engañarnos. En muchos, en muchísimos aspectos pensamos que aun son justas unas frases que escribíamos en 1934 tratando de las manifestaciones alérgicas tuberculosas: "...nos hemos olvidado de que al hablar de alergia no damos la explicación íntima de los hechos, sino que nos referimos al *por qué* son así tales hechos, a la capacidad de los mismos, quedando esta capacidad y aquel *por qué* faltos de explicación a su vez".

Comprendemos que el párrafo anterior, comentando la obra de *Urbach*, casi resulta sacrílego toda vez que el mismo puede llevar más fácilmente a las concepciones de *Roessle* que a las de *Urbach* y, para nosotros al menos, es éste más razonable que aquél en no pocos aspectos. Sobre todo en uno esencial: cuando señala los peligros de clasificaciones "muy claras" de los fenómenos alérgicos dando así la sensación de que los hechos de cada grupo constituyen unidades entre si aisladas cual pueden estarlo los miembros de una misma familia pero que se han independizado. Dice *Urbach*, y es bien cierto, que ocurre exactamente lo contrario, que las clasificaciones son por demás elásticas y con toda clase de lazos transformativos entre ellas. Pero, tal afirmación ¿no es confesar que, pese a todo, aun se nos escapan las verdaderas razones y mecanismos de tales hechos alérgicos en cada momento, en cada individuo?

Hoy no es ya admisible la tesis que incluso sus últimos defensores a outrance —las escuelas europeas— están abandonando; nos referimos a la creencia de que en cada manifestación alérgica la base estaba en una reacción "antigeno-anticuerpo". Conocemos ya múltiples ocasiones en las que es imposible encontrar el supuestamente imprescindible alérgeno exógeno; ahí están p.e., las dermatosis debidas a trastornos del metabolismo intermediario orgánico. Hemos tenido que aceptar —y ha costado no poco trabajo a quienes estábamos influenciados por las tesis sajonas — las llamadas alergias físicas introducidas en la literatura por *Duke* hace ya más de veinte años (Por cierto, en bastantes fenómenos clínicos de los que tan ligeramente se achacan a "la altura", aquí, en la ciudad de México, es más probable que exista una variedad de "alergia física" pues no resulta admisible que tales "efectos de la altura" cesen en ciudades y pueblos que tienen altitudes inferiores en unas cuantas decenas o, inclusive, están más altas.)

Las dos escuelas —unicista y dualista— investigadoras

de los mecanismos alérgicos continúan acumulando elementos en pro y en contra, pero todavía resulta muchas veces que los aspectos aclarados hoy se obscurecen casi seguidamente. No es pues raro, pero sí muy lamentable, que los llamados médicos prácticos no se adentren en los estudios sobre alergia prescindiendo así de lograr en ocasiones fáciles éxitos. Pues bien, la obra de *Urbach* que comentamos posee el gran valor de buscar constantemente la proyección práctica de cada conocimiento logrado a fuer de investigaciones, quizá hasta aparentemente contradictorias. Cabe aducir que, a veces, esa proyección ha de tomarse simplemente cual sugerencia y no como definitivamente cierta. Pero aun entonces es útil, pues, nada hay en Medicina más pernicioso, más descorazonador que atenerse a lo que se "sabe bien" y procurar encajar en sus límites todos los hechos, encogiéndose de hombros cuando los marcos resultan muy estrechos o muy anchos.

Leer la obra de *Urbach* y *Gottlieb* —el más inmediato colaborador de aquél— es igual que releer toda una Patología Médica bien que escrita bajo ideas directrices muy distintas. Ideas que podrán parecer —y lo son— muy unilaterales y, por tanto, no pocas veces conducentes al error pero que, justamente por esa misma unilateralidad, a procesos que estamos acostumbrados a ver con determinados matices les prestan nuevos perfiles; ocurre cual sucedía con aquellos dibujos de nuestros juegos infantiles cuyas perfiles eran distintos según el color del transparente que se les aplicaba.

La presentación de la obra es magnífica. El material gráfico —más de 4000 figuras y fotografías— está plenamente conseguido. En su presentación y en lo que encierra, el libro honra a toda la medicina norteamericana. No en balde *Urbach* es uno de los nombres más conocidos mundialmente de toda la pleyade de investigadores de la vecina nación.

Díez Fernández.

THE EXTREMITIES.—*Daniel P.Quiring, Beatrice A. Boyle Erna L. Boroush, M. A., Bernadine Lufkin,* A. B.—Editado por Lea & Febiger, Philadelphia 1945, con 117 páginas.

Se trata de un pequeño libro en el que se pretende aclarar la situación, relaciones, vascularización y distribución nerviosa de los músculos por medio de diagramas originales y muy comprensivos. Los autores prescinden de gran número de detalles en aras de la claridad. Los esquemas se basan en disecciones directas. Al pie de cada lámina se hace referencia a las páginas en que está descrito el músculo estudiado en anatomía normal de Gray (Ed. 1924) y la de Cunningham (Ed. 1937). De este modo el libro resulta un complemento de estas anatomías clásicas y facilita enormemente la labor del estudiante y del médico práctico que rápidamente quiere darse cuenta de la situación y de la acción de los músculos de los miembros.

La nomenclatura utilizada está basada en la B.N.A. y B.R. modificada, de las cuales se apartan los dos autores de anatomía que antes hemos mencionado.

Puede conceptuarse a este librito como utilísimo tanto para los estudiantes como para los cirujanos y masajistas que rápidamente necesitan recordar situación, relación y acción de un determinado músculo, así como conocer sus puntos motores y los nervios que accionan estos músculos.

Los comentarios son muy concisos y precisos, complementando perfectamente a las originales figuras del libro.

J. D'HARCOUT.

LA ANESTESIA LOCAL POR EL METODO DE INFILTRACION GRADUAL. — *A. V. Vischnievsky.* Traducción de la tercera edición rusa por *N. Kaplan,* Editorial Futuro, S. de R. L., Buenos Aires, Jujuy 731-35, 1946, volumen de 425 páginas.

El profesor de cirugía de la Universidad de Kazan U. R. S. acaba de publicar su tercera edición sobre el empleo de la anestesia local en cirugía. El autor del libro es el paladín de la anestesia local. En su larga experiencia quirúrgica ha empleado este tipo de anestesia en el noventa y ocho por ciento de los casos. Sus escritos posteriores nos indican que su criterio respecto al empleo de la anestesia local es todavía más exclusivista, pues parece que emplea la anestesia local en todas sus operaciones quirúrgicas.

Comienza el autor por una historia cronológica de la anestesia, en la cual hace notar los peligros de la anestesia general. Señala cifras estadísticas en las que resalta el peligro vital que supone la anestesia general, especialmente por inhalación. Sin embargo, su posición respecto a la peligrosidad del éter como anestésico nos parece un tanto partidista. Más tarde describe los métodos de anestesia intravenosa. Sin duda, por la fecha en que se escribió no se tenía una experiencia tan ditalada del pentotal como la que hoy se tiene y a ello probablemente se deben las diatribas que el profesor estampa contra este tipo de anestesia.

Probablemente el A .resalta estos peligros inmediatos y postoperatorios de la anestesia en general con el fin de que los métodos de anestesia local ostenten un beneficio más patente. Sin embargo, sin necesidad de realizar una crítica acerba de la anestesia general, todos los cirujanos están de acuerdo en los enormes beneficios o ventajas del empleo de la anestesia local. Todos conocen su inocuidad, la tranquilidad del curso postoperatorio las ventajas de que el enfermo conserve sus sentidos, etc. Pero asimismo todos están conformes en la dificultad de lograr una eficaz anestesia local. No hay nadie, que no haya presenciado y figurado como actor en los dramas operatorios desencadenados por una anestesia local mal lograda.

La mayoría de los cirujanos han visto comenzar una operación con anestesia local bajo los mejores auspicios. Pero, asimismo, todos han presenciado como el poco tiempo de comenzar la operación hay que interrumpir ésta para continuar inyectando anestésico al mismo tiempo que se insiste cerca del enfermo con la frase de ritual "tranquilícese, no le duele", para ir perdiendo la paciencia enfermo y cirujano a medida que avanza la intervención hasta que al final se termina ésta, bien bajo anestesia general o bien en un match de lucha libre entre cirujano y paciente, salpicado todo ello de imprecaciones amenazas y ayes de dolor.

A través, del libro del profesor V. se adquiere la certeza de que estos malos resultados de la anestesia son debidos a una mala técnica. Mala técnica de la que no es responsable generalmente el cirujano, sino que se debe a un concepto equivocado de los maestros de técnica anestésica más conocidos. Así por ejemplo, si se sigue la técnica de *Braun,* sobre todo en lo que se refiere a la fase de espera entre la infiltración y la anestesia, los resultados que se obtienen son malos. Como consecuencia el cirujano que se ha atenido rigurosamente a las pautas de los libros más conocidos pierde la moral y termina por abandonar rápidamente este tipo de anestesia que tantos disgustos le ha producido.

El gran mérito del profesor de Kazan es dar a conocer un concepto de la anestesia local completamente original y una técnica adecuada para lograrlo, basado en su

enorme experiencia y después de una labor de autocrítica gracias a la cual ha logrado eliminar la mayor parte de los defectos técnicos.

Emplea de una manera rutinaria una solución de novocaína al cuarto por ciento. Disuelven el anestésico sistemáticamente en una solución de Ringer caliente. La presencia de sales de calcio y potasio, además del cloruro de sodio, tiene algunas ventajas que favorecen el efecto anestésico. Asimismo, el autor utiliza a veces una solución de novocaína y de percaína. De esta manera consigue que el efecto anestésico sea mucho más largo que cuando emplea únicamente la novocaína. Para el autor tiene un gran valor la buena preparación de la solución. Atribuye una gran parte del éxito precisamente a utilizar las soluciones que hemos dicho anteriormente.

Otro principio fundamental de la anestesia local según V. es lo que él denomina "la infiltración compacta" de los tejidos. Consiste simplemente en una infiltración a presión de tal modo que exista un contacto directo del anestésico con el nervio principal de la región. La presión condyuva a la llegada de la solución hasta la vecindad del nervio. De esta manera resulta una especie de combinación de la anestesia por infiltración y por conducción. Gracias a su técnica se elimina el defecto fundamental de la anestesia por infiltración que es el que tener que esperar, ya que merced a la hiperpresión se difunde rápidamente la sustancia anestésica y se pone en contacto con el nervio que preside la sensibilidad regional.

Una vez que el autor ha marcado las normas para lograr la anestesia local, señala en capítulos sucesivos, las técnicas para la anestesia local en las distintas regiones y órganos de la economía. Para cada intervención marca cuidadosamente los puntos y zona de infiltración con gran meticulosidad, de tal modo que el práctico no tiene ninguna dificultad en realizar la anestesia local siguiendo las normas que marca tan claramente en el libro.

Quizás el capítulo más interesante es el que se tituló *el bloqueo novocaínico, su valor curativo*. En él se señala la posibilidad del tratamiento de ciertas afecciones e infecciones mediante el bloqueo novocaínico. Se trata de un estudio clínico documentado sobre la posibilidad de utilización de este método en la clínica. Asimismo, en su segunda parte se habla de la utilización del bloqueo novocaínico en el tratamiento de los heridos de guerra.

En gran número de casos las secuelas de las heridas y los síndromes de infección que le acompañan pueden ser tratados mediante bloqueo anestésico. Los resultados que en él se mencionan no pueden ser más animadores. Finalmente, existe un capítulo muy denso de bibliografía tanto Rusa como extranjera en la que el que quiera ampliar su conocimiento sobre esta materia puede hacerlo fácilmente.

Reputamos como utilísimo el libro del profesor V., en el cual todo lo referente a la anestesia local se trata de una manera tan personal y accesible que hace que cambie nuestro concepto sobre su utilización y eficacia tanto para las operaciones como en el tratamiento de ciertas secuelas infecciosas postoperatorias mediante el bloqueo novocaínico. Es un libro que no debe de faltar en ningún servicio de cirugía y servir de guía para la aplicación de la anestesia hasta lograr dominarla según las pautas del autor.—*J. D'Harcout.*

LEHBUCH DER AUGENHEILKANDE, von Dr. Ernest Fuchs, 18 edición, Viena 1945, 916 páginas, Deuticke editor.

El libro de Oftalmología del profesor *Ernesto Fuchs* es un caso interesante y tal vez único en la historia de la literatura oftalmológica y científica en general del siglo pasado y del presente, pues publicada su primera edición en Viena en 1879, es decir, hace 66 años, acaba de ver la luz, puesta al día por su hijo *Alberto* la 18 edición en lengua alemana. Esto y el haber sido traducida a casi todos los idiomas cultos (yo conozco ediciones francesas, inglesa y dos españolas: una antigua del Siglo Médico y otra moderna y muy cuidada hecha por el Dr. *Renedo*, publicada hace unos años por la Editorial Labor de Barcelona) habla muy en favor de la bondad de esta obra, con razón calificada por algunos como la Biblia de la Oftalmología. Cuando yo en 1896, recién doctorado, pregunté al Dr. *Albitos*, mi maestro, qué libros de la especialidad me aconsejaba, me contestó sin vacilar: el mejor de todos "el Fuchs". En efecto, es un libro que por su "claridad latina", a pesar de estar escrito en alemán, no se parece a otros libros, muy nutridos desde el punto de vista científico pero expuestos de un modo abstruso y poco comprensible.

La obra del Prof. *Fuchs* de la que no voy a detallar ni siquiera la distribución en capítulos, por ser de sobra conocida de todos, no ha variado en su estructura fundamental, aunque el autor la ha ido siempre mejorando en las sucesivas ediciones. Desde la 13 hasta la 15 colaboró con el autor su antiguo discípulo el Prof. *Salzmann* (de Graz) que la añadió unas magníficas láminas representando afecciones del fondo del ojo; y desde la 16 a la 18 su hijo *Alberto Fuchs*, también profesor muy distinguido de la Universidad de Viene e Histólogo notable, que aprovechando la rica colección de preparaciones de su padre y la suya propia ha dotado al libro de excelentes figuras en color representando cortes microscópicos de un gran número de afecciones. Hay que advertir que en la mayor de los capítulos el Prof. *Fuchs* hace sus descripciones fundándose en los numerosos casos por él observados y es sabido que la anatomía patológica (lo que ellos llaman "patología") de las afecciones oculares ha sido casi agotada por él y que clínicamente muchas de ellas han sido por primera vez descritas por el ilustre maestro de Viena.

Una innovación al final de esta última edición se refiere a enfermedades generales *raras* con participación en el ojo y que suelen ser designadas con el nombre de un autor determinado, por ejemplo, *enfermedad de Harada*, *síndrome de Morfan*, etc., que en esta época, en que se abusa un poco de los nombres de autores, puede servir para satisfacer la curiosidad del consultante por la facilidad de encontrar, gracias al orden alfabético en que están designados dichos nombres que es superfluo retener en la memoria.

Aparte de esto, termina el libro con un cuidado y extenso Registro Alfabético que, además, del Indice del principio, facilita la búsqueda de cualquier asunto sobre el que el lector quiera rápidamente informarse.

La circunstancia de que en plena Guerra Mundial haya habido necesidad de publicar esta 18 edición, luchando además con las dificultades de papel y de impresión, atestiguan que el libro, a la inversa de otros que se ha querido remozar sin lograrlo, conserva siempre todas sus excelentes cualidades primitivas a pesar del tiempo transcurrido y sigue mereciendo una acogida calurosa lo mismo por parte de los jóvenes médicos que aspiran a especializarse en Oftalmología que de los oculistas ya maduros que siempre encuentran en el libro de *Fuchs* el consejo oportuno o el dato interesante que en un momento dado necesitan.

M. Márquez.

E. Urbach.—SKIN DISEASES, NUTRITION AND METABOLISM (Grune and Stratton New York 1946).

En este año han aparecido la 2ª edición del libro de "Alergia" y el volúmen sobre "Enfermedades de la piel, Nutrición y Metabolismo" debidos al profesor *Erich Urbach*.

Esta última obra constituye un volumen de 364 páginas en el que se estudian todos los problemas de las dermatosis en relación con los procesos nutritivos y metabólicos.

La primera parte, de las cinco en que está dividido el libro, se ocupa de la influencia de la nutrición sobre la fisiología de la piel y contiene un estudio sobre el metabolismo y biogmiénica de la piel y un magnífico análisis sobre la influencia de las distintas dietas en el metabolismo cutáneo.

La segunda parte está dedicada al estudio del papel etiológico de las perturbaciones nutritivas en las dermatosis (defectos de nutrición, alergía alimenticia y por último, infecciones e intoxicaciones alimenticias).

En la parte tercera se estudia la influencia de las enfermedades del tractus gastro-intestinal, hígado y páncreas, sobre las enfermedades de la piel y se caracteriza por su claridad expositiva y por encauzar debidamente y con acertado criterio todos los numerosos problemas etiopatogénicos incluídos en este grupo.

La parte cuarta tiene una considerable importancia práctica y está consagrada a la terapéutica dietética de las dermatosis.

Finalmente, en la quinta parte se incluyen una serie de cuadros en los que se estudian las relaciones de talla, peso y edad, los valores nutritivos de los diversos alimentos y distintos tipos de regímenes alimenticios.

En resumen, la obra de *Urbach* es tan importante desde el punto de vista doctrinal como desde el punto de vista práctico y representa una de las más valiosas contribuciones del ilustre profesor vienés, al conocimiento de los problemas dermatológicos.

J. Bejarano.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THE THORACIC PATIENT. (The American Practitioner Series.—Lippincott, Filadelfia, 1946).

Se trata de una reimpresión de diversos trabajos ya publicados en 1945 en el número 5 de "Clinics". Son catorce los temas abordados, cada uno por distintos autores, con miras idénticas: proporcionar al médico no especializado una visión de uniforme raigambre sobre el tratamiento quirúrgico de las principales afecciones torácicas, sobre las modernas indicaciones operatorias de los procesos del árbol bronquial y del pulmón y, muy detalladamente, sobre los cuidados postoperatorios necesarios.

De manera sumaria y con bastante claridad se tratan los siguientes asuntos: Resección pulmonar en la tuberculosis; Neumolisis intrapleural; Selección de casos para la frenicoterapia; Toracoplastia; Apertura terapéutica de las cavernas pulmonares tuberculosas; Carcinoma primario broncogeno; Tumores torácicos; Gastrectomía transtorácica y esofaguectomía por carcinomas gástricos y esofágicos; Clínica del mediastino anterior; Anestesia en Cirugía torácica; Broncoscopia en cirugía torácica; Bronquiectasia; Abcesos pulmonares agudos pútridos y Oclusión primaria en operaciones por empiema crónico.

La idea es buena y viene a confirmar de qué suerte van evolucionando las obras médicas. A medida que la especialización exige más y más límites a los conocimientos profundos del profesional, se dificulta el que un mismo autor sea capaz de dar descripciones justas ni siquiera de temas claramente emparentados entre sí. Soy de los que creen que estamos venciendo ya tal etapa de especialización *a outrance*, regresando a la postura clásica que admitía, sí, la especialización pero a base de que no se atomizasen los conocimientos. Sin embargo de tal creencia, me parece claro que pasarán bastantes años antes de que podamos hablar tratadistas más o menos enciclopédicos que acertadamente den a cada conocimiento el lugar merecido. Hacerlo así es muchísimo más difícil, requiere muchísimo más saber, infinitamente más autoridad (y más fundada seguridad en uno propio) que reunir unos cuantos autores y mantener a traves de sus distintos trabajos una orientación común capaz de enlazarlos. Más aún; la producción bibliográfica actual es tan inmensa que reunir y seleccionar toda la referente a una rama médica —enfermedades del pulmón, p. e.— implica ya un esfuerzo colosal y un tiempo incalculable. Y como el afan de saber, el legítimo afán de "estar al día" supone un aumento constante de lectores y crea una mayor demanda de libros, de ahí que todavía mucho tiempo hayamos de tener obras a base de distintas colaboraciones con cierta concatenación. Mejor es eso que nada; por ello decíamos que la idea es buena. En efecto, ha cambiado tanto la cirugía torácica que resulta imprescindible difundir sus nuevos aspectos y, sin embargo, falta todavía una obra de conjunto sobre la cuestión. (Por otra parte, muchas de las nuevas adquisiciones en cirugía pulmonar no han pasado aún por el támiz que las depure y eso es otro de los obstáculos para que se escriba semejante tratado o, al menos, para que tenga valor).

Sí, repetimos, la idea es buena y oportuno el momento. Desgraciadamente no podemos afirmar que el objetivo se haya logrado por todos los colaboradores de la misma. *Ochsner*, *Dixon* y *Debarkey* —a cuyo cargo ha corrido escribir sobre el Carcinoma bronquial primitivo— y *Kinsella*, que ha escrito sobre tumores torácicos, son los que más han conseguido cumplir la tarea de entregar al médico general un esquema sobre el cual ir encajando las nuevas publicaciones y que les sirva de guía para escoger las nuevas sendas terapéuticas. Quizás pueda incorporarseles *Bailey* con su artículo sobre resecciones pulmonares en la tuberculosis. Los demás autores, a nuestro juicio no han acertado; unas veces en el planteamiento general de su tema; otras veces por haber confundido "divulgación" y "concrección" y haberse dejado en el tintero conceptos básicos que para ellos son elementales y muy sabidos pero que no se perciben aun, por lo menos con tales calidades, por el médico no especializado. Como ejemplo de este último defecto, tenemos las páginas de *Dieffenbach* sobre Abcesos pútridos pulmonares; escritas a base de un material abundante (106 casos) apenas si pueden ser aprovechados por quienes deseen orientaciones diagnósticas o principios de selección terapéutica; y en cuanto a detalles y consecuencias del tratamiento quirúrgico están descritos cual si se tratase no ya de iniciados sino de verdaderos técnicos en la cuestión, pero sin profundizar lo que ellos habrían de exigir. Aun más resaltan los defectos en los capítulos destinados a la neumolisis intrapleural (*Stubs*) y a la selección de casos para frenicectomia (*Aycock*); ambos trabajos, sobre todo el último, se limitan a concluir, sin expresar casi ni los puntos de partida ni los caminos seguidos hasta llegar a las metas que se escogen cual más acertadas.

No debe creerse por la crítica anterior que el libro comentado no es recomendable. Bastarían los artículos sobre cáncer y tumores y el de resecciones en tuberculosis para motivar una recomendación. Pero es que una cosa es no haber conseguido el fin de divulgación buscado y

otra que todos los autores no se hayan enfrentado honradamente con sus respectivas tareas. Esto lo han hecho y nadie perderá el tiempo leyéndoles.

La edición es correcta pero en papel que no permite grandes excelencias a la reproducción de radiografías. Quizás por ello parece un poco elevado el precio de la obra ($30.000) *Diez Fernández.*

FRACTURAS LUXACIONES Y ESGUINCES por *John Albert Key* y *H. Earle Conwell.* Traducción al castellano del Dr. *Joaquín D'Harcourt.*—(UTHEA) Unión Tipográfica, Editorial Hispano Americana. Dos tomos México, 1946.

No se trata de una obra de recopilaciones en la que abunden opiniones y técnicas de distintos autores recogidas mas o menos cuidadosa y sistematicamente. Por el contrario, se trata de un libro completamente personal en el que los dos autores en algunas ocasiones señalan como resuelve cada uno los problemas traumatológicos, sin subordinarse en estos casos que difieren sus opiniones la del uno, a la del otro.

Sin embargo, a través de toda la obra se observa un criterio unánime y homogeneo en lo que se refiere a la doctrina general de la asistencia de las fracturas. Unicamente difieren los autores en algunos detalles de tecnica. Nosotros lo hacemos resaltar para dar idea de la honestidad científica de los dos autores del libro.

El plan de la obra consiste en la redacción de diez capítulos de generalidades de fracturas y luxaciones, entre los cuales existen dos capítulos dedicados al estudio de las indemnizaciones por accidente de trabajo y otro a considerar los aspectos médicos legales de las fracturas. Siguen, diez y siete capítulos más de traumatología especial en los que se estudian todas las fracturas del esqueleto. El capítulo referente a traumatismos craneoencefálicos ha sido redactado por el D. *E. F. Fincher,* antiguo colaborador del Dr. *Dowmann* que trató este capítulo de la primera edición. El Dr. *J. Barret* ha redactado el capítulo de traumatismos maxilo-faciales. El resto de los capítulos ha sido tratado en colaboración por K. y C. exclusivamente.

La parte general, tanto los capítulos de fisiopatología como los doctrinales sobre normas generales que han de presidir el tratamiento de fracturas y luxaciones estan tratados con un amplio conocimiento de la materia y con un buen sentido crítico tan patente, que proporciona una información especulativa y técnica, tan completa como pudiera desear el más exigente. El capítulo de fracturas abiertas de herida de guerra se beneficia de las enseñanzas de la guerra española y de la segunda gran guerra. La cura oclusiva, el tratamiento sulfamídico, la penicilina, las normas activas de rehabilitación todo ello esta expuesto de mano maestra en esta parte.

La parte especial, podemos decir que agota el tema de las fracturas, luxaciones y esguinces. Con un criterio topográfico comienza por las lesiones craneoencefálicas para terminar por los traumatismos del pie. En todos los capítulos se observa la unidad de criterio doctrinal que ya hemos hecho ver anteriormente. Los métodos que preconizan los autores, todos han sido contrastados por la experiencia y propuestos después de un serio estudio de las lesiones. En todos los problemas dan preferencia a los métodos sencillos y facilmente practicables para el iniciado en traumatología. Otro hecho digno de mención es que los autores tienen un sentido mas biológico que mecánico de la traumatología. Por ello, no aconsejan ni siquiera mencionan gran número de aparatos complicados y difíciles de manejar que tanto abundan en otras obras de traumatología o de cirugía orotopédica. Resuelven los casos que se presentan de una manera lógica y sin recurrir a técnicas complicadas o de difícil aplicación. Todo lo que proponen puede realizarlo cualquier cirujano ortopédico que tenga un modesto arsenal de instrumental de la especialidad.

Asímismo, se debe hacer resaltar que los autores, sin tener una manía quirúrgica, resuelven muchos de los problemas con un criterio ampliamente quirúrgico. Es decir, que antes de realizar maniobras "incruentas" pero excesivamente traumatizantes y de resultado aleatorio prefieren hacer las reducciones a cielo abierto sabiendo que de este modo el paciente corre un menor riesgo que con las maniobras muchas veces brutales realizadas a "ciegas". Tampoco tienen un criterio mecanista en las intervenciones quirúrgicas que practican. Utilizan poco material extraño, no realizan osteosintesis voluminosas ni técnicas antibiológicas con apariencia de una perfección mecánica acendrada.

La rehabilitación la analizan de una manera activa tratando de elevar la moral del paciente traumatizado y procurando que ingrese en la comunidad por su propio impulso, sin necesidad de hacer que se fijen en el paciente las inhibiciones subsconcientes tan frecuentes en los traumatizados. Consideran el alto valor que para la sociedad tiene la recuperación sin restriciones mentales de los traumatizados y tienden a evitarlo por medios lógicos y eficaces. Los capítulos complementarios de invalideces e indemnizaciones estan tratados de un modo generoso y humano que permite al lesionado irrecuperable obtener una pensión que le compense de su invalidez.

Finalmente, el capítulo en el que trata el aspecto médicho legal de las fracturas, procura ilustrar al médico sobre las reclamaciones que se producen por práctica deficiente y como es posible evitarlas. En esta parte el autor musita que el médico se comporte con el paciente de un modo correcto tanto por lo que atañe a su técnica como a la ética profesional. De todos modos los autores aciertan a el médico para que no sea sorprendido por el paciente de mala fe.

Hemos procurado que la traducción sea digna de los autores, que han escrito la obra. Nos hemos ajustado al espíritu y a la letra del libro, tratando en todo momento de interpretar el pensamiento de *Key* y *Canwell,* lo mas fielmente posible, sin ingerencias personales, y evitando de "traicionar en ningún momento el sentido de la obra.

Tendremos una gran satisfacción, si el libro "Fracturas, Luxaciones y esguinces" de *Key* y *Conwell,* se difunde entre los médicos de habla española, con la seguridad, que ha de proporcionar un gran servicio, a la traumatología hispánica americana, al conocimiento de las doctrinas y la práctica de las técnicas que proponen estos dos autores. *S. D'Harcourt.*

NEUMOPERITONEUM TREATMEN.—*A. L. Banyai.*—(Mosby,Co.—St. Louis. 1946).

Para nosotros, la característica principal de esta excelente obra hallase en la objetividad que ha presidido su redacción y que ha llevado a dar el espacio justo a cada asunto, sin desproporciones ni intentos, mejor o peor logrados, de explicar lo que, hasta ahora, carece de explicación convincente. Y ese matiz tan valioso, dificilmente hubiera sido logrado por otro autor. *Banyai* ha logrado

destacarse en la literatura médica mundial exactamente por lo que pudieramos llamar fidelidad al neumoperitoneo; desde 1930 a estas fechas ha dedicado al tema veintitantas publicaciones todos ellas ricas en material, todas ellas insistiendo en la bondad de un método tan sencillo como eficaz en no pocos casos.

Desgraciada, y afortunadamente, atravesamos una época en la que los justos afanes de ahondar las "razones", el "por qué" de las cosas han llevado a bastantes médicos al abandono despreciativo de cuantos procederes ocultan aún los cimientos de su éxito. Decimos desgraciadamente por no dudar de que, en ocasiones, perdemos conscientemente la posibilidad de influir con beneficio sobre estos o los otros otros enfermos. Más, inmediatamente añadimos "y afortunadamente" por la circunstancia de que tal abandono constituye un aguijón para otras búsquedas y una conciencia de cuan desarmados nos hallamos en muchísimos casos.

Todo a lo largo del libro que comentamos, va trazándose la doble tragedia del neumoperitoneo terapéutico. Descubiertas casualmente sus acciones benéficas (cuando en 1872 *Spencer Wells* operó un quiste de ovario en una enferma con peritonitis tuberculosa y la cual curó totalmente a seguido de la intervención quirúrgica) siguió desconocido de la práctica médica otra veintena de años para afluir a un tiempo en el que fué utilizado —como siempre— en los procesos más dispares y pasar, entonces, por pseudo-explicaciones unilaterales de los buenos efectos que, a veces, lograba en pacientes de muy distintas afecciones. Otros veinte años —poco más o menos— duró tal época de relativo florecimiento del neumoperitoneo terapéutico. Y, conforme hemos señalado, la carencia de verdaderas explicaciones convincentes, al coincidir con los momentos en que todo empirismo parecía pecado mortal sólo aceptable en una práctica grosera, hubo de engendrar una nueva fase en la cual unicamente de manera muy aislada, sin normas que pretendiesen una sistematización, seguía utilizándose el neumoperitoneo en el tratamiento de algunos enfermos. Descubrimiento, silencio, universalización, abandono de nuevo. Periodos cuya sola enunciación no es precisamente, un canto elogioso ni a las directrices del pensar médico ni a la constancia de adhesiones entusiastas habidas siempre en un primer momento.

