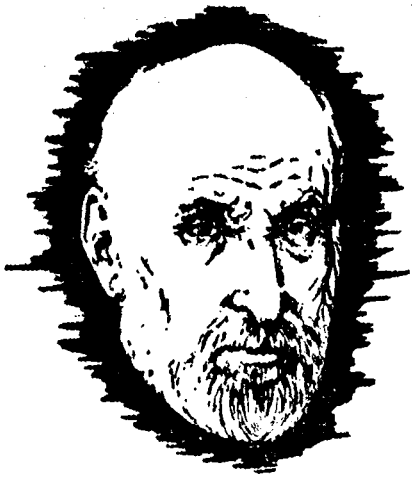


Revista Médica del Ateneo Ramón y Cajal

SUMARIO:

I.—ESTUDIO DE CONJUNTO DE UN TEMA.—
Ismael Cosio Villegas, Carlos Diez Fernández.—Contribución al conocimiento de la epidemiología tuberculosa en la República Mexicana 469

II.—TRABAJOS DE OBSERVACION Y EXPERIMENTACION.—
Mario Salazar Mallén.—Las polinosis en el Valle de México 508
Federico Pascual del Roncal.—El psicodiagnóstico de *Rorschach* en los enfermos lobotomizados 511
Luis Gerez Maza.—Tratamiento quirúrgico de las malformaciones cardíacas.
M. Kaplan.—Nuevos conceptos sobre el origen y tratamiento de las ciáticas 519
Francisco Guerra.—Farmacología de la tuberculosis 521

III.—MEDICINA PRACTICA.—
Caso clínico.—F. Aluja.—Un caso, tratado con éxito, de la enfermedad de *Waterhouse Friderichsen* 526
Transcripciones terapéuticas 527
Novedades en el comercio terapéutico 538
Las vitaminas y la canicie 539

IV.—COMENTAROS.—
A propósito de un boicot 540

V.—ESTADO, CONCEPTOS Y PROBLEMAS DE LA ORGANIZACION MEDICA MUNDIAL.—
La organización Sanitaria Mundial 542
Los médicos exilados en Europa 545
Los médicos en Suiza 546
La asistencia médica en Hungría 546
Nacionalización de los balnearios franceses 546
Marcha atrás en Inglaterra 547
Organización de la anestesia en Francia 548
¡Otro!, y van 549
El Centro Hospitalario "Luis Pasteur" 549

VI.—MEDICOS Y HOSPITALES MEXICANOS.—
El Instituto Nacional de Cardiología 552

VII.—SECCION PARAMEDICA.—
Raymond A. Kelser.—Aportaciones de la Veterinaria a las Ciencias Médicas ... 556

VIII.—NOTICIAS Y AMENIDADES 560

IX.—CRITICA DE LIBROS.—
Preoperative and Postoperative treatement, 653.—Rehabilitating the tuberculous, 564.—Shoulder lesions 566

X.—ANALISIS DE REVISTAS.—
Prensa norteamericana, 567.—Prensa en castellano, 571.—Prensa inglesa, 572.—Prensa francesa, 573.—Prensa centroeuropea 574

IIa. Epoca **México, Mayo de 1947** **Núm 5**

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.

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 TIROZ
Dr. JUAN ANTONIO MENDEZ

T R I D I O N E

(3.5.5-Trimetiloxazolidina-2.4-Diona)

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.

nan II) de *Cummis*, las cifras de mortalidad no siguen una tendencia uniforme; exhiben oscilaciones, ondas evolutivas que si unas veces se aproximan a la fase A (llamada "natural") otras veces se acercan a la fase C ("modificada"). Y también la marcha de estas oscilaciones, su manera de presentarse, de llegar al acmé, de finalizar, tienen expresiones gráficas parejas en todos los países. Desgraciadamente, su demostración sólo puede encontrarse en los pueblos que sufren muy de antiguo un estado endémico de la enfermedad tuberculosa pues se presentan cada 150-300 años. Pero si por tal motivo (*) podemos objetar las afirmaciones de los últimos autores, citados, en cambio es inobjetable que, en más breves espacios de tiempo, nos es dable observar, también en todos los países, pequeñas oscilaciones de la curva epidemiológica tuberculosa secular de cada pueblo, las cuales, cuando obedecen a una misma causa, o grupo de concausas, tienen un mismo signo, una misma tendencia, fuera el que fuese el nivel previo, la altura anterior de la mencionada curva secular de cada pueblo, de cada país. No son precisas muchas demostraciones de esta constatación (pues es algo conocido). Pero, de todas suertes, véase la evolución de la citada curva epidemiológica secular de la tuberculosis en distintos países de Europa, durante los postreros veinticinco años (Fig. 2):

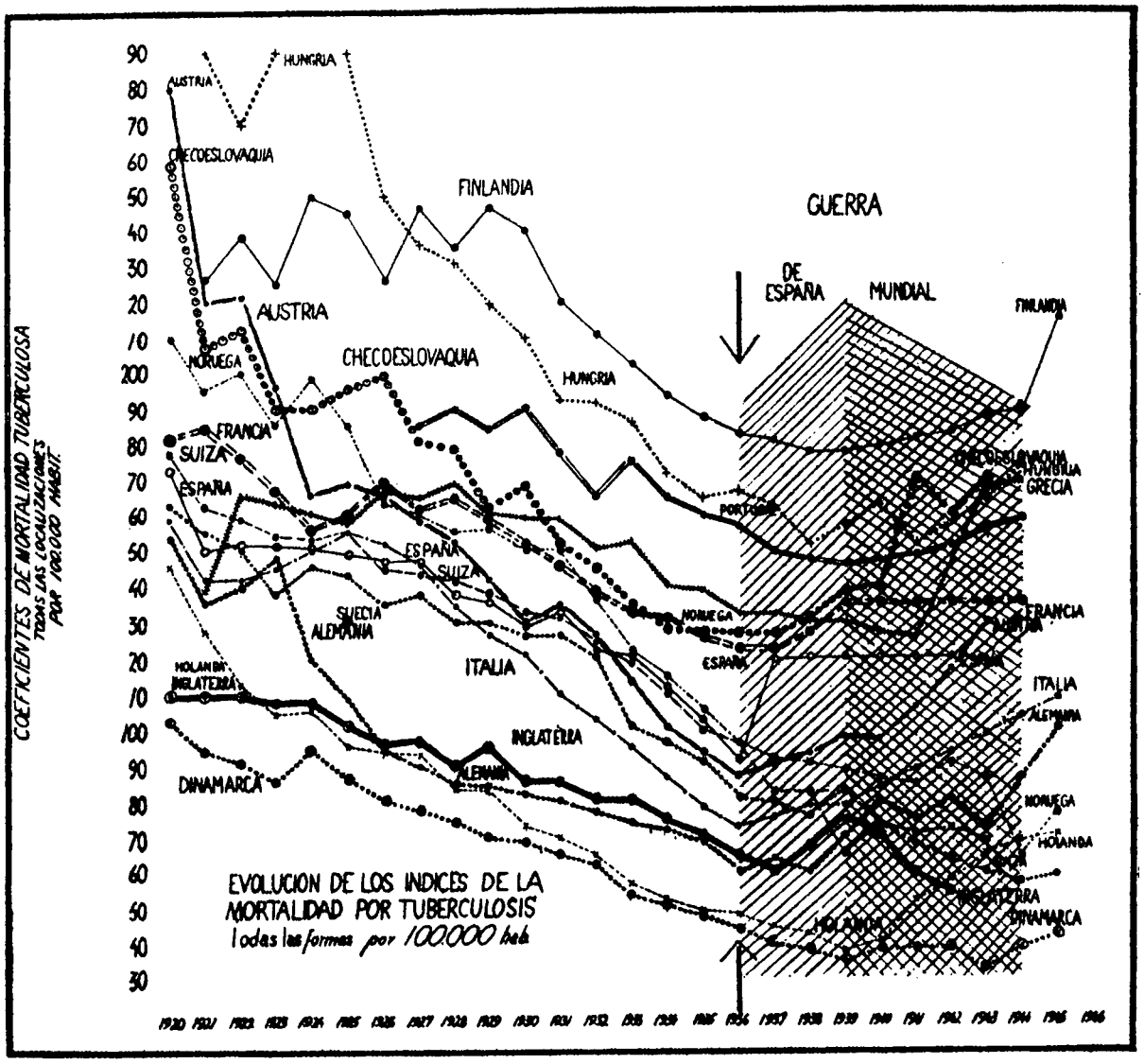


FIG. 2

Y bien, ¿qué demuestra, a donde conduce la realidad que nos ocupa? Dejaremos las interpretaciones más o menos metafísicas que ha sugerido y las cuales, en no pequeña proporción, han permitido escepticismos mal fundamentados sobre la utilidad de luchas antituberculosas. (Nos referimos a las tesis sobre el valor de la selección natural (*Gottstein* y en parte, *Ickert*) de la constitución y herencia (*Klare*, *Diehl* y *Verschuer*) de la inmunidad, o mejor resistencia defensiva (*Grins*).) Lo que nos interesa, por ahora, no es tomar un partido —desde luego, imposible— por cualquiera de esas explicaciones parcialistas.

Exponiendo y demostrando la existencia de principios normativos comunes, mejor dicho, de pautas capaces de

(*) En efecto, las cifras de mortalidad de hace más de un siglo, son bien dudosas, pues no existían mas Registros que los religiosos (salvo contadas excepciones) y aun estos por demas groseros e incompletos.

abarcar y permitir una calificación comparativa y aclaradora de cada momento epidemiológico tuberculoso, buscamos llevar a los ánimos incrédulos la convicción de que, aun "rebasando la capacidad de cualquier investigador" (y pese a tener que basarse en hechos tan originariamente defectuosos como pueden ser los estadísticos) acometer el estudio de la epidemiología tuberculosa de un pueblo no es "trazar una línea en el mar" y perderse en el desmarañamiento de interdependencias de las distintas circunstancias cuya actuación constelar determina la dinámica epidemiológica en cuestión. Y, en consecuencia de no ser tiempo perdido, resulta obligación de cuantos cuentan con posibilidades de acometerla.

Si no tuviésemos más que los números podríamos llegar a creer que la tarea era improductiva (*). Así ha sucedido, p. e., con aquellas estadísticas, que todos estudiamos, pretendiendo demostrar el valor *esencial* de esta o la otra profesión, de tales o cuales condiciones domiciliaria o la manera especialísima de evolucionar la tuberculosis en esta o aquella raza; estadísticas, numeros que, más tarde, otros venían a tirar por tierra, contraponiendolos, anulándolos. Pero tenemos más. Contamos con los conceptos de conjunto que nos permiten valorar cada cifra; pudiéramos decir, encontrar su sentido, su "peso específico" dentro del total que debemos aclarar, sin que naturalmente nos sea siempre posible, hoy por hoy determinar los mecanismos íntimos de las modificaciones.

Pero si la recopilación de datos estadísticos —y primariamente, la confección de estos—, su estudio, ha engendrado una síntesis conceptual la cual a su vez, aplicada al análisis de cifras más parciales aclara su significado y señala sus posibles errores de origen, no es menos cierto que estas, las cifras, son capaces de marcar las lagunas aun existentes en aquella síntesis conceptual, siendo, inclusive, aptas para irla modificando. Esto último, p. e., es lo que está a punto de suceder con las estadísticas que aporta el examen sistemático de colectividades, cuyas cifras de resultados han hecho removerse no pocos aspectos del concepto epidemiológico que teníamos de la tuberculosis.

Gottstein dice que "la epidemiología trata de los fenómenos en masa cuya unidad no es el caso particular del individuo afecto" y (añadimos nosotros) tal es la característica esencial de la tuberculosis: ser un fenómeno jamás circunscrito al enfermo que tenemos en la pantalla radioscópica. Para quienes se olvidan, practicamente, de semejante calidad bien conocida, para ellos se escribió esta introducción.

Porque, a más de cuanto se ha expuesto en demostración de que la epidemiología no es una serie de cifras "muertas", hay que recordar otras dos de sus calidades más verdaderas y esenciales. Una, su constante enlace con la clínica. Otra, ser imagen —parcial o total, como se quiera, pero siempre imagen— del conjunto de medidas profilácticas y terapéuticas adoptadas por la suma de individuos que es una sociedad; suma en la que constantemente resaltan los sumandos que cada médico, cada especialista en tuberculosis, aporta.

¿Enlace entre la Epidemiología y la Clínica tuberculosas? Basta señalar de que suerte, con las fases epidemiológicas, van modificándose las formas clínicas más frecuentemente observadas, las localizaciones, el curso, etc. Conociendo el momento epidemiológico, conocemos *a priori*, las características clínicas que encontraremos; en concordancia, cuando vemos variarse esas características clínicas, podemos estar prestos a enfrontarnos con otro momento epidemiológico que el vivido hasta entonces. ¿Teoría? ¡Oh!, nó. La reciente guerra lo ha puesto bien de manifiesto ante los especialistas europeos que, cuando aun no podía hablarse de mayor mortalidad, de morbilidad en ascenso, comenzaron a observar más frecuencia de formas clínicas hasta entonces raras, cambios en el curso de sus enfermos...

Y, en cuanto a la Epidemiología cual expresión de las prácticas de tratamiento y profilaxis, sería superfluo insistir. En cambio, quizás no lo sea repetir que estas han de ser concebidas y ejecutadas de acuerdo también con la fase epidemiológica total y el significado individual epidemiológico de cada objeto de prevención. Y aquellas —las medidas de tratamiento individualizado han de valorar también los aspectos epidemiológicos; los individuales en primer lugar, sí, pero ¿cómo apreciar todo el significado de estos sin poseer una estimación del momento epidemiológico total?

Lo que nos interesa es comenzar diciendo:

En resumen:

No es posible una lucha contra la tuberculosis —ni en sentido de organización social, ni en la faceta más personal del clínico en acción— sin un conocimiento de la epidemiología local de la enfermedad.

A tal conocimiento es posible llegar siempre que los elementos estadísticos, base obligada, sean manejados comparativamente dentro de pautas generales ya establecidas. Pautas que han surgido de considerar uniformemente otras estadísticas, al relacionarlas con hechos anteriores y posteriores, encontrar "cómo" expresaban el dinamismo de estos; hechos que, al sucederse unos a otros (con determinismo aun muchas veces ignorado) lo hacen en tal concatenación que respeta un principio evolutivo general.

Luego:

—en aquella valoración de las estadísticas, lo esencial está en hallar su dinamismo; y

—aunque el estudio de la epidemiología tuberculosa de un lugar determinado deje sin aclarar estas o las otras causas de expresiones epidemiológicas, no podemos aceptar que semejante estudio tenga exclusivamente el valor relativo de una mera recopilación de cifras, de datos numéricos más o menos exactos;

—pues, de todos modos, el estudio en cuestión vendrá a señalar cómo se expresa de momento, localmente, aquella norma evolutiva general, común. Y, por ende, qué cabe esperar en un futuro inmediato.

Si nos limitamos a exponer los datos estadísticos y sus representaciones gráficas, aunque las completemos con las consideraciones que sugieran, es lo más probable que pasen, o parezcan pasar, por alto conclusiones sobre el papel jugado por alguno de los factores, de los múltiples factores,

(*) Desde luego, falsamente. Esas cifras, su estudio, han dado las bases para encontrar los errores de métodos simplemente matemáticos aplicados a la búsqueda biológica. Sin hablar de que expresando numericamente los hechos, permitían su comparición, aunque grosera, siempre útil.

que intervienen en la constelación causal epidemiológica. Y la consecuencia más inmediata de tal probabilidad, es que no se resaltan aquellas lagunas que han de llenar investigaciones posteriores.

Esto, que es bien claro, no ha podido ser ignorado por los autores de trabajos semejantes al nuestro. Y, sin embargo, en realidad todos han adoptado el defectuoso sistema de ir presentando diagramas y cifras unas veces, —con mucho, las más— para estudiar los aspectos parciales muy concretos que maximamente facilitan esas cifras y aquellos diagramas, y, otras veces, —las menos, repetimos— intentando el análisis total de todas y cada una de las consecuencias que pueden deducirse del material en examen. Por ejemplo, se presenta la curva de mortalidad tuberculosa en las diferentes edades de la vida; pues bien, lo más corriente es que su única utilización sea señalar la influencia del factor edad, haciendo abstracción de las posibles interferencias de otros elementos. Es raro, muy raro, que se llegue a intentar, por lo menos, otros análisis y, ni siquiera, a plantear los posibles co-elementos causales de la mencionada curva.

Evidentemente es así —con una valoración puramente mecanicista, pudiéramos decir— como se puede llegar a conclusiones más brillantemente concretas, pero, también..., más cercanas del error. Hoy, despues de todos los estudios bioestadísticos sobre valoración de las unidades de medida (y convendrá citar aquí al norteamericano *R. Pearl*) nadie puede desconocer lo que acabamos de escribir. Entonces, ¿por qué se reincide en el error?

El motivo principal, a nuestro juicio, estriba en el lógico deseo de no perderse, de no tener que repetir una línea sí, y quizás otra también, que no es posible llegar a una conclusión satisfactoria. La intrincación de elementos actuantes casi siempre escapa a un desentrenamiento a un desliamiento definitivo. Cosa distinta es la determinación puramente teórica del valor de cada uno de los concausas de acción. Por ello en las disertaciones académicas, en los capítulos epidemiológicos de obras de enseñanza, ahí, sí, ahí se encuentra frecuentemente una ordenación sistemática del estudio de cada posible elemento influyente en el resultado epidemiológico.

Ahora bien ¿es que no pueden combinarse ambos métodos de estudio y análisis? ¿Es que si llegamos —a base tanto de las propias cifras como de los resultados conseguidos por otros autores— a conclusiones que no sean definitivas, pero sí probables, si conseguimos eso, no habremos adelantado en nuestro conocimiento? Para nosotros, debe responderse afirmativamente ambas preguntas.

Es por ello que debemos trazarnos un plan que permita el análisis sistematizado de nuestro material y —sobre todo— adquirir impresión —aunque no sea más— del valor que en nuestro medio juega cada uno de los factores epidemiológicos. Justamente pensando en la necesidad de obrar así, escribía *Gottstein* que sólo quienes tuvieran conocimientos de la tuberculosis cual enfermedad —es decir, quienes fuesen especialistas— podían llegar a conclusiones valorables en el estudio de cifras estadísticas sobre la epidemiología tuberculosa.

Estudiar la importancia que en un país tiene la tuberculosis, en fin de cuentas supone definir dos aspectos: uno, la extensión que alcanza, tanto la infeción cual la enfermedad; otro, la letalidad de los procesos tuberculosos. Ambos aspectos hallanse en íntima relación; más no siempre los dos ofrecen idéntico signo. Por ejemplo, en los primeros tiempos de tuberculización de una colectividad, la extensión es mínima y la letalidad máxima; en cambio, cuando se ha llegado a un estado endémico crónico, muy antiguo, la extensión es muy grande y la letalidad —salvo en momentos socialmente "anormales"— es pequeña; por último, la extensión en determinadas edades es, en condiciones de normalidad, muy poca y, empero, la letalidad resulta elevadísima. No es, insistimos, en que ambas facetas epidemológicas a considerar estén siempre contrapuestas, pero pueden estarlo; de igual manera, no es que no se hallen relacionadas entre sí, que no se impulsen —inclusive— la una a la otra, pero hay que marcar a cual de las dos podemos culpar del nivel alcanzado por la mortalidad tuberculosa, que, en definitiva es la resultante más grave del estado epidemiológico de una colectividad.

Analizando algo más encontramos completamente natural que así suceda, que las dos facetas puedan presentar perfiles distintos, pese a su conexión. En la calidad y cantidad de ambas intervienen idénticos elementos —germen, ambiente, organismo—, más en diversa proporción influyente. A base de los conocimientos que hoy poseemos, es imposible discutir que la extensión de la infección tuberculosa —y aun de la enfermedad, por mucho que se valoren las circunstancias que llamamos "endógenas"— dependen esencialmente de cuanto calificamos como "complejo infeccioso" (quizás fuera mejor, más claro, decir "contagioso") el cual incluye, tanto lo referente al germen tuberculoso (comprendiendo abundancia de manantiales y puerta de entrada) como lo relacionado con la protección social en la que, hoy por hoy, (dado su muy relativo empleo, más que la discusión sobre su verdadera eficacia) no podemos abarcar la protección específica. ¿Que duda cabe del papel que puede jugar y juega el organismo de cada sujeto y, por tanto, de todos los que están expuestos a la infección, al desarrollo de la enfermedad? Desde luego ninguna; pero tampoco existen dudas, particularmente en lo referente a la infección, de que la influencia del organismo es muy relativa, y probablemente, sólo en muy contados casos —hablamos de la infección— absolutamente determinativa.

Todo lo contrario ocurre para que un proceso tuberculoso sea o no sea mortal y en que tiempo. Sobre el curso, sobre la calidad, sobre la terminación de una lesión tuberculosa, tampoco podemos hoy dudar que obran esencialmente: el "factor orgánico" de cada enfermo y las medidas específicas de lucha antituberculosa permitiendo un más rápido diagnóstico, un más precoz tratamiento, una terapéutica acertada. ¿Es que no intervienen en el curso, en la manera de ser y evolucionar un enfermo, las calidades del germen causal de "su" lesión? Posiblemente, sí, pero nada de cuanto, hoy por hoy, sabemos nos dice que ellas sean determinativas, salvo en condiciones experimentales —no comparables a la observación humana— y aun entonces no siempre.

Teniendo presente, por cuanto hemos razonado, la necesidad de valorar ambas facetas epidemiológicas (y sus determinantes inmediatos de

mayor peso), valoración a realizar de suerte que todos los elementos queden entre sí debidamente unidos (pues constituyen una misma ecuación) y, sin embargo, resaltando su posible separación; teniendo presente esa, para nosotros, necesidad, desechamos las fórmulas epidemiológicas de otros autores (p. e., *Schroeder;* p. e., *Geissler*, etc.) que, o bien tratan de un sólo aspecto —casi siempre el de extensión— o bien resuelven la cuestión a base de múltiplicar las expresiones ecuacionales.

Antes de exponer la fórmula adoptada por nosotros cual directiva del presente trabajo, resumiremos los elementos cuya suma constituye cada uno de los factores utilizados. Entendemos bajo la denominación de:

Coeficiente específico: cuantos datos se refieren a calidades y cantidades del germen tuberculoso, particularmente: manantiales y puerta de entrada.

Coeficiente ambiental: la estructura social de la población, con todos los diversos sumandos que la determinan; condiciones climáticas.

Coeficiente orgánico: edad y sexo; caracteres constitucionales y hereditarios; resistencia o susceptibilidad tanto general como específica, en lo muy relativamente que esta pueda señalarse.

Protección social: concepto y práctica de ayuda social y cooperación individual, tanto en su conjunto cual relacionado con lucha antituberculosa.

Condición sanitaria: Nivel sanitario-higiénico generalá organización médico-sanitaria y su eficacia; protección general, sanitaria, a grupos especiales de la colectividad.

Lucha Antituberculosa: abarcando solamente los elementos específicos.

Y he aquí la fórmula en cuestión:

$$\text{Extensión de la tuberculosis} \rightarrow \frac{\text{coeficiente específico} + \text{coeficiente ambiental} \times \text{coeficiente orgánico}}{\text{Protección Social} + \text{Protección sanitaria} \times \text{Lucha Antituberculosa}} \leftarrow \text{Letalidad de la tuberculosis}$$

Naturalmente, no se trata de traducir cada factor a cifras y lograr una expresión matemática. Sería absurdo. Si entre el primero y segundo elemento del numerador del denominador (empezando por la izquierda del lector) se han colocado a la par los signos de más y menos, mientras que entre ellos y el tercer elemento figura un signo multiplicador, es para significar que este último (coeficiente orgánico, en un caso y Lucha Antituberculosa, en el otro) tienen un mayor valor, un mayor peso en el resultado de la supuesta ecuación; y en cuanto al más y menos del coeficiente ambiental y de la condición sanitaria, quieren decir que, segun sean suman o restan la importancia, el peso determinativo de los factores precedentes (coeficiente específico y protección social, respectivamente). En cuanto a la inclusión a uno y otro lado (numerador o denominador) de cada elemento de la ecuación, no creemos que puedan surgir dudas.

Ya hemos indicado los motivos que nos han llevado al esquema. No puede, por tanto, achacársenos que le demos más importancia que el de ser un guión teórico, con la única valía de enlazar ordenadamente todos los elementos de la constelación epidemiológica y sus dos resultandos.

I

Todo cuanto acabamos de decir sobre extensión y letalidad tuberculosa queda bien visible contemplando la fig. Nº 3 que expresa el nivel actual (1944-1946) de los coeficientes de mortalidad tuberculosa —todas las localizaciones— en diferentes países del mundo. Para quienes todavía piensen que la mortalidad, *por sí sola, siempre* puede servir como indicador de la importancia alcanzada por la tuberculosis en cualquier país, así como para aquellos que se atengan a sus realidades clínicas diarias, para unos y para otros, repetimos, el cartograma en cuestión será una sorpresa y un motor de gestos escépticos sobre la veracidad de nuestras fuentes estadísticas.

¿Cómo puede ser cierto —se dirá— que México ocupe una de las mejores posiciones en cuanto a mortalidad tuberculosa? ¡No es posible! ¡Esas cifras "oficiales" son falsas!

Analicemos la cuestión. Prescindiendo de aquellas deformaciones conscientemente provocadas a que apelan, en ciertas ocasiones, los Gobiernos de todos los pueblos (deformaciones que en cuanto a México no pueden suponerse, y menos por nosotros que hemos recogido los datos casi directamente en todas las ocasiones) tendremos que, los errores "por defecto" en una estadística de mortalidad corresponden a una de las siguientes causas, o a su combinación:

I.—Deficiencia de las estimativas de población (o de los grupos etarios, en su caso) de suerte que el número de fallecidos es proporcionado a cantidades de habitantes muy superiores a las realmente existentes, de suerte que los coeficientes resultan más bajos de lo debido.

II.—Deficiencias en las propias cifras de fallecidos, de manera que no se incluyen casos en realidad muertos por tuberculosis pero que han pasado desapercibidos. Esto puede suceder —y desde luego sucede— por

a)—errores en el diagnóstico médico,

b)—ocultaciones a petición de los familiares de los fallecidos o provocados por causas diversas (deseo de sostener que esta o la otra ciudad, etc, son muy "saludables", etc., etc.)

c)—Ausencia total de diagnóstico médico de la causa del fallecimiento.

Pues bien,

1º—Podemos asegurar que *la primer fuente de error no ha jugado papel alguno en nuestro caso.* Las estimaciones de la población han sido muy cuidadas por nosotros y no hemos caído en el error de limitarnos a sumar y restar nacimientos y muertes a los censos periódicos efectuados por la Dirección General de Estadística. Por otra parte, el registro de natalidad no puede ser inculpado en los últimos quince años; con la particularidad de antes de su corrección —conforme veremos más tarde— ya había cambiado la marcha del coeficiente de mortalidad específica y el descenso de esta no puede atribuirse a una mejor, más elevada, estimación de la población mexicana.

2º—De las diferentes circunstancias que constituyen la segunda posible causa de errores, es claro que las dos primeramente citadas (ocultaciones y errores diagnósticos) no pueden ser sobrevaloradas hasta el extremo de juzgarlas aptas para cambiar los coeficientes; claro está que ocurren, pero lo mismo suceden en el resto de los países del mundo (a no ser que haya quien piense que el médico mexicano es menos consciente y más ignorante que los profesionales de otros pueblos, cosa demasiado absurda y falsa, para que pueda sostenerse).

Queda, unicamente, la postrer posibilidad mencionada (ausencia de diagnóstico médico); es decir, la causa de la muerte no es determinada por un facultativo y sí por cualquier otra persona). Y este factor deformante sí puede jugar un papel en México, cual le juega en general en todo pueblo con zonas extensas sin asistencia médica.

Más precisamente por que nosotros conocíamos tal hecho hemos atendido a valorar su probable intervención. Para terminar considerando que la deformación causada por el mismo, no puede ser de tal intensidad cuantitativa que modifique la calidad, el valor cualitativo de las cifras. En efecto, ha de tenerse presente:

—que la mortalidad tuberculosa —conforme ya han señalado otros autores— es fundamentalmente una mortalidad urbana y en las ciudades el número de fallecidos cuyo registro de la causa de la muerte no es efectuada por un médico es un porcentaje muy escaso. Concretamente para nuestro caso: encontramos que el promedio de tales casos en los últimos cinco años ha sido:

—para todo el País, 4.3% con un

—máximo de 11,9% (ciudades de Jalisco) y de 9,7 (Michoacan) y un

—mínimo de 0,04 (Distrito Federal) y de 0,71 (Baja California, N.).

Incluso en ciudades de aquellas Entidades Federativas con escasa mortalidad tuberculosa y donde sabemos que ejercen pocos médicos (esencialmente, Península Yucateca y Pacífico del Sur) no dan porcentajes que alcancen al 10;

—qué, si bien la mortalidad de las zonas rurales predomina sobe la ocurrida en población urbana, en 20 de las 32 Entidades Federativas que constituyen la República Mexicana, sólo en 8 de aquellas 20 la cantidad de registros de fallecimientos en las condiciones descritas (sin diagnóstico médico) sobrepasa la tercera parte de las muertes consignadas. Con la particularidad de que 4 de esas E. F. durante los 25 años estudiados han pasado de altos coeficientes de mortalidad tuberculosa a índices medianos o más bien bajos y sería bien difícil —por ilógico— admitir por explicación que "antes había exceso y ahora hay defecto".

De todas suertes, es decir, pese a tales razonamientos, hemos acometido la tarea de "corregir" las cifras de muertos por tuberculosis procediendo de la siguiente suerte:

1º—Hemos supuesto que los datos donde se consignaba la tuberculosis como causa de muerte, correspondían unicamente al grupo de fallecidos con diagnóstico médico y hemos buscado lo que significaban proporcionalmente entre estos;

2º—entonces, hemos admitido que en el grupo de "fa-

llecimientos cuya causa no se consignaba por un médico" existiría la misma proporción y hemos determinado la cantidad de muertos implicada por tal porcentaje dentro del total de fallecidos del grupo en cuestión;

3º—esa cantidad lograda la hemos sumado a la que ya existía (en consecuencia de los diagnósticos de "Causa de Muerte") y hemos determinado los "coeficientes corregidos".

Pues bien, semejante proceder nos ha dado resultados que, por el momento, no consignamos ni utilizaremos en este estudio de conjunto a fin de que no se pueda arguir que nuestras conclusiones están "manufacturadas" previamente. Pues si bien los nuevos índices conseguidos son, claro está, más elevados, el incremento no es tal que modifique esencialmente nuestra valoración epidemiotuberculosa del País Mexicano en su conjunto. Cosa distinta sucede con ciertas Entidades Federativas y habremos de verlo en un posterior trabajo dedicado a cada una de ellas.

Supongamos que la sorpresa y escepticismo referidos nos llevasen a duplicar las cifras (es decir a convenir en que existía un error equivalente al 100%; absolutamente inaceptable, por excesivo). Ni aun así conseguiríamos otra cosa que incluír a México en el mismo grupo de los Países Escandinavos, Inglaterra, Canadá, Argentina, etc., es decir, al lado de quienes figuran en la segunda fila de los más favorecidos; se estaría aun muy lejos del Brasil, Chile, Venezuela... Y, de todas suertes, tampoco los coeficientes logrados así estarían conformes con la trágica experiencia diaria de cualquier profesional médico.

Ahora bien, si admitiéramos que los coeficientes consignados eran producto de groseros errores nos encontraríamos en dificultad para explicar lo que después hemos de ir comprobando; o sea:

—la curva de la mortalidad tuberculosa de la República Mexicana, se comporta evolutivamente tal y conforme debía comportarse, dentro de los módulos generales de la epidemiología tuberculosa; y

—al descomponer las cifras de mortalidad específica en distintas combinaciones (por localizaciones, por grupos etarios, por ambas circunstancias combinadas) las evoluciones de los correspondientes índices, también son las que deberían ser si la marcha de la referida mortalidad tuberculosa, en total, respondiese al verdadero momento epidemiotuberculoso de México.

Habremos de aceptar que los coeficientes de mortalidad específica que manejamos, por muchas inexactitudes que contengan, no están deformados hasta el grado de perder su esencial significación. Es decir, no es por inexactitud de las cifras estadísticas por lo que surge disparidad entre lo que pudiera pensarse contemplando el cartograma de la fig. 3, del que parece deducirse poco volumen del problema tuberculoso en México, y la "impresión —por lo demás exacta— que tienen los clínicos, el propio pueblo, sobre tal gravedad.

Lo que ocurre es que mientras estos —profanos y profesionales— se apoyan en el crecido número de enfermos que ha de atenderse, aquel, el mapa, refleja solamente el número de muertos. O lo que es igual, unos tienen en cuenta la extensión de la tuberculosis y otro expresa unicamente la mortalidad por tuberculosis.

De acuerdo con todos los especialistas en epidemiología tuberculosa, el mejor índice de la extensión alcanzada por tal plaga socio-nosológica en un país, es la proporción de individuos tuberculino positivos y su relación con la edad. Cuando el llamado índice de *Sommers* (resultado de dividir la cifra de tuberculino positivos por la de tuberculino negativos) es superior a la unidad, puede asegurarse que, en la colectividad donde se haya hecho el correspondiente examen, la extensión de la tuberculosis es muy considerable, toda vez que más de la mitad del grupo en cuestión está infectada.

Por otro lado, la Fig. Nº 4 marca la relación actualmente admitida para marcar el "índice de contagio" medio, teniendo en cuenta el grupo de edad que primeramente alcanza el 50% de tuberculino positivos.

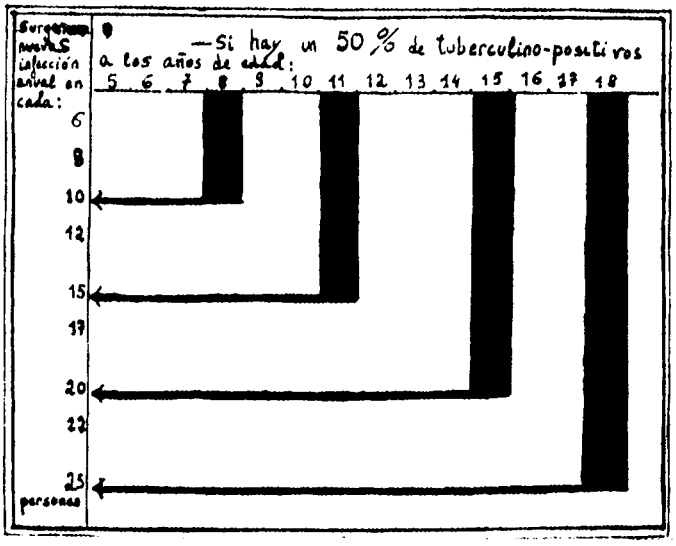
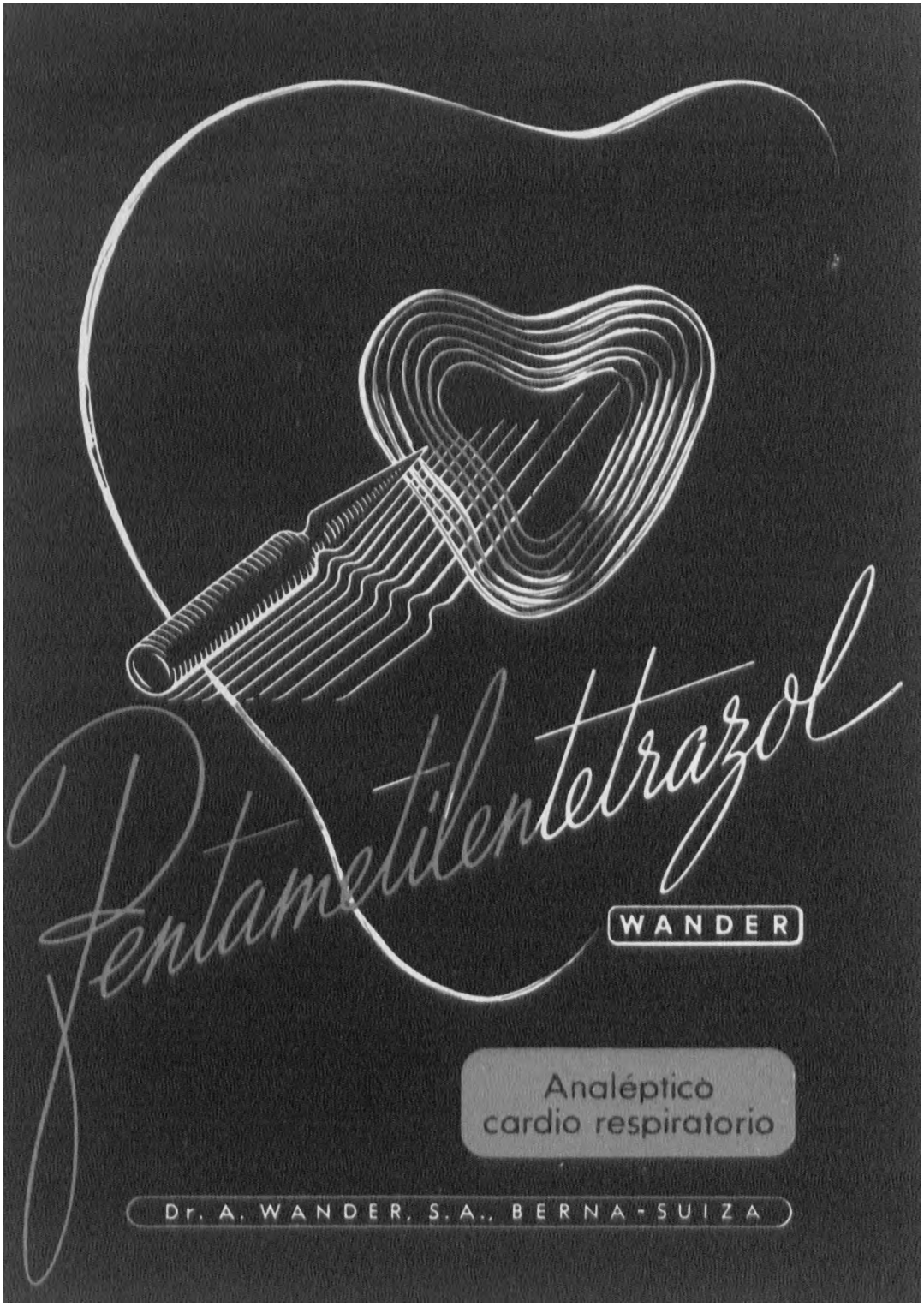


Fig. 4

Pues bien, tenemos a la vista los resultados de 12.623 investigaciones tuberculínicas efectuadas en 1945 por distintos Dispensarios de los Estados Unidos Mexicanos, en muy diversos grupos de edad y de población. Los positivos, en total, son 7.905, lo cual da un índice de *Sommers* igual a 1,6. Cierto, el material es muy escaso para que de él saquemos conclusiones validas para toda la nación mexicana. Más, nadie negará su valor indicativo. Muchísimo menos si se examina el mapa de la Fig. Nº 5 que expresa por Entidades Federativas, los porcentajes de tuberculino positivos en menores de 25 años. (Advertimos que solamente hemos valorado aquellas cifras que, por


Pentametilentetrazol
WANDER
Analéptico
cardio respiratorio
Dr. A. WANDER, S.A., BERNA-SUIZA

Pentametilentetrazol

WANDER

El Pentametilentetrazol es, se sabe, uno de los más potentes analépticos conocidos. Sobre el alcanfor, presenta una gran ventaja que merece ser señalada: es soluble en el agua y puede por consiguiente ser administrado en inyecciones intramusculares sin que el enfermo padezca de dolores consecutivos en general a la inyección de soluciones oleosas de alcanfor. Está desprovisto de toda acción tóxica.

Fué en 1925 que Schmidt y Hildebrandt emplearon el Pentametilentetrazol por primera vez como analéptico vascular. Desde entonces este medicamento fué utilizado con más frecuencia administrado por vía oral o en inyecciones.

Propiedades farmacodinámicas:

El Pentametilentetrazol no parece ejercer una acción directa sobre el corazón y los vasos. Seguramente sus efectos se ejercen en los centros nerviosos vaso-motores. El pentametilentetrazol aumenta la tensión arterial. Excita también el centro de la respiración y por consiguiente es un analéptico no solamente circulatorio sino también respiratorio.

Estas propiedades hacen del pentametilentetrazol un antagonista de los somníferos. Es por esto el empleo de este medicamento con éxito, entre otras en las intoxicaciones por los barbituratos.

Indicaciones:

Como analéptico circulatorio el PENTAMETILENTETRAZOL WANDER se administra ante todo en los colapsos circulatorios y por consiguiente en los *estados de shock,* en las *intoxicaciones,* en las *asfixias,* en los *accidentes de la narcosis,* se administra igualmente en las *enfermedades infecciosas acompañadas de desfallecimiento cardiovascular* (Neumonía entre otras). *Los estados disneicos* de origen cardíaco o pulmonar son beneficiados con la aplicación de este medicamento.

El Pentametilentetrazol es utilizado también en Psiquiatría en las *melancolías* y la *esquizofrenia* en particular, por provocar las crisis epilépticas.

Posología:

En el tratamiento de sostén del aparato circulatorio: 1 a 2 c. c. en inyección intramuscular una o varias veces por día, o bien tres veces 10 a 20 gotas de la solución al 10%.

En los casos de urgencia (shocks, asfixia, intoxicaciones por narcóticos, etc.): 2 a 3 c. c. por vía intramuscular, ésta dosis puede ser repetida sin inconveniente.

En la consulsioterapia: 3 a 4 c. c. por vía intravenosa. Si la crisis no se declara, repetir la inyección una

o dos veces aumentando cada vez 1 c. c. La inyección debe aplicarse lo más rápidamente posible.

Se recomienda la administración del Pentametilentetrazol de ésta manera, en los enfermos en estado de precoma insulínico. Se evita así provocar la angustia que resienten los pacientes que no han sido preparados a la insulina.

Presentación:

PENTAMETILENTETRAZOL WANDER, solución al 10%:

Frasco cuentagotas de 10 c. c.

Ampolletas de 1 c. c. en envases de 6, 25 y 100 ámpulas.

Dr. A. Wander, S. A. - Berna, Suiza.
Fabricantes de Productos Dietéticos, Químicos y Farmacéuticos desde 1865.

Propaganda exclusiva para médicos.

Reg. Nº 26301 S. S. A. Prop. Nº A-1

FIG. 5

su cuantía, eran inobjetables). Si se tiene en cuenta que la inmensísima mayoría de las investigaciones (en conjunto, más del 64%) han sido.

—efectuadas con método de *Von Pirquet*, y

—únicas, es decir, no re-examinando a los negativos, (con lo cual es indudable que los resultados hallados deben incrementarse, al menos, en un 30%) llegaremos a la conclusión —para nosotros, muy cierta— de que, en efecto, el índice de *Sommers* ha de ser superior a la unidad en las poblaciones totales de cada entidad federativa mexicana.

Desgraciadamente (por circunstancias al parecer no inherentes a los propios Centros) son pocos los Dispensarios de los diversos Estados Mexicanos que poseen el suficiente número de éxamenes tuberculínicos tabulados para poder aclarar a que edad se presenta ya un 50% de positividades. Empero, las cifras que conocemos de Pachuca, Tampico, Nuevo Laredo, Yucatán, Villahermosa, parecen indicar que ello sucede entre los 10 y los 13 años de edad, en cuanto a escolares urbanos.

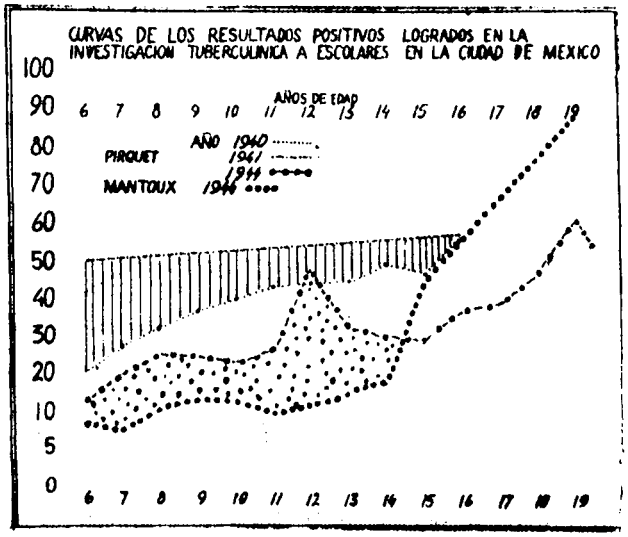


FIG. 6

N. Rodríguez ha publicado los resultados de la investigación tuberculínica llevada por el Dispensario Antibuberculoso Escolar de la ciudad de México en años sucesivos y con grupos infantiles diferentes. Los resumimos en la Fig. Nº 6, De su examen resulta que, salvo en un año (seguramente por haberse hecho la investigación en algún grupo por demás mísero) es entre los 11 y los 14 años cuando ya se obtiene el mencionado 50% de reaciones tuberculínicas positivas.

Aplicando el resultado de esas investigaciones a la fórmula de la Fig. Nº 4, tendremos que, por lo menos en las poblaciones urbanas de los Estados mencionados y de la Capital mexicana, cada año se infectan de tuberculosis doce, cuando no quince por ciento de las personas vírgenes de la infección tuberculosa, al comenzar el año. Lo cual quiere decir que en un plazo de 5 a 8 años un contigente hoy virgen, está infectado de tuberculosis. ¿Está o no extendida la tuberculosis en México?

Pero aun hay más datos.

En la Fig. Nº 7 presentamos, por grupos de edades, las cifras procentuales medias que resultan del conjunto de investigaciones radioscópicas o radiofotográficas a grupos de personas aparentemente sanas. Sin perjuicio de que posteriormente volvamos sobre el asunto, queda claro hasta que punto cabe hablar de una gran frecuencia de enfermos tuberculosos, de la gran extensión alcanzada en México por la tuberculosis.

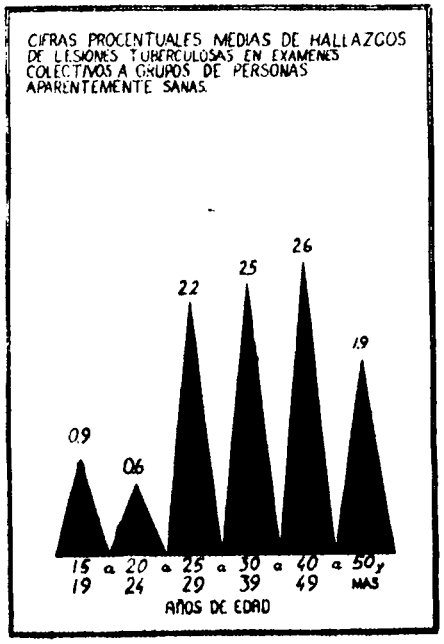


FIG. 7

Indiscutiblemente, todo cuanto llevamos señalado nos permite una primera conclusión: *Pese al satisfactorio coeficiente de mortalidad por tuberculosis, esta enfermedad hállase considerable-*

mente extendida en los Estados Unidos Mexicanos. Luego, también indiscutiblemente, si las cifras de mortalidad registradas son bajas, y ha de aceptarse (cual creemos haber demostrado) que no sufren sino las deformaciones habituales en estadísticas semejantes de todos los países, no queda más explicación que la de sostener la existencia de una relativamente baja letalidad.

Carecemos de datos fidedignos sobre el índice de letalidad tuberculosa que puede adscribirse a México, en su conjunto. Pero si tenemos en cuenta que la letalidad en un Centro Antituberculoso cual Huipulco (el cual, pese a su carácter sanatorial y a las medidas de su dirección, alberga buena cantidad de enfermos en fases muy avanzadas) oscila entre 15,6 y 17% y que la del Hospital Clínico General, parece ser, en los últimos años, de 14, por término medio, quizás no parezca exageradamente optimista creer que se encuentra a niveles muy próximos de la presentada por países cuyo coeficiente de mortalidad tuberculosa hállase a niveles homologables al de México, pese a que, de la misma forma que en México, también sufren una gran extensión de la tuberculosis.

A su tiempo veremos cómo países con homologables coeficientes de mortalidad tuberculosa para todas las edades, presentan luego considerables diferencias cuando se comparan los coeficientes de mortalidad de cada grupo de edad o de cada sexo y como igualmente se observan letalidades muy diversas en idénticos grupos de edad de países cuyo índice letal de conjunto alcanza niveles no dispares. Si hacemos esta advertencia es por estar convencidos de que así sucede, actualmente, con México; habremos de estudiarlo en publicación posterior cuyo material reunimos.

Estamos, pues, ante el primer defecto, por ausencia, de la investigación epidemiológica tuberculosa de México. *Se carece de datos para poder establecer un índice de letalidad tuberculosa y aunque hay bases para sospechar que, en su con-*

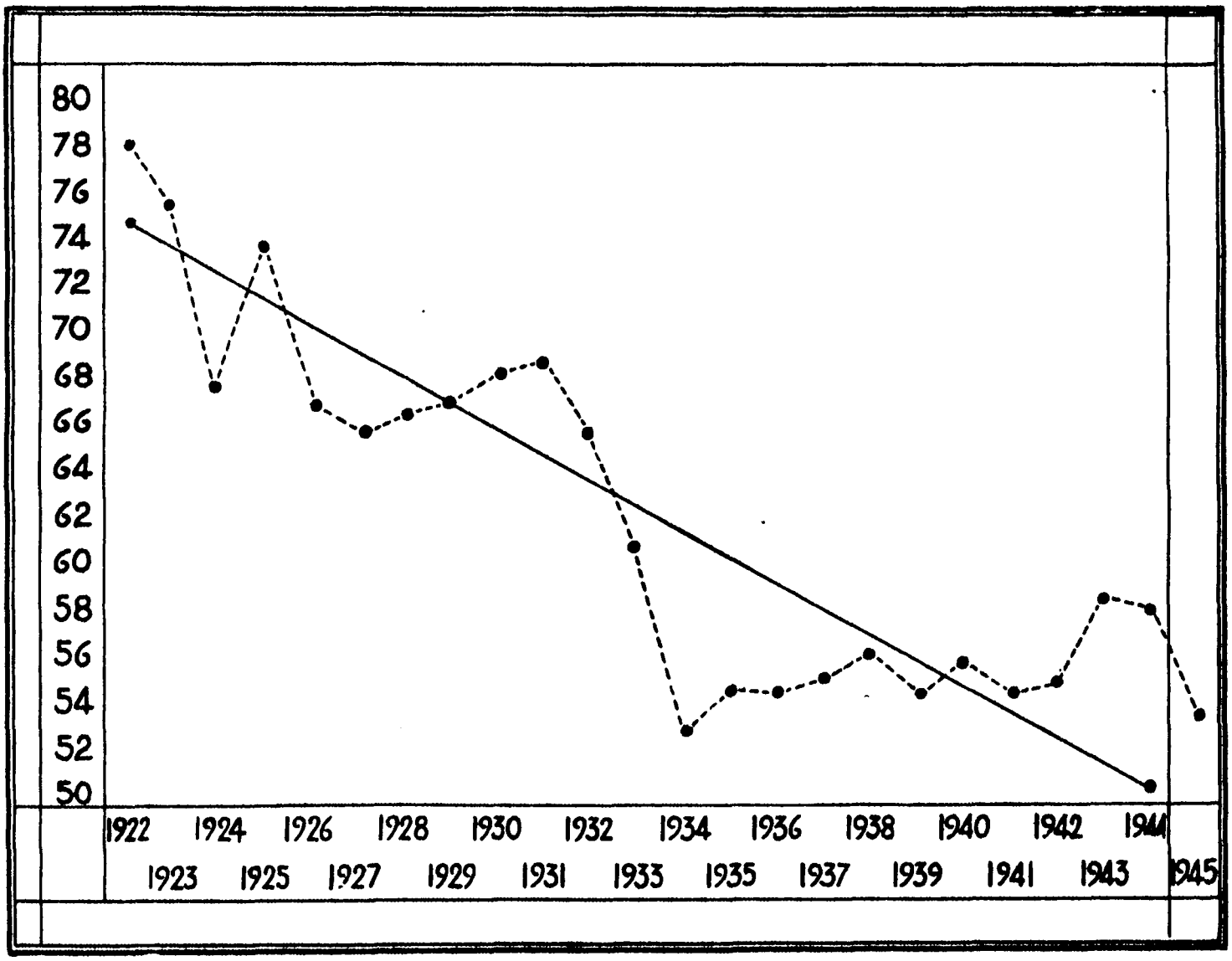


Fig. 8

junto es homologable al de países con parecido coeficiente de mortalidad específica, no podemos, por tal ausencia, excluir irrebatiblemente que el satisfactorio coeficiente citado oculte otras realidades, en vez de ser —como todo lo autoriza a pensar— un caso más de discordancia entre extensión y mortalidad tuberculosa, esto es, expresión de una determinada fase evolutiva del desarrollo de la enfermedad en el país.

Decimos lo último, porque, en apoyo de nuestra tesis sobre la baja letalidad, de conjunto, de la tuberculosis en México, debemos utilizar el conocimiento de que, dentro del ciclo epidemiológico tuberculoso, el descenso de letalidad se presento —si no hay circunstancias que lo impidan— allá donde la tuberculización de país (esto es, el momento de su extensión inicial como enfermedad de masas), ha transcurrido varios años, desde luego más de una década, atrás. Y para nosotros, es evidente que tal es el caso de los Estados Unidos Mexicanos.

Por desgracia, sólo podemos trazar la curva de mortalidad tuberculosa del país a partir de 1922. Pero en estos VEINTICINCO AÑOS de observación hay suficientes indicios para sostener con firmeza la opinión que acabamos de exponer. La Fig. Nº 8 expresa cual ha sido la evolución del coeficiente mortalidad tuberculosa, todas las localizaciones, por cada 100.00 habitantes, en el conjunto de la nación mexicana, desde 1922 a 1945.

Dejando para más tarde las necesarias interpretaciones de las últimas oscilaciones habidas en la curva (a partir de 1934) lo que de momento interesa señalar, es

—la tendencia descendente, indudable, exhibida en el conjunto del cuarto de siglo representado;

—el poderse indicar dos fases absolutamente distintas: una, inicial de la curva expuesta, en la cual, de un año a otro, se observan variaciones bien considerables; otra, de 1934 a 1943, donde las oscilaciones son muy pequeñas.

Exactamente esas características son las que diferencian las fases del ciclo evolutivo. La primera señala una propagación, pudiéramos decir, "a saltos' con escaso reservorio de enfermos (por existir una letalidad elevada, un curso rápido) y la segunda una propagación más lenta, en "progresiva mancha de aceite", con mayor supervivencia de los enfermos, de suerte que las "salidas" —los muertos— son más regulares y menos; no por que haya menor cantidad de enfermos (hay más) sino por vivir estos mayor tiempo e ir muriendo muchísimo más lentamente. Ninguno de nuestros actuales conocimientos nos permite suponer que habiéndose iniciado la tuberculización de un pueblo, se detenga (Y mucho menos, en los períodos de industrialización). Tampoco nada de lo que sabemos nos permite decir que una tuberculización, realizándose en masa, es capaz de originar una curva de mortalidad casi constante.

Por si existieran dudas, véase la Fig. Nº 9 que presenta los coeficientes de mortalidad tuberculosa, todas las localizaciones, por 100.00 habitantes, en cada Entidad Federativa de la nación mexicana, en cuatro años distintos: 1922, 1932, 1941 y 1945. Volveremos con mayor detención sobre el tema y por eso nos limitamos a decir que la comparación de los cuatro mapas deja deducir, que

—hace un cuarto de siglo, presentaban mayor mortalidad específica que hoy las entidades federativas:

Baja California (S),
Distrito Federal,
Coahuila,
Zacatecas,
Aguas Calientes,
San Luis Potosí,
Veracruz,
Querétaro,
Hidalgo,
Colima,
Puebla,
Campeche,
Yucatán, y
Chiapas.

Además, con distintas alternativas, se vienen manteniendo en parejo nivel, bastante alto:

Baja California (N),
Tamaulipas,
Nuevo León,
Nayarit,
Chihuahua,
Sinaloa, y
Quintana Roo.

—que los veinticinco años transcurridos, han presentado cifras de mortalidad específica, mayores que las actuales, de las E. F. no mencionadas anteriormente:

México,
Durango,
Tlaxcala,
Guanajuato, y
Michoacan.

Por otra parte, aun manteniéndose en los mapas con idéntica tonalidad —por estar dentro de iguales límites divisorios— adelantamos que también se encuentran en semejante caso (haber pasado por más altos coeficientes) las E. F.:

Morelos,
Guerrero, y
Tabasco.

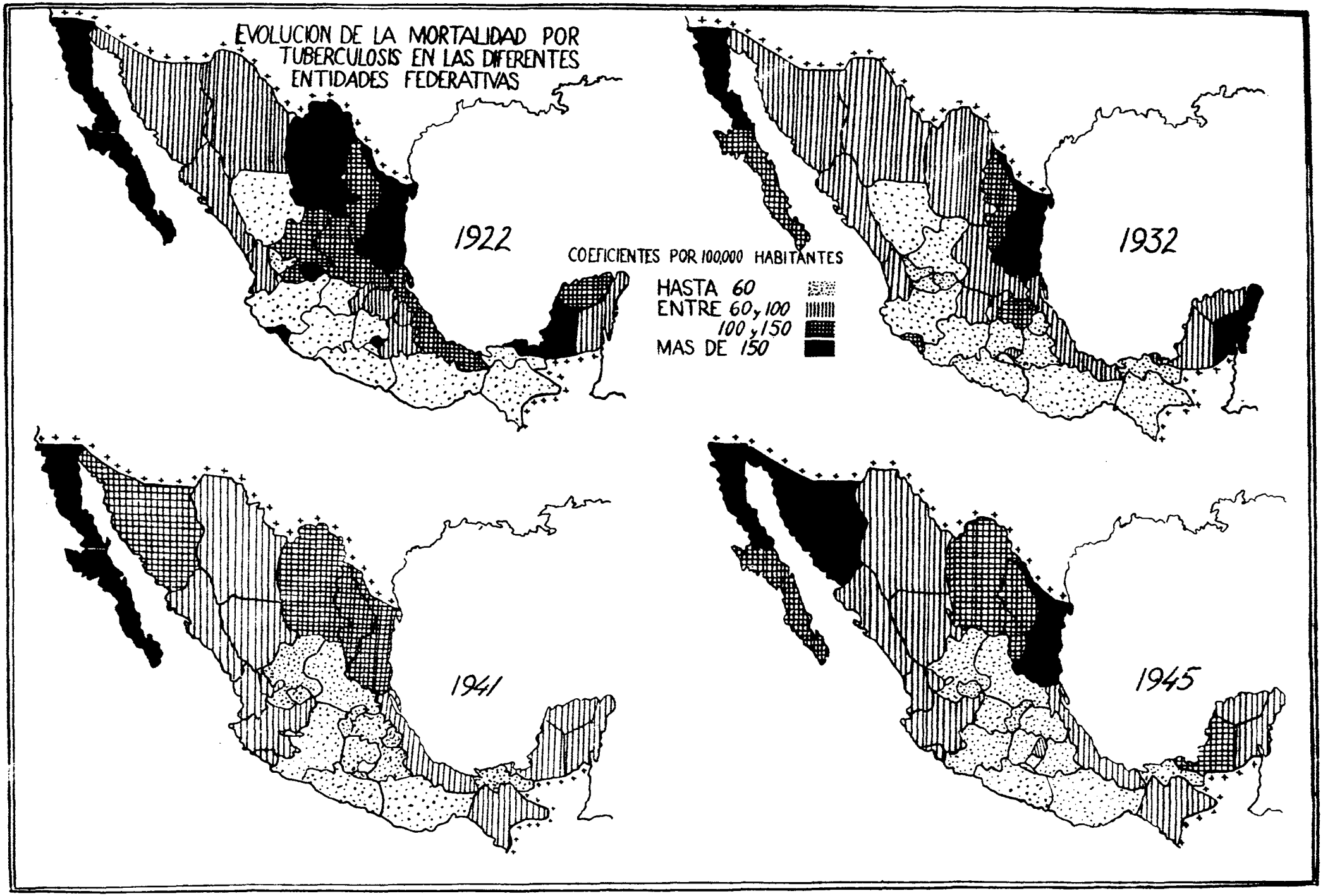

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LAS DIFERENTES ENTIDADES FEDERATIVAS
1922
1932
1941
1945
COEFICIENTES POR 100,000 HABITANTES
HASTA 60
ENTRE 60 y 100
100 y 150
MAS DE 150

FIG. 9

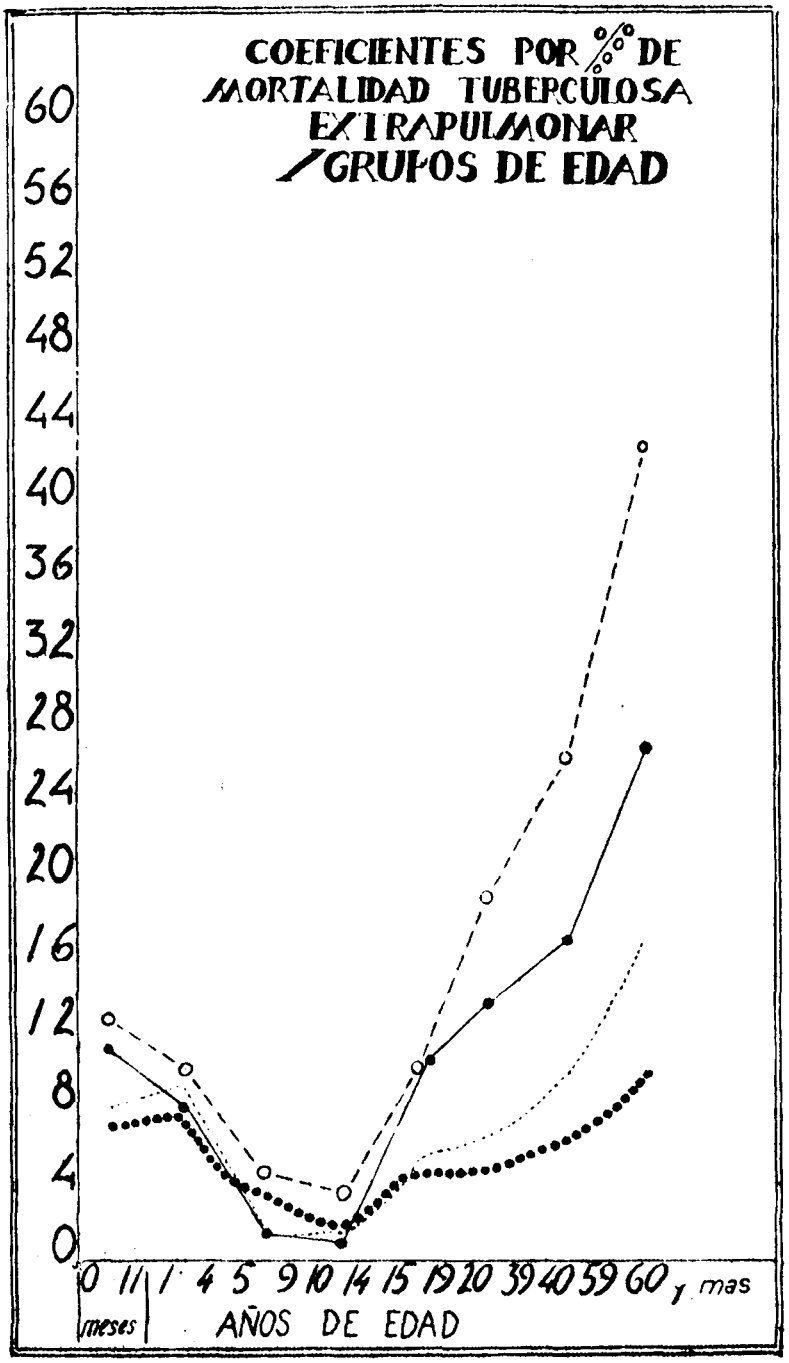
—que Sonora, viene presentando cada vez cifras más altas.

