

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DOCTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Doctor Manuel Larios

Doctor Manuel Cáceres Vijil

Doctor José Rv Duron

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Doctor Humberto Díaz

ADMINISTRADOR:

Doctor Henry D. Guilbert

Año V | Tegucigalpa, Honduras» C. A., Agosto de 1935 | N° 58

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Trabajar, siempre trabajar; simplísimo pensamiento suscrito por Luis Pasteur. He ahí la clave del éxito, del éxito suyo y de cuantos conducen la existencia por el mismo sendero. Qué hay en este mundo que proporcione mayor felicidad, contento y alegría que la perenne lucha con los elementos y los hombres y animales en persecución del bienestar colectivo e individual? Sólo el trabajo honesto y concienzudo nos lleva a alcanzar semejantes dones. Es él quien forja las maravillas del orbe: Galvani, Edison, Bell y Marconi; Pasteur, Lister, Koch, Erlich; Wagner, Bethoveen, Verdi; Mussolini; tantos obreros más que dedicaron la vida entera con pasión y con fe a la búsqueda de nuevos medios de hacer más grata y placentera para la humanidad la estancia sobre el planeta.

El futuro será de aquellos que más han hecho por la humanidad doliente, escribe también el genio sublime de Pasteur y su contemporáneo Claudio Bernard, exclama: La ciencia acrecienta nuestra potencia y disminuye nuestro orgullo. Magníficas enseñanzas para los que enfermos de supina ignorancia vamos cantando por este mundo una soñada sapiencia en lugar de cultivar el intelecto con las semillas maravillosas del saber y solícitos prestar el concurso desinteresado y eficiente a quienes solicitan los favores de la medicina.

Pero no es bastante contar con un volumen inmenso de ciencia para realizar los pensamientos de los grandes maestros citados; hay una condición indispensable sin la cual difícilmente- lograremos el ansiado bien y es la conciencia.. Esa facultad excelente por cuyo medio nos damos cuenta del ambiente y de la propia personalidad no siempre asiste a nuestros actos; pare-

ce a veces reñida, ausente en el momento oportuno de proceder. Sólo así se explica tanto yerro, tanta calamidad; si el dictado portentoso del viejo Lister siguiéramos, distintos serían los resultados de nuestra intervención: Para el médico no hay más que una regla: ponerse en lugar del paciente.

Pero a qué viene tanto decir y citar las ideas de los hombres que con el ejemplo erigieron soberbios monumentos de enseñanza? Viene a iluminar los tostados cerebros ayunos de luz i; de jugos espirituales, a mostrar que el ejercicio de la medicina no es un comercio fenicio sino un apostolado sublime que requiere para serlo de verdad un concepto claro y una honrada aplicación; una elevación de miras tal que desde la altura se pueda contemplar como un vasto panorama la grandeza de las intervenciones acabadas y allá en el fondo, en lo más profundo del alma, sentir un suave dulzor traduciendo la satisfacción del Bien lealizado.

Seamos nosotros, los médicos hondureños, dignos de la profesión que ejercemos por el saber, por la solicitud de nuestros cuidados, por la corrección en las maneras, por la convicción de prestar servicios sacerdotales en el templo sagrado de la ciencia: trabajando siempre, tratando a los prójimos como a nosotros mismos, acrecentando el poder, disminuyendo el orgullo, que el porvenir será nuestro.

Ligeras consideraciones sobre un tratamiento drástico de las peritonitis generalizadas

Por RICARDO AGUILAR

D. D. S. — M. D. — F. A. C, P.—
F. A. C, S.

Cirujano en jefe del Hospital
de Quiriguá — Guatemala

Este tratamiento difiere naturalmente según el caso y según la causa de la infección que ha producido la generalización infecciosa del Peritoneo. Requiere como es natural, mucho discernimiento y una visión audaz del posible pronóstico para así adelantarse y conjurar a tiempo el desastre. En este pequeño artículo sólo me voy a referir a la experiencia que he tenido con unos cuantos casos de peritonitis generalizada aguda, todos ellos consecutivos a una infección producida por apendicitis gangrenadas y perforadas, — y por perforaciones intestinales.

En primer término hay que mencionar como reseña histórica las múltiples ideas en materia de tratamiento; como sean la técnica de Murphy, la cual cuando es usada conforme la idea del gran maestro muchas veces produce buenos resultados, pero desgraciadamente, en algunos casos se aplica una parte del tratamiento, aboliendo tal vez la que podría dar mejores ventajas.

La técnica de Murphy: el reposo absoluto del enfermo la posición de Fowler, la dieta hídrica absoluta, el lavado es-

tomacal, morfina, etc., esperando así en la buena suerte de la localización infecciosa para después drenar el abdomen. En algunos casos este tratamiento da espléndidos resultados, pero si la visión del cirujano no abarca todos los puntos de menor resistencia del paciente, la falla de uno de ellos es suficiente para producir el fracaso. Las inyecciones de sueros y vacunas, el tratamiento por el líquido amniótico, las inyecciones de sales coloidales, mercurocromo intravenoso, etc., creo que son una gran ayuda para el cirujano; pero aquel que se confía a estos paliativos lo mismo que confiarse en la esperanza de que la infección se localizará; para entonces intervenir; tiene a su paciente en jaque *como rey de ajedrez* y con un mal movimiento de pieza se pierde la partida.

Esperar la localización de un absceso en un caso de peritonitis generalizada producida por una gangrena del apéndice con perforación y con la posible invasión de materias fecales en la cavidad peritoneal; particularmente en los casos en los cuales el laboratorio y los síntomas clínicos esconden el pro-

nóstico dejando al cirujano a ciegas: es un error quirúrgico. En pacientes apiréticos o con temperatura no muy alta, con recuento leucocitario casi normal, a veces con leucopenia. Casos en que sólo la técnica de la sedimentación nos da alguna ayuda y en la cual no se puede confiar enteramente. En fin, son tantas las cosas que hay que tocar que se necesita mucho tacto y experiencia para dominar la situación con ventajas para el paciente. Yo estoy convencido de que la laparotomía temprana es el tratamiento Sine-quantum de las peritonitis generalizadas. Pero no obstante: es en este momento donde se nos presenta el problema de qué procedimiento a seguir para el tratamiento post operatorio. Si la aplicación de los diferentes sueros Antiperitoníticos que existen en el mercado, si la aplicación de líquido (AMFETIN) si el simple drenaje de la cavidad abdominal, etc.

Este artículo tiene especial Interés para el cirujano que en la lucha quirúrgica tiene que afrontar casos verdaderamente desesperados en los cuales la fatalidad es casi segura; ya sea por que el paciente llega al cirujano en esas condiciones, ya sea que el cirujano haya **intervenido** siguiendo cualquier técnica, agravándose los síntomas de la peritonitis después del proceso operatorio. Viéndose el cirujano obligado a intervenir nuevamente en casos en los cuales ni los lavados de estómago, ni los sueros, ni la electri-

cidad, ni nada puede corregir los vómitos fecaloides, la timpanitis, el hipo, el ileus, la **amaria**, la lipotimia, en una palabra todas las secuelas que llevan al paciente a una muerte segura.

Voy a pintar un cuadro común que a todos nos ha pasado: nos llega un paciente con un apéndice gangrenado después de 24 horas o tal vez más, tal vez menos de la aparición del primer síntoma; con vómitos porráceos, timpanitis, con retención de orina, con facies peritonial, con temperatura moderada o con temperatura alta, o con apirexia; con leucocitosis pronunciada o leucocitosis moderada, o conleucopenia; con muestras de trastornos en los exámenes de la orina: albúmina, cilindros, indican, etc., con dolores abdominales o sin ellos, con una sedimentación sanguínea alta o baja, ligera o tardía con acetonemia, con desequilibrio metabólico. Nuestro primer impulso es tonificar al paciente; inyecciones de glucosa de suero normal, etc., lavados de estómago y la laparotomía lo más pronto posible antes que el paciente pierda más terreno. Si en un caso como éste esperamos la localización de la infección abdominal, puedo asegurar que el paciente está perdido aun bajo el cuidado de las manos más expertas a pesar de los sueros, los estimulantes, los lavados de estómago, la posición de Fowler y a pesar de los pesares: el enfermo se muere.

Ahora veamos la otra cara del asunto: si al enfermo le practi-

canios la laparotomía y nos encontramos con que la peritonitis ha invadido macroscópicamente una tercera parte de la cavidad abdominal y nos contentamos con la instilación del preparado de líquido amniótico, de éter, de alcohol, de sueros antiperitoníticos y la aplicación de tubos de drenaje en los lugares respectivos. En algunos casos se sale adelante de la batalla, pero en otros se nos presenta el agravamiento de los síntomas urgiendo una nueva intervención. Entonces nos encontramos con lo más patético de este cuadro: la cavidad abdominal distendida, que contiene las asas intestinales también distendidas y adheridas entre sí por membranas de neoformación formadas por los exudados plásticos de la peritonitis. Los tubos de drenaje que nosotros creíamos que estaban produciendo algún efecto beneficioso; por el contrario se encuentran enclavados en la cavidad abdominal y en ¡su contorno hay una dura pared plástica producida por el mismo exudado peritonítico cuando no; dicha pared está compuesta por paredes intestinales gangrenadas y no es raro también que materias fecales hayan invadido el abdomen después que dichos tubos han producido una perforación del intestino. Ahora nos preguntamos: qué drenan estos tubos y qué objeto beneficioso tienen; simplemente: nada. Después se nos presenta el otro rompecabezas: o sea la liberación de esas adherencias inter-intestinales, que por más

finas que sean las manos del cirujano y por más delicado que quiera ser el trabajo; está expuesto a romper las paredes intestinales y naturalmente a practicar enterorrafias en tejidos deleznable y en una palabra agravar más una situación en la que cada paso de avance para reconstruir no se hace más que destruir tejidos vitales. A la hora de reducir las masas intestinales a la cavidad abdominal el trabajo es laborioso y hace sudar sangre al cirujano. La sutura del parietal se hace bastante dificultosa por los desgarros que produce suturar un peritoneo inflamado que tiene que cubrir y encerrar asas intestinales distendidas.

El tratamiento que yo recomiendo y el cual da origen a este pequeño artículo es realmente drástico, y está basado en parte en una técnica de la escuela alemana y en ligeras modificaciones que yo le he introducido.

La mejor recomendación de este tratamiento fue un honroso comentario a mi primer trabajo literario sobre este mismo asunto publicado en "The Lancet" London, Inglaterra, Diciembre 31 de 1932.

Al-publicar el trabajo hacían el siguiente comentario: *In the interesting report of Aguilar it is difficult to resist the conclusion that without this heroic but quite rational treatment the patients would have died.*

(En el interesante reporte de Aguilar es dificultoso resistirse a la conclusión de que sin este tratamiento heroico pero ra-

cional, los pacientes hubieran muerto.)

El autor describió su técnica y la cual se basaba en un lavado de la cavidad abdominal con solución salina de 3 y 4 litros en el momento de practicar la laparotomía dejando después tubos de hule suave como drenaje. Basado en la maravillosa idea de dicho autor yo comienzo a usar este mismo tratamiento pero modificado; en múltiples casos desesperados de peritonitis generalizada no obstante que mi técnica difiere de la de dicho autor por lo drástica.

TÉCNICA PRE-OPERATORIA, OPERATORIA Y POST-OPERATORIA

Técnica pre-operatoria: en primer lugar se procurará levantar la resistencia del paciente con grandes dosis de solución glucosada intravenosa, rigurosa calefacción del paciente, lavado del estómago con solución de bicarbonato de soda por medio de una sonda duodenal, la cual se dejará por tiempo ilimitado como drenaje del tubo digestivo; las hipodermocclisis de suero salino son de gran ayuda para combatir la deshidratación del paciente, la cafeína y benzoato de soda y adrenalina son estimulantes cardíacos apropiados levantando la presión sanguínea para procurar intervenir lo más pronto posible.

Técnica operatoria: en estos casos la anestesia que yo encuentro más eficaz es la inducción raquídea, por la Estovaina

combinada con la Adrenalina. Después de practicar la laparotomía y de quitar la causa de la infección peritoneal ya sea la apendectomía de un apéndice gangrenado o perforado, la sutura de una úlcera del estómago perforada, la sutura de una perforación intestinal, etc., práctico una verdadera inundación con suero normal salino a 60 grados de temperatura moviendo y removiendo las asas intestinales; coloco un tubo de drenaje con varias perforaciones y que no penetre más de 2 pulgadas en la cavidad abdominal, como a una pulgada arriba de la línea umbilical, después se colocan 2 tubos de drenaje uno en cada lado del abdomen y un poco abajo de la línea que une las 2 espaldas anteriores y superiores de la pelvis, estos tubos también perforados y de hule suave penetrarán lo más profundo que sea posible en la cavidad abdominal.

Tratamiento post-operatoria: este tratamiento es la base para obtener un buen resultado. Se mantendrá el paciente en la posición de Fowler, se drenará frecuentemente la cavidad estomacal con el tubo duodenal, se le administrará al enfermo por este mismo tubo pequeñas dosis de 6, 8 y 10 onzas de solución de bicarbonato de soda, la cual ayudará a combatir la acidosis, se seguirá administrando la solución glucosada intravenosa, los cardio-tónicos, se colocará frecuentemente una sonda rectal para ayudar a expeler los gases y se administrarán 2 o 3 veces al día una ampolla de pi-

tuitrina quirúrgica para mantener la peristalsis intestinal continua, se inyectarán en la cavidad abdominal de 2 a 3 mil centímetros cúbicos de solución salina normal de la manera siguiente: se cogerán los dos tubos inferiores de drenaje con fórceps hemostáticos para obtener su lumen y por el tubo que está colocado arriba de la línea umbilical se pasará la cánula con el irrigador que contiene la solución salina; una vez que ha pasado la cantidad de solución salina necesaria se cierra este tubo superior con un fórceps hemostático también y entonces se hace un masaje del abdomen procurando que abarque todo lo más profundo, para que mueva las asas intestinales. Es una buena idea que en el momento de esta irrigación se haya aplicado una dosis de pituitrina quirúrgica para que así la peristalsis ayude el movimiento de los intestinos. Después de este masaje se quitan los fórceps y se deja que la cavidad abdominal evacúe el líquido que se inyecta. No obstante que este líquido nunca se evacúa completamente, la cantidad que queda en la cavidad abdominal se re-absorbe y ayuda a combatir la deshidratación del enfermo. Estos lavados de la cavidad abdominal se pueden hacer 2 y 3 veces durante el día dependiendo de la gravedad del paciente, y se irán haciendo menos frecuentes conforme se note la mejoría del enfermo; como sea la suspensión de los vómitos fecaloides, la expulsión de gases y materias fecales por el recto, la mejoría del

pulso y de la presión sanguínea en una palabra: cuando comienzen a desaparecer los síntomas peritoníticos.

La morfina, al contrario de todas las técnicas hasta hoy conocidas yo procuro abolirla y empleo en su lugar pequeñas dosis de luminal que le dan al paciente un descanso por varias horas.