Y ahora ¡vuelta a empezar! Los últimos diez años corresponden a la rehabilitación del viejo proceder en desuso. Otra vez se recomienda el neumoperitonio para muy distintos casos: Colitis ulcerosa no tuberculosa, hemorragias del tubo digestivo, vómitos incoercibles del embarazo, dolores abdominales a consecuencia de adherencia postoperatorias o provocados por neumotorax hipertensivos, abcesos pulmonares, bronquitis, asma bronquial, enfisema, salpingitis, empiemas tuberculosis, hemoptisis de cualquier origen y patogenia, graves ataques de hipo, transtornos gastrointestinales secundarios a derrames pleurales sean estos primitivos o complicaciones de neumotorax...

Claro, es, ahora como entonces, el neumoperitoneo viene siendo recomendado particularmente en la terapéutica de la peritonitis y la enterocolitis tuberculosas y, en los postreros años, también para el tratamiento de lesiones bacilares del pulmón; unas veces —las más— cual simple coadyuvante de la frenicectomia, de la toracoplastía, del neumotorax intra o extrapleural; otras veces —las menos y sin mayores fines que paliar— como único proceder terapéutico.

Cierto, actualmente las metas buscadas no lo son con tanto entusiasmo cual la primera vez. Pero, en cambio, los partidario del método lucen más empeño en que la práctica sea más difundida, en que la ejecución del neumoperitoino se incorpore al arsenal técnico de cualquier médico y no quede amurallada por las paredes de clínicas y establecimientos especializados. La sencillez conque se logra implantar un neumoperitoneo, la extrema rareza de complicaciones y accidentes, así como la mayor benignidad de estos en comparación con los parejos (embolia, gaseosa, schok pleural) del neumotorax es el leit-motiv al que consagran más páginas cuantos utilizan el neumoperitoneo: de las 350 que suma la obra de *Banyai*, 128 tratan estos aspectos y, en verdad con un gran sentido práctico que rezuma experiencias en cada línea. Puede afirmarse que quienes lean la obra quedarán convencidos de los pocos peligros y dificultades del método.

Ahora bien, el autor constantemente previene contra el empleo a troche y moche del neumoperitoneo, contra su utilización cuando existen otras indicaciones, contra la tendencia a buscar explicaciones puramente mecánicas, contra la idea de que el neumoperitoneo no posee contraindicaciones ni es capaz de producir consecuencias perjudiciales contra la falta de selección de los casos. Para él, de seguirse por tales caminos pronto llegaremos de nuevo a prescindir de un proceder que, no encerrando indicaciones absolutas en ningun caso, puede proporcionar efectos utilizables en muchisimos.

Buen libro nos entrega *Banyai*. Con una particularidad muy digna de resaltar dentro del neo-chovinismo —esta enfermedad "infantil"— de no pocas escuelas médicas norteamericanas: la bibliografía es completa y los autores de lengua castellana —españoles, argentinos, chilenos, mexicanos, etc.— son citados debidamente. Con lo cual *Banyai* demuestra su gran estilo universal.

Díez Fernández.

ATLAS OF SURGICAL APPROACHES TO BONES AND JOINTS.— Por *Toufick Nicola*. Editado por The Macmillan Co. Nueva York 1945. Tomo de 218 páginas profusamente ilustrado con dibujos la mayor parte semiesquematicos. (Vias de acceso quirúrgicas a los huesos y articulaciones).

La anatomía descriptiva era muy bien conocida por los cirujanos antiguos; en cambio la anatomia topográfica o regional es mucho más moderna. En efecto, esta especialidad anatómica data de los tiempos de *Tillaux, Malgaigne*. El conocimiento de las regiones y planos antómicos ha facilitado enormemente la tarea quirúrgica en la actualidad. Ténganse en cuenta que en el siglo pasado todavía segun se lee en las memorias de *Pirogoy, Rust* hablando un dia de la operación de *Chopart* decía "en este momento no me acuerdo, como se llaman estos dos huesos de la planta del pie..." También se cuenta que *Graefe* se hacía asistir en las operaciones por el anatómico Schleman al cual preguntaba al incindir si por allí pasaba alguna arteria importante.

Estos incidentes pintorescos nos sirven para poner de manifiesto que los cirujanos, aun los clásicos, no son anatómicos sino operadores. No es frecuente encontrar buenos cirujanos entre los profesores de anatomia, y en cambio es frecuente encontrar cirujanos eminentes que son mediocres anatómicos. Se cita el caso de el eminente cirujano *Dieffenbach* que al operar las hernias y nombrar a la epigástrica decía siempre "Es ist ein Hirngespenst: (Es un fantasma".) En tono de mofa hasta que un dia su imprevesión le costo la vida a un pacientes.

Todo este preámbulo sirve de justificativo para que nos demos cuenta del gran valor que tiene el Atlas de *Nicola* para los cirujanos. El conocimiento preciso de las vías de acceso a las distintas articulaciones y diferentes partes del sistema esquelético es el complemento de la anatomía

topográfica. Para el cirujano que tiene que trabajar intensamente sin poder dedicar mucho tiempo a preparar una intervención los dibujos semiesquemáticos de este Atlas, son de una gran utilidad pues le proporcionan, sin tener que recurrir a grandes esfuerzos, de su sentido espacial las vías de acceso mas sencillas y seguras de las diferentes operaciones.

Puede decirse que solamente existen dibujos en la obra, puesto que el texto esta reducido a su mínima expresión. Este libro es mucho mas útil que cualquiera de los innumerables obras de técnica quirúrgica que corrientemente manejan los cirujanos prácticos y los noveles operadores. Se trata pues de un libro muy estimable para los que tengan que practicar intervenciones en los miembros y en el sistema esquelético general a condición de que conozcan la técnica quirúrgica y la antomia topográfica a fondo. *J. D'Harcourt.*

PENICILIN ITS PRACTICAL APPLICATION.—Prof. *A. Fleming* (Blackiston Company, Philadelphia 1946). Un tomo de 380 páginas.

Se trata de una monografía editada bajo la dirección del propio Sir *Alexander Fleming* al que acompaña en esta tarea 3 especialistas bien calificados para tratar cada uno un capítulo de la terapéutica por la penicilina. A pesar de gran número de colaboradores la dirección de Sir *Alexander Fleming* da a la obra una gran homogeneidad y los capítulos estan muy bien coordinados sin que existan repeticiones ni contradicciones tan frecuentes en estas obras, en colaboración.

El libro consta de dos partes. Una general, en la que se estudia la historia y preparación del farmaco, así como la farmacodinamia, farmacologia control bacteriológico y métodos de administración de este maravilloso agente bioptico. En estos seis capítulos esta agotada toda la materia referente a fundamentos, fabricación y farmacología de la penicilina. En esta parte existen seis capítulos muy cuidados y escritos dos de ellos personalmente por *Fleming*. La segunda parte es la clínica, dividida en veintiún capítulos, la mayor parte quirúrgicos. Cuatro capítulos estan dedicados a especialidades mas concretas, como es la otorrinolaringologia, hermatología, estomatología, enfermedades venereas. Finalmente existe un capítulo dedicado a la aplicación de penicilina en enfermedades de los animales y un capítulo de resumen que se titula "la Penicilina y el médico práctico".

Por la estructura de la obra que acabamos de reseñar podemos darnos cuenta de que esta es muy completa y que tanto el médico práctico, como el cirujano, el especialista o el farmacólogo encuentran en todo momento materia de estudio, tanto especulativa como de aplicación práctica.

En los capítulos quirúrgicos, especialmente los que se refieren al tratamiento profilatico de las heridas, heridas e infecciones grangrenosas, quemaduras, cirugía ortopédica y fracturas, o esteomelitis, e infecciones de la mano, está recogida toda la experiencia de la gran guerra y están tratados los capítulos de mano maestra. Todos estos capítulos pueden considerarse como imposibles de superar, tanto en lo que se refiere a la doctrina como la aplicación terapéutica de este excelente agente bioptico.

Los capítulos dedicados a especialidades estan también muy completos y totalmente al día. La extensión de cada capítulo de especialidad es muy semejante a la de los demás capítulos clínicos y en ellos se pone al día el criterio actual sobre las distintas especialidades la posibilidad de tratar las infecciones sistematizadas en cada organo de los sentidos por medio de la penicilina.

Cada capítulo va seguido de un extenso índice bibliográfico que llega hasta final del cuarenta y cinco. De este modo, es fácil para el estudioso que quiera profundizar el estudio de un capítulo determinado encontrado una bibliografía revisada y completa sobre el asunto que le interesa. Hoy por hoy, puede considerarse esta monografía como la "biblia auténtica" de la penicilina. En ella se encuentra el criterio ortodoxo que hoy día impera en los medios de investigación y clínicos ingleses y norteamericanos sobre este maravilloso farmaco. *J. D'Harcourt.*

PHYSIOLOGIE OCULAIRE CLINIQUE.—*A. Magito.*—Un volumen de 458 págs. y 235 figuras.—Masson, París 1946.

Jamás un título estuvo mejor aplicado que el del presente libro. En él, su autor, eminente director del Servicio Oftalmológico del Hospital de Lariboissiere, desarrolla toda la doctrina moderna de la fisiología del aparato visual, haciendo a cada paso aplicaciones clínicas de los conocimientos teóricos, muchos de los cuales el mismo ha contribuido a esclarecer. De lo tratado en sus XV capítulos podrá el lector formarse breve idea conociendo los títulos y algunos ejemplos.

El capítulo I.—Aparatos de protección del globo ocular.—Está subdividido en dos: párpados y aparato lagrimal; la cronaxia en las distintas porciones del músculo orbicular y las sinergias entre la porción palpebral y la orbitaria, respectivamente, con los depresores de los rasgos fisiognómicos y con los elevadores en el llanto y en la risa; las sinergias entre los dos esfinteres: orbicular y pupilar.

Estudio de la secreción lagrimal y la circulación de las lágrimas, el llanto reflejo y el psíquico... Hay que advertir que, ni en este ni en los otros capítulos, pretende el A., agotar los asuntos sino dar de ellos una idea sintética y clara, evitando detalles inútiles e insistiendo sobre las cuestiones más sugestivas y de mayor interés clínico.

El II capítulo se refiere a la sensibilidad, sus alteraciones y repercusiones sobre la integridad del ojo; el herpes zona y sus manifestaciones oculares; el dolor y sus modalidades; los reflejos, entre ellos el óculo-cardíaco, los óculo-globulares, etc., etc.

El II capítulo trata de la nutrición del globo ocular.

El IV capítulo se ocupa del líquido endoocular, del origen de circulación del humor acuoso; es un asunto en donde el A., tiene puntos de vista originales y acepta que dicho humor se forma como todo líquido intersticial. Después trata del humor vítreo, detallando los casos en que ésta "jalea" se licúa.

El capítulo V trata de la tensión ocular normal y patológica, asunto en el que, con *Bailliart,* ha hecho hallazgos interesantes datando de los tiempos memorables en que la escuela de *Laiboissiere* llegó a su máximo gracias a la sabia impulsión de *Victor Morax,* de quien el A., es digno sucesor. La acción de los colirios sobre el oftalmotono, y la hipertensión en la glaucoma son también cuidadosamente examinados.

El capítulo VI se refiere a la circulación ocular, la capilaroscopia, la regulación hormonal de la circulación, etc., etc.

El VII, está dedicado a la córnea. Entre las cuestiones interesantes, figuran la transparencia y permeabilidad y, particularmente, la sensibilidad y sus alteraciones en relación con la neuritis neuroparalítica... El iris y la pupila son el objeto del capítulo VIII; la pupilometría, la inervación del iris, los mediadores químicos sobre las si-

napsas, o uniones neuromusculares; las reacciones y reflejos pupilares diversos; la acción de los colirios simpatotropos y parasimpaticotropos.

El capítulo IX se refiere al cristalino, su estructura y composición normal y perturbada en las cataratas, los cultivos de tejidos, la acción que sobre él ejercen diversas radiaciones, su papel en la acomodación y las teorías de esta; la acomodación en la prebiopia y en el astigmatismo pronunciándose por la exictación de la misma en este defecto de refracción; la influencia de los colirios en la acomodación...

El X y XI capítulos están dedicados a la retina y sus funciones: red vascular, visión entóptica, estudio bioquímico del pigmento y de las diversas substancias fotoquímicas además de la eritropina o rojo retiniano... la presión en los vasos de la retina a esfigmoscopia; la fisiología de la circulación capilar y las retinosis, los movimientos de retracción y expansión del epitelio, la química de la eritropina en relación con la provitamina A., la agudeza visual, la visión de los colores...

Son citados, como debían los trabajos de *Cajal* (omitidos lamentablemente por los norteamericanos) y los muy interesantes de nuestro malogrado *Balbuena*. En suma, este capítulo es el más importante y transcendental y está tratado por el máximo detalle.

El capítulo XII se refiere al nervio óptico; su anatomía comparada, la cronaxia... todo ello con aplicaciones clínicas referentes al campo visual normal y patológico.

El XIII trata de la corteza visual; la retina cerebral, la pretendida doble inervación de la macula sobra la que el A.. no acaba de pronunciarse (yo no creo en ella) la vascularización del lóbulo accipital en relación con los transtornos de hemianopsias y hemiambliosis, la seguera verbal y las agnosias especiales...

El XIV se ocupa de lo motilidad ocular; la inervación y los centros corticales y supranucleares, las vías oculomotoras, etc.... la motilidad del globo ocular (donde por cierto me hace el honor de reproducir mi esquema binocular) y el nistagmus vestibular cuya teoría y clínica describe.

El capítulo último describe la visión binocular en cuyo estudio se atiene a los hechos ya conocidos, exponiéndolos con la claridad dominante en todo el libro.

En resumen: se trata de una obra excelente, a propósito de la cual cabe repetir en justicia la frase estereotipada de que no debe faltar en la biblioteca de ningún especialista que quiera estar al tanto de los progresos de su especialidad. Libro escrito en medio de las tragedias de la guerra, sin tener l A., a mano su rica biblioteca saqueada por las hordas fascistas invasoras de su patria.— *M. Márquez.*

X

Análisis de Revistas

PRENSA NORTEAMERICANA

RUPTURED INTERVERTEBRAL DISK SIMULATING ANGINA PECTORIS Colonel *Allen Izard Josey* y Lieutenant Colonel *Francis Murphey*. J. A. M. A., Vol. 131, N° 7, Junio 15, 1946, Pág. 581.

Los autores estudian cuatro casos de ruptura de los discos intervertebrales cervicales con síndrome doloroso semejante al de una angina de pecho o de una trombosis coronarea. Es obvio la importancia que tiene el conseguir diferenciar estas dos enfermedades, especialmente por lo que respecta al pronóstico de una y otra. En general, la rotura de los meniscos de las últimas vértebras cervicales da lugar a dolor en el cuello con irradiación al hombro y aun al brazo. En ocasiones el dolor precordial es muy claro y está exacerbado por la tos. El examen clínico revela generalmente la existencia de una rigidez cervical manifiesta acompañada de disminución de reflejos en el brazo afectado y de hipo estesia en uno o varios dedos. En ocasiones puede encontrarse atrofia de los músculos de la parte superior del brazo y aun atrofia del pectoral. El dolor puede hacerse manifiesto por los movimientos del cuello o por la presión digital sobre las raíces del plexo raquial. Los hallazgos radiológicos se caracterizan por una disminución del espacio intervertebral así como por disminución del calibre de los agujeros de conjunción del calibre de los agujeros de conjunción. No es raro encontrar, asimismo lesiones de artrosis en el segmento afectado y la presencia de osteofitos en el agujero intervertebral. Anteriormente algunos autores, tales como Nachlas en 1934, Hanflig 936, y Reid en 1938 señalaron caso de seudoangina de pecho debidos a artritis de la columna servical. Siete pacientes de esta serie han sido operados hallándose el disco luxado al practicar la laminectomia. En otros cuatro, se practicó electrocardiograma que puso al cubierto de un posible error diagnóstico. Los mielogramas se han practicado con profusión y ellos han sido muy expresivos en el sentido de demostrar grandes defectos de relleno característicos de estas roturas de discos.

Como es natural, la importancia de practicar este diagnóstico diferencial salta a la vista; sin embargo los autores que tratan especialmente de las enfermedades del corazón se preocupan poco del diagnóstico diferencial entre la angina de pecho o la trombosis coronaria y los dolores precordiales consecutivos a la rotura de discos, intervertebrales del segmento cervical. *J. D'Harcourt.*

ESTUDIO DE LA ELIMINACION DE UREA Y ACIDO URICO, DURANTE 24 HORAS, EN LA ECLAMPSIA Y PRE-ECLAMPSIA GRAVE

Por Roy W, Bonsnes y H. J. Stander.
"The Journal of Clinical Investigation". 3:378, 1946.

Se ha demostrado recientemente que la eliminación de ácido úrico, en la eclampsia y la pre-eclampsia grave, decrece. Anteriormente había sido comprobado que, en dicha enfermedad, disminuye la eliminación de urea. Más recientemente, pruebas de la función renal (eliminación) llevadas a cabo con substancias tan dispares como insuli-

na y rojo fenol, han demostrado, en forma unánime, un descenso en el nivel de filtración glomerular como alteración más importante de la función renal, en las toxemias de las últimas etapas del embarazo. Cabe, por lo tanto, suponer un aumento general en el nivel de diversos componentes de la sangre, como consecuencia de dicha disminución de la actividad del filtro glomerular, en las toxemias del final del embarazo. Sin embargo, hay pacientes que parecen tener una cifra normal de nitrógeno proteico y valores uréicos, con elevación indudable en el nivel de ácido úrico.

Estas consideraciones indugeron a los autores para estudiar la eliminación de ácido úrico y urea en las toxemias de los finales de la gestación, con objeto de determinar si existen casos clasificados clinicamente como de eclampsia y pre-eclampsia grave, y en los cuales se conserva íntegra la función renal con respecto a un metabolito, tal como la urea, y anormal o restringida con respecto a otro metabolito, tal como el ácido úrico.

Para ello han estudiado 32 casos de toxemias finales del embarazo (eclampsia y pre-eclampsia grave), obteniendo los siguientes resultados:

1° Se ha determinado la eliminación de ácido úrico durante 24 horas en 32 pacientes con eclampsia y pre-eclampsia grave, durante la enfermedad y durante el periodo de recuperación. Igualmente ha sido determinada la eliminación de urea, durante 24 horas, en 23 de éstos casos. Pudo apreciarse que la eliminación de urea y ácido úrico se hallaba por debajo de lo normal durante la fase activa de la enfermedad, y que se aproximaba a los valores normales entre el 3° y el 4â día del puerperio en la mayoría de los casos (15 de 23). Sin embargo, se encontraron ciertas excepciones; cuatro pacientes mostraron una baja en la eliminación de ácido úrico durante la enfermedad, pero la eliminación de urea permaneció todo el tiempo que duró la observación; dos pacientes mostraron eliminación normal de urea y ácido úrico en el antepartum y disminución en la eliminación de urea con eliminación normal de ácido úrico la comienzo del puerperio; finalmente, otras dos tenian eliminación de ácido úrico, tanto durante el antepartum como el comienzo del puerperio, y mientras en uno de éstos casos la eliminación de irea era muy poco menor de lo normal, en el otro era extremadamente baja.

2° Llegaron los autores a la conclusión de que en la eclampsia y la pre-eclampsia grave puede haber una hiperuremia, una hiperuricemia o ambas cosas a la vez, siendo éstas alteraciones debidas, probablemente, a una alteración de la función renal. El descenso en la función del filtro glomerular puede servir como explicación del fenómeno en la mayoría de los casos. La excepciones pueden justificarse suponiendo un cambio en la tasa de reabsorción tubular para el ácido úrico y la urea. Existe también la posibilidad de que alguno de éstos cambios es debido a alteraciones en el metabolismo de las substancias que nos ocupan. *Luis Pastor*

AN APPEAL FOR A MORE RADICAL ATTITUDE INTHE TREATMENT OF BONE CYSTS GIANT CELL TUMORS *Félix Mandi*, M. D., F. I. C. S., and *Josep Dwek*, M. D., Jerusalem Palestine. The Journal of the International College of Surgeons, Vol. IX, Eenero-Febrero 1946. N° 1 Página. 79.

Los autores hacen una pequeña historia retrospectiva del criterio que sobre los tumores de células gigantes y la osteoditrofia quistica generalizada de Recklinghausen. Asimismo citan los estudios de *Freud* y *Meffert* a propósito de la osteotrofia quistica localizada haciendo hincapie sobre las diferencias, especialmente bioquímicas de ambas afecciones. En la osteoitis quistica localizada se mantiene normal la calcemia así como el fósforo y la fosfatasa.

Respecto al tratamiento enumero la evolución del mismo desde los tiempos de Paget (1853) en que se preconizaba la amputación hasta los trabajos de Colley (1907) y Bloodgood (1910) que aconsejaron que abandonaran la amputación para practicar el raspado y vaciamiento de estos tumores. Cita el autor la estadística de Geschicter y Copeland (1936) sobre doscientos catorce casos estudiados en los cuarenta últimos años. En la estadística aparecen treinta casos tratados por amputación y treinta y cuatro por resección. De los 105 casos tratados por raspados se observan treinta un caso de ocidiva que exigieron la amputación en treinta y un casos.

También cita y se adhiere a la clasificación que Geschicter y Copeland sugieren para encuadrar estas afecciones la clasificación es la siguiente: 1.—Quistes oseos solitarios en relación con antiguos quistes oseos agudos o de quistes oseos solitarios primitivos. 2.—Tumores benignos de células gigantes. 3.—Tnmores de células gigantes malignos con recidiva y del grupo productos de metataxis. Algunos autores, especialmente Inclan sostienen la frecuencia con que se encuentran tumores de células gigantes malignos y por ello insiste en la necesidad de realizar medidas terapéuticas radicales en estos casos. Copeland también cree que ha aumentado la malignidad de estos tumores. La radioterapia previa a la operación quirúrgica es poco aconsejada por el autor.

En el resumen de sus propios casos que asciende a quince casos todos son tratados mediante una operación quirúrgica. La mayor parte de los casos fueron tratados por excisión o resección seguida de injerto, el raspado segun el autor favorece las recidivas, por ello no debe de practicarse. Las fracturas espontáneas no favorecen en modo alguna la curación. Por lo que respecta a la táctica del tratamiento, según el autor no debe hacerse ninguna diferencia, entre los tumores de células gigantes y quistes oseos. *J. D'Harcourt*

TUMORS OF THE MALE BREATS.—*Julien C. Patem.* Tampa, Florida. The Journal of the International College of Surgeons, Vol. IX. N°. 2., March-April, 1946.

TUMORES DE LA MAMA MASCULINA

En los medios médicos se considera generalmente a los tumores de la mama masculina como una rareza patológica. La escasa casuistica de estos tumores contribuye a que tanto su patología como su terapéutica sea poco conocida. A este respecto el autor revisa veinticinco casos y comenta su etiología, histología y tratamiento con el fin de contribuir a esclarecer su conocimiento.

Es de sobra sabido la enorme frecuencia de los tumores de la mama femenina en relación con los de la mama masculina. Para Horsley de un conjunto de tumorese de mama solamente un tres a cinco por ciento afectaría al hombre. Para Neal después de un estudio de una gran serie de tumores señala que a la mama masculina solamente correspondería un 3.31%. Para Cholnoky la proporción, de tumores masculinos sería un 6%. En la estadística de Schreiner se observaría un 2% de tumores masculinos.

No hay ninguna razón anatómica para que las tumuraciones que aparecen en la glandula femenina no aparez-

can también en la masculina. La histiología es exactamente igual en ambos sexos. Las variaciones entre los tumores malignos masculinos y femeninos son simplemente variaciones de número o de proporción pero no de diferencia de textura.

Según la estadística de Neal la cáustica de tumoraciones de la mama masculina se descompone del siguiente modo: Procesos no neoplásicos 46.62%. Tumores benignos 34.09% Carcinomas: 16.23%. Sarcoma 19.61%. En la estadística comparativa de tumores malignos de ambos se nos señala en el hombre una frecuencia de 1.24% de carcinoma y de 19.61% de sarcomas. Según este autor los carcinomas estan en una proporción ocho veces mas alta en la mama fememina que en la masculina, mientras que los sarcomas son 16 veces mas frecuentes en la mama masculina.

La mama masculina es mal conocida generalmente por los médicos ya que en muchas antomias ni siquiera se la cita y en otras se menciona que solamente se aprecian rudimentos de estructura glandular. Con gran frecuencia en los libros se dice que no existe diferencia entre la mama masculina y fememina hasta la pubertad, en cuyo momento la mama masculina continua rudimentaria atrofiándose sus elementos glandulares para desaparecer practicamente. Como consecuencia de esta erronea enseñanza muchos médicos creen que la mama masculina contiene solamente una pequeña proporción de tejido glandular que se mantiene en un estado de atrofia y de inaptitud funcional. Sin embargo hace algunos años Andrews y Kampmier mediante el examen en serie de un gran número de mamas de niños y de hombres de todas edades demostraron que la mamá masculina tiene un sistema muy complizado de conductos permeables y de tejido glandular. De este estudio dedujeron los autores que el tejido de la glándula masculina adulta se mantiene exactamente en el mismo estado que se encuentra este tejido glandular en la face preadolescente de la mujer y que una gran parte del tejido glandular permanece en el último período de la vida como en el período de la adolescencia. En consecuencia, la mamá de un muchacho tiene una estructura comparable a la de una niña de diez años.

Al hablar de la etiología el autor dice que no existe explicación de el porque se presentan con mas frecuencia las tumoraciones en la mamá de la mujer que en la del hombre.

Muchas veces el estudio de los tumores masculinos se debe a hallazgos casuales. Sin embargo, parece que deberían ser más facilmente diagnosticados dada la facilidad de explorar la mamá masculina en relación con las dificultades que representa la exploración de la mamá fememina.

Como factores etiológicos externos se estudia el traumatismo, la infección los neoplasmas, las perturbaciones endocrinas.

Los traumatismos y las pequeñas lesiones debidas al trabajo son muy frecuentes en el hombre. A estos microtraumas profesionales y a las mastitis secundarias atribuyen algunos autores la presencia de tumores fibrosos benignos en la mamá masculina.

Las infecciones tienen una gran participación sobre todo sin son crónicas en el aumento de volumen de la mamá masculina debido a un incremento del tejido conjuntivo fibroso. Generalmente se observan en estos casos un mayor tamaño de la mamá como sucede en las mastitis hipertróficas crónicas o bien se advierte la presencia de nódulos duros a menudos dolorosos.

Entre los neoplasmas de la mamá masculina como hemos visto son mucho mas frecuentes los benignos que los malignos. Entre los tumores benignos los de mayor porcentaje son el adenoma y el adenofibroma. Para Cholnoky estos tumores fibrosos serían la consecuencia de un desequilibrio hormonal. Estos tumores genignos no suele presentar tendencia a la degeneración maligna.

La relación entre el aumento de volumen de la mamá masculina y las perturbaciones endocrinas no ha sido bien determinada. La verdadera hipertrofia mamaria o ginecomastia puede ser exponente de una anomalía morfológica o de una perturbación de la función fisiológica. A veces se dan ambos factores. Para algunos comentadores existe una clara relación entre los organos sexuales y la ginecomastia. Se ha observado ginecomastia en los hermafroditas, así como en el 5% de los casos de epitelioma corionico y teratoma de los testículos. En algunos niños y adultos se ha observado un aumento de volumen de la mamá coincidiendo con la atrofia o excisión de un testículo, acompañada de hipertrofia de tejido intersticial de los testículos.

Para Horsley los tumores testiculares que contienen tejido corionico se gregan prolan y estrina.

El tratamiento de los tumores de la mamá masculina corresponde a la de los tumores semejantes de la mamá femenina. Cuando se sospecha un neoplasma debe practicarse biopsia o extirpación seguida de estudio histiológico del tumor. Si el etudio histiológico demuestra que se trata de un proceso benigno basta la extirpación del tumor. Cuando se trata de un proceso maligno es necesario una extirpación radical seguida de un tratamiento radioterápico.

En los casos de ginecomastia se indica la extirpación de la mamá hipertrófica con fines puramente cosméticos. En algunas ocasiones se recurre a esta terapéutica por consideraciones de orden psiquico. *J. D'Harcourt*

TRATAMIENTOS CON INHALACIONES DE PENICILINA.—Editorial. J. A. M. A.—132, 284-1946).

Dos son los motivos principales que han impulsado este proceder terapéutico. Uno, el gran costo de la penicilinoterapia intramuscular o endovenosa; otro, el pensamiento de que los efectos buscados podrían lograrse mejor si el antibiótico se ponía directamente en contacto con las superficies donde actuan los agentes ingectantes que se desea combatir.

Son varios los sistemas ya en uso para lograr que las inhalaciones penicilinosas penetren hasta los alveolos pulmonares o hasta los revestimientos sinusuales; su variedad queda comprendida diciendo que abarca desde simples atomizadores hasta aparatos en unión con tanques de oxígeno cuya fluidez de corriente puede graduarse a voluntad a fin de conocer la dosis del medicamento que se introduce.

Las inhalaciones de penicilina han sido aplicadas en numerosas afecciones respiratorias, pero desgraciadamente, no cabe aún juzgar decisivamente pues el número de los enfermos tratados de cada entidad no es suficiente. Empero, cabe adelantar algunos resultados.

Humphrey y Joules han utilizado las inhalaciones de penicilina en el tratamiento de 80 infecciones pulmonares crónicas: bronquiectasias, bronquitis crónicas, neumonitis supuradas, neumonías atípicas, abcesos, bronquitis silicósicas. De todos ellos, 46 mejoraron considerablemente y en 17 se logró una mejoría discreta.

