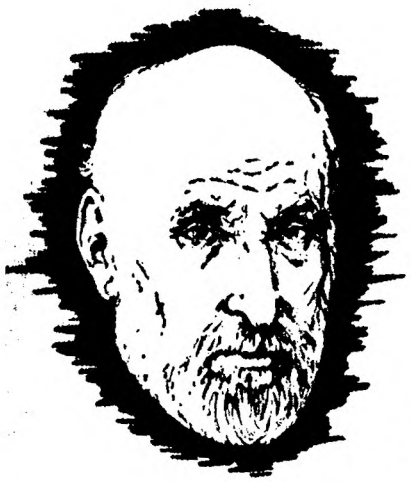


Revista Médica del Ateneo Ramón y Cajal

SUMARIO:

I.—ESTUDIO DE CONJUNTO DE UN TEMA.—
M. Morayta.—La bacteriemia en Estomatología 367
II.—TRABAJOS DE OBSERVACION Y EXPERIMENTACION.—
L. Gerez Maza.—Tratamiento quirúrgico de los cánceres de esófago y de los cánceres de estómago de localización alta 389
J. Bejarano.—Algunas características de la lepra en México 401
J. Viñas Espún.—Observaciones sobre la sinergia entre las sulfamidas y el ácido ascórbico 406
A. Barreiro.—Las indicaciones en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. 412
III.—MEDICINA PRACTICA.—
J. Sanz Astolfi.—Dos casos clínicos 416
Referata terapéutica 417
Transcripción terapéutica: *G. Grile.*—Peritonitis de origen apendicular, tratada mediante dosis masivas de penicilina 419
Estructura química de los antibióticos 424
IV.—COMENTARIOS.—
Ciencia y Política 426
V.—CONCEPTO, ESTADO Y PROBLEMAS DE LA ORGANIZACION MEDICA MUNDIAL.—
C. Diez Fernández.—Carta abierta 428
Encuesta sobre el trabajo e ingresos de los médicos 433
Sin título 433
Rendimiento diagnóstico del Servicio Médico Nacional chileno 434
Semisocialización de la Medicina Sueca 434
VI.—MEDICINA Y SANIDAD EN EUROPA.—
Estado nutritivo en Viena. 436
Datos sobre la población holandesa 436
Avance de los resultados de una encuesta sobre los problemas económicosociales ligados al parto 437
Informaciones médicas (Francia, Checoeslovaquia, Suiza, Italia, URSS) 438
VII.—ENSEÑANZA MEDICA.—
Los estudiantes de Medicina ingleses y el Servicio Nacional de Salubridad 444
Estudiantes de Medicina en París 445
Facultades Médicas Europeas 445
Incremento de los estudiantes y médicos del sexo femenino en los EE. UU. de Norteamérica 446
Escuelas Médicas en la URSS 447
Enseñanza Médica en China 447
Sobre la educación Médica en Alemania 448
VIII.—NOTICIAS Y AMENIDADES 450
IX.—CRITICA DE LIBROS. 454
X.—ANALISIS DE REVISTAS.—
Prensa norteamericana, 461.—Prensa Latino Americana, 464.—Prensa Francesa, 466.—Prensa Centro-Europea 467

IIa. Epoca **México. Abril de 1947** **Núm 4**

A TODOS LOS AFILIADOS AL ATENEO RAMON Y CAJAL

A LA CASE MEDICA MEXICANA

Esta REVISTA MEDICA es el órgano de expresión científica del ATENEO RAMON Y CAJAL, teniendo como finalidades:

—defender la cultura española en el exilio,

—laborar por la mayor difusión y gloria de la ciencia médica mexicana y

—lograr la máxima compenetración entre los profesionales médicos mexicanos y los emigrados españoles de igual profesión.

Para el cumplimiento de los objetivos señalados, funciona autonómicamente bajo los cuidados del siguiente *Consejo de Redacción*:

Julio Bejarano; Luis Berlanga; Ismael Cosío Villegas; Isaac Costero; Joaquín D'Harcourt; Fernando Latapí; Manuel Márquez; Miguel Jiménez; Carlos Parés; Magín Puig Solanes; Mario Salazar Mallén; Demetrio Sodi Pallares y José Torre Blanco. SECRETARIO DE REDACCIÓN: *Carlos Diez Fernández.*

La REVISTA MEDICA DEL ATENEO RAMON Y CAJAL se publica mensualmente, en números aproximadamente de 100 páginas de texto formando volúmenes semestrales.

Los trabajos originales y las referatas deben ser enviadas en cuartillas escritas a máquina por una sola cara.

Las fotografías o radiografías, microfotografías, etc., y demás ilustraciones, deberán venir pegadas en cuartillas, en las que se consigne el número de orden y la explicación de su contenido; en el texto se indicará claramente el sitio de colocación de cada grabado. Cuando la índole del trabajo lo permita, se expondrá al final un breve resumen de su contenido, o las conclusiones a que en él se llegue. La casuística debe reducirse a un solo caso de cada grupo o tipo. En la documentación gráfica ha de huirse de toda superfluidad. No se remiten pruebas a los autores.

Las referatas de trabajos científicos aparecidos en otras revistas se redactarán en forma clara y concisa, consignando al comienzo:

a) El nombre del autor o autores.

b) La traducción española del título.

c) El título en el idioma original.

d) La revista en que se haya publicado, consignando el nombre, volumen, número, página y fecha de la publicación; mes y año en las mensuales, y día, mes y año en las semanales.

Ejemplos: SELENSKY, H.—"Aracnoiditis espinal diseminada. Su diagnóstico y tratamiento con los rayos X" (Disseminated spinal arachnoiditis; its diagnosis and treatment with Roentgen rays).—*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 35, núm. 6, junio 1936.

GRUNET, R.—"Sobre la migraña de origen ocular en los niños y jóvenes" Ueber aubenbedingte Migräne in Kinde und Jugendalter).—*Münchener Medizinische Wochenschrift*, año 35, número 35, 2 septiembre 1938.

Igual forma de citar las revistas se empleará en la bibliografía de los trabajos originales.

Publicaremos un juicio sobre cada libro o trabajo del que se envíen dos ejemplares a nuestra Redacción.

TODOS LOS TRABAJOS, INCLUYENDO ANALISIS DE REVISTAS, QUE NO LLEVAN LA FIRMA DE SU AUTOR, CORRESPONDEN A MIEMBROS DEL CONSEJO DE REDACCION.

De los trabajos publicados responden sus autores.

SOLICITAMOS CANJE

Toda correspondencia debe dirigirse al Dr. Carlos Diez Fernández, Roma 48-2°. México, D. F.

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

AMINOSAS

kriya

Su composición es análoga a la de los sistemas de coenzimas

Fórmula

Aminoácidos totales de la caseína	40.	gramos
Vitamina B1 (clorhidrato de thiamina)	6.66	mgrs. (2,222 U.I.)
Vitamina B2 (riboflavina)	6.66	mgrs.
Vitamina B6 (clorhidrato de piridoxina)	3.33	mgrs.
Acido nicotínico (niacina)	50.	mgrs.
Pantothenato cálcico	10.	mgrs.
Vitamina C (ácido ascórbico)	83.33	mgrs. (1,666 U.I.)
Pirofosfato sódico	300.	mgrs.
Sacarosa c. b. p.	100.	grs.

Su contenido en aminoácidos *esenciales* es el siguiente:

	Gramos de aminoácidos por 100 gramos del preparado
Arginina (ácido alfa-amino-delta-guanidin-valeriánico)	1.64
Histidina (ácido alfa-amino-beta-imidazol-propiónico)	1.00
Lisina (ácido alfa-amino-epsilon-amino-caproico)	2.76
Tirosina (ácido alfa-amino-beta-p-hidroxifenil-propiónico)	2.56
Triptofano (ácido alfa-amino beta-indol-propiónico)	0.72
Fenilalanina (ácido alfa-amino beta-fenil, propiónico)	2.08
Cistina (ácido di-alfa-amino-beta-thiopropiónico)	0.15
Methionina (ácido alfa-amino-gamma-metil-thiolbutírico)	1.40
Threonina (ácido alfa-amino-beta- hidroxi-butírico)	1.56
Leucina (ácido alfa-amino-isocaproico)	4.84
Isoleucina (ácido alfa-amino-beta-metil-valeriánico)	2.60
Valina (ácido alfa-amino-isovaleriánico)	2.80

Su contenido en aminoácidos *no esenciales* es el siguiente:

	Gramos de aminoácidos por 100 gramos del preparado
Serina (ácido alfa-amino-beta-hidroxi-propiónico)	2.60
Acido Glutámico (Ácido alfa-amino-glutárico)	9.12
Acido Aspártico (ácido amino-succínico)	2.52
Glicocola o Glicina (ácido amino-acético)	0.20
Alamina (ácido alfa-amino-propiónico)	2.24
Prolina (ácido pirrolidin-alfa-carboxilico)	3.28
Hidroxiprolina (ácido gamma-hidroxi-pmirrolidin-alfa-carboxílico)	0.80

Elaborado por Laboratorios Kriya, S. A.

Ave. José María Rico 317 — Mixcoac-Valle — México, D. F.

DICUMARIN LABYS

Reg. Nº 30394 S. S. A.

Está indicado en el tratamiento y profilaxis de la TROMBOSIS y EMBOLIA. Su empleo preoperatorio disminuye la incidencia de la TROMBOFLEBITIS PULMONAR en aquellos casos en que ordinariamente se presenta o puede ser esperada. Da buenos resultados en el tratamiento de la TROMBOSIS de la VENA CENTRAL de la RETINA, así como en cirugía vascular. Debe emplearse para tratar la TROMBOFLEBITIS y la TROMBOSIS CORONARIA AGUDA.

El DICUMARIN tiene sobre la HEPARINA, las siguientes ventajas:

1º.—Efectividad terapéutica por vía oral.
2º.—Acción prolongada.
3º.—Posibilidad de neutralizar inmediatamente su acción.

PRESENTACION: Frasco con 75 comprimidos de 25 mgrs. PARA VIA ORAL

YOQUIN LABYS

Reg. Nº 29647 S. S. A.

El YOQUIN es un compuesto resultante de la introducción de dos átomos de yodo en la 8-hidroxiquinolina, convirtiéndola en 5, 7 Diyodo 8-hidroxiquinolina.

Actúa de una manera similar al vioformo y quiniofón o yatren, por su contenido en yodo, pero su valor terapéutico es superior al de estos, por contener mayor cantidad de yodo, pues mientras el chiniofón tiene 27% y el vioformo un 40% el YOQUIN contiene un 64%. Así como el vioformo es más efectivo y menos tóxico que el quiniofón, el YOQUIN es el más efectivo y menos tóxico de estos tres compuestos.

INDICACIONES.—Disentería amibiana aguda y crónica.
DOSIS.—7 a 10 comprimidos diarios durante 20 días.
PRESENTACION.—Frasco con 75 comprimidos de 0.21 gr.

LABORATORIOS LABYS

Reina, 38 Villa Obregón, D. F. MEXICO

Revista Médica
del Ateneo
Ramón y Cajal

Redacción y
Correspondencia
Roma 48-26
México, D. F.

Registrado al N° 74458, como artículo de segunda clase en la Administración de Correos de México, D. F. el 12 de Diciembre de 1946.

II Epoca. Abril, 1947. Núm. 4

I

Estudio de Conjunto de un Tema

LA BACTERIEMIA EN ESTOMATOLOGIA

Dr. Miguel Morayta. (1)

I

Introducción

SIENDO nuestro propósito revisar el problema que plantea la cirugía menor oral (extracciones y manipulaciones odontológicas) en la producción de la *bacteriemia transitoria*, y sus posibles secuelas en enfermos afectados de diversas cardiapatías, hemos creído conveniente, a fin de poder abordar en condiciones el estudio antes mencionado, hacer una revisión previa de la principal literatura científica relacionada con el tema que nos ocupa; esto es, la *bacteriemia en el campo estomatológico*. Estimamos que tal cosa ha de preceder a la exposición de las investigaciones realizadas y a la relación de resultados. Naturalmente que hemos tratado de recoger lo más interesante, lo que consideramos como más esencial, pero sin perdernos en una excesiva cantidad de datos, tan abundantes como reiteradamente repetidos, que están puestos de manifiesto en la literatura correspondiente.

Para hablar de los diferentes aspectos de la bacteriemia transitoria, en relación con los focos sépticos bucales, es necesario citar, siquiera sea de una manera esquemática, lo que pudiéramos calificar como primeras aportaciones tanto al concepto de "infección focal" como a su evolución. Si consideramos que el proceso evolutivo de la Medicina, en toda su gran complejidad, está superándose de continuo con nuevas y magníficas conquistas de la ciencia, es natural suponer que la infección focal dental no es una excepción en este orden de superaciones. Y ciertamente no lo es. Podemos afirmar que hoy día ocupa un lugar destacado en el campo de la medicina, ante la posibilidad de que semejante infección pueda ser una causa, o al menos un importante factor contribuyente, en muchas de las entidades patológicas que tiene frente a si el diagnóstico médico. Podemos establecer, finalmente, que dentro de la teoría general de la infección focal, la infección dental es una de sus manifestaciones más importantes.

Infección Focal

Al bucear entre la gran cantidad de datos que, con referencia a los focos dentales, han sido entresacados por numerosos investigadores, nos encontramos con el hecho de que la primitiva luz nos llegó, nada menos, que desde los remotos tiempos de la que fué maravillosa civilización de Egipto. Podemos citar tambiéen el bien elocuente dato de que el año 650 A. C., *Arad-Nana* salvó la vida del rey *Annaper-Essa* por el solo hecho de hacerle la extracción de los dientes. El escrito original acerca de lo que decimos se encuentra en una tabla cuneiforme que se conserva en el Museo Británico de Londres (British Museum). De otra parte se atribuye a *Hipócrates* el haber indicado la relación existente entre la angina y el reumatismo, lo que decididamente es de considerable interés, si tenemos en cuenta que es con la posterioridad de varias centurias cuando se han

(1) Del Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Cardiología.

hecho contribuciones acerca del papel del "foco" en los procesos reumáticos.

Entre las primeras aportaciones que pudiéramos calificar de modernas sobre la infección focal, como posible causa de enfermedad general, merece recordarse, entre otros, a *Rush* (1818), *Black* (1824), *Garretson* (1890), *Miller* (1891), *Forsner* (1902) y *Rickman Godlee* (1903).

Se considera que es *Gurich*, médico práctico, uno de los precursores de la noción sobre "infección focal", debido a su trabajo publicado en 1905. Pero es realmente *William Hunter*, en 1898, quien señala la importancia de la "infección focal" e introduce en la literatura médica el término de "sépsis oral", ampliando el valor de este concepto en sus interesantes trabajos presentados en un simposium sobre el tema: "Sépsis oral como un factor de enfermedad sistémica", hecho que tuvo lugar en 1904 con motivo de la inauguración de la Sección de Cirugía Dental en el British Medical Association. Más tarde, el mismo autor amplia estos trabajos en la MacGill University de Montreal (Canadá).

Paessler, en Alemania, desde 1909, es uno de los paladines de la "infección focal" en sus trabajos, conferencias, etc. En este sentido habla de amígdalas, senos, dientes, oído medio y aparato genital.

Estos primeros pasos, que pudiéramos calificar también de balbuceos científicos, sobre el tema que tratamos han dado lugar, como suele acontecer casi siempre, a controversias y disputas entre las diferentes escuelas, con el ánimo cada una de ellas de atribuirse los laureles de la primera contribución. De tal suerte, *Worms* y *Le Mée* reclaman el concepto de "infección focal" como siendo de origen francés, toda vez que fué *Jean Luis Petit*, cirujano francés del siglo XVII, quien en su "Traite des Maladies Chirurgicales" dice lo siguiente:

"La caries de un diente es causa de una gran cantidad de enfermedades que parecían tener poca o ninguna relación con el aparto dentario. Posiblemente asombrará el saber que fiebres regulares o irregulares, precedidas de escalofríos, acompañadas de tos, frecuentemente seca y sin expectoración, pueden ser producidas por la referida causa detal". Así se expresaba *Petit* hace tres siglos.

De otra parte, un foco de infección fué definido y explicado por *Billings* como "un área circunscrita de tejido infectado con microorganismos patógenos". Según él, los focos de infección pueden ser primarios o secundarios. El foco primario está corrientemente localizado en los tejidos, comunicando con un área mucosa o superficie cutánea. El foco secundario es el resultado directo de la infección de los tejidos contíguos, o a distancia a través de la red vascular, linfática o sanguínea. Por lo general, como consecuencia del foco primario, puede producirse la infección sistémica e intoxicaciones, y asímismo pueden los organismos infectantes difundirse en otros tejidos distantes, para determinar entonces un foco secundario de infección.

En indudable que, después de las interesantes aportaciones de *Hunter*, el equipo de Chicago, dirigido por *Billings* y compuesto de clínicos, patólogos e investigadores, así como también las importantes aportaciones de *Rosenow*, han realizado el mayor y más completo trabajo en la concepción de la infección focal como un factor etiológico en las enfermedades sistemáticas. Este grupo citado de investigadores tiene aportadas pruebas suficientes de haber realizado una muy seria correlación de fases clínicas y experimentales sobre pacientes, todo lo cual se encuentra recogido en la excelente monografía de *Billings*, "Focal Infection. Es de destacar en forma sobresaliente la labor de *Rosenow* quien, aunque también ha pasado por el trance doloroso de algunos fracasos, ha presentado de una manera más convincente las fases experimentales sobre infección focal, ya que sus brillantes trabajos han hecho también contribuciones muy importantes y fundamentales a la bacteriología, demostrando que las bacterias concernientes al foco crónico de inlección tienen gran sensibilidad a la tensión de oxígeno, y que el cultivo de estos organismos, así como la reproducción de lesiones en animales, requiere unas muy especiales y adecuadas técnicas de laboratorio.

Desde el junto de vista específicamente estomatológico, merecen destacarse algunos nombres de profesionales que han hecho contribuciones experimentales y clínicas acerca del problema de la infección focal; tales son, entre otros varios, *Moody*, *Meisser*, *Maye*, *Moorhead*, *Black Gilmer*, *Price*, *Irons*, *Hatton* y los interesantes trabajos de *Hande*, con su monografía "Dental Infection and Systemic Disease".

Según *Billings*, la "infección focal" puede considerarse como "metastásica, sistemática, o local, dependiendo estas clasificaciones de los microorganismos infecciosos o sus toxinas, llevados dentros del torrente circulatorio desde una infección o foco". Creemos que son de gran interés las observaciones que hace el mismo autor al decir: "que los ganglios linfáticos, infectados secundariamente desde el foco primario, constituyen depósitos o receptáculos adicionales de infección focal; verdaderos focos sépticos secundarios, que pueden subsistir después de la eliminación espontánea o terapéutica del foco séptico primario. Otros focos sépticos secundarios pueden aparecer en cualquier lugar, como expresión de la infección general o

local iniciada en el foco primario. La siembra se hace en el torrente circulatorio, debido a embolias microbianas, por lo general, y los tejidos secundarios infectados constituyen nuevos focos sépticos, explicando ello, en parte, la cronicidad de muchas infecciones locales o generales". Estas palabras de *Billings* son muy dignas de no olvidarse.

Para *Rosenow*, "el foco séptico dental es diseminado por la sangre y produce infecciones en la misma y en otras partes del organismo, incluyendo el endocardio". El mismo autor demuestra, más tarde, la afinidad existente entre los estreptococos y los tejidos del cuerpo; es decir, que viene a comprobarse, según él, la determinación del foco por el poder electivo de localización del estreptococo hallado en aquél; semejante comprobación la realiza mediante la inoculación en el conejo de las bacterias encontradas en el referido foco. Con la reproducción, en un animal, de la misma enfermedad que sufre el paciente, se podría considerar el foco de aquel como el causante de la lesión. En una palabra, que las bacterias del foco, que en el hombre provocan una determinada enfermedad secundaria, adquieren tal afinidad particular, que realizando experimentos en animales se reproduce en ellos la misma enfermedad; es decir, que manifiestan lo que *Rosenow* denominó "poder electivo". Otros investigadores han realizado pruebas experimentales, sobre animales de laboratorio, para comprobar este poder electivo; en algunos casos se pudo comprobar tal poder, pero en otros, las pruebas no dieron un resultado satisfactorio. A estos fracasos experimentales, que vienen a refutar los resultados de *Rosenow*, éste alega que los investigadores no siguieron las mismas técnicas bacteriológicas que él, lo que considera como de importancia extraordinaria para una valoración científicamente exacta del resultado.

La comprobación de la existencia de cuerpos inmunizantes en la sangre, podría demostrar la emigración de gérmenes de un foco séptico al medio circulante. *Rosenow* demostró que cuando las pruebas serológicas son negativas, esto puede interpretarse como que el proceso de infección es demasiado benigno para que sea capaz de elevar el tenor de aglutininas y anticuerpos en la sangre, pero que, sin embargo, cuando se realizaron los ensayos con sueros hiperinmunizantes los resultados fueron positivos; la mayoría de las especies aisladas fueron aglutinadas por estos sueros.

Por otro lado hay que señalar que los estudios de *Noyes* y *Dewey*, en 1917, sobre la distribución de los vasos linfáticos en la pulpa dental y membrana peridental, así como la de las estructuras vecinas al diente, han sido una importante contribución para explicar la transmisión, por los dientes, de la infección focal.

El foco séptico ha sido estudiado en los distintos campos de la medicina y cirugía; ha sido ampliamente discutido y se han llegado a formar escuelas de las más variadas y opuestas tendenciasc. Sobre la relación de un foco dental con otros trastornos a distancia hay abundantes pruebas en la literatura. Así podemos citar las publicaciones de *Rush, Barker, Wilcox, Cecil* y *Archer* y las de *Pomberton* sobre artritis; las de *Bumpus* y *Meisser, Hunner* y *Rosenow-Meisser* sobre las lesiones del tracto genito-urinario; las de *Bevan, Fusterman, Smirhies, Rosenow, Nakamura, Bargen y Barker* sobre el tracto digestivo; las de *Black, Butler, Lang* y *W. Lang* sobre enfermedades de los ojos (también sobre trastornos oculares, los trabajos de *De Schweinitz, Irons, Brown y Nadler, Handen y Rosenow*); los de *Cotton* y *Graves* sobre el sistema nervioso. Con muy raras excepciones, son muy pocos los órganos y sistemas del cuerpo humano en los cuales no puede ser localizada la bacteria de un foco dental. Sobre todo, destaca lo profuso de la literatura acerca del foco en relación con el reumatismo. Así y todo cabe señalar, que es el vulgo, con su certero instinto, por puro empirismo, el que hace una más rotunda afirmación de la realidad de esta relación. No es extraño encontrar un paciente que el ser sometido al interrogatorio para elaborar la historia clínica, nos dice que se encontraba sin poder moverse, con acusados y característicos dolores articulares, y que al hacerle la extracción de un diente recuperó todos sus movimeintos y se liberó del dolor. Solamente eso, es bastante para hacernos meditar e impulsarnos al análisis.

No obstante, hay quien, como *Schottmüller*, refuta la teoría de la "infección focal", especialmente en cuanto se refiere a la subordinación de algunas enfermedades a la infección dental. Opina que la sépsis es una entidad nosológica bien caracterizada, condicionada a un foco supurado primario, en comunicación directa con la circulación sanguínea, que recoge los gérmenes patógenos que le llegan desde la lesión primaria y sirve como vehículo para trasportarlos a los distintos órganos.

La íntima relación entre la "infección focal" y las afecciones reumáticas, llamó la atención de *Berger* y *Veil*, a la naturaleza alérgica de la "infección focal".

Las enfermedades en relación con focos dentarios, en que la flora bacteriana es diferente del foco, son a juicio de *Bergman*, enfermedades para alérgicas, como por ejemplo, apendicitis, pielitis etc. Según *Moro* y *Keller*, se entiende por paralérgia aquel estado en el cual el organismo

reacciona a los estímulos de diferente clase, más fácil y rápidamente que el organismo no alérgico.

Bustamente señala la posibilidad de que el mecanismo íntimo de la "infección focal" sea una reacción de tipo alérgica. Desde este punto de vista, la "enfermedad focal" es ocasionada por un fenómeno de reactividad tisular y no por bacterias o sus productos que en un momento dado, pasan al torrente circulatorio.

Salazar Mallen ha sugerido de que el antigeno microbiano no actúe a la manera de un pólen, sino que para integrarse necesita de un proceso especial en el foco de infección con formación y liberación de endotoxinas y formación de antigenos completos.

Se han ideado diferentes métodos con intención de comprobar la actividad de los focos bucodentarios por medio de la excitación eléctrica o térmica. A este fin *Bottyan*, utiliza las substancias albuminosas de los focos. *Proell* y *Klees* estudiaron el método de *Bottyan* en un gran número de enfermos de la clínica Bonn, llegando a la conclusión de que el antigeno preparado de granulomas apicales es capaz de demostrar, en el 90 por 100 de los casos, la relación entre afecciones reumáticas y focos dentarios.

Para *Bottyan*, *Rössle* y *Klinge*, *Berger* y *Veil*, etc., toda "infección focal", en el fondo, es más cuestión de alergia que de infección. Mostrando cada vez una relación más íntima de que la "infección focal" es un problema de alergia, obran las investigaciones realizadas los últimos años.

Lonneville, en 1932, a la vista de sus observaciones clínicas, discute las teorías de *Hunter* y *Rosenow* sobre "infección focal" en las sépsis oral, y dice que, a su juicio, debería sustituirse semejante calificación por la de irritación focal, dado que en muchos casos hay que excluir los procesos infecciosos, sin que, de otra parte, deba eliminarse la posibilidad del nexo casual con la más variadas enfermedades del aparato dentario. *Lonneville* deduce que la interpretación es la de la hipersensibilidad focal o alergia.

Los estudios realizados sobre la alergia pueden aclarar algunos aspectos no bien definidos sobre la infección focal. La interpretación alérgica, en el sentido que comentamos, es necesariamente muy distinta de la usual, toda vez que lo fundamental en el proceso infeccioso focal es la reacción mórbida del organismo ante las noxas que lo invaden desde el foco.

Ya podemos afirmar con pleno rigor científico que para la formación de un proceso séptico es indispensable la alteración del equilibrio orgánico. En relación con esto, *Gutzeit* y *Parade* hablan de una posible modificación en el contenido de vitaminas, lo cual determina una perturbación de las condiciones normales de defensa de ciertos órganos.

Pero no todas las opiniones son favorables a la "infección focal"; mejor dicho, a su existencia e importancia. *Cecil* y *Angevine*, *Reimans* y *Havens*, así como algunos otros autores, han manifestado recientemente serias dudas acerca del valor de la "infección focal". Incluso hay quienes han ido más lejos, afirmando que todo el concepto de la infección focal es falso. Refiriéndose a los que dicen tales cosas, *Conroe* se expresa de la siguiente forma: "Los autores que critican la infección focal se manifiestan de tal manera, que cuando sus opiniones llegan a algunos médicos generales, son presentadas de modo que les permite suponer que, siendo nula la importancia de foco, no hace falta alguna la extirpación de la tonsila o la extracción de un diente; que no es necesario el masaje de próstata en determinados procesos patológicos o que las infecciones purulentas en los senos paranasales pueden ser suprimidas sin el tratamiento de éstos, así como otras muchas inexatitudes y errores por el estilo. Con esto, *Comroe* quiere señalar el peligro que supone hacer una negación radical de la "infección focal".

Entre las diferentes especialidades de la Odontología también ha existido y existe discrepancia de escuelas. Tenemos los partidarios de la escuela conservadora, los del tratamiento de las caries penetrantes, los de las desvitalizaciones, etc. Asímismo debemos tener en cuenta a los que todavía no han podido presentar argumentos sólidos en pro del tratamiento de canales o de pulpectomías, toda vez que siempre, aun en el mejor de los casos, existe contaminación, pues no hay que olvidar que un diente desvitalizado es un foco en potencia. En torno a este aspecto del problema podemos citar la opinión de *Price*, que considera al diente desvitalizado como un secuestro infectado, y la de *Farrill*, que condena la conservación de un diente en tal estado por considerar que es causa de infección sistémica.

Para *Vogel* (1942), la infección debe reunir las siguientes características: 1) El tejido inflamatorio debe estar aislado del mundo exterior, bien sea por su superficie externa o interna, 2) El tejido circundante debe estar irrigado, a fin de que el medio que rodea a la inflación no ejerza mayor influencia sobre ésta, 3) El organismo debe encontrarse en disposición de reaccionar, mediante el desarrollo de cierto grado de inmunidad, ante los agentes patógenos que encierra el foco.

Sin embargo, los focos bucales pueden subsistir no obstante que falten algunas de las condiciones descritas por *Vogel*, y subsistir también, a causa de la presencia de un foco residual, toda

la serie de fenómenos desencadenados por el foco séptico.

Errecart (1944), en una interesante obra de revisión sobre el "Foco amigdalino y el reumatismo", manifiesta que es extraordinario el número de portadores de focos sépticos, y que todo portador de tales focos es un enfermo en potencia, si bien es difícil determinar si entre una afección dada y la infección focal existe un nexo causal interno. El foco séptico puede permanecer inactivo, sin gravitar sobre el estado general del paciente que lo tiene, en virtud de que las defensas orgánicas del mismo tengan poder bastante para oponer una barrera natural que lo circunscriba o limite, pero es suficiente que tales defensas disminuyan de vigor, o se inhiban por completo, para que el foco deje de sentir sus efectos. Manifiesta *Errecat* que este fenómeno de exacerbación del foco equivale a hiperemia, reblandecimiento del tejido y aumento transitorio de la virulencia de los gérmenes.

Las infeciones de la cavidad bucal son extraordinariamente frecuentes y se encuentran estimuladas a manifestarse por la circunstancia de la comunicación con el exterior de esta región, por el número de piezas dentales que pueden ser afectadas y por la peculiaridad de la función que desempeñan. Es obvio que la cavidad bucal, considerándola como expuesta a la contaminación permanente por su situación y función, es un excelente medio de cultivo, merced a su temperatura y humedad, y teniendo en consideración el hecho importante de la presencia continuada de resíduos alimenticios en los espacios interdentales, resíduos que escapan incluso a la más contínua y meticulosa limpieza.

La importancia y grado de virulencia del gérmen patógeno localizado en la boca depende, finalmente, del grado de defensa del organismo; es decir, de su poder de reacción. En una palabra, que la influencia del foco dental o paradental depende del estado de inmunidad del organismo, que es lo que determina el mayor o menor grado de virulencia del gérmen.

Se han realizado muchos intentos para determinar el "foco primario" cuando está comprobada la presencia de los síntomas del mismo. Entre tales intentos podemos citar el del recuento y el análisis de orina. *Niorda* expresa que el ácido úrico contenido en la sangre puede ser de valor para precisar el índice de infección focal, pero, sin embargo, lo cierto es que la hiperuremia, en muchas circunstancias, carece de significación en tal sentido. Otras diversas pruebas se han hecho para intentar la solución de este problema. Podemos mencionar las pruebas serológicas (aglutininas, preciptinas, fijación de complemento, poder electivo, etc.) y pruebas cutáneas de sensibilidad.

Alan C. Woods (1942), analiza la significación de la infección focal como causa de lesiones secundarias. *Berman* ha descrito recientemente el método de aplicación de la diatermia de onda corta al tejido periapical, con lo cual él creyó que podría establecerse el diagnóstico diferencial para determinar la importancia del foco como causa de enfermedad sistemática. Su procedimiento era, por demás, sencillo: uno de los electrodos era aplicado a la superficie del diente y el otro a la mucosa vestibular. El resultado fué contradictorio, ya que no se producía alteración del promedio de eritrocitos en los dientes sanos ni en los dientes patológicos, confirmados como tales por los Rayos X. Dos posibles explicaciones pueden darse para juzgar este resultado: 1) El diente tratado carece de sustancias tóxicas y puede no tener conexión con los vasos linfáticos. 2) La técnica de irradiación puede haber sido defectuosa.

La "infección focal" en relación con el reumatismo tiene lo que podríamos denominar un orden de preferencia, tras los estudios realizados al efecto. En este aspecto podemos considerar como zonas de elección del foco, primero la amígdala, siguiendo dientes, encías, varias urogenitales etc.

Muchos profesionales no toman con la consideración adecuada los focos crónicos, con frecuencia asintomáticos, dando al olvido la reacción patogénica, y cuyos focos son para *Billings* la gota de agua que acaba por producir enfermedades sistemáticas. Entre estos procesos mórbidos, sin signos clínicos y con asintomatología local, podemos mencionar los granulomas dentales, a los que debemos considerar, no obstante las distintas clasificaciones, como una masa localizada de tejido granulación que es el resultado de una acción defensiva crónica a algún estímulo, infeccioso o no, de la membrana peridentel. Bueno es tener en cuenta, ahora que hablamos de ellos, que el tejido de estos granulomas tiene cierto tropismo por los gérmenes y que estos, según la teoría de la anacoresis pueden ser destruidos, más tarde, por la linfocitosis local, aunque no siempre ocurre así, y en ocasiones, pueden dar lugar a complicaciones, como sucede en la brucelosis.

No obstante cuanto acabamos de decir, hay que mencionar que muchos pacientes, a los cuales les ha sido eliminados los focos sépticos bucodentales o que han sido amigdalectomizados, sufren más de la supuesta "infección focal" que los no operados, no obstante que la clínica enseña las ventajas de la extirpación del foco. Tal cosa puede explicarse por la reactivación que sufre el foco cuando ha sido eliminado sin las precaucio-

nes debidas, dando lugar a la formación de focos secundarios (bacteriemia operatoria y posoperatoria) o al empleo de técnicas defectuosas o a la incompleta eliminación del foco.

Como un dato de interés en este estudio que hacemos, debemos mencionar que está comprobado que el *Streptococcus Viridans* reside, comunmente, en los focos bucales, siendo también un huésped frecuente del tracto gastro intestinal, y que es el organismo que con mayor frecuencia se encuentra en el torrente circulatorio durante la bacteriemia. La clase de estreptococos alcanza a una gran variedad de organismos, y la infección de algunos de estos juega un papel decisivo en la producción de algunos padecimeintos.

El estudio sobre la "infección focal", y el papel que en ella tiene asignado el foco buco-dental, continúa siendo objeto de constantes investigaciones. La evolución sobre este concepto prosigue en forma constante, a semejanza de lo que acontece en otras teorías científicas donde hay todavía muchas incógnitas que despejar. Entendemos nosotros que no puede mantenerse un concepto médico y otro odontológico sobre el foco; hay que establecer una coordinación en el trabajo, una simbiosis en la investigación para poder llegar a precisiones definitivas. De tal estudio en comun han surgido posiciones firmes en el trabajo de investigación de diversas cardiopatías, como lo demuestran las comprobaciones clínicas y experimentales.

Expuestos los principales delineamientos de la infección focal, queremos señalar que no hemos descrito las características de los focos sépticos desde el punto de vista exclusivamente estomatológico, al objeto de no limitar, polarizándolo a un solo fin, este trabajo. Por otra parte tampoco hemos querido ser excesivamente minuciosos en la exposición de teorías sobre infección focal, por no ser éste el tema principal que nos ocupa, aunque no podía ser soslayado, dado que estimamos que el concepto actual de esta teoría debe ser sometido a revisión, aun más si tenemos en cuenta que no se conoce el mecanismo de el mediante el cual se difunde la infección. En este sentido, por ejemplo, al hablar de bacteriemia y de los focos dentales y paradentales, es interesante el conocimiento de las causas que pueden alterar la permeabilidad de los tejidos y ser las dterminantes de aquélla.

II

Batceriemia Transitoria

La concepción de la bacteriemia; es decir, la presencia de la bacteria en el torrente circulatorio ha sido completamente demostrada, y sirvió para explicar la hipótesis del mecanismo por el cual una infección secundaria era producida en el organismo, a distancia de un foco primario.

Se ha demostrado, asímismo, la relación entre la bacteriemia y los focos sépticos bucales; de igual modo diversos investigadores han comprobado que durante las intervenciones quirúrgicas, como resultado del trauma, una gran cantidad de organismos patógenos son llevados al torrente circulatorio, aunque la bacteriemia puede producirse sin la interferencia quirúrgica. Investigadores tales como *Richards*, *Okell*, *Murray* y *Maonich*, *Elliot* y otros han informado que en individuos con mucha sépsis oral, afectados de paradentosis (piorrea), la bacteriemia puede manifestarse frecuentemente como resultado de la masticación.

La bacteriemia puede ser pasiva o activa y, por tanto, tener un elevado índice de importancia o carecer de ella. Así, la bacteriemia transitoria en individuos normales es de poca o ninguna significación. Sin embargo, cuando existen lesiones valvulares del corazón, la situación cambia por completo en esta clase de pacientes, que son candidatos a la endocarditis bacteriana subaguda, toda vez que esta entidad es en la mayoría de los casos, el resultado de la localización del *Streptococcus Viridans* en los cardíacos con lesión de válvulas, lo que hace que la bacteriemia sea de grave significación en la etiología de dicha endocarditis, cuyos resultados son casi siempre fatales. A propósito de esto podemos decir que *Lehman* y *Burman* han publicado una estadística de los casos suyos sometidos a diversos métodos de tratamiento, y acusan el restablecimiento del 6 al 25% de los pacientes, según la clasificación de éstos, pero la casi totalidad de las autoridades en la materia están de acuerdo en que la enfermedad es, en la mayoría de los casos, mortal. Producida la penetración de los gérmenes en el organismo, o la exacerbación patógena de los ya existentes en él, es indispensable un período de bacteriemia preendocardítica de tipo lento o rápido. La fijación de los organismos patógenos en el endocardio se lleva a cabo por la fijación propiamente dicha de los organismos o por las condiciones mismas del endocardio que favorecen la localización.

En los pacientes aparentemente sanos, durante alguna extracción laboriosa, tal como suele acontecer con los molares impactados, que exigen una intervención de la mayor importancia en exodencia, puede observarse la bacteriemia clínicamente; temblor, sudor y exacerbación febril, en todo lo cual juega un papel importante el estado emotivo, propio de la depresión que acompaña a aquellas intervenciones prolongadas, y en las que el paciente está bajo los efectos de una alteración en el equilibrio de sus defensas. Fué *Ri-*

chards, (1920) sin duda, el primero en presentar las observaciones sobre la manipulación de las articulaciones afectadas, llegando a la conclusión que la referida manipulación determinaba que las bacterias fuesen vertidas al torrente circulatorio. Este investigador obtuvo hemocultivos positivos en el 14% de 56 casos observados. A la vista de tales resultados, hizo un estudio más completo en 1952, haciéndolo extensivo a encías, amígdalas, próstatas y forúnculos; este estudio fué realizado sobre 367 casos. Los hemocultivos tomados antes de la manipulación fueron negativos, excepto en el caso de un paciente que había caminado una corta distancia antes de tomarle aquél. Los resultados obtenidos cuando los hemocultivos fueron tomados inmediatamente después de la manipulación, fueron positivos en el 14% de los casos. Demostró *Richards* que la simple manipulación de un diente podía provocar una estreptococemia, cuya duración, generalmente, sólo duraba 10 minutos.

Falta y *Depisch* (1923), hablan de la exacerbación de las lesiones remotas, tales como artritis o endocarditis, en el tratamiento de la paradentosis que va seguido de extracciones dentales. En orden a explicar la causa de tales exacerbaciones, ellos lo atribuyen a que las bacterias penetran en el torrente circulatorio como resultado de las operaciones de extracción de piezas dentales.

Diversos investigadores han descrito bacteriemias operatorias en distintas áreas infectadas del organismo humano y en diversas operaciones. *Seifert* (1925) da cuenta de la existencia de la bacteriemia en 9 casos de 43 operados de apendicetomía. Asímismo obtiene un 60% de hemocultivos positivos durante una serie de operaciones de huesos, y un 40% en operaciones sobre tejidos blandos. Sus conclusiones son que la bacteriemia es más frecuente en pacientes que sufren una infección aguda que en aquellos en que la infección es crónica, como también que es mayor la frecuencia en operaciones de hueso infectado que cuando la cirugía está limitada a tejidos blandos. *Schottmüller* (1911) demuestra la presencia de bacteriemia durante el curetaje en el útero. *Harter* en 1925, da cuenta de hemocultivos seguidamente a la mastoidectomía. *Elliot* repasó la literatura acerca de la bacteriemia transitoria que sigue a intervenciones quirúrgicas en la garganta, e hizo una serie de estudios para comprobarla; a tal efecto tomó hemocultivos antes y después de la tonsilectomía, obteniendo un 8.5% de positivos antes de la operación y un 38% después de aquélla. Estudios semejantes fueron llevados a cabo por *Fischer* y *Gootdenker*, en 1936. También *Dabney* (1925) ha informado de un caso de bacteriemia estreptocócica, de dos semanas de duración, después de la tonsilectomía. *Barlett* y *Pratt* (1931) obtienen, tomándolos dos horas después de la operación, 4 hemocultivos positivos en 64 operaciones de tonsilectomía.

Roccia (1926) hace hemocultivos, antes y después de la operación, en una serie de casos que abarcan gran variedad de intervenciones, tales como la extracción de un diente infectado y piezas infectadas, extracciones seguidas de curetaje y asociadas con paradentosis, extracciones de esquirlas de maxilar, operaciones en quistes radiculares y foliculares, plastias y extirpación de épulis y carcinoma. Todos los hemocultivos permanecieron estériles, excepto en dos casos. Un hemocultivo, tomado a los quince minutos de la operación, fué positivo.

La bacteriemia transitoria después de las operaciones ha sido tambien establecidas por *Scort* (1929) en un estudio sobre 82 casos de padecimientos urológicos. En 34 casos, encuentra que la sangre contenía organismos entre las 5 y 64 horas, mientras que en 17 casos los hemocultivos fueron positivos en un período de tiempo comprendido entre 7 días y cuatro semanas después de la operación. *Scott* cree que la uretra es la puerta de entrada en un 80% de sus casos y aconseja que deben tomarse precauciones, tanto en la inyección como en las irrigaciones. *Barrington* y *Wright* (1930) mostraron que las operaciones en el tracto urinario, tales como el paso del cáteter en presencia de infección, conduce a la invasión del torrente circulatorio por el *B. Coli*. *Lehmann* examinó la sangre de 100 enfermeras en casos de aborto seguido de curetaje; en 18 casos aisló el *B. Welchbi*.

Cecil, *Nichols* y *Strainsby* (1929) demuestran la existencia de un porcentaje muy elevado —el 60%— de hemocultivos en pacientes con artritis. En el mismo padecimiento, *McEwen*, *Alexander* y *Eunin* (1936) acusaron la presencia de bacteriemia en el 24% de los pacientes Investigados.

Hay otros investigadores que han obtenido hemocultivos positivos en individuos sanos. *Cameron*, *Ral* y *Murphy* obtuvieron 18 hemocultivos positivos en 100 pacientes que fueron clasificados como normales, aunque 12 de los 18 hemocultivos fueron contaminados. En el mismo caso de personas sanas, *Reith* y *Squier* (1932) obtiene hemocultivos positivos en un 6 a un 12% de los casos examinados. En todos los casos de enfermedad crónica, la frecuencia del hemocultivo positivo aumenta en aquellos en que existe una lesión localizada relacionada con la infección. Los ya citados *Cameron*, *Ray* y *Murphy* (1931) han obtenido esos hemocultivos positivos en un 27% de los casos con infección perapical de los dientes.

Incluso en un proceso fisiológico normal, como es la menstruación, ha sido demostrado por *Kulka* (1930) el aumento de la bacteriemia

También los cambios en la dieta pueden causar la invasión transitoria de organismos patógenos en el torente circulatorio, como indican los trabajos de *Desoubry* y *Porcher*, realizados nada menos que en 1895 y los más recientes de *Nedgel* y *Arnold*, en 1931, y los *Guldbrandsen*, en 1935.

Abraahamson (1920) es partidario de hacer cuando más extracciones de dos dientes en un tiempo y que aquellos que requieran una cruenta operación no deben tocarse. Su criterio es de emplear la anestesia general, manifestándose contrario el uso de la anestesia local, cosa que ha sido suficiente rebatida como errónea. Al mismo tiempo que *Abrashamson*, *Brown* manifestó su criterio de que solamente debe ser extraído un diente y que debe emplearse la anestesia general.

Los hallazgos, un tanto espectaculares, de *Okell y Elliot* en 1935 explicaron el fenómeno de la bacteriemia en respuesta a la extracción de los dientes. Orientaron su trabajo hacia la observación del *Stroptococcus Viridans* encontrando en las vegetaciones de los corazones de pacientes afectados en endocarditis bacterial subagudo. En un estudio sobre 138 casos, clasificaron a los enfermos según el grado de sépsis oral. En un grupo de 40 enfermos con marcada sépsia, obtuvieron la seguridad de la bacteriemia transitoria en el 74% de los casos; en el grupo de 60 pacientes con moderada sépsis, el resultado fué de un 70% y, finalmente, en el grupo de 38 pacientes sin apariencias clínicas de sépsis oral, la bacteriana fué apreciada en el 34%. Todas las extracciones fueron hechas con anestesia general.

Tales trabajos de investigación fueron proseguidos por *Elliot* en el período de cuatro años más tarde, dándoles una mayor amplitud. Se interesó entonces por la cantidad de trauma de los dientes que podía inducir la bacteriemia. El investigador informó de 13 casos de endocarditis bacterial subaguda que se produjeron como resultado de los disturbios de focos dentales. Demostró que la extracción de un diente no era imprescindible para determinar la producción de bacteriemia, ya que basta el simple movimiento de balanceo o desplazamiento sobre un diente infectado para provocar le diseminación de los microorganismos en el torrente circulatorio. *Fisch* y *MacLean*, en 1936, confirmaron las observaciones de *Okell* y *Elliot* con 9 hemocultivos positivos en extracciones múltiples asociadas con piorrea. *Rubin, Epstein* y *Werner*, en un informe sobre resultados obtenidos, dieron un balance de 11 hemocultivos positivos tomados antes y después de la operación, y 3 también positivos tomados durante la misma; en estos tres últimos, fué encontrado en uno un estreptococo hemolítico, en otro, uno no hemolítico y enel tercero uno que no pudo ser determinado.

Aunque algunos investigadores expresaron la creencia de que el método de infiltración de la anestesia aumenta los peligros de la infección sistémica, las observaciones posteriores han demostrado lo contrario. *Round, Kirkpratrick* y *Hails* (1937) realizaron un estudio en 90 casos, usando novocaína y anestesia por infiltración; fueron tomadas todas las precauciones para que la jeringa y la aguja, así como el agente anestésico, no sufriesen contaminación alguna, aunque no mencionan nada en cuanto al campo operatorio. Estos estudios fueron el complemento de otros anteriores concernientes con la presencia de la bacteria en el tejido submucoso. Los autores manifiestan que muchas secuelas observadas seguidamente al empleo de la novocaína, eran debidas a la difusión de los organismos en los tejidos submucosos al inyectar el referido anestésico. Establecen los autores que estos organismos en el tejido submucoso pueden ser de significación en la producción de la bacteriemia.

Los resultados de los trabajos de *Burket* y *Burn*, en 1937, acusan un 17% de hemocultivos positivos en 204 casos en que fué empleada la anestesia local. Esta frecuencia, que es mucho más baja que la establecida en las estadísticas de *Okell* y *Elliot* —un 75%—, la atribuyen a la anestesia local y al papel de ésta como vasoconstrictor, aunque también señalan como factor influyente a la sépsis oral. Así, pues, puede observarse una gran diferencia en cuanto al tanto por ciento de hemocultivos positivos después de las operaciones, según sean éstas realizadas con anestesia general o local. La menor frecuencia con el empleo de anestesia local puede atribuirse a la acción vasoconstrictora de la adrenalina, que se encuentra incorporada a la mayoría de los agentes anestésicos. Por otra parte, en la anestesia general con el NO_3 de extendido empleo en la práctica odontológica de Norteamérica, hay que tener en cuenta que se produce una vasodilatación periférica. Según *Farrill*, la causa principal de la absorción bacteriana, entre todas las que contribuyen a ella, reside en las manipulaciones odontológicas, a las cuales antes no se concedía la importancia debida, y a seguir con frecuencia la práctica de las extracciones múltiples, realizándolas incluso bajo los efectos de la anestesia general. *Fisch* y *Maclean*, en 1936, informaron de la obtención de hemocultivos positivos, después de extraciones múltiples, en 9 pacientes con piorrea. *Marseille*, en 1937, en una investigación llevada a cabo en 100 dientes con granuloma, encuentra que la bacteriemia, seguida a la extracción, se presenta en 42 casos. Los dientes fueron extraídos con cloruro de etilo. En un caso el hemocultivo positivo fué preoperatorio, dándose la circunstancia de que también el gérmen era posi-

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.

LABORATORIOS

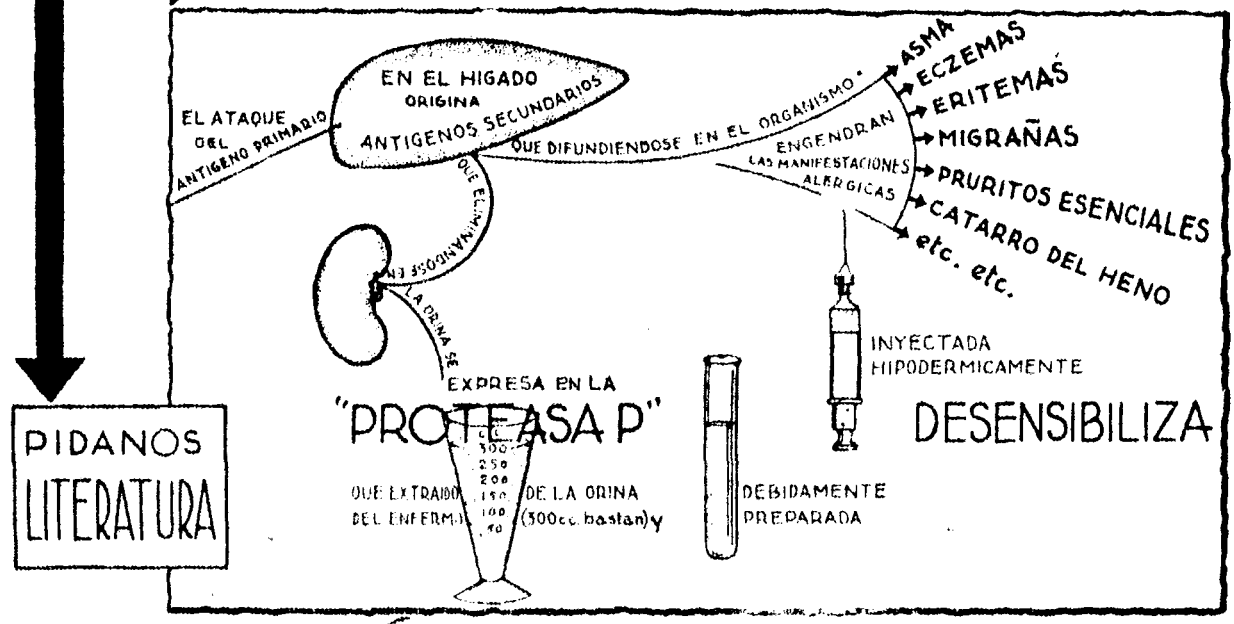
ViBUS S.A.

CHOPO 146 · MEXICO D.F. · Tel. F·16-49-91 M·38-25-29

ANTIGENOS UROTERAPICOS

TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS ALERGICOS
POR MEDIO DE LA

"PROTEASA P"



PIDANOS LITERATURA

LABORATORIOS ViBUS le prepara esta MEDICACION·INDIVIDUALIZADA

tivo después de la operación, tratándose, en este caso, del estreptococo no hemolítico. Este paciente falleció de sépsis 17 días después. *Marseille* hace la toma de sangre antes de la operación y dos y cuatro minutos después de ella, habiendo obtenido, en los 100 casos, 42 hemocultivos positivos, de los cuales 8 fueron por contaminación.

Palmer y *Kempi*, en 1939 expresaron la creencia de que el número de dientes extraídos guarda relación con la la existencia de la bacteriomia; es decir que ésta se encuentra en conexión con la intensidad del trauma. Cuando no fueron extraídos más de dos dientes, la bacteriemia transitoria acusó un porcentaje del 17%, mientras que, como ya hemos señalado antes, fué mayor la frecuencia obtenida por *Okell* y *Elliot*, toda vez que estos no tenían en cuenta el número de extracciones. Muchos son los investigadores que han dedicado su tiempo a este estudio sobre la bacteriemia; gran número de ellos la han confirmado y otros no, pero gran parte de los fracasos obtenidos se deben, de un lado, a que el estreptococo requiere condiciones especiales de cultivo, y de otro, al momento de tomar los hemocultivos, que es también esencial.

Bartels, en 1940, al revisar la bacteriemia en odontología, cita dos casos adicionales de bacteriemia a extracciones de dientes; en estos casos los hemocultivos fueron positivos tomados a los cinco minutos de la extracción.

Podemos citar también como investigadores que han contribuído a este estudio particular que estamos tratando a *Murray* y *Moonsnick*, que en 1911 hicieron un trabajo sobre la frecuencia de la bacteriemia con la presencia de la infección dental; a *Paquin*, que también en 1941 hizo un estudio muy completo sobre la bacteriemia en relación con la existencia de dientes patológicos, y a *Taran*, quien, en un trabajo sobre el cuidado de los niños cardíacos, dice que tales bacteriemías pueden ser prevenidas con el empleo de los compuestos de sulfonamidas, aunque tal cosa no está suficiente demostrada.

Algunos autores atribuyen determinadas influencias a las reacciones estacionales. *Petersen* y *Nedzel*, en su informe sobre cirugía dental y endocarditis, hablan de las fases variables de la permeabilidad endotelieal, en relación con la diseminación bacterial después de las extracciones dentales. Ellos establecen que las estaciones solares tienen un papel de gran importancia en este problema; en este aspecto consideran que existe un mayor riesgo en invierno y primavera que en otoño y verano. Sobre semejante influencia trata también *Rosenow*, quien en 1933 realiza un trabajo sobre los cambios estacionales en la velocidad cataforética y en la virulencia de los estreptococos. Diversos autores citan esta influencia de los cambios estacionales, sobre todo de aquellos cambios bruscos. Nuestra experiencia personal nos hace ver que en aquellas estaciones donde se presenta con más frecuencia una infección de las vías respiratorias, se encuentra asociada una reactivación de los focos dentales, tal como pulpitis, hiperemias pulpares y diversos estados inflamatorios gingivales.

Esta trayectoria es la que de manera obvia siguen muchas infecciones, principalmente aquellas de origen estreptocócico, que son más propensas a prevalecer y ser más severas a medida que se reducen las fuerzas de resistencia del organismo; es decir, cuando se encuentra alterado el mecanismo de reserva. Indudablemente esto se relaciona con las teorías de la infección, las cuales después de las interesantes aportaciones de *Durand-Reynal* sobre el factor de difusión, habrán de ser sometidas a un proceso de revisión. *Reichel*, en 1939, en un estudio experimental para la eliminación de la bacteriemia de la sangre, expresa la creencia de que los hemocultivos positivos post-operatorios no se presentan, a menos que concurran las siguientes circunstancias: a) que exista dentro del sistema vascular un foco de infección, b) que un absceso esté drenado dentro de la sangre, y c) que la invasión de los organismos no se encuentre afectada por el sistema de defensa del cuerpo.

Aunque la duración de la bacteriemia no ha sido determinada, puesto que depende de una serie de factores que, hasta la fecha, son de carácter hipotético (ya hemos citado anteriormente casos cuya duración oscila de unos minutos a varias semanas), sin embargo, no es frecuente la duración prolongada. En odontología, la mayoría de los casos de bacteriemia tienen un período de duración de cuatro a diez minutos, a partir del momento de la operación, estando comprobado que es durante el acto quirúrgico cuando se presenta el momento culminante, pero durando escasos minutos, siempre de acuerdo con lo que hemos dado en llamar mecanismos de defensa. *Norrthop* y *Crowley*, que han trabajado intensamente en este campo, dicen que esta bacteriemia suele durar de tres a cuatro minutos, desapareciendo después de este tiempo. Nosotros tomamos los hemocultivos a los tres minutos exactos de realizada la extracción.

Los trabajos de *Barrington* y *Wright* han sido interesantes y se han realizado inyectando a conejos fuertes dosis de B. Coli por vía intravenosa; se comprobó que era extraordinaria la eliminación del torente circulatorio de esta extraordinaria cantidad de bascilos. Estas investigaciones han sido comprobadas después por el trabajo de *Reichel* en 1939, que prueba el promedio de tiempo de eliminación del *Staphylococcus Albus* del

del torrente circulatorio: *Reichel* empleó para el experimento 6 perros y 94 conejos; este investigador encuentra que la inmensa cantidad de bacilos en circulación son rápidamente eliminados; esta eliminación se verifica, en la mayoría de los casos, dentro de los 10 minutos. La capacidad de eliminación de los gérmenes corresponde tanto a los animales enfermos como a los sanos.

Los investigadores han considerado que un proceso inflamtorio crónico de las zonas que rodean a los ápices de los dientes puede ser un factor para determinar la localización de la bacteria que se halla en el torrente circulatorio.

Barreta (1915), utilizando perros y cobayas, demostró la especificidad de los organismos patógenos en el tejido pulpar sano, después que los hemocultivos y los análisis de visceras fueron negativos. Demostró experimentalmente que el *Strepcoccus Viridans* puede ser liberado dentro del torrente circulatorio. *Henrid* y *Hartzell* (1919) sugieran que "el torrente circulatorio es el camino por el que marcha la infección, lo que explica la existencia de abscesos apicales o periapicales en dientes aparentemente sanos". *Ricket* (1926) demostró que la extirpación pulpar predispone a la localización de los organismos patógenos en los tejidos periapicales. Más tarde, el mismo autor —en 1931— trata de la posible influencia de las bacteriemias pasivas en las lesiones periapicales. El estudio de *Lawarus-Barlow*, en 1928, ofrece una concepción clara de cómo los organismos patógenos pueden alcanzar la región periapical, después de obtener cultivos de 516 dientes humanos, durante un estudio bacteriológico de la piorrea. *Bereta* y *Hill* han demostrado experimentalmente que la bacteria en el torrente circulatorio se localiza frecuentemente cerca de los ápices de los dientes. *Hill* (1932) ha demostrado en perros que los organismos pueden existir después de la necrosis de granuloma, en torno a los ápices de los dientes infectados, o en aquellos que siendo estériles han sido desvitalizados. *Fisch* y *Maclean* (1919) creen que la acción de penetrar los gérmenes es el resultado de la extracción de los dientes, la cual fuerza a que la bacteria situada en el ápice penetre dentro de los capilares de la pulpa. *Burket* y *Burn* (1937) prueban lo correcto de la hipótesis anterior por medio de la *serrata mescenseus*. *Kanner* 1938) mostró como la bacteria puede penetrar en la pulpa intacta de los dientes, haciendo el experimento *in vitro*. *Weisberger* (1937) realizó un interesante trabajo sobre la relación de hipersensibilidad a la localización y desiminación del *Streptococcus Vidrians* en los dientes incisivos de conejos. *Haines* (1937) resume todo el trabajo experimental realizado en animales y comprueba que los microorganismos se encuentran frecuentemente en la sangre sin que ello produzca, aparentemente daño alguno. En ocasiones, las bacterias tienen acceso a la circulación por alguna parte del tracto alimenticio, y se ha encontrado que los factores que contribuyen a la producción de bacteriemia son la inanición, la fatiga y la clase deficiente de dieta.

Richards (1934) produce bacteriemia por la irritación del foco séptico, siguiendo, para ello, el método de dar masaje a las encías durante diez minutos; con este sistema obtuvo hemocultivos positivos en tres de 17 casos. *Murray y Monrich* han demostrado que la bacteriemia transitoria se presenta después de estar masticando durante media hora pastillas de goma. Se comprende fácilmente que durante la masticación de ciertos alimentos, los focos sépticos bucales, expuestos a la presión de aquellos al actuar sobre dientes y tejidos blandos, diseminan su contenido y facilitan el paso de los microorganismos al torrente circulatorio. Inclusive hay que tener en cuenta que los tratamientos profilácticos corrientes pueden dar lugar a complicaciones, exacerbando los focos. En nuestra experiencia personal en el Instituto Nacional de Cardiología encontramos la siguiente complicación: un paciente con *Osler*, que aparentemente se encontraba sano, acudió a nuestro servicio para someterse a un tratamiento profiláctico; tuvo una recidiva y a las 24 horas se le presentó amigdalitis; como consecuencia del tratamiento se reactivó el cuadro clínico de *Osler* y a las pocas horas tuvo un desenlace fatal. Esto justifica que en los tratamientos profilácticos se tomen todas las medidas en cuanto al empleo de antisépticos y que debe realizarse ya tratreoctomía en zonas reducidas y por fases de limpieza al objeto de evitar el trauma; asimismo debe someterse al enfermo a los efectos de la penicilina, ya que esta droga reune las mejores condiciones por sus cualidades bacteriostáticas, de gran eficacia sobre las encías.

Round, Kirkpatrick y Hails (1936) obtienen dos hemocultivos positivos de pacientes con sépsis oral, después que éstos masticaron un caramelo duro; los dos casos eran piorréicos y en uno de ellos se aisló el *Streptococcus Vidrians* y en el otro el *Staphylococcus Aureus*.

Lester W. Burket y *Gaspar G. Burn*, en 1937, llevaron a cabo un interesante trabajo que abarcaba los siguiente puntos: a) la presencia normal de organismos en el tejndo submucoso, b) la frecuencia de bacteriemia consecutiva a la extracción de los dientes, cuando ésta ha sido realizada con anestesia general, y c) la frecuencia de bacteriemia después de la masticación. Hay que tener en cuenta los trabajos de *Kirkpatrick* que parten de la idea de que los organismos en el tejndo submucoso pueden ser, en parte responsables

de la bacteriemia. Por otra parte, los trabajos de *Okell* y *Eelliot*, ya citados con frecuencia, indican una relación entre la sépsis oral y los hemocultivos positivos, aunque aparentemente no tomaron medidas de esterilización del campo gingival, previamente a la extracción de los dientes. Estos investigadores concretaron su trabajo a la finalidad de determinar la frecuencia de la bacteriemia después de la extracción dental, y demostrar la localización original de la bacteria cuando era recogida del torrente circulatorio. Emplearon diferentes técnicas de anestesia local y preparación previa de la hendidura gingival con tintura de yodo, al objeto de obtener la desinfección del campo; treinta minutos después barnizaron la encía con organismos de *serrata mercenses*. Los hemocultivos eran tomados cada diez minutos. Informaron de la obtención de la bacteriemia en el 17% de 204 casos. En los hemocultivos recuperaron la *serrata mercenses*, lo que muestra que los organismos en la hendidura gingival pueden ser forzados en el torrente circulatorio durante la extracción de los dientes. La *Fisch* y *Maclean*, en 1936, admiten la hipótesis de que los estreptococos son llevados dentro de los vasos sanguíneos y linfáticos durante el proceso de la extracción, toda vez que entonces son traumatizados numerosos capilares. El movimiento de balanceo de un diente causa presiones negativas y positivas sobre los vasos de la membrana periodontal. Estos vasos —los linfáticos y los sanguíneos— pasan directamente de la membrana periodontal y las anastomosis de los ápices que entran en la pulpa. Es lógico pensar, pues, que los organismos pueden penetrar en el torrente circulatorio por los ápices de los dientes o por los tejidos blandos que rodean a los mismos. *Austin* y *Cook* (1929) indican que la esterilización del campo gingival, antes de la extracción, evita que la bacteria entre en el área periapical. *Faillo* (1942) encuentra que los ápices de los dientes extraídos eran más estériles cuando la hendidura gingival había sido cauterizada antes de la extracción.

Murray y *Moosnick* (1941) en un trabajo experimental realizado en 336 paciente, a los que dieron pastillas de goma para masticar, obtuvieron 185 hemocultivos positivos. Un estudio detenido sobre este tema es de interés indudable para los cardiólogos y los cirujanos dentistas, cuando éstos realizan una operación en la cavidad oral, toda vez que en algunos pacientes la invasión de microorganismos en la sangre puede ser causa de serias complicaciones.

Los trabajos anteriormente citados se refieren a la posible puerta de entrada de los microorganismos, y han sido ampliamente discutidos. Ya en 1878, *Rogers* sugiere la vía hematógens como determinante de las lesiones periapicales. Es corriente hablar de invasión *post-morten* y de invasión agonal. *Barnet* y *Giordano* publicaron un trabajo en 1922 sobre las bacterias encontradas *post-morten*, con especial referencia a localización e infección focal. Interesantes estudios han sido realizados *pots-morten* en dientes humanos y en sus estructuras de soporte, así como estudios bacteriológicos de la sangre, vísceras y dientes obtenidos de las necropsias. La invasión de la bacteria de la cavidad bucal puede realizarse por la dentina, pulpa y parodonto, a través de lo cual el *Streptococcus Viridans*, los *Staphylococcus* y otros organismos corrientes de la flora bucal pueden ganar la entrada a los ápices de los dientes. Ya *Weisberg* (1937) mostró que la cantidad de *Streptococcus Viridans* inoculado dentro del torrente circulatorio de un conejo es un importante factor para determinar la localización de los organismos alrededor de los dientes incisivos.