Voy a publicar el primer caso en el cual experimenté este tratamiento y el último caso donde ya la técnica la conceptúo como rutinaria.

OBSERVACIÓN N° 1

F. C. de A., guatemalteca, casada, de 27 años de edad.

Un médico que trabaja a 60 millas de distancia de este hospital me telefoneó diciendo que tenía un caso de peritonitis generalizada consecutiva a un apéndice perforado y que él esperaba mandar este enfermo por el primer tren que saliera con dirección a este hospital, no obstante que él creía que el caso era perdido. Esta llamada telefónica fue como a la una de la tarde del día 23 de febrero de 1931. La paciente fue admitida a este hospital el 24 de febrero de 1931 a las 10 a. m. y con la siguiente historia clínica: tuvo un dolor agudísimo en el abdomen 3 días antes de ser admitida al hospital, el cual fue empeorando hasta que finalmente se localizó en el cuadrante derecho e inferior del abdomen. El abdomen se ha ido distendiendo poco a poco, no ha teñido asientos por 5 días y se queja de mucho dolor de cabeza de^

anorexia y vómito profuso. Está amamantando un niño de 7 meses de edad.

Examen físico: La enferma es una **muj** er bien desarrollada, gorda y probablemente con un exceso de peso para su altura; su condición general es mala, en estado de lipotimia con facies peritonítica, ojos hundidos, sudor frío, la frecuencia del pulso es 132 pero de un volumen muy pobre, la temperatura es 102 grados F. la lengua está muy saburrosa, el abdomen rígido y distendido, vómito profuso, el dolor es generalizado en todo el abdomen, pero más marcado a nivel de la región de Me. Burney.

Examen de Laboratorio orina: reacción acida, gravedad específica, 1.025 albúmina-I-, cilindros granulares finos y hialinos, cilindroides, pus - - -|-, ácido úrico -V, indican ----[-. La sangre- riégativa para paludismo y el recuento leucocitario es 32.750.

Diagnóstico. Apendicitis con perforación y peritonitis generalizada.

Tratamiento Operatorio: Se le practicó un lavado de estómago con solución de bicarbonato de soda. La intervención se llevó a cabo a las 11 y 45 a. m. con raqui-anestesia, usándose un centímetro y medio de la siguiente solución: Estovaina 0.050, glucosa 0.050 para cada 2. ce. de solución, administrándosele 12 gotas de una solución de Adrenalina al uno por mil sub-cutánea, inmediatamente

después de la anestesia espinal. También se le administró una hipodermocclisis con suero salino normal y 100 centímetros cúbicos de suero glucosado intravenoso. La laparotomía fue hecha con una incisión media que comenzó 2 pulgadas arriba del ombligo, hasta una pulgada arriba de la sinfisis del pubis. La cavidad abdominal contenía una gran cantidad de pus diseminado en todo el abdomen. Los intestinos estaban rojos e inflamados, distendidos y algunas asas estaban adheridas entre ellas por el exudado purulento. El apéndice estaba perforado en su tercio medio y completamente gangrenado, la punta del apéndice estaba separada del resto y firmemente adherida a la pared retrocecal.

El apéndice fue disecado y una buena cantidad de solución de mercurio-cromo al 2 por ciento fue aplicada a todas las partes de los intestinos que se pudieron alcanzar. La cavidad abdominal la inundé con grandes cantidades de suero salino haciendo prácticamente un lavado completo de ella y de las vísceras. Introduje 3 tubos de hule suave como drenaje: uno en la parte superior de la incisión abdominal, otro en la parte inferior de la incisión y otro en el cuadrante izquierdo e inferior del abdomen, practicando otra pequeña incisión en este lugar para introducir este tubo de drenaje.

La paciente fue colocada en posición de Fowler dándosele por la boca solamente pedacitos de hielo. Morfina, Adrenalina y Estrinina fue administra-

da según indicaban los síntomas.

Procedimiento *Post-Operatorio.* Al siguiente día de la operación el abdomen de la paciente seguía distendido y tímpanico pero el vómito había cesado y la enferma se sentía más comfortable. La frecuencia del pulso estuvo entre 112 y 128. La temperatura no subió arriba de 100. La paciente orinó normalmente, pero siempre se quejaba de los dolores de distensión del abdomen y entonces se le colocó una sonda rectal. El drenaje abdominal era libre y copioso. El segundo día la condición de la paciente era poco más o menos la misma; pequeñas cantidades de agua y solución de bicarbonato de soda le fueron dadas oralmente, se le administró otra hipodermocclisis de suero salino, pero la paciente siguió sufriendo de la distensión abdominal y de bastante dispnea. Otro lavado estomacal fue practicado con solución de bicarbonato de soda y una enterocclisis con solución salina hipertónica fue también administrada, pero sin ningún resultado. Durante la tarde del segundo día la paciente comenzó a vomitar grandes cantidades de vómito porraceo y continuó vomitando toda la noche, lo mismo que sufriendo de un hipo pertinaz. El tercer día la enferma estaba peor, el pulso era muy malo, el vómito era pertinaz y fecaloide; ni materias fecales ni gases pasaban por el recto. Le practiqué una irrigación de la cavidad abdominal con 2 litros de solución salina normal la que introduce

por el tubo de drenaje abdominal superior, obturándolo después y cuando la cavidad abdominal estuvo llena y distendida le hice un masaje abdominal por algunos minutos dejando que se escapara dicha solución de la cavidad abdominal. Este tratamiento fue hecho 3 veces durante este día y acompañado con una inyección de solución de pituitrina quirúrgica. Esa misma noche la paciente expelió algunos gases y pequeña cantidad de materias fecales por el recto. La paciente vomitaba ocasionalmente líquido fecaloide. El cuarto día se le practicaron 2 lavados de la cavidad abdominal y 2 inyecciones de pituitrina. La paciente siguió en muy malas condiciones y se le administraron tonicardíacos y otra hipodermocclisis de suero salino. Esta tarde la paciente tuvo una gran defecación y se sintió mucho mejor.

El quinto día la temperatura bajó a la normal, la frecuencia del pulso era de 96, la respiración 24. Desde ese momento el tratamiento consistió solamente en el cambio de la curación abdominal. La paciente comenzó a mejorar gradualmente y tenía 2 o 3 asientos diarios.

El vómito fue cada vez menos y gradualmente desapareció. Los tubos de drenaje abdominales los fui sacando gradualmente todos los días hasta que fueron enteramente removidos en el octavo día. Se le permitió tomar líquido al paciente el décimo día y fue dada de alta del hospital a los 19 días y en excelentes condiciones.

Entre este primer caso y el si-

guiente que voy a reportar que fue el último; tuve 8 más, los cuales se han curado maravillosamente con este tratamiento.

Observaciones: J. P. de 53 años de edad de raza negra fue admitido a este hospital el 12 de diciembre con la siguiente historia clínica; dolores agudos en el abdomen por 3 días, constipación, pues no ha tenido asientos por 6 días, distensión abdominal, vómito casi incoercible, hipo, anuria por más de 24 horas, cefalalgia y anorexia.

Examen clínico. El paciente se encontraba en estado de Lipo-timia con facies peritoneal, hiposistolia; la frecuencia del pulso era de 140, la temperatura 96 F., sudor frío, la presión arterial era 80 sistólica y 45 diastólica. Le practiqué al paciente un cateterismo de la vejiga extrayéndole 32 onzas de orina. El examen de laboratorio de esta orina dio el siguiente resultado: albúmina -j- -|---: Cilindros de todas clases, pus - - --, indican ---|-. El examen de la sangre: ésta contenía urea en exceso, el recuento leucocitario era 19.000.

Los vómitos eran fecaloides. La respiración tenía una frecuencia de 38 respiraciones por minuto. Corazón: existía dilatación cardíaca, arritmia y taquicardia. El pulmón enseñaba ligeras manifestaciones de edema pulmonar, había edema de las piernas.

El procedimiento a seguir fue el siguiente: le practiqué un lavado del estómago con solución de bicarbonato de soda hasta

que el líquido salió relativamente limpio con un tubo estomacal, después le dejé un drenaje permanente del estómago con el tubo duodenal el cual estuvo drenando 2 horas un líquido fecaloide. Se le administró 100 gramos de suero glucosado y suero normal salino intravenoso, se le administró digitaleno y al cabo de 2 horas la presión sanguínea se levantó a 100 sistólica y 60 diastólica, el pulso estaba poco más o menos lo mismo, la temperatura se elevó a 100. Entonces se le practicó al paciente una laparotomía con un diagnóstico un poco obscuro, pues el abdomen estaba bastante distendido y rígido, la localización del dolor estaba generalizada no obstante acusaba más dolores sobre la región derecha, marcando timpanismo en todo el abdomen y una matitez hacia el hipocondrio derecho.

El diagnóstico, como decía, estaba un poco obscuro no obstante la mayor posibilidad para una intususcepción intestinal. Se practicó una laparotomía paramediana derecha fuera del músculo recto del abdomen donde parecía que estaba localizada la lesión.

La laparotomía se practicó bajo raquianestesia con Estovaina y Adrenalina. Al abrir la cavidad abdominal ésta estaba llena de líquido purulento, las asas intestinales inflamadas y muy distendidas habiendo una distensión excesiva del colon ascendente y descendente con un marcado colapso del colon transversal; múltiples adherencias fuertes en todo el colon

ascendente hacia las otras asas intestinales y a las paredes abdominales y adherencias bastante bien constituidas hacia la vesícula biliar y el duodeno. Tuve irnos momentos de incertidumbre sobre la patología existente que me obligó a exteriorizar lo más posible las asas intestinales encontrando una invaginación del íleon hacia el ciego entre la válvula iliocecal, el apéndice estaba muy inflamado con adherencias retrocecales. Comencé por reseca el apéndice por reducir la invaginación del íleon fijando las paredes de éste hacia las paredes del ciego a nivel de la válvula; practiqué un lavado de la cavidad abdominal, más bien una inundación de ella, con solución salina rompí todas las adherencias hasta llegar a la vesícula biliar donde con sorpresa me encontré con una vesícula gangrenosa motivada por un empiema de la misma, entonces practiqué una colicistectomía. Como decía: el contraste que había entre la dilatación de los dos, el colon ascendente y descendente con el transversal era debido a que las adherencias que existían de la vesícula biliar al colon ascendente y parte de la pared del duodeno al codo izquierdo del colon, suspendían el ascendente y el descendente; y el transversal estaba vacío y completamente vacío, es decir, había un colapso completo de éste. Después de destruir todas las adherencias posibles se le aplicó al paciente una inyección de pituitrina quirúrgica le inundé otra vez la cavidad abdominal y de una

manera sorprendente noté el vaciamiento del contenido intestinal, teniendo el enfermo un asiento enorme en la misma mesa de operaciones. Después apliqué solución de mercurio cromo al 2 por ciento a todas las paredes viscerales, dejé un tubo de drenaje delgado Eijo do con 2 puntos de sutura con cartgut número 0 al muñón del conducto cístico, otro tubo de drenaje en la cavidad abdominal de hule suave y de un diámetro de media pulgada, otro tubo de drenaje del mismo diámetro en la parte inferior de la incisión hacia la fosa ilíaca derecha y poruña contra-incisión otro tubo de drenaje hacia la fosa ilíaca izquierda.

Periodo Post-Operatorio: El paciente siguió con los vómitos fecaloides y se le estuvo colocando el tubo duodenal en el estómago, la temperatura subió a 102, el pulso bajó a 120 y con mejor volumen. Se le administraron durante el día 2 inyecciones intravenosas más de suero glucosado. Inyecciones de aceite alcanforado y en la tarde se le administró otra inyección de pituitrina con un lavado de la cavidad abdominal en la forma que ya he explicado. En la noche se le puso otra inyección de digitaleno y le administré un grano y medio de luminal que se le repitió como a la una de la mañana, habiendo pasado el paciente una noche más o menos regular. Durante los días sub-siguientes se fue notando paulatinamente la mejoría, fueron cediendo los vómitos y la defecación se normalizaba.

Se le daban pequeñas cantidades de agua mineral y agua con bicarbonato de soda practicándole primero 3 y después 2 lavados diarios de la cavidad abdominal y administrándole pituitrina.

Al quinto día el tubo delgado que estaba fijado al conducto cístico se desprendió por sí solo y lo retiré por completo poniendo por entre la cavidad que dejó el tubo, unas cuantas gotas de solución de mercurio cromo con un pequeño drenaje de ruberdam.

El octavo día se le administró al paciente por vía oral caldo de legumbres y una dieta antipútrida; la temperatura se normalizó desde el séptimo día lo mismo que el pulso y la presión sanguínea.

El sexto día se suspendieron los lavados de la cavidad abdominal y los masajes, y se fueron retirando paulatinamente los

tubos de drenaje hasta que se retiraron completamente el tubo de drenaje superior y el de La fosa izquierda, cambiando el tubo de la fosa derecha por un drenaje en cigarro de ruberdam con gasa. Los puntos de sutura se retiraron el catorceavo día y el enfermo fue dado de alta 26 días después de la operación en excelentes condiciones.

Los otros casos eran como sigue : primero una perforación del ilium producida por fiebre tifoidea- otro un apéndice perforado al cual sólo le practiqué la apendectomía y aunque ya había una peritonitis generalizada sólo le dejé dos tubos de drenaje en la cavidad abdominal teniendo que intervenir nuevamente al tercero día: practicándole el tratamiento de los lavados abdominales. Otro era un caso de peritonitis pélvica con rotura de un piosal-

pinx que irrumpió en la cavidad abdominal. El útero y los anejos eran una sola masa de adherencias con la sigmoides, con el ciego, el apéndice y los intestinos delgados. Al practicar la pan-histerectomía y apendectomía; destruyendo las adherencias produjo un desgarro de las paredes del colon descendente con irrupción de materias fecales en la cavidad abdominal viéndome impelido a practicar una colostomía, colocando después los drenajes y practicando Los lavados y los masajes y aplicando grandes cantidades de solución de mercurio cromo en la cavidad abdominal. La fístula fecal de la colostomía la cerré en otra sesión operatoria después de haber curado la paciente de la infección peritoneal, habiendo sido alta completamente curada.

Los otros casos fueron peritonitis producidas por apendicitis gangrenosas con perforación."

CONCLUSIÓN. Aunque 10 casos no son suficiente base para recomendar este tratamiento yo creo: que no haber perdido ninguno de ellos es un buen aliciente para seguir la experiencia y comprobar si este tratamiento del mercurio cromo, la abolición de la morfina. la administración de pituitrina y los grandes lavados de la cavidad abdominal con masajes de la misma en los casos muy desesperados de peritonitis generalizada, es mejor que la rutina hasta ahora existente. Ojalá que así sea.

BIBLIOGRAFÍA

1. AN AID IN THE TREATMENT OF GENERAL PERITONITIS. Ricardo Aguilar, M. D., F. A. C. S., F. A. C. P., United Fruit Company Hospital, Quirigua, Guatemala. Página 245. Medical Department. Twentieth Annual Report 1931.

