

UNIVERSIDAD NACIONAL

Revista

DE LA

Facultad de Medicina



CONTENIDO:

	Págs.
I EPIDEMIA DE PACORA.— <i>Por el doctor Juan G. Isaza.</i> . . .	699
II UN CASO DE HERMAFRODISMO.— <i>Por el doctor Ramón González R.</i>	710
III UNDECIMA CONFERERENCIA SANITARIA PANAMERICANA. . .	715
IV NOTICIAS MEDICAS	725
V REVISTA DE TESIS	729
VI REVISTA DE REVISTAS	736
VII INDICE DEL VOLUMEN XI (<i>Julio 1942-Junio 1943</i>).	745

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XI

Bogotá, junio de 1943

N.º 12

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA - APARTADO 400

DIRECTOR

Prof. MARCO A. IRIARTE
Decano de la Facultad

COMITE DE REDACCION

Prof. Luis Patiño-Camargo
Prof. Jorge Bejarano
Prof. Santiago Triana Cortés

EPIDEMIA DE PACORA (*)

Por el doctor *Juan G. Isaza.*

Fecha aproximada, en que aparecieron los primeros casos.

El 5 de noviembre de 1939 ingresó como pensionado al Hospital de esta población el señor V. D. procedente del corregimiento de Castilla. Este enfermo, de unos cuarenta años de edad, de profesión comerciante, sin antecedentes dignos de anotarse, llamó desde un principio la atención por presentar un cuadro clínico desconocido hasta entonces en nuestro medio. Hacía unos doce a quince días había verificado un viaje de negocios a varias ciudades del Valle del Cauca, regresando a Castilla por la vía de Caramanta y La Pintada, cuando fué sorprendido por intensos calofríos, vómitos biliosos, constipación tenaz, temperaturas bastante altas en las horas de la tarde, sudores profusos y enorme cefalalgia. Fué llamado al lugar indicado para que lo examinara y encontré lo siguiente: postración y estado semi-inconsciente; lengua sucia y seca en el centro y enrojecida y ligeramente húmeda en los bordes; dolores osteo articulares intensos sin reacción en las articulaciones; insomnio y enorme cefalalgia; temperatura de 39.5 a las 2 de la tarde; pulso de 124 por minuto; respiración normal; ligera macidez en las bases pulmonares; hígado un poco crecido; bazo normal; dificultad y pereza para contestar y para coordinar las palabras; lo que llamó especialmente mi atención fué la presencia de un abundante exantema de grandes manchas rojas, casi confluentes, en todas las regiones del cuerpo, excepto la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las conjuntivas se hallaban enrojecidas y las mucosas de la boca un poco congestionadas. Los ruidos cardíacos

(*) Informe rendido por el autor, al señor Secretario de Higiene y Asistencia Social de Manizales, sobre una epidemia ocurrida en el Municipio de Pácora (Caldas).

normales; las orinas enrojecidas y escasas. El enfermo fué trasladado a la población y hospitalizado. Evolucionó este caso con temperaturas altas por la tarde, remisiones matinales de 1 a 1.5, gran estado de intoxicación, oliguria con albuminuria inconstante, fluctuación del pulso entre 120 y 140 por minuto y ruidos cardíacos debilitados. El décimoquinto día de su enfermedad por la mañana, y, habiéndolo dejado la noche anterior en estado de inconsciencia y de postración profunda, nos sorprendió al entrar a su pieza, el hecho de que se incorporó al darse cuenta de nuestra llegada. Estaba completamente despejado, con la lengua ligeramente húmeda, pulso de 92 y temperatura de 36.4. Durante la noche había sudado profusamente y se había dado cuenta de que, sin saber cuándo ni por qué medios, se le había trasladado de su residencia habitual, hallándose en sitio desconocido y entre gentes extrañas. La convalecencia fué normal y rápida, habiendo reclamado la baja a los ocho días y regresado a caballo al lugar de procedencia. El diagnóstico fué el de *fiebre paratifoidea*, con reservas, e influyó para inclinarnos a esta opinión el hecho de que ya por entonces se venía hablando de una fuerte epidemia que se había presentado en la vecina ciudad de Aguadas y que había sido clasificada, por investigaciones de laboratorio verificadas en Medellín, entre el grupo de las fiebres tifoideas. Con el doctor Santiago Angel quien me acompañó en la atención al enfermo anterior discutimos largamente el diagnóstico, llegando a la conclusión de que durante nuestros años de estudiantes ni luego en la práctica en esta región, a pesar de haber visto numerosos casos de fiebre tifoidea, no habíamos observado un exantema de esta naturaleza.

Algunos días después, ya en los meses de diciembre y enero, comenzaron a presentarse en la población numerosos casos de la enfermedad, llamando visiblemente nuestra atención el hecho de que ellos tuvieran una localización indeterminada, es decir, que aparecieran simultáneamente en zonas alejadas unas de las otras, sin que pudiera anotarse ninguna solución de continuidad que indicara propagación por contagio inmediato ni por infección de zonas especiales.