O sea: salvo en el caso de esta última E. F., de Oaxaca —constantemente con cifras bajas— y, muy "a lo más", las nueve comprendidas en las dos listas que inmediatamente preceden, las restantes veintiuna E. F. —con mucho las de mayor población— han sufrido períodos anteriores con persistentemente más alta mortalidad por tuberculosis. ¿Como ha de entenderse tal hecho sino cual nosotros lo hacemos?

Que los Estados Unidos Mexicanos, cual entidad nacional en su conjunto, tuvieron ya su momento de tuberculización, se demuestra también en la Fig. Nº 10 expresión de los coeficientes de mortalidad por tuberculosis extrapulmonar, en los distintos grupos etarios, correspondiente a los años 1922, 1930, 1940 y 1945.

Una simple ojeada a las curvas de esos años confirma el brutal descenso habido entre el comienzo y el final del cuarto de siglo representado.

Ese descenso fortísimo no tiene más explicación que un diferente momento epidemiológico. Y bien sabido es que tanto más elevada se encuentra la mortalidad específica extrapulmonar tanto más fácil resulta hablar de tuberculización masiva, bien inicial, bien en brote. Pues, si cuando esta ha pasado son más frecuentes los enfermos de localizaciones extrapulmonares del siste-



1922: trazo de línea interrumpida.

1930: trazo de puntos finos.

1940: trazo de línea seguida.

1945: trazo de puntos gruesos.

FIG. 10

ma linfático, de la piel y osteo-articulares (es decir, las de mortalidad menor y más tardía) en cambio, cuando se atraviesa un desarrollo epidémico de la tuberculosis, lo que domina en las localizaciones extrapulmonares son las formas miliares y meningíticas; de ahí la mayor mortalidad de estas tuberculosis extrapulmonares en esos períodos de extensión masiva.

Aparte de otras demostraciones posteriores, creemos que, después de haber examinado los anteriores diagramas, ha de estarse de acuerdo con nuestra afirmación: *los Estados Unidos Mexicanos, cual unidad geográfico-política, sufrieron ya hace tiempo su fase de tuberculización epidémica* (o masiva, si es que se prefiere este barbarismo gramatical, por otra parte, muy expresivo) *y, en consecuencia, hállanse en un período de estabilización.*

Para comprender el mecanismo de tal estabilización por lo que respecta a letalidad habremos de volver a insistis en la separación que venimos trazando, página trás página, entre extensión y letalidad tuberculosas. Tanto más, que, de tal suerte, volveremos a poner de manifiesto cual es el valor real que debe concederse a los coeficientes de mortalidad específica.

Al estudiar los efectos de cualquier enfermedad infecciosa, si queremos valorar su mortalidad, sabido es que habremos de descomponerla en otros dos factores: morbilidad y letalidad, pues estos son los que la integran. En las infecciones agudas, basta con eso. En la tuberculosis, no. Y ello por la duración de los enfermos tuberculosos, duración que impide aplicar los cálculos utilizados, en las enfermedades infecciosas agudas para conocer el número de enfermos cuyo curso sobrepasa la duración media —semanas o meses— o que, sin sobrepasarla, viene a terminar fuera del tiempo— un año, casi siempre— en el cual se está estudiando la infección aguda.

Conocer la cuantía del problema tuberculoso en una colectividad, supone, no sólo saber cuantos se infectan y cuantos se mueren o curan; supone, también, determinar cuantos enfermos existen y por cuanto tiempo. Así como a las nuevas infecciones y nuevos afectos de enfermedad se les ha llamado "entradas", y "salidas" a los curados o muertos —fundamentalmente a estos, que son los valorados en un estudio epidemiológico—, a los enfermos existentes, se les viene designando cual "reservorio" y es indudable que las "salidas se afectarán tanto por el número de "entradas" como por la mayor o menor afluencia hacia ellas del citado "reservorio".

Cuanto mayor sea la supervivencia de los enfermos... tanto menor será la mortalidad, aun en el caso de que cada vez se infecten o enfermen el mismo número de personas o, inclusive, un poco más. Ciertos autores —en realidad siguiendo a *Gettstein* en un error— afirman que un descenso de la letalidad no influye en el número nivel absoluto de las muertes porque "cuantos menos tuberculosos mueran, tantos más abandonan el stock existente como curados". Desgraciadamente, una cosa es "no morirse" y otra, muy distinta, "curarse", hecho, por otra parte, reconocido por el epidemiólogo alemán. Por que, además, ese descenso de la letalidad, durante mucho tiempo, no es en realidad —para todos los casos— tal descenso y si sólo un aplazamiento, es decir, una mayor supervivencia, para muchísimos de ellos. Desaparecen formas inmediata o, al menos, rápidamente mortales y en su lugar surgen otras de cursos más largos, que dan mayores posibilidades de intervención eficaz. Pero, a la larga muy buena parte de esos enfermos, de todas suertes, muere. Recuérdense las discusiones habidas inmediatamente antes de la guerra: mientras los tisiólogos sostenían que "el pronóstico del tuberculoso ha mejorado considerablemente", los bio-estadísticos, números en ristre, afirmaban que "siguen muriéndose, como antes, las dos terceras partes; eso sí, tardan algo más".

La consecuencia más inmediata de que disminuyan las formas velozmente mortales, es tanto la disminución de la mortalidad en absoluto como de la letalidad referida al enfermo tuberculoso cual abstracción individual. Pero más aún la de que aumenta el "reservorio". Y, como quienes le constituyen han alargado su tiempo de enfermedad, pero nada más, (a no ser en casos que numéricamente tienen poca significación en un coeficiente de mortalidad — salvo donde existe una Lucha Antituberculosa eficacísima—) lo que sucede es que tal reservorio "se desagua" uniformemente y crea un nivel bastante estable de la mortalidad. Al menos, mientras otras concausas no determinan más rápido "vaciamiento" de las existencias, es decir, un aumento de la letalidad.

Hemos gastado tanto tiempo en repetir estos conceptos, nada nuevos, porque, recordándolos hasta su más pequeño detalle, se tendrá que estar de acuerdo con nosotros en que, conceptual y prácticamente es inadmisible una misma fórmula de cálculo, en todos los países, para conseguir una estimativa de la cifra de enfermos, partiendo de la de muertos. Lo primero a realizar, lo imprescindible —valdría más decir— es desentrañar "como" se constituye esa mortalidad y cual es la verdadera extensión que alcanza la enfermedad y por tanto la infección o viceversa.

Enfocadas así las realidades de la epidemiología tuberculosa mexicana, hay una primera deducción: *el número de manantiales de focos de infección, superinfección y reinfección.* (para admitir de una vez todas las posibilidades y no perdernos en disquisiciones patogénicas) *es muy grande.* Cosa de la que ya estaban los lectores enterados,por cuanto dijimos sobre la frecuencia de nuevas infecciones anuales.

En concreto, demostrándolo con números, no es más lo que podemos afirmar. Las investigaciones dispensariales, en este sentido, no son lo que debieran ya ser: contamos con escasos exámenes totales de focos familiares y las de fuentes extradomiciliarias, prácticamente faltan. Por lo menos, nosotros no hemos podido conseguir datos numéricos en cuantía que permita una valoración.

Es posible hacer algunas consideraciones, desde luego especulativas, a base de analizar la Fig. Nº 11 que expresa el coeficiente de mortalidad específica (todas localizaciones) por 100.000 habitantes de cada grupo etario, en distintos años. Observamos un aumento constante de la mortalidad en los lactantes. Luego evidentemente: *están aumentando los manatiales domésticos, por lo menos, la intensidad de su acción.* Ello, puede ser debido:

—a un aumento verdadero de "nuevos manantiales" en el contingente humano que hace

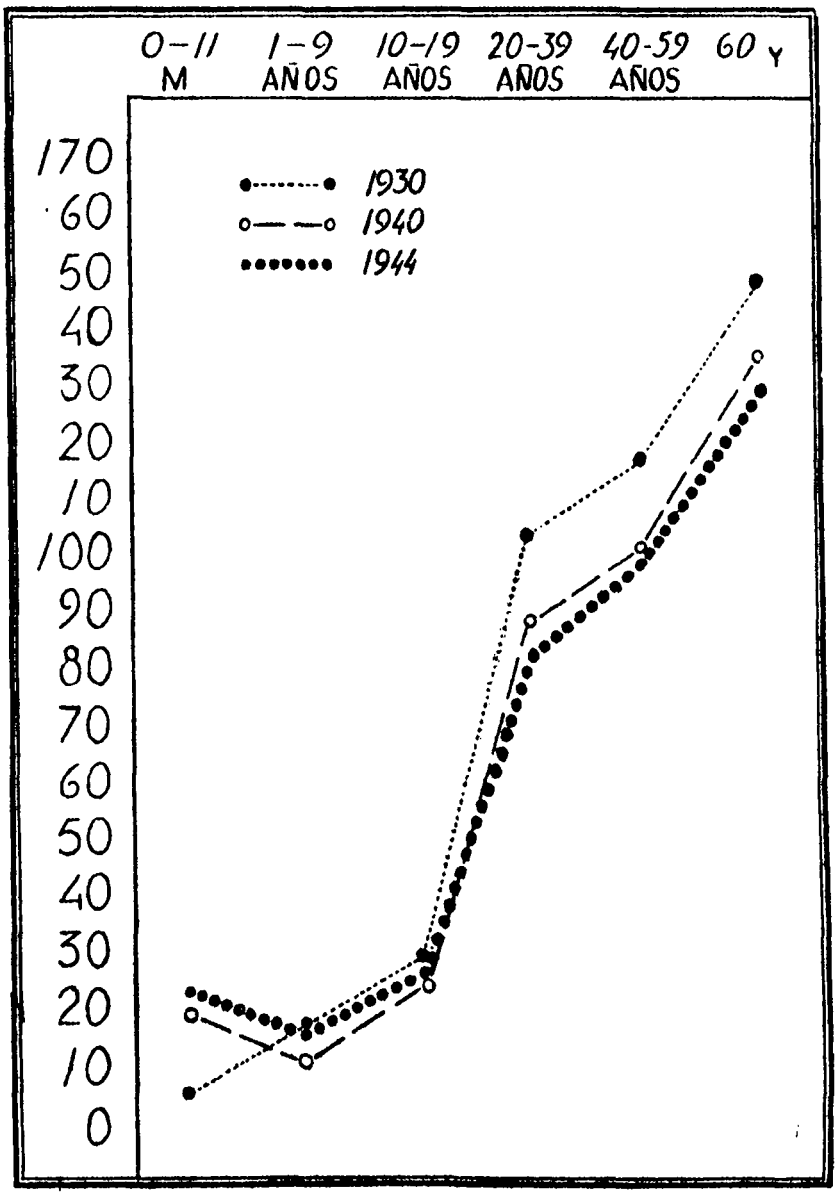


FIG. 11

vida preferentemente familiar o al menos en mayor contacto con lactantes (mujeres y ancianos), o

—al hecho de que "manantiales viejos" que ya existían pero que hasta los últimos años aun hacían vida preferentemente extrafamiliar, estén agravándose, en masa, y deban recluirse en sus domicilios forzando a una convivencia más frecuente.

Claro, pueden suceder ambas posibilidades. Pero, más creemos en la primera. Por qué la Fig. N: 12 demuestra como:

a) *en las mujeres*:

—*el coeficiente de mortalidad por tuberculosis miliar*, es hoy superior al de 1930 y 1940, en todos los grupos de edad, a partir del de 15 a 19 años;

—*el coeficiente de mortalidad por meningitis tuberculosa*, en la edad de 15 a 19 años, jamás —en el cuarto de siglo examinado— ha sido tan alto; y en los otros grupos de edad que le siguen, también domina a los que existían en 1930 y 1940.

b) *en los hombres*:

—*la mortalidad por tuberculosis miliar solamente* es hoy superior a la de 1940, en las edades de 40 a 59 años y de más de 60 años.

—*la mortalidad por meningitis tuberculosa*, se encuentra en igual caso.

Luego, en las mujeres y los hombres de más de 40 años, registramos los últimos tiempos un incremento de la mortalidad por localizaciones de las que acompañan a primo-infecciones o a

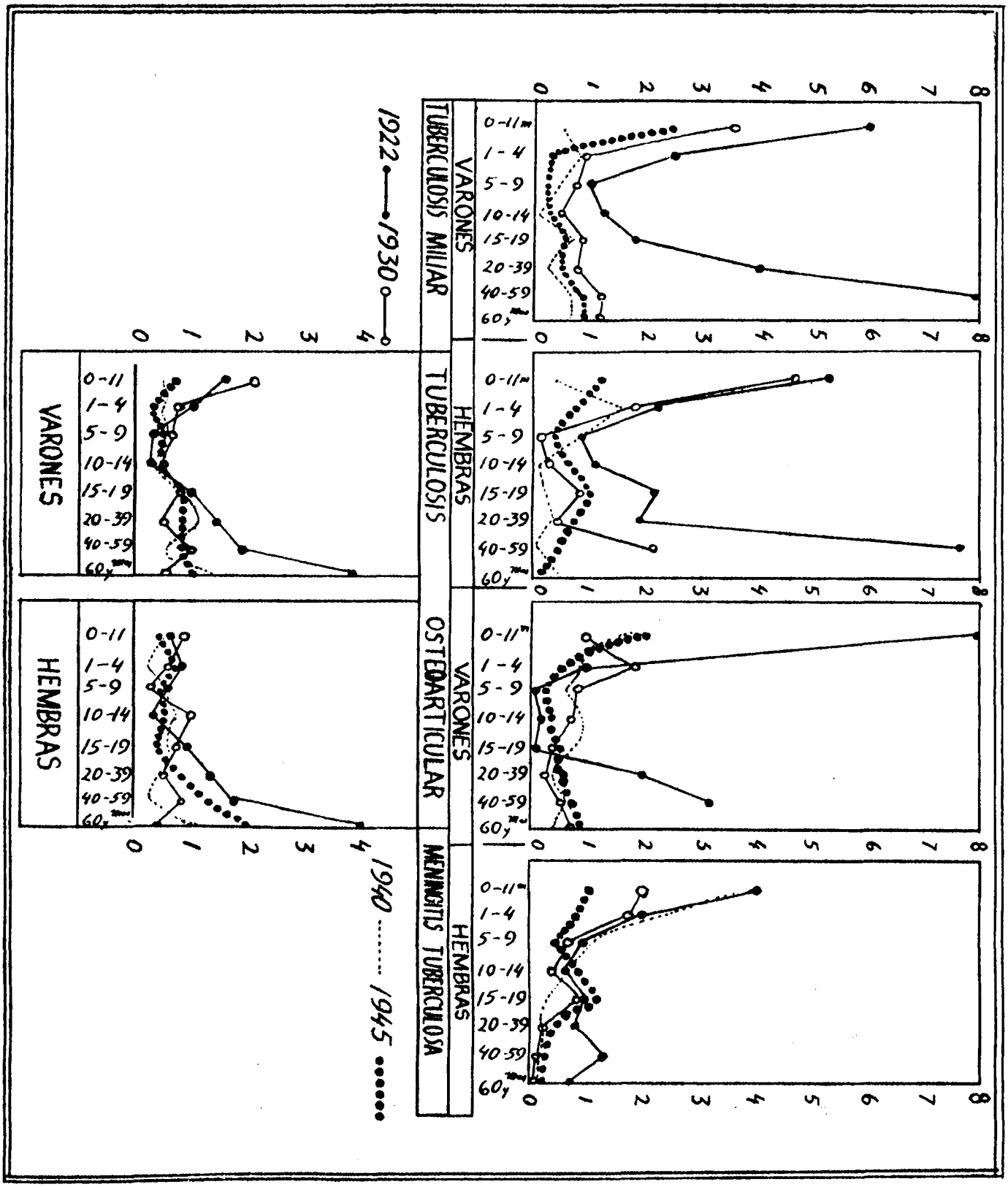

VARONES
TUBERCULOSIS MILIAR
HEMBRAS
TUBERCULOSIS
VARONES
OSTEOARTICULAR
HEMBRAS
MENINGITIS TUBERCULOSA
1922 1930
1940 1945
VARONES
HEMBRAS
0-11m
1-4
5-9
10-14
15-19
20-39
40-59
60y

Fig. 12

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

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-carboxílico)	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.

desarrollos lesionales hematógenos, que su malignidad, facilmente provocan evoluciones hematógenas.

Cierto, estas mujeres y esos hombres ancianos pueden ser víctimas de manantiales que causen la mayor mortalidad hoy existente en los lactantes; es decir, aquellos "viejos manantiales" recluyéndose en sus domicilios por incapacidad que hasta entonces sólo había sido parcial. Más, dificilmente puede admitirse que suceda tal hecho con la inmensísima frecuencia necesaria para originar, a su vez, esa otra consecuencia. Y en cambio, así tenemos una explicación para la mayor incidencia de tuberculosis en las mujeres y en los ancianos. Explicación que se aceptará cuando, más tarde, presentemos cifras demostrativas del aumento de mujeres y hombres de edad madura en trabajos industriales.

Es natural que, en consecuencia, sea preciso admitir un cierto aumento también de los manantiales extradomiciliarios; más debe tenerse en cuenta que el contingente en cuestión ofrece la característica de abandonar el trabajo —voluntaria o forzadamente, por disminuir su rendimiento— apenas la enfermedad progresa, dedicándose, entonces, a labores más sencillas; generalmente también domésticas. Por tanto, el aumento en los manantiales extradomiciliarios originado por mujeres y hombres de edad avanzada suele ser unicamente temporal.

Tenemos la impresión —pero nada más— de que otro manantial también aumenta: el de la tuberculosis bovina. No podemos tener opinión firme, pues *no hay faceta de la epidemiología tuberculosa mexicana tan descuidada como esta.* Por los veterinarios y por los médicos. Ni la Sección de Higiene Veterinaria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ni la Campaña contra la Tuberculosis, ni la Dirección General de Ganadería, poseen datos, siquiera aproximativos, sobre las cuestiones más elementales de esta faceta, a la cual cada día se concede mayor valor por los tisió-epidemiologistas del mundo entero.

Por no haber, no hay aun ni investigaciones que pudieran ser sustitutivas y debieran siempre existir: sobre puertas de entrada —en lactantes, la menos, e identificación de raza bacilar. Si existen, no las hemos logrado, pese a nuestra insistencia por conseguirlas.

Y sin embargo, repetimos, tenemos la impresión de que la tuberculosis bovina aumenta. La Dirección General de Ganadería publica mensualmente un folleto en el que constan las tuberculino reacciones que se practican a los bóvidos en las Entidades Federativas. No es, ni mucho menos, que consideremos los resultados inobjetables (sabemos todo cuanto nos pueda aducirse sobre técnica, etc.) pero tampoco es posible negarles valor en absoluto; y ocurre que, en más de 15.000 exámenes efectuados en dos años, la cifra total de tuberculino positivos fué

—en 1944 ..... 3,2%,
—en 1945 ..... 5,3% y
—en 1946 ..... 5,9%

cifras con tanta mayor significación cuanto que, en su mayoría, fueron logradas en las mismas E. F.

Hemos confeccionado el mapa de la Fig. Nº 13 a fin de proporcionar una idea de conjun-

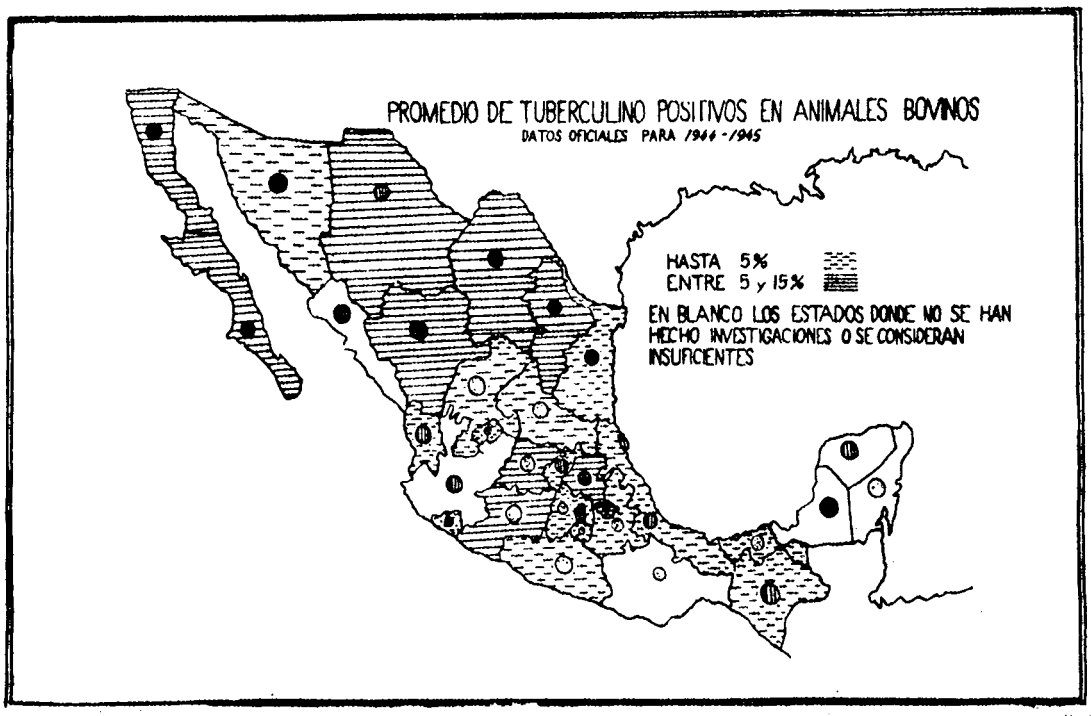


FIG. 13

to de la extensión que alcanza la tuberculosis bovina, al menos en "el papel", en los Boletines de la Dirección General de Ganadería. Segun los datos allí recogidos —y teniendo en cuenta todo cuanto se refiere a tuberculino reacciones— no parece aventurado afirmar que probablemente de un 10 a un 25% de los animales vacunos de todo el país reacciona positivamente a la tuberculina. ¡Imaginese lo que supone de presencia de manantiales y de posibilidades de infección.!

Ahora nos urge tratar de un aspecto que ha de permitirnos aclarar afirmaciones anteriores quizás para algunos en contradicción aparente. Puede no faltar quién pregunte "Si el país está tuberculizado, ¿cómo se admite que puedan suce-

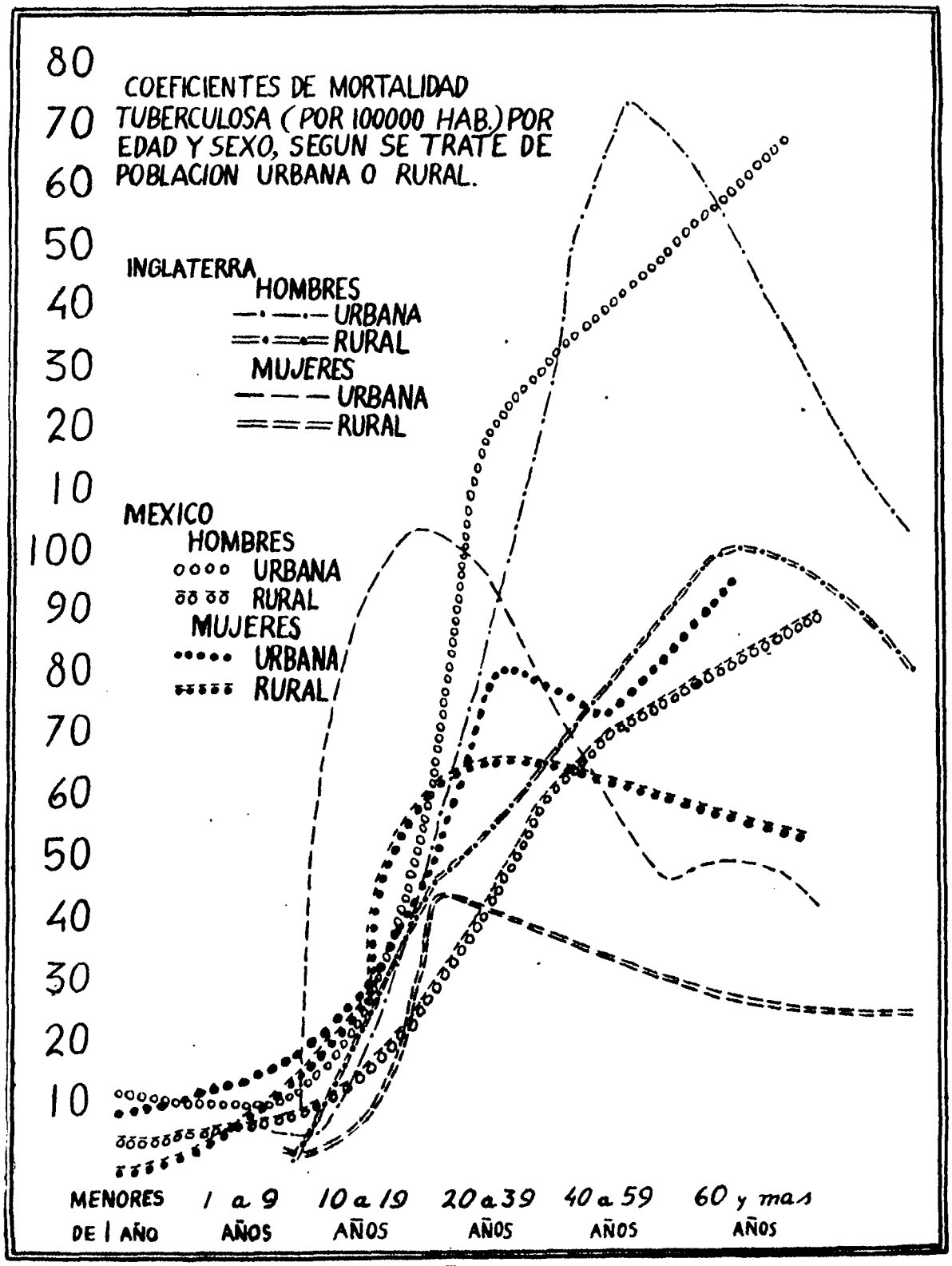


Fig. 17

der ondas de primo-infecciones tan serias que elevan la mortalidad, en los últimos años?"

No hay contradicción alguna entre uno y otro hecho, ambos ciertos. Ya es bien antigua la frase de que "en puridad, las estadísticas de mortalidad tuberculosa sólo marcan las de sus ciudades industriales", frase hoy exagerada, pero conservando valor en su esencia: marcar la profunda diferencia, hasta ahora existente, entre nuestros conocimientos sobre la extensión de la tuberculosis en las poblaciones urbanas y los relacionados con el campo, con habitantes rurales. Cierto, en los últimos años, varios investigadores están dedicando su atención a la epidemiología tuberculosa de las zonas no urbanas, pero aun dominan, con mucho, los datos y exámenes correspondientes a ciudades.

Y, de nuevo aquí nos encontramos ante la precisión de establecer diferencias, a veces extremas, entre países que por tener un coeficiente de mortalidad específica muy parejo, podía creerse gozaban de una situación epidemiológica parecida, en todos sus restantes aspectos. En verdad sucede muchas veces lo contrario.

Ahí tenemos, en demostración comparativa en la Fig. Nº 14 las curvas de los coeficientes de mortalidad específica, todas las localizaciones, por grupo de edad y sexo domicilio, de dos países (E. U. N. y México) que se encuentran con coeficientes totales de mortalidad específica a un mismo nivel (por debajo de 60 por 100.00). Mientras en México, la mortalidad urbana predomina siempre, excepto en un solo grupo de edad y sexo, en los E. U. de Norteamérica;

—la mortalidad femenina es constante más alta en el campo que en la ciudad; y

—la mortalidad masculina rural, todavía más baja que la urbana, está aproximándose muy cerca de ella.

No puede valorarse de igual manera la situación epidemiológica de ambos países, por muy parejas que estén sus cifras de mortalidad tuberculosa! Quiere decirse que, mientras en los Estados Unidos de Norteamérica, la mortalidad tuberculosa urbana se suma a la rural, en los Estados Unidos Mexicanos, la cifra de tuberculosos muertos en las ciudades se diluye entre la población rural, por tener esta un coeficiente bastante más bajo.

Ahora bien, una de las cosas más difíciles actualmente de establecer, es el calificativo estadístico de "población rural". En los Estados Unidos Mexicanos, la Dirección General de Estadística presta ya condición urbana a todo núcleo habitado con más de 2.500 personas. Es discutible que, hoy por hoy, pueda concederse la categoría sanitaria de ciudad, de urbe, a todo conglomerado de 2.500 habitantes, a no ser que se quiera señalar como, en tales núcleos de población, a pesar de seguir siendo rurales, hay ya, frecuentemente, mejores condiciones higiénicas.

El esquema de la Fig. Nº 15 establece una comparación entre el reparto de la población en los Estados Unidos Mexicanos y el porcentaje de mortalidad tuberculosa total correspondiente a cada grupo de aquella.

Resulta que,

—al 63,5% de la población total (constituído por la masa de habitantes rurales) le corresponde sólo un 38,7% de toda la mortalidad tuberculosa.

—el 17,8% (que constituye el total de los habitantes viviendo en núcleos entre 2.500 y

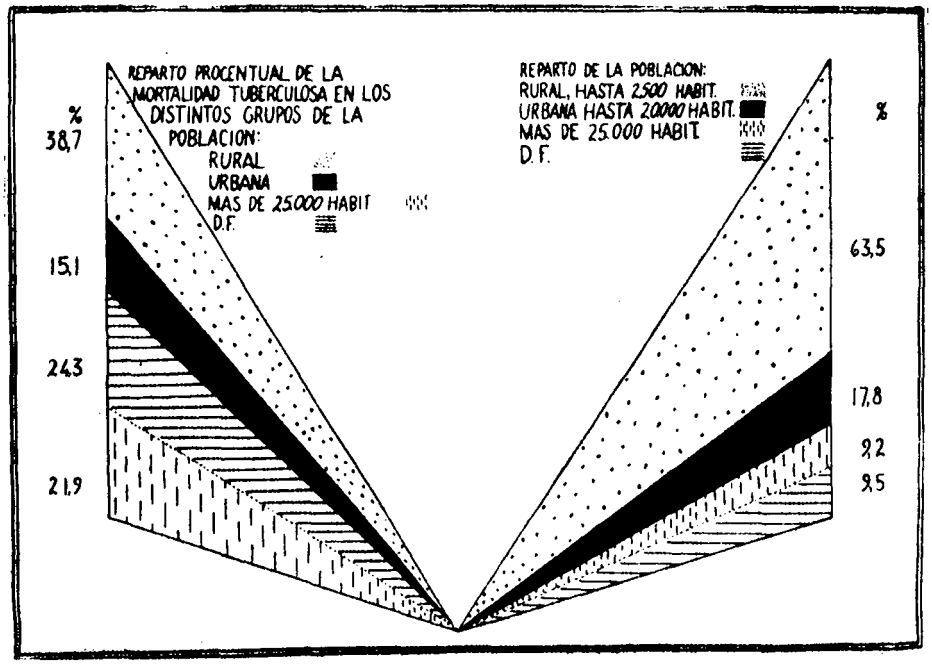


FIG. 15

25.000 pobladores) dan un 15.1% de la cifra total de muertos por tuberculosis;

—el 21,9% de estos, se reparte entre los habitantes de ciudades con más de 25.000 habitantes, excluyendo el D. F., el cual albergado en 9.5% de los habitantes de México, participa con un 24,3% de la mortalidad por tuberculosis.

O sea: *casi la mitad de las defunciones por tuberculosis, ocurren en núcleos urbanos, los cuales no albergan sino a la quinta parte de la población mexicana en su conjunto.* Puede explicarse a base de que las defunciones ocurren, principalmente en centros hospitalarios y estos se encuentran en las ciudades. Puede; pero no lo creemos, pues,, aun faltando datos concretos para toda la nación, contamos con un dato de significación indudable: de las defunciones por tuberculsosis ocurridas en 1945, sólo en el D. F.,

correspondieron a Huipulco, Sanatorio Español y Hospital de Avanzados 9,4 %
idem a otros centros hospitalarios, el 16,8 %

es decir, en la E. F. que cuenta con más establecimientos sanitarios (especializados en tuberculosis o no) únicamente un poco más de la cuarta parte de las defunciones por tuberculosis suceden en tales centros; probable es que en el resto del país la citada proporción sea aun menor.

Pero, de todas suertes, la mortalidad en las zonas rurales no puede calificarse de mínima. Particularmente en algunas Entidades Federativas, cual se comprueba en la Fig. Nº 16, que no sólo da a conocer tal hecho; también permite una com-

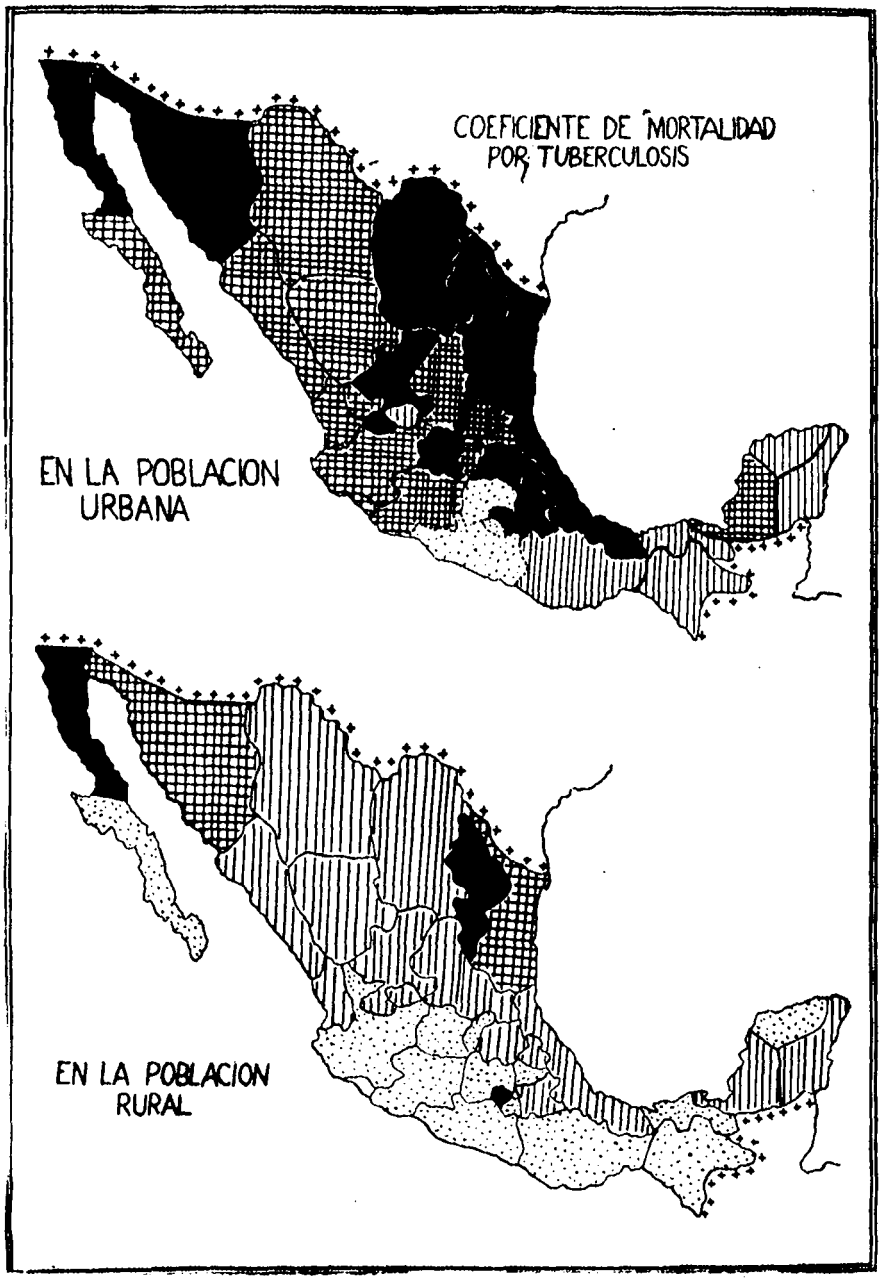


Fig. 16

comparación con la mortalidad específica de las poblaciones urbanas de cada E. F.

Concretamente, con relación a México, estas diferencias que venimos señalando, ¿revelan para el campo una mejor situación vital, base para que, habiendo parecido número de enfermos, mueran menos tuberculosos? o, ¿significan que la población rural no ha pasado aún por la fase atravesada, y aun sufrida, por las ciudades mexicanas?

Al conocedor del campo mexicano no es necesario decirle que, en general, lo primero no es cierto (más tarde habremos de dar unas cuantas cifras) pero también es verdad que no son muy halagueñas las condiciones ambientales de la población industrial: quizás resulten estas peor teniendo en cuenta la diferente calidad de la atmósfera de su trabajo, en el sentido más amplio de la palabra. Empero, las diferencias no son tan grandes como para dar aquellas distintas proporciones que hemos visto.

Por otra parte, sabemos lo que sucede en el desarrollo epidemiológico tuberculoso de cualquier país. Ya vimos un ejemplo al exponer el distinto coeficiente de mortalidad de los diversos grupos de edad de cada sexo en los nortemaricanos de zonas urbanas y rurales. Damos ahora otro en la Fig. 17 donde, aparte de exponer otra vez con mayor visibilidad las cifras correspondiente a México, incluimos tambien las que expresan la situación de Inglaterra para los tiempos inmediatamente anteriores a la pasada guerra mundial. Haciéndolo así, proporcionamos documentación gráfica det varias fases de las atravesadas por el desarrollo epidemiológico general, hoy admitido cual normativa común.

Dos vehículos de primo-infecciones tuberculosas son los factores iniciales de la tuberculización del campo: uno los obreros industriales de procedencia campesina que enferman en la ciudad y no pudiendo continuar trabajando, acuden "a reponerse" o —mucho más frecuente a "morir donde nacieron"; otro vehículo: las avanzadas de industrialización, de urbanización, implantando escuelas, comercios, comunicaciones... Este último caso, los obreros enfermos (generalmente ignorantes aun de su lesión) los empleados —que suelen ya saber su estado e incluso por él se refugian en el campo— hacen sus primeras víctimas entre las muchachas que cortejan, entre la infancia de los domicilios que ocupan. Con aquel primer vehículo... sucede igual, también son las mujeres y los niños quienes se contagian primero. Y es por ello que durante los primeros tiempos de tuberculización de las masas campesinas... la mortalidad por tuberculosis del sexo femenino domina la mortalidad masculina de igual causa.

Pero, por un lado, las mujeres contagian a los hombres y por otro estos son también infectados por los compañe-

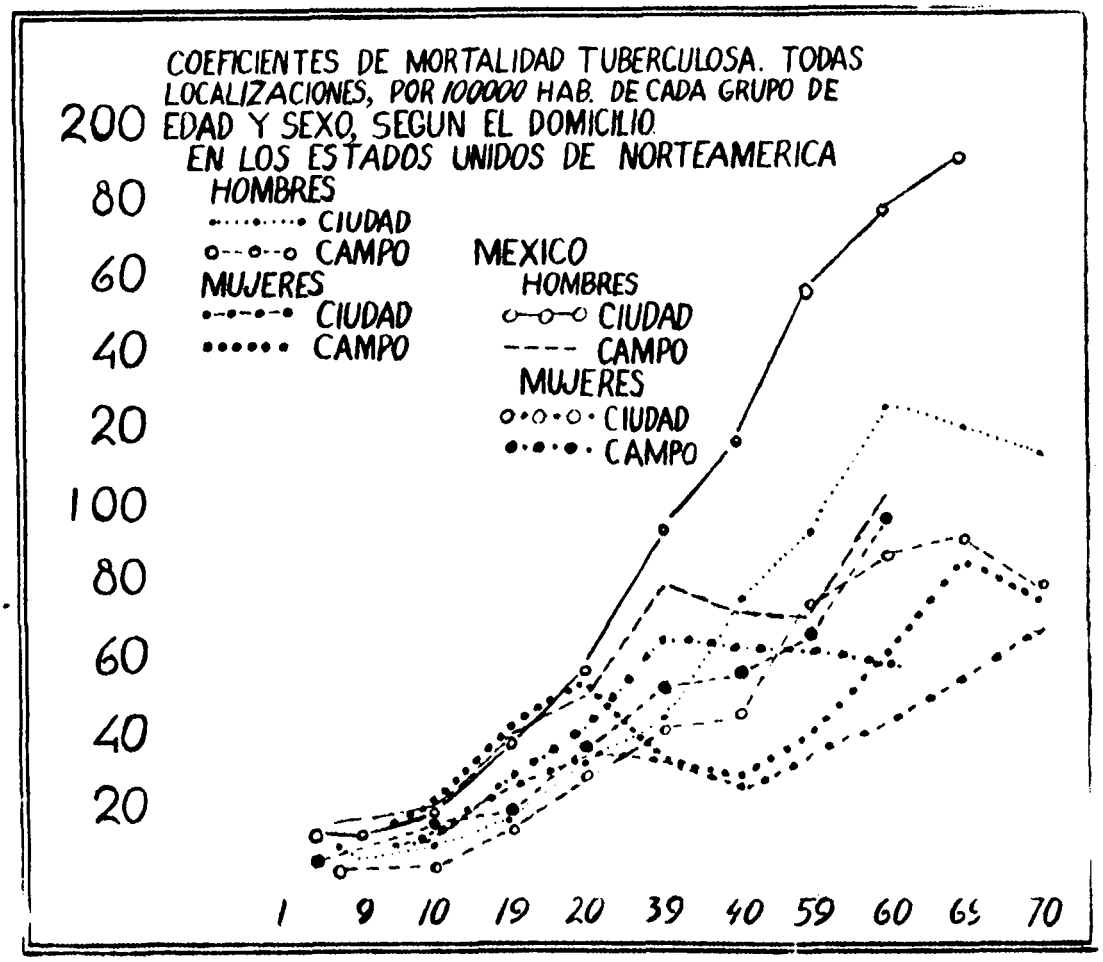


FIG. 14

ros de trabajo que han regresado enfermos de la ciudad y tras un período de recuperación deciden no abandonar ya "su" pueblo. Además, comienzan a imponerse las condiciones determinativas de una mayor mortalidad en los hombres, desde el punto y hora en que los manantiales de infección y enfermedad se han multiplicado, cual en las ciudades. Y, en la segunda fase, la mortalidad masculina por tuberculosis sobrepasa la femenina. Es el caso, era el caso —será mejor decir— de Inglaterra, expuesto en la misma Fig. Nº 17.

Hasta aquí, la mortalidad rural por tuberculosis ha sido (salvo en momentos aislados —sin valor para el esquema general—) inferior a la mortalidad que rinden los habitantes urbanos a la tuberculosis. En todos los tratados de tuberculosis o de epidemiología se mencionaba esa característica cual una de las más permanentes y uniformemente observadas en el mundo entero. Que la conclusión respondía sólo a una determinada fase del desarrollo mundial lo demuestra el actual caso de los Estados Unidos de Norteamérica, caso antes dado ya en Dinamarca. Pues en los últimos años los daneses han visto, primero, como la mortalidad tuberculosa femenina rural iba sobrepasando a la presentada por las mujeres que vivían en las ciudades (caso actual de Norteamérica, véase la Fig. 14) aunque seguían ofreciendo —en general— una menor mortalidad que los habitantes masculinos del campo: luego, eran estos, su mortalidad, la que venía a emparejarse —y aun en algunos territorios (jamás para toda la nación) dominar— a la mortalidad de habitantes urbanos masculinos. ¿Por qué? Por el sucesivo desarrollo industrial y urbanístico —en sentido de ambiente vital. Sabido es que las pequeñas industrias que comienzan a invadir las zonas rurales —y aun las grandes, pasados los primeros momentos de atracción— cuentan fundamentalmente con personal femenino, por seguir los hombres en sus trabajos rurales, quizás menos duros, pero siempre más inclementes. En justa consecuencia, son las mujeres las primeras en pagar tributo y elevar su mortalidad. Como por otra parte, cuando la industria pasa al campo ya la ciudad ha comenzado a sentir los beneficios (particularmente sanitario-higiénicos) que determina aquella, y el trabajo de la mujer urbana hállase más protegido, es natural que, durante algun tiempo, la mortalidad femenina rural sea superior a la urbana correspondiente.

De acuerdo a este esquema general y a los datos que proporciona la citada Fig. Nº 17 parecemos autorizados a concluir que *buena parte de la población rural mexicana comenzó en los últimos tiempos a sufrir una onda epidémica (que ya, desde hace años, viene azotando las poblaciones urbanas) produciendo así los recientes coeficientes de mortalidad, índices de un brote de tuberculización en el país.*

Ha de observarse como rehuimos afirmar que la zona rural está tuberculizándose actualmente. Eso significaría que, hasta la fecha la tuberculosis había causado solamente estragos aislados en tal población, cosa no cierta. Al igual que un país, cada una de sus partes (en nuestro caso la rural) pasa por idénticos momentos epidemiológicos que la unidad: diversas ondas epidémicas hasta conseguir lo que pudiéramos llamar equilibrio epidemiológico. Y cada onda epidémica es un espejo de lo sucedido la primera vez.

Justamente esta repetición de los hechos en cada movimiento ondulatorio epidemiológico, repetición que se continua hasta alcanzar el estacionamiento, hace muy difícil, imposible casi siempre, determinar las verdaderas causas de tales oscilaciones y, también, puede llevar a conclusiones erróneas acerca de la fase del ciclo evolutivo.

Viene esto a cuenta de que, encontrándose los Estados Unidos Mexicanos en la fase B del esquema de *Cummins* (es decir, la fase intermedia entre la tuberculización ya terminada y el equilibrio epidemiológico logrado) no es extraño ocurran aun semejantes oscilaciones, tanto en una de las partes constituyentes de la población como en toda ella. Y el aumento de mortalidad correspondiente a 1944, demuestra que en años anteriores ha debido ocurrir un aumento de la morbilidad tuberculosa. Lo mismo vimos ya en las figuras que expresaban la mortalidad específica extrapulmonar.

Ya en el diagrama de la evolución habida en la curva del coeficiente de mortalidad tuberculosa, (todas localizaciones, desde 1922) vimos como a partir de 1934, se iniciaba una serie de oscilaciones con cierto carácter ascendente. Pero, si en ves de limitarnos a esa visión de conjunto, estudiamos la marcha de ese mismo coeficiente, relacionando el presentado cada año posterior con el habido en 1930 (el cual para facilitar la comparación se considera igual a 100), obtendremos una mejor idea de la evolución. Y, como las verdaderas tendencias ascendentes se manifiestan a partir de 1934 —año en que hubo el coeficiente más bajo de todo el cuarto de siglo examinando—, hemos combinado en la Fig. Nº 18, la representación de ambas comparaciones o sea

—lo que cada coeficiente anual sucesivo es en relación con el de 1930 (línea inferior) y

—esa misma relación, pero referida al coeficiente de 1934, otra vez tomado como unidad comparativa y a tal fin supuesto equivalente a 100 (espacio rayado).

En el diagrama, obligadamente debe existir la curva representativa del índice de densidad de población (en idéntico sistema comparativo es decir, suponiendo igual a 100 la densidad de 1930

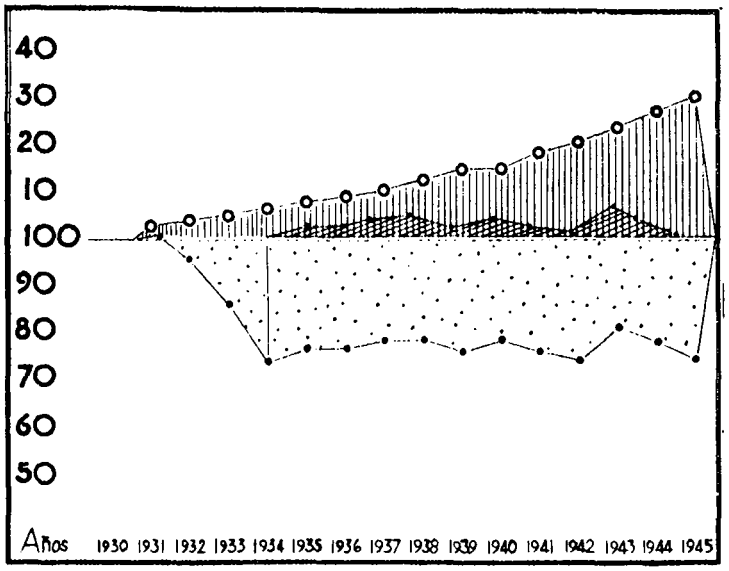


FIG. 18

tanto para que pueda percibirse bien la independencia de ambos coeficientes (el de densidad y el de mortalidad específica) cual para evitar que se supongan deformaciones a base de modificaciones en aquél.

Pues bien:

—el coeficiente de la densidad de población, aumenta constantemente, sea cual sea la marcha del coeficiente de mortalidad específica:

—el índice de mortalidad tuberculosa desde 1930, y con la excepción de 1931, ha sido siempre inferior al de aquel año, si bien la disminución no ha seguido una marcha progresiva constante:

—es desde 1934, cuando las oscilaciones han exhibido una tendencia ascendente, hasta el punto de que, comparados al del citado 1934, todos los coeficientes posteriores le han superado, resaltando 1937, 1940 y, particularmente 1943.

He aquí, en la Fig. Nº 19 una prueba más de que el aumento de mortalidad no se debió a un mayor vaciamiento del reservorio y sí a un brote epidémico. Se trata de reparto de mortalidad pulmonar y extrapulmonar en cada grupo de edad y resulta:

—*que en los años señalados, e incluso un poco antes* —1939— *se infectaron, en verdad, contingentes vírgenes, pues* en tal época la mortalidad extrapulmonar de lactantes, segunda y tercera infancia predominó sobre la pulmonar, o a lo más, cual en 1942, exhibió diferencias muy pequeñas. El hecho de que esto se iniciara antes de que la mortalidad tuberculosa pulmonar general comenzará su movimiento ascensional, autoriza a eliminar (hasta donde es posible, claro) que el predominio de muertes por localizaciones extrapulmonares, fuese debido a una agravación en los enfermos tuberculosos ya existentes; es decir que se tratase de una mayor letalidad y no del indicio de una extensión epidémica.

—que, en la edad de 5 a 9 años las diferencias entre ambas curvas de mortalidad específica son muy pequeñas. Lo cual "ya" permitiría sospechar que *en este periódo existen no pocas primo-infecciones.* Y decimos "ya permitiría sospechar" pues —por datos anteriormente consignados— no hay la menor duda de que así exactamente sucede. Los datos presentes no dan, pues, motivo de sospecha; lo que hacen es confirmar.

—*que la mortalidad extrapulmonar y pulmonar de los individuos de más de 40 años viene ascendiendo y siendo superior a la de los adultos de menor edad.* Como en la mortalidad extrapulmonar de aquellas edades han ascendido claramente —sobre todo en 1940 y 1945— los coeficientes debidos a tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa véase otro trabajo nuestro en prensa no hay sino afirmar, que los movimientos ascensionales señalados reconocen por causa brotes de extensión entre los mencionados contingentes.

Es curioso: pudiera hablarse de un cierto ritmo. Se percibe aún más claramente en la Fig. Nº 20, en la cual se comparan los coeficientes de mortalidad específica de cada año con los anterior, estableciendo su relación procentual: la parte o el exceso sobre que el coeficiente de cada año aguarda referido al del año procedente, considerado como 100.

A partir de 1936, cada tres años hay una onda ascendente, seguida de otras dos, de signo opuesto, descendente.

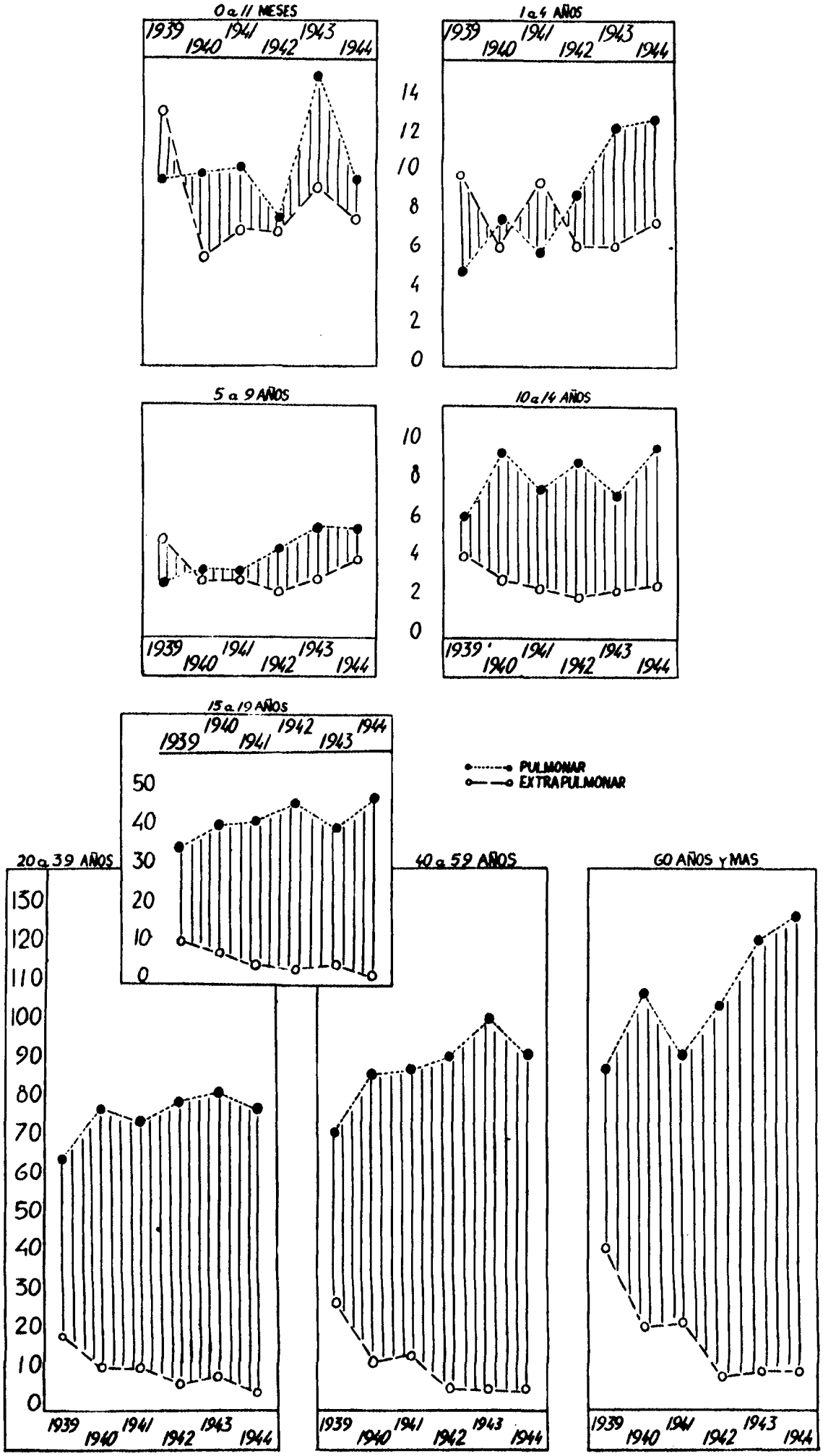

0 a 11 MESES
1 a 4 AÑOS
5 a 9 AÑOS
10 a 14 AÑOS
15 a 19 AÑOS
20 a 39 AÑOS
40 a 59 AÑOS
60 AÑOS Y MAS
PULMONAR
EXTRAPULMONAR
1939
1940
1941
1942
1943
1944

FIG. 19

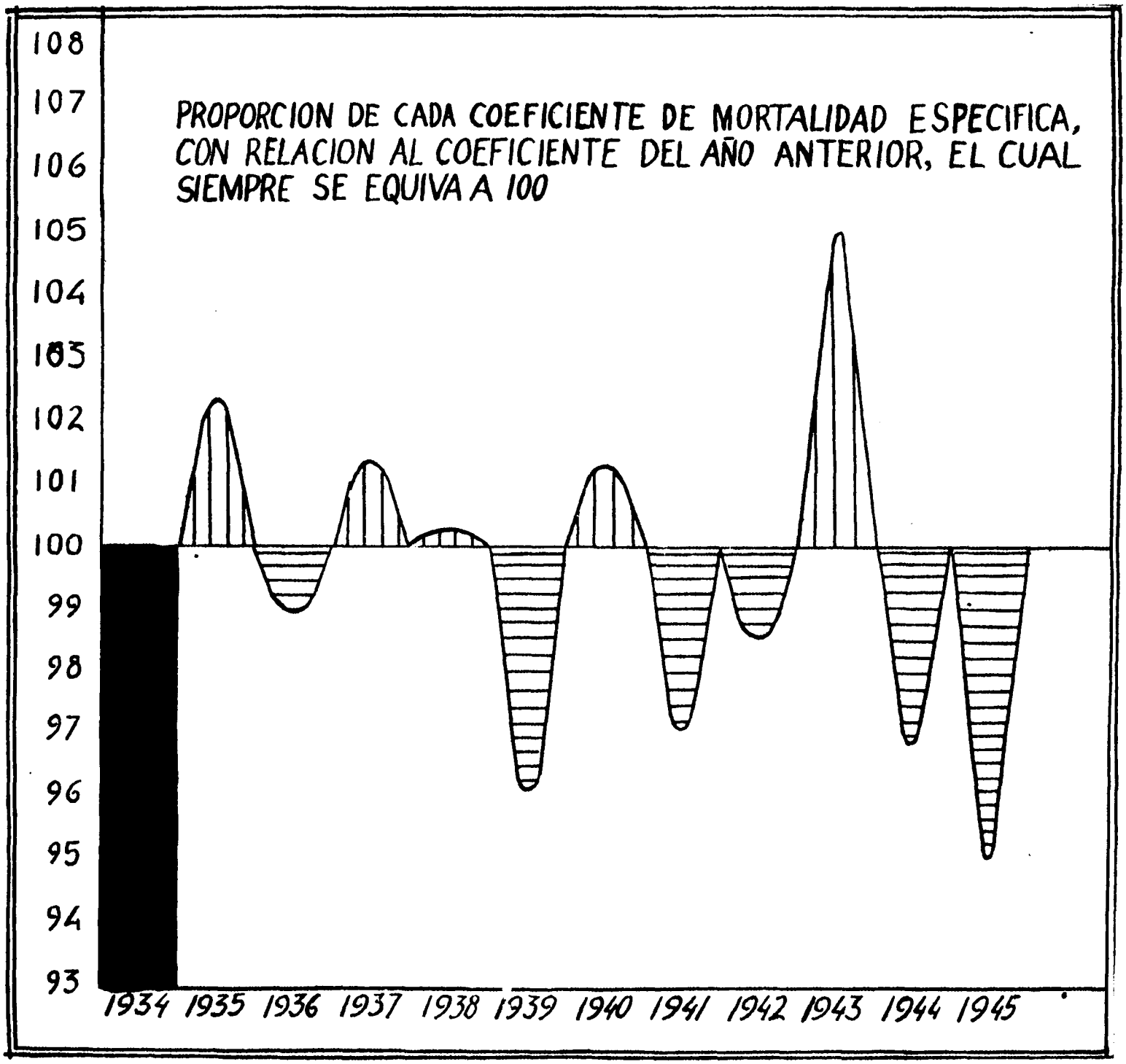


Fig. 20

¿Como interpretar esa periodicidad? Lo más probable es que se trate de un accidente casual, pero ¿y si se tratase de que cada tres años el "reservorio" desaguase en una mayor cantidad?; es decir: ¿podría tratarse de una indicación sobre el tiempo de viabilidad, de duración de una determinada categoría de enfermo tuberculoso, p. e., los primo-infectados que padecen procesos pulmonares de caracter tísico? Podría ser, sí. Pero no es posible tomar partido en pro o en contra; no sólo por ser muy pequeño el tiempo de observación sino, particularmente, por no poder encontrar apoyo o contradicción en los datos referentes a la tuberculosis extrapulmonar. Quede, pues, cual sugerencia a investigar su verdad y supongamos hasta entonces que el aparente ritmo es casual producción.