2. IRRIGATION FOR PERITONITIS. Ricardo Aguilar, M. D., F. A. C. S., F. A. C. P. United Fruit Company Hospital. Quirigua, Guatemala. "*The Lancet*," Offices: 7, Adam Street, Adelphi, W. C. 2. Telegrams: Lancet, Rand, London. Pag 1452. N° XXVII. Of Vol. 11., 1932, NP 5705. Vol. CCXXIII. London, Saturday, December 31, 1932.

AMFETIN, LILLY: Es una solución estable estéril e isotónica de fracciones concentradas y purificadas de líquido amniótico bovino; conteniendo aquella parte de líquido amniótico que de acuerdo con las observaciones de Johnson, Warren, Trusler y Lacey produce un efecto excitante sobre la reacción de defensa de las tunicas serosas. No es tóxico y no produce reacciones séricas ni anafilácticas ni ningún efecto indeseable sobre los tejidos. Este preparado fue puesto al mercado por la casa manufacturera de productos químico-farmacéuticos y opoterápicos Eli Lilly y Compañía de Indianápolis. Estados Unidos de Norte América.

La Transfusión de Sangre y sus Consecuencias Judiciales

Por P. L. Oliver,
Secretario honorario del Servicio de transfusión sanguínea de la Cruz Roja británica

Los accidentes que pueden sobrevenir después de una transfusión de sangre son susceptibles de afectar, según los casos, al enfermo o al donante. Si se coagula su sangre con la del donante puede sucumbir el enfermo. También puede suceder que adquiera una enfermedad, venérea por ejemplo, que padezca el donante.

En lo que se refiere al primer caso, el Servicio de transfusión sanguínea de la Cruz Roja británica está organizado en tal forma que quedan reducidos al mínimum los accidentes de esta naturaleza. Los donantes se clasifican cuidadosamente en las categorías que corresponden a su tipo de sangre. Los médicos hacen la reacción de los glóbulos sanguíneos y del suero de todos los donantes que se presentan y este reconocimiento médico se repite cada tres o cuatro años.

En estas condiciones, el único peligro que subsiste es el de un cambio en el tipo sanguíneo del donante que puede operarse en el intervalo que separa los análisis. Pero este peligro es más teórico que práctico. Si han ocurrido algunos accidentes en las primeras transfusiones son debidos más bien a un error de análisis: por ejemplo, cuan-

do el suero presenta caracteres poco definidos y difíciles de determinar.

Como precaución aconsejamos hacer la reacción directa de una gota de sangre del donante con una gota de sangre del enfermo en todos los casos. Pero algunas veces resulta difícil proceder a este ensayo que, si se hace conforme a las reglas, revela un número apreciable de incompatibilidades sobre todo en el grupo 1 (AB). Cuando este examen previo no lo practica el cirujano que opera, a él incumbe y no al servicio de transfusión la responsabilidad legal del resultado de la operación. En estas condiciones el servicio queda a cubierto.

Existe otro tipo de accidente del que tampoco puede ser responsable el servicio de transfusión. Cuando la sangre que se inyecta pasa demasiado rápida del donante al enfermo se puede producir una reacción mortal. Este accidente puede también sobrevenir a consecuencia de una inyección de sangre del grupo IV (O) sino se ha buscado primero la reacción del suero sobre los glóbulos lo mismo en el donante que en el enfermo.

La reacción que presentan los glóbulos de la sangre del donante en presencia del suero

del enfermo no es suficiente. Conozco más de un caso en que la muerte fue provocada por la transfusión a pesar de que el examen estaba bien hecho. La sangre de un donante perteneciente al grupo IV (O) administrada a un enfermo de tipo I (AB) ocasionó la muerte de éste, por la acción del suero del donante sobre los glóbulos de sangre del enfermo, condición inversa, como puede verse, de la experiencia corriente.

Cuando se hace la transfusión directa, de brazo a brazo, se corre el peligro de operar con demasiada rapidez, aunque sólo sea para abreviar la incomodidad causada al donante. Para evitar esos accidentes, la transfusión directa se practica muy raramente en Inglaterra.

Infección causada por un donante que padezca de sífilis u otra enfermedad

Antes de ser aceptado como donante e inscrito como tal en las listas del servicio, todo voluntario que se presenta está obligado a pasar un reconocimiento total, con lo que se evita todo peligro de una infección de sífilis congénita. En lo que se refiere a una sífilis adquirida, es de suponer que el donante voluntario, que no percibe ninguna retribución, se daría de baja en las listas del servicio si contrajese una enfermedad venérea. El problema

presentaría un aspecto muy distinto si se tratara de transfusiones remuneradas. En este caso, el donante profesional tendría interés en ocultar una

enfermedad venérea. Por esta razón es mejor recurrir a los donantes voluntarios que a los donantes profesionales.

Como no se adquiere nunca el paludismo en las Islas británicas, el voluntario que no ha salido de Gran Bretaña no ofrece ningún peligro en lo que se refiere a esta enfermedad.

Accidentes provocados en el donante:

Infección local. — Este caso se presenta muy rara vez en el servicio de transfusión sanguínea de la Cruz Roja británica desde que se ha prohibido hacer una incisión en la piel. No cabe duda que una incisión de uno a tres centímetros de largo implicaría ciertos riesgos de infección, mucho más considerables que la simple punción de la vena. Por eso, desde que se prohibió formalmente la incisión, los casos de infección son rarísimos. En 1933, de 2.698 transfusiones no hubo que lamentar sino un solo accidente de este género, accidente que no se ha presentado en 1934 a pesar de haberse practicado 3.448 transfusiones. La única causa de infección que subsiste es el empleo de una aguja mal esterilizada.

Quemaduras ocasionadas por el yodo. — Nuestra experiencia nos permite recomendar como desinfectante el éter con preferencia al yodo. Dos o tres veces al año tenemos que tratar inflamaciones provocadas por el yodo. Este producto, extendido en abundancia o, peor aún, aplicado en compresa húmeda,

ataca la piel del brazo hasta el punto de impedir al donante desempeñar sus ocupaciones durante algunos días.

Síncope. — El caso se produce muy raramente cuando se trata de un donante experimentado. Las causas del síncope son generalmente psicológicas. El donante se impresiona por lo que le rodea o por artículos que ha leído en los periódicos y que carecen del menor fundamento científico. Cuando dos veces seguidas un donante se desmaya sin razón especial después de la transfusión, le aconsejamos se dé de baja en el servicio.

Mareos y vértigos. — Ocurre a veces que el donante sufre vértigos y abandona la mesa de operaciones para volver a su casa. En general se trata de un malestar pasajero. Hace algún tiempo, se sintió indispuerto un donante, después de la transfusión y aunque la indisposición fuese debida tal vez a otra causa, le dimos una indemnización.

Simulacros. — No hemos tenido que lamentar más que un caso de este género. Después de la transfusión, un donante que llegó a adquirir algunos conocimientos médicos, declaró que estaba agotado y que apenas podía mover el brazo. Se le dieron 15 libras esterlinas, pero como reclamaba 400 se le hizo reconocer por un cirujano y por un neurólogo en presencia de su propio médico y se vio que únicamente padecía una "neurosis de compensación."

Los gastos ocasionados por esta aventura se elevaron a más

de 100 libras esterlinas, pero la experiencia adquirida bien las vale, pues nos ha enseñado a desconfiar de los simuladores.

Acción en caso de demandas de compensación

Cuando la reivindicación de un donante parece justificada y se eleva a menos de una libra esterlina se paga con el fondo del servicio. Se trata casi siempre de ropa estropeada o manchada de sangre o por cualquier otro líquido. Cuando la indemnización excede de un libra esterlina y la responsabilidad incumbe al hospital donde se ha practicado la operación adelantamos la suma que después nos es reembolsada sin la menor dificultad. La Cruz Roja británica asegura con sus propios fondos a los donantes contra cualquier accidente hasta 100 libras esterlinas si se trata de una suma de 100 a 500 libras recurre a una compañía de seguros, que hace gratuitamente la operación considerando que el servicio le procura ciertas compensaciones.

En resumen, los riesgos de una acción judicial son ínfimos porque nuestros donantes son voluntarios.

El Servicio de transfusión de Londres cuenta con unos 2.000 donantes, de los cuales 400 son mujeres. Su edad varía de 18 a 70 años y gracias a su buena voluntad se practican más de 4.000 transfusiones por año en 200 hospitales.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rue Newton, París, 16e.)

LA TONSILECTOMÍA

*Por el Priv. Doz. Dr.
ERICH WIRTH, Heidelberg*

De la Clínica Oto-rino-laringológica de la Universidad de Heidelberg (Dir.: Prof. Dr. K. Beck). Resumen de una Conferencia pronunciada el 20-2-1-1934 en la Sociedad de la Historia de la Medicina, de Heidelberg, y publicado en la "Medizinische Klinik" N°22, 1934.

En el problema de la tonsilectomía difieren aun mucho las opiniones. Se discuten la conveniencia y el momento oportuno de la intervención. Unos rechazan, como es sabido, la extirpación de las amígdalas palatinas; otros, solamente se deciden a ella después de agotados todos los recursos, conservadores.

Observaciones clínicas exactísimas e investigaciones en niños y adultos tonsilectomizados, han demostrado con toda seguridad que los tonsilectomizados no padecen alteraciones generales o locales de ninguna clase, reacionables con la pérdida de una supuesta función de las amígdalas. Según todas las experiencias y observaciones médicas, ni las amígdalas palatinas ni las faríngeas tienen funciones especiales fuera del restante tejido adenoideo. Como después de una tonsilectomía queda siempre suficiente tejido linfático, la pérdida de las amígdalas palatinas no tie-

ne consecuencias desventajosas para el organismo. Los tonsilectomizados no son tampoco más sensibles a las infecciones; según nuestras experiencias, parece que sucede lo contrario.

Al establecer la indicación de la tonsilectomía, no es necesario, pues, guardar consideraciones con la discutida función de las amígdalas. El autor considera indicada la tonsilectomía en los estados y condiciones siguientes:

1. En las anginas . recidivantes, cuando se presentan varias veces al año o toman un curso muy violento y prolongado.

2. En los abscesos peritonsilares.

3. En las inflamaciones crónicas de las amígdalas, cuando las mismas causan molestias locales, como formación de tapones malolientes, abscesos de cripta y provocación de tos o cuando hay fuertes linfadenitis.

3. En las enfermedades de otros órganos (en particular de los riñones, articulaciones y endocardio) , cuando es probable la relación causal con las amígdalas, por comprobarse fuertes fenómenos de inflamación en las épocas de los accesos, o cuando no se puede averiguar otra procedencia de molestias febriles generales oscuras.

5. En los casos de amenaza de complicaciones de las tonsilitis y peritonsilitis agudas.

La hipertrofia sola no es razón suficiente para la tonsilectomía o tonsilotomía, de no ir acompañada de inflamación crónica o dificultar el habla.

Tonsilas que acusan alteraciones macroscópicas insignificantes pueden entrar también en consideración como causa de alteraciones generales, pues la experiencia demuestra que hay enfermedades generales que cesan de repente después de la extirpación de amígdalas de aspecto inofensivo. Además se ha de tener presente que existen abscesos en el interior y vecindad de las amígdalas que sólo pueden ser diagnosticados después de la tonsilectomía.

Cuando se trata de amígdalas pequeñas que sólo causan molestias locales, puede bastar a veces una buena incisión, después de la cual se produce atrofia y cicatrización del tejido tonsilar, tal como acaba por ocurrir espontáneamente en las tonsilitis crónicas de larga duración.

La tonsilectomía se ejecuta hoy casi exclusivamente en anestesia local. La operación puede ser absolutamente indolora. El autor no recomienda ya tonsilectomía ambulante, pues, DO obstante toda la habilidad del operador, se registran a veces hemorragias postoperatorias que se dominan mejor en la clínica. La disposición para el trabajo suele ser interrumpida por la tonsilectomía durante unos 14 días, de los cuales corresponden 5 a la estancia en la clínica.

Los procesos inflamatorios agudos de las amígdalas han sido considerados durante mucho tiempo como una contraindicación absoluta de la tonsilectomía. Pero estos peligros han sido muy exagerados. Solamente en la inyección del anestésico hay que proceder con precaución. El tejido tonsilar infectado no se debe pinchar y tampoco se harán inyecciones en el tejido parafaríngeo desde la boca infectada.

En las infecciones agudas de las amígdalas, conviene esperar a que los síntomas agudos de la inflamación hayan desaparecido. Pero no es necesario esperar más de 8 a 14 días, después de anginas y abscesos peritonsilares.

La tonsilectomía está indicada directamente, a pesar de procesos inflamatorios agudos, en los abscesos peritonsilares profundos que no se pueden evacuar por simple incisión y en las complicaciones incipientes de las tonsilitis y peritonsilitis agudas.

También en la sepsis postanginosa de no larga fecha y no muy avanzada, recomienda el autor la práctica inmediata de la tonsilectomía.

Los peligros de la tonsilectomía se han exagerado mucho.

Frecuencia e intensidad de las hemorragias dependen en alto grado, naturalmente, de la técnica de la operación.

Por su expuesta posición, las heridas de la tonsilectomía resultan siempre más o menos infectadas. Las infecciones exógenas son más de temer que las

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

Epistaxis.

NO recetéis pociones ni apliquéis hielo en ninguna parte del cuerpo, ni taponéis de cocaína o adrenalina. Si la epistaxis es ligera, haced la compresión, si es fuerte haced el taponamiento.

NO olvidéis el tratamiento profiláctico.

NO permitáis el uso del café.

Erisipela.

NO la confundáis con la urticaria que provoca comezónes muy fuertes y se extiende con mucha rapidez.

NO dejéis de hacer un interrogatorio y una exploración muy cuidadosa para evitar la confusión del eritema erisipelatoso con el que provocan las substancias irritantes (fenol, sublimado) y los agentes naturales, frío, calor.

NO diagnosticuéis erisipela de la cara sin haber eliminado la idea del absceso dentario, la dacriocistitis, el forúnculo del labio.

NO hagáis pronóstico benigno en los diabéticos, alcohólicos, debilitados, niños y ancianos.

NO olvidéis que la erisipela provoca el aborto o el parto prematuro en un tercio de los casos.

NO permitáis que una mujer erisipelatosa dé el pecho a un niño.

NO separéis de su nodriza a un niño erisipelatoso; limitaos a limpiar escrupulosamente el pezón de la nodriza después de cada mamada.

NO inyectéis sistemáticamente el oro coloidal en las venas; es peligroso.

NO esperéis curar la erisipela con los antisépticos aplicados en la piel; son inútiles.

NO apliquéis en los niños de pecho, sublimado ni ácido fénico, que son peligrosísimos.

NO purguéis con sulfato ni citrato de sodio que deprimen mucho.

Escarlatina.