Coincidiendo con el principio de la epidemia y su rápida propagación se pudo observar la presencia de una gran cantidad de ratas en los depósitos y subterráneos de las casas y almacenes.

Igualmente, se llegó a la conclusión de que, ni la vacuna contra la fiebre tifoidea, la cual fué usada ampliamente, especialmente por vía oral, ni las medidas profilácticas indicadas para la prevención de las fiebres entéricas, daban un resultado eficaz para evitar la rápida propagación de la epidemia.

Algunos meses después y, de paso para Aguadas, visitó la población el doctor Benjamín Otálora, enviado por el Ministerio en

misión investigadora y tuvimos ocasión de manifestarle nuestra opinión de que no estábamos en presencia de una epidemia de fiebre tifoidea sino de una infección del grupo de las fiebres exantemáticas cuya clasificación era para nosotros difícil por falta de elementos de laboratorio destinados a la investigación. Al doctor Otálora le enviamos muestras de sangre para investigación y el resultado, a juzgar por una nota que posteriormente recibió de él el doctor Santiago Angel, quedó dudoso.

Algunos meses después, el doctor Luis Patiño Camargo, eminente y sabio epidemiólogo, nos visitó y, con material recogido por él personalmente, verificó estudios de laboratorio que le permitieron afirmar la presencia de una *epidemia de tifo exantemático*, probablemente de origen murino.

Clases sociales principalmente atacadas.

La enfermedad no tiene en cuenta las condiciones sociales ni económicas pues a todas las clases ataca indistintamente. Se presentan casos aislados tanto en la casa del individuo acomodado como en el tugurio del proletario sin que, en una ni otro, se propague por contagio directo. Con excepción de algunas residencias en que, al principio de la epidemia, se presentaron varios casos a la vez, y que fueron precisamente aquellas en donde había comodidades suficientes para un conveniente aislamiento, al menos para dormir, en piezas separadas de la del enfermo, los casos han tenido lugar en forma aislada. En habitaciones estrechas y sin las más mínimas condiciones higiénicas, donde los miembros de la familia duermen acumulados, comúnmente se presenta un solo caso y pasan luego diez o doce meses para que sea afectado un nuevo miembro de la familia.

En un principio fué muy notorio el hecho de que los casos se presentaran en sectores de la población demasiado alejados unos de otros. Sin embargo, hubo después manzanas que fueron afectadas simultáneamente, a lo largo de todas sus casas, y en las cuales, con cortos intervalos, enfermaron la casi totalidad de sus ocupantes. Estas manzanas son las fronterizas a la plaza principal del poblado, habitadas por la clase social de mayores recursos económicos, pero, por otra parte, las que tienen en mayor cantidad depósitos de mercancías y de artículos comerciales de diversa índole y en las cuales se observó en mayor abundancia la presencia de ratas. En los ocupantes de estas habitaciones se puede asegurar, por haberlo controlado personalmente, es excepcional el piojo de la cabeza y no existe el de la ropa, desconocido aquí, y, en cambio, las pulgas son abundantísimas.

Posteriormente, al propagarse la epidemia a las veredas, no se

observó tampoco su preferencia por determinadas clases ni condiciones sociales o económicas entre sus moradores, y ya que a todos ha venido afectando por igual.

Edad.

En relación con la edad podemos afirmar como resultado de nuestra observación, que la enfermedad es escasa y benigna en los niños menores de siete años; de esta edad en adelante los casos son frecuentes y de los quince años a los ochenta afecta por igual a todas las personas.

Sexo.

Los casos han sido un poco más numerosos en el sexo masculino quizá por ser el más expuesto, por el traslado frecuente de una a otras veredas y su mayor número de viajes a la población, a sufrir las contingencias necesarias para contraer la infección.

No es posible establecer una relación precisa en cuanto a la intensidad de los síntomas en las diferentes clases y condiciones sociales y económicas pues en todas se han presentado formas, ya graves, ya benignas, sean cuales fueren las facilidades de alimentación o el estado de desnutrición o de resistencia orgánica. Igual cosa puede afirmarse de la aptitud para contraer la enfermedad en relación con los hábitos higiénicos pues ha sido tan frecuente en las personas que practican la limpieza como en aquellas que muy de tarde en tarde se bañan. En la zona rural si se puede anotar que la epidemia se ha propagado más rápidamente en aquellas regiones que carecen de agua potable, quizá porque los huéspedes transmisores encuentren condiciones más propicias para su conservación y propagación.

Lugares y veredas donde ha predominado la infección, su clima y sus condiciones higiénicas.