Decíamos antes que, mientras no se ha alcanzado el periódo de equilibrio epidemiológico correspondiente a cada pueblo (atendidas una serie de características a él inherentes) esas variaciones oscilatorias de la curva de mortalidad específica difícilmente podían atribuirse a causas concretas.

Tal es nuestro caso pues el análisis, una por una, de las diferentes circunstancias influyentes, nada ha aclarado. Ahorramos demostraciones, limitandonos a exponer una sola, la expuesta en la Fig. Nº 21 que relaciona la evolución del coeficiente que nos ocupa, con la carestía de la vida (expresada en el índice del coste medio de vida).

En el gráfico, no es muy demostrable el influjo. Lo cual es —¡ni mucho menos!— negarle. Es unicamente convencerse, una vez más, de cuan difícil resulta demostrar un influjo sobre cuya potencilidad no hay duda.

¡Cómo vamos a negar que la circunstancia económica es una de las causas determinativas del estadío epidemiológico, de la estabilización —más o menos oscilatoria— del coeficiente de mortalidad por tuberculosis! Por lo pronto, ya conceptualmente es innegable. Y, a seguido damos unos cuantos datos demostrativos del considerable peso que debe tener la situación económica. Más antes advertimos la necesidad de recordar que estamos analizando las cosas desde un punto de vista estrictamente sanitario; puede suceder, y sucede, que factores de momento perniciosamente influyentes sobre la capacidad de resistencia individual a las enfermedades, particularmente a las que hemos dado en llamar sociales (¡cual si, en realidad no lo fuesen todas!), sean sin embargo, positivos, incluso altamente positivos, para el desarrollo ulterior del país y, en consecuencia, del pueblo y de cada uno de sus individualidades constitutivas. Pero esto ocurre ulteriormente.

Decimos esto, por ser indudable que desde 1930 y, muy particularmente, desde 1939-40, los Estados Unidos Mexicanos vienen evolucionando progresivamente en sentido económico; basta decir, p. e., que la cantidad total de ingresos nacionales (expresión de la riqueza pública) comparada con la de 1929 tomada cual unidad equivalente a 100,

—en 1939, era cercana al 230%, y para

—1946, se estima en más de 450% de la cifra correspondiente a 1929.

Si, el progreso de la nación mexicana es bien claro. Pero, a su pesar, contamos con los datos siguientes, entresacados de distintas publicaciones, tanto de la Dirección General de Estadística como de otros departamentos oficiales.

A.—*La población economicamente activa*, o sea la que trabaja remuneradamente, *viene disminuyendo desde* 1930. En esta fecha era superior al 31% de la población total; en 1940, sobrepasaba ligeramente el 29% y en 1946 se estima como el 27,8% del total de habitantes de la nación. Quizás la indudable mejoría de los equipos de trabajo, de la técnica (implicando un aumento de la productividad total y aislada de cada trabajo) esté determinando la disminución que citamos; pero no es nuestra misión aclarar la causa y sí, señalar el recho.

Completando este dato, debemos añadir la transmigración de la fuerza de trabajo, circunstancia de gran va-

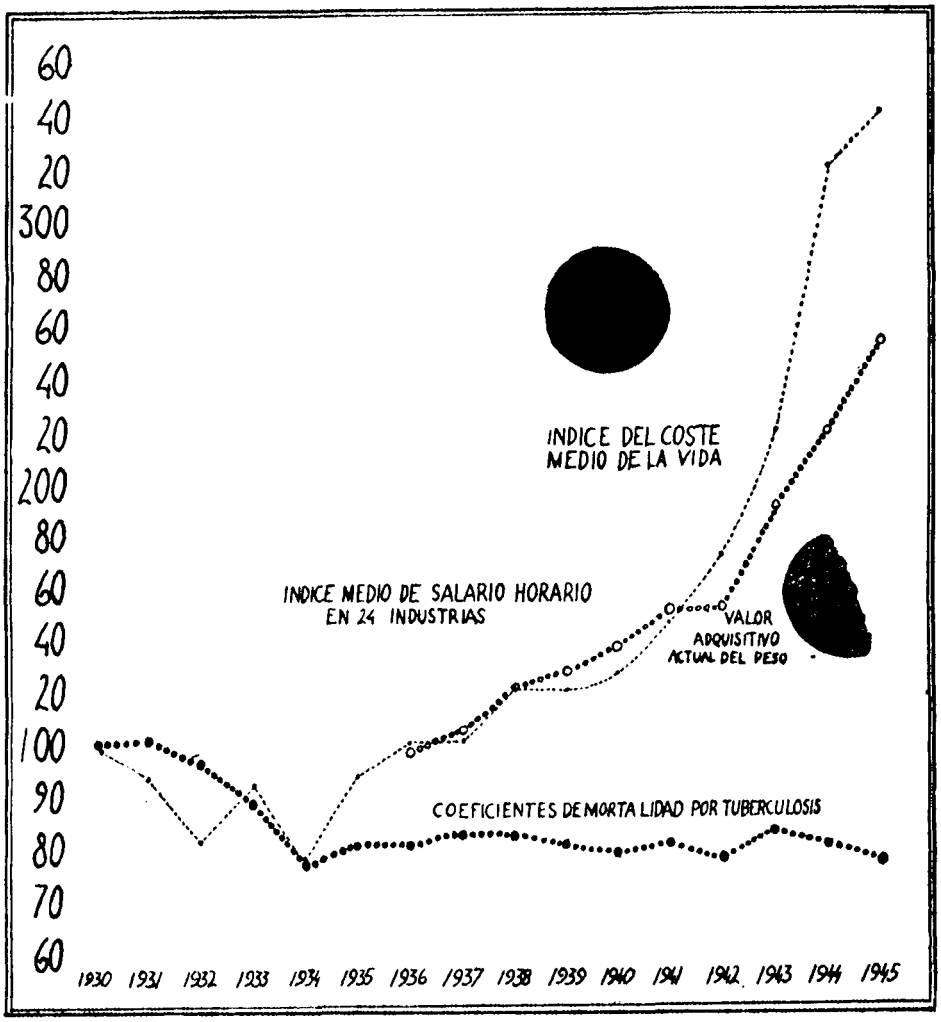


Fig. 21

lor epidemiológico. La población dedicada a la agricultura, con relación al total de las masas economicamente activas, era:

—en 1930, el 70,20 %
—en 1940, el 65,39 %
—en 1946, ha sido el 62 %

Por tanto, *en los últimos quince años está ocurriendo o, una migración del campo a la ciudad o, por lo menos —y esto exidentemente— un desplazamiento de trabajadores agrícolas hacia labores de otro tipo.*

Con una particularidad: *buen número de los nuevos trabajadores no agrícolas, pertenecen* —desde 1939-1941— *al sexo femenino,* cual lo demuestran las siguientes cifras que indican el porcentaje de mujeres en diversas ocupaciones.

	Año 1940	Año 1945
Industrias en general	11,2	12,9
Administración Pública	22,3	26,8
Comunicaciones y Transportes	1,8	10,2

Por desgracia, sabemos todo lo que estos hechos:
—desplazamientos de masas campesinas hacia trabajos no agrícolas,
—aflujo de contingentes femeninos a la producción,
significan, tanto desde un punto de vista estrictamente tuberculoso —llegada de material humano en gran parte no infectado— como desde el ángulo económico —depreciación de salarios, etc.,— para que no consideremos —de momento al menos, pero es el momento que estudiamos— que *las circunstancias descritas son, en fuerte proporción, las causas más claras del estado epidemiológico tuberculoso que venimos analizando.*

Y he aquí cómo, de nuevo nos encontramos ante un apoyo de la tesis sustentada desde las primeras páginas del presente trabajo: la nación mexicana, ya ha sufrido tiempo atras su fase epidemiológica de tuberculización. En efecto, si no hubiera sucedido así... asistiríamos ahora un desarrollo brutalmente epidémico con cifras de mortalidad específica muchísimo más elevadas. Pues, aparte de los factores ya señalados, debemos añadir, uno cuya significación no puede ocultarse ni al mayor profano en epidemiología tuberculosa: el factor nutritivo.

Las estadísticas existentes a tal respecto, pretendiendo fijar la cuantía y calidad de la ración alimenticia media del ciudadano mexicano, son tan parciales, tan reducidas a zonas muy concretas de población que preferimos no considerarlas. Pero, en cambio, hay dos estimativas, de fuentes diversas y conseguidas a base de cálculos en su origen diferente, llegando a conclusiones bastantes paralelas. Para la primera:
—las TRES CUARTAS PARTES de la población mexicana, viven con un ingreso medio de 390 anuales; lo que significa que poseen, para todos sus gastos, la cantidad diaria de UN PESO OCHO CENTAVOS.
Ateniéndose al segundo cálculo:
—una familia de 5 personas, en 1946, dispone por término medio, para todo el año de 2.950 pesos; o sea que, por día y persona, cuenta con UN PESO Y SESENTA CENTAVOS.

Por mucha desconfianza hacia las estadísticas oficiales —las dos poseen tal calidad— sería demasiado cerrar los ojos no considerar el gran valor de la coincidencia. Y, aun doblando las cifras medias resultantes, no hay ya necesidad de otras demostraciones para convenir en que gran parte de la población mexicana cuenta con posibilidades nutritivas insuficientes. Recuérdese el papel epidemiológico tuberculoso de tal circunstancia; súmese a cuanto hemos consignado en líneas anteriores, y habrá de concluirse que si las actuales cifras de mortalidad específica correspondiesen a un período inicial de tuberculización masiva, esta habría adquirido ya su desarrollo máximo.

Estos perfiles económicos de lo que hemos llamado "coeficiente ambiental" son los más llamativos y los que se prestan a más fácil identificación. Pero también podemos fijar —no completamente— algunos otros, por desgracia, tampoco favorables.

En primer lugar (no por ser el más importante y sí por aclarar algunos de los otros aspectos), debe valorarse la propia estructura de la población, desde el punto de vista que llamaremos racial, a condición de no prestarle a este calificativo un contenido absoluto. La heterogeneidad étnica de los Estados Unidos Mexicanos no puede negarse. Prescindiendo de clasificaciones más complejas, tres son los grupos esenciales: blancos, mestizos e indígenas. Los últimos —en mayor o menor pureza sanguínea, pero sin grandes influencias culturales extrañas— constituyen el 50% de la población sin que se hayan perdido totalmente las diferenciales íntimas entre los cuarenta y cinco subgrupos admitidos por el Instituto de Investigaciones Sociales de la U. N. A.

Atendiendo al criterio más accesible puede dividirse la República Mexicana en dos grandes partes:

Una, en la que predomina, de manera casi absoluta la población blanca y mestiza, de cultura moderna, tipo europeo. Otra, en donde la población indígena se encuentra en mayoría aplastante. Así sucede en los Estodos y Territorios de

Campeche,	Nayarit,
Colima,	Oaxaca,
Chiapas,	Puebla,
Guerrero,	Quintana Roo,
Hidalgo,	San Luis Potosí,
México,	Tlaxcala,
Michoacán,	Veracruz, y
Morelos,	Yucatan,

que, en total, comprenden más del 50% de la suma de habitantes de la Nación Mexicana, pero de los cuales hay que descontar la parte viviendo en las Capitales de las Entidades Federativas, que en su mayoría, no debe considerarse indígena: particularmente por sus rasgos culturales, por sus normas de vida.

El mapa de la Fig. Nº 22, donde se marcan los E. F. cuya población es predominantemente indígena y en el que se repiten los coeficientes de mortalidad específica y rural y urbana (estos encerrados en un círculo dentro de cada E. F.) permite señalar cómo, no habiendo diferencias a trazar entre las E. F. —dentro de la mortalidad por tuberculosis, claro— hay sí, diferencias regionales. *No es casual que todo el Sur del Pacífico albergue la menor mortalidad por tuberculosis;* es que hay allí une menor desarrollo de todo lo comprendido en la frase: cultura moderna (auge industrial y co-

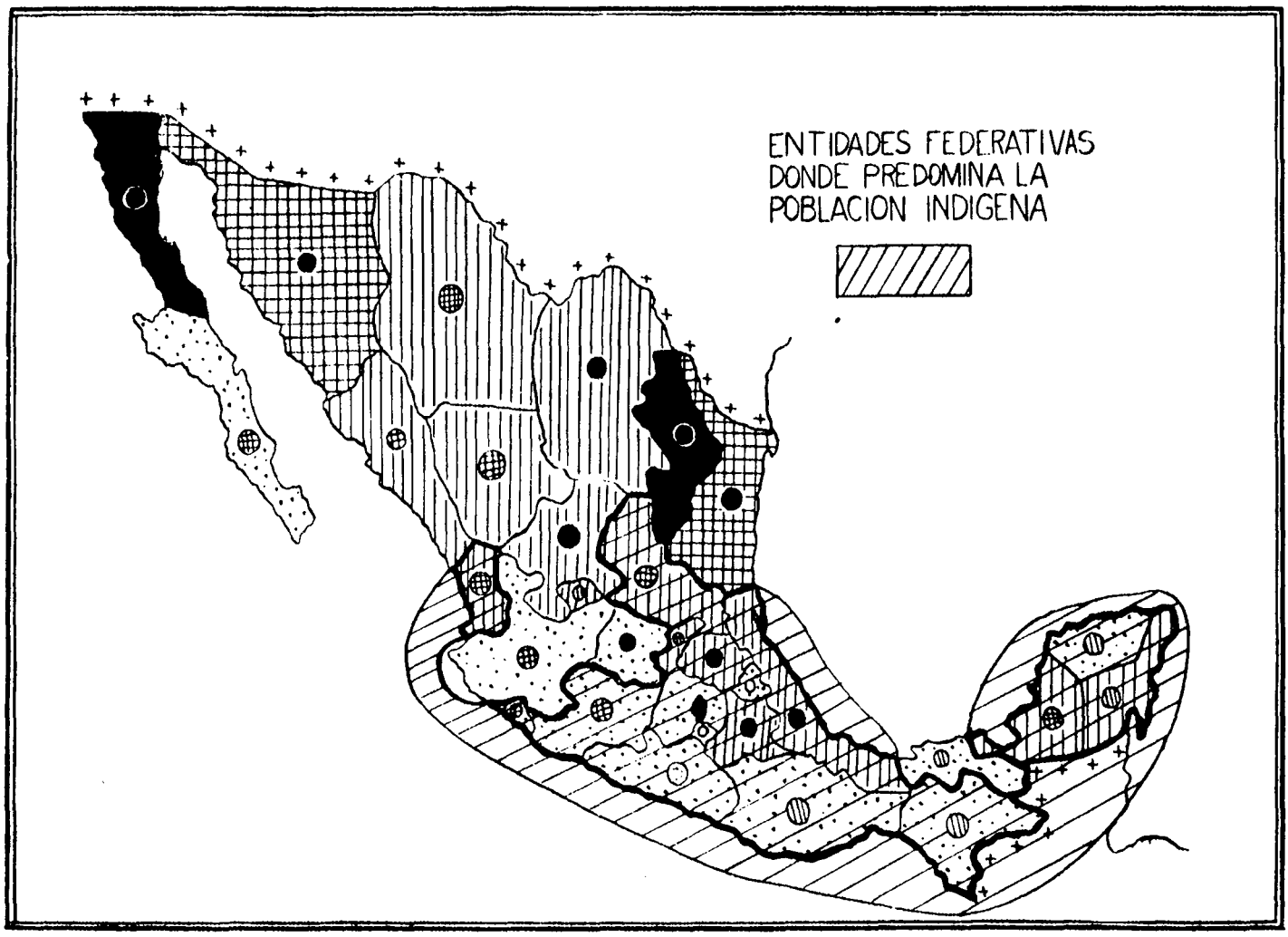


FIG. 22

mercial intercolar, vida de relación socioeconómica, etc.).

Ahora bien, el segundo elemento a considerar hállase intimamente relacionado con este; se trata del nivel alcanzado por todos los puntos favorables de una moderna civilización. Desde nuestro punto de vista, es claro que con ello abarcamos todo lo referente a higienización, empezando en sus aspectos más elementales de canalización y alcantarillado y terminando por la existencia de conceptos preventivohigiénicos individuales con sus prácticas respectivas y sus exigencias de organización sociosanitaria adecuada.

"Mucho se ha hecho en tal sentido, más no podemos desconocer que la actual situación no puede, aun, considerarse satisfactoria". No son nuestras las palabras, pues pertenecen a un informe oficial, y ahí quedan para que se valore su contenido desde el punto de vista de la epidemiología tuberculosa.

La Sanidad de un pueblo es indivisible y la Higiene su piedra básica. Sin esta, aquella sólo realiza esfuerzos condenados a éxitos parciales y engañosos. Y el mejoramiento que se obtiene en la lucha —organizada o nó— contra cualquier enfermedad no es definitiva, sino reflejo esencial del estado sanitario total, en conjunto. Más concretamente... "el descenso de la mortalidad tuberculosa, no es sino una parte del fenómeno de la disminución de la mayoría de las enfermedades infecciosas de mayor importancia y extensión, a la par, en el mismo tiempo".

Pues bien, el diagrama de la Fig. Nº 23 expresa la marcha de varios coeficientes de mortalidad (todos referidos a 100.00 habitantes, excepto el de mortinatalidad que se refiere a 1.000 nacidos vivos) durante los quince últimos años, adoptando las cifras medias bienales para dar una mayor impresión global.

Indiscutiblemente; *hay un mejoramiento general de todas las enfermedades representadas. Pero,* indiscutiblemente también, *se observa —a partir de* 1934-1938, *segun los casos—* (salvo para el paludismo) *una menor tendencia descendente de la exhibida hasta entonces.* En algunos casos, igual que ya hemos visto para la tuberculosis, los coeficientes respectivos, incluso han estado mas elevados que en la época anterior.

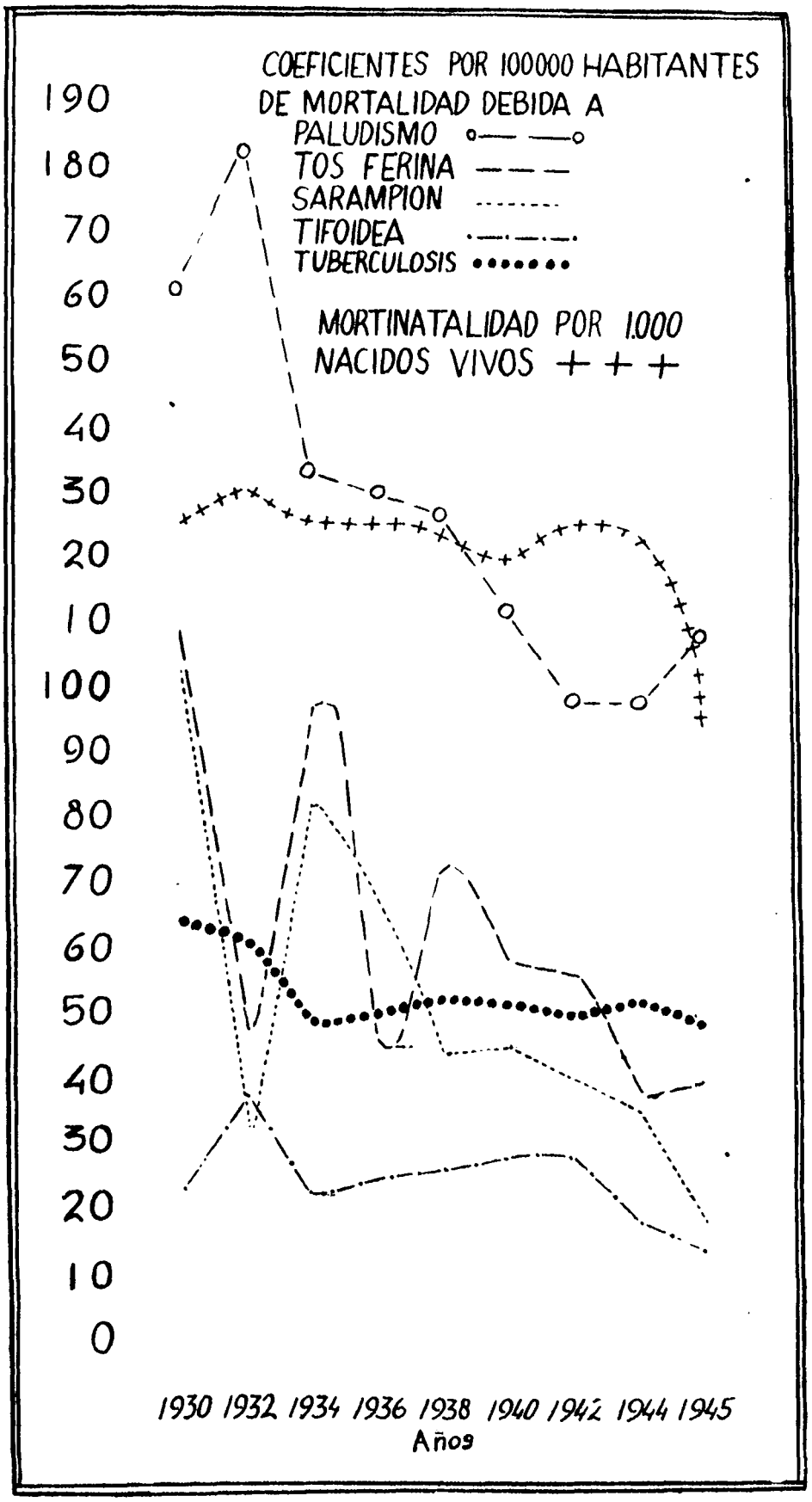

COEFICIENTES POR 100000 HABITANTES
DE MORTALIDAD DEBIDA A
PALUDISMO
TOS FERINA
SARAMPION
TIFOIDEA
TUBERCULOSIS
MORTINATALIDAD POR 1.000
NACIDOS VIVOS
190
180
70
60
50
40
30
20
10
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1930 1932 1934 1936 1938 1940 1942 1944 1945
Años

FIG. 23

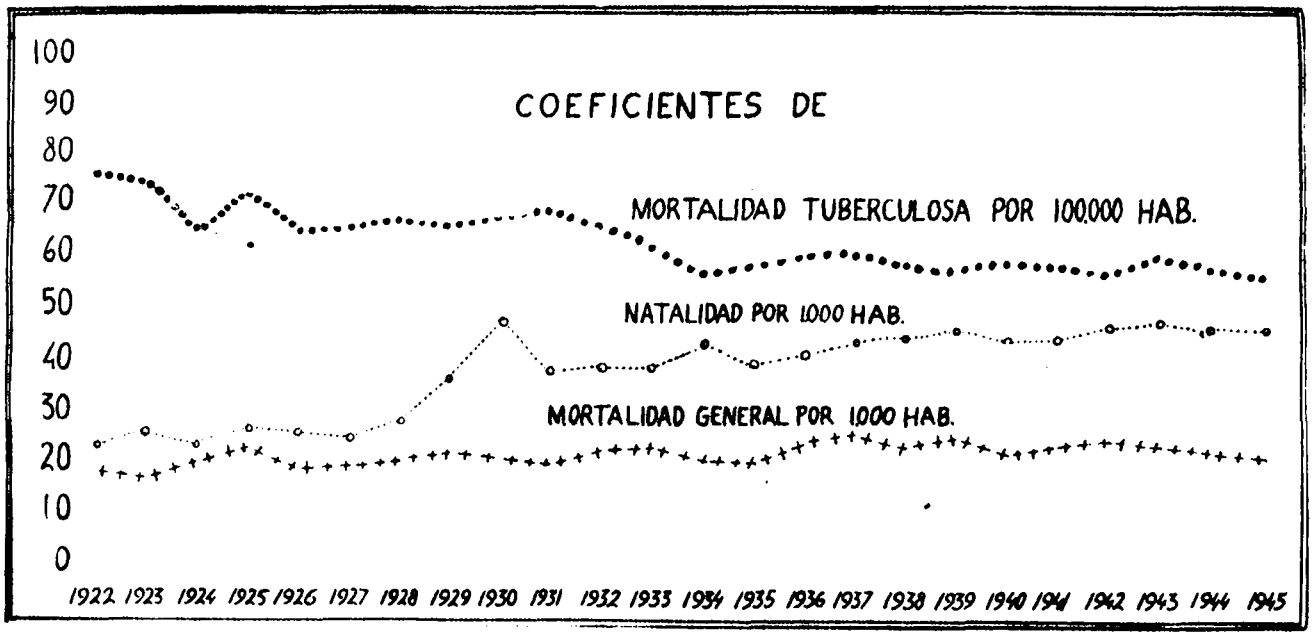


Fig. 26

Y, claro está, la explicación de estos hechos comunes es la misma dada páginas más atrás.

Ahora bien, una cosa es sostener la interdependencia de las evoluciones epidemiológicas, y otra, muy distinta, pretender valorar la importancia que un país tiene la tuberculosis a cuenta de su participación causal en el coeficiente o en los números absolutos de la mortalidad general. Se comete diariamente tal error, pese a que nadie puede dudar —por esa misma interdependencia— que tal lugar está determinado no sólo por la propia tuberculosis, sino, esencialmente, por la importancia que posean otras causas. Así, p. e., pasada la época de lactancia, disminuye la cuantía de numerosas enfermedades y, en consecuencia, sube el porcentaje de participación de la tuberculosis en la mortalidad general. He aquí la Fig. Nº 24 demostrando como es inadmisible el concepto criticado. Si le admitiésemos tendríamos que decir todo lo contrario de lo que verdaderamente sucede en los países cuyos porcentajes de participación tuberculosa en la mortalidad general, dentro de cada grupo de edad, se especifican gráficamente. El país más favorecido en el diagrama, es la República Mexicana, lo cual es absurdo. Ahí está también el mapa de la Fig. Nº 25 señalando el lugar de la mortalidad tuberculosa dentro de la general en cada E. F. Por último veamos otra demostración en la Fig. Nº 25 donde las apenas visibles oscilaciones del coeficiente de mortalidad general contrastan con los distintos momentos atravesados por la curva expresiva del coeficiente de mortalidad específica. (Advertimos que la mejoría del coeficiente de natalidad, se debe a que sólo desde 1928 puede considerarse correcto el sistema de registro de los natalicios).

Cosa distinta es comparar el coeficiente de mortalidad general en cada grupo de edad con el correspondiente de mortalidad específica, a condición de que no se trate de comparaciones estáticas de un sólo año, sino dinámicas, de un periódo más o menos largo. Eso nos permite considerar cual es la mejoría habida en las condiciones generales sanitarias de cada gruo de edad y hasta que punto las modificaciones del desarrollo epidemiológico tuberculoso dominan o están en retraso con aquellas y, ahorrando demostraciones gráficas, aseguramos que *la disminución habida en cuanto a la mortalidad específica es superior a la presentada, poco más o menos en el mismo tiempo, en todas las edades —excepto lactancia — dentro de la mortalidad general.*

Veamos ahora otro diagrama, el de la Fig. Nº 27 bastante demostrativo. Exponemos en él la participación procentual de cada grupo de edad en la mortalidad por tuberculosis de todas las edades, considerada como 100.

He aquí otra expresión del distinto momento epidemiológico. Mientras los indios del Estado norteamericano de Montana —los cuales no ha mucho comenzaron su verdadera tuberculización masiva— reparten su mortalidad tuberculosa casi por igual en todas las edades, (solamente predomina la primera infancia), los blancos del mismo Estado, ofrecen un predominio —desde luego mucho más marcado, mucho mayor— que iniciándose a los 20 años, alcanza su acmé despues de los 40, es decir, en íntima paralelismo con el reparto por edades de la propia mortalidad general. Entre ambos extremos —"fase A", y "fase C" hállase la línea representativa del reparto en la República Mexicana. Si no temiésemos pecar de exageradamente simplista, *podríamos decir que, ese irregular rectángulo que separa la curva mexicana de la correspondiente a los blancos norteamericanos es lo que diferencia —¡tan profundamente!— el momento epidemiológico tuberculoso de los dos países en cuestión, pese a la relativa similitud (en el conjunto mundial, se entiende) de sus coeficientes de mortalidad tuberculosa total.*

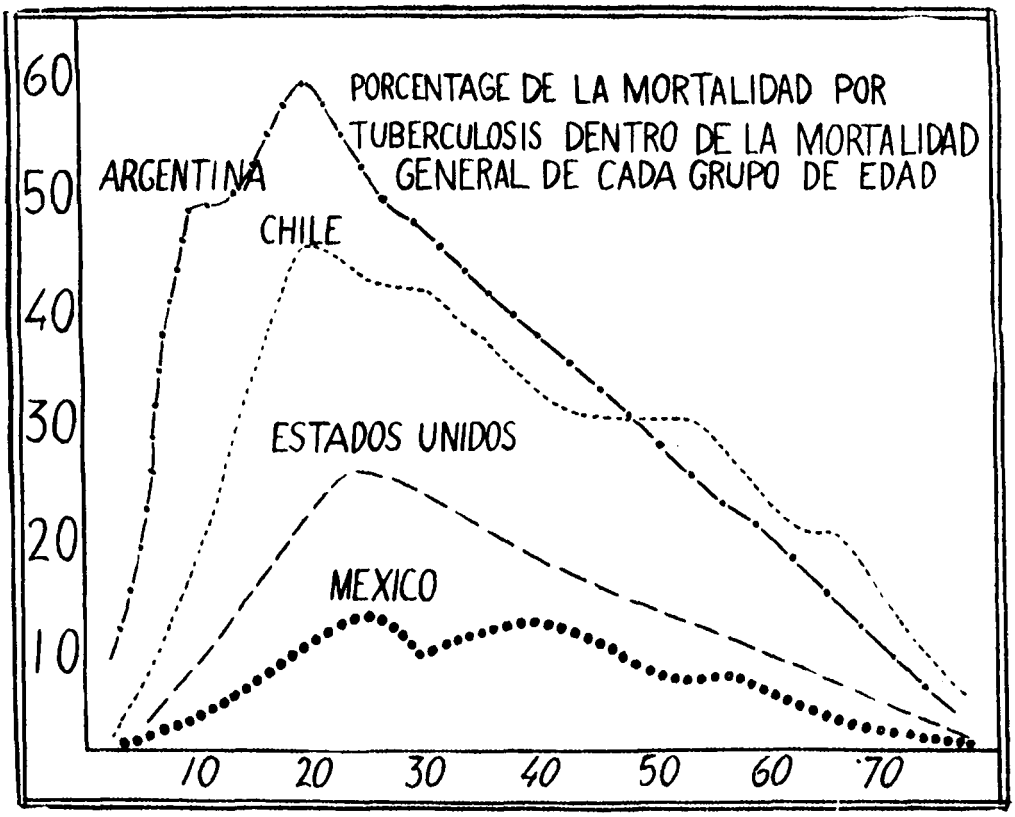

PORCENTAGE DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS DENTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL DE CADA GRUPO DE EDAD
ARGENTINA
CHILE
ESTADOS UNIDOS
MEXICO
60
50
40
30
20
10
10
20
30
40
50
60
70

Fig. 24

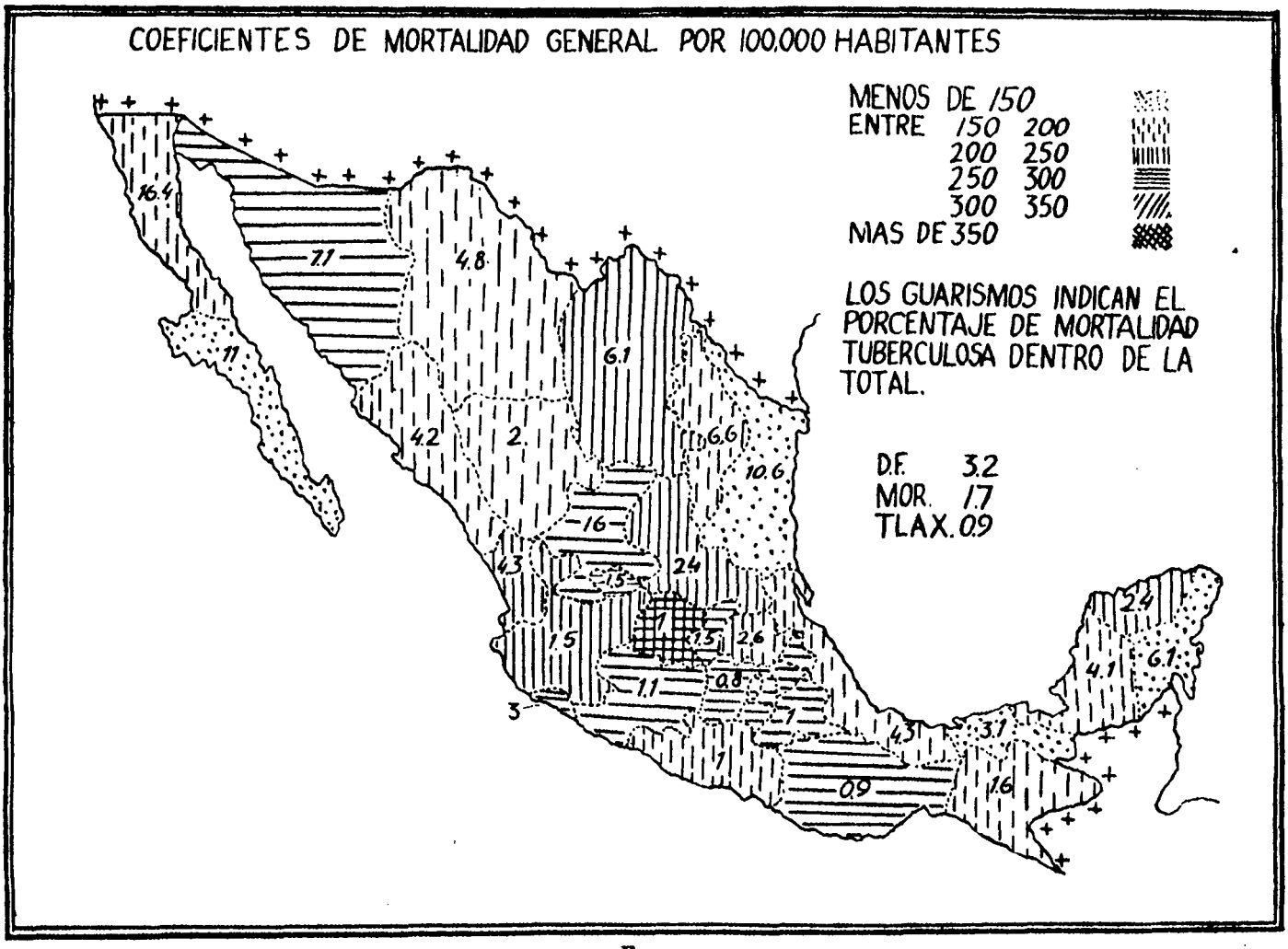

COEFICIENTES DE MORTALIDAD GENERAL POR 100,000 HABITANTES
MENOS DE 150
ENTRE 150 200
200 250
250 300
300 350
MAS DE 350
LOS GUARISMOS INDICAN EL PORCENTAJE DE MORTALIDAD TUBERCULOSA DENTRO DE LA TOTAL.
D.F. 3.2
MOR. 1.7
TLAX. 0.9

Fig. 25

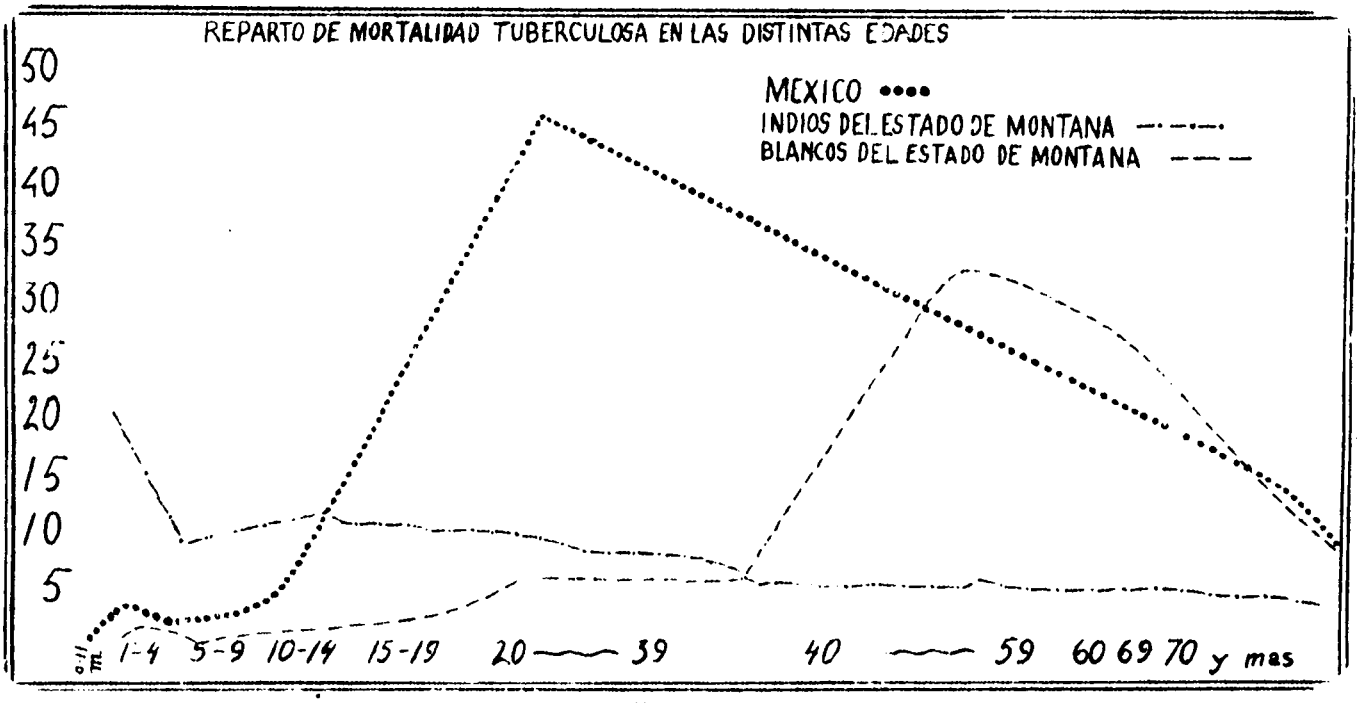


Fig. 27

Pretendemos finalizar adelantando una estimativa de conjunto sobre la situación particular de cada Entidad Federativa de la República Mexicana, y sobre la morbilidad tuberculosa en general.

Y en primer lugar *ha de señalarse la persistensia* bien visible en los mapas demográficos específicos de la Fig. Nº 9, *de la mayor mortalidad tuberculosa total en los Estados y Territorios fronterizos con Norteamérica.* ¿Fueron ellos los primeros en tuberculizarse en unión, quizás, de Veracruz? Es posible, pero lo cierto es que aun ahora se mantienen cual el reservorio endemoepidémico más importante de la nación. Desde luego, ambas circunstancias no se contradicen. Sí, pues pese a las afirmaciones meramente teóricas de quienes suponen que los paises y zonas primeramente tuberculizados son los primeros también en gozar de un descenso de la mortalidad (por lograr una mítica inmunidad) pese a esta tranquilizadora suposición, la realidad es que ahí tenemos a China, el pueblo donde la tuberculosis es más antiguamente conocida y que continua presentando elevados coeficientes de mortalidad específica sin que haya llegado la beneficiosa inmunidad pese a los dos o tres siglos que lleva de marcha.

Sabemos que las zonas norteamericanas colidantes con la República Mexicana son también ricas en cifras elevadas de mortalidad tuberculosas. Los movimientos migratorios —bien abundantes entre las dos— ¿son capaces de explicar esta coincidencia? Habría que suponer la constante llegada a una y otra de contigentes vírgenes si es que deseasemos explicarnos esta persistencia de altas cifras de mortalidad cual indicio de brotes epidémicos en su sentido de brutal extensión. No hemos podido hallar datos ni en pró ni en contra de que en México haya tal migración hacia el Norte. Por otro lado, debemos admitir que, la misma tendría las ciudades por meta principal y los coeficientes de mortalidad en los referidos Estados no se colectan solamente entre la población urbana sino también en la rural. Es por esta serie de razones que, en principio, nos inclinamos más a suponer como el motivo principal de la elevada mortalidad allí existente una crecida letalidad de las formas tuberculosas, por otra parte muy extendidas, tal como lo demuestran los porcentajes de tuberculinopositivos conseguidos en los respectivos Dispensarios locales (véase Fig. Nº 4).

La posición opuesta está, también constantemente, ocupada por la zona del Pacífico Sur. A su tiempo explicamos algunas razones, pero debemos añadir una circunstancia capaz de producir una desvirtuación seria en los datos de esta región geográfica. Se trata de que en la proporción de certificados de defunción no extendidos directamente por médicos cinstituyentes de los Estados esta zona es alta, cual señalamos. Tanto más seria esa desvirtuación cuanto, según en el mapa de la Fig. Nº 28 demuestra, en ellas, el coeficiente de mortalidad por enfermedades de aparato respiratorio calificadas como "no tuberculosas", es más bien bajo.

Habría, pues, que concluir que si se desvirtuan los coeficientes de mortalidad específica a base de errores diagnósticos en masa, las tuberculosis que allí suceden cursan más bien como

"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.

ISOFTALMOL DE SULFACETAMIDA

COLIRIO

Solución al 10% de Sulfacetamida Sódica

●

Amplitud 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.

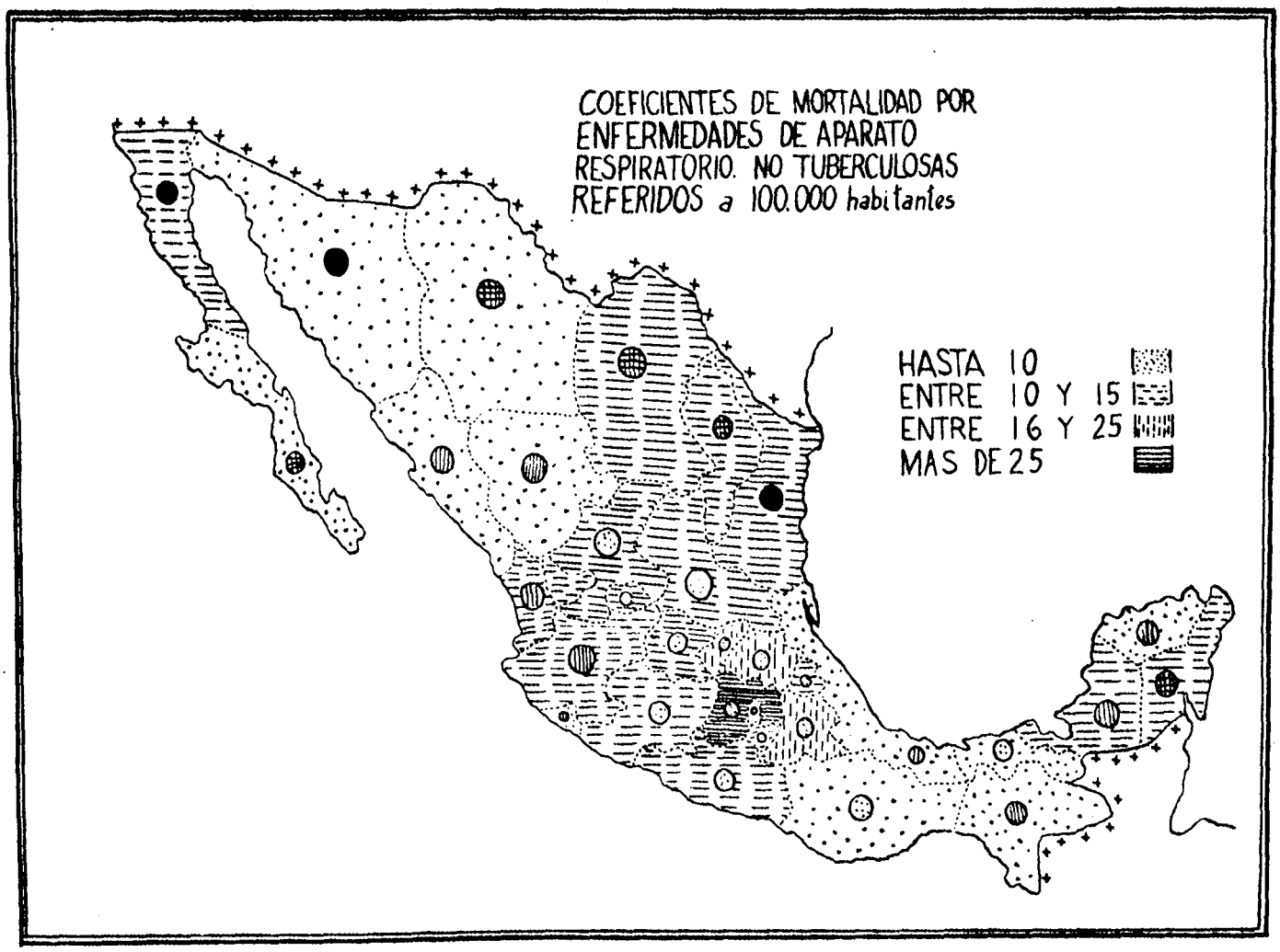

COEFICIENTES DE MORTALIDAD POR
ENFERMEDADES DE APARATO
RESPIRATORIO. NO TUBERCULOSAS
REFERIDOS a 100.000 habitantes
HASTA 10
ENTRE 10 Y 15
ENTRE 16 Y 25
MAS DE 25

Fig. 28

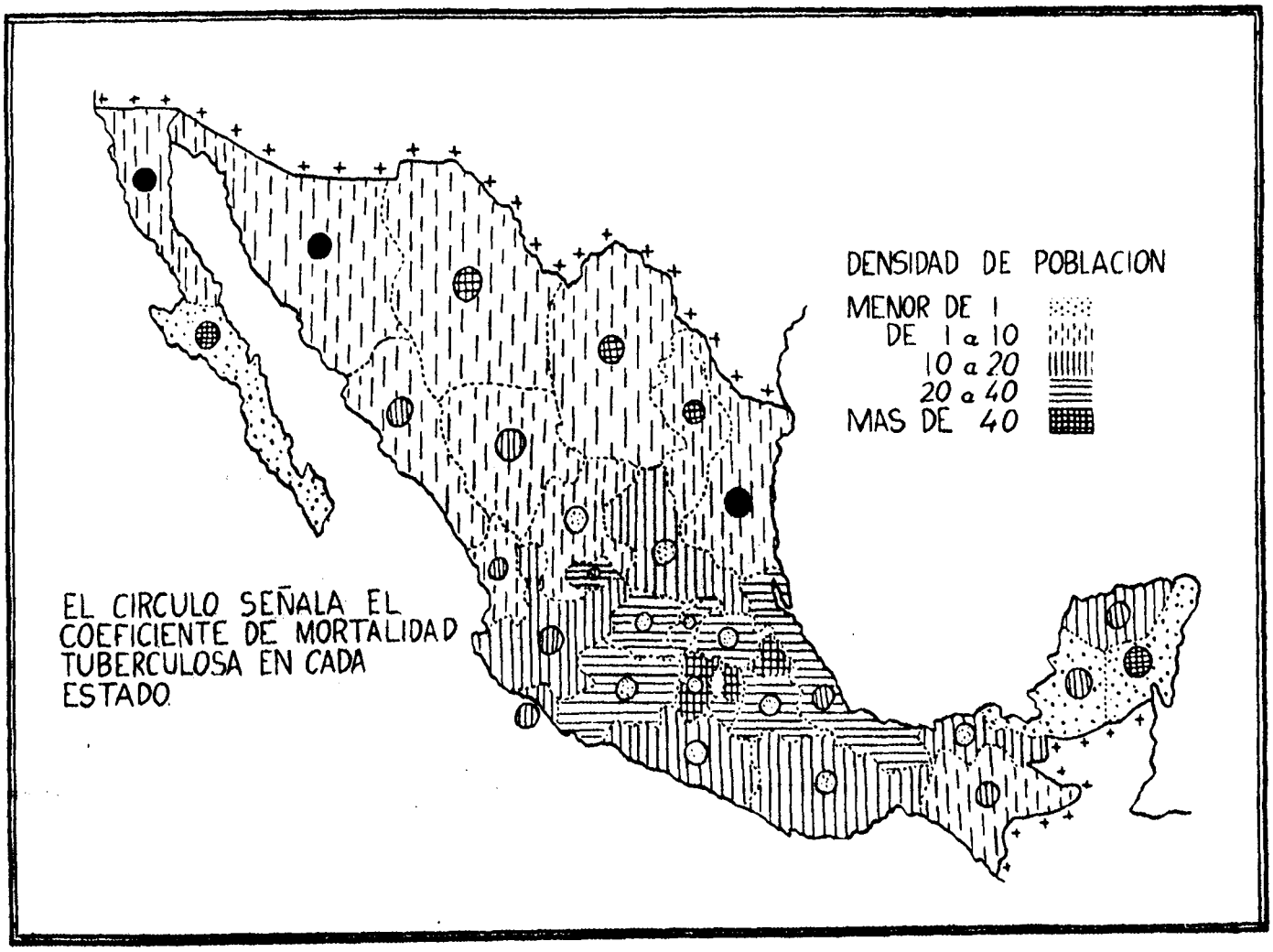

DENSIDAD DE POBLACION
MENOR DE 1
DE 1 a 10
10 a 20
20 a 40
MAS DE 40
EL CIRCULO SEÑALA EL
COEFICIENTE DE MORTALIDAD
TUBERCULOSA EN CADA
ESTADO.

Fig. 29

enfermedades agudas que cual procesos respiratorios. Así ocurre exactamente en los momentos de tuberculización epidémica inicial. Y llegaríamos a la conclusión antes alcanzada: son estas zonas las que actualmente ofrecen mayor campo de extensión a la endemo-epidemia tuberculosa.

Pero, por otro lado, no podemos llegar a tal conclusión de manera definitiva. En efecto, el mapa de la Fig. 28 establece una relación entre la distinta densidad de población de los Estados y su coeficiente de mortalidad específica. Si bien es cierto que hoy no podemos seguir manteniendo el alto valor epidemiológico que antes se concedía a este factor —densidad de población— tampoco es justo cesar totalmente de valorarle. Y sucede que mientras las E. F. del Norte poseen escasa densidad y gran mortalidad tuberculosa (*lo que una vez más dice cuán difusos son los focos, pues son raras las posibilidades de contactos*), las E. F. del Pacífico Sur mantienen densidad no escasa, más intensa —proporcionalmente— y baja mortalidad tuberculosa. Si hubiera en ellas una fase de extensión epidémica... sería bien difícil conseguir bajas cifras de mortalidad por mucho que se desvirtuaren éstas. Más bien parece que deba admitirse una gran circunscripción de los focos existentes. Cosa bien admisible, teniendo en cuenta las características étnicovitales a su tiempo señaladas para tales regiones.

Hasta que suerte no se ha llegado aún en la República Mexicana, en sus distintas E. F. a la fase epidemiológica C ("curva modificada") lo demuestra indirectamente, otra vez, la Fig. 29 donde se establece la relación entre los coeficientes de mortalidad específica pulmonar y extrapulmonar correspondientes a cada E. F.

La coincidencia de cada aguja es casi general. Y no es cuestión de repetir otra vez lo que indi-

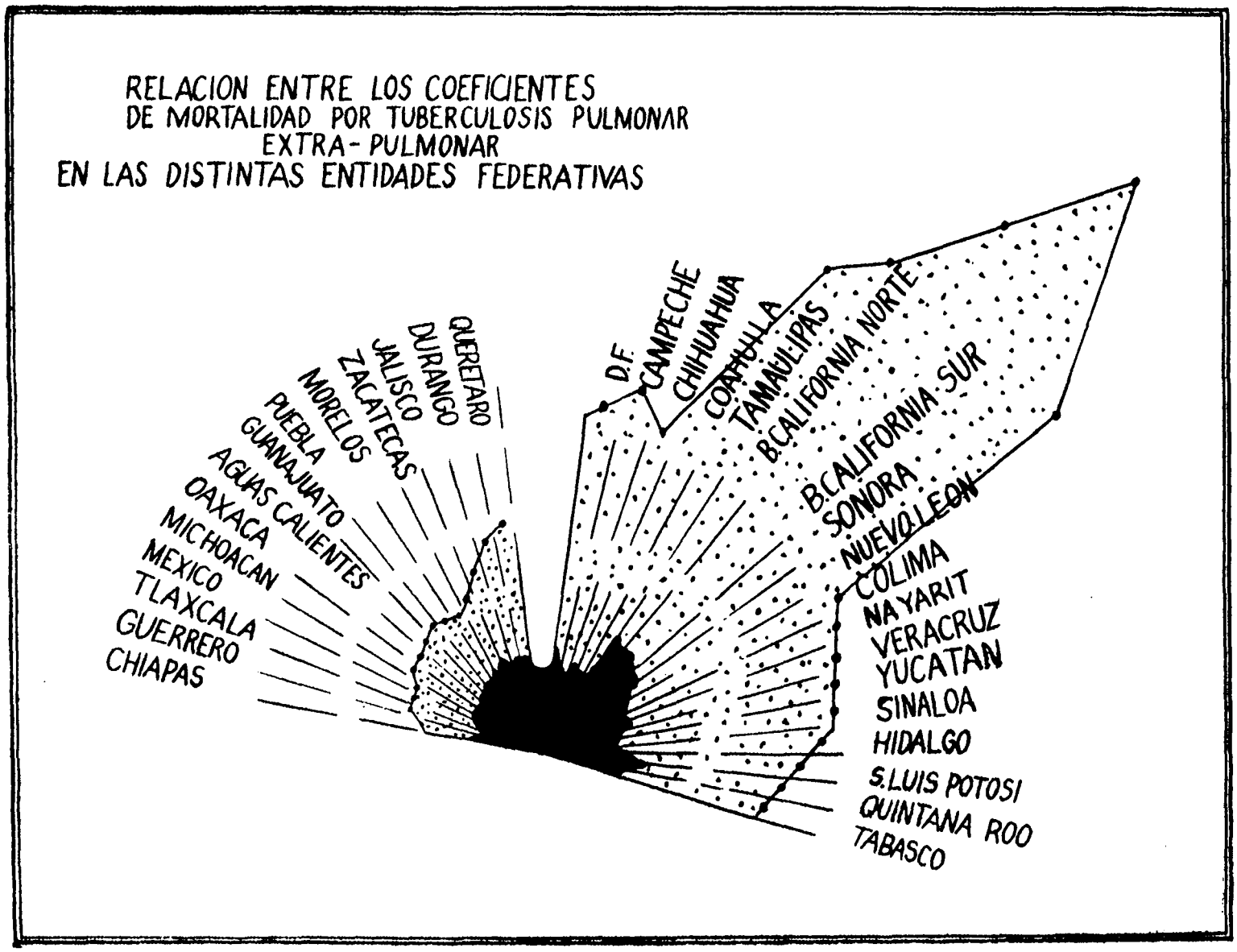


FIG. 30

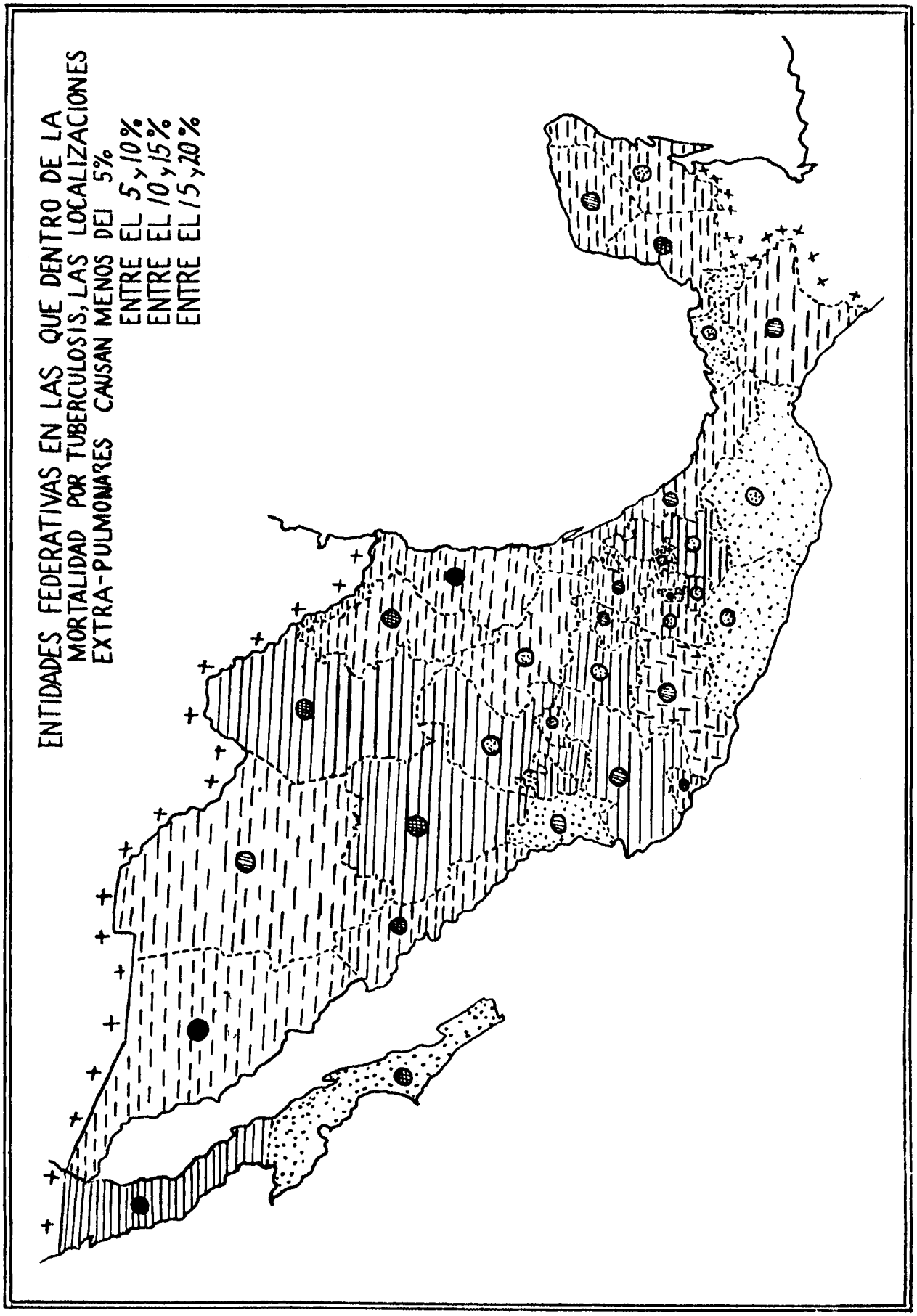

ENTIDADES FEDERATIVAS EN LAS QUE DENTRO DE LA
MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS, LAS LOCALIZACIONES
EXTRA-PULMONARES CAUSAN MENOS DEL 5%
ENTRE EL 5 y 10%
ENTRE EL 10 y 15%
ENTRE EL 15 y 20%

FIG. 31

ca este hecho de que la mortalidad extrapulmonar siga, proporcionalmente, claro—a la pulmonar.

Por ello debe resaltarse donde exista discordancia. Y es lo que hace el mapa de la Fig. 30, pues donde la participación de la mortalidad específica extrapulmonar en la tuberculosa total sea superior al 10%, hay derecho a creer en un auge relativo de aquella.

