

# SUMARIO

*Página*

Homenaje al Dr. <i>José</i> María Ochoa Velásquez	53
Determinación del volumen de los glóbulos rojos, por el Dr. Antonio Vidal.....!	55
Valor semiológico de la prueba de Meltzer-Lyon, por el Dr. Marcial Cáceres Vijil.	65
Sindactilias, por el Dr. S. Paredes P.....	68
Vittorio Putti de Bolonia, por el Dr. S. Paredes P..... -.....	70
Las formas ligeras e inaparente la fiebre amarilla, por el profesor Francisco Domínguez .....	71,
Conciencia de Cirujano, por el Dr. Conrado Zuckermann .....	33
Revisando Canjes, por el Dr. Antonio Vidal . .	88
Aspectos -sociales de la sífilis congénita, sífilis trasplacentaria, por el Dr. Mario Villegas..	92
NOTAS .....	
95	

DIRECTOR: JDK.  
ANTONIO VIDAL

REDACTORES:  
DK. SALVADOR PAREDES P.  
DR. MARCIAL CACERES VUIL  
DR. JUAN A. MEJIA

SECRETARIO DE REDACCIÓN:  
DR. CARLOS M. GAL-VEZ

ADMINISTRADOR:  
DR. MARTÍN A. BULNES B.

---

Año XI — Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Enero y Fbro. de 1941 N° 92

---

## Homenaje al Dr. José María Ochoa Velásquez

*En la ciudad de Comayagua cumplió el 20 de febrero del corriente año, 50 de ejercicio profesional, nuestro distinguirá) con socio Dr. J. M. Ochoa Velásquez.*

*Con tal motivo la Asociación Médica Hondureña, como una justa recompensa para quien supo sacrificarse en aras de tan humanitaria labor por tan largo tiempo, dispuso para tan fausta fecha agasajar al Dr. Ochoa Velásquez con la celebración de una Sesión Solemne, conferencia dictada por el socio Dr. Gómez Márquez, entrega de un diploma alusivo y cena.*

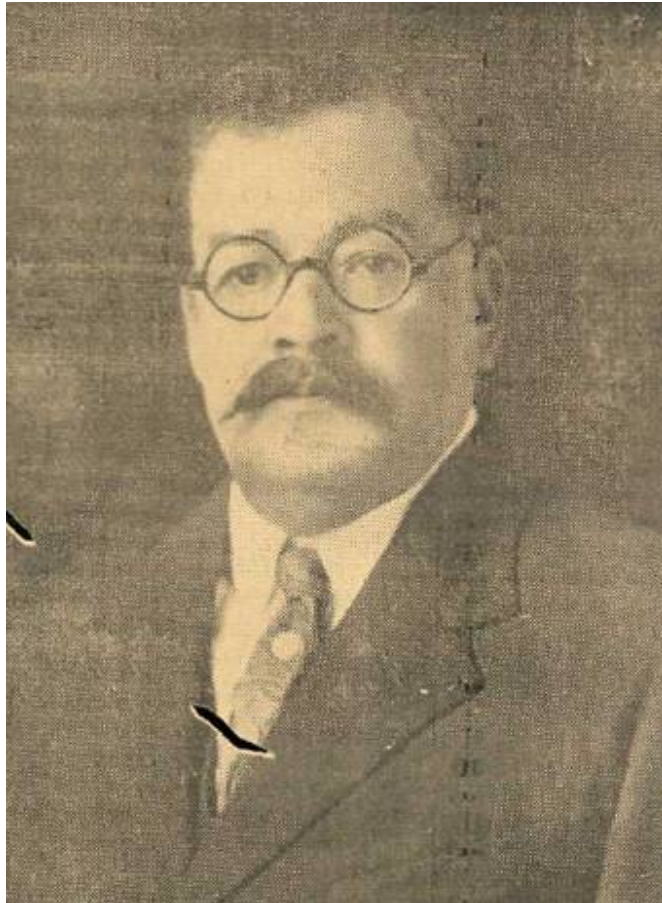
*Desgraciadamente el Dr. Ochoa Velásquez no pudo trasladarse a esta ciudad por motivo del fallecimiento de su señora esposa y la Asociación tuvo 'que contentarse con enviar el diploma al Dr. Ochoa Velásquez acompañándolo de la siguiente nota de la Secretaría:*

*Tegucigalpa, 20 de febrero de 1941.*

*Señor Dr. don José María Ochoa Velásquez.  
Comayagua.*

*Muy distinguido señor:*

*La Asociación Médica Hondureña, por mi medio, comunica a Ud. el pesar que le causa el hecho de que a Vd. no le haya sido posible asistir a la sesión solemne que tendría verificación en su seno, para conmemorar y honrar el 50 aniversario de su investidura de Médico y Cirujano,*



*DR. JOSE MARIA OCHOA VELASQUEZ*

*En su defecto y queriendo siempre esta Asociación testimo-  
niar a Ud. en ese día toda su alta consideración y aprecio, dispuso  
concederle un diploma que sea como un testimonio escrito donde  
consta toda la estimación que le merece el ejemplo de su constante  
meritísima y humanitaria labor.*

*Es para mí una honra, ser el intermediario de nuestra Asocia-  
ción para poner en <sup>sus</sup> manos ese diploma; y augurándole a Ud.*

## Determinación del Volumen de los , Glóbulos Rojos

*Principio:*

19—La determinación del volumen de los glóbulos rojos empacados, en la sangre total *se* investiga con el objeto de determinar el *índice volumétrico*. Este índice sirve para determinar el grado de anemia en lugar del recuento globular rojo. Da resultados más definidos que el simple recuento, sobre la condición de la sangre, debido al hecho que los cambios en tamaño de los eritrocitos así como su número pueden ser determinados.

20—La cantidad normal de glóbulos rojos empacados en volumen para 100 c. c. de sangre, es el siguiente:

Hombres .....	: .	40 a 50 ce,
Mujeres .. ..	.....	37 a 45 ce. . . "

Las cifras anteriores son para los Estados Unidos, y 30—Por medio del método de Haden-Sandford que describiremos después, se obtiene de 46 a 48 % de glóbulos y 52 a 54 % de plasma en los Estados Unidos de América.

### *100—Método de Van Allen*

101—Pinchar el dedo como para extraer sangre para un recuento.

102—Comprimir suavemente hasta obtener una gota grande.

103—Llenar el hematocrito de Van Allen hasta la marca 10.

104—Llenar con el diluyente (1,6 % de oxalato de sodio) dentro del bulbo de la pipeta hasta como 1/3 de su capacidad. Mezclar entonces haciendo rotar el tubo entre los dedos.

105—Colocar el tubo en su capuchón de hule o resorte para tapar los dos extremos.

106—Centrifugar á gran velocidad durante 5 % hora. Después leer el volumen de los glóbulos rojos empacados de acuerdo con las mar-

*todavía muchos días venturosos y fructíferos, me permito transmitirle la seguridad de nuestra más distinguida consideración. De Ud. su muy Atto. y S. S.*

(/.) Carlos M. GALVEZ,  
Secretario.

*Reiteramos al Dr. Ochoa Velásquez nuestros parabienes con motivo de sus Bodas de Oro Profesionales, y le deseamos muchos años más de labor científica y humanitaria en bien de sus coterráneos.*

car del tubo, el cual se encuentra dividido en 10 unidades de 10 divisiones cada una.

7°—Centrifugar todavía 5 minutos y hacer otra lectura. Si las lecturas son similares, ésta debe ser tomada como la lectura final del % de la sangre total. Si la lectura es menor que la primera el tubo se centrifuga 5 minutos más y así hasta que las dos últimas lecturas sean idénticas. Con un poco de experiencia se puede más o menos calcular el tiempo exacto que requiere esta operación.

2°—*Método de Sandford-Haden*

1°—Extraer de una vena 5 c.c. de sangre.

2°—Inmediatamente traspasar esta sangre a un tubo, el cual contiene 1 c. c. de solución de oxalato de sodio al 1.6 %. Se recomienda el tubo de Sandford, cuya capacidad es de 6 c.c. v graduado en décimas bien separadas, lo que hace fácil leer el volumen de los glóbulos.

3°—Mezclar bien y centrifugar 45 minutos o hasta **que** las células hayan llegado a su nivel final.

4°—El 48 % de los glóbulos, llenarán hasta te marca 2.4 c.c. la cual debe ser tomada como el %. De acuerdo con la tabla siguiente, los volúmenes pueden ser convertidos fácilmente en %:

Volumen de eritrocitos	%	Volumen de eritrocitos	%
2.40	100.0	3.30	54
2.35	93.	1.25	52
2.30	96	1.20	50
2.25	94	1.15	48
2.20	91.5	<b>1.10</b>	45.8
<b>2.15</b>	89	1.05	43.7
2.10	87.5	<b>1.00</b>	<b>41.5</b>
2.05	85	0.95	39.5
2.00	83.3	0.90	37.5
1.95	81	0.85	37.5
1.90	79	0.80	35.5
1.85	77	0.75	33
1.80	75	0.70	31
1.75	73	0.65	29
1.70	70.8	0.60	27
1.65	68.6	0.55	25
1.60	66.6	0.50	23
1.55	64.5	0.45	20.3
<b>1.50</b>	62.5	0.40	18.4
1.45	60.5	<b>0.35</b>	16.3
1.40	58	0.30	14.3
1.35	56	0.25	13.2
			<b>10.4</b>

5°—En caso de no tener el tubo anterior, mezclar la sangre totalmente y colocarla en un tubo graduado de centrífuga o en cualquier tubo donde la columna de la sangre pueda ser medida. El tubo del hemoglobímetro de Sahli puede ser usado. Llenar hasta 100.

### 39—Método de Wintrobe

Extraer exactamente 5 ce. de sangre venosa. Colocarlos inmediatamente en un tubo de ensayo de 10 ce. conteniendo exactamente 0.05 ce. de una solución saturada de oxalato de potasio (al 30%). Taponar e invertir como 20 veces para mezclar completamente células y plasma.

Llenar la pipeta capilar y haciendo llegar el extremo al fondo del hematocrito, expeler la sangre, retirar la pipeta cuidadosamente, de tal manera que el nivel de la sangre llegue exactamente a la marca 10. Taponar con un corcho para, evitar evaporación. Centrifugar hasta que las células se hallan empacado completamente, a 3.000 revoluciones por minuto durante 20 a 30 minutos; mejor hasta 30 minutos para estar seguros que los glóbulos llegarán, su nivel inferior.

A

1°—Observar la altura de la columna rojo grisácea en la superficie. Esta columna contiene los leucocitos y las planquetas. Si el recuento de los glóbulos blancos ha sido normal, esta columna alcanzará de 0,5 a 1,0 mm. de altura. Generalmente corresponde 1 mm. de altura de esta columna por cada 10.000 leucocitos extra por mm<sup>3</sup>.

2°—Observar la altura de la columna roja, la cual indica el volumen de los glóbulos rojos empacados por ciento, pero como la cantidad de 0,05 de la solución al 30 % de oxalato de potasio causa como el 10 % de contracción o disminución del volumen de los glóbulos, deberá ser corregida la lectura encontrada multiplicando por el factor 1,1.

Por ejemplo si la columna es igual a 44 mm. de altura, el volumen corregido será  $44 \times 1,1 = 48$ .

Normalmente el % de volumen es de 40 a 50 y como promedio 46 para, hombres. Para mujeres es de 37 a 45 y como promedio 41. (Para Estados Unidos de América).