NO prescribáis el régimen de clorurado que no previene

autógenas. No se ha podido comprobar el paso de gérmenes patógenos a la sangre. Los breves aumentos de la temperatura después de la tonsilectomía, se deben seguramente a la acción de toxinas de gérmenes tonsilares, en particular de es-

treptococos hemolíticos que encuentran en la herida de la operación una breve posibilidad de multiplicación y producción de toxina.

(De la Revista de Información terapéutica.)

- la nefritis y provoca un enflaquecimiento rápido.
- NO prescribáis teobromina, si no hay albúmina.
- NO inyectéis suero salino o biológico.
- NO prescribáis el régimen lácteo absoluto, si no durante los primeros quince días.
- NO prescribáis el régimen lácteo si hay fiebre muy alta; preferid la dieta hidrica, tisanas, jugo de frutas.
- NO prescribáis antipiréticos.
- NO inyectéis urotropina, que congestiona el riñón.
- NO dejéis de inyectar en la forma grave, la adrenalina, que no sólo tonifica el corazón, sino que suple a la insuficiencia suprarrenal.
- NO hagáis toques frecuentes en la angina escarlatinosa. Preferid las pulverizaciones.
- NO permitáis la sal ni los alimentos albuminosos, si hay nefritis.
- NO permitáis la leche en la forma azotémica de la nefritis.

Escleritis.

- NO la confundáis con la conjuntivitis flictenular, de pústula roja y superficial y

que, al revés de la escleritis, es rara en el adulto.

- NO confundáis la episcleritis con las lesiones sifilíticas semejantes; las pápulas son pasajeras, y las gomas amarillas y ulcerantes.
- NO la confundáis con la equimosis conjuntival traumática.
- NO paséis inadvertidas las lesiones de la piel de la cara; el eritema polimorfo provoca nódulos en la conjuntiva, que desaparecen en pocos días y coexisten con lesiones cutáneas.
- NO uséis lavados, pomadas, sustancias irritantes ni vendaje compresivo.

Estomatitis.

- NO dejéis en contacto con otros, a un niño que tiene estomatitis.
- NO olvidéis hacer rellenar aun los dientes de leche cariados.
- NO dejéis de quitar las piezas artificiales en las estomatitis graves.
- NO apliquéis antisépticos muy fuertes en los renales hepáticos, cuando haya gran-

des erosiones de la boca que permitan la absorción de aquéllos.

Estrechamiento intestinal.

- NO esperéis la aparición de las heces acintadas para hacer el diagnóstico de estrechamiento.
- NO busquéis la forma acintada en los estrechamientos del colon ascendente y del transverso; casi sólo existen en los estrechamientos del ano y de la ampolla rectal.
- NO porque el acintamiento de las heces sea un signo de oclusión incompleta, penséis que la forma normal de ellas excluya el estrechamiento de la S. Ilíaca.
- NO déis gran importancia a la constipación crónica de los viejos; pero debéis sospechar el estrechamiento cuando esa constipación aparece de repente en los adultos cuyo intestino funcionaba bien.
- NO os fiéis en la gordura ni en el peso del enfermo, sino en el peso que ha perdido.
- NO creáis que la mayor dilatación del intestino existe siempre arriba del estrechamiento; generalmente son el ciego y el colon ascendente los segmentos más dilatados.
- NO busquéis, pues, siempre, el estrechamiento inmediatamente arriba de la dilatación.
- NO olvidéis la edad del paciente; pensad en la tuberculosis en los jóvenes; en el cáncer en los viejos.
- NO olvidéis que la tuberculosis es la causa casi única de los estrechamientos en los jóvenes menores de veinte años.
- NO olvidéis que los traumatismos del abdomen y las reducciones sangrientas o no de las hernias, pueden producir estrechamiento.
- NO olvidéis que los tumores del abdomen, al comprimir el intestino, pueden producir benignos, casi constantes en los malignos.
- NO olvidéis que cuando la invaginación es la causa del estrechamiento, hay heces sanguinolentas.
- NO olvidéis que los síntomas intestinales de la tuberculosis siguen una marcha crónica y presentan alternativas de mejoría y de gravedad y que los del cáncer aparecen repentinamente en un sujeto sano y en lo general evolucionan implacablemente.
- NO olvidéis que los estrechamientos cancerosos son más frecuentes y los tuberculosos más raros, del ciego al recto; que el cáncer de los jóvenes prefiere el colon ascendente y el transverso y el de los viejos, el descendente de la S. Ilíaca.
- NO olvidéis que un estrechamiento puede transformarse fácilmente en una oclusión completa y que debéis estar preparados para operar.
- NO confiéis mucho en el tratamiento específico de los estrechamientos sífilíticos.

NO hagáis la dilatación en los estrechamientos en general.

Examen clínico.

NO hagáis exámenes superficiales; el enfermo y el médico ganan más con un examen detenido.

NO por eso hagáis exámenes largos y fastidiosos cuando sean innecesarios.

NO olvidéis que la reputación científica y social del médico depende de múltiples detalles que son capaces, al ser olvidados, de concluir con aquélla.

NO creáis que el laboratorio os exime de los viejos procedimientos de exploración; no los menospreciéis inmotivadamente.

NO olvidéis que los enfermos son tanto más sensibles cuantomás inútiles son en la vida; los seres mimados, de vida fácil, no perdonan nunca lo que podéis hacer con los que luchan ruda-mente con la vida.

NO hagáis maniobras brutales

que hablan muy mal de vuestra cultura y de vuestra ciencia.

NO hagáis exámenes dolorosos o que molesten el pudor, innecesariamente; el tacto rectal o vaginal deben ser reservados para los casos absolutamente indispensables.

NO auscultéis a una mujer sin estetoscopio o un lienzo; ganan vuestra higiene y su pudor, si lo tiene.

NO dejéis nunca de aplicar el termómetro y de tomar el pulso a vuestro enfermo; nada perdéis y mucho podéis ganar con ese ligero examen.

NO esperéis que vuestros enfermos os denuncien su enfermedad; un examen completo permite descubrir muchos padecimientos que ni el mismo enfermo sospecha.

NO dejéis nunca de examinar la orina de vuestro enfermo; su examen sistemático permite descubrir multitud de casos de diabetes, padecimientos renales, etc., desde

- el principio.
- NO hagáis nunca el cateterismo del esófago sin haber hecho la radiografía.
- NO lo hagáis con sonda rígida cuando sospechéis un cáncer. Podéis provocar una falsa ruta.
- NO lo hagáis nunca con brusquedad; si no os resulta fácilmente, preferid la radioscopia o la esofagoscopia.
- NO dejéis de recurrir a la anestesia general cuando sea necesario.
- NO hagáis la esofagoscopia en los viejos, en los padecimientos tuberculosos pulmonares aórticos y cardíacos avanzados, en los estados caquéticos, en los infecciosos de la boca y faringe y en las estenosis laringeas y traqueales.
- NO olvidéis que el *clapoteo* del estómago es normal durante dos horas después de la ingestión de los alimentos y constante en el intestino. Muchos diagnósticos de dilatación gástrica obedecen al olvido de estos hechos.
- NO percutáis igualmente en todos los puntos del borde del estómago; haced la percusión fuerte para limitar los bordes derecho e inferior.
- NO introduzcáis en el estómago un tubo de Faucher que no haya esterilizado.
- NO lo introduzcáis bruscamente, porque hacéis sufrir al enfermo y provocáis reflejos que dificultan o impiden la maniobra.
- NO hagáis la palpación del abdomen con brusquedad ni con las manos frías, porque provocaréis contracciones penosas y que dificultan el examen.
- NO confundáis el vientre dilatado de los dispépticos o de los enfermos atacados de oclusión, con el de los individuos obesos.
- NO creáis que el hígado está dilatado en los niños, porque su borde sobrepasa el reborde de las costillas, lo que es completamente normal.
- NO olvidéis hacer el examen de la nariz y la garganta en los padecimientos oculares, pulmonares y muchos generales.
- NO introduzcáis el espejo nasal antes de haber examinado la nariz a la simple vista.
- NO lo introduzcáis bruscamente, porque podéis provocar sensaciones penosas y hemorragias.
- NO introduzcáis un laringoscopio sin haberlo calentado y sin probar en vuestra propia piel si no vais a provocar una quemadura.
- NO tiréis muy fuertemente de la lengua del paciente.
- NO apoyéis el tallo del laringoscopio muy fuertemente en la comisura labial.
- NO introduzcáis el baja lengua más allá de los dos tercios de la lengua.
- NO introduzcáis el laringoscopio sin haber iluminado bien la región por explorar.
- NO lo introduzcáis muy profundamente porque provoca el reflejo faríngeo, que im-

- posibilita el examen.
- NO hagáis el tacto nasofaríngeo en los niños ni cuando la región esté infectada.
- NO lo hagáis nunca con brusquedad.
- NO hagáis la coqueización de la lengua para explorar la faringe.
- NO prolonguéis mucho la exploración de la faringe; haced exploraciones cortas y repetidas.
- NO olvidéis que el número de respiraciones varía enormemente en las personas sanas y que hay también variaciones de edad, sexo, ocupación y en las horas del día, que no deben ser despreciadas.
- NO dejéis de contar las respiraciones en distinta posición del enfermo; su frecuencia es mayor en la posición de pie y menor en el decúbito dorsal.
- NO contéis las respiraciones en cuanto veáis al enfermo ni después de un largo interrogatorio; la emoción y la fatiga aumentan su número.
- NO diagnosticuéis polipnea efectiva cuando haya algún dolor muy vivo en el tórax o en las regiones vecinas; el dolor aumenta el número, pero disminuye la profundidad de las respiraciones.
- NO paséis inadvertido el tipo respiratorio, que permite hacer el diagnóstico de muchos padecimientos.
- NO mantengáis largo tiempo a un enfermo en la posición de pie; podéis provocar un vértigo.
- NO hagáis la palpación del tórax con las manos frías.
- NO os inclinéis demasiado para auscultar a un enfermo; así se provoca una congestión del encéfalo que molesta mucho.
- NO toméis la tetilla como punto de referencia en altura; varía mucho con el sexo, la edad y el grado de gordura de los sujetos.
- NO dejéis de buscar las cuarteaduras y el edema de la

- piel de la región torácica, que denuncian la presencia de un derrame pleural.
- NO olvidéis que en los individuos sanos se encuentran ciertas deformidades que pueden ser indebidamente tomadas como patológicas; la más frecuente es el esternón infundibuliforme de Marie.
- NO dejéis de buscar las curvaturas anormales de la columna vertebral, que obligan a hacer un pronóstico grave de los padecimientos pulmonares.
- NO olvidéis que la forma del tórax contribuye a facilitar el diagnóstico de ciertas enfermedades; el raquitismo, la tisis, el enfisema, los derrames pleurales, le imprimen al tórax formas especiales que es preciso saber distinguir.
- NO mantengáis mucho tiempo desnudo a vuestro enfermo.
- NO hagáis la exploración del tórax según vuestras necesidades, si no según las conveniencias del enfermo; al explorar la parte delantera haced la inspección, palpación, percusión, y auscultación; haced después lo mismo en la parte posterior.
- NO olvidéis que el frío y la posición fatigosa del enfermo y su excitación nerviosa provocan contracciones fibrilares de los músculos del tórax, que os pueden engañar al buscar las vibraciones provocadas.
- NO hagáis que el enfermo cuente; hacedle repetir una sola palabra sonora.
- NO olvidéis tomar en cuenta el grado de obesidad la musculatura y el timbre de la voz del enfermo, al auscultarlo.
- NO investiguéis las vibraciones provocadas en las personas disfónicas.
- NO percutáis rudamente; la percusión fuerte pone en vibración las regiones vecinas y provoca dolor.
- NO coloquéis al enfermo en una posición fatigosa que provoca contracturas que alteran el sonido.
- NO percutáis ni auscultéis a través de una tela muy gruesa o almidonada.
- NO coloquéis oblicuamente el dedo percutido.
- NO dejéis de percutir en ciertos casos cambiando la posición del enfermo.
- NO auscultéis puntos aislados del pulmón; al comprobar un fenómeno anormal, auscultad el punto simétrico y los puntos vecinos del mismo espesor.
- NO digáis a vuestro enfermo que respire naturalmente; dejadlo que respire libremente y al poco tiempo habrá recobrado la forma normal de respiración.
- NO le déis importancia a la percusión generalizada de la voz; sólo es de interés cuando está limitada a los vértices, sobre todo al izquierdo.
- NO dejéis de recoger los esputos de un enfermo en un recipiente especial; eso os permite medir su cantidad

- y ciertos caracteres que no aparecen en esputos aislados.
- NO dejéis de enviar los esputos al laboratorio, siempre que se trate de un padecimiento pulmonar; el laboratorio permite descubrir ciertos padecimientos que la clínica tarda mucho en señalar.
- NO dejéis de hacer la inspección de la región renal que aunque generalmente es inútil, a veces permite descubrir el edema consecutivo al absceso perinefrítico y la circulación venosa suplementaria que denuncia un tumor hepático.
- NO dejéis de buscar los puntos dolorosos renoureterales.
- NO esperéis nunca tocar un riñón normal; todo riñón que se toca, es un riñón enfermo.
- NO hagáis la palpación del riñón sólo en el decúbito dorsal; poned al enfermo en posición ventral, genupectoral y lateral.
- NO creáis que habéis examinado bien los ojos del enfermo si no le habéis invertido los párpados.
- NO os conforméis con ver los ojos de un enfermo; tocad los párpados y los globos oculares.
- NO examinéis sólo el ojo enfermo; en todos los órganos pares el examen debe hacerse por comparación.
- NO examinéis un ojo sólo con luz directa y de frente; examinadlo siempre con luz lateral y con lente.
- NO olvidéis cortaros las uñas de los dedos índice y pulgar al hacer el examen de los ojos.
- NO dejéis de explorar el canal lagrimal en todos los padecimientos de los ojos, sobre todo en una conjuntivitis unilateral.
- NO hagáis presiones rudas sobre el ojo; fuera de que podéis provocar dolores muy fuertes, en ciertos casos hacéis correr el riesgo al enfermo de hacer saltar el cristalino o salir el iris.
- NO deduzcáis nada por el hecho de que la palpación y percusión no os den ningún dato positivo; por sí solos esos métodos de exploración carecen de valor si sus resultados son negativos.
- NO paséis inadvertida la manera cómo se vacía la vejiga a la micción voluntaria o por medio de sonda.
- NO dejéis de medir la cantidad de líquido que recibe una vejiga sin que se produzcan contracciones.
- NO hagáis la cistoscopia sin

LA PESTE VERDE

*(Continúa)*XXI.—*La organización del Saneamiento*

Examinadas las orientaciones generales y los medios prácticos que constituyen el Saneamiento antimalárico en la Costa del Perú, digamos algunas palabras sobre la organización de este Saneamiento.