Soutwell utilizó las nebulizaciones con penicilina en la terapéutica de 43 casos de bronquiectasias, bronquitis y asma. Empleaba una solución salina de penicilina cálcica

conteniendo 25.000 U. por cc. de suerte que el paciente recibiese en cada sesión 100.000 U. durante treinta minutos mientras que el oxigeno vehiculo de la nebulización circulaba a razón de 8 litros por minuto; el tratamiento completo comprendia la administración de un millón de unidades en diez sesionets consecutivas, a razón de dos o tres diarias. De sus seis bronquiticos de poco tiempo, cinco curaron y el otro fué considerablemente mejorado; ninguno de los bronquiectásicos o de los que padecían bronquitis crónica supurada experimentaron mejoría notable; sólo 1 de los 17 con bronquitis crónica asmática, consiguió curar si bien 13 casos mejoraron. En cuatro asmáticos alérgicos nada se logró. Las resultados de Barach y sus colaboradores en el tratamiento de las sinusitis son mejores; 39 de sus 110 enfermos consiguieron una gran mejoría y sólo en 27 casos pudo concluirse en la absoluta ineficacia del tratamiento. En resumen: las nebulizaciones de penicilina no han pasado todavía por las necesarias pruebas para que pueda considerarseles cual un proceder terapéutico con fundamento científico y perspectivas. Pero hay datos indicadores de que tal vía puede ser útil.

ENFISEMA MEDIASTINICO AGUDO.—*Schkwartz, Mcilroy, Warren.*—(Ann., of Int. Med. 663-1946).

Se conocía ya hace muchos años el enfisema mediastínico agudo a consecuencia de traumatismos o de enfermedades pulmonares, pero sólo después de las recientes investigaciones de Hamman sabemos la frecuencia relativa de su origen espontáneo. Desde luego, y pese a las numerosas publicaciones que le han sido dedicadas en los últimos tiempos, sigue siendo una alteración que debemos clasificar entre las raras aunque haya dejado de ser excepcional.

Está descrito en asociación a muchísimos factores patogénicos. Las heridas torácicas, penetrantes o no, hayan causado o no neumotórax hipertensivo, las intervenciones quirúrgicas de todo tipo (nariz, tórax, abdomen) los procederes anestésicos a presión positiva, los neumotórax terapéuticos, el neumoperitoneo terapéutico o tramático, las afecciones agudas, neumonías, influenza, difteria, el asma bronquial, la tuberculosis pulmonar. Al parecer, según la opinión de Hamman, su asociación más frecuente es con el neumotórax espontánea. Neumotórax que suele ser muy pequeño, circunscrito, generalmente apical, sobre todo del lado izquierdo.

Es claro que la rotura de un alveolo sucede más frecuentemente en un pulmón enfermo que en uno sano; pero aún en estos es bien posible cuando se hallan sometidos a una super distensión tal como ocurre en las anestesias con presión positivo o en los momentos posteriores a una traqueotomia. Mackling y Biering han demostrado la importancia de las zonas atelectásicas que se forman alrededor de los alveolos distensionados por cualquier causa; la atelectasia es el factor coadyudante a la penetración del aire del alveolo roto en el tejido intersticial. Desde aquí, el aire o bien camino hacia la periferia y forma ampollas subpleurales enfisematosas —que al romperse originan un neumotórax— o bien se dirige hacia las regiones hiliares. Mackling ha probado experimentalmente como muchas veces el aire que ha penetrado en la trama parenquimatosa intersticial se orienta, por los recorridos vasculares, hacia el mediastino y llega a formar una capa entre la pleura parietal y el pericardio.

Llegado el aire al mediastino sigue conservando diversas posibilidades de recorrido; puede romper la pleura mediastínica y originar un neumotórax (Para Mackling, este seria el más frecuente mecanismo de los neumotórax espontáneos) pero puede encaminarse hacia arriba, causando así hastaun enfisema subcutáneo facial, o hacia abajo hasta producir un enfisema subcutáneo escrotal y perirectal después de haber ido "disecando" los tejidos retroperitoneales.

Las restantes patogenias del enfisema agudo mediastínico hallanse ligadas a un trauma, a veces quirúrgico.

Salvo en estos casos y quizás en aquellos que surgen en los neumónicos, es rarísimo que el enfisema mediastínico agudo produzca el clásico síndrome de compresión circulatoria o asfítico en el que antes se apoyaba el diagnóstico generalmente, la presión del aire no es capaz de dar tales consecuencias graves.

El síntoma más frecuente y característico de comienzo es el dolor, por lo general de bastante agudeza, casi siempre referido a la zona media del pecho, un poco a la izquierda. No es raro que se irradie y entonces es más fácil la confusión con una angina de pecho; otras veces, como se exagera con la respiración, igual que con los movimientos y cambios de postura, hace pensar en una pleuritis. Al cabo de una a dos horas —otras veces, antes— el paciente comienza a sentir "dentro de sí", sincronicamente con los latidos cardiacos, un ruido muy semejante al de la masticación ruidosa; tiene también opresión cardíaca y, por lo general, el dolor se va calmando a condición de mantenerse en quietud; lo más corriente es que como mejor se encuentre sea sentado.

La comprobación, en el examen físico, del citado ruido permite el diagnóstico. Pocas veces surge la confusión con un pericárdico y menos aún con un frote pleural. Otros signos, tales como la disminución de la macidez cardiaca, la presencia de síntomas de compresión circulatoria, de dificultad respiratoria, son más aleatorios en su presentación e inclusive, como se ha señalado, llegan a faltar en muchos casos. Lo que más impresiona es la gravedad del dolor y la inmovilidad buscada por el paciente; muy pocas veces el dolor es mínimo. Claro está que cuando se ha originado un neumotórax, son sus síntomas los presentes y suele pasarse por alto que tal neumotórax ha sido provocado por un enfisema mediastínico agudo.

En todo caso, dos cosas dan la certidumbre del diagnóstico: el examen radiológico y la aparición del enfisema subcutáneo. Pero la radioscopia ha de ser muy cuidada pues la pequeña cámara aérea puede pasar desapercibida; no rara vez se precisan posiciones oblicuas para hacerla más visible.

En el electrocardiograma no se hallan alteraciones. Tampoco en los examenes sanguíneos, si bien excepcionalmente puede haber una leucocitosis transitoria. La velocidad de sedimentación es normal, salvo en los raros casos en que surge un pequeño derrame pleural.

El tratamiento de los casos sin manifestaciones compresorias se reduce al reposo absoluto y sedantes y analgésicos. Ahora bien, lo más frecuente es que exista una tendencia a las recidivas, a veces muy prolongadas y persistentes. Así, un caso de los siete recopilados por los autores, mantuvo su cuadro clínico casi durante nueve meses merced a sucesivas roturas alveolares. De ahí que sea necesario prescribir reposo en cama durante varias semanas aun habiendo cesado todo el síndrome con rapidez.

Los enfermos con manifestaciones de comprensión son justiciales de incisiones en el espacio supra esternal. Aquellos otros en los que existe un proceso infeccioso, general o local, deben tomar preventivamente antibióticos a fin de que no aparezca le celulitis que tan frecuentemente se citaba antes como complicación y que ahora parece mucho más rara; posiblemente por diagnosticarse en la actualidad cuadros muchos más leves que antes pasaban bajo otras diversas etiquetas.

EFECTOS DE LA "ANDROSTERONA" EL "ESTRADIOL" Y LA HORMONA TIROIDEA EN EL CLIMATERIO PREMATURO ARTIFICIAL, DE ORIGEN PURAMENTE GONADAL, PRODUCIDO POR OPHORECTOMIA EN LAS RATAS

Por V. Korenchevsky y Vera E. Jones

"Journal of Gerontology". 3:319, 1946.

I.—Efectos sobre el peso de los órganos

La hipoplasia e hipofunción ováricas son los factores más acusados en la iniciación del climaterio. Por lo tanto, desde el punto de vista experimental, la situación a que dá lugar oophorectomia en el organismo femenino, joven o adulto, puede considerarse como un "climaterio", de origen estrictamente gonadal, artificial, prematuro y exagerado.

Aunque los cambios atróficos o degenerativos de las glándulas endocrinas, y en particular de las gónadas, no constituyen una causa primitiva, sino secundaria, de la senectud, desde el momento en que aparecen, inician un estado patológico que indica deficiencia en alguna glándula especifica. Estos cambios patológicos se suman a aquellos producidos por las causas primarias de la senilidad, y así dán lugar a una serie de círculos viciosos que complican y aceleran el proceso de la vejez. En su virtud, es razonable esperar que, en el tratamiento de la senilidad, las diversas hormonas alivien alguno de sus síntomas capitales, rompiendo uno o más de los círculos viciosos.

En el caso de la hipoplasia senil y la atrofia, las hormonas que tienen una acción hipertrofiante, actuando sobre diversos organos y tejidos, pueden ser de indudable valor. Los resultados obtenidos por los autores de éste trabajo indican que las hormonas andrógena y tiroidea, y en determinadas condiciones la hormona estrógena, poseen evidentes propiedades estimulantes.

La investigación de los efectos sinérgicos de diferentes hormonas es importante porque: 1° En el organismo todas las hormonas son secretadas simultaneamente; 2° Ciertas hormonas resultan efectivas o específicas, o sus efectos desfavorables son neutralizados, únicamente en presencia de otras determinadas hormonas; y 3° porque salvo que exista la evidencia indudable de una sola deficiencia, el tratamiento con una hormona aislada dará lugar únicamente a hiperhormonzación específica, y con ello a una peligrosa alteración en el equilibrio hormonal.

Estas consideraciones explican el propósito de los autores, que han tratado de mostrar los efectos de la administración simultánea de tres hormonas hipertrofiantes — todas ellas normalmente presentes en el organismo femenino— en el climaterio prematuro artificial de origen puramente gonadal.

Para ello han experimentado en un total de 119 ratas del sexo femenino, obteniendo los resultados siguientes:

1° La administración simultánea de "estradiol" y hormona tiroidea da lugar al crecimiento de las glándulas suprarrenales, y en dosis más altas, de la vagina, hígado y riñones.

2° En general, la administración simultánea de las tres hormonas emleadas se caracteriza por sus efectos hipertrofiantes sobre todos los organos, efecto debido a la acción de los dos compuestos más potentes, las hormonas tiroidea y estrógena; el efecto de la "androsterona" sobre el peso de los órganos se manifiesta únicamente cuando se asocia a pequeñas dosis de las hormonas estrógena y tiroidea. Es notable que éstas hormonas, administradas conjunta o separadamente, neturalizan el efecto depresor de la "androsterona" sobre las cápsulas suprarrenales.

3° Con una dosis apropiada, en combinación con otra hormona u hormonas —y empleando compuestos estrógenos de absorción lenta— se hace posible la utilización de las propiedades hipertrofiantes de la "androsterona", el "estradiol" y la hormona tiroidea.

4° Como consecuencia de lo anterior, cabe la posibilidad de dominar, por un espacio de tiempo no determinado todavía, la hipoplasia de diversos órganos en el climaterio prematuro artificial de origen ovárico, producido por oophorectomia en la rata.

5° Cuando se emplean las hormonas hipertrofiantes (por ejemplo, para estudiar sus efectos sobre la hipoplasia de la senectud) es de capital importancia evitar las alteraciones patológicas a que pueden dar lugar tales hormonas si se administran a dosis inadecuadas o combinadas de manera incorrecta, por ejemplo, los cambios en la hipófisis y metaplasia del epitelio producido por los estrógenos, hipoplasia de las suprarrenales producida por los andrógenos y pérdida de grasa y peso a que da lugar la hormona tiroidea.

II.—Efectos sobre la estructura histiológica del hígado y riñones.

Como complemento del estudio anterior, los mismos autores dedican otro trabajo a su investigación de los efectos producidos por las citadas hormonas en la estructura histológica del hígado y riñones de la rata hembra castrada. Dicha investigación la levaron a cabo empleando los mismos animales que en el experimento anterior.

Sus conclusiones son las siguientes:

1° En el hígado, la oophorectomia dá lugar a una disminución en el número de núcleos grandes y mitosis, produciendo una hipoplasia relativa. En los riñones, el achicamiento de los túbuli y la disminución en el número de mitosis, explican, probablemente, la relativa disminución en tamaño.

2° Aunque se observan algunos efectos sinérgicos, especialmente entre el "estradiol" y la hormona tiroidea, pudo apreciarse que, en general, entre las combinaciones de hormona empleadas, los efectos de las dosis elevadas de hormona tiroidea predominaban sobre los efectos del "estradiol" y la "androsterona". Con dosis pequeñas de hormona tiroidea pudo apreciarse cierto efecto correlativo de la "androsterona".

3° Los estrógenos agotan, más o menos completamente, las granulaciones lipoideas de la célula hepática, en tanto que la "androsterona", sola o asociada con otras hormonas, aparentemente aumenta, tanto las granulaciones basófilas, si bien éstas últimas en menor grado. La hormona tiroidea, en dosis elevadas disminuye las granulaciones lipoidea.

4° Las hormonas empleadas parecen tener un efecto positivo en el climaterio artificial de la rata, no solo para prevenir la hipoplasia de las células hepáticas y renales, sino también para producir un agrandamiento de esos organos, que sobrepasa los niveles observados en animales normales. *Luis Pastor.*

EL PROBLEMA ACTUAL DE LA ESTERILIDAD

por

M. E. Davis

"American Practitioner". Vol. 1. Nº 1. Septiembre, 1946. Págs. 1 a 14.

Comienza el artículo resaltando la importancia médica de la esterilidad, que constituye un verdadero problema tanto desde el punto de vista social como moral.

El primer escalón en el examen de la pareja estéril —dice el autor— consiste en determinar si sus componentes son aptos para la reproducción, poniendo de manifiesto si los posibles defectos incapacitan totalmente o solo dificultan la función reproductora.

Hay que poner especial atención en la permeabilidad del canal genital femenino, ya que una gran parte de las mujeres estériles lo son por haber perdido su continuidad con el tracto genital a consecuencia de procesos inflamatorios. Es preciso, igualmente, determinar el grado de desarrollo, posición, tamaño y forma de los genitales, ya que la hipoplasia y malposiciones de los mismos pueden ser causa determinante de esterilidad.

Como procedimientos para determinar la no existencia de soluciones de continuidad en útero y trompas, recomienda el autor la histerosalpingografía, que se lleva a cabo inyectando a través del canal cervical una solución opaca oleosa (aceite yodado), operación ésta que debe hacerse bajo el control de la pantalla fluoroscópica. Recomienda, asimismo, la prueba de *Rubin*, consistente en insuflar oxígeno u óxido de carbono, procedimiento fácil que combinado con la inscripción gráfica de los cambios de presión, proporciona una información sumamente valiosa. La prueba de que el gas ha penetrado en la cavidad peritoneal, a través de las trompas, se obtiene tanto por el descenso de la presión como por un dolor súbito que la paciente aqueja en el hombro al adoptar una posición erecta. El autor llama la atención acerca de que, en ningún caso, deberá ascender la presión por encima de 200 mm. de mercurio.

Lo anterior no es, sin embargo, suficiente para determinar la capacidad reproductora del organismo femenino; es preciso evaluarlo desde el punto de vista funcional. La mujer cuyas reglas se presentan en el momento oportuno y que menstrua con normalidad, tiene un ciclo reproductivo fisiológico más frecuentemente que aquella otra cuyas menstruaciones son irregulares o anormales en cualquier aspecto. Debe, no obstante, recordarse que la normalidad menstrual no prueba la normalidad ovulatoria y que, aun habiendo ovulación, puede fallar el transporte del óvulo. Por el contrario, la ovulación y la concepción son posibles en mujeres con menstruaciones anormales e inclusive con amenorrea completa.

El endometrio proporciona un material fácilmente accesible para determinar la actividad ovulatoria, ya que sus cambios cíclicos dependen de la maduración del folículo, ovulación y formación del cuerpo amarillo. Por medio del desarrollo del endometrio pregrávido, el útero se prepara para la fertilización. La biopsia del endometrio en los días que preceden a la menstruación puede mostrar una imagen característica, evidente de que la ovulación ha tenido lugar. En grados avanzados de disfunción ovárica, en los cuales no puede constatarse ninguna actividad cíclica, el endometrio es atrófico, con pocas manifestaciones de proliferación y ninguna actividad celular.

La más reciente observación en el estudio de la fisiología de la reproducción es la correlación entre la temperatura corporal y la actividad ovárica. Se han establecido curvas térmicas típicas que demuestran en la hembra fluctuaciones coincidentes con la ovulación y la formación del cuerpo amarillo. Por medio de la observación termométrica hecha en la mañana, y antes de comenzar ninguna actividad, puede obtenerse un índice evidente de la actividad ovárica en 3 de cada 4 mujeres. En el 25% restante la curva es tan atípica, y con tantas irregularidades, que no puede hacerse ninguna interpretación acertada.

La determinación del metabolismo basal es importante, ya que dosis adecuadas de substancia tiroidea, administradas oportunamente, aumentan las posibilidades de concepción en aquellas pacientes con metabolismo basal por debajo de los límites considerados como normales; de la misma importancia que en la mujer, resulta la determinación del metabolismo basal en el varón.

El reconocimiento del varón, tanto desde un punto de vista anatómico como funcional, es igualmente de la mayor necesidad, siendo preciso comprobar la existencia de órganos genitales normalmente desarrollados y sin aspecto patológico; es preciso analizar la esperma, observando el número y vitalidad de los espermatozoos. Conviene examinar el fluído seminal dentro de las dos horas siguientes a haber sido obtenido por eyaculación. El examen post-coitum del esperma, o prueba de *Huhner*, proporciona grandes ventajas, ya que permite determinar los efectos de la secreción vaginal sobre los espermatozoos y la capacidad del varón para depositar el semen en el canal genital.

Los fallos y anomalías fisiológicas constituyen un importante grupo de factores de esterilidad que únicamente han sido conocidos recientemente conforme han aumentado los estudios respecto a las glándulas de secreción interna. El lóbulo anterior de la hipófisis es considerado como el motor del ovario, y su disfunción hace que ni un ovario sano pueda llegar a la maduración de filículo ni a la formación del cuerpo lúteo. La hipofunción tiroidea queda, en ciertos casos, relacionada con la actividad de la hipófisis, y quizá posea un efecto directo sobre la actividad ovárica.

Las condiciones físicas generales de la pareja estéril juegan, indudablemente, un papel en su incapacidad para concebir. Un estado óptimo de salud es factor digno de ser tenido en consideración.

El tratamiento de la esterilidad lleva aparejada una cuidadosa evaluación de todos los factores anatómicos y fisiológicos que forman parte de la función reproductora. La terapéutica consiste en suprimir cuantas anormalidades puedan ser suprimidas, corrigiendo aquellas que puedan corregirse, llevando el funcionalismo al grado más próximo a la normalidad. Para conseguir éste ideal, el primer intento es la restauración del canal genital, llevándolo a un estado lo más parecido posible al anatómico. Habrán de tratarse todas las infecciones bajas, tales como cervicitis y endocervicitis crónicas, normalizando las secreciones vaginal y cervical.

La prueba de *Rubin* y la inyección de aceite yodado son, con frecuencia, de gran valor terapéutico, seguramente porque rompen adherencias en la luz de la trompa y el pabellón. Las adherencias del pabellón y la obstrucción del extremo terminal de la trompa pueden ser corregidas mediante la parotomía. El porcentaje de éxitos no es ciertamente muy elevado. Las técnicas quirúrgicas descritas para restaurar la permeabilidad de la trompa en su porción ístmica proporcionan menos éxitos aun, y cuando se intentan implantaciones las probabilidades positivas son escasísimas.

La pareja estéril deberá ser instruída acerca del momento óptimo para la cópula, ésto es, entre el noveno y el décimo octavo días del ciclo a partir del primero de

la menstruación. Han de ser prevenidos contra los intentos frecuentes, ya que el número y vitalidad de los espermatozoos puede decrecer en el momento óptimo de la fertilización.

Las condiciones físicas generales de la pareja estéril deberán ser regularizadas, suprimiendo cualquier foco de infección, por medio de un descanso adecuado y con una dieta rica en minerales y vitaminas.

La pareja en la cual la mujer es completamente normal, tanto desde el punto de vista anatómico como fisiológico, pero en que el marido padece de una carencia absoluta de espermatozoos, o los posee en tan escaso número que la concepción es extraordinariamente difícil, debe tener en cuenta la inseminación artificial. Son cada vez más las parejas estériles que ven como último recurso la inseminación artificial, ya que les ofrece un fruto que posee las características genéticas de la madre.

Muchas mujeres quedan estériles como consecuencia de infecciones del tracto genital bajo, tratadas en forma inadecuada, con el resultado de un ascenso de la infección. Otras muchas lo son porque no fué empleado el tratamiento conservador en infecciones del tracto genital superior, y que fueron laparotomizadas, resecándoseles una o ambas trompas.

En toda operación ginecológica en mujeres dentro de la edad fértil, ha de ser preocupación constante para el operador la conservación de la función ovárica y el mantenimiento de la luz del canal genital.

Son dignas de notarse las estadísticas del autor que muestran la gran frecuencia con que la obstrucción tubárica va asociada a un episodio obstétrico previo. En 36 pacientes con obstrucción tubárica bilateral, ésta tuvo lugar después de un aborto o parto en 38% de los casos.

Durante el período comprendido entre julio de 1931 y diciembre de 1942, 955 pacientes acudieron a la clínica de esterilidad del Chicago Lying-in Hospital. Entre ellas, solamente fué posible seguir por más de un año a 567. De este número, 202 (35.6%) concibieron y 169 tuvieron hijos vivos.

La obstrucción tubárica constituye la barrera más frecuente para la concepción. Debe hacerse notar que la mujer con ambas trompas permeables tiene doble número de probabilidades de concebir que aquella con una sola trompa útil. El estudio racional acerca de los problemas de la esterilidad ha mejorado extraordinariamente el pronóstico de la misma. Los resultados del examen de 955 pacientes en la Clínica de esterilidad del Chicago Lying-in Hospital confirman todo lo anterior.

Luis Pastor.

CONSEJO DE FARMACIA Y QUIMICA. REPORTE SOBRE EL BAL, CON DATOS SUMINISTRADOS POR EAGLE Y LONGCOPE
J. A. M. A. Voy. 131 N° 10
Julio 6-1946.

Los resultados se han mantenido secretos hasta hace poco tiempo por razones de guerra.

La composición química corresponde a la fórmula 2-3 Dimerceptopropanol

$$CH_2 - CH - CH_2OH$$
$$SH \quad SH$$

Pertenece al grupo de los di-tioles.

Se ha empleado en las intoxicaciones arsenicales terapéuticas (encefalitis hemorrágicas — en las que reduce la mortalidad a un 15%, y dermatitis) con muy buenos resultados.

Las dosis recomendadas son de 2.5 a 3 miligramos por Kg. de peso cada 4 haros los 2 primeros días; cuatro inyecciones el tercer día y dor, los 10 días siguientes o hasta la completa recuperación.

En los casos leves de dermatitis pueden emplearse inyecciones cada 4 horas los dos primeros días a razón de 2.5 mgs. por Kg. de peso; dos el tercer día y una los restantes.

Se prepara en solución en aceite de cacahuate al 10%.

Propone el Consejo sustituir el nombre de B.A.L. (British-Anti-Lewisite) por el de Dimercaprol.

Woltz y Wiley.—THE TRANSMISSION OF PENICILLIN TO THE PREVIABLE FETUS.—J. A. M. A. Vol. 131. N° 12.—Pág. 969. Julio 20-1946.

En 6 mujeres en las que por razones médicas hubo que interrumpir el embarazo, los A. A. suministraron cantidades variables de penicilina (35 a 300,00 U) en infusión intravenosa (4 casos) y por vía intramuscular (2 casos) en distintos espacios de tiempo antes de la histerotomia abdominal pudiendo comprobar la existencia de penicilina en el líquido amniótico y los tejidos fetales desde la 10ª semana de la gestación.

Goodwin y Moore.—PENICILLIN IN PREVENTION OF PRENATAL SYPHILIS.—J. A. M. A. Vol. 130. N° 11. Pág. 688. Marzo 16 - 1946.

Como complemento del trabajo del grupo de Filadelfia (*Ingraham* y colaboradores), los A. A. exponen los resultados obtenidos en Baltimore y que pueden resumirse como sigue:

1.—Se han tratado con penicilina 57 mujeres embarazadas con sífilis reciente en dos clínicas universitarias. De estas mujeres han nacido 60 niños vivos, de los cuales solamente en 1 se han comprobado síntomas clínicos o de laboratorio debidos a s. congénita. Los 59 restantes han nacido aparentemente normales, y de ellos 42 se han observado suficiente tiempo para poder afirmar prácticamente el diagnóstico de "no infectados".

2.—Estos resultados en la prevención de la s. prenatal son superiores a todos los obtenidos hasta la fecha con otros métodos de tratamiento.

3.—No existen pruebas evidentes de que la penicilina sea directa o indirectamente responsable de abortos. Los A. A. prescinden de toda precaución posológica.

4.—Es aconsejable el empleo rutinario de la penicilina en las mujeres sifilíticas embarazadas, debiendo abandonarse otros métodos terapéuticos.

La dosis total no debe ser inferior a 2.400,000 U. en inyección intramuscular en solución acuosa o salina a intervalos no menores de 2 ni mayores de 3 horas, día y noche. El tiempo de duración del tratamiento no debe ser menor de 7 1/2 días. El tratamiento durante el embarazo se repetirá a) cuando existan evidentes recidivas clínicas y serológicas, y b) cuando el título serológico no descienda marcadamente en los tres meses siguientes al tratamiento. Hasta que existan informes definitivos de los centros de investigación, no deben usarse los métodos de absorción retardada (penicilina-aceite-cera.)

J. Cañizares.—PENICILLIN IN DERMATOLOGY. A. of. D. S. Vol. 54. N° 1. Pág. 19. Julio 1946.

Ha empleado diversas preparaciones tópicas de penicilina en 174 enfermos de distintas dermatosis, la inmensa mayoría de origen piogénico.

En 4 casos se han observado reacciones cutáneas de tipo dermatitis venenata (2.9%), bajo la forma de erupciones vesiculosas aparecidas en los sitios de aplicación de la pomada penicilínica. En 3 casos se practicaron pruebas al parche una vez desaparecida la dermatitis, siendo completamente negativas a la pomada de penicilina y a la base o vehículo.

Se han obtenido resultados satisfactorios sobre todo en el impétigo, sicosis vulgar, dermatitis infecciosa eczematoide, dermatitis estreptocócica, ectima, y algunos casos de foliculitis e hidrosadenitis supurada.

En algunos casos de forunculosis se ha asociado la aplicación local con las inyecciones intramusculares.

1 caso de erisipeloide de *Rosenbach* curó con 100,000 U. en inyección intramuscular.

Estos resultados satisfactorios obligan a insistir en este camino pero debe evitarse el uso general de los tratamientos locales con penicilina.

Deben tenerse presente los rsultados d los abusos de la aplicación de las sulfonamidas.

El tratamiento local con penicilina está en sus comienzos y son precisas muchas observaciones antes de que se establezcan definitivamente las indicaciones, contraindicaciones, y dosificación adecuada.

Los casos de sensibilidad a la penicilina y de resistencia de algunos organismos, son también de capital importancia.

Hasta que estos problemas no estén resueltos debe evitarse el uso general de la penicilina en aplicaciones tópicas.

THE TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS.—*Howard Louis Puckett, Stillwater.* Oklahoma.—The Journal of the International College of Surgeons. Vol. IX, N° 5. Septiembre-Octubre, 1946. TRATAMIENTO DE LAS OSTEOMIELITIS CRONICA.

Gracias a los medios con que cuenta actualmente la cirugía se ha podido salvar durante la II Guerra Mundial a un gran número de heridos de miembros que parecían irremesiblemente perdidos. Sin embargo, no se ha podido evitar que un cierto número de estos heridos presenten osteomielitis residuales. El número de estas infecciones óseas postraumáticas es tan grande que los autores consideran que la osteomielitis constituye uno de los más serios problemas de la medicina de postguerra. Hay que hacerse el ánimo para tratar gran número de inválidos más o menos parciales, que salvados de las garras de la muerte presentan esta complicación residual, dificilísima de tratar y que durante muchos años seguirá molestando con sus brotes a estos heridos de la guerra.

La osteomielitis es tan conocida como la propia cirugía ósea. Esta complicación postraumática ha sido citada por los tratadistas más antiguos de la medicina.

Durante la primera gran guerra se realizaron grandes progresos en el tratamiento de la osteomielitis postraumática. pero todavia hoy tienen validez, las normas terapéuticas que se sustentaban a raíz de esta primera guerra. Las innovaciones que por aquel entonces se registraron en el tratamiento de la osteomielitis fueron los siguientes: *Baer* aconsejó tratar la osteomielitis por medio de las larvas de ciertas moscas. *Orr* aconsejó el tratamiento oclusivo, *Loehr* aboga por un tratamiento a base de ocluir la herida con compresas impregnadas con aceite de hígado de bacalao seguida de inmovilización en vendaje enyesado. *Albee*, encomia el éxito del bacteriófago. *Esteva* insiste en los éxitos debidos al tratamiento con carbonato calcio y trinotofenol.

En la guerra actual han aparecido los dos potentes agentes quimioterápicos llamados sulfamidas y penicilina. Ambos agentes han mejorado el pronóstico de las osteomielitis destacándose la penicilina como más activa frente a los gérmenes responsables de la osteomielitis. Además, otra de sus ventajas es su ausencia de toxicidad.

El autor, estudia ciento cuarenta casos de osteomielitis crónica secundaria a heridas de guerra del esqueleto. En todos los casos, se procede primeramente a tratarlos según las normas clásicas que imperan hoy en la cirugía actual. Se segregaron cien casos del total estudiado porque se trataba de osteomielitis cuyos gérmenes eran sensibles a la penicilina. Estos casos se trataron administrando de cuarenta y cincuenta mil unidades de penicilina cada tres horas, al mismo tiempo que se practicaba una "salazón de penicilina" durante la intervención introduciendo en la cavidad de cien a cuatrocientas mil unidades de penicilina. En aquellos heridos que fué posible se hizo este tratamiento local durante todo el tiempo que pudo realizarse hasta que la herida quedó carrada.

Para comprobar la naturaleza de los gérmenes y su sensibilidad a la penicilina se tomaron del fondo de la herida y de las paredes óseas material para su cultivo. Asimismo se practicaron pruebas de sensibilidad penicilínica directamente.

En los casos en que los cultivos demostraron que los gérmenes no eran sensibles a la penicilina los heridos fueron tratados por sulfas como prueba terapéutica.

En todo el lote de heridos se procuró cuidar su estado por sulfas como prueba terapéutica.

En todo el lote de heridos se procuró cuidar su estado general. En los casos en que los pacientes estaban infectados se aumentaron sus defensas mediante trasfusiones repetidas. Asimismo, se administró a los pacientes gran cantidad de vitaminas, aminoácidos, fósforo y calcio. Al mismo tiempo, que se mejoró su salud se trató por todos los medios de elevar también su moral.