En aquellas anemias caracterizadas por el tamaño "pequeño de los glóbulos rojos, con el valor de hemoglobina disminuido (anemia microcítica hipocrómica) el volumen por ciento se encuentra disminuido por el tamaño reducido de los glóbulos rojos. Aún con un número prácticamente normal de glóbulos, el volumen puede caer hasta el 25 %.

En los casos de anemias con tamaño mayor de los glóbulos rojos y aumento de la hemoglobina anemia macrocítica hiperocrómica el volumen por ciento está disminuido. El aumento de tama-

Esta de concentración se expresa en gramos %.

Normalmente hay una concentración media de 36 grs. % (Cifra para San Salvador. Para Tegucigalpa 35 grs. %.)

5°—*Hemoglobina globular media o índice C. H. Wintrobe*

La hemoglobina globular media es la carga de hemoglobina de cada glóbulo. Para encontrar este valor, se divide la cantidad de gramos de hemoglobina en 100 *cc.* de sangre entre los millones de glóbulos en un mm.<sup>3</sup>, tomando siempre las dos primeras cifras, *es* decir conforme la fórmula siguiente:

$$\text{Hb. Gl. M.} = \frac{\text{Hb. en gramos \%}}{\text{Numero de glóbulos rojos en millones}}$$

Este valor se expresa en millonésimas de gramo o sea microgramos.

Normalmente es en término medio de 30 micromicrogramos, con un máximo de 32 y un mínimo, de 29.

6°—*Hemoglobina globular real*

La hemoglobina globular real expresa la cantidad de hemoglobina que cada glóbulo tendría a la concentración normal.

Se encuentra multiplicando la Hb. Gl. M. por la C. Hb. Gl. y el producto se divide por 36 que es la concentración tipo.

$$\text{Hb. Gl. R.} = \frac{\text{Hb. Gl. M.} \times \text{Hb. Gl.}}{36}$$

Se expresa como el valor anterior en micromicrogramos, siendo su promedio normal de 30, con un máximo de 32 y un mínimo de 29 micromicrogramos para ambos sexos.

La hemoglobina globular real es una creación del Dr. Leopoldo Alvarez Alemán, conforme las referencias que he obtenido de las tesis de los Drs. Julio César Pérez y Carlos H. Figueroa, publicadas en los "Archivos, del Hospital Rosales" correspondientes a los meses de julio, septiembre y octubre de 1940.

Parece ser que el Dr. Alvarez Alemán ha calculado para El Salvador la concentración de hemoglobina globular fija en 36 % en lugar del 32 % que dan los autores extranjeros.

La hemoglobina globular real según Alvarez Alemán, indica con precisión la hiper Cromía isocromía o hipocromía de las anemias. Cuando está por sobre 32 micromicrogramos se dice hiper Cromía. Cuando está entre 29 y 32, isocromía, y por debajo de 29. hipocromía.

Ejemplo de los diversos cálculos de los *índices o constantes* anteriores:

Glóbulos rojos — 5.480.000.  
 Hemoglobina = 104 % o sea 16,6 gramos.  
 Eritrocitos empacados = 47 %.

**470**

19) — V. Gl. M. —  $\frac{470}{5.48}$  = 85 mieras cúbicas.

' 2° — I. V. — 'Para encontrar este valor es necesario, tomar en cuenta el sexo, pues las cifras de glóbulos rojos y hematíes empacados son diferentes para cada uno de ellos.

Normal para el hombre:

Glóbulos rojos 5,200.000.  
 Hematíes empacados 45 %.

Normal para la mujer:

Glóbulos rojos 4,770.000.  
 Hematíes empacados 40 %.

Tratándose de un hombre tendríamos:

$$I. V. = \frac{5,200.000}{45} : \frac{5.480.000}{47} = 0.99$$

Tratándose de una mujer tendríamos:

$$I. V. = \frac{4.770.000}{40} : \frac{5.480.000}{47} = 1.02$$

$$3?) — V. Gl. — \frac{504}{108} = 0.96$$

$$4P) — C.Hb. Gl. — \frac{1660}{47} = 35. \text{ grs } \%$$

$$5?) — Hb. Gl. M. — \frac{166}{5.48} = 30 \text{ micromicrogramos.}$$



$$6^{\circ})\text{---Hb. Gl. R.} = \frac{30 \times 35}{\text{---}} = 29 \text{ micromicrogramos. } 36$$

'Las cifras de los ejemplos anteriores de glóbulos rojos para hombre y mujer son las normales para San Salvador conforme los trábalos del Dr. Alvarez Alemán.

#### RESUMEN

Por la exposición de los métodos anteriores se deduce fácilmente su gran importancia para distinguir las diferentes clases de anemia y someterlas por consiguiente a una terapéutica racional: hígado para las anemias macrocíticas hiperocrómicas; hierro para las anemias microcíticas hipocrómicas; hierro y vitamina B1 para las anemias de hiperconcentración y finalmente hierro y vitamina C para las anemias de hipoconcentración.

Según Wintrobe el índice volumétrico constituye una cifra muy valiosa para diferenciar las distintas clases de anemia. Al encontrar un índice volumétrico mayor de 1,1 hay que pensar inmediatamente en la anemia perniciosa y sobre todo al encontrar al mismo tiempo ausencia del ácido clorhídrico en el estómago.

Según Haden, el valor globular puede estar en estos casos aumentado, pero no tanto como el índice volumétrico.

En las anemias secundarias este índice se encuentra normal o bajo lo normal.

"En conclusión, estos índice nos sirven para:

a) Primero para hacer la diferencia entre anemias macrocíticas y microcíticas.

b) Para diferenciar entre las anemias microcíticas, las hiperocrómicas, isocrómicas e hipocrómicas.

c) Los datos obtenidos más los de hemoglobina, glóbulos rojos e índice volumétrico nos hacen llegar a la conclusión final que el hemograma usado comúnmente está muy anticuado y fuera de las modernas ideas, no ajustándose en un todo a la utilidad práctica que de él se espera, por lo cual sería más racional, científico y ajustado a las ideas modernas sobre etiología y tratamiento de las anemias, el modificar el hemograma antiguo.

Conforme a las ideas del Dr. Figueroa ya citado y también conforme a mis propias experiencias podría un hemograma moderno contar de los 10 puntos siguientes:

1°)—Número de glóbulos rojos por mm. 3

2°)—Número de glóbulos blancos por mm<sup>3</sup>.

3°)—Hemoglobina.

4°)—Volumen globular medio en mieras cúbicas.

5°)—Concentración de la hemoglobina globular en gramos %.

- 6°)—Hemoglobina globular media en micromicrogramos.  
 7°)—Hemoglobina globular real en micromicrogramos.  
 8°)—Fórmula leucocitaria.  
 9°)—índice ictérico.  
 10) —Eritrosedimentación.

**NOTA:**—El Dr. Leopoldo Alvarez Alemán, en 400 exámenes de sangre de sujetos sanos, mitad hombres y mitad mujeres, ha encontrado para San. Salvador, ciudad situada a 600 m. sobre el nivel del mar, los siguientes datos en término medio:

Globulos rojos, hombre.....	5,200.000
„ „ mujer.....	4,770.000
Hemoglobina, hombre.....	16,2 grs. 103%)
„ „ mujer.....	14,7 „ (93%)
Eritrocitos empacados, hombre.....	45 ce. %.
„ „ mujer.....	40 ce. %.
Leucocitos, de 5.900 a 7.000 por mm.3	

Concentración de hemoglobina globular, 36 %. (Concentración media para ambos sexos).

Nosotros en Tegucigalpa, ciudad situada a 959 m. sobre el nivel del mar, hemos encontrado en 1.000 sujetas sanos, mitad de cada sexo, cifras que difieren un poco de las de Alvarez Alemán y son las siguientes:

Glóbulos rojos, hombre.....	5,000.000
„ „ „ „ mujer.....	4,500.000
Hemoglobina, hombre.....	15,5 grs. (98%-Dare)
„ „ „ „ mujer.....	14,5 „ (90%-Dare)
Eritrocitos empacados, hombre.....	43%
„ „ „ „ mujer.....	40%
Leucocitos, de 5,500 a 8.000 por mm.3	

Concentración de hemoglobina globular, 35 %. (Concentración media para ambos sexos).

Como puede ser útil la técnica y algunos otros datos sobre el índice ictérico para completar el hemograma anteriormente propuesto, insertamos a continuación lo siguiente:

*índice ictérico.*—Es la prueba por medio de la cual se mide la intensidad del color amarillo del suero. Este depende del contenido en bilirrubina. Puede ser causa de error la coloración del suero por otras sustancias tales como la hemoglobina, hematina, carotina y otros lipocromos, lo que debe tenerse en cuenta en el momento del examen. Esta no es una prueba para determinar una ictericia, sino *más* bien para seguir el curso del caso de día en día.

*Reactivos.*—Bicromato de potasio al 1 por 10.000, el cual se obtiene disolviendo 0,1 grs. de bicromato de potasio en 500 c.c. de agua destilada. Agregar 2 gotas de ácido sulfúrico concentrado y diluir a 1 litro en frasco volumétrico. Guardar en frasco oscuro con tapón de vidrio.

1\$ *Técnica.*—Extraer sangre de la manera usual, colocándola en un tubo de ensayo seco y centrifugar después para obtener un suero claro.

Cocer el suero en la copa del colorímetro e igualar los colores con la solución de bicromato.

Si el color del suero es más profundo que el de la solución standard, diluir 1 c.c. del suero con solución de cloruro de sodio al 0,9% en un cilindro graduado hasta obtener una coloración más pálida que la del standard.

Comparar el suero y la standard en el colorímetro de Dubosq.

*Cálculo.*—Lectura de la standard x dilución — índice icterico.  
Lectura del suero.

*Ejemplo*

$$\frac{15}{12} \times 20 = 25, \text{ índice icterico.}$$

El normal es de 4 a 7 unidades. (Meulengracht).

2^ *Técnica.*—Otra manera aproximada de calcular el índice icterico consiste en lo siguiente: Se usa una Sol. de Bicromato de potasio al 1 x 10.000 y suero centrifugado del paciente y dos tubitos de B. de K. y el otro 1/2 c.c. del suero a examinar. Para igualar la coloración se van añadiendo al suero cantidades de medio en medio c.c. de agua destilada o suero fisiológico hasta que la coloración iguale la del patrón. cada 1/2 c.c. de agua añadidos al suero se tomará por 1 unidad inclusive el 1/2 c.c. del suero del paciente; suponiendo que hubo que añadirse al suero del paciente, 3 c.c. de agua para igualar la coloración, entonces: 3 c.c. x 2 = BU. más 1U. del Y<sub>2</sub> c.c. de suero = 7U.

Los normales oscilan entre 3 a 6U. (Meulengracht),

—Del libro "Manual Técnico de Química Clínica,  
por el Dr. Antonio Vidal.—

## Valor Semiológico de la Prueba de Meltzer-Lyon

El capítulo más interesante del estudio de la Prueba de Meltzer-Lyon es el que trata de exponer la manera cómo los individuos a quienes se les practica, responden a la instilación magnesiana, y cual es el valor que aportan sus resultados para el diagnóstico de las afecciones de la vesícula biliar y de las vías biliares.