III

Cardiopatías

Entre los problemas que plantean las cardiopatías, uno muy importante es, sin duda, la responsabilidad que entraña el atender al paciente "cardíaco y las consecuencias que de estos procesos patológicos pueden derivarse. Esto ha motivado, en orden al impulso profundamente humano de los hombres de ciencia, siempre estimulados por el afán de poner un valladar a la enfermedad; ha motivado, repetimos, el proceder a una amplia y constante revisión de los trastornos patológicos a que estamos refiriéndonos y, con ella, al logro de nuevas aportaciones y conquistas. Vamos a tratar esta parte, como las anteriores, en un plano general, si bien haremos mención especial a su relación íntima con la odontología.

Evidentemente ha habido hasta hace bien poco, y aun el error no está totalmente corregido, una absoluta separación de campos de actividad del cardiópata y del odontólogo; algo así como un divorcio de labores, como si se tratase de funciones radicalmente distintas y sin conexión, todo lo cual ha redundado en perjuicio del paciente, al que no se le han aplicado los tratamientos odontológicos necesarios o han sido hechos inperfectamente, provocándose de este modo complicaciones, cuando no una exacerbación de las lesiones. Sin embargo cuando las intervenciones odontológicas se realizan en colaboración médico-dental, y con las medidas preventivas que requieren estos pacientes, se evita gran parte del peligro y el porcentaje de secuelas queda reducido. Los resultados que nosotros hemos obtenido, durante un

año, en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Cardiología, interviniendo en enfermos —más de dos mil— afectados de cardiopatías en fases activas y pasivas, muestran elocuentemente, con sus satisfactorios resultados, la importancia de esta colaboración y la evidente correlación entre determinadas cardiopatías con diversos estados patológicos del aparato buco-dental.

La gran evidencia, tanto clínica como bacteriológica, acumulada en la literatura comprueba la importancia del papel que juega la parte superior del aparato respiratorio, como puerta de entrada más frecuente en la endocarditis bacterial subaguda, y hace pensar que la bacteriemia transitoria es más frecuente de lo que se cree en las infecciones aparemtemente benignas de estas regiones. Recordemos a *Hayman, Weinstein, Schawartz* y *Salman*, entre otros.

Papel del reumatismo.

Los reumáticos cardíacos son pacientes predispuestos a una endocarditis bacterial subaguda. De otro lado esta endocarditis, es con frecuencia motivada por inperfectos procedimientos quirúrgicos, en los que no se han aplicado las medidas necesarias, determinando la localización de las bacterias en lesiones valvulares no observadas.

Por lo general, ha dicho una autoridad en la materia, el reumatismo se estudia poco y mal, persistiendo todavía muchos errores sobre los factores etiológicos de la enfermedad, a lo que contribuye no poco la diversidad de manifestaciones clínicas en los distintos pacientes y la diferente etiopatogenia.

El reumatismo, aunque tal cosa parezca extraña en momentos en que aun se está estudiando, es una enfermedad conocida des los tiempos de *Hipócrates*. En el transcurso del tiempo se han descrito diversos tipos, y hasta en ocasiones se presenta como algo nuevo. Cada profesional que ha escrito sobre él se ha creído en la necesidad de hacer una clasificación de las variedades y ello ha determinado que cada una de ellas se haya adscrito a una especialidad definida. Como consecuencia de tal cosa, los pacientes ha pasado por los diversos especialistas sin que se haya visto que este estado patológico escapaba a la estrecha limitación de una especialidad.

La verdadera causa de la enfermedad reumática permanece todavía en tinieblas y es objeto de continuadas polémicas. Sin embargo parece establecido definitivamente que el reumatismo agudo es la expresión apreciable de la respuesta del organismo ante su gérmen infeccioso; es decir, el resultado de dos factores: gérmen y condiciones del terreno (factor exógeno y endógeno). Es por esto que entendemos que es una buena medida extirpar los focos sépticos, con el fin de elevar la resistencia orgánica. Debemos insistir, con *Debré*, acerca de la importancia de los focos (amigdalitis, faringitis, bronquitis, focos dentarios y para dentarios, etc.) en la génesis de la endocardotis lenta, y de ahí el valor de la extirpación. De todos los microorganismos calificados como posibles productores de la enfermedad de *Buillaud*, ninguno con tantas posibilidades de serlo como el estreptococo hemolítico. Al decir de *Leichtentrit*, "la enfermedad no se crea solamente por el microorganismo, sino también por la capacidad de reacción del macrorganismo" lo que quiere decir, como hemos indicado antes, que no es sólo la causa externa explicación suficiente de la enfermedad; hay que admitir el factor de reacción de los tejidos.

Existe una gran diversidad de opiniones. *Wilson, Red, Irvine-Jones* y otros han dado gran importancia a la dieta. Hay muchos que consideran de interés el clima, habiéndose observado variaciones en la frecuencia del mal durante las distintas estaciones; sin embargo hay otros autores que restan importancia al factor climático. Un grupo de investigadores atribuyen a la dieta y el sol el papel de factores predisponentes en el origen de la fiebre reumática, lo que ha dado motivo a un estudio profundo acerca de las vitaminas C., D., el calcio y el fósforo. Los fundamentos de esta creencia son: a) que la frecuencia de la fiebre reumática aguda y del reumatismo aumentan conforme decrece la exposición e intensidad de sol, y b) que en los países donde hay abundancia de proteínas y aceite de pescado en la dieta la frecuencia de la infección reumática es muy baja.

Según *Peete*, los estudios de las estadísticas demográficas de 1910 a 1940 demuestran que el índice de morbilidad y mortalidad de la fiebre reumática sigue la misma tendencia que la tuberculosis; es decir, disminuye conforme aumenta el mejoramiento económico y educacional, fundamentalmente el primero. Ambas enfermedades, según él, son inicialmente compañeras de la pobreza. Esto quiere decir tanto como calificar el reumatismo de problema social más que enfermedad propiamente dicha. *Suift* señaló, también, la semejanza de la enfermedad reumática con la tuberculosis y la lúes. *Klinge* admite una patogenia alérgica para el reumatismo. Uno de los argumentos que con más fuerza esgrimen los defensores de la teoría alérgica, es el alto porcentaje de reacciones cutáneas positivas obtenida en los reumáticos agudos con preparados estreptocócicos.

Resumiendo, podemos decir que en cuanto a su origen hay diversas teorías: la tuberculosa, que

cuenta con muy pocos defensores; la alérgica, que tiene sus puntos fuertes y débiles; la del virus filtrable, si bien no se ha podido encontrar todavía un agente etiológico específico y, finalmente, la infecciosa. Las investigaciones realizadas en relación con esta última teoría, conducen a señalar que, entre todos los agentes infecciosos, es el estreptococo hemolítico el más íntimamente ligado con el reumatismo, apoyándose, para ello, en que existe una relación entre las infecciones estreptocócicas y el reumatismo cardíaco. Semejante relación se ha comprobado clínicamente entre las infecciones estreptocócicas de la parte superior del aparato respiratorio y el desarrollo del referido reumatismo cardíaco. No obstante esto, para *Juster*, las infecciones de las vías respiratorias no provocan sino que complican y agudizan las infecciones reumáticas ya existentes, activando su proceso, del mismo modo que la infección respiratoria activa la tuberculosis.

Sozzi (1943) llama la atención sobre el cuidado que requieren los tratamientos dentales en pacientes con reumatismo cardíaco y observó que estos enfermos presentaban con frecuencia hematomas después de las extraciones, atribuyendo semejante hecho a la extremada permeabilidad de sus capilares. El autor aboga por el empleo de las sulfamidas como tratamiento preventivo, ya que no han sido efectivas en la terapéutica de la endocarditis bacterial; él considera que su empleo profiláctico contiene el desarrollo de esta enfermedad, basándose en que su acción bacteriostática bloquea los estreptococos que entran en la sangre durante el tiempo de la operación de extracciones dentales. Asímismo, *Sozzi* considera que la intervención quirúrgica debe ser de la menor duración posible, como también debe ser mínima la cantidad de anestésico: con respecto a lo último manifiesta la creencia de que la anestesia general está contraindicada y que solamente debe emplearse en los casos en que se encuentre contraindicaad la local.

Taran (1944) expone su criterio sobre la extracción de dientes careados en niños con reumatismo cardíaco. Hace ver que a muchos pequeños no se les hace extracciones pensando en el hipotético peligro de las mismas, pero olvidando ese peligro infinitamente mayor que representa la persistencia de los focos sépticos bucales. En un trabajo realizado por espacio de ocho años, seleccionó dos grupos de 100 niños reumáticos cada uno. A un grupo se le eliminaron todos los dientes cariados tan pronto como era descubierta la carie; al otro grupo no se le hizo intervención alguna en ese sentido, dejando que las caries prosiguiesen su proceso. El grupo tratado mostró una notable mejoría de la salud general y una significativa disminución en las recurrencias reumáticas, nada de lo cual pudo ser observado en el grupo no tratado. La observación fué repetida, durante tres años, en otros dos grupos de niños, siguiéndose también el procedimiento de someter a uno de ellos a todos los cuidados dentales y dejando en completo abandono al otro; los resultados fueron también idénticos: la extirpación de los dientes cariados mejoró la salud general, estimuló el apetito, elevó el contenido de hemoglobina, determinó una disminución de recidivas y hasta provocó un mejor comportamiento escolar.

Un estudio realizado en un grupo de 295 niños reumáticos a los cuales se les había hecho una o más extraciones, dió como resultado el observar que tres de los que padecían el reumatismo en su fase activa presentaron recurrencia inmediatamente de la extracción, y siete, de tres a seis semanas después. Semejante porcentaje en la frecuencia de las recidivas, como resultado de tratamientos dentales, es, ciertamente, un gran éxito.

Cabe señalar, que desde los últimos cuatro años todos los niños reumáticos a los que se les hacían extraciones eran sometidos a la sulfamidoterapia antes y después de las intervenciones.

Northrop y Crowley (1944) refieren la importancia de los tratamientos odontológicos en los pacientes con reumatismo cardíaco y destacan el papel importante del odontólogo en tales padecimientos. Hacen un análisis, desde el punto de vista estomatológico, el tratamiento racional de tales enfermos, precisando que el odontólogo requiere poseer unos conocimientos fundamentales de las cardiopatías, lo que no siempre concurre en estas profesionales, que a veces no prestan atención a los problemas de paciente cardíaco o no los perciben, toda vez que muchos de estos enfermos o ignoran su estado o no conceden importancia a determinados síntomas por demás elocuentes. De otra parte, el odontólogo muchas veces se somete plenamente a la decisión del médico quien, si bien tiene pleno conocimiento del estado cardíaco del paciente y practica el tratamiento adecuado, no siempre conoce el problema odontológico.

Como resumen podemos decir que todo paciente con reumatismo cardíaco requiere ciertas medidas específicamente dentales, al objeto de evitar una recidiva o que pueda producirse una endocarditis bacteriana subaguda.

Según *Comroe* deben observarse los siguientes principios: 1) La eliminación del foco debe realizarse tan pronto como se descubra y sea posible, a menos que el estado del paciente no lo permita; en tal caso deben ponerse en práctica los medios necesarios para su recuperación en un pe-

ríodo de 4 a 9 semanas (reposo, buena nutrición, medicación, etc) y si pasado este tiempo el enfermo no mejora, entonces proceder con la máxima precaución a extirpar el foco. 2) Durante las exacerbaciones agudas, el enfermo debe ser tratado de modo conservador, y si después de estar sometido a las indicaciones médicas, durante un espacio prudencial de tiempo, no existe recuperación, entonces proceder a la eliminación del foco, tomando las medidas de precaución que sean precisas. 3) En los casos en que decididamente haya que hacer la extracción de dientes, la primera fase debe consistir en no extraer más de *un diente*, haciendo las demás extracciones a intervalos de 3 a 4 días unas de otras. En caso de que no se presente reacción alguna, puede llevarse a cabo la extracción de dos o tres piezas dentales, siempre que pertenezcan a la misma región. 4) Aconseja la toma de radiografías a todos los pacientes, incluso a los desdentados, pues estos suelen tener infecciones residuales con bastante frecuencia. 5) Debe ser eliminada toda infección gingival.

ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA.

La endocarditis bacteriana subaguda está causada, en los dos tercios de todos los casos, por el estreptococo. La mayoría de los autores admiten que una de las causas predisponentes de esta enfermedad es que el paciente esté previamente afectado por una lesión cardíaca, bien sea adquirida o de origen congénito. El reumatismo es también considerado como factor predisponente, dada la frecuencia con que determina lesiones valvulares. Los estudios de *Horder*, *Libman*, *Blumer*, *Levine*, *Gross* y *Fried*, entre otros, han contribuído en gran manera al estudio de la endocarditis bacteriana subaguda. Según *Blumez* (1923), en esta enfermedad el trombo del endocardio contiene el *Streptococcus Viridans*. *Schottmüller* (1928) admite que una valvulitis puede ser causa predisponente para que se fije el S. Viridans. *Von Glahn Pappenheimer* (1935) dice que las válvulas con vegetaciones son particularmente sensibles a la infección por *S. Viridans*. Estas conclusiones han hecho considerar al *S. Viridans*, del tipo no hemolítico, anaerobio, que imprime una coloración verdosa a los cultivos, como el microorganismo causal. *Cristian* dice que este microorganismo causante de la endocarditis bacteriana subaguda es el mismo que se encuentra en la pulpa dental y en los tejidos que rodean al diente. La sépsis oral ha jugado un papel importante en los trabajos ya mencionados de *Okell* y *Elliot*, en los cuales la extracción de los dientes, en bocas con marcada infección, ha determinado aislar ese estreptococo de la corriente sanguínea en el 75% de los casos. *Burket y Born*, demostraron que los organismos patógenos que aplicaban a la hendidura gingival podían ser recuperados del torrente circulatorio a los 10 minutos de la extracción dental.

La endocarditis bacterial subaguda está considerada por la mayoría de los autores como determinante de un resultado fatal, aunque en algunos casos —muy pocos— los pacientes se hayan recuperado. Recientemente el empleo de la quimioterapia ha dado algunos resultados, si bien son muy pobres hasta el presente. *Bur* (1944) recuperó con sulfamidoterapia dos casos. *Loewe*, *Rosenblantt*, *Greene* y *Rusell* (1944) informan de siete casos curados con el empleo de penicilina y heparina. *Kelson* y *White*, considerando la importancia que tienen las embolias en la endocarditis bacterial subaguda y teniendo presente, asímismo, que la acumulación de nueva fibrina sobre la vegerataciones sirve para proteger a los microorganismos contra la acción de la quimioterapia, emplearon heparina para evitar la adición de nuevos trombos a los ya formados y evitar así el peligro de la embolia; al mismo tiempo administraron una quimioterapia masiva en un esfuerzo destinado a destruir los estreptococos. Sin embargo, ninguno de los procedimientos empleados han hecho variar, hasta la fecha, el pronóstico fatal.

Esta enfermedad es más frecuente de lo que generalmente se cree, y es mayor en las regiones o lugares donde el índice de reumatismo cardíaco es elevado. En las poblaciones pequeñas ofrece dificultades su diagnóstico, debido a la natural ausencia de medios.

Para *Willius* (1944) en la etiología de la endocarditis bacterial subaguda deben concurrir las siguientes circunstancias: 1) Lesión valvular o un trastorno congénito. 2) Una bacteriemia transitoria, en la que habitualmente se aisla el *S. Viridans*. Claro que estos factores pueden explicar los casos en que se desarrolla la endocarditis, pero no aquellos otros, en mayoría, en que bajo circunstancias aparentemente idénticas, no se desarrolla.

Muchos autores consideran a los trombos de plaquetas como los requisitos previos que actúan facilitando el alojamiento a los microorganismos. Pero surgen inmediatamente algunas interrogantes. Estos trombos se formaron antes de la bacteriemia o son el resultado de ella? Son consecuencia de factores mecánicos o inmunológicos? ¿Se requiere la lesión endocárdica para su desarrollo? ¿Qué papel juegan las células endoteliales monuleares, tan comunes en la endocarditis? Hasta el, momento todo esto son incógnitas.

Ya hemos hecho referencia, en la 2ª parte de este trabajo, a la abundante literatura expone la

presencia del *S. Viridans* en los ápices de los dientes y en los tejidos paradentales. Digamos ahora que muchos investigadores han escrito sobre casos en que la endocarditis bacterial subaguda es causada por el *S. Viridans* consecutivamente a las extracciones dentales, en pacientes en los cuales existe lesión valvular o un defecto cardíaco congénito. *Geiger* (1942) en un interesante trabajo, en el cual presenta un caso de endocarditis bacterial subaguda consecutiva a la extracción de un diente, dice que, en ocasiones, tanto el médico como el odontólogo son los causantes de ella. La bacteriemia que se produce en tales pacientes ha sido repetidamente observada, por cuya razón deben tomarse todas las medidas para contrarrestar la acción de aquélla.

Blumer (1926), en su trabajo "Las tragedias de la extracción de un diente", presenta cuatro casos fatales asociados a extracciones dentales, dos de los cuales desarrollaron endocarditis bacterial subaguda. *Smith* y *Brumfiel* (1927) dicen que la frecuencia de la sépsis oral es una causa predisponente. *Tileston* (1929) informa de dos casos en que la infección se produjo seguidamente a la extracción de los dientes. *Rushten* (1930) en una revisión de 40 casos de pacientes con endocarditis bacterial subaguda, informa de 4 casos en que se produjo después de las extracciones. También *Fulton* y *Levine*, afirman que las extracciones, en determinadas circunstancias, precipitan el desarrollo de la endocarditis bacterial subaguda. *Thayer*, cree que la sépsis periodontal es uno de las maminos para que el estreptococo gane la puerta de entrada al torrente circulatorio y dice que el 40% de sus 77 casos de enfermos endocardíticos piorrea o infección periapical. *Weis* (1934) estudia la historia de 364 de endocarditis bacterial subaguda del Hospital Mount Sinai de New York y encuentra que en 7 casos (el 1.9%) se produjo después de extracciones, y en 3 casos (el 0.8%) después de la tonsilectomía. *Middleton* y *Burke* (1939), analizando las historias de 88 casos en el Wiscosin General Hospital, encuentran 5 casos (el 5.6%) producida después de las extracciones dentales. *Kelson*, en una revisión de las historias clínicas de 250 enfermos del Hospital General de Massachusets, encontró que el 10% habían sido sometidos a operaciones dentales recientes. Animado por sus resultados, amplió su estudio y revisó las historias de 500 enfermos, analizando bien los datos odontológicos; el resultado fué encontrar el 25% de pacientes a los que se le hicieron extracciones sin precaución alguna. *Palmer* y *Kempf* (1939) informan de 4 casos de endocarditis bacterial subaguda consecutiva a la extracción dental y al tratamiento periodental. *Raliusan* y *Baling* (1941 demostraron que, en un considerable número de casos, las pulpas dentales traumatizadas eran el sitio de predilección para fijarse los microorganismos, toda vez que la pulpitis "anacorética endotelial puede ser seguida de todos los signos del curso clínico de la endocarditis bacterial subaguda.

Schvartz y *Salman* (1942) expresan su opinión que es contraria a aquellas que establecen que las extracciones dentales, en individuos que tengan lesiones valvulares, pueden causar endocarditis bacterial subaguda. En un estudio de 136 niños, a los cuales les fueron extraídos un total de 467 dientes, cuando todos aquellos se encontraban padeciendo fases activas o pasivas de reumatismo cardíaco, se dió un solo caso de muerte seguido a la extracción. Sin embargo, parece que en este estudio no se tuvo en la debida consideración la historia clínica de los pequeños pacientes. *Budint, Nizel* y *Berg* (1942) dan cuenta de otro caso de endocarditis seguido a la extracción.

Podríamos citar un sinnúmero de casos, lo que no hacemos para evitar la monotonía de la repetición. Desde luego podrían haberse sacado mejores datos si todos los clínicos hubiesen llevado unas buenas historias, en las que los datos médicos y odontológicos fuesen completos y en íntima conexión, tanto en lo que hacemos referencia al examen como al tratamiento, pero desdichadamente no son muchos los hospitales donde se llevan a cabo las estadísticas completas.

Northrop y *Crowley* (1943) llevando a cabo el estudio de 138 historias de endocarditis bacterial subaguda, todas ellas correspondientes a otros tantos enfermos examinados en el "University Hospital" de Michigan, encontraron que el 38% existían antecedentes de trauma previo quirúrgico, de los cuales, 23 casos correspondían a extracciones dentales. *Brasfiel* (1945), en un estudio de 10.000 autopsias examinó las historias para poder selecionar los casos de endocarditis bacterial subaguda; este investigador encontró que 8 casos de los 92 afectados de dicha enfermedad, existía una relación entre la extracción y la endocarditis.

Como consecuencia de estos trabajos de *Brasfiel*, y teniendo en cuenta otras investigaciones concernientes a la relación entre las extracciones dentales y los trastornos y complicaciones cardíacos de que hemos hablado, podemos hacer el siguiente resumen: 1).—Existe una relación entre una cardiopatía y la extracción. La endocarditis consecutiva a la extracción sugiere, a veces una relación causal. Está comprobada la presencia del S. Viridans en los ápices de los dientes y en la sangre en las endocarditis. 2).—La relación causal extracción y endocarditis puede ser la bacteriemia estreptocócica que, en ocasiones, sigue

la extracción dental. 3).—En algunos casos la fiebre reumática es activada después de la extracción, no obstante que la causa del reumatismo es desconocida.

Expuestas las complicaciones que pueden producirse merced a la intervención dental, demos un repaso general a las medidas profilácticas.

Willius y *Brawn* (1944) aconsejan el uso profiláctico de la quimioterapia, y tras de hacer una revisión de los compuestos sulfamídicos, aconsesejan la sulfadiazina.

Pressman y *Bender* (1944) estudiaron dos grupos de 30 enfermos cada uno, sirviendo uno de los grupos como testigo y el otro siendo sometido a tratamiento con sulfanilamida. No se hizo selección de pacientes y las extracciones fueron de dos a diez dientes por cada caso. Todos los enfermos sometidos a tratamiento, recibieron la misma dosis del farmaco, consistente en 7,35 gr. de sulfanilamida en 24 horas, previamente a la extracción, haciendo la administración de la siguiente forma: el día anterior a la extracción se administraban cuatro tomas de 1,35 gr. cuatro horas antes de realizar aquella. No obstante este hecho de que todos los pacientes recibieron la misma dosis y en los mismos tiempos, la concentración de sulfamida en sangre variaba de 5,0 a 11,0 mg. por 100 cc. El promedio de concentración era de 7,5%. Los autores manifiestan la dificultad de obtener concentraciones mayores en enfermos ambulatorios. Los resultados de los hemocultivos, tomados 10 minutos después de la operación, fueron de un 33.3% también positivos en el grupo tratado con sulfas.

Matthew (1945) presenta un informe preliminar de 7 casos de enfermos con endocarditis bacterial subaguda, a los que se les hicieron extracciones dentales. Con estos enfermos se tomaron todas las precauciones de rigor y fueron sometidos a tratamiento con penicilina, siendo los resultados completamente satisfactorios.

Esta cita nos lleva de la mano a la última parte de nuestro trabajo: el tratamiento de todo proceso bacteriémico en Odontología, y comenzamos por algunas consideraciones previas, concernientes a la *Quimioterapia.*

Estableciendo lo obligada separación entre el tratamiento con las sulfas y la penicilina comenzaremos por un ligero estudio de la sulfamidoterapia señalando una serie de consideraciones o preceptos fundamentales aconsejados por nuestra experiencia en el tratamiento con las sulfas.

Ante todo, estos medicamentos no deben tomarse nunca si no es por prescripción médica, evitando, de este modo complicaciones que pueden ser graves. La automedicación ha provocado ya serios trastornos, entre los que no es el menos importante el crear en el organismo una resistencia a la droga, que la hace ineficaz en el momento en que más se precisa; esta sulfamidoresistencia ha sido no pocas veces determinante de serios problemas terapéuticos. Solamente debe ser el facultativo quién determine cuándo es necesaria la droga y en que medida. Asímismo, el profesional debe administrar las drogas tras una indicación clara de su necesidad y después de un diagnóstico preciso.

El médico debe observar al paciente diariamente, cuando se le haya prescrito alguna de las drogas a que hacemos mención, aun en el caso de que la dolencia no requiera la reclusión del enfermo en la casa u hospital. Debe advertirse al paciente de la posible aparición de síntomas de intolerancia o de excesiva ingestión de droga, tales como vómitos, cefalea, ictericia, mareos, alguna dermatosis, disnea, etc., algunos de cuyos síntomas suelen ser alarmantes, pero que requieren, tan solo, cesar en la toma de más dosis hasta que el médico determine. Al médico debe advertirsele si se ha ingerido con anterioridad algun compuesto sulfamídico de qué forma se ha reaccionado a él.

Eu curso del tratamiento deberá ser guiado por análisis de sangre y orina; durante la primera semana deberá investigarse el recuento globular y el índice de hemoglobina, a fin de que no pueda sorprender la anemia hemolítica aguda. Cuando la medicación se prolongue más de diez o quince días, deberá obtenerse diariamente la fórmula leucocitaria al objeto de estar preparados ante la posible aparición de la agranulocitosis. Es prociso investigar la presencia de sangre en la orina, sobre todo cuando se trate de la sulfanilamida o sulfatiazol.

La ingestión de líquidos es esencial cuando se está administrando alguna de estas drogas y nunca debe ser menor de dos litros en 24 horas. En caso de manifestaciones tóxicas, esta ingestión de líquidos debe ser mucho mayor. Cabe señalar que si no existen síntomas de toxicidad no será preciso que la toma de líquidos exceda de los referidos dos litros, pues el exceso de hídrido contrae la concentración en sangre de la droga, que es precisamente lo esencial en terapéutica sulfamídica.

De una manera general podemos afirmar que una concentración de droga de 5 a 10 mg, por 100 cc. de sangre es suficiente en infecciones benignas; tratándose de casos graves, esta concentración debe ser elevada hasta 10,15 e incluso 20 mg. por 100 cc. de sangre, tal como sucede en pacientes atacados de meningitis meningocócica, donde se hace necesaria una concentración en sangre no inferior a 20 mg. a fin de que se pueda obtener una concentración 15 mg. por 10 cc. de líquido cefalorraquídeo.

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

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

Para determinar la cantidad de sulfonamida que se encuentra circulante, debe seguirse el procedimiento colorimétrico de *Marshall* con el cual se logra la determinación en el espacio de pocos minutos.

La indudable importancia de los antibióticos ha llevado a esperar de ellos reacciones imposibles. Sin que esta importancia disminuya para nada, hay que señalar que el efecto bacteriostático de la droga es simplemente suplementario o complementario, pero no sustitutivo de las defensas hísticas naturales. Estas drogas no pueden esterilizar tejido necrótico, material heterocontaminado o abcesos cerrados. A menudo, el profesional se deja llevar la idea de que un nuevo farmaco viene a solucionar casi todos sus problemas. Lo cierto es que para aprovechar bien las ventajas de las drogas sulfamídicas deben estimularse y mejorarse, ante todo, las propias funciones defensivas de los tejidos para que tengan oportunidad de actuar por sí mismas y encuentren ayuda en la quimioterapia.

Está demostrado que la premedicación sulfamídica puede reducir la posibilidad de la bacteriemia pos-extracción, siempre que las concentraciones en sangre se conserven al nivel adecuado.

Hageman (1940) aconseja el empleo profiláctico de las sulfamidas antes de las extracciones, en casos con lesiones valvulares cardiacas. *Claget* y *Smith* (1941) abogan por el empleo de las sulfapiridina en esta clase de pacientes, administrándola en dosis suficientes, hasta alcanzar una concentración de 6 mg. % cc. de sangre y mantener este nivel por uno o dos días después de la extracción; en casos de complicación, tal como alveolitis, debe proseguirse la administración de sulfapiridina, aconsejando la hospitalización de los pacientes. *Budnitz, Nizel* y *Berg* (1942) emplearon también la sulfapiridina por espacio de una semana y la extracción era realizada después de tres o cuatro días de administrada la droga. En una serie de 42 casos no tuvieron reacción alguna como consecuencia de la administración del preparado. *Millhon* (1943) y sus colaboradores recomiendan que después de las extracciones debe aplicarse sulfatiazol en polvo. Son muchos los autores que hacen semejante recomendación. Nuestra experiencia personal en la consulta nos ha enseñado que la aplicación del sulfatiazol, en pequeñas dosis, disminuye los peligros de la infección y su frecuencia. Nosotros hacemos esta aplicación de manera sistemática. Este hecho sugiere tambien la conveniencia de hacer la aplicación a la superficie de toda herida, pués permite que la defensa natural del organismo actue eficazmente.

Esta aplicación local de sulfamidas, como tratamiento profiláctico curativo de las infecciones quirúrgicas, ha llegado a alcanzar gran difusión en estos tiempos. Sin embargo, en muchas de tales infecciones no se obtienen los resultados debidos a causa de la inactivación que experimentan las sulfamidas en el propio lugar de su aplicación; tal inactivación se debe a la presencia de los llamados "inhibidores", como el ácido paraamino-benzoico, que puede inactivar hasta unos 3 gr. de sulfonamidas.

Para obviar esta contigencia de la inactivación pueden seguirse estos caminos: 1), aumentar la dosis de droga empleada; 2), Aplicar junto con el medicamento alguna sustancia capaz de neutralizar o destruir los principios inhibidores. El primer procedimiento lleva consigo el inconveniente de que la excesiva cantidad de droga puede actuar como cuerpo extraño, provocar reacción local de los tejidos y producir una absorción masiva, de la droga con la consiguiente aparición de fenómenos tóxicos. El segundo procedimiento es el ideal, siempre que logre disponer de alguna sustancia que sea capaz de inactivar a los "inhibidores", sin que, por ello se disminuya la acción terapéutica de la sulfonamida empleada. Es en esta última dirección hacia donde se orientan las investigaciones, partiendo de que las experiencias clínicas y de laboratorio de *Goldberger* han demostrado que los cuerpos inhibidores son todos ellos de carácter oxidante.

Según *Long*, basándose en que los exudados inhiben, generalmente, la acción de las sulfamidas aplicadas localmente, es aconsejable la aplicación de una mezcla de sulfonamidas y agentes oxidantes que destruirán la acción inhibidora antisulfamídica.

La casuística de *Goldberger* abarca 884 casos de diferentes lesiones quirúrgicas, infectadas por diversos gérmenes piógenos. De la larga serie de asociaciones estudiadas, la de sulfamilamida con sulfatiazol más azocloramida fué la que dió mejor resultado. Esta asociación de diversas sulfamidas se comprende por la diversa acción de cada uno de ellos antes distintos agentes; es decir, de lo que pudiéramos dominar acción específica de cada droga; así, por ejemplo, tenemos que la sulfanilamida es mas eficaz sobre el estreptococo que el sulfatiazol, mientras que este último tiene un mayor grado de eficacia sobre el estafilococo.

Por último queremos señalar que la aplicación local excesiva de sulfas en los alvéolos tiene el inconveniente de retrasar el proceso de cicatrización, a consecuencia de la lentitud en la absorción.

Northrop y *Crwley* (1943) llevaron a cabo un estudio para observar el efecto del sulfatiazol sobre la bacteriemia transitoria después de las

extraciones dentales. Tal estudio lo realizaron en 97 pacientes, a los cuales se tomaron hemocultivos antes, inmediatamente después y a los diez minutos de la extracción; estos pacientes no fueron seleccionados y las extracciones se limitaron a uno o dos dientes en cada caso. Todos los hemocultivos tomados antes de la extracción fueron negativos; los hemocultivos post-operatorios fueron positivos en un 13%. Obtuvieron en 73 casos la concentración de sulfatiazol y comprobaron que cuando aquella era inferior a 3 mg. %, la frecuencia de bacteriemia era del 17,3%. En una serie de 50 casos en que la concentración alcanzó de 3 a 5.6 mg. % la frecuencia fué tan solo del 4%. Más tarde estos autores ampliaron su estudio a la sulfameracina, pero los resultados fueron más pobres. En mi experiencia personal en el Hospital Yale University (1943) donde a todos los pacientes que requerían intervenciones de boca y que tenían lesiones valvulares se aplicaba sistemáticamente la sulfamidoterapia, tuve un caso de intoxicación. Un paciente de color con endomiocarditis reumatismal con doble lesión mitral; la administración de sulfatiazol provocó un cuadro de intoxicación tan agudo que hubo de suspenderse el tratamiento; dos semanas más tarde realizamos la intervención sometiendo al paciente a una dosis de 30.000 unidades una hora antes. Los resultados fueron satisfactorios.

Clement y *Brown* (1945) recomiendan el empleo de la sulfadiazina durante tres días antes y tres días después de la operación.

Morayta y *Brenes* (1946)han investigado la bacteriemia transitoria cuando ésta ha sido consecuencia de la cirugía menor oral —extracciones. Esta investigación abarcó a tres grupos de individuos: (comprendiendo cada grupo 36 casos o sea un total de 108): grupo A —testigo, integrado por pacientes aparentemente sanos, sin más estado patológico que los bucales, y a los cuales les fueron hechas las intervenciones sin tratamiento profiláctico; grupo B y C en los cuales los pacientes fueron todos seleccionados con un diagnóstico de cardiopatía y tratados con sulfadiazina y penicilina respectivamente. El estudio realizado comprobó la bacteriemia post-operatoria en los tres grupos. El promedio de hemocultivos positivos fué el siguiente: grupo A —sin farmaco— el 8.33%; grupo B —con sulfadiazina— 31 8.33%, y el grupo C —con penicilina— el 5.55%.

No es nuestro propósito hacer una revisión amplia de la sulfamidoterapia, pues ello ocuparía demasiado espacio, toda vez que sería forzoso establecer el cuadro de propiedades, dosis, toxicidad, etc, de cada uno de los farmacos, cosa por demás del dominio profesional.

Nos resta mencionar la penicilina, de la que también vamos a hacer una ligera indicación. Con la penicilina tenemos ante nosotros un eficacísimo auxiliar terapéutico, sobre todo debido a su baja toxicidad y a su gran poder bacteriostático. La primera consideración que debe tenerse en cuenta para la aplicación de la penicilina es el factor etiológico de la infección que va a ser tratada, pues ya se van diferenciando claramente algunos campos de acción que corresponden a esta droga y los que corresponden a las fulfamidas. De una manera general citaremos que la penicilina es eficaz en el tratamiento de infecciones graves por estreptococos hemolíticos, tal como en la celulitis grave, mastoiditis, meningitis, neumonía, pericarditis, empiemia, osteomielitis, artritis supuradas, peritonitis, fiebre purpueral, endocarditis, y en general heridas infectadas. La penicilina en estos casos deberá ser administrada localmente, además de la vía intravenosa o intramuscular. Decididamente en las localizaciones del neumococo tales como mastoiditis, endocarditis y peritonitis la acción de la penicilina puede ser decisiva.

Los resultados obtenidos con la penicilina en las lesiones cardíacas a que venimos refiriéndonos son de una valor extraordinario. Las endocarditis bacterianas subagudas, tratadas con dosis altas de penicilina, han respondido bien, lográndose remisiones. Aunque la experiencia no es todavía lo suficientemente sólida, puede, sin embargo, asegurarse que este tratamiento está actualmente indicado.

En el campo estomatológico propiamente dicho la labor de esta droga es, en muchos casos, definitiva. A este respecto de la acción terapéutica de la penicilina en el campo estomatológico, nosotros hemos publicado algunos trabajos sobre "La Penicilina y la Estomatología" (1945).

ooOOoo

Resumen

El estudio sobre "infección focal" y el papel que en este estudio tienen asignados los focos buco-dentarios, continua siendo objeto de detenidas investigaciones. La evolución sobre esta materia prosigue en forma constante, a semejanza de lo que acontece con otras teorías científicas donde hay todavía muchas incógnitas que despejar.

Sin duda, a través del tiempo, los procesos patológicos aislados evolucionan siempre de la misma manera, pero los científicos tratan de explicarlo de forma diferente. Cada teoría es el resultado de numerosas y valiosas observaciones en el campo experimental. Siempre aporta un

beneficio científico toda nueva teoría aunque tenga defectos y no sea lo perfecta que deseamos, ni lo suficientemente consistente al principio.

La evolución, así como su diversas desviaciones en la historia de la "infección focal" ha servido para abrir nuevos campos y numerosas experiencias, sumándose con ello más conocimientos.

Entendemos nosotros que no puede haber un concepto médico y otro odontológico sobre el "foco"; hay que establecer una coordinación en el trabajo, una simbiosis en la investigación para poder llegar a precisiones definitivas. Del estudio en común han surgido posiciones firmes en los casos de investigación entre los focos bucodentarios y determinadas cardiopatías, como lo demuestran las comprobaciones clínicas y experimentales realizadas.

Estimamos que el concepto actual de "infección focal" debe ser sometido a revisión, mucho más si tenemos en cuenta que no se conoce el mecanismo real mediante el cual se difunde la infección. En este sentido, por ejemplo, al hablar de bacteriemia y de los focos dentales y paradentales, es interesante el conocimiento de las causas que pueden alterar la permeabilidad de los tejidos y ser la determinante de aquella.

Los conocimientos actuales del examen estomatológico permiten diagnosticar los focos bucodentarios, pero todavía no podemos afirmar que sean focos de 'infección focal". La pregunta queda sin respuesta científica. Para hablar de los diferentes aspectos de la "bacteriemia transitoria" en estomatología, hemos revisado la contribución de la literatura científica relacionada con dicho tema. La escuela alemana, y con más amplitud la escuela inglesa y americana, especialmente esta última, la ha dedicado considerable estudio en contraste con otras escuelas, como por ejemplo la francesa y española etc. que tan poca atención la han prestado.

Generalmente se da poca o ninguna importancia a los focos sépticos buco-dentarios. A pesar de la gran frecuencia, que observamos en la clínica, bocas en pésimas condiciones sépticas, con supuración de encías, ulceraciones de un grado más o menos intenso, cabe preguntarnos profesionalmente y sin localizarnos en nuestro campo estomatológico: si un enfermo llega a la consulta de un médico general o especializado, y al hacer el examen observa el profesional en el paciente, bien en la piel, el oído, en el ojo, o en cualquier otro órgano o región del organismo un proceso supurativo ¿pasaría por alto dicho "estado patológico"?. ¿Entonces que razón hay para desvalorizar o no darle importancia a dichos procesos bucales? Porque esto supone tanto como desconocer las vías de infección dentaria en la génesis de manifestaciones morbosas, bien por: la propagación directa; la piofagia y, la invasión sanguínea o linfática (baecteriemia o toxemia).

La bacteriemia puede ser pasiva o activa, y por consiguiente, tener importancia o carecer de ella. Sin embargo, en determinadas cardiopatías, cuando existen lesiones valvulares del corazón presentan ciertas complicaciones ya descriptas. La intervención del paciente "cardíaco" requiere ciertas medidas que conviene tener en cuenta para evitar dichas complicaciones, por medio de los llamados "tratamientos profilácticos" y una colaboración médico-odontológica.

La aplicación local de penicilina y sulfatiazol ha dado excelentes resultados en las intervenciones odontológicas y ha eliminado las secuelas post-operatorias.

Estas medidas de precaución —a que nos estamos refiriendo— también deben extenderse a aquellos pacientes que han de ser sometidos a un traumatismo agudo y cuyas defensas del organismo se encuentren disminuidas; pero debe evitarse el uso indebido que hoy día se está haciendo de la quimioterapia para toda clase de intervenciones odontológicas en pacientes que no requieren ni sulfamidoterapia ni penicilinoterapia.

La penicilina es el farmaco más indicado por su gran poder bacteriostático y baja toxicidad en en tratamiento estomatológico de pacientes con cardiopatías, pero a las dosis indicada.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, F. R. Hot solutions of the sulfonamides. J. Am. Dent. A. 30: 58, 1943.

ALBRIGHT, G. C. Sulfatiazole and its use in infections of the jaws, J. Am. Dent. A. 30: 249, 1943.

BARBER, The relationship of dental infection to diseases of the skin, Proc. Roy. Soc, Med. 30: 1421, 1927. An. Dent. Surg. 24: 480, 1927.

BARNFIELD, W. F. Subacute bacterial endocarditis and dental procedures, J. Orthodontics Oral Surg. 31: 55, 1935.

BECK, J. C. and DEUTSCH, E. Interrelation between eye, ear, nose and tooth, with presentation of cases, Am. J. Ophth. 3: 349, 1920.

BERMAN. D. Efects of inductothermy on periapical focal infection as evidenced by chaces in sedimentation rate J. Am. Dent. A. 32: 203, 1945.

BIERRING, W. L. Focal infection a quarter century review. J. Am. Dent. A. 3: 1623, 1938.

BILLINGS, F. Chronic infections endocarditis. Arch. Int. Med. 4: 409, 1909.

BILLINGS, F. Chronic focal infections as a causative factor in chronic arthritis. J. A. M. 61: 819, 1913.

BILLINGS, F. Focal infection, its broader applications in the etiology of general disease. J. A. M. A. 63: 899, 1914.

BLACK, A. D. Roentgenogrphic and microscopic studies of tissues in volved in chronic mouth infections. J. A. M. A. 69: 599, 1917.

BLACK, C. V. Ocular disease resulting dental lesions. Ophth. Rec. 24: 610, 1915.

BOMPUS, H. C., jr. and MEISSER, J. C. Focal infection and selective localization of streptococci in pyelonephritis. Arch. Int. Med. 27: 326, 1921.

CECIL, R. C. The bacteriology of dental infections and its relations to systemic disease. New York State J. Med. 32: 21, 1932.

CECIL and ARCHER. Clasification and treatment of chronic arthiritis. J. A. M. A. 87: 741, 1926.

CECIL R. L. and ARGEVINE, D. M. Experimental streptococcus arthritis in rabbits. Tr. A. M. Am. Physicians. 53: 310, 1938.

CECIL, R. L. and ARGEVINE. D. M. Ann, Int. Med. 12: 577, 1938.

CECIL, R. L., NICHOLS, E. E. and STAINSBY, W. J. Bacteriology of blood and joints in rheumatic fever. J. Exper Med. 50: 617, 1929.

CALVY, P. J. Dental surgery and organic heart disease. J. A. M. A. 74: 1221, 1920.

CAMERON, G. C., RAE, C. A. and MORPHY, G. N. Canad, M. A. J. 25. 131, 1931.

CANBY, C. P. Incidense of pulpal infection in periodontoclasia. J. Am. Dent. A. 23: 1871, 1936.

CARR, J. G. Relationship between dental and cardiovascular disease. J. Am. Dent. A. 24: 1979, 1937.

CAYLOR, H. D. and DICK, G. F. Quantitative bacteriology of the tonsils, J. A. M. A. 78: 570, 1922.

CHRISTIAN, H. Osler's plrinciples and practice of medicine ed. 14. New York, D. Appleton Century Co., 1942, p. 1037.

CLAGETT, A. H. jr. and SMITH, E. H. jr. Subacute bacterial endocarditis and dental extraction. J. Am. Dent. A. 28: 1841, 1941.

COLLINS, K. R. and LYNE, B. C. Preliminary reportson bacteria found in apical tissues and pulp of extracted teeth. J. Am. Dent. A. 6: 310, 1919.

COMROE, BERNARD I. Role of the dentist in ardritis J. Am. Dent. A. 27: 1209, 1940.

COMROE, COLLINS, CRANE. Internal medicine in dental practicie. Philadelphia, Lea & Febiger, 1943.

COOK, T. J. Experimental production of chronic dental foci. Dent. Cosmos. 70: 826, 1928.

COOK, T. J. Focal infection and elective localization in the experimental observations of focal infections Arch. Int. Med. 9: 905, 1912.

COOK, T. J. Focal infection of the teeth and elective localization in the experimental production X of ulcerative colitis. J. Am. Dent. A. 18: 2290, 1931.

COSTA BERTANI, G. Septicemia y muerte por extracción en una niña reumática, con velocidad de sedimentación aumentada. Rev. Arg. de Reumatol. 5: 286, 1941.

CRAIG, P. Endocarditis and its dental inter-relations. Ann. Dent. 5: 100, 1938.

CRAMER, H. C. and REITH, A. F. Quantitative bacteriologic study of pulpless teeth correlatel with dental roengenolograms. J. Am. Dent. A. 19: 976, 1932.

CSERNYEI, A. J. Anacoresis effect of chronic periapical inflammations. J. Dent. Research, 59, 595, 1939.

DABNEY, V. Bacteremia due to tonsillectomy complicated by mastoiditis. Arch. Otolaryng. 2: 362, 1925.

DALAND, J. Ulcerative endocarditis secondarw to dental sepsis and treated by autogenous vaccine. M. Clin North America, 1: 542, 1917.

DAVIS, D. J. Bacteriology and experimental observations of focal infection. Arch. Int. Med. 9: 505, 1912.

DAVIS, D. J. Bacteriological and experimental observations on focal infection. J. A. M. A. 61, 724, 1913.

DAVIS, W. T. The interrelation of the teeth and the eye. Dent. Cosmos. 57: 769, 1915.

DESCHWEINITZ, Dental infection in its relation to disorders. Dental Cosmos. 42: 585, 1920.

DUKE, W. W. Oral sepsis in the relationship to systheme disease. St. Louis, The C. V. Mosby Co. 1918.

DWIGHT, C. E. Oral focal infection: its status today with particular reference to arthiritis. J. Oral Surg. April 1945.

EDWIN, W, D. and LUDLOW, C. E. Use of sulfonamides in minor oral surgery. J. Oral Surg. 3: 222, 1945.

ELLIOT, S. D. Bacteremia and oral sepsis. Proc. Roy. Soc. Med. 32: 747, 1939.

ELLIOT, S. D. Bacteriemia following tonsilectomy. Lancet, 2: 589, 1939.

ERRECART, P. L. El "foco" amigdalino en su relación con el reumatismo. Prensa Méd. Argent. Noviembre de 1944.

FARRIL, L. Los dientes muertos como factores de infección sistémica. Comunicación a la Asociación Mexicana de Ortodoncia. Sep. 5, 1944.

FAILLO, B. B. Blood findings on twenty patients before and after extraction of teeth. J. Dent. Research. 21, 19, 1942.

FASTING, G. F. C. Focal infection and elective localization; evaluation of bacteriological procedures and biological factors. Am. Dent. Soc. Europe, Nice, France, Abril 21 1930, p. 122.

FELDMAN, J. M. & Trace, I. M. Subacute bacterial endocarditis following removal of teeth or tonsils. Ann. Int. Med. 11: 2124, 1938.

FORNSNER, G. Renale Lokalisation nach intravenosen injertionen mit einer déni Niesengewebe experimental angepassten Streptokokken cultur. Nord. Med. Arkiv. 35: 1, 1902.

FUENDELING, J. M. and CARTNEY, T. L. Roentgenographic diagnosis of vital pulp infection confirmed by bacteriological examination. Am. J. Roentgenol 40: 386, 1938.

FULTON, M. N. and LEVINE, S. A. Subacute bacterial endocarditis with special reference to the valvular lesions and previous history. Am. J. M. Sc. 183: 60, 1932.

CARRETSON, J. E. Oral Surgery. Philadlephia, Lippincot & Co., 1896.

GAY F. P. and CLARK, A. R. Arch, Path. 1: 847, 1926.

GAY, F. P. and HARRISON, L. F. J. Infect. Dis. 33: 338, 1923.

GEIGER, A. J. Relation of fatal subacute bacterial endocarditis to toots extraction. J. Am. Dent. A. 29: 1023, 1942.

GILMER, T. L. Chronic oral infections. Arch. Int. Med. 9: 499, 1912.

GILMER, T. H. A clinical and experimental study of chronic alveolar abscess in relation to systemic disorders. Dental Cosmos, 58: 1357, 1916.

GIORELLI, Bacteremia in dogs following extirpation of infected teeth. Boll d. Sez. Ital. d. Soc. Internaz. di Microbiol. 3 (H8): 355, 1931.

GOLDEBERG, H. G. Ten years research of dental infections and their relations to systemic disease. Am. J. Orthodontics. 24: 272, 1928.

GRAVES, Focal infection as a factor in the production of mental disorder. Proc, Roy. Soc. Med. 19: 16, 1926.

GURICH. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. inn. Med 1905.

HADEN, R. L. Differential leukocyte count in chronic periapical dental infection. J. Am. Dent. Ass. 10: 596, 1923.

HADEN, R. L. Elective localization in the eye of bacte-

ria from infectted teeth. Arch Int. Med. 32: 826, 1923.
HADEN, R. L. The incidence of pulpless teeth. J. Nat. Dent. Ass. 11: 730, 1924.
HADEN, R. L. The pulpless toath from a bacteriologic and experimental standpoint. J. Am. Dent. A. 12: 918, 1925.
HADEN, R. L. Experimental evidence of relation of dental infection to systemic disease. J. Kansas Med. Soc. 26: 41, 1926.
HADEN, R. L. Dental infection any systemic disease. Philadelphia, Lea & Febijer, 1928.
HAGEMAN, P. O. The use of sulphanilamide. J. Am. Dent. 27: 909, 1940.
HAGEMAN, P. O. HARFORD, C. G., SOBIN, S. S. and AHRENS, R. E. Sulphamerazine; a clinical study of its pharmacodynamics, therapeutic value and toxicity. J. A. M. A. 123: 325, 1943.
HARKARY, J. Focal infection and bacterial allergy in asthma an arthritis. In: Libman Aniversary volume, New York, The International Press, 1932, Vol. 2 pp. 551-559.
HARTER, J. H. Significance of bacteremia following mastoid operations. Nortwest Med. 24: 35, 1925.
HERTZELL, T. B. Secondary infections having their primary origins in the oral cavity. J. Allied Dent. Soc. 9: 166, 1914.
HARTZELL, T. B. and HENRICI, A, T. Pathogenicity of mouth streptococci and their relation in the etiology of dental diseases. J. Am. Dent. A. 4: 477, 1917.
HARTZELL, T. B. Review of the literature regarding infected teeth J. Am. Dent. A. 13: 441, 1926.
HATTON, E. H. Focal infection from the point of view of the dentist. J. Am. Dent. A. 13: 728, 1926.
HELBRAUN, H. W. Prophilatic use of sulfathiazole in oral surgery. J. Am. Dent. A. 30: 1943.
HEYER, H. E. and Hick, F. K. Experience in the treatment of subacute bacterial endocarditis sulfanilamide, sulfapyridine and sulfathiazole: a review previously reported cured cases with the report of fifteen treated cases including one cure and one aborted case. Ann. Int Med. 15: 291, 1941.
HILL, T. J. Experimental dental granulomas in dogs. J. Am. Dent. A. 19: 1389, 1932.
HOLMAN, W. L. Focal infection and "elective localization". A critical review, Arch, Path. 5: 68, 1928.
HORDER, T. Infective endocarditis. Quart J. Med. 2: 319, 1988-9.
HUNTER, W. Dental disease in telation to general disease, especially to infective gastritis. Tr. Odonto Soc. 92, 1898-99.
HUNTER W. Oral sepsis as a cause of disease, Brit. Med. J. 2: 215, 1900.
HUNTER, W. Oral sepsis as a cause of disease relation to Medicine. Brit. Med. J. 2: 1358, 1904.
HUNTER, W. The role of sepsis and antisepsis in medicine. Lancet, 1: 79, 1911.
IRONS, E. E. Eome less frequently considered portals of infection in arthritis and iritis. J. A. M. A. 80: 1899, 1923.
IRONS, E. E., BROWN, E. V. L. and NADLER, W. H. Thelocalization of streptococci in the eye; a study of experimental iridocylitis in rabbits. J. Infect. Dis. 18: 315, 1916.
JARVL, E. and BRINCH, O. Focal infection, especially stomatogenic; experimental studies on chronic joint diseases produced by infection with streptococci of medium virulence. Hospitalstid, 81: 80, 1928.
JONES, N. W. and NEWSONM, S. F. Experimentally produced focal (dental) infection in relation to cardiac structure, Arch. Path. 13: 382, 1932.
KAISER, A. D. Incidense of rheumatism, chorea and heart disease in tonsillectomized children; a control study. J. A. M. A. 89: 2239, 1927.
KINSELLA, R. A. Chemotherapy of bacterial endocarditis. Ann. Int. Med. 15: 982, 1941.
KULFA, F. E. Uber Bakteriamie bei der Normalen Periode. Zentrabl. F. Gynak. 54: 171, 1930.
LANGSTROTH, The incidence of chronic focal infection in chronic disease. Am. J. M. Sc. 155: 232, 1918.
LEVY, J. Investigations as to the frecuency of metastatic eye infections from primary dental foci. J. A. M. A. 69. 194, 1917.
LIBMAN, E. On some experiences with blood-cultures in the study of bacterial infections, Bull. Hohns Hopkins Hosp. 17: 215, 1906.
LIBMAN, E. Astudy of the lesions of subacute bacterial endocarditis with peculiar reference to healing or healed lesions, with clinical notes. J. Am. Med. Sc. 144: 313, 1912.
LIPPMANN, K. Subacute bacterial endocarditis case; new methods of treatment. New York State J. Med. 150: 524, 1940.
LOGAN, Bhould all pulpless and impaeted teeth be removed? J. Nat. Dent. Ass. 8: 126, 1921.
MARSEILLE, A. Bacteriemia after extraction of teeth. Geneesk Tijdschr. v. Nederl.—Indie. 77:2491, 1937.
MARTINEZ, E. Importancia de los focos infecciosos bucodentarios en la brucelosis. Rev. Asociación Dent. Mexicana. 2: 109, Dent. Rev. 27: 281, 1913.
MAYO, C. H. Mouth infection as a source of systemic diseases. J. A. M. A. 63: 2025, 1914.
MEISSER, J. C. and GARDNER, B. S. Elective localization of bacteria isolated from infected tetth. J. Nat. Dent. A. 19: 578, 1922.
MEISSER, J. C. and BROCK, S. A. clinical and experimental study in chronic arthiritis. J. A. D. A. 10: 1100, 1923.
MIDDLETON, W. S. and. BURKE, M. Streptococcus viridans endocarditis lenta. A clinicopathologic analysis of the experience in the Wisconsin General Hospital. Am. J. Med. Sc. 198: 301, 1939.
MILLER, I. S. Dental infection and systemic disease. Dent. Digest 36: 145, 1930.
MILLER, W. D. The microganisms of the mouth. The local and general disease which are caused by them. S. S. White Dental Mfg. Co. Philadelphia, 1890.
MILLER, The human mouth as a focus of infection. Dental Cosmos, 33: 1891, p. 689.
MILLHON, J. A. AUSTIN, L. T. STAFNE, E. G. and GARDNER, B. S. An evaluation of the sulpha drug and other dressings in the incidence of "dry socket" in lower third molars. J. Am. Dent. A. 30: 1839, 1943.
MOODY, Lesions in rabbits produced by streptococci from chronic alveolar abscesses, J. Infect. Dis. 19: 515, 1916.
MOOREHEAD The revalence of chronic mouth infections and their management. J. A. M. A. 67: 845, 1916.
MURPHY, F. D., CLARK, J. K. and FLIPPIN, H. F. Studies on 2-sulfanilamido-4 methyl-pyrimide (sulphmerizine, sulphamethyldiazine) in man; absorption, distribution and excretion, Am. J. Med. Sc. 205: 717, 1943.
MORAYTA, M. Penicilinoterapia en estomatología. América Clinica, Vol. 8, No. 4, 1945, p. 25.
MORAYTA, M. La penicilina en odontología, América Clínica, Vol 7, No. 3, p. 21, 1944.

MORAYTA, Las cardiopatías reumáticas y las infecciones focales buco?dentarias. América Clínica Vol. 7, No. 5-6, 1944. p. 21.

MORAYTA, M. Gingivitis marginal. Arch. Méd. Mexicanos. Año 3; nos. 10-11, 1945.

MURRY, M. and MOOSNIC, F. incidence of bacgeremia in patients with dental disease. J. Lab. Clin. Med. 26: 801, 1941.

NAKAMURA Focal infection and elective localization in ulcer of stomach and in arthritis. Ann. Surg. 76: 29, 1924.

NICHOLS, A. C. The virulence and classification of streptococci isolated from apical infections; e preliminary report. J. Am. Dent. A. 13: 1218, 1926.

NICKEL, A. C. and HUFFORD, A. R. Elective localization of streptococci isolated from cases of peptic ulcer. Arc. Int. Med. 41: 210, 1928.

NICKEL, A. C. and MUSSEY, R. D. Experiments of the relations of focal infection to absortion M. J. and Rec. 125: 467, 1927.

NORTHROP, Ph. M., D. D. S. and CROWLEY, M. The prohylactic use of sulfathiazole in transient bacteremia following the extraction of teeth. A preliminary report. J. Oral Surg. 1: 19, 1943.

NORTHROP, PH. M., D. D. S. and CROWLEY, M. Further studies on the effect of the prophylactic use sulfathiazole and sulfamerazine on bacteremia following extraction of teeth J. Oral Surg. 2: 1944.

NOYES, F. B. and DEWEY, K. The lymphatics of the dental region. Dental Cosmos, 59: 436, 1917.

OELLER, A. H. Ueber die Stellung der Sepses Zur Toxikamie, 17: 793, 1925.

OKELL, C. C. and ELLIOTT, S. D. Bacteremia and oral sepsis with special reference to the etiology of subacute endocarditis. Lancet, 2: 869, 1935.

OSLER, W. The gulstonian lectures on malignat endocarditis, Brit. M. J. 1: 467, 1885.

PALMER, H. D. and KEMPF, M. Streptococcus viridens bacteremia following extraction of teeth; a case of multiple mycotic aneurysms in the pulmonary arteries; report of cases and necropsis. J. A. M. A. 113: 1788, 1939.

PAQUIN, O. A. Jr. Bacteermia following removal of diseased teeth. J. Am. Dent. A. 28: 879, 1941.

PARMER, H. D. and DEMPF, M. Streptococcus viridians following extraction of teeth. J. A. M. A. 113: 1788, 1939.

PEMBERTON Significance and role of diet in treatment of chronic arthritis. New York State J. Med. 26: 668, 1926.

PETERSEN, W. F. and NEDZEL, A. J. Dental sufgery and endocarditis. J. Am. Dent. A. 25: 1462, 1938.

PRESSMAN, R. S. and BENDER, I. B. Effect of sulfonamide compounds on transient bacteremia following extraction of teeth: sulfonilamide. Arch. Int. Med. 74: 346, 1944.

PRICE, W. A. Dental infections, rola and systemic, vol. I, Dental infections and degenerative disease, vol. II. Clevelnad, Ohio. Penton Publishing Co. 1925.

PRICE, W. A. Fundementals suggested by recent research for diagnosis, pronosis and treatment of dental focal infections. J. Am. Dent. A. 12: 641, 1925.

REIL, H. A. Removal of bacteria from the blood stream: Experiments tending to determine rate of removal of injectel bacteria in blood. Proc, Staff. Meet Mayo Clin. 14: 138,

REIMANN, H. A. and HAVENS, W. P. Focal infection and systemic disease; a critical apraisal; the case against indiscriminate removal of teeth and tonsils. J. A. M. A. 114: 1, 1940.

RHODES, G. B. and APFELBACH, C. W. Chronic localized streptococcus infections in dogs; experimental focal infection. J. Infect. Dis. 43: 215, 1928.

RHOADS, O. S. and DICK, G. F. Roentgenographically negative pulpless teeth as foci of infection; results of quantitative cultures. J. Am. Dent. A. 19: 1884, 1932.

RICHARDS, J. H. Bacteriologic studies on chronic arthritis and chorea. J. Bact. 5: 525, 1920.

RICHARDS, J. H. Bacteriemia following irrigation of foci of infection. J. A. M. A. 99: 1940, 1932.

RICKERT, H. G. Significance of passive bacteremias J. A. D. A. 18: 411, 1931.

ROBINSON, H. B. G. and BOLLING, L. R. Anachoretic effect in pulpitis. J. Am. Dent. A. 28: 268, 1941.

ROGERS, G. O. Hematogenous route ot periapical infection. Dent. Cosmos, 20: 181, 1978.

ROSENOW, E. C. The elective localization of the streptococcus from a case of pulpitis, dental neuritis and mysitis. J. Immunol1: 363, 1916.

ROSENOW, E. C. The newer bacteriology of various infections as determined by special methode. J. A. M. A. 63: 903, 1914.

ROSENOW, E. C. Elective localization of streptococci. J. A. M. A. 65: 1687, 1915.

ROSENOW, E. C. The relation of dental infection to by stemic disease. Dent. Cosmos, 59: 485, 1917.

ROSENOW, E. C. Immunological studies in chronic pnemococcus endocarditis. J. Infect. Dis 7: 429, 1910.

ROSENOW, E. C. Transmutation within the streptococcus pneumococcus. J. Infect. Dis. 14: 1, 1944.

ROSENOW, E. C. Studies on elective localization of focal infection with special reference to oral sepsis. J. Dent. Research. 1: 205, 1919.

ROSENOW, E. C. Focal infection and elective localization Internat. Clin. 2: 29, 1930.

RUSH, B. From medical inquiries and observations. Philadelphia, 1818, M. Carey & Son, Vol. I, p. 199.

RUSHTON, M. A. Subacute bacterial endocarditis following extraction of teeth. Guy's Hosp. Rep. 80: 39, 1930.

SALAZAR MALLEN, M. y LOZANO HUBE, E. Efecto in vitro de la penicilina sobre diferentes grupos y tipos de estrpetococo hemolítico. Arch. Inst. Card. México. 14: 39.

SALE, Ll. Some tragic results following extraction of teeth. J. Am. Dent. A. 26: 1647, 1939.

SCHWARZ, H. and FRISCH, J. A. Blood cultures after tonsillectomy. Am. J. Dis. Child, 38: 1282, 1929.

SCHWARTZ, and MacNEIL, Am. J. Med. Sc. 141: 693, 1911.

SCHWARTZ, S. P. and SALMAN, I. Effects of oral surgery on course of patients with diseases of the heart. Am. J. Orthodontics, 28: 331, 1942.

SCHOTTMULLER, H. Bacteria in blood after curettage for infected abortion. Munchen Med. Wehnschr. 58: 557, 787, 2051, 2123, 2170, 1911.

SCHOTTMULLER, H. Die Artunterrsuchendung der fur Menschen Pathogenen Streptokokken durch Blutagar. Munchen Med. Wehnsch. 50: 849, 1903.

II

Trabajos de Observación y Experimentación

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS CANCERES DE ESOFAGO Y DE LOS CANCERES DE ESTOMAGO DE LOCALIZACION ALTA

Dr. Luis Gerez Maza.

La cirugía de los órganos intratorácicos ha progresado muy notablemente en los últimos años, merced principalmente al impulso de los cirujanos americanos. Estos progresos han despertado un renovado interés por la cirugía de esófago y la de estómago por vía transtorácica. Cualquier cirujano, con mediana experiencia en cirugía de vientre, tiene que reconocer que el aborde de las lesiones altas de estómago, las de cardias y las de porción abdominal del esófago presentan formidables dificultades, cuando para ello se escoge la vía abdominal. Su actitud ante estos problemas técnicos cambia radicalmente cuando se asoma por primera vez al vientre alto a través de una incisión hecha en el diafragma siguiendo la vía transpleural. La moderna técnica de la anestesia a hiperpresión, los agentes quimioterápicos actualmente a nuestra disposición, un mejor conocimiento de la fisiología de los órganos intratorácicos y del tratamiento pre- y postoperatorio, así como de la técnica quirúrgica, han hecho que la apertura de la pleura pierda para el cirujano aquel prestigio trágico de que gozaba, especie de "tabú" que les llevó a elaborar difíciles y engorrosas técnicas de acceso extrapleural. El problema mecánico del neumotórax brusco y del aleteo mediastínico ha sido resuelto con la anestesia a hiperpresión y las complicaciones infectivas han sido reducidos a un minimun razonable, gracias a los progresos en la técnica de las suturas y al empleo sistemático profiláctico de los agentes quimioterápicos. *Beecher*, de Boston, hizo un estudio comparativo del schock entre los gastrectomizados totales por vía abdominal y los operados por vía transtorácica, y llegó a la conclusión de que era menor en estos últimos que en los primeros. La vía transitorácica da facil y comodo aceso a la totalidad del estómago y en general a todos los órganos del abdómen superior. Cuando las condiciones de acceso a las partes distales del estómago son desfavorables, es muy facil prolongar la incisión hacia abajo seccionando el arco costal y parte de la musculatura de las paredes del vientre obteniéndose así una admirable exposición.

A traves de la incisión diafragmática puede hacerse también una exploración manual de toda la cavidad abdominal en busca de posibles metástasis. Es, pues, un hecho bien establecido que la vía transtorácica nos ofrece ventajas técnicas indudables en el tratamiento quirúrgico de ciertos casos de carcinoma del esófago y del cardias, así como de la parte alta del estómago. La extensa experiencia y dominio de la vía transtorácica ha hecho posible (*Sweet* y *Garlock*) extender el campo de aplicación de este procedimiento hasta incluir casos de carcinoma medioesofágico y establecer una anastomosis intratorácica esófago-gástrica a nivel o algo por encima del arco aórtico, de tal manera que la famosa operación de *Torek* con esófago plástico pretorácico tiene hoy casi un valor puramente histónico.

Estos progresos actuales hacen que miremos hoy el cáncer de esófago como enfermedad, desde luego, muy grave, pero ya no estamos autorizados para tomar ante ella la actitud absolutamente fatalista de no ha mucho tiempo, sino que debemos considerar esta localización del tumor maligno como enfermedad quirúrgica y estar, en consecuencia, técnicamente preparados para abordarla con el mismo espíritu de lucha que tratamos del cáncer de cualquiera otra localización.