Partiendo únicamente del personal hospitalizado y teniendo en cuenta que su número es escaso comparado con los que han permanecido a domicilio, damos los datos siguientes:

Veredas	Temperatura	Condiciones		Casos
		Higiénicas	Económicas	
Los Morros.....	17 grados	malas	malas	47
Castilla.....	20 grados	malas	regulares	42
San Bartolomé..	21 grados	malas	regulares	28
Las Cuadras....	19 grados	malas	regulares	19
Mata de Guaduas	19 grados	malas	malas.	13
Los Peñoles.....	19 grados	malas	malas	14
Campoalegre....	17 grados	malas	malas	8
La Mica.....	21 grados	malas	malas.	8
Los Coles.....	18 grados	malas	regulares.	12
San Francisco...	19 grados	malísimas	malas.	15
La Palma.....	17 grados	malísimas	malas.	4
San Lorencito...	17 grados	regulares	regulares	4
San Antonio....	15 grados	regulares	malas.	6
San Lorenzo....	15 grados	regulares	regulares	2

Clasificamos como condiciones higiénicas malas las de aquellas veredas que carecen de agua potable en cantidad suficiente para atender a las más elementales normas de higiene y en que las habitaciones son construídas en forma rudimentaria y sin servicios sanitarios de ninguna clase, generalmente en cafetales; como regulares, las de la veredas en donde existe al menos el agua aunque en pequeña cantidad y en donde las gentes poseen alguna noción de la limpieza personal. Como condiciones económicas malas las de aquellos lugares en que el capital humano está constituido por jornaleros y son muy pocos los pequeños propietarios, y como regulares aquellos en donde existe una regular parcelación de las tierras y los trabajadores, además de los jornales que perciben por su trabajo, son dueños de pequeñas parcelas.

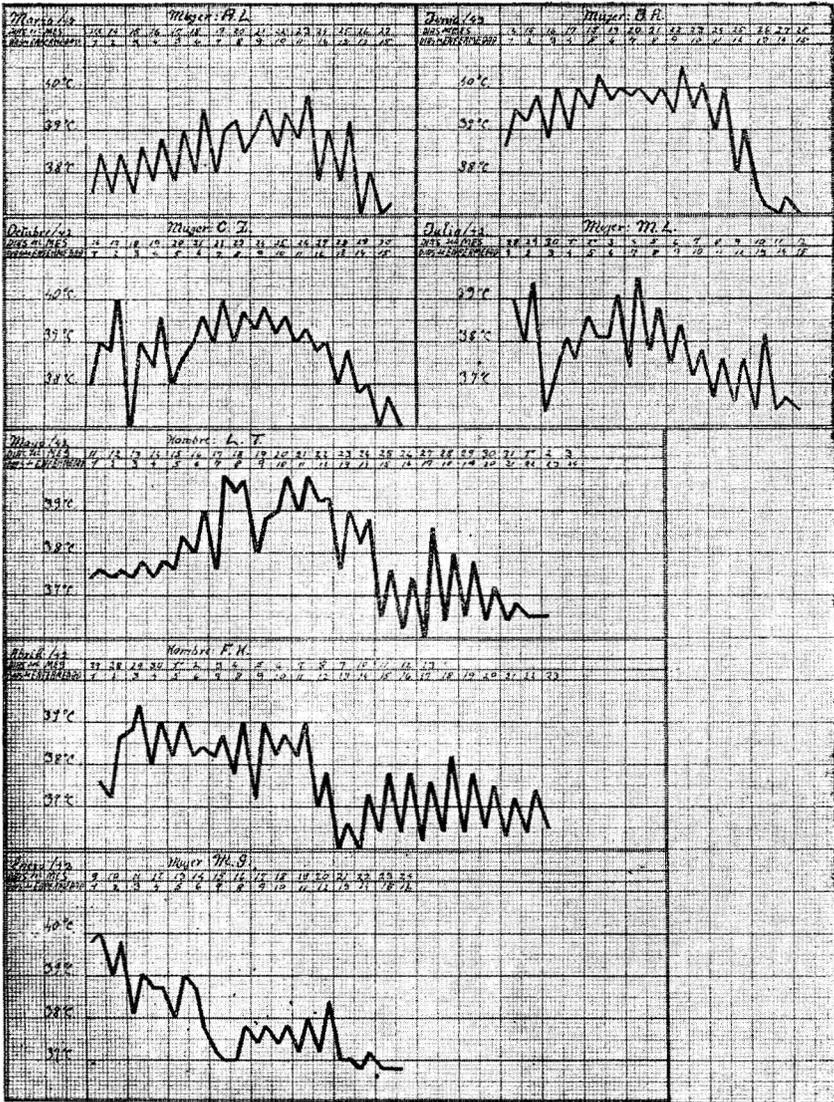
Del cuadro anterior se deduce que la enfermedad se presenta en todos los lugares sin tener predilección especial por las condiciones que los caracterizan.

Datos Clínicos.