La Prueba de Meltzer-Lyon puede ser positiva o negativa; es positiva cuando después de haber practicado la inyección de sulfato de magnesia en solución al 30 % por la parte libre de la sonda de Einhorn, se obtiene el flujo regular de las tres clases de bilis: A, B y C con los caracteres, siguientes: la bilis A es de color amarillo de oro y casi siempre viene mezclada con la solución magnesiana inyectada; la bilis B es de color amarillo oscuro, espesa y viscosa y la bilis C tiene los mismos caracteres que la primera; la bilis A procede del conducto colédoco, la B procede de la vesícula biliar y la C de los conductos hepáticos. La Prueba es negativa cuando después de instilar la solución salina, el líquido duodenal no sufre modificación -aunque la cantidad sea sensiblemente aumentada.

En el curso de los numerosos tubages duodenales, que he practicado, he podido observar que existen ciertos individuos cuya Prueba es negativa a la primera instilación de 30 c. c. de la solución de sulfato de magnesia al 30 %, pero, que al repetirle una segunda instilación algunos minutos después, la Prueba se hace positiva, obteniéndose una bilis B *típica*.

Está hoy casi totalmente demostrado que una Prueba de Meltzer-Lyon negativa, o sea la ausencia de la bilis "B", en el curso de un tubage duodenal, indica una exclusión vesicular, provocada por diversos mecanismos: retracción vesicular, atrofia, colecistitis calculosa, obliteración del canal cístico por un cálculo o una simple colecistitis que produce una parálisis de la vesícula que impide su contracción.

En su estudio sobre el tubage duodenal el Profesor Damade señala como de gran importancia para ciertos, diagnósticos, la presencia de pequeñas hemorragias en el curso de una Prueba de Meltzer-Lyon; me permitiré resumir dos de sus más importantes observaciones: "En el primer caso el líquido extraído antes de la Prueba, *no* contenía sangre; después de la instilación magnesiana se obtuvo una mezcla de la solución con dos centímetros cúbicos de sangre y líquido amarillo de oro; ésto demostró que la lesión que ocasionaba esa hemorragia se encontraba en la ampolla de Vater y no en el duodeno, como lo comprobó la autopsia; en el segundo caso se presentó sangre abundante y alterada en el líquido duodenal antes de verificarse la Prueba, pero, la instilación mag-

nesiana fue seguida de evacuación de sangre pura; en este caso se localizó las lesiones en las vías biliares extra-hepáticas y no en el duodeno como asimismo lo demostró la autopsia."

Sobre la presencia de estos líquidos hemorrágicos, Et. Chabrol, Lapeyere y Laurain, han publicado estudios que se resumen en estas palabras: Una hemorragia abundante, intermitente, constatada en el curso de una intubación duodenal, ofrece un valor semiológico considerable y habla en favor del diagnóstico de una úlcera' gastro-duodenal.

La intubación duodenal y la Prueba de Meltzer-Lyon son hoy preconizadas en todas las afecciones de la vesícula biliar y de las vías biliares y para verificar la exploración funcional del hígado. Voy a pasar revista a todas esas afecciones en que dicha Prueba, ayuda de manera incontrovertible a afirmar el diagnóstico.

En las colecistitis agudas, el líquido extraído por el tubage y procedente de la vesícula biliar, es turbio, purulento, cargado de leucocitos, de células epiteliales escamosas y de microbios.

En las angliolitis se obtiene un líquido también turbio y purulento, V examen microscópico se observan leucocitos polinucleares, microbios diversos y células en forma de cilindros, semejantes a las que se observan en las orinas de los individuos que adolecen afecciones renales.

En la litiasis biliar, la presencia de cristales o arena biliar en la bilis "B" se ha considerado como patognomónica de esta afección; estos cristales son en su mayor parte de colesterina, son pequeñísimos cálculos, de contornos más o menos regulares, deconsistencia blanda, no resisten la presión entre lámina y lamina.

La Prueba de Meltzer-Lyon aporta un gran servicio para el diagnóstico de la litiasis biliar, principalmente cuando existen cálculos que no son visibles a los Rayos X.

En la obstrucción simple, catarral del canal cístico, se obtiene, un jugo biliar anormal y de aspecto microscópico característico.- Los caracteres de este jugo varían desde luego si la obstrucción catarral es más o menos completa; en esta afección la obtención de bilis "B" es difícil, algunas veces se logra obtener pequeñas cantidades, que van precedidas del derrame de floculaciones, de mucosidades, teñidas de amarillo pálido, que están anormalmente incrustadas de sales biliares; hay una constatación importante, y es la presencia de una materia oleaginosa de color amarillo, que se presenta bajo la forma de glóbulos lactescentes; cuando la infección progresa y franquea las barreras del estado catarral, se observan al microscopio colonias bacterianas susceptibles de cultivarlas, células de pus en abundancia y una exfoliación del epitelio cilíndrico.

En las ictericias en general, el tubage duodenal y la Prueba de Meltzer-Lyon, por el simple examen del líquido extraído, nos hace conocer el grado de retención biliar.

En todas las afecciones vesiculares y de los conductos biliares el tubage duodenal y la Prueba en referencia, aportan a la ciencia médica datos de gran importancia; y repetimos; ya todos o casi todos los autores están de acuerdo, que en los sujetos donde la bilis "B" presente sus caracteres inflamatorios, su aspecto purulento, mayor viscosidad, etc., el diagnóstico de colecistitis puede perfectamente formularse.

El tubage duodenal suministra, muchas veces, fuera de las lesiones biliares, 'datos de importancia para el estudio del valor funcional del páncreas; puede ponerse en claro, tanto la hiperactividad como la insuficiencia de este órgano, y ésto por el estudio biológico del líquido duodenal; nos sirve asimismo cuando se quiere practicar un diagnóstico diferencial entre un cáncer de la cabeza del páncreas y una simple oclusión mecánica de las vías biliares;- para ello sería desde luego necesario, estimular la secreción pancreática; para provocarla, Katsch funda su método en la propiedad o acción secretora que tiene el éter sobre las glándulas salivales y el páncreas; el método es el siguiente: una 'vez verificado<sup>1</sup> el tubage, se inyecta por la extremidad libre de la sonda de 1 a 4.-C. c. de éter, inyección que debe verificarse lentamente para no provocar la expulsión de la oliva; Katsch aconseja la instilación del éter después que se ha verificado un drenaje de las vías biliares por la introducción de la solución desmagnesia, ésto con el objeto de obtener un jugo pancreático exento de bilis; cuando el líquido pancreático no *se* presenta, indica un estado de obstrucción de los canales excretores del páncreas, provocada principalmente por un cáncer de la cabeza de este órgano, en este caso existe casi siempre una retención biliar concomitante por compresión del conducto colédoco a nivel de la ampolla de Vater; sin embargo en esta prueba como en todas, pueden haber causas de error, en primer lugar la oliva puede no encontrarse en la segunda porción del duodeno, en segundo lugar el líquido obtenido puede ser una mezcla del contenido intestinal, gástrico y de la saliva deglutida por el enfermo, que vendría a entorpecer la investigación del jugo pancreático.

El diagnóstico de todas las afecciones que dejo anotadas no sé podrá obtener basándose exclusivamente en los resultados de la Prueba de Meltzer-Lyon, ella como cualquier otra prueba, necesitan del concurso insustituible de la clínica, del laboratorio y de los Rayos X.

*Dr. Marcial CACEEES VIJIL.*

## Sindactilias

Hace algunos meses publicamos en estas mismas páginas radiografías de malformaciones de los dedos de los pies. Ahora son de las manos.

Adriana García de 18 años, soltera, de oficios domésticos. del Zamorano, ingresa a mi Servicio del Hospital General en Diciembre próximo pasado, por hemorragias uterinas a consecuencia de un aborto de tres meses que curan mediante un raspado uterino.

Los fotograbados adjuntos muestran las radiografías de ambas manos suficientemente explicativas para saber la calidad de la malformación congénita. Se trata de sindactilias de orden familiar. La siguiente enumeración muestra la línea hereditaria.

..^"-1- .                      *FRANCISCA GARCÍA*

*Abuela materna — Sindactilia de los dedos medio y anular  
  \    de ambas manos*

^    *PAULA GARCÍA*

*Madre — Sindactilia de los dedos medio y anular de ambas manos*

*INES GARCÍA*

*Tío materno— Sindactilia de los dedos medios y anular de  
  ambas manos y de los dedos 4º y 5º de ambos pies*

De seis hermanos de nuestra paciente dos son normales, una igual a ella y otra además de lo mismo en las manos tiene sindactilia del 4º y 5º dedos del pie derecho. Dos hermanos con iguales deformaciones que la segunda hermana.

Los cuatro hijos del tío Inés, sufren de igual condición que los anteriores.

El examen local muestra además de la sindactilia mencionada una deformidad■ de las articulaciones falángicas. El dedo anular de la mano izquierda tiene dos uñas. No hay sinostosis. Movilidad I abolida

Tegucigalpa, Enero 31 de 1941.

*S. PAREDES P.*





## Vittorio Putti de Bolonia

El 1º de Noviembre de 1940 falleció en Roma el Profesor Vittorio **Putti**, columna magnífica y-poderosa de la Ortopedia mundial.

Desempeñaba a la sazón los cargos de Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bolonia, Director del Instituto Rizzoli y Director de la Revista La Chirurgia degli Organi de Movimento.

En Diciembre de 1932 tuve la dicha de conocer a tan eminente hombre, gracias a una presentación de mi Maestro el Dr. Roble\* de Guatemala.

En el Instituto Rizzoli, antiguo convento situado en una bella colina de la antiquísima ciudad universitaria de Bolonia, transformado en centro de la Ortopedia italiana, encontré a su Director, hombre de figura tan seductora como la de Cleopatra, en su género varonil; hábil y genial cirujano, deslumbrante en su técnica y en su elocuencia, Putti atraía hacia Bolonia no sólo a los ortopedistas de la tierra sino también a los cirujanos generales, ávidos de admirar en grandiosidad de su Hospital con el Museo de Ortopedia, se Salas de Operaciones, su departamento de Fisio y Mecanoterapia sus instalaciones de Rayos X, sus Laboratorios, el personal asistente. los numerosos extranjeros que aprenden la especialidad por años con el Maestro. Y en fin a las plantas del Instituto que lleva el nombre de uno de los ortopedistas más grandes que han existido, la Bolonia legendaria, famosa en la Historia por su Universidad enclaustrada en muros de inmensa y enorme pedrería. Allí las ciencias y las artes tuvieron sus épocas de esplendor y allí mantiene sus prestigios la vieja universidad remozada con el Sol del Instituto Rizzoli.

Nosotros unimos nuestros salmos dolorosos y plegarias piadosas a los de la ciencia universal en honor del gran Cirujano Vittorio Putti, Maestro eminente y Hombre excepcional.

*S. PAREDES P.*

## Las formas ligeras e inaparentes de la Fiebre Amarilla

Por el Profesor FRANCISCO DOMÍNGUEZ

*Asociado Extranjero de la Academia de Medicina de París* Señor

Presidente, estimados compañeros: Ante todo quiero dar las gracias a los miembros de esta sociedad de estudios clínicos, al recibirme de nuevo en su seno, y muy especialmente a su Presidente mi distinguido compañero Dr. José Bisbé, que tan decididamente me ha facilitado los medios de asistir a este acto.

Es para mí una gran sorpresa, una alegre sorpresa, el verme entre ustedes, después de cuarenta y cinco años de ausencia. No fue culpa mía, fue el destino quien me alejó de ustedes, partir a cumplir el sagrado deber de servir a la Patria. Pero no hablemos de eso, hablemos de nuestra nueva y feliz reunión, y sobre todo del patriótico y sagrado deber que nos reúne esta noche, y que no es otro, sino el de defender la memoria y la obra, del frustre sabio cubano, Carlos J. Finlay.