Se eligió, para su estudio un lote de sesenta casos de osteomielitis que habían curado en un plazo de seis a doce semanas. Una vez curados de su osteomielitis se les operó con el fin de corregir las deformidades secundarias que presentaban. Los sesènta casos fueron divididos en tres grupos.

Un primer grupo compuesto de veinte pacientes habían recibido de cuarenta y cincuenta mil unidades cada tres horas por vía intramuscular. Después de la intervención correctora fueron tratados de igual modo hasta dos semanas después.

El segundo grupo compuesto también de veinte pacientes presentaban microorganismos sensibles únicamente a las sulfamidas. Fueron tratados exclusivamente con este farmaco administrándoles un gramo cada cuatro horas noche y día hasta que curaron totalmente. Esta misma terapéutica se continó dos semanas después de haber sido tratadas sus deformidades.

Finalmente el tercer grupo, compuesto también de veinte individuos cicatrizaron espontáneamente sin ningún tratamiento. Después de curados se observó que contenían gérmenes patógenos por lo que se practicó un tratamiento a base de quince a veinticinco mil unidades cada tres horas y sulfadiazina en la misma proporción de la anterior.es

Bismutoidol Robin

●

EL BISMUTOIDOL ROBIN:

ES EL ESPECIFICO IDEAL PARA LA SIFILIS

ES UN BISMUTO COLOIDAL EN SOLUCION ACUOSA

ES COMPLETAMENTE INDOLORO

NO SE ACUMULA EN EL ORGANISMO

NO PROVOCA CHOQUES HEMOCLASICOS

●

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica

Reg. Nº 10431 D. S. P. Prop. Nº 3963

●

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

Rhin, Nº 37. México, D. F.

ZETARSYL

Inyectable

A N T I - L U E T I C O

3 - Acetilamino - 4 - Oxifenilarsinato de Dietilamina.

ARSENICAL PENTAVALENTE

Inyectable únicamente por la vía intramuscular.

A D U L T O S :

ampolletas de 3 c. c. a 0 gr. 02 de Arsénico por c. c.

I N F A N T I L :

ampolletas de 2 c. c. a 0 gr. 02 de Arsénico por c. c.

Reg. N° 25859 D. S. P. N° H-1

H e c h o e n M é x i c o

LABORATORIOS LAUZIER

Av. Chapultepec, Núm. 276

M E X I C O , D , F .

En resumen, de todas las tácticas terapéuticas empleadas en la osteomielitis parece la más eficaz, la penicilina a dosis de cuarenta y cincuenta mil unidades cada tres horas a condición de realizar previamente el tratamiento quirúrgico correcto.

En noventa y cuatro de los cien enfermos tratados, la curación persistía después de un plazo de sesenta y seis días. Esta curación permitió realizar las operaciones correctoras sin esperar un plazo de seis meses como se aconseja corrientemente. A pesar de la intervención correctora la infección no reverdeció en ningún caso. El autor insiste en la necesidad de cubrir generosamente las necesidades vitales de proteínas con el fin de favorecer la cicatrización de las lesiones. J. D'HARCOUT.

Profesor *Hugo Pivard*, Cairo, Egypto. The Journal of the Internacional Collegeof Surgeons. Vol. IX. N° 2. March-April, 1946. PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LAS TROMBOSIS CON DICUMAROL.

La Cirugía se ha beneficiado durante estos últimos años de un gran número de conquistas terapéuticas derivadas de un mejor conocimiento fisiopatológico del shoc, de las perturbaciones circulatorias, y de las infecciones postoperatorias. Quedaba por resolver la temible complicación de las trombosis y embolias postoperatorias que hasta hace pocos años estaban fuera de las posibilidades terapéuticas.

Desde el 1941 se han practicado estudios tanto experimentales como clínicos en EE. UU. e Inglaterra con el fin de evitar y tratar la temible complicación postoperatoria de las embolias. Estos estudios pretenden llegar a conseguir una hipoproteinemia gracias a un farmaco sintético, dicumarol que puede ser administrado por vía oral. Gracias a esta acción de fluificación de la sangre se llegaría a evitar las trombosis y por lo tanto las embolias.

La acción del dicumarol fué estudiada por *Link* y sus colaboradores. La acción de este farmaco se limita a reducir la protrombina existente en los ganglos prolongando el tiempo de coagulación de la misma. Para conseguir esta prolongación del tiempo, se necesita un lapso de latencia que oscila de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, para que actúe este farmaco.

Una vez pasado el período experimental se han realizado estudios clínicos como el que nos ocupa. En este trabajo se han estudiado treinta y un casos tratados con dicumarol. Diez y siete de los enfermos se trataba de tromboflebitis y endarteritis ya establecidas. En los catorce restantes el tratamiento con dicumarol tuvo un sentido profilático para evitar la presentación de complicaciones flebíticas postoperatorias.

El autor recomienda se tenga un gran cuidado cuando se administre el dicumarol. Se debe de vigilar constantemente el valor de la protrombina de la sangre, con el fin de evitar la aparición de hemorragias dada la acción hemorragia para del dicumarol. En cada caso se establecerá una vigilancia cuidadosa para anotar las variaciones de la protrombina. Se debe tener en cuenta que las respuestas individuales son muy diversas.

El autor considera como dosis terapéutica efectiva aquella con la que se consigue que la protrombina descienda entre veintitrés a cincuenta por ciento del valor normal. Como regla general, la dosis inicial debe ser de trescientos miligramos seguida de una dosis diarias de doscientos o cien miligramos hasta obtener el nivel de la protrombina que hemos enunciado. Para lograr la cifra eficaz debe procederse por tanteos teniendo en cuenta la distinta susceptibilidad individual en cada caso.

El autor señala las complicaciones que ha observado en esta serie de enfermos tratados con dicumarol. En un caso observó una hemorragia grave consecutiva del empleo del dicumarol sin control cuidadoso del laboratorio. Otra complicación que señala el autor es la presencia de un dolor intenso en la región hepática, en uno de los casos después de la administración del dicumarol. Posiblemente como la protrombina se forma en el hígado puede darse esta complicación en paciente con fondo alérgico.

Excepto estos dos casos no ha observado el autor complicación hemorrágicas aun cuando haya tratado casos con heridas operatorias recientes. Mayor importancia tiene todavía este farmaco por su acción profiláctica en los casos de operaciones en las cuales se tema que se fragüe una embolia después de la intervención.

La profilaxis de las tromboflebitis postoperatorias, sobre todo en las grandes operaciones ginecológicas y en las operaciones que se practiquen en los viejos, constituye un positivo adelanto quirúrgico, del cual se beneficiarán gran número de pacientes. — Dr. JOAQUÍN D'HARCOURT.

PHLEBITIS EMBOLISM AND THROMBOSIS.—*Moses Behrend*, Philadelphia, Pensylvania. The Journal of the International College of Surgeons. Vol IX. N° 5. Septiembre-Octubre, 1946.

Ya es sabida la estrecha relación que existe entre los tres estados patológicos que forman el título de este trabajo. Describe el autor, el ya conocido mecanismo de la flebitis, trombosis y embolia sin aportar nada original hasta este momento. Insiste con razón en que una embolia postoperatoria puede aparecer en el caso que aparentemente evoluciona lo más normalmente.

TROMBOSIS MESENTERICA.—El diagnóstico de esta afección se obtiene correctamente pocas veces. Generalmente se confunde con una obstrucción intestinal. En el trabajo se muestra una pieza anatómica de gangrena intestinal extirpada en un paciente asmático, con cuadro de obstrucción intestinal. El diagnóstico se verificó durante el momento operatorio al pretender abordar una obstrucción intestinal.

EMBOLIA DE AIRE Y EMBOLIA GASEOSA.—Tanto la embolia gaseosa como la de grasa dan lugar a trágicos incidentes puesto que con mucha frecuencia producen la muerte. La embolia de grasa se puede observar durante el tratamiento de las fracturas y en operaciones de los huesos. El autor relata un caso de muerte acaecido en un enfermo suyo. Al practicar una teracoplastía e incindir sin querar la vena subclavia el paciente sucumbido a pesar de haber intentado ocluir la vena con el dedo. El autor supone que falleció como consecuencia de una embolia gaseosa.

TROMBOSIS POSTOPERATORIA DE LAS VENAS ILIACA Y FEMORALES.—La trombosis y embolia puede afectar tanto al sistema arterial como a las venas. Parece que la trombosis de estos vasos en las enfermedades médicas es más frecuente que después de las intervencions quirúrgicas. La sintomatología que relata el autor es la ya conocida.

En casi veinte años de experiencia solo ha visto un caso de trombosis ilíaca y femoral consecutiva a una operación de hernia. El paciente fué intervenido y se le extrajo un rombo de la arteria femoral e ilíaca. Aunque se empleó la hepavina y se extrajo el coagulo, no pudo permeabilizarse las arterias periféricas y él murió cuarenta y ocho horas después de la embolectomía.

La trombosis de la arteria femoral se favorece por la existencia de infección o de arterioesclerosis de los vasos.

PROFILAXIS DE LA FLEBITIS TROMBOSIS Y EMBOLIA POSTOPERATA.

Se aconseja obligar al enfermo a que respire profundamente y a que haga movimiento y ejercicios con los brazos y las piernas. Asimismo se insiste en que el paciente cambie de posición con el fin de evitar la presentación de estas complicaciones. Se aconseja mucho el que se levante precozmente de la cama a los operados. Sin embargo, el autor es escéptico respecto a la eficacia de estas medidas y dice que según su experiencia esta catástrofe puede presentarse a pesar de todas las precauciones que se tomen.

El empleo de la heparina y del Dicumarol como profilácticos para evitar estas complicaciones según el autor no es un procedimiento lógico. Como preventivo el alargamiento del tiempo de coagulación produce como consecuencia una pérdida de sangre que muchas veces hay que compensar incluso mediante trasfusiones.

Sin embargo, el mismo autor, en otro párrafo asegura que mediante el uso de la heparina se ha abierto una nueva era en el tratamiento de la trombosis y embolia ya constituída. Los pacientes afectos de trombosis y embolia pulmonar no hay duda que han mejorado considerablemente mediante esta terapéutica. Asimismo las embolectomias tienen mucho mayor éxito cuando el paciente es tratado por heparina al mismo tiempo que se practica la intervención.

La ligadura de las venas femorales para evitar la embolia pulmonar antes de la intervención constituye un procedimiento radical si bien no está exento de peligros. La ligadura de la vena cava inferior es una operación de mucha mayor importancia que no aconseja practicarla mas que en casos muy bien estudiados y en la cual está bien indicado.

Según *Allen, Linton* y *Donaldson* la ligadura profiláctica bilateral de las venas femorales puede evitar que se presente una embolia pulmonar masiva. Aconsejan practicar esta intervención como medida profiláctica en los enfermos de mucha edad.

TRTAMIENTO.—Existe una gran diferencia de criterio respecto al tratamiento de la flebitis trombosis y embolia. El empleo de la heparina y el Dicumarol ha mejorado el pronóstico de esta complicación.

La ligadura de las venas tales como la femoral o la cava inferior no está exento de peligro y lo que es peor se han observado embolias a pesar de este tratamiento profiláctico.

En general prefieren la administración de heparina, gota a gota. El empleo de este farmaco, evita seguramente una tercera parte de las muertes que ahora ocurren como consecuencia de las embolias postoperatorias.

La mayor parte de los accidentes por tromboembolia ocurren dentro de las primeras dos semanas que siguen a la operación, la mitad aproximadamente de los pacientes que sufren una embolia pulmonar suelen tener un único ataque de embolia que no suele ser mortal. Una cuarta parte suele parecer un único ataque embólico mortal y otra cuarta parte tienen varios ataques embólicos de los cuales el sesenta por ciento suelen ser mortales. — J. D'HARCOUT.

Menkin V., y Durham, N. C.: CHEMICAL FACTORS AND THEIR ROLE IN INFLAMATION. (Factores químicos y su papel en la inflamación). Am. Jour. Pathol., 41, 377-387, 1946.

Los A.A. estudian los factores que provocan la leucocitosis general (factor promotor de leucocitosis), el tipo de reacción inflamatoria (necrosina) y la fiebre (pirexina) en las inflamaciones agudas. También tratan de otro factor, estudiado recientemente, que tiene poder leucopénico y aparece en el sitio de la inflamación aguda.

Para el fenómeno de la leucocitosis, los A.A. ofrecen la explicación siguiente: en el exudado existe una sustancia que pasa a la sangre y actúa sobre la médula ósea, aumentando el número de elementos granulocíticos en crecimiento y de megacariocitos. Sugieren que dicha sustancia está relacianada íntimamente con las seudoglobulinas del suero, no apareciendo en los animales normales sino solamente en los que se ha provocado una inflamación aguda. Este factor ha sido aislado del exudado pleural de perros a los que se les inyectó trementina en la cavidad pleural, y se ha inyectado en 10 seres humanos, encontrándose que aumenta el número de leucocitos y, en un caso de leucopenia, elevó al doble el número de leucocitos por mm^3.

Los A.A. piensan que para explicar el mecanismo básico de las lesiones en la inflamación debe tenerse en cuenta la naturaleza química del irritante, la correlación entre éste y el tejido particular del huésped y la localización anatómica precisa del proceso inflamatorio. El tipo de inflamación estaría determinado por la presencia en el exudado de una sustancia íntimamente asociada con las euglobulinas del suero, a la que los A.A. llaman necrosina, capaz de aumentar en cantidad conforme disminuye el pH. Cuando se inyecta en el tejido subcutáneo, produce obliteración de los vasos linfáticos con fibrina, cosa que no sucede si se inyectan la albúmina y la seudoglobulina del exudado.

Introducida por vía intravenosa, la necrosina produce lesiones en el hígado y en el riñón. En el primero de estos órganos, las alteraciones varían según la dosis y el tiempo que se deje transcurrir antes de sacrificar al animal, variando desde la degeneración grasienta difusa hasta la pérdida completa del citoplasma y su sustitución por grandes cantidades de glucógeno. En el riñón se encuentra degeneración vacuolar de los tubos en la zona cortical y, en los casos avanzados, cilindros hialinos que sustituyen a los tubos. Los A.A. relacionan estos hallazgos con la absorción de un material tóxico elaborado por las células lesionadas en el sitio de la inflamación aguda.

También creen haber hallado un factor pirogénico de los exudados inflamatorios, al que se debería la inflamación de temperatura durante las inflamaciones agudas; en su opinión se trata de un glucopéptido que actúa sobre los centros bulbares termorreguladores. Este factor puede obtenerse después de incubar necrosina, por lo que piensan que se trata del producto de una actividad enzimática asociada a la necrosina. Además, han acumulado pruebas en apoyo de la existencia de un factor leucopénico en los exudados con reacción ácida. La naturaleza química de este factor permitiría clasificarlo como un polipéptico, y actuaría favoreciendo la retención de leucocitos tanto en las paredes alveolares del pulmón como en los capilares sinusoides del hígado y del bazo. Los A.A. concluyen aceptando que esta retención explicaría la tumefacción infecciosa del bazo, común en las inflamaciones agudas.—RUY A. PÉREZ.

Brobeck, John R. Mechanism of the Development of Obesity in Animals with Hypothalamic Lesions. (MECANISMO DEL DESARROLLO DE OBESIDAD EN ANIMALES CON LESIONES HIPOTALÁMICAS). Physiol. Rev., 26, 541-560, 1946.

La obesidad que sigue a las lesiones hipotalámicas resulta de gran interés, por ser uno de los pocos tipos de

obesidad cuya etiología se conoce y en consecuencia es posible producirla experimentalmente. En los animales se produce quirúrgicamente o provocando electrólisis por medio del instrumento estereotáxico de *Horsley-Clarke*, mientras que en el hombre es casi siempre resultado de alguna neoplasia o enfermedad infecciosa que comprenden el diencéfalo y sus cercanías. Una de las características de este tipo de obesidad es la rapidez extrema con que ganan peso los sujetos; los animales de experimentación es posible que ganen el 15% de su peso en 24 horas y, al cabo de algunas semanas, tienen diez veces su peso inicial. El crecimiento suele hacerse en dos etapas, una de aumento continuo o fase dinámica, y otra en que el animal parece conservar el peso alcanzado por varios meses, la llamada fase estática o de obesidad. El cuadro anatómico es el siguiente: existe una sobrecarga en los sitios que normalmente contienen grasa, por ejemplo, tejido celular subcutáneo, epiplon, mesenterio, pericardio, fascia perirenal, etc. El hígado está amarillo, casi de tamaño doble, con un porcentaje doble de lípidos extractables por el éter, y la cantidad de grasa total que puede contener el hígado es casi el cuádruple de lo normal; suele presentarse cirrosis. La concentración de lípidos en el plasma está también aumentada. El tracto gastrointestinal aparece dilatado e hipertrófico. El riñón pude alterarse tanto estructural como funcionalmente y presentar hialinización glomerular, dilatación y necrosis tubulares y un aumento generalizado en la cantidad de tejido conjuntivo que rodea a las nefronas; albuminuria y hematuria. Hipoplasia de los órganos genitales internos y externos, con modificaciones en el ciclo menstrual y hasta amenorrea. Alteraciones cutáneas. A todo esto se suma hiperirritabilidad e hiperexitabilidad y manifestaciones afectivas expresadas por: midriasis, horripilación, defecación, urinación, gruñidos y chillidos, actitud cifótica, etc.

En cuanto al sitio de la lesión, debe estar exclusivamente en el hipotálamo, ya que la hipófisis no determina por sí sola obesidad; por lo que la obesidad del síndrome de *Fröhlich* no debe ser referida a lesión de la hipófisis, sino a la del hipotálamo.

El balance energético en sujetos con lesiones hipotalámicas está alterado. La obesidad que sigue a éstas lesiones se debe en gran parte al aumento de alimento que consumen (hiperfagia), lo que se acompaña además de hipoactividad con disminución de la producción de calor. Con lo antes dicho, se plantean las siguientes preguntas: ¿Porqué los animales con lesiones hipotalámicas comen una cantidad tan grande de alimento extra? ¿Cuál es el mecanismo de la saciedad? Normalmente existe equilibrio entre la energía ingerida y la eliminada; pero cuando aumenta la energía ingerida y disminuye la eliminada hay almacenamiento de ella, sobre todo en forma de grasa. Que las lesiones del hipotálamo originen obesidad, parece indicar que normalmente el hipotálamo participa en la regulación del equilibrio energético.—A. Chévez Z.

Kahlstrom, S. C. y D. B. Phemister. Bone infacrcts. Case report with autopsy findings. (Infartos óseos. Descripción de un caso con hazgos de autopsia). Am. Jour. Pathol., 22: 947-953, 1946.

Hay pocos casos de infarto óseo en la literatura por la completa falta de síntomas y porque raras veces se examinan los huesos de las extremidades en la autopsia, sin embargo, en ocasiones son diagnosticados por el examen radiológico que se hace ante un cuadro clínico de colapso de la articulación o de artritis crónica. La mayoría de los casos se han visto en obreros que trabajan bajo aire comprimido, como secuela de las descompresiones bruscas; a veces se presentan sin causa aparente, como en el caso del que se ocupan los A.A.

Se trata de un individuo de 55 años, hospitalizado por hemorragias recurrentes del tubo digestivo, con diagnóstico de cirrosis hepática, várices esofágicas, anemia secundaria, diabetes mellitus, arteriosclerosis coronaria y generalizada, hipertrofia cardíaca, várices bilaterales y múltiples infartos óseos antiguos; no tenía antecedentes de haber trabajado bajo presiones atmosféricas altas. En la autopsia se ratificaron estos diagnósticos. Los A.A. hacen una descripción macroscópica y microscópica detallada de las lesiones que se encontraron en la tibia y en los fémures, insistiendo en que su aspecto exterior era casi normal y que los vasos sanguíneos de las porciones óseas sanas eran pequeños y sin signos de obliteración ni de arteriosclerosis; las lesiones descritas corresponden a restos de infartos asépticos antiguos, invadidos por tejido conjuntivo, parcialmente absorbidos y reemplazados por hueso neoformado.

Ofrecen como posibles explicaciones la hemorragia o el bloque de una arteria nutricia arteriosclerótica. No creen que la cirrosis hepática sea la causa porque no existían infartos frescos en otros sitios.

Los A.A. describen los datos radiológicos más característicos de los infartos óseos que permiten su identificación y sugieren que los huesos largos de las extremidades sean estudiados radiológicamente antes de la autopsia, admás de cortarlos longitudinalmente después, con lo cual ellos creen que aumentaría el número de infartos óseos identificados. — G. Monroy Alvarado.

Adamstone, F. B. y Taylor, A. B. Iodine as a cytological stain. (El yodo como colorante citológico). Science, Vol. 104, N° 2692: 111, agosto 2, 1946.

Hasta la fecha, el uso del yodo como recativo colorante en la técnica citológica no se ha estudiado con cuidado. Su empleo ha sido de orden citoquímico, como reactivo especifico para demostrar la presencia del glucógeno (*Lee*, 1937) o de substancias amiloides (*McClung*, 1937). Basándose en la reacción de precipitación producida por los derivados de la colina (*Greiss* y *Harrow*, 1885; *Rosenheim*, 1905; *Booth*, 1935), tendría algún valor como colorante neurológico. Aunque este punto de vista puede ser completamente falso, se ha visto, sin embargo, que el yodo, en solución yodoyodurada (Lugol), se puede usar con éxito como reactivo colorante. En cortes recientes de tejido nervioso hechos por congelación, de cerebro por ejemplo, el yodo colorea específicamente unos diminutos cuerpos repartidos por todo el citoplasma y a lo largo de los procesos neuronales, sólo visibles por inmersión. La naturaleza de estos elementos es desconocida, pero, por lo pronto, se les puede designar como cuerpos peryodurados. Organitos semejantes se encuentran en el hígado y el páncreas.

Asimismo, si se utiliza el yodo en cortes frescos de tejido muscular, se colorean las terminaciones nerviosas y se hacen visibles sus elementos, a saber, las placas motoras, las granulaciones de Kühne y, hasta cierto punto, la red terminal. Aunque el yodo como colorante de terminaciones nerviosas tiene ciertas desventajas, también posee algunas ventajas, tal secomo la rapidez y facilidad de su aplicación. Los autores tienen la esperanza de que llegue a ser un reactivo colorante de apreciable valor técnico. Los detalles sobre diferentes métodos de coloración con el yodo se darán a conocer en un próximo artículo. —Dr. A. Reyes.

EXPERIMENTOS DE VACUNACION EN SERES HUMANOS CONTRA LA INFLUENZA EPIDEMICA. *Henle Werner, Henle Gertrude, Hampil, Hampil. Maris y Stokes Jr.* Journal Inmunology Virus-Res and Expertl. Chemoter. 53 (1): 73-93, 1946.

Los autores han realizado estudios sobre la vacunación en los seres humanos contra la influenza A y B, con el fin de determinar (1) el efecto de la dosis múltiples y simples de la vacuna: (2) comparación entre las vacunas obtenidas de líquido alantóico y las preparaciones concentradas; (3) la persistencia de niveles elevados de anticuerpos; (4) los efectos de los elementos coadyuvantes en la respuesta de los anticuerpos. (1) no existe un efecto mayor en la dosis repetidas de inyección intramusculares de vacuna. (2) Las vacunas concentradas preparadas por precipitación con protamina, suministran niveles mucho mayores que las vacunas de fluido alantóico. (3) A pesar de que los niveles de anticuerpos a las 2 semanas, se pueden aumentar por el sistema de aumentar la dosis de antígeno, la diferencia existente entre esos niveles es menor al cabo de 3 meses y al cabo de 6, todos los grupos son prácticamente iguales. (4) La protamina no parece tener efectos coadyuvantes. CEFERINO PALENCIA O.

METODOS DE ESTUDIO DE LOS AGENTES ANTIFAGOS PRODUCIDOS POR MICROORGANISMOS.—*Jones, Doris and Shatz Albert.* Journal of Babteriology: 52 (3), 1946.

En los últimos años, los autores han realizado estudios para determinar hasta que punto los microorganismos tienen capacidad de producir substancias activas contra los virus animales, de una manera semejante a la producción de agentes antibióticos o antibacterianos. La posibilidad de utilizar bacteriógrafos para la busca de substancias quimioterapéuticas contra los virus, puede ser discutible teniendo en cuenta las diferencias marcadas que existen entre los bacteriógrafos y los virus, e incluso entre los miembros de cada grupo, en relación con su suceptibilidad a la acción directa de los agentes químicos. El trabajo en cuestión, ha tenido como objetivo el aislamiento de agentes activos contra los virus y es totalmente diferentes de los estudios realizados sobre la inhibición del fago por extractos bacterianos, estudios que han servido para la determinación de la estructura o para el establecimiento de las relaciones y la clasificación de las bacterias. Algunos métodos son útiles para la eliminación de organismos antagónicos y algunos estudios de las substancias antibioticas se pueden aplicar también al aislamiento de ciertos microorganismos que poseen propiedades antifago, e incluso para el estudio de los agentes antifago específicos. Las técnicas resultantes sin embargo, presentan mas variantes que otros procedimientos mas simples y originales, usados en los antibióticos.

La producción de agentes antifágicos contra fagos bacterianos activos, se investigó en medios de agar en placas, en copas con agar, en diluciones de agar y en agar en difusión. El principio en que se basaron todos estos métodos fué el de la posibilidad del virus huesped de crecer en un medio en el cual se ha inhibido la acción del mismo. Queda por determinar hasta que punto estos métodos, o sus variaciones, pueden ser empleados en el estudio de substancias activas contra virus animales o vegetales. CEFERINO PALENCIA O.

ACCION DE LAS TOXINAS DISENTERICAS EN LOS DIFERENTES ANIMALES DE LABORATORIO.—*Koch P. K. y Olitzki L.* Experimental Med. and Surg 4 (1): 54-68, 1946.

En los conejos a los que se ha inyectado *Shigella dysenteriae* calentada a 5 G. C., se provocan hemorragias extensas y edemas, lo que no sucede con otros gérmenes Gram negativos. Estas alteraciones son debidas al efecto combinado de la acción de la neurotoxina (que se encuentran en las variantes S y R) y a un factor letal, antígeno termostábil, que únicamente existe en las cepas S. Existe también, tanto en las cepas S como en la R, un grupo de substancias termostábiles y tóxicas que dan lugar a leucopenia, hipotermia, descenso del glicógeno hepático, aumento del azúcar sanguíneo, hemorragias y disminución del ácido ascórbico de las suprarenales. CEFERINO PALENCIA O.

FRECUENCIA DEL AGLUTINOGENO RH ENTRE LOS PORTORIQUEÑOS.—De Torregrosa, Mercedes Vicente Puerto Rico. Jour. Pull. Health and Trop. Med. 21 (2): 166-168, 1946.

Los exámenes para determinar el factor Rh en la sangre de 429 portoriqueños, que se ofrecieron voluntarios como donadores en el Presbyterian Hospital, dió un porcentaje de 89,04 de positivos. De los grupos sanguíneos 48.72% pertenecian al grupo O. Grupo A, 38,69%. Grupor B, 9,56% y al grupo A B 3.03%. CEFERINO PALENCIA O.

PRENSA LATINOAMERICANA

SE CURA EL CANCER DE LA PIEL POR MEDIO DEL EXTRACTO HEPATICO Y ESPLENICO

El tratamiento fué eficaz en veinte de los veintisiete casos de cáncer de la piel tratados con extractos de hígado humano y de baso.

Se pusieron las inyecciones en los tumores y sus alrededores. En un caso fué suficiente con tres inyecciones, pero en otros se pusieron treinta. No se han presentado recaídas en un período de tres a cuatro años. En el cáncer interno no se ha experimentado.

EN RUSIA SE EMPLEA UNA MEDICINA VEGETAL CONTRA LA HIPERTENSION

El Salsolin producto extraído de una planta de los desiertos de Siberia llamada Salsola Richteri, se emplea contra la hipertensión. Disminuye la tensión arterial sin alterar la actividad cardíaca.

Se emplea por vía oral y subcutánea. Han comenzado en la Unión Soviética una serie de investigaciones clínicas que no han de tardar en darse a conocer.

En la obra "New Medical Preparation" contiene detalles sobre el empleo del salsolin.

Revista de la Asociación Médica Latinoamericana.

Francisco Colchero.

ERISIPELA. León *Charosky*.—(Prensa Médica Argentina).— Pág. 1781. 1946.

El material clínico de 260 observaciones ha permitido extraer datos de interés.

La fuente de entrada se determinó en 85 casos; fueron por heridas, lesiones crónicas de piel, forúnculos, antrax, quemaduras, picaduras de insectos, otitis etc.

La frecuencia es mayor entre los 30 y 70 años. El período de incubación ha oscilado entre 2 y 7 días.

La enfermedad se inició en unos casos con síntomas generales alarmantes, en otros con síntomas generales y locales y en los menos con fenómenos locales.

La temperatura escalofríos y cefalea son manifiestos en casi todos los casos, algunos acusan epigastralgias, raquialgias y algias difusas. Las adenopatías precoces fueron constantes.

Los síntomas locales se presentan con las características clásicas.

Los diagnósticos diferenciales se han establecido con; estafilococias, erpes zoster, eritema tóxico, abscesos dentarios dacriocistitis, carbunco cutáneo, eczema agudo, linfangitis, parasitosis supurada, picadura de arácnidos etc.

El promedio de duración de la enfermedad en las formas comunes sin complicación es de quince días; en las atenuadas menos de diez.

La localización nos da; cara, 213; pierna, 42; brazo, 2; mano, 1; genitales, 1; y tronco, 1.

Las complicaciones son patentes en el 20 3% de los casos la mortalidad alcanzó el 6,5%.

Desde el punto de vista del laboratorio insistimos en el pedido de uremia, glicemia y orina completa.

Con respecto al tratamiento dan gran valor a la indicación general y sintomática.

Con sulfamidas trataron 100 casos (administración y dosis corrientes) complicaciones 16, muertos7.

Tratamiento general y local 160 casos. Complicaciones 22, muertos 10.

De acuerdo con estas cifras unidas a la expediencia de los autores, se debe frenar el entusiasmo en la administración de sulfamidas en la erisipela, dado que el tratamiento clásico nos da los mismos resultados.

Francisco Colchero.

FISIOPATOLOGÍA Y DIETOTERAPIA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO —*Luis Bustos Fernández* (Prensa Médica Argentina— Pág. 1796. 1946.

La fórmula sintética consta de cuatro partes: 1° Valor calórico y plástico; 2° Valor numeral; 3° Valor vitamínico y 4° Caracteres.

En esta fórmula hay valores que pueden expresarse en forma absoluta o relativa pero siempre en número y caracteres que se expresan con palabras.

Antes de estudiar los tratamientos dietéticos consideraremos en detalle los caracteres del régimen físicos y químicos.