Es un hecho demostrado también que, la única esperanza para el enfermo con cáncer esofágico es la intervención quirúrgica. Todo lo demás, dilataciones, radio y radiumterapia, son tratamientos paliativos o más bien perder el tiempo. En manos expertas, la mortalidad no es prohibitiva. *Sweet*, el hombre de más extensa experiencia en los Estados Unidos, tiene una mortalidad global de 21%. Las cifras más altas las dan los casos de gastrectomía total, siguiéndole el cáncer medioesofágico. En los casos de cáncer de cardias la mortalidad es solo el 15.5%. El mismo hace notar que en su primeros casos las cifras de mortalidad o de graves complicaciones, sumadas, eran tantas como el número de casos operados, habiendo descendido muy notablemente en sus últimos diez meses. Este fenómeno, quizás no esté solamente por la mayor perfección técnica, sino también por el uso sistemático de la penicilina en cursos pre y postoperatorio.

Plan de acción ante un supuesto canceroso de esófago

La exploración radiológica correcta en primer plano, y la esofagoscopía con toma de biopsia, siempre que sea posible, como exploración complementaria, que en muchos casos nos dará un diagnóstico definitvo de naturaleza de lesión, son los primeros pasos a dar. Establecido el diagnóstico, hemos de atender a las condiciones generales del enfermo, ordinariamente de avanzada edad y en mas condiciones de nutrición. La presencia de metástasis lejanas contraindica, desde luego, la intervención radical. En el cáncer de esófago, la presencia de dolores intensos de espalda o elevaciones térmicas, no hablan en favor de la inoperabilidad. Cuando el proceso de estenosis y la disfagia consiguiente haga imposible la ingestión de una dieta líquida bien balanceada, puede salvarse la situación de momento con una *YEYUNOSTOMIA*, que debe hacerse, por lo menos, a 60 cm. del ángulo duodenoyeyunal, dejando así bastante intestino libre para el caso de que posteriormente nos viéramos en la situación de poder hacer una gastrectomía total (casos de localización gástrica alta). En ningún *caso, que presumamos operable, debe hacerse una gastrostomía*, ya que en esta operación fijamos el estómago a la pared y creamos así grandes dificultades para la movilización posterior del mismo con vistas a la anastomosis esófago gástrica intratorácica. En los casos de localización esofágica evidentemente inoperables, debe hacerse gastrostomía recomendándose como técnica más segura la de *Spivak*. Cuando la alimentación oral sea aun posible, debe darse una dieta cuidadosamente planeada, con reposo absoluto en campo por una o dos semanas, administración parenteral de vitaminas, particularmente el complejo B, y ácido ascórbico. Los análisis clínicos de laboratorio nos guiarán en las necesidades del enfermo. Hay que atender a las sepsis orales y al estado cardiovascular y respiratorio. Como tratamiento preventivo de las complicaciones infectivas debe administrarse en los dos o tres días que preceden a la intervención 4 a 6 grs. de sulfadiazina y 25.000 unidades de penicilina cada 3 horas.

OPERACIÓN

Se comienza la anestesia simultáneamente con una inyección intravenosa gota a gota de suero glucosado o salino, que se continúa con sangre tan pronto como la tensión arterial comienza a descender. La cantidad de fluido a administrar dependerá de la duración de la intervención y de las pérdidas de sangre, generalmente de un litro a litro y medio son bastantes, salvo en los casos de toracotomía simplemente exploradora en que es naturalmente menor.

Anestesia.

El anestésico que hoy día goza de mayor predilección es el eter-oxígeno, administrado a través de cánula intratraqueal con hiperpresión para su uso cuando el tórax está abierto. La de aspirar secreciones bronquiales durante el curfunda que requiere la intubación traqueal, puede hacerse directamente con ciclopropano, eter o bien con pentotal sódico. Una vez introducida la cánula intratraqueal, la anestesia puede mantenerse en un plano muy superficial, siendo verdaderamente sorprendente la poca cantidad de anestésico que se consume. La presencia del tubo intratraqueal es una garantía de que se tendrá siempre una vía aérea libre y la posibilidad da aspirar secreciones bronquiales durante el curso de la intervención.

Inducida la anestesia y hecha la intubación traqueal, se pone el enfermo en decúbito lateral derecho con el brazo izquierdo tendido hacia adelante. En el brazo derecho se coloca el esfigmomanómetro. En el dorso de la mano izquierda se encuentran ordinariamente venas útiles para hacer la transfusión; si no es así, debe, de antemano, colocarse en la safena interna a nivel del tobillo con o sin flebotomía.

La incisión se hace todo a lo largo de la novena costilla, que se reseca en toda su extensión, desde su articulación con la apófisis transversa hasta las inserciones diafragmáticas en su extremo anterior. Es preferible la resección costal a la incisión a través del espacio intercostal, ya que la primera ofrece más favorables condiciones para el cierre de la pared.

La incisión con resección de la novena costilla es la incisión tipo, no obstante, cuando la sesión está localizada en el tercio medio del esófago, el aborde a la parte abdominal transdiafragmática de la operación se hace perfectamente bien entrando en el tórax a través del lecho de la séptima u octava costilla. Cuando la lesión gástrica requiera una gastrectomía total y en el supuesto de que por la simple incisión transdiafragmática se presenten dificultades de aborde al muñón duodenal es muy fácil (y no supone complicación alguna en la evolución posterior de la herida operatoria) prolongar la misma seccionando con bísturi el arco costal y parte de la musculatura de las paredes del vientre en la dirección de la incisión torácica. Algunos cirujanos prefieren, en el cáncer alto de estómago, comenzar la operación por vía abdominal, con una incisión oblícua siguiendo la dirección del octavo espacio intercos-

B1
D
C
E
PP
Ca+D +A
CONSTELACION VITAMINICA
WANDER
B1 B-VIT
C C-VIT
D VI-DE
E VI-ETAL
PP VI-NICOTYL
Ca+P+D+A CAL-DE-A
DR. A. WANDER, S. A., BERNA-SUIZA

TODAS LAS ESPECIALIDAD

están sometidas a control permanente del Instituto

B - VIT
Vit. B_1 cryst. pura

En todos los estados de hipo y avitaminosis B_1
Beriberi infantil y de los adultos
Neuritis • Polineuritis
Neuralgias intercostales y del trigémino
Ciática • Herpes zoster • Diabetes

B-VIT WANDER 100 mg.

Ampolletas	de 100 mg.	1 c. c. Cajas 3 y 25
Ampolletas	de 25 mg.	1 c. c. Cajas 3 y 25
Ampolletas	de 5 mg.	1 c. c. Cajas 3 y 25
Comprimidos	de 12 mg.	Tubos de 20
Comprimidos	de 3 mg.	Tubos de 20

Regs. Nos. 23409, 23429 y 23408 S. S. A.

C - VIT
Vit. C. cryst. pura

En todos los estados de hipo y avitaminosis C
Escorbuto • Mœller - Barlow • Gravidez
Lactancia • Crecimiento
En odontología: Gingivitis - Caries - Paradentosis

C-VIT WANDER 1250 mg.

Ampolletas	de 1250 mg.	5 c. c. Cajas 3 y 25
Ampolletas	de 500 mg.	2 c. c. Cajas 3 y 25
Ampolletas	de 500 mg.	5 c. c. Cajas 3 y 25
Ampolletas	de 250 mg.	1 c. c. Cajas 3 y 25
Ampolletas	de 100 mg.	1 c c. Cajas 3 y 25
Comprimidos	de 100 mg.	Tubos de 20
Comprimidos	de 50 mg.	Tubos de 20

Regs. Nos. 23051, 23049 y 23185 S. S. A.

ES VITAMÍNICAS WANDER

Suizo de Verificación de Vitaminas de Basilea

VI-DE

VI-DE *supercoacentrado*
1 c. c. = 600,000 u. i.
Vit. D_3 pura

1 c. c. = 200,000 u. i.
Vit. D_3 pura

Para el tratamiento de golpe del raquitismo
Dos posibilidades de administración:
oral y parenteral

Raquitismo • Espasmofilia • Tetania
Fracturas atrasadas • Flujo Blanco

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

Administración bucal	Frascos de 1 c. c.
Administración parenteral	Ampollas de 1 c. c.

VI-DE WANDER 200,000 U. I. Vitamina D

Frasco gotero de 10 c. c.

Reg. No. 23222 S. S. A.

VI-ETAL

Vit. E crist. pura
dl-α-tocoferol

Esterilidad masculina y femenina de origen
hipovitamínico • Abortos habituales
Partos prematuros • Hipogalactia • Impotencia
Trastornos de la espermatogénesis
Esclerosis amiotrófica

VI-ETAL WANDER

Ampolletas de 20 mg.	1 c. c. Cajas 6 y 25
Comprimidos de 5 mg.	Tubos de 24

Regs. Nos. 24805 y 24676 S. S. A.

VI - NICOTYL

Amida del ácido nicotínico cryst. pura (factor PP)

Pelagra • Sprúe • Anemia • Porfirinuria
Trastornos provocados por las sulfamidas (cianosis)
Trastornos de la resorción de las grasas
Lupus eritematoso • Estomatitis • Glositis
Angina de Vincent • Enfermedad por los rayos X.

VI - NICOTYL WANDER

Ampolletas de 100 mg. 1 c. c. Cajas 6 y 25
Comprimidos de 100 mg. Tubos de 20

Regs. Nos. 24878 y 24903 S. S. A.

CAL - DE - A

$Ca + P + Vit.\ D_3 + A$

Para la calcioterapia integral, asimilación perfecta
Trastornos del metabolismo fosfocálcico
Osteomalacia • Osteoporosis
Fracturas atrasadas • Gravidez • Lactancia
El CAL - DE - A no acarrea constipación

CAL - DE - A WANDER

Tubos de 20 Comprimidos

Reg. No. 20696 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Dr. A. WANDER, S. A., BERNA - SUIZA

Fabricantes de productos dietéticos, químicos y farmacéuticos desde 1865

Representantes: COMERCIAL SUIZA, S. A.
HAMBURGO No. 13, MEXICO, D. F.

Prop Ff.-29

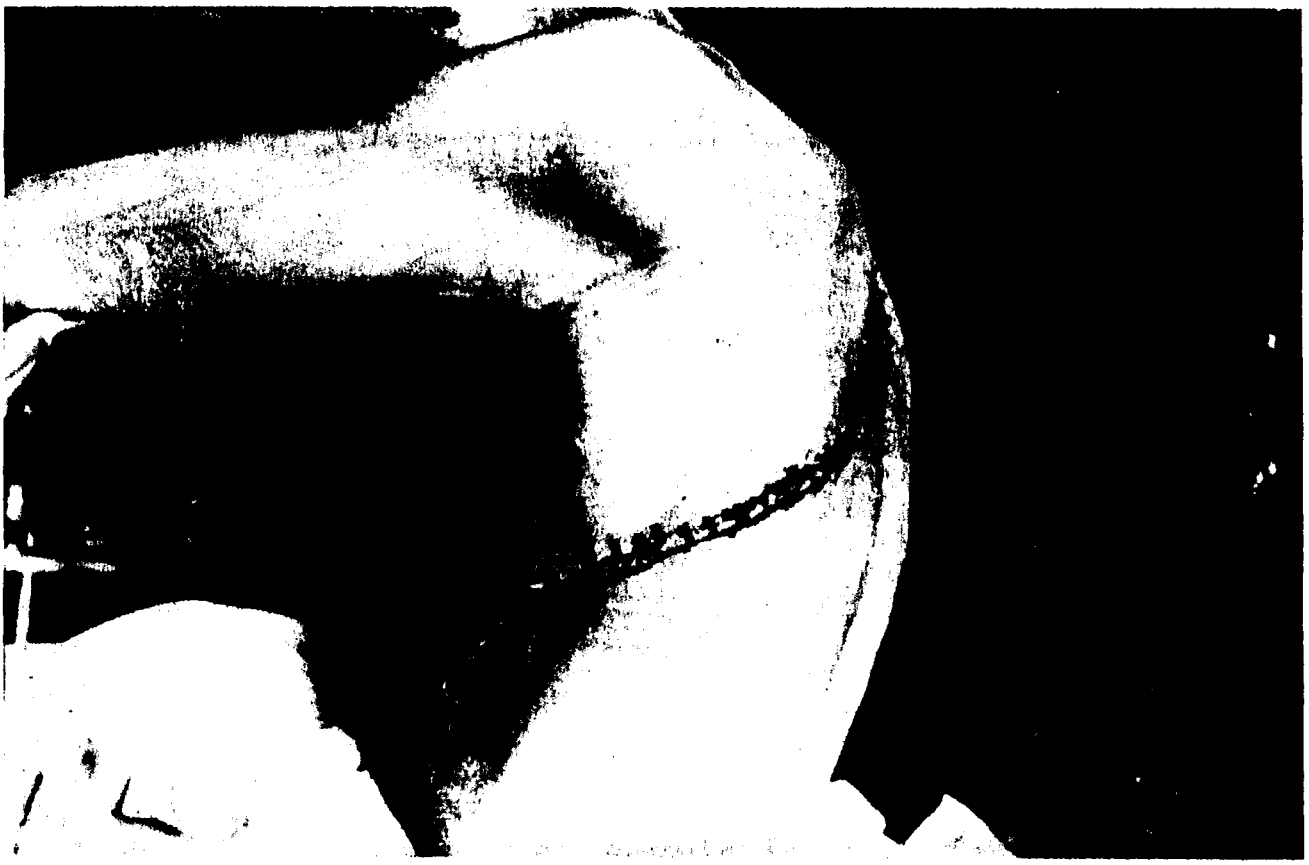


FIG. 1
Cáncer medioesofágico. Toracotomía exploradora. Disposición general de la incisión operatoria. (Observación personal.)

tal, incisión que comienza a nivel del arco costal y se extiende hasta un poco pasada la línea media, o bien con una laparotomía vertical transrectal izquierda. A través de cualquiera de estas dos vías de entrada se explora e investiga la operabilidad del tumor gástrico, y en caso de operabilidad, se prolongan después hacia el tórax secionado el arco costal y abriendo el tórax siguiendo el octavo espacio intercostal. La sección posterior del diafragma, desde el hiatus diafragmático hasta sus inserciones anteriores, pone en comunicación ampliamente tórax y vientre obteniéndose así una admirable vía de acceso al abdómen superior que permite el cómodo control de todos los actos operatorios. Cuando se comienza la intervención de esta manera, es preciso situar al enfermo en la mesa de operaciones en decúbito derecho, con una inclinación del dorso, con referencia al plano de la mesa, de unos 45 grados. En el tiempo abdominal de la operación se hace rotar la mesa de operaciones en sentido lateral hasta que el plano del vientre viene a colocarse horizontal, y cuando se pasa el tiempo torácico vuelve a colocarse la mesa *horizontal*, de tal manera que el enfermo ofrece al cirujano en esta posición el flanco izquierdo.

Queda dicho que, cuando la lesión es medioesofágica, la toracotomía debe hacerse a través del lecho de la octava costilla. La incisión de los planos superficiales (fig. 1) se incurva en su parte posterior y asciende entre el borde interno de la escápula y la columna vertebral, lo que permite la *sección* de la séptima, la sexta y la quinta costilla (fig. 4) es decir, el ampliar la toracotomía tanto como el cirujano considere necesario para el buen dominio de la región y poder llevar a cabo una anastomosis esófago gás-

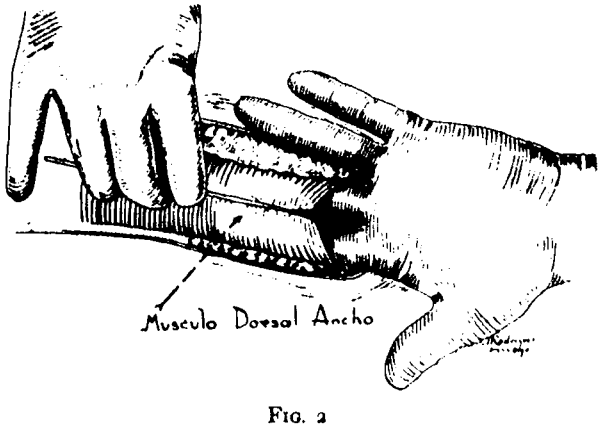


FIG. 2
Maniobra para controlar la hemorragia, ordinariamente considerable, cuando se seccionan los grandes músculos de las paredes torácicas.

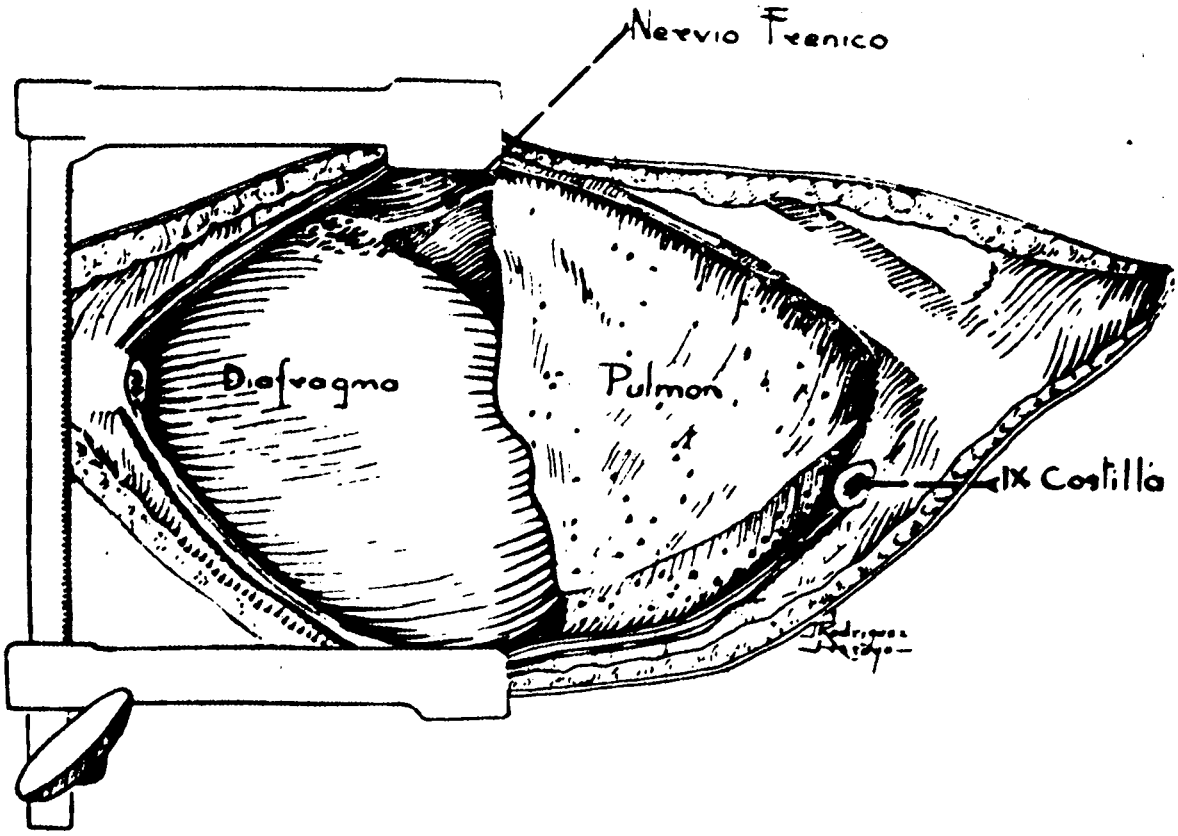


FIG. 3
Primer aspecto de los órganos intratorácicos una vez abierta la cavidad y colocado el toracostado.

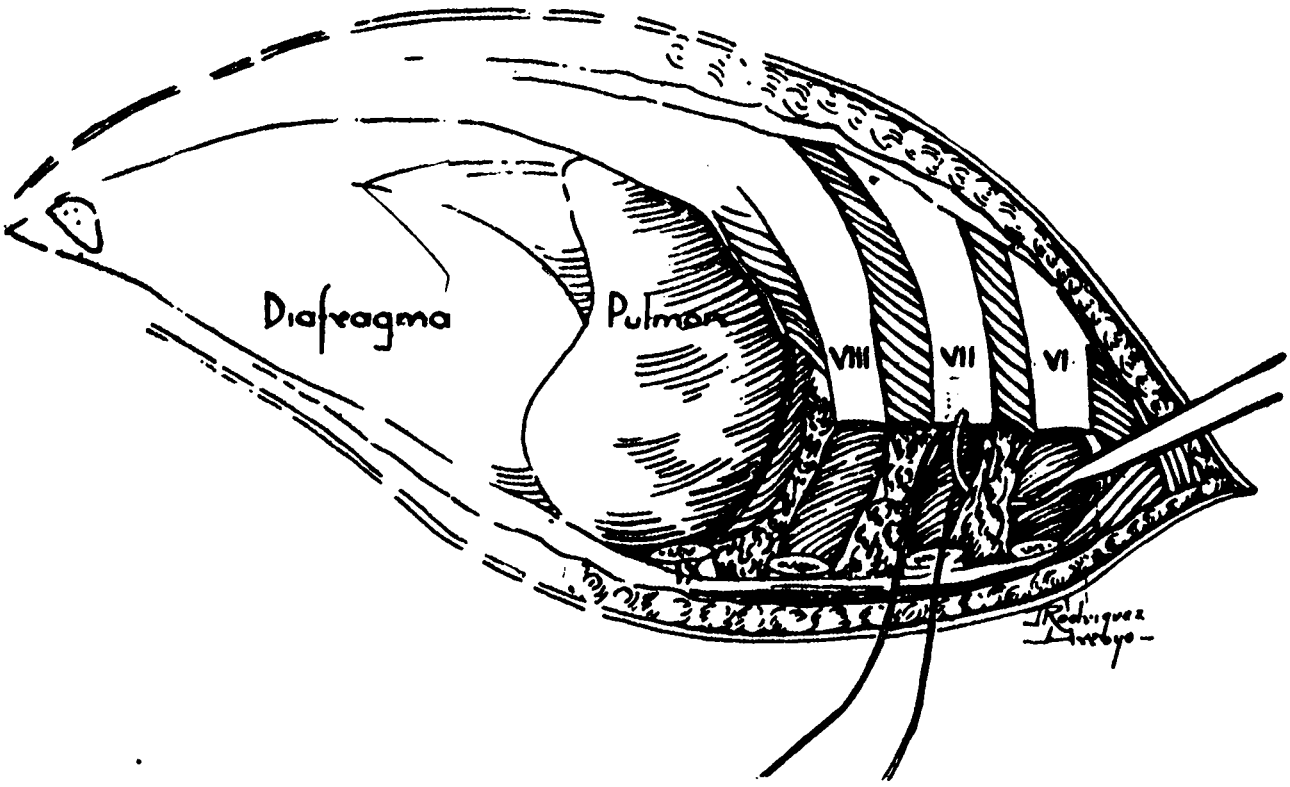


FIG. 4
La novena costilla, resecada, permitió la exploración de la lesión. La incisión se amplia hacia arriba por resección parcial de las costillas que sean necesarias para obtener un cómodo acceso a la región operatoria.

trica alta en el tórax con la máxima comodidad y control que cuando el tumor es de localización baja. Parece ser que las molestias postoperatorias son menores cuando, en lugar de hacer una sección simple de las costillas, se reseca una porción de las mismas de aproximadamente 1 cm. Seccionada una costilla, se liga y secciona al paquete intercostal que está por debajo de ella (fig. 4). Cuando se quiere proceder a la inversa, ligando previamente el paquete intercostal, pueden tenerse dificutades con la hemostasis.

Una vez en el tórax, se libera el pulmón si hay adherencias y se inyectan unos centímetros cúbicos de novocaina en el frénico con objeto de que no perturben los movimientos diafragmáticos en esta primera fase exploratoria. Posteriormente, si la lesión es resecable, puede hacerse un machacamiento del frénico que paraliza el diafragma durante algunas semanas y evita las tracciones sobre el estómago en los primeros días del postoperatorio, tracciones que, por lo menos desde un punto de vista teórico, pueden ser perjudiciales a la buena evolución de la sutura. Algunos cirujanos creen que las ventajas, que esta maniobra pueda proporcionar, están ampliamente contrarrestadas por sus inconvenientes, pues sostienen que la parálisis diafragmática postoperatoria aumenta la frecuencia de las complicaciones pulmonares (*Humphreys*, comunicación personal). La discrepancia no es trancendental, pues, después de todo, la sección que posteriormente vamos a hacer en el diafragma, sacrifica fatalmente la mayor parte de las fibras del frénico que se extienden en abanico desde su punto de entrada en el diafragma y que son cruzadas por la línea de incisión de tal manera, que la parálisis temporal postoperatoria es tanto como inevitable. Para explorar el esófago, se secciona entre pinzas el ligamento pulmonar inferior y una vez abierta la pleura mediastínica (fig. 5) que cubre su borde izquierdo, se le libera con el dedo índice de la mano izquierda, teniendo mucho cuidado de no lesionar las delicadas ramas esofágicas que nacen de la aorta y que entran en el esófago por sus bordes. Es por esto, que la exploración debe levarse hacia arriba por sus caras, especialmente por la posterior.

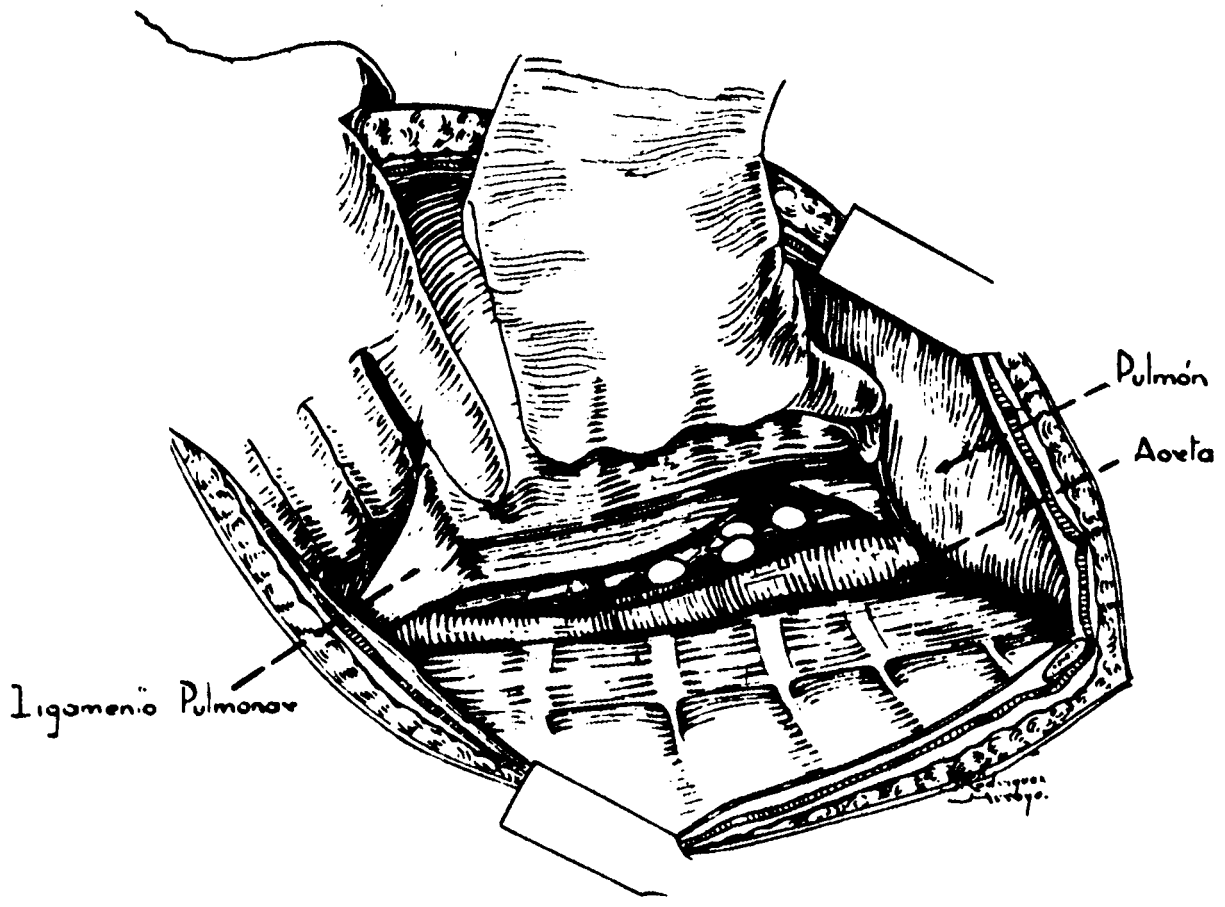


FIG. 5
La pleura mediastínica ha sido abierta. Aparece el esófago en su tercio inferior, rodeado del plexo peri-esofágico que le forman los neumogástricos, y se ven en su flanco ganglios linfáticos importantes llamados grupo medio-esofágico.

Una vez liberado el esófago, se le monta sobre una gasa o tubo de goma (fig. 6). Debe ponerse especial cuidado en la hemostasia al hacer la sección del diafragma. Las diafragmáticas inferiores, que cursan por debajo del peritóneo, son particularmente sangrantes. Cuando se secciona la zona del hiatus, puede controlarse muy bien la hemoragia metiendo el dedo índice izquierdo en el hiatus desde el vientre y seccionando encima de él así pueden verse y ligarse los vasos sin esperar a que sangren (fig. 7).

Hecha la exploración en el tórax y en el vientre y decidida la operabilidad, los detalles de la intervención varían dependiendo de la localización y extensión del tumor. Tres son las situaciones que se pueden plantear:

1) RESECCIÓN DE PARTE BAJA DE ESOFAGO Y ALTA DE ESTOMAGO CON ESOFAGO GASTROANASTOSIS INTRATORACICA.

La resección, en este procedimiento, se extiende a la parte terminal del esófago en una extensión de unos siete centímetros y a la parte alta de estómago en una extensión dependiente de la propagación del tumor. Cuando el tumor ha invadido el pedículo del bazo, se hace preciso la esplenectomía. *Sweet*, recomienda que se evite siempre que sea posible, pues refiere haber perdido algún enfermo por tromboflebitis de la esplénica con múltiples émbolos intrahepáticos y lo relaciona con la exploración del bazo. Debe hacerse tambien esplenectomía cuando el bazo *descanse* sobre el estómago o sobre el asa intestinal anastomótica en los casos de gastrectomía total y podamos presumir vaya a ser un obstáculo para la evacuación. Si el tumor tiene propagación hacia la cola del páncreas, puede hacerse también su extirpación.

Debe tenerse especial cuidado al hacer la liberación del esófago torácico para no comprometer su vascularización en esta zona procedente, como es sabido, de las esofágicas inferiores ramas de la aorta. Al hacer su sección, debe tenerse en cuenta también que la nutrición de la parte terminal del mismo procede de las arterias gástricas y diafragmáticas inferiores, lo que implica que han de ser ligadas al hacer la liberación de estómago; la necesidad de hacer la sección del esófago por lo menos por encima de esta zona irrigada por vasos procedentes de estas arterias. En algunos casos, cuando se tiene liberado el estómago y el esófago se puede ver en la pared de éste, claramente, la línea de demarcación entre la parte bien irrigada y la zona baja desvitalizada.

La liberación del estómago se comienza bastante abajo en la curvadura mayor seccionando el epiplon gastrocólico para penetrar en la transcavidad de los epiplones. Es preciso hacer la sección del epiplon ampliamente por fuera del arco de las gastroepiploicas para conservar el má-

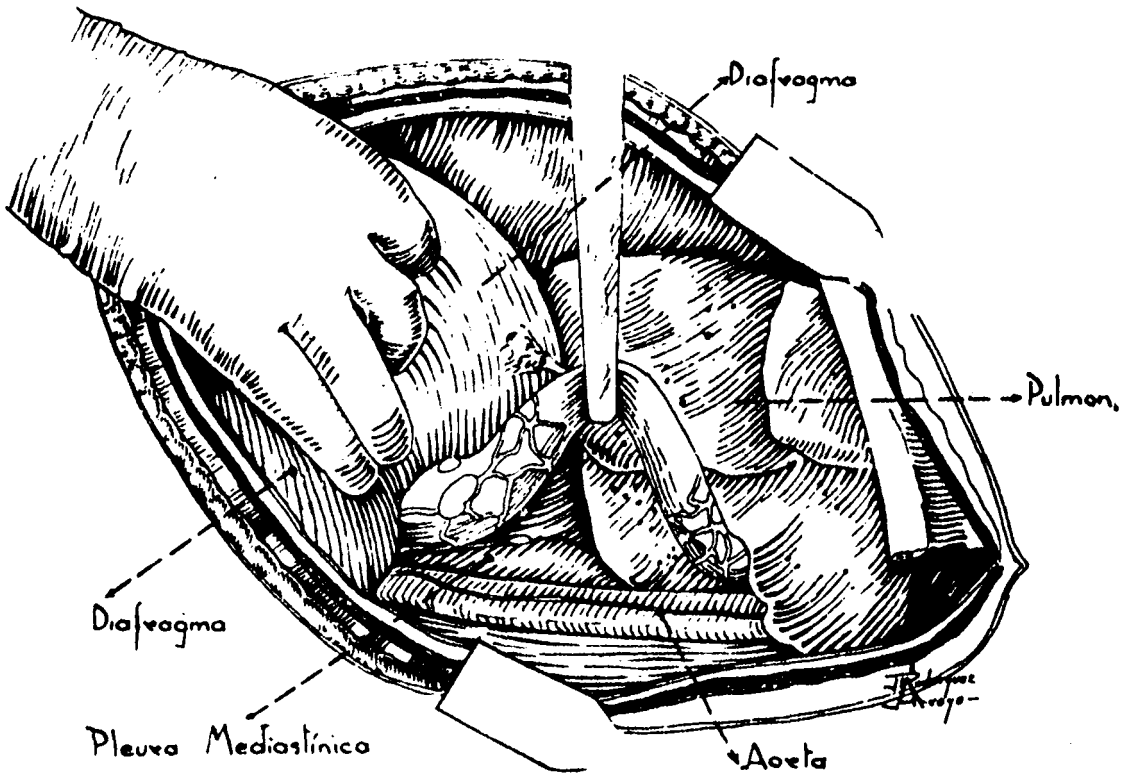


FIG. 6
Esófago liberado y montado sobre una sonda o tira de goma.

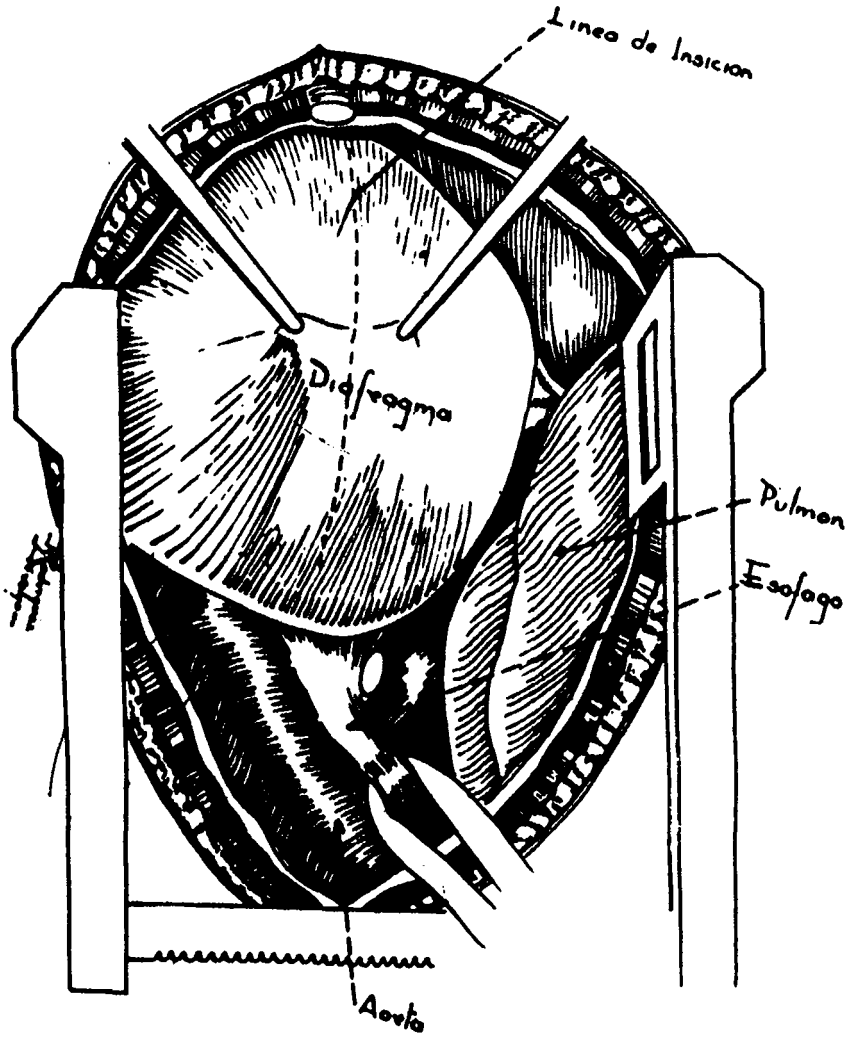


FIG. 7
Línea de sección del diafragma, desde el hiatus diafragmático hasta sus inserciones costales anteriores.

ximun de vascularización al estómago (fig. 8). Se seccionan los vasos breves y la gastroepiploica izquierda, así como las estructuras de la parte posterior del cardias. En esta zona hay amplias anastomosis vasculares entre las esofágicas inferiores, las diafragmáticas inferiores y los vasos de la pared gástrica, que sangran mucho y cuya hemostasis es difícil de hacer cuando no se seccionan entre ligaduras. Despegada toda la curvadura mayor y esta zona alta correspondiente a cárdias, se levanta el estómago para ver el arco de concavidad que forman los vasos coronarios estomáquicos (fig. 8) la ligadura de los cuales debe hacerse lo más cerca posible de la aorta para salvar las anastomosis entre las dos coronarias que cursan paralelas a la curvadura menor. Liberado así el estómago, su vascularización depende exclusivamente de la gastroepiploica derecha y de la arteria pilórica. La experiencia enseña que es suficiente, aunque es bien facil ver (por el aspecto que presenta la parte más alta de estómago) que, aunque suficiente, está muy lejos de ser la normal, lo que exige un extraordinario cuidado en las manipulaciones posteriores para evitar traumatismos que puedan dar lugar a una necrosis local tardía. Cuando la extensión del tumor hacia el lado gástrico lo permita, es posible salvar el tronco de la coronaria, siendo solo preciso ligar sus ramas ascendentes, pues de esta manera se tiene suficiente estómago libre para hacer la anastomosis esófago-gáctrica baja.

Una vez completamente liberados estómago y esófago, se protege el campo como en cirugía gastrointestinal y se colocan dos clamps oblicuamente en estómago, comprendiendo la suficiente parte de curvadura mayor y menor para llevarse el tumor y zonas cercanas, y se secciona entre ambos. El cabo proximal se protege con una gasa y el distal se cierra en doble plano de catgut y otro sero-seroso de puntos aislados de seda. Después se traza en cara anterior de estómago (téc-

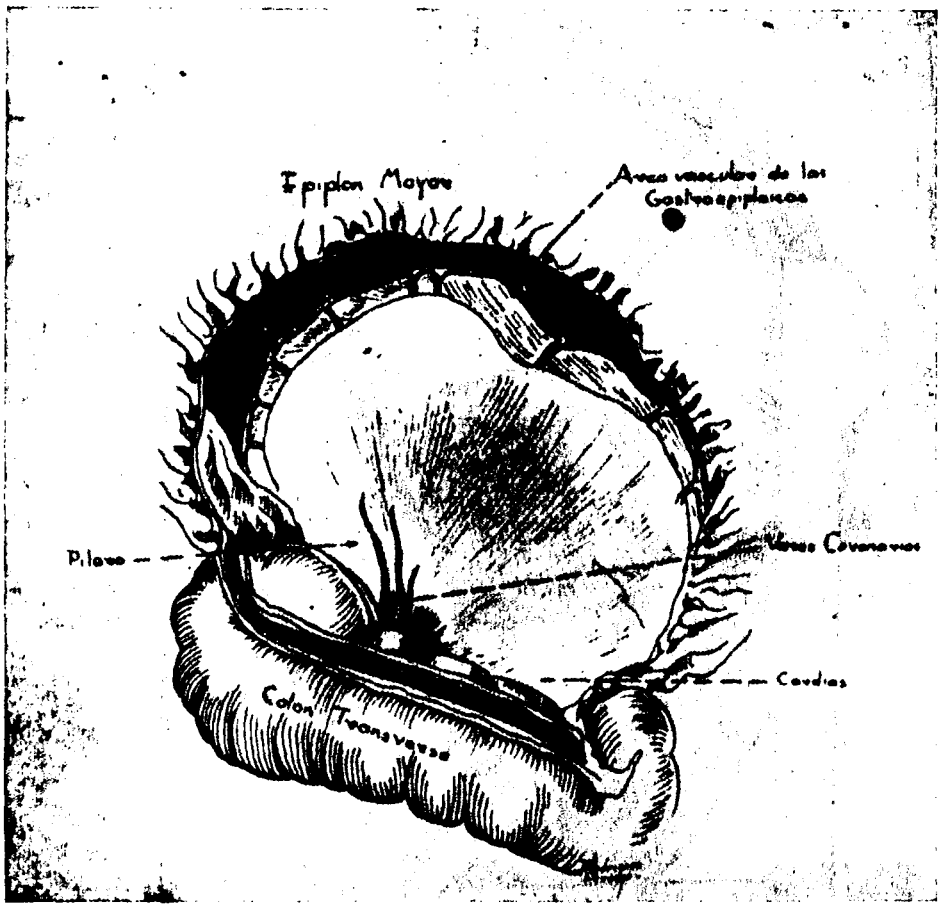


FIG. 8
La curvadura mayor de estómago ha sido liberada de sus conexiones con el colón transverso *despegando* las inserciones cólicas del epiplon gastro-cólico. El estómago aparece invertido hacia arriba.

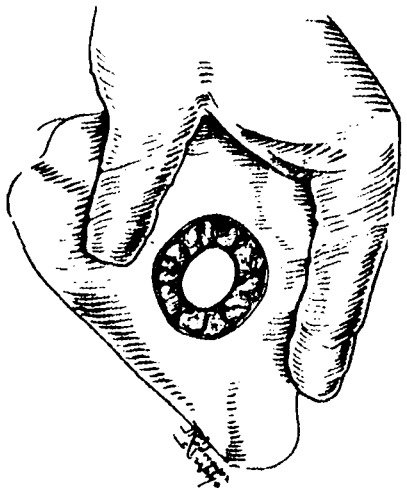


FIG. 9
Círculo, aproximadamente del calibre del esófago, trazado en la cara anterior del muñón gástrico. La serosa y muscular, seccionadas, se han retraído. Son visibles los vasos de la subserosa.

nica de *Sweet*, fig. 9), un círculo comprendiendo solo la serosa y la muscular de un diámetro aproximado al del calibre del esófago. Los vasos de la subserosa se ligan por transfisión y se coloca el estómago dentro del tórax dispuesto para comenzar la anastomosis, cuyos detalles son de transcendental importancia. Aquí no cuenta el factor tiempo, pero sí la precisión de la colocación de los puntos. Se hace totalmente con seda y en tres círculos dispuestos de la siguiente manera:

Primer plano. (fig. 10) Se coloca una serie de puntos en U, a unos 4 m uno de otro, que van desde la pared esofágica a la pared gástrica, situándolos aquí a 1 cm. aproximadamente del borde posterior del círculo que habíamos trazado. Dada la disposición predominante longitudinal de las fibras musculares esofágicas, la parte curva de la U debe estar en pared esofágica y sus dos ramas en la pared gástrica. Esta serie de puntos, variable en número, no es penetrante. Luego de colocados, se anudan y se seccionan todos menos los de los extremos.

Segundo plano: Se secciona la muscular eso-

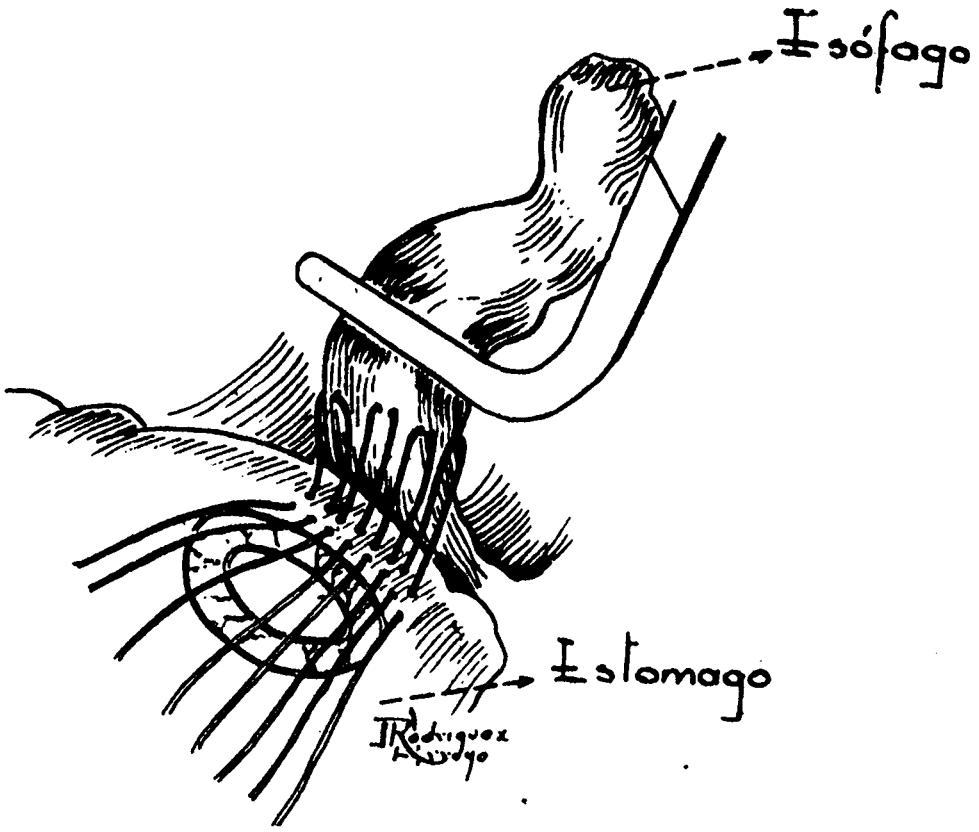


FIG. 10
El esófago pinzado con la pinza angular. Colocación de los puntos del primer plano de sutura.

fágica en su cara posterior con el bísturi especial angulado, si se dispone de él, como a un centímetro de la línea de puntos anterior, sin penetrar en esófago, y se coloca otra serie de puntos simples que van desde este borde muscular esofágico al borde seromuscular posterior del círculo trazado en la pared gástrica. Se anudan y se cortan, excepto los de los extremos.

Tercer Plano: Hasta ahora no estan abiertos ni el esófao ni el estómago. Se secciona con el mismo bísturi angulado de *Sweet* la mucosa de la cara posterior del esófago y se extirpa totalmente el rodete de la cara anterior del estómago, colocándose una tercera serie de puntos que van de la pared esofágica a la pared gástrica. Con ésto, tenemos terminados los tres planos de sutura en la parte posterior. Se secciona el esófago y se completan los tres círculos de sutura, comenzando por el plano mucoso, en el cual deben ponerse los nudos hacia adentro, siguiendo luego el plano muscular esofágico seromuscular gástrico, para terminar con los puntos en U, que irán de la pared esofágica a la serosa gástrica en la misma forma que se hizo en la parte posterior. Terminada la sutura, el epiplon que va con la curvadura mayor se une con unos puntos sueltos a la periferia de la sutura. Le sirve de protección. Terminada la anastosis, se cierra el diafragma con puntos aislados uniendo los dos labios de la incisión entre sí y alrededor del estómago, poniendo puntos del estómago al diafragma y procurando que el nuevo hiatus así formado no sea ni muy amplio ni estrecho hasta dificultar el tránsito gástrico.

Después, se hace una incisión de puñalada a través del noveno espacio intercostal, parte posterolateral y se coloca la sonda para el drenaje pleural cerrando la pared en la forma conocida (fig. 11).

Durante la intervención, el anestesista debe insuflar el pulmón, por lo menos, cada media hora.

2) CARCINOMA DE ESTOMAGO. GASTRECTOMIA TOTAL POR VIA TRANSTORACICA.

Hay casos de localización tumoral gástrica cuya escisión radical requiere una gastrectomía total. En otros, la escisión habría de ser tan extensa que el muñón prepilórico quedaría tan reducido que sería insuficiente para hacer una anastomosis esófago-gástrica, siendo preferible a la gastroectomía total con anastomosis esófago yeyunal. Las enormes ventajas técnicas de la vía transtorácica serán claramente apreciadas por el cirujano. La parte fundamental de la operación, la anastomosis, se convierte por esta vía en una operación técnicamente facil, perfectamente con-

trolable. En sus normas generales, la operación es la misma que acabamos de describir en la parte que se refiere a liberación de esófago. Aquí, es preciso llevar la liberación hasta duodeno, extirpando también el epiplon facilmente despegable de sus conexiones con el colon que son casi totalmente avasculares. Ordinariamente se hace precisa la sección del arco costal para favorecer el tiempo duodenal de la operación. El bazo debe sacrificarse en la mayoría de los casos, pues, aunque no esté comprometido, es un obstáculo a la evacuación yeyunal. Seccionado el estómago a nivel del duodeno, se deja la pieza "pendiendo" del esófago, que no debe seccionarse hasta que se haga el aspecto posterior de las tres líneas de sutura. Para la anastomosis se escoge la primer asa yeyumal. Cuando quede a demasiada tensión, *Swet* recomienda se seccionen, entre ligaduras, los vasos centrales del asa mesentérica, conservando los arcos vasculares anastomóticos que cursan por el mesenterio, cerca del intestino.

La anastomosis en sí, solo difiere de la técnica anterior descrita para la anastomosis esófago-gástrica, en que la incisión en el asa yeyunal no es circular como en el estómago, sino longitudinal. El asa yeyunal debe fijarse al ligamento pulmonar, pleura parietal y bordes de la incisión diafragmática para evitar tensiones sobre la sutura. Debe hacerse también una anastomosis entre las ramas aferentes y eferentes del asa yeyunal y plegarias entre sí y alrededor del esófago reforzando así la línea de sutura.

3) CARCINOMA DEL TERCIO DEL ESOFAGO. ESOFAGUECTOMIA CON ANASOMOSIS ESOFAGO-GASTRICA ALTA EN EL TORAX.

Sweet, de Boston y *Garlock* de New York, han ido ampliando progresivamente el campo de aplicación de la resección transtorácica, seguida de esófago-gastroanastomosis intratorácicas hasta incluir las localizaciones tumorales en el tercio medio del esófago.

Aparte de las dificultades técnicas, que no son pequeñas, y que aumentan a medida que la localización tumoral es más alta, las especiales relaciones anatómicas de esta parte del esófago hacen que la operabilidad de los tumores situados en el tercio medio del mismo sea mucho más baja que la de aquellos situados en su tercio inferior. Las íntimas relaciones anatómicas que se establecen entre los elementos del hilio pulmonar izquierdo al pasar el esófago por su cara posterior, y con el arco aórtico situado en su flanco izquierdo, son la razón de la rápida invasión de estos órganos por el tumor, lo que condiciona que sean frecuentemente inoperables, aún siendo de pequeño tamaño. También es frecuente la invasión de la pleura mediastínica derecha, pero esta invasión no contraindca la resección, pues poderse resecarse la pleura sin inconveniente alguno, como tampoco lo tiene su ruptura accidental en el curso de una liberación esofágica, pues la circunstancia de operar con anestesia en circuito cerrado a hiperpresión impide que se produzca un neumotorax de consideración, que en este caso sería bilateral ya que la pleura izquierda la tenemos ampliamente abierta quirúrgicamente.

Como ya hemos dicho, la liberación previa exploratoria del esófago, debe hacerse siguiendo especialmente su cara posterior, teniendo especial cuidado de no interferir con su vascularización procedente de la aorta. Se necesitan, por lo menos, unos 4 cm. de esófago libre entre el límite superior del tumor y el arco aórtico para que se pueda hacer una anastomosis esófago-gástrica por debajo del mismo. Si el tumor es más alto, se hace preciso liberar toda la porción aórtica del esófago a base de disección obtusa tunelizando con el dedo desde arriba y por debajo del arco aórtico, ligando las colaterales esofágicas de la aorta. Hecha la liberación del estómago, en la forma ya descrita, se hace la sección a nivel del cardias y protegiendo el cabo proximal con un guante de goma, se le desliza hacia arriba

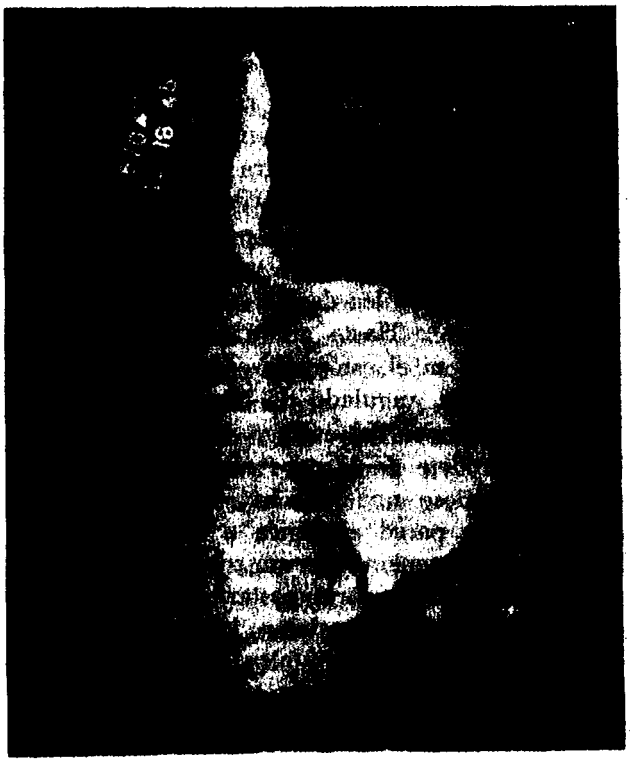


FIG. 11

Resección baja de esófago y de porción cardíaca de estómago, con esofago-gastrostomía intratorácica baja. A, lugar de la anastomosis. B, parte del estómago que queda intra-toráccico. C, parte abdominal del mismo. D, bulbo duodenal desplazado. E, escotadura producida por el hiatus diafragmático neoformado.

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.

DIRECTOR: DR. F. FERRER

JEFE DEL SERVICIO NEUROPSIQUIATRICO: DR. A. FORTES

PSICOMETRIA: DR. F. PASCUAL DEL RONCAL

MEDICOS CONSULTANTES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES.

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 Nº 32-312. MEXICO, D. F.

Teléfonos: 18-29-74; L-99-60

FIG. 12
Lesión medioesofágica. Resección de esófago con anastomosis esófago-gástrica por encima del arco aórtico.
A, anastomosis. E, estómago. B, bulbo duodenal.

FIG. 14
Carcinoma de estómago. Gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal intratorácica. Yeyunó-yeunoanastomosis en Y.
E, esófago. A, anastomosis esófago-yeyunal. D, yeyunoanastomosis. C, arco duodenal.

tirando de la porción supraaórtica, quedando entonces en condiciones de comenzar la anastomosis que se va a realizar a nivel del flanco izquierdo del arco aórtico o un poco por encima. La técnica es la misma que la empleada en las anastomosis bajas. Es preciso suturar cuidadosamente las paredes del estómago, que va a quedar casi en su totalidad en el tórax, a la pleura parietal para evitar toda tensión. Como puede verse en las radiografías adjuntas (fig. 11 a 14), la anastomosis queda definitivamente casi a la altura del manubrio esternal. El cierre de la pared y el drenaje pleural se hace también en la misma forma.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

La escasez de personal en los hospitales, provocada por la guerra, impuso ciertas limitaciones en la atención postoperatoria de estos enfermos, que en la práctica han demostrado ser muy eficaces. Se suprimió la engorrosa tienda de oxígeno y se administra el mismo, simplemente, con el cáteter nasal el tiempo que se considere necesario a la dosis de 4 a 6 litros por minuto. No se deja hoy sonda permanente de aspiración en estómago. Es de advertir que el meteorismo postoperatorio tan molesto en las operaciones abdominales, no se presenta o es mínimo en las torácicas. El enfermo puede tragar agua o té desde el día de la operación y la alimentación líquida, por vía oral, en pequeñas cantidades, se comienza desde el tercer día, aumentándola progresivamente hasta llegar a una dieta completa a los 12 ó 14 días. Naturalmente, cada enfermo es un problema distinto, por lo que no pueden darse normas rígidas. Es preciso tener presente que la esofaguectomía presupone la sección en el tórax de ambos neumogástricos, con la correspondencia atonía gástrica e hipertonía de esfínteres, factores que se suman para dar un trastorno a la evacuación gástrica, que puede durar semanas y llegar incluso a requerir la práctica. La administración de penicilina a dosis de 25.000 u. cada tres horas y de sulfadiazina, 4 a 6 gr. diarios intravenosa, se continúa por varios días después de la intervención, dependiendo de la marcha del enfermo. El balance de líquidos se completa con la transfusión parenteral de sueros fisiológicos y glucosados. En general, se siguen las normas conocidas en toda operación de entidad en vientre.

La presencia de gran parte del estómago dentro del tórax es bien tolerada, incluso en los casos de anastomosis supraaortica. Ordinariamente tienen tendencia a regurgitar los alimentos en las primeras semanas que siguen la operación,

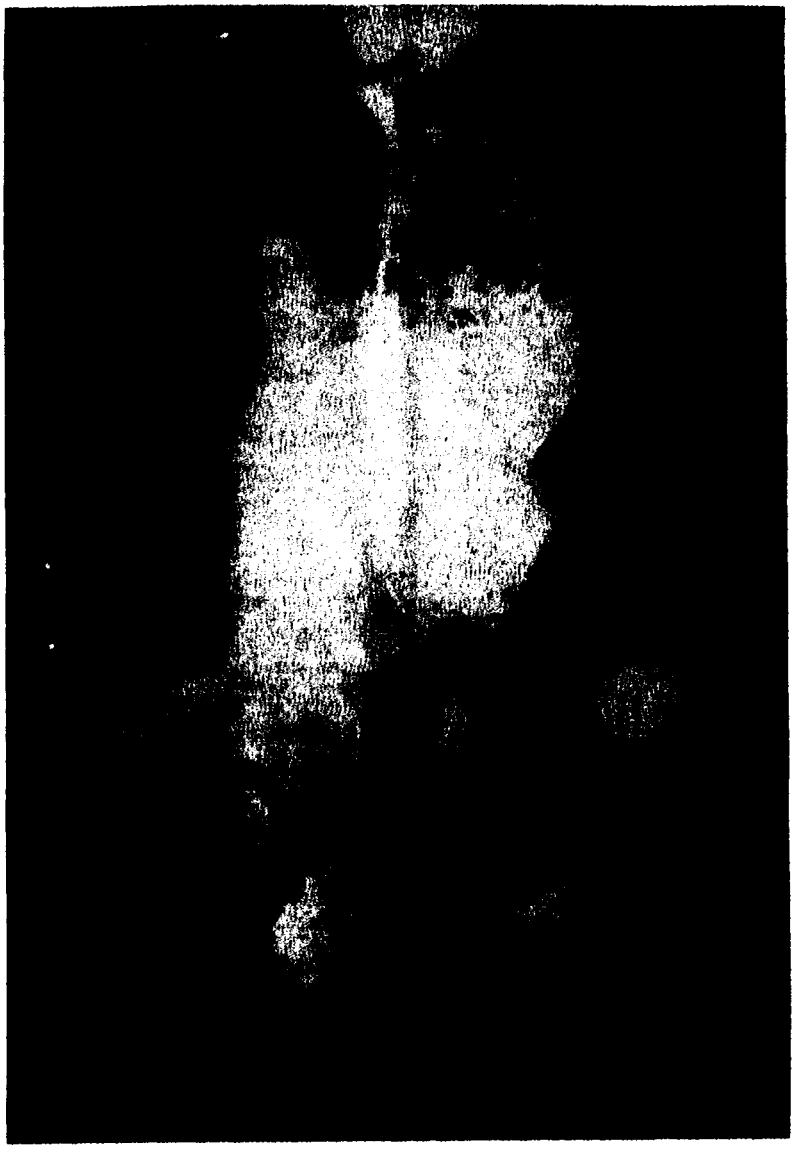


FIG. 13
Lesión medio-esofágica. Resección de esófago con anastomosis esófago-gástrica por encima del arco aórtico.
E, esófago. A, anastomosis. B, estómago.

por lo que se les recomienda que no tomen la posición de decúbito después de las comidas.

El tiempo será juez inexorable sobre la eficacia de estas intervenciones. El procedimiento es aun demasiado nuevo para poder hablar de supervivencias definitivas. De todas maneras, si podemos salvar, por un tiempo indeterminado, la miserable situación del enfermo con cáncer de esófago y permitirle de nuevo al placer de comer, creo que nuestros esfuerzos estan bien pagados.

Las notables radiografías que ilustran este trabajo, se deben a la amabilidad del Dr. *R. H. Sweet*, de Boston, a quien expresamos aquí nuestro agradecimiento.

BIBLIOGRAFIA

Sweet, R. H.: Ann. Surg. 118-5, 816-837, 1943.
Sweet, R. H.: Trans. American Academy of Optalmology and Otolaryngology, Nov. Dec. 1942.
Yudin, S. S.: Surg. Gyn, and. 78-6, 561-583, 1947.
Churchill, E. D. and Sweet, R. H. Ann. Surg.115-6, 897-917, 1942.
Beecher, H. K.: Surg Gyn and Obst. 76-3, 331-336, 1943.
Garlock, J. H.: Surg. Gyn. and Obst. 78-1, 23-28, 1944.
Adams, W. L., Escudero, L. Aronsohn, H. G. and Shaw, M. M.; Jour. Thoracic Surg. 7: 605-620, 1938.

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA LEPRA EN MEXICO (*)

Por el Dr. Julio Bejarano

Ajustándonos al enunciado del tema, nos ocuparemos de algunas peculiaridades clínicas de la lepra en la República Mexicana, así como de las principales aportaciones que los leprólogos mexicanos han hecho al conocimiento de esta enfermedad.

A pesar de lo concreto de este propósito, será preciso para una más fácil comprensión, referirnos a algunos datos generales.

La lepra puede considerarse como el prototipo de las enfermedades universales, es decir, que se dan en todos los climas y latitudes. Las cinco partes del mundo conocen la existencia de focos endémicos de lepra, cuya importancia numérica y antigüedad es variable.

Los focos africano y asiático son conocidos desde épocas muy remotas, contrastando con el de Oceanía cuyo conocimiento es de fecha relativamente reciente. En Europa, la lepra reviste menor importancia, persistiendo tan solo focos considerables en la parte meridional (España, Italia, Paises Balcánicos).

Otros focos europeos, importantes en épocas pasadas, pueden considerarse en la actual como prácticamente extinguidos, como sucede con el de los Países Escandinavos, el de Memel y el de Pastrana, en Guadalajara (España).

El continente americano suministra una cantidad importante de leprosos. La cifra de 150.000 enfermos, citada por *Latapí* se refiere seguramente tan solo a los leprosos censados, y está, por lo tanto, muy por bajo de la cifra real. Baste recordar la intensidad de la endemia leprosa en Colombia, Argentina, Venezuela, Brasil y el propio México para comprender la verdadera importancia del problema.

En conjunto, el número total de leprosos en el mundo alcanza aproximadamente la cifra de cinco millones.

Refiriéndonos ya concretamente a la distribución de la lepra en México, todos los datos recogidos demuestran la mayor incidencia morbosa en los Estados de Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Sinaloa, que aparecen siempre en el orden citado o en otro distinto, a la cabeza de todas las estadísticas sanitarias. Otros muchos Estados de la República padecen también la endemia leprosa con intensidad consderable, como sucede, aparte de otros ejemplos que pudieran citarse, con Querétaro y la Península de Yucatán.

Las importantes cifras de leprosos que aparecen consignados en el Distrito Federal, no corresponden a la existencia real de un foco autóctono ya que la inmensa mayoría de los enfermos censados proceden de otras regiones conocidamente leprógenas, pero que se han trasladado al Distrito Federal para recibir una adecuada asistencia médica y sanitaria.

La confección exacta de censos en la República Mexicana, encuentra numerosas dificultades debidas a varias causas entre las que merecen citarse la enorme extensión territorial, los escasos medios de comunicación entre algunos Estados y la falta de Médicos en muchas Municipalidades.

El primer censo de leprosos en la República Mexicana , se debe a la inicitiva de *González Urueña* y fué publicado en 1927, consiguiéndose en él la cifra de 1450 enfermos.

Constituido el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra cuya jefatura fué encomendada en un principio al insigne leprólogo citado, se empezaron a confeccionar censos quinquenales cuya exactitud va siendo cada vez mas rigurosa. El primer censo quinquenal correspondiente a los años 1930-1934 suministra la cifra de 2449 leprosos; el segundo censo (1935-1939), la de 3.166; el último conocido hasta la fecha (1940-1944) indica la existencia de 6596 enfermos de lepra.