Ustedes conocen la historia científica de Finlay, conocen todos sus descubrimientos, y sobre todo saben que es el fundador de la nueva rama de la medicina tropical, en que se agrupan todas las enfermedades transmisibles, directamente de hombre enfermo a hombre sano, por intermedio de un insecto chupador de sangre, capítulo que viene a completar el cuadro de las ciencias médicas, y en el que entran casi todas las enfermedades epidémicas.

Por mi parte quiero confesar a ustedes paladinamente, que a medida que he estudiado la historia de su descubrimiento, surge ante mí más grande, más venerable, la figura del sabio camagueyano.

Al exponerlo así en mi discurso pronunciado ante la Academia de Medicina de París, el día del centenario de Finlay (5 de Diciembre de 1933), creía haber abarcado todos los puntos de vista de su magna obra, por la sorpresa que noté en el auditorio.

Más tarde, al publicar mi libro pensé que había satisfecho las aspiraciones de mis ilustres compatriotas, y, de los sabios franceses. dado los grandes honores que recibí de Cuba y en París, donde no sólo fue laureado mi libro con el premio "*Vernois*," sino que per-

---

\* Comunicación a la Sociedad de Estudios Clínicos.

sonalmente fui recompensado con la más alta distinción, que sólo veinte extranjeros gozan, al finalizar su vida científica. A la muerte del sabio profesor español Santiago Ramón y Cajal, fui escogido para ocupar el puesto vacante de "*Asociado Extranjero de la Academia de Medicina de París.*"

Al llegar a Cuba hace dos años y medio, creí haber aportada a los cubanos, la clara demostración de la efectividad de la célebre frase de nuestro inolvidable compañero y amigo el ilustre Dr. Juan Guiteras, al afirmar que al llegar a Cuba la comisión de médicos, del ejército americano en junio de 1900: "*Finlay tenía resuelto todos los problemas vitales de la fiebre amarilla.*"

Para mí está fuera de toda duda, y todos estamos convencidos, de que Finlay fue un clínico y un experimentador, que debe ser señalado a la posteridad, como un gran benefactor de la humanidad.

Terminada la guerra de Cuba en 1898 Finlay había producido, y puesto en claro comprobándolos, los problemas siguientes:

- Estudio del mosquito bajo todas sus fases.*
- Reproducción de la enfermedad por el mosquito.*
- Los conceptos fundamentales de la fiebre amarilla.*
- La demostración práctica de la reproducción de la enfermedad de sus formas ligeras e inaparentes.—Vacunación.*
- La seroterapia de la fiebre amarilla.*
- La extensión rápida de la fiebre amarilla y del paludismo per la aplicación de sus dos principios fundamentales de higiene.—Aislamiento del enfermo y destrucción del mosquito.*

Es de notar que cuando Finlay realizó esos trabajos, nada en la ciencia médica había sido hecho en ese sentido.

Pero indudablemente la obra más grande del sabio cubano, en el estudio de conjunto me realizó, para emplear el mosquito con el objeto de producir formas ligeras, y a veces inaparentes, de la fiebre amarilla.

Nada me parecía que" encuadrarse mejor en esta conferencia, como el hablarle a ustedes de las formas clínicas de la fiebre amarilla en sus tipos ligeros e inaparentes.

En efecto, esta misma Sociedad en las sesiones del 31 de enero y 29 de febrero de 1.834. tuvo el honor de la primacía de que el Dr. "Finlay expusiese el resultado de su práctica experimental.

Es innegable que Finlay fue un clínico genial, puesto que cuando en todos los centros científicos del mundo, no se admitía como verdadera fiebre amarilla, sino los casos que hoy clasificamos de gravea mortales, él se presentó ante esta Sociedad, para leer su memorable trabajo titulado: "*La fiebre amarilla experimental comparada con la natural en sus formas benignas.*"

Finlay sostuvo que: "*En el estado actual de nuestros conocimientos no se puede negar que no tenemos un solo signo pato-neu-*

*mónico ni siquiera una lesión anatómica que pueda permitir identificar todos los casos de fiebre amarilla observados en el hombre; todo el mundo sabe que el diagnóstico de la enfermedad descansa en un síndrome clínico que a menudo para apreciarlos es necesario una gran experiencia adquirida de antemano y aun la observación ulterior que venga a confirmar el diagnóstico por la inmunidad de la persona."*

En este párrafo está grabado de modo indeleble, toda la experiencia clínica, y toda la importante concepción de nuestro Finlay.

Además, este principio establecido en la clínica de la fiebre amarilla, ha sido eje alrededor del cual ha girado toda la obra del gran experimentador a tal punto que ha sido necesario (dada su extraordinaria concepción), más de medio siglo para que los hombres de ciencias, después de comprobaciones realizadas sin prejuicios, hayan podido confirmar de un modo definitivo, la exactitud de la descripción, que Finlay dio a esta Sociedad en el año 84.

En la actualidad, no cabe duda alguna que la descripción hecha por Finlay sobre las formas ligeras que le sirvieron de base para realizar los ciento cuatro casos, de su estadística experimental, resulta hoy ser la toase fundamental, de la descripción clínica de la fiebre amarilla.

Nadie duda hoy que el tipo normal, frecuéntele esta enfermedad en el *Estado endémico* son los casos ligeros e inaparentes, que la mayor parte de las veces pasan inadvertidos; pero que infaliblemente dejan al sujeto inmunizado contra la enfermedad.

Esto es para mí el punto más importante, puesto en claro por sus trabajos clínicos, que explica la inmunidad de los cubanos, que vivieron en los focos endémicos, y que la comisión americana no quiso aceptar, sosteniendo erróneamente, que la fiebre amarilla era sólo las formas graves o mortales de la enfermedad, y que Finlay no había producido ningún caso auténtico, por lo que ellos pretendieron apropiarse el descubrimiento.

En fin la descripción de estas formas ligeras, no solamente han venido a cambiar la patología de la fiebre amarilla, sino que preocupa hoy a los higienistas por la dificultad insuperable del diagnóstico, de esas formas ligeras.

Decididamente, la fiebre amarilla es considerada hoy como una de las enfermedades a "ultra virus." y debe entrar en el gran grupo constituido por el *tifus exantemático*, la *vacuna*, la *viruela*, el *zona*, la *polyomielitis*, *enfermedad de Nicolás Fabre*, la *influenza*.

La fiebre amarilla bien conocida hoy nos permite afirmar que ella se presenta desde las formas más ligeras e inaparentes hasta las formas más graves o mortales.

Que los tipos graves o mortales eran los conocidos hasta Finlay, y eran *sin* duda alguna el tipo que se presentaba en las epidemias.

*todos* los médicos sin excepción no diagnostican la fiebre amarilla a sus enfermos si éste no presentaba, fiebre, ictero, albúmina en las orinas.

Las formas ligeras abortivas, inaparentes son formas que no han sido bien conocidas hasta que Finlay las describió, pero que desgraciadamente, ha costado mucho trabajo convencer al mundo médico de la existencia real y positiva de esa forma que sin duda alguna, son de fiebre amarilla, que inmunizan los sujetos contra formas graves y que constituyen focos de trasmisión.

Las formas graves, es probable que dependen de las altas temperaturas ambientes que al mismo tiempo hacen al virus más virulento y el mosquito más activo.

La infección de las dos glándulas, hígado y riñón, explican las complicaciones de esta enfermedad en los casos graves.

Tanto en las formas ligeras como en las formas graves, hay **Síntomas** que no son especiales de la fiebre amarilla, pero inclinan el diagnóstico de la enfermedad, tales son: duración de la enfermedad cuatro o cinco días, fiebre<sup>1</sup> con su caída característica, cefalalgia, gastralgia., raquialgia, facies inyectadas, ojos lucientes (ojos de porcelana), mucosas inyectadas, algo en la faz que traduce el meningo-neuro tropismo.

En este cuadro cabe al infinito las diferentes formas y que sólo un gran clínico puede emitir un juicio correcto.

Afortunadamente, si para Finlay fue una obra titánica, el poder comprobar la inmunización de los sujetos sometidos a sus experiencias, pues después tenía que seguirlos durante años, para comprobar que estaban inmunizados, hoy la inmunización puede autenticarse con una simple experiencia de Laboratorio en el vivo, y con la punción hepática en el cadáver.

En cuanto a la punción hepática los honores de este método experimental pertenecen única y exclusivamente, a nuestro ilustre compañero del Instituto Finlay, el Profesor Wilhelm H. Hoffmann.

En 1920 una 'comisión americana compuesta por los Dres. Gorgas y Guiteras realizó un viaje de estudio a las costas del África Occidental y también en el oeste con el objeto de saber si la fiebre 'amarilla había desaparecido con la aplicación de los principios profilácticos indicados por Finlay.

Los informes oficiales no señalaban ninguna epidemia, y la Comisión no encontró ninguna noticia de la existencia de fiebre amarilla en el territorio comprendido entre el Senegal y el Congo. Sin embargo el Dr. Hoffmann tenía la idea de que si las epidemias habían desaparecido, la fiebre amarilla en estado latente existía en forma endémica.

El le escribió a todos sus amigos pidiéndole material anatómico, de los individuos fallecidos por una enfermedad febril aguda, de pocos días de duración.<sup>1</sup>

Cuando el Dr. Hoffmann recibió el material pedido en 191\* y 1925 se dedicó a buscar los *cilindros de cal*. Pero cuando recibió las muestras de hígado que le envió el Dr. Young de Accra (Costa de Oro) en esos cinco casos el Dr. Hoffmann encontró en el hígado las lesiones histológicas indudables de la fiebre amarilla, comprobando así por primera vez la presencia de la enfermedad en el África.

Sin embargo en trabajos posteriores sobre esta materia publicados en los Estados Unidos, nunca se ha mencionado el nombre del autor Dr. Hoffmann, que por este medio descubrió y probó la endemicidad de la fiebre amarilla en África; prueba científica que repitió en América del Sur, donde la comprobación fue idéntica.

Hoffmann mandó el informe sobre la observación del primer foco endémico del África, a la Academia Leopoldina de Halle, donde fue recibida y publicada el 28 de Julio de 1925.

En cuanto a la prueba de inmunización en el vivo, el Dr. Alberto Recio, en París llevó a cabo trabajos experimentales que presentó a la Academia de Medicina de París, trabajo que yo tuve el honor de leer y que él titulaba: "*Ausencia de inmunización; anti-amarilla en los cubanos nacidos después de la desaparición de la fiebre amarilla en Cuba.*"

Estas experiencias se realizan en el ratón blanco y fueron descritas por primera vez por el Dr. Theiler.

La comprobación de la inmunización, contra la fiebre amarilla, en las formas ligeras de la enfermedad es un hecho de una importancia capital cuando se trata de fijar si en una población ha habido fiebre amarilla y en qué época ésta ha tenido lugar, así como si ha desaparecido.

Siendo la fiebre amarilla una enfermedad de la infancia, fácil les poder comprobar en qué época los casos tuvieron lugar, examinando series de niños de 1, 2, 3 y más años y fijar la época en que la inmunización se produjo, fijando así con precisión la época de la epidemia. Fecha que se confirma con los niños no inmunizados que hay por delante y por detrás de los que dan la reacción de inmunización.

En la actualidad, después de cuarenta años, los hombres de ciencias, se dan cuenta del grave error cometido, por la comisión de médicos del ejército americano, al negarle a Finlay el verdadero valor, que científicamente representaba su estadística de 104 casos, inoculados y seguidos por el sabio experimentador.