Resulta que sucede así en: COAHUILA, DURANGO, ZACATECAS, JALISCO, QUERÉTARO, HIDALGO, TLAXCALA, MORELOS y BAJA CALIFORNIA (N.). Ahorramos demostraciones gráficas: ocurre no sólo un incremento, en los últimos cinco años, del correspondiente coeficiente de mortalidad extrapulmonar superior al de la pulmonar, pues, además el incremento de la mortalidad extrapulmonar corre a cargo, esencial, de las formas agudas: miliar y particularmente meningítica. Reiteradamente hemos extraído la deducción y no nos importa hacerlo otra vez: *Onda de calidad epidémica en marcha.*

Muy sumariamente, hasta el extremo de no tener otro valor que la indicación, estimamos, que si conjugásemos:

a) coeficiente de mortalidad específica.
b) indicios de existir o no brote de extensión, y
c) características socioeconómicas,

las distintas E. F. de la República Mexicana pueden agruparse en tres categorías, en cuanto a su momento epidemiológico tuberculoso. A saber:

I.—En fase de gran peligrosidad:	II.—En fase de estabilización, o de pequeño brote, pero siempre menos peligrosa:	III.—Sin presente amenaza inmediata:
B. CALIFORNIA (N.)	B. CALIFORNIA (S),	SINALOA,
TAMAULIPAS,	CHIHUAHUA,	PUEBLA,
SONORA,	NAYARIT,	QUINTANA ROO,
NUEVO LEON,	HIDALGO,	CHIAPAS,
COAHUILA,	VERACRUZ, y	ZACATECAS,
CAMPECHE,	SAN LUIS POTOSI	QUANAJUATO,
COLIMA,		OAXACA,
YUCATAN,		MICHOACAN,
TABASCO,		MEXICO,
QUERETARO,		DISTRITO FEDERAL,
DURANGO,		y
JALISCO,		AGUAS CALIENTES.
MORELOS,		
TLAXCALA, y		
QUERRERO		

Insistimos en que se trata de una estimación subjetiva y personal, bien que a base de datos muy objetivos. (Quizás parezca extraño que incluímos al D. F. en el último grupo. Entonces será que no hemos sabido dar el debido sentido a la clasificación. Pues encontrarse en tal grupo no quiere decir que se goce de un estado epidemiológico satisfactorio, sino, simplemente, que no hay motivos para esperar en los más inmediatos tiempos —de no surgir alteraciones inesperadas— una modificación desfavorable del nivel tuberculoso actualmente existente. Nada más. e indiscutiblemente en tal momento se encuentra el D. F.) (De las E.F. que constituyen el III grupo, es Zacatecas la única cuya inclusión nos ha inspirado dudas; probablemente le correspondiese más hallarse en el II grupo, pero solamente un dato, ya referido, nos llevaba a esa postura; los restantes, no. Y nos hemos decidido por la solución más optimista).

Con el fin de dar una expresión gráfica del peligro actual que cada Entidad Federativa encierra y también del volumen de atenciones exigidas mínimamente, incluimos la Fig. 31, expresión del *número aproximado y mínimo de enfermos* existentes en cada una de las principales ciudades de los distintos Estados y Territorios de la República Mexicana. Se trata de cifras absolutas, con independencia de cual sea la población habitante de cada una de tales núcleos urbanos.

Aceptando ese cálculo —posiblemente inaceptable por demasiado optimista— resultaría que

—de las ciudades representadas en el mapa, más de la mitad (concretamente 34) albergan un número de enfermos cercano o superior con mucho a 1,000 y que

—*solamente en ellas hay motivos fundados para suponer que viven —y difunden la infección y la enfermedad— aproximadamente CIEN MIL TUBERCULOSOS.*

Ahora bien, ¿cuál ha sido la base tomada como punto de partida para llegar a esa cifra y cuál es su proyección para toda la República Mexicana?

Es difícil pisar un terreno más resbaladizo. Ya antes señalábamos como era conceptualmente inadmisible proceder a llegar a una estimación de la morbilidad verdadera partiendo de cifras de mortalidad, por muy justas que estas sean, por ínfimamente que se encuentren desvirtuadas. Interviene siempre el elemento "letalidad", impidiendo conseguir una correcta estimativa. El propio ejemplo de México nos lo demuestra: Si pretendiéramos fijar el número actual de enfermos, a base del promedio de muertes por tuberculosis de todas las formas habido en los últimos cinco años, nos encontraríamos que, aceptando la fórmula, mecánicamente seguida por muchos autores, de estimar que existe un enfermo por cada diez fallecidos, no obtendríamos sino un total de enfermos inferior a los 130,000 (?). Es decir, ni siquiera doblando el multiplicador (¡veinte enfermos por cada persona muerta de tuberculosis!) conseguiríamos llegar a la cifra de trescientos mil tuberculosos, que *hoy* es considerada como la mínima existente en la República; tampoco la conseguiríamos doblando la cifra de fallecidos; es decir, "corrigiéndola" hasta suponer que mueren por tuberculosis 22,000 personas cada año.

En cuanto a considerar las declaraciones... no hay que perder mucho tiempo demostrando que daría un resultado aún peor; es cosa bien sabida.

Tampoco podemos iniciar el cálculo estimativo partiendo de datos sobre la letalidad. Nues-

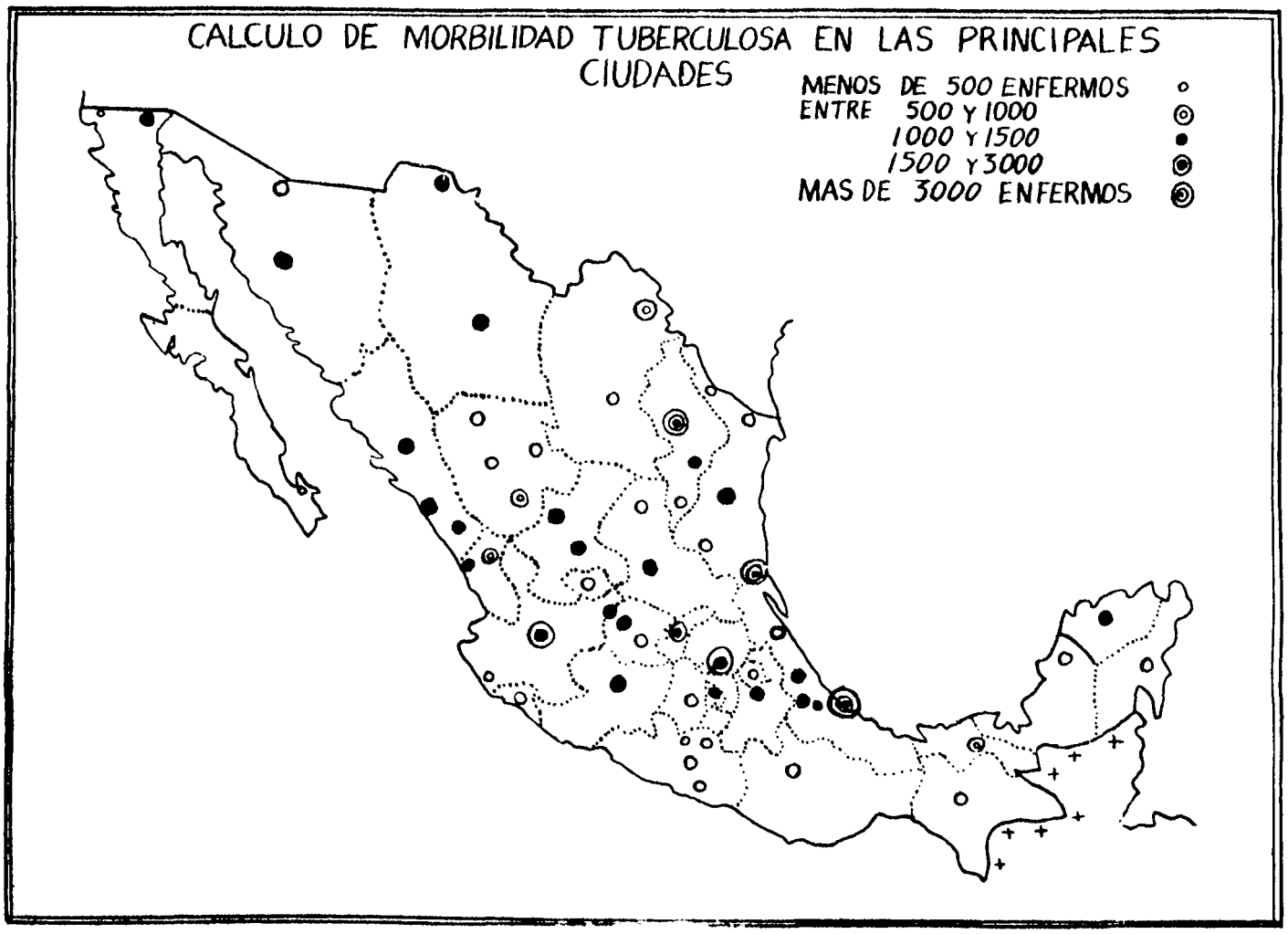


FIG. 32

tra propia tesis lo impide. Y, por lo demás, cualquiera de las dos fórmulas internacionalmente adoptadas para estos casos, darían cifras bajas; p. ej., con una de ellas hemos conseguido una cifra total de 156,000 enfermos para México; con otra, algo más, (221,000) pero siempre baja. Y eso que ambas valoran letalidades distintas para cada grupo de edad, tal y como en verdad sucede. Pero es que se trata de índices conseguidos en muy otros momentos epidemiológicos de la tuberculosis mundial y para pueblos en muy diferentes condiciones de las poseídas por México.

Dijimos en las primeras líneas del trabajo: "sólo ahora comenzamos a estar en condiciones para conocer la morbilidad tuberculosa real'. Es claro, nos referíamos al Catastro, a los exámenes sistemáticos de colectividades. ¿Podemos, entonces, utilizar en el cálculo de enfermos tuberculosos de México, las cifras obtenidas por los servicios de tal índole? A nuestro juicio, NO.

Primero: por no poderse utilizar —en tal sentido— resultados logrados a base de exámenes, todo lo numerosos que se quiera pero, siempre parciales. Por ejemplo: exámenes a braceros: ¿pero es que acuden los que se encuentran débiles? Evidentemente, no acuden. Se hace, por tanto, una selección previa que disminuye el coeficiente de frecuencia verdadera.

El Catastro, realizado cual hasta ahora, sólo puede señalar el volumen de los casos desapercibidos, iniciales o no. Quizás, si los exámenes son repetidos, se podrá lograr un "índice de incidencia", pero nada más. O, ¿es que no extraña la paridad de resultados obtenidos con tales exámenes en grupos de población muy distintos y en países con momentos epidemiológicos totalmente opuestos?

El Catastro sólo puede dar un coeficiente de morbilidad cuando sea total. En los Estados Unidos de México no lo es. Pero, si prescindiéramos del concepto acabado de expresar tampoco podríamos aceptar los resultados del Catastro Mexicano como índice del número de enfermos, pues

Segundo: sus cifras nos parecen (comparativamente a las de países y grupos de población homologables) que pecan por defecto. No podrá señalársenos un solo caso donde los exámenes en contactos domiciliarios den tan pocos hallazgos po-

sitivos cual en muy buena parte de los Dispensarios patrios. Y ello por insuficiencia de medios de investigación.

Sin embargo de todo lo dicho, a base de estas investigaciones catastrales, obtenemos el siguiente número de enfermos tuberculosos:

Hasta los 14 años, incluídos ...	163,866
De 15 a 19 años	43,351
De 20 a 59 años	116,351
De 60 y más años de edad	10,335

O sea: un total superior, ahora sí, a TRESCIENTOS MIL enfermos; en números redondos: TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL. Por cuanto hemos señalado, todo lo que podemos hacer —si es que hemos de valorar *esa cifra— es* considerarla *mínima.*

Para conseguir una idea sobre la *cifra* posiblemente *máxima,* hemos realizado un cálculo a base de las cifras de muertos por tuberculosis que podemos considerar más ciertas: las de núcleos urbanos. Según el momento epidemiológico que estimamos atraviesa cada una de las ciudades, hemos aplicado diversos multiplicadores. Como es rara la Entidad Federativa donde solamente hemos considerado una ciudad —el mapa anterior lo demuestra— allá donde se han obtenido diversas cifras iniciales, se ha escogido su promedio. Del total de enfermos estimados para cada ciudad, se ha pasado a lograr la relación procentual con el total de los habitantes de la ciudad en cuestión. Y, finalmente, ese porcentaje de tuberculosos urbanos lo hemos aplicado a la población total de cada Estado. (Indudablemente en la misma ha de ser menos el porcentaje y por ello hablamos de cifra máxima). Pues bien, de tal suerte, se ha conseguido, para todos los Estados Unidos de México, un total de CUATROCIENTOS Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE enfermos tuberculosos; lo que implica la *existencia máxima de* 2,64 *por enfermos por cada* 100 *habitantes.*

Nadie ha de asombrarnos señalando los defectos de origen de la estimativa empleada por nosotros. Pero si la cifra total del cálculo a base de las investigaciones en colectividades y personas aparentemente sanas, supone la existencia de 1,39 enfermos por cada 100 habitantes del país y esta cifra no hay otro remedio que considerarla mínima (no sólo por cuanto se ha dicho ya; también por coincidir en absoluto con el promedio de hallazgos en personas aparentemente sanas —es decir, eliminados quienes "saben" que están enfermos— de todos los países del mundo) si hay que considerarla mínima, repetimos, ¿dónde está la exageración de estimar un 2,64% cual índice máximo?

Habrá muchos cientos de personas sin ese 2,64. Pero, en cambio existirán otros con el doble o el triple. Recuérdense los hallazgos anatomopatológicos de *Seidelin* en Yucatán para el primer decenio del presente siglo: 34,6% con lesiones en actividad: Un tuberculoso por cada 17 habitantes (¡más de un CUATRO POR CIENTO!).

Pero, en todo caso, deseamos insistir: las cifras indicadas no son más que estimaciones aproximativas. Las cuales no podrán extrañar a quienes conocen la realidad clínica del momento que la República Mexicana está viviendo en cuanto a extensión e importancia de la tuberculosis en todas sus localizaciones y formas.

* * *

Este trabajo ha resultado extenso en demasía, justamente por haber juzgado conveniente que la exposición de los hechos y de sus deducciones estuviese encuadrada en los debidos razonamientos cimentadores de las interpretaciones dadas. Ese método, nunca nos ha parecido tan justo como ahora, cuando debemos condensar todo lo expuesto en un *resumen,* en unas cuantas conclusiones las cuales, aisladas de sus bases de enjuiciamiento, pueden parecer incluso caprichosas o desproporcionadas al material estudiado.

Sin embargo, la demasiada extensión referida y el hecho de que el trabajo ve la luz en una revista no especializada, nos determina a condensar las páginas anteriores en las siguientes:

CONCLUSIONES

Primera.—El estudio epidemiológico de la tuberculosis posee, desde hace mucho tiempo, una síntesis conceptual que, aplicada al análisis de cifras parciales, permite señalar tanto los posibles errores de origen de éstas como su factible encuadramiento en la norma evolutiva general, esencialmente común a todos los pueblos.

Segunda.—Por ello, no puede aceptarse que, aunque el estudio de la epidemiología tuberculosa de un lugar determinado deje sin aclarar estas o las otras causas de expresiones estadísticas, semejante estudio tenga exclusivamente el relativo valor de una mera recopilación de cifras y datos numéricos, más o menos exactos, cuyas proyecciones prácticas resulten de mínima significación e importancia.

Tercera.—Pero, a fin de obtener el debido valor de un estudio epidemiológico, éste ha de ser dinámico y conjugado; esto es, ha de abarcar un espacio de tiempo lo más amplio posible —nunca inferior a un quinquenio— dentro del cual

han de relacionarse unos datos con otros y ha de buscarse el reflejo que posean sobre el conjunto de los hechos, reflejo que es visible aún cuando muchas veces no podamos desentrañar el mecanismo íntimo de las intercalaciones en cuestión, de su modo de producir aquel reflejo.

Cuarta.—La constelación de factores epidemiológicos tuberculosos es tan compleja que se precisa un esquema, un guión orientador para su estudio. No habiéndonos satisfecho ninguno de los que conocemos (a nuestro juicio sólo de valor didáctico) hemos confeccionado uno, sin más pretensiones que las de trazarnos una pauta a seguir. Se trata del siguiente:

Coeficiente específico + Coeficiente ambiental × Coeficiente orgánico

EXTENSION DE LA TUBERCULOSIS → ← LETALIDAD DE LA TUBERCULOSIS

Protección social en general + Protección sanitaria general × Protección específica Lucha Antituberculosa

cada uno de cuyos elementos del numerador y del denominador abarca una serie de factores.

Quinta.—En el presente trabajo de conjunto, inicial de otros varios, nos ha interesado marcar:

—la veracidad o falsía —en esencia, claro está— de las estadísticas de mortalidad tuberculosa en la República Mexicana,

—la explicación más racional de la discordancia existente entre quienes únicamente fijan la gravedad del problema tuberculoso mexicano a base de sus cifras de mortalidad y quienes se atienen a su diaria experiencia clínica, y

—el momento epidemiológico general de la tuberculosis en México.

El cumplimiento de esas finalidades no ha determinado un análisis detallado de cada uno de los factores del anterior esquema, pero sí fijar las características generales de los cuatro primeros (dos del numerador y dos del denominador) y del primer resultado a obtener (extensión de la tuberculosis).

Sexta.—En tal estudio creemos haber demostrado:

a) Los Estados Unidos de México pasaron hace tiempo su primer fase de tuberculización masiva, epidémica; al menos en cuanto unidad geográfico política;

b) Los Estados Unidos de México se encuentran todavía lejos de la fase de equilibrio epidemiológico y, en consecuencia, continúan sufriendo ondas de calidad epidémica, tal cual corresponde al período intermedio de su desarrollo epidemiotuberculoso; es decir, sin que en muchas ocasiones sea factible determinar la causa, o concausas, inmediatamente responsables de tales ondas de extensividad e intensificación del problema tuberculoso del País.

e) En virtud de la fase epidemiológica atravesada por la tuberculosis en México, los coeficientes de mortalidad tuberculosa total no pueden estimarse índices fieles de la verdadera extensión alcanzada por la enfermedad. Es así cómo, los cálculos de morbilidad total esquematizados por nosotros llegan a cifras que casi duplican las que venían admitiéndose en los últimos años.

Para cuanto se refiere a las distintas participaciones de cada grupo de edad, de cada sexo, de poblaciones urbana y rural, de las diferentes Entidades Federativas, etc., etc., nos remitimos a las páginas anteriores, pues no podemos sentar conclusiones tan definitivas como las anteriores, salvo en muy pocos casos, y si las citáramos sin razonarlas, pecaríamos de parciales.

Séptima.—El estudio efectuado, nos ha convencido de que, pese a la existencia de trabajos muy laudatorios de muy distintos autores, carecemos todavía de muchos datos y conocimientos absolutamente precisos para determinar la epidemiología tuberculosa en nuestro País en todos sus diferentes facetas.

ADVERTENCIA: La reproducción del material gráfico de este trabajo débese a la cortesía de la casa HOFFMANN—LA ROCHE, INC.

II

Trabajos de Observación y Experimentación

Dr. Mario Salazar Mallen

LAS POLINOSIS DEL VALLE DE MEXICO (*)

En 1940 se realizaron con *Lyonnet*, estudios en relación con la descripción de la flora alergénica del Valle de México; posteriormente publicóse el informe relativo a la investigación de pólenes llevada a cabo durante un año, en un punto de la Ciudad de México. Desde entonces hasta principios del año 1946 se han acumulado 3,000 historias clínicas, correspondientes a enfermos en su mayoría alérgicos, cuyo análisis desde el punto de vista del diagnóstico de polinosis, es motivo del presente trabajo.

Aunque los enfermos en su mayoría se presentaron con síntomas impùtables a causa alérgica, algunos resultaron ser individuos con padecimientos de diversa índole: sinusitis, rinobronquitis descendente, dilatación bronquial, tumoraciones intratorácicas, aortitis, asma cardíaca, colitis, colecistitis, psoriasis, etc. El diagnóstico clínico de alergia respiratoria, comprendiendo así los cuadros de rinitis vaso-motora y asma bronquial más o menos típicas, se hizo en 1,200 sujetos o sea el 40% del número total; de éstos, 296 presentaron como manifestación principal coriza. 393, asma bronquial, con insignificantes manifestaciones nasales y 511, o sea cerca del 50%, manifestaciones nasales y bronquiales. Aun cuando el estudio clínico inicial, incluyendo el interrogatorio y la exploración física, llevóse a cabo minuciosamente en todos los casos, no puede decirse lo mismo en la realización de la investigación con alérgenos; en primer lugar, un cierto número de pacientes sólo fué sujeto a una exploración elemental en este respecto, por no haber vuelto a la consulta; en segundo, un lote numeroso de individuos al advertir mejoría con el tratamiento sintomático, prefirió la no realización de pruebas; en los niños; por último, el estudio completo con un número suficiente de antígenos, sólo pudo llevarse a cabo a satisfacción, mediante la técnica de transferencia pasiva, no siempre realizable.

Las pruebas cutáneas con antígenos, se llevaron a cabo con 100 a 150 extractos, incluyendo pólenes, extractos de esporos de hongos, diversos inhalables y alimentos. Entre los primeros, partiendo del conocimiento de la flora del Valle de México, se hicieron pruebas con la grama, maíz, lantén, epazote, quelite, altamisa, girasol, mirasol, margarita, fresno, aile, encino, álamo, sauce, pirul y cedro; ocasionalmente se hicieron pruebas con pólen de mimosa, jacaranda, azucena, alcatraz y otras plantas ornamentales; en individuos provinentes de fuera del Valle de México, el número de pólenes investigado fué mayor, incluyéndose especies consideradas probables por informes de alergistas del Sur de los Estados Unidos atriplex b., ambrosia psylostachia, franseria tenuifolia, juniperos sabinoides, phleum pratense prospis g. poz pratensis y salsols pestifer).

Las investigaciones propiamente dichas, se hicieron en la cara externa del brazo, rara vez en el dorso, empleando la técnica intradérmica e inyectando, salvo excepciones, poco más de media décima de centímetro cúbico del extracto líquido conteniendo 100 U. NOON por cc.; en caso de reacciones negativas, positivas débiles o dudosas, la prueba se repitió usando esta vez concentraciones 10 veces mayores.

Al encontrarse respuestas positivas moderadas o intensas y siempre de acuerdo con el cuadro clínico, se hizo el diagnóstico de polinosis. Ocasionalmente, se consideró conveniente verificar un diagnóstico o asegurar la negatividad efectiva de una prueba intracutánea, mediante la realización de pruebas mucosas (nasal, conjuntival). Algunos pacientes escépticos, permitieron la comprobación absoluta del diagnóstico mediante pruebas de exposición voluntaria.

De los 1200 casos de alergia respiratoria, 118, o sea cerca de 10%, pudieron ser diagnosticados como polinosis, no solamente por haberse encontrado respuesta positiva al hacer la reacción con el pólen, sino, además, por ser plausible tal cosa clínicamente y porque las reacciones positivas a otros antígenos, casi constantemente asociadas, pudieron ser consideradas secundarias, salvo en el caso del polvo casero, reactor frecuentísimo y de importancia considerable en nuestro medio.

La mayor parte de los casos de polinosis, corresponde a habitantes de la Ciudad de México, éstos sumaron 79 (67%,); a continuación se anotaron 11 reactores del estado de Sonora, 4 de Tamaulipas, 4 de Coahuila, 2 de Chihuahua, 2 de Nuevo León, 3 de Michoacán, 2 de Sinaloa, 2 de Jalisco, 3 de Texas, 1 de Baja California y uno de cada uno de los estados de Durango, Puebla, Guanajuato, Hidalgo y otro de Toluca, Mex.

(*) Presentado en el II Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis. México. 1946.

En el Valle de México, se presentó como pólen más frecuente, el de grama, al cual reaccionaron casi la mitad de los enfermos. Bien conocida es la capacidad antigénica de este pólen, abundantísimo en el Continente Americano y señalado como causa de trastornos clínicos en el Sur de Estados Unidos, pero apenas alergénico en Cuba y Brasil. En la Ciudad de México, la grama abunda, extendiéndose en todas partes, en parques, en jardines y en solares etc., y ello pese al bajo número de granos de pólen encontrados en el aire de la atmósfera de la Ciudad; la antigeneicidad de la planta es grande, ya que le da el primer lugar como productor de alergia polínica respiratoria. El cuadro clínico de las polinosis ocasionadas por la grama, fué bastante característico en lo tocante a su relación estacional; la mayor parte de los enfermos comenzaron a manifestar síntomas en el mes de marzo, siendo éstos discretos para manifestarse intensos desde mayo hasta septiembre y aun en octubre, apenas amortiguados por intérvalos de días de continua lluvia, observados ahora en el Valle de México mucho menos que antiguamente.

La altamisa se mostró como la segunda en importancia dado que 27 individuos reaccionaron a ella bien exclusivamente o, con más frecuencia, dando reacciones de grupo o específicas a otras compuestas (girasol y mirasol) o a la grama. Este pólen es conocido universalmente por su toxicidad o antigeneicidad y en Norteamérica es una verdadera plaga; ciertos autores norteamericanas han pretendido su ausencia en nuestras latitudes. Los casos típicos de alergia a la altamisa, comenzaron a manifestar sus síntomas a fines de junio o en el mes de julio, pero continuaron con molestias, más o menos intensas, hasta el mes de septiembre y el principio de octubre.

En 14 sujetos se observó reacción al pólen de fresno, árbol abundantísimo en la Ciudad, motivo de adorno de nuestros parques, avenidas y calzadas. La reacción al fresno, en la mitad de los casos, fué acompañada por alergia al polvo; apenas se complicó en dos personas con alergia a la grama y a la altamisa respectivamente. 12 casos, pues, podrían considerarse de polinosis pura y los síntomas fueron completamente típicos desde fines de noviembre, hasta febrero y marzo inclusive, alcanzando su máxima intensidad el mes de enero. La correspondencia con el nivel de pólen observado en el aire es absoluta, además, por otra parte, dado el ritmo invernal de las molestias respiratorias, la mayor parte de las personas alérgicas al fresno habían sido diagnosticadas como afectas de bronquitis o catarros bacterianos descendentes, en relación con el frío ambiente, diagnóstico sólo aparentemente confirmado, al desaparecer las molestias en la costa ya que en Acapulco y en Veracruz, no existen o son inimportantes los fresnos, desde el punto de vista que nos ocupa.

En 6 casos se encontraron respuestas a la prueba con mirasol o girasol y fueron más intensas que las típicas observadas con la altamisa, permitiendo suponer una reactividad clínica independiente a estos pólenes, las plantas de que se trata, crecen silvestres en los llanos, alrededores de la Ciudad y en la Ciudad misma en lugares aun desocupados; por otra parte, estas plantas, así como otras afines botánicamente (margaritas, pinceles, etc.), se utilizan durante la temporada como ornato en floreros que se llevan a las salas, comedores y recámaras. En los casos típicos, las polinosis imputables a estas especies, se presentaron a fines del verano y a principios del otoño, de septiembre a octubre o hasta principios de noviembre.

En 5 personas observóse reacción intensa al pólen de pirul, árbol bien conocido en el Continente Americano. El pólen es aparentemente poco anemófilo, puesto que sólo ocasionalmente es visto en nuestras láminas. De todos modos, en 2 personas por lo menos, la reacción al pirul fué exclusiva, pudiéndose afirmar el caso como polinosis pura; los síntomas característicos se presentaban durante la primavera y particularmente en los meses de abril, mayo y junio.

Pese a la abundancia de cedro en los alrededores de la Ciudad (y también como árbol de ornato y seto de nuestras calles y casas) las respuestas positivas de este pólen se presentaron con rareza, pudiendo diagnosticarse alergia al mismo en sólo 2 casos, ambos perennes y reaccionando simultáneamente al polvo y con tendencia a presentar más molesta sintomatología a principios del invierno (diciembre). En un solo caso pudieron imputarse las molestias al aile y encino, árboles cuya floración se hace tempranamente en la primavera.

Los casos de polinosis fuera de la Ciudad de México, apenas pueden motivar un análisis dado su corto número de análisis fructífero; obsérvese que los reactores fueron en su mayor parte individuos habitantes de estados del Norte del País, siendo apenas cerca del 7% de habitantes del Centro y ninguno del Sur de la República.

Se encontraron pruebas positivas (en común con los habitantes de la Ciudad de México), a la grama, a la altamisa, al girasol y mirasol, pero se observaron como nuevos factores antigénicos, los pólenes del zacate Johnson, del quelite y de otras malezas.

Aun falta, para llevar a cabo el estudio de las polinosis fuera del Valle de México, un conocimiento siquiera aproximado, de la flora re-

gional y las correspondientes observaciones estacionales sobre el pólen atmosférico.

Comentario:

El primer caso de polinosis relatado en nuestra literatura es el de *Bermúdez*, posteriormente no han aparecido estudios sobre el particular, habiendo llegado a negarse, oficialmente, la existencia de polinosis. El trabajo presente muestra, sin dejar lugar a duda, la importancia del problema, ya que permite afirmar que de cada 10 individuos con síntomas respiratorios de alergia, uno los tiene causados, única o principalmente, por pólenes.

En pocos de sus aspectos han sido tan fecundas las investigaciones dérmicas con antígenos, como a las polinosis. Prácticamente puede asegurarse que éstas sólo han sido conocidas y justamente valoradas desde que *Bostock* practicó la primera prueba de escarificación con pólen; la reactividad es tan exquisita que se despierta, a veces, con pocas millonésimas de gramo de pólen seco y tan específica y clínicamente valiosa que, en principio, las respuestas intensas se interpretan siempre como verdaderas positividades.

La conducta terapéutica frente a las polinosis, en fin, es de tal modo sencilla en su planteo y de tan magníficos resultados, al lado de los inútiles tratamientos con balsámicos, vacunas microbianas y otras drogas que no es del caso mencionar, que en mi opinión, el médico práctico, habitante de la Ciudad de México, debería incorporar a su equipo diagnóstico, extractos de los pólenes alergénicos, para conocer mejor y tratar más racionalmente, las manifestaciones respiratorias de alergia.

"Para llevar a feliz término una indagación científica, una vez conocidos los métodos conducentes al fin, debemos fijar fuertemente en nuestro espíritu los términos del problema, a fin de provocar enérgicas corrientes de pensamiento, es decir, asociaciones cada vez más complejas y precisas entre las imágenes recibidas por la observación y las ideas que dormitan en nuestro inconsciente; ideas que sólo una concentración vigorosa de nuestras energías mentales podrá llevar al campo de la conciencia. No basta la atención expectante, ahincada; es preciso llegar a la preocupación. Importa aprovechar para la obra todos los momentos lúcidos de nuestro espíritu; ya la meditación que sigue al descanso prolongado, ya el trabajo mental supraintensivo que sólo da la célula nerviosa caldeada por la congestión, ora en fin, la inesperada intuición que brota a menudo, como la chispa del eslabón en los choques de la discusión científica".

SANTIAGO RAMON Y CAJAL

"Reglas sobre la investigación científica", pág. 61.

EL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH EN LOS LOBOTOMIZADOS

Por el Dr. Federico Pascual del Roncal

La operación ideada por *Egaz Moniz* y a la que dió el nombre de leucotomía o lobotomía prefrontal, iniciada por el neurólogo portugués en 1935, ha entrado en estos últimos años en la práctica neuroquirúrgica siendo ya muchos cientos de operados los que figuran en la literatura.

Nosotros tenemos ya estudiados 40 casos en los que hemos practicado la prueba de *Rorschach*, antes y después de la intervención en casi todos. Desde el punto de vista clínico, se trata de enfermos muy heterogéneos: psicasténicos, esquizofrénicos, melancólicos etc., en cuyo detalle no podemos entrar aquí, pero sus psicogramas muestran muy característicamente, en todos los casos, las modificaciones (o en su caso el resultado negativo) que la intervención ha impreso en la personalidad del paciente.

Una comparación de tipo estadístico entre los resultados del *Rorschach* antes y después de la intervención no es posible establecerla, porque los casos lobotomizados pertenecen a entidades clínicas muy diversas, cuyos psicogramas son, entre sí, bastante diferentes. En el capítulo que *Hunt* ha escrito para la obra de *Freeman* y *Watts*, se hacen estas comparaciones estadísticas las que consideramos un poco arbitrarias. Tal comparación sólo podría ser hecha con casos semejantes.

Sin embargo, del estudio de nuestros protocolos pueden deducirse algunas conclusiones de orden general y, desde luego, el *Rorschach* hecho sistemáticamente en lobotomizados antes, tres o cuatro semanas después (nos parece muy poco tiempo hacerlo a las dos semanas de la operación como hace *Hunt*), y un año después, marca variaciones sumamente interesantes para el estudio de los resultados a largo tiempo de la lobotomía.

De los 40 casos estudiados por nosotros 18 tienen hechos tres *Rorschach* (preoperatorio, postoperatorio y pasado más de un año de la intervención); 12, tienen *Rorschach* pre y postoperatorio; 4, solamente postoperatorio y 5 sólo preoperatorio. El caso restante es uno verdaderamente curioso, con seis *Rorschach*: el primero le fué practicado en España el año 1937 a los 17 años de edad y en plena salud mental. El año 1940, ya en México, tiene un brote esquizofrénico y le hacemos el segundo *Rorschach*. En 1942, en un segundo brote, se le hace el tercero. De este segundo acceso no mejora a pesar del tratamiento insulínico y de las series de electrochoques. Es operado en 1945, haciéndole el cuarto *Rorschach* horas antes de la intervención. Al mes de operado se le practica el quinto psicodiagnóstico y al año el sexto. Es este un caso sumamente raro por haber tenido nosotros la oportunidad de tratar a este paciente, habiéndole hecho un psicograma cuando no se podía pensar en la posibilidad de que llegase a padecer una esquizofrenia.

Revisando los distintos elementos del psicograma encontramos las características siguientes en los lobotomizados:

1) Número de respuestas. La media es aproximadamente la mitad de lo normal: 14,2. El protocolo en que menos respuestas hemos obtenido ha sido de 8 y el que más, 31.

2) Tiempo de reación. No difiere mucho del normal, siendo la media por respuesta de cincuenta segundos. Sí hemos observado en el 90% de los protocolos una considerable disminución con respecto al tiempo ante de la lobotomía. El máximun ha sido de 75 y el mínimun de 30.

3) Respuestas globales (W). Su porcentaje es sumamente variable en los protocolos postoperatorios; desde O hasta 83% en nuestros casos, con una media de 41%. En un 70%, sin embargo, el porcentaje de 2 sobrepasa la cifra normal (20-30%), en un 20% era inferior y en un 10% estaba comprendido entre 20 y 30%.

4) Respuesta de detalle (D). En cambio la cifra de las D estaba disminuida, como es natural, siendo la media de 46%; solamente en el 10% de los casos era superior a la media normal; en el 20% estaba comprendida entre lo normal y en el 70% era inferior.

5) Las respuestas de pequeño detalle (Dd) fueron las más fijas estando su media dentro de los límites normales, 13%. En el 30% de nuestros casos, la cifra fué inferior y en el 20% superior, pero sin alejarse mucho de las cifras límites.

6) Respuestas de forma. Su porcentaje total medio fué de 68%, cifra bastante inferior a la que da *Hunt* para sus casos (83%), pero esta diferencia no es tan grande si se tiene en cuenta que los porcentajes preoperatorios fueron respectivamente 70 y 85; es decir que las F, tanto en los casos de *Hunt* como en los nuestros, variaron de modo insignicante, estribando la diferencia global, probablemente, en la distinta naturaleza clí-

nica de los enfermos respectivos. Esto se afirma al observar que, en cambio, disminuye la diferencia entre unos y otros casos al examinar el porcentaje de formas bien vistas (F) que en los casos de *Hunt* fué de 55,6% y en los nuestros de 62,5% como cifras medias. El 79% de nuestros casos tenían un porcentaje de forma bien vistas inferior a la media normal.

7) Respuestas kinéticas. Son, en general, muy escasas tanto las M como las FM y m. Nuestras cifras son mucho más bajas que las de *Hunt* y no observamos la preponderancia de las FM sobre las M que este autor indica. Quizá esta diferencia —que como vemos en el cuadro siguiente es bastante grande— se deba también a la diferencia de material clínico pués también las cifras de *Hunt* para sus casos preoperatorios es tán a la misma distancia de las nuestras que las postoperatorias y, sin embargo, las diferencias respectivas coinciden cuando se comparan pre y postoperatoriamente nuestros casos. He aquí estas cifras:

		Preoperatorias		Postoperatorias	
		Hunt	*P. del Roncal*	*Hunt.*	*P. del R.*
Respuesta	M.....	3,5	1,0	3,4	0,8
„	FM....	6,7	0,3	6,7	0,2
„	m.....	1,2	0,1	0,5	0,0

8) Respuestas de color. Notamos principalmente un aumento de las C puras, con mantenimiento de la cifra de FC y disminución de las CF.

9) Respuestas Cn. En los pocos casos en que existía, la enumeración de colores desapareció después de la intervención.

10) Respuestas de claro-oscuro. Disminuyen ligeramente después de la operación.

11) Contenido de las interpretaciones. Casi no varía. Incluso el % permanece como término medio en las mismas cifras, aunque hay algunas variaciones individuales.

12) Respuestas originales. Su media no varía tampoco, pero, en cambio, mejoran algo en su calidad. Las diferencias individuales son bastante grandes; en unos casos, las respuestas no cambian o aumentan después de la intervención, pero más frecuentemente disminuyen (especialmente las negativas) considerablemente, en algún caso desde 80% hasta 31%.

13) Respuestas populares ó vulgares (P). Este tipo de respuestas aumenta bastante después de la intervención, como un signo de lesión cerebral (según *Piotrowski*), pues su porcentaje medio es superior al normal. Las estadísticas nuestras difieren de las de *Hunt*, aparentemente. Esta autora encuentra un porcentaje medio de 35% respuestas populares en los lobotomizados; nosotros solamente hallamos un 20%. La diferencia estriba en que *Hunt* admite, siguiendo a *Beck*, un número muy grande de interpretaciones P, que nosotros no admitimos. Pero también con nuestras normas el número sobrepasa a lo normal. (De nuestros protocolos eliminamos la valoración de la P en aquellos cuyo número de respuestas es mayor de 25).

14) Tipo de vivencia. Encontramos una coartación manifiesta del tipo de vivencia en los lobotomizados, de acuerdo con lo que han observado otros autores.

15) Persistencia de las mismas respuestas antes y después de la operación. La observamos frecuentemente, cuando los protocolos están muy próximos, pero esta persistencia no es ya tan manifiesta entre los *Rorschach* hechos inmediatamente antes de la operación y los realizados varios meses después. Ello hace pensar en una memorización de la experiencia anterior cuando están muy próximas.

16) Perseveración. Se observa con cierta frecuencia repetición de la misma respuesta en varias láminas en casos lobotomizados. También este síntoma es interpretado como significativo de lesión cerebral.

17) Autorreferencias. Disminuyen considerablemente, cuando las hay, después de la lobotomía, hasta desaparecer totalmente en muchos casos.

CONCLUSIONES

Podemos pués concluir:

1) El Psicodiagnóstico de *Rorschach*, presenta un evidente servicio para seguir los cambios de la personalidad en los sujetos lobotomizados.

2) Estimamos que las estadísticas deben obtenerse con enfermos de igual diagnóstico clínico.

3) Puede afirmarse, en general, que la lobotomía produce, al menos en la época inmediatamente posterior a la intervención, una constricción de la personalidad, la cual puede irse dilatando en el transcurso del tiempo cuando los resultados optratorios han sido clínicamente favorables.

BIBLIOGRAFIA

Copelmann, L. S.—"Psihodiagnosticul Rorschach in Lumina activitatii dinamice a scoartei cerebrale", —Bucarest. Societatea romana di cercetari psihologice, 1935, 48 págs.

Freeman, W y Watts, J. W.—"An Interpretation of the funtions of the Frontal Lobe based upon Observations in 48 Cases of Prefrontal Lobectomy" Yale J. Biol. med 1939, vol. 11, págs. 527-539.

Harrower-Erickson, M. R.—"Changes in Figure-ground perception Patients with Cortical Lesions", Brit. J. Psychol. 1939, vol. 30, Págs. 47-51.

Hunt, T.—"Personality Profile Studies", —Capítulo XV de la obra de Freeman y Watts: "Psychosurgery", Ed. C. C. Thomas, Springfield, 1942. págs. 164-181.

Klopfer, B.—"Personality Studies of Cases with Lesions of the Frontal Lobes; Rorschach Study of a bilateral Lobectomy Case. "Interpretaion". Rorschach Res. Exch. 1936-1937, vol 1, págs. 83-88.

Klopfer, B y Kelley, D. M.— "The Rorschach Technique", N. York. 1942, 436 págs.

Marinesco, G. Kreindler, A. y Copelman, L.—Le test de de Rorschach et la dynamique de l'ecore cerebral l'aprés les lois des réflexes conditionnels de Pavlov", Ann. Med. Psychol, 1935 vol. 93 págs. 614-623.

Pascual del Roncal. F.—"Las respuestas Cn en el Psicodiagnóstico de Rorschach", Comunicación a la Soc. Mex. Neuro. y Psi. 1943.

Idem.—"Observaciones sobre doce casos de lobotomía prefrontal", Arch. Neur y Psi. de Méx. 1943, vol. VI, págs. 453-270.

Idem.—"Lobotomía prefrontal; indicaciones y resultados", —Arch. Med. Méx. 1944, vol. 2, págs.1-24.

Idem.—"40 casos de lobotomía prefrontal". Rev. Med. Aten. R. Cajal. Nº 3,279: 291 1947.

Idem.—"Teoría y práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach", 650 págs. (en prensa).

Piotrowski, Z. A.—"Rorschach Studies fo Cases with Lesions of the Frontal Lobes", Brit. méd. J. Psychol. 1937, vol 17, págs. 105-118.

Idem.—"Positive and negative Rorschach Organic Reactions", Rorschach Res. Exch. 1940. vol. 4, págs. 147-151.

Rorschach, H.—"Psychodiagnostik" 4ª ed H. Huber, Berna, 1941.

Schenk. V. W. D.—"Der Formdeutversuch Rorschach bei organischen Hirnerkrankungen".—Psychiat. Neurol. B1. 1938, Nº 3, págs. 23.

Tallman, G. y Klopfer, B.—"Personality studies of cases with lesions of the frontal lobes; III. Rorschach studies of bilateral Lobectomy case". Rorschach Res. Exch. 1936-1937, vol. 1. págs. 77-89.

"...Necesitamos la búsqueda inquieta, la investigación terca, una verdad que se esconda y que sea posible aprisionar. Necesitamos crear nosotros mismos, hacer ciencia nosotros mismos y no pasarnos la vida rezando las verdades y los errores que nos legaron otros.

Mientras no hagamos eso, seremos los eternos ignorados en el mundo científico y los eternos incapaces para resolver nuestros problemas de acuerdo a la realidad propia. Por no haberlo intentado antes carecemos hoy de esa ductilidad de espíritu que hace del cerebro el instrumento mejor para la creación de ciencia. Por no haberlo intentado nunca, nosotros que tenemos tan noble tradición de arte, carecemos, en cambio, de tradición científica, que es, como la tierra para los pies de Anteo, capaz de darnos fuerzas por su solo contacto. En conciencia, más que en nada, no puede haber el mañana sin el ayer. Y si queremos vivir ese mañana han de empezar algunos por hacerse el ayer, raíz y base y apoyo de los que han de venir".

DR. IGNACIO CHAVEZ.

Discurso en la ceremonia de inauguración del Instituto Nacional de Cardiología.—Abril de 1944.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS MALFORMACIONES CARDIACAS

por el Dr. Luis Gerez Maza.

El propósito de este trabajo es, simplemente, dar a conocer a la gran masa médica los recientes progresos en el terreno de la cirugía cardiovascular. En nuestro reciente viaje de estudios por los Estados Unidos, hemos tenido ocasión de admirar la formidable labor quirúrgica que ellos representan, siendo producto del trabajo en colaboración (the team work) que tan bien practican los americanos. En el éxito, el cirujano es un elemento que no podemos valorar en más que al anestesista profesional, grandes técnicos en el arte de mantener un enfermo con el tórax abierto durante horas, y, muy en primer lugar ha de citarse el cardiólogo sobre quién pesa la responsabilidad de seleccionar los enfermos adecuados para la intervención.

En estos últimos años, los extraordinarios progresos realizados en el campo de la cirugía de los órganos intratorácicos, han hecho posible lo que, aun en 1937, parecía un sueño irrealizable. En esta fecha, *White*, en su libro "Heart diseases", sentaba la afirmación siguiente: "No hay tratamiento curativo, médico o quirúrgico, para las malformaciones congénitas del corazón".

Las malformaciones congénitas cardiovasculares no son raras en la infancia. Su escasa frecuencia pasados los dos años, se explica por la alta mortalidad en las tempranas edades de la vida. La naturaleza compleja de las mismas, que se añade a las dificultades de diagnóstico (especialmente en los niños) y la ausencia de eficaces métodos de tratamiento, explican el que no se les haya dedicado mayor atención. Los trabajos de *Maude Abbot*, *Taussig*, *Gross*, *Burwell*, *Blalock*, *Cradfoord* y otros, han despertado un gran interés por estos estudios, señalando como ya no nos podemos contentar con dividir las enfermedades del corazón en los dos grandes grupos: adquiridas y congénitas, sino que, en un gran número de casos, es posible indicar, entre estas últimas, el tipo especial de deformación de que se trata, pues estamos en condiciones de tratar quirúrgicamente algunas de ellas.

Maude Abbot divide en tres grupos las malformaciones cardíacas. El primero, comprende aquellas que no presentan comunicación anormal entre las cavidades derechas e izquierdas del corazón. En este grupo (sin cianosis) se comprenden enfermos con dextrocardía simple, anomalías del pericardio, hipertrofia primaria congénita, estenosis aortica o subaortica pura, estenosis mitral simple. El segundo grupo, comprende a los enfermos con comunicación arteriovenosa, en los cuales la sangre arterial entra en la arteria pulmonar. La cianosis no es frecuente; aunque puede presentarse en las fases terminales, o de una manera transitoria, como consecuencia del paso de la sangre venosa a la circulación general. Los enfermos de este grupo tienen defectos del tabique interauricular o interventricular, defectos localizados del septum aortico, persistencia del conducto arterioso. El tercer grupo de *Abbot*, comprende aquellos enfermos en los que la cianosis es el síntoma predominante, condicionado por el paso de la sangre venosa a la circulación general. Entre las muchas causas que pueden provocarla, figuran los defectos del tabique interventricular, con dextroposición de la aorta, estenosis de la tricúspide, atrepsia de la tricúspide con defectos del tabique, transposición de los trocos arteriales con defectos del tabique interventricular, persistencia del tronco arterioso y la tetralogía de *Fallot*.

La cirugía moderna ha hecho progresos substanciales en el tratamiento de una deformidad representativa de cada uno de los tres grupos descritos por *Abbot*:

a) —Estenosis de la aorta, en el grupo no cianótico.
b) —Conducto arterioso permeable, en el grupo potencialmente cianótico.
c) —Tetralogía de *Fallot*, en el grupo cianótico.

Vamos a considerar de una manera somera cada una de estas tres deformaciones.

Conducto arterioso permanente.

Munro, en 1907, describió una técnica para el ciere del conducto arterioso, y *Strieder* lo intentó por primera vez, sin éxito, correspondiendo a *Cross*, el joven y brillante cirujano de Boston, el haberlo logrado por primera vez en 1938. Según *Abbot*, la presencia de un conducto arterioso permeable coincide con otras deformidades cardíacas en una alta proporción, que se calcula dos a uno en relación con los casos de presencia del conducto permeable como única anormalidad. Esta impresión es probablemente la causa de que hayan transcurrido tantos años entre la descripción original del método y la práctica del mismo con éxito. Los estudios de los úl-

timos seis años, han demostrado como la opinión de *Abbot*, basada en material de autopsias, no correspondía a la realidad viva, como el conducto arterioso permeable es una anormalidad que frecuentemente se presenta aislada, como única deformidad. El mérito de *Gross* y asociados es grande; no sólo por el bien que puedan reportar a estos enfermos, sino por el gran impulso que dieron al estudio de las deformidades cardíacas congénitas en general.

Los estudios más extensos sobre la influencia del conducto arterioso permeable en las circulación, han sido realizados por *Eppinger*, *Burwell* y *Gross*. Estos autores, han demostrado que la sangre fluye de la aorta a la arteria pulmonar y no viceversa: que el volúmen de la cantidad de sangre que se deriva por una falsa ruta en esta anormalidad es de un 45 a 75% de la sangre que sale del ventrículo izquierdo, cuando la comunicación es grande y que, como consecuencia de la gran cantidad de sangre que vuelve al ventrículo izquierdo, sin pasar por la circulación general, el gasto de dicho ventrículo es de cuatro a dos veces mayor que el del derecho. Aun cuando hay razones para dudar de la exactitud de esta cifra, es posible que el sobretrabajo a que está sometido el ventrículo izquierdo explique su insuficiencia, cuando tal insuficiencia ocurre; como asímismo la mejoría que experimentan los enfermos, con conducto permeable, cuando se ha producido una disminución de la reserva cardíaca o una insuficiencia y se practica en ellos el cierre quirúrgico de la permeabilidad. Es lógico también pensar que el cierre quirúrgico del conducto, en ausencia de manifestaciones clínicas, pueda proteger el corazón de una sobrecarga inútil y perturbante, sin que debamos perder de vista que la persistencia de permeabilidad en el conducto no significa necesariamente la presencia de trastornos con manifestaciones clínicas. Hay discrepancia de opiniomes respecto a la indicación de la operación en enfermos asintomáticos. Los progresos en el tratamiento quimioterápico de la endocarditis lenta hacen menos urgente la ligadura como medida profiláctica. Sin embargo, los trabajos de *Touroff* parecen indicar que la ligadura en el curso de una infección endocardítica es favorable, independientemente de su respuesta al tratamiento quimioterápico.

Gross, en sus primeros casos, empleó la simple ligadura como método para producir la oclusión del conducto arterioso. Es un hecho conocido, que la ligadura simple de una arteria de gran calibre no es un método seguro de producir su oclusión permanente, pues el vaso puede recanalizarse al cortar las ligaduras las paredes del mismo. No sorprende por eso, qué el autor cambiara de método cuando pudo observar que, en varios de sus primeros catorce casos, se produjo el fenómeno de recanalización. Utilizó después celofán y también tuvo casos de recanalización; habiendo adaptado ultimamente, de una manera definitiva, el proceder de sección completa y sutura de los extremos, proceder que ofrece una garantía absoluta, pero que lleva aparejadas dificultades de caracter técnico no pequeñas, y que, en consecuencia, no ha sido aun generalmente adaptado. *Blalock* prefiere el método de la ligadura doble con una tercera ligadura de cinta entre las dos; *Touroff* y *Sweet siguen* procedimientos similares, estando satisfechos de los resultados que con ellos obtienen.

Hemos visto operar por los distintos métodos que acabamos de citar y, sin experiencia personal sobre el problema, creemos que los métodos de ligadura múltiple sin sección ofrecen las necesarias garantías de éxito, sin añadir riesgos quizá innecesarios.

Estenosis aortica.

Este proceso consiste en una estrechéz del calibre de la aorta, situada inmediatamente en las proximidades de la inserción del ligamento arterioso (resultados de la esclerosis del conducto arterioso).

Abbot, en su serie de mil casos de deformidades congénitas cardiovasculares, la encontró 142 veces. En 79 de ellos, era la lesión única, y estaba asociada a otras anormalidades en los 63 casos restantes. La modalidad que se encuentra más frecuentemente es la llamada tipo adulto, que consiste en una constricción de la aorta en el punto de inserción del ligamento arterioso o inmediatamente por debajo del mismo. Menos frecuente es la modalidad llamada infantil, en la cual hay una mayor extensión con disminución del calibre. Los enfermos con esta deformidad mueren ordinariamente en su primera infancia.

La sintomatología varía de acuerdo con el grado de estenosis y el tipo de circulación colateral arterial. Sus síntomas fundamentales son la diferencia de presión arterial entre las extremidades superiores y las inferiores, la pulsación palpable en las arterias de las vías colaterales, la erosión que estas mismas producen en el borde inferior de las costillas (sombra radiográfica) y el murmullo sistólico transmitido a lo largo de la parte alta de la columna vertebral. Cuando la estenosis es marcada, pueden presentarse graves manifestaciones, tales como hemorragias cerebral, trombosis, insuficiencia cardíaca, ruptura de la aorta o endocarditis bacteriana.

Blalock y *Park*, en sus trabajos experimentales sobre estenosis de la aorta, se aproximan a la solución del problema de su tratamiento quirúrgi-

co e insinuaron el proceder que habían de seguir independientemenet, y con solo una diferencia de meses, *Crafoord* en Suecia (Octubre 1944) y *Gross* en Boston (Junio 1945). La sutura de la aorta presupone la interrupcción temporal de la corriente sanguínea (muy mal tolerada en el perro) habiendo sufrido *Blalock* y *Park* una gran mortalidad en sus experiencias y un gran porcentaje de trastornos paralíticos de extremidades posteriores; pero ya hicieron observar que era probable que en un enfermo con una oclusión parcial crónica de la aorta toleraría la oclusión completa temporal de la misma mejor que el perro, pues en este último no ha habido estímulo alguno a la formación de vías colaterales. Esta circunstancia hace posible la intervención en el hombre,la cual en el fondo, consiste en una oclusión temporal con clamps por encima y por debajo de la estenosis y con resección de la misma y sutura terminoterminal. Las pequeñas variantes de técnica que *Cradfoord* y *Gross* han empleado, no alteran fundamentalmente los resultados, que son francamente favorables, siendo la mortalidad lo suficiente baja para que la operación aparezca justificada en los casos de pronóstico grave, pero no en todos, pues hay casos en los que se puede esperar una longevidad normal sin intervención.

Estenosis y atrepsia de la pulmonar.

Corresponde esta anormalidad al tercer grupo de la clasificación de *Abbot*, en el cual la manifestación predominante es la cianosis. Es un grupo muy heterogéneo, comprendiendo varios distintos tipos de anormalidades. El más frecuente es la tetralogía de *Fallot*, que se caracteriza por una estenosis de la pulmonar, defectos del tabique interventricular, dextroposición de la aorta e hipertrofia del ventrículo derecho. (Fig. 1).

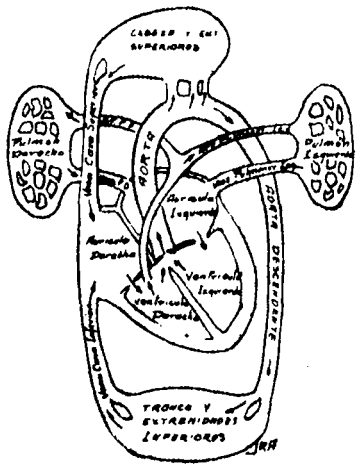


Fig. 1.

Ya hemos dicho que la cianosis es un síntoma usual en ésta y anomalías similares. Es debida a la presencia en la sangre circulante de hemoglobina reducida y es la manifestación visible de la anoxemia y policitemia compensadora. *Lundsgaard* y *Van Slyke*, demostraron que hay cuatro factores fundamentales en la producción de la anoxemia, a saber: (1) el contenido total de hemoglobina, (2) el grado de oxigenación de la sangra arterial procedente de las partes areadas del corazón derecho al izquierdo por canales "no aireados" (comunicaciones anormales), y (4) del consumo de oxígeno en los capilares.

Se sabe que, en la mayoria de los enfermos, incluyendo aquellos con deformaciones congénitas, la cianosis puede hacerse desaparecer, o disminuir grandemente en intensidad, por la prolongada inhalación de oxígeno en altas concentraciones. La idea de que no toda la sangre que pasa a través de los capilares pulmonares estaba completamente oxigenada, llevó a muchos autores a creer que un aumento de la cantidad de sangre afluyendo a los pulmones no tendría efecto favorable alguno. Muy al contrario, hay una serie de razones por las que se benefician los enfermos de atrepsia o estenosis pulmonar si se aumenta el aflujo de la sangre a los pulmones. La más clara evidencia la suministran los niños con atrepsia o estenosis de la pulmonar y persistencia del conducto arterioso, en los cuales la ligadura de este último empeora su estado por la reducción en el aflujo de sangre a la pulmonar que tal ligadura supone. Los cardiólogos reconocen que, uno de los peligros, precisamente, de la ligadura del conducto arterioso, reside en la posibilidad de que haya una estenosis de la pulmonar concomitante, y es por esto mismo por lo que deben observarse los efectos de una ligadura o interrupción temporal antes de hacerla definitiva.

En el curso de una discusión referente a estudios experimentales sobre estenosis aortica, relata *Blalock* que su inestimable colaboradora la Dra. *Helen Tausig* expresó la opinión de que los enfermos con estenosis o atrepsia de la pulmonar serían susceptibles de ser tratados quirúrgicamente si se dispusiera de un medio para hacer llegar una mayor cantidad de sangre a los pulmones. Siguiendo esta sugestión, *Blalock* comenzó sus trabajos experimentales hace dos años y medio. Había que encontrar: primero, el medio de hacer que pasara más sangre a los pulmones y, segundo, probarlo en animales con un alto grado de insaturación oxigenada de la sangre.

Has hoy, sólo hay registrados en la literatura doce casos de estenosis valvular en los que se ha intentado una corrección quirúrgica. Uno era estenosis de la pulmonar, el otro de la aortitica y el resto estenosis de la mitral. Los resultados fueron casi uniformemente letales. La anastomosis entre la aorta y el tronco de la pulmonar, la excluye *Blalock* como posible porque sería necesaria la interrupción de la corriente sanguí-

PRODUCTOS GEDEON RICHTER

Boulevard Miguel Cervantes Saavedra, 5

MEXICO, D. F.

Complejo B Plus Richter

Asociación de los principales componentes conocidos del *complejo vitamínico B*, en cantidades y proporciones óptimas, con *sales de fósforo, sodio, calcio y hierro* y con *aminoácidos*, conteniendo todos los *ácidos amínicos esenciales* en proporciones adecuadas; como complemento alimenticio en casos de *trastornos digestivos diversos, anorexia y desnutrición por diversas causas.*

Presentación: Frascos de 250 g.

FÓRMULA: Cada 100 c.c. contienen; Clorhidrato de Tiamina 0.0150 g. (equivalente a 500 U. I. de Vit. B_1.); Rivoflavina, 0.0100 g.; Acido Nicotínico, 0.1333 g.; Glicerofosfato de sodio, 1.0 g.; Glicerofosfato de Calcio, 1.0 g.; Citrato de hierro amoniacal, 1.0 g.; Citrarto de cobre, 0.0066 g.; Arginina, 0.25 g.; Cistina, 0.10 g.; Acido Glutámico, 2.00 g.; Glicina, 0.05 g.; Histidina, 0.12 g.; Isoleucina, 0.29 g.; Leucina, 1.56 g.; Lisina, 0.10 g.; Metionina, 0.20 g.; Fenilalanina, 0.48 g.; Treonina, 0.26 g.; Triptofano, 0.50 g.; Tirosina, 0.43 g.; Valina, 0.33 g.; Jarabe simple, c. b. p. 100 c.c.

o

PRODUCTOS GEDEON RICHTER

PRODUCTOS "LABYS"

UNA NUEVA MARAVILLA EN
EL GRUPO DE LAS SULFAS

SULFATALIDINA LABYS

Extensamente ensayada en miles de casos con excelentes resultados, la SULFATALIDINA LABYS (Ftàlilsulfatiazol) viene a ocupar un primer lugar en Quimioterapia, por su potente poder antiséptico y bacteriostático intestinal y la ausencia de toxicidad.

VENTAJAS:

Acción tópica intestinal.

Pequeñísima absorción sanguínea.

Ninguna toxicidad.

Requiere menores dosis que la Sulfaguanidina y la Sulfasuxidina.

INDICACIONES:

Colitis ulcerosa, diarreas inespecíficas, disenterías, colibacilurias. Es insustituible como antiséptico utilizable en el pre y postoperatorio de las intervenciones quirúrgicas abdominales.

PRESENTACION:

Tubos de 20 comprimidos de 0.50 y 0.20 gramos.

LABORATORIOS AMERICANOS DE BIOLOGIA Y SEROTERAPIA, S. DE R.L.

Reyna número 38 San Angel, Inn. Villa Obregón, D. F.

nea por un tiempo incompatible con la vida. Habia, pues, que utilizar una de las ramas de la aorta (tronco braquiocefálico, carótida primitiva o subclavia) y anastomosarla con una rama de la arteria pulmonar, siendo esta anastomosis término-termnial (lo que supondría que la sangre fuera sool a un pulmón), o bien, término-lateral, lo que permitiría que la sangre fuera a los dos pulmones. Es este tipo de comunicación el que existe en el caso de persistencia del conducto arterioso. Encontrando el método, *Blalock* pudo crear exeprimentalmente en animales una situación hasta cierto punto similar con la que se presenta en la tetralogía de *Fallot*, a base de hacer lobectomías y crear fístulas arteriovenosas, por anastomosis termino-terminales, entre las arterias y venas del lóbulo extirpado, pudiendo demostrar en estos animales con insaturación oxigenada, que su operación producía un efecto favorable en el contenido de oxígeno de la sangre.