Del estudio de 745 casos observados y seguidos detalladamente en su evolución se llega a la conclusión de que la enfermedad posee caracteres polimorfos que impedirían hacer la descripción de una sola forma clínica. Sin embargo, los casos más comunes corresponden al cuadro siguiente: Después de un período de dos o tres días de duración caracterizado por malestar general, curvaduras, dolores óseos y musculares localizados de preferencia en los miembros inferiores, se inicia la enfermedad con ligera sensibilidad en la garganta, calofríos pequeños y repetidos, congestión más o me-

nos acentuada de las conjuntivas y cefalalgia; la temperatura sube en oscilaciones ascendentes hasta alcanzar, al cabo de dos o tres días, 39-39.5 ó 40. y se sostiene durante la mayor parte de la enfermedad con ligeras remisiones matinales. La cefalalgia adquiere, en los primeros días, una intensidad tal que constituye el síntoma predominante; es tenaz y rebelde a todo tratamiento; el pulso se acelera un poco, sin guardar, en general, proporción con la altura de la fiebre; se presentan epistaxis en la mitad aproximadamente de los casos; el bazo permanece normal; el hígado está un poco hipertrofiado y son frecuentes los vómitos biliosos al principio; la anorexia es completa; la lengua sucia y seca en el centro permanece limpia y ligeramente húmeda en los bordes; las mucosas un poco enrojecidas; la constipación es la regla; contrasta la altura de la fiebre con la buena conservación del estado general y con la normalidad de la respiración; la cefalalgia continúa con una tenacidad desesperante a veces hasta el noveno o décimo día en que desaparece cambiando el cuadro por el de una tranquilidad consoladora; el insomnio es constante; sólo en algunos casos hay postración y estado tífico marcado; las orinas, un poco disminuidas, se presentan de una coloración oscura y a veces son albuminúricas; en las bases pulmonares hay un poco de macidez; los dolores musculares duran, con mayor o menor intensidad hasta la terminación de la enfermedad. Entre el quinto y séptimo día aparece el exantema, el cual empieza por la cara anterior de los brazos, el pecho y el abdomen, generalizándose en los días siguientes a todo el cuerpo con excepción de la cara; pocas veces lo hemos observado en las palmas de las manos y plantas de los pies. Es en algunos casos discreto, formado por manchas pequeñas de color rojo intenso; comúnmente es abundante y a veces las manchas son de gran tamaño y confluentes especialmente las situadas en los pliegues de flexión; se borran a la presión al principio para reaparecer en seguida; su duración es a veces tan larga como la enfermedad, otras empieza a desaparecer alrededor del décimo día. La temperatura empieza también a descender en lisis del décimo o undécimo día en adelante; otras veces se sostiene con pequeñas remisiones hasta el décimoquinto día en que baja en crisis brusca acompañada de sudores más o menos profusos. En ocasiones los sudores se presentan frecuentes al principio de la enfermedad y, este síntoma, con los calofríos que afectan alguna periodicidad, hace difícil el diagnóstico diferencial con el paludismo. El pulso permanece durante la evolución de la enfermedad lleno y regular, entre 90 y 120 por minuto y, en muchos casos, no sobrepasa 100 a pesar de la altura de la fiebre.

La enfermedad no siempre se manifiesta en la forma descrita. Es común el principio brusco con un calofrío intenso, comparable



al inicial de las neumonías, y alza de la temperatura a 40 ó 41, con sudores y descenso a la normal al día siguiente o subsiguiente para ascender de nuevo y seguir el curso corriente, con oscilaciones mayores que en la forma común. (Véanse cuadros de temperatura 3 y 4).

También se han presentado formas en que falta por completo la cefalalgia y otras en que ésta, de gran intensidad, el exantema

y los dolores musculares constituyen los únicos síntomas, pudiéndose anotar en uno que otro día, ligeros ascensos térmicos que no sobrepasan 37.3. Otras veces la enfermedad se ha iniciado con los caracteres de una afección gripal o broncopulmonar fuerte hasta el quinto o sexto día en que la aparición del exantema ha venido a aclarar el diagnóstico.

Menos frecuente que las anteriores ocurre una forma de carácter grave, con gran postración, temperaturas altas con pequeñas oscilaciones, pulso acelerado hasta 140 por minuto, delirio, estupor, embotamiento absoluto de las facultades intelectuales, polípnea, congestión pulmonar y hepática marcadas, tos seca, constipación; el enfermo no se da cuenta de nada y pierde el control de sus actos fisiológicos presentándose incontinencia de orina y materias fecales; esta gravedad se mantiene hasta el fin de la enfermedad en que, tras de un estado tan alarmante, hace una crisis rápida y recobra de un momento a otro sus facultades entrando en una convalecencia sin mayores incidencias. Esta forma se presenta en las personas ancianas y en las agotadas por exceso de trabajo o de otra índole; en ellas tienen lugar las complicaciones del miocardio y las broncopulmonares, preferentemente.

Ya se dijo que la enfermedad es sumamente rara en los niños y de una duración corta, de nueve a diez días.

En las mujeres embarazadas no se ha notado ninguna modificación apreciable en el curso de la afección y, en ninguno de los casos atendidos por nosotros, ha sido motivo para la interrupción de la gestación ni ha desencadenado fenómenos de intoxicación gravídica de ninguna naturaleza. Tampoco se ha apreciado influencia notoria sobre los recién nacidos cuya madre sufrió la enfermedad durante la gravidez.