Tal vez la envidia, tal vez la avaricia de gloria los llevó a esa negativa, puesto que científicamente, el papel del mosquito estaba ya puesto en evidencia en el paludismo por los Dres. Laverán y Ros.

Deseo llamar la atención de ustedes para dejarlo bien asentado en la historia, que cuando la comisión americana negó a Finlay la paternidad de su descubrimiento, todos, los. problemas so-

bre fiebre amarilla estaban resueltos e impresos en español e inglés y en revistas y colecciones de nuestros centros científicos. Pero lo que *es* increíble es que *"La verdad afirmada per Finlay no creyó durante 20 años, aceptando en cambio inmediatamente falsa y errónea afirmación de la Comisión Americana."*

He aquí las pruebas, vamos a copiar lo que claramente expone el Dr. Benarroch sobre la epidemia de fiebre amarilla de Venezuela "Yellow Fever in Venezuela in 192 y por el doctor E. I. Benarroch, publicado en *"The American Journal of Tropical Medicine 1937, tomo 17 p. 595 y siguientes."*

*"Durante el lapso de tiempo de 1925 a 1928 la fiebre amarilla en el continente americano estaba circunscrita, a una reducida zona costera del norte del Brasil y que esa disminución era debido en apariencia al menos, a la bien conocida campaña anti-aedes-. Tal optimismo cesó, sin embargo, cuando en 1928 apareció un brote en Río de Janeiro, y cuando en 1929 dos epidemias hubieron de presentarse en Venezuela y Colombia, en condiciones similares."*

*"La epidemia, de Río de Janeiro fue clínica y epidemiológicamente una fiebre amarilla clásica, pero en los brotes de Venezuela y Colombia no sólo fueron sorprendentes en su aparición, sino por su carácter clínico y epidemiológico que modificaron substancialmente los conocimientos de esta enfermedad."*

"Epidemiológicamente considerada la fiebre amarilla era una enfermedad de la costa, azotaba las grandes ciudades ribereñas, las pequeñas poblaciones rara vez se veían atacadas. Clínicamente, la enfermedad se le consideraba en general, grave, calculándose 51 mortalidad media en un 50 por ciento. La fiebre, el vómito negro, la albuminuria, la ictericia y la muerte constituían los síntomas de su dramática evolución

"Las nuevas aportaciones que han modificado el concepto clínico, también han sacado a luz la fiebre amarilla *endémica-muda* -

y la *fiebre amarilla selvática*, que, vista de cualquier ángulo, son de importancia muy grande y merecen la atención más cuidadosa de los investigadores y de los funcionarios de sanidad."

La fiebre amarilla, de que venimos tratando (la fiebre amarilla latente) es la mayoría de los casos muy ligera, sin caracteres distintivos, fácilmente confundida con la gripe, y de mortalidad muy reducida. El diagnóstico clínico resulta difícil, sin embargo, entre los casos benignos, algunos evolucionaban (especialmente en los niños) en la forma clásica que hace sospechar la fiebre amarilla.

"Agrega que es probable que en Venezuela esa forma de fiebre amarilla no fuese reconocida por haberla confundido con el paludismo, por la tendencia de existir esta última enfermedad donde quiera."

---

La fiebre selvática la fiebre amarilla que se presenta en los sectores rurales fluviales y de la selva, en la ausencia del *aedes aegypti*. (Soper), no es enfermedad doméstica como la forma clásica y la forma latente en cuya transmisión interviene el *Aedes*."

"No obstante A. M. Wolcott y sus colaboradores en Brasil dicen: "(An Epidemie of Urban Yellow Fever Which Originated from A Case Contracted in the Jungle." *The Am. J. of Tro. Med.*, 1937, tom. 17, p. 677).

"Se ha considerado como probable que una persona infectada en la selva podría causar una epidemia de fiebre amarilla urbana si durante el período infectivo para el mosquito, permanece donde existe el número adecuado de *aedes aegypti*. Así bajo este concepto han sido estudiados varios brotes.

"Uno de los casos (pág. 680-WS7) enfermó el 22 de Marzo y murió el 25 después de un ataque de fiebre, cefalalgia, epistaxis, hematemesis, anuria, ictericia y delirio."

"En 1925 una partida de tropas insurgentes, caballería principalmente marchaba en San Pablo en el Sur hacia la parte norte del Brasil, hacia la cuenca del Amazona. Pronto se denunciaron casos de fiebre amarilla, en la mayor parte de la región que las tropas atravesaron. Al año una zona extensa había sido ya infectada, tanto por los rebeldes como por las tropas del gobierno."

"Este brote, sin embargo, fue rápidamente yugulado, y en 1927 y en 1928 transcurrieron doce meses sin la denuncia de casos, algunos. De pronto, y sin previo aviso, se señala en Río de Janeiro, donde durante 20 años no tenían conocimiento de esta enfermedad y también en otro sitio del norte del Brasil, de donde fue prontamente combatida e irradiada por los métodos corrientes anti-mosquitos."

"Sin embargo, y esto es lo extraordinario, persistió en el interior."

Ruse-11-Epid. of Yellow Fever. p. 758. "Virus Rickettsial Diseases.—Harvard.—1940.



Como ustedes ven, en el Brasil, en Venezuela y en otros países: de Centro y Sur América, se nos habla de la fiebre amarilla en *sus* formas latentes como un tipo especial, como un tipo clínico de gran novedad, y esto, al cabo de los años transcurridos, desde 1884 en que Finlay ante esta Sociedad leyó lo que yo estimo ser su trabajo más notable sobre fiebre amarilla.

Es al cabo de más de medio siglo, que grandes observadores han reconocido para poder explicar varios hechos frecuentes en la epidemiología de fiebre amarilla han tenido que reconocer los tipos ligeros de la enfermedad que nosotros hemos clasificado de inaparentes y que ellos denominan hoy "*formas mudas*."

Todo esto es debido única y exclusivamente a la feliz intervención de la comisión de médicos americanos, que al decretar como lo hicieron la anulación de la estadística de 104 casos de Finlay en 1900 llevando, al espíritu de los médicos una serie de inexactitudes, y de falsas apreciaciones, que han mantenido al mundo científico en la ignorancia más completa, de la verdad clínica sobre la fiebre amarilla.

En cuanto a la fiebre amarilla selvática, hay que convenir que es la misma fiebre amarilla que nosotros conocemos, puesto que, el aedes-aegypti la trasmite, de los atacados en la selva, produciendo los tipos ya conocidos.

Desgraciadamente todos los investigadores americanos, que se han dedicado al estudio de esta enfermedad, parecen más inclinados a desvanecer y hacer olvidar la obra fundamental de nuestro ilustre compatriota.

Estimo que para bien de la ciencia y de la humanidad hubiera sido más científico, más racional el seguir el camino descubierto por Finlay, empleando las experiencias: sobre el aedes-aegypti, que la sabia naturaleza puso en manos de Finlay que con tanto cuidado, con tanta perseverancia y clara inteligencia estudió y resolvió. Muchos particulares hay todavía por estudiar y resolver sobre el mosquito en sus relaciones con la fiebre amarilla y como prueba de lo que acabo de afirmar, todavía nosotros no conocemos si el por qué por ejemplo, los niños cubanos nacidos en la zona en que la fiebre amarilla era endémica, sufrían de la fiebre amarilla, en formas ligeras e inaparentes y en cambio los niños cubanos nacido en zona en que no existía la fiebre amarilla, zonas montañosas por ejemplo, al venir a las poblaciones donde la fiebre amarilla era endémica sufrían de la fiebre amarilla en formas graves. Todos los cubanos recordamos la "fiebre de Borrás" que sufrían ciertos niños, forma eminentemente grave, que causó la muerte a infinidad de niños cubanos. Siendo la fiebre amarilla una enfermedad a "*Ultra-Virus*." yo no encuentro otra explicación sino la que las madres inmunizadas de las zonas endémicas transmitían a *sus* hijos antes de nacer un cierto grado de inmunización que les impedían tener las formas graves.

Este problema sería fácilmente resuelto si en las zonas donde todavía existe la fiebre amarilla en forma endémica, se 'examinase-metódicamente la sangre de los recién nacidos, para ver si da una muy ligera reacción de inmunización.

El haber puesto sobre *el tapete*, resolviendo el problema de *las formas ligeras de la fiebre amarilla*, ha cambiado completamente el estudio clínico de esta enfermedad, viniendo a colocar en su verdadero sentido clínico que hoy debemos tener sobre la fiebre" amarilla que hoy por hoy, está considerada como una enfermedad humana a Ultra virus. Precisamente en el estudio de las enfermedades que se agrupan en este capítulo nuevo de la medicina, *se ve reproducida claramente el concepto clínico que Finlay expuso sobre la fiebre amarilla*. Las formas ligeras e inaparentes se manifiestan frecuentemente, y dan un ímprobo trabajo a los sanitarios para descubrir el foco de origen de estas enfermedades. Esto es pues, una nueva confirmación de la obra del inmortal genio-de Finlay.

Ha sido necesario llegar a nuestros días para encordar en ciencia, opiniones tan distintas como las que voy a exponer. En la obra publicada en París sobre la "Virus filtrable en la especie humana" de los Dres. Levaditi y Lepine, el capítulo de fiebre amarilla, está escrito por el Prof. Constant Mathis, del instituto Pasteur c/é Dakar y dice así: "Los antiguos han observado sobre todo las formas graves a menudo mortales de la infección. Hoy sabemos que la fiebre amarilla, en sus manifestaciones más frecuentes no presenta ningún carácter de gravedad. Es a veces tan atenuada que no se revela clínicamente por ningún síntoma y realiza el tipo más perfecto de las infecciones inaparentes.

Tal es la opinión de los hombres de ciencias de Europa, Francia, Alemania, España, sobre estos dos puntos si fundamentales, primero: que la fiebre amarilla hoy está igual que la describe el Dr.

Finlay en 1884, segundo: que el autor del descubrimiento, que puso en claro la transmisión de la fiebre amarilla, así como los principios sanitarios correspondientes., fue el doctor Carlos J. Finlay de la Habana.

El 1? de junio de este año (1940) vol. 114 N? 22 pág. 221) del Journal of The American Medical Association, encontramos el párrafo siguiente:

"La demostración por la Comisión del Ejército de los Estados Unidos presidida por el Comandante Walter Reed, de la trasmisión de la fiebre amarilla por el mosquito aedes-aegpti es un brillante capítulo en los Anales de la Medicina Americana."

El Dr. J. H. Bauer, en marzo 19 de 1940, vol. 55, No. 9, pág. 362-371. Public Health Reports, asegura que en la guerra Hispano Americana la Comisión del Ejército presidida por el Mayor Walter Keed. demostró en Cuba que la trasmisión de la fiebre amarilla era causada por el mosquito aedes-aegiti y que el Major W. G. Gor-

gas, del cuerpo oficial de sanidad del Ejército americano hizo uso 1 rápido de ese conocimiento.

Decididamente no hay modo de convencer a nuestros vecinos, pero es muy grave para la moral del mundo, el que a un pueblo pequeño como Cuba, donde nació Finlay, se le niegue por un gran pueblo como el Americano, la autenticidad de poseer un gran hombre de ciencia, sobre todo, cuando ese hombre de ciencia se llamó Carlos Finlay, que dio a los Estados Unidos con su descubrimiento el modo de sanear sus costas, y la construcción del Canal de Panamá, emporio de riquezas que hasta ese momento había sido imposible de realizar.