Este aumento considerable del número de enfermos censados no corresponde verosimilmente a una extensión real de la endemia leprosa en la República, sino a un mejor conocimiento de la enfermedad, que se manifiesta por un diagnóstico más exacto realizado a través de la red de Dispensarios que va instalándose progresivamente en los Estados.

De todos modos, si queremos valuar de una manera aproximada la importancia del problema social que la lepra representa, hay que tener en cuenta, que desde un punto de vista sanitario, los datos censales son siempre inferiores a la realidad, por lo cual se aconseja multiplicar por 3, 4 ó 5, las cifras obtenidas. Procediendo de este modo podemos darnos cuenta de la importancia del problema de la lepra en la República Mexicana.

Los datos recogidos por nosotros en la Leprosería Nacional de Zoquiapan, concuerdan con los datos censales en lo que se refiere a la mayor incidencia de lepra en los Estados de Guanajuato, Michoacán, Sinaloa y Jalisco.

Si tratamos ahora de apreciar cuales son las

(*) Comunicación presentada a la Sociedad Médica del Santorio Español el día 12 de febrero de 1947.

formas dominantes de lepra, es preciso en primer término hacer algunas consideraciones generales respecto a cuales son las variedades clínicas de lepra admitidas en la actualidad.

La antigua clasificación de la lepra en forma *cutánea, nerviosa* y *mixta* (*Danielsen-Boeck-Leloir*) ha venido prevaleciendo hasta nuestros días ya que son todavía los médicos prácticos, más o menos alejados de los estudios leprológicos, que siguen usándola en la actualidad.

Sin embargo, esta clasificación y las derivadas de ella, se basan en un criterio estrictamente topográfico que carece de toda precisión y que no se ajusta a la realidad clínica.

Desde luego no puede discutirse la certeza de observación: la lepra se localiza en el sistema tegumentario, en el sistema nervioso periférico o en ambos sistemas a la vez. Esta eventualidad última, es, desde luego, la más frecuente, de tal modo que la inmensa mayoría de los casos de lepra corresponderían, bien estudiados, a las formas mixtas. Pero estos datos de localización significan bien poca cosa o nada en la clínica de la lepra, ya que lo importante es la evolución, la peligrosidad, los caracteres inmunológicos de la infección, datos acerca de los cuales nada presuponen las antiguas clasificaciones. Es por esto por lo que constantemente se ha intentado clasificar la lepra con arreglo a un mejor criterio. Estos intentos individuales o colectivos han ido preparando el terreno (Manila 1931, El Cairo 1938) para llegar a la clasificación sudamericana (1939) iniciada por la escuela brasileña y que en los años transcurridos va encontrando una aceptación cada vez mayor, a pesar de las duras críticas de que en un principio fué objeto.

Esta clasificación admite tres formas fundamentales que se designan con los nombres de: *lepromatosa, incaracterística* y *tuberculoide*, cada una de las cuales puede presentarse en variedades *cutáneas, nerviosa* o *cutáneo-nerviosa*. Como se vé la localización lesional pasa en esta clasificación a un rango secundario, ya que lo importante es el carácter maligno o benigno que es lo que determina el establecimiento de las formas fundamentales.

Las formas lepromatosa y tuberculoide se consideran como los extremos opuestos en la clínica de la lepra y fueron ya designados por *Rabello* con el nombre expresivo de *formas polares*.

Efectivamente, en la forma lepromatosa las lesiones tienen textura de granuloma, con células leprosas o de *Virchow* y abundantes bacilos y con datos inmunológicos negativos (reacción de *Mitsuda*). Es, en suma, la forma anérgica, maligna, contagiosa.

En la forma tuberculosa, por el contrario, las lesiones muestran como su nombre indica, una textura tuberculoide, los bacilos son de muy difícil hallazgo, los datos inmunológicos son positivos casi en el 100% de los casos (reacción de *Mitsuda*), no se afecta el estado general. En suma es el tipo de lepra alérgica, benigna, prácticamente no contagiosa y de evolución espontáneamente favorable.

Entre ambas formas extremas está la llamada *forma incaracterística*, en la cual las lesiones presentan una textura histológica de inflamación crónica, sin caracteres específicos, los datos inmunológicos son variables (50% de reacciones de Mitsuda positivas 50% negativas), el hallazgo de bacilos es asimismo inconstante y la evolución clínica incierta.

Esta forma, para cuyo diagnóstico exacto se requiere una abundante práctica leprológica, es desde luego la que se presta a mayor número de errores. Como orientación general, ya que no se trata en estos momentos de hacer una descripción de la clínica de la lepra, indicaremos que una gran parte de los casos antiguamente llamados *neurales* y sobre todo en las formas *máculo-anestésicas*, deben incluirse en la lepra incaracterística.

Las dificultades de diagnóstico aumentan todavía si se tiene en cuenta que la forma incaracterística, puede afectar una evolución *quiescente*, aunque los términos parezcan paradógicos, en cuyo caso los síntomas nuevos si se presentan siguen siendo incaracterísticos, o bien puede *caracterizarse* o definirse en un momento de su evolución, virando, bien hacia la forma tuberculoide, bien (lo que por desgracia es más frecuente) hacia la forma lepromatosa.

Este carácter reversible es, según todas las probabilidades, exclusivo de la forma incaracterística. La pretendida *lepromatización* de las formas tuberculoides es muy discutible y desde luego en buen número de casos se trata de formas incaracterísticas, consideradas erróneamente como tuberculoides.

De esta moderna concepción de la lepra se deducen fácilmente datos de gran valor práctico en lo que se refiere a la profilaxis de la enfermedad y por consiguiente a la conducta a seguir con los enfermos, pero no es nuestro propósito ocuparnos de ellos en este lugar.

La Conferencia Panamericana de la Lepra celebrada recientemente en Río de Janeiro (Octubre de 1946) ha aceptado en lo fundamental esta clasificación que, por lo tanto, tiene ya el carácter de clasificación continental.

En lo que se refiere a México, los datos obtenidos con el material de la Leprosería de Zoquiapan, demuestran el predominio absoluto de las formas lepromatosas sobre las restantes. So-

bre todo, las formas tuberculoides aparecen en muy escasa proporción.

Claro es, que estos resultados son naturales y previsibles tratándose de material que procede de una Leprosería, donde por fuerza han de predominar los casos lepromatosos o infectantes, ya que en los tuberculoides y en parte de los incaracterísticos, la reclusión no es necesaria ni aconsejable.

De todos modos, los datos generales procedentes de los censos demuestran también la proporcionalidad mucho mayor de las formas lepromatosas en toda la República.

Latapí, a quien se debe el conocimiento y estudio de la lepra tuberculoide en México, estima que la proporción de esta forma adquiere una importancia numérica de un 10 a 20%.

Admitida ya la mayor frecuencia de las formas lepromatosas, es preciso señalar aquí el hecho de que de las dos variedades conocidas de esta forma (*nodular e infiltrativa difusa*) la primera es la que predomina en todos los Estados, salvo en el de Sinaloa, en el que se advierte un predominio evidente de la forma infiltrativa difusa, modalidad clínica más típicamente mexicana que las restantes, y que fué detalladamente descrita por *Lucio*, en lo que habremos de insistir dentro de poco.

Es muy notable esta inversión de la fórmula endemiológica del Estado de Sinaloa, puesto que los casos de forma infiltrativa difusa llegan a representar cerca de un 70% de las formas lepromatosas.

El conocimiento de la clínica de la lepra debe a *Lucio* y *Alvarado*, datos muy interesantes. Estos autores publicaron el año 1851 un opúsculo dedicado a describir con todo detalle las formas clínicas que ellos admitían de la lepra.

Es principalmente interesante la descripción de la llamada, por *Lucio*, *lepra lazarina* o *lepra manchada*, que según todas las probabilidades representa una forma reaccional, más bien que una forma fundamental o básica de la enfermedad.

Uno de los méritos indiscutibles de *Lucio* y *Alvarado* es, precisamente, el haber hecho una magistral descripción clínica de la variedad lepromatosa que conocemos con el nombre de forma infiltrativa difusa. En ella no se aprecia, como en la variedad lepromatosa nodular, lesiones de tipo circunscrito, sino que existe tan solo una infiltración generalizada del tegumento, que en la cara da lugar a un especto característico y que se acompañe con mucha precocidad de una alopecia ciliar y superciliar completa. Corresponde verosímilmente a una variedad de lepra conocida en realidad desde muy antiguo y que los leprosos designaban con el nombre de lepra mixedematosa o pseudomixedematosa, variedad de una extraordinaria rareza y muy poco conocida, principalmente en Europa. En México, sin embargo, esta variedad es particularmente abundante hasta el punto de constituir la variedad dominante según hemos dicho, en algún Estado de la República.

De todos modos, el mérito mayor de *Lucio* y *Alvarado* consiste, a nuestro juicio, en haber sido los primeros autores que de un modo exacto han descrito las fases de agudización que entre cortan el curso eminentemente crónico de las formas lepramatosas y que se conocen en la Leprología moderna con el nombre de *reacciones leprosas*.

Precisamente lo que *Lucio* consideraba como legra manchada o lazarina, constituye una modalidad de reacción leprosa de la forma infiltrativa difusa que rara vez presenta estados reaccionales de tipo distinto.

En esencia, se trata de la aparición brusca en distintos sitios del tegumento, de pequeñas manchas equimóticas cuyo centro se oscurece rápidamente y se transforma en una escara que al eliminarse deja al descubierto pequeñas ulceraciones redondeadas, ovales, o muy frecuentemente de forma triangular.

Estos brotes agudos se acompañan constantemente de síntomas generales o sistémicos y terminan en ocasiones con la muerte del enfermo.

El estudio histopatológico de estas lesiones ha sido emprendida por *Martínez Báez* quien ha podido apreciar la existencia de endocapilaritis obliterantes que dan lugar a los pequeños focos de gangrena cutánea.

Esta característica reacción ha sido designada por *Latapí* con el nombre de *fenómeno de Lucio* como justo homenaje al leprólogo mexicano.

De los primitivos estudios de *Lucio* y *Alvarado* sobre reacción leprosa se han derivado todos los conocimientos que se tienen hasta la fecha actual sobre estos episodios agudos. El conocimiento actual de la reacción leprosa demuestra que está integrada por tres clases de síntomas: 1º—Síntomas dermatológicos, consistentes en la agudización de las lesiones y en la aparición de elementos nuevos iguales a los que existían (reacciones isoformas) o distintos de ellos, sobre todo, bajo la forma de eritema nudoso (reacciones eteromorfas). 2º—Síntomas generales, manifestados por reacción febril de intensidad variable, a veces muy elevada y por un esplenomegalia de mayor o menor intensidad. 3º—Síntomas de laboratorio que consisten en aparición o aumento de la leucocitosis preexistente; en el aumento marcado de la velocidad de sedi-

mentación de los glóbulos rojos; en la existencia de una hipocalcemia. Existe también una tendencia más o menos marcada hacia la acidosis, hecho que fué comprobado ya hace muchos años por *González Medina* y nosotros, y que se ha comprobado posteriormente en múltiples ocasiones.

La existencia de una reacción leprosa genuina esa juicio nuestro, privativa de las formas lepromotosas, hasta el punto de que cuando se presentan estos estados reacciones en formas consideradas como incaracterísticas, debe valorarse el hecho en el sentido de haberse producido una lepromatización.

Aun cuando se hable frecuentemente de una reacción leprosa tuberculoide, creemos que es más ajustado a la realidad, designar las agudizaciones de la lepra tuberculoide bajo el nombre de tuberculoide mayor, puesto, que no suelen acompañarse de todos los síntomas que acabamos de citar, y que acompaña en cambio, constantemente a la reacción leprosa verdadera.

En el terreno de la profilaxis de la lepra y por lo que se refiere al punto concreto del aislamiento de los hijos de leprosos, México ha marcado un camino muy interesante.

Pasado ya de un modo definitivo el tiempo en que se creía que la lepra era transmisible por herencia, numerosas observaciones han permitido llegar al conocimiento exacto de que los niños nacidos de leprosos, no contraían la enfermedad si se les separaba en tiempo oportuno del ambiente contagioso. De acuerdo con este hecho, todas las naciones en que se han organizado la lucha antileprosa cuentan con la existencia de preventorios infantiles para hijos de leprosos, algunos de los cuales constituyen establecimientos perfectamente organizados. Sin embargo, tales preventorios presentan siempre inconvenientes que escapan a la buena voluntad de la organización estatal o de los patronatos que les rigen. El inconveniente mayor reside en el hecho de que se crea una clase especial de asilados con el estigma de ser descendintes de leprosos, lo cual basta para que la sociedad nunca los considere ni acepte como personas absolutamente normales.

Es, sobre todo, por este motivo de índole humana, por lo que México ha iniciado muy acertadamente la creación de los *Hogares Substitutos*, que permite colocar a los niños en un ambiente familiar; en el que también puede ejercerse de un modo discreto la vigilancia médica que se estime precisa.

Los resultados conseguidos con este método han de ser, sin duda alguna, superiores a los que se logren en cualquier preventorio por muy lujoso que sea el establecimiento y bien dirigida su organización.

Desde luego, el sistema de *Hogares Substitutos*, exige cuidados referentes en primer término a adquirir los informes precisos para que las familias en cuyo seno se colocan los niños descendientes de leprosos, sean de una honradez efectiva y no se sientan movidas por afanes exclusivos de lucro.

En lo que se refiere a la aportación mexicana a la terapéutica de la lepra, debe decirse que todos aquellos métodos de tratamiento que se han recomendado con una base científica han ido estudiándose detenidamente en el abundante material de que se dispone.

En los últimos tiempos la Leprosería Nacional de Zoquiapan y la red dispensarial establecida en la República, son los lugares donde va aquilatándose el valor efectivo de los diferentes medios terapéuticos que han ido preconizándose en el tratamiento de la lepra.

Después de muchos años, tenemos la convicción de que las medidas higiénicodietéticas son de una primordial importancia en el tratamiento de los leprosos, de tal modo, que si compramos lotes de enfermos no sometidos a ningún tratamiento pero colocados en buenas condiciones de alimentación e higiene, con otro lote sometido a tratamientos activos y principalmente a la terapéutica chaulmoogrica, veremos que es mucho más satisfactorio el estado de los primeros, ya que el aceite de chaulmoogra de lugar con bastante frecuencia a reacciones leprosas que acortan el tiempo de supervivencia de los enfermos.

Recientemente hemos tenido ocasión de emplear con el personal médico de la Leprosería de Zoquiapan, el toxoide diftérico, preconizado por *Collier* en el tratamiento de la lepra, sin haber conseguido ningún resultado apreciable, sino por el contrario habiéndose observado en algunos casos un empeoramiento efectivo.

En la actualidad se han introducido en terapéutica antileprosa algunas sulfonamidas como el promin o diaminofenilsulfona que se experimentó primeramente con éxito en la tuberculosis del cobaya. *Latapí* ha sometido a tratamiento un lote de enfermos no habiéndose publicado hasta la fecha los resultados obtenidos.

Es de lamentar, que por diferentes circunstancias los leprólogos mexicanos no dispongan de la cantidad suficiente de promin para practicar en gran escala estos ensayos.

También parece haberse obtenido éxito en un considerable número de casos con el empleo de la *diazona.*

En resumen, a pesar de la buena orientación legislativa que en materia de lepra existe en la República Mexicana, y de la existencia de buenos profesionales que van educando una nueva generación de leprólogos, los resultados conseguidos no son los satisfactorios que debieran ser, precisamente por la falta de un apoyo económico suficiente. El actual nuevo régimen sanitario y asistencial debiera preocuparse de este grave problema, dedicándole la atención necesaria a fin de disminuir los estragos de la endemia leprosa en México.

Con este objeto me he permitido hacer ante este auditorio de médicos generales las precedentes consideraciones, acerca de los problemas de la lepra en México.

"Ante todo tened presente que no están los tiempos para individualismos o unitarismos orgánicos; que los que os afiliáis a mi bandera tendréis que luchar mucho con fisiólogos, patólogos, terapeutas, analistas, particularistas, anarquistas, *por lo cual, a fin de que no os cojan desprevenidos, voy a deshacer de antemano la objeción capital, o mejor dicho, la única que con diversas variantes se os va a dirigir acerca de la unidad del hombre. "La unidad individual, os dirán, no existe; el hombre es el resultado de una reunión de partes y de un concurso de fuerzas". Examinemos el valor de esta objeción. Por de pronto, en cuanto a la forma, esto no es objeción, no es argumento, sino una mera afirmación sin prueba. En cuanto al fondo, si no podemos decir* un *hombre, menos aún podremos decir* un *pulmón. ¿Por qué? Porque las relaciones del hombre con el mundo son de* contigüidad, *mientras que las del pulmón con el hombre son de* continuidad. *Más claro: para separar al individuo del medio en que vive, no se necesita instrumento cortante, mientras que para separar del individuo uno de sus órganos es indispensable cortar. Entonces ¿dónde está la unidad? ¿Acaso en el elemento histológico del órgano? No. ¿Acaso en el principio inmediato? Tampoco, por la propia razón de continuidad. ¿Estará, pues, en el átomo fisico-químico? Hay un inconveniente para afirmarlo, y es que el átomo, creación metafísica de la razón humana, no es objeto de conocimiento positivo.*

He aquí, pues, que en la escala analítica, o descendente, del individuo abajo, no conocemos más unidad natural que la del individuo".

JOSÉ DE LETAMENDI.

Curso de Patología General, basada en el Principio Individualista o Unitario: Madrid, 1883.

OBSERVACIONES SOBRE LA SINERGIA ENTRE LAS SULFAMIDAS Y EL ACIDO ASCORBICO

Dr. J. Viñas Espun (*).

Es sabido que ciertos accidentes tóxicos de la sulfamido-terapia toman características clínicas propias de la avitaminosis C.

G. Mauriquand, Mme. Edel y *R. Maral*, de Lyon, han obtenido experimentalmente en el cobayo, animal apropiado para la producción de la carencia vitamínica C, accidentes hemorrágicoscos musculares de tipo escorbútico, por la administración de sulfamidas. Además, sometidos los animales a un régimen escorbutígeno, los signos de distrofia escorbútica se aceleran.

En cobayos sometidos a régimen escorbutígeno y a la administración de sulfamidas, un suplemento de ácido ascórbico a dosis suficientes impedía la presentación de toda lesión escorbútica.

Las sulfamidas actuarín, para dichos autores, como factor de revelación del síndrome escorbutiforme, como dietotóxicos, en presencia de un régimen poco rico en vitamina C.

G. Mouriquand se preguntaba si siendo el ácido ascórbico úna antisulfamida en lo que respecta a su poder antitóxico y antihemorrágico, no lo sería también en lo que respecta al poder bacteriostático de las sulfamidas; otro autor, *F. Meidinger*, el contrario, prevee una explicación de la acción de las sulfamidas sobre las bacterias por una propiedad anti-vitamina C.

Siendo la vitamina C, según *Rosenberg*, un factor de crecimiento para los micro-organismos, las sulfamidas, para *Meidinger*, actuarían sobre los procesos de óxido-reducción orientados por la vitamina C. Las sulfamidas, inhibiendo el ácido ascórbico, bloquearían los mecenismos de óxido-reducción indispensables a la respiración bacteriana.

Otros autores, *A. Fleisch* y *Théo de Preux*, de Lausanne, han observado que ciertas polineuritis presentadas bajo la administración de sulfamidas, curaban por la administración de vitamina B_1.

En cambio, mediante la experimentación en ratas, dichos autores, si bien han obtenido una disminución de la frecuencia cardíaca, signo de avitaminosis B_1, mediante las sulfamidas, no la han evitado por la administración de vitamina. En cambio, obtuvieron una disminución de la hematuria y de la albuminuria consecutivas a las sulfamidas.

Recordemos a este efecto que nostros hemos observado la presentación del síndrome polineurítico dentro del cuadro de la avitaminosos C en el hombre, como una variante del mismo.

En las polineuritis carenciales a que nos referimos, un síndrome de retención ascórbica frustraría una oxidación ascórbica acrecentada. La obtención de la saturación ascórbica hace "inaparente" el cuadro de polineuritis de la misma forma que la administración de aneurina permitiría el mantenimiento de la vitamnna C reducida o retención ascórbica. En las polineuritis coexistirían las dos carencias C y B_1 asociadas.

Dos ejemplos clínicos contribuirán a explicarnos la sinergia de la acción sulfamídica y del ácido ascórbico sobre ciertas afecciones, y nos proporcionarán la justificación de su asociación medicamentosa.

Caso H. C.

Antiguo luético. Serología fuertemente positiva. Presenta fuertes dolores a la presión sobre la superficie tibial. Sobre este terreno se presentan una uretritis y una orquitis gonocócicas rebeldes a todas las terapéuticas, incluyendo la administración de sulfamidas.

La orina nos ofrece una fuerte retención ascórbica: ascorbicuria de 16 mgs. por 1. El test intradérrmico de *Rotter* al diclorofenol-indofenol nos da 7,30 minutos de decoloración.

La gráfica muestra bien que ante la carga en ácido ascórbico la eliminación urinaria de la vitamina reducida sólo aumenta muy ligeramente, pero al mismo tiempo una cierta mejora clínica se advierte ya.

Este resultado nos demuestra que es el estado de carencia ascórbica, manifestado clínicamente por las tibialgias y demostrado por la ascorbicuria muy baja y por la prueba de carga ascórbica, y debido sin duda al terreno luético, el que impediría la mejora clínica ante la administración de sulfamidas.

En este momento, la administración de tiazomida, da lugar a una sorprendente e inmediata mejora. La elevación del tiempo del test intradérmico de *Rotter*, producida bajo la acción de la tiazomida y acompañando la mejora, nos demuestra que las sulfamidas *acrecientan en el organismo humano el consumo oxidativo de la vitamina C.* Una retención vitamínica acrecentada es la consecuencia de esta acción metabólica de la sulfamida. Por una posterior carga en vitamina C obtenemos un descenso del tiempo de *Rotter* y una ascorbicuria masiva, que nos demuestran la mejora de las óxido-reducciones celulares. Con la mejora clínica obtenemos también una disminución de las tibialgias.

Las sulfamidas, pues, actuarian terapéuticamente influenciando el metabolismo óxido-reductor, del que un factor tan esencial es el ácido ascórbico.

(*) Del Hospital Español "Varsovia" (Toulouse. Francia).

La carencia ascórbica pues, bien debida al proceso infeccioso, bien a la administración sulfamídica, se opone a la acción terapéutica de este medicamento. La carencia en nuestro caso ha sido un factor de sulfamido-resistencia.

Vamos a presentar otra observación de proceso infeccioso de evolución prolongada, en que la administración de ácido ascórbico a dosis fuertes (prueba de carga), nos demuestra muy netamente, siguiendo la eliminación vitamínica urinaria por la dosificación con el reactivo de *Tillman* (diclorofenol-indofenol), una potente retención ascórbica, que se acrecienta en el momento de los brotes febriles.

Nuestro caso nos muestra también los resultados obtenidos sobre el síndrome clínico por al administración ascórbica, sola y acompañada de la administración de sulfamidas y de penicilina.

M. M. 33 años. Deportado durante cinco años en Mathausen, contrae allí una afección febril, considerada como fiebre de Malta, de la que se repone.

Desde diciembre de 1946, presenta un síndrome de fiebre en brotes espaciados y periódicos dentro de un cuadro abdominal de dolores en crisis bien fosa ilíaca izquierda o derecha, bien en hipocondrio y zona renal izquierda. Crisis de vómitos antes de cada brote febril. Los episodios febriles se presentan en aguja, toman el aspecto palustre, con escalofríos, y hay crisis de obnubilación en el momento del acmé térmico.

El brote febril en este primer período se presenta cada ocho días. A partir del acmé, hasta 40,5°, la temperatura descendente presenta oscilaciones.

Al examen de sangre se constata una ligera anemia, una cierta monocitosis y una ligera eosinofilia, que posteriormente se presentará muy acentuada.

Nunca se encuentran hematozoarios en la sangre. La quinina no surte ningún efecto sobre los brotes febriles. El serodiagnóstico para la fiebre de Malta resulta también negativo.

Al cuadro febril se sobreañaden unas crisis convulsivas que van, desde la simple obnubilación hasta las convulsiones violentas de tipo epileptoide.

Es de remarcar el tinte pálido especial, de cera, que presenta siempr el enfermo. Las manos son muy pálidas y presentan lesiones de eczema trófico seco.

La auscultación cardíaca nos da un cierto amortiguamiento de los tonos.

Nosotros observamos que el enfermo manifiesta un fuerte dolor a la presión sobre la metáfisis inferior tibial. Este dolor sufre variaciones en relación con la sintomatología clínica: se acrecienta, así como la cefalea, en todos los episodios dolorosos abdominales y también a continuación de las crisis convulsivas.

Establecemos un tratamiento por ácido ascórbico a fuertes dosis en virtud de la relación, anteriormente establecida por nosotros, entre las tibialgias y la mejora clínica, siempre constatada, por la administración de ácido ascórbico, mejora que además siempre resultó proporcional a la intensidad de las tibialgias y que coincide con una también proporcional disminución de esta intensidad.

Ante la administración por inyección de ácido ascórbico, la orina presenta una fuerte retención vitamínica (solamente elimina de 4 a 8 mgr. vit. C por 1.).

Esta retención ascórbica traduciría un acrecentamiento de la utilización vitamínica por el organismo, acrecentamiento aumentado por la administración de la propia vitamina. Es un efecto paradógico ya lo habíamos anteriormente explicado por la puesta en acción al máximo del metabolismo de la vitamina B_1, metabolismo que está en relación con el de la vitamina C.

Por la administración de la vitamina C, obtenemos clínicamente una neta mejora de un rebelde estreñimiento presentado por el enfermo y una mejora de los dolores abdominales con una disminución de las algias tibiales.

Los accesos febriles continúan presentándose, irregularmente.

Las tibialgias aumentadas a continuación de los accesos, que aproximamos a las constatadas en enfermos paludicos al final también de los accesos febriles, nos demuestran que durante el acceso febril aumenta el consumo metabólico del ácido ascórbico.

La astenia acentuada mejora, con el estado general, ante la administración ascórbica.

El 20/5/46, el test de *Rotter*, inmediatamente después de una crisis de contracturas, nos da 7 minutos de tiempo de decoloración, al mismo tiempo que desaparecen las tibialgias espontáneas. Este tiempo de *Rotter*, relativamente muy disminuído, nos demostraría un acrecentamiento de las óxido-reducciones celulares y una utilización oxidativa acrecentada de la vitamina C, pues lo que medimos es la velocidad de oxidación de la vitamina reducida.

A continuación, una administración de 500 mgs. de vit. C desciende aún el test a 6 minutos.

El 1/6/46, presentando el enfermo continuadas crisis de tipo apendicular, se procede a la apendicectomía.

El cuadro clínico se agrava progresivamente. Los brotes febriles en aguja se suceden, las crisis de constracturas son de más en más frecuentes. (Ver gráfica.)

El 27/9 el enfermo presenta a continuación de un brote febril un nódulo del tipo de *Osler*, en índice izquierdo: rojizo, bien delimitado, doloroso, pruriginoso, coincidiendo con dolor en la articulación de la falange correspondiente. Esto nos orienta hacia el diagnóstico de enfermedad de *Osler*.

Establecemos un tratamiento en consecuencia.

Aumentamos las dosis de vitamina C administradas hasta el nivel necesario para llegar a la saturación urinaria. Actuamos así ateniéndonos a la hipótesis de impedir la retención por los tejidos en general y específicamente por el sistema reticulo-endotelial de las sulfamidas que se administrarán al enfermo. Es conocida la rebeldía de la endocarditis infecciosa al tratamiento sulfamídico. Esta sulfamido-resistencia sería debida, hipótesis de trabajo, a un poder considerable de retención de los tejidos, en esta afección, para las sulfamidas.

Las tibialgias, espontáneas o a la presión, que nuestro enfermo presenta, tan fuertes y rebeldes, demostraría un estado de excitación considerable del sistema reticulo endotelial. Esta irritación explicaría la absorción por bloqueo de las sulfamidas administradas en la endocarditis lenta y el fracaso de los tratamientos por sulfamidas.

Llegamos así a administrar hasta dos y tres gramos de ácido ascórbico por día y controlamos el mantenimiento de la saturación urinaria.

También administramos sulfo-piridina (6 gr. por dia).

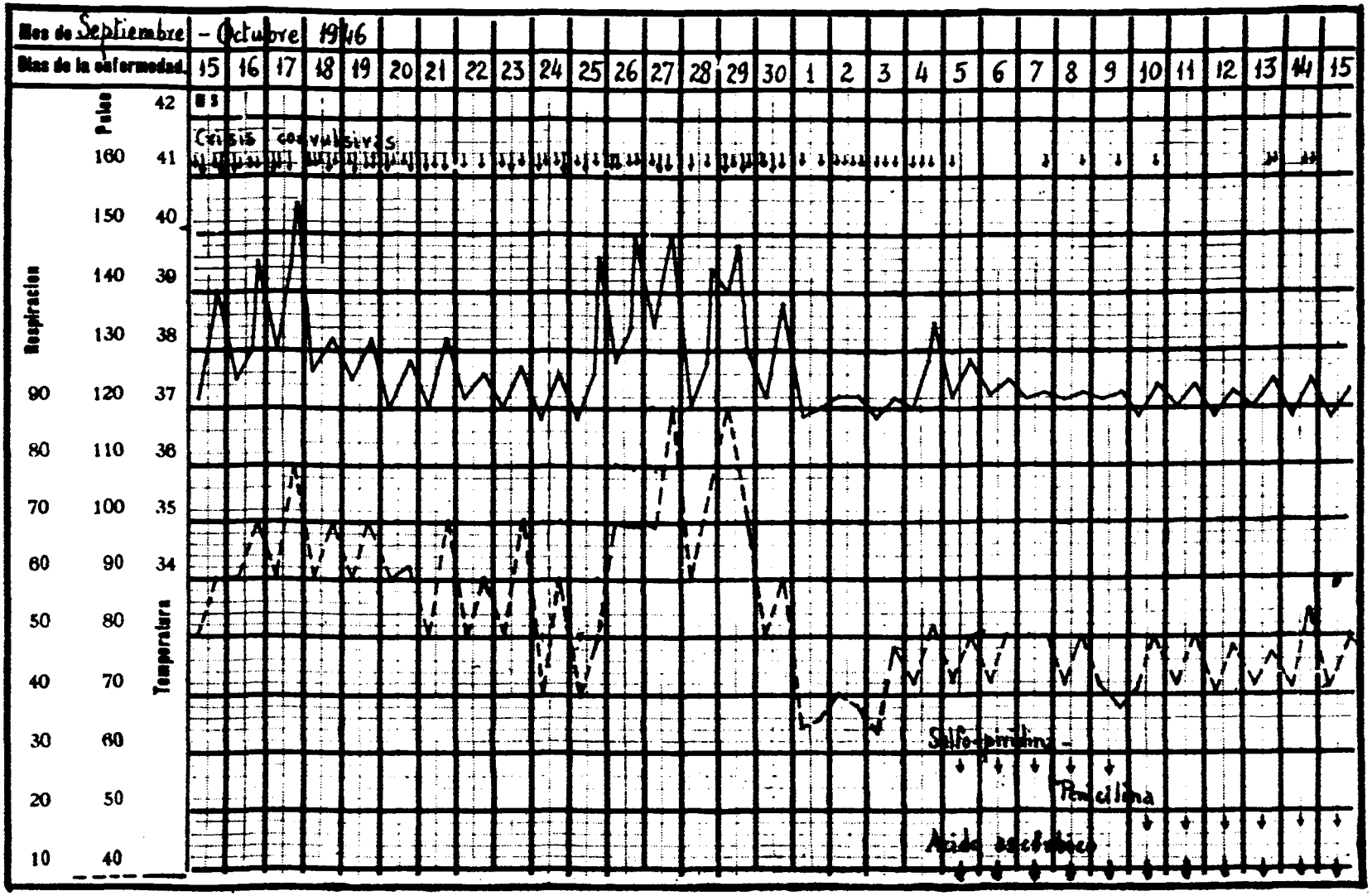
El resultado clínico de este tratamiento es inmediato (ver gráfica). *No se presenta ningún nuevo acceso febril.* A su vez las crisis de contracturas que se habían hecho de más en más frecuentes (ver gráfica), se espacian considerablemente.

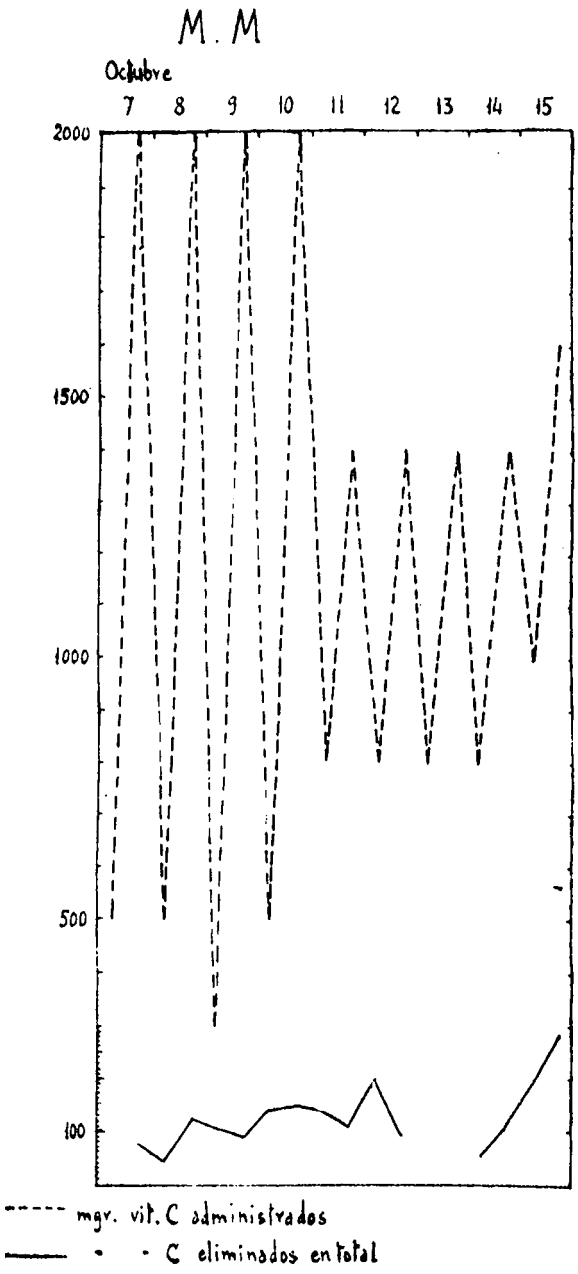
Las dosis de sulfamida empleadas, han sido relativamente muy débiles. La intolerancia gástrica y general del enfermo ante las sulfamidas es notable.

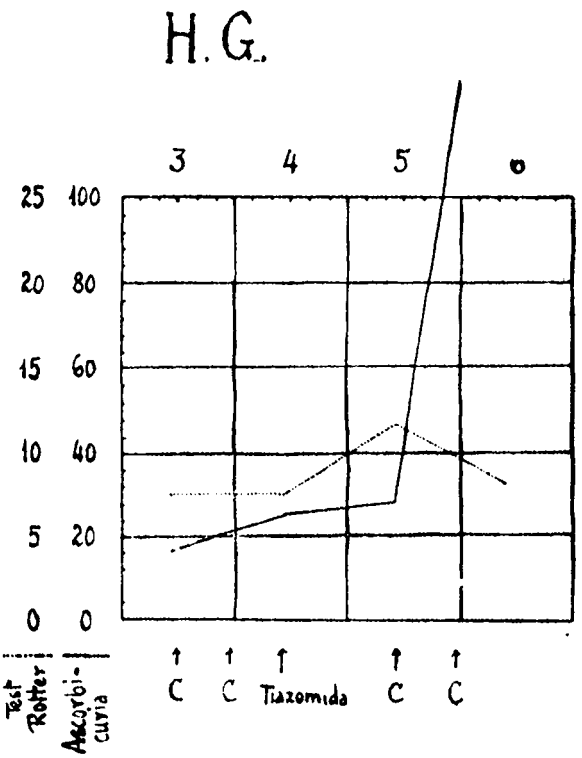
Las dosis considerables de ácido ascórbico administradas no son eliminadas por la orina (ver gráfica). Ellas

HOJA DE TEMPERATURA

Cama n.° _____ Nombre: M. M. _____




M. M
Octubre
7 8 9 10 11 12 13 14 15
2000
1500
1000
500
100
----- mgr. vit. C administrados
——— • • C eliminados en total


H. G.
3 4 5
25 100
20 80
15 60
10 40
5 20
0 0
Test Rotter
Ascorbi-curva
C C Tiazomida C C

son, pues, metabolizadas. Se produce además una cierta obliguria que acompaña a un relativo aumento de la retención ascórbica.

Después del primer resultado inicial sustituimos a las sulfamidas el tratamiento por penicilina, a dosis diarias que aumentamos progresivamente (de 200.000 u. a .... 1.000.000 u. diarias).

El enfermo, a pesar de no presentar más accesos febriles en aguja, continúa, a pesar de todos los tratamientos, en un estado sub-febril. Las crisis de obnubilación y contracturas, más espaciadas, continúan también. El síndrome abdominal proteiforme, de dolor, distensión y plétora, continúa.

El tinte pálido especial del enfermo y su estado general mejoran.

De vez en cuando erupciones de tipo eritematoso, pruriginosas, en región hipotenar y facial se presentan también, así como de nuevo el típico nódulo de *Osler* en índice izquierdo. También, en ojo izquierdo se presenta una reacción dolorosa congestiva esclerótico-conjuntival. Todos estos accidentes coinciden con cierto aumento febril y con malestar general, dolores abdominales y tibialgias.

Examinada la glicemia, parace aumentada (1,40 gr.). Habría, pues, una insulino-resistencia consecutiva a la infección.

El 28/3/47 una radioscopia nos muestra la ausencia de dilatación cardíaca. El corazón aparece deformado "en zueco" por la plétora abdominal.

En resumen, hemos obtenido una neta mejora clínica, especialmente sobre los brotes febriles, el estado general y las crisis de contractura por la asociación de la saturación en ácido ascórbico a la administración de débiles dosis de sulfamidas y también de penicilina.

Ante este cuadro febril prolongado e irregular, la presentación de los nódulos de *Osler* en relación indudable con él mismo, nos orienta y conduce a la enfermedad de *Osler*.

Pero nuestro enfermo no ha presentado nunca una sintomatología cardíaca bastante manifiesta. El síndrome es periférico en sus manifestaciones, es además proteiforme.

Esto nos lleva a hacer una aproximación con un síndrome descrito por *Lian, Siguier, Duperrat* y *Sarrazin* con el nombre de "lupo-eritemato-visceritis maligna", síndrome del que ciertas manifestaciones coinciden con las de nuestro enfermo: una fiebre desarticulada insensible a la medicación salicilada, astenia progresiva, manifestaciones cutáneas del rostro y de las extremidades que toman el aspecto de lupus eritematoso agudo y de erupción purpúrica, un ligero soplo sistólico de la punta, una glomérulonefritis, manifestaciones neurológicas de tipo convulsivo.

Enfermedad proteiforme, dicen los autores, de rica manifestación visceral y de etiología rodeada de incertidumbres, los síntomas cardiovasculares pueden faltar y el diagnóstico diferencial con la enfermedad de *Osler* se presenta.

Grossiord a su vez ha observado un caso en que a una fiebre ascendente se añadía una erupción de nódulos de Osler, un eritema facial, hematurias y caquexia.

Nuestro enfermo ha tolerado extremadamente mal dosis pequeñas de sulfamidas que, sin embargo, han actuado muy eficazmente.

Dos autores, *H. Gougerot* y *A. Carteaud* han estudiado, empleando las sulfamidas en la enfermedad de *Nicolas-Favre*, la que llaman "eficacia terapéutica de la intolerancia": con dosis mal toleradas de sulfamidas obtienen una rápida y considerable mejora.

La intolerancia se acrecienta progresivamente y con dosis cada vez menores obtienen nuevas y grandes mejoras hasta llegar a la curación clínica.

Estos autores explican que "todo sucede como si" el intolerante hubiera absorbido la dosis enorme que en un individuo tolerante hubiera provocado síntomas de intoxicación.

En nuestra observación se presenta también esta "eficacia terapéutica de la intolerancia". ¿No sería, nos permitiremos preguntar, un "factor de intolerancia" para las sulfamidas —y factor de eficacia de acuerdo con esta hipótesis— la obtención de la saturación ascórbica que obligaría, por el desbloqueo del sistema retículo-endotelial, a las sulfamidas a mantenerse en la sangre?

Nuestra observación nos pone en presencia de un estado toxi-infeccioso y de un organismo que manifiesta una reacción de defensa contra las toxinas y contra la bacteriemia.

Josué había observado la influencia de las toxi-infecciones sobre la médula ósea. *Portman* había también constatado las alteraciones producidas sobre la glándula tiroides.

En nuestra observación el enfermo presenta fuertes tibialgias en estrecha relación con las otras manifestaciones clínicas de la afección, y correspondiendo también con el metabolismo ascórbico.

El síndrome de algias óseas se acompaña de un acrecentamiento de la oxidación ascórbica y correspondería a un aumento proporcional del poder peroxidásico de la sangre.

Bezssonoff ha demostrado la formación de peróxido de hidrógeno en el curso del metabolismo en relación con la oxidación de la vitamina C.

Para *Fischer* el ácido ascórbico es oxidado por el sistema peroxidásico.

E. Ramel y *J. J. Schenck* han observado un caso típico de escorbuto en que una intoxicación saturnina había destruído, con las oxidasas de la sangre, el poder de fijación de la vitamina C por el organismo.

Nuestro caso nos muestra una oxidación metabólica de la vitamina C irreductiblemente acrecentada.

¿Cómo explicarnos la acción sinérgica entre el ácido ascórbico y las sulfamidas sobre ciertas infecciones?

Si la vitamina C actúa en relación con la acción peroxidásica, las sulfamidas también actúan por acción catalítica. A este efecto, *Jeanneney* y *Castenet* han mostrado que las sulfamidas aumentan el poder peroxidásico de la sangre.

Nuestra observación nos muestra una notable acción de la administración de las sulfamidas sobre el curso clínico de un caso de enferme-

dad de *Osler*, afección que se manifiesta siempre tan resistente a la sulfamiodoterapia.

¿A qué se debería la sulfamido-resistencia, y cómo en nuestro caso habría sido vencida?

Janbol, *Chaptal*, *Lazergues* y *Bosc* han estudiado el fenómeno del bloqueo o retención sulfamídica por los diferentes órganos y tejidos. Este bloqueo se manifiesta por un descenso de la sulfamidemia y de la sulfamiduria, con persistencia de la sulfamido-mielia.

Realizando el desbloqueo, por inyección de una solución de rosa de bengala, la sulfamida es movilizada y reaparece en la sangre. Una descarga sulfamídica urinaria se produce entonces.

En ciertos enfermos, constatan dichos autores, la sulfamidemia es insuficiente, incluso aumentando masivamente las dosis administradas. Admiten la hipótesis de una fijación de las sulfamidas por los tejidos.

Germain, *Gautron* y *Morand*, para explicar las variaciones bruscas del contenido sulfamídico en la sangre, admiten también la hipótesis de un bloqueo de la sulfamida por el sistema retículo-endotelial.

Habría sobre todo una retención a nivel de la médula ósea, una persistencia de la sulfamidomielia.

Ya diferentes autores administran el ácido ascórbico, así como la amida nicotínica, para aumentar la tolerancia de los enfermos a las sulfamidas.

En nuestra observación, el fenómeno de la retención acuosa por los tejidos, facilitado por la administración ascórbica como hemos visto, permitiría una más amplia difusión de la sulfamida en el seno de los tejidos.

Si el efecto terapéutico de las sulfamidas depende de la obtención en los humores de la concentración útil, ¿cómo concebir que el ácido ascórbico nos ayuda a obtener esta concentración elevada en relación a las dosis administradas?

Nosotros admitiremos como hipótesis de trabajo que la saturación ascórbica actuaría por desbloqueo del sistema retículo-endotelial.

Resumiendo:

Las sulfamidas actúan terapéuticamente sobre el metabolismo acrecentando las óxido-reducciones celulares y la oxidación de la vitamina C.

La administración de ácido ascórbico hace posible y facilita esta acción sulfamídica.

La carencia ascórbica es un factor de sulfamido-resistencia. La sulfamido-resistencia puede ser vencida por la administración de ácido ascórbico.

La acción tóxica y la acción terapéutica de las sulfamidas obedecen a idéntico mecanismo: el consumo metabólico de la vitamina C. Presente esta vitamina, la acción tóxica deja de ser tal y se integra en la acción terapéutica.

"... se ha dicho que la ciencia no tiene patria, y esto es absolutamente exacto: más, como contestaba Pasteur en ocasión solemne, los sabios sí que la tienen. El conquistador de la Naturaleza no solamente pertenece a la Humanidad, sino a una raza que se envanece con sus talentos, a una nación que se honra con sus triunfos y a una región que le considera como el fruto selecto de su terruño".

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL.

LAS INDICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR (*)

Dr. Armando Barreiro.
Piedras Negras, Coah.

Los diversos métodos, que actualmente se usan en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, se pueden resumir del siguiente modo:

1º—Los de carácter inmunobiológico específico, que consisten en el empleo de tuberculinas, sueros y vacunas.

2º—Los que se basan en la acción medicamentosa, bien que ésta vaya dirigida al foco bacilar, como es la quimioterapia practicada con metales pesados como el oro, cobre y sus derivados; o bien la empleada con el fin de exaltar las naturales defensas del enfermo, lo cual se obtiene por medio de la colesterina, el calcio, los arsenicales, etc.

3º—El tratamiento higiénico-dietético.

4º—La colapsoterapia.

Aunque el objeto de este trabajo, no lo constituye el análisis de los resultados de los diversos métodos empleados en la terapéutica de la Tuberculosis Pulmonar, creo de utilidad, exponer la siguiente síntesis a modo de resumen: Los métodos inmunobiológicos, están en plena experimentación y discusión, y algunos abandonados por la mayoría de tisiólogos; la quimioterapia, si bien tiene a su favor éxitos indiscutibles, no ha llegado a ser el agente de esterilización magna, como el fundador de la quimioterapia *Erlich* había soñado; y el tratamiento higiénico dietético, si bien es capaz, asociado en su oportunidad al medicamentoso, de curar por sí solo muchos enfermos, y en otros muchos representa el factor básico, no es suficiente para llevar a feliz término la evolución de todos los tuberculosos pulmonares.

El fracaso en unos casos, y la insuficiencia en otros, de los tres métodos primeramente enumerados exige con frecuencia el empleo de la colapsoterapia, la cual, como es sabido, se funda en el efecto favorable, que el colapso ejerce sobre la curación del proceso tuberculoso. Recordemos que el estado de colapso del pulmón, puede obtenerse por diversos procedimientos de los que el neumotórax artificial, la toracoplastía, la frenicectomía y la neumolisis son los de uso más corriente.

Creo que podemos simplificar un poco la terapéutica de la Tuberculosis Pulmonar, teniendo en cuenta las diferentes tendencias de los médicos, dividiéndola en dos grandes grupos: Terapéutica Médica y Terapéutica Quirúrgica, incluyendo en este último grupo el Neumotórax artificial.

Esta clasificación está de acuerdo con las diversas escuelas actuales agrupadas por diversos criterios y así tenemos un primer grupo, por fortuna cada vez más escaso, que concede al tratamiento higiénico médico una importancia capital en el tratamiento de la enfermedad. En este grupo figuran tisiólogos de prestigio, como *E. Mayer, Fishber, Wiener* y otros, así como también una parte nada despreciable de los médicos generales.

En el segundo grupo, esto es, en los partidarios de la Terapéutica Quirúrgica, podemos hacer una subdivisión, separando los entusiastas partidarios del Neumotórax Artificial, de los más radicales y fervientes defensores de la Toracoplastía, como p. e. *Golberg, Coryllos, Aguilar* y otros.

A pesar de que los Tisiólogos se han esforzado en estudiar del modo más preciso las indicaciones de cada método, no han logrado aunar con un criterio uniforme las distintas tendencias que privan en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupan. Es frecuentísimo que ante un mismo enfermo se hagan indicaciones substancialmente diferentes, radicalmente opuestas, con el evidente perjuicio para el prestigio profesional, aparte del grave daño que se hace al enfermo el cual, ante opiniones tan contradictorias no sabe que camino seguir.

Así, es frecuentísimo, el que a un enfermo al cual se le ha indicado una toracoplastía, por un determinado especialista, vaya a consultar a otro que le diga "que la toracoplastía es ineficaz en absoluto". Y nada de esto debe sorprendernos, si tenemos en cuenta que tisiólogos de prestigio, como *Wiener* y *Fishberg* afirman: "Que la toracoplastía no ha ocluído nunca una cavidad ni ha curado un paciente tuberculoso".

Creo interesante recordar, que cuando empezaron a hacerse plastías en España, el mayor enemigo era el médico general, el médico de los pueblos, desaconsejando al enfermo de operarse, por la magnitud de la operación y por la ineficacia de la misma. Un fenómeno parecido se observa actualmente en México, y creo que debió o debe ser general en los más diversos países. Claro es que este hecho, no sólo lo observamos en la Tuberculosis, sino que también lo podemos apreciar en no importa que otra enfermedad.

En general se puede afirmar, que el médico que no opera sustenta un criterio conservador, y

(*) Publicado en calidad de "Tema a discutir" (Nota del Secr. de Redacción).

sólo deja abierto el campo quirúrgico en aquelos casos en los que es de absoluta necesidad realizar una intervención quirúrgica, como p. e. apendicitis, obstrucción intestinal, etc., etc. y aun en aquellos otros casos, como neoplasmas de pulmón, de estómago, etc., etc. desaconseja a veces la intervención, por considerarla ineficaz o tardía. "Trata —empleando unas palabras muy corrientes— de ahorrar al enfermo un sufrimiento inútil".

También es verdad, que los cirujanos acostumbran a ver, en su inmensa mayoría, al enfermo através de su cuchillo, y en este sentido hay que reconocer, que sino todos, muchos pecan de exclusivistas al igual que los que defienden o siguen en su ejercicio profesional, un criterio conservador.

Siguiendo la trayectoria de algunos médicos es curiosa la evolución de su criterio en relación con sus recursos médico-quirúrgicos. Y así no es raro ver que un partidario del tratamiento médico en tuberculosis, se convierta en un entusiasta defensor del neumo cuando lo hace, y sigue siendo un detractor absoluto de la toracoplastía o de la frenicectomía, para dejar de serlo, tan pronto está capacitado para realizar estas intervenciones. Claro es que semejante evolución, puede estar justificada por la experiencia adquirida por estos métodos, pero tan raro proceder parece indicar por lo menos en algunos casos, que "el médico aconseja al enfermo tan sólo aquello que es capaz de realizar". Hay que reconocer que el confusionismo de las indicaciones en Tuberculosis (me refiero a los médicos generales) es un terreno abonado para semejante actitud.

Digo confusionismo, e insisto que me refiero de un modo particular al médico general, que es a fin de cuentas, el primero que tiene contacto con el enfermo, porque verdaderamente las indicaciones y las contraindicaciones de la plastía, p. e. son tan numerosas, que no es raro ver entre especialistas de verdadero y positivo valor, criterios dispares con arreglo a un mismo caso. ¿Y si esto sucede entre los que exclusivamente se dedican a Tuberculosis, ¿qué extraño puede resultar que el fenómeno se dé entre los médicos generales principalmente.

Creo firmemente que se puede evitar tal situación simplificando un poco las indicaciones en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, y tal es el objeto de este trabajo.

En este sentido yo creo que las indicaciones del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, las debiéramos dividir en dos grandes grupos: *indicaciones generales e indicaciones particulares.*

Por *indicaciones generales*, debiéramos atender, aquellas necesarias para el buen éxito de la evolución de la enfermedad, aun en el caso de que no pudieran llevarse a la práctica; y por *indicaciones particulares*, debiéramos entender las relativas a cada caso estudiado particularmente.

Estoy seguro que esta definición ha de resultar un poco extraña y para algunos, tal vez contradictoria. En efecto en el grupo de indicaciones generales, incluyo aquellas indicaciones que se hagan aunque no puedan ponerse en práctica, y naturalmente que esta definición hace surgirel inevitable interrogante: ¿Qué clase de indicaciones son las que se hagan a un enfermo, y que no puedan llevarse a la práctica? Aparentemente esto parece una contradicción, una paradoja, pero aparentemente nada más. Creo que con algún ejemplo, entenderemos mejor el verdadero sentido de las indicaciones del tratamiento de la T. Pulmonar.

Supongamos que después del estudio de un tuberculoso, creemos que con un tratamiento higiénico médico será suficiente para la evolución favorable de su enfermedad, y fundándonos en esto hacemos tal indicación. El enfermo se somete con todo rigor a semejante tratamiento, y a pesar de ello, su evolución desfavorable, nos indica que el tratamiento médico-higiénico es insuficiente, por lo que creemos oportuno la *indicación general* de la colapsoterapia, y con tal objeto le incamos un Neumotórax artificial. Realmente esta indicación, la hacemos sin saber si se puede practicar el neumo, pues a pesar de todo lo que se diga es indiscutible, que sólo se sabe si es posible instituir un neumotórax en el momento de iniciarlo. Es posible y por desgracia bastante frecuente, que a pesar de haber hecho la indicación en el sentido indicado, no se pueda instituir el neumotórax.

Aquí tenemos un caso evidente de "una indicación general que se aconseja al enfermo y que no puede practicarse".

Siguiendo con nuestro ejemplo, y ante el fracaso del neumo, y ante la indicación de la colapsoterapia indicamos una toracoplastia. Esta indicación general, puede después del estudio del enfermo, ser impracticable por las contraindicaciones que puedan existir. El resultado práctico de esto sería el siguiente: "una plastía torácica que está indicada, pero que no puede, o no debe hacerse".

Por lo tanto en este caso la indicación es quirúrgica, pero el enfermo "no es operable".

En general llamamos "enfermo quirúrgico a aquél en el cual para su curación es preciso realizar un acto operatorio", y este enfermo quirúrgico a su xez lo dividimos en "operable", y "no operable". Hago este recuerdo, para demostrar que no hay contradicción al decir "que pueden hacerse indicaciones que tal vez no puedan practicarse". Algo parecido sucede con otras en-

fermedades y así sabemos que la indicación general de neoplasma de estómago es la gastrectomía, aunque muchas veces el cirujano por diversas razones que ahora no vienen al caso ha de contentarse con hacer una gastroenterostomía. El resumen de este caso sería también: "enfermo al cual está indicada la operación, pero que es inoperable".

Por lo tanto, las indicaciones del tratamiento pudiéramos hacerlas de este modo: En primer lugar tratamiento médico-higiénico. Sabido es que aun en los casos en que hay indicaciones absoluta de una toracoplastia, la mayoría de los tisiólogos estan de acuerdo en tener al enfermo sometido dos o tres meses a reposo etc., para poder formar un concepto clínico mas exacto de la "tendencia evolutiva" de las lesiones pumonares, aparte de otras razones que no mencionamos por no ser objeto de este trabajo.

Fracaso este tratamiento, indicamos la colapsoterapia en su forma mas sencilla, el neumotórax. Por último, ante el fracaso del neumo, por imposibilidad de hacerlo, o por otros motivos en los que la ineficacia es el principal, indicamos otro procedimiento mas radical como p. e. la toracoplastia.

Este criterio tan amplio, tiene razón de ser, toda vez que sabemos que los tisiólogos han pensado en buscar otros métodos de colapsoterapia por el gran número de casos en los que era impracticable el neumo o por diversas razones era ineficaz, y así vemos que para el tisiólogo *Araoz-Alfaro* la plastia sería un método subsidario del neumotórax artificial, y para el tisiólogo argentino *Hernan D. Aguilar*, "la indicación de la plastía sería la impracticabilidad del neumo o su ineficacia".

Semejante conducta o criterio tendría enormes ventajas en el ejercicio profesional, aparte de que se evitaría el confusionismo de que son víctimas desgraciadamente un buen número de enfermos tuberculosos, los que ante indicaciones tan opuestas y hasta a veces contradictorias no saben que decisión tomar, y llegan a dudar y con razón de la ciencia médica con evidente perjuicio para los profesionales.

Lejos de mi ánimo el tratar de influir sobre el criterio de cada médico, y mucho menos de menoscabar su libertad para opinar. Nada de eso. Lo único que persigo, lo único que me interesa es ver la manera de evitar tremendas contradicciones que a diario observamos en las indicaciones del tratamiento de la T. Pulmonar, y a mi juicio esto es relativamente facil.

Supongamos a un enfermo al cual por impracticabilidad del neumo se le ha hecho una indicación general de toracosplastia, o de frenicectomía, o de un neumo extrapleural, en fin se le ha hecho una indicación quirúrgica mas radical, que el neumo. Será luego cuestión de discutir cual procedimiento es mas oportuno, pero siempre de la indicación general, y de este modo le diríamos al enfermo que efectivamente está indicada la plastía, p. e. pero o bien que no se le debe hacer, o bien que es no oportuna por que en virtud de determinadas contraindicaciones es preferible esperar al objeto de que puedan disiparse los motivos que harían peligrosa la intervención, en fin cada uno expondría su criterio, pero dentro de la indicación general de toracoplastía.

En resultado de esto el enfermo sabría, que el criterio general sobre su enfermedad era la intervención y que las diferencias de opinión eran motivadas sobre el momento mas oportuno de la misma.

Los médicos especializados serían los que habían de estudiar las contradicciones, discutirlas, argumentarlas... pero dentro de la indicación general, y estas indicaciones podían muy bien esquematizarse como antes dijimos: Tratamiento higiénico-médico fracaso ante el cual la indicación sería el neumo; y ante el fracaso indicación mas radical de colapsoterapia, toracoplastia, frenicectomía, o neumo extrapleural.

Se dirá que esto no es lo ideal, y a mi no se me oculta la verdad de tal argumento, pero lo que tampoco se puede ocultar son sus ventajas pues de este modo, nos evitaríamos el hecho de observación diaria de saber que a un enfermo unos le dicen que se haga neumo, otros le aconsejan la plastia, no falta quien le diga que todos esos métodos son ineficaces, e insisten en que siga con un tratamiento de reposo "a pesar de que semejante tratamiento ha fracasado en un tiempo de observación determinado".

Creo que es hora de que los médicos vean el modo de acabar con tan grave confusión porque a decir verdad, a mi juicio, no hay razón para ella.

La esquematización que aconsejo, no es exclusivista, ni tampoco partidaria de tal o cual método. No se pueden quejar los entusiastas del método higiénico-médico, ni los partidarios del neumo, de que pretendo defender la plastía como un método superior, tal como hace *Golberg* en su obra de "tuberculosis clínica". No, nada de eso. Lo único que pretendo es hacer ver que no es justo, y hasta si se me permite la frase, no es humano, el privar a un enfermo en el cual ha fracasado el método de reposo, de los beneficios del neumo, y tampoco es justo cuando este fracasa por impracticabilidad o por ineficacia privarle de los beneficios de una toracoplastia o de otro procedimiento operatorio, y mucho menos justo y sobretodo desventajoso para el prestigio

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.

T R I D I O N E

(3.5.5-Trimetiloxazolidina-2.4-Diona)

Abbott

NUEVO ANTICONVULSIONANTE SINTETICO PARA
EL TRATAMIENTO DEL PEQUEÑO MAL
Y FORMAS AFINES DE EPILEPSIA

ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S. A.

Av. Coyoacán Nº 1622 México, D. F.

profesional el incurrir en contradiciones, que lo único que hacen es poner en duda ante el enfermo nuestra competencia científica.

Tampoco se trata de restar libertad de opinar a ningún médico, pero creo yo que es mucho mas científico, el discutir dentro de una indicación", como p. e. el neumo, o la plastia, las indicaciones particulares ante un caso concreto, con lo cual en enfermo sabe y sabe la verdad de que a su enfermedad le conviene el neumo, p. e. pero que unos aconsejan la iniciación inmediata, y otros opinan que para ello debe de esperarse algún tiempo para observarlo, pero siempre el criterio sería uniforme en la indicación general.

Claro es que para aquellos que como *Golberg*, creen en la superioridad de la plastia, y en tal sentido escriben, la falta de uniformidad sería en que unos aconsejasen el neumo y otros la plastia. Bien es verdad que esta falta de uniformidad sería menos grave, pero si admitimos el criterio de que "la indicación principal de la plastía sería la impracticabilidad del neumo", entonces el problema adquiere una gran simplicidad dentro naturalmente de la simplicidad relativa de todos los problemas biológicos.

TRES FRASES SOBRE EL CONCEPTO DE RAZA

"Y de la mezcla de todo salió lo que ves,
esta cosa heterogénea: un inglés".

Daniel Defoe, en "The True-Born Englishman".

"Todo grupo civilizado que conocemos ha sido híbrido, hecho que destruye clamorosamente la teoría de que los pueblos híbridos son inferioress a los de pura cepa".

Ralph Linton, en "The Study of Man".

"El sociólogo que esté satisfecho con la sociedad humana tal y como se halla hoy constituída puede vituperar razonablemente el cruzamiento de razas. Pero... perderá el tiempo si espera ver la desaparición de las razas mixtas a causa de alguna incapacidad biológica.

W. E. Castle, en "Biological and Social Consequences of Race-Crossing".

III

Medicina Práctica

DOS CASOS CLINICOS:
CHANCRO DURO IMPLANTADO EN SURCO COJUNTIVAL SUPERIOR Y FILARIA LOA EN PARPADO

Dr. Joaquin Sanz Astolfi.

Hace ya varios años, en el 1936 tan funesto para los españoles, envié para su publicación en la "Revista de Medicina y Cirugía de Africa" un breve artículo en el cual se daban a conocer las dos observaciones de referencia. La sublevación de la mayor parte de los mandos militares, iniciada en el Protectorado de Marruecos, hizo que desconociera la suerte corrida por aquella publicación y lo sucedido con el original enviado, así como con las fotografías que lo ilustraban.

Siendo ambos hallazgos clínicos poco frecuentes y pensando que acaso puedan presentar algún interés, por su rareza, me he decidido a exponerlos de nuevo en las páginas de la "Revista Médica del Ateneo Ramón y Cajal", lamentando no poderlo acompañar de las fotografías demostrativas que se unían a la descripción.

Los pacientes procedían de la consulta de oftatalmología del Hospital Español en Tánger, ciudad en la cual me hallaba en aquella época como director del Laboratorio Español. El estudio fué hecho en colaboración con el Dr. *Perez González*, quien tenía a su cargo la citada consulta.

Primer caso.—Se trataba de un joven musulman quien sufrió un accidente del trabajo, ocurrido cuatro o seis semanas antes de ser visto por nosotros. Según nos refirió, al hallarse limpiando una barra dorada colocada en el techo de una de las habitaciones del hotel en que prestaba sus servicios como camarero, le cayó dentro del ojo izquierdo una gota de "Sidol". Se dirigió inmediatamente al cuarto en que depositaba los enseres de limpieza y se lavó a chorro con el agua del grifo de un pequeño lavamanos que allí existía. Al día siguiente, como continuaba molestándole la luz y el lagrimeo, así como el dolor, y el ojo seguía enrojecido, acudió a la consulta médica de la compañía aseguradora de accidentes del trabajo a que pertenecía. Se le prescribieron instilaciones con solución de argirol. Aliviadas las molestias y desaparecido el enrojecimiento al cabo de unos días, suspendió el tratamiento creyéndose curado. Poco tiempo después comenzaron aquellas de nuevo, apareciendo y aumentando progresivamente la congestión conjuntival, volviendo a presentarse en la consulta donde fuera por primera vez. Se insistió en las instilaciones de argirol, pero como en lugar de mejorarse fuera empeorando, se le remitió a la consulta de oftalmología, donde fué visto por nosotros.

Por inspección, se apreciaba ligera blefaroptosis en el ojo izquierdo, que casi cubría la mitad superior de la córnea.. Por debajo del borde palpebral aparecía una tumefacción de color rojo grisáceo, de aspecto carnoso, que desde el ángulo interno del ojo se dirigía hacia afuera y arriba. Por palpación a través del párpado se notaba una consistencia dura, como cartilaginosa, que se percibía en la parte nasal del fondo de saco conjuntival superior. La eversión del párpado solo podía conseguirse con dificultad y limitada a la parte externa del mismo; manteniéndole sujeto con los dedos y haciendo que el paciente dirigiera la mirada hacia abajo y afuera, se lograba descubrir la lesión. Se trataba de una tumefacción que llenaba la parte interna del fondo de saco conjuntinval superior, desde donde se dirigía hacia la externa, ocupando la parte superior del bulbo en una zona que se exacompañada por una fuerte quémosis que bordeaba la córnea sin invadirla y que terminaba en el ángulo externo. Esta quémosis era mucho más intensa en la parte que rodeaba el borde superior de la córnea que en la situada alrededor del borde inferior de la misma.

La tumefacción en sí, presentaba en el centro, elevado en forma de cúspide, una pequeña ulceración con aspecto de cráter, de bordes definidos, engrosados, que al tocarlos con una pinza, previa cocainización, aparecían en extremo duros. Al tratar de recorrer con una fina varilla de vidrio el surco conjuntival superior, desde el ángulo externo hacia el interno del ojo, se percibía sensación de choque al legar al lugar en que se encontraba la lesión.