La duración de la enfermedad es de quince días en la mayoría de los casos. Algunos han evolucionado en diez u once y otros, muy pocos, se prolongaron hasta los diez y siete o los diez y ocho. Queremos hacer mención de algunas formas prolongadas en las cuales, cuando la lisis se venía verificando normalmente, adquieren una reagudización caracterizada por un nuevo ascenso en oscilaciones ascendentes para terminar luégo en una nueva lisis ya definitiva. (Cuadros de temperatura 5 y 6).

Complicaciones.

Las más comunes son las miocarditis, las nefritis y las bronconeumonías. Las primeras, muy frecuentes ceden generalmente a los medios terapéuticos; las dos últimas habitualmente son de carácter gravísimo aunque no siempre mortales.

Se han observado escaras en las regiones sacras y trocaterianas.

En los individuos palúdicos se presenta la reavivación de los accesos, dando lugar a formas complicadas, ya sea durante la evolución de la enfermedad, ya en la convalecencia.

Mortalidad.

En los casos que contemplan el presente informe la mortalidad ha sido del 2%, así:

Casos tratados.	745
Muertos:	
Hombres	10
Mujeres.	5
Total.	15

Por las siguientes causas:

Por gangrena diabética.	1
Por síncope, a principio de la convalecencia en un paratítico general	1
Por Bronconeumonía	4
Por Miocarditis	3
Por Uremia	5
Por Neumonía.	1

Exámenes de Laboratorio.

La carencia casi absoluta de elementos para exámenes de laboratorio no nos han permitido hacer nada en este sentido. Los exámenes repetidos de orina en la mayor parte de los enfermos nos permiten anotar que la albuminuria se encuentra en muy bajo porcentaje. En las formas asociadas al paludismo se ha encontrado en la sangre el hematozoario.

Número de enfermos aproximadamente que han padecido la enfermedad.

Teniendo en cuenta los numerosos casos de las veredas y de la misma población que no se han hecho tratar, los que se han sometido a tratamientos empíricos o insuficientes, los que han solicitado tratamiento por intermedio de otras personas, los tratados en el hospital y en la ciudad por los médicos, calculamos en 2.500 los casos ocurridos hasta el presente en este municipio. De estos han

tenido asistencia médica y observación diaria durante la evolución de su enfermedad 745, así:

Hombres	414
Mujeres	331

Medidas profilácticas.

En los primeros meses de la epidemia y, cuando aun creíamos estar en presencia de una fiebre entérica del grupo tifoidea-paratifoidea, se pusieron en práctica las medidas profilácticas indicadas para tal emergencia, consistentes en una insistente labor educativa, ya individual, ya por medio de conferencias o de publicaciones; vacunación, empleando en amplia medida las vacunas por vía oral y la inyectable del Laboratorio Nacional de Higiene; uso del agua hervida; aislamiento hasta donde era posible de los enfermos y desinfección de ropas y enseres usados por ellos, sin que ninguna de estas medidas diera el más mínimo resultado para evitar la rápida propagación de la epidemia.

Posteriormente, ya conocidos los resultados obtenidos por el doctor Patiño Camargo, se orientó la campaña en el sentido aconsejado para la profilaxis del tifo exantemático: lucha contra las ratas y las pulgas, más difícil en la práctica de lo que parece; rasuramiento del cabello y despiojamiento en el hospital; aseo personal; propaganda por medio de frecuentes conferencias sobre la necesidad y la forma de poner en práctica las citadas medidas. Con lo que se ha logrado hacer en tal sentido la epidemia tiende a disminuir, o mejor dicho, ha adquirido carácter de endemia con recrudescencias en algunos meses.

El doctor Patiño Camargo me remitió, en el mes de junio de 1942, 120 cc. para cuarenta personas de Vacuna de Cox para que la aplicara por vía de ensayo. En su nota remisoria me dijo el distinguido epidemiólogo: "... En el hombre apenas está ensayándose. A ustedes toca decidir si sirve o no sirve. Se piensa que la protección es parcial y que sólo podría asegurarse en un término de un año, es decir, habría que reforzar la inmunidad al fin del año para las personas expuestas al contagio". Pues bien: las cuarenta vacunas fueron aplicadas por mí conforme a las instrucciones del caso, y, de las personas vacunadas, seis han sufrido posteriormente la enfermedad, así:

Al mes de vacunadas	1
Al mes y medio	1
A los cinco meses	1
A los seis meses	1
A los diez meses	2

El primer caso se presentó con caracteres de gravedad y tuvo una forma prolongada con complicaciones nerviosas y pulmonares congestivas. Los otros cinco casos presentaron formas sumamente benignas. No considero suficientes los datos anteriores para conceptuar en ningún sentido sobre la eficacia de la vacunación por este producto, aunque llama la atención el alto porcentaje de vacunados que sufrieron la enfermedad antes del año, término indicado para reforzar la inmunidad con nuevas aplicaciones (*).

Otros datos.