No podemos pensar, y por consiguiente aconsejar, una labor que abarque la inmensa extensión de nuestro litoral, tarea ciclópea que escapará por años, tal vez siglos, a la mano de los hombres que habitan esta zona del territorio nacional. Y decimos que es una obra ciclópea, por que en realidad, para realizar íntegramente el Saneamiento rural de los valles peruanos que desembocan en el Pacífico habría que levantar, paralela a la Cordillera de los Andes, otra cordillera menor que, a mitad de las carreras de los ríos, sirviera de dique a la fuga veloz y tormentosa de sus aguas hacia el Océano.

La organización que aconsejamos debe tener presente este

postulado orientador de la práctica del Saneamiento antimalárico: que las labores saneadoras deben partir de los centros de poblados en una área que comprenda en torno un círculo que tenga 1.500 a 2.000 metros de radio. Esta labor de sanear los contornos de los lugares de población es suficiente para garantizar al hombre que trabaja contra la Malaria. *La prevención, la neutralización o la destrucción de los larvarios, tarea preferencial del Saneamiento antimalárico, debe efectuarse a la redonda de las habitaciones humanas, hasta un kilómetro y medio cuando menos.* Si acaso existe un larvario indomable, ya por que domarlo costaría excesivo dinero, ya por otras circunstancias, mejor es pensar en el cambio de los poblados, alejándolos de tal fuente de infección. El día en que se emprenda una verdadera labor de Saneamiento rural, muchas rancherías, actualmente bajo la irradiación malarigénica de larvarios fatales, tendrán que ser desplazadas de sitio, con prove-

chos de toda suerte. A menudo, la ubicación, de no pocos centros de población rural, no es la mejor, ni la más económica desde el punto de vista de la salud y de la vida humana.

Este Saneamiento vecinal, llamémoslo así, debe ser ejecutado por un personal especializado, que se dé cabal cuenta de su nobilísima misión. Cuando tratemos del CENTRO RURAL • DE SALUD hablaremos de este personal, que constituido en brigada, bajo la dirección de los técnicos encargados de la atención sanitaria del campo, representará un papel tanto o más importante que los bustodios de la seguridad de las cosas.

Cerremos este capítulo sobre Saneamiento rural antimalarico, repitiendo esta sentencia del gran higienista Chedwick: "La salud del pueblo cuesta menos por obras de saneamiento que toda la miseria social que engendran la enfermedad y la mortalidad evitables."

XXII.—*La Profilaxia o Saneamiento social antimalarico*

Para dar término a estas INS-TRUCCIONES, examinemos el palpitante, en el Perú, trágico problema, de la redención social de las masas rurales marilizadas y sumidas en la miseria, la ignorancia y la insalubridad; y la manera como podemos darles la ración de salud, de cultura y de felicidad a que tienen derecho, como hombres que pagan a la tierra el tributo de amor de su sudor cotidiano.

Es de lo que trata la Profilaxia, entendida como el Saneamiento social, —la "Bonifica humana" de los italianos,— o sea el conjunto de medios encaminados a la rehabilitación vital del hombre que hace pródigos los surcos, con el abono de su fatiga.

En la lucha contra la Peste Verde, cada día se afirma como más decisiva la influencia de esta Profilaxia: aliento para la Política agraria, que para ser fecunda en bienes redimir, la sangre, los brazos y las mentes de los trabajadores rurales, náufragos a menudo, entre nosotros, en el piélago de la insalubridad imperante en los valles - costeños.

Esta moderna orientación de la política sanitaria rural debe ser conocida y meditada detenidamente en el Perú. Señalemos sus objetivos concretos. Tres rumbos ha de seguir la Profilaxia antimalarica:

I).—*Fijar al hombre en la tierra que labora*, vinculándolo por la salud, en forma perdurable y permitiéndole en ella, realizar su destino vital y social. Es la *ruralización o agrarización* humanas, ideal acariciado por los mayores estadistas del mundo, después de haber sido señalado, con acopio de razones, por los médicos sociólogos.

II).—*Educación a las masas rurales ignoras*, para que alcancen no sólo el abecedario y un oficio que mejore sus modos de trabajo, sino, fundamentalmente, para que adquieran la *conciencia sanitaria* que ha de defenderlas de las causas que

amenazan su salud y su vida;

III).—*Colonizar de modo integral y técnicamente* las tierras de cultivo, para que rindan por el máximo de producción, bienestar para cuantos la trabajan y riqueza para la colectividad.

XXIII.—*Principios que han de inspirar la Profilaxia antimalárica*

Definamos la doctrina que ha de inspirar la acción profiláctica en la Costa del Perú. Sus enunciados reposan en la experiencia y en los postulados de la Higiene moderna.

I.—El hombre sano es el factor fundamental de la producción y del trábalo agrícolas. Su salud no deriva, tan sólo, de las condiciones que lo rodean; depende de su voluntad de progreso y de los medios que pone en juego para alcanzarlo. Concluyase, de una vez, con ese falso concepto que responsabiliza al aire, al suelo, a la temperatura y a otros elementos cósmicos o climáticos de ser las causas ineluctables de la Malaria. Las condiciones económicas y sociales que regulan la vida rural

tienen mayor influencia que la acción ciega de las fuerzas de la Naturaleza. Crear condiciones sociales y económicas favorables, tal la finalidad esencial de la Profilaxia.

II.—Se garantiza la salud de los trabajadores del campo, de toda jerarquía, por el influjo benéfico de los siguientes elementos sociales, por orden de su importancia relativa:

- a) Por la vivienda;
- b) Por las seguridades para la vida doméstica;
- c) Por la disciplina de los ocios con los deportes o con otros medios.

III).—Los tres elementos anteriores convergen en realidad a uno sólo: la justicia económica para cuantos laboran la tierra, mediante la racionalización del trabajo agrícola, entendido como cooperación y no explotación, que permita al trabajador tener lo necesario con qué adquirir ese *mínimum* de cosas indispensables para su estabilidad hogareña. La Conferencia de Higiene Rural celebrada en Europa ha puntualizado que la salud rural depende del poder de compra de los paisanos.

IV.—Sin el concurso activo de

las masas rurales, la Profilaxia resulta imposible. De ahí que la *educación*, por medios que se reconozcan eficaces, es elemento insustituible para alcanzar resultados provechosos. No sólo la Escuela enseña, hay mil maneras de crear hábitos sanos en los habitantes de las campiñas. De esto ha de preocuparse, fundamentalmente, la Profilaxia.

V.—El Saneamiento social, que es como entendemos la Profilaxia antimalárica, ha de contar como base primordial con la devoción y competencia de los llamados a ejecutarlo. En el Perú, será por doquiera una obra apostólica. Sólo así podrán modificarse los seculares estorbos que opone el atraso social de los campos. Más aún que para la Asistencia o para el Saneamiento, la Profilaxia antimalárica demanda, en quienes la ejecuten, emoción y bondad poco comunes. La enfermera, educada para esta misión, es el precioso auxiliar de la acción profiláctica.

VI.—La Profilaxia antimalárica concebida como obra de solidaridad y de redención humanas, exige que los dueños de las tierras y los empresarios de su cultivo, tengan cabal concepto de la misión social de la Agricultura, de modo que presten voluntario concurso para implantar las reformas necesarias y urgentes que culminen en un régimen agrario que asegure la salud y el bienestar de los trabajadores, previniendo o neutralizando el rencor de los oprimidos, fermento para el negativismo económico y político, roja

fiebre que aniquilará en el Perú sus posibilidades de vivir y de prosperar.

VII.—El Estado, supremo director de la vida nacional, ha de intervenir, prudentemente pero con firmeza, para ordenar la acción profiláctica antimalárica. Su labor -política en este sentido — legislación y administración a un tiempo — ha de inspirarse en postulados que tengan en cuenta: de un lado, la enseñanza y demostración de los medios redentores, la ayuda financiera para realizarlos y el Control y sanciones necesarios; y del otro, el rendimiento máximo con el mínimo de gastos, la coordinación y unificación de los esfuerzos y la adaptación de los mismos, a las condiciones locales imperantes.

Tales los siete principios que enunciamos para la Profilaxia de la Malaria en la Costa del Perú, y sobre cuyo contenido y posibilidades de realización diremos todavía algunas palabras.

XXIV.—La vivienda rural y su transformación por la Profilaxia antimalárica

La vivienda rural salubre debe ser la primera preocupación de la Profilaxia antimalárica. Por doloroso que sea confesarlo, las habitaciones que se brindan a los trabajadores del campo y a sus familias son verdaderos antros carentes de luz natural y de sol, de alegría, de seguridades sanitarias. En ellas, verdaderas Arcas de Noé, conviven con las parejas humanas, en promiscuidad horrible, toda clase de animales, principal-

mente los más dañinos: los insectos chupadores de sangre.

En todos los países civilizados del mundo para conseguir que el hombre retorne a la tierra o se mantenga en ella, se ha cuidado de dotar a los ambientes de trabajo agrícola de los medios capaces de crear esa atmósfera de confort doméstico que permita al agricultor compartir sus alegrías, sus fatigas y sus esperanzas con su familia, al par que va formándola, para incremento del capital poblador.

En el Perú, más quizá que en país alguno, sería urgente emprender una **reforma** básica y completa de las condiciones de alojamiento que encuentran los trabajadores rurales. Es no sólo un deber de **cumplimiento** inaplazable, sino una operación de seguros rendimientos de toda suerte, por que con ello se elevaría el potencial de la mano de obra, reducido hoy por causa de la Malaria y por los demás factores de la insalubridad; o inexistente, por la hui-

da, ante las tercianas, de los únicos braceros que labran los valles costeros, los indígenas, que bajan de las cumbres y hondonadas de los Andes.

Las viviendas rurales centralizadas en cada fundo, llamadas "rancherías" y las chozas dispersas de los yanacunas que actualmente existen por doquiera, son una negación absoluta y previa, de toda victoria contra el poder de la Peste Verde. Se diría que estos albergues se edifican más para la prosperidad de los anofeles y de los otros parásitos que los pueblan, que para la familia rural y para el hombre que ha de fecundar las vegas con el esfuerzo cotidiano.

Esto debe concluir. Imite el Perú lo que están haciendo otros pueblos que igualmente sufren de las tercianas, a las que dominan, mediante una acción de saneamiento social, de preferencia encaminada a mejorar la casa, este vestido que nos envuelve durante la mayor

parte de duración de la existencia.

Buena ubicación, escogida por razones de salubridad, para los centros de población de las haciendas, con viviendas de muros lisos, y de suelos firmes, tanto en su interior como en el exterior, con luz y aire en abundancia mediante la adopción de tipos que tengan en cuenta estos elementos indispensables para la salud y el reposo humanos, y con agua potable de fácil obtención e instalaciones convenientes para la exoneración de los desechos y aguas negras, y por sobre todas las cosas, Sol, este poderoso manantial de vida y ante cuyos rayos huyen los anofeles, tal el plan concreto para alzar estos reductos que aseguran el triunfo contra la Peste Verde.

Desterremos para siempre esas cuevas oscuras, primitivas, de las "rancherías," poderosos aliados de la Malaria. Es hoy dogma de la Higiene que es en la casa donde se alcanza la victoria o se sufre la derrota más tremenda, en la lucha contra las tercianas. Si las casas son de tipo que la Higiene recomienda, los zancudos las abandonan, por que la luz solar, la limpieza y la falta de guaridas no consienten que las utilicen las anofelinas que las invaden en busca de la sangre del hombre.

No es aquí el lugar para trazar los planes de las futuras viviendas salubres que esperan nuestros valles para verse **libres** de la Malaria que los desoía y abate económicamente. Tan sólo queremos indicar que

en esta vía se guarda el secreto de la erradicación definitiva de la Peste Verde en nuestro litoral. Estudios modernos tienen en efecto demostrado que hay un *microclima* — el que crea el hombre en su morada — favorable a la malariogenesis, por las condiciones de temperatura, de humedad y de iluminación que imperan en las habitaciones, al lado del clima verdadero, *el macroclima*, o sea las condiciones naturales que reinan en una comarca. Si este último es en veces difícil de dominar por la Higiene, el primero, el *microclima*, cae bajo la tutela sanitaria, por la vigilancia y saneamiento de la vivienda.

Los capitales necesarios para la transformación radical de las "rancherías" pueden y deben ser facilitados por el Estado, mediante un nuevo sistema económico, que tenga en cuenta el valor de la salud, campesina, como factor de crédito, al mismo título que las tierras, los implementos agrícolas y las cosechas por **recojer**. Capitalícese en salud rural, que las demás capitalizaciones vendrán por lógica secuencia.

Las asombrosas realizaciones de saneamiento social efectuadas por el mundo enseñan el papel fijador por excelencia que tiene para el hombre la vivienda salubre y confortable. En el Agro Pontino, este saneamiento ha permitido la aparición de verdaderas ciudades; Sabaudia, Littoriá, Pontinia, con millares de hogares y con vigoroso aporte de hombres sanos, que han transformado la silente y lúgubre planicie en un

campo feraz bajo el amparo de la Higiene.

La casa rural, he ahí la piedra angular para todo el edificio de la Profilaxia antimalárica.

Sólo cuando realmente existe, podremos pensar en defenderla con redes que las libren del anofelismo, como lo ordena nuestra incipiente legislación antimalárica.

XXV'.—Las seguridades para la vida doméstica factor de profilaxia antimalárica

La Malaria está en la olla, dice un viejísimo refrán italiano. Es la experiencia popular cristalizada en una fórmula que la Higiene hace suya. La mesa del

agricultor debe por esto, estar debidamente colmada. Por algo trabaja la tierra, nutricia por excelencia.

Quien dice mesa, implica cocina, y más allá, un sistema de aprovisionamiento que escape a las acechanzas de la explotación. Abaratar las sustancias alimenticias: el pan, la leche el queso, los huevos, las verduras, la carne, he ahí las armas templadas que vencen a la Malaria. La constitución de *Cooperativas de consumo*, de *Mercados colectivos*, de *Tambos*, que no sean aspiradores de la parva economía privada de los hombres del campo, son medios infantiles para este objeto y para contrarrestar el Malarigenismo.

Con hombres y niños bien alimentados, la Malaria no puede desarrollar su fatal imperio.

La instalación de restaurantes colectivos y económicos, debe y puede ser una magnífica obra sanitaria. Antes que la Malaria y que las otras enfermedades, de acción intermitente, hay una exigencia diaria que puede convertirse en horrible plaga: el *hambre!* Prevenirlo es medida acertada en pro de la salud humana y de la quietud social. En los ambientes rurales, esta plaga no tiene por qué existir. Su presencia indica inorganización y pereza cuando no inconsciencia o estupidez. La ración alimenticia bien establecida es tan útil a la economía agraria como las buenas semillas o los métodos de cultivo. Al lado de las garantías para vencer el hambre, hay que dar otras, para vencer el drama de la suciedad de los trabajadores. Guerra a la mugre! Guerra a los parásitos de toda suerte que abundan en cuerpos y en camas! Guerra al abandono de los niños por la incuria y el atraso de sus progenitores, las madres de preferencia. Guerra santa para redimir a los peones del campo de esta suciedad que los desarma ante la enfermedad.