En vista de los datos proporcionados por la exploración, sospechamos que podía tratarse de

una lesión sifilítica primaria, a pesar de lo absurdo de la localización.

Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde que se produjo el traumatismo, creímos útil practicar reacciones de *Wassermann, Kahn*,, M. K. R. II, *Fahraeus* y fórmula leucocitaria, además de une examen microscópico del exudado y la serosidad obtenida por raspado de la lesión con el asa de platino, como medios de orientación diagnóstica.

Aunque en las extensiones hechas con las secreciones no se encontraron treponemas, las reacciones de *Wassermann, Kahn* y M. K. R. II fueron positivas fuertes. La velocidad de sedimentación eritrocitaria estaba aumentada y en la fórmula leucocitaria se obtuvo una mononucleosis de 11%, así como desviación nuclear acentuada de los neutrófilos con un 13% de formas en bastón.

Confirmada nuestra sospecha diagnóstica ,tratamos de encontrar el mecanismo de contagio buscando el posible contacto con prostitutas o personas enfermas. Con las primeras nos indicó llevar más de seis meses sin ninguna relación a causa de estar recien casado. La relación con su mujer tampoco parecía probable que fuera causa de la infección ya aquella era sumamente joven, pues es costumbre entre los marroquíes casarse con mujeres púberes. La única persona enferma, de quien podía provenir la infección, era un camarero que prestaba sus servicios en el mismo piso que el paciente y quien tenía la costumbre de hacerse las curaciones en el cuarto de los enseres de limpieza al que acudió en el momento del accidente segun ya nos había manifestado.

Siendo estos los únicos datos que conseguimos obtener en relación con un contacto extragenital, supusimos que debió infectarse con ocasión del lavado, sin duda por existir treponemas vivos en alguna secreción reciente que hubiera podido quedar adherida al grifo o a algun trapo o toalla con los que pretendiera secarse. La lesión producida por el líquido de limpieza al caer sobre el ojo, estando la cabeza inclinada hacia atras para poder fijar la mirada en el techo, explicaría la localización de la puerta de entrada. Las instilaciones de la solución de argirol mejoraron la conjuntivitis, pero no pudieron impedir la infección, en virtud del tiempo transcurrido hasta que el paciente acudió a la consulta, ya que los movimientos de traslación del treponema son bastante rápidos.

Instituido el tratamiento por neosalvarsan y bismuto, se obtuvo una rápida curación clínica, desapareciendo la lesión por completo, la que comenzó a reducirse de volumen a partir de la segunda inyección. No se pudieron hacer nuevas determinaciones analíticas después del tratamiento por que el paciente dejó de concurrir a la consulta antes de terminarlo, tal vez por considerar que ya se encontraba curado.

Segundo caso.—El sujeto era un hombre de mediana edad, francés, quien diez años antes, hallándose en el Congo, contrajo una filariosis. Con tal motivo regresó a Francia, siendo tratado de su enfermedad en París, de donde procedía.

Acudió a la consulta de oftalmología por presentar en el párpado superior derecho un pequeño abultamiento, casi filiforme, como de un par de centímetros de longitud, dotado de movimientos serpenteantes y que reproducía con bastante exactitud la forma del parásito. Se extrajo este con gran ciudado para evitar su rotura y se le examinó al microscópio, revelando tratarse de una filaria loa adulta. Se hicieron además algunas extensiones de sangre en las que se encontraron numerosos embriones de filaria. La fórmula leucocitaria dió una eosinofilia de 25%, desviación nuclear elevada y monocitosis de 24%.

En las microfotografías que se hicieron se podían ver algunos embriones que por su pequeño tamaño y por hallarse desprovistos de vaina parecían pertenecer a la filaria perstans, pero que indudablemente no eran sino los filaria loa sorprendidos en una fase de muda, ya que al lado de ellos se encontraban las vainas vacías. La eosinofilia existente es característica de esta variedad de filaria, la que, sin embargo, puede faltar o ser muy ligera en los casos debidos a la filaria nocturna (*Wuchereria Bancrofti*), hecho conocido ya hace tiempo y comentado en varias ocasiones por distintos parasitólogos. Esta circunstancia tuve ocasión de comprobarla personalmente y de ponerla de relieve con motivo de la publicación en la Revista de Medicina de los Paises Cálidos (Enero de 1936) de varios casos estudiados por mí en el norte de Marruecos, en los que además de no existir este signo tampoco había elefantiasis.

REFERATA TERAPEUTICA

En el *asma*, particularmente cuando va acompañada de disnea, sobre todo de disnea de esfuerzo, la *teofilina*, bien en supositorios (0,35 gr) bien en inyecciones intravenosas (0.25 gr.) produce excelentes resultados y no tiene los inconvenientes de las restantes drogas recocendadas; particularmente se recomienda como medicamento preventivo.

JACQUELINE, TURIAF, BOUREL.
Press Med.—831-1946.

En las perturbaciones motoras extrapiramidales (las más frecuentes son los *Parkinsonismos postencefalíticos*) la terapéutica, sin incluir los bromuros y los preparados de calcio —unos y otros, muy usados—, puede resumirse en el siguiente cuadro:

Simpaticomiméticos	Alcaloides	Espasmolíticos sintéticos	INDICACIONES
Efedrina	Estricnina		Estados hipoquinéticos
Benzedrina	Armina		
Pervitin			
	Nicotin		
	Hyoscinamina	Dolantin	
	Atroapina	Parpanit	
		Syntropan	
	Escopolamina		
	Curare		Estados hiperquinéticos
	Bulbokapnin		
	Aconitina		
	Veratrina		

DOMENJOZ.
Schw. Med. Wochens.—1282-1946.

En los *reumatismos crónicos, las sales orgánicas de cobre*, en inyecciones intravenosas —única vía indolora— prestan magníficos auxilios. Los autores han empleado una combinación, todavía no comercializada, conteniendo un 19% de cobre.

FORESTIER, CERTONCINY.
Press. Med. 884-1946.

La *estreptomicina* en inyección cisternal (25 mgr.) o en inyección intramuscular (3 mgr, por cada libra de peso del enfermo, cada tres horas) da buenos resultados en las *meningitis por influenza.*

HOYNE, BROWN, DRUCKER.
Archv. of Pediat.—63-559-1946.

El *iodo radioactivo*, en dosis de 5 a 25 millicuries, es altamente efectivo en el 80% de los pacientes con *hipertiroidismo.*

HERTZ, ROBERTS.
Western. Surg. Obts. Gynec.—54-467-1946.

En las *cefaleas post-raquianestésicas*, las inyecciones intravenosas (5 mlg) dos veces o tres al día, de *Vitamina* B1, dan casi siempre tan buenos resultados que el A. propone sean empleadas preventivamente, al menos, aquellos casos que deben someterse a tal anestesia y tengan historia de frecuentes o intensas cefaleas.

BAZZOCCHI.
Il Policlínico.—53-828-1946.

En los accesos de *taquicardia paroxística*, las inyecciones intravenosas, administradas muy rápidamente, de *acetilcolina* poseen un buen efecto yugulador. Debe comenzarse por 0,02 grm. y si no se observa resultado ha de inyectarse cada tres o cuatro minutos, aumentando sucesivamente la dosis. No es raro que se presenten reacciones generales, pero carecen de significación pues la droga es rapidísimamente destruída en el organismo.

SEGERS, LEQUINE, DENOLIN.
Acta Clínica Bélgica.—1-97-1946.

El método de *Charpy* en el tratamiento del *lupus vulgaris* logra buenos efectos en gran mayoría de casos. El A. recomienda administrar la Vitamina D. a dosis de 15 mlg. 3 veces en la primera semana y luego 2 veces en cada semana siguiente; el calcio lo administra haciendo ingerir a sus enfermos dos litros de leche diarios y dándoles veinte días de cada mes 0.5 gr. de gluconato cálcico. *Hermans.*
Nederl. Tijd. Genesuknde. 90-1291-1946.

En la *escarlatina*, el mejor tratamiento actual, aquel de mayor efecto preventivo en las complicaciones y más desintoxicante, consiste en la administración de *Penicilina*. Inyección intramuscular de 25,000 U. cada tres horas, prolongada hasta 5 días después de haberse normalizado la temperatura, lo cual suele conseguirse entre el primero y el segundo día de tratamiento. En los casos muy tóxicos, conviene asociar antitoxina.

Hirsh, Rotman-Kavka, Dowling, Sweet.
y, en otro trabajo,
Hoyne, Hayes Brown.
J.A.M.A.-133-657/661-1947.

TRANSCRIPCIONES TERAPEUTICAS

PERITONITIS OF APPENDICEAL ORIGIN TREATED WITH MASSIVE DOSES OF PENICILLIN.—*George Crile*, Surgery Gynecology and Obstetrices, Vol. 83, N° 2, Agosto 1946.

PERITONITIS DE ORIGEN APENDICULAR TRATADA MEDIANTE DOSIS MASIVAS DE PENICILINA.—Resultados obtenidos en 50 casos.

El propósito de este artículo es dar noticia de un grupo de cincuenta casos de peritonitis de origen apendicular tratados con altas dosis de penicilina durante un largo tiempo. En todos los casos se comprobó la existencia de peritonitis y asimismo en todos los casos se comprobó la desaparición expontánea, sin necesidad de drenaje, de las tumeraciones plásticas e inflamatorias. Las dosis de penicilina que se emplearon fueron: 100,000 unidades cada dos horas durante los dos a seis primeros días para disminuir la dosis durante los tres o cuatro días siguientes.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. — La Bibliografía sobre peritonitis apendicular tratada mediante dosis masiva de penicilina es muy limitada. *Craig* y otros dan cuentan de siete casos de peritonitis tratados por veinte mil unidades de penicilina cada dos horas. La mayoría de ellos obtuvo la curación. En el año de 1944 *Fauley* y otros determinan peritonitis experimental en los perros mediante la ligadura de la base pendicular. Esta peritonitis se pudo yugular mediante la administración de penicilina a dosis equivalentes a veintidós mil unidades cada hora para un hombre de 65 kilos. El tratamiento duró siete días. La mortalidad de los casos no tratados fué de 92.6 por ciento. La mortalidad de los casos tratados desde el momento de la intervención 0%. Los tratados después de 12 horas tuvieron una mortalidad de 21%.

Desde los trabajos de *Ory* y otros, se sabe de una manera indudable que, la penicilina suministrada por vía parenteral aparece en las cavidades serosas del cuerpo. La penicilina inyectada intramuscularmente produce en el liquido ascítico una concentración aproximada a la que tiene en la sangre. Por otra parte, *Lowe* y otros han establecido que el nivel que la penicilina alcanza en la sangre es directamente proporcional a la cuantía de las dosis suministradas por vía intramuscular o intravenosa. Cuando se inyecta cien mil unidades de penicilina por vía intramuscular, la concentración en sangre alcanza 1.7 unidades *Oxford* durante treinta minutos. La concentración disminuye a 0.8 de unidad a los sesenta minutos y a 0.3 de unidad pasados de los ciento veinte minutos.

Según *Crile*, una concentración de 0.02 de unidad de penicilina por centímetro cúbico es suficiente para actuar eficazmente sobre los organismos sensibles a la penicilina. Cuando se inyectan 100,000 unidades de penicilina cada dos horas, la concentración mínima de penicilina en la sangre existirá justamente hasta el momento que se ha de propinar la inyección siguiente. Por ello, se deben mantener dosis altas durante un largo tiempo en los casos que la peritonitis es secundaria a una perforación del colón o de la apéndice.

MATERIAL CLÍNICO ESTUDIADO.—Desde el primero de noviembre de 1944 al primero de noviembre de 1945 se estudiaron en el hospital naval de San Diego, U.S.A., 900 casos de apendicectomía. Aproximadamente, en el 60% de estos casos existía una auténtica apendicitis aguda. Solamente en un 5% de los casos se observó la aparición de peritonitis. El trabajo actual está basado en la revisión de estos casos de peritonitis de origen apendicular.

No se aceptó para este estudio ningún caso en el que no se obtuviese comprobación plena, por medio de la intervención, de que existiera una peritonitis purulenta o abceso apendicular. No se incluyeron los casos en los cuales el apéndice se rompió al extraerse, sin que existiera la evidencia de una peritonitis ya establecida. Tampoco se incluye en este trabajo un caso de peritonitis tratada médicamente, aunque se tenía la evidencia clínica de que existía una peritonitis. También se excluyeron de este grupo aquellos pacientes en los que no se observaba un plastrón peritonítico evidente y todos aquellos que al prac-

ticar la intervención apendicular no presentaron la evidencia de una gran perforación.

Veinticinco de los cincuenta pacientes fueron agrupados por padecer peritonitis generalizada, los otros veinticinco tenían peritonitis localizada. Todo el grupo de pacientes estaban graves y la peritonitis representaba la más seria complicación de la apendicitis.

Así pues, toda esta información se refiere a casos de peritonitis comprobada.

El término medio de la temperatura al admitir estos enfermos era de 102 G.F. Las máximas alcanzadas eran de 105 y las mínimas bajaban hasta 100. El término medio del número de pulsaciones al ser admitido era de 109 con fluctaciones que oscilaban entre 130 a 90. El término medio del recuento de glóbulos blancos fué de 17,000 leucocitos. La máxima alcanzada era una cifra de 30,000 y una mínima de 5,000. La enfermedad duró por término medio, antes de internarse tres, dos días. Veinticinco casos, como ya hemos dicho, tenían una peritonitis generalizada y los otros veinticinco localizada. En estos últimos se apreció un plastrón más o menos palpable cuando ingresaron. Veintitrés enfermos fueron sometidos a un tratamiento conservador después de una intervención exploradora y en veintidós se realizó una apendicectomía inmediata.

La incisión de *M. C. Burney*, se empleó en todos los casos, excepto en cuatro. El muñón apendicular no se invaginó excepto en cuatro casos. Para el cierre de la pared abdominal se empleó hilo muy fino o catgut.

Tratamiento de la Peritonitis

Empleo de la penicilina.—Tan pronto como se diagnosticó la existencia de la peritonitis, los enfermos recibieron una dosis de 100,000 unidades de penicilina cada dos horas, en solución con novocaína por vía intramuscular, o bien, gota a gota por vía intravenosa. Este tratamiento se continuó hasta que aparecieron los signos de mejoría de una manera evidente. La duración mayor de este tratamiento fué de diez días. El tiempo más corto de tratamiento fué de un día. La duración media del tratamiento fué de tres días y medio. Ténganse en cuenta que estos casos se trataron cuando la penicilina era cara y escasa. Por ello se hicieron los mayores esfuerzos para disminuir la dosis tan pronto como ello fué posible. Generalmente se empleaba la mitad de la dosis después del primer día de tratamiento. Más tarde, cuando ya resultó más económico el tratamiento penicilínico, se emplearon dosis altas en los tres o cuatro primeros días, para después continuar con 50,000 unidades cada dos horas o con 100,000 unidades cada cuatro horas, por lo menos durante los tres días siguientes. Cuando la dosis elevada de penicilina se interrumpía demasiado pronto, reaparecían los síntomas peritoniales y no tardaba en observarse nuevamente la reaparición de un plastrón abdominal localizado. En cuanto se reanudaba el tratamiento penicilínico, regresaba la induración peritoneal así como los síntomas de infección peritoneal.

En la primera etapa de esta experiencia se trató de realizar un tratamiento sistemático que se utilizaba en todos los casos y consistía en emplear 100,000 unidades cada dos horas durante el primer día para continuar con 50,000 unidades cada dos horas durante los días; 50,000 cada cuatro horas dos días y finalmente 25,000 unidades cada cuatro horas durante dos días. En algunos casos se observó una recrudescencia de los síntomas acompañada de elevación de temperatura cuando la dosis descendió a 25,000 unidades. Entonces modiifcamos nuestra pauta, administrando la dosis máxima hasta que los signos clínicos de peritonitis cedieran o hasta que al paciente se le hubiese administrado 100,000 unidades cada dos horas durante seis días. En general, con cuatro días fueron suficientes para yugular los casos corrientes. Cuando se observaba una mejoría satisfactoria la dosis se reducía a 100,000 cada cuatro horas. Sin embargo, 50,000 unidades cada dos horas mantienen mejor el nivel en el torrente circulatorio. Hay que tener en cuenta que a los cuatro o cinco días el paciente se queja de la molestia causada por estas inyecciones y trata de domstrar que su salud es perfecta, por lo cual su cooperación verdaderamente es muy difícil. Los autores insisten que, a pesar de lo que diga el enfermo, es imprudente disminuir la dosis de penicilina, antes de que los enfermos hayan llegado al sexto día de tratamiento.

De todos modos, la dosis de 100,000 unidades de penicilina cada dos horas es totalmente arbitraria, y desde luego, muchos enfermos responden bien a dosis más bajas y en cambio hay otros que necesitan una dosis mucho más alta. En muchos de estos enfermos, los síntomas más graves de peritonitis ceden de una manera dramática a la dosis alta de penicilina para volver a recaer en cuanto se disminuye la intensidad del tratamiento. Si nuevamente la dosis de penicilina se aumenta, vuelven a ceder rápidamente los signos de peritonitis.

Si se tiene en cuenta que los mejores resultados se obtienen cuando se emplean dosis altas de penicilina, que cuando se emplean las dosis ordinarias, lo prudente es tratar a estos enfermos con dosis elevadas, sobre todo ahora que la penicilina es barata. Los autores citan las experiencias por ellos realizadas con enfermos blenorrágicos, ob-

servando que una dosis insuficiente de penicilina exagera la resistencia del gonococo e incluso, aumenta su desarrollo.

Se puede asegurar que unas preparaciones comerciales de penicilina tienen más factor X que otras. Este factor X es de dos a ocho veces más efectivo que otros factores penicilínicos contra el estreptococo hemolítico. El gonococo y otros organismos son atacados por el factor G. Está comprobado, sin embargo, que este fármaco tiene una acción evidente contra el estacilococo. Es muy de tener en cuenta la acción de diferentes penicilinas comerciales sobre los microorganismos. Los autores citan una serie de experiencias en que no se encontraba ninguna mejoría en catorce pacientes y que mejoraron rápidamente al cambiar la marca de penicilina. Igual incidente ocurrió en otro servicio del mismo hospital en el que se encontraba un gran número de pacientes resistentes a la penicilina que cedieron rápidamente en cuanto se cambió la marca.

Posición del enfermo en el tratamiento de la peritonitis

No se aconsejó de una manera general la posición de *Fowler* a menos que la distensión de la pared abdominal y la disnea hicieran que el paciente se encontrase más a gusto en la susodicha posición. Se les obligó a permanecer en la cama hasta que se terminó la fiebre.

Dieta.—La dieta administrada fué líquida y a gusto del paciente. Los casos en que había vómitos y distensión abdominal se les suministraba solución glucosada o salina isotónica por vía intravenosa, hasta completar un total de 3,600 gramos de líquido diarios.

Succión Gástrica.—Cuando existieron vómitos o meteorismo gástrico, se empleó la succión gástica continua. La cantidad que se extrajo, se midió y se inyectó una cantidad equivalente por vía parenteral. Se permitió a los enfermos que tomasen a voluntad líquidos fluídos.

Empleo del Tubo de Miller Abbott.—Cuando la succión gástrica no consiguió descomprimir la región abdominal, o en los casos en que al regurgitación gástrica indicaba que se había establecido un íleo abdominal, se tomó una placa de la región. Cuando la radiografía nos demostró claramente que existía un cuadro evidente de obstrucción intestinal, se pasaba sin tardanza una sonda de *Miller Abbott.* En el momento en que la sonda franqueaba el píloro, se le permitía al enfermo tomar líquidos. Cuando la sonda pasaba más allá del íleo, se aconsejaba al enfermo una dieta suave.

No se consideró necesario ni aconsejable el empleo de fomentos calientes en la región abdominal. Ninguno de los pacientes de este grupo se encontró seriamente enfermo más de cuatro días y por ello no estuvo sin alimentación oral más de este tiempo. Por esta razón, el suero glucosado que se administró por vía parenteral, no fué complementado por aminoácidos. Durante este tiempo no descendieron las proteínas del plasma y no se observó edema hipoproteínico, por lo cual no se utilizaron las inyecciones de plasma. No fué necesario en ningún caso el empleo terapéutico de transfusiones, puesto que la hemoglobina en ningún caso bajo de sesenta por ciento. Durante el período febril se observó una ligera alteración leucocitaria, sin que el recuento de los mismos pasara de 10,000, cifra más baja que la que algunos presentaban a su ingreso (17,500). No se observó en ningún caso que los leucocitos descendiesen de 5,000. En casi todos los casos se observó una disminución de las granulaciones tóxicas encontradas en los primeros días. En un caso, ingresado después de practicar una apendicectomía con apéndice perforado, el paciente ingresó en la clínica con una leucopenia marcada de 5,000 leucocitos por m3. con una clara reacción leucemoide; mediante la acción de la penicilina el recuento ascendió aunque la reacción leucemoide persistió.

Curso de la peritonitis

El curso de estos peritoníticos, difiere notablemente del que se observaba, en pacientes afectos de peritonitis, antes del empleo de la penicilina. Al segundo día del tratamiento, los pacientes no parecía que estaban ya enfermos. Tal era su estado general. Pasadas las veinticuatro horas de tratamiento, en ningún caso se observó una propagación de la peritonitis. El dolor abdominal y la rigidez desaparecieron al segundo día de tratamiento en todos los casos. Tanto la distensión como los íleos llevaron un curso muy benigno, gracias al tratamiento que hemos mencionado. Se procuró por todos medios, que los enfermos estuviesen animados y despreocupados, cuidando su aspecto psíquico en todo momento.

Marcha de la temperatura

Ni la temperatura ni el pulso ascendieron, pasando el segundo día del tratamiento. En el cincuenta por ciento de los casos, la temperatura era normal desde el quinto día del tratamiento. El término medio de duración de temperatura, fué de ocho días en estos enfermos.

Estudio del pulso

Como es sabido, uno de los signos característicos de la peritonitis no tratada, es el aumento

del número de pulsaciones en relación con el ascenso de la temperatura. En estos casos, desde el tercer día se observó un descenso de las pulsaciones por debajo de cien, excepto en cuatro casos en los cuales duró la taquicardia algo más de una semana.

Estudio del íleo intestinal

Como es sabido, la mayoría de los pacientes peritoníticos presentan una típica obstrucción intestinal acompañada de vómitos y distensión abdominal. En estos casos, la succión gástrica extrae una gran cantidad de materia de color café oscuro o verde. La mayoría de los casos estudiados, todo lo más tuvo signos de obstrucción durante uno o dos días. Probablemente esta inhibición del íleo, es debida al poder bactericida de la penicilina. Los pacientes tratados con penicilina no presentan signos de celulitis y a ello se debe, probablemente, la rápida disminución de la rigidez de la pared abdominal. Por otra parte, la leve intensidad de la obstrucción y la mínima pérdida del líquido y de cloruros hace que estos enfermos recuperen pronto la cantidad normal de líquido de la economía. La alteración de los cloruros fué muy poca intensa.

Así como el íleo paralítico es raro cuando el tratamiento es eficiente, en cambio, es muy frecuente la obstrucción mecánica del intestino delgado, secundaria al plastrón peritoneal que se observaba en muchos casos. Es probable que el íleo se debiera a la obstrucción mecánica de una masa inflamatoria, más que a la acción paralizante secundaria de la peritonitis. De todos modos, el paso de la sonda de *Miller Abbott* resolvió el problema en todos los casos, sin necesidad de recurir a una intervención.

Estudio de las regiones plásticas peritoneales

Durante el período de irritación peritoneal la rigidez abdominal impide determinar si existe o no una reacción plástica inflamatoria. En esta serie de enfermos, sólo en ocho se observó un plastrón abdominal bien definido a su ingreso en la clínica. En el cincuenta por ciento de los pacientes se observó la aparición de un plastrón intrabdominal durante el tratamiento. En quince de ellos, era posible la palpación por el recto de la tumoración reaccional. Según *Ochsnes* y *Johnston*, en los casos de peritonitis apendicular tres cuartas partes ceden expontáneamente sin que se forme acceso. Según estos autores, solamente el venticinco por ciento necesitan dilatación y drenaje para su tratamiento.

Con el tratamiento de cien mil unidades de penicilina cada dos horas, a los cuatro días cedieron los signos de reacción plástica peritonial en quince casos. En algunos casos los signos reaccionales se hicieron más intensos al descender la intensidad del tratamiento. Al reanudar el tratamiento penicilínico, el plastrón desaparecía rápidamente. Aun en los casos en que se observó fluctuación en mitad del abceso, no fué necesaria la incisión ni el drenaje.

En uno de los casos se establecieron fístulas por las que salía pus en pequeña cantidad a través de la boca, sin que pudiera precisarse si el abceso era superficial o profundo. En ningún caso fué necesario, como hemos dicho, la intervención quirúrgica para yugular el abceso.

Infección de la herida operatoria

La administración preventiva de penicilina redujo claramente el número de infecciones de la herida operatoria, sin que fuera posible prevenir en absoluto esta complicación. En el 36 por ciento de los casos, se observó una ligera infección de la incisión operatoria sin que llegase a producir una infección violenta. No se observó reacción local ni general, sino únicamente la presencia de abcesos al parecer fríos y fluctantes que terminaron por abrirse espontáneamente. No se observó celulitis en ningún caso, y únicamente se observó la aparición de una ligera reacción febril, acompañada de induración de los tejidos que rodean a la infección. Una vez que el pus fué eliminado, las heridas cerraron sin la menor dificultad.

Efectos secundarios de la penicilina

Aproximadamente 100 pacientes tratados con 100 mil unidades cada 2 horas y por varios días, no han tenido complicaciones serias. La urticaria es el efecto secundario más corriente. Esta complicación es rara, no parece que sea más frecuente con grandes dosis que con pequeñas. A veces hay fiebre, que se caracteriza por no corresponder el pulso con lo elevado de la temperatura o con el aumento de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Resumen del curso clínico

El curso clínico de la peritonitis, de origen apendicular, tratada por altas dosis de penicilina durante un largo tiemppo, se puede resumir como sigue:

1° y 2° días: El estado general del paciente no cambia. Parece que la peritonitis no se propaga.

3° día: Mejora el estado del paciente; El pulso y la temperatura bajan y el paciente se

encuentra mejor; el íleo disminuye, el abdomen va perdiendo rigidez e induración.

4º día: Cuando el paciente no mejora de una manera definitiva, suele ser debido, a que persiste el mecanismo de obstrucción intestinal. En estos casos se practicó radiografía del abdomen.

5º y 6º días: Cuando no puede comprobarse la obstrucción, el paciente mejora francamente. Se le permitirá una dieta suave y se le observa alegre y cómodo.

7º día: A veces la induración intra-abdominal persiste, pero hay un poco de fiebre aunque sin síntomas.

8º día a 12º Si la penicilina ha sido discontinua los signos de infección se recrudecen y los síntomas abdominales reaparecerán.

La fiebre aumentará en pocos grados. En el caso contrario irá acompañado de dolor progresivo, induración, y meteoriano, y se le administrará un segundo tratamiento de penicilina.

A pesar de todo, en ciertas ocasiones, se contraerá cierta resistencia. Si esto ocurre, no habrá razón para descorazonarse, sino que por el contrario, debe continuarse, sino que por el contrario, debe continuarse el tratamiento por 8 ó 10 días más.

Resultado del tratamiento de la peritonitis penicilínica

En todos estos cincuenta casos de ensayo terapéutico en peritonitis de origen apendicular, la peritonitis cedió a la administración adecuada de Penicilina. Ningún absceso intra-abdominal drenó espontáneamente por el intestino, ni se requirió drenaje quirúrgico. Todas las induraciones intra-abdominales se reabsorbieron. Sin embargo, varios de ellos necesitaron 2 ó 3 series de tratamiento. No murió ninguno por Peritonitis. La única muerte que hubo, fué debida a una trombosis de las venas mesentéricas, lesión secundaria a la peritonitis, que, a la muerte del enfermo, estaba dominada.

Evaluación del estudio

Hay una gran evidencia de que la peritonitis de origen apendicular, tanto en el hombre como en los perros, se yugula mediante altas dosis de penicilina dadas durante un tiempo más o menos largo. También es evidente que, el nivel de penicilina en las sangres es directamente proporcional a la cantidad suministrada del medicamento, por vía intra muscular. El fármaco aparece en el líquido ascítico en la misma concentración que en la sangre. Aunque las concentraciones han llegado a 20 unidades por c.c. de sangre, no se inhibe el crecimiento del bacilo *Escherichia Coli*. Este bacilo coli y algunos otros organismos, resistentes a la penicilina, suelen encontrarse casi siempre en los cultivos tomados a pacientes con peritonitis de origen apendicular.

¿Cómo se puede explicar que la peritonitis debida a la infección combinada haya sido controlada, aunque la concentración de penicilina sea menor de 1 a 10 del nivel mínimo requeridos para inhibir el crecimiento del bacilo *Coli* que es el que predomina en la infección? ¿Y cómo es que, en la mayoría de las infecciones, el resultado quimioterápico es pronto y dramático manifestándose la mayoría de las veces a las 24 horas de iniciado el tratamiento, y en el caso de la peritonitis, los resultados comenzaron a aparecer tan lentamente? Finalmente, ¿por qué se necesitan 4 ó 5 veces las dosis usuales efectivas de penicilina para obtener un resultado satisfactorio? Estas preguntas pueden ser contestadas por las conclusiones a que llegó *Altemeier*. El ha demostrado que los cultivos de *Eschericha Coli*, o de bacilos piógenos, tienen la propiedad de destruir la actividad de la Penicilina. Si una cantidad conocida de penicilina es incubada con un cultivo de *Eschericha coli*, el 98% de la penicilina es destruída en 12 horas. Este gran poder inhibidor del *Eschericha coli* de la actividad de la penicilina, demuestra perfectamente por qué son necesarias grandes dosis para dominar los cocos *Gram* positivos, pese que ellos se están desarrollando en una infección mixta y que se encuentran, por lo tanto, asociados. También es explicable el porqué de las grandes dosis y prolongadas para dominar las infecciones de Coli y cocos *Gram* positivos. Administrando la penicilina por largo tiempo puede suministrarse más fármaco que el que el coli alcanza a destruir, de este modo se alcanza una concentración activa suficiente para inhibir el crecimiento de los cocos virulentos.

Sin embargo, no se puede ver cómo es posible que largas y altas dosis de penicilina inhiban los cocos *Gram* positivos. No hay explicación de porqué la Penicilina, en concentraciones insuficientes para inhibir el coli, eventualmente ataca las infecciones en la cual predominan estos organismos. Es posible que el *Eschericha Coli* en un cultivo puro, no sea un organismo patógeno, siendo en realidad un mero saprofito. Si éste fuera el caso, no necesitábamos realmente el ataque quimioterápico; el mecanismo normal de las defensas del cuerpo los destruiría fácilmente,

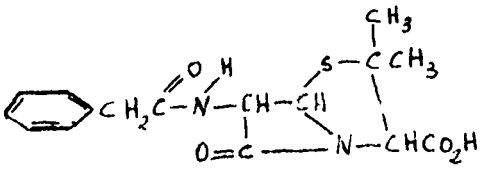
una vez que los cocos *Gram* positivo fueran inhibidos. La ausencia de celulitis alrededor de la herida infectada, en pacientes que han recibido dosis altas de penicilina, la ausencia de dolor a la palpación, la disolución del plastrón la ausencia de friabilidad de los tejidos, la ausencia de parálisis de íleo en la fase de peritonitis difusa cuando las dosis adecuadas de penicilina han sido suministradas por unos pocos días, todos estos hallazgos y la frecuente, observación de que la temperatura baje a lo normal y que el paciente se sienta bien a pesar de la presencia del plastrón intra abdominal, todo esto, repetimos, pone en claro que no es el *eschericha coli*, pero si los cocos *Gram* positivos los culpables de la peritonitis. Si se dominan los cocos, la peritonitis también se domina y el maravilloso mecanismo de absorción del peritoneo se encargará de eliminar los saprofitos y los *eschericha coli* aun patógenos.

Transcribió: Dr. Armando Alvarez.

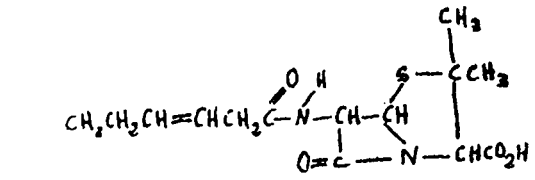
ESTRUCTURA QUIMICA DE LOS ANTIBIOTICOS

Creemos a nuestros lectores ya enterados de que *Vigneaud* ha logrado producir penicilina sintética.

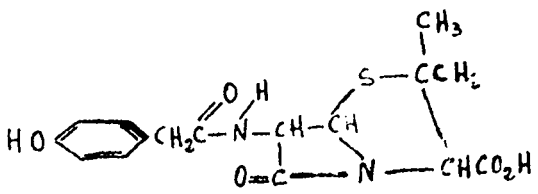
Con tal hecho culmina el trabajo de muchísimos otros investigadores. Todos los que han ido jalonando el camino hasta el conocimiento pleno de la estructura de las distintas clases de penicilina. Por lo que se refiere a las cuatro más conocidas, damos a continuación las correspondientes fórmulas:



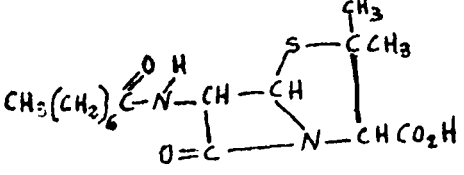
Benzylpenicillina
(Penicillina G.-Penilinina II)



Δ^2-pentenylpenicillina
(Penicillina F.-Penicillina I)

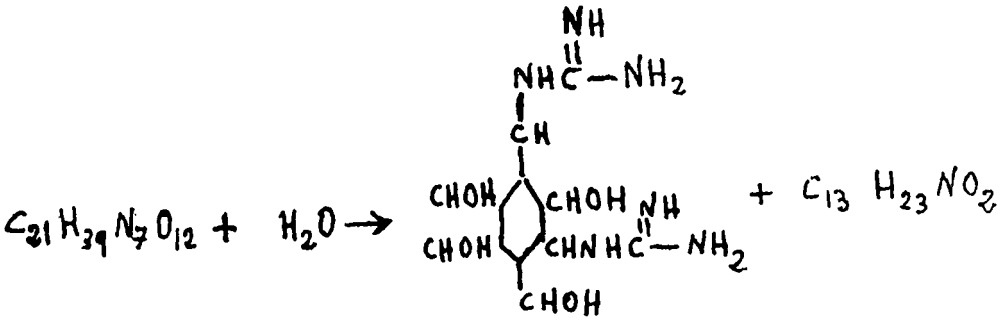


Parahidroxybenzylpenicillina
(Penicillina X.-Penicillina III)

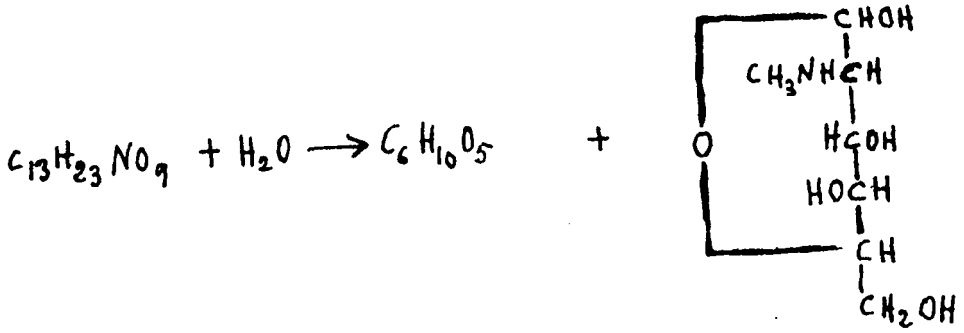


n-heptilpenicillina
(Penicillina K.-Penicillina IV)

En cuanto a la estreptomicina, es de suponer que no ha de tardarse mucho en conseguir idéntico resultado. Más, por ahora, sólo se conocen fórmulas empíricas y las estructuras de ciertos productos de su desintegración, los cuales, probablemente, son también eslaboness en el logro de tal antibiótico, paredes maestras en el edificio total. Y, por ello, juzgamos de interés reproducirlas a continuación:



Estreptomicina → Estreptidina + Estreptobiosamina



Estreptobiosamina ? + N-metil-l-glucosamina

IV

Comentarios

POLITICA Y CIENCIA

El Journal American Medical Association (J.A.M.A.) fechado el 1° de febrero próximo pasado, en su página 343, publica una carta informativa de España (Madrid, 10 de diciembre de 1946) procedente del coresponsal oficial de dicha Revista Médica americana.

Las manifestaciones hechas bajo el título "Escuelas Médicas y otros Departamentos Científicos y Hospitales", causan tal tristeza que sería falso y cobarde dejarlas pasar en silencio. Quizás mereciesen una traducción completa, más nos limitaremos a transcribir sus primeros párrafos, los que dan el tono general, entre melancólico y cautamente tranquilizador. Algo así, como el habla de un viejo prestigitador que, carente ya de habilidad, imposibilitado de ocultar sus maniobras, sigue realizándolas "a la vista del público" con un supuesto propósito de ilustración y el verdadero deseo de seguir viviendo con ese truco nuevo.

"Las escuelas médicas, actualmente —comienza el corresponsal— funcionan con normalidad, si bien no han alcanzado el alto nivel científico que poseían en los años precedentes a la guerra civil, lo cual débese a la falta de educadores suficientemente entrenados y experimentados. Las vacantes causadas por la muerte, el exilio o la descalificación política, continúan proveyéndose por el viejo y ajado sistema de oposiciones ahora empeorado, tanto por la circunstancia de que las tendencias ideológicas de los candidatos se hacen pesar en el juicio, como por la inadecuada constitución de los Tribunales examinadores, cuyos miembros, frecuentemente, carecen de la suficiente especialización en las materias que han de juzgar".

Es difícil confesar más paladinamente que en "los años precedentes a la guerra civil" —esos años de los que se ha dicho después que la "dominación y el teror rojo" eran tan salvajes que hubo de engendrarse la sublevación fascista para "salvar la patria"— nadie había caído en tales errores, en tales persecuciones, pues de haberlo hecho ni se hubiera alcanzado aquel "elevado rango" cuya falta hay que reconocer ahora, ni se daría como "novedad" la circunstancia actual de que son las tendencias ideológicas las que deciden —de otra manera no se harían intervenir— tanto para los nombramientos de Tribunales como para resolver sobre el candidatos triunfante.

Aquí terminaríamos el comentario si nuestro exilio estuviese determinado por el humano y justo afán de protección personal. Más como no es así, como nuestra salida de España fué consecuencia de una postura conceptual muy clara, nos encontramos en el deber de afirmarla y señalar —con la tristeza de un vencedor que no provocó la contienda venida a demostrar su fuerza y razón— las consecuencias funestas de no haberse seguido el camino llevado por nosotros.

Hasta 1934 ó 1935 —no recordamos bien— no existió en España ni una sola organización que agrupase a los médicos de tendencias y prácticas democráticas, como tales médicos, en consecuencia de su profesión. Claro está, había quienes estaban afiliados a éstos, o a los otros partidos, pues ser médico o catedrático no supone renunciar en cuanto hombres a la defensa y propagación de unos ideales políticos. Pero jamás se había llevado —por nosotros— la política, sus luchas, al ejercicio de la profesión, a la enseñanza, a la investigación. A nadie le preguntábamos qué pensaba sobre este o el otro régimen; la valoración de su calidad profesional estaba dictada por ésta misma, independientemente de sus restantes actividades. Y ello, por estar convencidos de que sólo un régimen de libertad es fructífero para la ciencia y permite ejercer una profesión con arreglo a lo que está en puridad exige: ajustarse al saber de cada uno y a las necesidades de quien ha de servirse del profesional.

Exactamente este concepto nos llevó en los años citados a constituir la Asociación de los Médicos Liberales. Pues, una Sociedad bien opuesta, la de "San Cosme y San Damián", que desde años atrás agrupaba a los médicos confesionales, empezaba a difundir —en teoría y prácticas— la tesis contraria: lo esencial no era "cómo" se ejercía la profesión, la enseñanza y la investigación, lo esencial era el matiz político que se poseyese en el resto de las actividades vitales y lo que "debía lograrse" era que la investigación, la enseñanza y el ejercicio profesional sirviesen el matiz político-religioso al que los asociados de San Cosme y San Damián estaban adscritos.

Aquello nos parecía monstruoso y la única finalidad de nuestra Asociación de Médicos Liberales —al margen de todos los partidos políticos, incluso combatida por varios de criterio izquierdista— fué demostrar y combatir esa monstruosidad. Momentáneamente, 1939 dió el triunfo al concepto que combatíamos, que nos negábamos a aceptar. Y por saber todo el mal que ello produciría

a nuestra Patria, por no ser cómplices de tal delito, nos exiliamos de nuestros hogares; sabíamos, que en ellos nos sería imposible continuar gritando y demostrando que toda dictadura es opuesta al progreso científico, al noble ejercicio de cualquier profesión, al desarrollo normal de la cultura. No en balde el ridículo dictador italiano vociferaba "Interesan menos las ideas y los conceptos que las pasiones".

Las pasiones han dirigido y dirigen la Medicina Española, su enseñanza. De ahí los resultados que, imposibilitado de enmascararlos, reconoce el "corresponsal regular" del J.A.M.A. ¿Dónde fueron aquellas manifestaciones orgullosa e impúdicamente necias hechas, en los primeros años, por uno de los dirigentes de la "Sociedad de San Cosme y San Damián"?

Para nosotros —en el exilio por España, por la cultura— ha sido bien triste la información, pero consuela leer los malabarismos con que su autor, "a la vista del público", quiere esconder el fracaso de una labor de captación entre los intelectuales emigrados; sólo en quienes no encontraron valor para ser fieles a conceptos e ideales que habían defendido, que eran su propia razón de ser en la vida científica de su país, sólo en ellos —y aun no en todos— han encontrado oídos y, al parecer, sólo a ellos confían un remedio. No llegará, cual no llegó cuando, al iniciar la rectificación, hubieron de volver a llamar a muchos de los que cita el articulista y que bien sabido es pasaron persecuciones, destierros, toda la gama de eso tan burdamente escondido con las palabras "depuración", "descalificación política", etc., etc. Son ya años los que llevan trabajando catedráticos, profesionales, etc., en principio repudiados por el fascismo español y nada han mejorado, en lo fundamental, las cosas. Pues el problema no es de personas —sería tanto como decir que solamente los exilados teníamos preparación científica, cosa no admitida ni jamas dicha por nosotros—; el problema es de métodos, de conceptos, sobre cual clima es vital para la ciencia, para el ejercicio profesional. "Depurar" una una profesión, "depurar" la enseñanza, es eliminar los incapaces profesionalmente, impedir que enseñen los que ni siquiera han aprendido. Pero cuando es el principio político la piedra de toque de la supuesta depuración ¡ah!, entonces, no se depura sino que se impurifica y desvía la propia y única raíz de la ciencia, de la técnica: el saber humano.

Y bien, este ejemplo español, que nosotros no hemos puesto a la luz del día, ¿servirá para algo a los demás? O ¿habremos de pasar años y años etiquetando políticamente a las gentes para valorarles en su capacidad y aptitud profesional, para permitirles que pongan estas al servicio de todos y no al de una determinada fracción?

V

Conceptos, Estado y Problemas de la Organización Médica Mundial

CARTA ABIERTA

Al Dr. *Domingo Couch Vázquez.*

Puebla, Hgo.

Muy Sr. mío y compañero:

He leído —y releído más de una vez— el artículo publicado por Ud. en "Revista Médica" (órgano del "Sindicato de Médicos y Profesionistas Conexos del Estado de Puebla") bajo el título "El Seguro Social obligatorio". Despues de pensar y repensar si sería o no oportuno contestarle, heme aquí emprendiendo tal tarea... sin haber resuelto la duda en cuestión; puede que hasta creyendo en lo inoportuno de mi decisión.

La dedicatoria de su trabajo tiene la culpa. Pues desde el punto y hora en que Ud. remite sus líneas a la "Sociedad Médica Yucateca" habrá de admitir que uno de sus objetivos, al menos implícito, es la controversia, el diálogo. Claro está, las dos cosas pueden surgir —y surgen— con la sola publicación. Pero tienen un camino más fácil cuando se dedican expresamente; sobre todo, si la dedicación se hace a un grupo de gentes, pues raro ha de ser que todas ellas comulguen en idénticos criterios y posturas. Cierto, ni soy yucateco ni tengo el honor de pertenecer a dicha Sociedad, pero ¿por que voy a suponer que Ud. desea le conteste exactamente un médico yucateco? Y, sobre todo, ¿cómo voy a olvidar la precisa y corecta afirmación que finaliza su artículo? A saber: "Los Médicos deben intervenir en la resolución de todos los problemas de previsión social, conexos con la Medicina... "(Por cierto, ¡lástima grande que su pluma no se detuviese ahí! Lo veremos más tarde).

Acometo la tarea y debo advertirle antes que mi pertenezco ni pertenecí, ni —probablemente— perteneceré a ningun servicio de cualquier Seguro Social. Nada gano escribiendo como escribo e incluso le podría demostrar que sé bastante bien cuanto pierdo. Justamente por pensar que a Ud. le ocurre igual, es decir, que ha escrito sin ánimo vindicador o interesado, justamente por eso, redacto las siguientes líneas. Creo saber que, en filas contrarias, tenemos un pensamiento común: el progreso médico en sus finalidades y en el propio vivir de quienes han de realizarle; nuestros compañeros, nosotros mismos. ¿No es así?

Sentado lo anterior, nada formulario, permítame comenzar.

* * *

Quisiera pasar por alto todo el primer capítulo de su trabajo; no por estar conforme en su interpretación de los "Motivos que tuvo el Estado para legislar sobre previsión social" y sí por que al exponer la mía iríamos muy lejos. Pero resulta imposible silenciar este párrafos suyos:

"...el Seguro Social es producto de una situación de emergencia, de un estado de desequilibrio social y económico que siguió a una guerra cruel. ... El Seguro Social nació en un estado totalitario, vivió en un ambiente de emergencia y de desequilibrio social y económico; va a ser muy difícil adaptarlo plena y eficazmente en Estados democráticos y hacerlos vivir en ambientes equilibrados socialmente, cuya economía es capaz de satisfacer sus propias necesidades. En los países en que el Estado auspicia la iniciativa privada y descentraliza efectivamente la Industria, el Comercio y todas las Empresas en general, en aquellos paises en los que se respira libertad ciudadana y se respeta el derecho del hombre como entidad moral, como en los Estados Unidos del Norte América, no podrá instituirse el Seguro Social".

Son tan rotundas sus líneas. Dr. *Couch*, que resulta muy penoso afirmar su falsedad. Pero, ¡ni modo de callar! pues no son ciertas ni en la letra ni en el espíritu. Veamoslo:

1°—Ud. mismo Dr. *Couch*, profundiza las raíces del actual Seguro Sociai hasta la Edad Media, y, un poquito más cerca, hasta 1878-1889, momentos en que resulta difícil hablar de estados totalitarios pues, con todo el poder que se le quiera conceder a *Bismarck*, no hay manera de sostener que, por entonces, Alemania no auspiciaba la iniciativa privada y no tenía descentralizadas la Industria y demás zarandajas que Ud. liga al derecho del hombre como entidad moral.

2°—Suecia, Inglaterra, ¿son Estados democráticos? Supongo que para Ud. sí. Pues bien, los dos acaban de nacionalizar su Medicina y el argumento originario principal es que debe llevarse a toda la población los beneficios y éxito del Se-

guro Social, que, en ambas naciones, existe hace varias décadas. Es decir, el Seguro Social se adoptó plena y eficazmente en tales ambientes, cosa que a Ud. se le antoja —ahora, veintitantos años despues— muy difícil.

3º—¿Conque no podrá instituirse el Seguro Social en los E. U. norteamericanos? ¡Pero, Dr. *Couch*, ¿será posible que Ud. —hombre batiéndose por la resolución de los problemas sociales en conexión con la Medicina— no haya leído al Dr. *Fishbein*, el máximo dirigente de la A. M. A.? "No podrá instituirse", ¿eh? ¡Si se lo hiciese Ud. bueno a nuestros colegas del Norte...!

Allá en los E. U. —donde "se respira libertad ciudadana y se respeta el derecho del hombre", etc., etc.— *ya no se discute sobre si debe implantarse el Seguro Social; lo único que se discute es la forma y extensión que debe alcanzar.* Tres son las tesis en pugna:

—la de los senadores *Wagner* y *Murray*, expresión de los deseos gubernamentales, según la cual el seguro de enfermedad dependerá del Gobierno Federal y que, a mi juicio, conduciría pronto bastante más allá: a la nacionalización de la Medicina;

—la defendida por la estructura sindical médica citada—la American Medical Association— partidaria de un seguro administrado y dirigido por sociedades particulares; y

—la del partido republicano, mejor dicho, de su ala más conservadora, quién merced a proyectos firmados por los senadores *Taft*, *Smith* y *Ball* encomienda el Seguro de Enfermedad al Estado, pero limitándolo a quienes no puedan pagar las prestaciones médicas, cosa que no es tan sencillo de concretar, ¿verdad?

Lo malo —malo para quienes dicen que en los E. U. no "podrá instituirse el Seguro Social"— no es la existencia de esas tres tesis, lo malo es que de año en año aumenta el número de

—Empresas que, por su cuenta, organizan el seguro social entre sus obreros y empleados (*), y el

—de Sociedades más o menos "particulares" que, tambien por su cuenta, cargan con los ingresos y gastos de las tareas del Seguro Social (incluso las preventivas que se le olvidaron a Ud. Dr. *Couch*, en su definición de la primera página).

¿Que, mientras no intervenga el Estado, "lo que se organice" no es el Seguro Social". ¿No le creo a Ud. tan ingénuo como para tal respuesta. Por dos razones:

La primera —de hábil política—, para evitar que se identifique al Estado con el Seguro Social, identificación que no he de cometer la ofensa de explicarle a donde lleva, antes o después, (a mi juicio, "antes" de lo que suele pensarse por muchísimos de los que, en cualquier parte del mundo, están defendiendo la nacionalización de la Medicina). Y la segunda razón —de persona a quien la memoria le sirve para algo— porque los Seguros Sociales de carácter, organización y administración particular:

a) tienen los mismos "defectos" que se achacan al Seguro Social Obligatorio:
   —falta de voluntariedad en las relaciones entre médico y enfermo,
   —burocratización,
   —"asfixia" de la iniciativa médica y de la independencia profesional, etc., etc. y
b) no pueden compararse tales organizaciones con el Estado en cuanto al soporte financiero, lo cual conduce, por un lado, a que los "defectos" enumerados se agudicen —yo diría: sean reales— y, por otro, a que o se conviertan en negocio —¡muy bonito, no!— o terminen en bancarrota.

No, no hay que meter la cabeza debajo de las alas ni sirve cerrar los ojos. En los Estados Unidos de Norteamérica, tan se podrá instituir el Seguro Social... que ya se está instituyendo... *quiéranlo o no nuestros colegas norteamericanos;* (por algo ellos han rectificado sus tesis y argumentos, absolutamente contrarios, de quince, diez, cinco y hasta tres años atrás.

No son ciertas sus afirmaciones tan rotundas, Dr. *Couch*, y no lo son ni para Ud. mismo ya que, finalmente, su artículo vira en redondo escribiendo: "... el Seguro Social en México (¡y en cualquier lado!) es sólo un capítulo del amplio problema de previsión social, cuya resolución atinada y patriótica, desde hace tiempo estamos necesitando".

Al citar —incompleto, ahora —ese párrafo entro ya en los verdaderos objetivos de mi contestación.

El primero pretende aclarar mis dudas. Está muy claro que el Seguro Social Mexicano, en su actual organización y sistema es repudiado por Ud. Empero, ¡no he conseguido saber si Ud. es o no partidario de que "un" Seguro Social exista! Unas veces, me parece que sí, pues tal cosa hay que deducir de sus líneas ya citadas ("capítulo del problema de previsión social, cuya resolución... estamos necesitando") y otras veces, tengo que pensar que no, que Ud. no admite nin-

(*) Véase el ejemplo de la "Empresa Kayser", ya descrito en estas columnas.

gún seguro social. De admitirle no hubiera Ud. escrito: "La política social del Estado debe llegar hasta el obrero; del campo o de la ciudad, hasta el campesino; debe sacudir las ramazones y remover las raíces de tanta desventura de un pueblo enfermo y económicamente débil; y *para eso sale sobrando el Seguro Social*, que se ha impuesta "vis a tergo" a la realidad mexicana (ad chalecum, que diría el gañán)".

Es probable que no tengamos razón al dudar, pues no se nos alcanza cómo y de que suerte —salvo socializando o nacionalizando— puede un Estado realizar un programa de previsión social sin seguro de enfermedad ni cómo, sin él, se puede corregir ese supuesto que Ud. hace —allá su responsabilidad, Dr. *Couch*— de que "hay un Hospital del Niño cuyas tarifas no están al alcance de los pobres". Si no fuera Ud. médico, quizás admitiríamos que para Ud. la solución de los problemas que plantea se encontraba en "el antiguo y cristiano concepto de Caridad... lo mismo que el de Beneficencia"; pero ningún profesional de la Medicina puede sostener que el cuidado de la salud sea una función caritativa o benéfica y, repetimos, lo más probable es que esté sobrando nuestra pregunta de si es Ud. o no partidario del Seguro Social. Pero las dudas están justificadas puesto que en unas páginas Ud. le deja sin ninguna virtud ni significación y en otros párrafos lamenta que su "implantación fuera inadecuada, inoportuna y parcial, pues sólo protege a la aristocracia del proletariado".

En fin, compañero *Couch*, Ud. nos lo dirá, y así conseguiremos el primer fin de esta "Carta abierta". Naturalmente, suponemos que si en su contestación se manifiesta "no partidario" de "un" Seguro de enfermedad, se considerará Ud. obligado a exponernos "la manera de resolver las contingencias de la enfermedad sin necesidad de que los médicos sean apóstoles o filántropos y los pacientes precisen vender ...lo que tengan para subvenir a los gastos de un alumbramiento o fractura", cual ha escrito *A. Q. Maisel*, quien, por cierto, vive en los Estados Unidos de Norteamérica, el país donde "no se podrá instituir el Seguro Social". Urge muchísimo que los detractores conceptuales del Seguro Social de Enfermedad salgan a la palestra exponiendo cómo se puede evitar que cada día aumenten las gentes para quienes "la Medicina, su ejercicio, como enfermedad social" cual no hace mucho me dijo *Rodolf Usigli*, calando tan certeramente mi sensibilidad profesional que no pude reprimir un escalofrío; me dolió tanto la verdad como la injusticia, los dos filos evidentes de aquella frase tan gráfica y expresiva cual una caricatura genial.

Pero admitamos que Ud. acepta "un" Seguro Social de Enfermedad. Admitámoslo a fin de que le pueda exponer el otro motivo —quizás el fundamental— de esta respuesta. Y fíjese bien, compañero *Couch*, que empleó la palabra "aceptar" sin adentrarme en averiguaciones de si la aceptación es a contrapelo o por coincidencia conceptual. No entro en ellas pues lo esencial es decirle:

—Dr. *Couch*, el Seguro Social *está* ahí. ¿Qué hacemos? Llenarle de improperios, atribuirle toda clase de calamidades profesionales, de ineficacias y dejarle que siga todos sus equivocados caminos? O bien, ¿intervenimos y, sabiendo, cual por lo visto sábemos, los peligros, los escollos hacemos todo lo posible para que no caiga en ellos, para que adquiera esa eficacia negada a priori? ¿Qué hacemos, Dr. *Couch?*

Según Ud., según sus palabras finales: intervenir con nuestra "calidad de hombres de ciencia, de profesionales preparados en una de las más altas disciplinas humanas". Según Ud. debemos intervenir —siguen siendo sus palabras— con nuestros *"atributos y jerarquía de hombres superiores"*.

El subrayado es mío y por él lamenté que no hubiese Ud. detenido su pluma a tiempo. De haberlo hecho es lo más probable que no estaría yo a estas horas intentando una conversación con Ud. Pues me parece que en ese concepto de "nuestra jerarquía de hombres superiores" está la explicación de su actitud... y de la mía. Por más vueltas que le doy no sé en que puede fundarse esa calidad; la verdad, lo que es yo, no me la encuentro. Y, en consecuencia, he de aceptar que "otros" pueden tener tanta razón como yo, que puedo estar equivocado en cuanto he pensado, y, por fin, que *debo demostrar* cuanto sostengo. Lo cual, en mi calidad de científico —todo lo modesta que Ud. quiera, no me hago ilusiones se lo aseguro— me lleva a saber que no puedo conformarme con "lo que veo" y he de buscar explicaciones, incluso contra mi propia tesis de partida.

Es por todo ello que yo no puedo decir, cual Ud. dice:

1º—"El Seguro Social, corta el espíritu investigador del médico".

¡Cómo diablos lo voy a decir si,

a) tengo delante aun, instituciones alemanas —anteriores al fascismo— suecas, inglesas, y las propias organizaciones de "Seguro Particular" de algunas Empresas norteamericanas, que destinadas exclusivamente a trabajos de investigación vivían y viven con fondos sólo provinentes del Seguro Social;

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.

SR. DOCTOR:

La Casa EUGENIO VILLAIN, SUCS., S. A. con el deseo de poner siempre a la disposición de los señores Dres. artículos de primerísima calidad, ha adquirido la representación exclusiva de las afamadas suturas de:

L U K E N S

Catgut, Seda, Cera para huesos, etc., que por sus cualidades han merecido siempre la confianza del H. Cuerpo Médico.

Eugenio Villain Sucs., S. A.
Motolinía, 13. Apartado 1166
MEXICO, 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.

b) no puedo olvidar lo que les ha ocurrido a los dirigentes de la British Medical Association que, en su campaña oposicionista, "a como haya lugar", a la nacionalización de la Medicina —el paso siguiente al Seguro Social, pues simplemente se trata de extender éste a toda la población— constantemente vinieron diciendo lo mismito que Ud., Dr. *Couch*, para encontrarse ahora, en el plebiscito organizado por ellos, que más de las dos terceras partes de los médicos trabajando en investigación científica han votado por la citada nacionalización.

Y, por favor, seamos serios, no me arguya Ud. que, se refería a las tareas de investigación capaces de llevarse a cabo por los médicos con ejercicio privado, en sus casas; no lo arguya, en primer lugar, por que todos estamos al cabo de la calle sobre la rareza de tales casos (bien a pesar de muchísimos profesionales) y, en segundo lugar, por que el ejercicio en las filas del Seguro no sé de qué suerte puede impedir esas tareas siempre realizadas el profesional fuera de las horas de su trabajo privado.

Tampoco puedo decir: "...el Seguro Social mutila (al médico) sus anhelos de mejoramiento científico". Escribir eso es ignorar a sabiendas que han sido las instituciones de Seguro Social las organizadoras sistemáticas de cursos de perfeccionamiento profesional, *en todas las partes del mundo*. Y, otra vez, ¡por favor! no caiga en la equivocación de afirmar que tales cursos son ineficaces por un defecto original: el de que "no interesan a los médicos" pues "con ellos" estos no salen ganando nada"; no lo diga, por que entonces va a resultar que la "función o calidad sacerdotal" citada por Ud. —¡y cómo no!— sólo se ejerce cuando hay un interés económico más o menos inmediato.

Es curioso: escribe Ud. que el Seguro Social "sólo utiliza al médico como "dependiente en una tienda", en un mostrador político en el que sirve a clientes seleccionados por la política general del Estado". Dejemos esta segundo parte (de momento, nada más) y permítame una pregunta: Dr. *Couch*, esa alusión al comercio ¿no le recuerda ninguna analogía con lo que hacemos en nuestras consultas privadas? ¿Verdad que a diario siente Ud. rubor al recibir el "precio" de sus servicios, de sus consejos? Veinte años llevo de ejercicio profesional y todavía no he podido acostumbrarme. "La tienda" es mía y eso es lo que me apura. Desde el primer momento tuve ansias —decir deseo, es poco decir— de que la "tienda" fuera de todos. Es posible que entonces perdiese esa "calidad y jerarquía de hombre superior" que hoy me busqué inútilmente redaños —y bolsillos— adentro.

Sí, lo sé; hasta me parece oírle a Ud.: "la superioridad está dada por la técnica". O bien: "la jerarquía es función de la finalidad, del programa del médico". Estoy oyendo esas frases y suavemente deniego. ¿Sabe Ud. por qué? Pues por aquella "libertad ciudadana" y aquel "respeto al derecho del hombre como entidad moral" que Ud. aludió. La técnica médica "nuestra técnica", de la que estamos cada día, con justicia, más y más orgullosos, aparte de haber encarecido nuestros servicios, no tiene porque colocarnos por encima de otros técnicos (al menos) y jamás puede trazar divisorias humanas, salvo en lo respectivo a su propia aplicación. (Por cierto, aun en ese punto ¡tan pequeño! convendrá Ud., Dr. *Couch* en que los enfermos, o los que pueden enfermar —todos los hombres, nada más— también tienen derecho a opinar sobre "como" debe organizarse su asistencia.) Y en cuanto al programa del médico, a "nuestro programa", la verdad es que no está claro. Sin aspavientos: no está claro. Al menos para la gente. Es más, posiblemente tenemos gran parte de culpa.

¿Como quiere Ud. que reaccionen los que lean, al igual que yo, en una Revista Médica (Febrero, 1947) que "El PROGRAMA (así, con mayúsculas, para que se vea más) del médico es *curar y hacer clientela*" (Otra vez, el subrayado es mío). Pues lo menos que dicen... me lo han dicho hoy; a saber:

—"¿Leíste "eso"? ¿Estás conforme?

—Ptss... (muchas, muchísimas eses; todas las necesarias para que resaltasen mis poquísimos deseos de conversar.)

—Lo pregunto, por qué ¡sinceramente! yo creí que "vuestro" programa era sobre todas las cosas "que no hubiese enfermos".

—¡Hum!... Sí, claro, desde luego. Pero ya que los hay, tenemos que curarlos.

—Bueno. Pero ¿qué tiene que ver eso con la clientela, con "hacer clientela"? Si ligáis una cosa con otra, resulta que "hacéis clientela cuanto más curéis y para curar muchos, pues, os conviene que haya enfermos".

Ni que decir tiene. Dejé lo que estaba haciendo y recurrí a demostrar que nuestra sola acción no puede acabar con las enfermedades. Notaba ya gestos de asentimiento en mi amigo, cuando este, que había continuado ojeando la Revista en cuestión, me interrumpió diciendo:

—Todo eso está claro. Pero "vuestra" posición no lo está. Mira lo que dice aquí un compañero tuyo —el Dr. *Ezequiel Teyssier*— pre-

cisamente criticando unas manifestaciones de *Bernard Shaw* muy parecidas, en esencial, a las que te dije al comenzar.

Y, "de pe a pa", me leyó el artículo de *Teyssier*. Este, acepta la existencia de unos "médicos que atienden las grandes clínicas o que explotan a los ricos armadores o industriales", si bien protesta de que *G. B. Shaw* emplee la misma medida para el otro tipo de médico inglés, "el que ejerce fuera de los centros poblados por ricos o empresas muy contadas, los cuales, formando el porcentaje mayor, *no pueden, porque no se lo permiten ni el medio, ni el nivel económico de sus pacientes, ni la cultura de estos, explorarlos alargándoles la enfermedad, pues lo que conseguiría sería proporcionarse más trabajos*".

Después de ese parrafito escrito por un médico, acuda Ud. a cuantos ejemplos recuerde de abnegación y sacrificio profesional ¡Siempre quedará la duda de cual de ambos extremos encarna la finalidad del médico.

Pero es más, Dr. *Couch*, ¿qué demontres pueden pensar quienes lean las siguientes líneas de Ud., sí, de Ud. mismo?

"...son muy pocos los (médicos) que entran por convicción a servir y colaborar en la política social del Estado".

"Pronto, los Médicos se dieron cuenta de su nueva situación y *tiraron por la barda* los *restos* (esta palabra se le escapó, compañero) de sus sueños de independencia profesional, de iniciativa privada y personal".

—¡Caramba, amigo (*) ¿y por qué?

Pregunta que inicia la parte final de esta contestación. Bastante más breve y concreta, en su expresión al menos, que las anteriores. De acuerdo con Ud. —aunque no me gusta mucho la metáfora— creo que nos encontramos "ante los cuernos de un dilema, en un momento crucial de nuestra vida de Médicos". Pero no el que Ud. dice ("o hacernos cómplices de una situación ambigua, farsantes de una comedia política o volver por los fueros y atributos del Médico de verdad e i irnos a nuestra casa") sino este otro: servir y colaborar en la tarea de estructurar racionalmente el ejercicio de nuestra profesión de suerte que sea accesible a todos, y todos podamos cumplir nuestras finalidades, sean cuales sean las circunstancias económicas, o bien persistir en defender las anteriores prácticas, hijas de otras circunstancias y conceptos y existencias político sociales, para irnos muriendo con ellas mientras —unos, pataleando y gritando "Trampa, traición, trampa" y otros, muy dignos y despectivos, envueltos en la desgarrada túnica del "sacerdocio", "libertad profesional etc, etc.— vamos viendo como, sin nosotros, se acomete la estructuración que no quisimos aceptar.