Tres de los enfermos atendidos en el hospital y que presentaron formas leves, volvieron al cabo de varios meses con el mismo cuadro sintomatológico y he pensado en repetición por haber tenido los tres el exantema característico.

Ninguno de los casos ocurridos en este municipio ha tenido hemorragias ni perforaciones intestinales.

La convalecencia es rápida y la mayor parte de los enfermos han podido reanudar sus ocupaciones habituales en un promedio de ocho a diez días, aumentando de peso rápidamente hasta recuperar en pocos días o traspasar la cifra normal.

No se han observado secuelas de carácter grave como consecuencia de la enfermedad. Sólo subsisten por algunas semanas la astenia y las mialgias en los miembros inferiores.

En los últimos meses las formas han sido, en la casi totalidad de los casos, más cortas y benignas y la mortalidad ha sido nula.

(*) Vacuna preparada con virus de tifo exantemático europeo. N. de la R.

UN CASO DE HERMAFRODISMO

Por el doctor *Ramón González R.* — Manizales (*)

Preámbulo.

Deriva su nombre de la aventura mitológica de la ninfa Salmasis que amó al hijo de Hermes y Afrodita, implorando a los Dioses lazos de unión indisolubles, y satisfecha en su ruego hubo fusión de su ser con el de hermafrodita originando así un ser extraño que reunía los caracteres de ambos sexos.

300 años antes de Cristo, Teofrasto habla de Hermafroditos para significar esta divinidad bisexuada. Del siglo IV antes de Cristo nos queda en el arte el bello mármol de Policeto; el hermafrodita yacente.

Existe en la naturaleza el hermafrodita completo en ciertas plantas y animales. Los cestópodos realizan la autofecundación y los gastrópodos se acoplan y cada uno es a la vez fecundante y fecundado.

En los mamíferos sucede un caso muy extraño; me refiero a lo que los ingleses denominan Freemartin. Cuando las vacas paren gemelos de distinto sexo, el macho es siempre normal pero la hembra presenta caracteres fuertemente masculinos (94%). Estas hembras tienen la apariencia de machos castrados. Un examen minucioso muestra en ellos gran variedad de anomalías en sus órganos genitales internos: el ovario es rudimentario con analogías a un testículo embrionario, el útero es pequeño y delgado, los conductos de Gartner tienen gran desarrollo asemejándose a conductos deferentes.

Se colige de estos hechos la idea de que intersexualidad puede ser producida durante la vida embrionaria por la influencia sucesiva o simultánea sobre el soma, de las hormonas de ambos sexos. El Freemartin es influenciado por la hormona masculina que aparece con anterioridad e inhibe el desarrollo genésico normal de la hembra.

(*) Nota de la R.—El diagnóstico fué comprobado por el estudio histológico realizado en la Facultad de Medicina de Bogotá en el laboratorio de Anatomía Patológica por el doctor Manuel Sánchez Herrera.

Por otra parte las experiencias de Dantschacoff con la hormona folicular en los embriones de gallina, han logrado producir una transformación sexual innegable mediante la acción de esta hormona, si bien es cierto por un tiempo limitado. Los embriones jóvenes de determinación masculina pero aún no diferenciados sexualmente que fueron tratados con hormona folicular, se desarrollaron siempre como hembras, pero pasado algún tiempo se transformaron de nuevo en machos.

Si es en las aves la hormona femenina la que puede cambiar el sexo, en los mamíferos es la hormona masculina la que provoca análogos fenómenos. Se ha experimentado que la inyección de hormona folicular en el embrión de los mamíferos tiene efecto mortal.

Los caracteres sexuales son reversibles. Estos caracteres después de haberse diferenciado hasta cierto límite, pueden ser modificados en dirección sexual opuesta. El desarrollo y diferenciación de un sexo es estimulado por la secreción de las gonadas del mismo sexo e inhibido por las del sexo contrario.

Desde el descubrimiento e interpretación de los heterocromosomas o cromosomas X, se sabe que la diferencia más sustancial entre los sexos está determinada por una diferencia de constitución cromosómica. Este dimorfismo celular de los elementos citológicos del macho y de la hembra existen ya desde la fecundación. Se debe al hecho fundamental de que el hombre posee dos clases de espermatozoides de 23 y 24 cromosomas (heterocigote), y la mujer solamente una especie de óvulo de 24 cromosomas (homocigote). Existen pues 2 combinaciones posibles: espermatozoide de 23 cromosomas con óvulos de 24 cromosomas y el huevo fecundado será de sexo masculino y espermatozoides de 24 cromosomas o con óvulos de 24 cromosomas y el huevo fecundado será de sexo femenino. Pero esta matemática genética ligada a los genes aportados por los cromosomas, es susceptible de modificaciones bajo el influjo de las secreciones internas de los progenitores, especialmente la hormona tiroidea. En el hombre el hermafroditismo es accidental y siempre imperfecto y por esta razón puede definirse como la asociación en el mismo individuo de caracteres de ambos sexos.