Caracteres físicos —se refiere al estado o condición física de los alimentos y praparaciones alimenticias. Se estudian en relación:

a) En relación a la consistencia y facilidades de disgregación.

I.—Líquido: líquido solo, con elementos sólidos o disueltos o con otros líquidos en emulsión. II.—Blando: por la consistencia, conpecto o subdividido. III.—Seco: por su pobreza en agua.

b) En relación a los resíduos: de origen animal (colágeno) y vegetal (celulosa).

c) En relación al peso y volúmen de los alimentos. 1°—Cantidad en gramos y relación entre el peso y la capacidad calórica. 2°—Número de porciones. La cantidad total puede darse en número variable de porciones. 3°—Horario de la alimentación: Precisar momento de ingerir las porciones y duración de los intervalos.

d) En relación a la temperatura: los alimentos pueden servirse, calientes templados, fríos, o helados.

II.—Caracteres químicos: en relación con el sabor y aroma. Los Preparados de sabor simple se deben a escasez de aroma. En los procesos culinarios se debe cuidar que estas substancias aromáticas no se pierdan.

e) En relación al contenido en purinas: La prescripción debe expresar el contenido en purinas. El régimen es apurínico cuando no contiene purinas leche y derivados, huevos, frutas, verduras, cereales, grasas, azúcares: el hipopurínico cuando además de los alimentos señalados, se agregan otros de escaso contenido en purinas: el régimen es purínico cuando contiene carne en gran cantidad y cuando los alimentos contienen substancias de gran riqueza purínica.

Dieta en los casos típicos —síndrome de hipersecreción con hipermotibilidad— Ej. úlcera gástrica, gastritis etc. Escudero ha aconsejado el siguiente régimen —leche 1.500 centímetros cúbicos, jugo de naranja 100 gr. harina 100 gr. — azúcar 100 gr. crema 100 gr. y huevos dos repartidos en cinco comidas ej. 8-10-14--18 y 20 horas; esta dieta durante veinte días pasados los cuales agregaremos, fideos con manteca, papa en pure, manzana pure de pescado y carne de vacuno hervida y picada. La situación opuesta es el síndrome de hipersecreción con hipotonia, el régimen será de caracteres de aquilia verdadera con evacuación gástrica acelerada. —La falta de secreción del jugo gástrico provoca degradación incompleta de proteínas, que hemos de solucionar dando proteínas cuaguladas. La falta de ácido clorhídrico impide la hidrolisis del colageno; solución dar las carnes picadas y hervidas—. Mala disolución de los cuerpos pépticos; solución dar las verduras y frutas subdivididas—. Falta de transformación del caseinógeno en caseina; solución coagular la leche con fermento Mialle.

Síndrome de retardo en la evacuación. Los factores de la dieta en caso de estenosis pilórica son I.—el volúmen de los alimentos. En estos enfermos deben darse el máximo de calorías y mínimo de grasas. Un horario de comidas podría ser 7-10½ y, 14-7½ y 21 horas reposo diurno: tres horas y media reposo nocturno diez horas, debe realizarse con lavado gástrico tres horas después de la última comida para mantener el tono de la musculatura gástrica. II.—Consistencia de los alimentos: La dieta deberá ser blanda. II.—Temperatura de los alimentos. —La temperatura templada contribuye a que el pasaje se haga en el menor tiempo. IV.—Composición química de los alimentos. Consideraremos por separado los tres principio alimenticios. Hidratos de carbono los clasifcamos en dos grupos. Los que no tienen estructura celuluar: ej. jugo de frutas, te, en azúcar, leche. Los que tienen estructura celular, ej. verduras y frutas. Los primeros son facilmente evacuados, los segundos exigen la acción del ácido clorhídrico para transformarlos en pectina exigiendo una permanencia en el estómago más larga.

Proteínas: la hidrólisis de las proteínas y transforma ción en polipeptidos y peptonas imponen larga permanencia de los alimentos en la cámara gástrica grasas. Las influyen el trabajo motor del estómago y por ende su uso debe ser restringido. FRANCISCO COLCHERO.

Frederick A. W. CONSIDERACIONES SOBRE CIERTOS PROBLEMAS NO RESUELTOS EN CARDIOLOGIA.—Arch. Inst. Cardiol. Mex. 14: 126; 1945.

A pesar del adelanto actual de la Cardiología, algunas enfermedades cardiovasculares, a las que se refiere el A, representan un problema no resuelto todavía.

Cita el A en primer lugar la enfermedad coronaria, insistiendo sobre la necesidad imperiosa de conocer las causas del ateroma y de la arteriosclerosis, que a menudo consideradas como consecuencia de la edad, no son motivo de mayor investigación. Las causas más comúnmente invocadas de dichos procesos son: 1—factor hereditario, 2—complicaciones crecientes de la vida moderna, 3—componente proteico elevado de la alimentación, 4— algunas arteritis infecciosas, 5—abuso del tabaco, 6—finalmente, un trastorno en el metabolismo de los lipoides.

El análisis de los hechos muestra que no todos los casos caben dentro de estos grupos. La causa del ateroma y de la arteriosclerosis permanece desconocida.

Otra enfermedad de gran interés actual para el cardiólogo es la endocarditis bacteriana subaguda. sobre todo por lo que respecta a su potogenia. La mayor parte de los clínicos están de acuerdo en dos hechos: la existencia de una tara cardíaca anterior y la presencia de una bacteriemia transitoria (debida generalmente a la presencia de estreptococos del grupo viridans). Asímismo, la localización de los gérmenes de escasa virulencia. Sin embargo, no siempre la coexistencia de las condiciones enunciadas determina la aparición de la endocarditis ¿porqué de dos clínicamente idénticos, la enfermedad se presenta en uno y no en el otro? Muchos observadores consideran como esencial para la localización de los gérmenes en el endocardio, la presencia de pequeños trombos. Hay varias preguntas que hacer a este respecto 1—¿se forman los trombos antes de la bacteriemia o son consecuencia de ella? 2—¿está su desarrollo en relación con factores mecánicos o inmunilógicos, o con ambos? 3—¿cuál es el significado de la proliferación de células endoteliales mononucleadas presente en la endocarditis? Estos problemas son de interés tomando en cuenta que el tratamiento actual de la endocarditis bacteriana suabuda es inefectivo en un alto porcentaje de casos.

La pericarditis crónica constrictiva, especialmente la forma con calcificación del pericardio, presenta muchos puntos oscuros. La etiología reumática es hallada con escasa frecuencia; la tuberculosis explica un pequeño porcentaje de casos y, sólo en algunos, se encuentra historia de infecciones torácicas repetidas especialmente neumonía. Aunque el depósito de calcio, como cicatrización de un proceso inflamatorio, requiere largo tiempo, el hecho es que, entre el estado de aparente salud y la presencia de sintomatología y comprobación de calcio en el pericardio, transcurre corto tiempo. La infección primaria del pericardio, es tan insidiosa que sus signos y síntomas no son aparentes. ¿Qué factores precipitan la aparición del cuadro? ¿Cuál es la infección que explica la mayoría de los casos?

Las causas de la taquicarda paroxística, un desorden consistente en la existencia de focos heterotópicos de estimulación, no son mejor conocidas. La demostración de que una crisis de taquicardia puede ser detenida por la administración de acetilbetametilcolina enfocó la cuestión en el sentido de que se trate de una disminución de colina circulante, concomitante con un aumento de su antagonista, la colinesterasa. La hipótesis es sugestiva, pero simplemente una hipótesis.—*Eugenia Cardona Lynch.*

PRENSA INGLESA Y CANADIENSE

Eloyd-Jones Alen Donalson. OUT-PATIENT TREATMENT OF EARLY SYPHILIS WITH PENICILLIN. B. M. J. p. 567 —Abril 13— 1946.

En 1945, *Lloyd-Jones* en colaboración con Maitland, publicaron los primeros resultados obtenidos en el tratamiento de la sífilis reciente mediante el empleo discontinuo de la penicilina en inyección diaria única de solución acuosa de penicilina sódica (300 a 500 000U.) obteniéndose resultados comparables a los conseguidos con el método de inyección cada 3 horas, con un tiempo de observación desde 10 a 3 meses.

Estas primeras investigaciones demostraron que no era necesario el mantenimiento de un nivel constante de penicilina en la sangre para obtener resultados curativos en la sífilis.

Por sugestión del propio *Fleming*, los A emprendieron una nueva serie de tratamientos intermitentes con penicilina realizadas con inyección única cada 24 horas a la dosis de 300 a 500 000 U. por espacio del tiempo preciso para llegar a una dosis total eficiente que varía según los casos, aunque tratándose siempre de sífilis reciente, oscila entre 2.4 megaunidades y 5 millones.

El empleo de dosis diarias superiores a 500 000 unidades (por ejemplo 1 millón y hasta 5 millones por inyección) acortando considerablemente el tiempo de administración malos resultados, observándose un porcentaje de 50-75 y hasta de 100% de recidivas.

Las técnicas mjs convenientes es la que administra la dosis total en un tiempo que varía entre 8 y 15 días.

La cantidad precisa de penicilina se disuelve en 2-3 cc. de agua estéril y se inyecta por vía intramuscular alternando cada día la región glútea. No se han observado accidentes que obliguen a suspender el tratamiento.

La estadística alcanza 215 casos, incluyendo 102 casos de las primeras investigaciones de *Lloyd-Jones y Maitland* y los resultados con comparables en absoluto con los obtenidos con el método clásico, con un tiempo medio de observación de 7 meses. máximo: 10 mínimo 3).

Se ha comprobado la presencia de penicilina en el 1 c. r. después de las inyecciones intramusculares y en ausencia de menigítis.

Williamson y Lourie.—THERAPEUTIC ACTION OF DIFERENT PENICILLINS ON SPIROCHETA RECURRENTIS INFECTIONS IN MICE. B. M. J. Junio 1-1946).

Actualmente está bien establecido que existen diversas clases de penicilinas, muy parecidas entre si y que se caracterizan por una marcada actividad contra ciertas bacterias sin producir fenómenos tóxicos importantes sobre los organismos que las albergan. Las penicilinas I, II y III de la Gran Bretaña corresponden sensiblemente a la F. G. y X respectivamente, de los E. E. U. U. y todavía se siguen indentificando nuevos tipos.

Las preparaciones comerciales usadas con fines terapéuticos contienen una cantidad mucho mayor de penicilina II (G) que de otros tipos.

Químicamente, estas penicilinas tienen la misma estructura central diferenciándose tan solo en un grupo lateral, pero varían en su potencia selectiva contra determinadas bacterias. Por ejemplo, midiendo su actividad en unidades Oxford, la penicilina III tiene una eficacia igual a la de la penicilina II sobre ciertas cepas de estafilococos dorados y bacillus subtilis, pero en cambio es de dos a ocho veces más activa que la penicilina II contra determinadas cepas de estreptococos, pneumococos, meningococos y gonococos, in vitro.

La penicilina cristalizada II tiene una potencia apro-

ximada de 1.650 unidades por miligramo y la penicilina cristalizada III, de unas 900 unidades.

Los preparados comerciales de penicilina indiferenciada usados por vía parenteral en la práctica corriente, se encuentran muy por bajo de estas cifras ya que tan solo alcanzan la de 150 unidades por miligramo aproximadamente. De todos modos, en estos últimos tiempos llegan algunos lotes a la cantidad de 1.000 unidades por miligramo y es de esperar que estas cifras puedan estandarizarse.

Un importante hecho ha sido comprobado por *DUNHAM* y *RAKE* (Am. Gonn. Syph. Gon. V. D. Vol 29 p.214-1945) desmostrando que la penicilina II cristalizada es mucho menos efectiva contra el espiroqueta pálido que las preparaciones purificadas parcialmente. Estos autores han trabajo con el vírus Nichol en la sífilis del conejo, encontrando que los treponemas puestos en contacto con penicilina parcialmente purificada conteniendo 1.000 U. por m. l. (cc.) no producen lesiones en los conejos por inoculación intratesticular, mientras que los treponemas sometidos a la acción de la penicilina II cristalizada conteniendo 8.800 U. m. l. (cc.) son capaces de producir una org tis específica.

Williamson y *Lourie* han estudiado comparativamente la acción ejercida sobre los ratones infectados con espiroqueta recurrentis, por estas distintas clases de penicilina: a) penicilina parcialmente purificada tal como se administra en inyección parenteral. b) penicilina II cristalizada y c) penicilina III cristalizada.

Los A. A. no han podido comprobar en estos experimentos la superioridad terapéutica de la penicilina parcialmente purificada, sobre la penicilina II cristalizada ya que ambas se han comportado de modo sensiblemente igual. En cambio *Williamson-Lourie*, la penicilina III cristalizada (X) se ha mostrado mucho menos activa.

Masson P. ETUDE SUR LE SEMINOME. (Estudio sobre el seminoma). Rev. Canad. de Biol 5: 361-387, 1946.

El tumor llamado "seminoma" por *Chevassu*, "disgerminoma" por *R. Meyer* y "carcinoma embrionario" por *Ewing* se desarrolla exclusivamente en las glándulas genitales ed ambos sexos. Se origina probablemente a partir de células sexuales embrionarias anteriores a la diferenciación masculina o femenina y multipotentes, como lo demuestra su frecuente asociación con tumores teratóides.

El A. ha observado 6 tumores testiculares semejantes al seminona clásico, que diferían de él por tener aspecto edematoso, color blanco grisáceo sin focos necróticos o hemorrágicos. Microscópicamente sus células eran mas pequeñas e irregulares y su citoplasma era más cromófilo y carecía de glocógeno; muchos tenían estructura filamentosa con espirema persistente, semejantes a los de espermatocitos de primer orden; al divirise estas células, daban lugar a elementos cuadrinucleados atípicos; el estroma era escaso y desprovisto de linfocitos. Dentro del testículo, los tumores avanzaban principalmente dentro de los tubos seminíferos y menos por el intersticio, pero eran altamente invasores y se generalizaban por metástasis. No se asociaban con teratomas. El A. piensa que estos tumores toman origen en la gonada masculina diferenciada y sugiere para ellos el nombre de SEMINOMA ESPERMATOCITICO. F. VON LICHTENGERB.

Pearse, R. y Meyer, E. G. CANCER OF THE PROSTATE. (*Cáncer de la próstata*) Canad M. A. J. 55, 441-445, 1946.

El carcinoma de la próstata se presenta casi siempre en el lóbulo posterior de la glándula, lejos de la uretra. Por eso al principio no da síntomas. Su crecimiento, sin embargo, se puede sentir por tacto rectal desde el comienzo. Entonces el paciente puede ser curado mediante una prostatectomía total, cuando el tumor está todavía dentro de la cápsula de la glándula y no ha dado metástasis, pero es incurable cuando ha sobrepasado los límites de la próstata.

Como la enfermedad en esta primera etapa no da síntomas, sólo puede ser encontraba por la exploración rutinaria. que debe hacerse siempre con gran cuidado en aquellos pacientes de cincuenta o más años de edad.

Al realizarse por primera vez el tacto rectal, suele tocarse un nódulo fibroso que hace pensar en un cáncer, pero también en una prostatitis crónica o en una cavidad con pequeños cálculos. Varias semanas después se repite el tacto y, si la duda persiste, se le explica el problema al enfermo y se le prepara para efectuar una prostatectomía perineal. Se incinde el nódulo sin abrir la uretra y se toma una biopsia; cuando el resultado es negativo, se cierra la incisión y el paciente puede abandonar el hospital una semana después. Cuando los cortes muestran células cancerosas, se hace protatovesiculectomía radical, con buenas perspectivas de curación.

Desgraciadamente, la mayoría de los pacientes vienen a tratarse en los últimos estadíos de la enfermedad, con síntomas de obstrucción o metástasis, o ambas cosas. Entonces, únicamente se puede retardar el progreso del mal y suprimir el dolor de las metástasis óseas.

En la sangre y otros tejidos existen varias fostatasas; la próstata del hombre adulto es muy rica en una de ellas, la cual aumenta considerablemente en el carcinoma de esta glándula y en sus metástasis; al pasar a la linfa y vasos sanguíneos provoca su aumento en el suero sanguíneo.

El epitelio prostático normal puede atrofiarse reduciendo la cantidad o neutralizando el efecto de la hormona androgénica en el organismo. Quizás sea posible producir su atrofia, cuando está malignizado, mediante la castración o la administración de estrógenos (*Gutman*).

La orquidectomía bilateral en un enfermo con obstrucción y dolor en las metástasis da resultados sorprendentes. En 24 a 36 horas el dolor desaparece y pasada una semana la micción se realiza con mayor facilidad. El examen radiológico de las metástasis óseas muestra una vuelta a la normalidad de la estructura ósea en el transcurso de 2 ó 3 meses y la fosfatasa del suero baja a límites normales.

Cuando un paciente semejante se trata con estilbestrol, pueden obtenerse resultados semejantes aunque nunca son tan aparatosos.

Los A. A. presentan una estadística de 310 casos con carcinoma de la próstata, sometidos a distintas intervenciones quirúrgicas, pudiéndose apreciar supervivencias mayores cuando se hizo la orquidectomía. Concluyen diciendo que, en los casos avanzados, la terapéutica estrogénica es el mejor tratamiento paliativo y señalan que será tema de posteriores investigaciones al decidir si la orquidectomía debe ser preferida al estilbestrol.—S. DE BUEN.

En uno de los últimos números del Brit. Med. Journ. (28 Sept. 1946), el doctor *G. W. Hayward* se ha ocupado de la AMEABIASIS EN ITALIA, con motivo de los casos sufridos en 1945 por las tropas Neo-Zelandezas del Ejército Inglés que ocupaban aquel país.

En un año (julio 1944 a junio 1945) se atendieron en el Hospital Neo-Zelandés, 258 casos. Muchos de ellos llegaron después de largo período de asistencia ambulatoria, hasta el extremo de que el término medio de duración de la enfermedad antes del ingreso hospitalario, fué de 3-4 meses.

En 6 casos se trataba de una amebiasis hepática y en 252 era intestinal. 82 enfermos habían sido diagnosticados erróneamente de hepatitis, úlcera péptica, neurosis, ascariasis, etc., etc.

El 81% de los enfermos presentaba *diarrea* pero sólo poco más del 13% de tales casos sufría diarrea sanguinolenta con expulsión de moco. 19% jamás había sufrido anteriormente diarrea.

El 42% de los pacientes presentaba dolor abdominal unas veces recurrente y preferentemente localizado en fosa derecha, otras localizado en epigastrio, semejando un dolor ulceroso, y otras por último, subcostal derecho. Flatubecencia, náuseas, eran muy frecuentes.

Jamás fué de importancia la pérdida de peso, pero en cambio no era raro encontrar casos en los que el datos diarreico pasaba a segundo plano y en cambio resaltaban laxitud, malestar general.

En 63% había cierta defensa muscular, rigidez, en la zona cecal.

En 41% había hipertrofia hepática y de estos enfermos el 35% sufría hepatitis.

Salvo en los casos en que la amebiasis estaba complicada, ni la biometría hepática ni la velocidad de sedimentación prestaron datos orientadores.

Uno de los procederes más seguro en el diagnóstico fué la sigmoidoscopia (que era practicada sistemáticamente en todos los casos de diarrea crónica). En el 70% de los amebiasicos se hallaron alteraciones en sigmoide (proctitis granular, úlceras superficiales, manchas cicatriciales).

El hallazgo de *E. histolítica* en los casos crónicos (que constituían el 72% del material) fué bastante difícil. Por lo general se hizo preciso acudir el saguiente método:

—En la noche administrar 5 gramos de calomelanos (0.32 gramos.)

—A la mañana siguiente (entre 7 y 9 horas) sulfato de magnesia.

De tal suerte, se consiguió demostrar amebas:

en la primera deposición 24%
en la segunda deposición 15%
en la tercera deposición 25%
en la 4, 5, 6, deposición 8% en cada una.

Quistes se hallaron únicamente en el 5% de los casos.

El examen radiológico rara vez sirvió, salvo en los casos de complicaciones.

En el tratamiento se utilizó el siguiente esquema:

3 dias 1 gramo diario,
10 " (incluyendo los 3 anteriores) —iodo bismutato de emetina, más Quinoxil al 2 ½%, en enema de retención,
9 „ carbason, 0.25 gramos dos veces al día.

Cuando existían ulceraciones profundas, se añadían:
80 gramos de Sulfonamidas en 5 días.
1.200,000 U. de Penicilina, a razón de 200,000 diarias.

A. Frazer. TREATMENT OF PEDICULOSIS CAPITIS WITH D. D. T. EMULSION. (Tratamiento de la pediculosis de la cobeza con emulsión D.D.T.) British Med. J. p. 262, de 24 de agosto de 1946.

Scobbie en 1945 había comprobado que el tratamiento de la pediculosis de la cabeza era muy eficaz con emulsión D.D.T. que mataba los piojos y quedaba durante suficiente tiempo adherida al pelo para matar los que nacían de las liendres. Sin embargo, el temor a la intoxicación y a la dermitis han impedido que el método alcanzase popularidad.

El autor presenta más de 400 caso tratados, al principio, con solución de DDT al 4% en parafina líquida, más tarde con solución al 2%, con 15% de nafta, 5% de un agente emulsionante y 78% de agua. Como el pelo después de la aplicación tórnase lacio, se recomienda a los pacientes que llevan un turbante o boina. No precisa lavar el pelo antes de iniciar el tratamiento. La solución se frota contra el cuero cabelludo mediante un cepillo adecuado. Los piojos mueren en el término de media hora, aproximadamente. Una hora después de la aplicación, el paciente puede lavarse el cabello; queda suficiente cantidad de DDT para asegurar la muerte de los piojos que nazcan de las liendres. Entre los 400 pacientes sólo hubo un caso de dermitis, que desapareció al día siguiente. El autor insiste en que este método es el más rápido, cómodo, eficaz y económico de todos los conocidos.—A. FOLCH PI.

I. A. B. Cathie. BLOOD-GROUPS IN BONE-MARROW. (Los grupos sanguíneos y la médula ósea). The Lancent 21 septbre. 1946, págs. 418.

En el caso de personas que han sufrido numerosas transfusiones de sangre en breve espacio de tiempo, la presencia de hematíes "exógenos" puede dificultar la determinación del grupo sanguíneo. En ocasiones la proporción de estos últimos ha sido tan elevada que las determinaciones han permitido diagnosticar, sin ningún género de duda, el grupo del donador, no el del propio paciente. En tales casos precisa esperar un tiempo para que desaparezcan los hematíes del donador, antes de determinar con seguridad el grupo del receptor. En otros puede incluso el fenómeno prestarse a superchería, como en el caso que presenta el autor. Este intentó entonces determinar el grupo sanguíneo empleando para elo médula ósea esternal. Como la cantidad obtenida fué muy poca, optó por la punción de la tibia. En doce casos comprobó que el grupo medular es el mismo que el de la sangre, cosa que cabía prever, pero no estaba consignada en los trabajos estudiados. La presencia de elementos nucleados no modifica en nada el resultado ni interfiere en la determinación. La comparación de los resultados obtenidos con médula y con sangre, en el mismo paciente, es muy demostrativa: establece la fijeza de la primera y la variabilidad de la segunda cuando se han efectuado transfusiones numerosas.—A. FOLCH PI.

E. Ellinger & F. Mackenzie Shottocñ. NICOTINAMIDE DEFICIENCY AFTER ORAL ADMINISTRATION OF PENICILLIN. (Carencia nicotínica después de la administración bucal de penicilina). Br. Med. J. 26 octubre 1946. págs. 611.

Son conocidos los síntomas de carencia nicotínica después de la administración de sulfaguanidina o de succinilsulfatiazol, observados por nuemrosos autores. En el caso presente se trata de uno más de "lengua negra" en un paciente que tomaba penicilina por vía oral. *Bedford* hace pocos meses publicó otros dos. Si es discutible el origen de la lengua negra, en este caso no ofrece dudas que se relacionaba con carencia vitamínica, ya que se estudió la eliminación urinaria del ácido nicotínico, y demostró plenamente las variaciones correspondientes. Además, el paciente presentó signos clínicos típicos de carencia, con dermitis, ligera ataxia, etc. Los síntomas desaparecieron suprimiendo la administración de penicilina y dando en su lugar nicotinamida. Se repitió la experiencia en el propio enfermo, y el resultado fué concluyente.

Como en el caso de la carencia nicotínica por administración de sulfamídicos, la que estamos comentando parece explicarse por la modificación de la flora intestinal. Está demostrado que las dos terceras partes de la penicilina administrada por la boca pueden alcanzar el colon sin modificación. En la práctica, la conclusión es que debe administrarse amida nicotínica a los pacientes que reciban penicilina per os.—A. FOLCH PI.

J. W. Linnel & G. Keynes & J. E. Piercy. SOME VULGAR ERRORS IN REGARD TO GOITRE. (Algunos errores comunes en materia de bocio). Br. M. J. 28 septiembre 1946. Pág. 449.

Los autores comentan largamente (y aportan bibliografía abundante en muchos casos) diversos errores que se transmiten entre los médicos y son causa de inconvenientes de todo género. Estos serían, principalmente, los siguientes: 1) Que los bocios netamente tóxicos necesitan tratamiento, pero la inmensa mayoría de las demás son inofensivos, o prácticamente sin peligro, y pueden dejarse *sin tratamiento*. 2) Que para diagnosticar el bocio tóxico debe existir taquicardia. 3) Que la pérdida de peso constituye un fenómeno constante en el bocio tóxico. 4) Que no debe considerarse tóxico un bocio ni el paciente no tiene elevado su metabolismo basal. 5) Que el yodo cura estos pacientes. 6) Que la radioterapia profunda puede sustituir beneficiosamente la intervención quirúrgica en el bocio tóxico. 7) Que el empleo de tiouracilo ha suprimido la necesidad de intervención para suprimir los síntomas comprensivos o por motivos estéticos. 8) Que los pacientes con fibrilación auricular y signos manifiestos de insuficiencia cardíaca congestiva están demasiado enfermos para ser operados. 9) Que la tiroidectomía subtotal suele producir en el bocio tóxico resultados poco satisfactorios. 10) Que en el bocio, y especialmente, en la forma tócica, la tiroidectomía subtotal constituye una intervención peligrosa, a la cual no cabe recurrir más que en último extremo. 11) Que la cirugía tiroidea no necesita aprendizaje especial, y que los resultados obtenidos por cualquier cirujano pueden compararse con los obtenidos por los equipos especializados.

El artículo constituye una magnífica lección clínica.—A. FOLCH PI.

J. Gunn Roberts. DISAPPEARANCE OF SECONDARY SARCOMATOUS DEPOSITS IN THE LUNGS AFTER STILBESTROL THERAPY. (Desaparición de metástasis sarcomatosas de los pulmones después de un tratamiento con estilbestrol). Mrit. Med. J. 9 de noviembre 1946, pág. 693.

Después de comentar los resultados ampliamente conocidos de la terapéutica con estilbestrol de las metástasis del carcinoma prostático, el autor presenta un caso de endotelioma maligno cuyas metástasis pulmonares desaparecieron con dicha terapéutica. El tumor primitivo, localizado en el deltoides, fué diagnosticado histológicamente, y se procedió a la amputación. La paciente, mujer de 25 años de edad, se caquectizó hasta el punto de no poder trabajar en absoluto. El tratamiento con estilbestrol, a base de dos inyecciones por semana (no se indica la dosis) se mantuvo durante varios meses, después de los cuales se prosiguió con la administración por vía bucal. Todos los síntomas del aparato respiratorio desaparecieron, el estado general mejoró extraordinariamente y la placa radiográfica demostró la total desaparición de las metástasis.—A. FOLCH PI.

PRENSA SUIZA Y ESCANDINAVICA

EXAMEN BRONCO-ESPIROMETRICO PULMONAR EN SUJETOS CUYO NEUMOTORAX TERAPEUTICO SE HA FINALIZADO.—*T. Bruce.* (Acta tub. scand. 20-68-1946).

La broncoespirometría, practicada ya en 1932 por *Jacobeus, Frenckner y Bjoerkman*, permite examinar funcionalmente cada ulmón por separado. Los autores han realizado sus investigaciones en 10 enfermos cuyo neumotórax se abandonó, después de largo tiempo, por haberse conseguido los fines buscados. Han examinado: la capacidad vital, el volumen-minuto en reposo, el consumo de oxígeno por minuto, la eliminación de anhidrido carbónico por minuto, el cociebte respiratorio, el equivalente de ventilación.

Los resultados demuestran que en la mayoría de los casos al cesar un neumotórax de larga duración, el pulmón correspondiente apenas si ha disminuido su capacidad funcional. Pero si durante la cura nemotorácica ha existido un derrame pleural persistente, de los que causan una inmovilización del diafragma, entonces la pérdida de la capacidad funcional, hallada al darse el neumotórax por concluso, puede ser muy simple órgano de eliminación de anhídrido carbónico.

En consecuencia, no debemos pensar que las consecuencias funcionales de los neumotórax son siempre reversibles. Lo cual ofrece, sobre todo, interés en cuanto haya que valorar la conveniencia de otros procederes colapsoterápicos definitivos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ASMA BRONQUIAL.—*Kurt Lange* (Schweiz. Med. Wochenschrift, 298-1946).

P. Stoehr y sus colaboradores, examinando histológicamente los ganglios simpáticos cervicales inferiores de 43 asmáticos encontraron serias alteraciones solo preceptibles utilizando el proceder de coloración de *Bielschowsky Grosschen*. Mientras los fascículos nerviosos eferentes son normales, uno o dos quintas partes de las células ganglionares están alteradas sufriendo un proceso proliferativo fibrilar; frecuentemente se hallan células con dos y hasta seis, siete núcleos. Por lo demás, es hallazgo corriente encontrar alteraciones, de tipo inflamatorio, en los vasos ganglionares.

Tales lesiones son muy parecidas a las que se han descrito en la enfermedad de *Raynaud* y en los alcohólicos crónicos tanto como en fumadores muy abusivos.

Estos hechos permiten concluir que el asma bronquial no es sólo un padecimiento funcional sino que se halla ligado a perturbaciones anatomo-patológicas, —es decir, orgánicas— más o menos intensas del sistema nervioso simpático. Está aun por dilucir si las citadas lesiones son de naturaleza primaria o secundaria, pero su existencia es lo que explica las curaciones que pueden lograrse con intervenciones quirúrgicas sobre tal sistema. Con la particularidad de que no sólo obran las resecciones de los ganglios simpáticos cervicales y torácicos sino también la simpatectomía lumbar. Y el porcentaje de curaciones logradas es sensiblemente igual para todas las intervenciones, sea cualquiera el territorio en que se efectúen. Del 30 al 40% de los enfermos consiguen su curación.