Dice Ud., amigo *Couch*, que "pronto aparecerá el Robot de la Medicina que moverá los ficheros de los Kardex de todos los Seguros Sociales, con frialdad de máquina; sin el aliento divino del que ha vivido, vive y vivirá el Alma del Médico". Pero, para que ese aliento anime a los médicos ¿es que resulta imprescindible "cobrar directamente al enfermo"? Pues no podrá Ud. decir que la práctica privada al modo y manera de hoy garantiza la independencia y el ejercicio correcto de la Medicina. Ahí están esos "médicos jóvenes, sin experiencia y sin clientela cuya situación —al caer en el Seguro como moscas en panal de rica miel es engañosa y deplorable... es lamentable desde el ángulo del libre albedrío profesional". ¿Qué albedrío, *Couch*? ¿Qué independencia?

"En el Seguro Social hay más organización administrativa que científica". Y ¿cómo puede ser de otra manera si no colaboramos? "...la conservación y dirección del Seguro Social ha estado —y está— encomendada a políticos profesionales, no médicos". "¡Ah! ¿pero Ud. entregaría la responsabilidad de una obra a quienes, previamente,

—niegan su utilidad,
—la combaten, incluso con errores cual los señalados en esta carta, y
—cierran los ojos a toda posible virtud para no gritar sino los defectos, sin señalar como han de corregirse?

Yo, desde luego, no la entregaría. Y supongo que Ud. tampoco, ¿verdad? Seamos pues consecuentes.

Terminó ya. La evolución política, social, económico vital impone otros modos de ejercicio profesional, llámense Seguro Social (del Estado o particular) o nacionalización o socialización. Tan los impone —¡y con que prisa!— que todos ellos día a día abarcan más y más. Cualquiera de ellos encierra defectos en sus prácticas, defectos ante los cuales —cual escribió el poeta argentino— no podemos tener ni tendremos nunca "la mirada tranquila del inocente". En interés de todos —y muy principalmente en el nuestro— nos corresponde no sólo señalarlos, sino batallar por corregirlos, por imponer su eliminación, lo cual implica colaborar y servir. Y si creemos que este o aquel sistema es incorregible —creencia muy audaz para un científico acostumbrado a ver lo temporal de los dogmas— nuestra obligación es marcar otros caminos, otros métodos. Por los que íbamos, déjese de ilusiones, Dr. *Couch*, los que no son médicos —entre ellos, los enfer-

(*) Resulta tan larga esta "Carta" que si Ud. ha llegado hasta aquí, lo menos que puedo hacer es considerarle amigo.

mos— y aun algunos —o muchos— que sí son médicos no pueden ir. No sé si no quieren. Pero aun queriendo, la verdad es que no pueden.

Negando hacemos muy poco. Nada, desde el punto que nos interesa. Y bien, la postrer pregunta: ¿hay alguna otra cosa en su artículo que negación? ¿Es a "eso" a lo que llama Ud. intervenir en su calidad de hombre de ciencia, de profesional preparado en una de las más altas disciplinas humanas, con sus atributos y jerarquías de hombre superior"? ¿Verdad que no?

Pues bien, espero que sigamos dialogando. Le toca a Ud. hablar, escribir.

En tanto, respetuosamente le saluda

Carlos Diez Fernández.

ENCUESTA SOBRE EL TRABAJO E INGRESO DE LOS MEDICOS

Con motivo de recientes discusiones habidas en California sobre la conveniencia o desventajas de implantar el Seguro Social, diversas organizaciones —entre ellas el C.I.O. (Comittee for Industrial Organization)— han llevado a cabo cuestionarios de carácter más bien confidencial. Algunos no parecen haber tenido buena acogida, pues se da el caso de que no llega al 10% las respuestas recogidas. Otros, sí encontrándose entre ellos el referente al reflejo que la guerra ha tenido para los médicos que, no incorporándose al Ejército, siguieron atendiendo a la población civil.

Como era lógico, tales profesionales incrementaron su trabajo y sus ingresos y, en consecuencia de la inflación, estos ascendieron más que aquellos. Por otra parte, los porcentajes de aumento son muy distintos para cada Estado y, aun dentro de estos, para cada región, por lo cual la media general para el país norteamericano en conjunto resulta demasiado teórica, irreal. He ahí por que nos limitamos a dar las cifras límites; esto es, la máxima y la mínima.

La primera se registró en California. La segunda en New England.

A saber:

	Promedio de ingresos anuales de cada médico (Dóales)		
	Antes de la guerra	Durante ella	Aumento equivalente al
California	747	1,224	63%
New England . .	935	1,284	37%

	Promedio de pacientes para cada médico		
	Antes de la guerra	Durante ella	Aumento equivalente al
California . . .	8,798	19,010	116%
New England.	7,175	11,174	55%

De donde resulta que, mientras el profesional ejerciendo en California, trabajo más y consiguió que el promedio de ingresos por cada enfermo pasase de 11,7 Dólares —antes de la guerra— a 15,5 Dolrs., el que prestó servicios en New England también trabajó más pero ganó menos; antes de la guerra, la media de ingresos que le proporcionaba cada paciente equivalía a 9 dólares cincuenta y cinco centavos.

Todos los que se indignan cuando alguien propone cualquier método conducente a eliminar semejantes irregularidades, convendría contestasen si es que los médicos de New England trabajan con peor calidad que los de California o bien si la vida de los californianos tiene otro valor que la de los habitantes de New England.

Claro está, se arguirá que el nivel de vida en uno y otro lugar es distinto y por ello son diferentes las posibilidades económicas aisladas y en conjunto. Pero no está menos claro a donde lleva tal argumento. Lleva, exactamente, a donde no quieren ir los supuestos oposicionistas: a fijar la dependencia cualitativa de las atenciones médicas en relación con las citadas posibilidades económicas. Y, en consecuencia, para que la calidad del cuidado de la salud humana sea siempre la debida, resulta imprescindible encontrar y aceptar el sistema que permita atender siempre conforme se precisa, sean las que sean las circunstancias económicas.

Entre las encuestas efectuadas por el C.I.O. resalta la que pretendía fijar las cantidades anualmente invertidas, en pago a facultativos o en sufragar asistencias hospitalarias, por las familias interrogadas. Los resultados sólo pueden tomarse cual índices relativos pues se basan en menos de 500 respuestas. Según ellas:

De cada 100 personas Satisfacen anualmente	al médico	en pago de estancias hospitalarias.
50 Dl o menos	31,2	36,8
De 51 a 100 Dl. . .	43,7	19,7
De 101 a 200 Dl. . .	10,0	23,4
De 210 a 250 Dl. . .	6,2	6,0

Cifras que ofrecen una comparación bien elocuente

SIN TITULO

En el último Congreso Mexicano de Cirugía, el Dr. *Enrique Ruiz Hurtado*, leyó un trabajo sobre EL INSTITUTO DEL PROGRESO MEDICO NACIONAL, del cual entresacamos las siguientes frases: "Por otra parte, y como un acto demostrativo del desinterés que tanto la Confederación de Sindicatos Médicos y Profesantes similares, como la Asociación Nacional de Fabricantes de Productos Químico Farmacéuticos y Medicina-

les" han tenido al organizar el Instituto se convino de mutuo acuerdo que de la cantidad de $ 150,000 que constituye el patrimonio inicial... se invertirán $ 80,000 anuales en pagos de $ 1,000 a las familias de los compañeros que fallezcan...; $ 50,000 se emplearán en patrocinar... los eventos científicos que se realicen y de los remanentes, excluídos los gastos de administración y fondos de reserva o previsión, se formará un fondo para efectuar algunas obras de carácter social en vida de los médicos".

Por su parte, el ATENEO RAMON Y CAJAL desde hace 2 años, ha constituído una Mutualidad, con el esencial objetivo de asegurar la entrega de una determinada cantidad a los familiares de los socios que fallezcan.

Dos casos —en Instituciones Médicas muy distintas— tan iguales entre sí, cual una gota de agua y otra gota de la misma vasija. Y para comprender hasta que punto sirven de medida al nivel alcanzado por "nuestro concepto y práctica de la previsión social dentro de la clase médica" bastará leer el párrafo siguiente que fué pronunciado, el año 1938 —¡diez años atrás!— por el Dr. *Cruz-Coke* defendiendo en el Parlamento chileno la aprobación del proyecto de Ley sobre Medicina Preventiva:

"...la mayor parte de nuestras leyes médico sociales se funda en la compensación pecuniaria de los riesgos que para el individuo y su familia significan la invalidez, la vejez y la muerte. Podría decirse que se empieza por asegurar al individuo la compra de un ataúd, en seguida una pensión de invalidez o vejez, por fin, con que compensar económicamente la falta de salario derivada de la enfermedad declarada, las más de las veces, incurable. La cosa puede parecer justa a un matemático, pero no a un médico".

Esperamos se comprenda porqué nos abstuvimos de titular las precedentes líneas.

RENDIMIENTO DIAGNOSTICO DEL SERVICIO MEDICO NACIONAL CHILENO

Al servicio de Medicina Preventiva de Chile, el 31 de Diciembre de 1945 tenían derecho un total de 178,581 personas, distribuídas en los siguientes grupos:

65,339 Empleados Públicos,
99,868 Empleados particulares, y
13,374 Empleados de Organismos Auxiliares.

De ese conjunto, se atendió al 28,9%, a base de que se prestaron asistencias al
31,7% de los socios activos del primer grupo,
25,9% id id id segundo grupo, y al
23,5% id id id tercer grupo.

Pues bien, en los 50,069 reconocimientos practicados, fueron establecidos los índices de morbilidad que siguen:

Sífilis	6,4%
Tuberculosis activa	4,0%
Otras enfermedades determinantes de incapacidad.	11,1%

cifras que dan una suma de enfermos equivalente al 21,5%. Conviene insistir que tal porcentaje expresa sólo los casos necesitados de más serios y prolongados tratamientos y cuya recuperación profesional únicamente se obtendrá parcialmente. Así, p. ej., durante el mencionado año, se logró recuperar, incorporar nuevamente al trabajo, al
22,01% de los luéticos,
51,05% de los tuberculosos, y
3,1% de los incapacitados por procesos cardiovasculares.

En efecto, si en vez de fijar los índices de morbilidad queremos saber cómo se repartieron, por etiologías, los enfermos atendidos encontraremos que de cada 100 enfermos padecían:

13,76, procesos sifilíticos,
32,03, lesiones tuberculosas,
45,16, afecciones cardiovasculares, y
9,05, otras enfermedades que la clasificación chilena engloba como "Patología mixta".

SEMISOCIALIZACION DE LA MEDICINA SUECA

El Riksdag —Parlamento sueco—, después de discusiones muy intensas y prolongadas, aprobó, casi sin modificaciones de interés, el proyecto que extiende el Seguro de enfermedad a toda la población sueca, sin distinción de ningún género.

A partir del 1º de Junio de 1950 cualquier ciudadano sueco, sean las que sean sus condiciones de edad, ingresos y beneficios, trabajo, etc., tendrá derecho a

—hospitalización gratuita, por un período que oscila entre seis y ocho meses —máximo— según los padecimientos;
—recibir gratuitamente, aun no estando hospitalizado, la mayor parte de las medicaciones que necesite y casi todas las prestaciones terapéuticas quirúrgicas;
—pagar solamente la mitad del costo de las restantes drogas que se le prescriban y la mitad de los honorarois que se marquen para las operaciones excluídas de la lista que abarca las intervenciones a realizar gratuitamente;

—vigilancia y asistencia médica gratuita en su domicilio (y en los Hospitales y Clínicas, tal como se ha hecho constar más arriba);
—recibir, durante el período de enfermedad, una indemnización diaria de:
3,50 coronas, para el adulto trabajador,
2,00 coronas, para los adolescentes y pensionistas que no trabajan o tienen jornadas reducidas,
1,50 para las mujeres, dedicadas exclusivamente a labores domésticas.

Pensiones que reciben una adición de 0,50 coronas por cada niño que corriese a cargo de la familia del enfermo.

Por su parte, los ciudadanos suecos deberán pagar al Estado una contribución anual suplementaria de 24 coronas anuales, si es que han de recibir una indemnización diaria de 3.50 cuando estén enfermos; si esta indemnización sólo ha de ser de 2 coronas o 1,50, satisfarán una cuota anual de 16 coronas.

La clase médica, como de costumbre, nada ha conseguido con la campaña de protesta que llevó a cabo empleando los consabidos argumentos de burocratización, "imposibilidad práctica" de realizar el proyecto, "asesinato" de la iniciativa individual del profesional, etc., etc. Sin embargo, seguramente en consecuencia la mayor educación social existente en Suecia, las protestas médicas han tenido un tono más alto, más elevado, mejor razonado que las efectuadas —desde luego con igual inutilidad— en Inglaterra. En muchos momentos quisieron dar a su batallar contra el proyecto un matiz político entre patriótico y antisoviético, resaltando que a tal medida se llegaba cuando, merced al empréstito sueco-soviético, se ponían durante los diez años venideros todos los recursos del país a disposición del gobierno ruso; al correr de los días, fueron abandonando el "argumento", en vista de que las Cámaras de Comercio, el Ministerio, etc., demostraron que si se había llegado a tal acuerdo era por que los ingleses y norteamericanos ofrecían menores ventajas pensando que podrían ser los únicos compradores. Más tarde, la principal argumentación de los colegas suecos, fué la "inoportunidad" de la reforma, pues se efectuaba en uno de los peores momentos sanitarios suecos, cuando los pasillos de los hospitales estaban llenos de camas supletorias y cuando se palpaba un brutal déficit de médicos; desgraciadamente para los compañeros de Suecia, se les contestó que justamente todo eso demostraba la necesidad de una organización mejor. En fin, repetimos, por una y otra parte, se apeló a las mismas razones puestas en juego en todos los demás países que han planteado ya la cuestión.

En el Parlamento, las principales objeciones, las discusiones más fuertes, giraron alrededor de la indemnización diaria señalada a los enfermos. Se aducía que era absolutamente insuficiente y al juicio de quien esto escribe (no muy fundado pues sólo viví en Suecia, nueve semanas) es cierto, por lo menos para gran número de la población.

La campaña estaba sostenida en gran parte por las Compañías de Seguros. Y se ha llegado con ellas a un compromiso. Podrán coexistir el Seguro Estatal y los de capitales privados; con estos, los asegurados podrán recibir indemnizaciones complementarias siempre y cuando que entre todas, el beneficiario no pueda percibir, al día, una cantidad superior a 8 coronas, si se trata de una sola persona o a 10, si es un matrimonio sin hijos.

Como de costumbre, el Parlamento sólo ha legislado sobre las cuestiones en general. Los detalles, las reglamentaciones —absolutamente esenciales para la profesión médica— se han dejado al cuidado de los organismos gubernamentales.

VI

Medicina y Sanidad en Europa

—ESTADO NUTRITIVO EN VIENA—

El Dr. *Harvey S. Collins*, conocido especialista norteamericano en nutrición, ha pronunciado una conferencia en el local de la UNRRA en Londres, comunicando los resultados de los exómesnes por él realizados en la población de Viena.

De los 10,000 individuos convocados para que fuesen estudiadas sus condiciones nutritivas, elegidos entre los distintos grupos de raciones que se distribuyen, pudo conseguirse una colaboración real en 7,500. Aparte de los exámenes en los centros médicos, *Collins* realizó toda serie de investigaciones y encuestas domiciliarias, reuniendo asi más de 2,000 historias dietéticas completas. Las conclusiones de su informe pueden resumirse de la manera siguiente:

Primero.—Existe una discordancia evidente entre lo que podía esperarse y la realidad. La ración alimenticia vienesa oficial es la más pequeña de toda Europa, hasta el extremo de que, solamente después del último mejoramiento conseguido, posee un valor de 1,550 calorías diarias. Y, sin embargo, ni el simple examen visual ni los análisis realizados demuestran un tan enorme déficit nutritivo cual debía existir. Ello se debe a que la población suple el déficit de la distribución oficial reglamentada, tanto merced al mercado negro —surtido principalmente por las tropas de ocupación y los granjeros y campesinos— como a contribuciones sociales voluntarias.

Segundo.—El signo más evidente de mal nutrición —los llamados edemas de hambre— sólo se han podido demostrar en el 0,3% de quienes presentaban procesos edematosos de miembros inferiores y que, por sufrirlos, creían padecer trastornos de deficiencia proteíno calórica.

Tercero.—Ha sido muy raro hallar evidencia clínica de un déficit del complejo vitamínico B. Solamente en 0.8% de todos los casos examinados, existía un déficit comprobable de Riboflavina.

Cuarto.—No se encontró ni un solo caso de escorbuto; pero una deficiencia de Vitamina C, fué comprobada en el 0,62 de los examinados.

Sexto.—La insuficiencia de Vitamina A, pudo demostrarse en el 0,71 de los sujetos.

Séptimo.—Unicamente una minoría muy pequeña de individuos jóvenes presentaba insuficiencia de Vitamina D. Justamente, se recordará que fué este déficit el de mayor predominio en la crisis alimenticia que siguió a la Primera Guerra Mundial, 1914-1918. La diferencia favorable actual, débese tanto a la preventiva administración de aceite de hígado de bacalao, cual a la circunstancia de que todos los gobiernos beligerantes dispusieron que el consumo de leche fuese reservado, esencialmente, a sus poblaciones infantiles.

Octava.—El grupo más perjudicado en su desarrollo, con evidente retraso de su retraso de su crecimiento, es el de los niños entre 7 y 13 años de edad.

Novena.—En los adultos, la inevitable pérdida de peso se hacía sobre todo evidente a partir de los 40 años de edad, incrementándose con ésta y siendo muy grande en los viejos, cuyo índice letal se ha elevado considerablemente.

Al parecer, se presumía un empeoramiento durante el presente invierno y la primavera futura. Las fuentes clandestinas están agotándose y la ración reglamentaria no puede levarse más allá de las 1,550 calorías citadas. Eso sí, las mismas están garantizadas por un acuerdo entre el Gobierno Austríaco y los poderes de ocupación, siempre y cuando la UNRRA no disminuya el nivel ed sus aportaciones.

DATOS SOBRE LA POBLACION HOLANDESA

En el período 1936-1939, los Países Bajos —en unión de Dinamarca— eran las naciones de índices demográficos más favorables en todo el continente Europeo.

Los años de guerra y opresión fascista implicaron un considerable empeoramiento. Pero, las cifras correspondientes al primer semestre de 1946 —cifras definitivas, ya rectificadas— acusan una mejoría no lograda aún por ningún otro país y que, de nuevo, coloca a Holanda a nivel de los países más civilizados, desde el punto de vista sanitario.

Holanda está habitada por 9.298,889 habitantes, a razón de 279 por kilómetro cuadrado, en conjunto (población urbana y rural).

Las cifras de natalidad, inclusive superan a los índices medios de 1936-1939. En efecto, por cada 1,000 habitantes, se registraron

—en 1936-39 20,1 nacimientos, y en 1946:

Enero	22	nacimientos,
Febrero	28,4	„
Marzo	34	„
Abrali	34,9	„
Mayo	35,4	„
Junio	33,1	„

El coeficiente de mortalidad por 1,000 habitantes —que de 1936 a 1939 fué de 9,7— ha sido de 9,9 en el semestre de 1946 referido.

Por su parte, la mortinatalidad (menores de un año fallecidos por cada 1,00 nacidos vivos) llegó, en 1946, a 45,5, mientras que en el período que nos viene sirviendo de comparación (1936-1939) quedó en 43,9.

AVANCE DE LOS RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE LOS PROBLEMAS ECONOMICO SOCIALES LIGADOS AL PARTO

En Inglaterra, el Real Colegio de Tocólogos y Ginecólogos y el Comité de Investigaciones en la Población, decidieron unir sus fuerzas para realizar una encuesta sobre las condiciones en que se efectuaban los partos en el país y los problemas económicos y sociales que se planteaban a las madres, particularmente a las primerizas. La financiación corrió a cargo de la segunda de dichas instituciones, utilizando un fondo (de 5,000 Libras esterlinas anuales) presupuestado para fines de investigación.

Los objetivos señalados a la encuesta fueron muchos. Se trataba no sólo de precisar las ventajas y los inconvenientes que encontraban las madres al ser atendidas por los servicios de maternidad (y no en ssu domicilios, cual antes) el costo medio de estos, las diferencias regionales entre ellos existentes, sino también marcar lo que cada hijo suponía de carga social a las familias de cada clase social, etc., etc.

Se consideró que la entrevista personal, la información directamente obtenida era muy preferible a reunir respuestas por medio de cuestionarios, aunque los mismos fuesen contestados libremente o ante profesionales de absoluta solvencia moral. Se pidió y se obtuvo la cooperación de la Sociedad de Oficiales Médicos Sanitarios y de las Autoridades Locales; de éstas, 424 —de las 458 existentes— prestaron ayuda directa; aquellas, dedicaron, en todo el país, una misma semana de Marzo de 1946 al logro directo de los datos previos —económicosociales— que habían de servir cual fondo a las investigaciones en cada Maternidad, a las entrevistas con cada madre, las cuales se celebraban, generalmente, a las dos semanas de haber ocurrido el parto, cuando ya se encontraban en su domicilio.

En total, durante el año 1946 —los exámenes habrán de repetirse anualmente por espacio de un quinquenio— se han reunido cerca de ... 150,000 encuestas con la totalidad de preguntas contestadas. Unicámente el 2% de las madres se negó, parcial o absolutamente, a colaborar; el 8% no pudo ser habido.

El Dr. *J. W. B. Douglas*, Jefe de la Encuesta, en una reunión de la Sociedad Eugenésica de Londres, ha dado a conocer algunos datos preliminares del examen de las 150,000 contestaciones reunidas; los datos totales, se calcula que sólo podrán conocerse en Junio-Julio de 1947.

Agrupadas con arreglo al tipo de trabajo de sus maridos, las madres se distribuían en los siguientes grupos principales:

a) esposas de profesionales (médicos, abogados, ingenieros, etc.) 8%
b) idem de mineros carboníferos 10%
c) idem de trabajadores manuales 65%,

repartiéndose el resto en grupos muy atomizados e imposibles de reunir.

Las diferencias socioeconómicos de esos tres grupos principales quedan bien manifiestas en el cuadro siguiente, el cual, por cierto, dice mucho acerca de las condiciones en que se vive en Inglaterra.

SE ENCONTRÓ	EN EL GRUPO *Profesión*	*Minero*	*Manual*
Que el parto motivo de la encuesta, era el cuarto o más, una vez por cada	veinte	diez	cuatro de las puerperas examinadas.
Que vivían en una casa superhabitada hasta el grado de tener que dormir dos personas en cada habitación, una vez, por cada	veinte	diez	cuatro de los domicilios examinados.

Indiscutiblemente, semejantes diferencias poseen reflejos que —tal cual señala *Douglas*— se expresarán en las investigaciones de años sucesivos. Por otra parte, si se tiene presente que el grupo de mujeres de trabajadores manuales alcanzaba el 65% de los 150,000 exámenes y que en él una cuarta parte ofrecía un índice de densidad domiciliaria francamente insatisfactorio, habremos de concluir con que este primer aspecto general no resulta muy tranquilizador. Piénsese, que de los 150,000 recién nacidos, casi .... 25,000 han de comenzar su desarrollo en un ambiente altamente favorecedor de toda clase de contagios e influjos —directos e indirectos— perjudiciales.

En cambio, las diferencias sociales no afectan al cuidado prenatal. De todas las encuestas realizadas, solamente 65 mujeres no habían acudido a un examen facultativo hasta el mismo momento de comenzar el alumbramiento. Por lo general, las gestantes del grupo que venimos llamando profesional, comenzaban a vigilarse —en su mayoría inmensa por médicos privados— al tercer mes de embarazo; las constituyentes de los otros dos grupos —casi siempre atendidas por servicios estatales (mejor dicho, municipales), acudían a la consulta prenatal, entre el cuarto y el quinto mes de gestación.

Pero llegado el alumbramiento, las diferencias se agudizan al máximo. Por lo pronto: el parto fué atendido por un especialista

—en el grupo "profesional", una vez, entre cada diez,

—en el de "trabajad. manuales", una vez entre cada cincuenta,

distinta relación que tiene su consecuencia inmediata, de modo particular, en los casos de presentaciones anormales, de incidentes en el parto y en la frecuencia de complicaciones (*Douglass*, no dió los distintos porcentajes).

Y, justamente aquellas embarazadas cuyo domicilio reúne peores condiciones —las de grupo Trb. manuales— son las que más frecuentemente dan a luz en ellos —una vez por cada dos— mientras que en las del grupo profesional solamente se encuentra tal cosa una vez por cada cinco. Del total de los partos atendidos domiciliariamente, recibieron anestesia:

en el grupo a), tres veces por cada cinco, y en el grupo c), una vez por cada quince.

Desgraciadamente, estos porcentajes tampoco mejoran cuando se tratan de partos ocurridos bajo asistencia hospitalaria. Más aun, dentro de ellos, por lo general, las mujeres de trabajadores manuales eran exclusivamente atendidas por comadronas, cosa que no sucedía jamás con las parturientas del grupo "profesional, siempre atendidas por especialistas o, al menos, por sus médicos de cabecera.

Por último —pues los datos hasta ahora examinados no llegan más allá— idénticas desigualdades se expresan en el promedio de estancia y cuidado postpartum. Mientras en el grupo a) la estancia media en las Maternidades —privadas u oficiales— fué de 13 días, en el grupo c) sólo alcanzó a 5 días y medio.

Es de suponer que los resultados finales de la encuesta total sean tan demostrativos como los que acabamos de resumir. Y también podemos suponer que, si no todos, bastantes profesionales de la Medicina habrán de reaccionar adecuadamente. Pues, de lo hasta ahora comunicado resulta que somos responsables directos de la persistencia de esas diferencias socioeconómicas en aspectos puramente nuestros —la anestesia, el promedio de estancia, etc.— incurriendo en complicidad y remachando, ante el pueblo, ante las clases modestas la impresión de haber vendido —como clase profesional, esto es, con las excepciones individuales que se quiera— aquella calidad de "sacerdocio", de altruista entrega, tantos y tantos siglos galardón de nuestro trabajo.

INFORMACIONES MEDICAS

FRANCIA.—

El 15 del pasado Diciembre 1946, la Sorbonne, engalanado su gran anfiteatro con todas las banderas aliadas y de países amigos, ha recibido a los nuevos doctores *honoris causa* de la Universidad de París. Médicos, juristas, literatos, investigadores, franceses unos y extranjeros otros, que se han distinguido por su saber, por sus aportaciones al progreso de la Humanidad tanto como por el hecho de que "durante la tormenta, no cesaron jamás de creer en los destinos de Francia y en el triunfo de la libertad sobre el fascismo".

León Binet, el Decano de la Facultad de Medicina, fué el encargado de entregar los diplomas a

Herbet M. Evans, Director del Instituto de Biología Experimental de la Universidad de California,

Schaumann, el Prof. sueco que ha destinado su vida al estudio de la enfermedad que lleva su nombre, consiguiendo que dejásemos de considerarla cual un simple síndrome cutáneo,

Yudin, el cirujano soviético, mundialmente conocido por sus trabajos sobre transfusión y cirugía gástrica.

*

Los médicos alienistas y neurólogos de Francia, celebrarán su XLV Congreso anual en el mes de Septiembre de este año, tratando de los temas siguientes:

—El problema tipológico en psicopatología,

—Aplicaciones clínicas de la electroencefalografía, y

—Psicopatología de la traición.

*

La radioactividad cuenta ya su primer ciecuentenario. Ha tenido lugar bajo los auspicios del Museo de Historia Natural y de la Escuela

Politécnica, los dos centros parisinos en que *Henri Becquerel* ejerció cátedra.

Jean Becquerel, consagró su conferencia a las circunstancias históricas en que se realizó el descubrimiento de la radioactividad. Fué después de una conversación entre *Henri Poincare* y *Henri Becquerel* sobre la supuesta analogía (desde luego inexistente) entre los Rayos X que *Roentgen* acababa de descubrir y los fenómenos de fluorescencia y fosforescencia. *Becquerel*, para comprobar si los cuerpos fosforescentes no emitían —al igual que los rayos X— radiaciones susceptibles de atravesar los cuerpos opacos, colocó una placa fotográfica en un sobre opaco, cubierto de una placa de aluminio sobre la que puso cristales de sulfato doble de uranilo y de potasio. Y la zona de la placa fotográfica que estaba bajo los cristales reveló una impresión, incluso cuando el sulfato de uranilo no emitía fosforescencia, por no haber sido expuesto a la luz. Lo cual, permitió a *Becquerel* sostener que la fosforescencia nada tenía que ver con la radiación espontánea del uranio, fenómeno al que, más tarde, mejor estudiado, dió el nombre de radio actividad.

Ahora, es posible decir que "Después de no haber sido en su comienzo más que una curiosidad aislada, la radioactividad se ha convertido en la vía científica más importante de toda la Física". Palabras que finalizaron la intervención de *Broglie* —Premio Nobel, Secretario perpetuo de la Academia de Ciencias Francesa— quien describió las etapas esenciales del camino recorrido entre las dos etapas, los descubrimientos principales que fueron jalonando ese camino. A saber:

—desprendimiento constante de energía por los cuerpos radioactivos,
—identificación de los rayos:
alfa, con los núcleos de helio, ...
beta, con los electrones,
gamma, con las ondas electromagnéticas, mucho más penetrantes que los Rayos X,
—filiación radioactiva de los elementos,
—isotopía,
—localización en el átomo del núcleo central positivo, rodeado de un cortejo de electrones negativos,
—primeras transmutaciones,
—descubrimiento:
—del electrón positivo,
—de la radioactividad artificial,
—del neutrón,
—fabricación de nuevos radio-elementos,
—desentrañamiento de la estructura nuclear (nuetrones y protones).

Yves Le Grand, al tratar de las utilidades obtenidas por los geofísicos del descubrimiento de la radioactividad, refirió como gracias a ella, se ha podido precisar que las rocas más antiguas tienen una edad, aproximada, de tres millardos de años. Al parecer, la desintegración espontánea del uranio sucede tan cronométricamente que permite fijar, con absoluta precisión, la época en que la roca se ha solidificado.

Otros tres conferenciantes participaron en el cincuentenario. El Prof. *Strohl*, ocupándose de las aplicaciones de la radioactividad en el dominio de la biología y la medicina; *Federico Joliot*, quien estudió la energía nuclear, a cuyo conocimiento no poco contribuyó; y *Lamothe*, resaltando el ejemplo único en la historia de la Física de los *Becquerel*, una familia cuyas cuatro generaciones han hecho aportaciones de considerable valor, habiendo merecido, uno tras otro, el honor de ser elegidos miembros de la Academia de Ciencias y sucediéndose en el ejercicio de la misma cátedra del Museo y ed la Escuela Politécnica.

* * *

Inclusive la Prensa informativa diaria —¡con el poquísimo espacio disponible— ha intervenido en el incidente *Rolland* vs. *Dumarest* y *Bérard*. El primero, publicó en la "Revue de la Tuberculose" un artículo ("A propósito de las complicaciones postoperatorias de la toracoplastía) en cuyo primer párrafo no escribía "nada más" que las frases siguientes:

"...los médicos de mi generación... se acordarán con tristeza de la suerte corrida por varios enfermos. Empleando toda su elocuencia y persuasión, los médicos llegaban a convencer a los enfermos de la necesidad de una toracoplastia y estas *pobres gentes* (*) *que no tenían su vida, ni poco, ni mucho, ni nada, amenazada*, al menos de modo inmediato, pero que deseaban convertirse de inválidos en sujetos capaces, se dirigían a la gran ciudad de Francia que era, entonces, la Meca de la toracoplastía. Los desgraciados, *hacían bien en no tomar billete de vuelta, por que, por lo general, su asunto quedaba despachado en* 48 *horas*".

Por si no estuviese claro, *Rolland*, añadía en el párrafo siguiente:

"Cuando en 1928, nosotros en unión de *Maurer*, decidimos ocuparnos de... demostrar que se podía operar a estos enfermos *sin matarles* (*dos veces de cada tres, cuando no eran tres muertos de cada tres operados*).

Bérard y *Dumarest*, en escrito al Director de la Revue, expresaban:

"Durante más de diez años, ensayando en co-

(*) El subrayado, es nuestro (N. de la R.).

laboración, las construcciones de la toracoplastía, hemos abierto la senda a los equipos médico-quirúrgicos que nos han sucedido. Nunca nos hubiéramos atrevido a suponer que, quienes nos siguieron, los beneficiarios de nuestra experiencia, se convertirían no ya en nuestros críticos sino en nuestros acusadores y en los términos empleados por *Rolland*, con gran sorpresa nuestra...

Despreciando las paradójicas "buenas palabras" que tan voluntariosamente utiliza *Rolland*, vayamos a los hechos. ¿Qué hay de verdad en las matanzas que se nos imputan?

En los 91 casos operados desde nuestros comienzos hasta nuestra estadística de 1927, se reunían en total, 17 fallecimiento postoperatorios. No sabemos si otros habrían tenido más éxito, en una época en la cual todo —indicaciones, calidad lesional de los casos a operar, técnica—, todo, estaba por fijar. Pero de todas suertes, esas cifras nos parecen que traen las cosas a su verdadero lugar.

Y, sobre todo, seguimos creyendo que los iniciadores tienen derecho a ciertas consideraciones por parte de quienes, enseguida, han trepado sobre las espaldas de los primeros para ver mejor y más lejos.

Que se considere un momento la historia del extrapleural. Que se tomen la molestia de comparar las estadísticas operatorias antes de 1945 y después. ¿Qué no podremos decir de los primeros operadores si el criterio de justicia es sustituído por el interés de una polémica personal?"

La publicación de esta carta, fué apostillada por una nota de los miembros del Comité de inserción de la Revista, deplorando haber dado motivo a tan justa réplica, testimoniando su pesar al médico y al cirujano, "honor y brillo de la Medicina francesa" y declarando el incidente concluído.

CHECOESLOVAQUIA.—

El Congreso de Pediatría que anualmente celebraba la Sociedad Checoeslovaca de Medicina Infantil, ha vuelto a reunirse, por primera vez desde 1938, en Noviembre de 1946. Tuvo lugar en Praga, en el anfiteatro de la Clínica Pediátrica, y entre las numerosas comunicaciones presentadas, han resaltado:

—Contribución al estudio de la enfermedad de *Swift-Feer* y de los síndromes acrodínicos, por los Drs. *Brdlik* y *Houstek;*

—Quimioterapia de las diarreas infantiles, por los Drs.: *Svejcar, Kubat*, y *Tutter;*

—Estudio del paludismo i nfantil, por los Drs.: *Hecko* y *Jakubkova.*

(Quienes se interesan por los Anales del Congreso, pueden dirigirse al Dr. *Houstek.*—Clínica Pediátrica Praga II-Sokolska 2 y las recibirán.)

* * *

Después de que el Comité de Liberación ha concedido el necesario permiso, se ha constituído una nueva agrupación médica: la Sociedad de Psicoanalistas, cuyas primeras actividades han sido:

—organización de un curso de enseñanza gratuita para los estudiantes de Medicina y los médicos jóvenes, y

—la publicación de una Revista especializada.

* * *

El tisiólogo *Vaclav Skalak*, su memoria, ha sido merecidamente recordada en un sencillo homenaje celebrado en la nueva Universidad de Brno, donde fué detenido y encarcelado después por los fascistas alemanes.

Skalak, gran partidario y amigo personal, desde su época estudiantil, de los *Masaryk* y de *Eduardo Benes*, se orientó bien pronto hacia los problemas de la Medicina Social y, principalmente, la lucha antituberculosa. Tras haber ampliado estudios en Leysin, Hautville, consiguió la plaza de Director del Sanatorio de Prosecnice siendo uno de los pocos especialistas en tuberculosis que prefirió las tareas dispensariales, neta y totalmente sociales, a los trabajos sanatoriales, de matiz predominantemente individual. Desde 1925, dirigía el Dispensario Antituberculoso de Preroy, y sus publicaciones en tal puesto son mundialmente conocidas.

Arrestado en Diciembre del 41 —por su actividad contra los opresores de su patria, de la libertad mundial— fué asesinado dos meses más tarde —Abril, 1942— de haber sido trasladado al campo de concentración de Manthausen.

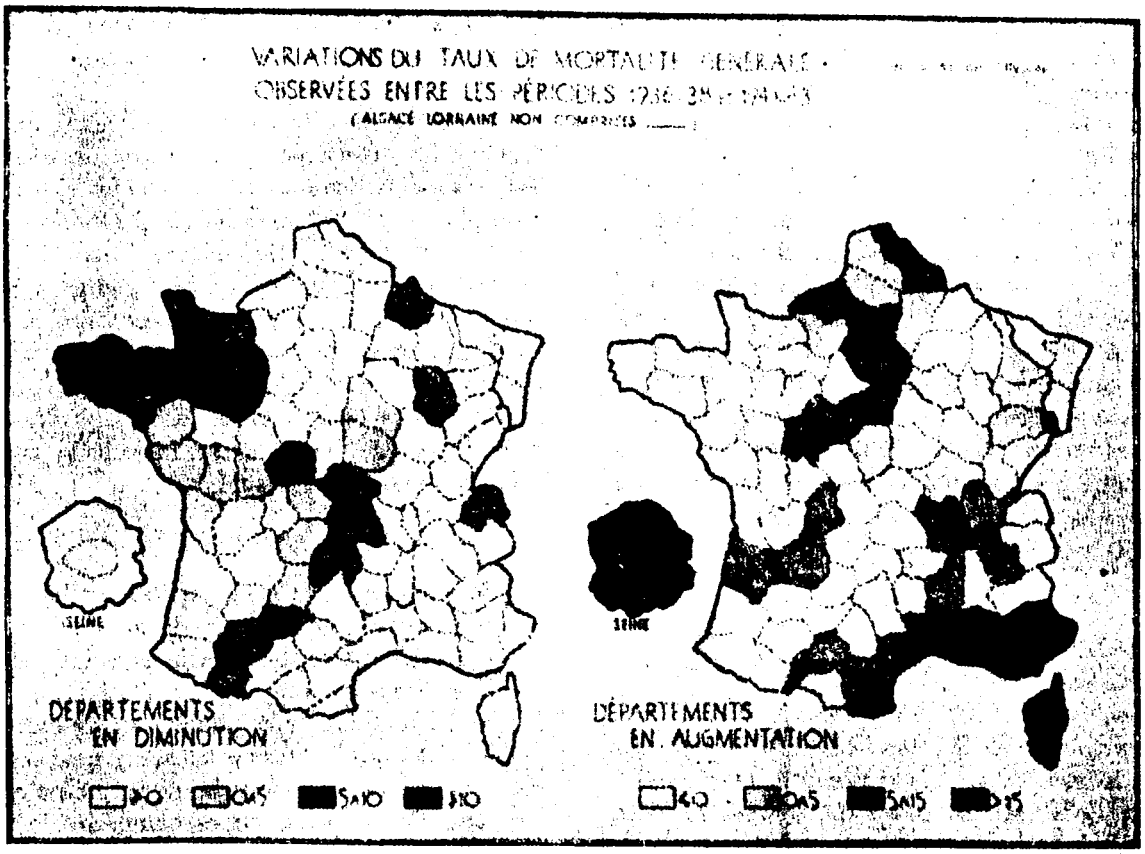
SUIZA.—

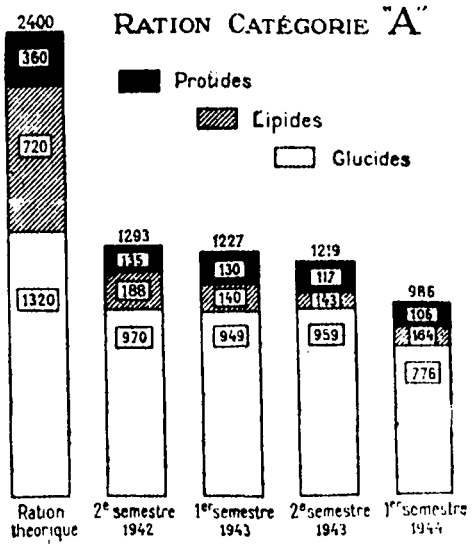
El Consejo de Estado ha dispuesto que todas las embarazadas cuyos ingresos familiares no pasen de 4,000 francos suizos tiene derecho a ser atendidas gratuitamente durante la gestación, parto y lactancia. Se estima que tal medida supone un gasto de 140,000 francos suizos anuales.

ITALIA.—

En Turín han celebrado dos sesiones preliminares del Congreso Nacional de Medicina y Ci-

DATOS SOBRE FRANCIA DURANTE LA OCUPACION ALEMANA





Catégorie	Calories 1	Glucides 2	Lipides 3	Protides an. 4	Protides vég. 5
Rat. théo.	2400	330	80	30	60
A	2160	297	72	27	54
	1920	264	64	24	48
	1680	231	56	21	42
	1440	198	48	18	36
	1200	165	40	15	30
Ration allouée	960	132	32	12	24
Déc. 43 / Mars 45	720	99	24	9	18
1 1079 / 1 1498	480	66	16	6	12
2 212 / 2 393					
3 15 / 3 22	240	33	8	3	6
4 5 / 4 5					
5 20 / 5 35					

Catégorie	Calories 1	Glucides 2	Lipides 3	Protides an. 4	Protides vég. 5
Rat. théo.	2400	330	80	30	60
J3	2160	297	72	27	54
	1920	264	64	24	48
	1680	231	56	21	42
	1440	198	48	18	36
	1200	165	40	15	30
Ration allouée	960	132	32	12	24
Déc. 43 / Mars 45	720	99	24	9	18
1 1500 / 1 1729	480	66	16	6	12
2 290 / 2 332					
3 19 / 3 25	240	33	8	3	6
4 16 / 4 6					
5 25 / 5 37					

rugía convocado para 1947. Las dos sesiones se dedicaron al estudio de los tumores de colón. El Prof. *Zilocchi*, resumió las historias de 115 enfermos de tal afección atendidos en su clínica quirúrgica de la Universidad de Turín. De elos, solamente 62 fueron intervenidos, de los cuales:

- los 28 tratados con operaciones radicales, dieron una mortalidad de 41,9%, y
- los 34 restantes, que únicamente fueron intervenidos con fines paliativos, sufrieron mortalidad de 44%.

Por su parte, el anatomopatólogo, Prof. *Mottura* dió a conocer los resultados de 88 necropsias. De ellas, en 48 casos el fallecimiento ocurrió por causas que pueden calificarse de naturales (bronconcumonía, principalmente) y en el resto se debió a peritonitis.

HUNGRIA.—

En el servicio del Prof. *Eugenio Polya*, en el mismo lugar donde los fascistas húngaros de Budapest le asesinaron bárbaramente, el 7 de Diciembre de 1944, un busto del primer cirujano que realizó la gastreenterostomía fué descubierto solemnemente por los más altos representantes del Gobierno y la intelectualidad de Hungría.

UNION DE REPUBLICAS SOCIALISTAS SOVIETICAS.—

El Instituto de Historia de la Medicina, dependiente de la Academia de Ciencias Médicas, en unión del Instituto de Salubridad, han acometido la tarea de confeccionar un fichero que incluya cuantos documentos, libros o manuscritos tengan valor histórico médico para cualquiera de las nacionalidades agrupadas en la Unión Soviética.

Funcionaba ya un Museo de Historia de la Medicina cuya más importante sección estaba dedicada a los profesionales rusos. Se pretende ahora, conocer dónde se encuentran las obras, cartas, apuntes, etc., de los médicos más célebres del país.

Al 'Comité de materias primas vegetales", la fué encomendada, entre otras afectando a la Medicina, la tarea de investigar el posible logro, a partir de vegetales, de nuevas substancias estimulantes y tonificantes. Después de algunos ensayos y encuestas previas, una expedición especial, encabezada por el académico *Zhukovski*, permaneció en el Lejano Oriente realizando investigaciones locales. En consecuencia de sus trabajos, varias clínicas de distintos lugares de la URSS procedieron a realizar observaciones en el hombre, con arreglo a una pauta común en sus líneas generales.

Hace un año, se celebró en Moscú una conferencia científica para comunicar un avance de los resultados logrados con productos extraídos de una planta muy abundante en el Lejano Oriente: el "limón chino". Del material aportado en la conferencia, se deduce que los productos ensayados actúan muy favorablemente sobre el agotamiento y cansancio por trabajo intelectual; desaparece el cansancio, la somnolencia, se recupera totalmente la capacidad de trabajo, y aun se eleva; al parecer, también se mejora la potencialidad y sensibilidad visual.

* * *

Por primera vez en la URSS, se ha celebrado un Congreso de Historia de la Medicina, participando los catedráticos de la especialidad y numerosos investigadores de tal disciplina. Entre las comunicaciones efectuadas han destacado:

—la del prof. lituano *Stradin*, quien participó su recopilación de la medicina y terapéutica popular en el campesinado de Lituania,

—la del prof. ucraniano *Strshun*, que originó una gran discusión sobre si debe cultivarse la preparación de especialistas puros en historia de la medicina o simplemente inculcar la aficción y necesidad de tales estudios, y

—la del prof. ruso *Lukashevich*, el cual aportó las pruebas de que el neumotórax había sido practicado y descrito por un modesto médico militar ruso, 100 años antes que fuese puesto en boga por *Forlanini*.

* * *

El Instituto Central de la URSS de Investigaciones Científicas sobre Tuberculosis, ha celebrado sus bodas de plata, con una sesión extraordinaria de varios días de duración, en la cual se han presentado comunicaciones de muy diversos temas. A los 25 años de su inauguración, el Instituto, aparte de la base central que en su parte clínica reúne 680 camas, cuenta con 15 Institutos filiales distribuidos por las distintas nacionalidades y regiones autónomas del país soviético.

Sin embargo, a juzgar por las reseñas publicadas en el bihebdomanario profesional informativo "Meditzinski Rabotnik", el conjunto del trabajo llevado a cabo, particularmente en los últimos años, por el Instituto no escapa a justa crítica. *Beilin*, uno de los más serios especialistas rusos, le acusa de

—falta de conexión entre su trabajo teórico

y sus labores prácticas, con evidente desprecio hacia éstas,

—ausencia de autocrítica, protegiéndose en un hermetismo absolutamente injustificado, y

—poca atención hacia los problemas biológicos fundamentales; es decir, en otras palabras: excesiva especialización.

La única sección que ha merecido elogios unánimes ha sido la de Vacunación y ello gracias al entusiasmo y sacrificio del prof. *Klebanov*, quien, pese a sus graves lesiones tuberculosas, no escatima esfuerzo por conseguir constante mejoría del porcentaje de recién nacidos vacunados (actualmente, dicho porcentaje equivale a la tercera parte de los nacidos en las grandes ciudades) ni por mejorar los métodos de vacunación y revacunación y resolver las cuestiones aún en discusión.

* * *

En Saratov, en Julio de 1946, se inauguró una nueva biblioteca médica destinada al servicio de los profesionales rurales. Cuenta con más de .. 50,000 libros.

* * *

Con motivo del aniversario de la anestesia, el Ministerio de Salubridad de la URSS, su Consejo Científico, dedicó una de sus sesiones semanales a estudiar el estado de los diferentes problemas relacionados con tal cuestión. Previamente se habían obtenido informes de las distintas regiones del país y solicitado —en los periódicos profesionales y en los de información diaria— el concurso público. En la sesión, informaron los principales cirujanos y representantes de los Institutos Científicos interesados.

Entre los diversos acuerdos tomados, figura la creación, en distintos lugares del país, de 15 centros que habrán de acometer las tareas de investigación científica, enseñanza, construcción de nuevos aparatos, etc., etc.

* * *

El Ministerio de Salubridad de la URSS ha decidido que, en lo sucesivo, no es preciso crear nuevos sanatorios dedicados especialmente a los inválidos de la pasada guerra. El incremento de la red sanatorial general permite absorver, sin necesidad de especializaciones, este contingente de enfermos.

VII

Enseñanza Medica

LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA INGLESES Y EL SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD

En números anteriores nos hemos ocupado de la nueva Ley inglesa organizando el ejercicio de la Medicina, de las reacciones entre los médicos, de la campaña negativamente oposicionista llevada por los dirigentes de la British Medical Association, con el brillante resultado de qeu el proyecto fuese aprobado por el Parlamento sin modificaciones, posiblamente fáciles de conseguir si se hubiera buscado una colaboración inteligente.

Saben nuestros lectores también que, aprobada la Ley, un plebiscito organizado por los dirigentes en cuestión, vino a demostrar que, en el conjunto de la profesión médica el 54% de los votantes era partidario de no aceptar el ingreso en el Servicio Nacional de Salubridad, mientras que el 46%, deseando participar en él, quería continuar las necesarias negociaciones a fin de que el Ministro —a quien la Ley concede poderes casi máximos— llegase a concesiones favorables para el cuerpo médico. Esta "minoría" de 46%, del conjunto de los profesionales ingleses, llegaba a mayoría y muy considerable, en determinadas categorías. Pero los dirigentes de la B.M.A. se han atenido a los resultados que les convenían y "atendiendo sus principios democráticos, decidieron que "siempre no". Por cierto, manejando las cifras, insistían en que las nuevas generaciones de médicos eran opuestas a la reforma gubernamental.

Entonces, mejor dicho, mientras tanto, la British Medical student's que agrupa la mayor parte de los estudiantes de Medicina, ha querido conocer la opinión de sus asociados y ha realizado una amplísima encuesta en todas las Facultades y Escuelas Médicas de Inglaterra, el País de Gales y Escocia. Pese a la propaganda realizada —y al interés de la cuestión— de 10,106 estudiantes preguntados, sólo el 37,6% han contestado.

La respuesta estudiantil, demuestra el mal camino de los dirigentes médicos. Pues de los votantes, *únicamente el* 17% *es absolutamente contrario* a los principios y conceptos que han presidido la redacción de la Ley aprobada.

Se confirma, pues, nuestra afirmación —a base de las mismas cifras manejadas por los dirigentes de la B.M.A. para sostener lo contrario— de que las generaciones jóvenes eran partidarias de colaborar con el Gobierno Laborista para una nueva organización de la Medicina. La actitud estudiantil es bien clara; no hay predominio de ocho por ciento entre cualquiera de las dos fracciones; son más de las cuatro quintas partes de los votantes los que han dicho que sí.

Claro está, entre ellos, no todos admiten la Ley sin modificaciones —nosotros también intentaríamos reformarla— y aun muchos expresan ideas contradictorias con el propio espíritu que, en conjunto, aprueban. Así, p. e., en proporción 3 a 1, los votantes en favor de la Ley, están conformes con que el Estado organice y preste las atenciones de Medicina General y, en casi idéntica relación, se muestran contrarios de que sea el Estado quien se encargue de la Dirección y Administración de los Hospitales. ¡Como si las atenciones de Medicina General no exigieran contar con los servicios Hospitalarios!

La oposición a las verdaderas fallas de la Ley ha sido bastante unánime. El 60% ha protestado de la composición del Consejo Ejecutivo, del escaso papel directivo concedido a los profesionales, de los poderes sin trabas —más que formularias— del Ministro. No hay duda de que la oposición está llena de justicia.

En la postura estudiantil, algún detalle es sencillamente emotivo. Así, el 25% ha sido partidario de que la Medicina esté totalmente subvenida de las arcas estatales pues "nadie debe comprar la salud". Y 18%, estiman que "cada uno debe cobrar con arreglo a lo que trabaje", es decir, proporcionalmente al número de enfermos que atienda mensualmente. Más aun, la "venta de clientela" —una de las costumbres más extendidas entre los médicos ingleses— ha sido rechazada mayoritariamente. Y en cuanto las atribuciones que la Ley concede al llamado Comité de Práctica Médica de señalar cuándo y dónde ha de instalarse el nuevo profesional, las opiniones estudiantiles se han dividido y el 50% de los votantes han considerado que tal reglamentación es abusiva.

Todos estos detalles —y algunos más que omitimos— no afectan a lo esencial. *La inmensa mayoría de los estudiantes de Medicina, de los futuros médicos están conformes en modificar las actuales normas de ejercicio profesional y en que la Medicina se nacionalice.*

Naturalmente, el Ministro de Salubridad, *Bevan*, apenas supo el resultado del plebiscito estudiantil, se dirigió a la British Medical student's y en reunión con todos los asistentes —aparte de

zaherir irónicamente a los "viejos dirigentes que no quieren aprender la marcha de los tiempos"— expresó, textualmente:

"Vuestra Asociación es mucho más importante que la B.M.A. Nosotros —Uds. y yo— viviremos y trabajaremos conjuntamente muchos años y quienes presiden los destinos de la B.M.A. tendrán que terminar solicitando nuestro favor".

A nosotros, desde lejos, las palabras del Ministro nos parecen exageradas y poco políticas. Pero en el fondo tiene razón. Por un lado, toda la que le han dado, con su postura intransigente los directivos de la B.M.A., por otro —el esencial— cuanta supone trazar y construir para mañana, contando con el apoyo de quienes han de ir haciendo ese tiempo.

ESTUDIANTES DE MEDICINA EN PARIS

Entre los 45,414 estudiantes que durante 1946 estuvieron matriculados en los distintos centros de la Universidad de París, solamente el 18,8% cursaban enseñanza médica. Veinte años atrás —1926— la proporción de estudiantes de Medicina en la misma Universidad, alcanzaba el .. 28,3%. La disminución registrada puede explicarse, en parte, por la menor afluencia de extranjeros, ya que en 1946 estos constituían el 2,4% del total de estudiantes médicos mientras que en 1926 sumaban el 9,9.

Pero aun aceptando esa explicación es necesario admitir un menor interés de la juventud por la carrera. Hecho que en general está adquiriendo mundial extensión.

Lo mismo sucede —es decir, se observa en todos los países— con otra circunstancia: el creciente porcentaje de escolares femeninos. En París, dentro de los 8,209 estudiantes de Medicina, el 20,9% son muchachas, proporción que rebasa muchísimo a la de cualquier otro año anterior, pese a que, tradicionalmente, la Universidad de París ha sido la preferida por las mujeres para realizar sus estudios.

Cierto que esto último —afluencia de escolares femeninos a París— tenía una razón de ser, ahora inexistente: la de que en muchos países o no se permitía a las mujeres matricularse en las Facultades de Medicina o —lo que era aun más serio— se consideraba un desprestigio familiar el que lo hiciesen. Ninguna de las dos cosas suceden hoy y en tal hecho está la raíz de que entre los estudiantes extranjeros de la Facultad de Medicina de París, sólo el 13% pertenezca al sexo femenino.

Por lo demás, el porcentaje de hembras entre los estudiante médicos de París, es todavía inferior al que se registra en Facultades eslavas. O en otras disciplinas de la propia Universidad Parisina; así, en ésta, dentro de los estudiantes de Farmacia, el 54% son muchachas. Y en la Facultad de Medicina de Praga (Checoeslovaquia), de los 5,600 estudiantes de 1946, el 31,3% pertenecía al sexo femenino.

FACULTADES MEDICAS EUROPEAS

Continuamos presentando a nuestros lectores las ESCUELAS MEDICAS AGREGADAS A LA UNIVERSIDAD DE LONDRES. Y corresponde hoy el primer lugar al ROYAL FREE HOSPITAL.

Su calificativo de "libre" encierra la historia de su fundación; un episodio más de los tantos y tantos que expresan todo el afán de reforma social, de protesta contra las trabas obstaculizadoras de un ejercicio profesional sin limitaciones, que animó y anima a la mejor parte de los médicos de todos los tiempos.

En una noche de invierno de 1827, el joven cirujano *William Marsden,* saliendo de su domicilio, encontró en las escaleras del atrio de la iglesia londinense de San Andrés, una muchacha de 18 años enferma de hambre y quien sabe más de que. *Marsden,* pasó toda la noche de hospital en hospital a fin de conseguir un ingreso siempre denegado por faltar estos o los otros requisitos. Pasó aquella noche y dos días más. Los suficientes para que la pobre criatura muriera en la habitación que la noche de su encuentro alquiló para ella *Marsden* en una casa de vecindad de aquellas que dieron justa fama a ciertos barrios de Londres, cual imposibles de superar en suciedad y sordidumbre.

Un año después, *Marsden* consiguió fundar el primer Hospital londinense en el cual, para ingresar sólo se precisaba estar enfermo y ser pobre. De ahí ese calificativo de "libre" (Free) aun hoy bandera de rebeldía y cobijo.

A veces, hay que aceptar que las instituciones, cual los seres vivos, trazan su destino. Pues, medio siglo después el Royal Free Hospital acertó a elevar su pabellón de lucha contra lo estatuído neciamente.

Sophia Jex-Blake, Elizabeth Garret, —las dos mujeres médicos que habían conciliado contra si todos los odios, burlas y campañas de la mayor parte de los ingleses— unidas a la Sra. *Thorne* y a otras entusiastas de la participación de la mujer en las profesiones liberales, en la vida entera, fundaron un pequeño internado femenino —17 alumnas— para el aprendizaje médico. Les estaba prohibida la práctica en Hospitales, matricularse en la Facultad y aun asistir libremente a las clases; no podían soñar en examinarse. Pero continuaron y, al parecer, el Royal Free Hospital no se asustaba por proceder "ilegalmente" facilitándoles enseñanzas prácticas.

Tres años después —1877— la Universidad accedió a conceder títulos médicos a las mujeres y el Hospital Free fué, desde entonces, hasta ahora, el establecimiento donde las alumnas femeninas de la Facultad de Londres podían exclusivamente ejercitarse. De las 6,000 mujeres inscritas actualmente en el Registro Oficial de Médicos de Inglaterra, más de la tercera parte han cursado sus estudios en el Royal Free Hospital, el cual, en 1946, tenía 489 estudiantes. Todos del sexo femenino ya que en él no se admitía la enseñanza a los hombres al igual que muchas Escuelas Médicas no impartían docencia a las mujeres. Solamente ahora, desde el 1° de Octubre de 1947, todas las Escuelas Médicas, incluyendo el Royal Free Hospital, han de abrir sus puertas, sus cátedras, indiferentemente a los dos sexos.

El Hospital alberga 330 camas y lentamente fué evolucionando hasta su actual especialización en Obstetricia y Ginecología. De ahí que la enseñanza a los estudiantes femeninos de la Universidad de Londres —estudiantes que siguen viviendo en el Royal Free Hospital en su gran mayoría— haya de prestarse también en otros centros: el South London Hospital, que sólo admite pacientes del sexo femenino, Hospital para Cancerosos, el Horton Hospital (Enfermedades Mentales). El Hospital para Neurología, la Clínica Oftalmológica Central, el Hospital Infantil de la Reina Isabel, etc.

Desde su fundación como Escuela Médica Femenina, el Royal Free Hospital edita, dos veces al año, los anales que pregonan su calidad... los cuales —habrá que reconocerlo— no tienen grandes facilidades para difundirse, ni encuentran fácilmente mención en las publicaciones médicas.

MIDDLESEX HOSPITAL.—

El centro cuya fotografía reproducimos al margen, inauguro sus funciones hospitalarias en 1745. Noventa años después ingresó en la Universidad de Londres en calidad de Escuela Médica.

Tiene una capacidad de 600 camas y en él se prestan toda clase de asistencias pues alberga todas las ramas médicas. Es de las pocas Escuelas capaces también de impartir los conocimientos previos (Química, Física, iBología). Aparte de la práctica hospitalaria, enseña la prestación de cuidados médicos ambulatorios, merced a que cada sección posee una policlínica muy acreditada.

Pero es particularmente célebre por su "Estación Anticancerosa". En constante incremento —recientemente inauguró un edificio anejo dedicado en su totalidad al tratamiento por Radium y Rayos X— con una sección de anatomía patológica magnífica, contando, además, con una cierta especialización en la materia del Instituto de Patología Bland-Sutton (que forma parte de la Escuela) y constituye quizás el mejor centro docente de la especialidad.

También debe mencionarse su Departamento de Otorrinolaringología en el cual se presta gran empeño en que los alumnos obtengan una práctica quirúrgica especializada de alto nivel.

Sus dotaciones para la enseñanza están muy modernizadas y posee un magnífico Museo de enorme valor didáctico.

St. MARY'S HASPITAL MEDICAL SCHOOL.—

Se trata de una institución muy moderna, pues las construcciones que verdaderamente la capacitaron para ssu funciones de enseñnza fueron inauguradas en 1933. Actualmente se edifican o instalan otras que han de ampliarla no poco.

Presta enseñanza total; es decir, propedéutica y clínica; imparte cursos de iniciación y de postgraduados. Quienes se matriculan en ella pueden obtener, sin más traslados, todo su aprendizaje. Al menos teóricamente. Pero en verdad, la Escuela Médica está especializada en las disciplinas fundamentales no clínicas: anatomía, fisiología, patología, bacteriología, química patológica, ya que sólo por ellas se orientan los trabajos individuales a que se obligan los estudiantes.

Las instalaciones de estos servicios se citan como ejemplares, por haber sido concebidas para los fines que prestan; gran espacio, perfecta luminosidad, numerosos gabinetes individuales, amplias y diversas salas de conferencias, etc.; p. ej., el Departamento de Anatomía ocupa en total, incluyendo museo, sala de demostraciones prácticas, aulas y gabinetes de trabajo, así como una biblioteca especializada, 560 m². Y el Departamento de Fisiología, en unión del de Patología, poseen un edificio construído especialmente para el albergue de animales de experimentación y las investigaciones en ellos.

Las camas hospitalarias suman 476.

INCREMENTO DE LOS ESTUDIANTES Y MEDICOS DEL SEXO FEMENINO EN LOS E. U. deN.

En la gráfica siguiente, la línea de puntos expresa el porcentaje de estudiantes del sexo femenino entre todos los matriculados, cada año de los que se expresan, en las distintas Facultades y Escuelas de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica. A su vez, el trazo lineal seguido, marca ese mismo porcentaje en el total de indi-

viduos licenciados, graduados de Medicina, en idénticos años.

Resulta:

1º—Que los dos períodos postbélicos —1920, primero y 1946, después— han significado un aumento del número de escolares del sexo femenino, bastante más fuerte en 1946 que después de la Primera Guerra Mundial.

2º—Que, pese a distintas oscilaciones, es evidente la tendencia ascendente de ambas líneas, particularmente a partir del año 1930.

Ahora bien, agrupando las cifras correspondientes por quinquenios y comparando los promedios de aumento de estudiantes de Medicina del sexo masculino y los del sexo femenino, estableciendo esa comparación, repetimos, es como queda más visible el incremento de muchachas entre la masa estudiantil citada. En efecto, admitiendo que el número de estudiantes —de cada sexo— del quinquenio 1930-1934 fuese igual a 100, tenemos que

—en 1935-1939, aumentaron:
los estudiantes del sexo masculino, el 3%, y
los del sexo femenino, el 20%.

—en 1940-1944, aumentaron,
los estudiantes del sexo masculino, el 1%, y
los del sexo femenino, el 2%.

—en el bienio 1945-1946, aumentaron,
los estudiantes del sexo masculino, el 5,3%,
los estudiantes del sexo femenino, el 40%.

Quiere, pues, decirse que mientras la cifra de estudiantes de Medicina del sexo masculino apenas se ha modificado en los últimos veinte años, el número de estudiantes del sexo femenino se ha incrementado, aproximadamente, en una tercera, al menos en una cuarta parte, en cada quinquenio.

Consignemos, por último, la relación existente entre el número de estudiantes de cada quinquenio y la cifra de graduados durante el mismo tiempo. Estos representaron, para el quinquequenio de

1930-1934, el 22,3% de los estudiantes masculinos y el 21% de los fnmeeinos.

1935-1939, el 22% de los masculinos y el 20% de los femeninos,

1940-1944, el 22,5% de los masculinos y el 22,5% de los femeninos; y para el bienio 1945-1946, el 22,6 con relación a los muchachos y el 15,9 con relación a los estudiantes del sexo femenino.

Salvo esta cifra postrera, no hay diferencias sensibles ni entre los sexos ni entre los períodos de tiempo. Puede afirmarse que, la cifra de graduados de cada quinquenio equivale a la quinta parte de los estudiantes matriculados en igual período.

ESCUELAS MEDICAS EN LA UNION DE REPUBLICAS SOCIALISTAS SOVIETICAS

En Rusia, las Escuelas Médicas están agrupadas en cuatro categorías según el número de estudiantes que pueden admitir anualmente, dato en cuya función se determinan las dotaciones de personal, material, servicios auxiliares, etc., etc.

El primer grupo, —cupo anual admitido: 600 alumnos— comprende 13 Institos Médicos:

Moscú (dos), Leningrado (dos), Tashkent, Azerbaidzhan, Kiev, Jarkov, Odesa, Kazan, Gorki, Kazak, Saratov.

El segundo grupo, con un cupo de ingreso anual de 450 estudiantes, abarca: Moscú (para los estudiantes de la República Rusa Federal) Leningrado (sólo para Médicos Pediatras), Dnieperpetrovski, Molotov, Omsk, Kuibyshev, Chelyabinski, Sverdlovsk, Ivanov, Rostov, Minsk, Tiflis, Novosibirky.

Once son los Institutos Médicos del tercer grupo, el cual admite anualmente un máximo de 300 estudiantes: Astrakan, Bashkira, Voronezh, Sinferopolis, Kuban, Stalingrado, Vinnitsa, Stalino, Tomsk, Irkutsk, Yaroslav.

Y, por último, en el cuarto grupo —cupo máximo de ingreso anual: 200 estudiantes— se encuentran los 16 Institutos Médicos siguientes:

Kislovodsk, Arkhangelsk, Dagestan, Ishevsk, Severo-Osentinsk, Starouropolsk, Smolenska, Kursk, Jabaroski, Krasnoyar, Turkomen, Tadjidk, Erivan, Samarcanda, Kirguisa, Chkalov.