No es con discursos, ni con propaganda hablada como se obtiene resultados. Esta guerra se gana con *instalaciones que permitan el aseo de los habitantes*. No es difícil improvisarlos. Con dispositivos mecánicos que utilicen el curso de las acequias o con molinos accionados por el viento — este

trabajador incansable que jamás cobra jornal — se puede, en donde quiera que sea, aprovisionar de agua a los trabajadores de las haciendas del litoral. Barracas con pisos impermeables, con canales de desagüe, y con servicio de agua a presión, lo demás es apenas cuestión de ejemplo, de enseñanza práctica, de estímulo, que debe estar confiada a los organismos sanitarios de la lucha antimalárica.

La limpieza de las viviendas se obtiene por la edificación de las mismas a prueba de suciedad. Es cuestión de comenzar, para que el éxito acelere el final de esta empresa redentora. Mientras las casas — llamémoslas así — de que disponen las familias rurales sean lo que hoy son, la suciedad de los cuerpos, que es propicia a la suciedad de las almas, será cosecha abundante, en todos los fondos de la Costa del Perú.

No entra en nuestro plan desarrollar ahora otros aspectos de esta tutela sanitaria que asegure la vida doméstica rural. Bástenos indicar que hay que ver la forma como se puede rodear al hecho, de garantías inexistentes hoy. La promiscuidad de hombres, mujeres, niños, gallinas, perros, gatos, ratas y cuyes, amén de chinches, piojos, arañas y anofeles, componen en ellos, en las horas de la noche, dantesco contubernio que nunca soñó el vidente del Infierno.

Dadas las condiciones actuales, la Profilaxia antimalárica apenas si podría clamar, impotente, ante tanto factor de atraso. Remover estas condi-

clones, será la obra apostólica, cotidiana, de las Enfermeras sociales que han de estar al servicio de los Centros de Salud Rural.

He aquí un nuevo mundo que se ofrece a la devoción de la mujer peruana.

XXVI.—*La disciplina de los ocios rurales y la lucha contra la alcoholización, al cocaismo y la demagogia*

Tanta importancia tiene la organización del trabajo, como la de los ocios. Concluidas las tareas cotidianas del cultivo, el trabajador rural ha menester no sólo de reposo, sino de distracción. Organizar este aspecto de la vida campesina, es el secreto para prevenir muchos males, entre ellos la caída del hombre que trabaja en esos abismos que son la alcoholización, el cocaismo y el delirio demagógico.

El mejor medio que existe para mantener activo el sentido social de las masas y para disciplinarlas con fines sanitarios y cívicos, es la organización de los deportes.

La formación de clubs que se entreguen a reglamentar la

práctica de los juegos y actividades recreativas, es un camino muy amplio que se ofrece a la Higiene para conquistar adeptos. Quién ignora que son excelente medio para crear hábitos de vida sana?

Los poblados rurales han de contar para esta organización con estadios deportivos, que permitan ir reemplazando las peleas de gallos y lidias de toros, por ejercicios corporales, que mejor respondan a las necesidades humanas de la cultura física y al sentimiento de sociabilidad propio del hombre.

Las proyecciones de cinema, la radio aún, deben servir asimismo, a los fines de la cultura popular. Con ello se irá elevando paulatina y seguramente el nivel espiritual de los habitantes de las campiñas.

Y se les alejará de esos refugios deterioradores que con la coca, el alcohol y el club jacobino en donde la politiquería envenena el alma campesina con ideologías destructoras.

Cómo estos medios' pueden significar labor profiláctica antimalárica? Sencillamente por que permiten disciplinar la vi-

da doméstica de las peonadas y mantener a los trabajadores en contacto estrecho, tanto entre sí como con los órganos directores de las empresas de la salubridad. Lo que apuntamos es apenas una sugestión que debe ser tenida en cuenta.

Tratándose de los menores, esta organización de sus juegos, puede, con ventaja, suplir a la obra adocrinadora de la Escuela. Las brigadas -infantiles bajo las órdenes de un Higienista, pueden rendir incalculables servicios.

XXVII—La organización del trabajo agrícola elemento fundamental de la Profilaxia

Sin una organización racional, fisiológica, del trabajo agrario, no es posible empresa alguna de salubricación. Es la enseñanza viva, concluyente, que brota de los progresos alcanzados en los últimos años. El mundo moderno está colmado con los avances que se han realizado para rodear a la maldición bíblica "ganarás el pan con el sudor de tu frente," de las más saneadas garantías.

El camino mejor para llegar a una organización humana del trabajo que signifique mejor y mayor producción, es la íntima, cordial cooperación entre todos los elementos que son necesarios para producir. La oposición que teóricos de la lucha de clases afirman existir, imperativamente, entre el capital y el trabajo, es un concepto erróneo, que por doquiera se muestra in-

suficiente para resolver los complejos fenómenos de la vida económica de los pueblos.

En las faenas benditas del cultivo de la tierra, tal vez más que en ninguna "otra actividad humana, es necesaria esta cordialidad en el trabajo. Es dogma que todos deben proclamar.

Para la Medicina Social los problemas del trabajo son, fundamentalmente, problemas de seguridad sanitaria. Jaurés los encaraba, como el combate de los hombres unidos entre sí contra las fatalidades de la naturaleza y contra las miserias de la vida. Hoy el Trabajo se estima como un deber social que tiene por objetivos el bienestar de los productores y el desarrollo de la potencia nacional. Salvaguardar, a la vez, la salud de los trabajadores y sus facultades de rendimiento industrial, tal la preocupación máxima de la Higiene, al estudiar el trabajo humano en todas sus infinitas -modalidades.

En el Perú no se ha trazado aún el rumbo que hay que adoptar para que el trabajo no continúe siendo la mita, más o menos atenuada, pero sustentada en bases de explotación y no de cooperación, que nos dejó como legado la Colonia. Y el trabajo agrícola, apenas si de tiempo en tiempo, entre incendios, asoma como una inquietante X en el horizonte de nuestro atraso nacional.

En los valles malarígenos de nuestro litoral, la seguridad del trabajador frente a la Malaria es nula. Y como no hemos aún resuelto los aspectos económi-

Dolores Renales y Ureterales

El síntoma infiel y engañoso de la urología es el dolor subjetivo por la variabilidad, intensidad y los reflejos capaces de provocar; por esa razón deben ser bien conocidos y estudiados por el interrogatorio y el examen físico del paciente.

Los dolores renales y ureterales que el individuo acusa, son: continuos, paroxísticos y vivos en el momento de la micción.

Los dolores continuos aparecen en el flanco, atrás, bajo las costillas y presentan irradiaciones hacia la parte inferior siguiendo el trayecto del uréter hacia la vulva, el testículo y la nalga; la intensidad es variable desde el simple dolor hasta el lancinante y constrictivo; se exacerbaban por las sacudidas y el ejercicio. Los dolores paroxísticos existen solos o asociados a los continuos, son vivos y obligan al paciente a incurbarse; clínicamente constituyen los cólicos nefríticos que aparecen bruscamente en el flanco e irradian como los anteriores hacia la vulva y el testículo; se acompañan de tenesmo vesical, náuseas, vómitos, oliguria; duran de algunas horas a varios días.

Los dolores vivos al momento de la micción pueden aparecer al nivel de la región costo-lumbar al fin de las micciones; son pasajeros y de variable intensidad; traducen un reflujo vesico-ureteral que distiende el bacinete; se observan en las dila-

taciones congénitas ureteropélicas.

Los dolores reno-ureterales provocados se investigan por la presión o palpación y las sacudidas de la región sospechosa. El punto doloroso costolumbar, situado atrás al nivel del ángulo formado por la 12 costilla y el borde externo de la masa sacro-lumbar y el punto subcostal localizado adelante, bajo el borde costal, un poco afuera de la unión del recto mayor con las costillas, exteriorizan una lesión renal.

El punto para-ombilical o uretral superior corresponde al bacinete está situado a tres traveses de dedo del ombligo en una línea horizontal que pasa por él.

Los puntos dolorosos ureterales son: el uretral medio o de Tourneux y el uretral inferior, rectal en el hombre, vaginal en la mujer. El primero corresponde al paso del uréter sobre la cresta innominada y se encuentra en el cruce de una línea horizontal bi-espinosa con una vertical que sale de la unión del tercio interno con los dos tercios externos de la arcada crural. El inferior corresponde a la entrada del uréter a la vejiga, se investiga por los tactos rectal y vaginal.

Los puntos supra-intraespinoso y el punto inguinal traducen el sufrimiento de los nervios que pasan por la vecindad del riñón; el último localizado en el anillo inguinal externo

corresponde al génito-crural; el otro representa al femoro-cutáneo y est  situado inmediatamente adentro de la espina ilíaca anterior y superior.

El diagnóstico de estos dolores es de suma importancia y se hará muy cuidadosamente, sobre todo los subjetivos, pues los enfermos atribuyen siempre los dolores lombo-sacros a padecimientos renales. Se observan en los estados ast nicos unidos a la fosfaturia, en las afecciones genitales de la mujer y en el curso de las prostatitis crónicas. En las lesiones de la columna vertebral (Mal de Pott). Las neuralgias de los nervios intercostales o abdomino-genitales. Los dolores hepáticos y la crisis de cólico hepático se distinguen por su situación siempre anterior y por la irradiación hacia el epigastrio y el hombro. Los dolores intestinales, cecales o apendiculares, cuando este es retrocecal determina irradiaciones lumbares. Los signos más frecuentes de apenaicitis, los antecedentes renales y los exámenes de laboratorio y radiológicos harán el diagnóstico y cuando todos ellos no sean suficientes la evolución de la enfermedad.

E  dolor provocado al nivel del ri n en el punto subcostal sólo puede confundirse con el hepático pero este siempre est  situado un poco más adentro. El punto apendicular posterior, confundirse con el ureteral

medio pero la localización y la ausencia de fenómenos renales est n en favor de la apendicitis. El tacto vaginal establece la diferencia entre las afecciones genitales y el punto ureteral inferior.

Cuando existen dolores reno-ureterales sin otros signos urina-rios precisos deben considerarse como manifestaciones importantes para despertar la atención del médico; siempre que un individuo se queje de sus ri nes sea de un modo continuo o por crisis, con un punto lombar o ureterales debe ser radiografiado, máxime si esos dolores son exagerados por el movimiento y las sacudidas, la radiografía mostrar  casi siempre c culos; pero si es negativa habrá que establecer la hipótesis de una hidro-nefrosis en cuyo caso la medida de la capacidad pélvica y la pielografía resolverán la cuestión. Eliminados los c culos y la hidrone-frosis se pensar  en una oxaluria o una descarga de uratos abundantes o de un c culo de ácido úrico invisible a los rayos X, cabe entonces el examen de las orinas divididas con cate-teres.

Si los dolores se acompañan de piuria, aumento de volumen del ri n, cistitis, el valor semiológico es diferente, ilustran la participación del ri n en la enfermedad sin mostrar ninguna localización.

O. M.

REVISTA QUIRÚRGICA

Inhalaciones carbónicas en la anestesia quirúrgica- y la terapéutica post-operatoria

Aplicando el gas carbónico en el curso de la anestesia general por inhalación se obtienen las siguientes ventajas: facilidad de absorción y sueño más rápido; supresión de la apnea inicial y crisis de agitación; disminución de la irritación bronquica y exudados, por consiguiente de la cianosis; prevención de los accidentes asfíxicos, eliminación rápida del anestésico de donde despertar pronto y sin vómitos.

Durante el post-operatorio combaten las inhalaciones de gas carbónico la atelectasia pulmonar y el colapso declarado; previene y cura el hipo, el chok operatorio, estimula el peristaltismo intestinal. Pero no sólo en la anestesia general sino también en la raquí, por la avertina y loco-regional es excelente. No tiene ninguna contraindicación absoluta. Se usa el gas carbónico puro o mezclado al aire o el oxígeno.

Es inútil administrarlo antes o al principio de la anestesia; es una medicación de socorro en los casos difíciles de dormir y en el síncope operatorio.

Tal dice M. Robin en Bulletin Medical de Paris.

Nuevo método de respiración artificial

S. Jellinek de Viene en Bruxelles Medical propone el siguiente método de respiración artificial: colocar un cojín entre los omóplatos del paciente y empujar enérgicamente los hombros hacia el plano de la mesa, manteniéndolos dos segundos, luego soltarlos y repetir la maniobra quince veces por minuto. Mantener la lengua en su sitio por los dedos de enfermo o un tira lengua.

El examen radiológico muestra el aumento de los diámetros del tórax; el manómetro un aumento de tensión del aire al interior de la tráquea; cánulas introducidas- en la arteria y vena crurales reunidas a un manómetro diferencial indican una inspiración en el tubo venoso en el momento de empujar los hombros.

Complicaciones oculares en el ttocio exoptalmico

R. B. Cattell de Boston en Annals of Surgery refiere que en 4.214 tiroidectomizados hubo 16 casos de tetania, de los cuales dos hicieron catarata-

tas bilaterales; 12 y 18 meses después de la operación y maduraron en 2 y 3 años.

Existe exoftalmía en casi la mitad de enfermedades de Basedow e hipertiroidismo primitivo predominando en un enfermo sobre 8; su grado no es paralelo a la gravedad de la afección; rara vez unilateral, generalmente simétrico.

En 364 operados de tiroidectomía curaron de la exoftalmia el 50 % y 13 % mejoraron.

En 73 % de exoftalmías desaparecidas el hecho se verificó en los 3 primeros meses; cuando era muy antigua menos probabilidad de curación.

La exoftalmia grave o progresiva es rara. El diagnóstico y tratamiento precoces, la protección de los ojos en el curso de la intervención, el cuidado de no extirpar las paratiroides hacen raras las complicaciones oculares del Basedow.

Tratamiento del hemotórax traumático agudo

J. M. Forster y Duval Percy, de Denver, en *Anal. of Surgery*, proponen como tratamiento del hemotórax traumático agudo para evitar la muerte por hemorragia y el espesamiento posterior de la pleura o la infección en los casos de gran derrame reemplazar la sangre por aire a baja presión con el aparato de neumotorax.

La técnica: introducir una aguja gruesa evacuadora en la parte inferior de la pleura y más arriba la aguja del aparato de neumotorax; al extraer

100 c. c. de sangre reponerlos con 125 de aire; aconsejan hacer una transfusión con la sangre.

Los autores han usado este procedimiento en 11 heridos y el de expectación en 37; la mortalidad fue casi la misma pero la hospitalización disminuyó en la mitad con su método. Sólo hubo un caso de complicación séptica en los 48 tratados.

Voluminoso fecaloma en una asa anormal del colon transversal

Melchior de Breslau en *Zentralblatt für Chirurgie* refiere este caso: mujer de 31 años, tratada antes por colecistitis; constipación crónica antigua, nota hace 4 meses la existencia de un tumor abdominal que aumenta progresivamente de volumen; tumor del área umbilical, como un puño, con boscaduras, poco doloroso y muy móvil.