El conocimiento de las formas ligera e inaparentes de la enfermedad nos permite solucionar, un problema que hasta ahora ha parecido insoluble, es decir, la *Legítima procedencia inicial de la Fiebre Amarilla*'.

El 3 de agosto de 1492, Cristóbal Colón partió de Puerto de Palos, cara ir a descubrir nuevas tierras. Su genial concepción tuvo, éxito, y el 12 de octubre del mismo año Colón descubrió el Nuevo Murdo, desembarcando en San Salvador y más tardé en Haití y en Santo Domingo, permaneciendo en total tres meses cuatro días para **regresar** a Lisboa, donde llegó el 4 de marzo de 1493, después Ide un travesía de cincuenta días.

Como hecho positivo se señala que en este viaje, Colón no tuvo ningún enfermo ni durante el viaje a América, ni durante su permanencia en ella, ni durante su regreso.

Según la descripción del viaje, hecha por Fernando Colón, hijo del Almirante, sólo desembarcaron en Haití el 24 de diciembre, haciéndose a la mar el 4 de enero.

Todas estas razones explican el estado sanitario que gozaban los expedicionarios. Antes de su regreso, el Almirante dejó en Santo Domingo 38 españoles, a quienes había encargado de diferentes observaciones.

El segundo viaje de Colón tuvo lugar el 25 de septiembre de 1493, saliendo de Puerto de Cádiz y después de una travesía de **40 días** fue a la isla de Santo Domingo, donde desembarcó sus mil quinientos **expedicionarios**. Al llegar allí, supo que los 38 españoles que había dejado habían sido matados por los nativos!!!

Dada la concepción nueva que nosotros tenemos sobre las formas ligeras e inaparentes de la fiebre amarilla y de su existencia endémica, es natural pensar que cuando los españoles llegaron a América, la fiebre amarilla existía entre la población nativa, eme no le daban importancia por vivir en los focos, pero es indudable que la enfermedad era oriunda de las Antillas y del Golfo de México.

La llegada de los españoles, tanto los que se quedaron en la primera expedición, como los que llegaron en la segunda, reprodujeron las graves -escenas, que nosotros los médicos cubanos está-

amos cansados de presenciar en nuestro país, a la llegada de grandes cantidades de emigrantes o soldados españoles, sobre todo en las épocas, de verano. La enfermedad se recrudecía y tomaba forma epidémica. Tal es el proceso que comporta en esta cuestión que fue aceptado por el Dr. C. J. Finlay, y sobre todo que yo leído en la obra del Dr. Moreau de Jones, de 1820, pág. 14, edi. en París, así como en la obra de nuestro compatriota sobre la fiebre amarilla, del Dr. Carlos Valdés Martínez, escrita en 1857 en Montpellier, imp. F. Gelly R. Roucher.

Al llegar a la Isabela, Colón decidió establecer allí la primera población, colocando la primera piedra del imperio de Europa en Nuevo Mundo, recibiendo como recompensa la más funesta manifestación es de las calamidades americanas.

Al escoger Colón la Isabela, según consta el notable escritor Herrera, libro 2, pág. 10. cometió el error que repitieron todos los que vinieron a establecerse en las Indias Occidentales.

La población fue levantada en una planicie al borde de un río la desembocadura de una bahía, y próxima a una población indígena, las peores para habitar los recién llegados. La fiebre amarilla no sólo contribuyó al desastre de los primeros descubridores, sino que también fueron atacados por el paludismo, y he aquí como por un hecho casual, los descubridores de América murieron que vérselas seriamente con la fiebre amarilla y el parajismo, y como nuestro gran Finlay al terminarse la dominación de España en América en 1898, cuatro siglos después, lanzó su célebre trabajo en que recomendaba: "Que para terminar con las dos graves enfermedades que diesmaban nuestra Patria fiebre amarilla y paludismo, era indispensable declarar una guerra a muerte al mosquito, aislar por todos los medios posibles todos los individuos que parecían de esas enfermedades".

En resumen, señores, y para gran satisfacción de esta Sociedad de Estudios Clínicos, después de más de medio siglo, el mundo científico reconoce la exactitud de la notable descripción que Finlay hizo ante esta Sociedad en 1884.

He terminado, mis distinguidos compañeros, espero que Uds. consideren como yo, que esta parte de la obra de Finlay es su más fulgente inspiración, su más bella creación.

La oscuridad es la negación de la luz, y la luz derramada por nuestro sabio compatriota tenía que iluminar al mundo médico, en que imponerse por ser una verdad resultante de la justa observación clínica de las formas ligeras e inaparentes de la fiebre amarilla.

La oscuridad que existía en ciencia era tanto más grande cuando más grandes y trascendentales eran las consecuencias del descubrimiento.

La verdad tenía que imponerse y se ha impuesto para gloria e Finlay y en honor de la Patria.

—De la Revista de Medicina y Cirugía de La Habana.—

## Conciencia de Cirujano

### INTEGRACIÓN DEL CIRUJANO

Por el Dr. Conrado ZUCKERMANN,  
Representante del Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito  
Federal, ante la cuarta. Asamblea Nacional de Cirujanos

### APRENDIZAJE DEL CIRUJANO

La cirugía en México es grande, bella y científicamente audaz; además, es humilde, con la sencillez del saber y el deseo del progreso; y algo extraordinariamente meritorio: es internacional; lo bueno lo toma de donde sea, sin fronteras, sin limitaciones sectarias; es una cirugía que busca el bien y la salud, que procura la curación y el alivio.

LA CIRUGÍA NO ES UNA CARRETA DE VELOCIDAD, es una senda de trabajo en donde aprender ocupa toda la vida, y ejercer correctamente salva la conciencia. Las salas de disección, el laboratorio de fisiología, el anfiteatro de cirugía en animales, el de cirugía experimental, la sala de hospital y la ayudantía en el anfitri humano, son las fases obligadas de todo cirujano. Tiempo, estudio y experiencia hacen entonces, a través de esas múltiples etapas, al verdadero cirujano. Pero no debe olvidarse nunca que cirujano no es lo mismo que operador y que deje en realidad vivir en las salas del hospital para conocer las fases del diagnóstico, las peripecias del pronóstico y los alcances de la terapéutica. Una buena clínica quirúrgica es indispensable. Además, el cirujano no puede, no debe desconocer los hechos fundamentales y aun algunos detalles del laboratorio de investigaciones biológicas y poder ir estos medios de diagnóstico con toda la frecuencia que el caso permita, para no hacer omisiones fatales o que prolonguen el sufrimiento y la convalecencia del operado.

Se ha escrito que el cirujano tiene que ser primeramente anatómico y así lo creo; pero un anatomista práctico completo; debe saber anatomía cadavérica, primeramente; luego, la del humano viviente sano y del enfermo; la anatomía radiológica; la microscópica normal y la patológica; la anatomía de los órganos en trabajo, funcionando. Sólo así le es útil para su ejercicio profesional. Además, no debe olvidarse que, dadas las tendencias actuales de la cirugía, EN MUCHAS OCASIONES LOS CONOCIMIENTOS FISIOLÓGICOS SON TODAVÍA MÁS IMPERATIVO QUE LOS ANA-

El aprendizaje del cirujano es asunto difícil, extraordinariamente difícil, y es indispensable que el aspirante a médico cirujano tenga aptitudes para ello: que sus aptitudes llenen los tres

requisitos indispensables que son: el MORAL,, el INTELECTUAL el FÍSICO y, además, que se le haga conocer desde luego que esta carrera está llena de dificultades, de contratiempos, de dolores, de reveses y que es. tal vez la PROFESIÓN MAS PENOSA QUE EXISTE.; Sólo reuniendo aptitud, estudio constante, práctica bien dirigida I y ejercicio diario, se puede llegar a ser cirujano.

Labor de cultura, de síntesis, de análisis, de constante renovación y de incesante trabajo se requiere para ser médico, calidad indispensable y primer título de todo el que quiere ser cirujano; ser cirujano es ser PRIMORDIALMENTE MEDICO y después de J voto asiduo de la Fisiopatología Quirúrgica y del arte operatorio.

EL CIRUJANO que sólo opera, no es cirujano; el cirujano debe convencer, consolar, diagnosticar, pronosticar; en una palabra: ' DEBE SER MEDICO.

El que busca la verdad y el bien y el que siente placer en el trabajo y aun en el sacrificio, debe ser médico; el que busca gloria, fama, prestigio, algunos agradecimientos y cierto desahogo, puede ser médico; el que busca riqueza, oro, no debe ser médico.

#### V FORMACIÓN DEL CIRUJANO

*Si es posible encontrar medio para hacer a los hombres en general mas sensatos y más hábiles de lo que hasta ahora han sido, creo que es en la medicina donde hay que buscarlo."*—DESCARTES.

Obtenido el galardón estudiantil, el diploma de Médico Cirujano, se inicia entonces la senda más difícil, aquella en la que es indispensable tener Cantes y atenderlos, procurar éxito en el ejercicio, estudiar constantemente, no solamente para mantener el nivel científico sino para elevarlo y poder estar al tanto de los progresos médicos y darle al oliente todos los recursos que, apropiados para su caso, se conozcan actualmente.

Es una vida de constante inquietud, de inconformidad con el! pasado,- de esperanza en el porvenir y de aplicación práctica, la más eficiente de lo que la observación y la experiencia señalan como bondadoso.

El médico que acabado de recibir se siente cirujano verdadero o especialista, da la impresión de un ser incompleto que *se* cercena algún órgano de su sentido y pretende, a pesar de eso, buena percepción. No se sale cirujano, en la buena acepción de la palabra, ni mucho menos especialista, de las aulas de la Facultad: la especialización y la verdadera carrera profesional se efectúa después de recibido, en el hospital, en la clínica y en el consultorio, estudiando siempre cada caso y pasando de lo general a lo particular, de la nebulosa al planeta, de todo el organismo a una región, para poder así pasar de médico y cirujano general a cirujano cuajado y a especialista en determinada rama.

Alejado algo del amplísimo camino de la Medicina General, que es el verdadero sitio de vida, e instalado en la ruta menos am-

plia. pero muy escabrosa, de determinada especialización, es indispensable abandonar de cuando en cuando el sitio en la ruta y volver a nutrirse en el hogar que está en el ancho camino; sólo así, conservando cultura médica general y ahondando profundamente en determinada rama, es como se llega después de años de trabajo y estudio a merecer la consideración de cirujano o de artífice de alguna especialidad, para seguir la integración quirúrgica, el bautizo del Dolor y de la Muerte. Viene solo y cuando acontece, se necesita combatir denodadamente; sólo así se alcanza, a pesar de algunas derrotas, el bien de los demás.

Seguir siendo cirujano es también labor igualmente difícil a la de aprender a ser cirujano. Práctica constante, estudio sin fin y "bondad infinita, son indispensables. Libros y revistas son necesarios para estar al tanto de lo nuevo y de lo bueno; juicio firme, criterio sagaz, son indispensables para desechar en las lecturas lo inútil y hasta lo perjudicial; necesita aprender, perfeccionar lo sabido, filtrar lo que estudia y aplicar todo cuidadosamente observando al detalle lo que eme rasa en su labor diaria. El cirujano y el médico tienen que ser aparte de un hombre excelso de la más alta calidad moral, un ser que sabe ver entre la niebla y que puede entre la niebla hacer la luz. como ha dicho TELLEZ PLACENCIA.

El cirujano utiliza y debe hacerlo siempre, lo *mejor* de su condición de ser humano en su trabajo. Su función intelectual coordina y sincroniza su arte manual; el técnico deshumanizado no es cirujano. Bondad, conocimiento y habilidad deben estar íntimamente unidos.