Anomalías y caracteres sexuales del hermafroditismo. — Caracteres primarios. — Están representados por los órganos genitales: glándulas, vías genitales y órganos genitales externos.

Glándula genital. — Se origina en el epitelio germinativo de Waldeyer que recubre la eminencia genital bilateral. (Estado indiferente asexual). Esta fase es seguida por la aparición de los cordones sexuales profundos, esbozos del testículo y de los tubos de Pflüger esbozos del ovario. Existe allí un estado bisexual o fase

de hermafroditismo glandular primitivo. Normalmente uno de estos dos esbozos se atrofia y el otro evoluciona determinando el sexo. Anormalmente se desarrollan ambos originando el ovotestes que puede ser uni o bilateral o alterno que es el más frecuente.

Las vías genitales.—Nacen de un esbozo doble. Los canales de Müller que se fusionan en su parte inferior abriéndose en la cloaca y originan los órganos de la copulación y del parto; y los canales de Wolff, que se abren aisladamente en la cloaca dando origen al aparato escretor del esperma. Allí hay un estado bisexuado o hermafroditismo tubario primitivo. Normalmente uno de los canales se atrofia y el otro se desarrolla. Los canales de Wolff originarán los tubos rectos, los conos deferentes, los canales epididimarios, los canales deferentes, las vesículas seminales y los canales eyaculadores dejando para la mujer el cuerpo de Rosenmüller, el ligamento redondo y el canal de Gartner. El canal de Muller dará las trompas, la matriz, la vagina, dejando para el hombre la hidátide de Morgagni, y el utrículo prostático. Anormalmente los canales continúan un desarrollo completo originando un hermafroditismo primario tubular que puede ser unilateral, bilateral o alterno.

Organos genitales externos.—Estos órganos no presentan bisexualidad embrionaria pero si se desarrollan por modificación de un estado indiferente (el abocamiento del canal urogenital a la parte anterior de la cloaca externa por la hendidura urogenital). Normalmente la formación se completa por la separación del canal urogenital en uretra y vagina en la mujer y en el hombre el tubérculo genital se hipertrofia, el canal urogenital persiste y se prolonga en gotera uretral. Bajo el tubérculo los pliegues genitales se sueldan para formar la uretra y los cordones genitales se fusionan para formar el escroto. Anormalmente hay exceso de formación en la mujer o defecto en el hombre. (Hermafroditismo primario externo).

Los caracteres secundarios.—Están representados por la conformación somática propia a cada sexo y dependen de las secreciones internas de las glándulas genitales.

Los caracteres terciarios.—Están representados por el instinto genésico comandado por las secreciones internas y en cierta medida por la influencia del ambiente donde vive el individuo.

Formas de hermafroditismo.—Prácticamente existen dos formas de hermafroditismo. Los androginiodes y los ginandroides.

Los androginiodes cuyas glándulas sexuales pertenecen al tipo macho son los más numerosos y se dividen en tres clases.

Variedad externa.—Las vías genitales son de tipo macho. Los órganos genitales externos son de tipo femenino normal o a veces incompleto, (androginoide externo).

Variedad interna.—Los órganos genitales externos son de tipo macho y las vías genitales son de tipo femenino uni o bilaterales, (androginoide interno).

Variedad completa.—Las vías genitales y los órganos genitales externos son de tipo femenino completo, pero existen testículos, (androginoide completo).

Los androginoideos pueden ser fecundos. Los testículos son generalmente ectópicos.

El tipo androginoide no nos concierne en este caso y por eso hago omisión de él.

La Historia Clínica.

A. C. varón natural de Santa Rosa de Cabal. Vive en Manizales. Carpintero de profesión. 23 años de edad. Casado. Color blanco, buena complexión, sin antecedentes patológicos fuera de la hernia que va a estudiarse.

El padre tiene desde hace mucho tiempo una úlcera de la pierna. La madre es sana. Tiene 4 hermanas casadas todas con hijos. Un hermano de 35 años casado y con descendencia, que a decir del enfermo tiene también como él una hernia congénita y criptorquidia. Afirma el enfermo que su hernia es congénita, pues según dicen los padres nació con ella. La hernia ha sido reductible y el enfermo usaba braguero y tenía frecuentemente que manipular con ella pues en ciertos momentos se hacía muy dolorosa. Su erotismo ha sido normal. Masturbaciones desde los 18 años y a los 20 años tubo sus primeras relaciones sexuales normalmente, relaciones que se repitieron cada 15 ó 20 días. Actualmente está casado y aunque no ha tenido hijos jamás ha notado anormalidad en sus relaciones sexuales. Tampoco ha tenido tendencias homosexuales.

Examen del enfermo. — Todos sus órganos funcionan normalmente. Voz varonil, barba y vellos abundantes. Presenta a la inspección una hernia inguinal derecha y las bolsas son muy reducidas de tamaño. A la palpación se observa que hay criptorquidia bilateral y al explorar el conducto inguinal se nota que está muy dilatado y la hernia es fácilmente reductible.