Con el diagnóstico de enterquistoma se interviene. Pasando a través de la tras cavidad de los epiplones se llega a la asa que contiene el tumor encontrándose en ectopia retroperitoneal detrás del ángulo cólico derecho; no ocluye la luz del intestino, pues ocupa un divertículo enorme. Resección del divertículo, curación. 3 meses después el enfermo está bien; una radiografía muestra hacia el ángulo hepático otro divertículo y un colon transversal bastante largo y contorneado.

S. Paredes P.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

UN NUEVO TRATAMIENTO.

*T. Fracassi y F. L. Martell—
Revista Médica del Rosario.—
Año XXIV; N° 8; 1934; "*
República Argentina.

En la neuralgia esencial del trigémino los autores han obtenido resultados terapéuticos muy superiores a los que proporcionan las inyecciones de alcohol con la galvanización. Llevan seis meses de ensayos y manifiestan que los enfermos que concurrían-cada dos o tres para ponerse la inyección, no han vuelto desde hace seis meses, lo que indica que puede reemplazarse al alcohol con ventaja sin llegar a la operación intracraneana.

No pudiendo emplear la galvanización aconsejan el alcohol fenicado al 2 o 3 %, que ha resultado mucho más eficaz que el alcohol absoluto.

Han simplificado la técnica para abordar las ramas 2^a y 3^a del trigémino, las más frecuentemente afectadas. En lugar de inclinar la aguja para buscar los nervios, tarea difícil por lo oblicuo del camino, ponen el nervio en una posición que sea accesible a la aguja puesta verticalmente.

Para esto, si queremos abordar el dentario inferior es necesario comprobar la dirección de la aguja con el cráneo a la vista, para lo cual basta inclinar la cabeza estando acostado el enfermo en una mesa completamente plana y sin cabecera o almohada a 15 grados por debajo de la horizontal del

eje del cuerpo y entonces se ofrece el agujero oval a una vertical que pasa por delante del aldadón del apófisis rozando el borde inferior del arco. Lo mismo pasa cuando queremos abordar el dentario superior en la fosa pterigomaxilar a la salida del agujero redondo mayor; se pondrá la cabeza ligeramente levantada sobre el plano de la mesa con la cara que se eleve hacia arriba unos 15 grados sobre la horizontal y se verá que el punto de reparo para introducir la aguja que es el ángulo que forma el borde superior del arco sigomático con la apófisis orbitaria está en la misma vertical que lleva a la fosa.

Usan las agujas comunes para inyección intramuscular de 4 a 5 cm. de largo, y convienen que no pasen de esta longitud, para no irse a la trompa de Eus-taquio en el caso que se quiera tratar el dentario inferior. Emplean como mandril un alambre de cobre aislado, que es fácil de encontrar en las casas que venden artículos de radiotelefonía, de un calibre que pase fácilmente por la luz de la aguja, el agua deberá previamente desinfectarse con alcohol. La punta del mandril tiene una zona descubierta de 3 a 4 milímetros, sin capa aisladora; una vez marcado con un hilo anudado hasta donde deberá introducirse el mandril para que sobresalga de la punta de la aguja la parte descubierta, se conectará el otro extremo con el cable del Pantostat.

Se da cuenta que se ha dado con el nervio cuando el enfermo siente un fuerte dolor y hace un gesto involuntario de defensa.

Se practica, entonces, si no hay salida de sangre, una infiltración del nervio con novocafina-adrenalina al 2 %, un centímetro cúbico y a los 4 o 5 minutos se coloca el mandril aislado hasta la señal hecha anteriormente. Se conecta a la fuente de corriente y se hace pasar lenta y progresivamente hasta llegar a 5 miliamperes, usando primero el polo positivo destructor por 3 minutos y luego otro tanto con el polo negativo. No hay peligro en, que se prolonguen ambas hasta 5 minutos, pero siempre se empezará con el polo positivo porque se adhiere al nervio y para que se despegue hay que hacer pasar corriente negativa.

-El tronco nervioso no puede destruirse en una sola sesión porque el mandril es muy fino, pero a los tres o cuatro días se hará otra aplicación que caerá sobre otra zona del tronco nervioso y entonces el dolor desaparecerá completamente.

Terminan manifestando que "el tiempo dirá si este propósito, que por ahora creemos haber conseguido, es definitivo o solamente transitorio, pero en todo caso sería un método que reemplazaría con ventajas al único que actualmente se usa, que es el de la alcoholización."

J. J. Gazzolo.

Séptimo congreso científico americano que tendrá lugar en México del 8 al 17 de Septiembre de 1935

DISPOSICIONES

"Artículo 7. Las Secciones del Congreso serán las siguientes:

- I. Ciencias Físico-Matemáticas.
- II. Geología.
- III. Ingeniería.
- IV. Química Industrial.
- V. Ciencias Agrícolas.
- VI. Ciencias Biológicas.
- VII. Ciencias Médicas.
- VIII. Ciencias Higiénicas.
- IX. Ciencias Antropológicas e Históricas.
- X. Ciencias Sociales y Económicas.
- XI. Ciencias de la Educación.
- XII. Bibliografía.
- XIII. Indigenistas.
- XIV. Ciencias Jurídicas."

"Artículo 15. Los trabajos destinados al Congreso deberán ser remitidos a la Secretaría General antes del 15 de agosto de 1935. Los autores que no puedan enviarlos para entonces, podrán remitir a la Secretaría el título de sus trabajos acompañando el resumen de que se trata en el artículo siguiente, pero siempre dentro del término fijado."

"Artículo 16. Cada uno de los estudios presentados al Congreso deberá llevar anexo un resumen que no exceda de quinientas palabras."

"Artículo 17. Los idiomas oficiales del Congreso serán el español, el francés, el inglés y el portugués."

TEMARIO DE LA SECCION I

Ciencias Físico-Matemáticas

1.—MATEMATICAS.

- a). Desarrollos recientes y problemas de la ciencia matemática.
- b). Geometría diferencial no euclidea.

2.—FISICA

- a). Desarrollos recientes y problemas en la Física.
- b). Recientes desarrollos de la teoría de los Cuántas.
- c). Comunicación radio-telefónica. Televisión.
- d). Radiación Cósmica.

3.—ASTRONOMIA.

- a). Teorías Cosmológicas.
- b). Estructura del Universo.

4.—GEOFISICA.

- a). Importancia de los trabajos gravimétricos en el Continente Americano y resultado de ellos.
- b). Organización de investigaciones meteorológicas y coordinación de los estudios.
- c). Observaciones Meteorológicas simultáneas, previsión del tiempo e información rápida de los pronósticos.
- d). Organización de investigaciones sismológicas, coordinación de ellas y divulgación interamericana de datos sismo-

- c). Observaciones magnéticas
- f). Investigaciones magnéticas.

TEMARIO DE LA SECCION II

Geología

1.—GEOLOGIA ECONOMICA DE LOS CRIADEROS MINERALES.

- a). Recursos minerales de los países americanos.
- b). Geología económica de los criaderos de antimonio, cromo, manganeso, mercurio, níquel y tungsteno en los países americanos.
- c). Geología y paragénesis de los criaderos plomo-argentíferos y zincíferos, que se localizan en las formaciones del Cretácico americano.
- d). Geología económica de los yacimientos ferríferos, carboníferos y de grafito en México; especialmente los correspondientes a la costa del Pacífico.
- e). Geología económica de los criaderos y placeres auríferos mexicanos, y en general del Continente Americano.
- f). Relaciones que guardan la oxidación y el enriquecimiento sulfuroso secundario con el desarrollo fisiográfico de las cordilleras americanas.
- g). Importancia y aplicación de los estudios minerográficos de superficies minerales pulidas, concentrados y colas, en el beneficio de los metales.
- h). Importancia de los estudios geológico-mineros, en relación con la reapertura de cam-

pos mineros antiguos, hoy abandonados.

- i). Estudio geo-químico y económico de los depósitos de sales alcalinas en el Continente Americano.

2.—GEOLOGIA PETROLERA.

- a). Geología de los campos petroleros en los países americanos.
- b). Correlación estratigráfica de los campos petrolíferos de las Américas.
- c). Relación de las microfaunas fósiles en los campos petroleros de los litorales Atlántico y Pacífico del Continente Americano.

3.—PALEONTOLOGIA.

- a). Antigüedad del hombre en el Continente Americano.
- b). Migración y evolución de la fauna y flora fósiles americanas y las relaciones estratigráficas que presentan en los litorales del atlántico y el Pacífico.

4.—HIDROGEOLOGIA.

- a). Estudios sobre provincias hidrogeológicas en las naciones americanas.

5.—OROGENIA Y TECTONICA.

- a). Relaciones geológicas y orogénicas de las grandes cordilleras del Norte y Suramérica.
- b). Formación del Arco Antillano.
- c). Estudio sobre los movimientos terrestres en las zonas costeras de ambos litorales

americanos.

d). Tectónica, vulcanismo y zonas sísmicas en los países americanos.

TEMARIO DE LA SECCION III

Ingeniería

1.—Métodos que deben adoptarse para las investigaciones de Ingeniería.

2.—Construcción de Carreteras. —Importancia de la Carretera Panamericana; estado de su construcción y manera de acelerar su terminación.

3.—Uniformidad de las definiciones y términos técnicos de Ingeniería. — Necesidad de reallizarla.

4.—Defensa y aprovechamiento de aguas internacionales.

5.—El fomento de la industria minera. — Estudios de las obras de ingeniería en las zonas mineras del Continente Americano.

TEMARIO DE LA SECCION IV

Química Industrial

1.—Métodos internacionales de análisis de alimentos.

2.—Métodos internacionales de análisis industriales y aduaneros.

3.—Estudios y explotación de las floras americanas.

4.—Aprovechamiento de recursos minerales.

5.—Sistemas metalúrgicos.

6.—Productos sintéticos orgánicos para la industria y para la medicina.

7.—Relaciones que deben existir entre los químicos y la industria en donde presten sus servicios.

8.—Relaciones internacionales de los químicos; revalidación de títulos.

TEMARIO DE LA SECCION V

Ciencias Agrícolas

1.—Enseñanza y propaganda agrícolas.

2.—Clasificación profesional de los trabajadores en agricultura.

3.—Los terrenos agrícolas en las Américas.

4.—El salario agrícola.

5.—El trigo, problemas agrícolas y económicos.

- 6.—Sistemas de irrigación y examen de sus resultados económicos.
- 7.—Aspectos agrícolas del maíz.
- 8.—La nacionalización de los bosques.
- 9.—Organización de los sistemas de colonización de tierras.
- 10.—El crédito agrícola.

TEMARIO DE LA SECCION VI

Ciencias Biológicas

- 1.—Bases para la clasificación de las regiones geográfico-botánicas de América, con especial referencia a las regiones desérticas y subtropicales.
- 2.—Formas predominantes de protozoarios que caracterizan diversos depósitos de agua en el Continente Americano y sus relaciones con las condiciones físico-químicas que ellos prevalecen.
- 3.—Conjugación y endomyxis en diversas formas de protozoos y otros procesos de reconstrucción nuclear en los mismos.
- 4.—Helmintiasis americanas en el hombre y otros vertebrados.
- 5.—Estudios geo-zoológicos de insectos de América.
- 6.—Ectoparásitos del hombre y los animales e insectos americanos transmisores de enfermedades.
- 7.—Estudios de animales venenosos de América y su ponencia.
- 8.—Aves migratorias de América.

- 10.—Peces comerciales de América.

TEMARIO DE LA SECCION VII

Ciencias Médicas

- 1.—Extensión actual de la oncocercosis y dominio probable que pueda adquirir.
- 2.—Las indicaciones operatorias de la coleditiasis y de la colecistitis no calculosa.
- 3.—Semejanzas y diferencias entre el Mal del Pinto y la Caratés.
- 4.—Principio y fin de la curva de la pleocariocitosis en las meningitis agudas.
- 5.—¿Ocurre la pleocariocitosis en las meningitis agudas graves? ¿Puede ser ella misma un índice del pronóstico?
- 6.— El terreno lúético, ingénito, es propicio para la incidencia del virus reumático cardio-articular y del osleriano?
- 7.—Tuberculosis: estado actual de las teorías sobre la herencia y el contagio.
- 8.—¿Actualmente puede derivarse de los conocimientos etiológicos del cáncer, un tratamiento endócrino, en las afecciones genitales de la mujer.
- 9.—Papel de la herencia en las afecciones cardio-vasculares.
- 10.—Estado actual de la fisiopatología vascular, desde el punto de vista quirúrgico.
- 11.—La Cirugía gastro-duodenal, ha podido hasta ahora resolver el problema fisiológico?
- 12.—Patogenia del choque operatorio.

TEMARIO DE LA
SECCION VIII

Ciencias Higiénicas

1.—PROBLEMAS DE HIGIENE
PUBLICA Y SOCIAL.

a). Provisión del personal para los Departamentos de Salubridad.

b). Organización de los servicios de Salubridad Pública nacionales, de los Estados, municipales y rurales.

c). La desinfección como medida de profilaxia.

d). Estado actual de la profilaxis del bocio.

e). La profilaxis de la tuberculosis por la vacuna BCG.

f). Investigaciones acerca de la etiología del coriza, de los resfriados y de la gripe.

g). Estado actual de la lucha contra la fiebre amarilla.

h). Estado actual de la lucha contra el paludismo.

i). La distribución actual de la peste bubónica y su importancia como problema sanitario.

j). Revista de los progresos alcanzados en la obtención de abastecimientos de agua para.

k). Planes para registrar con eficacia los nacimientos y las defunciones, y para notificar los casos de enfermedades transmisibles.

l). La higiene bucal como medida de salubridad pública.

m). La alimentación de los campesinos desde el punto de vista de la salubridad pública.

n). El control de la prostitución como medida profiláctica de las enfermedades venéreas.

ñ). Valor relativo de las diversas actividades en educación higiénica popular.

o). Las parasitosis intestinales consideradas desde el punto de vista de la salubridad pública.

p). Normas actuales de higiene industrial.

q). Consideración de los acuerdos y de las relaciones tomadas por el Congreso de Lima, e informe de lo que se hubiere hecho en los diversos países.

r). Oncocercosis.

s). Vigilancia sanitaria del tránsito internacional, particularmente del tránsito por vía aérea.

t). Estado actual de la epidemiología y de la profilaxis del

tifo exantemático y de otras rickettsiosis.

2.—HOSPITALES. — CLASIFICACION DE ACUERDO CON NORMAS RECONOCIDAS.

3.—OTORGAMIENTO DE LICENCIAS A LOS MEDICOS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL.

TEMARIO DE LA SECCION IX

Ciencias Antropológica e Históricas

1.—Antropología física. — Innovaciones a los métodos.

2.—Etnografía. — Características típicas de las manifestaciones de cultura material e intelectual de los grupos indígenas, mestizos y blancos que constituyen la población de América. Orientaciones e innovaciones que conviene introducir en ese proceso.

3.—Fuentes de la Historia de América. — Bibliografías y Catalogación de Archivos.

4.—Inventario arqueológico de América.

5.—Legislación sobre exploración, exportación y comercio de objetos y colecciones osteológicas, etnográficas y arqueológicas.