El problema es bien complicado. *Hoegler* y *Winkelbauer* llegan a recomendar que en los casos graves de asma bronquial incoercible se practique una colecistotomía; se fundan tanto en haber conseguido, con tal proceder 3 curaciones, 4 mejorías y sólo dos fracasos absoluto, como en su concepción de que así se influye sobre el sistema simpático merced a modificaciones de la coliesterasa. No puede olvidarse la concatención existente entre el vegetativo y el sistema hormonal.

En cambio,el autor no cree que el factor psíquico sea el influyente decisivo en los resultados favorables de todas estas intervenciones. Sería muy difícil aceptar semejante explicación para muchos de los 43 casos que constituyen el material del autor y que desde 1936 vienen siendo observados con regularidad sin que se hayan modificado los efectos conseguidos después de la intervención. Por lo demás no hay duda de que la cirugía del sistema nervioso vegetativo es una de las vías de mayor porvenir en el logro de un más perfecto conocimiento de la fisiología y patología humanas.

SOBRE LA NEUMONIA MILIAR DE CURSO PARTICULARMENTE GRAVE.—*W. Loeffler* y *S. Meeschlin.*—(Schwei. Med. Wochensch. 76-815-1946).

Los autores comienzan por felicitarse de que las investigaciones del inglés *Turner* sobre las aglutinaciones en frío permitan ir trazando diferenciaciones entre los distintos grupos de "Neumonías a virus" ya que la práctica siempre ha demostrado de que suerte tal grupo es una simple suma de otros aun sin aclarar.

Enerte estos últimos, los autores separan uno del que han observado siete casos de los cuales cuatro fueron mortales. Describen los mismos para llegar a la conclusión de que, tanto la clínica como los hallazgos anatomopatológicos, permiten un agrupamiento uniforme netamente separado del resto de los procesos neumónicos.

Clínicamente, las características son: período previo de extraño cansancio y malestar general, sin ninguna explicación; este período puede pasar desapercibido, sin un interrogatorio detallado, pues la violencia de lo que parece verdadero comienzo es muy grande y puede ocultar los trastornos premonitorios. Cuando surge la fiebre, 39°-40°, en dos o tres días se desarrolla un cuadro de bronconeumonia miliar difusa con gra cianosis y disnea así como tos irritativa que apenas si cede, incluso a la codeína. Por lo general, el grave cuadro general está en discordancia con la parquedad de los signos físicos pulmonares; es frecuente hallar un timpanismo y datos acerca de un edema pulmonar en su iniciación. El pulso suele estar muy acelerado. En el análisis de sangre se encuentra siempre: muy elevada velocidad de sedimentación (que persiste largo tiempo, aún habiendo entrado en la convalecencia el enfermo) intensa neutrofilia con marcadísima desviación a la izquierda y predominio de granulaciones tóxicas en los leucocitos, alteraciones estas que ceden rápidamente apenas surge la mejoría de los casos que curan. La cifra leucocitaria es muy irregular: entre 6,000 y 22,000.

La duración de la enfermedad oscila entre 10 días y seis semanas. Los casos mortales sucumben por una insuficiencia circulatoria frecuentemente progresiva muy paulatinamente pero irreductible. A veces, al final de la tercera semana hay un par de días en que la temperatura es normal pero lugo surge una recidiva que puede ser mortal.

Anatomopatológicamente, todos los casos mostraron una combinación de focos bronconeumónicos miliares y bronquiolitis obliterante fibrosa.

Casos semejantes ya han sido descritos por *Gsell*, que los ligaba a una etiología gripal y por *Feer*, para el que estarían en dependencia con ciertas formas del sarampión. Ninguna de las dos causas han existido en los casos de los autores y, en cabio, las aglutinaciones en frío, practicadas sólo en cuatro casos, resultaron positivas en tres. Por ello, piensan los A. A. que se trata de una etiología virósica si bien es muy posible que haya un factor individual —esto es, no del propio virus— que determine esta respuesta miliar.

Los A. A., al tratar del diagnóstico diferencial llaman particularmente la atención sobre el posible error con la tuberculosis miliar.

El tratamiento empleado, tanto en los casos mortales como en los que consiguieron sanar, ha sido una combinación de fuertes dosis de penicilina y compuestos sulfonamídicos así como transfuciones de suero de convalecientes.

URETANO EN LEUCEMIA.—*M. Kartagener.*—(Schw. Med. Wochensch, 76-821-1946).

Siguiendo las indicaciones de los ingleses *Haddow* y *Sexton*, el autor ha tratado un hombre de 50 años que desde hacía tres presentaba una leucemia linfática crónica que, después de haber tenido algún tiempo un cuadro sanguíneo subleucémico, sufrió un serio empeoramiento tanto del estado general como de los infartos ganglionares y del número de leucocitos, el cual llegaba a 120.000 al comenzar la terapéutica.

Administrando 5 gramos de Uretano diarios (en total, 84 gramos en 21 días) descendió rápidamente la cantidad total de leucocitos, retrocediendo hasta ser sólo 5%, la proporción de granulocitos. Empero, la curva de temperatura no mejoró ni tampoco el estado general; no se presenta ninguna ulceración en las mucosas; no retrocede la cantidad de hemoglobina.

Cuando se suspende la administración de uretano, el número de leucocitos vuelve a ascender pero se conserva la proporción de granulocitos citada. En conclusión, el A. afirma que con el uretano se consiguen los mismos efectos que con la radioterapia y sin las molestias que esta causa.

DIABETES MELLITUS Y NARCOSIS.—*O. Gsells.*—(Schw. Med. Wochens.—76-1017-1946).

El A. revisa la evolución habida en los conceptos médicos sobre las causas exógenas de la diabetes. Influjos que antes eran admitidos, tal como las lesiones cerebrales y el traumatismo, son actualmente negados con frases tan rotundas como las pronunciadas en 1939 por *Umber* o las muy recientes de *Joslin* ("no conozco ningún caso de Diabetes clara debida a un traumatismo aunque este le haya sufrido directamente el pancreas").

Después de esta revisión, plantea el A. el problema pericial de un caso en el que un hombre de 44 años a las dos semanas de haber pasado poruna anestesia de breve duración (70 ccm. de Eter y XXX gotas de Solaestin) comenzó a sufrir una diabetes con 6% de glucosuria, hiperglucemia y acetonuria. Antes de la intervención para la que fué anestesiado todas las pruebas habían sido negativas y como la enfermedad no pudo ser influida rápidamente pronto se llegó al dictamen de que la narcosis había provocado un grave padecimiento que disminuía fuertemente la capacidad de trabajo del sujeto, forzándole, ade-

más a inyecciones diarias de insulina para mantener una compensación, circunstancia determinante de considerables gastos.

Analizando el caso, con gran lujo de conocimientos bibliográficos, el A. llega a la conclusión de que las XXX gotas del compuesto fundamentalmente inculpado (y que no es sino un Metileno-Diclorado) no podían haber causado la diabetes como tampoco los 70 ccm. de Eter; ambos anestésicos son usados diariamente en millares de ocasiones y sólo prducen efectos por demás pasajeros no siendo empleados más que en intervenciones de poquísima importancia y muy breves.

La única interpretación posible es que, de todas suertes, los anestésicos mencionados hubieran originado una levísima intoxicación cerebral y esta dió las condiciones necesarias para que aflojase la alteración metabólica que se encontraba hasta entonces en estado latente.

Tal interpretación es idéntica a la dada en los casos, no muy frecuentes, en que la anestesia empeora una diabetes ya conocida. El empeoramiento es siempre temporal, pero sus grados varías tanto según la duración de la anestesia como, más principalmente, según la gravedad de la diabetes en cuestión.

Quiere pues decirse que el problema de la anestesia en los diabéticos debe ser tratado individualmente, de acuerdo a las características de cada caso, pero siempre sobre la base de no aceptar un influjo pernicioso de la anestesia más que dentro de límites prácticamente insignificantes.

LA POLIOMIOSITIS EDEMATOSA.—*M. Roch, E. Rutishauser y CH. Saloz.*—(Schw. Med. Wochens. 76-1035-1946).

Uon de los A.A. ha podido seguir, desde el comienzo hasta al terminación, un caso de una enfermedad extraña que fué descrita primeramente, en 1893 por *Wagner* y más tarde por *Unverricht* por lo que se suele designar con el nombre de "dermato-miositis de *Vagner-Unverricht*" denominación errónea, al juicio de los A.A., porque los síntomas cutáneos de la enfermedad o quedan muy en segundo plano o, lo que es más frecuente, faltan por completo. En 1945, la enfermedad ha sido detalladamente estudiada por *Mauriac* que, sin embargo, no ha resuelto todos los problemas planteados.

Se trata desde luego de una afección muy poco conocida y rara pese a que, en 1939, *Scheuermann* ha reunido 263 casos más o menos típicos. Sus límites son imprecisos y aún es discutible si todas las variedades originadas por la combinación de lesiones del sistema nervioso o cutáneas con las alteraciones musculares deben o no incluirse dentro de la misma enfermedad. Lo que sí está claro es que no pueden encuadrarse en ella las alteraciones musculares consecutivas a intoxicaciones sulfanomídicas, o a infecciones supuradas generalizadas o a poikilodérmicas o esclerodermias, aunque semejantes alteraciones hállanse bien cercanas de la polimiositis edematosa.

Esta última es de gran gravedad y casi siempre termina por la muerte en un plazo medio de 5-6 meses siendo la causa inmediata las alteraciones musculares del corazón o del aparato respiratorio.

Cuando la enfermedad está plenamente desarrollada, el cuadro habitual consta de fiebre moderada, taquicardia, esplenomegalia (no constante) hipertrofia, no muy grande, de ganglios linfáticos, mononucleosis y eosinofilia; rara vez surgen participaciones viscerales y siempre son de poca importancia.

Los síntomas esenciales son los musculares; el enfermo se queja de constantes calambres, de fuertes dolores, tanto espontáneos como a la palpación. Esta, revela una infiltración de las masas musculares, particularmente de los músculos cervicales, torácicos, lumbares, de los muslos, no es raro que, merced a existir fascículos de muy distinta consistencia se crea, por los resultados de la palpación, que existen tumores fusiformes incluidos en las masas musculares.

Claro está que a medida que van afectándose músculos que intervienen en la fonación, en la deglución, etc., van apareciendo trastornos de estas funciones; esa es también la causa de ptosis, diplopia.

El examen eléctrico no revela nada anormal, salvo un ligero debilitamiento de las reacciones. Los reflejos tendinosos permanecen normales hasta que aparece una atrofia total de los músculos correspondientes.

El edema que infiltra los músculos se extiende al tegumento prestándole una consistencia dura hasta el punto de que no se deja deprimir. A veces, aparecen placas eritematosas o violáceas. En otras ocasiones las mucosas de la boca y de la faringe aparecen rojas secas, tumefactas y muy sensibles, circunstancia que juega no poco papel en la disfagia de muchos enfermos.

Lo más corriente es que al principio se piense en una miositis reumática, no siendo raro que los exámenes demuestren la existencia de una velocidad de sedimentación elevada que orienta hacia un foco séptico oculto, pues el estado general suele agravarse con rapidez y la esplenomegalia parece abonar tal idea; en cambio, rarísima vez surgen alteraciones leucocitarias y de presentarse son insignificantes. Lo más corriente es que el diagnóstico sólo se establezca merced a una biopsia que concluye en la existencia de una miositis intersticial maligna.

Todos los ensayos terapéuticos resultan ineficaces.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATOGENESIS DE LA POLIOMIELITIS AGUDA.—*Wickmann.*—(Acta path. scand. 21-6-846).

El A. ha buscado en el examen histológico del sistema nervioso simpático periférico, apoyo para la tesis bastante difundida de que el virus poliomielítico penetra por vía enteral, atraviesa la mucosa y llega a la médula siguiendo las fibras nerviosas simpáticas. Supone el A. que de ser eso cierto se hallarían en tales fibras alteraciones histológicas al igual que, en los trabajos de *Sabin* y *Olitsky* se encuentran lesiones en el bulbo olfatorio después de la inyección nasal de la materia infectante. Consta el material de A. de 42 autopsias, habiendo examinado sistemáticamente los ganglios simpáticos y todo el nervio vago.

Los resultados han sido negativos. Ni en los elementos nerviosos simpáticos de la pared intestinal, ni en los correspondientes ganglios se encuentran alteraciones de cualquier tipo. Todo lo más que el A. ha encontrado y para eso de manera muy inconstante es acumulaciones de células redondas unas veces en los ganglios del vago y a veces, muy pocas, en el ganglio estrellado; por otra parte, incluso estas insignificantes desviaciones de la normalidad tenían aspecto de ser muy recientes y jamás anteriores a las de igual tipo, halladas en la médula. En resumen, el examen histológico no aporta ninguna demostración —siquiera indirecta— en pro de la hipótesis citada al comienzo.

SOBRE LA PRESENCIA DE MITOSIS EN LOS MIOMAS DEL UTERO. —*Gander, G.* (De la présénce de mitoses dans les mymes bénis de Loutérus).—Schweiz, fur Pathol und Bakteriol. Vol. VIII.—81-87-1945.

El autor discute inicialmente la estructura histológica que diferencia los tumores musculares benignos de los malignos del útero y encuentra que en algunos de los leiomiomas aparecen algunas figuras mitósicas típicas en los elementos musculares. Discute la teoría de *Masson y Meyes* sobre el crecimiento normal de mioma uterino. El autor ha estudiado 18 casos de miomas extirpados en el curso del embarazo que, 17 de ellos, presentaban de una a 4 mitosis por corte de 1 a 2 centímetros cuadrados. La edad de estas enfermas oscilaba entre los 33 y 42 años; la presencia de algunas mitosis regulares en los miomas extirpados no significan por si solas un criterio de malignidad, si no solamente, la expresión de un estado hormonal modificado. Recuerda también que en sus trabajos experimentales anteriores encontró en el cobaya grávido o bien en cobayas y ratas tratadas con extractos de lóbulos anterior de la hipófisis, numerosas divisiones celulares y juzga que los trastornos endócrinos ováricos, deben jugar un papel preponderante en la formación de los tumores hiomatosos. Teniendo en cuenta la opinión de *Masson* y de *Mayer*, exacta para el modo de crecimiento normal del mioma clásico, propone modificarla de la manera siguiente: "si la fibra muscular lisa de los leiomiomas se divide habitualmente por amitosis, los trastornos de la función ovárica pueden acarrear una división celular por cariocinesis. Así la presencia de algunas mitosis regulares en las fibras musculares de un mioma benigno no deben ser interpretadas como un signo de malignidad si no, por el contrario, como la expresión de un trastorno endocrino pasajero (embarazo o hiperfoliculinismo transitorio)".

Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Lausanne.

G. Alvarez.

PRENSA FRANCESA

SCIATIQUE REBELLE PAR FRACTURE D'UNE APOPHYSE ARTICULAIRE

Par MM. André Sicard et Maurice (Paris)
La presse Medicale, 22 Juin 1946 N° 29, pág. 412-13.

Los autores presentan el estudio de un caso que con los síntomas clínicos de una ciática rebelde se había diagnosticado de protusión meniscal; posteriormente el estudio radiológico demuestra una fractura clara, de apofisis articular superior izquierda de la 5L. Hacen mención de otros tres casos semejantes, que con igual sintomatología presentaban también en radiografía, de la fractura de apofisis articulares de 5L.

El caso que presentan es un adulto que padece de algia lumbosacra izquierda desde el mes de septiembre de 1945. En abril sufre un traumatismo violento en la región glútea, sin consecuencia inmediatas, pero en el mes de agosto aparece una lumbalgia sin irradiaciones. En septiembre el enfermo después de un esfuerzo causa un dolor violento circunscrito en el territorio del ciatico izquierdo. El dolor no cede a ningún tratamiento (Iodo, novocaína, vitamina B_1 y radioterapia) así como tampoco al tomar una posición determinada. No hay antecedentes reumáticos. Al examen presenta el signo de Lasegue positivo, y los puntos dolorosos de Valleix. Hay areflexia aquiliana, zona de anestesia en el borde interno del pie y en la cara dorsal del 4° y 5° dedo. El miembro inferior derecho normal. El l. c. r. normal y en la radiografia no se encuentra ni lesiones reumáticas, ni lesión meniscal. Unicamente se observa en la punta de la apofisis articular superior izquierda una estria, que nos lleva al diagnóstico de fractura, a pesar de que en el lado opuesto aparece una imagen semejante.

El 6 de febrero con evipan sódico, se le practica una laminectomia de 4L y 5L, mostrando los discos normales, pero prolongando la laminectomia hacia la izquierda, encontramos a la entrada del agujero de conjugación, un fragmento libre que se halla comprimiendo la 5ª raíz lumbar. El estudio del fragmento demuestra la antigüedad de la fractura. A las doce horas el enfermo no presenta ningún dolor y al doceavo día abandona la Clínica.

Los autores hacen notar que la fractura aislada de estas apofisis no es frecuente, pero que en realidad se debe a que la imagen radiográfica no es nunca lo suficientemente demostrativa, pasando de esta manera desapercibida, siendo el diagnóstico quirúrgico el que vendrá a confirmar las sospechas de la lesión.

Hacen un resúmen de la situación anatómica y llegan a la conclusión de que a pesar de estar muy protegidas, son la apofisis superiores las mas expuestas y las que se hallan en contacto directo con las raíces y que las fracturas mas frecuentemente observadas son la 4L, 5L y IS, todas ellas a nivel de los dos últimos agujeros de conjugación, próximos naturalmente a las raíces 5L y IS, ramas principales del nervio ciático.

Hablan también de que estas fracturas se consolidan dificilmente, volucionando generalmente hacia la seudoartrosis. Que a ello se debe que la fase de lumbalgia tenga un período de enfriamiento, pero que al sobrevenir un nuevo traumatismo o simplemente un esfuerzo, el fragmento no consolidado, se desplace y encajándose en el agujero de conjugación comprime la raíz y se establezca de nuevo la algia, la que ya no cederá si no es tratamiento quirúrgico.

Estas dos fases, son tan semejantes clínicamente con la protusión del menisco que el diagnóstico diferencial es practicamente imposible de establecer. Que si probados los tratamientos terapéuticos así como los ortopédicos no se logra mejoría, el tratamiento a seguir habrá de ser el quirúrgico y si no se encuentra lesión aparente habrá de prolongarse la laminectomía, con el fín de descubrir los agujeros de conjugación del lado doloroso. Un estudio radiológico, es imprescindible, a pesar de que las superposición de imágines, a mayor parte de las veces no nos proporciona datos muy seguros. F. ALUJA.

(Clinique chirurgicale de la Salpetriere)
(Porf. H. Mondor)

J. Aluja

LAS RESECCIONES PULMONARES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS. *A Ravina* (Presse Medicale pág. 489-1946).

Las nuevas técnicas de anestesias, utilización de sulfamidas y penicilina, los progresos en la preparación y cuidados pos-operatorios han permitido practicar intervenciones, en las que no se podía ni soñar hace algunos años.

Entre los trabajos dedicados a las resecciones pulmonares en los tuberculosos debemos citar los de *Samson* que efectúa tres neumonectomias y tres lobectomias en mujeres jóvenes seguidas de cuatro curaciones y dos defunciones.

Según *Samson* las principales indicaciones son la presencia de cavidades importantes en el lóbulo inferior y medio, existencia de una ulceración bronquial con estenosis parcial y dificultades de practicar una toracoplastía.

R. Overholt y *N. J. Wilson* han publicado en los comienzos del año de 1945 una estadística más importante. Se refieren a 97 resecciones por tuberculosis pulmonar.

Nos hablan después de 36 neumonectomías y 24 lobectomías. Trece de estos enfermos están en un estado desesperado, 45 presentan tuberculosis extensivas con un estado menos grave y en 15 solamente se podía discutir la eventpalidad de una toracoplestía.

Los enfermos están comprendidos en edades de 15 hasta 54 años. Las intervenciones se decidieron por diversas razones. En dos casos una bronquiectasia con supuración. en nueve por que las toracoplastía fué ineficaz, 29 presentan una tuberculosis unilateral extensiva, varios casos con hemorragias repetidas desenvolviéndose cavernas gigantes.

No tienen un solo caso de infección secundaria, en 26 enfermos con estirpación completa del pulmón nos dan tres empiemas, 4 bilateralizaciones precoces y una tardía, 4 ulceraciones del muñón bronquial, 3 tuberculosis de la parez toracica. En los 24 casos de lobectomías, se observa una fístula temporal, 3 bilateralizaciones, una ulceración del muñón bronquial y cuatro brotes evolutivos del lado afectado. Siete enfermos mueren después de la intervención.

Los brotes pos-operatorios son tan frecuentes en las pneumonectomías como en las lobectomías debidas seguramente una inundación bronquial independiente de la t écnica operatoria empleada.

La resección pulmonar es condicionada por la topografía de las lesiones y la esistencia de una tuberculosis bronquial.

Frecuentemente los límites de la intervención no pueden ser establecidos con precisión hasta que tenemos el tórax abierto y después de la palpación del pulmón. Es frecuente encontrar lesiones a nivel de lugares donde el examen radiológico no había mostrado nada anormal.

Desde el punto de vista técnico las resecciones pulmonares son más fáciles de realizar en los casos de tuberculosis pulmonares que en los sujetos afectos de dilatación de los bronquios o de cancer de pulmón. Es extremadamente importante precisar el estado de los bronquios. La existencia de una tuberculosis bromquial, evolutiva o no, se debe considerar más como una indicación que no como una contraindicación operatoria.

Los autores consideran que la resección pulmonar da resultados mejores que la toracoplastía cuando la lesión de tuberculosis pulmonar es complicada con estenosis bronquial, bronquiestasias o lesiones unilaterales no influenciadas por neumotórax terapéutico. Está también indicada en los fracasos de las toracoplastías. La prefieren al drenaje de cavernas. Consideran que una de las principales indicaciones de la lobectomía es la existencia de una lesión unilobular o unilateral acompañada de una fibrosis y de una reacción de intensidad media.

Overholt y *Wilson* han tratado por pneumonectomía y lobectomía 60 tuberculosos pulmonares con una mortalidad de 11,6 por ciento y un cierto número de resultados muy satisfactorios. Complicaciones diversas en particular bilateralizaciones rápidas pueden suceder a estas resecciones pulmonares.

Alexander insiste sobre el hecho de que esta cirujía debe ser practicada con discernimiento y prudencia. *Francisco Colchero.*

LA CUESTION DE LA TUBERCULOSIS CONYUGAL —*Fernad Bezanson* (Presse Medicales— pág. 464-1946).

El autor analiza los trabajos de M. M. *Tulou* y *Parrique*, mostrando los progresos aportados por ellos para la la resolución del problema, y que línea de conducta deben seguir tisiólogo y médico general.

Nos recuerda que *Laennec* ha observado muchas veces que una mujer puede compartir la cama de su marido tuberculoso sin peligro, *Villemin* responde con una estadística de Vallin de 107 casos de tuberculosos casados habia podido constatar 64 veces la trasmisión del marido a la mujer.

El defecto de las estadísticas es que son demasiado glogales y no están suficientemente comparadas.

Cornelius estudia la morbilidad tuberculosa, comparando 398 esposos padeciendo tuberculosis abiertas (116 hombres y 282 mujeres) con estudiantes solteros de la misma edad, señalando un porcentaje en los estudiantes de 4,4 por cien, siendo de 10,2 por cien en los matrimonios donde uno padece tuberculosis, elevándose la cifra hasta 17,2 en los casos de tuberculosis inactivas.

Por interesante que parezca la estadísticao de *Cornelius* es todavía demasiado global y no es tan comparativa como el cree.

Tulou y *Parrique* a su vez aportan una estadística que pone de relieve, la duración del contacto y su mayor o menor intensidad, condiciones de habitación, la existencia o ausencia de los medios de higiene en el domilicio de los tuberculosos etc.

Para ellos la frecuencia de la tuberculosis conyugal abierta se eleva a 12% sobre 2.300 matrimonios cuidadosamente estudiados.

Los autores insisten sobre un hecho importante que se olvida frecuentemente, la lentitud habitual del proceso evolutivo en la tuberculosis pulmonar, pasando a menudo varios años entre el comienzo de la infección y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.

Bien sabido es la frecuencia con que en ciertos medios se ignora el peligro del contagio en el medio familiar siendo habitual la ausencia de medidas profilácticas. Las razones de esta carencia de profilasis son múltiples; las dificultades de aplicación, los errores doctrinales y la ignorancia son las causas de que no de la debida importancia en la lucha antituberculosa a la profilasis domiciliaria.

Desde el principio del siglo los pediatras dan gran importancia al contagio familiar en los niños, pero en los adultos se ha tenido la creencia de que en realidad no era más que una tuberculosis de reinfección endogena, olvidando las medidas de protección del adulto.

En la hora actual nosotros sabemos cuan frecuentes son las primo-infecciones tárdias, debiendo considerarse que la profilaxis no debemos hacerla tan solo en la infancia y adolescencia sino también en la edad adulta.

La dificultad de aplicar medidas profilacticas en el adulto es considerable, el aislamiento de un niño del medio familiar es sencillo, no ocurre lo mismo cuando tratamos de hacerlo con un adulto,estas dificultades dimanan de una parte por lo largo del plazo en la evolución de esta dolencia y por otra parte de la carencia de plazas en Hospitales y sanatorios y por último la moral del conyuge sano que a todo trance se cree obligado a cuidar por sí mismo el paciente.

La educación sanitaria es factor de gran importancia en la profilaxis de la tuberculosis que hasta la fecha tenemos que hacer unicamente en el medio domiciliario. *Francisco Colchero.*

El mielograma y las granulaciones tóxicas o patológicas de las células medulares en la tuberculosis pulmonar crónica. L. Bethoux (Presse Medicales pág. 462- 1946).

La punción esternal ha contribuido patentemente en el progreso de la hematologia, siendo su utilidad manifiesta no solamente en las enfermedades de la sangre, sino en el curso de afecciones que se acompañan de modificaciones sanguíneas, especialmente en las infecciones agudas y crónicas.

En el curso de la tuberculosis pulmonar crónica las alteraciones sanguíneas son bien conocidas. La anemia, hiperleucocitosis con polinucleosis moderadas, son las regla en estos pacientes, lo mismo que las modificaciones núcleares de los granulocitos estudiados por *Arneth* y las granulaciones patológicas cuya importancia fué señalada por *Benda y Urquia.*

En 1942 en colaboración con *M. Mauchamp* y *A. Fabre* el autor inicia el estudio de mielogramas en 35 tuberculosos pulmonares crónicos adultos (mujeres la mayoría) en diversos periodos de la enfermedad.

En lo que concierne al mielograma señala que su estudio no presta utilidad más que cuando se hace conjuntamente con el hemograma, sedimentación globular etc.

De una manera general el examen de la fórmula del mielograma en el curso de los períodos iniciales y terminales de la enfermedad confirman los resultados del hemograma, las modificaciones del porcentaje de los elementos medulares son tanto más señaladas cuanto más grave es la dolencia. La serie leucocitaria granulosa, promielocito, mielocito y polinucleares, muestra una hipergénesis tanto más importante cuanto más avanzada se encuentra el proceso, este es el origen de la hiperleucocitosis con polinucleosis neutrofila de la sangre; también la relación granulocítico eritroblástica que normalmente es de 4,4 (*Mallarme*) es en general más elevada, sobre todo en el curso de las formas ulcero-caseosas.

Por contra en la serie roja existe una eritrogénesis reducida el número de eritroblastos y normoblastos es inferior al del mielograma normal.

Los autores también han estudiado los elementos medulares patológicos análogos a los encontrados en la polinucleosis neutrofila de la sangre periférica. Dos hechos deben señalarse, que los elementos celulares se encuentran en diversos estados de maduración; promielocito, mielocito y polinucleares; y otra parte que estos elementos no son más voluminosos, no estan más intensamente coloreados, en una palabra más netos en las células jóvenes, en los mielocitos que en los polinucleares de la médula y de la sangre.

Se puede apreciar su porcentaje estableciendo el mielogranulograma, es decir la relación de los elemnetos con granulaciones normales de los elementos con granulaciones tóxicas o patológicas que el autor propone denominar "rapport granulotoxique" o R. G. T.

Esta relación que normalmente es débil de 0.01 a 0.02 es un poco más elevada en el principio de la afección, llagando de 0,04 a 0.35. Aumenta en las formas ulcero-caseosas, pudiendo llegar hasta 2,8 y 3,1.

Esta relación es siempre más elevada en los mielocitos que en los polinucleares neutrófilos de la sangre circulante. *Francisco Colchero.*

ACCION CALCIFICANTE DE LA VITAMINA D SOBRE LAS LESIONES TUBERCULOSAS EXPERIMENTALES. *C. Levaditi.* (Presse Medicale pág. 425-1946).

Tenemos conocimiento del descubrimiento de *I. Charpy* por los, trabajos que han sido publicados por *Clement Simon* que se refieren a la curación del lupus tuberculosos por un tratamiento per-os co altas dosis de vitamina D asociada al gluconato de cal. Se comienza el ataque con 15 mg. de esta vitamina por semana durante un período de tres meses, seguido de una ampolleta cada quince días durante los tres meses siguientes para su consolidación. Los efectos curativos sobrepasan todas las esperanzas.

El autor en colaboración con *Li Yuan Po* efectúa estudios experimentales administrando vitamina D a los conejos, ratas y gatos por vía bucal en dosis que sobrepasan la tolerancia normal, administración que se traduce por un adelgazamiento progresivo acompañado de una calcificación heterotípica (riñón aorta, tubo digestivo, pulmón higado).

En el caso de experimentos con animales portadores de lesiones crónicas infecciosas o parasitarias anteriores al tratamiento se observa una acumulación de calcio al nivel de las lesiones.

Han estudiado los efectos producidos por dosis no tóxicas de Sterogyl en los casos de animales (conejos, cobayas) afectados de tuberculosis experimental, siendo el aumento apreciable de la tendencia a la calcificación.

El autor inocula a los conejos por vía intratesticular con 5 mg. de bacilos tuberculosos.

Conclusiones. Primero. El Sterogyl administrado a los conejos con lesiones tuberculosas de evolución lenta, aumenta en proporciones considerables la calcificación de estas lesiones. Segundo. Esta calficifación es el resultado del cambio de metabolismo cálcico teniendo por asiento los elementos celulares bacilíferos que entran en la constitución de la tuberculosis evolutiva; monocitos, células epiteloides y células jigantes. Tercero. Los depósitos de cal en los focos caseificados provienen de la confluencia de concresiones cálcicas intracelulares, resultando la formación de verdaderas cubiertas de calcio encerrando un tejido necrobiótico y bacilos de *Koch* deformados y mal coloreados. Cuarto. La formación de estas cubiertas cálcicas pone trabas a la prolongación de la infección bacilar en los tejidos vecinos. *Francisco Colchero.*

A PROPOSITO DEL PAPEL FISIOLOGICO DE LA PLEURA.—*A, Policard y P. Galy.* (Press Med. 449-1946).