Preparado esto, había aun algunos elementos de inseguridad desconocidos, que les hicieron dudar antes de intentar la operación en el primer enfermo. No se sabía cómo tolerarían la anestesia y la abertura de la pleura estos niños cianóticos. Suponiendo una tolerancia, no se sabía como habrían de tolerar la oclusión temporal de una de las ramas de la pulmonar. No podía preveerse la influencia que tendría en la circulación del brazo la ligadura definitiva de la subclavia. En fin, era precisa la experiencia clínica para resolver todos estos problemas los cuales eran en gran parte infundados, pues los enfermos en su mayoría han tolerado la operación bien. No ha habido en ningún caso trastornos serios de la circulación en el brazo correspondiente a la arteria ligada. Cuando la arteria elegida para la anastomosis y ligadura ha sido la carotida o el tronco innominado, se ha producido, en algunos casos, graves trastornos circulatorios cerebrales seguidos de muerte, y, en los más, estados de hemiparesia transitoria y poco marcada.

La selección de estos enfermos para la operación, es tarea del cardiólogo, pues en ocasiones, resulta difícil el diagnóstico diferencial entre los casos indicados para la operación (tetralogía de *Fallot*) y otras cardiopatías congénitas acompañadas también de cianosis, pero no operables.

En rasgos generales, la técnica es la siguiente: (Fig. 2) Anestesia intratraqueal en circuito cerrado, oxígeno eter u oxígeno ciclopropano. Incisión en la cara anterior del tórax, tercer espacio intercostal, con sección del segundo cartílago. Llegado a las estructuras del mediastino, se procede a la liberación de la rama correspondiente de la arteria pulmonar y después de la subclavia. Si esta arteria no reune las condiciones de amplitud o longitud necesarias para hacer la anastomosis, se emplea la carótida o bien el troco braquiocéfalico directamente, especialmente cuando la cianosis es muy marcada y queremos llevar más sangre al pulmón. Previa ligadura definitiva de la arteria elegida, se coloca un clamp vascular en su extremo proximal y se la secciona. En la rama correspondiente de la arteria pulmonar, se coloca, también en su parte proxima, el clamp especial de *Blalock* y se hace hemostasia provisional de sus ramas distales por tracción de hilos gruesos colocados a su alrededor. A continuación, se hace en su cara superior una abertura proporcionada al tamaño de la arteria que se va anastomosar y se procede a hacer la anastomosis con hilo de seda no montado en aguja atraumática y haciendo sutura del colchonero continúa, solo interrumpida con cuatro puntos de fijación en los cuatro puntos cardinales.

La mortalidad global de la operación es de un 25% en manos de *Blalock*. Pocos son los cirujanos que la practican en los Estados Unidos, pues la mayor parte de los enfermos de la Unión son enviados al John Hopkinn Hospital, siendo tal la concentración de enfermos que, a pesar de ser rara la enfermedad, durante mi visita en junio último, operaba *Blalock* un caso diario.

Los resultados obtenidos son francamente alentadores. La situación de los enfermos cambia, según *Blalock*, de invalidez casi completa a un estado cercano a la normalidad. La cianosis desaparece en gran parte o totalmente y los dedos de pies y manos, de aspecto habitualmente en palillo de tambor, recuperan lentamente su forma normal. Aumenta el contenido de oxígeno en la sangre y desaparece el estímulo a la producción de la policitemia que habitualmente existía. No obstante, la saturación de oxígeno en la sangre no es nunca completa; cosa que era de esperar, pues, la comunicación anormal entre los dos ventrículos, hace que pase siempre a la aorta sangre pobremente oxigenada.

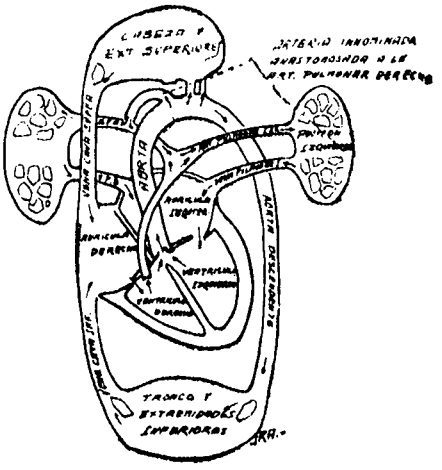


Fig. 2

La situación que se crea con la operación de *Blalock*, equivale a la persistencia de un conducto arterioso abierto, ya que establecemos una comunicación directa a través de *canales no oxigenados*, de la aorta con la pulmonar. No obstante esto, no se han observado aun hipertrofias cardíacas ni se han dado casos de endocarditis sépticas, complicaciones ambas, como ya dijimos, que pueden presentarse con la persistencia del conducto arterioso.

BIBLIOGRAFIA

Abbot, M. E. Atlas of congenital cardiac diseases. New York, American Hearte Associación, 1936.

Blalock, A. y Park, E. A. Surgical treatment of esperimental coartation of the aorta. Ann. Surg., 1944 119: 445.

Blalock, A. y Taussing, H. B. Surgical treatment of malformatinos of the heart in which there is pulmonary stenosis or pulmonary atresia.—J. A. H. A. 1945, 128: 189.

Gross, R. E. and Hubbard, J. P. Surgical ligation of a patent ductus arteriosus; report of first succesful case. J. A. M. A., 1939, 112: 729.

Gross, R. E. Complete surgical division of the patent ductus arteriosus Surgery. Cynec, and Obst., 1944, 78: 87.

Crafoord, C. and Nylin, G, Congenital coartation of the aorta an its surgical tratment. J. of Thoracic Surgery, 1945, 14: 347.

Touroff, A. S. W. and Vesell, Harry. Subacute Streptococus viridans endarte ritis complicating patent ductus arteriosus. J. A. M. A., 1940, 115: 12701.

White, P. D. Heart disease. New York, MacMillan, 1937.

"El hombre es la medida de todas las cosas, menos la de otros hombres y los pueblos".

JOSE MARIA LARRA. ("Fígaro).

NUEVAS CONCEPCIONES SOBRE LAS CAUSAS Y TRATAMIENTOS DE LAS NEURALGIAS CIATICAS

Por el Dr. A. Kaplan (*)

Mientras muchas neuralgías ciáticas tienen una evolución aguda o subaguda y se curan en unas semanas mediante tratamientos simples, un cierto número de casos, rebeldes, reincidentes, tienen una evolución crónica y desesperante, contra la cual, las terapéuticas más variadas y modernas —radioterapia, ondas cortas, ortopedia— terminan en fracasos. Las causas de esas ciáticas eran mal conocidas hasta ahora. Se invocaban, sin argumentos sólidos, factores generales hereditarios, reumáticos y endocrinos. Siguiendo al doctor *Sicard*, muchos autores pensaban que la enfermedad se debía a la irritación de las raíces del nervio ciático al nivel de su paso por el orificio de salida del canal raquídeo, pero se ignoraba la naturaleza exacta de las lesiones nerviosas.

Los trabajos modernos han venido a confirmar la realidad de esa localización anatómica y han probado la frecuencia de una lesión vertebral muy particular: la hernia de un disco intervertebral. Este descubrimiento ha tenido importantes consecuencias prácticas, ya que la ablación quirúrgica de la hernia permite una curación inmediata de los dolores y una rápida recuperación funcional.

La Escuela francesa ha dado una contribución importante a este estudio. Neurólogos como los profesores *Alajouanin* y *De Seze* y neuro-cirujanos como los profesores *Petit-Dutaillis*, *Guillaume* y *Sicard* han precisado la frecuencia de la enfermedad, los síntomas que permiten pensar en la existencia de la lesión, y han perfeccionado las técnicas que la revelan. Han mejorado las indicaciones y las técnicas operatorias para realizar una intervención, sin necesidad de mutilación ósea, lo que ha simplificado considerablemente las secuelas operatorias y reducido la duración de la incapacidad del paciente.

Nuestro propósito es mostrar el mecanismo de la lesión del disco, los síntomas que permiten diagnosticar y recomendar la operación, la naturaleza de la intervención y los resultados que pueden esperarse de la misma.

La flexibilidad de los movimientos de la columna vertebral está asegurada por la articulación de los cuerpos vertebrales entre sí. Dicha articulación se opera por los discos intervertebrales, que están formados por dos partes esenciales: un anillo fibroso periférico que se intercala entre dos vértebras, y un núcleo gelatinoso, central, el "nucleus pulposus", incompresible, pivote en torno al cual giran las vértebras, y cuya enucleación a través del anillo fibroso constituirá la hernia. Inmediatamente detrás de los cuerpos óseos, los arcos vertebrales disponen un canal óseo discontinuo en el que se encuentran: la médula espinal, rodeada de sus envolturas, las meninges y las raíces nerviosas, nacidas de esta médula, que atraviesan las meninges, salen del canal raquídeo por los orificios osteo-fibrosos y forman los nervios raquídeos. El nervio ciático resulta de la fusión de dos de estas raíces; la última lumbar y la primera sacra. En su origen, estas raíces están aplicadas directamente contra la faz posterior de las vértebras y de los discos; cuando el núcleo herniado del disco es luxado en el canal raquídeo comprime el origen del nervio, lo arrincona contra la pared ósea posterir y lateral del canal, lo que explica los síntomas de la enfermedad, la importancia del dolor, y la desaparición inmediata de la neuralgía en cuanto la causa de la comprensión, esto es, el núcleo gelatinoso es extraído quirúrgicamente.

Pues bien, el nivel de emergencia de las raíces el nervio ciático, a la altura de la juntura lumbo-sacra es un lugar de elección para la formación de la hernia del disco. Todo movimiento anormal, determinado por un esfuerzo, o un traumatismo, puede entrañar una flexión o una extensión forzada de la columna y crear las condiciones favorables para su producción, por un mecanismo de palanca, de cascanueces, que expulsa hacia atrás, hacia el canal raquídeo, el núcleo gelatinoso incompresible.

Los clínicos franceses se han esforzado por precisar los síntomas que permiten en un caso de neuralgía ciática pensar en la existencia de una hernia de disco. En el terreno práctico, hay que evocar la posibilidad de esta etiología en presencia de cualquier ciática. Toda neuralgía en el territorio de este nervio, en apariencia la más trivial, puede estar ligada a una compresión por hernia vertebral y en todo caso se intentará poner en evidencia los síntomas particulares de la misma.

En el origen de la enfermedad hay que retener, primeramente, la importancia de los factores mecánicos. La noción de un accidente, de una

(*) París.

caída de un movimiento en falso, de una profesión que requiere esfuerzos violentos y repetidos propiciando los micro-traumatismos, es encontrada frecuentemente en los antecedentes de estos enfermos. Pero hay que saber que la ausencia de ese factor no permite en manera alguna eliminar la posibilidad de hernia. Hay que conceder valor, igualmente, a la existencia de episodios dolorosos antiguos, anteriores a la enfermedad actual. Muchos enfermos han sufrido de lumbagos, de ciáticas pasajeras reincidentes, antes de que el dolor se instale de manera permanente.

Habitualmente, es en presencia de una ciática contumaz, resistente a los tratamientos corrientes, cuando el médico piensa en la hernia de disco y considera la oportunidad de operar. Un examen clínico minucioso aporta importantes argumentos en favor de la existencia de la hernia y permite localizar el punto de la compresión. En cada caso, hay que precisar la topografía exactadel dolor, la influencia de la posición y de los esfuerzos, las modificaciones de la curvatura del raquis que se desvía en sentidos variables según el lugar de la hernia a fin de aliviar al máximun la compresión. Se buscará la limitación dolorosa de los movimientos de la columna vertebral y, sobre todo, en la presión, un punto doloroso muy localizado que responde a la raíz comprimida y guía la intervención quirúrgica. Se estudiarán con cuidado las modificaciones de los reflejos, las perturbaciones de la sensibilidad al tacto y al pinchazo, que permiten localizar la raíz comprimida.

Todos esos signos, bien estudiados, suministran una fuerte presunción en favor del origen de disco de la ciática. La certeza puede conseguirse con el examen radiológico. La radiografía simple puede mostrar una punteolaterla de una interlínea vertebral, pero este signo es inconstante y no tiene más que un valor de orientación. Por el contrario, la inyeción en el canal raquídeo de lipiodol da unas imágenes características: una detención de aceite yodado o una muesca al nivel de la hernia. Este examen tan precioso no deja de tener sus inconvenientes, pues la penetración de la sustancia de contraste irrita las meninges y complica la intervención obligando al cirujano a evacuar el lipiodol. Por todo ello, en la actualidad se prefiere, en la mayoría de los casos, no utilizar este método diagnóstico si los otros síntomas clínicos son suficientes para afirmar la existencia de la hernia sin gran probabilidad de error.

Cuando una neuralgía ciática ha resistido a los tratamientos médicos durante varios meses, y la hernia de disco es verosímil, el enfermo debe ser confiado a un neuro-cirujano. La técnica quirúrgica ha mejorado considerablemente en estis últimos meses gracias, sobre todo, a los estudios de *Guillaume* y *De Seze.*

Al comienzo, cuando se precisó la noción de la frecuencia de la hernia de disco, los cirujanos se vieron obligados a una intervención relativamente complicada y mutiladora, precedida de la inyección de lipiodol. Esta operación requería la resección de una o varias láminas óseas, la abertura de las meninges, la evacuación completa del lipiodol y una sutura extremadamente cuidadosa de las meninges. Aunque los resultados fueran muy satisfactorios y la operación entrañara la curación inmediata y definitiva de enfermos que sufrían desde hacía meses y años, la intervención no era perfecta, pues exigía una inmovilización prolongada y dejaba en un cierto número de casos perturbaciones de la estática vertebral y dolores lumbares resultantes del esfuerzo y la fatiga, mucho menos penosos que los que sufría el enfermo anteriormente, pero causantes sin embargo de un cierto grado de impotencia funcional.

El estudio minucioso de los síntomas clínicos de la enfermedad, y la localización exacta del dolor, permiten actualmente una intervención simple, sin resección ósea, sin inyecciones previas de lipiodol y sin abertura de las meninges; la operación ya no impone al enfermo sino una inmovilización corta y no deja ninguna secuela ligada a las modificaciones de la estática ósea. Por consiguiente, permite la curación rápida y definitiva de una enfermedad crónica y desesperante: nueva victoria de la neuro-cirujía, que ya cuenta con muchas en su activo.

Una de las más deliciosas observaciones de la antigüedad es la de Heráclito, quien declaró que sus predecesores habían tenido gran sabiduría . . . pero ningún sentido común.

bía estado por encima de 39, se estaciona entre 37 y 38 grados. Recobra parcialmente el conocimiento y los vómitos desaparecen. Se sigue con el tratamiento, suspendiendo la Penicilina y el Cibazol.

El día 6 desaparece la temperatura, el enfermo puede ya incorporarse y toma los alimentos con gran facilidad, recobrando la conciencia casi completamente y la erupción petequial ha desaparecido completamente.

El día 11 se le suspende la Estreptomicina. Es puesto en pie y comienza a iniciar la marcha. Se le presenta una intensa diarrea que cede al Enro-vioformo.

El día 18 es dado de alta en franco período de recuperación.

La enfermedad consiste en un cuadro de septicemia meningocócicas, que afecta principalmente a los niños, aun cuando puede observarse tambien en los adultos, cual acabamos de ver. En ambos casos, el curso suele ser muy semejante. El síndrome suele comenzar inopinadamente, en plena salud, o bien en el curso de un insignificante enfriamiento: repentinamente el paciente se agrava, despues de un incidente de intensos escalofríos e intensa sensación dolorosa que afecta generalmente al abdomen. El dolor de abdomen va acompañado frecuentemente de vómitos. Lo que mas llama la atención en el cuadro de los pacientes, es, de un lado, intensa intoxicación, acompañada de confusión mental, de otro, la presencia de petequias que rapidamente se hacen purpóricas.

La autopsia, en los casos simples, encuentra lesiones hemorrágicas en las superrenales. La hemorragia generalmente, por no decir siempre, es bilateral.

En el líquido cefaloraquídeo y en las petequias se encuentran siempre meningococos típicos generalmente intracelulares.

El caso cuya historia clínica hemos referido es muy típico, tanto por lo que se refiere al diagnóstico, como por lo que atañe al éxito del tratamiento. El enfermo ingresó en el hospital sin diagnóstico, en estado de coma profundo e iniciándose la etapa petequial. La intensa sideración del paciente, su enorme obnubilación mental, junto con la hipotensión, el intenso dolor de cabeza y la presencia de numerosas petéquias por todo el cuerpo, hacían pensar en primer término en un tifus exantemático.

Sin embargo, la existencia de un ligero síndrome de *Kernij*, con rigidez nos llevaron a pensar de que podría tratarse de una meningitis en su fase meningocócica, determinando el cuadro de *Waterhouse-Frederichsen*. La punción lumbar, mostró la existencia de numeros meningogocos intracelulares que fueron aislados y cultivados, con lo cual ya pudimos entrar el diagnóstico en firme.

El estado del enfermo era gravísimo; de momento se inició una terapéutica intramuscular e intrarraquídea con penicilina, sin ningún resultado en las primeras veinticuatro horas. Pasado este tiempo pudimos contar con estreptomicina y se inició el tratamiento segun la siguiente pauta:

—50.000 U. cada 2 horas, intramuscular durante 10 días y—

—50.000 U. intrarraquídeas cada 12 horas, durante 4 días.

El aspecto del enfermo varió rapidísimamente en muy pocas horas. Las petequias comenzaron a desvanecerse así como la rigidez y el dolor de cabeza. El paciente recobró la conciencia, llegando a curarse en 17 días.

El pronóstico de la infección meningocócica de este tipo es gravísimo, hasta el punto que se le denomina meningococemia fulminante. De los cien casos descritos hasta julio de 1943, la mayor parte han sido estudiados en la autopsia. Por ello creemos tiene una enorme importancia el que relatamos pues demuestra la posibilidad del diagnóstico correcto y el hecho de contar con un tratamiento eficaz, apto para yugular el curso de tan gravísima enfermedad.

TRANSCRIPCIONES TERAPEUTICAS

RICHARD H. MEADE (Jr.), EARLE B. KAY Y FELIX A. HUGHES. (*) CIENTO NOVENTA Y SEIS LOBECTOMIAS, CON UNA SOLA MUERTE, REALIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE KENNEDY DESDE 1943 A 1946.

Desde hace varios años viene realizándose la lobectomía con tan baja mortalidad que apenas si se justifica la publicación de un trabajo por el sólo hecho de no haber sufrido más que una defunción entre las 196 operaciones efectuadas. Ya *Churchill*, en 1936, comunicó una estadística de sesenta y seis operados con una exclusiva defunción y posteriormente otros autores han dado cifras semejantes. La experiencia de la guerra está bien cerca; la mayor parte de los Hospitales Militares han clausurado sus funciones y llega la hora de hacer una revisión amplia del trabajo en cada centro para que siga, más tarde, la comunicación oficial de conjunto.

Desde que en enero de 1943, en Memphis, se inauguró el Hospital General de Kennedy, fué destinado a la cirugía torácica ingresando en él aque-

(*) Publicado en "THE JOURNAL OF THORACIC SURGERY", vol 10, núm. 1°, pág. 16; Febrero, 1947.

llos pacientes de enfermedades crónicas de aparato respiratorio en los que la terapéutica quirúrgica parecía tener posibilidades beneficiosas.. Los ingresos procedían de todas partes del país y aun del otro lado oceánico. Y, exactamente, la lobectomía fué la gran intervención más practicada de XI/43 a IV/46; entre los autores y los otros tres miembros de plantilla del Centro (*T. R. Hudson. J. J. Johnson y S. Whitaker*), se realizaron, en 190 pacientes, 196 lobectomías ya que en dos casos se practicaron dos lobectomías homolaterales y en 4 pacientes se ejecutaron lobectomías bilaterales.

Por lo que se refiere a la edad de los operados, tenemos que: 12, contaban menos de 20 años; 126, estaban entre los 20 y los 30 años de vida; 48, entre los 30 y los 40; solamente 4 de los pacientes pasaban de los 40 años, sin llegar a los 50.

En 161 lobectomías, la indicación estuvo dada por bronquiectasias y la decisión quirúrgica siempre se tomó despues de comprobar la persistencia de los síntomas, tras un justo período de tratamiento médico activo abarcando desde la terapéutica de los procesos nasales asociados hasta el drenaje postural o broncoscópico y penicilinoterapia por todas las vías. En 27 casos, las bronquiectasias eran bilaterales. En uno de los enfermos, llegado a la mesa de operaciones con el diagnóstico de dilatación bronquial, lo que verdaderamente se encontró fué adenomatosis lobular y en otro la cavidad bronquiectásica encerraba un carcinoma.

22 operaciones, estuvieron motivadas por quiste pulmonar, cuatro de los cuales no fueron confirmados en la operación; en dos casos, resultó tratarse de cavernas tuberculosas, pese a que se había excluído tal posibilidad merced a un período de observación de varios meses; en otro caso, el quiste era bronquiectásico y, otro, era un neurosarcoma ampliamente degenarado.

Dos veces, la lobectomía fué debida a un adenoma bronquial, confirmado en la intervención.

En nueve enfermos, se trataba de supuraciones crónicas; una de ellas actinomicósica y otra secundaria a una obstrucción bronquial por adenoma.

Dos de las intervenciones, ambas en el mismo enfermo, obedecieron a un proceso actinomicósico; en la primera, se extirpó el lóbulo superior pues había surgido una siembra homolateral.

En 126 casos, la lobectomía fué izquierda; en total, las intervenciones afectaron:

En el lado izquierdo:

lóbulo superior	4
id inferior	85
id id y língula	35
id id y medio (situs inversus)	1
id anómalo	1

En el lado derecho:

lóbulo superior	5
id id y parte del inferior	1
id medio	13
id id e inferior	16
id inferior	35

Ocurrió una sola muerte; precisamente en el cuarto paciente de la serie y 20 horas despues de la intervención. En 27 casos, sucedieron complicaciones de mayor o menor monta; quince de ellas eran empiemas. En siete pacientes, inmediatamente despues de la operación apareció una ictericia indiscutiblemente ligada a deficit funcional hepático y que no pudo adscribirse a reacciones transfusionales. Hemotórax que requiérese aspiración y drenaje, sólo hubo uno. Peumotórax con infección evidente, ocurrió en dos casos, los cuales obedecieron bien al drenaje cerrado. En uno de los pacientes, tres días despues de ser operado, aparecieron síntomas de lesión focal cerebral y una operación, realizada seis semanas después, puso de manifiesto una pequeña área quística, evidencia de un pequeño émbolo. Atelectasias se presentaron en bastantes casos, pero siempre cedieron rápidamente a aspiraciones transnasales o traqueales; sólo hubo una excepción en la que hubo de hacerse una broncoscopia para liberar, con grandes dificultades, el bronquio inferior izquierdo. Todas las heridas, excepto las que iban asociadas a drenaje, curaron de primera intención.

Todos los enfermos con bronquiectasias o procesos supurativos fueron sometidos a un tratamiento preoperatorio, buscando fundamentalmente al control de proceso inflamatorio y conseguir el mejor estado general posible. Aparte de lograr esto último, los pacientes eran operados cuando se había obtenido una cantidad diaria de expectoración inferior a 4 onz. Igualmente, cuando habían desaparecido los últimos residuos de lipiodol en las partes sanas. En aquellos pacientes que tenían gran expectoración o evidencia de infección focal, se utilizó el drenage postural, la aspiración broncoscópica, penicilina y altas dosis de vitaminas. La penicilinoterapia era más efectiva cuando se administraba por vía traqueal o en inhalaciones. Todo ello se prolongaba hasta lograr el estado requerido. Generalmente, aquellos enfermos que no exigían activos tratamientos y sí sólo recuperación general, eran dados de alta temporal a sus domicilios, regresando al cabo de un mes para la intervención. Como el hospital posee aire condicionado y está emplazado en zona de clima medio, jamás fué necesario aplazar una intervención por circunstancias climáticas.

El tratamiento preoperatorio es la medida más justa para lograr una mejoría de la secreción bron-

quial. Por otra parte, 12 horas antes de la operación se administraban 100.000 U. de penicilina por vía intramuscular; en casos especiales, las dosis eran mayores y mayor el tiempo de penicilinoterapia preventiva. Rara vez se hizo broncoscopia inmediatamente antes de la operación; tanto por ser innecesaria, como por lo que supone de inconveniente para la anestesia pues, cuando se llevó a efecto, pudo comprobarse después que el árbol bronquial estaba ocupado por sangre o pus. Dos horas antes de la operación se administraba Nembutal y pasada media hora se añadía sulfato de morfina con escopolamino o con sulfato de atropina.

Todos los pacientes fueron operados con anestesia intratraqueal, de eter-oxígeno. Despues de haber hecho treinta lobectomías, decidimos que la respiración debía ser controlada por el anestesista.

Antes de incidir, se realizaba una inyección introvenosa de solución salina normal y durante la operación se infundían intravenosamente de 1.000 a 3.500 cc. de sangre con 100.000U. de penicilina.

Por lo general, para las extirpaciones de lóbulo inferior izquierdo se adoptaba la posición lateral y la vía de aproximación fué, casi siempre, la sexta o séptima costilla que se resecaba lo más posible. Para el lóbulo medio, se utilizaba la posición anterolateral y la quinta costilla. Para las lobectomías superiores, la posición anterolateral fué tan empleada como la lateral. En cuanto al lóbulo inferior izquierdo, se adquirió pronto la convicción de que lo mejor era llegar en la zona cisural y de ahí que se emplease la postura lateral y fuera la quinta costilla la extirpada.

Excepto para las dos primeras lobectomías, se ha seguido siempre la técnica de ligar cada vaso individualmente En pacientes con mucha secreción bronquial, los bronquios eran cerrados todo lo posible. La vena pulmonar inferior era el último vaso que se ligaba. Los bronquios se aislaban cuidadosamente, dividiéndolos entre clamps a fin de conseguir la mínima contaminación del espacio pleural. Sutura con seda, aplicación local de penicilina, eran las medidas que se utilizaban a cada paso. Otro de los procederes llevados con mayor rigurosidad fué cubrir cuidadosamente el muñón bronquial con pleura y el tejido circundante subpleural distendido de la región posterior inmediata a dicho muñón; *Reinhoff* y sus colaboradores así como *Sweet* han demostrado que tal maniobra es la que da mayores seguridades para evitar el goteo bronquial sucesivo y su consecuente empiema. Cuando el muñón estaba cubierto y el lóbulo libre de todas sus adherencias, se introducía (a través de una herida penetrante en la línea media axilar, nivel del noveno o décimo espacio) un drenaje de goma semirígido, fenestrado, cuya extremidad distal se llevaba hasta la pared torácica posterior inmediatamente por debajo del referido muñón y el cual se fijaba con seda, etc. Antes de cerrar la pared torácica, se aspiraba el aire de la cavidad pleural y se aumentaba la presión en el árbol intrabronquial a fin de conseguir la total replección del parenquima restante. Previamente, se habían empleado 100.000 U. de penicilina en el lavado de pleura, muñones, etc. En cuanto la caja torácica estaba cerrada, se acostaba al enfermo sobre sus espaldas y se realizaba un broncoscopia, tanto para comprobar visualmente el estado del árbol bronquial, como para aspirar el material que pudiera despues causar una obstrución.

En el cuidado postoperatorio, lo más importante es lograr una buena aireacción y a tal fin estaba bien instruido todo el personal auxiliar. Corrientemente, hasta que el paciente recordaba el conocimiento y podía participar activamente en los reflejos tusogenuos se empleaban aspiraciones transnasales y traqueales, con cáteter. Salvo en los casos en que se tenía dudas sobre la seguridad de un gran vaso (casos rarísimos) cuando el operado estaba ya consciente se le acostumbraba a toser.

Se ha considerado que la administración de oxígeno a traves del cáteter nasal es preferible a la tienda; es más efectivo y menos molesto para el enfermo; salvo excepciones, el oxígeno no se administraba despues de las doce o dieciocho horas.

El tubo de drenage por lo general ha sido quitado a los dos días de la operación.

Los primeros movimientos activos del operado se inculcaban con toda rapidez. La mayoría inmensa ya deambulaban al acabar la primer semana.

De los cinco a los siete días primeros se llevaba una penicilinoterapia intramuscular rigurosa; solamente se suspendía cuando el espacio pleural estaba obliterado y la temperatura era normal. Generalmente se administraban 25.000 U. cada 3 horas y ello aunque surgiese urticaria, lo cual resulta muy frecuente.

A partir de diciembre de 1944, a la mayoría de los pacientes se les provocó una parálisis frénica posteriormente, a fin de evitar la dilatación del parénquima restante, la persistencia de dolor y trastornos postoperatorios tardíos, así como la tracción que muchas veces ejerce el diafragma sobre el muñón bronquial.

Transcribió: C. Diez Fernández.

V.—MONALDI.—LAS RECIDIVAS DE LOS PROCESOS TUBERCULOSOS DESPUES DEL TRATAMIENTO CON ASPIRACION ENDOCAVITARIA.—Publcado en "ARCHIVIO DI TISIOLOGIA", vol. 1, Nº 3 Mayo-Junio 1946, pág. 227.

En la aspiración cavitaria como en todo procedimiento terapéutico, encontramos también fracasos debidos a una conducta inadecuada en el procedimiento y a su realización en casos que no están indicados.

Quienes hayan recorrido toda nuestra experiencia desde los comienzos, saben como está suficientemente demostrado que, a veces, debe interrumpirse el tratamiento en cuestión sea por oclusión precoz de la sonda, sea por hemorragia o por empeoramiento, el cual es considerado por todos como una excepción. Esto por lo que se refiere al primer grupo citado. En cuanto al segundo, es decir, a los fracasos debidos a una mala indicación, han sido disminuyéndose tanto por una mayor delimitación de las indicaciones como por la afirmación gradualmente lograda de que, en los casos más complejos, procede asociar este proceder a otros de carácter colapsante. Empero, no nos extrañaría que este grupo de fracasos fuera aumentándose en el porvenir pues la aparente simplicidad del método y la casi certeza de no provocar con él perjuicio alguno, van a determinar que se emplee en pacientes en los cuales son mínimas las probabilidades de un resultado ventajoso.

Al lado de los fracasos dichos deben colocarse otros en los cuales hay que incriminar al propio método en sí; se trata de aquellos enfermos que después de haber obtenido, con la aspiración endocavitaria, beneficios locales y generales, al parecer completos, sufren una recidiva de sus lesiones.

La enorme dispersión del material científico habida, bien a nuestro pesar, en los últimos tiempos, la falta de datos sobre las nuevas direcciones de los enfermos y las grandes dificultades para comunicarnos con otros compañeros que trabajaron en el Instituto, son circunstancias que nos impiden realizar un estudio estadístico de todos los fracasos de la aspiración endocavitaria. Pero, por otra parte, no cabe duda para nadie de que el método ha pasado ya la fase que pudiéramos llamar experimental y, por tanto, lo que verdaderamente procede ahora es una valoración analítica de tales fracasos. Exactamente, esa es la principal finalidad del presente trabajo.

I

Los fracasos de la aspiración endocavitaria, después de conseguido un primer éxito, son de tres tipos: nueva abertura de la caverna, nuevo desarrollo del proceso tuberculoso teniendo como origen la caverna aparentemente cerrada y recidiva de la tuberculosis merced a una nueva localización sin participación visible de la antigua cavidad.

Por *simple abertura de la caverna*, queremos entender la reconstrucción total o parcial del anillo cavitario sin otra complicación o consecuencia morbosa.

Cuando sobreviene en las primeras semanas de haber retirado la sonda, lo único que anuncia es que el tratamiento ha sido insuficiente. Es por estos casos que hemos aconsejado el mantener cierto tiempo abiertas las vías, los trayectos parietales (mediante introducción diaria de la sonda, etc.) hasta adquirir la convicción de que, en efecto, el tratamiento ha sido efectivo o, en caso contrario, renovarle apenas surgen los primeros signos de su insuficiencia (reabertura del bronquio de drenaje, aparición de imagen radiológica, etc. etc.).

Otra cosa es cuando la reapertura de la cavidad sucede después de un período de haberse dado por finalizado el tratamiento y en cuyo tiempo el sujeto no ha presentado trastorno alguno de los que pudiesen indicar que el proceso continuaba, siquiera en un puro sentido mecánico.

Estos casos ocurren, sobre todo, a los tres o seis meses de haber terminado el tratamiento; más tarde suceden rara vez, si bien en nuestro material tenemos algunos casos en que tal reabertura ha sucedido a los dos o tres años.

En todos los casos, la reabertura suele transcurrir silenciosamente sin trastornos funcionales o toxémicos y tal ausencia de una verdadera sintomatología cavitaria puede arrastrarse largo tiempo. Sin embargo, excepcionalmente, es posible encontrar, como signo de la reabertura, bien una hemoptisis, bien la presencia de expectoración purulenta; en un caso, hemos observado signos inflamatorios a través del trayecto parietal, que, abriéndose, dejó escapar abundante material patológico, abacilífero, rico en piógenos. Por lo general, la reconstrucción del espacio cavitario sobreviene muy lentamente, por grados; sólo en tres casos, ya al primer examen encontramos una reabertura completa, total.

Comúnmente, repetimos, lo que ocurre es que radiográficamente, y mejor aun en la planigrafía, vamos comprobando la aparición de fisuras, de claridades irregulares con cierta tendencia a redondearse y con límites muy sutiles, a menudo incompletos. Más tarde, los espacios citados van aumentando de volumen, con ritmos diversos.

Si se reimplanta rápidamente la aspiración, se encuentra un material muy fluído, poco denso, ligeramente turbio con flora banal y muy limita-

do número de bacilos. Pero si la reimplantación de la sonda es más tardía, entonces el material drenado posee todas las características del cavitario neto.

Estas reaperturas suceden sobre todo en los casos de infiltrados o de cavidades dentro de conglomerados nodulares o en aquellas otras —sea cual sea su origen— que secundariamente han ido aislándose por regresión de los otros focos concomitantes, bien haya sido tal regresión espontánea o consecutiva a procederes colapsantes.

Por *recidiva del proceso tuberculoso a partir de la caverna*, entendemos los casos en que se reconstruye el cuadro morboso teniendo por centro esencial la caverna que llegó a cerrarse anteriormente. Puede suceder que el único signo visible sea esa misma caverna pero, a diferencia del cuadro anterior, hay ya síntomas claros de actividad tanto desde el punto de vista clínico como desde el radiológico, percibiéndose, bien infiltraciones pericavitarias, bien nuevos focos adyacentes. Otras veces, el cuadro es más complejo pues, a la par, comienzan un brote activo lesiones que estaban lejanas o surgen nuevas localizaciones. Pero la característica esencial es que si cerramos la caverna, habremos obtenido lo fundamental para detener el desarrollo tuberculoso.

Desde el punto de vista clínico, esta modalidad de recidiva puede acompañarse de unos prolegómenos no dispares de los que suelen acompañar a las entidades tisiogenas morbosas primitivas (infiltrado precoz, lobitis, procesos con localizaciones pulmonares y extrapulmonares simultáneas) viéndose, por tanto, síndromes pseudogripales, asmatiformes, reumatoides, toxoinfectivos, etc. Son más raros los casos con síndrome tóxico crónico progresivo. Muy frecuentes son los enfermos que presentan una hemoptis, a la que siguen manifestaciones locales y generales. Tampoco es infrecuente hallar enfermos en los que el primer síntoma era la recidiva de las primitivas lesiones laringeas que habían retrocedido a la par que la vieja caverna.

Más que los trastornos objetivos locales, los radiológicos dan la valoración exacta del cuadro.

La caverna tratada y que está en vías de reabrirse se hace visible en los primeros exámenes y su característica más importante es que reconstruye cabalmente la primitiva imagen. Así, se observan lobitis excavadas, anchas bandas en derredor del área cavitaria, cisuritis, pericisuritis, imágenes yuxtahiliares. A nivel de los antiguos focos, lejanos de la caverna, se observan sombras, ennublamientos, por lo general densos en su centro y con periferia difusa. En otras zonas, que hasta entonces estaban indemnes, aparecen focos nuevos.

Uno de los aspectos más característicos de estas recidivas, pero que ocurre con rareza, es el de un bloque denso abarcando una gran zona y en cuyo interior se perciben diversas claridades irregulares por lo general tangenciales a la vieja imagen cavitaria, la cual también es, más o menos, visible.

En realidad, estos casos hablan también de una insuficiencia del tratamiento, pero corrientemente sólo se perciben al cabo de mucho tiempo, uno, dos y hasta cuatro años después de haberse finalizado el método. Según mi experiencia, ocurren sobre todo en casos de lobitis excavadas, de procesos cavitarios consecutivos a vastas diseminaciones nodulares, de tisis debidas a disminaciones miliares regionales; sobre todo, cuando aparte de la caverna tratada existían otras zonas que no han logrado una total estabilización. Es por ello que dichas recidivas suceden también en enfermos pluricavitarios, bien que las cavidades no tratadas fuesen muy pequeñas y pareciese que no poseian una significación fundamental.

Entre los *fracasos por recidiva no afectando a la caverna tratada*, tenemos los siguientes: Uno, con tuberculosis miliar aguda diseminada mortal, después de tres años de éxito del procedimiento; otro, que murió a los cuatro años de tratamiento efectivo, a consecuencia de una bronconeumonía caseosa diseminada pero que respetó el territorio donde se había aplicado la endoaspiración; un tercero muerto a consecuencia de tuberculosis intestinal; otro, muerto al año y medio de tratamiento, por diseminación bilateral; uno fallecido por tuberculosis peritoneal y otro muerto, a los seis meses de haberse finalizado el tratamiento, por tuberculosis miliar aguda.

En los primeros tres casos, la seguridad de que persistía cerrada la caverna que había motivado la aspiración endocavitaria sólo se basaba en observaciones clínicorradiológicas; en los últimos tres casos, tal certeza fué debida a rigurosos exámenes anatomohistológicos que ya han sido objeto de comunicaciones (*Monaldi* y *Pana, Blasi.*

Por otra parte, aun tenemos en observación una enferma que, en 1939, fué tratada con éxito de una caverna de lóbulo superior derecho, la cual seis meses después hizo una coxitis izquierda sin que jamás haya presentado recidiva pulmonar; el proceso osteoarticular está actualmente curado.

Otros casos, también en observación, son: uno que presentó una pleuritis controlateral a los siete meses de haberse dado por curado; otro en que hubo de practicarse una nefrectomia por tuberculosis renal homolateral; de este último hace tiempo no tenemos noticias.

Por último, tenemos cierto número de casos en los cuales, no obstante la persistencia de los buenos éxitos conseguidos localmente con el método han surgido nuevos focos bien el mismo pul-

món bien en el contralateral. Entre ellos hay un caso que tenía dos cavernas, de las cuales una fué aspirada directamente y parecieron cerrarse las dos pero para que, al cabo de varios meses, se abriese la caverna inferior mientras que la superior, la directamente aspirada, permaneciese cerrada. Y, en algunos casos, hemos observado que, pese a persistir cerrada la imagen cavitaria que habíamos tratado, en su derredor se formaban imágenes cavernulares, múltiples, indiscutiblemente partiendo de focos preexistentes que habían estado largo tiempo inactivos.

II

Dejando aparte los casos en los cuales la reconstrucción de la caverna debe atribuirse a una errónea conducta técnica del método, nos parece que el motivo de los fracasos tardíos hay que buscarle en un retorno de las acciones traumáticas toracodiafragmáticas (es decir, del traumatismo inspiratorio) sobre los procesos de sutura no suficientemente protegidos, sobre la síntesis cicatricial aún no firme.

Y, en realidad, no pocos elementos positivos y negativos apoyan esta hipótesis. Por lo pronto, la experiencia demuestra que recidivan particularmente las grandes cavernas sitas en las cercanías de la pared torácica, las cuales, por sus grandes dimensiones, reclaman para la sustitución del espacio perdido una hiperdistensión anormal del parénquima circundante. También, las cavernas cuya regresión se concluye con elisión linear por no haber podido realizarse merced a un replegamiento regularmente concéntrico. Por el contrario, es excepcional, o por lo menos no tan frecuente, la reapertura de cavernas que estaban situadas en medio de parénquima o cercanas a mediastino o que eran residuales a una toracoplastía.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el papel de esta acción traumática, en cuanto a la patomecánica de la reapertura, es secundario. Lo esencial, lo que debe colocarse en el primer plano es el estado de la vía bronquial de drenaje.

En los primeros tiempos de utilización del método era frecuente abandonar el tratamiento, dándole por activo, cuando todavía estaba abierto el bronquio. De aquellos casos, algunos hay que persisten curados, pero en otros hemos visto recidivas. Precisamente por eso aprendimos a no hacer cesar la aspiración mientras no comprobábamos, mediante substancias opacas, que se había eliminado toda comunicación con el árbol bronquial.

Ahora bien, la experiencia ha demostrado que, a veces, las obliteraciones de la vía de drenaje son sólo aparentes, mejor dicho, temporales, pues se deben a invaginaciones, acodamientos, distensiones o estenosis que, con el tiempo, desaparecen y dejan libre el canal. Por otra parte, los exámenes histológicos también han puesto de manifiesto que la desaparición de la luz bronquial puede ser debida a bronquitis obliterantes que, por ser demasiado circunscritas y no llevar anejo el desarrollo de fuerte tejido esclerosante, también duran poco.

Fué por todo ello que, más recientemente, se ha introducido en el método la modalidad de ocluir artificialmente el bronquio (*Monaldi, Mesiti* y *Baffoni*) sin que, por desgracia, tampoco se pueda tener una seguridad, pues la substancia oclusiva puede movilizarse y ser expulsada en forma de bronquiolito.

En la generalidad de los casos de recidiva precoz o tardía de la caverna, la verdad es que se encuentra una reafirmación funcional de las vías bronquiales y es de presumir que, no pocas veces, a ello está ligada la reaparición de la flora bacteriana específica.

Ha sido probado que las vías bronquiales de reflujo están en varios grados y lugares tuberculizadas (*Berblinger, Perussia*). Y es bien cierto cómo, aunque se trata de procesos subordinados, no podemos tener la seguridad de que cesarán; lo mismo que no la tenemos en casos de tuberculosis urogenital cuando realizamos una nefrectomía; por cierto que el mismo *Berblinger* ha observado cómo, merced a la aspiración endocavitaria, puede transformarse en inespecífica una bronquitis tuberculosa. Pero, repetimos, aún no es posible negar que un proceso bronquítico, sobre todo de cierta entidad, no sea capaz de autonomizarse y, tras un período de relativa estabilización, dar nuevas señales de actividad y originar nuevos desarrollos.

Las consecuencias de tal cosa son fácilmente presumibles. Merced a fenómenos degenerativos y coalicuativos se reconstruye la canalización y, facilitando la acción traumática dicha, esta produce el despegamiento de las paredes cavitarias no firmemente soldadas. Por otra parte, bien mediante propagación retrógrada, bien por aspiración, el proceso específico se extiende hasta la cavidad.

Es probable que tal mecanismo se encuentre, como tiempo previo, en el fondo de toda recidiva cavitaria, tanto para los casos en los que lo primero visible es la reconstrucción puramente mecánica, pudiéramos decir, del vacío cavitario como para aquellos otros en los que ya de una vez hallamos que la caverna ha recidivado como proceso tuberculoso activo.

Más también puede señalarse otro origen a las reactivaciones tuberculosas a partir de la caverna que habíamos dado por curada. El hecho mismo de que tales fracasos se observan más cuan-

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 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

do el tratamiento fué de breve duración y más particularmente en las lobitis excavadas, en las lesiones pluricavitarias, en las cavernas provinentes de focos múltiples, comúnmente rodeadas de tejido lesionado, estas circunstancias, repetimos, hacen sospechar que las recidivas se deban a una incompleta eliminación del material tuberculoso. En los recodos, en las anfractuosidades de la pared cavitaria, en el territorio de infiltraciones perifocales, en los propios tramos parenquimatosos no enteramente expandidos, en el seno de formaciones cicatriciales, pueden quedar núcleos patológicos bacilíferos, los cuales, durante el tratamiento, en sus fases finales, ya inhiben la involución definitiva del tejido conectivo neoformado y, más tarde, por reactivación espontánea o gracias al retorno de las causas originarias, se convierten en el centro y origen de un proceso específico renovado. En estos segundos casos se podrá encontrar, en la historia, un período subagudo con un curso típicamente crónico tal y conforme se halla en todo proceso de reactivación a partir de focos mal curados; posteriormente, dan lugar a nuevas localizaciones por continuidad o contigüedad y si pasan los bacilos a canales orgánicos surgirán otros focos en lugares lejanos antes indemnes; es decir, el cuadro clínico podrá adquirir, incluso agudamente, una marcha evolutiva tisiógena.

Otras son las consideraciones sobre la posibilidad de que el proceso recidive, pese a que persista la curación de la caverna.

En algunos casos raros, con variable intérvalo a partir de haber finalizado el tratamiento, se observan nuevos desarrollos en la misma zona donde estaba la caverna que se cerró y cerrada continua. Parecen deber su origen a focos viejos, preexistentes, llegados a un nuevo desarrollo, probablemente a consecuencia de la hipertensión y enfisema que surge en los tejidos cuando la aspiración ha cerrado un espacio cavitario de notables dimensiones; *Monaldi* y *Pana* han dado evidente demostración anatomopatológica de uno de tales casos.

Cuando, cronológicamente distanciados, surgen procesos que repiten exactamente la fisionomía de la afección que originó la primer caverna cerrada, hay derecho a pensar que se trata de un nuevo ciclo morboso, cosa que sabemos sucede con cualquier terapéutica.

Pero son más frecuentes los casos en que la recidiva del tipo que ahora comentamos, es simple demostración de que la aspiración endocavitaria, si bien había dado buenos resultados locales, había sido incapaz de yugular la enfermedad en sentido patológico y biológico. Los restantes focos, pulmonares o extrapulmonares, habían pasado por un período de estabilización (gracias a la mejoría de las condiciones generales y físicas derivadas de haber aniquilado uno de los principales orígenes del cuadro tóxico del enfermo) pero quedaban aptos para toda clase de recidivas locales y para provocar nuevos brotes bacilémicos con todas las consecuencias conocidas. Estos casos reafirman que la aspiración endocavitaria, si bien puede producir grandes ventajas generales, es un tratamiento local; lo cual lleva a repetir la conclusión de que, en presencia de lesiones con focos múltiples, el método sólo puede estimarse complementario, esto es, parte de una constelación terapéutica.

III

Podemos afirmar que la *reapertura simple de la caverna*, siempre es susceptible de tratamiento En algunos casos, en los cuales sólo se observan algunas areolas no acompañadas de cortejo sintomatológico general o local, inclusive la remisión es espontánea. Presumiblemente, se trata de que se han abierto fugazmente pequeños bronquios; pero la existencia de buena cantidad de tejido circundante y la progresiva conectivización de las paredes, determinan la benignidad de la evolución posterior. A veces, los resíduos mínimos que dejan tales casos son objeto de depósitos amorfos que luego se organizan y mineralizan; una de semejantes evoluciones ha sido observada, necrópsicamente, por *Monaldi* y *Pana* y probablemente otro es el que presentamos en la Fig. Nº 1.

Pero aparte de la mencionada posibilidad de regresión espontánea, siempre tenemos factible la instalación de un nuevo proceder aspirativo. Si la reapertura es precoz, incluso puede utilizarse el antiguo trayecto pariental reinstaurado merced a repetidas instilaciones. Si la reapertura es tardía, hay que repetir la intervención. En todo caso, es aconsejable proceder con rapidez extrema ya que puede evitarse tanto la reaparición del bacilo en las secreciones como la consolidación de un verdadero proceso específico apto para aniquilar todas las ventajas locales ya obtenidas (detersión de la pared, vascularización del tejido circundante, desarrollo del tejido de granulación, etc.), las cuales todavía persisten en los primeros tiempos.

No sólo la reoperación es siempre posible, sino que resulta fecunda (fig. 2ª) a condición de que, si se ha desarrollado ya el proceso tuberculoso éste sea circunscrito (caverna con halo exudativo o circundada de una constelación de pequeños focos en reactivación o en derivación). Son más raras las posibilidades de éxito cuando han surgido focos a distancia; pero aun en ellos, el secreto del éxito está en actuar rápidamente; en función del concepto de que los focos derivados de uno preexistente, aunque tengan lejana ubicación, con

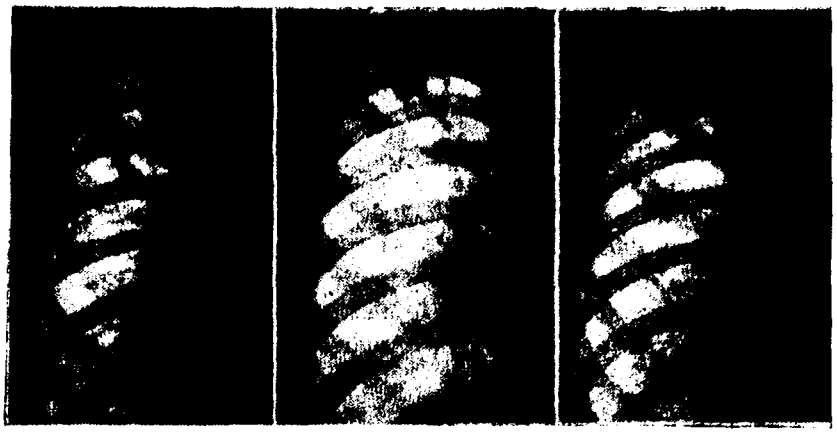


FIG. 1ª (a, b, c).

b) 11-III-1941; el tratamiento se dió por efectivo hace un año y fué abandonado. A los pocos meses se observa una zona derarefacción.
a) 18-VII-1939; inmediatamente antes del tratamiento
c) 13-XI-1943; sin tratamiento alguno, la rarefacción es sustituída por un núcleo esclerótico.

tinúan algun tiempo en posición biológica subordinada y facilmente regresan espontáneamente, si se estabiliza o elimina el foco originario, el que ocupa la posición dominante.

No podemos desconocer que existen otros casos en los cuales la recidiva lesional se hace imprimiendo a todo el cuadro morboso nueva fisionomía con tendencias evolutivas que frustan toda tentativa terapéutica. Y parece que en tales casos, afortunadamente raros, la reinstalación del método obra perniciosamente, estimulando los viejos focos, acelerando el ritmo de los nuevos y, probablemente, favoreciendo localizaciones en lugares hasta entonces sanos.

Mas delicada todavía es la situación en los casos en que la recidiva si no se hace a partir de la caverna si consigue interesarla posteriormente. Y es más delicada por que aun conserva todo su valor el principio que señala como la aparición de un nuevo proceso patológico, despues de haberse cerrado un ciclo morboso, indica la existencia de una tendencia biológica que no deja alentar grandes esperanzas sobre los resultados finales de los tratamiento activos. En tal sentido, nos parece de extrema gravedad la reactivación de focos, lejanos a la caverna, los cuales durante el tratamiento, habían parecido estabilizarse.

En el caso de la Fig. 4ª (a) se había insti-

a) FIG. 2ª b)

a) 19-X-1938; inmediatamente antes del tratamiento.
b) 26-I-1939; se abandona el tratamiento pese a que el bronquio de drenaje sólo estaba cerrado intermitentemente.

tuido, en IX-1939, el método que nos ocupa con el fin de tratar una caverna infraclavicular izquierda acomuañada de numerosos focos nodulares distribuidos en varias zonas. El tratamiento, conforme puede comprobarse en las imágenes restantes, no sólo había cerado la caverna sino que había provocado tan favorable evolución de los focos dichos que, al año, estábamos autorizados para hablar de curación clínica (XI-1940).

En Junio de 1945, se presentó un síndrome toxémico y fué agravándose gradualmente; la radiografía de Julio de ese año (Fig. 5ª (c) visibilizó que continuando ocluida la caverna tratada, ha surgido otra grande, con límites densos, exactamente en la zona donde existían anteriormente unos focos los cuales habían semejado curación cuando se cerró la caverna primera. El método aspirativo permitió recuperar la normalidad.

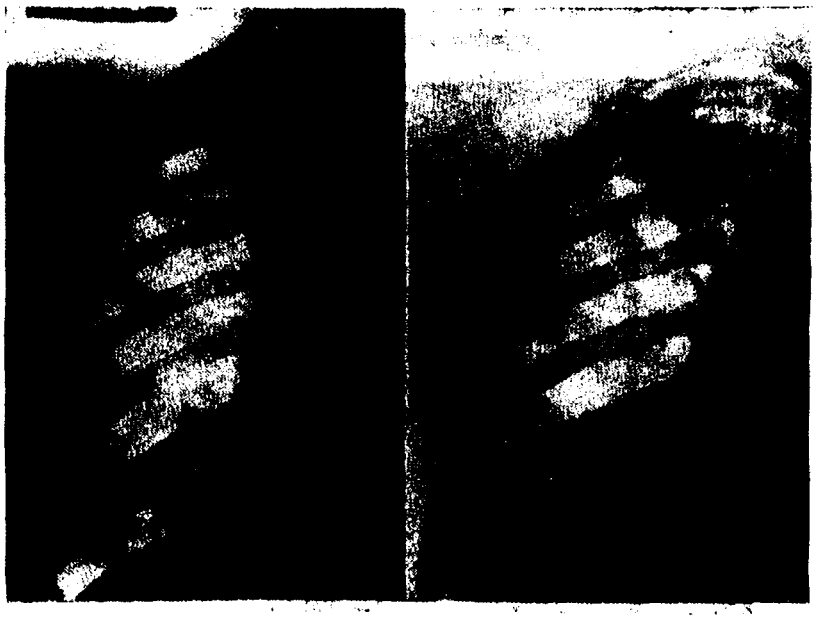
Tenemos otro caso en el cual la recidiva fué debida a un conglomerado de focos en la zona media, sin que una freniceptomía pudiera remediar el curso netamente desfavorable.

c) FIG. 3 d)

El mismo caso de la FIG. 2ª

c) 16-III-1940.—Reapertura de la caverna; un mes antes el enfermo sufrió un brote pseudogripal con hemoptisis.

d) 25-VII-1941.—Caverna cerrada.



a) FIG. 4ª b)

a) 18-XI-1939. — Inmediatamente antes del drenaje.

b) 30-VIII-1941.—Poco tiempo después de abandonar el tratamiento por efectivo. Caverna cerrada.

Presentamos estos ejemplos no para resaltar la importancia del de la posición biológica del organismo y sí para subrayar que *el tratamiento de estas recidivas debe ser preventivo;* es decir, hay que tenerlas en cuenta y siempre que existan procesos concomitantes con el que motiva la aspiración endocavitaria debe hacerse, a la par, o inclusive antes, todo lo que terapéuticamente esté indicado para conseguir una estabilización prolongada de los otros focos. Tal norma, únicamente puede dejarse a un lado si los procesos concomitantes son de naturaleza subordinada a la cavidad que vamos a tratar, si están situados en su mismo ámbito; esto es lo que sucede en los infiltrados, en las lobitis, en los procesos paucinodulares localizados y en los miliares regionales que reconocen por centro la lesión cavitada. Cuando se trata de tales lesiones

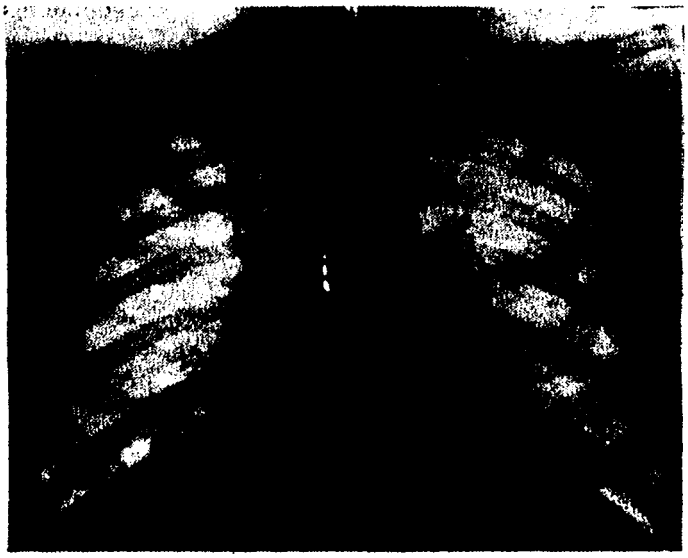


FIG. 5

El mismo caso de la FIG. 4ª.
Transcurren cuatro años en plena actividad del enfermo, sin molestias ni hallazgos en los exámenes de control. En VIII-1945 síndrome pseudogripal.
Radiografía del 30-X-1945. Reapertura de la caverna y aparición de otra, pequeña, en zona media controlateral. Laringitis. El 11-XI-1945 se reinstaura el drenaje derecho y, poco después, las manifestaciones toxémicas cesan y ambas cavernas van reduciéndose gradualmente.

FIG. 6

El mismo caso de las FIGS. 4ª y 5ª.
5-III-1946.—El enfermo ha recobrado sus bienestar y peso anteriores al brote.

subordinadas, la curación de la caverna tiene por consecuencia general la extinción de los otros focos ya que estos eran sus filiales, sus derivaciones directas. Cierto, en virtud de efectos mecánicos, pueden aparecer en el lugar de esos focos subordinados formaciones cavernulares secundarias y, excepcionalmente, hasta una nueva caverna; pero la fisionomía biológica del proceso no se modifica y hace posible la aplicación íntegra de un proceder colapsante o la reimplantación del método aspirativo.

IV

Todos los autores que se han ocupado del proceder de aspiración endocavitaria han subrayado los buenos efectos inmediatos generales y locales que provoca; casi todos, han encontrado difícil determinar en que momento debe abandonarse el método; es unánime la reserva en confrontar las obliteraciones definitivas de la vía bronquial de drenaje; muchos llegan a dudar sobre la estabilidad de los resultados obtenidos; no pocos se orientan hacia el concepto de que este proceder sólo debe considerarse cual una intervención auxiliar, preparatoria o sumativa a otros procederes colapsantes.

La opinión que me permito exponer se deriva de una larga y amplia experiencia y de controles rigurosamente llevados personalmente y en colaboración de un gran número de colegas; por otra parte, la formulo con plena conciencia de la gran responsabilidad que contraigo, tanto delante de los enfermos, como de los investigadores.

La técnica de intervención y, particularmente, las modalidades del tratamiento posterior, condicionan en gran medida los resultados inmediatos y lejanos. No se insistirá bastante sobre la necesidad de llevar a cabo el método exclusivamente en Institutos especializados y bajo la cuidadosa vigilancia de médicos experimentados en su práctica. Las directivas técnicas descritas en diversas publicaciones unicamente poseen un valor genérico; en todos los casos, las exigencias particulares sólo pueden apreciarse conociendo exactamente los principios teóricos y con una perfecta valoración clínica funcional y biológica del individuo en cuestión.

La ausencia de bacilos de Koch en la secreción aflorada por la sonda, aunque se compruebe repetidamente, *no es un signo fiel de haberse logrado la detersión cavitaria;* es necesario que, paralelamente, sobrevenga una redución homogénea del espacio cavitario sin divertículos o recesos así como que todo el territorio circundante se vaya esclareciendo hasta la totalidad. Para ello, se precisa ir lentamente, durante bastante tiempo, e inclusive, si los efectos mecánicos son muy rápidos, hay que intercalar suspensiones periódicas en la aspiración.

Ha de abandonarse sólo tras haber comprobado la obliteración durante largo tiempo y haber sido demostrada, varias veces, mediante la introducción de substancias radioopacas. Si hay dudas, y no se considera conveniente probar a obliterar artificialmente el bronquio, debe mantenerse la sonda, bien que reduciendo a tiempos mínimos, las aspiraciones. Podemos considerar demostrado que, cuando se alcanzó la finalidad clínica, es factible retener la sonda sin inconvenientes y con pocas molestias para el enfermo quien, inclusive, puede reemprender, con ciertas limitaciones sus actividades.

Si a la luz de tales párrafos se analizan los lamentables fracasos que varios autores han consignado y que tambien se encuentran en mi material, se hallará muchos que no deben adscribirse a la naturaleza del método y sí a una técnica deficiente, en gran parte posible de superar.

Palermo y Pezza, han presentado recientemente 85 casos en los cuales el tratamiento llevaba abandonado entre un mínimo de 3 años y un máximo de 7. Vivían no sólo en pleno bienestar; también desarrollaban casi las mismas actividades que antes de caer enfermos. *Monaldi* y *Pana*, han descrito tres casos en los que la curación de la caverna fue comprobada en necropsias. Recientemente, *Blasi*, ha comunicado otros tres con pruebas histológicas irrecusables. Datos todos que demuestran cómo es posible revindicar para el método de la aspiración endocavitaria un lugar propio en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar.