Si a la preparación científica del cirujano unimos los caracteres primordiales del mismo, tendremos al cirujano completo, integrado por entereza, bondad y respeto a la vida humana. Entereza que le permite estar firme en los casos más difíciles y salir adelante con sorpresa de los que le rodean, valorando cada situación y aplicando el recurso que debe ponerse en práctica; bondad que nunca le permita hacer mal y sólo lo impulse a las acciones nobles y que además lo haga irradiar alegría en los demás. Respeto a la vida humana, que es garantía de justicia plena y confirmación de que el cirujano es, ante todo, un hombre.

La personalidad del médico solo se completa, se forja íntegramente, viviendo su difícil profesión, sintiendo su constante responsabilidad y sufriendo el dolor ajeno.

En resumen: ser cirujano es haber sido y seguir siendo médico. Es cultivar una de las grandes ramas de la medicina en que el criterio quirúrgico y el arte operatorio descuellan\*. Es escudriñar en las profundidades corporales sin olvidar la existencia del espíritu. Es trabajar incesantemente en restablecer el equilibrio fisiológico, de un semejante y es hacer el bien poniendo en juego todas las mejores cualidades de nuestro ser.

Además, las personas que por sus merecimientos, por las circunstancias del medio alcanzaron posición destacada, tienen no solamente deberes para, con sus enfermos, para las suyos y para sus compañeros y discípulos, sino función social de INVESTIGACION de DIVULGACIÓN y, aunque sacrifiquen horas de reposo., si cumplen estas elevadas misiones, adquieren mayor honra.

#### *CUALIDADES DEL CIRUJANO*

"Cuando cumplas -con tu deber, no hagas caso de si tienes frío o calor; si tienes necesidad o no de dormir; si te aplauden o te critican; si corres algun peligro o vas a morir. El hecho de morir es un acto de la vida, y tanto en esto como en lo demás, lo esencial es hacer bien lo que están haciendo."—MARCO AURELIO.

Es útil; pero no indispensable, tener vocación: es decir, conciencia de aptitud; pero lo que sí es absolutamente necesario, es SENTIR VOCACIÓN, querer ser cirujano con todo su espíritu.

El devoto de la cirugía debe primeramente estudiar, retener, criticar e imaginar en la ciencia y en el arte quirúrgico; en segundo lugar, ejercer su profesión y, al hacerlo, comprender, sospechar y analizar minuciosamente su labor; y en tercer lugar, en el trato social con sus clientes y compañeros, debe saber callar, dispensar tolerar. Y en todo, y a pesar de todo, es indispensable que tenga la en su arte científico, en la gran medicina.

---



Susplicacia, perspicacia, precaución excesiva y control absoluto, son cualidades indispensables para el cirujano. ¡Cuántas veces un sentido de adivinación, una apreciación ultrafina y desconfiada conducen al diagnóstico salvador y precisan el sitio y el momento de la operación! El menor detalle debe ser pensado y, en gran número de ocasiones, el momentáneo olvido de algo al parecer despreciable, puede dar por resultado complicaciones o muerte.

Después de varias horas de operar, cuando todos los sentidos han estado en intensa actividad, en vigilante y asiduo trabajo y, cuando el pensar las consecuencias entristece el alma, es entonces precisamente cuando es necesario sobreponerse a nuestra endeble naturaleza y seguir tranquilo, pausado, pensando y meditando cada movimiento. Sólo así el acto es verdaderamente bondadoso y tiene toda la grandeza del momento operatorio vital.

En la resolución de los problemas en que interviene, deben ser tomados en cuenta tres factores: el científico. CONOCIMIEN TOS; el manual, la TÉCNICA; y el de responsabilidad. EL MORAL; por esto se pide que el médico-cirujano sea una trilogía: sabio. artista y hombre recto. *¿4*

*Huí* exigencia de saber, de habilidad y, sobre todo, de ética á prueba de tentaciones, está fundada en hechos. La profesión de cirujano es aquella en que existe mayor número de tentaciones para bajar en la escala moral; la oportunidad fácil y hasta el ofrecimiento tentador, el deseo de riquezas, de placeres y la falta de una recia personalidad, facilitarían el desceré moral.

Y, aparte de todo esto, el cirujano tiene que ser un dominador de sí mismo, de sus pasiones, de sus sufrimiento., de ,sus goces y de sus dudas. Dominarse a -sí mismo, aparecer seguro e inspirar confianza, tal debe ser el aspecto de su personalidad, sin olvidar que, en lo que se refiere a sus diagnósticos, debe ser él mismo más juez que defensor; y que 'es mejor corregirse a sí propio, que ser corregido.

En el cirujano deben existir: Espiritu de investigación, Conciencia *d'*. responsabilidad y Alma de sacrificio.

Y hablar de sacrificio no es exagera; el médico que ejerce su profesión se sacrifica, aunque no quiera, aunque no lo perciba y, a pesar de que se cuide, está más expuesto a peligros que la mayoría de los mortales que trabajan en ulano comparable.

Procurando cumplimentar .su deber, viviendo vida de inquietud y de trabajo. de bondad y de acción noble. como el cirujano alcanza el lugar que le corresponde en la cultura universal y en la familia humana.

- 5.—Como las células llamadas R. E. de órgano difieren de las de otros, debe demostrarse que todas ellas pueden formar las seis variedades de corpúsculos sanguíneos. Para esto debemos saber los pasos de transformación, en cada grupo de células. Nadie lo ha podido hacer por mucho que lo ha intentado,
- 6.—Para Kiyono, uno de los fundadores del S. R. K., no valen las razones que aduce Schilling para demostrar que los monocitos vienen de los histiocitos. Esto vale para los que se fundan en la autoridad extrínseca de los autores en el problema que se discute.
- 7.—Otra autoridad extrínseca es la de Maximow. Este autor no se basa en su juicio, sino en sus innumerables experimentos, para negar que las células que se tiñen por los colorantes vitales den origen a corpúsculos sanguíneos. Dice que: precisamente las que nunca se tiñen por los colorantes vitales son las que dan origen a corpúsculos sanguíneos.
- 8.—Todo esto demuestra que no se trata de una sola teoría basada en el S. R. E., sino de multitud de teorías, que de un modo de otro han querido relacionarse con dicho sistema, en moceas muy diversos y aún opuestos.
- 9.—Como algunos autores desearán conocer un hecho que por sí sólo baste para desvanecer la idea de que la introducción del S. R. E. en hematología ha venido a esclarecer el origen de los corpúsculos sanguíneos, se puede citar el hecho de que las células que como los epitelios, no pertenecen al sistema, pueden transformarse en corpúsculos sanguíneos-
- 10.— Por último se recordará que algunos autores hablan que las células del S. R. E., están muy diferenciadas para ejercer ciertas funciones, y luego al explicar por qué pueden dar origen a corpúsculos sanguíneos, las consideran como enteramente indiferenciadas. No participo de ninguna de estas ideas, solamente las cito para que se vea la contradicción.
- 11.—El autor cree y lo cita en su tratado de Hematología que el origen de los corpúsculos sanguíneos se encuentra a expensas del Acitoplasmocito. Demuestra que se encontraron hechos muy claros que las células que dan origen a acitoolasmocitos no corresponden a las llamadas retículo-endoteliales, como por ejemplo las epiteliales.

---

*Revista Argentina de Reumatología*

*Dr. Guido Costa Bertani*

En varios artículos demuestra que es posible después de una amigdalectomía, el desencadenamiento de las siguientes complicaciones:

- 1.—Reumatismo.
- 2.—Endocarditis.

- 3.—Nefritis.
- 4.—Septicemias.

Presenta varios casos clínicos y recomienda que antes de intervenir *es* necesario someter al paciente a un cuidadoso estudio clínico, haciendo hincapié en los dos puntos siguientes: 1.—Signo de Vigo-Schmidt negativo. 2.—Eritrosedimentación normal.

El signo de Vigo-Schmidt consiste en lo siguiente: Determinación de fórmula leucocitaria y temperatura antes y después de un masaje de las amígdalas. Si hay aumento de estos dos elementos, presentando a veces, dolores articulares en los reumáticos, lo que habla a favor de reintroducción de gérmenes patógenos, el signo PS positivo y no deberá operarse sino se quiere producir un desastre.

---

*Revista Argentina de Reumatología*

Dr. Anibal Ruiz: Moreno y Samuel Tamopolsky

En un ángulo titulado "Tratamiento del reumatismo por las sales de oro" nos dan a conocer importantes puntos de vista a este respecto. Entre otros puntos se citan los siguientes:

- 1.—La indicación de la crisoterapia en reumatismo es la artritis reumatoidea cuyo diagnóstico etiológico no ha sido alcanzado o cuando no ha mejorado con el tratamiento específico, si ha sido posible indicarlo, debiendo realizarse el tratamiento durante las fases evolutivas, sobre todo en los períodos incipientes de la enfermedad.
- 2.—Estos tratamientos deben ser precoces, suficientemente pro-

prolongados, repetidos a dosis discontinuas, a dosis pequeñas, con vía de introducción intramuscular y controles repetidas con frecuencia. 3.—El tratamiento *r-e* contraindica en la anafilaxia y la alergia, eczemas, urticaria, pruritos, edema de Quinqué, asma, etc. La insuficiencia hepática y renal, los estados caquéticos. 4.— Hay que tomar en cuenta el estudio analítico de las diversas complicaciones, tales como las cutáneas, mucosas, sanguíneas, y muerte por crisoterapia.

*Cirugía ortopédica y Traumatología. — Habana, Cuba,  
Abril-Junio 1940*

El Dr. Rene Charry en un artículo sobre "Estado actual de la Cirugía de la Cadera en las insuficiencias, inveteradas con gran claudicación" llega a las conclusiones siguientes:

El tratamiento para que sea eficaz, debe ser lógico y atacar cada uno de los elementos: cojera, dolor y fatiga. Indica ^después los resultados obtenidos: techo bajo, osteotomía de apoyo, osteotomía de enderezamiento, acortamiento de los miembros, en caso de desigualdad en la longitud y taladro del cuello, *si* hay artritis deformante.

El techo bajo lo hace de acuerdo con su técnica no secciona los glúteos y para la osteotomía usa el procedí miento con alambres, completado con plica de osteosíntesis modelable.

El taladro del cuello, completamente central en todos sentidos y con introducción de clavija de hueso muerto.

El acortamiento del miembro sano lo emplea según su técnica, derivada de la de Hugo Carrera.

Los resultados son óptimos, considerándolos desde el punto de vista estético.

En cuanto a las fracturas viciosamente consolidadas del cuello del fémur, emplea los mismos métodos que para las luxaciones congénitas, pero precisa la osteotomía subtrocantérea de apoyo, con síntesis, para asegurar mejor el funcionamiento del miembro.

*Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá-Colombia*

El Dr. Lisadno Lyre Pereira en un articulito titulado "Ortopedia y Cirugía de Urgencia" se refiere al uso de dulce de panela en el tratamiento de las heridas infectadas. El autor ha obtenido magníficos resultados aun en casos de osteomielitis que fueron rebeldes a otros tratamientos tales como el de Ors. Parece ser que el dulce de panela fuera superior a otros desinfectantes inclusive el mercurio cromo. Su acción se explicaría por la formación de alcohol naciente. En cuanto a la panela ha sido probada su esterilidad por medio de siembras de laboratorio.