La comprensión del papel, del mecanismo de la pleura normal ha sido dificultada, desviada, por la introducción de un concepto tan inútil cual el del vacío pleural. Ya casi hace un siglo que *Funke* ideo el modelo esquemático y grosero de pulmones encerrados, suspendidos en una campana cerada por una membrana elástica y en cuyo interior se hace el vacio; tirando de la membrana se provoca una depresión en la campana y los pulmones se dilatan. De ahí nació el concepto falso, equivoco que criticamos.

En el interior de la pleura normal no hay espacio gaseoso y, por ende, no puede hablarse re vacío pleural. Entre las dos hojas pleurales, el intervalo existente está ocupado por una cantidad ínfima (10 a 20) de un líquido viscoso que no se precipita a las partes inferiores merced a las leyes de la capilaridad; es así que la adhesión de la pleura visceral y parietal no es sino la consecuencia de un proceso de cohesión en un líquido. De igual manera, la adherencia del párpado al globo ocular no es tampoco consecuencia de un "vacío conjuntival"; la única diferencia son la pleura es que el globo ocular no está sometido a una tensión retractil.

Precisamente está, puesta en juego cuando el aire penetra en el espacio pleural, es la que crea el "vacío pleural". Para convencerse basta recordar que en el feto, en el recién nacido, en los casos de enfisema generalizado. cuando abrimos la cavidad pleural no ocurre el despega-

miento de las dos hojas pleurales. Si estuviesen adheridas gracias a ese vacío pleural ingenuamente aceptado desde hace un siglo, es claro que las hojas deberían despegarse pues la apertura ha suprimido el vacío. Sin embargo, en tales casos, el despegamiento no surge y no surge por la razón de que en esos sujetos la retractilidad pulmonar es nula y no puede crearse el vacío de referencia. Otra prueba de que es la retractilidad pulmonar lo que está en juego, se tiene en los casos de despegamiento extrapleural quirúrgico en sujetos sin cavidad pleural por haber surgido una sinfisis; no hay vacidad y empero parece como si persistiese el supuesto "vacío" pleural, pues al hacerse el despegamiento extrapleural surge un colapso espontáneo del pulmón, colapso sólo explicable por la citada retractilidad.

En condiciones fisiológicas para nada interviene el supuesto "vacío" pleural en el papel de esta serosa. Tal papel es doble. En primer lugar, enlaza el pulmón y la jaula torácica merced al juego de dos procesos físicos: la cohesión molecular en el líquido pleural y la adhesión de las moléculas de ese líquido a las estructuras sólidas de la pleura. En segundo lugar, la existencia de una capa líquida separando las dos láminas pleurales, asegura el deslizamiento pulmonar. Este es el papel principal de la pleura pues gracias a él se realiza la adaptación del contenido y el continente de la jaula torácica en el curso de los movimientos respiratorios.

Debe hacerse una advertencia: en realidad existe una cierta relación entre la integridad de los dispositivos pleurales de deslizamiento y los valores de la presión intratorácica. Así, cuando el deslizamiento es imposible, la ampliación de los lóbulos pulmonares —en la inspiración— está disminuida y dificultada lo que aminora el aumento inspiratorio de la depresión torácisa.

Quizás tal circunstancia explica que, pese a existír un colapso —disminuidor de la ventilación pulmonar— el despegamiento extrapleural de una sinfisis, sea tan bien soportado desde el punto de vista del funcionalismo respiratorio; se trataría de que el despegamiento ha permitido restablecer la correlación entre los movimientos pulmonares y los de la caja torácica. Reflexiones semejantes deben ser aplicadas a otras muchas circunstancias de la colapsoterapia.

ESTUDIO ANATOMICO DE LA INFECCION TUBERCULOSA ABORTIVA.—*Ameuille, Canetti.* (Press Med. 333-1946).

Una de las adquisiciones importantes de la tisiología moderna es que la mayor parte de las inyecciones tuberculosas son latentes; abortivas pueden lamarse para diferenciarlas de aquellas otras que, por evolucionar hacia la tisis, deben recibir el calificativo de evolutivas.

Pero sería un eror creer que la tisis es la forma de la tuberculosis en individuos de resistencia disminuida mientras la tuberculosis evolucionaría abortivamente en los sujetos de resistencia normal. Salvo lo que estamos viendo en estos últimos años de tragedia, lo corriente es que los tísicos hayan pasado antes por infecciones tuberculosas que han cursado abortivamente. Así lo demuestran los exámenes anatomopatológicos. Por tanto, y en contra de la opinión clásicamente aceptada de *Behring* de que la tísis es el episodio terminal de la primo-infección, ha de admitirse que cas siempre (15 veces de cada 16) la tísis es la consecuencia de una reinfección exogena.

Los autores han realizado detalladas investigaciones anatómicas para demostrar la frecuencia de focos de primo-infección y de lesiones de re-infección.

En 301 cadáveres de tuberculosos, de 15 a 86 años, el foco ganglionar primario ha sido hallado en el 83,4%. De el 6,8% era cretáceo, en 10,7% caseoso y el 4.8% mantenía las señales de reinfección endogena linfoglandular, es decir, una vieja secuela calcificada al lado de anchas capas cretáceas alternando iregularmente con otras caseosas demostrativas de haber surgido la reviviscencia de la secuela calcificada. Cuando estos datos, y sus deducciones, se ponen en relación con la edad de los sujetos resulta que después de los treinta años es muy pequeño el número de primo-infecciones tisiógenas pues sólo se obtiene un porcentaje de 6,4. En cambio, entre los tuberculosos de 21 a 30 años, son 23,1% la tisis debida a una primo-infección exacerbada y entre los de 15 a 20 años el porcentaje mencionado se eleva hasta 42,4.

Luego, la tisis pulmonar es debida a la primera infección tuberculosa:

En la adolescencia, dos veces de cada cinco casos.
entre los 21 y 30 años, una vez de cada cuatro casos, y
después de los 30 años, una vez de cada dieciseis casos.

Se han considerado lesiones de re-infección los focos pulmonares abortivos sin focos pulmonares homólogos. Buscados en 151 cadáveres han sido hallados en el 52%. Pero, a fin de elminar la posible confusión con focos que no fuesen de reinfección sino que se debiesen a la propia tísis y ya evolucionando, se han descartado los hallasgos habidos en tísicos cuya enfermedad tuviera de 5 años de evolución (si los focos en cuestión se encontraban calcificados) o más de tres años (si los focos estaban cretacéos). Descontados tales casos, es en 31% de los cadáveres tuberculosos examinados donde se han encontrado focos abortivos, seguramente anteriores a la tísis, aparte de los focos de primo-infección. De esta suerte, al decir de los autores, la anatomía patológica prueba formalmente que, en París, de cada tres enfermos de tuberculosis pulmonar, uno presenta restos de haber sufrido una o varias infecciones abortivas, las cuales para nada figuran en la anamnesis de los enfermos.

Las consideraciones finales que merecen a sus autores estos trabajos, son: en primer lugar, la tuberculosis-accidente es mucho más frecuente que la tuberculosis-fatalidad; es decir: la gran mayoría de los tísicos no nacen con una resistencia disminuída; en segundo lugar: los episodios abortivos no crean inmunidad. En tercer lugar, la tesis de la patogenia exogena de la tísis pulmonar adquiere más valor que el admitido por muchas escuelas. En efecto, ya se ha dicho que el elemento ganglionar de los focos de primo-infección sólo en el 4,8% presenta señales de reactivación y si bien no se ha investigado sobre el estado del elemento parenquimatoso de dicho foco (pues es bien difícil descubrirle) podemos admitir que su reactivación será aún menos frecuente toda vez que sabemos como se cicatriza más precozmente y se esteriliza más rápidamente que la parte ganglionar. Para admitir un origen endógeno predominante, quedan sólo los focos de reinfección hallados en estado cretáceo o caseoso, pues los autores —en unión de *Saenz*— han demostrado previamente que los focos calcificados son estériles cuatro veces de cada cinco. Evidentemente no puede negarse que la reinfección endógena es capaz de partir de tales reinfectos abortivos cretáceos o caseosos si bien la perfecta limitación —dentro de parenquima sano— que presentan, la absoluta integridad de su cápsula, la firmeza de su contextura, hacen poco probable el que se les considere como punto de

partida de la tisis. En todo caso, los autores creen haber demostrado el poquísimo valor tisiógeno de las lesiones de primo-infección.

INFLUENCIA DEL PIRAMIDON Y DEL ACIDO SALICILICO SOBRE LOS FACTORES VEGETATIVOS NATURALES. *Danielopolu, M. Popesco y D. Crivetz.* (Presse Medicale pág. 497-1946).

Estos autores distinguen en las substancias extrañas introducidas en el organismo, una acción no específica que se efectúa por los intermediarios de los factores vegetativos naturales (acetil-colina inos, colinesterasa, equilibrio ácido, histamina etc) y una acción específica otóxica propia de cada substancia.

A.—Investigaciones farmaco dinámicas. Han investigado en el intestino, aislado del conejo la acción del piramidon, ácido salicílico y el salicilato de sosa la acción de la acetilcolina, adrenalina, histamina los iones Ca. y K.

Los resultados obtenidos son:

El piramidon impide la acción de la adrenalina (acción simpático franatriz) histamina histaminofrenatriz (acción histaminofrenatriz) y de la colinesterasa (acción anti-acetilcolinolitica). No tiene influencia sobre la acción del inons Ca. y K.

Por su acción anti-acetilcolinolítica el piramidon provoca la acumilación de, la acetilcolina en los tejidos debiendo favorecer su ación; pero esta acción es impedida por este medicamento hace refractaria la célula a la acetilcolina. Han demostrado la misma acción con la atropina.

El ácido salicílico y el salicilato de sosa, impiden la acción de la adrenalina de la histamina y de la colesterinasa. No teniendo ninguna influencia sobre la acetilcolina y los iones Ca. y K.

La acción histaminofrenatriz más intensa corresponde al piramidon. Muy importante es el hecho de que el piramidon impide la acción de la acetilcolina (disminución del tono parasimpático) el ácido salicílico impide la acción de la simpatina (disminución de los tonos cardíacos). Esta influencia es muy importante desde el junto de vista terapéutico.

B.—Deducciones terapéuticas. *Neuralgías, micraneas.* La histamina juega un papel importante en la producción de este síndrome, el salicilato y el piramidon obran eficazmente por su acción histaminofrenatriz. Los autores recomiendan una cura de diez días cada mes con dosis de salicilato de 6 gr. de salicilato y 12 de bicarbonato por día. El piramidon debe ser empleado solamente como tratamiento curativo.

2.—*Accidentes anafilácticos.* La formación del complejo antígeno-anticuerpo alexina se acompaña de liberación de gran, cantidad de acetilcolina que produce el choc anafilactico. Por esta razón reemplaza los autores el término anafilaxia por el de parafilaxia. El piramidon es el medicamento esencial para prevenir o curar los accidentes anafilácticos. En el caso de un médico un gramo de piramidon hizo desaparecer en una hora los accidentes parafilácticos. Los autores añaden al piramidon la atropina para reforzar la ación de piramidon.

3.—*Asma anafiláctica.* Recomiendan como en n caso anterior el piramidon asociado a la atropina.

4.—*Reumatismo cardio-articular o enfermedad de Bouillard.* Mantener el corazón en reposo. Altas dosis de salicilato de 12 a 16 gramos por día con 24 a 32 de bicarbonato sódico. No debe emplearse el piramidon.

El salicilato impide la acción de la simpatina, quedando el corazón bajo la influencia de la acetilcolina que disminuye su trabajo.—*Francisco Colchero.*

UNA ENFERMEDAD NUEVA DESCRITA EN LA U. R. R. S. LA ALEUCEMIA TOXI-ALIMENTICIA.—*L.C. Brumpt.* (Presse Medicale pág. 375-1946).

La leucemia toxi-alimenticia es una angina necrótica febril y grave asociada a hemorragias y provocada por la ingestión de cereales podridos.

Signos anatomo-clínicos.—Desde el punto de vista clínico y anatómico la enfermedad se presenta como una agranulocitosis secundaria; pero esta enfermedad tiene algunas particularidades sobre todo la evolución en cuatro períodos.

Primero.—El período de estomatítis por la acción irritante de los granos averiados sobre la mucosa digestiva. En medio epidémico esta estomatítis permite diagnosticar la intosifación al principio y vigilar la fórmula sanguínea.

Segundo.—Esta fase está marcada unicamente por una leucopenia con hipogranulocitosis. Si la leucopenia es inferior a 3.000 la hospitalización de urgencia se impone.

Tercero.—Este período se caracteriza por la asociación de una hemorragia con púrpura, de necrosis faríngea y a veces cutánea y signos de infección grave. En la sangre leucopenia intensa con agranulocitosis total, anemia aplástica y trombopenia. En los órganos hematopoyéticos la aplasia mieloide y linfoide contrastan con una cierta hiperplasia reticulo endotelial.

La evolución se produce en algunos días por hemorragia masiva desfallecimiento cardíaco o complicación pulmonar.

Cuarto.—La curación es posible en las formas ligeras diagnosticadas precozmente. La recidiva es posible en cada ingestión nueva de cereales tóxicos.

El diagnóstico fácil en medio epidémico es más delicado en los casos esporádocos. La pución esternal nos da datos de interés pronóstico.

Etiología.—La causa determinante de la enfermedad es la ingestión de granos averiados. Por orden de toxicidad decreciente el mijo, alforfón, el trigo, la cebada, avena etc. La cantidad media de grano que puede provocar acidentes es de uno a dos kilogramos.

Epidemiología.—La distribución geográfica no es uniforme.

Es una enfermedad esencialmente rural afectándose a veces familias enteras o pueblos. En las ciudades se encuentran algunos casos esporádicos en ciudadanos que reciben los productos del camo. Las varuaciones anuales dependen de las particularidades meteriológicas.

Los dos sexos se afectan por igual, el niño de pecho no la padece porque la toxina no pasa ni a la leche de la madre ni la de los animales nutridos con cereales averiados. La mortalidad es de 100 por 100 al principio para disminuir después gradualmente.

Tratamiento.—Después de haber seguido en los hospitales especializados numerosos enfermos en todos los estadios de la intoxicación los médicos soviéticos han adoctados el tratamiento siguiente:

Al principio lavados de estómago, vomitivos purgantes.

En la fase leucopénica, sobrealimentación, hígado crudo, grasa de pescado, vitamina B y C. Si la leucopenia es superior a 3000 tratamiento ambulatorio, si es superior a 3.000 hospitales y dos tres transfuciones por semana de 50 a 100 cc. En el período de estado, detersión y desinfección de la rino-farin.

En las hemorragias Dos pequeñas trasfusiones por semana, vitaminas C, K, y PP cloruro de calcio y suero de caballo.

Contra la infección sulfamidas o penicilina.

A Z O T I L

DE LOS

LABORATORIOS LOBICA,
Francia

Reg. Nº 12967 D. S. P.

●

Estados de desnutrición y de carencia.

Excelente coadyuvante en la cura de reposo en el tratamiento de ciertas formas de tuberculosis pulmonar (fibrosas, con dilatación de bronquios y con expectoración abundante.)

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

●

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia, Nº 19. Apartado 7541

MEXICO, D. F.

EL LIBRO DE TAMPICO

SUCURSAL DE

"AL LIBRO MAYOR DE TAMPICO, S. A."

PAPELERIA - IMPRENTA

L I B R E R I A

DOLORES, No, 27 - A

MEXICO, D. F.

El tratamiento general con tonicardiacos, estricnina, suero antireticular cito tóxico de Bogomelets durante un mes.

Envían los convalecientes a un centro de sobrealimentación durante un mes, después al reanudar el trabajo vigilancia hematológica durante seis meses.—*Francisco Colchero.*

La duodenitis no ulcerosa.—*P. Oury y A. Verment.*—Arho. Mal. Appar. Digest. 34-30-1946.

En la clínica de las enfermedades gastro-intestinales la duodenitis juega un gran papel. Son múltiples sus causas y entre ellas deben destacerse las apendicitis, las tiflitis, las lesiones vesículo-hepáticas y muy particularmente las perturbaciones de origen alimenticio.

Las duodenitis hacen preferentemente cuadros gástricos imprecisos, dispepsias de distintos tipos pero generalmente alternantes; más conviene saber que pueden llegar a simular perfectamente la existencia de una úlcera duodenal e inclusive provocar hematemesis. El diagnóstico sólo puede establecerse al examen en rayos X pues los análisis de jugos no permiten diferenciación alguna. Radiológicamente se comprueban alteraciones del rrelieve, del contorno, de la replección bulbar; todo ello en ausencia de nichos.

El tratamiento consiste en Dieta, reposo y antiespasmódicos. A veces, son muy efectivas las inyecciones de extracto paratiroideo o de compuestos proteínicos.

Accion del acido ascorbico sobre la ulcera peptica experimental lograda con Atofan.—*J. Nassio.* (Arch Mal. Appar, digest. 34-300).

Merced a 0,25 de atofán por cada kgrm, de peso el autor consiguió provocar en 13 perros úlceras ventriculares. Posteriormente, sus experiencias le demostraron que la administración diaria de 500 mgrm de ácido ascórbico evitan la producción de tales úlceras experimentales. En consecuencia, sostiene que en el tratamiento de las úlceras ventriculares y duodenales del hombre debe proporcionarse vitamina C en abundancia.

Sobre la utilidad de la via intravenosa en la farmacoradiografia morfinica. *G. Albot, E. Girard y J. Renaux* (Arch. Mal. Appar. digest. 34-293).

El trabajo de los autores franceses se reduce a comprobar, por un lado, la inocuidad de la aplicación intravenosa de morfina, según el método de *Porcher* y colaboradores, y, por otro, la gran utilidad que el mismo presta en la exploración del duodeno provocando él un estasis de la papilla de contraste, lo que permite lograr imágenes tan demostrativas cual las que ilustran el trabajo resumido.

Ulcera gastro-intestinal y Polioglobulina.—*P. Ravault. M. Girard y H. Cessieux.*—(Arch. Mal. Appar, digest. 34-233).

El trabajo comienza por referir un caso típico de enfermedad de Vaquez que fué confundido con úlcera duodenal e incluso operado de gastroente rostomía; las consecuencias de la intervención quirúrgica no pudieron ser mejores: la poliglobulina comenzó a mejorar y se consiguió que los glóbulos rojos retornacen a su cifra normal.

En su vista, los autores revisaron la bibliografía y encontraron no pocos casos análogos, los cuales resumen. Un estudio más detallado de ambas enfermedades les permite asegurar que en 40% de los ulcerosos duodenales, se encuentran una poliglobulina y, en correspondencia, los poliglobúlicos presentan muy frecuentemente molestias gástricas. Basándose en estas circunstancias los autores emiten la hipotesis de que existe una relación íntima entre ambas enfermedades, teoría que encuentra apoyo en la intensa crísis reticulocitaria que responde, en la mayoría de las personas, a una inyección del jugo duodenal extraido a un enfermo de ulcus de duodeno. Por otra parte, dicen los autores, sabido es que la radioterapia de la zona pilórica o la extirpación del píloro pueden hacer desaparecer una poliglobulina. Pod último, los poliglobúlicos pueden mejorar muchísimo merced a una dieta apropiada. Esta sería el factor provocador extrinseco.

Para los autores, todas estas suposiciones teóricas justifican que en el tratamiento de la poliglobulina se utilicen a) una dieta pobre en albúminas (no más de 0,70 gr. diarios de albúmina animal, b) lavados gástricos varias veces al día, y c) radioterapia de la zona pilorica.

PRENSA SOVIETICA

Clasificacion de los procesos paludicos y necesidad de un plan terapeutico individualizado.—*I. P. Braude.* (Vrachebnoe Dielo 5-194-1946).

Por lo general, en la práctica diaria médica, los sujetos que padecen procesos palúdicos son objeto de tratamiento específico mejor o peor combinado, en más o menos cursos y con finalidades de yugular, evitar las recidivas o hacer cesar el brote, pero nada más. De tal suerte, el criterio individual de tratamiento suele pasar a muy segundo plano cuando no queda totalmente olvidado al seguir un esquema rígido. Esquema que, cómo tal, estaba perfectamente planteado, pero que, por la rigidez señalada, no pocas veces es el culpable verdadero de muchos casos clasificados, después, como "resistentes", "tenaces", etc, etc.

Insistir en que debe individualizarse el tratamiento de los procesos palúdicos no sólo quiere decir que hay que amoldar el esquema general del tratamiento específico a las modalidades cualitativas de cada caso sino, sobre todo, que no hay que olvidarse del tratamiento inespecífico, en muchos casos, no menos imprescindible que el etiológico.

La clínica del paludismo siempre se ha distinguido por su gran proteidad de manifestaciones. Es más, en los últimos tiempos hay una fuerte tendencia en insistir acerca de la abundancia de los casos atípicos. Pero, desgraciadamente, se valora más que nada, al hablar de tal aticipidad, todo lo que sale fuera de los marcos, por demás generales, que nos habíamos trazado diez años atrás acerca de los ciclos biológicos del parásito, de la inmunología. Verdaderamente estos aspectos son fundamentales, al menos en un sentido conceptual, pero eso no significa que hayamos de perder de vista la importancia práctica de otros factores también determinativos de atipicidad.

En la patología malárica hay que distinguir dos facetas: lo que el paludismo significa como infección sanguínea y lo que implica como infección váscular. Este segundo aspecto es mucho menos conocido y valorado que el primero y una de las razones está, exactamente en que los síndromes de origen váscular hállanse muy poco marcados en las distintas modalidades "típicas" del paludismo; modalidades tí-

picas que abarcan síndromes tan perfectamente estudiados cual el hepato-lienal, el hematológico y el febril, toods ellos dependientes de la infección singuínea.

Hoy, podemos considerar establecido que la base de las perturbaciones vásculares en el paludismo está dada por un estado patergo-alérgico endotelial con el secundario transtorno de la barrera vásculo-tinsular originándose lesiones que oscilan desde la inflamación serosa hasta la necrobiosis. Clínicamente, la característica esencial es la rapidez de desarrollo y en los casos de gran duración la sustitución de los elementos notablemente diferenciados, por formaciones conjuntivas que llegan hasta la atrofia y esclerosis de los órganos afectos.

Si decimos que las manifestaciones son, en su base, pateralérgicas, se dice que en cada caso de paludismo procede no solamente tener en cuenta los datos etiologo-parasitarios sino también que manifestaciones son, o pueden ser, debidas a las distintas variantes del proceso inmunidad-sensibilidad. Justamente en ese factor patogénico está la razón de muchos atipismos.

En bastantes casos, además del tratamiento específico procede añadir una terapéutica desensibilizante y ésta tiene sus mejores representantes en las transfusiones senguíneas a muy pequeñas dosis y en el suero de *Bogomoletz,* ya que él mismo, a la par, estimula las funciones defensivas inespecíficas.

Aparte de tal obligación y de aplicar las distintas modalidades de esquema oficialmente recomendado para la administración de los medios antipalúdicos, en la mayor parte de los casos es imprescindible utilizar el tratamiento sintomático, hoy tan depreciado por muchos médicos. Depreciación inmotivada pues no es raro que la suma de todas las alteraciones originadoras que esos síntomas que recomendamos tratar, se imponga de tal suerte qu, incluso, determinan el mayor o menor efecto del tratamiento específico. Así, p. e., sucede cuando hay anemia muy marcada, cuando existen transtornos cardio vasculares, cuando los fenómenos gastro-intestinales, tan frecuentes siempre en los maláricos, hállanse exacerbados, cuando las perturbaciones hepáticas, renales, del metabolismo del agua, del sistema nervioso, etc, resaltan en la sintomatología del paciente. Es verdad que un tratamiento específico termina por hacer desaparecer esos síntomas, pero también es verdad que los mismos pueden hasta exarcerbarse mientras se realiza dicha terapéutica antiparasitaria y que luchando contra ellos de una manera inmediata se alivia al enfermo y se previenen no pocas complicaciones y accidentes. Con lo que señalamos como, por el hecho de haber dispuesto correctamente el curso de todo el tratamiento cíclico antipalúdico no puede prescindirse de los remedios antianémicos, de las inyecciones intravenosas de glucosa y calcio, de los compuestos sulfanamídicos, de una dieta alimenticia apropiada es decir, repetimos, de la terapéutica puramente sintomática que está dictada no sólo por la clásica imposición de "tratar al enfermo tanto como la enfermedad" sino por mi experiencia de a cuantos fracasos conduce su olvido.

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS DISTINTAS PAUTAS DE TRATAMIENTO ANTIPALUDICO.—*B. Z Levinskaya.*—(Vrachebnoe Dielo 10-5-210-1946).

La A. encabezó una de las expediciones organizadas por el Instituto de Paludismo y Parasitología Médica de Ucrania para luchar contra los brotes de malaria rural surgidos en las zonas ucranianas no ocupadas por el enemigo, durante los años 1943, 1944.

El equipo de trabajo dirigido por la A. reconoció en dos meses el 85,6 % de todos los enfermos maláricos de la zona que le fué encargada. En el total de quienes se encontró parásitos, el 94,2 % pertenecían a formas de terciana, el 5,4 % a ormas tropicales y el resto (0,4 %) las tenían combinadas.

En el tratamiento se ensayaron cuatro distintas pautas:

I.—En el primer día, inyección intramuscular de 7,5 c.c. de una sol. al 4 % de acrijina y, a la par, 0,3 del mismo producto más 0,04 de plasmocida por vía oral; los tres días siguientes en la mañana, una sóla vez, acrijina (0,3) más 0,004 plasmocida.

Intervalos de 7a 10 días.

Tres días seguidos: acrijina, 0,1 más plasmocida 0,02. Tres veces al día.

Intervalo, 7-10 días.

Otros tres días, tres veces diarias, igual dosis de uno y otro medicamento. Esta pauta es la recomendada por los malariólogos de Moscú.

II.—Pauta (recomendada por el Instituto Ucraniano de Paludismo). —Dar tres veces al día: crijina (0,1) más plasmocida (0, 02) en tres ciclos, uno de siete días, otro de cinco y otro de tres, dejando entre el primer y segundo ciclo 8 días de intervalos y entre el segundo y el tercero. otros tantos.

III—.Pauta, que corresponde al primitivo esquema general recomendado por los especialistas del correspondiente Intituto de Moscú, y que utilizando iguales medicamentos y dosis que la anterior se diferencia en la duración de cada uno de los ciclos y sus intervalos; 5 días primeros seguidos de 7-10 dias de intervalos, tres días de tratamiento, 7-10 días de intervalo y otros tres días de terapéutica.

IV.—Esquema, caracterizado por su brevedad, pues sólo duraba siete días durante los que se administraba, tres veces diarias, 0,1 de acrijina más 0,02 de plasmocida.

Los enfermos tratados —cuyas características (edad, particularidades clínicas, duración anterior de la enfermedad, etc) son detalladamente descritas en el trabajo— fueron seguidos más de un año a fin de precisar no sóli los resultados inmediatos sino también los efectos sobre la capacidad de recidivas.

En conclusión, la A. afirma que la primera pauta utilizada es la que más rápidamente yugula los ataques y menos porcentaje de recidiva posteriores deja estallar. Después, el más efectivo es el recomendado por el Instituto de Ucrania. El método IV, desde luego el menos actuante, puede sin embargo recomendarse en aquellos grupos de población que por sus condiciones puedan prestarse menos a un largo tratamiento y obserbación. Empero, la A. señala que el mejor método empleado deja un 9,1 % de recidivas precoces y, no obstante hacerse repetido debida y oportunamente, un 21,8 % de recidivas al cabo de un año.

SINDROME PSEUDOPARALITICO GENERAL SOBRE UN FONDO PALUDICO.—*V. Y. Shinyanskaya.*—(Vrachebnoe Dielo.—5-222-1946).

La A. después de pasar sumaria revista a la bibliografía mundial sobre las complicaciones encefalíticas del paludismo, se ocupa de tres casos estudiadas por ella en los que existían muchos síntomas de los que conducen a un diagnóstico de parálisis general progresiva; uno de los cuales seguido de autopsia.

Analiza las distintas tesis patogénicas y todos los síntomas para concluir que el paludismo crónico recidivante es capaz de condicionar graves estados psíquicos que, por acompañarse de síntomas denunciadores de lesones orgánicas del sistema nervioso central, recuerdan fácilmente la parálisis general progresiva y hasta llevan a confusiones diagnósticas con ella. Cabe, sin embargo, diferenciarla fá-

cilmente por que estas perturbaciones palúdicas no causan una verdadera disolución de la personalidad caracterizándose clínicamente por conservación de la crítica y las actividades intelectuales superiores así como por la gran labilidad del curso y la tendencia a recidivas paralelas a las que sufre el proceso malárico. Por otra parte, la adopción de terapéutica atipalúdica suele dar rápido efecto y, en todo caso, hasta cuando obra lentamente, es fácil conseguir una recuperación total de la capacidad de trabajo intelectual y físico de los enfermos.

SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ALERGIA BACTERIANA EN EL SURGIMIENTO DE LA ESCARLATINA SEPTICA.—*C. M. Minervin, C. M. Fridman y I. M. Rozengart.*—(Vrachebnoe Dielo. 6-293).

En la clínica de la escarlatina resalta la existencia de dos csuadros bastante distintos; el tóxico y el séptico. Con la particularidad de que la inmunización con el estreptococo escarlatinoso que rebaja la morbilidad escarlatinosa no afecta, en cambio, la frecuencia procentual de la escarlatina séptica: de igual modo, la seroterapia antitóxica en los enfermos escarlatinosos es capaz de favorecer el curso clínico de las formas tóxicas mostrándose ineficaz en los casos de tipo séptico.

Basados en estas consideraciones los A.A. han realizado una serie de trabajos encaminados a probar la intervención de una alérgia bacteriana en el origen de las formas sépticas.

En consecuencia de las investigaciones efectuadas sobre ratas y otros animales, los A.A. han conseguido marcar una diferencia entre los estreptocos aislados de las formas tóxicas y los de las formas sépticas. Mientras los primeros forman toxinas, facilmente indentificables en distintas pruobas con animales, los segundos no forman toxinas, por lo menos normalmente. Las toxinas de los etreptococos no aumentan las calidades infeccionistas de los agentes escarlatinosos. En cambio, los estreptocos aislados de las formas sépticas dan lugar a un estado alérgico atóxico el cual sí que eleva, y brutalmente, las calidades citadas.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS GASTRICAS CON INSULINA.—*M. A. Yasinovski.*—(Vrachebnoe Dielo. 6-310-1946.)