6.—Interpretación económica de la Historia de América.

7.—Cooperación Internacional para investigaciones históricas.

8.—Estudio sobre el descubrimiento de América y su colonización.

N.—Organización de las Colonias Americanas y desarrollo de la civilización.

10.—Causas que determinaron la independencia de los países americanos.

TEMARIO DE LA SECCION X

Ciencias Sociales y Económicas

1.—ESTUDIO DE LAS CRISIS ECONOMICAS.

a). Desocupación obrera en los países latinoamericanos.

b). Medidas de estabilización y racionalización en las industrias fundamentales y en la agricultura.

c). Grado en que se considera y se aplican internacionalmente las normas mínimas uniformes sobre el trabajo.

d). Resultados prácticos e influencias de las convenciones internacionales del trabajo sobre la legislación nacional y municipal de las naciones americanas.

e). Costo de la vida.

f). Política aduanal y restricciones al comercio interamericano.

2.—FINANZAS.

a). Régimen de la Deuda Pública Exterior en los países americanos.

b). Conveniencia de establecer una moneda panamericana que tenga circulación legal en todos los países de la Unión Panamericana.

c). Instituciones bancarias continentales.

d). Sistemas de impuestos que predominan en los países de América. — Principios fundamentales de un sistema científico de impuestos gubernamentales.

3.—CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE DIVERSOS PROBLEMAS DE MIGRACION.

a). Descripción de algunos de los movimientos migratorios más importantes del periodo precolombiano.

b). Influencia de los diferentes elementos étnicos en la formación de las poblaciones de América.

c). Estudio de volumen, dirección y distribución de las corrientes migratorias en cada país.

d). Estudio de una política migratoria sobre bases biológicas, económicas y biológicas. Sus bases biológicas. Métodos de inspección, distribución y asimilación de los elementos migratorios. Bases universales para las estadísticas demográficas y de

miento de las ciudades americanas. — Estudios generales o especiales.

d). Industrialismo, movimiento de la población rural hacia las ciudades, y razones geográficas y económicas de tales movimientos.

5.—RUTAS DE TRANSPORTE,

ACTUALES Y FUTURAS.

a). Necesidad del transporte para abrir nuevos territorios a la explotación minera o el desarrollo industrial y agrícola. —

Tipos de transporte que mejor se adaptan a diferentes regiones. —

b). Cartas geográficas de las rutas de transporte actuales y planeación de las futuras.

c). Cartas de las rutas aéreas actuales y futuras.

TEMARIO DE LA SECCION XI

de n
tifica
sus t
e).
selec
lació
torio
f).
estac

9.—Divulgación popular de los adelantos científicos.

10.—Métodos para la educación y orientación del adulto.

11.—Perfeccionamiento profesional del maestro.

12.—Relación que guardan las normas de la preparación del maestro, con el mejoramiento profesional de los maestros en servicio activo.

13.—Relación entre las Universidades u otros tipos de enseñanza superior y el Estado.

TEMARIO DE LA SECCION XII

Bibliografía

1.—Organización en cada país de Institutos o Centros Bibliográficos que publiquen periódica y regularmente noticias sobre la edición de libros, folletos y trabajos de otra índole.

2.—Uniformidad de las cédulas bibliográficas para catálogos.

3.—Bibliografía crítica y clasificada de las obras que tratan de América, publicadas en todos los idiomas.

4.—Uniformidad de los sistemas de catalogación para bibliotecas.

5.—Sistema de intercambio de publicaciones entre las Oficinas públicas, Universidades y Sociedades Científicas de los países americanos.

6.—Organización de un Centro de Información Bibliográfica para investigadores y escritores.

7.—Establecimiento de un sistema de préstamos de libros, folletos y demás impresos entre

las bibliotecas del Continente para información de investigadores y escritores.

8.—Formación del "Catálogo Unico," de todas las Bibliotecas del Continente.

9.—Publicación de Boletines Periódicos por parte de las Bibliotecas del Continente con notas bibliográficas accesibles para las masas populares, de manera que se fomente la asistencia a las Bibliotecas Públicas.

TEMARIO DE LA SECCION XIII

Indigenistas

1.—Cómo deben organizarse las Oficinas Públicas dedicadas especialmente al estudio de los problemas indígenas en los distintos países del Continente Americano.

2.—Campaña de higiene y salubridad en la vida de los indígenas. — Educación física y deportes adecuados a las masas indígenas.

3.—Estudio de las enfermedades endémicas en los pueblos indígenas.

4.—Los problemas de la enseñanza del español en las escuelas rurales, con relación a las lenguas nativas que se hablan en el país.

5.—Formación y capacidad de los maestros rurales para hacer eficaz la acción de la escuela en los pueblos indígenas.

6.—Estudios sobre Geografía Lingüística en relación con las lenguas nativas que se hablan en el país.

7.—El problema de las comunicaciones de los pueblos indígenas con las ciudades y los centros de cultura superior.

8.—El problema de la movilización de los grupos indígenas para conseguir un mejoramiento en sus condiciones económicas.

9.—Renovación de las cartas etnográficas de las naciones americanas, en relación con sus respectivas poblaciones indígenas, según sus propias estadísticas más recientes. — Formación de la Carta etnográfica General del Continente Americano, que deberá contener los datos relativos, proporcionados por cada una de las naciones americanas.

10.—Estudio de las condiciones actuales de los grupos indígenas como productores, distribuidores y consumidores, buscando su mejor capacitación para que participen ventajosamente en la economía de los países del Continente.

TEMARIO DE LA SECCION XIV

Ciencias Jurídicas

1.—La contribución de las Américas al Progreso del Derecho Internacional.

2.—Progresos realizados en la América en la codificación del Derecho Internacional.

3.—La doctrina de los derechos esenciales de los Estados. — Evolución del principio de soberanía nacional.

4.—La doctrina americana de la responsabilidad del Estado.

5.—Problemas de nacionalidad.

6.—Origen en las Américas del método de arreglos pacíficos por medio de la conciliación.

7.—Evolución histórica de la frontera natural, étnica, lingüística y económica. — Historia de las fronteras en el Continente Americano.

8.—Puntos de contacto, divergencias y conflictos entre el Derecho Internacional y el Derecho Nacional.

9.—El régimen jurídico de las comunicaciones internacionales en América; carreteras, vías aéreas, ferrocarriles, comunicaciones fluviales y marítimas, etc.

10.—La propiedad intelectual e industrial en el Derecho Nacional y en el Derecho Internacional de las naciones de América.

11.—Unificación del Derecho Penal Internacional en los países americanos.

12.—Medidas de seguridad. — El problema internacional de su aplicación en los países americanos.

13.—Principios generales de Derecho Obrero Americano.

14.—Legislación y Política Agraria en América.

15.—Transformación del régimen jurídico de la propiedad. — Régimen jurídico del subsuelo en América.

16.—Tendencias de la legislación americana con respecto a los derechos de la mujer.

17.—Unificación de la legislación sobre títulos y operaciones de crédito.

NUEVA TERAPÉUTICA ANTISEPTICEMICA

La inyección endovenosa de carbón animal en el tratamiento de las infecciones agudas, especialmente de la puerperal

Por el PROF. DR. L. LUSSI,
Director del Hospital Civil
de Gorizia

El tratamiento de las septicemias y más especialmente de la fiebre puerperal es una de las más discutidas y debatidas cuestiones. Prueba de ello, son el gran número de remedios que forman parte del bagaje terapéutico de dichas infecciones y que aumenta continuamente.

La inseguridad terapéutica que caracteriza el grave problema de la septicemia en general y de modo especial de la infección puerperal, es el principal estímulo que dirige a los investigadores hacia aquel empirismo más o menos razonado al que la medicina debe una parte de sus descubrimientos.

Por ello tiene un importante interés que Goghlin, de Montreal, en un trabajo aparecido hace algunos meses, propusiera un nuevo tratamiento contra las infecciones de causa diversa.

El método de Coghlin, que consiste en una inyección endovenosa de una solución de carbón animal al 2 por 100, ha sido aplicado por su mismo autor a 738 animales afectos de las más variadas formas infectivas, como úlceras infectadas, artritis supuradas, mastitis, fiebre puerperal, etc., obteniendo en todos los casos la curación perfecta. En un solo caso el autor

lo usó en el hombre. Se trataba de un colaborador suyo que sufría desde hacía mucho tiempo una forma grave de furunculosis, rebelde a todo tratamiento, y en el cual bastaron algunas inyecciones de carbón animal para obtener la deseada curación.

Sergent ha sido el primero que lo ha experimentado en el hombre y en gran escala, empezando cautelosamente con la inyección de 1 c. c. de la solución, dosis que fue sucesivamente aumentada de 1 hasta 2 c. c. Después de haber tratado cien casos de infecciones varias no seleccionados, el autor publicó sus resultados. Un solo enfermo murió. Estaba afecto de enteritis tuberculosa y de tumor inoperable del recto. En otro caso de artritis reumática aguda no se obtuvo la curación pero sí una evidente mejoría. En cambio no se obtuvo ninguna mejora en un caso de poliartritis deformante. En el resto de las observaciones que comprende el 97 por 100 de los casos, entre los cuales muchos eran graves, el autor obtuvo una curación perfecta y duradera.

Los óptimos resultados obtenidos por Coghlin y por Sergent,

merecieron toda nuestra atención, y por ello he querido comprobar la bondad de tal método, limitándolo en principio a la infección puerperal y genitourinaria de la mujer, extendiéndolo en un segundo tiempo a todas las varias infecciones Quirúrgicas. Justamente con el experimento clínico he querido también probar el efecto de las inyecciones de carbón animal en el conejo, inyectando en una serie de conejos, diariamente, durante quince días consecutivos, 5 c. c. de la solución en la vena auricular.

Los animales han soportado perfectamente la inyección, advirtiéndose que por un peso máximo de cerca de 2 kgs. la dosis de 5 c. c. representa una dosis por lo menos cuarenta veces superior a la que hemos llegado a inyectar en el hombre, dado que en ningún caso se sobrepasó la cantidad de 4 c. c.

De las investigaciones histológico-experimentales resulta que la masa de carbón circulante se deposita de preferen-

cia en los pulmones, hígado, bazo y ganglios linfáticos, mientras que es escasa o nula la eliminación de carbón a través de los riñones. No se ha encontrado ningún resto de carbón en el testículo, en el epidídimo y en el tejido muscular. De ello se deriva, pues, que la absorción de carbón tiene lugar en los órganos ricos en tejido reticulo-endotelial. Merece por otra parte que se llame la atención sobre un hecho muy importante para la práctica, y es que los depósitos de carbón que provocan una proliferación de las células del retículo y del conectivo, no causan alteración patológica alguna en el tejido circundante, por cuanto carece de acción flogósica o necrótica, ni se encuentran lesiones hemorrágicas.

La parte clínica de esta breve nota comprende la experiencia hecha en treinta y dos casos de infecciones, septicémicas puerperales o genitourinarias de

la mujer. Se han inyectado de 2 a 3 c. c. de la mezcla de carbón animal de 2 por. 100 con suero glucosado isotónico. Dada la gravedad de los casos las inyecciones han sido practicadas diariamente por un período máximo de ocho días, inyectando como dosis total 22 c. c. que equivalen a 0,44 gr. de carbón animal. La inyección no ha presentado nunca ninguna dificultad ni ha sido preciso recurrir a la parafinización de la jeringa. La inyección ha sido siempre indolora, aun en aquellos casos en que algunas gotas de líquido se pusieron en contacto con el tejido perivasal. Por lo que se refiere a mi experiencia, la inyección no provoca ningún estado de shok ni inmediato ni tardío. En ningún caso ha provocado palidez ni rubefacción, así como alteración alguna de la respiración, pulso o presión sanguínea.

Por lo que se refiere a los resultados, diré ante todo que los juzgo óptimos. Asimismo puedo afirmar que en ningún caso he tenido que lamentar complicaciones imputables a tal práctica.

A fin de establecer un juicio

sobre el valor de este tratamiento, he creído oportuno dividir los resultados en tres categorías: casos demostrativos, casos buenos y casos no demostrativos.

Entre los casos demostrativos figuran aquellos en los cuales la fiebre desaparece ya al cabo de cuarenta y ocho horas, sin volver a presentarse.

Clasifico como buenos aquellos en los cuales la fiebre cae por lisis, con éxito en la curación.

Son, por último, no demostrativos aquellos casos en los cuales durante o después de la administración del carbón, se han utilizado otros remedios.

Los resultados obtenidos pueden resumirse en los siguientes términos: de los treinta y dos casos tratados uno solo murió. Se trataba de una gravísima septicemia puerperal, enviada al hospital in extremis. Se creyó, no obstante, conveniente iniciar la cura. Murió dieciocho horas después de haber recibido la inyección. En los otros treinta y un casos, se obtiene la curación después de dos al máximo de ocho inyecciones.

{Continuará}.

N O T A S

La Asociación Médica Hondureña ha sido gentilmente invitada para hacerse representar en el VII Congreso Científico Americano que tendrá verificativo en la ciudad de México del 8 a 19 de septiembre próximo entrante.

»—«

Partió para Guatemala en vía de paseo, después de la seria enfermedad que le tuvo postrado, nuestro querido consocio, el Dr. Trinidad E. Mendoza. »—«

El próximo 14 de septiembre serán inauguradas las Jornadas Médicas de 1935 de acuerdo con la disposición de la Sociedad.

En representación de la Gran Logia Masónica estuvo en San Pedro Sula el Gran Maestro nuestro consocio el Dr. Julio Aspuru España.

»—«

Para sustituir al fallecido Dr. Sánchez fueron nombrados Profesores de Obstetricia y Ginecología respectivamente los Drs. Abelardo Pineda U. y José R. Durón.

»—«

Con su salud quebrantada estuvo por varios días nuestro activo Secretario el Dr. Humberto Díaz B.

Las Jornadas Médicas de 1935

En la sesión ordinaria del mes agosto quedó resuelto el temario para las Jornadas Médicas que han de celebrarse del 20 al 27 de julio de 1935. Fueron seleccionados puntos de interés general, siguiendo como en las anteriores, la misma norma de aportar el mayor contingente posible de conocimientos para el bienestar de la colectividad hondureña.

I. —Biología Hondurena:

- a) Talla, Peso, Superficie, Volumen del hondureño.
- b) Aparato Respiratorio.
- c) Aparato circulatorio.
- d) Sangre, Glóbulos, Hemoglobina.

II. —Régimen alimenticio del hondureño.

III. —Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar
Colecistografía

IV. —Demografía Hondureña.

V. —La Tifoidea en Honduras.

VI. —Temas Libres.

Podrán tomar parte en las Jornadas todos los médicos, farmacéuticos, dentistas incorporados en la Facultad de Medicina.

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondurena a más tardar el primero de Junio, y quienes quieren publicar sus trabajos antes de las Jornadas, los remitirán antes del primero de mayo.

La extensión de los trabajos queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá ...: las conclusiones.