## Aspectos sociales de la Sífilis Congénita Sífilis Concepcional Sífilis Transplacentaria

Por el DOCTOR MARIO VILLEGAS,

*Médico del Patronato de la Lepra, Sífilis y Enfermedades Cutáneas,  
Médico de Profilaxis Venérea del Ministerio de Salubridad,*

Las distintas estadísticas internacionales-, así como la experiencia que se tiene de los frecuentes diagnósticos hechos de **sífilis** en los progenitores por mediación de sus hijos, nos prueba lo muy difundida que se encuentra dicha plaga social. Padres que hasta entonces ignoraban ser luéticos, son informados de su padecimiento por síndrome específico que aqueja al menor, o, por algún análisis serológico practicado accidentalmente.

A propósito, expondremos la reciente estadística del Dr. Spitzer, en Alemania, sobre la descendencia de los sífilíticos y que apareció en la revista Médica titulada "La prophylaxie Antivenérienne" en el pasado año, 1939. El autor ha observado 158 parejas sífilíticas; las cuales se casaron entre sí, o con sujetos sanos. De dicha cifra, 78 matrimonios resultaron estériles y 80 fueron fecundos, estos últimos-tuvieron 117 hijos, los que fueron observados por tiempo conveniente antes de expedir un dictamen; llegando a la conclusión.

61 En estado *de* inferioridad-orgánica. (Mediocres). 4  
Insuficientes psíquico y físicos. 7 Retrasados  
mentales. 4 Epilépticos.  
2 Tartamudos.  
6 Perversos.  
3 Patizambos.  
14 Normales.

Como se aprecia, la estadística del Dr. Spitzer es notoriamente pesimista, y aunque se argumenta por los franceses que ello es debido a tratamientos insuficientes; no obstante, traduce la influencia peligrosísima que la sífilis ejerce sobre las futuras generaciones.

Si deseamos realizar labor profiláctica de sífilis congénita, es indispensable, entre otras normas, tratar debidamente a los pacientes luéticos; investigar su procedencia; advertirles acerca de la posible transmisión morbosa a sus familiares, prohibiéndoles la procreación para evitar nuevos tarados mediante el- uso de los métodos aconsejados por la ciencia; y sólo así, contribuiremos de ma-

ñera indiscutible a la ansiada esterilización social. Queda, pues, señalado que la misión del médico ante tales pacientes no se reduce a emitir diagnósticos e indicar tratamientos; su labor es mucho más compleja.

Instruida nuestra juventud acerca de los problemas venéreos, conoedora de la grave responsabilidad moral que sobre ella recae cuando por apatía o ignorancia transmiten semejantes procesos a sus continuadores biológicos; de seguro que no vacilará en recurrir a médicos especializados en busca de tratamiento precoz y en dosis suficientes, a la menor sospecha de lesión específica; no abandonando el plan hasta lograr el alta de su médico, única autoridad científica capacitada para expedirla y absteniéndose de realizar actos de los que se puedan derivar perjuicios muy serios para su prole.

La mayor parte de nuestros enfermos reciben tratamiento incompleto, pues, al desaparecer sus manifestaciones externas, lo cual se produce con bastante rapidez, ellos estiman que se han curado: comenzando a olvidar las instrucciones médicas dadas en su oportunidad y relegando a un plano secundario el tratamiento impuesto. Insistamos en nuestra campaña educativa por nacer desaparecer tan difundido error y que constituye, a mi juicio, la fuente inagotable de gran número de sifilíticos congostos.

Divulguemos que un sifilítico congénito es engendrado por una madre también sifilítica, cuya infección transmitió al feto en la cavidad uterina, enfermedad que llevará consigo el nuevo vástago durante toda su vida, y, si la virulencia del proceso no trunca antes su existencia, alcanzará la edad adulta en circunstancias desventajosas, ya que siendo un portador de semejante tara se encuentra en condiciones de transmitirla a nuevas generaciones; convirtiéndose en un factor degenerativo de nuestra colectividad social. Una raza que degenera marcha escalonadamente hacia la inferioridad. Un pueblo empobrecido en su estructura biológica, es un pueblo que no progresa.

Los ciudadanos que llevan sobre sus hombros el peso agobiador de la sífilis, fomentan en su hogar cierto desequilibrio económico, pues su misma enfermedad al disminuir su capacidad para el trabajo, no le permite afrontar determinadas labores o negocios. Es necesario que los hombres de hoy mediten con serenidad el asunto aludido; la vida en los tiempos presentes y futuros inmediatos se encuentra plagada de serios obstáculos a salvar, y sólo una fuerte complexión física hermanada con la preparación que requieren los actuales momentos nos permitirán salir airosos en el bregar cotidiano.

Las taras patológicas constituyen un formidable ariete que nos impide vencer los inconvenientes reseñados; por tanto, hombres y mujeres, sin distinción de clases ni de razas, deben propiciar toda tendencia encaminada a dotar a los hijos de salud física

y mental que les haga posible desenvolver sus aptitudes en la lucha por la vida.

Propalar, sin reticencias, cómo, la mortinatalidad es causada, en gran número, por la sífilis, la que asociada a la blenorragia constituyen poderosos agentes de despoblación; así como dar a conocer que los abortos y partos prematuros, en un tanto por ciento considerables, son de naturaleza luética.

Este flagelo social nos permite contemplar, por desgracia, cuadros patológicos en plena juventud que más bien corresponden a la edad senescente; tales como la hemorragia cerebral, las aortitis, ciertas insuficiencias viscerales, la gangrena de las extremidades inferiores, etc.; manifestaciones clínicas que hallamos frecuentemente en los viejos debidos a procesos de esclerosis vascular, pero que tratándose de un sujeto sifilítico es posible encontrarlos en la edad juvenil. Pudiéramos afirmar que la sífilis adelanta la patología correspondiente a la ancianidad.

Ha sido motivo de preocupación para la madre cubana el tener hijos varones, en la posibilidad de que se hagan delincuentes cuando alcancen determinada edad, hecho que sólo atribuye a las malas **compañías** y a la libertad de que disfrutan. Pues bien, sepan nuestras mujeres que un factor esencial que conducen a sus hijos a cometer, actos delictivos es la posesión de cualquier tara; si los padres no se entregaran a la procreación hasta no estar plenamente convencidos de que no son portadores de enfermedades transmisibles a su prole, habrían eliminado con su conducta la causa principal de delincuencia.

A este respecto resulta interesante que se conozcan los trabajos realizados por los doctores Israel Castellanos y José A. Díaz Padrón, competente, **compañeros** se han dedicado gran parte de sus vidas al estudio de la delincuencia infantil; realizando pesquisas sobre sífilis y tuberculosis entre los menores reclusos en el Reformatorio "Finca Torrens," situado en Punta Brava, y cuyos resultados expongo a continuación.

El total de menores internados en dicho lugar, asciende a 278, los cuales fueron sometidos a las pruebas de Meinicke y Mantoux encaminadas a descubrir la sífilis y la bacilosis respectivamente, arrojando en lo que concierne a sífilis, el siguiente resultado: de 278 casos, resultaron positivos al Meinicke: 40 menores, lo que representa un 14 por ciento de sifilíticos. Al mismo tiempo hacen constar los mencionados compañeros investigadores que los reclusos contaminados por la *Lúes* constituían los más rebeldes, los más indisciplinados, los más difíciles de encauzar, los más reincidentes.

Estos trabajos estadísticos locales nos pone de manifiesto la influencia de la sífilis sobre el comportamiento de nuestra juventud, cuyo proceso morboso hace delincuentes contando con la intervención de otros factores.

(Continuará).

## NOTAS

En la ciudad de Comayagua falleció el 21 del corriente mes doña Carmen de Ochoa Velásquez, distinguida esposa de nuestro consocio Dr. José María Ochoa Velásquez, a quien' enviamos con tal motivo nuestro más sentido pésame.

El sábado 1? de Marzo será inaugurada en esta ciudad la Casa del Médico. Respecto a tan magno acontecimiento nos referiremos en nuestro editorial del próximo número.

---

Hemos recibido del Dr. Manuel A. Manzanilla la siguiente comunicación:

*LE COLEGE INTERNATIONAL DE CHIRÜRGIENS*  
(Fondé a Genève)

ASAMBLEA INTERNACIONAL DE CIRUJANOS M

*Ciudad de México, 10 al 14 de agosto de 1941a (a invitación del Gobierno Mexicano) Jr*

COMITÉ DE ORGANIZACIÓN f Dirección

*postal: Avenida Tawirmlipas 60 — México, D. F.*

a:2Tde enero de 1941. Sr.  
Dr. Antonio Vidal, Director de las Revista Médica Hondureña.  
Tegucigalpa, Honduras. Distinguido colega:

En el último número de la Revista Médica Hondureña," órgano de la ilustre Asociación Médica Hondureña, Año 11, No. 91, Nbre.-Dic, 1940. página 48, hemos tenido el gusto de ver reproducida nuestra reciente circular preparatoria de trabajos de organización, relativa a la próxima Asamblea Internacional de Cirujanos, organización del Colegio Internacional de Cirujanos, que se efectuará en la ciudad de México, del 10 al 14 de agosto del corriente año, a invitación del Gobierno Mexicano.

Al agradecer a usted esta señalada distinción, nos permitimos encarecerle, si para ello no existe algún inconveniente, enviar algunos ejemplares de dicho número al Prof. Dr. Max Thorek. Secretario General Ejecutivo del Colegio, 850 W. Irving Park Boulevard, Chicago, III., E. T. J. A., cortesía por la que anticipamos, las más cumplidas gracias.

Asimismo, me permito participar a usted que si la Asociación Médica Hondureña considera de interés la constitución de un Ca-



pítulo Hondureño del Colegio, no dudó que el mencionado Dr. Thorek atendería con la mayor diligencia y placer el deseo de la Asociación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar a usted las seguridades de nuestra muy atenta y muy distinguida consideración.

*Doctor MANUEL A. MANZANILLA.*

---

En contestación a la comunicación anterior manifestamos al Dr. Manzanilla que nuestro consocio Dr. Salvador Paredes P., está ya en contacto con el Dr. Max Thorek y se encuentra estudiando las posibilidades de organizar en esta República el Capítulo de Cirujanos correspondiente al Colegio Internacional de Cirujanos.

Muchas gracias, Dr. Manzanilla por su interés en tan importante asunto.

---

El Dr. Antonio Vidal ha publicado y puesto a la venta en esta ciudad U' libro titulado "Manual Técnico de Química Clínica," obra que consta de 619 páginas, inclusive los índices, dividiéndose en 2 partes. La primera abarca los siguientes capítulos:

- 1.— Formulas, líquidos y notas útiles en un Laboratorio.
- 2.— Generalidades.
- 3.— Sangre.
- 4.— Orina.
- 5.— Líquido. Céfal-raquídeo.
- 6.— Leche.
- 7.— Jugo gástrico.
- 8.— Jugo duodenal y bilis.
- 9.— Materias fecales.
- 10.— Exudados y trasudados,
- 11.— Examen químico de la saliva. 12.— Método para determinar el metabolismo basal.

La segunda parte llamada "Suplemento" abarca los capítulos siguientes:

- 1.— Pruebas de la función hepática.
- 2.— Pruebas de la función renal.
- 3.— Pruebas funcionales del páncreas y bazo.
- 4.— Diversas pruebas de alguna importancia clínica.
- 5.— Reacciones serológicas de la sífilis.
- 0.— Reacciones especiales.

El valor de dicha obra es de 3.00 dólares. y quien, desee recibirla a vuelta de correo deberá dirigirse al autor acompañando su pedido con dicha cantidad, ya sea bajo forma de giro bancario o postal.