NOVEDADES EN EL COMERCIO TERAPEUTICO Y EN INSTRUMENTAL O UTENSILIOS

ACIDO FOLICO CON HIERRO

Además de Folvite, *Lederle Laboratories* están fabricando otro producto de ácido fólico llamado Folvron, el que se ofrece en cápsulas rojas y amarillas conteniendo cada una de ellas 1.7 mgs. de ácido fólico y 3 gramos de sulfato ferroso desecado que proporciona 61 mgs. de hierro metálico. De igual modo que Folvite, este producto está indicado contra las anemias macrocíticas, y además para la prevención y el tratamiento de las anemias secundarias y por insuficiencias de hierro. Folvron se envasa en frascos de 100 y 1000 cápsulas respectivamente.

SOLUCION INTRAVENOSA CUTTER

Cutter laboratories han introducido una nueva solución intravenosa bajo el nombre de Alco-Dex, que alivia los dolores postoperatorios, y a la vez proporciona al sistema del paciente nutrición, sal y fluídos| El producto combina alcohol F. F. U., dextrosa, y los cuatro componentes principales del Complejo de la Vitamina B. Tiene por objeto reemplazar la morfina como agente calmante de dolores postoperatorios. Su acción no induce al hábito, está libre de pirógenos, y es más lenta pero más prolongada que la de la morfina. Se administra por venoclisis, mediante equipo estéril.

HIGADO, HIERRO Y MEDULA OSEA ROJA EN COMBINACION

Hepamedul es el nombre de un compuesto de hígado, hierro y médula ósea roja en una base de extracto de malta, recomendado como tónico y como hematínico. El producto se envasa en frascos cuentagotas de 2 onzas, y en frascos de 4 y 8 onzas respectivamente. El fabricante *The Armour Ltboratories Armour and Co.* se complacerá en enviar, a solicitud, material descriptivo en español.

EL NUEVO ANTIACIDO MALCOGEL

The Upjoh Company, ha introducido su nuevo antiácido Malcogel, el que puede tomarse tal como viene o mixturarse con agua, leche u otros líquidos poco ácidos. El nuevo antiácido se envasa en frascos de 354 cc., y cada 30 cc. contienen 3.888 Gmos. de trisilicato de magnesio y 1.944 Gmos. de hidrato de aluminio.

BENZOATO DE BENCILO, LOCION DE BENZOATO DE BENCILO Y BENZOATO DE BENCILO SAPONIFICADO

El benzoato de bencilo es el ester bencílico de ácido benzoico. Es un líquido cristalino, incoloro y oleoso, de olor ligeramente aromático. Aunque a veces se emplea internamente, la nueva edición de la Farmacopea lo reconoce para el tratamiento de la sarna y la pediculosis. La Loción de Benzoato de Bencilo es una emulsión al 25 por ciento en una base de oleato de tritanolamina. Se emplea contra la sarna, después de haber tomado el paciente un bako de agua caliente, y entonces se aplica la loción sobre todo el cuerpo, le pies a cabeza, y finalmente se deja secar.

El Benzoato de Bencilo Saponificado es un concentrado que cuando se diluye con 3 partes de agua y se agita produce la loción terminada.

Estos productos dieron excelentes resultados al Ejército Estadounidense durante la guerra en el tratamiento de la sarna.

AMETHONE

Los *Laboratorios Abbot*, han lanzado al mercado un nuevo preparado, llamado Amethone, producto de investigación de dichos Laboratorios. Amethone es:

(Clorhidrato de 3 (beta-dietilaminoetil) -3-fenil-2-benzofurona, Abbot).

Es recomendado para la profilaxis y el tratamiento de cólicos causados por espasmos de la musculatura lisa de la pelvis renal, del uréter y de la vejiga, consecutivos a urolitiasis, manipulaciones instrumentales, pielografía retrógrada, catéteres de retención y taponamientos. El producto se suministra en cápsulas de 50 mg. y en solución para uso intramuscular, 100 mg. en ampolletas de 2 cm^3. Hay que observar ciertas precauciones en la administración de esta droga. Es de esperarse que dosis iguales producirán reacciones más graves cuando se inyectan intramuscularmente, que al administrarlas por la vía bucal; la inyección intravenosa introduce de una vez la dosis total en el torrente circulatorio, y, por tanto, no debe practicarse. Por consiguiente, y como ya se ha dicho, siempre deben tomarse las precauciones usuales para evitar la inyección intravenosa accidental, al efectuar las inyecciones intramusculares de Amethone, Solución. La inyección intra-

muscular puede provocar localmente sensaciones punzantes o de ardor. Las comunicaciones clínicas asientan que las reacciones generales que pueden presentarse a consecuencia de la administración de Amethone, incluyen vértigo moderado o grave, sequedad bucal, excitación que en ocasiones se asemeja a la intoxicación alcohólica, sensación torácica, síncope, dilatación y ligera caída pasajera de la presión sanguínea. Tales reacciones pueden combatirse con dosis pequeñas de barbituratos de acción corta (Pentothal Sódico o Nembutal), adminitradas intravenosamente. Amethone, se suministra en envases de 25 y 100 cápsulas de 50 mg. y su Solución 100 mg, en ampolletas de 2 cm^3, en cajas de 3 y 25 ampolletas.

LAS VITAMINAS Y LA CANICIE

La propaganda de tipo popular que algunos fabricantes de E. U. han hecho de preparados vitamínicos destinados a restaurar el color del cabello, originó que el Post Officie Departament de Wáshington, considerando que esta propaganda constituía un fraude para el público, requiriera al fabricante *Elias A. Kahn* a informar sobre el producto vendido por él y denominado "Greygone Vitamin" o sea "Vitaminas contra las canas", pues según el instructivo que acompaña al producto, éste restaura el color y lustres normal del cabello. El inspector del Post Officie que llevó a cabo las investigaciones del caso informó que el preparado, por contener ácido pantoténico, puede, en algunos casos, restaurar el color original al cabello canoso. Sin embargo, un perito oficial de la Food and Drug Administration declaró que el ácido pantoténico (una de las vitaminas del complejo B) no se sabe si es esencial en la alimentación humana, ni que su deficiencia origine una enfermedad específica. Informó tambien que el ácido pantoténico se encuentra ampliamente distribuído en los alimentos comunmente ingeridos por el público americano, por lo que no hay porqué sospechar existan deficiencias del mismo.

Sin embargo, los conocimientos actuales en nutriología, han llevado a diferenciar claramente, en los animales de experimentación, un síndrome conocido con el nombre de acromoticia nutritiva y caracterizado por encanecimiento, perdida del brillo y aumento de la fragilidad del pelo, síndrome que parece estar íntimamente unido a deficiencias en vitaminas del complejo B, principalmente de los ácidos para-amino benzoico y pantoténico, pues *Sieve* demostró que el síndrome desaparece con la administración de estas vitaminas (Science, 93, 164, 1941).

Por otra parte, la terapéutica con ácido pantoténico y para-amino benzoico, en el tratamiento de la canicie humana, fué practicada, entre otros, por *Brandaleone, Main* y *Steele* de la Universidad de Nueva York (Am. M. Sc. 208: 315-321-1944). Una persona tan ponderada como *Davison*, en la edición de 1944 de su conocida "Synopsis of Materia Médica, Toxicology and Fharmacology" dice textualmente:

"Existe alguna base para creer en la existencia de una relación entre las vitaminas y el encanecimiento del cabello, relación actualmente desconocida. Sin embargo, de todos los factores vitamínicos cuya deficiencia se ha señalado como causa de canicie (pantotenato de calcio ácido para-amino benzoico, biotina e inositol) el pantotenato de calcio parece ser el mas relacionado con la aparición de esta. Según varios informes 10 a 20 mgrs. diarios, y aun más, han sido administrados. El tiempo necesario para mostrar alguna evidencia de restauración en el color del cabello, varia de 1 a 6 meses. Un informe dice que, el 88% de los casos tratados mostraron una positiva evidencia de que el cabello vuelve a su color".

Según nuestra opinión, existen por lo menos dos clases de canicie; una ligada a factores hereditarios y de envejecimiento y otra posiblemente relacionada con una deficiencia vitamínica. La canicie del primer tipo, es muy fácil de tratar con el sin fin de tintes para el pelo de diferentes tonos y colores que existen en el comercio, la segunda, recurriendo a un tratamiento vitamínico el cual aunque no restaure el color del pelo, siempre beneficia el estado general del organismo. Por eso recomendamos a quienes tengan la justificada coquetería de retrasar la aparición de los signos externos de la vejez que ensayen la terapéutica vitamínica y en caso de fracasar recurran a un buen tinte, para despues decir que las vitaminas han sido maravillosas. De los preparados fabricados en México a base de vitaminas, a nuestro modo de ver el que mas porbabilidades tiene de ser eficaz es la VIZOINA de nuestros Laboratorios, pues cada comprimido tiene dosis suficientes de Biotina, Inositol, Ac. pantoténico y Ac. para-amino-benzoico. Así que... ¡a pedir muestras!... LABORATORIOS "LABYS".

IV
Comentarios

A PROPOSITO DE UN BOICOT

Luego nos quejamos. Primero, tiramos pedruscos a nuestro tejado. Y despues, cuando nos llueve encima, todo son lamentos acerca de que nos han quitado o quitan la noble condición de sacerdocio de nuestra profesión, su calidad de "liberal", etc., etc.; es decir, cuanto en los cimientos y en las tejas ha venido protegiendo la contextura del ejercicio profesional médico.

En poquísimo tiempo hemos tenido noticias de dos propuestas de "boicot" a determinadas casas productoras de medicamentos. Una vez, allá por el Norte de nuestro país, el pretexto ha sido "falta de colaboración"; esta otra, más reciente, "ofensas a la clase médica mexicana". No cabe duda, cualquiera de ambos motivos —de ser ciertos— justifican una reacción entre nosotros, los profesionales de la Medicina.

Pero esa reacción no puede ser un boicot colectivo. Y menos aun puede llevarse tal propuesta a la Prensa. Pues:

a) en el ejercicio de nuestra profesión, sólo *podemos —Y DEBEMOS— boicotear los medicamentos inútiles,* las Casas y Laboratorios Productores de drogas y compuestos ineficaces, bien por falta de base científica, bien por ausencia de garantías en su preparación; y

b) todo boicot que no este basado en tal razonamiento —beneficio del enfermo— pone en evidencia cómo en el ejercicio de nuestra profesión hacemos intervenir otros factores, que, aun siendo tan respetables cual nuestra dignidad profesional, han de estar absolutamente subordinados a la mejor consecución de nuestro único fin (en cuanto a medicamentos se refiere: el fin citado: beneficiar al enfermo).

No sirve decir, "los medicamentos de la Casa boicoteada" se preparan también por otras, con lo cual en nada se perjudica al enfermo recetando los productos de estas y no los de aquellas". No sirve decirlo, pues quien tal lea de nuevo pensará que en nuestras recetas juegan papel factores circunstanciales. De ahí a pensar que estos puedan tener determinado sonido metálico o un matiz amical, de protección... no ha de faltarles mucho a no pocas gentes. ¿Quién se perjudica más? Para nosotros es indudable: el mayor perjuicio es sufrido por el concepto de las gentes sobre nuestra manera de ejercer la profesión médica, de buscar el beneficio del enfermo.

No, no podemos boicotear aunque nos insulten, aunque no se quiera colaborar con nosotros. Podemos y debemos boicotear —insistimos— los productos inútiles, superfluos, los Laboratorios y Casas que engañan al público y a los propios médicos. Esos sí, *esos debemos boicotearlos* —valga la expresión— *aunque colaboren con nosotros y nos colmen de elegios merecidos y por merecer.*

Con cuya afirmación llegamos a la segunda parte de este COMENTARIO: fijar nuestra postura sobre "colaboración" y "ofensa". Es posible que haciéndolo nos atraigamos calificativos crasamente desagradables, pero ¡que le vamos a hacer si cumplimos con nuestro deber!

Y nuestro deber es decir que la "colaboración" hay que merecerla, que no podemos juzgarnos con derecho a ella por la sola circunstancia de nuestro título, de nuestro ejercicio, de nuestra intención. Más concretamente, en dos ejemplos muy claros, de esos de "al pan, le llamaremos pan y vino, al vino":

1º—Una proyectada "Convención Médica" sin reales consecuencias para el progreso de la medicina, para el mejoramiento de la salud pública, no merece ninguna "colaboración" ni ayuda.

2º—Una "Revista Profesional" cuyo contenido, cuya labor, es de nulo o ínfimo significado y aun este puramente personal, tampoco merece ayuda y colaboración.

Y quienes, en cualquiera de los dos casos, las solicitan o las prestan, en verdad causan en perjuicio a la esencia que unos y otros creen defender. Pues no siendo —cual no son— inagotables las posibilidades de colaboración y ayuda se atomizan y malgastan sin alcanzar sus objetivos.

Que se nos entienda bien todo lo escrito. Que se entienda como nosotros no particularizamos ni "arrimamos el ascua a nuestro fogón". No es eso. No es, p. e., que encubiertamente digamos "Debe colaborarse en nuestra Revista o en cualquiera otra capitalina de gran nivel y abandonarse a las Revistas de los Estados cuyos medios son más pobres y, por ende, han de poseer otro cariz". No, no es eso. Y como no nos duelen prendas, ahí esta un magnífico periódico profesional, "Revista Médica" de Torreón, sencillamente admirable, ejemplo vivo de quién merece colaboración y ayu-

da. En cambio... pero, ¿para que citar otras revistas profesionales (¿) cuyas páginas no encierran más que "refritos" sin interés, elucubraciones pseudoliterarias y "Ecos de Sociedad"? Entregar a estas, ayuda y colaboración es no forzarlas a mayor trabajo, no inculcarlas la precisión vital de perfeccionarse, de cumplir su verdadero papel. Y, también, restar aportaciones a quienes las utilizarían mejor. Ello sin hablar de lo implicado en esta frase una y otra vez escuchada: "Sí, en tal o cual "Revista" anunciamos por que no hay más remedio. ¡Es de Fulano!, ¿sabe Ud?" Frase, hechos, bien conocidos por todos, incluso por los no profesionales y que ¡la verdad! no son galardón para nosotros, para los médicos.

Por último. ¿De verdad vamos a "ofendernos como clase" cuando se critique justamente a este o el otro profesional, a esta o la otra expresión periodística de estos o aquellos compañeros? Pues, entonces, ¡no vamos a ir muy lejos! Ahí tenemos bien reciente el ejemplo con lo sucedido en los días del proceso contra los médicos (¿) alemanes verdugos y atormentadores de los campos de conecntración. Profesionales hubo que no "juzgaban prudente atacar a esos "compañeros" pues ello redundaría en desprestigio de la Medicina. ¿Y cual fué la consecuencia- La consecuencia fué escuchar "Ah, pero Uds. juzgan que se pueden desprestigiar colectivamente porque algunas de sus individualidades hayan resultado viles e indignos de toda consideración humana? Es decir, ¿todavía piensan que esos criminales siguen siendo médicos?"

No, tampoco es posible sentirse ofendidos por cualquier crítica o juicio referentes a concretos gestos bien criticables y enjuiciables. Y, en otro caso, ¿tan poco valemos que podamos ofendernos "como clase" por manifestaciones injustas o despectivas? Si alguna vez se hacen, ¿cabe mejor contestación que demostrar cuan falsa es su base? Sin rasgarnos las vestiduras, trabajando tan sencilla y honradamente como trabajamos. Sin susceptibilidades ni complejos que solo pueden crearse en los débiles, en los faltos del íntimo sentimiento del deber cumplido a toda hora. Y sin solidaridad para lo que implique un error nuestro. Saliendo al paso de todo lo que no redunde en mejor servicio de nuestra profesión, de sus fines.

V

Conceptos, Estado y Problemas de la Organizacion Médica Mundial

LA ORGANIZACION SANITARIA MUNDIAL

El número 16 de la excelente revista francesa "Techniques Hospitalieres", correspondiente a Enero del presente año, publica la Conferencia de Prensa dada, en Diciembre de 1946, por el Dr. *Cavaillon*, Director General de Salubridad en el corespondiente Ministerio Frances. La Conferencia se dictó bajo el mismo título que preside estas líneas y, aunque otros periódicos profesionales ya trataron el tema, nos parece que las palabras del Dr. *Cavaillon* podrán ser útiles a nuestros lectores y las reproducimos casi íntegramente.

"No voy a realizar una exposición dictática, sino solamente a exponer lo que es la "Organización Sanitaria Mundial". Pero antes, pienso que posiblemente será de interés recordar, en muy pocas palabras, la historia de las organizaciones internacionales de Salubridad.

Evidente que no hay otro terreno donde la colaboración internacional pueda ser más necesaria. Y, sin embargo, durante largos siglos no hubo ninguna. Bien es verdad que inclusive, a menudo, faltaban organizaciones nacionales de la sanidad. Luego, poco a poco, estas surgieron y, saltando las fronteras, se vió aparecer una cierta estructuración sanitaria general, empleada en la lucha contra las grandes pandemias exóticas que desvastaron Europa, a intervalos más o menos regulares.

La primera organización sanitaria francesa se acometió hace cuatro o cinco siglos para combatir la peste y el cólera; son muy típicas, p. ej., las medidas tomadas cuando ocurrió la gran peste de Marsella. Pero en materia de lucha internacional no había nada, salvo un acuerdo entre los diferentes países civilizados del Mediterráneo para defenderse de las epidemias procedentes del Oriente.

En realidad, la verdadera organización sólo surgió en 1907 cuando, despues de una Conferencia Científica Internacional, se creo en Roma la "Oficina Internacional de Higiéne Pública", que, teniendo su sede en París, dirigida siempre por un médico francés, agrupaba en su seno, prácticamente, a todas las naciones civilizadas; admitía también a representantes de Colonias, Protectorados, Territorios bajo Mandato e, inclusive, a ciertos países del Extremo Oriente. ¿Cuáles eran sus tareas?

En primer lugar, estaba encargada de estudiar las convenciones sanitarias internacionales y, despues de vigilar su cumplimiento. Convenciones que casi todas tenían por fin luchar contra las enfermedades exóticas, impedir o limitar su introducción en los países europeos o americanos. Pero no sólo eso. También se ocupaba de extinguir los focos epidémicos de otros países y, a este respecto, conviene señalar la buena actuación con motivo de las peregrinaciones a la Meca, fuente muy seria de epidemias y que, gracias a los trabajos de la Oficina, dejó de ser peligrosa en los últimos años.

Sin embargo, el "Office Internacional d'Hygiene Publique" tenía muy escaso papel en Higiéne Social; lo mismo en Europa que en el continente americano. No se ocupaba de Medicina Preventiva, en el amplio sentido, ni de Medicina Curativa. No intentó mejorar el funcionamiento hospitalario y la verdad es que, fuera de las enfermedades exóticas, sólo se puede citar una en cuya lucha realizase alguna labor efectiva: la sífilis. Fué gracias al "Officie" que se consiguió la Convención de Bruselas (1918) mediante la cual se pudo atender gratuitamente, en cualquier país, a los marinos atacados de enfermedades venéreas.

También debe señalarse que el "Officie" publicaba un Boletín mensual muy notable, donde, aparte de artículos sobre cuestiones internacionales de salubridad, vieron la luz gran mayoría de documentos relativos a legislación sanitaria de los diversos países miembros de la Oficina.

La situación cambió al nacimiento de la Sociedad de Naciones, creándose en ella una Sección de Higiéne confiada a un alto funcionario polaco, el Prof. *Rajhman*, instalándose en Ginebra y también reuniendo a todas las naciones miembros de la Liga.

Esta Sección de Higiéne realizó un gran trabajo, bastante más amplio que el de la Oficina Internacional de Higiéne; con más impulso fué poco a poco abarcando problemas cada vez más profundos y será suficiente señalar que cuando estalló la guerra, en 1939, celebraba una Conferencia Mundial sobre Higiéne Rural.

Ahora bien, al crearse la Sección citada... no desapareció la Oficina que ya existía; siguie-

ron funcionando ambos organismos y, por cierto, que no siempre fué su colaboración excelente pues no era raro que las dos instituciones acometieran idénticas tareas, cada una por su lado, y se negasen a empeñarse en otras. Sin embargo, ambas trabajaron lo mejor que supieron iniciando el camino de la "Higiéne Internacional".

Pero he aquí que estalla la guerra de 1939. ¿Que serte imprimió a tales organismos?

El "Officie Internacional d'Higiene Publique", continuó trabajando normalmente hasta el día en que París fué ocupado; desde entonces, no queriendo ser un órgano del imperio nazi, se dedicó a "ir trampeando", sin hacer nada. Ginebra, lugar central de la Sección de Higiéne de la S. de N. no fué invadida, pero las circunstancias tampoco permitieron el trabajo; parte de la Sección se trasladó a Norteamérica, parte quedó en Ginebra y si bien una y otra continuaron laborando, los resultados no fueron muy visibles.

Durante la guerra, los Aliados comprendieron que las cuestiones sanitarias alcanzaban la máxima importancia y de ahí la necesidad de reconstruir un organismo sanitario. Creada la U. N. R. R. A. esta, a su vez, creó una Sección Sanitaria que fué, prácticamente, quien llevó todas las tareas correspondientes en los países que habían conservado su libertad. Sus tareas fueron en gran parte facilitadas por la existencia, bastante anterior, de un organismo semejante, la "Oficina Sanitaria Panamericana", que teniendo su emplazamiento principal en Wáshington y apoyada principalmente por los Estados Unidos, labora en pró de mejorar las condiciones sanitarias de aquel continente.

Cuando se constituyen las Naciones Unidas, su organización, se instituyen dos grandes secciones; una, el Consejo de Seguridad, que, pudiéramos decir, reune los Ministerios de Relaciones Exteriores, de Guerra, Aviación, Marina, es decir, todo lo concerniente a política exterior y otra, el Consejo Económico y Social, a modo de un Ministerio del Interior, que recibe el encargo de crear una especie de Subsecretarías, de "Agencias", de Instituciones especializadas entre las cuales se cuenta la de Salubridad.

Pasan unos meses y, trás la primera reunión del Consejo Económico y Social, habida en Londres en Marzo de 1946, se reune en París en la Primavera del mismo año una Comisión preparatoria (Inglaterra, Estados Unidos de Norteamérica y Francia) la cual traza el anteproyecto de Organización Sanitaria Mundial. Fué no una reunión internacional y sí una reunión interna del citado Consejo Económico y Social. Pronto nos pusimos de acuerdo sobre casi todos los puntos, menos sobre el emplazamiento que debía darse al organismo central, cuestión que se dejó íntegramente para la sesión, ya verdaderamente internacional, celebrada en Junio y Julio de 1946. Acudieron no sólo todas las Naciones miembros, sino tamién otras que todavía no lo eran y que por tal circunstancia no poseían voto; cosa sin gran importancia pues lo que valió fueron las opiniones emitidas.

Salvo los enemigos y dos o tres países más, todas las Naciones de la tierra estuvieron representadas en lo que podemos calificar como el Parlamento de Salubridad. Y, como cada una de las setenta y tantas naciones habían enviado tres o cuatro representantes, por primera vez en la historia de la Humanidad se encontraron reunidos casi 300 higienistas, oficialmente enviados por sus gobiernos para tratar cuestiones sanitarias.

Las sesiones fueron largas y molestas. Molestas por que estábamos muy mal instalados, pues nos reuníamos en lo que era el emplazamiento provisional de las Naciones Unidas, un antiguo Colegio de señoritas, (ahora ha vuelto a serlo de nuevo) muy alejado del centro de Nueva York, sin condiciones, cosa que exageraba el cálido estío neoyorkino. De todas suertes, trabajamos fuertemente y la Conferencia adoptó los principios siguientes:

"LOS ESTADOS partes de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

◎ La salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

◎ El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

◎ La salud de todos los pueblos, es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

◎ Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud, son valiosos para todos.

◎ La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las trasmisibles, constituye un peligro común.

◎ El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente, es indispensable para este desarrollo.

◎ La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público, son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser lograda mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Al proclamar tales principios, la Conferencia declaró que se constituía una institución especializada con las funciones que se enumeran a continuación:

a) actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;
b) establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue conveniente;
c) ayudar a los gobiernos (a su solicitud) a fortalecer, sus servicios de salubridad;
d) proporcionar ayuda técnica adecuada, y, en caso de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten;
e) proveer, o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicomisados;
f) establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística;
g) estimular y adelantar los trabajos para suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras;
h) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes:
i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;
j) promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud;
k) proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad;
l) promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente;
m) fomentar las actividades en el campo de la higiéne mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres;
n) promover y realizar investigaciones en el campo de la salubridad.
o) promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines;
p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social;
q) suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud;
r) contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud;
s) establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública;
t) establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario;
u) desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, bilógicos, farmacéuticos y similares; y
v) en general, tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización.

Si acabamos de hacer tan larga enumeración es tanto para demostrar la aplastante tarea encomendada a la Organización Sanitaria Mundial como para dejar en claro que los delegados presentes en Nueva York abordaron el problema en su conjunto y no se limitaron, cual en anteriores experiencias, a las cuestiones derivadas de la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Ahora bien, ¿como van a lograrse todas las finalidades señaladas?

En principio, la estructura prevista responde a las mismas normas ya experimentadas en otras instituciones especializadas de las Naciones Unidas. Todos los años se reunirá una Asamblea General agrupando a los representantes de todas las Naciones miembros de la Organización, bien entendido que sea cual sea el número de cada delegación sólo se contará un voto por nación. Y debe señalarse que podrán participar no sólo los miembros, cual hemos dicho, sino tambien los

países a quienes el Consejo Económico y Social conceda la categoría de agregados. Pensamos que las epidemias, etc., puedan aparecer en países que no sean miembros de la Organización y no por eso vamos a dejar de atenderlas; es decir hemos querido guiarnos por el aspecto técnico y no por las facetas políticas.

Esta Asamblea anual no puede considerarse sino como un Parlamento pues agrupará 300-400 individuos que sólo podrán tomar acuerdos generales. Habrá, por tanto, un Consejo Ejecutivo habiéndose decidido que conste de 18 miembros, los cuales se reuniran trimestralmente durante 10-15 días. Y, para dar continuidad a las tareas así como para todas las restantes fuciones inmediatas, existirá una especie de Secretariado con su Director General.

Pero no existirá un sólo Secretariado, o al menos, no habrá un único escalón de acción inmediata para todo el mundo. Existirán diversas estructuras que podemos calificar de regionales; es decir, el emplazamiento central de la Organización Sanitaria Mundial podrá ser París o Ginebra, pero los asuntos referentes al continente americano o al asiático se resolverán, en lo inmediato, en organismos locales.

Una de las cuestiones que fué aplazada para la primera reunión plenaria, verdaderamente oficial, de la O. S. M. —a celebrar, verosímilmente, en 1947— fué la sede de la institución. Los americanos lucharon para conseguir que se reconociera como emplazamiento el mismo de las Naciones Unidas; hubo bastantes partidarios de que ia O. S. M. utilizase las magníficas instalaciones ginebrinas de la fenecida Sociedad de Naciones y, por último, los franceses —en unión de los belgas y los representantes rusos— defendieron París como lugar central para la O. S. M. En principio, la proposición francesa obtuvo una mayoría de dos o tres votos, pero entonces los americanos volvieron a plantear la cuestión, apelando a fórmulas puramente administrativas en defensa de que solamente la primera Asamblea tenía poderes para decidir, y en nueva votación París fue derrotado también por dos o tres votos. En definidas cuentas, repito, la cuestión quedó en pie.

Otra de las cuestiones que provocaron mayor discusión fué la regla de conducta a seguir con la Oficina Internacional de Higiéne, y la Oficina Panamericana, la Sección de la Sociedad de Naciones y la de la U. N. R. R. A.; después de muchas argumentaciones se acordó disolver todas para convertirlas en organismos de la nueva O. S. M. Las tareas de reajuste se encomendaron a una Comisión Interina —también de 18 miembros— que ha de funcionar hasta que se celebre la primera asamblea ya citada.

Las negociaciones con la U. N. R. R. A., con la Oficina de Higiéne Pública, con la Sección de Higiéne de la Sociedad de Naciones, acabaron pronto pues los tres organismos consintieron en ceder ella. *No ha sucedido lo mismo con la Oficina Sanitaria Panamericana* pues la misma alude que, conservando cierta autonomía, va a convertirse en la estructuración americana de la O. S. M.

Otro de los aspectos que ocupan actualmente las tareas de esa Comisión Interina es regularizar todo lo concerniente a las diversas organizaciones internacionales de carácter privado que existían antes de la guerra: Unión Internacional contra la Tuberculosis, contra el Cáncer, contra las enfermedades venéreas, etc., etc. Anteriormente, todas ellas funcionaban con absoluta independencia entre si y con las instituciones internacionales de Higiéne ya mencionadas. Desde ahora, ha de lograrse un encuadramiento —siquiera funcional— de todas dentro de la O. S. M. Y para comenzar, esta O. S. M. ha encargado a la Unión Internacional contra las enfermedades venéreas el estudio de una serie de problemas para que las conclusiones sirvan de base a las decisiones del de la pirmera asamblea plenaria de la O. S. M."

*
* *

Demasiado largo para que hoy en este número comentemos aquellas partes merecedoras de reflexión; "quedará para otro día".

LOS MEDICOS EXILADOS EN PAISES EUROPEOS

En los últimos meses, se observa cierta reacción de los poderes gubernamentales de diversos países europeos a la política de rigurosidad que venían siguiendo contra los médicos de otras nacionalidades que, por motivos varios, habían tenido que abandonar su patria. Muchos, muchísimos de ellos, inclusive se incorporaron a los Ejércitos de los países donde residían y combatieron contra el enemigo común... para verse privados del ejercicio profesional una vez la victoria conseguida.

Pues bien, el Parlamento Francés aprobó el 11 de Octubre próximo pasado una Ley que concede el diploma francés a los médicos extranjeros que hubiesen prestado servicios a Francia y solicitasen su naturalización, pudiendo presentar sus

títulos profesionales o documentos equivalentes. Cierto, habrán de pasar por un examen especial salvo en el caso de que puedan demostrar una labor científica anterior (publicaciones, profesorado, etc.).

Por su parte, en Suecia han comenzado las reuniones de una Comisión mixta (representantes gubernamentales, de los Hospitales y de la Asociación de Médicos) que ha de señalar las condiciones en que se permitirá la revalidación sueca a los títulos médicos conseguidos en otros países.

Y en Inglaterra, el Ministerio de Salubridad —quizás para indicar que estaba dispuesto a cumplir su "advertencia" de que utilizaría a profesionales extranjeros si los nacionales saboteaban la nueva Ley de Organización Médica— tambien ha dado instruciones reduciendo el período de estudios que se había dispuesto efectuasen los médicos no ingleses que deseasen ejercer en el Reino Unido.

DATOS SOBRE LOS MEDICOS SUIZOS

El Boletín Profesional de Médicos Suizos ha publicado muy recientemente una estadística de las personas con títulos médicos reconocidos en el país. Resulta, que

—Suiza cuenta ,en total, con 5.764 doctores y licenciados en Medicina, de los cuales:

3.806, constituyen la categoría de "independientes", esto es, sólo atienden su clientela privada,

1.582, a la par que ejercen privadamente la profesión, prestan servicios en centros médicos benéficos o estatales,

236, únicamente atienden sus puestos oficiales o de empresas, y

el resto, no ejerce,

—en el total del país, la proporción media es de 1 médico por cada 1.500 personas. Pero ciertas ciudades están mucho más favorecidas; así, p. ej.,

Basilea, tiene un médico por cada 790 habitantes,

Zurich, por cada 644,

Ginebra, por cada 451,

Berna, por cada 686, y

Laussana, por cada 645.

LA ASISTENCIA MEDICA EN HUNGRIA

Muchos de los médicos húngaros hubieron de incorporarse a las tropas alemanas y la mayor parte no han regresado a su patria. Por otro lado, bastantes profesionales han encontrado ,ahora, preferible no ejercer su profesión. En consecuencia, se calcula que actualmente el número de médicos húngaros en ejercicio no llega al 40% del existente antes de la guerra.

El porcentaje es más favorable en cuanto a los farmacéuticos, pues el 73% de las farmacias —en total, 880— funcionan. Pero con tal falta de medicamentos esenciales que la mayor parte, para subsistir, se dedican también a otras ventas.

De 42.000 camas hospitalarias que tenía el país antes de la guerra, sólo 20.00, aproximadamente, se mantienen en la actualidad y eso en tales condiciones que el trabajo en los quirófanos resulta imposible.

Si se añade que en la ciudad de Budapest, p. ej., el 90% de los cabezas de familia no pueden cubrir sino el 29% del presupuesto mínimo de gastos, se comprenderá el estado sanitario. Como índice, señalaremos que, en 1946, murieron el 40% de los recien nacidos.

Otro dato que da una buena idea de las pérdidas sufridas por la organización sanitaria húngara es el referente a hospitalización tuberculosa: Antes de la guerra, Hungría era uno de los países mejor dotados en cuanto a Hospitales para tuberculosos, pues contaba con 961; actualmente, tiene 23.

NACIONALIZACION DE LOS BALNEARIOS FRANCESES

Los balnearios franceses son poco conocidos —salvo dos o tres excepciones—, principalmente por falta de propaganda en el Extranjero. Antes de la guerra, el Estado Francés con los impuestos a los beneficios de los propietarios y arrendatarios de los balnearios sólo recibía una cantidad equivalente a un centésimo del presupuesto de gastos del país.

Ahora, conforme a los proyectos del Ministerio de Salubridad Francés, todas las fuentes termales serán nacionalizadas y consideradas propiedad del Estado, quien habrá de explotarlas di-

rectamente. Los contratos de arrendamiento se anulan; los dueños de balnearios serán indemnizados por la transferencia de sus títulos de propiedad.

Conforme podía esperarse, la medida ha supuesto no pocas protestas. Pero las estadísticas aducidas han sido incontrovertibles. En 1931, los balnearios franceses recibieron 494.071 turistas extranjeros y vendieron 261 millones de botellas de agua mineral. De los 12 a 15 millardos de francos que el turismo ingresaba anualmente en las arcas francesas, más de la cuarta parte se debía a los balnearios, dándose el caso de que, en 1929, sólo las casas de banca de Aix-les-Bains cambiaron 50 millones de divisas extranjeras a los turistas del balneario. Y acabamos de indicar que en ese año los beneficios que recibió el Estado fueron bien pequeños.

Segun los cálculos de los economistas francés, la nacionalización de las fuentes termales, su buena administración y propaganda, pueden significar un ingreso anual superior a los 30.000 millones de francos.

MARCHA ATRAS EN INGLATERRA

¿Recuerdan Uds. nuestras anteriores informaciones? Y, ¿recuerdan también que preveíamos una rectificación a la par que criticábamos la actitud de los "dirigentes" de las Asociaciones Profesionales Inglesas?

Bueno, pues podríamos presumir. A los pocos días, muy pocos días de que los tales "dirigentes" (¡) rotundamente proclamasen que el plebiscito les daba la razón y que no conversarían más con el Ministro, los tres Presidentes —el del Real Colegio de Físicos, el del Real Colegio de Cirujanos y el del Real Colegio de Tocólogos y Ginecólogos— dirigieron una carta al Ministro de Sanidad en la cual, después de recordar "la oposición de la parte substancial de los profesionales a renovar el diàlogo" y resaltar que intervienen para ver si es posible salir del "impasse", reconocen que las calidades del nuevo servicio dependerán en gran parte de las regulaciones y reglamentos que se han dejado al arbitrio del Ministro y en las cuales pueden encuadrarse los deseos fundamentales de los médicos ingleses. Deseos que se concretan

- en cuanto a los médicos generales: reconsideración del salario básico, del Tribunal que ha de juzgar a los médicos y afirmación de la libertad en los desplazamientos de los profesionales sanitarios, y
- en cuanto a los médicos especializados: también la libertad citada y el derecho de los individuos a conseguir un consejo médico independiente, lo cual supone la continuación del ejercicio privado.

El Ministro apresuradamente contestó siendo sus palabras primeras no poco irónicas y demostrativas de saberse pisando un terreno muy firme; en efecto, escribía que, desde luego, era posible haber discutido ya antes, sin que la discusión implicase una aprobación del proyecto en total; enseguida, afirmaba que cada profesional "llegada la hora" habría de ser quien resolviese si le convenía o no ingresar al servicio. Luego, se suaviza "tantito" y enseña un pañuelito verde sin comprometerse ni poco ni mucho ni nada. Con relación al primer punto —salario básico— dice que "todos los derechos cívicos de los médicos, serán preservados"; por lo que se refiere al Tribunal, que "nadie ha pensado en conceder un poder a este o el otro doctor sobre los demás". Y en cuanto a la libertad de traslados y ejercicio privado, afirma que "el nuevo servicio tiene el principio básico de no interferirse en la libertad clínica del médico —especialista o no— por lo tanto podrá continuar la práctica libre del especialista independiente".

¿A Uds. les parece que las palabras del Sr. *Bevan* —el Ministro— son muy distintas de las que ha estado constantemente diciendo? A nosotros, no. Pero, quizás estamos equivocados pues los "dirigentes" (¡) profesionales ingleses decidieron rectificar su posición y a pesar de que "la parte màs substancial de la profesión" se oponía, han reanudado las conversaciones con el Ministro y el correspondiente "tira y afloja".

*
* *

En realidad, la cosa es un poco triste. No sabemos como se habrán encontrado los "dirigentes" (¡) de nuestros colegas ingleses. Pero nosotros estamos francamente tristes. Por lo visto no aprenderemos jamás!

El resultado estaba previsto. Tan previsto como los resultados futuros que serán aún más trágicos para los compañeros de Inglaterra a no ser que otras circunstancias —no sus esfuerzos ni la visión de sus "dirigentes"— determinen una mejor posición del Gobierno. Es inútil, absolutamente inútil, oponerse de modo total a las nuevas estructuraciones de la profesión, de su ejercicio. Con tal oposición rotunda lo único que se ha conseguido, en todos los países, ha sido que se estructurase sin nosotros.

Por otra parte, es engañarse solos hablar de la "unidad de la clase médica". No hay ni puede haber unidad. En una colectividad, en una corporación, la unidad se consigue a base de algo más que una técnica común y ni siquiera eso tenemos ahora los médicos. Es preciso tener —"empleando palabras de otro órgano médico— "problemas comunes, objetivos iguales, anhelos idénticos" y ninguna de las tres circunstancias existen hoy en profesión alguna y mucho menos en los médicos; por circunstancias que no son de estas páginas.

De ahí la sorpresa que el plebiscito ha debido causar a los "dirigentes" (¡) ingleses. ¡Creyeron hablar en nombre de una clase y, al cabo de meses el 46% dice lo contrario! Tienen, entonces, que refugiarse en considerar que "lo mejor" —"la parte más substancial"— está con nosotros..." Los de enfrente dirán lo contrario, al repetir las mismas palabras.

¡Cuàntas enseñanzas se desprenden de todo el desarrollo descrito! Si mañana estamos en idéntica lucha ¿las recordaremos?

ORGANIZACION DE LA ANESTESIA EN FRANCIA

Con motivo del pasado centenario de la introducción de la anestesia en la práctica médica, ha vuelto a renacer en Francia una lucha ya antigua por la creación de una especialidad más: la de anestesista. Cierto, prácticamente ya existe el profesional cuyos principales o únicos ingresos debense al ejercicio de anestesiar, pero lo pretendido ahora es lograr que el anestesista goce del reconocimiento de una calidad técnica aun no admitida por el público en general y por las autoridades. Es suficiente, p. ej., leer las tarifas de remuneraciones adscritas a los anestesistas para comprender cómo muchas gentes siguen creyendo que tal labor puede efectuarse por una enfermera calificada y, por tanto, si un médico la realiza es por no servir para otra cosa de mayor empeño. La verdad es que dentro de los propios profesionales aún hay muchísimos con idéntico criterio. Una prueba más la tenemos en la actitud ligeramente *vergonzante* que adoptan los colegas anestesistas. Son raros, muy raros los lugares donde existe una Sociedad de Anestesistas con iguales fines que la de Tisiólogos o Cirujanos y tal rareza ya es una confesión de parte.

En París, el Dr. *Roberto Monod*, Presidente de la Sociedad de Anestesistas, ya en 1941 preconizó un plan de organización de los servicios de anestesia en los grandes hospitales, el cual implicaba la creación de tres tipos de personal:

a) Jefes de Servicio, con la categoría de Jefe de Clínica, responsables de la enseñanza práctica, de la organización, de la marcha en fin de todas las cuestiones relacionalas con la especialidad;
b) médicos anestesistas, con el grado de internos médicos, ayudando al Jefe en la práctica de las anestesias y encargados de cuantas no requiriesen mayores complicaciones; y
c) anestesistas de guardia, estudiantes cercanos a lograr sus títulos quienes asegurarían las anestesias de urgencia.

Recientemente ("Techniques Hospitalieres Sanitaires et Sociales") la Direción General de la Asistencia Pública de París ha adoptado el plan en sus líneas generales y ya se comenzó su aplicación.

Con tal motivo, el Dr. *R. F. Bridgman* en un bello artículo al que pertenece la magnífica frase de que hoy en día "el anestesista se ha convertido en el consejero *médico* del *cirujano*, siendo el médico del enfermo mientras este permanece en la mesa de operaciones", y trás estudiar la situación de la anestesia en Francia —desde luego, nada brillante— propone

—la creación en las principales Facultades de Medicina de Francia de una Cátedra de Anestesia cuyo Titular sería el Jefe propuesto por *Monod*, es decir, el encargado de los servicios de anestesia en el Hospital Clínico base práctica de la Facultad;
—la creación de una serie de Bolsas de Estudios, de Pensionados en el Extranjero, sin otro fin que ir formando los necesarios especialistas para ocupar las Cátedras en cuestión y sus Profesores Ayudantes inmediatos;
—el logro de una revisión de las tarifas y sueldos que la Administracin Pública y, particularmente, el Seguro Social tienen señalados a los anestesistas; hay que conseguir —dice *Bridgman*— que el anestesista sea exactamente igual que cualquier otro médico especializado y, como él, pueda tener su clientela privada, clientela que estaría constituída por los cirujanos.

La circunstancia de que el periódico que ha publicado el artículo es el órgano oficioso de las Autoridades Sanitarias de Francia, hace pensar que existen muchas probabilidades de que los proyectos se lleven a la pràctica.

ALGUNOS PRODUCTOS

FUSTERY

PARA RECETA MEDICA

ALGOSTINA
Ampulas y Tabletas.

ANAFILAXINA

BROMURO DE CALCIO AL 10%.
Ampulas de 5 y de 10 c.c.

BROMURO DE ESTRONCIO AL 10%.
Ampulas de 5 y de 10 c.c.

BRONCHOSIL
Ampulas y Jarabe

COLIENTEROSIL

COTRENOL
Líquido, Ovulos y Pastillas

DRENOCISTO

ENDOYODO

POLICAL
Granulado y Amps., de 5 y de 10 c.c.

HEPADRENAL

MENADION FUSTERY CAPS.

OPOBIASA
Ampulas y Jarabe

SULFA-ESTAOL OVULOS

SULFATIAZOL POMADA AL 10%

SULFATIAZOL QUIRURGICO

UROSAN
Ampulas y Granulado

VACUNA PARADENTAL

YODOBISMOL

LABORATORIOS FUSTERY, S. A.
LIVERPOOL 155 MEXICO, D. F.

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

OTRO, Y VAN...

La Autoridad que pudiéramos llamar Ministro de Salubridad en el Gobierno Italiano, ha nombrado la Comisión que debe estudiar y proponer las reformas en la organización médico sanitaria del país a implantar en breve plazo.

En la Comisión figuran tres representantes del grupo médico que se constituyó, hace tiempo, en el Parlamento Italiano por los Diputados de tal profesión, justamente para la defensa de los intereses de su clase. Este grupo, sus representantes, han conseguido que, antes de redactarse el proyecto de Ley, se efectue un plebiscito entre los médicos italianos a fin de conocer su opinión sobre los detalles concretos en que ha de acometerse la solución de la siguientes cuestiones:

—Reorganización Sanitaria del Estado.
—Reforma de la Enseñanza Médica, de acuerdo a los progresos de la Ciencia y las necesidades del país.
—Relaciones de la Profesión Médica y las Autoridades, principalmente las comunales.
—Relaciones entre Clínicas y Hospitales.
—Fundaciones de Caridad y Beneficencia, en su aspecto de establecimientos de Asistencia médica.
—Seguro Social.
—Deberes de los médicos en la prestación de asistencia gratuita a los menesterosos.
—Pensiones de Retiro, Enfermedad y Vejez a los profesionales sanitarios.
—Enfermedades Profesionales.
—Enfermedades Sociales.
—Atención a la Maternidad e Infancia.
—Especilidades Médicas.
—Auxilios médicos.

¿Nos apostamos algo a que repite, paso a paso, la experiencia inglesa? En lo esencial, claro. Por lo pronto, la división de campos ya ha surgido y, como siempre, con las mismas argumentaciones de uno y otro bando. En fin, lo iremos viendo, o poco viviremos.

EL CENTRO HOSPITALARIO "LUIS PASTEUR"

Una de las características de mayor significación en la estructura y reparto de los servicios hospitalarios europeos es que muy buena parte de sus mejores instalaciones médico sanitarias se encuentran en las provincias, no en la Capital del Estado correspondiente.

Ahí tenemos una muestra más, por lo que se refiere a Francia. Esa bella construcción hospitalaria consagrada a Pasteur, está en Colmar, ciudad, no muy populosa, de la frontera Este del Estado Francés.

Ya desde el siglo VIII, Colmar contaba con un Servicio de Asistencia a los Enfermos que luego fué completado por un Orfelinato y una Casa para la Vejez. Más, como las construcciones hospitalarias más recientes databan del siglo XVI, la Comisión Administrativa de la entidad jurídica que mantenía el funcionamiento de los tres centros, hizo construir unos nuevos servicios

Bajo la dirección del arquitecto *Vetter*, se logró la realización cuya vista de conjunto reproducimos. Está construída para 800 enfermos y ocupa unas 11 h. de terreno, teniendo su entrada principal en el ángulo norte y estando el pabellón de hospitalización emplazado diagonalmente, de suerte que las galerías de cura hallanse todas al sur.

Las construciones en ángulo recto que preceden al pabellón hospitalario tienen por centro el pabellón administrativo, encontrándose:

—a su izquierda: las viviendas para el personal, la cocina central con sus dependencias, los servicios de lavandería, etc., los de desinfracción, los de calefacción y los talleres de construcciones manuales, etc;
—a su derecha: la sala de espectáculos, la capilla protestante, la Escuela de Comadronas, la Residencia Conventual de la Congregación Religiosa que sirve al Hospital, la capilla católica, el Departamento de Anatomía Patológica, los Laboratorios y la Escuela de Enfermeras.

El bloque hospitalario, con 5 pisos, se extiende en una longitud de 250 metros y alberga los servicios de Medicina, Cirugía, Obstetricia, Ginecología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Pediatría. Los servicios de Tuberculosis, Infecciosas y Dermatología se hallán en pabellones aislados, unos en el bloque que se divisa al fondo y otros ocultos tràs el ala izquierda del pabellón central.

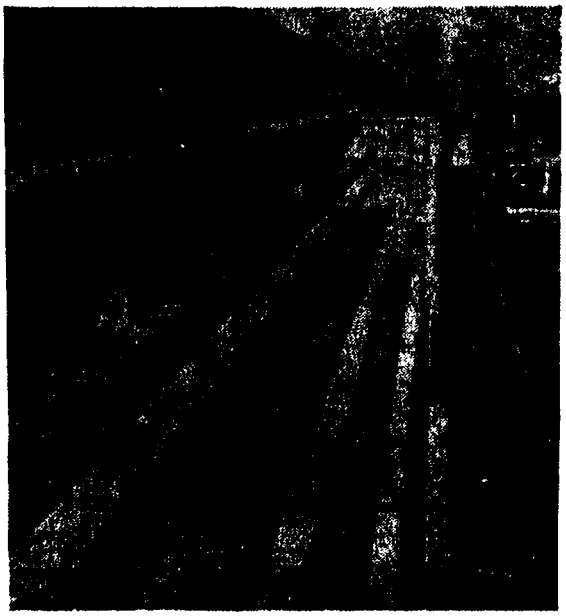
En este pabellón hospitalario central, el piso bajo está ocupado por el servicio de Higiéne Social, el de Medicina y Cirugía de Urgencia, una Gota de Leche y la Farmacia.

En el subsuelo, se encuentran los servicios —

CENTRO HOSPITALARIO "LUIS PASTEUR"

Sala de 8 camas.

CENTRO HOSPITALARIO "LUIS PASTEUR"



Fachada Sur con las terrazas de aireación y soleamiento.

CENTRO HOSPITALARIO "LUIS PASTEUR"

Vista de conjunto. Fachada Norte.

amplísimos— de Fisioterapia y Radiología, existiendo, en los distintos pisos, gabinetes complementarios de tales especialidades.

Los pabellones y los distintos servicios están unidos entre sí, no sólo por las galerías cubiertas, visibles en la fotografía de conjunto, sino también por una red de corredores subterráneos que tienden sus rafimicaciones hasta la cocina, departamentos auxiliares de diagnóstico, desinfección, etc.

El gran pabellón de hospitalización está dividido en tramos verticales, de manera que las distintas especialidades —por lo menos las más importantes— ocupan toda la altura del edificio conservando autonomía funcional bajo la resposabilidad de sus correspondientes Jefes del Servicio. Las salas y cuartos de enfermos tienen cabidas que oscilan entre uno y ocho y se agrupan por unidades comprendiendo —en cada piso— de 25 a 35 camas con departamento de servicios y auxiliares entre cada dos unidades, separándolas, si es preciso. Todos los cuartos de enfermos están expuestos al sur y provistos de galería balcón de de cura, como siempre lo suficiente ancha para que el enfermo pueda exponerse al sol en su propio lecho. Los locales de la fachada norte de este pabellón, están destinados al trabajo clínico de los médicos, a distracciones de los enfermos, etc.

Una de las particularidades de la construcción muy moderna y nueva, para 1937, es que no sólo los distintos pisos de la fachada sur están escalonados para evitar que la galería balcón dificulte la iluminación y soleamiento de los pisos inferiores, sino que también lo están los pisos en su fachada norte. Por su parte, las cajas de escalera y ascensores y las piezas accesorias se encuentran en las alas perpendiculares al cuerpo principal, alas que no están escalonadas y que son las únicas que soportan toda la construción, no encontrándose ningun punto de apoyo en el cuerpo principal; es decir, cuando haya que ampliar el edificio, bastará con añadir tantas más alas perpendiculares y unirlas entre si con construcciones prolongando el cuerpo principal.

VI

Médicos y Hospitales Mexicanos

Permítasenos unas palabras previas. La Revista Médica del Ateneo Ramón y Cajal está difundiéndose tan ampliamente fuera de la República Mexicana como en ella. Alcanza a varios centenares la cifra de envios a Europa, Centro y Sud América.

He ahí la causa de que nos atrevamos hoy a presentar a nuestros lectores, en esta Sección, el Instituto Nacional de Cardiología. Pues, si únicamente nos leyesen médicos mexicanos... en verdad que pudieran sentirse ofendidos. No ya los profesionales de la Medicina sino cualquier habitante de la República conoce bien ese establecimiento médico de asistencia e investigación. Conste, pues, que estas páginas están destinadas a quienes no residen en México y no le han visitado.

Cierto, pudiéramos también dedicarlas a ese pequeño grupo de mexicanos que se complace en poner muchas admiraciones ante lo extranjero guardando todas sus reserva y "peros" en honor de las buenas obras y logros del propio país. Grupo que ha de sentirse, una vez más, molesto con todas las líneas y fotografías que siguen y que ha de ver en ellas, en nuestro acto de homenaje, mezquino interés o torcidos propósitos.

Pero, si bien es lógico que pensemos en tal grupo al comenzar esta presentación, sería bien triste dedicarle más espacio. Triste por que no obran guiados por un error conceptual ni en consecuencia de faltarles información. De donde se desprende que proporcionarles ésta, o discutir aquél, equivale a perder el tiempo, bien preciso a mejores, más útiles fines.

EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, inaugurado en Abril de 1944, se ocupa de la atención —ambulatoria y estacionaria— de los enfermos de corazón. Atención en todas sus facetas: inmediata, es decir, individual; mediata, esto es, social y básica, llamando así a cuanto se refiere con la investigación, estudio y enseñanza.

Son 120 camas únicamente las que posee y, sin embargo, el volumen de sus prestaciones directas o pacientes es infinitamente mayor del que pudiera estimarse máximo con tal capacidad. Y ello por tener sus servicios planteados correctamente: cara al enfermo, a sus características y, con eso queda dicho, de acuerdo a las más modernas concepciones de la asistencia médica. Queremos, pues, decir, que el Instituto está fundamentalmente orientado hacia las prestaciones de carácter ambulatorio, hacia el mayor peso específico de la Consulta Externa. Será suficiente decir que su estructura, su personal le permite, hasta ahora, alcanzar la cifra de 12,000 consultas anuales.

En otro lugar hemos escrito: "Todavía son muchos los profesionales... para quienes las llamadas consultas externas, las policlínicas, los ambulatorios, apenas cuentan en la organización de la asistencia médica".

La pugna —muy relativa— entre partidarios de una estructura *fundamentalmente* ambulatoria de la asistencia y los acérrimos defensores de una organización en esencia estacionaria, es un ejemplo típico de simplicismo. ¡Como si fuera posible establecer una graduación entre ambas! ¡Como si las dos no tuviesen idéntica importancia! ¡Y como si la única solución no fuese una perfectamente equilibrada concatenación, coordinación, funcional!

Precisamente eso —equilibrio, que, naturalmente, no tiene que medirse cuantitativamente— es lo que ha faltado y, en muchos lugares, sigue faltando entre los servicios de consulta externa y los de hospitalización de Clínicas, Hospitales, etc. No puede funcionar "a gusto", por lo menos — ningún centro hospitalario sin consultorios públicos y buenas demostraciones se aportaron con motivo del Congreso Internacional de Hospitales celebrado en Viena, en 1930. Pero, en la inmensa mayoría de los establecimientos, las llamadas consultas públicas resultan un apéndice que ni siquiera cumple su papel mínimo de captación y canalización de los enfermos.

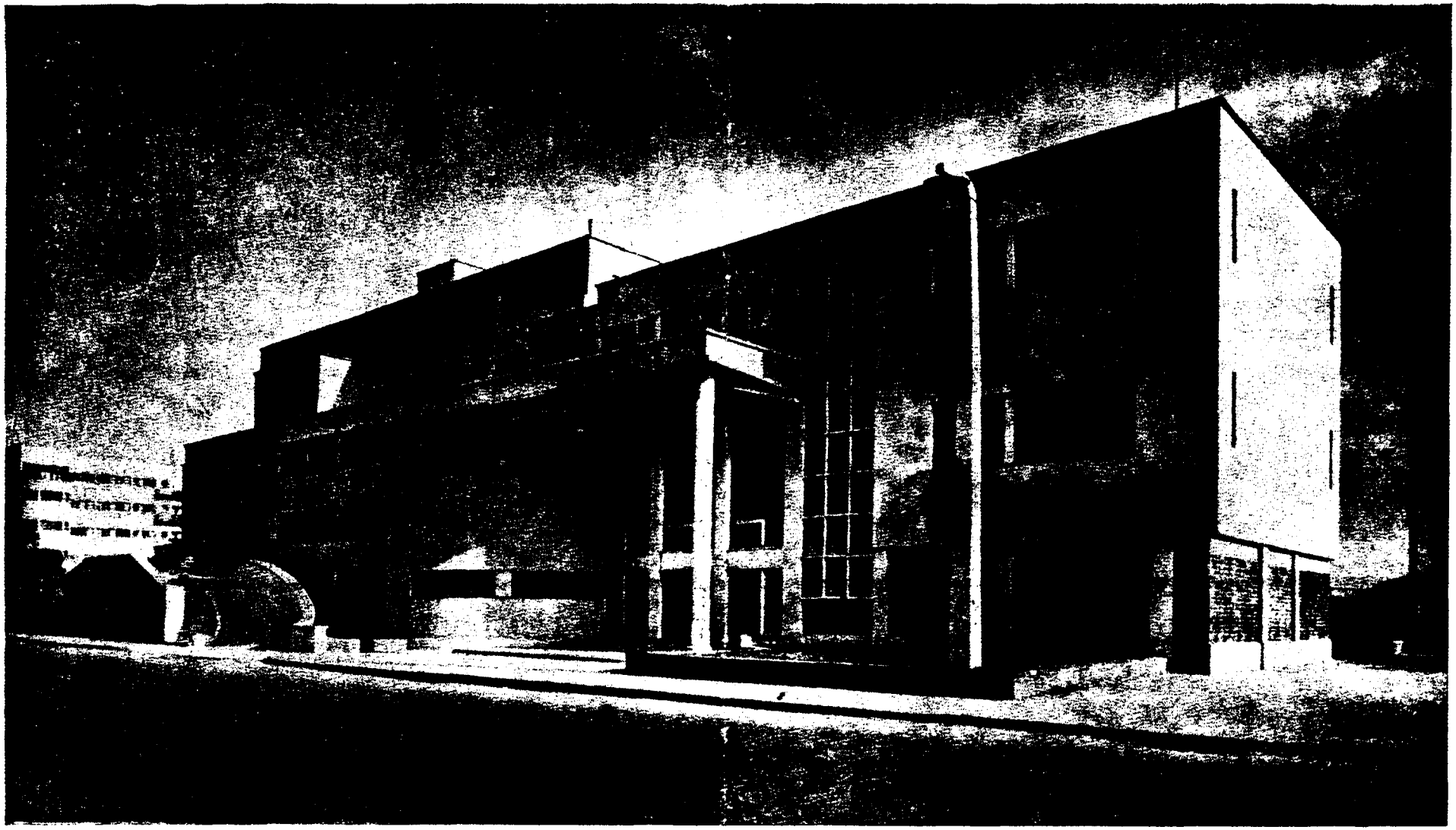
He ahí porqué debemos resaltar la justa tendencia del Instituto Nacional de Cardiología. Pues, con ella, resulta que sus 120 camas están al servicio de la Consulta Externa y no ésta al de aquéllas. En otras palabras, el rendimiento social y económico del Instituto Nacional de Cardiología es infinitamente superior al que podría estimarse a base de su capacidad hospitalaria.

Esa misma caarcterística impone otra. El Instituto cuenta con servicios que, aparentemente (para él no especializado) apenas si mantienen dependencia con la asistencia a enfermos cardíacos. Funcionan en él servicios de Nutrición, de Oftalmología, de Cirugía, de Odontología, etc. ¿Por qué? Sencillamente, para "trabajar en equipo" y cubrir las más corrientes necesidades especializadas de una Consulta Externa. Para no llevar la especialización a esos estrechos campos inhumanos —"un pulmón sobre dos piernas", etc., etc.—, puramente anatómicos que fueron, tiempo ha, los únicos cultivados. Para no limitar la captación y canalización de enfermos a "quienes ya están captados", a quienes ya saben que "son enfermos de corazón".

Días atrás fuimos testigos de una consecuencia de tal proceder. El oftalmólogo del Instituto está dando un curso sobre fondo de ojo. Y uno de los más eminentes clínicos alergistas de México, expresa su pesar por no haber asistido desde el comienzo, inscribiéndose para el curso siguiente. No creo que a tal hecho, pueda considerársele de poca importancia. Y, sin embargo, su valor es mínimo en relación con todas las restantes consecuencias del trabajo en equipo.

En cuanto al trabajo de enseñanza, de estudio e investigación, no es materia que nos corres-

MEXICO, D. F. — INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA



Fachada principal del Instituto, correspondiendo a las Secciones de Enseñanza e Investigación.

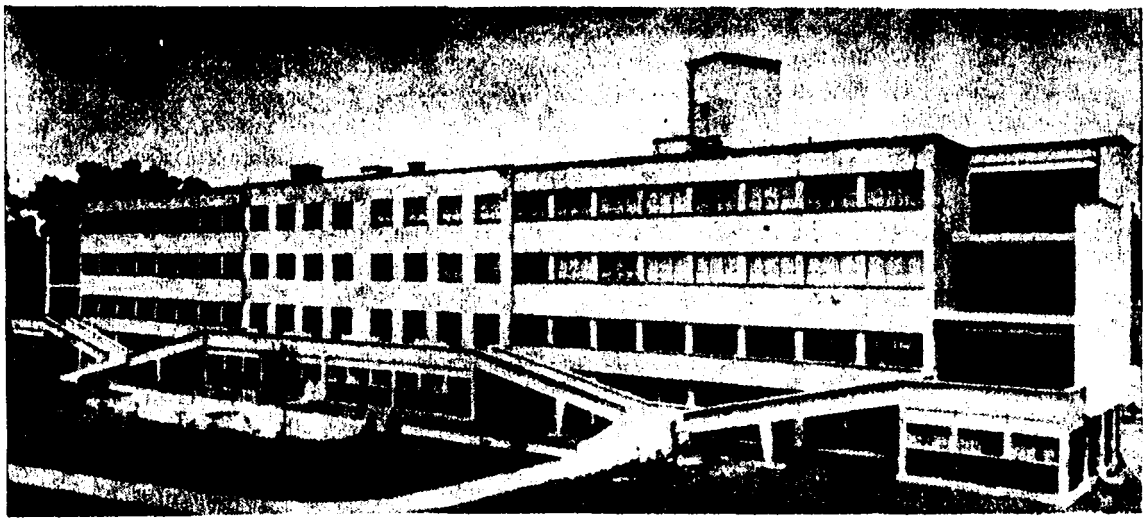
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA.—MEXICO, D. F.