El A., del servicio médico de la flota, en Odesa, resalta que durante la pasada guerra han sido los procesos ulcerosos gastroduodenales una de las causas más frecuentes, en cualquier Ejército, de bajas temporales o definitivas del servicio militar. Circunstancia que ha forzado a revisar todos los tratamientos, muy diversos, que se han propuesto en tales enfermedades.

Veinte años atrás, *Zinmnitzkin y Kogan-Yasnim* recomendaron la insullinoterapia basándose en el criterio, que a la par exponía *Balint* de que las úlceras gastroduodenales se originaban sobre un fondo orgánico acidósico.

El autor, por espacio de diez años, ha ensayado esa terapéutica en más de 200 ulcerosos (197 hombres y 7mujeres) la mayor parte en régimen hospitalario. La inmensa mayoría sufría ya desde 3 años antes de comenzar el tratamiento; incluso el 40 % de los casos padecía desde 5 años antes. En 85 % de los casos, el proceso ulceroso era duodenal.

El A. ha dividido su material en tres grupos: uno (98 enfermos) tratado solamente con insulina, otro (69) con insulina y atropina y el tercero (37) sólo con atropina. Todos seguían el mismo régimen dietético, que era el acostumbrado desprovisto de substancias excitantes y con limitación de sal.

La insulina se proporcionaba dos veces al día, antes del desayuno y de la comida principal; lo U.I. subcutáneas, cada vez. Duración del tratamiento, 20-25 días.

Los resultados obtenidos en cada uno de los grupos señalados son muy detenidamente analizados por el A. para venir a concluir que la insulinoterapia da un efecto muy bueno en la inmensa mayoría de los brotes del procesos ulcerosos consiguiendo gran duración de su efecto sedante. Ello sucede aun en los casos en que durante el curso terapéutico se eleva la acidez del jugo gástrico. El A. cree que el buen efecto de éste proceder terapéutico no puede explicarse solamente a base de su acción alcalinizadora general sobre todo el organismo sino que debe pensarse también en la favorable acción sobre las funciones hepáticas y pancreáticas. Es así que la insulinoterapia está sobre todo recomendada en casos en que la acidez gástrica es baja, en enfermos por demás desnutridas, en ulcerosos con perturbaciones de la función hepática o pancreática. Perturbaciones, por cierto, que muchísimas veces pasan desapercibidas en el estudio clínico de los ulcerosos pese a que son frecuentísimas. ?

EL SUERO AMTIRETICULAR CITO-TOXICO DE BOGOMOLETZ EN TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.—*N. E. Kavetzki.*—(Vrachebnoe Dielo, 3-4-150-1946.)

El A., basándose en sus antrabajos anteriores, afirma que en la mayor parte de los enfermos de aparato digestivo existe, con mayor o menor expresión clínica, una transgresión de las funciones del sistema fisiológico constituído por el tejido conjuntivo, hasta el extremo de que según el grado de la misma pueden dividirse esas enfermedades en distintos grupos.

El primer grupo, aquél que presenta mayores transtornos de tales funciones, lo constituyen todas las tumoraciones malignas, las enteroclitis crónicas graves y cualquier otro proceso crónico digestivo que haya motivado un serio agotamiento del estado de nutrición de los enfermos. El segundo grupo reúne las gatritis anacidas, las enterocolitis crónicas de mediana intensidad y las agudas de gran intensidad.

En último lugar, esto es, aquel donde las perturbaciones funcionales referidas son mínimas está formado por los procesos ulcerosos gastroduodenales, por las gastritis hiperacidas de curso crónico.

Durante 5 años, el A. y sus colaboradores de la cátedra Propedéutica del Instituto de Medicina de Kuybishev, han tratado numerosos en tóxico de Bogomoletz. El contingente mayor está dado por ulcerosos duodenales o gástricos, enfermos que a la par seguían el régimen dietético apropiado y a veces atropina: en 22 % se consiguió la supresión total del cuadro clínico cuando se añadió el suero citado.

Cita el A. otra serie de porcentajes siendo de resaltar el de mejoría subejetivas logradas en la terapéutica sintomática de tumores digestivos inoperables.

Concluye que debe recomendarse en el tratamiento de los enfermos crónicos de aparato digestivo la sumación del suero antireticular cito tóxico a todo otro proceder terapéutico que cada caso imponga, pues añadiendo el suero se consigue más rápidamente mejorar los enfermos y aun prololngar la vida de aquélloi que padecen procesos en absoluto incurables.

RESULTADOS DEL EMPLEO DEL SUERO ANTIRECTULAR CITOTOXICO EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.—*M. G. Serdiukov.* —(Vrachebnoe Dielo 3-4-153-1946).

El A. —Profesor del Instituto Obstétrico-Ginecológico de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS— resume en el artículo su experiencia de tres años de empleo del citado suero en distintos procesos de las ramas médicas mencionadas. Su material sobrepasa la cifra de 500 casos en total, siendo el menor de cada subgrupo aquél que abarca 15 enfermas con graves toxicosis de embarazo.

Siempre ha utilizado el suero intracutánaemente, en la cara anterior del antebrazo, a las dosis de:

0,1—0,2—0,3: el primer curso, y

0,2—0,3—0,5—07, en cada uno de los cursos posteriores esparados siempre unos por intervalos no menores de un mes. Entre cada inyección, 3 días de intervalo. No aumentar la dosis más que cuando la reación no haya existido o sea muy débil.

En más de 3,200 inyecciones realizadas jamás ha presenciado complicación alguna. Reacciones locales son algo frecuente pero siempre sin importancia; a veces reacción general manifestada por infarto ganglionar regional y aumento de temperatura de breve duración.

Efectos desfavorables no ha observado jamás. En total, según la experiencia del A., el 5 % las reacciones son tempestuosas (aunque sin consecuencias ni verdadera importancia) y en el 80 % restantes las reacciones transcurren con importancia que puede calificarse de mediana pero sólo en cuanto su intensidad momentánea.

El suero se aplicó siempre después de disolverlo hasta un 10 %.

El A. sostiene que la aplicación intracutánea es mucho más eficaz que la subcutánea.

Pasa revista a los resultados concretos de aplicación en procesos inflamatorios,
perturbaciones funcionales endocrinas e infantiles de los órganos sexuales,
metropatías fibrosas y fibromiomas,
transtornos climatéricos o debiods a hipertensiones,
toxicosis de embarazo,
hipogalactias,
convalescencias después de intervenciones quirúrgicas casi siempre por cáncer,
diferentes procesos no ginecológicos acompañando o complicando procesos inflamatorios localizados en el aparato sexual femenino.

El trabajo, que contiene observaciones relevantes de un gran sentido cluínico y de hallarse bien observados los enfermos, finaliza con una serie de conclusiones tendentes a sostener que el empleo del suero antireticular citotóxico presta grandes servicios y utilidad en muchos procesos ginecológicos y obstétricos. Está sobre todo indicado —según el A.— en el síndrome climatérico, en los transtornos por insuficienicas endocrinas múltiples, en las endocervicitis, entodas las lesiones que suelen designarse, por algunas escuelas, como precancerosas, en las complicaciones inflamatorias que suelen acompañar a las fibromiomas, en las toxicosis de la primera mitad del embarazo y en las hipogalactias. En muchísimas ocasiones, la acción es puramente sintomática pero siempae de gran duración (de1 a 2 años en el 50 % de los casos) y proporciona gran alivio a los enfermos.

Cuando los efectos favorables cesan, puede repetirse el tratamiento y casi siempre se vuelve a conseguir el primer resultado logrado.

Este trabajo es también de utilidad por resumir todos los efectuados con este proceder terapéutico en Obstetricia y Ginecología que son, quizás, las ramas médicas en que se había empleado menos.

XI

Información del Ateneo Ramón y Cajal

Una serie de coincidencias desafortunadas impidió, tanto a la junta directiva del Ateneo Ramón y Cajal como el consejo directivo de esta Revista Médica, que se rindiese el acostumbrado y sincero homenaje en el aniversario de la muerte del gran sabio español, cuyo nombre nos honra: Santiago Ramón y Cajal. Cierto, siempre le recordamos y nos enorgullecemos de ser sus discípulos pero, por eso mismo, nos apena dejar el 17 de octubre sin expresión pública de nuestra devoción.

No quisimos que tal recuerdo pudiera ser tachado de tardío y ninguna mención se hizo en el anterior número de la Revista.. Si hoy restificamos, débese a la emoción despertada en nosotros cuando ha llegado a nuestras manos el número 6 de la Revista Médica soviética "Vrachebnoe Delo" (Temas Médicos), el cual inserat el artículo que traducimos a continuación. Nos parece el mejor modo de agradecer a los colegas soviéticos, tanto la oportunidad de su gentil recuerdo, como el acertado enjuiciamiento de cuanto significa la obra del más noble representante de la ciencia médica española.

pregnación de *Golgi*. El segundo período (1903-1913), enlazado con el descubrimiento de la técnica del nitrato de plata reducido, abarca esencialmente el análisis de la estructura de las neuronas, su génesis, las cuestiones de degeneración y regeneración del sistema nervioso. El tercero y último período (1913-1934) se distingue por la actividad floreciente de *Cajal* y su escuela en la técnica microscópica, hasta alcanzar una productividad jamás lograda anteriormente. Durante él, los objetos de estudio fueron, sobre todo, el sistema nervioso de los invertebrados y las neuroglias de los vertebrados. A la par, esta tercera época significó un incalculable avance en el análisis de los elementos de la glía.

Cuanto acabamos de señalar son los objetivos dominantes en cada una de las tres épocas, pero este o el otro tema fueron siempre sistemáticamente estudiados en todas ellas. En 1913, cuando *Cajal* publicó su técnica del oro sublimado, que venía a sustituir los anteriores procederes tan trabajosos como caprichosos, y que hacía perfectamente asequible, de manera clara y fiel, la percepción de la glía nerviosa, yo introduje tal técnica en el Laboratorio de Neurohistología —dirigido por mi— del Instituto Médico Femenino de Jarkov. Después, constantemente hemos se-

Por el Prof. Emérito

A. I. Gueimanovich.—(Jarkov)

El 17 de octubre de 1934, después de una breve enfermedad, se cortó la vida de este genial sabio que a los 82 años, tras 61 de un intenso trabajo médico-biológico, conservaba plenamente la frescura de su pensamiento y su altísima capacidad de rendimiento.

Tanto los biógrafos de Ramón y Cajal como los historiógrafos de las conocimientos sobre el sistema nervioso, acostumbran a dividir la vida de Cajal en tres períodos, en cada uno de los cuales el trabajo del sabio español caminó por sendas distintas. Lo que es igual a decir que, hay tres épocas en la ciencia ligadas al nombre de Cajal. He aquí estos tres grandes períodos científicos.

El primero (1888-1903) hállase relacionado, sobre todo, con el estudio de la morfología de las células nerviosas, de las relaciones entre ellas y la estructura de los centros superiores. Desde su iniciación, esta época encuéntrase ligada al material reunido por *Cajal* para su teoría de la neurona, y cuyo punto de partida fué la utilización racionalmente progresista de los principios de im-

guido todas las aquisiciones técnicas y de investigación alcanzadas por *Cajal* y su escuela, utilizando sus conclusiones y también sus ideas, incluso después de su muerte. Desde 1921, nuestros trabajos, particularmente sobre glía, han sido realizados en el nuevo Laboratorio histológico del Instituto Psiconeurológico de Jarcov. Y, como en el tercer período de los citados la escuela de *Cajal* se ocupó de manera esencial de investigaciones sobre la patología del sistema nervioso, nosotros hemos seguido aprovechando sus esfuerzos, sus conclusiones, iluminadoras de no pocos aspectos de tal patología, habiendo conservado largo tiempo un enlace directo con el sabio, cuyas publicaciones, y las de su Instituto, hemos recibido sistemáticamente.

Santiago Ramón y Cajal, hijo de un pobre médico provinciano, nació en Aragón el 1 de mayo de 1852. A pesar de que sus primeros estudios estuvieron varias veces interrumpidos —por inclinarse *Cajal* hacia otras actividades— se licenció a temprana edad; en 1873, en la Facultad de Medicina de la antiquísima Universidad de Zaragoza. Desde niño era un enamorado de la naturaleza y el bello paisaje aragonés dictó su inclinación por el dibujo, comenzando muy pronto a pintar acuarelas y consiguiendo en seguida dominar el pincel, circunstancia que le ayudó muchísimo en su posterior trabajo microscópico; se cuentan por miles sus dibujos personales de campos microscópicos y cuantos conocemos poseen finísima calidad. Luego, aficionándose a la fotografía ideó diversos mejoramientos técnicos e incluso en 1912 escribió una obra sobre "Fotografía de los Colores", de suerte que este gran hombre supo enlazar su trabajo microscópico con sus aficiones artísticas.

Al principio de su trabajo hubo de vivir muy modestamente, en circunstancias materiales por demás estrechas hasta el punto de que inclusive no le era posible adquirir cualquier nuevo objetivo para su microscopio. Era tan angustiosa su posición en Madrid que algunos de sus trabajos hubieron de imprimirse gracias al esfuerzo económico de sus discípulos y admiradores extranjeros en buena situación. Así, p. e., fué editado su manual de técnica microscópica —escrito en colaboración de uno de sus discípulos, *De Castro*— en 1934-35 y así también había llegado a la imprenta ,anteriormente, su obra sobre degeneración y regeneración del sistema nervioso.

Después de titularse médico, trabajó un año como disector anatómico hasta que, en cumplimiento de sus deberes militares, fué enviado a Cuba donde adquirió un paludismo y na parasitosis intestinal que ya acompañó toda la vida a *Cajal*. Al regresar a España, se reincorpora a su puesto como Profesor Auxiliar de Anatomía, gana, en 1873 la cátedra de Valencia y al reformarse la enseñanza médica, en 1887, pasa a Barcelona como Catedrático de Anatomía Histología normal y patológica para, 5 años después, pasar a la Universidad de Madrid donde, por espacio de 30 años, hasta 1922, ejerce sus labores docentes. Describir, paso a paso, el resto de su vida implicaría citar uno por uno sus trabajos, los honores recibidos...

Nada hay tan dispar como una vida de otra vida. Y sobre todo cuando se trata de grandes sabios. La de *Cajal* fué bien particular. En sus comienzos no le mimó la fortuna, pero él supo vencer todos los obstáculos. Precozmente fué médico, llegó precozmente al profesorado y precozmente —a los 35 años— consiguió ver la neurona, acontecimiento único en la historia de la ciencia. Pudo dar por bien sufridos aquellos malos comienzos.

Fué un sabio polifacético. Decir que sus orientaciones, su trabajo eran las de un histofisiólogo no es decir poco para la época de *Cajal* y sin embargo no abarca toda su personalidad. En la más amplia concepción de la palabra, *Cajal* fué un biólogo. Trabajaba con cadáveres pero pensaba en el hombre vivo. Delante de él, paso a paso, fué abriéndose el inmenso mundo interno cerebral; particularmente cuando comenzó a profundizar sus estudios sobre la glía nerviosa.

Una de sus características más esenciales fué el no ser simplemente un orientador, un maestro, de quienes trabajaban con él sino participar de manera inmediata en el trabajo de ellos, del Instituto en pleno. Modesto, poco exigente de confort y comodidades para la investigación, incansable, enseñaba a los demás de que suerte el verdadero trabajador de laboratorio no conoce los límites de su tiempo, de sus fuerzas y entrega todo a la idea que persigue. Enseñaba, además, que es preciso adentrarse en todos los pasos del proceso de trabajo, que hay que dominarlos aunque por su sencillez puedan confiarse a otras gentes; sin ello, sin pasar por ahí no se llega a dominar una ciencia, una técnica científica por mucho talento y conocimientos bibliográficos que se posean. Enseñaba también que hay que publicar y que hay que enseñar. Muchas de sus publicaciones tienen la finalidad de adiestrar como debe trabajarse, como hay que aprender a trabajar.

El recuerdo de *Ramón y Cajal* no morirá jamás. Sus servicios a la Humanidad, sus tendencias vitales, sus innúmeras intuiciones del futuro son tanto más admirables cuanto que fueron conseguidas bien lejos de los lugares que se consideraban —y eran— centros del pensamiento biológico mundial; se consiguieron en el Estado pirináico cuyo aislamiento científico es bien co-

nocido. Quizá por ello, es por lo que muchas de las adquisiciones de *Cajal*, de sus ideas, no han alcanzado en el mundo la merecida altura y quizás también por eso es por lo que se observa constantemente en Europa falta de voluntad, de deseo de reconocer cuanto hizo *Cajal*, y, en consecuencia, la técnica de "olvidar", de no tener en cuenta los conceptos de él y su escuela.

Pero la historia entera sabe de muy pocos casoso en que un hombre haya hecho a la ciencia de la vida aportaciones de tanto interés, tan nuevas, tan progresivas, tan importantes.

NECROLOGICA

WALTER EDWARD DANDY

Aacaba de desaparecer uno de los más altos valores de la Medicina actual. El mejor, tributo que se le puede rendir, a tan preclaro hombre de ciencia, es el exponer su Biografía, lo más detalladamente posible, con el fin de que nos podamos dar cuenta del esfuerzo magnífico y tenaz realizado, por el sabio neurocirujano, en favor del progreso biológico, al mismo tiempo, que una vida tan ejemplar y plena de trabajo, nos sirva de estímulo y ejemplo.

Nació *Dandy* en 1886, de padres emigrados de Lancashire. Se graduó en 1910, e ingresó poco después como ayudante de *Harvey Cushing*, en el Laboratorio Old Huterian, del Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Sus primeros trabajos fueron sobre la circulación e inervación de la hipofisis. Desde 1913-18, realizó trabajos experimentales, unas veces solo y otras en colaboración con *Kermeth Blackfan*, sobre el mecanismo de la hidrocefalia. Demostró, en sus experiencias en perros, que el líquido céfalo-raquídeo, se forma en los plexos coroides. Consecuente, con sus deducciones experimentales, comenzó a tratar decididamente y con éxito el hidrocéfalo interno infantil, mediante la excisión de los plexos coroides en los ventrículos laterales.

La *ventriculografía cerebral fué descubierta por Dandy*, en 1917. Un incidente diagnóstico, a propósito de una radiografía de perforación intestinal, le sugirió la idea de inyectar aire en las cavidades ventriculares antes de practicar una radiografía. Modestamente, relata *Dandy* en "Annals of Sugery" de septiembre de 1919, el punto de partida que le llevó a concebir la ventriculografía. Es bien sabido, que después este medio diagnóstico, ha prestado inestimables servicios en el diagnóstico y localización de las lesiones intracraneanas, especialmente las de tipo productivo. *Dandy*, aplicó la ventriculografía al diagnóstico de los tumores de la klándula pineal y del tercer ventrículo. Fué el primer cirujano, que extirpó con éxito un tumor de la glándula pineal y un quiste coloide del tercer ventrículo. En ambos casos describió pautas quirúrgicas originales.

En 1922, dejándose llevar por su audacia quirúrgica, bien fundamentada en un perfecto conocimiento de la fisisopatología, abogó por la extirpación total de los tumores acústicos, oponiéndose, a la concepción más conservadora de su maestro Cushing, de la enucleación intracapsular.

Propuso y realizó la extirpación de los meningiomas basales a través del lóbulo frontal. Llegó a extirpar un hemisferio cerebral derecho en un caso de glioma. Su habilidad quirúrgica, y el perfecto conocimiento de la técnica le permitió llegar a los nervios craneales, a nivel del ángulo ponto cerebeloso. Así logró tratar la neuralgía del trigemino, extirpando la raíz sensitiva de el 5° par, en ambos lados. Al mismo tiempo dividió a este nivel el 8° par para tratar los vértigos, y el 9° para el tratamiento de la neuralgía del glosos-faringeo.

En 1929, describió la protrusión del disco intervertebral como responsable meniscal en los síndromes ciáticos y desde entonces la patogenia meniscal tuvo tal auge, que los trabajos sobre este tema son tan innumerables que incluso han llegado, a fijar en la mente de muchos médicos, que el prolapso posterior del menisco o del núcleo de *Schmorl* es la etiología exclusiva de el "low back pain". *Dandy*, con su buen sentido clínico y llevado de sus vastos conocimientos de fisiopatología, después de un periodo en que únicamente practicaba la extirpación del menisco, sin tener en cuenta otros factores etiológicos, entre otros, la inestabilidad del espinazo lumbar, rectificó ampliamente y durante sus últimos años complementaba, la extirpación de menisco, mediante la fusión vertebral, llevada a cabo de una manera atrevida y original, cruentando directamente las superficies de los cuerpos vertebrales.

Además, de realizar otras intervenciones originales, *Dandy*, contribuyó, al estudio de las lesiones cerebrales. Especialmente las formaciones angiomatosas merecieron su especial atención. Realmente, puede decirse que no hubo campo del sistema nervioso central, en que no realizase *Dandy* alguna brillante intervención.

Dandy, era un fisiopatólogo, con base experimental, en contraposición a su maestro *Cushing*, que fundamentaba sus concepciones más bien en la Clínica. Esta diferencia rígida y antitética muchas veces entre los conceptos de uno y otro les llevó a discusiones y a conclusiones muy diferentes, pero que en último término contribuyeron enormemente al ingente progreso de la Neurocirugía durante estos últimos años.

He aquí, expuesta a grandes rasgos la trayectoria de una vida fecunda, que ha jalonado de una manera ostensible con sus trabajos señeros, evidentes avances de la Neurocirujia en particular y de las Ciencias Médicas en general ¡Qué su labor de precursor y sembrador, no se interrumpa y tenga una continuidad fecunda, en sus múltiples alumnos y seguidores!—J. D'HARCOUT.

Una gran obra y un nuevo éxito de la sección de Química de Editorial Atlante

PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

por el
Prof. FRANCISCO GIRAL
Catedrático de Química Orgánica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Santiago (España)
Jefe del Departamento de Investigaciones Químicas en los "Laboratorios Hormona" (México)

a base de la obra alemana

PREPARACION DE PRODUCTOS QUIMICOS Y QUIMICOFARMACEUTICOS

por el
Prof. C. A. ROJAHN
Director de la Escuela de Farmacia y del Instituto de Química de los Alimentos de la Universidad de Hale (Alemania)

3 VOLUMENES
2200 PAGINAS
1131 PREPARADOS

PRECIO: m. n. $ 130.00
USA 26.00 Dlrs.

EDITORIAL ATLANTE, S. A.
MEXICO, D. F.
1947

sanatorio
Ortíz Tirado

Niños Héroes No 151
MEXICO, D. F.

Ofrece a los Sres. Médicos
sus siguientes servicios de:

Traumatología
Obstetricia
Radiodiagnóstico
Laboratorio Clínico
Fisioterapia
Cirugía Ortopédica
Ginecología
Radioterapia

Ambulancia para Traslado de Enfermos no Infecciosos

Productos "LABYS"

Hista=Septitrán

Reg. Nº 20647 S. S. A.

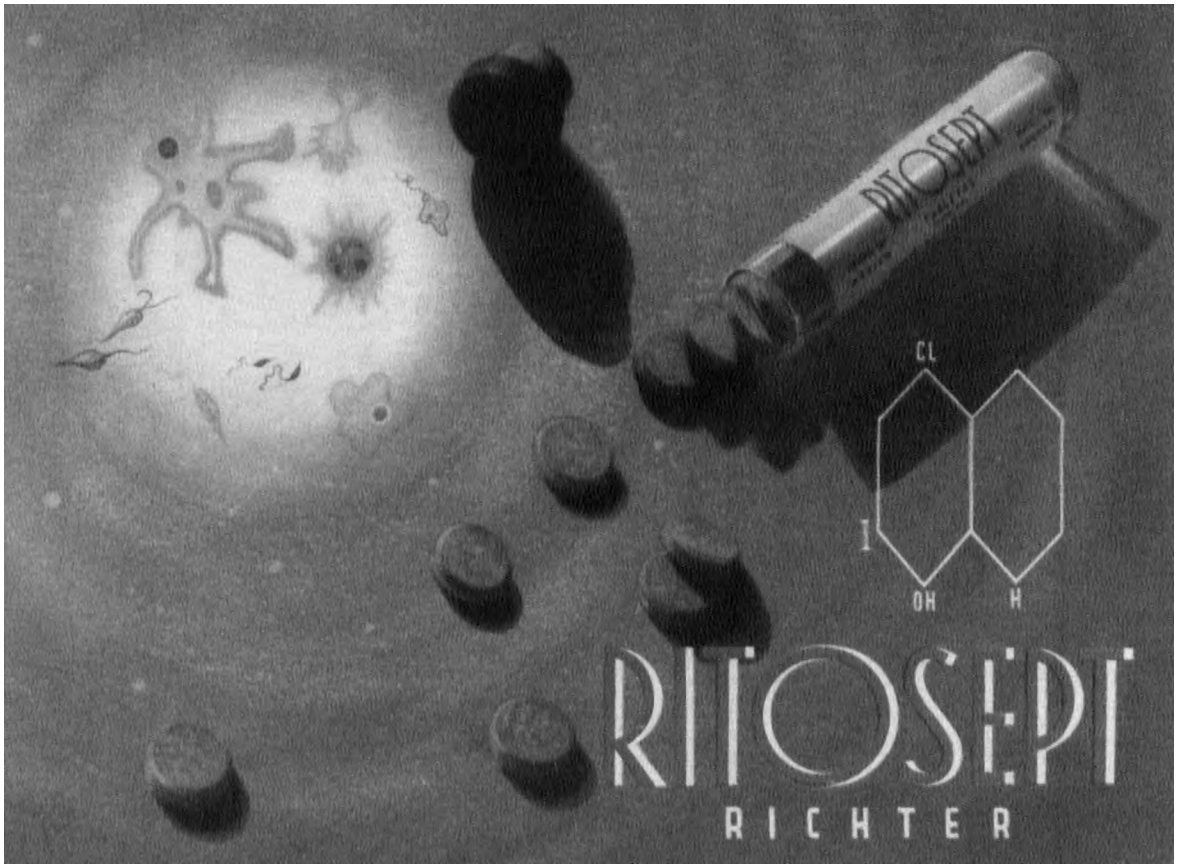
en el Tratamiento del

Reumatismo Articular Crónico y de las Afecciones Reumatoides

●

Laboratorios Americanos de Biología y Seroterapia, S. de R. L.

Reyna, 38. San Angel, Inn. Villa Obregón, D. F.


RITOSEPT
CL
I
OH
H
RITOSEPT
RICHTER

RITOSEPT TABLETAS RICHTER

YODOCLORO-OXIQUINOLEINA

Reg. No. 25899 D. S. P.

Producto antiamibiano y antitricomonico, derivado del ácido yodo-oxiquinolein sulfónico, pero menos nocivo y más eficaz que éste, dotado de enérgica acción antiamibiana tanto contra las formas vegetativas de la amiba histolítica como contra los quistes de la misma.

Presentación: Tubos con 20 tabletas de 0.25 grs. de yodocloro-oxiquinoleina.

Indicaciones:

Amibiasis: disenteria amibiana aguda y crónica. Trastornos digestivos por amibiasis crónica. Portadores de gérmenes.

Vaginitis por trichomonas vaginales.

PRODUCTOS GEDEON RICHTER (AMERICA), S. A.

Boulevard Miguel Cervantes Saavedra No.5

MEXICO, D. F.

TARJETA POSTAL

La Directiva del Ateneo RAMON Y CAJAL —a propuesta de su Sección Científica— ha estimado que uno de los más inmediatos servicios que puede rendir a todos los profesionales de la Medicina, la Sanidad y a todos los estudiantes de tales ramas universitarias es organizar una

SESION INFORMATIVA DE LOS ACTUALES PROYECTOS DE ORGANIZACION DE LA MEDICINA EN LOS DISTINTOS PAISES

Se informará sobre los principios y detalles esenciales de los proyectos aprobados o en discusión en

—Inglaterra, Australia,
—Suecia, Francia y otros países europeos,
—Estados Unidos de Norteamérica,
—Brasil, Argentina.

La sesión tendrá lugar en la última semana de Marzo y oportunamente se comunicará la fecha. Pero, a fin de una mejor organización, rogamos a quienes se interesen por el tema, nos comuniquen cuantas sugerencias e iniciativas estimen oportunas.

Impreso en los talleres de la Editorial Costa-Amic, Rep. del Salvador, 56 - México, D. F.

Crédito Editorial

Calle del General Prim, Nº 110. Teléfono 18-67-60

Libros de Medicina y Técnicos

Solicite nuestras condiciones de ventas en mensualidades.

Ultimas Novedades Recibidas

American Medical Association: TRATADO DE LA NUTRICION. Traduc. de los doctores Dn. Nilo Eandi y Fanny F. de Eandi.—Buenos Aires, Editorial "Futuro", 1945.

1 vol., 539 págs., enc. ..... $ 45.00

El objeto del presente estudio —dice el Dr. James C. Mc. Lester, Presidente del Consejo de Alimentos y Nutrición de la Asociación Médica Norteamericana— no es sólo el de exponer los desórdenes nutritivos sino que se persigue con él un fin mucho más amplio: el mejoramiento de la raza. Colaboran en él, encargándose de la redacción de cada capítulo los más prestigiosos investigadores y clínicos norteamericanos sobre la materia.

Franz Hamburger: LOS FUNDAMENTOS DE LAS NEUROSIS DE LA INFANCIA. Traduc. castellana de la Dra. Augusta A. de Mondolfo. Buenos Aires, Editorial Americalee, 1946.

1 vol., 378 págs., enc. ..... $ 9.00

Reflejan las páginas de este libro las observaciones de más de 30 años en que el autor fué director de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Viena.

Carlos Diez Fernández: ANALISIS DE UNA MEDICINA SOCIALIZADA. (Seis años trabajando en la URSS). México, 1946.

1 vol., 353 págs., grab. inter., rúst. ..... $ 8.00

Recoge el autor en esta obra su experiencia de trabajo en la URSS donde ha permanecido seis años y llegado a ser el Jefe del Despacho de consultas del Instituto Central de la URSS de Investigaciones Científicas de Tuberculosis.

A. V. Vischnievsky: LA ANESTESIA LOCAL POR EL METODO DE LA INFILTRACION GRADUAL. Buenos Aires, 1946.

Una nueva aportación basada en profundos estudios y que renuevan la técnica de la anestesia respaldada por una amplia práctica y expuesta con detallada minuciosidad.