En total, cincuenta y tres Instituto Médicos con un cupo máximo —entre todos— de unos veinte mil alumnos de Medicina, anuales. En la relación citada, no se incluyen los Institutos Médicos Militares o Marinos, es decir, los centros de enseñanza médica cuyos alumnos son destinados a prestar servicios profesionales en el Ejército o en la Marina Roja.

LA ENSEÑANZA MEDICA EN CHINA

China —el país de donde proceden los más antiguos estudios médicos— atraviesa actualmente una gran penuria de profesionales médico sanitarios. Se calcula que el país alberga a 455 millones de habitantes y para su cuidado no cuentan —ambas zonas: la comunista y la gubernamental— sino 12,000 médicos. Es decir, supo-

niendo un equitativo reparto a cada médico le correspondería la vigilancia y prestación de atenciones de casi 38,000 habitantes. Si se añade la gran dispersión de los poblados chinos, la falta de comunicaciones y que —como siempre— los médicos están acumulados en los grandes núcleos de población, se puede tener una idea de la verdadera extensión del problema.

Naturalmente, éste se traduce en un afán actual de reformar la enseñanza médica. Se trata de conseguir profesionales que sepan menos, incluso que no sean sino practicantes, pero que sepan algo y puedan encargarse de las tareas imprescindibles para lograr un mínimo vital de atenciones médico sanitarias. En realidad, tal reforma no sería nueva. Pues, de los 12,000 médicos citados, el 40-50% está constituído por individuos cuyos estudios han sido fundamentalmente "prácticos", es decir que han aprendido al lado de "verdaderos" médicos, cuando no de antiguos curanderos. Sin embargo, conviene añadir que del porcentaje restante, una buena parte la constituyen profesionales muy especializados y entendidos.

Una de las razones de tal diferencia de preparación estriba en que las 26 Facultades de Medicina existentes en China, la mayoría son provinciales, o sea, están bajo la dependencia de gobiernos locales autónomos —por no decir, independientes— que prestan muy poca atención a las cuestiones pedagógicas; en cambio el resto, son Facultades sostenidas con subvenciones extranjeras —principalmente americanas— o "nacionales" bien atendidas gracias, una vez más, al apoyo financiero extranjero.

Ahora bien, esas 26 Facultades suman un total —promedio —de 500 nuevos médicos cada año. Si continúan trabajando a tal ritmo, la falta de profesionales jamás será corregida. Es por ello, que

—la duración de los estudios que en las Facultades Nacionales era antes de 6 años, pretende reducirse a 4, y en las Privinciales a 3; antes era de 4 años.

—ambos gobiernos —el comunista y el oficialmente reconocido— han comenzado a preparar una especie de médicos subalternos, cuyos estudios duran entre 8 meses y dos años.

Pero junto a estas medidas, el Gobierno del Generalísimo, ha dispuesto otras que suponen una discriminación económica bien seria y, en consecuencia, una restricción del posible número de estudiantes. En efecto, ha suprimido la subvención, el estipendio —prácticamente: la alimentación— que había venido concediendo a los estudiantes durante la guerra con los japoneses. Y, a la par, ha determinado que los escolares habrán de pagarse sus estudios, si bien dejando un cierto número de becados, los cuales —al recibir su título— han de prestar servicios al Estado, donde se les destine, por un año.

SOBRE LA EDUCACION MEDICA EN ALEMANIA

Hace un año, en el número 14 del vol. 130 del J.A.M.A., *Wilburt C. Davison*, un médico norteamericano, que ya anteriormente conocía los centros docentes alemanes y austríacos, publicó un artículo informativo en consecuencia de las observaciones personales conseguidas durante los meses de su segunda estancia en Alemania y Austria, después de la victoria aliada.

Las manifestaciones de *Davison*, apenas si han tenido repercusión ni en América ni en Europa, salvo —si acaso— en Francia donde por lo menos "La Presse Medicale", en una crónica firmada por *André Plichet*, ha sabido hacer resaltar hasta que punto los defectos palpados por *Davison* son inherentes, por un lado, a ciertas raíces del fascismo y, por otro, a las inmediatas consecuencias de tal régimen.

Sin ánimo de abundar en semejante análisis, sí queremos transmitir a nuestros lectores, un breve resumen de lo escrito por *Davison*.

Todo a lo largo de sus párrafos, el A. se muestra a medias indignado y casi por entero desilusionado. Con un sentido crítico inmediato, es decir, sin profundizar en las causas de lo que observa, *Davison* señala que los principales motivos de la tremenda decadencia de la ciencia médica alemana, son:

—el enorme aflujo de estudiantes hacia las Facultades de Medicina, las cuales, ni se preocupan de seleccionarlos ni desean que su número disminuya, puesto que en igual medida disminuirían los ingresos, sus fuentes económicas de sostenimiento:

—el criterio arrogante, seguro de sí mismo, cierto de poseer la verdad, de no estar equivocados, que exhiben y practican los dirigentes de las Facultades de Medicina y aun los propios estudiantes y sus familiares; postura que lleva a todos ellos a considerar despreciativamente no sólo cuantas críticas se hagan sobre su sistema de trabajo sino cuantos aconsejen una simple revisión de éstos, de las consecuencias y efectos logrados;

—la circunstancia de que la mayor parte de los profesores y catedráticos debían su puesto exclusivamente a su fidelidad política, a su adscripción al régimen fascista, con independencia de cual fuese su verdadero conocimiento y anteponiendo siempre el interés de partido —en lo conceptual y en

ISOFTALMOL DE SULFACETAMIDA

COLIRIO

Solución al 10% de Sulfacetamida Sódica

●

Aplitud de acción y tolerancia muy superiores a la de cualquier otro preparado sulfamídico

Desprovisto de acción irritante y efectos dolorosos

Carencia de efectos secundarios

pH equivalente al del líquido lagrimal

●

INDICACIONES:

CONJUNTIVITIS, agudas y crónicas (gonocócicas, estreptocócicas, neumocócicas, etc.

BLEFARTITIS — QUERATITIS — ULCERAS CORNEALES — DACROCISTITIS INFECTADAS — QUEMADURAS — TRACOMA y sus complicaciones.

Profiláctico en CIRUGIA OCULAR.

PROFILAXIS OFTALMICA DE LOS RECIEN NACIDOS.

●

INDUSTRIAS QUIMICO-FARMACEUTICAS AMERICANAS, S. A.
Av. Benjamín Franklin, 38-42. — Tacubaya, MEXICO, 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, S. A.

LISBOA, 45. MEXICO, D. F.

Regs. Núms. 7627, 7628, 9823 y 9940, S. S. A.

lo práctico— a la verdad y los hechos científicos si es que éstos se hallaban en conflicto con aquéllos;

—la calidad "universitaria" —valga el calificativo, diríamos nosotros— de las enseñanzas impartidas; con tal calificativo, *Davison*, siguiendo a *Flexner*, define al método docente que da predominio, a veces exclusivo, a las conferencias teóricas sobre los adisetramientos prácticos, y, por último,

—haberse estimado de mejores resultados la concentración de los investigadores científicos médicos en Institutos dotados especialmente a tales fines pero separados de las Escuelas, de las Facultades de Medicina.

No cabe duda de que todas las "razones" enumeradas por *Davison* existen. Pero el A. norteamericano no ha querido decir a sus lectores que él escamoteaba la verdadera etiología de los hechos; lo que *Davison* señala como causas de la deficiente enseñanza médica alemana, en su mayoría son ya consecuencias, efectos, de otras "razones" más serias, más profundas; aquellas que pueden expresarse en una sola frase: el régimen fascista exaltador del concepto de razas superiores, y opresor de la libertad.

Davison, aportó unos cuantos sucedidos bien demostrativos. Desde aquel en el cual un "investigador" bioquímico de Heidelberg "nos dijo que él había descubierto un antiséptico que haría época, y cuando le preguntamos si era superior a la penicilina, primero, replicó que era mejor y luego hubo de admitir que no había realizado estudios comparativos... pero que él "sabía" que su droga era más poderosa", hasta aquellos otros, tan repetidos, de profesores —cual *Sauerbruch*— en cuya biblioteca los escasos libros americanos permanecen con las páginas sin abrir. Pero de todos ellos, los de mayor valor son aquellos en los cuales los dirigentes universitarios alemanes se oponen a recibir una ayuda que pueda implicar modificación a sus sistemas, a sus conceptos, alegando como razón suprema, que "así no se hace entre nosotros".

VIII
Noticias y Amenidades

La Oficina de Sanidad del Ejército Norteamericano se ha enfadado mucho —a nuestro juicio, con razón— por la "manía experimental" —¡de alguna manera habremos de llamarlo!— provocada por los antibióticos, usados sin ton ni son.

Allá, todavía "duelen" los "tratamientos" sulfanamídicos y penicilínicos —¡vamos, al decir y nada más!— que se utilizaron, por bastantes profesionales, en los procesos venéreos con el magnífico resultado de crear gérmenes super-resistentes, etc., etc.

Y el enfado viene a cuenta de la estreptomicina; quiere dicha Oficina —y le acompañamos en el deseo— que no se utilice a troche y moche, que no se "ensaye"; por lo menos, donde ya existe otra medicación de reconocido efecto favorable. ¡Ah! y que no se "ensaye" sin fin...

El Ministro de Salubridad británico, al contestar a los belicosos anuncios oposicionistas de *A. Gunn Daiu* —Presidente de la British Medical Association— ha manifestado que la Ley de organización de la Medicina se aplicará con o sin la cooperación de los médicos ya que "está permitida la ocupación de los médicos extranjeros..."

No se teñirá el río de sangre; pero si el Ministro hubiese de ejecutar su amenaza —el empleo de médicos no ingleses— les apostamos a Uds., amables lectores, lo que quieran a que —¡entonces!— los médicos ingleses apelarán a la "solidaridad" y el "compañerismo" de los "queridos colegas extranjeros" a fin de que "no permitan se rompa la UNIDAD PROFESIONAL (desde luego con mayúsculas) etc., etc.".

Solidaridad, compañerismo y Unidad Profesional que ahora —cuando los médicos extranjeros o no pueden ejercer o han de pasar por pruebas sin cuento— no se ve por ningun lado.

¿Verdad que no quieren Uds. apostar ni un centavito en mi contra?

* * *

Alexei Speranski, el Profesor y Académico soviético, entusiasta defensor de la tesis de que "en el curso —y muchas veces, en el origen— de las alteraciones nerviosas, es el sistema nervioso quien ejerce el papel dirigente", cuenta en su haber con un triunfo jamás conseguido en la Historia de la Medicina. En 1944 recibió un premio de 100.000 rublos "por la brillantez de su teoría". La que acabamos de condensar.

* * *

En Suecia los Prof. *Hesvedverg* y *Arne Tiseluis* (el primero, Premio Nobel) han conseguido inmunizar ratas —si bien por poco tiempo— contra el virus de la parálisis infantil. . La vacuna no ha sido ensayada todavía en la especie humana, pero ambos investigadores han manifestado entusiásticas esperanzas por los resultados a lograr.

* * *

La disentería ocupa el tercer lugar en la lista de enmortandad en México.

A los 71 años de edad, en Heerlen (Holanda) en Noviembre del pasado año, murió el Dr. *Hustinx*, uno de los mejores cirujanos holandeses y quien, desde 1939, se vanagloriaba de no haber vuelto a realizar ni una sola intervención bajo anestesia general.

Sus mejores aportaciones fueron sobre traumatismos de rodilla.

Durante la ocupación germano fascista, participó muy activamente en la resistencia contra los invasores y sus partidarios.

* * *

En Londres, ha tenido lugar, con gran éxito, una exposición patrocinada por el Ministerio del Trabajo y el Servicio Nacional de Salubridad. Se exhibían los resultados conseguidos en la recuperación de inválidos por herida o por enfermedad, presentamos casos de todas las profesiones y oficios.

* * *

Pues señor... No sé si habrán Uds. escuchado a la B. B. C. las disertaciones médicas —en castellano, desde luego, no presumo de poliglota—. Si lo hicieron, escucharían en el pasado Enero al Prof. de Cambridge *Lionel Whitby* sobre las "Complicaciones hematológicas derivadas de la energía atómica". Bueno, basta con el titulito para el comentario. Que se resume en aquello de "Aun no asamos y ya pringamos".

* * *

El 27,5% de los árabes de Palestina están infectados con Endameba histolítica. Y de aquellos que causan ingreso hospitalrio por su amebias, el 0,27% sufren complicaciones hepáticas.

* * *

¿Cuáles son los móviles que impulsan a una persona a cometer un crímen? ¿Desempeñan algún papel, al respecto, el medio ambiente y las calidades hereditarias? ¿Deben considerarse como anormales todos los criminales?

He ahí las preguntas —oh ¡siglo pasado!— que habrá de contestar una nutridísima y destacadísima comisión —y sus respectivas subcomisiones— de criminólogos, sociólogos y médicos suecos.

Si desean Uds. ponerse en comunicación con ellos (para enviarles material p. e.) podemos proporcionales la dirección postal.

* * *

En Nueva York, la mortalidad por cáncer, desde 1931 a 1941,

—aumentó en un 10%, en los hombres, y

—disminuyó, en un 6% en las mujeres.

* * *

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

LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA

PRODUCTOS "CUSI"

EN OFTALMOLOGIA

...ANTES Pomadas "Cusi" (17 formulas)

...AHORA ISOCOLIRIOS "CUSI"
Soluciones acuosas, con pH cuidadosamente estudiado para cada caso. Envases especiales que no permiten la entrada del aire.

Y

...SIEMPRE

Productos "CUSI"

Elaborados por

LABORATORIOS MAC'S, S. A.

Avenida Morelos 44. - Ramos Arizpe, Coah.

Representantes: QUIMICA Y FARMACIA DE MEXICO. - S. A. de C. V.

México, D. F. - Laurel 34

Tel: Eric. 16-31-03

Se ha calculado que solamente en Holanda, se precisan más de Trescientos mil aparatos prótesicos para los mutilados de miembros inferiores que han dejado la guerra y el fascismo.

Por cierto, el Comité Internacional de la Cruz Roja tiene en estudio un proyecto a fin de que en la construcción de las prótesis se utilicen los metales ligeros que puedan recuperarse de los restos de miles de aviones destruidos, esa "vegetación" tan facil de hallar en cualquier campo europeo...

Si se lleva a la práctica tal proyecto, proponemos que las fábricas de aparatos protésicos con semejante materiol, utilicen también en sus Marcas de Fabricación, los versos referentes a Juan de Mañana. Aquello del Hospital sevillano... "pero antes hizo los pobres".

* * *

Durante el último semestre de 1946, las regiones soviéticas que hubieron de sufrir las destrucciones fascistas, han recibido medicamentos e instrumental por valor de cuatrocientos millones de rublos.

* * *

El Prof. *Rouzicka* de la Escuela Politécnica de Zurich que fué Premio Nobel, de Química, en 1939, es yugoeslavo y ha visitado recientemente Belgrado en calidad de Huesped de Honor de la Universidad. Y bien, una de sus conferencias ha tenido un título que debe haber hecho enfermar a los espíritus de aquellos sabios "necesariamente gruñones y austeros" tan frecuentes medio siglo atrás: rezaba así: "Cómo gane el Premio Nobel".

La verdad, también a nosotros nos "extraña" tal enunciación. (Y, al oído, un diablillo maldito cuchichea: 'Los años, amigo, los años..." Puede que tenga razón.

* * *

En términos epidemiológicos se da el nombre de "cohortes" al grupo de generaciones que pasa por idénticos momentos sociales, patológicos (epidemias, etc) durante todo su vivir.

* * *

Los vegetarianos están de enhorabuena. Sí; en la Industria Farmacéutica, la ternera va siendo desplazada por... el pino. Pues la colesterina (materia prima obligada para la obtención de diversas hormonas y otras substancias) que se extrae de la médula espinal de la ternera —principalmente— comienza a sustituirse al menos para muchos usos, por la fitoesterina, n producto derivado do de los pinos.

Dejando al lado alusiones más o menos irónico envidiosas, muy fáciles, la verdad es que tales trabajos son bien laudatorios. Se ha logrado un nuevo eslabón en la cadena de productos químicos forestales. El éxito débese a la Compañía Sueca de Celulosa y a la casa A. B. Pharmacia de Estocolmo. La primera desde hace ocho años venía persiguiendo la obtención de fitoesterinas en gran cantidad (el conocimiento de su existencia es muy antiguo) pero unicamente lo ha conseguido en 1946. La segunda, la empresa farmacéutica, es quien ha elaborado ulteriormente las fitoesterinas hasta producir substancias hormonales, mediante procesos sumamente complicados.

* * *

A propósito: No hace mucho, un Gerente de una Empresa Farmacéutica —que solamente importa— conversando con nosotros —eramos tres médicos, entre ellos una personalidad bien conocida— al hablar de una indiscreta campaña de boicot que en cierta ciudad hicieron los dirigentes de una Asociación Médica ante la negativa del industrial intermediario a prestar auxilio económico a un Congreso (o a una Revista, no recordamos bien), supo dar tal matiz a su relato, a sus quejas, que salimos convencidos de que tal Empresa hacía un favor a los médicos dejándoles recetar los productos que elabora.

Dirán Uds. que lo anterior:

—ni es noticia,

—ni puede calificarse de amenidad.

Tienen Uds. razón. Pero, jugando a Gerente Importador, diré: "Mientras me dejen..."

* * *

Fernando Widal, cuando propuso la reacción serodiagnóstica que lleva su nombre, no habia cumplido los 34 años de edad y era un modestísimo agregado de Cátedra.

Y aprovechamos la cita para recordar que el cincuentenario de tal descubrimiento —uno de los más útiles a todos los médicos— pasó sin mención, salvo en la prensa profesional francesa. *F. Widal*, hizo la primera comunicación sobre un método de diagnóstico de Fiebre Tifoidea el 26 de Junio de 1896.

* * *

Ese año —1896— fué bien glorioso para los médicos parisinos. Pues además de la aportación de *Fernando Widal*,

—*Carlos Achard* —el 21 de Noviembre, ante la Societé de Biologie—, y en colaboración con *Bensaude*, describió por primera vez los procesos paratifoideos (el bacilo aislado, respondía al tipo que, más tarde, fué designado como paratifoideo B); y

—*Enrique Roger*, comunicó la primera fase de los trabajos que le llevaron —tres años más tarde, en unión de *Charrin*— a descubrir el fenómeno de *Roger-Charrin*: la aglutación sérica de los microbios.

¡Muy lejos todo, ¿verdad? ¡Y sólo cincuenta años!

* * *

Y ya que hablamos de cincuentenarios, recordemos que a fines del año de 1895 *Röntgen* llevó a cabo en su laboratorio algunas experiencias con un tubo de rayos catódicos del tipo *Crooker*". Estos estudios los resumió en una comunicación que presentó a fines de Dic. de 1895 a la Sociedad Físico-Médica de Wurzburg con el título de "Sobre una clase de rayos. Informe preliminar".

Este mismo trabajo lo envió a alguno de sus colegas el día de año Nuevo de 1896. Su lectura produjo una gran sorpresa seguida de enormes alabanzas y rápidamente se conoció internacionalmente tan trascendental descubrimiento.

Röntgen continuó sus invetigaciones y el 9 de Marzo de 1896 presentó su segunda memoria. El 16 de Marzo de 1897 presentó un tercer informe a la Academia Prusiana de Berlín.

Estos tres informes son el punto de partida del desarrollo de este medo de diagnóstico que en estos cincuenta años ha alcanzado tan enorme desarrollo y esplendor.

Apenas se concibe hoy, disciplina alguna médica o quirúrgica que no se vea precisada a utilizar este ele-

mento de diagnóstico que podemos calificar de imprescendible.

En muy pocos años, en estos veinticinco últimos las técnicas y los aparatos han mejorado enormemente. Entre las radiografías de hace veinticinco años a los actuales media un abismo de precisión y nitidez. Cuantos síndromes no hubieran podido ser descritos sin el concurso de los rayos X.

No solamente, debemos a las invetigaciones de *Röntgen* este precioso medio diagnóstico tambien, le debemos la terapéutica radioterápica de la que tan magníficos resultados se han obtenido. Día a día las técnicas y aparatos de la terapéutica radioterápica se han ido superando. La potencia de los aparatos de hoy tampoco es comparable a la de hace muy pocos años.

Recordemos en estos días al sabido Prof. de *Wurzburg*, al que tanto debe la medicina especulativa y aplicada. El fruto de sus trabajos no ha podido ser más espléndido, ya que una gran parte del diagnóstico y terauéutica quirúrgica están asentados firmemente en su genial descubrimiento.

* * *

Desde 1944, en la Universidad de Ohio (E. U. N.) *Dwight Delong*, con la ayuda de 5 entomólogos, comenzó a estudiar ciertas costumbres de los mosquitos. Se trataba de investigaciones a utilizar en las medidas de protección a las tropas americanas en su lucha contra tales insectos. El pasado año, "Newsweck", el hebdomadario informativo ha publicado algunos resultados del estudio en cuestión. Parece que

—a los mosquitos, a la hora de picar, les atrae más un cuerpo sudoroso que otro seco (y conste que no hacemos propaganda de ningún desorodante),

—prefieren los colores obscuros, mates, a los colores brillantes (en fin, no les gusta la modestia o discreción),

—se excitan por el ácido carbónico exhalado;

Y ahora —para justificar lo de "Amenidades"— añadiremos "puritito chismorreo" sobre su vida privada; diremos que:

—tanto el macho como la hembra, pican. Pero sólo esta chupa, (sin comentarios, amigos),

—el macho, únicamente se siente atraído por la hembra cuando esta vuela. Con la particularidad de que "exige" gran constancia en el ruido que la hembra vaya produciendo; si la sonoridad del vuelo femenino, se hace más alta o más baja, el macho se desinteresa.

* * *

Al parecer sigue dando buenos resultados el nuevo tratamiento del cólera propuesto en 1945 —y en vigor desde entonces en la India— por el médico de la Marina de Estados Unidos, *Auberson*. El método se reduce a transfusiones de plasma que contiene, en suspensión, sulfadiazina.

* * *

En el "Boletín del Servicio Médico Nacional" el Dr. *Esteban Kemeny*, de Chile, publica el siguiente:

"Decálogo de alimentación del empleado en reposo".

1°—La buena alimentación es la base de nuestra salud.

2°—Para que no falte nada, basta comer de todo.

3°—El alimento de alto precio no siempre tiene alto valor.

4°—Todo el mundo sabe comer, pero muy pocos saben alimentarse.

5°—Comer bien no significa comer en exceso.

6°—Mastique bien y cuide su dentadura.

7°—Para quitar la sed no hay como el agua pura.

8°—Sólo el médico puede prescribir un régimen.

9°—Detrás de un plato secillo, hay muchas horas de trabajo.

10°—Muéstrame como comes, y te diré quien eres.

Con toda clase de respetos a nuestro colega...: debería suprimir los puntos 6° y 8° y, enseguidita, poner música a los restantes.

* * *

El primer médico pagado totalmente por una institución oficial inglesa, fué *Guillermo H. Duncan*, a quién nombró Oficial Médico de Salubridad el Municipio de Liverpool.

Esto, sucedió el 1° de Enero de 1847. Cien años despues el Gobierno Inglés, ha decidido pagar a todos los médicos en ejercicio. Y esta manera de "celebrar" el centenario ya sabemos lo mal que les está sentando a nuestros compañeros ingleses.

* * *

Eloesser, el Prof. de San Francisco (mejor fuera decir, el "Maestro de Humanidad") ha permanecido más de un año en China. Como siempre, enseñando, "dándose", ofreciendo el ejemplo de una vejez inquieta por saber donde podrá ayudar y sin otra preocupación personal que su cigarro. (Aun le vemos en aquel frente de Aragón, al que hubo que llevarle para calmar la indignación que le provocó su primer destino en un Hospital de la retaguardia. Bombardeaban los falangoitalogermanos a razón de un día sí, y otro también; nuestro buen "viejito" corria siempre por dos maletitas, a salvarlas pasase lo que pasase. Y no pasamos nosotros pocos apuros — curiosos más allá de las baterías antiaéreas — hasta conseguir averiguar qué "tesoro" encerraban las valijas preciadas al extremo de no permitir que nadie le ayudase a llevarlas. Pero, al fin lo supimos: ¡tabaco, simple y exclusivamente tabaco! Mexicano, por más señas.

* * *

El recuerdo ha surgido leyendo una carta de *Eloesser* publicada en "Temas de Tisiología" el órgano del Instituto correspondiente de la Universidad de Cordoba (Argentina). De cuya carta no perdemos el tiempo copiando:

"...Nos hemos peleado mucho con nuestros colegas chinos, pues ellos, igual como cierta otra gente, no entienden ni quieren entender que lo que más les importa, lo único que debe importarles es la Sanidad Pública, la mejoría de la economía del pueblo, el darles de comer y donde abrigarse, las infecciones, la epidemiología, la protección de la madre y la infancia. No, más les interesa a ellos la electroencefalografía, las neumonectomías y otras prestidigitaciones que interesan al operado y a los periodistas de los suplementos dominicales, pero al bienestar del pueblo... ¡ni un bledo!"

* * *

¡Ah! Cuatrocientos cincuenta y cinco millones de chinos, son atendidos (¿¡ !?) por doce mil médicos. Y las 26 Facultades de Medicina que funcionan, "producen",

en total, quinientos nuevos médicos por año. Todo lo cual no ha detenido al Gobierno nacionalista para suprimir, a partir de 1946, la Enseñanza gratuita, el modestísimo estipendio —sin eufemismos: tres platos de arroz y vivienda— que proporcionaba a los estudiantes de Medicina... durante la guerra. Es más, ha establecido, al estilo preguerra, el pago de matrículas, etc., de suerte que realiza una discriminación "económica". Completada por el hecho de que "sus" médicos —los poquísimos que restan servicio al Estado— son los peor pagados.

Cuando le escuchábamos todo esto al profesor *Eloesser* —amable sobremesa, buen café, rústica mesa en un patio estrecho, en parte descarnado de sus losas— pensábamos que ahí, en lo que él decía, estaba la razón esencial de ese "no entender, no querer entender" de los colegas chinos.

* * *

Pero en fin, terminemos con otra carta. Viene de Montpellier y Francia, transcribimos algunos de sus párrafos con la esperanza de que nuestros lectores las atiendan:

"...y como mis 64 años y, sobre todo, las vicisitudes sufridas, se han llevado la fuerza física necesaria para aplicarme a un oficio manual, pues aquí me tiene usted teniendo que vivir —¡si esto es vivir!— y ver como "vive" mi pobre Teresa —¡dos años más que yo!— con tres mil quinientos francos al mes... cuando a diario se precisan, por lo menos, quinientos..."

"Pero antes que nada, ¡por favor! enviíeme libros... Libros de mi especialidad (¡que amargura siento al escribir "mi"!), de Puericultura y Pediatría... Revistas, libros. Puede que usted no lo crea, pero he llorado leyendo el primer número de esa Revista; tenga presente que en Barcelona dirigí muchos años la "Revista Médico-Sanitaria" y los "Archivos de Medicina Infantil"... Y ya que no puedo ejercer, ¡siquiera leer, saber lo que escriben los demás..."

Sabemos, sé, que el final de estas Noticias y Amenidades es muy amargo. En tu mano está, compañero de ese viejo médico que tiene hambre y pide... ¡libros!, en tu mano está hacerle más alegre. Remite a nuestra Redacción aquello que puedas remitir. O, si prefieres hacerlo directamente, pídenos la dirección.

IX

Crítica de Libros

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE L'AVITAMINOSE C CHEZ L'HOMME.—*Joaquín Viñas Espin.* —(Maloine.—Paris, 1946).

Se trata de un pequeño folleto (pág. 46) recogiendo el trabajo que, en 1942, obtuvo el Premio *Pourat* de la Academia de Medicina de Paris.

Está dedicado "a los españoles exiliados e internados en el campo de concentración de Saint-Cypren" y, en verdad, que el motivo es claro: el estudio fué realizado con los allá refugiados, uno de los cuales era el propio A. de la memoria.

Viñas, es uno de los más preclaros valores de la intelectualidad médica catalana que prefirió cualquier rigor de la expatriación —mejor dicho, de la injusticia y ceguera humanas— a la molicie de una tolerancia para con el dictador español. La base de los conocimientos de *Viñas* es netamente francesa y su obra lleva el sello típico, la construcción clínico-didáctica de las escuelas médicas de tal país.

Su material ha sido, para nuestra desgracia, bien abundante. Agrupado según el síntoma o síndrome dominante, cimenta un perfecto recorrido bibliográfico y no pocas sugestiones patogénicas, no pocos intentos de explicación de tantas y tantas cosas todavía no bien conocidas. Justamente en ellas, revela *Viñas* sus características: modestia, profundidad en el análisis y decidida abstención de todo cuanto pueda ser "mera teoría" sin fundamento o reflejo práctico.

El folleto está bien presentado, cuidadosamente escrito en flúido francés y recomendándole a nuestros lectores, confesamos una gran alegría: la de haber encontrado a un viejo amigo, como donde debía estar, como hubiera estado siempre sin una insurección criminal.—*Diez Fernández.*

TERAPEUTICA CLINICA.—*Harry Beckman, M. D.* Profesor de Farmacología de la Marquette University, Milwakke Wisconsin. Traducción de la quinta edición original dirigida por el doctor Ramón Bertrán. Editorial Interamericana, S. A., México. Distribuidores The University Society. Un tomo de 1.225 páginas. 1946.

El profesor *Beckmann*, gran autoridad en cuestiones de Farmacología, siguiendo la trayectoria de *Gastón Lyon* y de *Martinet* ha publicado, con el mismo título una "Terapéutica Clínica", que ha tenido un gran éxito en los Estados Unidos. La quinta edición, ha sido vertida al castellano, por Editorial Americana, bajo la dirección escrupulosa y competente del doctor *Ramon Bertran.*

La utilidad de este tipo de libros, es inmensa, si reúnen la condición de que su terapéutica esté fundamentada en una correcta doctrina patológica. Principalmente, para el médico no especializado, que ejerce su profesión, en medios aislados, en que es muy difícil conseguir bibliografía actual, y tiene que estudiar a sus enfermos entre el tráfago de una consulta multiforme y polifacética, y por lo tanto dispone de poco tiempo, un tratado como el que analizamos, rinde verdaderos servicios.

La Terapéutica Clínica de *Beckman*, no es un simple "Libro de cocina", al modo de los formularios del tipo del *Herzen*, al cual considerábamos como nuestro libro de horas, al comienzo de nuestra práctica médica. Mas tarde vimos, por propia experiencia, que el aluvión de recetas, proyectadas sin discernimiento, no tiene valor para el médico agobiado por la práctica profesional diaria. Antes bien, contribuye a desorientarlo, la profusión y diversidad de técnicas y procedimientos a veces dispares y contrapuestas, entre las cuales, no tiene criterio para realizar la elección el profesional, impreparado.

En cambio, en el *Beckman* siguiendo la pauta ya establecida por sus predecesores *Gaston Lyon* y *Martinet*, al tratar de cada entidad nosológica, se abre el capítulo, por una información de la patología de la enfermedad de que se trata. El estudio, aparece expuesto de una manera lo más completa posible dentro de la concisión que exije el presente libro. Una vez expuesta la doctrina imperante en le momento actual, de una manera clara y precisa, hace una sucinta relación de los fármacos y medios terapéuticos que pueden emplearse. Realiza a continuación un estudio crítico de los métodos expuestos para decidirse por el que a su juicio tiene más probabilidades de éxito.

Al aconsejar un tratamiento, sin desdeñar los procedimientos clásicos, incorpora al acervo actual todo el arsenal terapéutico moderno, sin que por ello supervalorice los recientes descubrimientos. El buen sentido del autor, campea a través de toda la obra y este es su mayor mérito, puesto que permite al consultante encontrar siempre una orientación correcta para resolver el problema de que se trata.

En esta quinta edición norteamericana y primera castellana, aparecen una porción de entidades patológicas cuya personalidad ha sido destacada durante la gran guerra que acaba de terminar. Así mismo, se encuentran en esta edición, no solamente enumeradas todas las novedades farmacológicas que han aparecido durante estos últimos años, sino que además, van acompañadas de un juicio certerísimo y personal del profesor *Beckmann*, sobre su empleo y propiedades. Insistimos, en que precisamente, esta nota de criterio personal del autor al tratar de cada asunto es lo que más valor da al libro. Además, como se trata de una obra realizada por un solo autor, existe una homogeneidad en el texto, que contrasta con las divergencias y aún contradicciones que se observan en las obras escritas por varios autores.

El orden en que se desenvuelve la materia, es como ocurre en esta clase de obras un poco arbitrario. En el *Beckman*, comienza por un capítulo completísimo de enfermedades infecciosas. El capítulo, está muy cuidado y se han incluído en el, no solamente algunas infecciones poco conocidas como la fiebre de Volhynia y otras fiebres ricktesianas, sino que además, se han revisado cuidadosamente las concepciones patológicas actuales de determinadas infecciones. Tal ocurre, por ejemplo, con los cuadros meningíticos epidémicos. A este propósito, al estudiar las meningococias, se citan los síndromes de *Wateerhouse Friedrich*, cuya bibliografía es muy moderna. Así mismo, la Terapéutica de este capítulo está perfectamente lograda, sin descuidar el menor detalle ni la más mínima innovación digna de anotarse.

Siguen después dos capítulos de infestaciones parasitarias, unas por tramatores y otras por vermes. Ambos, ca-

pítulos muy completos y perfectos desde el punto de vista do diagnóstico y terapéutica.

Existen unas cuantos capítulos clásicos, en los que se enumeran las enfermedades más corrientes por aparatos y sistemas. Todo ello como en anteriores capítulos muy cuidados y llegando a agotar el tema y ponerlo completamente al día.

Además de estos capítulos, que hemos calificado como clásicos, encontramos varios capítulos originales y cuyo estudio es utilísimo. Nos referimos al capítulo en que se estudian los trastornos causados por el calor excesivo. Aparte de los conocimientos ya establecidos se estudian todas las perturbaciones, que el calor produjo en los Ejercitos de Africa y que hasta la fecha eran muy poco conocidos.

Otro capítulo original es el de la Geriartría. La patología de los viejos, es muy interesante y poco conocida, porque en general, los libros que se manejan no se preocupan gran cosa de este asunto. Y sin embargo, el problema es no solo real sino delicado y grave. Por ello, es de un interés extraordinario, primero dar fe de vida, de un problema y además tratar de resolverlo.

Otro capítulo que se debe de destacar es el de quemaduras y shoc. Ambos problemas se tratan en los libros corrientes según normas de principio de siglo. Por ello, observamos gran número de errores en el tratamiento de éstos síndromes. Estos errores, no son en modo alguno imputables a los prácticos, sino, que se deben exclusivamente a los tratados que corrientemente manejan los profesionales. En cambio, en la obra de *Beckman*, estos asuntos están tratados y resueltos con el criterio actual, y apelando a los procedimientos técnicos más modernos.

En resumen se trata de un libro, que debe de figurar entre las obras de trabajo, tanto del médico general que tiene que atender una consulta multiforme, como en la del médico especializado, que ha de verse sorprendido ante una lesión o enfermedad asociada en pacientes afectos de su especialidad. Gracias a ésta obra podrán, tanto uno como otro, informarse rápidamente, y sobre todo, adquirir una orientación bien cimentada.

Por lo demás, la obra está muy bien presentada y la traducción supervisada por el doctor *Bertrán*, ha resultado perfecta y leal.—*Joaquín D'Harcout.*

ELECTROCARDIOGRAFIA. — *Rudolf Zuckermann.* — (Instituto Nacional de Cardiografía. 1946).

Brillantemente editado nos entrega este libro el Instituto Nacional de Cardiología, uno de los centros guía y orgullo de la Medicina Mexicana, con la ieda —habla el A., *R. Zuckermann*— de "facilitar, a los estudiantes y cardiólogos, la consulta preliminar de datos y teorías..." partiendo de "un resumen de la electrocardiografía, escrito en estilo telegráfico".

Sin duda alguna, las 105 páginas de texto contienen materia suficiente para un volumen muchísimo mayor, por lo cual resulta cierta la advertencia del estilo telegráfico. Y, ciertamente, la única objección que podemos hacer a la obra, se refiere a su concepción. No estamos convencidos de que sea totalmente eficaz, al menos para los estudiantes, para los médicos no especializados. Es innegable que muy buena parte de los profesionales carecen todavía de las normas básicas imprescindibles para la correcta interpretación de un electrocardiograma y, posiblemente, una de las raíces de tan persistente desconocimiento ha de buscarse en la aridez de semejante estudio. Claro está, a su vez, adentrarse por la electrocardiografía resulta árido en virtud de faltar lo que acostumbramos a llamar "enseñanza preclínica". Para nadie es un secreto que las disciplinas de tal tipo y calidad ni se estudian ni se exigen en la amplitud hoy día imprescindible para dominar la Medicina. Quizás tenemos una impresión desfavorable exagerada, más nos parece que existe un franco "terror" a cuanto semeja datos geométricos, algebráicos, etc., etc., justamente la semejanza de cada página del libro escrito por *Zuckremann.*

Quiera, pues, decirse que acabamos de expresar el temor de que la obra no sea comprendida —mejor dicho, abordada— sino por los ya especializados. ¡Lástima grande si sucede así! *Zuckermann* —hombre de gran sentido clínico— ha elegido la vía mejor para su sinopsis y quienes no se "asusten" por las fórmulas, los triángulos, las elipses, en una palabra, por lo que decíamos antes, al finalizar su lectura, encontrarán que poseen el método, el sistema, permitidor de valoraciones correctas en una curva electrográfica. Método, sistema, difíciles de encontrar en otros libros semejantes de muy distintos autores. Estos, han preferido presentar ejemplos, mientras que *Zuckermann* ha creído mejor "enseñar a crearlos". Pudiéramos decir que los otros autores han dado marcos, molduras donde el médico no especializado podía ir acomodando el electrocardiograma hasta encontrar un encaje perfecto. *Rudolf Zuckermann*, en cambio, demuestra como se llega a tales marcos, qué es lo ocurrido para que se logren. Indiscutiblemente este proceder es más didáctico que aquel. Y más práctico, pues sabiendo "lo que pasa" podremos siempre estimar "lo que ha de pasar" y "lo que pasó".

Por eso mismo, por ser muy apropiado el criterio fundamental del libro, hubiésemos querido verle más atrayente. No recordamos ahora quien ha dicho que los "médicos hablamos mal y escribimos peor", afirmación que no siendo totalmente cierta, encierra, sin embargo, algo de verdad... que debe explicarse. A mi juicio, la explicación está en que hablamos y escribimos sobre "hechos" y transformar estos en palabras ni es fácil ni resulta ameno. Tenemos mucho miedo —bien justificado— de que cubriéndolos con frases... resultan deformados, no tan ciertos cual los hemos observado o debemos verles. Pero no conviene tampoco presentarles tan escuetos como son pues corremos el riesgo de que aparezcan cual árbol seco en un páramo; esto es, inhóspitos. Y de nada sirve alegar que la sequedad es aparente; solamente el entendido acertará a ver —a saber— cuantas corrientes de savia corren en el trono ficticiamente muerto.

Escribo todo lo anterior sabiendo que la obra ha tenido un envidiable éxito de venta en todo el continente americano, lo que demuestra el profundo valor de sus páginas y la oportunidad de publicación. He ahí —en la difusión lograda— un claro ejemplo del nivel alcanzado por el Instituto Nacional de Cardiología, centro tan vilmente depreciado —mejor dicho, tan aparentemente depreciado, pero sólo para ocultar rastrera, impotente envidia— por ciertos mexicanos. Y he ahí también otro motivo de orgullo para *Rudolf Zuckremann*, emigrado político entregando todo su trabajo y saber, todo su esfuerzo, a lograr la mayor difusión y gloria de la Medicina Mexicana. En tanto, el doctor *Domingo Couch Vázquez*, que se "honra perteneciendo a la Sociedad Médica Yucateca", es lo más probable que no haya sentido pudor escribiendo el siguiente párrafo:

"En la Capital de la República hay un flamante Instituto de Cardiología, que hicieron médicos-políticos encumbrados, para los ricos y para que los próceres en turno no se sigan yendo a Rochester".

Seguro, ¡como no!, el citado "colega" (!) cree que "así" hace patria y labora por la ciencia médica mexicana. Seguro, también, que se indignará leyendo que "el

político, es él". Bueno, pues conste la diferencia.- *Diez Fernández.*

SELECCION DE TRABAJOS DE LA CLINICA MAYO Y LA FUNDACION MAYO.—Traducido al castellano por varios doctores, bajo la dirección del doctor *Alberto Folch y Pi.*—(The University Society.—México-Nueva York. 1946).

En un volumen perfectamente presentado y de más de 1,100 páginas, aparece ahora en castellano una selección de los más importantes trabajos efectados en la Clínica Mayo y publicados en distintas revistas profesionales americanas, durante los años 1939 a 1944, ambos inclusive. Pero caería en un error quien creyese hallarse solamente ante una recopilación, por muy alto valor que la concediese.

Caería en un error por dos razones esenciales. En primer lugar, reunir en un sólo volumen los trabajos de cinco años implica entregar todo lo preciso para trazar el perfil evolutivo, la linea general de adelanto, de progreso en la resolución de los problemas que, año tras año, han sido estudiados. Sabido es que durante tal período siempre unas mismas cuestiones han preocupado esencialmente al menos, el ánimo médico; observar cuan insensiblemente, en general, se han modificado algunos de los conceptos mantenidos en 1939, y, sobre todo, cuàles han sido los mecanismos de esa modificación equivale, por un lado, a valorar todo lo que "hoy" hacemos, y pensamos, y, por otro, prácticamente más substancial, permite recoger ya cerrados los nuevos eslabones del conocimiento médico, aquellos vistos forjar.

De ahí se deriva la segunda razón: leer la obra que comentamos... es igual que repasar los capítulos más importantes de la patologia humana, principalmente de la médica. Cuando una recopilación tiene esa consecuencia, es evidente que no puede considerarse, simplemente como tla. Es más ajustado a la verdad, al verdadero papel de la obra, decir que se trata de un Compendio para enseñanza de postgraduados.

Ahora bien, digamos rápidamente que ello en gran parte se debe a quien supo seleccionar los traductores. De no haberse obrado con un criterio justo, lo más probable hubiera sido caer en un mosaico sin valor. Pues ninguna de los dos calidades señaladas antes pueden conseguirse si, a través de todos los trabajos —tan diferentes— no existiese un mismo espiritu, un sólo hilo de enlace: una misma concepción sobre los puntos fundamentales, sobre los conceptos básicos, cosas ambas que únicamente se logran sobre preparaciones parejas, partiendo de raíces comunes. Es suficiente leer la lista de traductores (*Barnes, Bertrán, Bolívar, Costero, Folch, Germán García, De la Garza Brito, Giral, Guardiola, D'Harcout, Dionisio Nieto, Osorio Tafall, Pérez Lías, Priego, Puche, Rivas Cherif, Torre Blanco*) para comprender que calidades han servido de trazo común. Por un lado, la circunstancia de que todos ellos son especializados en el único sentido admisible: en el práctico; es decir, sin que sus lecturas, las bases teóricas de su práctica especializada se circunscriban a la especialidad; pudiéramos decir que la vida, los enfermos, etc., les llevaron a la especialidad y no fueron ellos quienes hacia ella se orientaron con exclusividad. Por otro lado (y no quisiéramos se interpretara mal, maliciosamente al menos, lo que vamos a escribir) se trata de personas con formación fundamentalmente europea en cuanto esto significó —precisamente en la época a que pertenecen la mayoría de ellos— esencial cuidado en adquirir las bases preclínicas del conocimiento médico, en "no salir a flote sin antes bucear por las corrientes biológicas siempre escondidas bajo los hechos y el saber de la medicina en ejercicio" (*G. T. Dain*).

No sé si caeré en pecado mortal ante estos a los otros "chovinistas". Incluso ignoro si he sabido apreciar justamente las cosas o, por el contrario, mi propia formación obró cual prisma deformamente. Pero la verdad, (¿mi verdad o la de otros muchos, también?, esa es la duda) es que, hasta hace un par de décadas, las realizaciones de la medicina americana, de sus escuelas de investigación, carecían de aquello absolutamente necesario para lograr una eficacia en la mente de los demás: *capacidad de síntesis.* En ningún lugar del mundo se acumulaban —y se provocaban— los hechos tan ingentemente cual en los estudios de nuestros colegas del Norte. Pero leer sus revistas profesionales era como si al vaciar un canasto de vendimiador cayesen desgranadas las uvas; faltas de racimo, unas a otras se aplastaban y captar una de ellas implicaba dejar en el montón restante aquellas otras que se engendraron a su par. De ahí que, en verdad, no existiese una ciencia médica norteamericana, pese a la maravillosa contribución de cualquiera de sus escuelas. De ahí, la ausencia de "estilo", de proyección científica lejana —aunque tuviesen inmediato reflejo práctico— de muchísimo de lo efectuado por los norteamericanos hasta finales de la crisis económica que siguió a la primera guerra mundial.

Mientras tanto, la característica de las escuelas médicas europeas —abstracción hecha de Inglaterra— era tradicionalmente de síntesis. En ello se habían especializado los centroeuropeos y, en fin de cuentas, tal especialización (hermanada con factores políticos de los que no queremos ocuparnos ahora) vino a marcar la decadencia de esas escuelas. Cayeron en el error opuesto: construir edificios sin el cimiento de los hechos, o al menos con muy pocos de estos en la base de teorías, quizás de atrayente perfil.

Pero quienes se educaron antes de surgir tal degeneración del sistema, —cual el grupo de traductores señalado— aprendieron la "técnica", el modus faciendi, y, en consecuencia, saben engranar los hechos, escoger aquellos cuya significación es más evidente. De ahí que, al leer la recopilación, la selección que cada uno ha hecho, se encuentre y la unidad de criterio a que ya nos referimos y la falta de cuanto sería ferragoso e inútil, hoy por hoy.

Se me dirá que la selección previa no ha sido realizada por ellos y sí, por el Departamento de Publicaciones de la Clínica y Fundación Mayo. Sí claro; ya hemos hecho constar que desde veinticinco años atrás, la medicina americana aprendió a sintetizar (lo cual requiere, primero de todo, seleccionar). Más de poco hubiera servido escoger los trabajos que debían traducirse si, al convertirlos a otro idioma, no hubiese continuado esa misma labor de selección, de resumen. Tanto más cuanto que, dentro del libro, la ordenación ha sido puramente cronológica. Casi estamos seguros de que la idea de encabezar la obra con un índice por materias procede del grupo de traductores, de su coordinador.

Pero, en fin, esto es lo de menos. Lo verdaderamente importante es que la obra comentada, es, a nuestro juicio, una de las más valiosas que han visto la luz en los últimos tiempos. La recomendamos a todos los médicos conscientes de que nos lo agradecerán quienes la lean y estudien.

Particularmente deben resaltarse unos cuantos trabajos, referentes a la patología hepática ("El hígado y los progresos de la Medicina", de *F. C. Mann*, "Análisis de 200 casos de cirrosis porta", debido a las plumas de *R. G. Fleming* y *A. M. Shell*, "Nuevos conceptos en materia de cirrosis hepática", escrito por *G. B. Tayloe* y *H. R. Butt*, etc.), los cuales dan perfecta síntesis de cuanto, en este

terreno, se ha logrado en los últimos años. Igual sucede con muchas de las aportaciones relacionadas con quimioterapia, con los transtornos sanguineos y del árbol circulatorio, con las afecciones de los órganos genitourinarios... Quizás el aparato respiratorio y las infecciones en general sean las ramas médicas menos atendidas por los investigadores de la Fundación Mayo, mejor dicho, por la selección de trabajos que ahora se nos presenta en castellano. Y aún así, en el volumen figuran buenos trabajos sobre tuberculosis (renal y prominoterapia, principalmente) sobre sífilis, y más extensamente, sobre neumonía; también se ha incluído una revisión de los problemas del sarampión.

Y, claro está, una muy buena parte de los publicaciones ahora reeditadas, corresponde a trabajos, a estudios sobre quimioterapia y antibióticos; principalmente a sulfanamidoterapia y en muy distintas afecciones y en sus aspectos generales básicos.

Cierto, falta unidad didáctica. Pero, en cambio, ya dijimos al principiar que se adquiere precisamente por no haber querido forzar "a posteriori" la descripción de todo lo que ha ido siendo basamento de esa unidad, allá donde ya se logró.

Si, es un buen libro para "eso" que venimos llamando médico práctico (conste que entrecomillar el pronombre no es acto despectivo, sino protesta del empeño en delimitar, con palabras, campos hoy ya sin bardas reales). Es un buen libro, tanto por cuanto dijimos en los primeros párrafos como por estar seleccionado, traducido y hasta editado sobre la base de que el médico general posee un nivel cultural mucho más alto que el admitido por otras gentes. Nivel que en verdad posee el "médico práctico", pero que si no poseyera sólo podrá alcanzar proporcionándole materiales como los reunidos en este libro. Y no con obras "al alcance de todos" cuya inutilidad solamente puede rimar con la pretenciosidad que hizo falta para escribirles; pretenciosidad que en este libro no existe. He ahí, otra de sus magníficas cualidades.—*Diez Fernández.*

HOSPITAL CARE OF THE SURGICAL PATIENT by *George Crille, Jr.*, y *Franklin L. Shively, Jr.*—1946, *Charles C. Thomas*. Publisher. 301-327 East Lawrence Avenue, Eprinfield, Illinois. Vol. de 288 páginas.

Esta pequeña monografía escrita por el doctor *Crile Jr.*, y dedicada a *Crile Sr.*, tiene por objeto primordial refrescar unos cuantos conocimientos básicos de fisiopatología quirúrgica, indispensables al operador como son el metabolismo del agua, el metabolismo de los electrólitos, el concepto actual de la acivosis y de la alcalosis, la importancia de las cibras proteinas en el suero, etc., complementado por un estudio conciso pero completo sobre la cicatrización de las heridas y los factores que pueden acelerar o retrasar esta cicatrización.

En un segundo capítulo se tratan cuidadosamente las complicaciones quirúrgicas que más frecuentemente suelen suceder al tratamiento operatorio de las enfermedades. La enumeración de los epígrafes de este capítulo bastaría para hacer resalta rla importancia de los temas, tratados en esta segunda parte. En efecto, vemos que este aparato comienza prácticamente con un estudio de las heridas infectadas, otro sobre hemorragia, otro de uremia, otro de complicaciones plumonares y otro de complicaciones intestinales. Sigue después unos interesantes apartados encabezados por los siguientes títulos: Hiporina, shock y quemaduras, quemaduras infectadas, ictericia obstructiva, úlceras por decúbito, infección del trayecto urinario, complicaciones cardíacas agudas, tromboflebitis, infección pulmonar, obstrucción del trayecto respiratorio alto, convulsiones, resucitación traás muerte súbita, delirio, fístula de intestino delgado, gangrena circulatoria inminente. Tratamiento quirúrgivo de los recién nacidos, Tratamiento quirúrgicos de los viejos. Esta cantidad de problemas que tanto se observan en la clínica están tratados en esta monografía con todo detalle, pero de una manera suscinta y concreta, que sirva al cirujano para refrescar sus conocimientos y al mismo tiempo, estar alerta sobre la posibilidad de que se presenten estas complicaciones en la clínica.

El capítulo tercero, tiene por objeto el establecer las normas para una fas preoperatoria de los pacients quirúrgicos. El capítulo cuarto s refiere a los cuidados postoperatorios que hay que prodigar a los pacientes, cuidados que de no estar muy bien informados no se administraría a los enfermos y podrían producirse graves complicaciones. cuya aparición parecería inexplicable a muchos.

La tarea del cirujano no consiste principalmente en realizar varias intervenciones, mediante una técnica impecable y haciendo gala de su habilidad manual o de sus condiciones de predistijación. Cuando se trataba de la cirugía de *Exeres*, el cirujano se contentaba con realizar una intervención quirúrgica con arreglo a la técnica más depurada y ortodoxa. En aquellos tiempos, nuestros maestros al terminar su operación mostraban jubilosamente el tumor o segmento anatómico extirpado para recibir los aplausos de los alumnos entusiasmados, ante el alarde técnico llevado a cabo con maestría y con tal rapidez que el reloj de arena testigo impasible de estas intervenciones desgranaba su arena más lentamente que las manos del cirujano que actuaban vertiginosamente. Las intervenciones se median por minutos sin tener en cuenta ningún otro dato, hétase de mi trabajo.

Una vez terminada la operación el cirujano ordenaba paternalmente que el paciente fuese conduicod a la cama. se vigilase si sangraba y sobre todo ordenaba que fuese sometido al más terrible de los tormentos o de la sed postoperatoria.

Hoy la formación del cirujano, exije no solamente la práctica de la intervención operatoria, sino de acuerdo con la etapa fisiopatológica que hoy impera en la ciencia quirúrgica, que el paciente sea intervenido, conociendo su funcionamiento fisiológico, de tal modo que no pueda sorprendernos ninguna de las complicaciones que acechan al cirujano que se confía y realiza una intervención quirúrgica sin un estudio concienzudo previo del paciente.

El establecer la rutina preoperatoria y postoperatoria es quizás, hoy uno de los trabajos más difíciles y de más responsabilidad quirúrgica. Y, sin embargo. cuaántas veces esta tarea es aludida por los cirujanos, cuya única preocupación es la técnica operatoria, con menoscabo de la importancia real del acto preoperatorio y del curso postoperatorio de los pacientes.

Este pequeño volumen tiene por objeo recordar al cirujano la necesidad de establecer estas pautas fundamentales en la clínica, de tal modo que los enfermos que van a ser intervenidos, sean estudiados anteriormente y, haciendo posible la corrección de las perturbaciones fisiológicas que se encuentren disminuyendo de esta manera el riesgo del acto operatorio.

Asímismo, se insiste en el estudio y tratamiento de la enfermedad postoperatoria con el fin de poder ayudar al paciente a soportar el traumatismo quirúrgico, con el menor quebranto posible.—*J. D'Harcout.*

SELECCION DE TRABAJOS DE LA CLINICA MAYO Y FUNDACION MAYO. correspondientes a los volúmenes XXXI a XXXV de 1939, 1940, 1941, 1942 y 1943, preparados bajo la dirección de *Richar M. Hewitt. A. B., Nevling, John, R. Miner, James R. Beck-*

man y *M. Katharine Smith*. Traducido al castellano bajo la dirección del doctor *Alberto Folch*.—The University Society.—Nueva York, 1946.

Desde el año de 1939 hasta el final de la guerra para los lectores de habla castellana, han estado prácticamente cegadas las fuentes de información bibliográfica en lo que respecta a los avances de la medicina. De una parte las publicaciones de los países en guerra, Francia, Alemania e Inglaterra no han tenido la menor difusión y pese a los esfuerzos de una porción de sabios interesados en el avance científico o por lo menos, mantener el tono de la investigación científica, esta ha sido muy limitada y polarizada en el sentido de las necesidades médicas de la contienda.

En Norteamérica, un poco menos agobiados por no tener la guerra en su propio suelo, han podido continuar su trabajo de investigación y recoger y ampliar una gran cantidad de sugestiones surgidas en los países más empeñados en la lucha, pero que por las condiciones en que se encontraban no les era posible desarrollarlas. Tal sucedió con ideas nacidas en Rusia e Inglaterra principalmente. Así se dió gran impulsión, en Norteamérica al estudio de la penicilina, de la estrectomicina y demás agentes bióticos. Del mismo modo, las investigaciones sobre el cáncer hechas en Rusia, recibieron impulso y se desarrollaron en los centros de investigaciones Norteamericanos.

En la clínica Mayo, siguiendo su tradición o interrumpida desde el año de 1911 han continuado publicando sus "*proceidings*" durante esa etapa de guerra. El conjunto de trabajos de los profesores de la Clínica y de la Fundación Mayo constituyen un copioso cuerpo de doctrina de una gran densidad y altura científica y reflejan los conceptos médicos que han ocupado durante esta trabajosa etapa. Los profesores de la Clínica Mayo han conseguido hermanar la investigación y el lado especulativo con progresos observados en la Clínica recogidos y contrastados por estos profesores, para ofrecernos de una manera pulcra y cuidada el fruto de su trabajo.

La selección de estas publicaciones salidas de las prensas de los años de 1939 a 1943, viene a llenar la necesidad informativa, sentida durante este lapsa de tiempo en los pueblos de habla castellana. Los editores han seleccionado los artículos mas importantes de entre todos los publicados durante estos años, con el fin de dar una visión panorámica de los conceptos que imperan actualmente en la medicina. Asimismo en estos trabajos se informa de las novedades terapéuticas y técnicas en marcha durante esta etapa, haciendo un estudio critico preciso con el fin de que el lectores pueda formarse un criterio justo del rendimiento que puede obtenerse de tales novedades.

Haremos un estudio analítico de algunos de los principales problemas quirúrgicos tratados en la publicación.

En el trabajo de *Tillisch* sobre avances recientes en la fluidoterapia intravenosa, hace una revisión de las necesidades y técnica para la administración del líquido por vía intravenosa. Antes de sentar las indicaciones principales para la administración de líquidos, hace un estudio fiscopatológico sobre el metabolismo de los flúidos orgánicos y su reposición. A continuación estudia las indicaciones principales para la administración de la solución fisiológica, de cloruro de sodio. Realmente han disminuido con relación a las indicaciones que antes señalaban, para la administración de las soluciones fisiológicas de cloruro de sodio. Hoy día quedan realmente limitadas a la obstrucción intestinal alta o cualquier otra afección que produce vómitos pertinaces, a la infermedad de *Addison*, al agotamiento por el calor y el tratamiento para las secuelas de la piroterapia prolongada. Asímismo, es beneficiosa la sal en los casos de deshidratación muy aguda porque el cloruro de sodio contribuye a la retención del agua en el cuerpo.

En cambio, el autor señala de una manera gráfica y objetiva, como se han incrementado las indicaciones de las inyecciones intravenosas, de dextrosa desde el año de 1934 a 1939. En efecto, en 1934 se emplearon en la Clínica Mayo, 24,000 litros de solución salina, mientras solamente se emplearon 9,000 litros de solución de dextrosa. La proporción de solución de dextrosa ha ido ascendiendo progresivamente de año en año hasta el último a que alcanzan las estadísticas de los autores, que demuestran que se emplearon 21,000 de solución salina frente a 22,000 litros de solución de dextrosa. Esta estadística es muy demostrativa e informa de como ha evolucionado el criterio de los médicos, encontrando mucha más ventaja, en la administración de solución de dextrosa que en la de solución salina. La solución salina se reserva para casos en que exista una indicación específica del uso del cloruro de sodio.

El autor estudia también, las indicaciones mucho más restringidas del empleo de las soluciones alcalinas y de las soluciones de goma acacia. Después de parecer que están desechadas, el autor vuelve a revindicarlas, aconsejando su empleo, aunque con criterio mucha más restingido que lo que se aconsejaban anteriormente.

Finalmente, existen algunas indicaciones de orden técnico, tal como velocidad, manera de empleo, etc., que tienen una gran importancia.

Otro artículo que merece comentarse es el que se refiere al empleo de sedantes durante la fase preopratoria y postoperatoria. Este libro debido a los doctores *Mousel* y *Lundi* está escrito en un tono claro y persuasivo, que convence sobre la necesidad de administrar a los pacientes que van a ser operados, de sedantes que contribuyan a que la anestesia sea más tranquila y se puedan emplear una menor cantidad de anestésico.

Las ventajas de empleo de sedantes están en el espíritu de todos. El enfermo, duerme tranquilamente la víspera de la operación y llega a la mesa de operaciones sin la menor ansiedad preoperatoria.

Los autores señalan los farmacos y las indicaciones para su administración con toda minuciosidad, de tal modo que el práctico puede encontrar para cada intervención las indicaciones pertinentes.

Asimismo, señalan los peligros de una medicación preoperatoria demasiado intensa que pueda dar lugar a una intoxicación y a veces a complicaciones respiratorias graves por exceso del farmaco administrado. Señalan los síntomas debidos a la absorción de una dosis excesiva y la manera de tratarlos, tanto en los casos de las intoxicaciones leves, como en las graves.

El capítulo tiene un gran interés porque contribuye a fijar en la mente del cirujano, de la necesidad de recurrir a este coadyuvante de la anestesia, que tanto ha de beneficiar a los pacientes y tanto facilita la labor quirúrgica.

Los capítulos referentes al estado actual de la quimioterapia y bioterapia, estjn muy completos, especialmente en lo que se refiere al estudio de las sulfamidas. Por lo que respecta a la penicilina su estudio es muy acabado para el año 1943 pero, realmente para la actualidad ha quedado un poco retrasado especialmente en lo que se refiere a dosis e indicaciones, a las reacciones tóxicas observadas y al empleo de la penicilina cálcica.

Los capítulos referentes al empleo de la heparina y la decumarina, para el tratamiento de la tromboflebitis postoperatorias, tiene un gran valor y están perfectamente al día, para los que pretendan obtener una información rá-

pida del estado actual de esta terapéutica tan eficiente para combatir tan temibles complicaciones quirúrgicas.

Los capítulos referentes al tubo digestivo, especialmente los que se refieren a un estudio de mal funcionamiento de la boca gastroenteroestomótica y comprobación quirúrgica subsiguiente de su estado, constituye un original concepto que ha de hacer los cirujanos reflexionar mucho, sobre la eficiencia de esta intervención. También tiene un gran interés los artículos referentes a las nuevas adquisiciones en gastroenterología. En este trabajo se señalan todas los recursos que actualmente cuenta el cirujano y se analiza el valor respectivo de cada uno.

Toda esta parte de medicina del aparato digestivo, está llena de trabajos muy sugestivos, que abordan temás poco trillados y sobre los cuales en general no se tiene una gran información. Así sucede con el trabajo referente a recientes adquisiciones en gastroenterología, litiasis, pancreática, operaciones para la corrección de lesiones hepáticas benignas. Urgencias abdominales en la primera y segunda infancia, etc., etc.

El capítulo referente a órganos genitourinarios, tiene algunos títulos de un gran interés. Su lectura es muy provechosa, puesto que desarrolla en cada apartado con una gran personalidad el criterio adoptado por la Clínica Mayo como consecuencia de los estudios seguidos durante mucho tiempo.

Así ocurre con el artículo sobre carcinoma del útero, experiencia de la Clínica Mayo durante veinticuatro años. Disminución del riesgo operatorio en las intervenciones ginecológicas. Postactomía transuretral. Fibromas uterino. Las hemorragias uterinas anormales en la sengunda mitad de la vida. Como se vé, por algunos de estos títulos existen, se trata de un buen número de problemas que conviene revisar al médico práctico y al especialista, con el min de aprovechar la experiencia copiosísima de la Clínica Mayo.

En el apartado referente a sangre encontramos bastantes temas de gran interés quirúrgico, tal sucede con el trabajo titulado, "Recientes progresos en el tratamiento médico de las enfermedades vasculares periféricas". En el se estudian la tromboflebitis, la insuficiencia venosa, la úlcera varicosa, la enfermedad Raynaud, la embolia arterial, la tromboangitis obliterante. El autor hace una revisión y puesta al día de los problemos que enumeramos, sin dar ninguna aportación personal y sin proporcionar ninguna pauta personal de tratamiento. El trabajo sobre "diagnóstico" y tratamiento de la pericarditis constrictiva crónica" es verdaderamente interesante, por lo que se trate de un estudio original de ese tema. Aunque la causítica se pequeña el autor dá normas originales tanto en lo que respecta a indicaciones como a técnica operatoria a seguir. El trabajo, que tiene por título: "El tratamiento médico frente al tratamiento quirúrgico en la hipertensión arterial", está escrito con la maestría que es peculiar en *Allen* y *Adson*. En ese trabajo los autores, impresionados por la enorme mortalidad que causa en los EE. UU. la hipertensión arterial, estudian la terapéutica médica para concluir inclinándose por la simpatectomía extensa como medio más eficaz de tratar la hipertensión arterial. Existen otros capítulos muy sugestivos, como es el del tratamiento quirúrgico de los aneurismas adquiridos y de las fístulas arterovenosas de los vasos periféricos, estudio de las trombosis ocurrentes, etc., etc.

En el capítulo referente a piel y sífilis, encontraremos un artículo de un gran interés para el cirujano. Este trabajo lleva por tíutlo "Tratamiento de las psoriasis"(con una nota sobre artritis psoriásicas. Cualquier sugestión sobre enfermedad, tan desesperante como la artitis psoriásica merece la pena de ser leída con atención. Desgraciadamente preconiza la radioterapia, que únicamente se puede utilizar en el comienzo de la artritis psoriásica. Todo ello sin gran entusiasmo por parte del autor del artículo.

En el apartado titulado "Cabeza, tronco y extremidades"' encontramos algunos títulos que llaman la atención inmmediatamente al ciirujano. Nos referimos principalmente a dos trabajos. Una titulado "Espondilolistesis", tratamiento quirúrgico y sus resultados y otro "Las operaciones combinadas en el tratamiento del dolor de la región lumbosacra y ciático". En ambos trabajos se advierte la experiencia de la escuela ortopédica de Mayo. Uno de los trabajos está firmado por Ghormley y colaboradores y el otro por Meyerding. Las dos supremas autoridades ortopédicas, ambos reaccionan en sus dos artículos, contra la exageración de los últimos años de tratar sistemáticamente las algias lumbosacras, como si en todos los casos existiese una protrusión de meniscos. En sus estadísticas demuestran ambos autores como han ido disminuyendo las laminectomías y aumentado en cambio las fijaciones, del segmento espindololistésico mediante injertos.