Sala de espera de la Consulta externa con la entrada a los gabinetes de consulta.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA.—MEXICO, D. F.

Sala para cuatro enfermos.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA.—MEXICO, D. F.



Fachada posterior de la Sección hospitalaria del Instituto.

ponda comentar. Ahí están los "Archivos" del Instituto, las colaboraciones en todas las Revistas profesionales de México y no pocas del Extranjero, la participación en cuanto evento científico médico es llevado a cabo. Y esa sólo es la parte visible, "espectacular", pudiéramos decir de labores mucho más ingentes, más "subterráneas"; aquellas que forman espíritu, y pensar, ya que únicamente así —y no con la mera enseñanza de técnicas y fórmulas— se hace una escuela, cual existe ya alrededor y por el Instituto de Cardiología.

Queda por señalar otro esencial aspecto del Instituto. Ha sido el primer nosocomio mexicano, de fundación estatal, con autonomía técnico administrativa. Los fondos de sostenimiento, su reparto, la reglamentación interior, el nombramiento del personal, etc., etc., corren por cuenta y responsabilidad de un Patronato.

Las ventajas —dentro de la presente estructuración social— de tal sistema, son bien claras. Sin perjuicio de que se nieguen, precisamente por quienes se indignan de que el Estado pretenda atribuirse la dirección de la economía, de la Industria, etc.

VII
Sección Paramédica

APORTES DE LA MEDICINA VETERINARIA A LAS CIENCIAS MEDICAS

Por Raymond A. Kelser
Brigadier General, Ejército de Estados Unidos

De manera espléndida e importante han contribuído las investigaciones en la ciencia veterinaria al caudal de los conocimientos científicos, y en las ramas médicas varios memorables hallazgos y descubrimientos proceden de las observaciones y estudios de las enfermedades de los animales inferiores.

La medicina, la cirugía y el saneamiento modernos deben en gran parte su notable desarrollo a las revelaciones de la bacteriología, y ésta, a su vez, debe muchos de sus fundamentos y desenvolvimientos a las investigaciones en la rama veterinaria. Recuérdese que la primera prueba bien definida de la patogenicidad de las bacterias procedió de los estudios del carbunco en el ganado vacuno; y así también remóntase al descubrimiento en 1979 del *Actinomyces bovis* como factor etiológico en las actinomicosis bovina la primeras pruebas de que las bacterias superiores (hongos) eran patógenas. Mientras trabajaba en la India, *Griwth Evans* descubrió que la durina, enfermedad de los caballos, era producida por un tripanosoma, siendo ése el primer dato relativo a la patogenicidad de esos microorganismos.

De los estudios de la fiebre aftosa o glosopeda en el ganado vacuno, surgieron las primeras pruebas de que esos misteriosos agentes patógenos que hoy día llamamos virus filtrables, podían producir enfermedades en los animales inferiores y en el hombre y partiendo de ese descubrimiento, los virus filtrables han pasado a ser considerados como un importantísimo grupo de elementos patógenos tanto para el hombre como para los animales inferiores.

De todos es hoy día conocida la suma importancia de los insectos como vectores de varias dolencias; antes de adquirirse esos conocimientos, era imposible elaborar medios para el dominio y provención de enfermedades tales como la fiebre amarilla y la malaria. Fueron las clásicas y memorables investigaciones en que *Smith* y *Kilbourne*, demostraron en 1893 que la piroplasmosis bovina es transmitida por garrapatas, las que dieron origen a la moderna entomología médica.

El desenvolvimiento, a través de los años, de la ciencia veterinaria, ha sido acompañado de importantes adelantos y aportes, y aunque el espacio no nos permitirá repasar todos los importantes avances de los últimos años, discutiremos algunos ejemplos sobresalientes.

La tuberculosis, que tanta importancia ha revestido desde el punto de vista de la medicina humana, también lo posee en las enfermedades de los animales inferiores y en particular en el ganado vacuno y equino y las aves de corral. Aunque al principio no se comprendía bien la relación de la tuberculosis en el hombre y en los animales, los estudios ejecutados en las ramas de la medicina, tanto humana como veterinaria, por fin dilucidaron el asunto, estableciendo la existencia de los diferentes tipos de bacilo tuberculoso y también que los seres humanos y, sobre todo los niños pequeños, podían ser infectados por el tipo bovino. Datos adquiridos subsecuentemente, indicaron, además, que el hombre tampoco era absolutamente inmune a la invasión por el microbio del tipo aviario.

En 1917, la Oficina de Industria Animal del Departamento de agricultura de los Estados Unidos, en cooperación con los varios Estados, inició un plan de erradicación de la tuberculosis, empresa veterinaria, de enormes proporciones y profundo alcance, no tan sólo desde el punto de vista de la ganadería, sino también de la salud pública. El plan, al principio comprendía el establecimiento de "rebaños acreditados como exentos de tuberculosis", considerándose como tales, aquellos en los que todos los animales componentes han pasado satisfactoriamente dos exámenes físicos y pruebas de la tuberculina, bien en dos años o en tres semestres sucesivos, a manos de veterinarios federales o estatales, y cuyos dueños comprométese además, a mantener sus animales en condiciones sanitarias apropiadas a cumplir con los varios reglamentos que rigen la entrada de nuevos animales al rebaño, ejecutando recomprobaciones, llevando protocolos, etc. Antes de iniciar las pruebas, el dueño ejecuta un contrato por el cual se compromete a sacrificar los animales positivos. El "Plan de rebaño acre-

ditado" fué ampliado después a fin de comprender "zonas acreditadas modificadas", de manera que se acreditan zonas (condados, municipalidades), cuando la incidencia de la tuberculosis bovina en las mismas es rebajada a menos de 0.50%.

En 1917 (cuando se emprendió esta obra) la tuberculosis bovina en los Estados Unidos, según los cálculos de la Oficina de Industria Animal, representaba aproximadamente 5%. Desde entonces y hasta junio 30, 1945, se han descubierto y eliminado aproximadamente 3,900,000 bovinos tuberculosos y hoy día, la frecuencia de la tuberculosis bovina ha sido rebajada a menos de 0.50% en todos los condados de los cuarenta y ocho Estados de la Unión y aproximadamente 6,000,000 de rebaños que comprenden unos 65,000,000 de bovinos, se encuentran bajo vigilancia con respecto a la tuberculosis. Las realizaciones de ese plan de erradicación de la tuberculosis continúan en vigor en los Estados Unidos, y constituyen una proeza veterinaria de primera magnitud.

Desde la observación verificada por *Evans*, allá en 1918, de que el microbio de la fiebre ondulante del hombre se hallaba íntimamente relacionado con la bacteria del aborto epizootico del ganado vacuno, se ha llevado a cabo una inmensa investigación de enfermedades conocidas colectivamente con el nombre de brucelosis. El progreso logrado ha sido considerable e importante, en particular acerca de los medios de diagnóstico en los animales y en el hombre, el aislamiento diferenciación de las varias especies de brucelas y el dominio y profilaxis del aborto epizoótico (enfermedad de *Bang*), que es la forma corriente de la brucelosis del ganado. Muy difundido se halla ese aborto en los Estados Unidos, así como en otros países, y económicamente es muy importante, pues afecta de raíz a la industria ganadera, por provocar abortos. Los primeros esfuerzos encaminados a inmunizar el ganado contra ese mal, basabanse en el empleo de bacterinas, que pronto se demostró poseían muy poco o ningún valor. Más tarde, en los rebaños infectados, usáronse cultivos virulentos, con mira a protegerlos contra el aborto cuando quedaban preñados, y aunque este procedimiento resultó de mucho valor profiláctico, no impedía la aparición de infección crónica en un porcentaje bastante elevado de los animales, lo que mantenía la enfermedad indefinidamente en el rebaño.

En 1925, *Buck*, de la Oficina de Industria Animal de Estados Unidos, demostró que los cultivos virulentos de la *Brucella abortus* resultaban más eficaces en las terneras, y aunque se observó que esos animales jóvenes podían ser inmunizados sustancialmente contra los abortos subsecuentes, de cuando en cuando los animales vacunados se volvían portadores. Sin embargo, años después se aisló una *Brucella abortus* de virulencia reducida (Cepa 19) que *Buck* y *Cotton* utilizaron con resultado excelente en una serie de ensayos de vacunación en terneras, observando que la vacuna preparada de esa cepa (administrada en dosis de 5 cc a las terneras de 4 a 8 meses de edad) era muy eficaz para impedir la infección, al exponerse a ésta dichos animales durante su primer embarazo. Después de esas observaciones, la Oficina de Industrial Animal inició, en 1936, una prueba en campaña quinquenal vacunando las terneras de 260 rebaños intensamente infectados, obteniendo resultados favorabilísimos, pues los abortos no excedieron de 1.5%, durante un período que abarcó uno, dos, tres y cuatro embarazos. A consecuencia de eso, dicha Oficina sancionó oficialmente en 1940, el empleo de la cepa 19 para la inmunización de las terneras en los Estados Unidos y esa vacuna se ha usado y sigue usándose en bastante gran escala en los Estados Unidos y en otros países, indicando los informes disponibles que constituyen un importante elemento para el control de aborto epizoótico en los bovinos.

Durante los últimos 15 años la encefalomielitis de origen virósico se ha convertido en la enfermedad equina más importante de Estados Unidos por virtud de su difusión entre los caballos y mulas y su letalidad considerable y también por ser el hombre muy susceptible a ella. La difusión que puede alcanzar entre los animales susceptibles queda indicada por el número aproximado de 185.000 casos notificados durante el brote de 1938. Las investigaciones de la dolencia han resultado muy fructíferas comenzando con los clásicos estudios de *Meyer*, *Haring* y llegando a evidenciar que el agente etiológico era un virus filtrable. Vino luego la demostración (*Giltner y Shahan y Ten Broeck*), de que en los Estados Unidos existían dos virus inmunológicamente distintos: los llamados "Occidental" y "Oriental". Después, se ha identificado un tipo "Venezolano", si bien, hasta la fecha, no ha sido observado en los Estados Unidos.

Solía darse por sentado que la encéfalomielitis equina era propagada habitualmente por contacto directo e indirecto, teniendo probablemente lugar la infección por via entérica. Sin embargo, al autor de este trabajo le correspondió demostrar por primera vez la capacidad de los mosquitos para trasmitirla (*Kelser* 1933), habiendo sido después confirmado abundantemente ese hallazgo y sabiéndose hoy día que una docena o más de mosquitos, son capaces de trasmitir el mal. Esa transmisión no es mecánica, pues sólo se presenta después que el virus ha madurado o multiplicado en el mosquito. Ordinariamente, precisan 5 ó 6 días después de una comida infecciosa, antes de que el mosquito pueda trasmitis la enfer-

medad, pero después que se vuelve infecioso trasmite la infeción por espacio de semanas o meses y posiblemente todo el resto de la vida en la mayoría de los mosquitos. Este hallazgo, no tan sólo revistió importancia en relación con la epizoología de la enfermedad en la especie equina, sino que constituyó un dato de mucho valor para las medidas de lucha y de prevención en los brotes humanos de la dolencia. Además, estudios ulteriores inspirados en el mismo, pusieron de manifiesto datos indicadores de que el tipo "San Luis" de la encefalitis humana es trasmitido por mosquitos.

Con una vacuna preparada mediante la inoculación del virus en los embriones del pollo en desarrollo, se han obtenido resultados muy excelentes en la inmunización de los animales. Esa vacuna consiste en una suspensión de tejido embrionario virófero inactivo con formalina, administrándose intradérmicamente en dos dosis en un plazo de 7 días, y dando excelente resultado para proteger los caballos y mulas. Puede utilizarse igualmente una vacuna semejante para la protección del hombre, cuando se necesite.

La rabia es otra enfermedad de importancia veterinaria y también de interés bien definido desde el punto de vista de la medicina humana. Aunque afección conocida desde hace siglos y objeto de vastos estudios por muchos decenios, nuestros conocimientos han adelantado en los últimos años, sobre todo en lo relativo al mejoramiento de la vacuna profiláctica. Las vacunas usadas actualmente para la inmunización de los perros en gran escala en muchos sitios, son más potentes y más constantes en sus efectos, que hace algunos años, y esto reza también con la vacuna destinada a empleo en el hombre. Este perfeccionamiento ha sido posible mediante un aumento del contenido de virus inactivado, mejores técnicas de inactivación del virus, y por fin, la exigencia de que cada lote de vacuna se conforme a la prueba de potencia de *Habel*.

Los estudios de la influenza y de las afecciones influenzoideas en los animales inferiores, han culminado en algunos interesantísimos y valiosísimos hallazgos. La influenza equina y la suina guardan varias analogías con su similar humano, y cabe decir otro tanto del moquillo canino que al final de cuentas viene a ser influenza canina. En esas afecciones de las especies inferiores el factor etiológico primario es un virus filtrable y, como sucede en la enfermedad humana, frecuentemente intervienen varios tipos de bacterias asociadas secundariamente. Del estudio del moquillo canino por *Ladlaw* y *Dunkin*, dimana en gran parte la introducción del hurón como valioso animal de laboratorio para la investigación del virus, habiendo que agregar que los estudios del moquillo por *Laidlaw* le resultaron de mucho valor en la subsecuente demostración con *Smith* y *Andrewes* del virus causante de la influenza humana.

Antes de los trabajos de *Laidlaw* y *Dunkin* con el moquillo canino, no había recursos satisfactorios para el dominio y prevención de ese flagelo, pero, debido a esos estudios, la profilaxis en las zonas criadas para el comercio se ha convertido en un procedimiento veterinario satisfactorio y establecido.

La erisipela suina producida por el *Erysipelothrix rhusiopathiae* va revistiendo cada vez mayor importancia en los Estados Unidos y aunque habitualmente afecta a los cerdos, puede infectar otras muchas especies, y entre ellas: bovinos, ovejas, perros, patos, palomas, pavos y otras aves de corral. Hasta el hombre mismo puede infectarse a veces en forma grave. Las investigaciones de esta dolencia han rendido varios resultados importantes. En primer lugar, se han perfeccionado considerablemente los procedimientos de diagnóstico, elaborándose una aglutinorreacción rápida y fidedigna (prueba en placas), así como la prueba convencional de aglutinación en tubos (*Schoening, Creech y Grey; Grey, Osteen y Schoening*). Además, se han realizado progresos alentadores en la obtención de medios de inmunización. La Oficina de Industria Animal de Estados Unidos de América, en cooperación con varios Estados, está comprobando el empleo simultáneo de antisueros y cultivos para fines profilácticos. Por fin, investigaciones recientes indican que la penicilina es muy eficaz en el tratamiento de la enfermedad en los animales inferiores y en el hombre.

Una oftalmopatía de los caballos, denominada oftalmía periódica o recurrente, ha existido por muchos años en los Estados Unidos y otros varios países. Por lo menos en los Estados Unidos, la enfermedad, en la especie equina, ha ocasionado más ceguera equina que todos los demás factores combinados. Histopatológicamente, trátase de una iridociclitis recurrente, cuya importancia entre los animales utilizados en las fuerzas armadas, hizo emprender investigaciones hace varios años en el Laboratorio de Investigación Veterinaria de la Estación de Remonta del Ejército, en Front Royal, Virginia, las cuales han permitido sacar las siguientes importantes conclusiones.

Las notables semejanzas entre las lesiones oculares de la arriboflavinosis experimental en los animales de laboratorio y las de la oftalmía periódica indicaron que tal vez interviniera aquélla en la última. Numerosos experimentos reforzaron luego esa teoría, pero otros datos acumulados indican que también pueden participar otros factores. Por ejemplo, se ha descubierto que en

ciertas condiciones de experimentación, la riboflavina es sintetizada en el intestino del caballo y parece que la cantidad producida tal vez no es invariablemente adecuada. Se necesitan más estudios relativos a los exactos requisitos dietéticos de los caballos en cuanto a la riboflavina y otros principios esenciales, pues hasta la fecha no ha surtido mayor efecto el empleo de la riboflavina y otros muchos complementos dietéticos en el tratamiento de los casos establecidos de oftalmía periódica.

Desde noviembre de 1943 se ha agregado riboflavina cristalina a la ración de un grupo de 130 caballos en el Depósito de Remonta de Front Royal, sin introducir otros cambios en la alimentación o cuidado de esos animales. Antes de iniciarse ese complemento, el coeficiente anual de nuevos casos de oftalmía periódica era de 109 por mil, pero desde que se iniciara, no se han presentado más casos nuevos, mientras que el coeficiente ha permanecido más o menos inalterable en otros grupos mantenidos como testigos. En junio de 1944 se extendió el uso del complemento a algunos otros animales en Front Royal y para fines de ese año todos los animales recibían riboflavina cristalina, sin que haya presentado ningún caso nuevo hasta ahora, lo cual parece muy significativo, puesto que dicho sitio, por varios años, había tenido el coeficiente más alto entre los puestos militares de los Estados Unidos.

La cantidad de riboflavina agregada a la ración ha sido relativamente subida y las futuras observaciones acaso demuestren que puede reducirse la dosis. La riboflavina ha sido agregada a la ración de grano, a razón de 40 mg. diarios por caballo. Un modo conveniente de hacerlo ha consistido en agregar 80 gm de riboflavina a cada tonelada de salvado, suministrándose luego una libra diaria (454 gm) de salvado a cada caballo. La riboflavina cristalina es fácil de conseguir, pues se emplea en grandes cantidades para enriquecer el pan y también en muchas raciones para aves de corral. Tal vez resulte conveniente el empleo de otros complementos alimentos ricos en riboflavina, pero por ahora esos métodos no han resultado eficaces para combatir la oftalmía periódica. El empleo de la riboflavina cristalina sí parece ofrecer un medio práctico de prevención.

Si el espacio lo permitiera, valdría la pena discutir las investigaciones y resultados obtenidos por la veterinaria en otras varias enfermedades y estados. En la sola rama de la parasitología, los estudios y realizaciones facilitarían amplio tema para un ensayo. Mucho también se ha hecho y se está haciendo en el campo de la nutrición animal, que suministraría mucho material de interés general.

Nuestro relato de los aportes de la medicina vererinaria, conduce ha este parrafo final. Las ciencias médicas abarcan un campo muy basto y muchos de los problemas y dificultades que figuran en una rama, también se encuentran en otra. Lo realizado en una, a menudo lanza luz sobre los problemas en otra. Así como la investigación en el reino de la medicina humana ha contribuído a beneficiar a los animales inferiores, los estudios en la rama de la ciencia veterinaria han ayudado a su vez al género humano. Así es como debe ser, y me siento seguro de que mientras màs íntima sea esa alianza, mayores serán los beneficios para ambas.

Este artículo fué publicado por el "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 25, Nº 4.

Le hemos reproducido en contestación a dos amables comunicantes que nos preguntan "porqué incluimos la Veterinaria en nuestra Revista". Suponemos que la respuesta queda bien clara.

VIII
Noticias y Amenidades

Se calcula que pesa más de 30 kilos el conjunto de documentos probatorios de las atrocidades cometidas por los médicos facistas alemanes. Son informes, órdenes —muchas firmadas por *Himmler*— protocolos de autopsias, etc., etc.

*

Por cierto, cuando se inició el proceso de Nuremberg contra tales asesinos, no faltaron profesionales ingleses que sostuvieron la conveniencia de silenciar las barbaries realizadas por los acusados: su argumentación no podía ser más hipócrita: "difundiendo los crímenes de los médicos alemanes... se desprestigiaba a la Ciencia"... ¿A qué Ciencia?, les preguntaron oportunamente. Y, en fin de cuentas, la "British Medical Association' 'decidió enviar un corresponsal a las sesiones del Tribunal para informar a los lectores de sus periódicos. Hasta entonces el único representante de la prensa médica había sido un belga, el Dr. *Sillevaerts*, de "Bruxelles-Medical".

*

Durante el trimestre Abril-Junio de 1946, los donadores gratuitos de sangre de Escocia, entregaron 4.80 litros, cantidad bien impresionante.

*

Suiza, su Parlamento, ha decidido sufragar los gastos de la curación en sanatorios suizos de una centena anual de tuberculosos veteranos de guerra. Los primeros seleccionados ya se encuentran en Suiza.

*

¡Caray! Es lo menos que puede exclamarse al leer el siguiente anuncio publicado en diversas revistas profesionales francesas y belgas: "Buscamos un grupo de 5 médicos para comprar en 3.500.000 francos belgas una clínica muy moderna intalada en Bruselas".

Lo dicho. Por que si las matemáticas son ciertas, cada uno de los "buscados" deberá aportar tres cuartos de un millón de francos. Y como no vamos a suponer que los colegas "buscadores" son unos optimistas... pues tenemos que admitir que "por allá" todavía se hacen fortunas con la profesión.

*

Los servicios de Intendencia del Ejército Americano han realizado una encuesta para conocer la composición de la ración de reserva que debe entregarse al soldado a fin de que, sin posibilidad de ser avituallado, pueda vivir con los víveres que lleve en su mochila. La encuesta se ha efectuado entre 9.691 soldados condecorados y, entre otras cosas, resulta que, por orden de preferencias, la ración debe constituirse de:

café,
tabaco,
galletas,
caramelos,
chicle,
queso,
azúcar,
huevos con tocino,
salchichas con habichuelas, y
carne con zanahorias o judías.

Puede que no vaya muy de acuerdo con la Dietética y puede que no sean muy serias las contestaciones. Pero no hay que dudar de cuantos millones de personas suscribirían "esa ración de reserva".

*

En esa misma encuesta y dejando aparte los cigarrillos, que son los preferidos, se ha puesto en claro que sólo 13% de los soldados no fuman; 39% desean tabaco para la pipa; 30%, quieren puros; 20% prefieren tabaco suelto para hacerse ellos los cigarrillos y 10% manifiestan su preferencia por tabaco de mascar.

*

Segun datos de Radio Leipzig (difundidos con motivo del primer Congreso de Pisquiatras Alemanes celebrado despues de la guerra) en los Manicomios y Casas de Salud de Alemania existían más de 300.000 enfermos mentales en 1939. Hoy no llegan a 40..., pese a los numerosos ingresos habidos durante el año de 1946. En el citado Congreso se reconoció que los fascistas alemanes —empezando por los médicos— habían "suprimido" alrededor de 275.000 de tales enfermos.

*

Es curioso y da no poco que pensar... Las revistas médicas de cualquier país están llenas de artículos mostrando la crisis de la profesión. Pero, los servicios militares sanitarios, de cualquier país también, tienen un tremendo deficit de médicos y los dirigentes se pasan la vida haciendo llamamientos y excelentes promesas. En Bélgica, amenazan con movilizaciones forzadas; en Francia, no tienen con quien relevar al personal médico de la Indochina; en América, el Médico en Jefe se ha dirigido a 5.000 colegas exmovilizados, rogándoles que consideren las ventajas de reingresar ahora en el Ejército; particularmente insiste en que un Segundo Teniente —categoría con la que se ingresa— tiene un sueldo anual de 3.372 dólares (más de 16.000 pesos mexicanos) y, por lo general, en un año o dos se pasa a la categoría superior.

*

Schlling, uno de los "vértices" de Patología Exótica, uno de los "sabios" alemanes torturadores de prisioneros, etc. etc., al ser condenado a muerte en Dachau como responsable de millares de asesinatos y más millares de invalidez a perpetuidad (gracias a sus "sabias" experiencias sobre malarización) solicitó del general americano Mac-Narney que se aplazase su ejecución para darle tiempo a terminar sus estudios sobre malaria, estudios de los que resultaría "un gran bien para la Humanidad" (textual). La petición fué denegada y el Jefe de Investigaciones Científicas (!) de Dachau fué ahorcado, después de escuchar que "ya había estudiado los suficiente para que la Humanidad conociese la clase de bien que podía esperar de él".

Jacques Lecoeur, al informar sobre centros antituberculosos en los Estados Unidos de Norteamérica, comunica que el *Dr. Henderson*, del Instituto Phipps de Filadelfia, se ocupa actualmente de investigar la densidad ósea calcánea que aprecia en sujetos normales y en tuberculosos.

Así, desde lejos, nos parece que, por lo menos, no le faltan pies.

*

Seguimos aguardando detalles sobre el nuevo remedio sueco contra la tuberculosis, del cual las primeras comunimaciones, bastante recientes, tienen la buena cualidad de ser muy prudentes.

El P. A. S. (abreviatura basada en las iniciales del ácido para-amino salicílico, su base constitucional) está fabricado con productos forestales y derivados logrados en las fábricas de gas. Desde que investigadores norteamericanos mostraron que la respiración del bacilo tuberculoso es estimulada por los ácidos benzoíco y salicílico, el Prof. *Lehman* de Gottenburgo intentó crear una substancia química capaz de impedir el crecimiento del bacilo.

Una de las mejores calidades del P. A. S. es su pequeña dimensión molecular facilitándole la penetración en los tejidos. Y una de sus peores características es la rapidez con que se elimina, rapidez que fuerza a reiteradas administraciones durante el día para lograr un debido nivel en la sangre.

Los resultados de la experimentación clínica (Dr. *Gylfe Valletin, también* de Gottemburgo) se reducen, hasta ahora, a mejorías sintomáticas con la única particularidad favorable propuesta, de que al suspenderse la medicación los enfermos empeoran y este empeoramiento es también coregido por una administración del P. A. S. Sabido es como, por lo general, los pretendidos medicamentos específicos antituberculosos no producen efectos sintomáticos favrables sino en su primera administración; es decir, quedan poco activos sobre los brotes de empeoramiento, sean o no progresivos, que surgen despues del tratamiento.

*

Una de las mejores organizaciones del mundo y, lamentablemente, muy poco conocida entre los médicos, es la que se ocupa de prestar consultas profesionales a los navíos en alta mar carentes de facultativo y llevando a bordo un enfermo grave. El servicio es internacional y fué organizado por Bélgica en primer lugar; se trata de una cadena de puestos de radio receptores y emisores, en constante enlace entre sí y manteniendo varias centrales con personal médico en guardia permanente. Por lo general, sólo son 85-100 minutos lo que se invierte en radiar la petición de consulta, las preguntas complementarias y la respuesta sobre las medidas a tomar.

*

Los cancerólogos no pueden quejarse del pasado año. Dejando a un lado las aportaciones de la energía atómica, al parecer bien serias, resulta que se han encontrado ya substancias con acción electiva sobre los tejidos cancerosos respetando los sanos. Por otra parte, avanzan los estudios profilácticos y ya se afirma que será posible conseguir la inmunización.

*

En cuanto a la tuberculosis, la subtilina ha recogido todas las esperanzas que la estreptomicina no supo sostener.

*

El Gobierno Sueco se encargó en 1946 del tratamiento de los niños belgas enfermos de tuberculosis ósea, destinando para ellos el Sanatorio Marítimo de Varberg. Recientemente, la Obra de Defensa Nacional Belga contra la Tuberculosis ha recibido en sesión de honor al Embajador Sueco haciéndole entrega de varias recompensas honoríficas los gobernantes y el personal médico sueco.

*

A propósito (más o menos). He aquí una muestra de humor sueco. De buen humor sueco. De humor y gran psicología. Pero antes hacen falta unas líneas previas.

En Suecia, los restaurantes, bares, etc., no sirven bebidas alcohólicas más que durante las comidas. Por otra parte, *cada familia* sólo tiene derecho a una ración de 4 litros mensuales de vinos, licores, etc. Y, finalmente, la demostración en la sangre de un sujeto de un milésimo de alcohol, supone que las autoridades pueden remitir al individuo en cuestión a la isla de Kuron para realizar una cura desintoxicante, la cual puede durar hasta 6 meses, bien a expensas del Estado, bien del propio individuo, según los casos.

Bueno. Pues *un folleto oficial de propaganda de ese servicio* lleva en su portada un bellísimo cliché: sobre la barca que regresa los "curados" desde la isla, uno de los "clientes dados de alta", feliz, cargado de flores, se despide de sus excompañeros, los convalecientes en la playa, gritándoles: "No os digo: ¡Adiós! Sólo, ¡hasta luego!" Uds., amigos míos, lo interpretaran como quieran. Para mi, lo dicho, buen humor y buen conocimiento de las gentes. Y del alcohol.

*

"*La tuberculosis es uno de los problemas cumbres de la sanidad en el continente americano; en siete ciudades brasileñas, el índice de mortalidad específica (todas las formas) es superior a* 300 *por* 100.000; *en Chile, durante los últimos* 40 años, tal índice se ha elevado de 220 a 250 por 100.000 habitantes; en las escuelas de Caracas (Venezuela) se ha demostrado que están infectados.

—a la edad de 0-4 años, el 20%,
—a los 14 años, el 50%;

los métodos abreugráficos han puesto de manifiesto que en Brasil hay más de un 4% de hallazgos positivos y en Guatemala, el 2,0%".

Todas las afirmaciones anteriores corresponden al informe general leído y aprobado en la V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, la cual se celebró en Wáshington en Abril de 1944. ¡Tres años atrás!

Y bien, los dirigentes sanitarios ¿se han dado cuenta práctica de lo que todo ello significa? Ellos, quizás sí. Pero en los Presupuestos no se nota mucho, la verdad. Ahí tienen Uds. el caso del Perú: de 400 millones de soles, suma total de los gastos nacionales, se invierten tareas antituberculosas... 3 millones, esto es: 0,7%, ¡menos de la centésima parte. Y si quieren Uds. ejemplos más cercanos, también se los podemos dar.

*

La U. N. R. A. ha puesto a disposición del Gobierno polaco una fábrica de penicilina que estaba instalada en Toronto. Una misión de especialistas polacos se trasladará para desmontar la fábrica y reinstalarla en Cracovia.

En 1946, se calculaba que de los 250.000 ciegos existentes en los Estados Unidos de Norteamérica, más de 10.000 podían recobrar su visión gracias a la operación plástica de *Filatov*, a la transplantación de la córnea.

El llamado "Banco Ocular" ha realizado una intensa campaña publicitaria en pro de que las personas al morir, legasen sus ojos a la institución. Los ojos deben extraerse del cadáver dentro de las doce horas siguientes a la muerte del sujeto y deben transplantarse antes de las 72 horas.

Todas las Compañías de Transporte por Avión accedieron a realizar con urgencia el envío de los ojos legados. Más de 72 Hospitales se han comprometido a que su personal realizará las extraciones y las investigaciones necesarias.

En total, durante el primer año de su trabajo, el Banco Ocular ha podido realizar más de 3.000 trasplantaciones.

*

Segun "Minnesota Medicine", una buena revista profesional americana, en los Estados Unidos de Norteamérica tienen registradas sus licencias de profesión, cerca de 180.000 médicos. De ellos, 26.000, aproximadamente, como especialistas de los cuales, según tal revista, aproximadamente 15.000 se habían "especializado" en los últimos cinco años.

*

Por su parte "Medical Times", precisamente comentando la noticia anterior, afirma que los especialistas son, segun sus encuestas, 51,239. Si aceptamos esto, resulta que hay un especialista para cada cuatro médicos generales (menos, para cada 3,6).

*

Y mientras tanto, el editor de "Wisconsin Medicine" argumenta que como el 85 de los padecimientos médicos quirúrgicos pueden y deben ser atendidos por los médicos generales, pues... con el 15% de los especialistas actuales basta y sobra. Lo que quiere decir que para todos los Estados Unidos de Norteamérica —segun ese señor— bastarían 3.300 especialistas.

*

En 1946 en la URSS el número de nuevos licenciados en Medicina sobrepasó la cifra de 14.000. De ellos, 4.000 pasaron a prestar servicios en zonas rurales alejadas y más de 2.500 quedaron adscritos a Institutos Científicos.

IX
Crítica de Libros

PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE TREATEMENT
Mason Zitel —Editorial Saunders. 1 Tomo de 584 páginas

La preocupación de los cirujanos por actuar con más seguridad y menos riesgos para el paciente, se advierte en el número de publicaciones que salen a luz, en las cuales se incita al quirúrgico a estudiar la fisiopatología individual sobre el paciente a el cual se le va a inferir un traumatismo grave, mediante una intervención quirúrgica de mayor o menor cuantía.

Esta preocupación revela una superación total de la etapa anatómica y anatomopatológica que hoy impera en la Cirugía. Es decir, sin menospreciar a la técnica ni a la brillantez quirúrgica, se procura dar una mayor seguridad al paciente de que la operación ha de ser eficaz y, en lo posible, no ha de constituir un riesgo vital el momento, operatorio. De esta manera, es posible afrontar intervenciones que en otros tiempos pueden determinar la muerte inmediata o a las pocas horas después de la intervención sin que el operado corra el peligro de que la operación sea muy brillante, pero él muera a las pocas horas. Antes el cirujano tenía la máxima preocupación de que el enfermo no falleciese en la mesa de operaciones, considerando su responsabilidad limitada al acto puramente quirúrgico. Nuestro concepto actual es el de que la responsabilidad del cirujano es mucho más extensa y abarca tanto el período preoperatorio como el post-operatorio.

Además, hay día no podemos desechar por su riesgo quirúrgico a los ancianos que necesitan una intervención quirúrgica. Dada la mayor duración de la vida y el que muchos viejos tienen capacidad para el trabajo, nos es necesario recuperarlos para su profesión mediante operaciones quirúrgicas, cuando estas sean necesarias. Ante los fracturados de cadera no podemos adoptar la posición nihilista que adoptaban nuestros maestros y estamos ante la ineludible obligación de resolver este problema quirúrgico con el menor peligro para el enfermo.

En el libro que analizamos existe una parte general en la cual se estudian todos estos problemas de una manera sistemática y minuciosa.

Comienza por estudiar los enfermos considerados como normales o de pequeño riesgo a su entrada al hospital. Sugiere las rutinas de exámenes a que deben someterse los enfermos unas 36 horas antes de la operación, tanto en lo referente a exámenes físicos de laboratorio y de Rayos X. Probablemente, el establecer esta rutina hospitalaria es uno de los problemas más difíciles en la clínica. Unas veces por la premura de la operación, otras veces por negligencias, los enfermos no son examinados debidamente dando lugar con ello a las catástrofes mas insospechadas . Hay que crear en los servicios una organización para que de una manera sistemática se practiquen todas las investigaciones necesarias para ir a la operación con la mayor garantía, tanto para el paciente como para el cirujno.

El autor toca en este capitulo, aunque de una manera ligera, el problema del terror a la operación y a la anestesia. Muchas veces los enfermos tienen mas terror a la anestesia que a la operación en sí. Quizás hubiese sido útil una mayor insistencia en este punto y sugerir a los cirujanos un mayor cuidado de la psicología del paciente en el sentido de descartar la sensación de angustia y la crisis de ansiedad que muchas veces constituyen el momento pre-operatorio. En ocasiones es suficiente la persuación por la palabra del cirujano en quien el enfermo tiene depositada toda su confianza, sin embargo no siempre es suficiente esta acción psicoterápica y hay que recurrir a los hipnóticos para salvar este bache de inquietud moral de la enferma. Tampoco insiste en este capítulo el autor sobre la intensa emoción que despierta en el paciente y la inquietud a que le da lugar la visión del instrumental quirúrgico que le parecen instrumentos de tortura en situación de víctimas propiciatoria tendida en la mesa de operaciones, cual si fuera un ara de sacrificios. Las conversaciones del cirujano y ayudante o personal subalterno sobre temas totalmente alejados de la operación que van a practicar, es otra fuente de inquietud por parte del paciente quien cree no se le concede la suficiente importancia. Por ello se debe tender cada día más a comenzar la anestesia en el propio lecho del enfermo, en su propio ambiente, alejándole de todos los factores que han de crear una atmósfera emotiva perjudicial. Es lástima que el autor no se haya extendido sobre estos extremos que tanto influyen sobre la marcha post-operatoria.

En la parte que se refiere a la dieta pre-operatoria, felizmente insiste el autor en que es perjudicial mantener a dieta y en ayuno a los pacientes. Autoriza a proporcionar una dieta líquida hasta cuatro horas antes de la intervención. Creemos que, con esta proposición, hace un gran beneficio a los pacientes evitándoles la tortura de la sed y la deshidratación subsiguiente a un ayuno demasiado prolongado.

También critica la costumbre de purgar a los pacientes antes de la operación. El operar a los pacientes bajo la acción de una purga es perjudicial ya que el enfermo en la mesa es débil e irritable y predispuesto a un ileus paralítico.

La preparación del área operatoria la considera como un factor importante en el éxito operatorio y da las instrucciones pertinentes para que esta preparación sea efectiva y llevada a cabo con la mayor perfección técnica.

En el capítulo siguiente trata de ciertos estados que pueden dar lugar a complicaciones post-operatorios, si no son resueltos antes convenientemente. Así por ejemplo, habla de la sepsis oral y como debe cuidarse la boca de los pacientes antes y después de la operación. A las infecciones respiratorias les dedica una parte del capítulo sin sobreestimar la importancia de las mismas.

Los siguientes epígrafes se refieren a estados del metabolismo del agua, a la obesidad y a la anemia, hipertiroidismo, sífilis y diabetes, factores todos que deben ser conocidos antes de decidirse a practicar la intervención. Especialmente, la parte que se refiere a la deshidratación está muy bien tratada y proporciona sugerencias de la máxima importancia tanto para el momento operatorio como para el post-operatorio.

Vienen después algunos estudios referentes a el cuidado pre-operatorio que debe tenerse en relación con las intrvenciones quirúrgicas que haya que practicar en los niños, en los viejos y en las embarazadas; como podemos hacernos cargo por los enunciados, este capítulo tiene gran interés y debe ser bien conocido por los cirujanos.

El capítulo siguiente se refiere a los estados de nutrición que pueden afectar el riesgo operatorio. Aparte de la enumeración de las deficiencias nutritivas que es necesario descubrir, el autor nos habla hasta de los cuidados pre y post-operatorios en los enfermos afectos de una cifra

baja de mal nutrición o de hipoproteinemia. Da las pautas para mejorar estas deficiencias y subsanarlas antes de acto operatorio. Para ello da unas tablas de dietas adecuadas tanto por vía oral como por vía parenteral.

El capítulo siguiente se refiere a el estudio de la conducta a seguir por el cirujano en los casos de enfermos con lesiones cardíacas que deben ser operados. El capítulo está lleno de interés y da cuenta de las entidades patogénicas que hay que estudiar y como pueden subsanarse con el fin de que el acto operatorio no constituya una contraindicación.

El estudio de los pacientes con hipertensión y nefritis constituye otro capítulo que debe de interesar a los cirujanos puesto que estos enfermos tienen una gran fragilidad y cualquier intervención por discreta que sea puede dar lugar a la muerte. La conducta a seguir tanto en el periodo pre-operatorio como en el post-operatorio proporciona al cirujano datos de mayor interés en el fin de hacer viables un poco peligro las intervenciones en estos enfermos.

La preparación de los diabéticos para la operación constituye el capítulo siguiente y en el se estudian todos los datos pertinentes para disminuir el riesgo operatorio en estos pacientes.

El capítulo de anestesia está muy completo y orienta al cirujano sobre la anestesia conveniente en cada caso además proporciona algunas técnicas que han de ser gran auxilio para el novel.

El problema post-operatorio en los casos corrientes está escrito con un gran cariño y comienza desde el momento que ha terminado la operación hasta que el paciente puede ser dado de alta. La parte de posición en la cama es muy atinada sobre todo en lo referente a condenar la posición de *Fowler* que tantos perjuicios causa al enfermo por el estancamiento de las venas pélvicas. Trata los problemas de la analgesia post-operatorio y la administración de líquidos, la distensión abdominal post-operatoria, etc., etc., problemas que hay que afrontar diariamente y que muchas veces no se está seguro de resolver convenientemente.

La dieta post-operatoria que propone el autor es afortundamente bastante mas generosa de la que se suele administrar. Cuesta mucho que vaya entrando en la rutina hospitalaria el proporcionar precozmente una dieta adecuada a estos enfermos.

En cambio no habla en este capítulo del abandono precoz de la cama de los operados. A nuestro juicio debía haber iniciado este tema que tiene una máxima importancia en lo que se refiere a la profilaxis de flebitis y embolias post-operatorias.

El capítulo de shock está muy puesto al día con una abundantísima bibliografía, pero sin que haya gran cosa personal en él. Tanto la parte diagnóstica como de tratamiento se ajustan a la mas estricta ortodoxia.

Igual podemos decir del capítulo de transfusión. En él están señaladas las indicaciones y técnicas de administrar la sangre. También se hace alusión a la preparación y administración de concentrado de solución de glóbulos rojos y de pasta de glóbulos rojos de aplicación tópica en los casos de lesiones tróficas con circulación periférica deficiente.

La fisiopatología y tratamiento de la acidosis y alcalosis, complicaciones tan frecuentes en las heridas, son objeto de un capítulo muy bien documentado, tanto en lo que respecta al mecanismo de su produción como a su tratamiento.

El ileo paralítico y la dilatación aguda de estómago, complicaciones tan frecuentes en la cirugía abdominal, son objeto de dos capítulos muy completos en los cuales se expone el mecanismo fisiopatológico y el tratamiento de tan molestos incidentes post-operatorios.

Un capítulo íntegro está dedicado al estudio clínico y conocimiento de los factores que dan lugar a la abertura de las heridas quirúrgicas de abdomen. Concede la máxima importancia como factor casi determinante a la hipoproteinemia en la génesis de este incidente, los ciudadanos terapéuticos que exigen el tratamiento de esta complicación son objeto de unas líneas en la cual exponen la técnica a seguir en estos casos.

Las complicaciones pulmonares y urinarias y flebitis y trombosis se exponen en tres capítulos muy interesantes llenos de sugestiones y orientaciones para el clínico tanto desde el punto de vista profiláctico como terapéutico.

Las quemaduras superficiales son expuestas en un capítulo, en el cual, después de hablar de los mecanismos fisiopatológicos de la lesión, trata de los medios terapéuticos mas en boga actualmente, dedicando una gran parte a la cura compresiva de *Koch*. Tiene una gran importancia el que se consiga vulgarizar esta cura poco conocida por los médicos generales y de la que hacen grandes críticas... los que no la conocen. Las ventajas de esta cura son tan grandes que todo lo que se haga por divulgar merece los plácemes mas calurosos.

El último capítulo de la parte general se refiere a la fisioterapia en la medicina general. Se trata de informar a los médicos prácticos de la posibilidad de realizar los tratamientos fisioterápicos con medios sencillos y de fácil aplicación en cualquier clínica.

La parte local está expuesta, con un criterio topográfico regional, por especialistas muy conocidos. En ellas tratan de los cuidados pre y postoperatorios en las intervenciones quirúrgicas en garganta, nariz y oídos, en las intervenciones sobre tiroides, tórax, vías digestivas, ginecología, urología y lesiones traumatológicas. Todos los capítulos están expuestos con un criterio práctico y realista, sin omitir una parte de doctrina que les sirva de fundamento a la terapéutica que preconizan. Realmente, el práctico puede encontrar la solución de los problemas grandes o pequeños en el curso de las operaciones que haya que realizar en los distintos aparatos y sistemas.

Termina el libro con un apéndice en el cual presentan las cifras normales que se encuentran en orina y sangre en estado de salud en las distintas enfermedades, así como los síntomas en relación con las distintas afecciones que son características de estas perturbaciones hematológicas y bioquímicas. Quizás estos cuadros pudieran estar un poco más cuidados en sus resultados pues en algunos casos no se ajustan del todo a la realidad.

Es un libro que conviene tener a mano en las clínicas quirúrgicas con el fin de sistematizar los tratamientos pre y post-operatorios y resolver algunos problemas urgentes que en el curso post-operatorio aparecen en los enfermos. Por otra parte, tiene este libro el gran mérito de despertar la curiosidad del cirujano hacia los procesos fisiopatológicos del organismo enfermo que ha de sufrir una intervención. Gracias al estímulo que esta obra puede producir en los medios quirúrgicos, seguramente muchos pacientes se operan en mejores condiciones de seguridad al prevenir complicaciones que son evitables, si se realiza el estudio pre-operatorio correctamente.

DR. JOAQUÍN D'HARCOURT.

F. R. G. Heaf y J. B. CcDougall.—REHABILITATING THE TUBERCULOUS.—Faber and Faber Lid.—Londres, 1945.

Llega ahora a nuestras manos este pequeño librito del Consejero y Director Médico, respectivamente de la British Legion Village Sanatoria, con un prólogo de la Du-

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

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.

quesa de Portland, presidente de la Asociación Nacional para la Prevención de la Tuberculosis. (N. A. P. T.) a cuyo Consejo Superior pertenecen los dos autores. Quizás por ello, se apresuran a declarar que las opiniones expuestas son exclusivamente personales y no tienen por que coincidir "necesariamente" con las de la citada institución.

Veintiuna fotografías de valor circunstancial ilustran 136 páginas de texto de las cuales casi la mitad (62) se consagran a una magnificamente concreta, demostrativa y convincente exposición de la tragedia del enfermo tuberculoso. El folleto está escrito más bien con propósitos divulgadores y propagandistas que otra cosa y las dos finalidades se cumplen ya en esas páginas cuyos ejemplos de estos o los otros enfermos tienen un colorido literario de gran estilo. Y al mismo tiempo, con facilidad de maestro, van los A. A. estableciendo, fijando, los conceptos que esencialmente deben retenerse sobre la enfermedad tuberculosa, sus modalidades de tratamiento, el porvenir de los pacientes "curados". Pero constantemente, en cada página, queda visible la importancia de rehabilitar, la necesidad de acometer semejante tarea; ese es el "hilo rojo" de unión entre las descripciones y asuntos tratados.

Ya en la introducción, los A. A. escriben: "no hay línea divisoria entre rehabilitación y tratamiento en la tuberculosis". Y las 62 páginas primeras tienden a demostrarlo. Despues, una descripción bastante bien conseguida de lo que significa el método inglés de rehabilitación del tuberculoso, inclusive de su técnica y de su costo; en seguida, un examen demasiado sucinto de los intentos y ensayos en otros países, tanto siguiendo los conceptos y prácticas de Inglaterra como merced a la adopción de procederes diferentes. Y para final, un análisis —no muy detallado ni analítico— de los "medios para mantener un justo modo de vida" y un capítulo titulado "Futuro" donde casi todo se reduce a las recomendaciones que se han hecho con vistas a la nueva organización de la estructura médico asistencial inglesa.

La obrita que comentamos no tiene —ni ha buscado— el nivel conseguido por el libro que *Pattison* publicó en 1942, casi con el mismo título (Rehabilitación of the Tuberculosis) pero es muy probable que resulte más útil. Todo dependerá de la difusión que alcance, de las facilidades de adquisición. Pues quien comience a leerla ha de terminarla, aunque no sea, ni de lejos, especialista. No puede pedirse mayor elogio.

Y, precisamente esa calidad indiscutible es la que nos alarma. Pues si bien no cabe discutir sobre la necesidad de rehabilitar al tuberculoso, sí cabe mucho que opinar sobre el sistema inglés defendido por los A. A. Y, por cierto, las objeciones no son aquellas que, más o menos dialecticamente, se hacen a sí mismos los A. A. para pulverizarlas con facilidad.

Han escrito ellos una frase plena de verdad: "El fin de todo tratamiento en la tuberculosis —como en la apendicitis, etc.— es la rehabilitación del enfermo". Con ello dicen los A. A. que la rehabilitación del enfermo tuberculoso podrá diferenciarse de la de otro cualquiera enfermo en los medios aplicados para lograrla (al igual que se diferencian las técnicas del tratamiento) pero no ha de diferenciarse la finalidad, la meta de todo el método de rehabilitación. Si admitimos esa premisa (y no se nos alcanzan razones en contrario) habrá de convenirse que la supuesta rehabilitación inglesa de los tuberculosos... se queda en la mitad del camino.

En efecto, rehabilitar al tuberculoso no puede concebirse unicamente como la tarea de hacerle apto para ganarse la vida, con el menor perjuicio para sí y para los demás. Teleológicamente consideradas las cosas, ese es el mismo principio que impera actualmente en los Códicos Penales del mundo civilizado. Y si por rehabilitación entendemos "la reincorporación a la sociedad", en su sentido más amplio, también tendremos que convenir en que una sociedad constituída exclusivamente por tuberculosos... no es ni muchísimo menos "la sociedad".

Cada vez que leemos proyectos de constitución de colonias para tuberculosos... la verdad, miramos el calendario para convencernos de si estamos o no en 1947. Pues nadie podrá dudar que en cuanto a rehabilitación de tuberculosis estamos trabajando con los conceptos y prácticas de 20 años atrás, cuando lo que sabíamos sobre tuberculosis, sobre diagnóstico y tratamiento y prevención de la enfermedad, de sus brotes, era muy distinto de lo que sabemos y practicamos hoy. Más aun: manejamos conceptos y queremos imponer prácticas cual si no hubiesen evolucionado, y no estuvieran evolucionando, las prácticas y los conceptos generales de vida humana. O es que la vida rural, el trabajo agrícola, el artesanado manual, etc., etc., ¿son ahora cual eran hace 20 años? ¡Qué van a ser! Y aun serán más y más distintos!

Es bien triste contemplar las fotografías del libro que comentamos. Reproducen talleres de muy distintos oficios, tareas rurales de cultivo y recolección... ¿Seremos lo suficientemente inconscientes para creer que están "rehabilitados" los enfermos antes obreros industriales, etc., habitantes de grandes poblaciones y ahora trabajando en tales talleres y viviendo en el campo? Ahí esta el caso A. D. que ocupaba importante cargo en una gran tienda de modas de París y que ha permanecido "perfectamente bien" y ha ganado bastante dinero en los 14 años de permanencia y trabajo en el "village settlement" inglés; ¿de verdad vamos a creer y decir que está "rehabilitado"?. Pero ¿que rehabilitación es esa que arranca a un hombre de su vivir, le lanza y mantiene en otro ambiente y, en muchísimos casos, hasta le impone otro medio de vida? No, "eso" no puede llamarse ya hoy "rehabilitar". Como tampoco puede admitirse que estén "rehabilitados" los centenares de tuberculosos que habitan la ciudad en paqueño de Saranac Lake, construída al calor del Sanatorio de Eduardo Trudeau.

Heaf y *McDougall* al citar con gran honradez que las copias del sistema inglés de rehabilitación del tuberculoso efectuadas en otros países, han resultado siempre un fracaso, se tranquilizan fácilmente: falta de dirección técnica, mala comprensión del problema en todos sus aspectos, enemiga de las Autoridades locales, ausencia de "calor vital", etc., etc. En resumidas cuentas, lo mismo que ha impedido que en la propia Inglaterra tampoco se haya difundido el sistema. Y bien, en el lugar de los A. A. yo me hubiera planteado la pregunta de ¿no será otra cosa? ¿No habrá otras razones?

Para quien esto escribe las hay, y esencialmente, las hemos expuesto. Si queremos de verdad rehabilitar al tuberculoso, tenemos que plantearnos el logro de que el tuberculoso no pierda su lugar en la sociedad; entiéndase bien, "su lugar", el "suyo", el que "tenía" el que "había conquistado antes de caer enfermo". Eso será rehabilitar. Si no le damos "aquel", si le damos "un" lugar en la sociedad, pero no el "suyo", ah ¡entonces, no rehabilitamos! entonces adaptamos, reeducamos; lo cual, (convénganse en que no se trata de mera palabrería), no es es igual que rehabilitar. Pues si "la finalidad de todo tratamiento es rehabilitar" (concepto en el que estamos conformes) no creo que se pueda afirmar que cualquier tratamiento en cualquier enfermo ha de plantearse la finalidad de adaptar, de reeducar.

Es claro, no pocos tuberculosos precisan de verdad una adaptación, una reeducación. ¡Ah! para ellos, bueno, para ellos podrá aceptarse el punto de vista inglés (y aun con modificaciones) . Pero para los demás, no. Y ahora,

en estos tiempos, son estos últimos ¡—afortunadamente—! quienes constituyen la mayoría de los tuberculosos. Cosa que no sucedía 20-25 años atrás. Por eso entonces, estuvo bien planteado el problema por los pioneros de la rehabilitación en los tuberculosos. Y por eso también está mal que ahora sigamos con aquellos conceptos y métodos de entonces. Lo que ocurre, una vez más es la demostración de cuan conservadores somos los médicos, de cuanto nos cuesta modficar la enseñanzas adquiridas.

Se me dirá que planteada la rehabilitación cual acabo de expresar, el problema resulta insoluble. No es cierto. Por el contrario sólo así es soluble y factible. De la otra manera... ya lo hemos visto. Seguimos con unos bellos casos aislados, pero sin acometer la tarea o fracasando cuando se acomete.

En lo que si estamos conformes es en que nuestra visión del problema requiere otra organización médica —y por ende, social—. Si, eso sí. Pero ya vamos viendo lo poco que sirve "ponerle piedras al carro".

DIEZ FERNANDEZ.

SHOULDER LESION *H. F. Moseley, D. M.* — Editorial Charles c. Thomas 1945—. 1 Tomo de 181 páginas.

Las afecciones dolorosas del hombro constituyen una realidad clínica muy poco conocida del médico práctico. La información bibliográfica está dispersa en revistas y trabajos monográficos que no llegan al gran público médico. Las obras de cirugía que corrientemente están en manos de los no especializados no pasan de hablar de las periartritis del hombro descritas por *Duplay* en 1872, sin dar grandes detalles de su sintomatología ni de su evolución. Por eso, cuando se trata de afeciones dolorosas del hombre cuyo origen no es traumático, los enfermos son diagnosticados bien de artritis reumáticas, reumatoideas, y cuando son debidas a traumatismo se supone que son ocasionadas por esguinces de hombro sin expresión radiográfica de lesión ósea.

Sin embargo, la consulta diaria nos hace ver que la patología dolorosa del hombro es mucho más rica y variada que lo que hace suponer cuanto nos enseñan los libros corrientes. A esta realidad clínica obedecen los diagnósticos de "Pain-full shoulder" o "Frozen shoulder" que si bien son expresivos de un estado patológico del hombro no especifican ni presuponen el origen ni la evolución de la lesión que afecta a la articulación. No conociendo ni la etiología ni la anatomía patológica de estas afecciones dolorosas, la terapéutica está limitada sobre una base tan deleznable que no es de extrañar su poca o ninguna eficacia. El clínico deseseperado ante la esterilidad de sus esfuerzos terapéuticos, termina por creer que se trata de pacientes pitiáticos o de casos de inhibición voluntaria ante el esfuerzo, especialmente cuando se trata de accidentes del trabajo.

Codman, en 1934 publicó un mangífico libro (que se ha extendido muy poco) en el que expone los resultados obtenidos en el tratamiento de estas afecciones después de haber estudiado durante mucho tiempo con gran cariño y solicitud toda la patología del hombro. El libro que presentamos está inspirado en la magnífica obra de *Codman* haciendo asequibles, tanto las doctrinas patogénicas como su interpretación y, al mismo tiempo, poniendo al día bajo todos sus aspectos lo adelantado durante estos once años, durante los cuales no se ha dejado de estudiar esta materia.

Así por ejemplo, se estudian en el libro los síndromes dolorosos que asientan en la encrucijada escalénica y tanta relación tienen con los síndromes dolorosos escapulo-humerales. Todo cuanto se refiere a avances en diagnóstico radiológico, así como en el tratamiento radioterápico están incluidos en el libro. La interpretación actual de la fibrositis y tenositis del hombro, es objeto de un ciudadoso estudio. Así mismo, el conocimiento de la existencia de depósitos calcificados en el hombro, se estudia ampliamente así como todo lo que se refiere a los síndromes de ruptura bicipital que antes se estudiaban mezclados con las peri-artritis.

El plan de la obra es el siguiente: en un primer capítulo se estudia la fisiopatología y mecánica del hombro. Sigue después un capítulo en el cual se enseña como debe de hacerse la exploración clínica del hombro. En el tercer capítulo se hace referencia exclusivamente a los músculos que cubren la cúpula rotadora de la articulación, es decir, se hace referencia a las roturas de los músculos supra-espinoso, infra-espinoso y redondo menor, que se insertan en la tuberosidad mayor. Así mismo se estudia la rotura del subescapular, que inserta como es sabido en la tuberosidad menor. Este capítulo tiene una gran originalidad y expone de una manera muy clara todo cuanto se refiere a estas lesiones traumáticas de los músculos que rodean a la cabeza humeral. El capítulo cuarto, también es puramente traumático; en él se estudian las subluxaciones y dislocaciones de hombro. Viene a constituir una pequeña monografía del tratamiento de la luxación recidivante de la articulación escapulo-humeral. Propone el tratamiento quirúrgico bien conocido en estos casos de operaciones de suspensión muscular tipo *Clairmon* o *Henderson*, de suspensión ósea, tipo *Nicolla* y finalmente técnicas pocos conocidas en la bibliografía americana, como son el bloqueo anterior mediante desdoblamiento de la coracoides, como aconseja *Oudard*, o la inserción de un injerto óseo cerca de la parte anterior de la glenoides. El capítulo siguiente, se refiere al estudio de los procesos de calcificación en la cúpula de rotación escapulo-humeral; aunque su conocimiento data de los trabajos de *Paiter* y *Baer*, en 1907, el hecho es que este capítulo es poco conocido tanto en su patogenia como en su tratamiento y el autor lo desarrolla la perfección. El capítulo siguiente, se refiere al conocimiento de la neurología que tiene relación con la articulación escapulo-humeral. Estos síndromes tienen una gran importancia y deben de ser diferenciados cuidadosamente de las afecciones dolorosas que están en relación exclusivamente con la articulación del hombro. Especialmente este capítulo hace incapié en el conocimiento del síndrome de la costilla cervical y del escaleno anterior. Estas afecciones, de vecindad debe tenerlas siempre en cuenta el cirujano, cuando estudia una afección dolorosa de la articulación, sino quiere exponerse a que pasen desaprecibidas y a no obtener una curación del síndrome doloroso de que se trata.

Los últimos capítulos se refieren exclusivamente a terapéutica de estas afecciones. Se estudia un triple aspecto de tratamiento. Tratamiento radioterápico, tratamiento quirúrgico y la reeducación funcional de la articulación. Los tres capítulos están tratados discretamente y proporcionan al médico una orientación terapéutica a seguir en estos casos. Los capítulos son concisos y concluyentes, de suerte que el médico pueda actuar sin vacilaciones, aún cuando no tenga un profundo conocimiento de la cuestión.

En resumen, la monografía de *Moseley*, proporciona un conocimiento adecuado de los síndromes dolorosos que afectan al hombro y de cuales el médico práctico no puede tener un conocimiento exacto por falta de información sobre un punto que tantas veces se presenta en la clínica y para cuya resolución le atenaza constantemente la perplejidad por falta de información bibliográfica.

Dr. JOAQUÍN D'HARCOURT.

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.

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.

X

Análisis de Revistas

PRENSA NORTEAMERICANA

AN EVALUATION OF THE GUTERMAN TEST IN CLINICAL PRACTICE. (VALORACION DE LA PRUEBA DE GUTERMAN EN LA PRACTICA CLINICA).—*Reinhart, H. L.* y *Barnes*, A. C.—Jour. of Clin. Endocrinol.

Los A. A. presentan una valoración de la prueba de *Guterman*, hecha sobre las siguientes bases: a), aplicar la prueba sin ninguna modificación; b), para valorar el margen de error en las lecturas de la prueba, corroborar los resultados por medio de la coolrimetría. Las experiencias se hicieron en 130 mujeres tomadas al azar, tanto del hospital como de la consulta externa, en quienes había que determinar si existía o no embarazo.

La prueba de *Guterman* consiste fundamentalmente en dosificar el pregnandiol en la orina de la mujer problema. Para esto, se basa en la determinación colorimétrica de *Talbot* y en la cuantitativa de *Astwood-Jones*. Según la prueba, mujeres en las que se dosifica un miligramo o más de pregnandiol por 100 c.c. de orina y que además presentan amenorrea, están embarazadas. La prueba aplicada a las 130 mujeres, dió los siguientes resultados: 71 de estas pacientes estaban embarazadas y la prueba fué positiva en el 84.5% de ellas; 59 no estaban embarazadas y la prueba fué negativa en el 50% de ellas.

Para la interpretación correcta de la prueba hay que tener en cuenta: a), la existencia de amenorrea y la ausencia de hemorragias vaginales, pues éstas limitan la prueba; b), que no haya recibido la enferma medicamentos a base de progesterona, pues ésta puede hacer aparecer positiva una reacción en mujeres que no están embarazadas; c), tanto las lecturas positivas como las negativas están sujetas a un 25% de error; d), el margen de error se debe, aparentemente, no a la interpretación sino a variaciones individuales del metabolismo de la progesterona tanto en mujeres embarazadas como en mujeres no embarazadas.

Agustín Chévez Z.

VALUE OF GASTRIC LAVAGE IN TREATMENT OF POISONING. (VALOR DEL LAVADO GASTRICO EN EN TRATAMIENTO DE LA INTOXICACION AGUDA).—Editorial del Journal of the American Medical Asociation. Vol. 133.—N° 8. Pág. 545.—Febrero 1947.