Esta gallarda salida frente de un criterio que realmente se había adueñado en el campo médico, tiene una enorme importancia, pues estas rectificaciones a tiempo contribuyen a salvar un gran número de enfermos que de otro modo padecerían dolores intensísimos sin posible arreglo. Los capítulos en los que se estudian las consecuencias de las fracturas consideradas como germen potencial de deformidad e incapacidad, el estudio del tratamiento o de la seudoartrosis del cuello enfermo mediante la operación de Brakett, están escritos con una gran objetividad y un sentido clínico magnífico. Su lectura ha de ser muy provechosa y orientadora no solo para el práctico sino para el especialista, que tiene que tener muy en la mano estos problemas que tan frecuentemente se le presentan.

En el capítulo de tórax, existe un estudio de la hernia diaframáutica de los niños, estudio del empliema crónico, basado en el conocimiento de 346 pacientes, está hecho por *Glajett y Shepard*. Las conclusiones a que llegan no son realmente de una gran novedad, pero si permiten en todos los casos darse cuenta de las normas a seguir y del tratamiento de esta grave complicación, observada la cirugía torácica.

En el capítulo referente a cerebro, médula espinal y nervios, encontramos algunos capítulos tan interesantes, como el que se refiere al tratamiento médico y quirúrgico del síndrome de *Meniere*. La parte quirúrgica está escrita por *Adson* basada en un estudio de veinte casos de vértigo de *Meniere*, tratados por medio de sección parcial o subtotal del octavo par. Los resultados no son muy halagadores y con toda honestidad así lo proclama el ilustre cirujano. El estudio que tiene por título "Tratamiento de las lesiones craneoencefálicas en la guerra moderna", está escrito por *Baker* y *Adson*. Es un estudio muy completo del criterio que se tenía hasta el año de 1943 del tratamiento de las lesiones craneoencefálicas. La parte quirúrgica está completísima y llevada a cabo con una gran sentido. Unicamente se le puede hacer la objección de no hablar de el tratamiento bióptico como coadyuvante para la profilaxis de la infección de estos casos. Realmente en la época en que se escribió, todavía no se empleaba sistemáticamente como hoy, este eficaz medio terapéutico, y a ello es debido esta laguna que señalamos.

En el capítulo de radiología y fisioterapia, encontramos un capítulo que se refiere a la suspensión con fonda de *Saike*, en el tratamiento de la osteoartritis de la región servical de la columna vertebral. La terapéutica de las

algias debidas a lesiones de artritis de la columna cervical, es muy limitada y por ello la sugestión que a este respecto nos dá en este artículo, tienen una gran importancia, puesto que los resultados obtenidos han sido muy alentadores.

En la anestesia, existen algunos temas de gran interés. Por ejemplo, el que se refiere a la anestesia en el enfermo de poca rsistencia, frente a las intervenciones quirúrgicas. Preconizan la combinación de la anestesia regional y ciclopoprano, con oxígeno, o bien la combinación de la anestesia regional, anestesia intravenosa y administración de óxido, nitrosono y oxígeno.

Finalmente en el capítulo último se agrupan algunos trabajos muy interesantes, tales como el de la deficiencia constitucional y el del progreso recientes en cirugía. Y por último, el trabajo que versa sobre el tratamiento quirúrgico en persona de edad avanzada, tiene una gran importancia para el cirujano. En el se hacen atinadas consideraciones sobre la necesidad que actualmente, se tiene de operar a gentes provectas, como consecuencia de la supervivencia actual de los humanos, con rlación a etapas anteriores no muy lejanas. Es un capítulo que merece ser leído con detención, para extraer de él provechosas consecuencias para la cirugía geriártrica.

Desde el ángulo quirúrgico, tiene esta publicación una gran importancia, pues pone al día, de una manera condensada pero clara y concisa, una porción de problemas quirúrgicos y da a conocer las innovaciones y técnicas que han surgido durante esta etapa, en que por las dificultades que hemos expuesto al principio, era muy difícil que se lograse se difundieran. Lástima que su aparición en las librerías haya sido un poco tardía, por dificultades de materiales, de escasez de papel, etc. Hubiese sido mucho más deseable su aparición, casi al mismo tiempo que la edición inglesa, con el fin de haber evitado este retraso. Sin embargo, el caudal de noticias y doctrina le hace altamente provechoso para ponernos al corriente del momento crucial de la medicina y cirugía durante la última etapa de la guerra.—*J. D'Harcout.*

THE CHEST.—*Leo G. Rigler.*—(The Year Book Publishers. Inc.—Chicago. 1946).

Manual de Diagnóstico Radiológico, subtitula al autor su libro. Y lo es, al menos en el concepto que los latinos y americanos dan a esa calificación (sabido es que para los centroeuropeos —y aún para los rusos— la palabra "manual" aplicada a un libro, significa casi todo lo contrario que para nosotros; "Handbuch", no es "libro en la mano", es decir, libro que pueda tenerse siempre con uno para consultarle en cualquier momento; "Handbuch", es "tener todo a la mano", es decir, poseer *una obra*, donde puede encontrarse todo lo que se ha escrito, adquirido en la disciplina correspondiente).

La pequeña obrita de *Leo G. Rigler*, corresponde a la colección de volúmenes manuables de diagnóstico radiológico, de la que ya conocíamos el tomo correspondiente a las artropatías (*A. A. Lorimer*), ignorando si se ha publicado algún otro. Desde luego *Rigler* ha tenido más acierto que *Lorimer* y si la colección ha de seguir por tal camino, valdrá la pena no perder ni uno sólo de los volúmenes.

La obra tiene 352 páginas y... 332 reproducciones radiográficas, en su inmensísima mayoría perfectas. Eso ya implica un valor considerable. ¡Ahí es nada!, poner al servicio de todos los casos más típicos, o de mayor ejemplaridad reunidos, años y años, en un servicio cual el Departamento de Radiología de la Universidad de Minnesota, (servicio dirigido por *Rigler*) o publicados en las revistas especializadas, ya que el autor ha conseguido los oportunos permisos de reproducción.

Pero es que, además, *Rigler* presentando los casos, analiza sus detalles de interés, incluso las pequeñeces que no afectan al diagnóstico esencial pero que tantas veces perturban la decisión de quien no está acostumbrado a verlos. Uno por uno, todos los cuadros clínico-radiológicos del pulmón, mediastino, pleural, van constituyendo las páginas del libro terminando por un compendio de las alteraciones radiológicas postoperatorias más comunes. Antes, al comenzar, en muy breves y muy claras páginas, se han señalado las técnicas de examen y —con gran acierto— las pecualiaridades diversas que deben encajarse dentro de los cuadros normales.

A nuestro juicio, el libro sólo tiene dos defectos; dentro de su modalidad, claro está. El primero: la supresión total de toda historia clínica; se cita el diagnóstico y nada más. Cierto que el autor señala en su breve introducción que sin clínica no hay interpretación radiológica posible pero, precisamente por ello, si se trata de "Diagnóstico Radiológico" tales datos clínicos, todo lo esquemático que se quiera, eran imprescindibles. De lo contrario se convierte la obra en un Atlas, lo cual es cosa muy distinta. El segundo defecto, encuéntrase íntimamente relacionado con el primero: el autor hace la advertencia de que la mayoría de los diagnósticos fueron confirmados y después... nos quedamos con las ganas de saber los que no lo fueron, pues no se hace constar.

Sin embargo, quede claro que el libro es muy útil y debe figurar en la biblioteca de todos los radiólogos y especialistas en enfermedades torácicas, tanto como en las de los no especializados. A todos ha de prestarles servicios. Lo que no entendemos es su precio en México, ($ 32.50) pues la edición norteamericana es económica.—*Diez Fernández.*

X

Análisis de Revistas

PRENSA NORTEAMERICANA

SCALENOTOMY AN ANALYSIS OF ELEVEN CASES DONE FOR SCALENUS ANTICUS SYNDROME. Por *J. F. Tanna*, New Orleans.—Annals of Surgery, Vol. 125, No. 1, January, 1947.

El autor hace una pequeña reseña histórica a propósito de la entidad nosológica, conocida desde hace ya doce años aproximadamente, con el signo de "Síndrome del escaleno anterior".

Sin embargo, anteriormente a estos últimos estudios ya *Murphy* en 1916, señaló la importancia del escaleno anterior en la producción del cuadro loroso que se producía en los enfermos de costilla cervical. Mas tarde, *Adson* y *Coffey* en 1927, propusieron la sección del escaleno anterior, en vez de extirpar la costilla cervical en los casos en que existía este síndrome doloroso. Insistían mucho, en que no debía de extirparse la costilla en muchísimos casos. En 1935, *Ochsner Gage* y *De Bakey*, publicaron un extenso trabajo a este respecto, con el título de "Scalenus Anticus Syndrome". Para estos autores, este síndrome se superponía al de la costilla cervical. A partir de este año, muchos autores han señalado casos de síndrome de escaleno, tratados por sección del escaleno con buen éxito.

Se ha estudiado cuidadosamente por los autores la etiología de este síndrome. Para *Adson* los síntomas pueden ser atribuídos a dos factores: En los jóvenes, el desarrollo muscular excesivo de un escaleno atlético, puede ser el origen del síndrome. En los viejos, el origen del síndrome es debido a la relajación muscular que hace caer el cinturón escapular y el hombro. Al arrastrar estos msúculos flácidos la articulación, puede dar lugar al síndrome.

Para *Gage* existe un círculo vicioso, que es el responsable de la producción del cuadro en esta entidad etiológica. Por una parte existe un espasmo del escaleno anterior, generalmente debido a un traumatismo. Este espasmo da lugar a una elevación de la primer costilla y, como consecuencia a una comprensión del plexo braquial. A su vez esta compresión aumenta el espasmo, por acción refleja estableciéndose de esta manera el círculo vicioso de que antes hemos hablado.

Para *Todd* existe una predisposición a este síndrome, por una deficiencia de desarrollo, durante los años de crecimiento, la extremidad acromial de la clavícula desciende como consecuencia del peso del hombro, mientras que la extremidad external de la clavícula, desciende como consecuencia de la contractura de los rectos del abdomen cuya fuerza se ejerce a través del esternón. Si el hombro desciende más de lo normal, y existe una falta de descenso de la extremidad external de la clavícula, puede aparecer una compresión de la subclavícula en el ángulo formado por primera costilla y el escaleno anterior.

Para *Jones*, el síndrome se debe a un desarrollo anormal del plexo braquial.

Cuadro clínico.—El cuadro clínico del síndrome de escaleno anterior tiene dos puntos principales: una neurológico y otro vascular.

Las manifestaciones de tipo neurológico pueden observarse unas veces en los nervios radiculares y otras, en el sistema simpático. La localización del dolor suele ser variable. Unas veces, en el hombro, otras en el brazo, antebrazo y aun en la mano. El dolor a veces irradia a la columna cervical, a la escápula y a la pared torácica. El carácter del dolor es muy variable. El dolor siempre se despierta o por lo menos se agrave con los movimientos.

El dolor puede reproducirse mediante presión sobre el escaleno, así como este dolor también puede ser aliviado mediante inyección de novocaína al 1% en el espesor del músculo. Asimismo los pacientes notan un marcado alivio de día, si tiene el brazo elevado o si llevan el brazo en un cabestrillo.

Cuando el sistema simpático está afectado se manifiesta el cuadro por espasmo vasomotor, trastornos capilares en los dedos y disminución de la temperatura.

El síndrome vascular se caracteriza por una disminución o desaparición del pulso cuando se mueve la cabeza hacia el lado derecho, o cuando se realiza una aspiración profunda.

Existe una dificultad para elevar el brazo y se encuentra también espasmos febrilares en algunos músculos de la extremidad superior. El síndrome vascular puede hacerse evidente por medio del fibromanómetro que juzgue una disminución del pulso en el lado afecto.

El diagnóstico diferencial no es nada difícil si se tiene presente la existencia de esta enfermedad. Generalmente hay que establecer diagnóstico diferencial por el síndrom de costilla cervical con la simpatalgia cérvicodorsal, con la enfermedad *Raynaud* con la bursitis subacromial, con la rotura del tendón superespinoso y la neuritis braquial.

Tratamiento: Las perspectivas del tratamiento conservador son muy pequeñas. Sin embargo, este criterio radical sustentado por *Ochsner* no es compartido por otros autores como *Hansson Reicher*, *Smith*, quienes creen puede ser aliviado este síndrome mediante un tratamiento postural para el paseo y el sueño.

Sin embargo, finalmente insisten en practicar una escalenoctomía en los casos en que no mejoren rápidamente por el tratamiento incruento.

THE EFFECT OF COFFEE, HUMAN DIETS, AND INHERITANCE UPON THE LIFE SPAN OF RATS (EFECTOS DEL CAFE, DIETA HUMANA Y HERENCIA SOBRE LA PROLONGACION DE LA VIDA DE LAS RATAS).—*Sperling, G. A., Loosli, J. K., Barnes, L. L., y McCay, C. M.* J. of Gerontology. Vol. 1 Nº 4, Oct. 1946.

Exponen los autores los resultados obtenidos sobre la longevidad de la rata, utilizando grandes series de estas a las que se alimentaba con dos tipos de dietas de las habitualmente usadas por el nombre en los EE. UU. De cada uno de los grupos, se separaba una serie, a cuya dieta se agregaba una dosis de café, equivalente a 3 ml por día, que comenzaba a dárseles a los seis meses, es decir, cuando la rata estaba ya completamente desarrollada. Se estudiaron también las crías de estos grupos para ver la influencia de la herencia.

De estos resultados se deduce que el café no eperce influencia sobre la prolongación de la vida y que la longevidad depende con mayor intensidad de la herencia.

F. P. del Roncal.

HEREDITARY SCLEROSES (ESCLEROSIS HEREDITARIA).—*Marburg*, O.—Arch. of Neurol. a. Psy.—Vol. 55 N° 4 abril 1946.

Marbug llama, de nuevo, la atención sobre el concepto de herencia. El término "heredofamiliar", solo debe ser aplicado a aquellas enfermedades debidas a un cambio en los cromosomas que persiste por varias generaciones.

El autor —ya bién conocido por anteriores estudios sobre la esclerosis múltiple— distingue los siguientes grupos de esclerosis heredofamiliar:

Esclerosis múltiple
- a). Encefalopatía periaxial diseminada.
- b). Encefalomielitis periaxial diseminada.

Esclerosis difusa
- a). Encefalopatía periaxial difusa (enfermedad de *Schilder*).
- b). Encefalomielitis periaxial difusa.

Esclerosis combinada.

Enfermedad de *Uelizaeus-Merzbacher* (solo la forma degenerativa).

El autor incluye un interesante y detallado estudio de los casos de la literatura que pueden considerarse como heredofamiliares.

En dos de sus casos, estudiados anatomopatológicamente, encontró una desmielinización difusa del centro oval; otros autores han descrito alteraciones de otras zonas: la substancia blanca en su totalidad (casos de *Meyer* y *Trennent*); el núcleo palidoestriado (Casos de *Eiselsberg* y de *Russel* y *Tallermann*); el tálamo óptico (Caso de *Liebers*). el cerebelo (Caso de *Ferrara*), la médula espinal (*Lange* y otros) etc.

Pasa revista a las teorías patogénicas para evplicar la enfermedad y emite la hipótesis de que la desmielinización sea debida a flebostasis o flebotrombosis, en la cisterna magna y vena de *Galeno*, hipótesis que ya había sido expuesta con anterioridad por *Globus* y *Strauss* en 1928.

F. P. del Roncal.

THE CLINICAL AND PHYSIOLOGICAL SIGNIFICANCE OF MAYER'S PHALANGEAL REFLEX (LA SIGNIFICACION CLINICA Y FISIOLOGICA DEL REFLEJO FALANGINO DE MAYER). *Halpern, L.*—J. Nerv. and Ment. Dis.—Vol. 99 marzo 1944.

Presenta el autor un número de casos de padecimientos cerebelosos y de corea, en los cuales no se observó el reflejo de *Mayer* (extensión y aducción del pulgar al flexionar pasiva y forbadamente los dedos 2° y 3° por sus falanges proximales. lo que se considera, cuando falta, como lesión de la vía piramidal contralateral).

En ningún caso de *Halpern* pudieron observarse alteraciones de la vía piramidal a pesar de lo cual el reflejo estaba abolido, por lo que el autor supone, que la abolición del mismo se debe no a una lesión piramidal, sino a una disminución del tono muscular tal como ocurría en todos los casos por él presenados.

F. P. del Roncal.

PSYCHOSURGERY: AN EVALUATION OF TWO HUNDRED CASES OVER SEVEN YEARS. (PSICOCIRUGIA: VALORACION DE 200 CASOS EN SIETE AÑOS).—*Freeman, W., y Watts, J.*—J. Ment. Sc. Vol. 90 abril 1944.

En este trabajo los autores exponen su experiencia en 200 casos operados en siete años de lobotomía prefrontal.

Describen la técnica operatoria por ellos seguida que difiere bastante de la original de *Egas Moniz*. Indican que los cortes deben ser más amplios en los sujetos con esquizofrenia o con neurosis obsesivas antiguas, que en los pacientes con psicosis afectivas puras. Un 20% de los operados han tenido que ser reoperados y algunos de ellos han sido lobotomizados tres veces. Una segunda intervención está indicada cuando el paciente no sale de la inercia y desorientación o cuando la incisión, vista a los rayos X, resulta insuficiente. (Estos autores introducen durante la operación una substancia opaca que haga visible la incisión a los rayos X).

La estadística de *Freeman y Watts*, muestra une recuperación del 61% de los operados. Solo el 12% de los casos tuvieron que continuar en la Clínica Psiquiátrica, por no haberse obtenido en ellos ningún resultado.

F. P. del Roncal.

EOSINOPHILIA IN MALIGNANT TUMORS: ITS SIGNIFICANCE. (SIGNIFICADO DE LA EOSINOFILIA EN LOS TUMORES MALIGNOS).—*Isaacson, N. H.* y *Rapoport, P.*—Ann. Int. Med., 25: 894, 1946.

Eherlich, en 1880, fué el primero que tiñó y describió los eosinófilos, según él, se originan y maduran en la médula ósea y son liberados a la sangre circulante, como un tipo ya bien definido de célula. Este concepto es aceptado todavía por casi todos los autores.

La mayoría de los hematólogos están de acuerdo en que el 6% de eosinófilos, en la fórmula leucocitaria, es el límite máximo normal. En los últimos años, *Kirk* ha revisado la literatura sobre eosinofilia y ha encontrado que este límite máximo normal es sobrepasado en los siguientes casos: enfermedades alérgicas diversas, ciertas enfermedades de la piel, enfermedades parasitarias, enfermedad de *Hodgkin*, leucemia, periarteritis nodosa, envenenamiento por benzol, enfermedad de *Simmons*, escarlatina y síndrome de *Loeffler;* también se ha observado en pacientes con dieta de hígado crudo, y en otros, después de la esplenectomía.

Otra causa de eosinofilia que es omitida o apenas mencionada en los trabajos modernos de hematología, es la malignidad de ciertos tumores. *Rheinbach*, fué el primero en mencionar este asunto en 1893; su paciente tenía un tumor maligno del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales, con una leucocitosis de 120,000 por mm3, de los cuales, el 40% era de eosinófilos. No se hizo biopsia del tumor, pero clínicamente la enfermedad no era leucemia. Desde entonces se han publicado 18 casos de eosinofilia asociada a tumores malignos, que los autores citan cronológicamente.

En estos casos, las teorías para explicar la eosinofilia, han sido numerosas. Los primeros autores la atribuían a la necrosis del tejido tumoral, como respuesta a los productos de destrucción proteica. Otros, la atribuían a metástasis en la médula ósea que estimularían la eosinófilopoyesis. *Strisower* llegó a explicar la eosinofilia por un reflejo vagal; su paciente tenía un tumor hepático con metástasis en los ganglios cervicales y comprensión del neumogástrico. La eosinofilia desapareció al extirpar los ganglios, pero al poco tiempo, volvió a presentarse. *Paviot* sugirió que el origen de este fenómeno puede partir del tejido conjuntivo peritumoral, ya que la eosinofilia local en los tumores malignos se ha observado muchas veces. Posteriormente, justifica esta teoría al encontrar eosinófilos mononucleares en la sangre periférica de un enfermo. *Pisa*, sostiene que es necesaria una predisposición familiar eosinofílica, para provocar esta reacción, siendo la proteína de las células tumorales, el agente determinante. No obstante, *Weiss* inyectó extractos tumorales y sanguíneos de un paciente con marcada eosinofilia, a cobayos, conejos y perros, sin lograr reproducirla.

Los autores comunican 15 casos más de dicha alteración en enfermos con tumores malignos. En cada caso se hizo el recuento blogular repetidas veces, encontrando siempre más de un 10% de eosinófilos. El aumento de éstas células, no depende del tipo de tumor, ni del sexo del paciente.

En el 90% de todos los casos comunicados había metástasis; en el 7% se sospecharon, pero no fueron confirmadas; en el 1% no se sospecharon y en el 2% restante existían aunque no se habían diagnosticado.

Se concluye que, cuando la eosinofilia está asociada a tumores malignos, descartando toda otra causa, indica la diseminación del proceso maligno.

A Reyes.

THE WATERHOUSE-FRIEDERICHSEN SYNDROM. REPORT OF A CASE IN AN ADULT. (EL SINDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN. INFORME DE UN CASO EN UN ADULTO).—By *A. T. Kuvedar M. D.*—Springfield - Illinois. Anals of Intern Medicine. Vol. 16 págs. 787.

El autor hace una descripción detallada de una caso diagnósticado como síndrome de *Waterhouse-Friderichsen.* Hace ver la importancia del caso por tratarse de un síndrome, que se presenta rara vez y menos aún en pacientes adultos. Se refiere también a la escasez de datos de laboratorio "*antemortem*" y a las dificultades de diagnóstico clínico debido a que la sintomatología en estos enfermos o pasa desapercibida o no es fácil de reconocer.

Señala que *Lean* y *Caffey* y *F. Light* del St. Louis Hospital, han encontrado en un 85% de los casos diagnosticados de meningitis meningocóccica, hemorragias abundantes en riñones y suprarrenales.

En el caso que describe, el autor encontró gran cantidad de meningococos intra y extra-celulares, en sangre extraída por punción del dedo y anota la dificultad para obtener la sangre, debida a la marcada hipotensión.

En la autopsia los hallazgos patológicos fueron los siguiente: una completa destrucción del tejido medular de las suprarrenales, con partes de tejido cortical necriosado. Las pruebas bacteriológicas practicadas a base de estos tejidos, mostraron la abundante presencia de meningococo. Los estudios histopatológicos de lesiones purpúreas de riñón, mostraron que únicamente en el corión había gran cantidad de vasos congestionados, pero sin que hubiese extravasión de plasma.

Finalmente, el autor afirma que las primeras manifestaciones del enfermo hacían pensar en una bronconeumonía aguda, en donde las temperaturas altas y el escalofrío se establecieron rápidamente, apareciendo después petequias que se convertían rápidamente en máculas purpúreas, e invadían la cara y el tronco especialmente, aunque también aparecían en las extremidades en menor proporción. Que aparecieron dolores difusos en hipogastrio y abundantes vómitos. A las tres horas de instalado el síndrome descrito, el intenso colapso circulatorio se manifiesta visiblemente y el enfermo en momentos de lucidez manifiesta intenso dolor preferentemente en la región renal. A pesar de la intensa terapéutica empleada, el enfermo fallece a las doce horas de comenzado el síndrome.

El autor concluye que, la sintomatología presentada por el enfermo, la instalación y el desenlace rapidísimos, además de los hallazgos "post-mortem", que el caso presentado, es un típico síndrome de *Waterhouse-Friderichsen.*

J. R. Aluja.

PSYCHOSURGERY FJR THE RELIEF OF UNBEARABLE PAIN.—*J. W. Eatts* y *W. Freeman*, Washington. The Journal of the Internacional College of Surgeons.—Vol. IX. No. 6, November-December 1946.

Los autores señalan los resultados obtenidos en 380 enfermos tratados de dolores insufribles, por medio de globoctomías prefrontales. Algunos de estos pacientes se quejaban al parecer de un modo desproporcionado. Teniendo en cuenta las lesiones que padecían. La globoctomía no solamente alivió el dolor, sino que desaparecieron la ansiedad, el temor y la tensión nerviosa que acompañaban al cuadro doloroso.

Estas observaciones previas llevaron a los autores a emplear este medio psíquico quirúrgico, para tratar de aliviar el dolor en caso bien manifiestos de radioculitis, por cáncer o tabes dorsal. En estos enfermos además del dolor existe el temor al dolor tan importante como el dolor mismo.

La globoctomía perifrontal consigue calmar la ansiedad y no aparecen más signos de terror de tipo obsesivo. Persiste la perfección a los dolores, pero la reacción ante el dolor cambia completamente. Es decir, el dolor puede hacer acto de presencia en estos casos, pero si este dolor no va acompañado de un temor o amenaza a la seguridad, del paciente y del miedo a la inutilidad o a la muerte, entonces este dolor se hace más soportable y puede aceptarse con resignación. Este es el gran éxito de la psicocirugía.

DIAGNOSIS OF MENINGOCOCCIC INFECTIONS, USE OF MATERIAL FROM SKIN LESIONS. (EL USO DE MATERIAL CUTANEO EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES MENINGOCOCCICAS).—*Major William G., Bernhard M. C.* an *Captain Arthur C. Jordan S. C., U. S. Army.* The Military Surgeon Vol. 95. No. 5. Pág. 405.

Comienzan los autores por resaltar la importancia del diagnóstico bacteriológico en las infecciones meningocócicas, partiendo de material procedente de las lesiones cutáneas, generalmente constantes en los meningococcemias.

Después de innumerables experiencias practicadas, los autores han llegado a la consecución de un medio de cultivo muy eficiente, mediante el cual, en un período de incubación de 10 a 18 horas, se han desarrollado gran número de colonias en el medio de cultivo que preconizan. las siembras de meningococos procedentes de líquido céfalo-raquídeo, exudados articulares, petequias y máculas, han sido siempre positivas. También aseguran haber tenido gran éxito con las siembras de gonococos.

El medio de cultivo es a base de dextrosa, almidón soluble, gelosa chocolate.

Citan, siguiendo un orden cronológico, las experiencias de 19 autores, que partiendo de material cutáneo, han conseguido observar la presencia de meningococo en los exudados y cultivos de dichos tejidos patológicos.

Presentan un estudio minucioso de 40 casos con los siguientes resultados: 67% de cultivos positivos partiendo del exudado de la lesiones cutáneas. 87,5% en los cultivos de petequias y máculas. 82,5% a base de líquido céfalo-raquídeo y finalmente 75%, partiendo de sangre.

Las cifras anteriores hacen pensar en la importancia del uso del material cutáneo en el diagnóstico bacteriológico de la entidad, ya que las siembras prenden en porcentajes más altos, si proceden de piel que de sangre o líquido céfalo-raquídeo, además de proporcionar un método más rápido de diagnóstico. Los cultivos a partir de lesiones cutáneas patológicas, dicen los autores, es uno de de los métodos de elección para un rápido y seguro diagnóstico bacteriológico, lo mismo sucede con las tinciones de los exudados de máculas y petequias.

J. R. Aluja.

Lesions of reticuloendothelial cells in anaphylactic shock (LESIONES DE LAS CELULAS RETICULOENDOTELIALES EN EL CHOQUE ANAFILACTICO.—*Bueno, P.* Archa, Path. 42: 412. 1946.

El A. hace una breve discusión de los conocimientos actuales sobre las lesiones morfológicas de las células en el choque anafiláctico, recalcando que no se ha concretado lo suficiente en este tema, y que existen grandes discrepancias entre los distintos autores.

Presenta el estudio experimental de las lesiones que se encuentran en las células reticuloendoteliales del hígado, ganglios linfáticos y bazo. El A. realizó una serie de experiencias que consistieron en sensibilizar un lote de cuyos al suero de caballo, y provocarles un choque anafiláctico a los veinte días de la primera inyección; los animales fueron sacrificados en tiempos que variaron desde una hasta diez horas después de presentarse los primeros síntomas del choque.

En el hígado, las lesiones se encontraron en los animales que se mataron tres horas después del principio del choque, siendo más intensas mientras mayor fué el tiempo que transcurrió entre la iniciación de los síntomas y la muerte; consisten principalmente en tumefacción intensa del núcleo, con engrosamiento de la membrana nuclear, de las células de *Kupffer*, lo que le da un aspecto que el A. califica de "núcleo en concha" (shell nucleus) porque se asemeja a una vejiga; esta lesión es incompatible con la vida de la célula, es irreversible y va seguida de desintegración del núcleo y desaparición de la célula. La alteración no se encuentra en todos los elementos del sistema reticuloendotelial del hígado, ni tiene el mismo grado en los que se presenta, pudiendo observarse que al lado de una célula lesionada puede haber otra intacta. Las células del parénquima hepático no se encontraron alteradas de una manera importante.

En los ganglios linfáticos y en el brazo se observaron imágenes semejantes: los centros germinativos presentaron aspecto muy claro, y observados a mayores aumentos mostraron los grandes linfocitos o linfoblastos con alteraciones del mismo tipo de las observadas en las células de *Kupffer*: el "núcleo en concha" y la desintegración celular, con imágenes de picnosis, cariolisis y cariorexis. Las células reticulares no presentaron ninguna alteración.

Concluye el A. haciendo resaltar la importancia que pueden tener estas observaciones, tomando en cuenta los hechos acumulados, hasta ahora en favor del papel que juegan estas células en la formación de anticuerpos.

RUY A. PÉREZ.

PRENSA MEXICANA, CENTRO Y SUD-AMERICANA.—

LESIONES MALIGNAS DEL ESTOMAGO.—*Eliseo Otaiza.*—Revista Med. de Chile, 3-210-1946.

Desde VII-1938 a VII-1945, en un Hospital de Santiago de Chile, se atendieron 332 individuos con lesiones malignos gástricas; de ellos, el 75,3% correspondían a sujetos del sexo masculino, en la quinta década de la vida.

Del análisis de los casos, el autor concluye:

Los síntomas dispépticos o ulcerosos en individuos por encima de los 40 años y sin historia gástrica anterior deben despertar, en primer lugar, la sospecha de cáncer gástrico.

La resecabilidad gástrica es mayor en los individuos cuya sintomatología es superior a un año de duración; posiblemente por tratarse de cánceres de evolución más lenta.

La mortalidad operatoria va en aumento con la edad del sujeto, la de la lesión y las dificultades del acto operatorio.

Las lesiones cardíacas compensadas —o que se compensan con un tratamiento previo— no son contraindicación quirúrgica de ninguna clase ni modifican el curso postoperatorio.

La extirpación de tumores cardioesofágicos que se consideraba imposible por su localización, es ahora perfectamente factibles, abordándolos por vía transtorácuca o transdiafragmática.

El único tratamiento del cáncer sigue siendo, por ahora, la gastrectomía amplia, realizada en tiempo oportuno.

CUADROS AGUDOS DE VIENTRE, EN LA FIEBRE REUMATICA.—*R. A. Piaggio Blanco, J. Dubourdieu, E. Casamyou.*—Archivos Uruguayos de Med. Cir. y Esp. 28-543- 1946.

En la llamada fiebre reumática se presentan con relativa frecuencia cuadros agudos de vientre los cuales pueden agruparse de la siguiente manera:

a) cuadros aparecidos en personas con lesiones de carditis y manifestaciones reumáticas anteriores claramente evolutivas;
b) cuadros surgidos en personas sin antecedentes ni lesiones clínicas de reumatismo en el momento del examen;
c) cuadros aparecidos a la par que otras manifestaciones evolutivas de distintas serosas.

Naturalmente, las dificultades diagnósticas son mucho más grandes en las personas del grupo b).

En todos los casos, los signos clínicos son de muy poco valor diferencial.

En bastantes ocasiones, si el estado general lo permite, puede ensayarse la terapéutica salicilada, la cual, al hacer cesar el síndrome en muy pocas horas, traerá la afirmación diagnóstica. Pero no es posible olvidar que un reumático puede tener una apendicitis vulgar.

Los A.A. opinan que cuando en una intervención por cuadro abdominal agudo, se encuentra en peritoneo líquido serofibrinoso amicrobiano, debe pensarse en la probable etiología reumática de la reacción serosa. Particularmente es preciso tener en cuenta estos trastornos en los sujetos con antecedentes reumáticos, a fin de evitarles intervenciones inoportunas que pueden imponerse por una confusión diagnóstica.

ANGIOGRAFIA DE LA AORTA.—*Carlos Gómez del Campo, Jorge Meneses Hoyos.*—Revista de Medicina Pasteur. — 1-5-Febrero de 1947.

Los A.A. comunican un método original de angiografía de la aorta torácica, consistente en puncionar directamente el cayado, inyectar la substancia opaca y radiografiar inmediatamente después.

Después de resumir los antecedentes históricos, describen la técnica que parece lo suficientemente delicada para no acometerla sin gran pericia y carentes de la dirección inmediata de quienes ya la hayan practicado. Por lo general, ha de acudirse a la anestesia general. Con todas las medidas de rutina para cualquier intervención quirúrgica de importancia y colocado el enfermo en posición decúbito dorsal se introduce la aguja con su mandrín en el segundo espacio intercostal izquierdo a más de un través de dedo del borde esternal, dirigiéndola de adelante, atrás y un poco de fuera adentro, haciéndola pro-

fundizar unos diez centímetros, y notándose que la aguja llegó a la aorta por la amplitud de los movimientos oscilatorios de la aguja según los latidos cardíacos, a la par que comienza a salir un hilito de sangre por la aguja; de todas suertes se mide la presión manométrica y si se encuentran valores entre 8 y 9 cm. de mercurio se puede tener la seguridad de encontrarse en plena luz del vaso. Entonces, se inyecta bruscamente la substancia de contraste (los autores han empleado Nyoslan al 70%) en cantidad de 20-30 c.c. y se retira rápidamente la aguja concluyendo por aplicar una curación en los planos superficiales.

Con tal método los A.A. han obtenido buenas imágenes de la aorta en sus tres porciones y, en ocasiones, del tronco arterial branquiocefálico, de la carótida y de la subclavia izquierdas; en dos ocasiones lograron hacer visibles las coronarias y el contorno de las válvulas sigmoideas aórticas.

Los A.A. sostienen que los riesgos de su proceder son menores de lo que puede parecer en teoría. No han tenido ninguna complicación grave salvo un colapso, que fué fácilmente corregido, en una hipotensa que precisó para su anestesia grandes dosis de pentotal sódico. A veces se forma un pequeño derrame pleural hemorrágico el cual suele pasar desapercibido por lo que los A.A. recomiendan que los enfermos continuen bajo vigilancia hospitalaria un par de días.

Creen que el método está absolutamente indicado en los siguientes casos:

Diagnóstico diferencial entre aneurismas de la aorta descendete y tumores del mediastino posteroinferior,
Diagnóstico diferencial entre aneurismas del tronco arterial braquiocefálico y tunores de la parte superior del mediastino,
Relaciones de las tumoraciones vasculares o no vasculares del mediastino superior y del cuello con los grandes troncos arteriales que se desprenden de la aorta,
Investigación de la circulación colateral en algunos casos de coartación de la aorta.

Estiman que el proceder ideado por ellos debe preferirse a los restantes métodos hasta ahora empleados para conseguir, visualizar los trayectos torácicos de la aorta.

ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE LAS DIARREAS.—*Raoul Fournier Villada.*—Prensa Med. Mex. XI-110-1946.

Después de recordar que no debe confundirse diarrea con enteritis, pues el primer término posee solamente una significación funcional (evacuación rápida de heces líquidas en las que pueden reconocerse restos de alimentos sin digerir y algunas de las secreciones sin trasformar), el A. se atiene al criterio patogénico clásico de las diarreas, examinando rápidamente los distintos factores —intrínsecos y extrínsecos— que intervienen.

Tal análisis patogénico es ampliado por el A. a cada uno de los principales cuadros diarreicos para terminar con las siguientes conclusiones:

1°—Para que la diarrea llegue a la cronicidad, es necesario que el elemento desencadenante (estímulo adecuado) obre de una manera constante y siempre en creciente proporción.

2°—La concurrencia de los dos tipos de factores —intrínseco y extrínseco— es imprescindible para que la diarrea pase por las distintas fases que separan su período inicial de su estado evolutivo final.

3°—Cuando un síndrome diarreico comienza, tiene siempre un carácter fijo que permite con cierta facilidad su diagnóstico; pero a medida que el cuadro se hace crónico, las secrecciones digestivas y los factores productores de la diarrea modifican su aspecto e intrincándose originan un cuadro complejo que dificulta señalar la causa primera.

4°—En un síndrome diarreico, si no se hacen modificaciones adecuadas a la dieta nutritiva, surgen en el organismo serios trastornos que pueden llegar al grado de ser incompatibles, primero con la función digestiva total, y enseguida con la misma vida.

5°—En casi todas las diarreas existen grasas mal digeridas y no absorbidas y como cada vez se amplían más los grupos de esteatorreas, puede ya afirmarse que éstas constituyen la mayoría de las diarreas, hasta el punto de que debe dudarse del diagnóstico de tal síndrome funcional en un sujeto que, por su buen estado nutritivo, demuestre un buen aprovechamiento de las grasas.

INTERFERENCIA DE LA ALERGIA VACUNAL EN LA INVESTIGACION DE LA ALERGIA TUBERCULINICA.—*Alberto Chattas.* Temas de Tisiología. II-1-55-1946.

Es necesario recordar constantemente que en las respuestas tuberculínicas pueden intervenir elementos modificadores, de naturaleza evidentemente inespecífica.

Pero entre los elementos interferentes hay uno, éste de origen específico, que deberá siempre tenerse presente. Se trata de la alergia vacunal, después de la administración del B.C.C.—El experto puede diferenciar una respuesta alérgica al B.C.G. de otra que revele la existencia de una infección tuberculosa; quiere, pues, decirse que la sensibilización tuberculínica al B.C.G. posee ciertas características especiales las cuales deben siempre recordarse. A saber:

—es de escasa intensidad,
—para ponerse de manifiesto, necesita dosis mayores de tuberculina que las precisas en los individuos sufriendo infección natural,
—se atenúa o desaparece a los dos o tres años de la vacunación, y suele entonces constituir lo que hoy llamamos una alergia infratuberculínica.

Naturalmente, la confusión entre ambas respuestas es tanto más fácil cuanto menos datos se poseen sobre haberse vacunado al sujeto, y las circunstancias y fechas de la vacunación. En ocasiones, incluso será preciso realizar un examen radiográfico que revelará, en el infectado, los restos de su complejo primario y, en el vacunado, un pulmón absolutamente normal.

Termina el A. insistiendo sobre la necesidad de que los equipos vacunadores provean de adecuada documentación a los familiares del vacunado y les expliquen la posible significación. Por otra parte, quienes investiguen en masa la sensibilidad tuberculínica han de tener siempre presente la posibilidad de una vacunación. De otra manera, puede llegarse a obtener datos epidemiológicos mal interpretados.

LA TORACOSCOPIA COMO METODO DE EXPLORACION EN LAS HERIDAS PENETRANTES DE TORAX.—*J. M. Castello Branco.*—Clínica Tisiológica.—I-11-93-1946.

El A. propone que se incorpore a la rutina exploratoria, es decir, al conjunto de maniobras diagnósticas siempre efectuadas, el examen de la cavidad torácica, por medio del endoscopio, en cualquier caso de heridas penetrantess de complicadas de neumo o hematoneumo tórax.

Según el A., el examen endoscópico de la cavidad pleural permitirá el logro de valiosos datos, tales como comprobar:

—si la herida sangra dentro del tórax,

—si hay lesión pulmonar, sangrante o no, de algún vaso intratorácico (mamaria interna, subclavia, azigos, etc.) o cualquier otro órgano, lesión que puede justificar una toracotomía amplia, de urgencia.

Por otro lado, aunque ya se haya decidido la necesidad de tal toracotomía, la endoscopia pleural precisará sobre la situación, forma y extensión que debe darse a la incisión para poder abordar más fácilmente las lesiones.

En ocasiones, la endoscopia orientará hacia la presencia de lesiones diafragmáticas, o pericárdicas, autorizando una laparotomía o una vía de acceso al corazón, según los casos.

El A. —que, en colaboración con *Aresky Amorim*, en 1944 sostuvo las ventajas de extraer la sangre de los hematotórax y, tras filtración, reinsuflarla en la cavidad pleural— aprovecha el presente trabajo para insistir en las ventajas de tal proceder.

FIBROMA DE LA MANDIBULA.—*Kaplan, S.* Prensa Med. Arg. 33:2359, 1946.

El A. presenta el caso de un tumor del maxilar inferior cuyo diagnóstico de benignidad pudo hacerse gracias a la biopsia por punción. Presenta en forma detallada todos los datos obtenidos por la exploración clínica de la enferma y reproducciones de las placas radiográficas, haciendo resaltar la semejanza radiológica que existe entre el fibroma y el tumor de mieloplaxias del maxilar inferior, por lo cual ambas neoplasias son frecuentemente confundidas. Hace una descripción somera de la intervención, que se realizó con anestesia regional y por vía endobucal.

El A. concluye con algunas consideraciones generales sobre este tipo de tumoraciones.

GUILLERMO MONROY.

PRENSA FRANCESA

LE CERVELET FREINE L'INERTIE DES MUSCLES IMMOBILES ET EN MOUVEMENT.—*Léon Ectors.*—Revue Neurologique, Vol. 78, N° 1-2, Enero-Febrero, 1946.

Basándose en los interesantes estudios de *Baile* y sobre las funciones del cerebelo y en los de *Larsell* e *Ingvar*, sobre sus tres zonas diferenciadas (archicerebellum, formado por el floculus, el nódulo y la língula del vermis; neocerebellum, constituído por los lóbulos laterales y probablemente también por el lóbulo medio del vermis; y paleocerebellum, integrado por el lóbulo anterior del vermis y la pirámide vermiforme), *Ectors* hace un minucioso estudio fisiológico sobre la acción de este órgano sobre la dinámica muscular.

De ellos se deduce que el cerebelo tiene una función única objetiva, de acuerdo con la homogeneidad de su estructura histológica. De él parte una reacción frenadora igual y opuesta a la inercia de los músculos en inmovilidad tónica y en movimiento; función netamente individualizada que da idea de la alta diferenciación de la célula de *Purkinje*.

Prueba matemáticamente (con la colaboración del matemático *Marchand*) que la fuerza frenadora cerebelosa debe ser proporcional a la fuerza generadora de los estados tónicos y de los movimientos, siendo independiente de la longitud de los músculos así como de su alargamiento o acortamiento.

El cerebelo no está en relación directa por vías aferentes o eferentes con los músculos mismos, sino más bien con los centros generadores de los estados tónicos y de los movimientos.

El archicerebellum está en relación, por vías aferentes, y eferentes con el núcleo de *Deiters* y frena la inercia de los músculos durante los reflejos vestibulares. El paleocerebellum tiene conexiones aferentes y eferentes con la médula y frena la inercia de los músculos durante los reflejos espinales. Por último el neocerebellum se relaciona también mediante vías aferentes y eferentes con los centros cerebrales, frenando la inercia de los músculos en los actos voluntarios.

Así mismo, el cerebelo tiene conexiones no tan bien conocidas como las anteriores, con otros centros motores; el autor ha podido constatar que frena, entre otros la inercia de los músculos lisos durante las reacciones vaso-motoras.

El trabajo va acompañado de esquemas anatómicos, y de las curvas matemáticas obtenidas durante el estudio.

F. P. DEL RONCAL.

CONTRIBUTION A LA PATHOGENIE DE LA MALADIE DE LEBER. ROLE DU FACTEUR VASCULAIREI—*Massion-Verniory, L. y Potvin, A. M.*—Revue Neurologique, Vol. 78 N° 3-4, Marzo-abril, 1946.

Se estudia una familia en la cual han aparecido 6 casos de enfermedad de *Leber* (atrofia óptica heredo-familiar) revisando los autores las hipótesis emitidas para explicar su patogenia y estudiando la importancia del factor vascular como elemento desencadenante en un padecimiento hereditario y familiar que se transmite en forma recesiva.

En apoyo de su tesis los A.A. aportan la observación, en sus casos, de calcificaciones de la carótida, visibles a los rayos X y de arterio esclerosis avanzada de la base, constatada por la intervención. Hacen resaltar la relativa frecuencia de trastornos circulatorios. Hacen resaltar la relativa frecuencia de trastornos circulatorios cerebrales (entre ellos alteraciones psíquicas) en esta afección.

Suponen que en la enfermedad de *Leber* los mismos genes patológicos condicionan una fragilidad o una involución precoz del sistema papilo-macular y del vascular a la vez, creyendo que el estado cerebral arterioesclerótico juega un papel desencadenante sobre un sistema óptico hereditariamente vulnerable.

El trabajo inserta algunas radiografías de cráneo y bibliografía.

F. P. DEL RONCAL.

NO DEBE SOSTENERSE EL DIAGNOSTICO DE BRANQUIOMA MALIGNO.—*J. Ducuing* Press Medicale.—63-851.—Dic. 1946.

El A. —del Centro Anticanceroso de Toulouse— presenta un nuevo caso en apoyo de sus anteriores artículos sobre la conveniencia práctica de no acudir al diagnóstico de branquioma maligno más que muy excepcionalmente. Es la misma postura adoptada por ciertas escuelas francesas desde 1877 a 1894 y que ha sido resucitada actualmente por *Veau, Hemperl* y *Moulonguet*.

Inspirado por las comunicaciones de *H. Welti, Huguenin* y *Leroy* el A. concluye:

1°—Cuando se diagnostica un caso de branquima maligno, se corren los riesgos máximos de caer en serios errores. De 33 casos examinados por el A., los 33 estaban equivocados y la etiqueta de branquioma ocultaba en la mayor parte de los casos adenopatías secundarias a cánceres de localización en las vías aereodigestivas superiores.

YA SE ENCUENTRA EN VENTA
EL PRIMER TOMO DE
LA SERIE

PROBLEMAS DE PATOLOGIA RESPIRATORIA
Y
TUBERCULOSIS

POR LOS DRS.

Ismael Cosío Villegas,
Julio Bejarano,
Miguel Jiménez,
Donato G. Alarcón,
Carlos Diez,
Alejandro Celis,
Reginaldo Fernández,
Lamberto Castellanos.

Pídalo a su librero,
o al Dr. Carlos Diez.
ROMA 48-20
México, D. F.

FARMACIA

ALAMEDA

COMPLETO SURTIDO EN MEDICINA DE PATENTE
PERFUMERIA FINA
ARTICULOS DE TOCADOR

●

ESMERO Y PRONTITUD EN EL DESPACHO DE RECETAS

●

Responsable:
JUAN G. OLMO

Avenida Hidalgo, 19.

ERIC.: 12-76-90 MEX.: 3 L-41-35

LABORATORIOS
NOVOA, S. A.

(ANTES DROGUERIA Y LABORATORIOS MODERNOS, S. A.)
AV. REP. DE ARGENTINA, Nº 56.
M E X I C O, D. F.

¡Señor Doctor!

Para la temporada de los Resfriados, recordamos nuestras especialidades "N O V O A":

BRONCOSEPTYL, cápsulas,
Antiespasmódico Bronco-Pulmonar. (sedante)
Reg. Nº 24664 D. S. P.

CLOREFEDRINA, gotas, (inhalante)
Un inhalante de Efedrina y Cloretona, combinadas, (anti-catarral, balsámico y vasoconstrictor).
Reg. Nº 22620 D. S. P.

CODEFEDRINA, cápsulas,
Preparado Codeínico, expectorante y calmante de la tos. (analgésico-antiespasmódico).
Reg. Nº 24618 D. S. P.

INHALANTOL, líquido,
Medicación inhalante en las afecciones del aparato respiratorio (antiséptico, balsámico y descongestivo).
Reg. Nº 22353 D. S. P.

OTOSEPTYL, gotas,
Enérgico antiséptico y analgésico del conducto auditivo.
Reg. Nº 22096 D. S. P.

RINOSEPTYL, gotas,
Antiséptico y descongestivo de las membranas mucosas. De efectos rápidos.
Combinación estable de
ARGIROL BARNES, EFEDRINA NATURAL Y CLRETONA
Reg. Nº 22595 D. S. P.

◎

SIEMPRE A SUS APRECIABLES ORDENES

LABORATORIOS NOVOA, S. A.

2°—Si no se puede concluir que la tumoración que semeja el branquioma es efectivamente un infarto ganglionar secundario, hay que pensar en muy distintos procesos y eliminarlos antes de sentar el diagnóstico de branquioma. Tales procesos incluyen desde un *Hodgkin* monoganglionar, hasta una tuberculosis atípica y muy particularmente un cáncer, aberrante o no, del cuerpo tiroides.

EL VALOR DE LA TOMOGRAFIA EN CASOS DE CALCIFICACION PLEURAL.—*J. Olmer, F. Santamaría, M. Lallemand.*—Press Medicale.—63-852-1946.

Los A.A. presentan dos casos muy demostrativos de que si bien la radiografía standard es suficiente, en la mayoría de las ocasiones, para permitir el diagnóstico de calcificación pleural, sólo la tomografía da los necesarios datos para concretar tanto los detalles de esas calcificaciones como los precisos para conocer el estado de las zonas parenquimatosas subyacentes las cuales, no rara vez están afectadas en mayor extensión de lo supuesto.

LAS CAVERNAS DIVERTICULARES.—*P. Pruvost, Depierre.*—Press Medicale.—63-858, Dic. 1946.

No es raro que las cavernas pulmonares, pese a un aspecto absolutamente regular en apariencia radiológica, posean verdaderos divertículos, en total invisibles sin la ayuda de substancias de contraste. Así sucede en casos de lesiones muy antiguas y tales imágenes nada tienen que ver con aquellas otras de dos cavernas cercanas comunicándose entre sí. Es frecuente que la única traducción radiológica de los divertículos referidos sea una zona más clara, más aireada sita en las cercanías de la imagen cavitaria; como se sabe tales zonas de mayor aireación son interpretadas, cual enfisemas parciales.

Los A.A. recomiendan que se explore las cavidades mediante inyección transparietal de lipiodol, exploración sin peligro alguno y única capaz de proporcionar los necesarios conocimientos topográficos sobre las destrucciones pulmonares cuya terapéutica quirúrgica quiere acometerse.

PRENSA CENTRO EUROPEA

"Uber krampffreie Elektrobehandlung depressiver Zustände", (SOBRE EL TRATAMINTO DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS POR ELECTROCHOQUE SIN CONVULSIONES).—*Plattner, P.* y *Löhnis, H.*—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Vol. 108, N° 4, 1943.

Los autores han aplicado electrochoques sin llegar a provocar convulsiones en más de 50 enfermos con estados depresivos de distinta naturaleza con buenos resultados terapéuticos.

Esto los autoriza a afirmar que la provocación de convulsiones por excitación eléctrica de la corteza cerebral, es, en estos casos, no sólo superflua sino indeseable, bastando provocar una excitación suficientemente intensa y adecuada de otros centros probablemente vegetativos lo que puede obtenerse utilizando corrientes repetidas muy débiles o más fuertes después de luminalizar al enfermo, las cuales provocan solamente cortas ausencias.

Estas ausencias cortas e inofensivas son soportadas muy bien incluso por enfermos ancianos y débiles y son suficientes para el tratamiento y la curación de las depresiones seniles y arterioescleróticas.

En las depresiones de la menopausia, involutivas y endógenas suelen ser necesarios los choques completos, con convulsiones. Estas últimas pueden ser evitadas mediante el luminal.

(Desde hace varios años hemos preconizado este mismo método en esta clase de enfermos, sobre todo después de los trabajos últimamente aparecidos sobre la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral y los umbrales de la misma y, para referirnos a nuestro medio, las investigaciones de *Obrador* y de *Rosenbluth*, las que nos acabaron de convencer de la inutilidad de las convulsiones para evitar las cuales pueden recurrirse ya a corrientes que lleguen solamente al nivel del umbral de excitación de cada paciente ya a la inyección de curarse con lo que obtenemos en los enfermos solamente un "petit mal", suficiente para el éxito del tratamiento).

F. P. DEL RONCAL.

Blutzucker — und Pulsreaktion beim therapeutischen Schock sowie bei experimenteller Affektsteigerung. (AZUCAR SANGUINEO Y REACCION DEL PULSO EN EL SHOCK TERAPEUTICO Y EN LA INTENSIFICACION AFECTIVA EXPERIMENTAL).—*Snorre Wohlfahrt*, — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Vol. 108, N° 3, 1943.

En una primera serie de experiencias el autor investiga las modificaciones del pulso y de la glucemia después de shocks provocados por el cardiazol, por la inhalación de CO_2 ó por la corriente eléctrica. El primer método es el que provoca un mayor aumento de la glucemia llegando a las cifras de 79,5% mgs. mientras la aceleración del pulso disminuía.

Mediante el shocñ anóxico (provocado por primera vez por *Loevenhart*, mediante la inhalación de CO_2 ó por inyección de cianuro sódico) o el electrochoque la glucemia sólo llegó a 30% mgs. y las modificaciones del pulso eran mínimas.

En una segunda serie de investigaciones el A. estudia las modificaciones de la glucemia y del pulso provocando una intensificación afectiva para lo cual sugería un choque "cardiazólico" inyectando simplemente una solución fisiológica o mediante otros medios semejantes. El azúcar sanguíneo llegaba a elevarse en un 17,1% mg. de la contenida normalmente por el paciente.

Se deduce de ello que tanto las modificaciones del pulso como la concordancia de los diferentes estados afectivos con la glucemia obedecen a una correlación entre los factores precipitados.

F. P. DEL RONCAL.

"Blickkrämpfe, Schlaf und Psychische Störungen" (CRISIS OCULOGIRAS, SUEÑO Y TRASTORNOS PSIQUICOS). — *Stern. A.*—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. — Vol. 108, N° 1-2, 1943.

El autor parte de la observación de tres casos, uno de parkinsonismo, otro de catadonia y el tercero de distonía muscular deformante (descrita por *Flatau-Sterling* con el nombre de espasmo de torsión progresivo), en los cuales ha observado crisis oculogiras.

Aunque las crisis oculogiras son características de la encefalitis epidémica han sido observadas también en otros síndromes por diversos autores; *Margulis* en la tabes, *Bekker* en el parkinsonismo luético, *Vorkastner* en una parálisis agitante senil, *Hallervorden* en un caso de enfermedad de *Wilson*, etc. El A. estudia el problema de las crisis oculogiras no sólo en relación con el sueño o el adormecimiento (fenómeno de *Stocker*) sino con determinados estados psíquicos excepcionales.

Las relaciones entre el sueño y los movimientos hacia arriba de los globos oculares vienen indicadas por el antedicho fenómeno de *Stockert*, por el fenómeno de *Bell*

y por ciertos estados psíquicos como la catatonia según las observaciones del A.

Si suponemos la localización de estos trastornos en la substancia gris del mesencéfalo se facilita la comprensión de estas combinaciones.

Stern discute, entre otras teorías la de *Bonhöfer* sobre al disociación parcial del sueño y basa sus propias hipótesis en las observaciones de *Zondek* acerca de las alteraciones emocionales psíquicas en las afecciones hipofisarias y del mesencéfalo.

F. P. DEL RONCAL.

"Über Thalamusveränderungen bei der Pickschen Krankheit". (SOBRE LAS ALTERACIONES DEL TALAMO EN LA ENFERMEDAD DE PICK).—*Hartmann, K.*—Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie.—Vol. 107,N° 3-4, 1943.

En dos casos de enfermedad de *Pick* el A. describe detalladamente las modificaciones del tálamo que pueden observarse en los estadíos avanzados de esta enfermedad.

Los resultados obtenidos por el examen de otros casos de lesiones de la corteza cerebral demuestran que la corteza frontal granular depende del núcleo anterior e interno (según la nomenclatura de *Grünthal*). Además, demuestra el autor, que las segunda y tercera circunvoluciones del lóbulo temporal no tienen ninguna relación con el tálamo. La circunsvolución angular recibe sus fibras de los núcleos laterales principales 6 y 7; las circunvoluciones occipitales y la lingual, del primer núcleo del pulvinar.

El A. supone que las modificaciones del tálamo, con las atrofias de la corteza, son las responsables de los trastornos psíquicos de la enfermedad de *Pick*.

F. P. DEL RONCAL.

"Weitere Milleilungen über den Amytal-Test und über "Praenarkose-Tests" im allgemeinen".—(NUEVAS COMUNICACIONES SOBRE LA PRUEBA DEL AMYTAL Y SOBRE LA PRUEBA DE PRENARCOSIS EN GENERAL).—*Pfister, O. E.*—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. — Vol. 107, N° 1-2, 1943.

El A. ha hecho un estudio comparativo sobre la utilización del Amytal sódico, el Narcomunal (de Roche) y el Evipan sódico (de Bayer) en el test de prenarcosis, a las dosis apropiadas para producir este estado prenarcótico. Observó que dichas drogas son igualmente eficaces para obtener un pronóstico previo a los tratamientos de choque en las psicosis.

Indica que, según sus observaciones, en los casos en que la prenarcosis podía considerarse como "positiva" el resultado de la terapia por shock fué favorable en el 82% de los casos. En cambio cuando el test fué "negativo" ninguno de los pacientes se benefició del tratamiento.

Como el pronóstico de las psicosis, especialmente el de la esquizofrenia, depende en gran parte de la conservación de los afectos, la prueba de la prenarcosis no debería encontrar su aplicación solamente como elemento de pronóstico en ciertas curas determinadas, sino, de unmodo general en el pronóstico de las enfermedades mentales ya que dicho test no produce molestias y es particularmente útil incluso para seleccionar el tipo de terapéutica a emplear (eelctrochoque, insulina, psicoterapia, etc.).

F. P. DEL RONCAL.

"Über die nosologische Stellung des Guillain-Barréschen Syndroms", (SOBRE LA POSICION NOSOLOGICA DEL SINDROME DE GUILLAIN-BARRE).—*Juba, A.*—Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Vol. 108, N° 5-6, 1943.

El A. describe clínica y anatomopatológicamente un caso de síndrome de *Guillén-Barré* muerto de una afección intercurrente, habiendo encontrado un proceso inflamatorio y degenerativo en la neurona periférica, especialmente en su porción proximal (lo que es la regla en los casos malignos).

Juba invoca, de nuevo, la teoría de la alergia de *Pette* en la etiología de la polirradiculoneuritis ascendente y llama la atención sobre las posibilidades de una génesis infecciosa directa.

F. P. DEL RONCAL.

Pervitin-Psychose. (LA PSICOSIS PERVITINICA).—*Staehelin, J. E.*—Zeitsch. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiat.—Vol. 173, N° 3-4, págs. 598-620. 1941.

Son ya conocidos algunos de los trastornos que puede producir la Pervitina (Benzedrina, Aktedrina, etc.) en personas sensibles o tomada a dosis excesivas. El A. expone el caso de un neurótico, con taras hereditarias neuropáticas que habituado a la Pervitina llegó a ingerir dosis de 300 mgms. diarios las cuales produjeron un cuadro alucinatorio parecido al provocado por el cocainismo, con predominio de las alucinaciones cutáneas (sensación de pequeños insectos corriendo por la piel) acompañado de calambres en los dedos, crisis sudorales, sequedad de las mucosas, anemia y adelgazamiento.

(Aunque el caso es excepcional, por las altas dosis de benzedrina tomadas por el enfermo, debe ser tenido en cuenta dada la facilidad para adquirir esta droga y la extensión que va adquiriendo su ingestión, especialmente entre los estudiantes).

El trabajo acompaña una interesante bibliografía de investigaciones sobre la benzedrina en Alemania.

F. P. DEL RONCAL.

Bestimmung des Gesamteiweisses im Liquor cerebrospinalis (DETERMINACION DE LAS ALBUMINAS TOTALES EN EL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO).—*Lindenmeyer, E. Monatsschrift* f. Psychiatrie und Neur.—Vol. 109, N° 2, Febrero 1944.

Considera el autor que, dada la importancia diagnóstica que tiene la determinación de la albúmina total en el líquido céfalo-raquídeo y los estrechos límites en que ésta varía en determinadas afecciones del sistema nervioso central es conveniente utilizar para su determinación un método que ofrezca las máximas garantías de exactitud. A este fin ha examinado 327 líquidos céfalo raquídeos procedentes de otros tantos pacientes y realizado en ellos la determinación de la albúmina simultáneamente por los métodos de *Kafka* y por el de *Kjeldahl*.

Este último método, con la modificación introducida por *Abelin* ha resultado ser, muchísimo más exacto que todos los demás (gravimétricos, colorimétricos, volumétricos, etc.) por tratarse de un procedimiento esencialmente químico.

La comparación de las cifras obtenidas por el método de *Kafka* y por el de *Kjeldahl* (modificado por *Abelin*) indica unas diferencias tan considerables que llegan a veces al 100% hasta el extremo de que líquidos que resultaban con albúmina normal cuando el análisis se hacía con el primer método, resultaban con ésta considerablemente aumentada cuando se utilizaba el *Kjeldahl* aun teniendo en cuenta que las cifras dadas como normales, son ligeramente superiores en éste que en aquél (respectivamente 30% mg. y 35% mg. como cantidades límites).

Recomienda el A. que en los casos dudosos se insista en el examen de la albúmina mediante el método químico como medio de obtener una mayor exactitud en su determinación.

F. P. DEL RONCAL.

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

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
Liquido, 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.

Información del Ateneo Ramón y Cajal

Una vez más, a la Junta General Reglamentaria convocada por el p.p. mes de Marzo asistió una mínima cantidad de socios. Tan pequeña fué, que los asistentes no estimaron digno celebrar reunión alguna y ésta hubo de suspenderse. Ningún asociado podrá aducir que la presente Junta Directiva no cumple sus deberes. Desgraciadamente, la viceversa no es cierta y nadie puede creer que el éxito o fracaso de una Sociedad —más aun como la nuestra— depende sólo del esfuerzo de sus directivos, mejor dicho, de algunos de sus directivos.

Pero todavía (!) es más lamentable lo que sucede con el pago de cuotas. Están en descubierto —y por varias mensualidades —compañeros cuya posición económica no puede servirles de justificación. Otros, se desentienden totalmente de cualquier labor de solidaridad. Ahora, cuando —merced a la Revista Médica— estamos enlazando con la inmensa mayoría de nuestros compañeros exilados en distintos países de América y Europa, será cuestión de publicar los nombres de los morosos, de los rehacios a toda ayuda. Conviene ir fijando públicamente situaciones.

La sesión científica efectuada el 9 de Abril, para la presentación a los colegas de México, de nuestro compatriota *J. González Aguilar*, fué coronada con gran éxito. Semanas después, la Sociedad Mexicana de Estudios sobre Neumología celebró reunión extraordinaria para que *González Aguilar* expusiese sus observaciones sobre Quistes hidatídicos de Pulmón.

DISPONIBLE

TERAPEUTICA CLINICA

por Harry BECKMAN.—M. D.

Traducción de la quinta Edición original dirigida por el Dr. RAMON BERTRAN

La experiencia considerable del autor, profesor de farmacología durante largos años y reconocido en Estados Unidos primera autoridad en la materia, da a esta Obra un interés excepcional para todos los médicos, con independencia de la especialidad a que se dediquen, siendo fundamental e imprescindible para los recién graduados y estudiantes que necesiten orientarse para tratar en la práctica a sus enfermos.

INMUNOLOGIA CLINICA BIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

por

JOHN A. KOLMER Y LOUIS TUFT

Aplicadas al Diagnóstico, Profilaxis y Tratamiento de las Enfermedades.

—oOo—

UNA TERAPEUTICA MODERNA FORMADA POR LA COLABORACION DEL BACTERIOLOGO Y EL QUIMICO Y DEL INMUNOLOGO Y EL CLINICO.

DIAGNOSTICO CLINICO POR LOS ANALISIS DE LABORATORIO

por

JOHN A. KOLMER

Traducido bajo la dirección del Dr. ALBERTO FOLCH y PI

Dos tomos con 1400 páginas, cuadros con esquemas y grabados en negro.

El diagnóstico clínico por los exámenes de Laboratorio ha alcanzado en la actualidad gran importancia y verdadero interés, en Medicina, en Cirugía y en las distintas especialidades Médicas.

SELECCION DE TRABAJOS DE LA CLINICA MAYO Y LA FUNDACION MAYO

Una Edición en español para los Médicos de Hispanoamérica, como lo han sido las Ediciones inglesas para los Colegas Norteamericanos y que estimule el continuo desarrollo de la cooperación interamericana en los progresos de la Ciencia Médica y en el servicio de la Humanidad.

Contiene los trabajos de investigación más notables efectuados en la Clínica y Fundación MAYO en cinco años.

TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA

Publicado bajo la dirección del Dr. Frederick CHRISTOPHER; traducción de la cuarta edición original dirigida por el Dr. Ramón BERTRAN.

Dos tomos con 1483 ilustraciones en 762 figuras

La más moderna Patología Quirúrgica al servicio de Médicos y Estudiantes.

THE UNIVERSITY SOCIETY MEXICANA, S. A.

Distribuidores Exclusivos

5 de Mayo Nº 19. Apartado Postal 2977. MEXICO, D. F.