Por más de un siglo. el lavado de estómago ha venido usándose en el tratamiento de la intoxicación aguda. Con excepción de algunos coadyuvantes, tales como el empleo de un solvente apropiado, o de un absorbente (como por ejemplo el carbón vegetal), o un agente neutralizador, no ha habido cambios fundamentales en este procedimiento. El valor terapéutico del lavado estomacal no había sido discutido ni tampoco puesto en duda. No obstante, en 1942 por primera vez, *Harstad, Moller* y *Simesen* del Instituto de Farmacología de la Universidad de Copenhague y del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Bispebjaerg de Copenhague, hicieron un concienzudo y sistematizado estudio de este procedimiento con resultados que demostraron su ineficacia y pusieron en evidencia la necesidad de investigar procedimientos más científicos, acerca de los tratamientos en la intoxicación aguda.

Moller y sus colaboradores han estudiado cuantitativamente el volumen líquido empleado y la cantidad de tóxicos extraídos en 80 personas con serias intoxicaciones debidas a diferentes fármacos.

Los resultados analíticos obtenidos en un cierto número de años y sobre gran número de casos de intoxicación aguda sin beneficios con el lavado gástrico, han mostrado su extremada variabilidad y en algunas ocasiones han sido comparativamente pequeñas las cantidades de tóxicos extraídas.

Por ejemplo, los hipnóticos (especialmente los barbitúricos) se han encontrado en cantidades relativamente grandes algunas horas después de ingeridas las drogas. Lo anterior vendría a demostrar que el lavado estomacal es un procedimiento tardío para provocar la remoción de los tóxicos. Sin embargo, tóxicos de acción rapidísima, tales como los cianuros ha sido posible hallarlos en pequeñas cantidades y otros como la nicotina, han sido encontrados en cantidades por sí solas mortales. Un sin número de explicaciones teóricas, dan solución para estas variantes, pero la primera cuestión que tratan los autores de Copenhague, es la de la eficacia del procedimiento.

La parte de mayor importancia para *Moller* y sus colaboradores, es la cantidad de líquido empleado en los lavados y el apropiado uso de él. Recomiendan el empleo de 10 a 40 litros de líquido usado libremente. Los autores siguen el procedimiento siguiente:

Colocan al paciente en decúbito supino estando correctamente colocada su sonda estomacal. El lavado se hace con agua tibia, pasada al estómago a través de sonda con embudo. Se comenzó con 1 litro hasta llegar a la cantidad de 10 litros. El volumen extraído mediante sifón se recogió en cinco distintas porciones; la primera porción consistió en la cantidad que pudo ser removida después del primer litro; la segunda, después del segundo litro; la tercera después del tercer litro y del cuarto litro; la cuarta después del quinto, sexto y séptimo litros y la quinta y última después del octavo, noveno y décimo litros. Las cinco porciones del líquido extraído, fué sometido a análisis para diferentes drogas. 71 de lo spacientes, que constituyen una mayoría, fueron tratados por intoxicación de barbitúricos, más o menos grave.

La mayoría de ellos permanecieron en estado de inconsciencia y alrededor de un 23% murieron. Su tratamiento continuó a base de carbón vegetal y sulfato de magnesia, después de que los lavados de estómago habían sido efectuados. Los resultados sorprendentes fueron de que, del total de los sondajes practicados, en la mayoría de los enfermos, no se pudo comprobar la existencia de tóxicos en cantidad apreciable; únicamente y eso ocasionalmente se encontraron 10 mgs. de barbitúrico. En los casos fatales, cuando no se encontraron huellas de barbituratos u otros tóxicos en el líquido de remoción, en cambio su presencia fué muy manifiesta en el contenido intestinal. No había correlación entre la cantidad del veneno extraído por sondaje y el intervalo de tiempo entre el lavado y la ingestión del fármaco. Las otras drogas experimentadas, fueron: la fenacetina, ácido salicílico, quinina, nitrobenceno, tetraclorometano. Sin embargo, no más de un 30% de las diferentes drogas fué lo que se pudo rescatar por intermedio del lavado estomacal. Unicamente en la quinina los resultados fueron realmente positivos logrando extraer un 12% del total ingerido. Sólo en cinco de los 80 intoxicados que habían ingeri-

do barbitúricos, aspirina o quinina en tabletas o píldoras, se logró extraer 0,5 grs. del tóxico del total del líquido extraído por sifón. En estos casos, la primera porción de líquido extraído contenía el 52% por término medio del total; de la segunda porción, un promedio del 11%; de la tercera, un promedio del 9%; la cuarta, un 11% y la quinta, un 6%. Aunque el número de casos tratados resulta pequeño y las variaciones considerables, estos resultados demuestran que la remoción de los tóxicos es facilitada por el uso repetido de pequeñas cantidades de líquido solvente, principio de gran importancia en Química Analítica.

A la par con las experiencias anteriores, se hicieron experimentaciones con perros, a los que se les ligó el piloro y se les suministraron 2 gramos de barbitúricos; únicamente el 30% de la droga fué removida en el primer litro empleado en el lavado estomacal. Con el segundo litro empleado, se logró recuperar un 22%, dando un total del 52% de tóxico extraído. De un estómago vacío se logró una recuperación del 60% con el primer litro, pero en el segundo, solamente del 3 al 4%, dando un total del 63%. Otras consideraciones demuestran, finalmente que son los lavados se pierde un 22% del tóxico dentro del estómago.

Una observación semejante, practicada en seres humanos por los investigadores de Copenhague, demuestra que de los 10 litros del líquido empleado, solamente el 75% es el que se logra extraer y que los 2,4 litros restantes, pasan rápidamente al tubo digestivo (intestino). En fluoroscopía se pudo observar fácilmente el paso del líquido. Cuando se usó carbón en pacientes inconscientes, éste se encontró adherido en los bronquios y en el examen histopatológico se le pudo ver en los alvéolos pulmonares, como resultado de la aspiración del contenido gástrico. Los autores concluyen que el lavado de estómago, está generalmente contraindicado en los intoxicados inconscientes y únicamente se debe usar en los casos extrictamente necesarios. Recomiendan que los pies de la cama se levanten, se vuelva la cabeza del enfermo y mediante aspirador se extraigan vómitos y demás materiales a través de la boca.

He aquí las conclusiones generales que se sacan del laborioso y encomiable trabajo de *Moller* y colaboradores:

El lavado gástrico es generalmente ineficaz en las intoxicaciones agudas; su eficacia podría ser incrementada por el uso de pequeñas cantidades de líquido; El lavado estomacal provoca el paso del tóxico hacia el intestino. Cuando hayan transcurrido cuatro horas de haber ingerido un tóxico el lavado es excepcionalmente efectivo; el fármaco abandona rápidamente el estómago, especialmente en los suicidas, que hacen la ingestión generalmente en ayunas; En los intoxicados conscientes, una evacuación del estómago por vómito con la ayuda de la apomorfina es superior al lavado gástrico; El lavado está contraindicado en las intoxicaciones agudas, pero si se practica, siempre debe combinarse con aspiración. La absorción de los tóxicos en la mucosa gástrica es importante únicamente en los metales pesados y un número muy reducido de otras substancias. La remoción deberá hacerse preferentemente mediante aspiración seguido de un lavado con 1 ó 2 litros de agua que contenga 10 gramos de carbón por litro.

J. R. Aluja.

ESTADISTICA DE ACCIDENTES EN 1946. (The Journal of the American Medical Association. Regular Departments. Medical News. Página 564 del Vol. 133 N° 8.—Febrero 22 de 1947).

El Consejo Nacional de Seguridad informa que 100,000 personas, resultaron muertas a consecuencia de accidentes y que 10.400.000 resultaron lesionadas. El cálculo total en lo referente a pérdidas materiales, asciende a la cantidad de $ 5.600,000 dólares. El porcentaje de muertes por accidentes, es superior en un 4% al del año de 1945; sin embargo, en niños de 5 a 14 años, las muertes consecutivas a accidentes, ha disminuído en un 8%. Se establece una comparación entre 1946 y 1945, encontrándose las siguientes cifras:

	1946	1945	Diferencia
Total de muertes por accidentes	100,000	95.918	4%
Muertes por vehículos automotores	33,500	28,076	19%
Muertes por accidentes domésticos	34,000	33.500	1%
Muertes por accidentes trabajo.	16,500	16,500	0%
Muertes por accidentes, vías públicas	17,000	16.000	6%

Los tres últimos se refieren exclusivamente a civiles.

Los accidentes en 1946, corresponden a 71.4M. por 100,000 habitantes, habiendo sido ocasionada la muerte por: Caídas 27,800.—Quemaduras 10,2000, un aumento del 3% sobre 1945.—Ahogados 7,300, un aumento 2%.—Armas de fuego: 3,100, un aumento del 24%.—Catástrofes: 1,300. El mayor número de muertes corresponde a los accidentes domésticos, en número de 34.000. Las heridas leves en accidentes domésticos en número de 5.100.000 totalizan un total de $ 600.000,000 dólares comprendiendo pérdidas de salarios, servicios médicos y sobrecargo de seguro de vida. Las muertes por accidentes de tránsito ascienden a 33.500 con un 19% superior a 1945, pero inferior a 1941 que fueron 39.969. Además el tráfico ocasionó en 1946, 1.150,000 lesionados, aunque no de muerte. Las pérdidas en total, incluyendo servicios médicos, seguro de vida y daños en vehículos, ascienden a ..... $ 1,650.000,000 dólares. Muertes por accidentes de trabajo en 1946 suman 16,500, aproximadamente el mismo número que en 1945. Heridas no mortales consecutivas a accidentes de trabajo: 2.050,000 con un total de pérdidas por valor de 2,350.000,000. En 1946, los accidentes en vías públicas (no ocasionadas por vehículos automotores) fué aproximadamente de 17,000 con un aumento de un 6% con respecto a 1945. Heridos no de muerte, alrededor de 2.100,000, con pérdida de salarios, servicios médicos y sobrecargo de seguro de vida, ascienden a un total de pérdidas de 400.000,000 de dólares. Accidentes de aviación en vuelos dentro del país durante 1946, en número de 12, arrojan un total de muertes de 107, incluyendo 75 pasajeros y 32 tripulantes, mostrando un descenso de un 43% con respecto a 1945 en relación a 100.000,000 pasajeros milla. Los accidentes de ferrocarril en los 11 primeros meses de 1946 arrojan un total de 3,928 personas muertas, lo que significa un 7% de descenso en comparación con 1945, descendiendo en un 15% los heridos de un total de 49,049.

J. R. Aluja.

THE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN SYNDROME A REPORT OF A CASE IN A SOLDIER.—*W. Leichliter* M.C.U.S. Army, and Captain *Carlos E. Fish.*—The Military Surgeon Vol. 93.—July 1943.—Pag. 77.

El A. ante un caso bien definido de síndrome de W. F. hace las siguientes consideraciones:

Considera, que resolver el problema diagnóstico de un enfermo afecto de meningitis, cuando existen signos de localización meningítica, no presenta grandes dificultades. En cambio, es muy difícil llegar a establecer un diagnóstico de meningitis, cuando los pacientes se encuentran

en las fases iniciales de la afección, o bien, cuando el cuadro sintomatológico clásico de la meningitis aguda, no aparece con la claridad con que la sintomatologia típica, aparece expuesta en los libros.

Tal sucede con la septicemia meningócica fulminante, conocida con el nombre de "Síndrome de "*Waterhouse-Friederischen*". En los textos que corrientemente se manejan, existen muy pocos datos concernientes a esta entidad clínica. Por ello al encontrarnos ante un paciente afecto de este síndrome, hubo necesidad de emprender una cuciosa búsqueda bibliográfica, especialmente entre A-A. de lengua inglesa y alemana, con el fin de poder fundamentar el diagnóstico.

La información obtenida a través de la literatura médica, es la siguiente: El síndrome se presenta más corrientemente en los niños, si bien, su curso en los adultos es muy semejante. El comienzo de la enfermedad es típico. En plena salud, el sueño apacible de el paciente, es interrumpido súbitamente, por un grito, o por cualquier otro signo de dolor agudo. Frecuentemente se presentan precozmente vómitos, si bien éstos no suelen persistir, aunque continúen los dolores abdominales. Corrientemente, se observa en estos casos, malestar y cefalalgias. Los síntomas dependientes del sistema nervioso central, suelen aparecer tardíamente o aun no presentarse. Unicamente son constantes a este respecto, una intensa somnolencia y una marcada obnubilación mental. Casi invariablemente se presenta una cianosis de matiz muy obscuro. Las petequias, aparecen muy precozmente y se convierten en manchas purpúricas. A veces esta transformación, se observa mientras el Médico pasa visita. Se citan casos de madres, que han visto aparecer, la erupción maculosa mientras transportaban a su hijo al hospital o mientras bañaban a sus hijos. A veces la temperatura está elevada ligeramente, pero por lo común, en las primeras doce horas asciende hasta 40 y 41 grados. El estado del paciente se agrava rápidamente y lo más corrientemente el paciente fallece dentro de las veinticuatro horas del comienzo de la enfermedad, hágase lo que se haga.

Los hallazgos necrópsicos son constantes: Las lesiones de mayor relieve son: el rash purpúrico y la hemorragia de las cápsulas suprarrenales. El rash generalmente es muy extenso y afecta a la cara al cuello y a las extremidades. Las lesiones, cutáneas son muy irregulares, tanto en su forma como en su tamaño. La coloración de las pigmentaciones varía desde un rojo obscuro a el color de una mora. La hemorragia de las cápsulas suprarrenales varía, desde la existencia de pe-tequias pequeñas y diseminadas, hasta convertirse la cápsula suprarrenal en un "quiste sanguíneo" por una hemorragia masiva que ocupa toda la cápsula. Muchos Autores aseguran que la hemorragia suprarrenal es bilateral en un 95% de los casos. El examen histopatológico muestra que el parenquima glandular ha sido destruído y reemplazado por la hemorragia. Así mismo, se observa necrosis tisular consecutiva a la compresión. Tanto la membrana serosa como la mucosa ostentan, desde petequias mínimas a hemorragias más importantes.

El Autor, no ha podido descubrir quién designó a este síndrome con el nombre de *Waterhouse-Friderichsen*. Para muchos A. fué *Little* quien en 1901, describió el síndrome por primera vez.

Little presentó 4 casos personales y otros siete tomados de la literatura. En dos casos, demostró la presencia de meningococos en racimos y amontonados en varios pequeños capilares en cortes procedentes de lesiones cutáneas. Un cultivo de sangre "post mortem" resultó negativo. En el tercer caso no se encontraron microorganismos y en el cuarto no se hizo el estudio bacteriológico. De los siete casos mencionados, tres tuvieron observación bacteriológica con resultados negativos.

Waterhouse presentó en 1911, un caso en el que los cultivos fueron estériles, partiendo de material extraído de las suprarrenales, bazo y 1. céfalo raquídeo. Hace notar el autor que gran número de médicos han diagnosticado en casos similares sarampión hemolítico, basándose en que los enfermos han sido admitidos en los hospitales de infecciosos sin haber sido vacunados.

En 1916 *MacLagen* y *Coo*, hacen la descripción de dos casos con curación y *Friederichen* en 1918, presentó dos casos propios. En uno de ellos, se logró aislar en la sangre microorganismos descritos únicamente como "diplococos gram negativos", en el otro caso hizo un hallazgo similar en el líquido céfalo raquídeo. Es muy probable, que se deba a esta descripción que el nombre de *Friederichen*, se haya unido al síndrome de que venimos tratando.

Rabinowitz en 1923, fué tal vez el primero en dar un diagnóstico "antemortem" correcto, basándose única en la sintomatología clínica, sin la ayuda del laboratorio. En 1934 *Bamatter*, estableció la intima relación con el meningococo, quien reportó un caso con cultivo positivo en sangre y otro en donde logró aislarlo en el bazo, sangre y flúido cerebro-espinal. *Bamatter* fué el que por primera vez sugerió el empleo del término "meningococcemia fulminante". En 1936, *Aegerter* proporciona un trabajo de la sintomatología, etiología y patología, encontrando únicamente 6 casos en adultos. *Lindsay*, quien ha hecho un recuento de los casos descritos en la literatura médica, ha dado la cifra de 96 casos publicados hasta el año de 1941 y posteriormente, *Kweder* en 1942 hace la aportación de dos casos más, ambos adultos de 20 y 58 años. Por lo tanto, los A.A. creen que el caso que vamos a describir, constituye el número 99 y el 9 de adultos.

Caso clínico - Historia

M.O.V. soldado de raza blanca de 22 años de edad, es admitido en el servicio hospitalario el día 14 de abril de 1942, quejándose de un fuerte catarro y tos, que ha persistido desde hace dos semanas.

Su temperatura es de 37.5; se le hace diagnóstico de naso-faringitis y se le da un tratamiento de rutina, incluyendo sulfatiazol debido a la abundante presencia de estreptococos en faringe. El enfermo evoluciona satisfactoriamente no pasando la temperatura de 37.7 hasta las 3 a.m. del día 14, en que el enfermo tiene un agudo escalofrío, vomita y la temperatura sube hasta 39.2. El enfermo suda profusamente, aparece la disnea y tiene la apariencia de un caso gravísimo.

Al mediodía, la temperatura sube a 41,2, su respiración es de 40 y su pulso de 128. Se observan petequias generalizadas. El enfermo está inquieto y obnubilado. Al examen médico, únicamente hay que anotar algunos hallazgos en el tórax derecho, que hace presumir, se trate de una neumonía aguda. A las tres de la tarde se le extrae sangre para hemocultivo. La cianosis, para entonces, es ya muy marcada y se ha desarrollado un rahs hemorrágico muy generalizado. La muerte ocurre a las dos de la mañana del día 15 de mayo, aproximadamente 24 horas después de iniciado el síndrome agudo. Los síntomas de irritación meningea no han aparecido, y los hallazgos pulmonares, así como la aparentemente abrumadora infección, hacen presumir una neumonía muy alta.

La autopsia practicada a las siete horas postmortem, por uno de los autores, revela: Una cianosis, especialmente en la cara y tórax. Una gran diseminación de petequias en cara, tronco y extremidades, cuyo tamaño oscila entre hebegris puntiforme hubalis de 10 cm. de diámetro. El color es uniforme y se parece al jugo de moras e inclu-

sive las palmas de las manos y plantas de los pies están invadidas. Los hallazgos se concretan al corazón, pulmones y cápsulas suprarrenales. Se encuentran petequias subpericárdicas a lo largo del trayecto de las coronarias. Las válvulas, endocardio y miocardio, permanecen normales. El pulmón derecho presenta una coloración azul obscura, con innumerables petequias, sobre todo, junto a la pleura visceral y muy especialmente sobre el lado derecho. El pulmón izquierdo muestra cambios similares, pero en menor escala. El parénquima presenta una coloración roja-obscura y hemorrágico, con evidencia de una prematura. (hepatización.) Las glándulas suprarrenales se encuentran aumentadas de tamaño y con un peso de unos 35 gramos. Presentan una coloración roja-obscura y los cortes muestran una hemorragia masiva, tanto en la corteza como en la médula, en ambas glándulas. En el cerebro no se observa un exudado meningeo. Se hacen cultivos partiendo de tejido, sangre procedente del corazón, suprarrenales pulmones y líquido cefalo-raquídeo. Los frotis de los espacios subaracnoideos, cápsulas suprarrenales, pulmones y retequias cutáneas no indican la presencia de gérmenes. El informe de la necropsia, se acompaña del informe bacteriológico que indica la presencia de N. ininformé bacteriológico, el cual indica la presencia de N. intracelulares en la sangre recogida el día 14 a las 3 p. m. Dos días después de practicada la autopsia, aparece el mismo germen en los cultivos procedentes de la sangre y líquido extraídos post mortem. El estudio histopatológico de los tejidos corrobora los hallazgos anteriores. Las suprarrenales muestran una extensa hemorragia con la destrucción completa de las células, quedando indemne únicamente el estroma. No hay necrosis, así como tampoco se encuentra exudado inflamatorio de palinucleares y fibrina. También se encuentra un exudado precoz en la corteza cerebral. Resumen de los hallazgos histopatológicos: meningitis aguda meningoccóccica; hemorragia masiva de la suprarrenales; Bronconeumonía. La sintomatología clínica, con la rápida instalación de la bacteriemia, la gran cantidad de petequias que evolucionan rápidamente a manchas purpúreas y el rápido desenlace en 24 horas, además de la presencia de meningococos en sangre y en cefalorraquídeo y la hemorragia masiva de las suprarrenales, no ha hecho llegar a la conclusión de que se trata de un síndrome de *Waterhouse-Friderichsen* característico.

Los autores modernos, están de acuerdo en afirmar que es constante la asociación entre meningococos y estreptococos. La literatura relata la más variada flora tales como los coli bacilos diftéricos, B. pyocyneuos, y bacilo de *Friedlander* (estos tres últimos en experiencias sobre animales). Otros autores han encontrado estafilococos, estreptococos, diplococos *Gram* negativos y B influenzae. Es muy posible que los hallazgos prematuros constituyen una errónea interpretación de la morfología y propiedades tintoriales de los organismos observados. Hemos notado frecuentemente la respuesta errónea en tinciones de *Gram* en meningococos recientemente aislados. El papel de los otros organismos tales como el neumococo y B. influenzae, no deben excluirse aunque característicamente el mas constante agente etiológico es el meningococo.

J. R. Aluja.

COGWHEEL PHENOMENON OF THE EYES. (EL FENÓMENO OCULAR DE LA RUEDA DENTADA). *Savitsky, N. y Winkelman, N. W.*—Arch. of Neurol, and Psych, vol. 57 Nº 3 marzo de 1947.

El llamado fenómeno de la rueda dentada ocular consiste en repetidos movimientos de los globos oculares con muy cortas pausas, seguidos de una rápida y repentina sacudida. Se diferencia del nistagmus porque, en éste último, se observan movimientos pendulares y no hay pausas ni sacudidas. Probablemente las "sacudidas nistagmoides" descritas por algunos autores (*Zonta, Spadavecchia, Cushing*) fuesen realidad éste fenómeno.

El fenómeno se considera anormal cuando se presenta al seguir el paciente con la vista un objeto en movimiento lento. La distancia del objeto a los ojos no afecta la intensidad o frecuencia de las sacudidas.

Los autores han estudiado este signo en 641 pacientes con diversos diagnósticos del sistema nervioso. La frecuencia con que fué observado en los diversos padecimientos fué la siguiente: 1. En 69 de 73 casos (95,5%) de Parkinson postencefalítico; en 48 de 60 casos (80%) de epilepsia en la cual se utilizaba como medio terapéutico el difenil-hidantoinato sódico (epamin ; en 15 de 25 casos de parkinson de otros tipos que el postencefalítico (60%); en 24 de 43 casos (55%) de traumatismos craneales; en 13 de 33 casos (39%) de arterioesclerosis cerebral) y en 3 de 151 casos de neurosis (2%). El fenómeno se observó una sola vez, entre muchos casos, en la embolia y el tumor cerebrales.

Es sumamente interesante que el fenómeno apareciese en los epilépticos sometidos a tratamiento con definilhidantoinato-sódico y no apareciese en ningun caso de los que no ingerían ésta medicación. Ello hace pensar en las experiencias de *Cords* que observó el fenómeno en los sujetos intoxicados por drogas y especialmente por fenobarbital.

E. P. del Roncal.

EFFECTS OF ANTIBIOTIC SUBTANCES ON THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM. (EFECTOS DE LAS SUBSTANCIAS ANTIBIÓTICAS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL). *Johnson, H. C., Walker, A E., T. J., y Kollros,* J. J.—Arch. of Neurol. and Psych, vol. 56 Nº 2 agosto de 1946.

Los autores han estudiado cuidadosamente los efectos de varias substancias antibióticas sobre el sistema nervioso central en el hombre y en animales de experimentación.

La penicilina puede producir manifestaciones convulsivas. En 51 pacientes, el 60% tuvieron un electroencefalograma anormal durante la administración de penicilina (siendo normales antes y después de su aplicación). Las grandes dosis intrarraquídeas de penicilina pueden dar origen a convulsiones y producir la muerte. La aplicación local sobre la corteza cerebral de cantidades de penicilina tan pequeñas como 500 unidades da lugar muy frecuentemente a ataques convulsivos en el mono.

La estreptomicina en cantidades de 500 a 10.000 unidades produce en la corteza parietal manifestaciones conde los animales de experimentación (monos y gatos). En el mono, la inyección intrarraquídea de 2500 unidades provoca convulsiones.

La estreptomicina en la corteza parietal en cantidades de 500 a 10.000 unidades produce manifestaciones convulsivas clínicas y electroencefalográficas. A la necropsia(en monos) se observaron extensas zonas de reblandecimiento cerebral y hemorragias petequiales perivasculares.

La actinomicina inyectada en la corteza cerebral o en la cisterna magna a la dosis de 1 mg. produce, después de un período de latencia de 9 horas, grave postración y convulsiones con muerte en 1 a 7 días. En el lugar de la inyección hay una grave reacción necrobiótica con edema y hemorragias petequiales.

La clavicina inyectada en la corteza cerebral a la dosis de 5 a 10 mg. produce manifestaciones electroencefalográficas convulsivas con marcado decrecimiento de la actividad cerebral.

E. P. del Roncal.

ELECTROENCEPHALOGRAPHIC STUDIES OF PSYCHOPATHIC PERSONALITIES. (ESTUDIOS ELECTROENCEFALOGRÁFICOS EN PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS). *Simons, D. J.* y *Diethelm.* O. Arch. of Neurol. and Psych. vol. 55 Nº 6, junio 1946.

Los autores han estudiado 69 sujetos con personalidad psicopática de diversos tipos practicando uno de los autores el electroencefalograma sin conocer la psicología del individuo de experimentación.

Los tipos psicopáticos estudiados y los resultados obtenidos son los siguientes:

1.—Psicópatas con rasgos neuróticos (pero no con neurosis) caracterizados por incapacidad para adaptarse a la realidad de la vida (12 casos). El E. E. G. fué en ellos normal.

2.—Personalidades psicopáticas de tipo cicloide (7 casos). E. E. G. normal.

3.—Personalidades psicopáaicas amorales y agresivas (7 casos). E. E. G. de ondas lentas de 5 a 7 segundos.

4.—Personalidades psicopáticas son inmadurez emocional (tanto agresivos como pasivos) (31 casos) . Entre estos había EEG normales, de ondas moderadamente lentas y tipos de actividad rápida.

5.—Personalidades psicopáticas con un tipo inadecuado de personalidad y pensamiento obsesivo. (8 casos). Ninguno de ellos tenía EEG normal.

Todos los EEG anormales eran de los llamados "patológicos de tipo indeterminado".

(Del trabajo parece deducirse que es el factor agresividad, esto es: irritabilidad, el que determina las anomalías del EEG y no las psicopatías propiamente dichas, hecho ya conocido. Por otra parte, el trabajo adolece del defecto de que las personalidades psicopáticas no parecen estar estudiadas con arreglo a una clasificación sistemática, resultando unos tipos bastante vagos. Por último, sólo se estudian 5 de éstas personalidades, muy pocas en relación con el gran número de ellas delimitado actualmente).

E. P. del Roncal.

NEUROFIBROMATOSIS WITH DEFECT IN WALL OF ORBIT. NEUROFIBROMATOSIS CON ALTERACIONES DE LA PARED ORBITARIA). *Peyton, W. T.* y *Simmons, D. R.*—Arch of Neurol. and Psych. vol. 55 Nº 3 marzo de 1946.

Después de describir y discutir algunas características de la enfermedad de *Recklinghausen*, los AA, recogen 20 casos de la literatura y 5 propios en los que la neurofibromatosis iba asociada con lesiones de la pared orbitraria. Estas últimas permiten el establecimiento de una libre comunicación entre la cavidad craneal y la órbita y pueden producir una exoftalmía pulsátil a consecuencia de la expansión cerebral a través de la comunicación.

Acompañan el trabajo radiografías de los defectos óseos orbitarios encontrados en los 5 casos.

E. P. del Roncal.

OCCURRENCE OF MULTIPLE NEURITIS IN CASES OF CUTANEOUS DIPHTHERIA. (NEURITIS MÚLTIPLE EN LA DIFTERIA CUTÁNEA). *Gaskill, H. S.* y *Korb, M.*—Arch. of Neurol. and Psych, vol. 55 Nº 6 junio 1946.

La difteria cutánea, que es rara en las zonas templadas, es frecuente en los trópicos. De los 140 casos estudiados por los AA. en la campaña de Burma, 61 (43%) presentaron polineuritis.

En intervalo entre la aparición de las úlceras cutáneas diftéricas y la neuritis fué de 23 días en el caso más rápido y de 158 días en el más prolongado con una media de 70 días.

Se observaron 20 casos con participación de los pares craneales, 40 con neuritis sensitiva periférica de los cuales 25 en pies y manos y un solo caso de neuritis motora.

No se observó relación alguna entre el lugar de la lesión cutánea y el desarrollo de la neuritis. Rara vez hubo parálisis, las cuales no parecen jugar un papel importante en el desarrollo del cuadro clínico. Se observó una disociación tratamiento específico para este tipo de polineuritis.

E. P. del Roncal.

PRENSA DE HABLA CASTELLANA

HEMORRAGIAS EN LOS CIRRÓTICOS.—*Jorge Flores Espinosa.* —Rev. Med. del Hospital General.—Enero de 1947. —Vol IX-4-253.

El A. hace referencia a un trabajo anteriormente publicado por él, en el cual, de 83 enfermos con grandes hemorfagias gastrointestinales, el 31.4% se debieron a padecimientos extragástricos y de los 31 enfermos que constituirán tal grupo, 19 sangraron a consecuencia de procesos cirróticos o padecimientos asociados de hígado y bazo, tres de los cuales eran enfermedad de *Banti.*

En Mayo de 1946, el A. reunía un archivo de 275 enfermos de cirrosis, atendidos por él en su mayor parte en el servicio del Hospital General donde murieron 49 de los casos ya que muchos otros fueron dados de alta voluntaria en muy mal estado, preferiendo morir en sus domicilios; así se explica la baja mortalidad registrada.

La presente comunicación, hecha por el A. a la Academia Nacional de Medicina, se basa en el estudio de tales 49 casos y, más concretamente, en el de once que antes de morir presentaron serias hemorragias hasta el extremo de que la muerte podía haberse atribuido a una anemia aguda. Referidos esos once enfermos al total de los muertos, supone un porcentaje de 22, bastante más alto del dado por otros A. A. y muy significativo en cuanto a la gran importancia que poseen las hemorragias en el pronóstico de los cirróticos.

Desde luego, todos los casos fueron incoercibles pese al empleo de cuantos recursos terapéuticos se poseen: a veces, se logró cohibir la hemorragia pero sólo temporalmente.

Las causas de hemorragia son: 1º, várices esofágicas o gástricas ulceradas, dependientes de la hipertensión del siste porta; 2º hemorragias en capa o en sábana que, podriamos decir se deben a roturas capilares mínimas sin dar ulceraciones visibles a simple vista, y 3º discrasias sanguíneas incluyendo: a) hipoprotrombinemia, con perturbación en el metabolismo de la vitamina K; b) fragilidad de los capilares, casi siempre relacionada con déficit de la vitamina C; c) fibrinopenia, por graves alteraciones de las células hepáticas.

Pueden añadirse también, las hemorragias de causa peritonealy la hepatogastritis necrótica.

Una vez trazada esta clasificación, el A. examina la bibliografía correspondiente a cada grupo y cita aquellos casos de su experiencia que coinciden con las observaciones de otros autores.

Con tal motivo se extiende en el estudio de las diversas exploraciones que deben realizarse en los cirróticos a fin de averiguar la etiopatogenia de las manifestaciones hemorrágicas y pasa despues a ocuparse del tratamiento en cuyo aspecto no se muestra muy optimista, particularmente cuando se trata de hemorragias ya desarrolladas. El A. ha obtenido pocos resultados satisfactorios con las transfusiones de sangre a plasma, la ascitoterapia, las vitaminas C y K, las sales de calcio y los llamados coagulantes de todo tipo. Estima que el tratamiento debe ser preventivo a ba-

se de una dieta rica en proteínas, hidrocarbonados y vitaminas, baja en grases, con insulinoterapia asociada, y con hepatoterapia, diatermia hepática así como colina y metionina, si bien cree que la propaganda de estos dos medicamentos modernos ha ido más allá de sus verdaderas posibilidades.

OSTEOPATIA DINÁMICA DEL METATARSO. *J. Cabot Boix y J. Villaseca.* (Rev. Esp.. Reumat. y Enf. Osteoart.) Tomo 1 N: 7 página 429.

Se refieren los autores a un cuadro caracterizado por la aparición de imágenes pseudofracturarias a nivel, generalmente, del cuello de los metatarsianos centrales II, III y IV que se presenta, de preferencia, en jóvenes reclutas sometidos a dras marchas, no tratándose propiamente de una verdadera fractura, puesto que jamás existe desviación de fragmentos, sino una perturbación dinámica, y luego funcional del hueso, con formación de tejido osteoide, constituyendo una zona de reconstitución de *Looser*.

Clínicamente, la enfermedad se presenta, en los casos agudos, a continuación de una marcha larga, como un dolor vivo, en quemazón, a nivel del metatarsiano afectado acompañándose de claudicación manifiesta. En los casos crónicos, las molestias son más moderadas y se instalan lentamente, con remisiones pasajeras en relación con el descanso efectuado. En los casos civiles, suele faltar el antecedente de la marcha, por lo que éste no constituye una condición indispensable para el diagnóstico, siendo precisamente estos casos civiles los que más importancia tienen para el médico práctico ya que su exacto conocimiento le impedirá interpretaciones erróneas y falsos diagnósticos.

Durante los 7 a 10 primeros días, las molestias dolorosas aumentan de intensidad, estacionándose después por 4 a 7 días y acentuándose de nuevo hasta pasados los 14 a 16 días, en que vuelve a estacionarse, adoptando ya entonces el tipo crónico con oscilaciones de un día para otro.

La exploración suele demostrar, desde los primeros momentos, una tumefacción de las partes blandas del dorso del pie que se extiende difusamente infiltrando los tejidos. El dolor a la presión tiene su máxima intensidad a nivel del metatarsiano afecto, donde, en los períodos avanzados de la enfermedad, es posible palpar el abultamiento que da lugar a la intensa reacción periótica.

Este abultamiento, que se presenta en las fases tardías de la enfermedad, y que tiene carácter reparador, se diferencia de la hinchazón inicial, de carácter inflamatorio, en que en aquel se pueden levantar las partes blandas en un pellizco, no así en ésta, por estar todos los tejidos difusamente infiltrados. Existe también, dolor a la comprensión axial y al estiramiento, pero nunca crepitación.

En los primeros momentos la radiografía suele ser negativa, pero pasados los primeros 7 a 10 días, existe ya una sombra perióstica, y a veces, una fisura incompleta. Alrededor de la tercera semana aparece la imágen típica caracterizada por una franja de claridad transversal, de trazo discontinuo, rodeada de una intensa sombra perióstica, en manguito, sin que jamás exista desplazamiento de los fragmentos.

Presentan dos casos clínicos, precisamente civiles, cuya sintomatología es bien típica a pesar de haberse podido descartar, con toda seguridad, la existencia en sus antecedentes de una marcha prolongada.

En la etiología de este proceso, hacen resaltar, como una de las causas locales más importantes, el aplanamiento sub-agudo del arco anterior en un pie débil muscular o arquitectural.

El diagnóstico diferencial, lo establecen:

1º Con la enfermedad de *Koehler* II o necrosis de la epifisis distal de los metatarsianos, la cual, es de localización epifisaria y jamás afecta a la diafisis.

2º De las posibles fracturas teniendo en cuenta que en la O. D. M. nunca existen ni desviación de fragmentos ni crepitación, tan frecuentes en las fracturas.

3º De las tumoraciones malignas con las que el comportamiento del dolor en el reposo, el examen radiológico repetido, la localización típica y los antecedentes aclaran el problema.

Consideran benigno el pronóstico si se reconoce la enfermedad y se trata oportunamente.

El tratamiento que aconsejan, comprende el reposo absoluto del pie hasta que haya desaparecido totalmente la hinchazón inflmatoria. Terapéutica vasodilatadora (desde la simple aplicación del calor local, rayos infrarrojos, diatermia de onda corta etc,. hasta la infiltración novocaínica local o de la cadena simpático lumbar). . Radioterapia anti-inflamatorio. Corrección de factores locales mediante el uso de plantillas confeccionadas sobre molde de yeso. Corrección de las diferencias de orden general que puedan obrar como factores de predisposición.

Desde el punto de vista profiláctico deben evitarse las grandes marchas en personas no entrenadas para ellas.

S. Villanueva.

PRENSA INGLESA

COMUNICACIÓN PRELIMINAR SOBRE UNA DERMATOSIS POSIBLEMENTE DEBIDA A LA MECRAPINA.—(Preliminary Report of Dermatosis Due Possibly to Mepacrine). *G. A. G. Peterkin, H. C. Hair.*—British Jour. Dermatol. Syphilis.—58-263-Nov.— Dec.—1946.

Los A. A. describen 26 casos observados entre las tropas inglesas y canadienses en Italia sometidas a quinacrinización. No aportan demostraciones de que las dermatosis tuviesen como único origen la administración del preparado inglés de Atebrina (Mepacrina), pero en 3 enfermos en los que el proceso cutáneo ya practicamente había desaparecido, volvió a reproducirse muy exacerbado apenas se retorno a las tomas de quinacrina.

Las lesiones consisten en una dermatitis exfoliativa que comenzando, generalmente, con una hiperqueratosis de las palmas y dedos de las manos rápidamente se extiende cual erupción generalizada, incluso con lesiones orales.

Al parecer, los aspectos morfológicos pueden ser muy variados y, en casos serios, puede simular el lupus eritematoso; en la región bucal, a veces, las lesiones son indistinguibles del liquen - plano. Otros pacientes presentan procesos impetiginosos bastante persistentes. Todas estas variantes, hallánse descritas minuciosamente por los A. A. así como sus modalidades evolutivas.

En conclusión, los A. A. no estiman que lo posibilidad de surgir tales dermatosis deba considerarse como una contraindicación general del empleo de la quinacrina; lo que ocurre es que cualquier droga es capaz de producir efectos tóxicos en un determinado número de personas.

USO DEL BENADRIL EN LA URTICARIA PENICILÍNICA. (Use of Benadryl for Penicilin Urticaria).—*R. R. Willcox.* British Med. Jour.—2-731-16, Nov.—1946.

En 6 casos de urticaria, 5 de los cuales se debían, al parecer, a un tratamiento de penicilina por vía intramuscular, el A. ha empleado benadril a dosis que oscilaban entre 150 a 450 mmgs. en total.

Solamente en un caso no dió el tratamiento los resultados buscados. Nunca surgieron signos de intolerancia benadrílica.

EMPLEO DEL ÁCIDO FÓLICO EN EL SPRUE TROPICAL. (FOLIC ACID IN TROPICAL SPTUE).—*P. Manson-Bahr, W. Clarke.*—The Lancet.—2-903.—21, Dic.—1946.

Los A. A. describen un caso de Sprue tropical que, durante dos años, se había mostrado resistente a todas las terapéuticas usuales y el cual experimentó una considerable mejoría despues de que por espacio de 5 días se le administró, oralmente, 10 mgr. diarios, de ácido fólico.

Cuando el tratamiento se interrumpió, el estado del enfermo continuo mejorando.

Con tal motivo, los A. A. emiten la hipótesis de que el ácido fólico sea capaz de romper el círculo vicioso de tal clase de enfermos.

INFLUENCIA DE LAS VITAMINAS SOBRE LA FRECUENCIA Y EL CRECIMIENTO DE LOS CÁNCERES. (INFLUENCE DES VITAMINES SUR LA FRÉQUENCE ET LA CROISSANCE DU CANCER).—*V. Demole.*—Bruxelles-Medical.—2-55-12, Enero, 1947.

En este trabajo, comunicación hecha a las Jornadas Médicas de Bruselas (1946) se revisa todas las hipótesis que han llevado a buen número de médicos a no prescribir vitaminoterapia en sus enfermos cancerosos, por temor a exacerbar el crecimiento de las neoplasias.

El examen documental de la bibliografía existente "no permite concluir que exista una infleucia, experimental o clínica, de las vitaminas, sea favorable sea desfavorable en cuanto al crecimiento de los tumores. Partiendo de tal conocimiento, el A. en su Clínica de Basilea, ha realizado una serie de experimentos, en particularidades condiciones de seguridad, los cuales le permiten afirmar que, por lo menos, las vitaminas C., B.2 y el ácido pantoténico carecen en absoluto de influencia, tanto sobre la frecuencia de tumores benzopirénicos como sobre la rapidez de crecimiento de los mismos en las ratas.

De todo ello, el A. concluye que no hay justificación alguna para no administrar vitaminas a los cancerosos; estima que, por el contrario, debe realizarse con ellas intensa vitaminoterapia para que, manteniendo en las mejores condiciones posibles su nutrición, el organismo pueda resistir más ventajosamente el cáncer. Por otra parte, estima que la técnica utilizada en sus trabajos es la que hoy día permite con mayores ventajas que cualquier otra, determinar la actividad farmacológica de los agentes modificadores del crecimiento tumoral.

SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA FISURA ANAL Y DEL SÍNDROME FISURAL. (CONSIDÉRATIONS SUR L'ETIOLOGIE DE LA FISURE ANALE ET DU SYNDRÖME FISSURAIRE).—*M. Vigoni.* Bruxelles-Medical.—5-218-2, Feb. 1947.

La contracción espasmódica dolorosa del esfinter anal (individualizada con el nombre del síndrome fisura), si bien puede deberse a todas las ulceraciones anales, suele ser debida, fundamentalmente, a una ulceración puramente mucosa, casi siempre asentada en la cara posterior. Se vé más frecuentemente en la mujer adulta; no ofrece ninguna tendencia a la curación. Su asiento podrá ser mas o menos profundo pero siempre afecta una u otra parte del esfinter. La característica del dolor es estar provocado por la defecación, tras un intervalo de algunos minutos a una hora, con la particularidad de que la propia defecación puede ser indolora. El dolor es debido a una neuritis de los filetes nerviosos adyacentes y su excitación sensitiva provoca un reflejo motor —por intermedio de la médula— que determina una contracción espasmódica del esfinter; si el reflejo se organiza, surge un estado permanente de contractura.

El A. no estima que los dos factores etiológicos hasta aquí puestos en juego (terreno hemorroidal y traumatismo anal) sean base racional que explique todos los hechos. Hace falta que intervenga otro factor —nervioso— el cual se sobreañade a los precedentes y obra de concuerdo.

Merced a un proceso dialéctico bastante hábil, el A. llega a la conclusión de que el primer elemento etiológico sería un espasmo muscular, posiblemente por desequilibrio neurovegetativo y sólo en quienes contasen.
brio neurovegetativo y sólo en quienes contasen con tal factor ya existente, las otras dos causas sumándose, provocarían el síndrome fisural en cuestión.

PRENSA FRANCESA Y BELGA

EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LOS REUMATISMOS POR LA REACCIÓN DE MESTER. (LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DES RHUMATISMES PAR LA RÉACTION DE MESTER).—*R. Legrand, J. Desruelles, J. Bogaert.*—Rev. du Rhumat, et des malad, ostéo-artic.—11-330-Nov. 1946.

Los examenes de Laboratorio tales como la velocidad de sedimentación, si bien prestan utilidad, no son capaces de precisar datos afirmativos diagnósticos, en cuanto a las enfermedades reumáticas.

Mester, de Cracovia, ha propuesto una reacción que parece interesante comprobar. Consiste en estudiar las reacciones leucocitarias provocadas por la inyección intradérmica de ácido salicílico.

Se comienza por efectuar un contaje leucocitario encontrándose el enfermo en reposo y en ayunas. Inmediatamente despues, se practican, en la cara anterior del antebrazo, cinco inyecciones intradérmicas de 0,2 cada una, de ácido salicílico diluido, al 1 por mil. A los 30 y a los 60 minutos, se vuelven a realizar contajes leucocitarios. *Mester*, considera positiva la reacción —para diagnosticar la etiología reumática del cuadro en cuestión— cuando el segundo contaje da, con relación al efectuado en ayunas, una leucopenia del 10 al 50%.

La reacción da resultados negativos en toda clase de procesos articulares pseudo reumáticos de origen específico (tuberculosos, sifilíticos, gonorreicos, gotosos). Y, en cambio, es positiva en los enfermos de reumatismo articular agudo o crónico o subagudo.

La experiencia de los A. A. del presente trabajo parece confirmar en todos sus puntos las afirmaciones de *Mester*, si bien el material utilizado en la confrontación no es muy numeroso.

LA COLECISTITIS CALCULOSA EN LA INFANCIA. (LA CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE AIGUE CHEZ L'ENFANT).—*Ch. Clavel, J. Dumas.*—Lyon Chirurgical.—4-97-1946.

Por lo general, delante de un niño enfermo con transtornos abdominales, no se piensa en la colecistitis aguda litiasis. Y sin embargo, esta afección no es extraordinariamente infrecuente; sobre todo en la segunda infancia. Con la particularidad de que, hasta los 10 años, se encuentra más a menudo en los niños que en las niñas.

Muchas veces está asociada a la apendicitis y no son raros los casos en que sólo se ha llegado al diagnóstico en una intervención operatoria realizada por el supuesto de que el niño sufría un ataque apendicular. Desde luego, debe ser una regla general pensar en colecistitis litiásica aguda cada vez que se plantea el caso de "apenditicis subhepática".

Establecido el diagnóstico, la indicación operatoria es absolutamente precisa pues en los niños hay, en esta afec-

ción, muchos más peligrosos de peritonitis complicativa que en los adultos. Abierto el abdomen, casi siempre será necsearia la extirpación de la vesícula; tal es el estado de su pared. Segun la experiencia de los A. A. la colecistectomía en la infancia no va seguida de trastornos lejanos que contraindiquen la operación.

EL MECANISMO DE LA ANTIANAFILAXIA. (LE MÉCANISME DE L'ANTI-PARAPHYLAXIE).—*M. D. Danielopulu.*—Press Medicale.—2-7 Dic.—1946.

Los antígenos no provocan sensibilización orgánica y sí, unicamente, fenómenos de inmunidad. El schok anafiláctico es producido por el A. colínico y, secundariamente, por la histamina. Lo que se llama "antianafilaxia" es un fenómeno de decolinización; exactamente así se explica que se pueda prevenir el schok anafiláctico bien por un antigeno inespecífico, bien por cualquier otra circunstancia que determine una decolinización de los tejidos. Y si es el antígeno específico el que mejor puede prevenir el schok, débese al hecho de que ese antígeno, con el correspondiente anticuerpo y la alexina, forma un complejo en cuya producción se libera la mayor cantidad de ácido colínico lo cual agota al máximo el anterior contenido tisular de colina.

ORGANOGÉNESE OU PSYCHOGÉNESE DES TROUBLES MENTAUX. (ORGANOGÉNESIS O PSICOGÉNESIS DE LOS TRASTORNOS MENTALES).—*Cossa.* P.—Ann. méd. psychol, marzo 1947.

Los trastornos psíquico traducen no la enfermedad misma, sino la reacción psíquica a la enfermedad y, de ahí, su caracter individual. Esta reacción es global, interesa toda la psiquis, cualquiera que sea el agente patógeno.

En la etiología de las enfermedades mentales, las causas no son únicas; la más orgánica de las psicosis tiene concomitancias psíquicas y viceversa.

El autor opina que no se puede hablar exclusivamente de organogénesis ni de psicogénesis sino de las dos unidas.

(Esta posición de *Cossa* es la aceptada por la medicina psicosomática, que tanto auge está alcanzando en la actualidad).

E. P. del Roncal.

PATHOLOGIE DU DIENCÉPHALE. LES TROUBLES PSYCHIQUES SECONDAIRES AUX NEOPLASMES DU MÉSODIENCÉPHALE. (PATOLOGÍA DEL DIENCÉFALO. LOS TRASTORNOS PSIQUICOS SECUNDARIOS A LOS NEOPLASMAS DEL MESODIENCÉFALO). *Lhermite, J., Ajuriaguerra, J. de, y Hecaen.* —L'Encéphale. N. 2, 3, 4, 1942.

Los autores estudian los trastornos psíquicos que pueden desarrollarse a consecuencia de lesiones neoplásicas de la región diencefálico o hipotalámica media. En los casos con tumores de estas zonas, pueden desarrollarse síndromes maníacos, depresivos, catatónicos y paraliticos o traducirse por modificaciones particulares del carácter y del estado de humor. Con gran frecuencia han observado los AA un síndrome confusional alucinatorio anmésico del tipo *Korsakow.* Los AA admiten la existencia de un dispositivo regulador de las funciones corticales, una parte del cual está localizado en el mesodiencéfalo; la estimulación de la parte anterior de éste dispositivo originaría una hiperactividad psíquica, mientras la estimulación de la parte caudal daría lugar a un efecto opuesto. Como el punto sensible del dispositivo regulador de la función hípnica reside en el mesodiencéfalo el desarrollo de neoplasmas en esta región da lugar a trastornos de esta naturaleza.

Los AA hacen resaltar que las manifestaciones psíquicas, debidas a lesiones mesodiencefálicas, se oponen a las que son la consecuencia de lesiones mielencefálicas y especialmente a la compresión bulbar.

E. P. del Roncal.

PRENSA CENTRO EUROPEA

EFECTOS DE LA METERGINA DURANTE EL PERIODO PLACENTARIO DEL PARTO. (EFFETS DE ROLE DE LA MÉTHERGINE AU COURS DE LA PÉRIODE PLACENTAIRE DE L'ACCOUCHEMENT). *J. P. D'Ernst.*—Journ. Suisse de Med. 34-618-24, Agosto 1946).

El A. ha ensayado la metergina en 100 parturientas escogidas casualmente entre las ingresadas en su servicio; se contaban 46 primíparas y 54 multíparas; todas tenían entre 18 y 44 años.

A.—Ventajas:

—*Facil administración (intravenosa, 02 gmr; intramuscular, 0,4 gmr.)* que debe hacerse cuando la cabeza salió del periné y que ha de evitarse si ya se terminó el nacimiento.

—Rápida y prolongada acción.

—Son 8 minutos el tiempo medio de eliminación de la placenta y 175 cc. de sangre —por término medio— los que se pierden.

Retención membranosa:

—Ausencia de retención de cotiledones.

de ⅔.....1%
total 6%

De ahí se deduce que la metergina supone un menor número de maniobras manuales para desprender la placenta.

—Puerperio comparable en absoluto al de un parto normal.

—*Perfecta tolerancia inmediata y lejana.*

B.—Desventajas:

—Contraindicación en toxicosis graves, eclampsia, afecciones renales hipertensivas, parto gemelar.

—Menor eficacia en inyección intramuscular.

—Retención urinaria moderada en el curso del postpartum inmediato.

—Eliminación eventualmente insuficiente de foliculina, toda vez que las pérdidas sanguíneas son mínimas.

—Resultados muy mediocres, si la inyección se realiza despues del nacimiento del infante.

TONSILECTOMIA EN NIÑOS TUBERCULOSOS.—*Erich Martens.* —Schweiz. Med. Woch. 77-4-167-25, Enero, 1947.

El A. estudia todos los aspectos de la cuestion, a base de un análisis de 88 tonsilectomías en niños tuberculosos. En 27 casos —esto es, aproximadamente un tercio del material— el examen histológico demostró la presencia de lesones tuberculosas —primarias o secundarias, estas sobre todo— en el tejido amigdalino.

Macroscopicamente es absolutamente imposible separar una amigdalitis crónica de una tuberculosis de las amígdalas; incluso, a base de los caracteres de la participación ganglionar local. Y muchísimo menos, partiendo del simple enjuiciamiento del cuadro clínico.

Es preciso plantearse más frecuentemente que hasta aquí el diagnóstico de "amigdalitis tuberculosa".

En cualquier caso, y según la experiencia del A., la amigdalectomía parece necesaria, pues "bajo ciertas con-

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.

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

diciones" se puede con ella evitar la evolución de una tuberculosis.

DIE ROLLE DES SCHWACHSINNS IN DER KRIMINALITAT. (PAPEL DE LOS DÉBILES MENTALES EN LA CRIMINALIDAD). *Werner, A.*—Monatssch. fur Psych und Neurol. vol. 110 Nº 1-2 1945.

Una clasificación nosográfica de los 1.929 peritajes realizados en los delincuentes vistos en el Hospital psiquiátrico de Münsingen, desde 1900 hasta 1942, demuestra que alrededor de la cuarta parte de los casos (24,8% de todos los casos y 27,8% de los delincuentes anormales) pertenecen al grupo de los oligofrénicos. Este porcentaje tan bajo, es sorprendente si se tiene en cuenta que la participación de los oligofrénicos en la criminalidad total está valorada unanimemente por los diferentes autores en el 20-30%. En efecto, los delincuentes examinados no representan más que una pequeña parte de todos los criminales; como, por otra parte, se trata de personas visiblemente anormales en el 90% de los casos, debería esperarse que el grupo de oligofrénicos fuese mucho mayor en éste material que en el conjunto de los criminales. Esta divergencia se explica, al menos en parte, por el hecho de que el material del Hospital de Münsingen está formado por elementos ya selecionados. Por una parte, hay un número bastante elevado de imbéciles y de idiotas culpables de delitos poco importantes (amenazas, exibicionismo, hurtos etc.) que no son llevados ante la justicia porque la población rural, entre la cual se recluta principalmente este material, no se querella. Por otra parte, en los casos de debilidad ligera, los jueces no hacen examinar al sujeto desde el punto de vista mental, quedando, por tanto, un gran número de débiles ligeros entre los criminales que no son objeto de un peritaje.

Se observa que los oligofrénicos, en comparación con otros tipos de delincuentes anormales, muestran una clara inclinación por los delitos contra las costumbres (37,3%) y los incendios criminales (37,1%).

La enorme porporción de oligofrénicos entre los autores de delitos contra las costumbres se explica, en parte, por la influencia imperiosa de los instintos primitivos que puede constatarse en la mayor parte de los individuos retrasados mentales.

Los delincuentes agresivos muestran todos una tendencia a la irritabilidad y al comportamiento grosero y brutal fuera de preocupaciones de orden sexual. También parece que los oligofrénicos exógenos tienen mayor afinidad por los delitos contra las costumbres que los endógenos.

Respecto a los motivos que los oligofrénicos alegan para cometer incendios, se comprueba, en primer lugar, que faltan los incendios para cobrar un seguro como ocurre a veces entre las personas inteligentes, mientras que los oligofrénicos aducen: la venganza, el aburrimiento y el placer del fuego por sí mismo. Los dos primeros caracterizan los actos llamados en corto circuito (Kurzschlusshandlungen) en los cuales el efecto es siempre desproporcionado a la causa. Los incendios por aburrimiento, son cometidos frecuentemente por muchachas durante la pubertad lo que explica una proporción femenina tan elevada (32,5%) entre los incendiarios oligofrénicos. En cambio son raros los verdaderos piromaníacos.

Los oligofrénicos, ocupan el último lugar en los delitos contra la vida y la integridad corporal. Su porcentaje es solo del 18,9% contra 32,8% de psicópatas y 42,8 % de otros anormales. Es interesante señalar que cerca de la mitad de éstos oligofrénicos no son solamente retrasados sino casos mixtos, entre dos cuales encontramos un 27,8% de esquizofrenia injertada. (Pfropfschizophrene). De éstos datos puede concluirse que los oligofrénicos, comparados con otros delincuente anormales, son mucho menos peligrosos de lo que generalmente se cree.

Los delitos contra la propiedad, son los más numerosos tanto entre los oligofrénicos cono entre los demás criminales anormales. Como puede comprenderse los robos simples predominan, mientras que son raras las estafas.

E. P. del Roncal.

UBER EPILEPSIA PARTIALIS CONTINUA (KOJEWNIKOFF) MIT ANATOMISCHEM BEFUND. (SOBRE LA EPILEPSIA PARCIAL CONTINUA DE KOJEWNIKOFF CON LESIÓN ANATÓMICA EN LA AUTOPSIA). *Ehrler, P.*—Monatssch. fur und. Neurol. vol. 110 Nº 5, 1945.

El autor expone un caso de epilepsia de *Kojewnikoff*, cuyos síntomas clínicos consistían en calambres de la mitad izquierda de la cara, antebrazo y mano del mismo lado. La paciente, de 69 años, murio de neumonía y pudo hacerse la autopsia que reveló un foco subcortical, en forma de quiste, situado en el área 6 a alfa.

E. P. del Roncal.

ENTSTEHUNG UND BEDEUTUNG DER 2. SCHUTZZONE BEI DER SALZSAUREKOLLARGOLREAKTION. (ORIGEN E IMPORTANCIA DE LA SEGUNDA ZONA DE PROTECCIÓN EN LA REACCÓN DEL ÁCIDO CLORHÍDRICO-COLARGOL). *Dahlgren, K. C.*—Monatsschr. fur Psych. und Neurol. vol. 109 Nº 2 1944.

El A pasa revista a la literatura relativa a la reacción del ácido clorhídrico-colargol (de *Riebeling*) en el líquido céfalo-raquídeo, exponiendo el mecanismo de esta reacción y haciendo notar que los diferentes tipos de curvas son obtenidos por el juego combinado de dos factores; de una parte la propiedades coloido-protectoras de la albúmina principalmente del líquido y, por otra parte por agregarse las propiedades precipitantes de los coloides del ácido clorhídrico a otras propiedades idénticas del líquido (condicionadas probablemente por su contenido en cloruro sódico). Estas propiedades se expresan en forma de curvas.

Partiendo de este hecho (es decir, de que el grado de eficacia de las propiedades protectoras es proporcional al contenido en albúmina) el autor intenta explicar la formación de curvas por una segunda zona de protección en uno o varios tubos que sería el resultado de un juego combinado en los casos en que el contenido en albúmina del líquido está ligeramente aumentado.

En apoyo de su hipótesis, describe *Dahlgren* una serie de experiencias llevadas a cabo agregando cloruro sódico al líquido antes de proceder a la reacción, lo que provoca, en muchos casos, un aumento de la precipitación la cual se traduce por un acortamiento de la zona de protección. Por otra parte, se hicieron experiencias diluyendo los líquidos céfalo-raquídeos en albúmina. En los casos de curva con zona de protección alargada se obtiene una curva con una gran segunda zona de protección típica.

El estudio de los tipos de curvas y del contenido en albúmina del líquido (determinado por el el método del ácido nitrico de *Bisgaard*) en casos de esquizofrenia muestra que con el aumento del contenido de albúmina en el líquido se nota una tendencia creciente a la formación de una segunda zona de protección.

La reacción de *Riebeling* no debe, sin embargo, ser valorada aisladamente sino considerando todos los demás datos.

E. P. del Roncal.

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

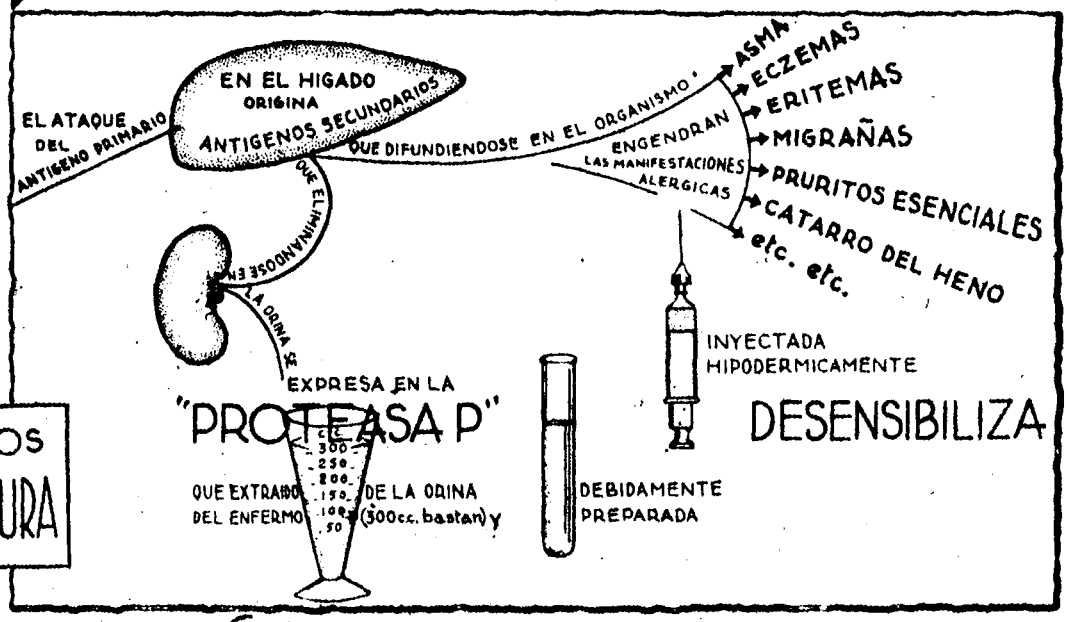
LABORATORIOS

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

RESERVADO
PARA

Eli Lilly
Panamericana

República de Cuba 47

MEXICO, D. F.

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.