Operación. — Día 20 de octubre. Anestesia general. Cirujano Ramón González R. Ayudante Eduardo González Robledo.

Se practicó la incisión de costumbre para la operación de la hernia inguinal. Al abrir el saco herniario se observó que este estaba vacío, su contenido se había reducido en la cavidad abdominal. Al explorar el cuello para cerrarlo se observó en el fondo un órgano móvil grueso que no correspondía ni a intestino ni a epiplón; lo tomamos con una pinza tratando de exteriorizarlo y con gran facilidad pudimos extraerlo pues daba margen para ello. Una vez afuera procedimos a examinarlo y con sorpresa notamos que se trataba de un útero bien desarrollado de dimensiones poco menores que el de una mujer adulta, con ligamentos anchos normales, trompas de dimensiones normales insertadas en los cuernos uterinos y dos órganos ovalares en el sitio correspondiente a los ovarios. Continuando nuestro examen pudimos encontrar que de cada uno de esos órganos ovalares salía un conducto de dirección paralela a las trompas que al llegar al borde uterino doblaba hacia abajo en ángulo recto siguiendo una dirección paralela a ese borde, hasta llegar al cuello uterino en donde se confundían con los tejidos adyacentes. Estos cordones no eran otra cosa que los cordones espermáticos que tenían su origen en los órganos ovalares, que ocupaban como dijimos antes, el sitio de los ovarios y que al examen detallado no dejaban lugar a duda de que eran los testículos. El aspecto que presentaba esta pieza era interesante y su claridad y precisión tales como las inimitables figuras de Testut o como puede verse en el curso de unas laparotomía infraumbilical en una mujer delgada con órganos sanos y bien expuestos.

En presencia de este caso de hermafroditismo con elementos tan precisos y bien desarrollados y definidos de uno y otro sexo, resolvimos eliminar la parte femenina eliminando las trompas y el útero conservando intactos los testículos y los cordones que estaban cubiertos por las dos láminas del ligamento ancho.

Se practicó una histerectomía subtotal con salpinguectomía bilateral procediéndose en seguida a colocar los testículos en la bolsa derecha terminando la intervención con la reconstrucción de los dos planos del canal inguinal. El post-operatorio fué normal.

Este es el caso de hermafroditismo androginoide interno bilateral.

Ramón González R.

UNDECIMA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

(Celebrada en Río de Janeiro, Brasil, septiembre 6-18, 1942).

Acta final.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana inició sus sesiones en la ciudad de Río de Janeiro el 6 de septiembre de 1942 con una sesión preparatoria en la cual se procedió a elegir al Presidente definitivo de la Conferencia, siendo designado por aclamación para ello el doctor Joao de Barros Barreto, Presidente de la Comisión Ejecutiva de la Conferencia.

También fueron aclamados como Secretarios Generales los doctores Aristides A. Moll y Almir Castro, y como Secretarios adjuntos, los doctores Jules Thébaud, Edward C. Ernst, Guillermo García de Paredes y Osvaldo Lopes da Costa.

Realizado, de acuerdo con lo dispuesto en el reglamento, el sorteo para establecer el orden de precedencia de las delegaciones, obtuvo el siguiente resultado:

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1º Haití. | 12º Bolivia. |
| 2º Guatemala. | 13º Ecuador. |
| 3º Canada. | 14º Honduras. |
| 4º Uruguay. | 15º Nicaragua. |
| 5º Colombia. | 16º El Salvador. |
| 6º Costa Rica. | 17º Cuba. |
| 7º Paraguay. | 18º Argentina. |
| 8º Venezuela. | 19º Perú. |
| 9º Estados Unidos. | 20º República Dominicana. |
| 10º Chile. | 21º Panamá. |
| 11º México. | |

La sesión inaugural tuvo lugar el día 7 de septiembre por la noche, en un acto solemne presidido por el Excelentísimo señor Ministro de Educación y Salud del Brasil, doctor Gustavo Capanema, quien convidó a tomar asiento en la mesa presidencial a los doctores Hugh S. Cumming, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Joao de Barros Barreto, Director General del Departamento Nacional de Salud Pública de Brasil y Presidente de la XI Conferencia Sanitaria, y Aristides A. Moll y Almir Castro, Secretarios Generales de la Conferencia.

El doctor Capanema, cuyo discurso consta en las Actas Generales, inauguró la sesión, en la que además hicieron uso de la palabra los doctores Hugh S. Cumming y Joao de Barros Barreto, cuyos respectivos discursos figuran igualmente en las Actas Generales.

Comisiones.

La Conferencia acordó la constitución de las Comisiones siguientes:

Votos y resoluciones: los Jefes o representantes respectivos de las Delegaciones de Argentina, Chile, Estados Unidos, México, Ecuador, Honduras, Perú, República Dominicana y Venezuela, y dos miembros *ex-officio* de la Mesa de la Conferencia que fueron los doctores Joao de Barros Barreto y Aristides A. Moll.

Credenciales: los Jefes de las Delegaciones de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Uruguay.

Ingeniería sanitaria: los ingenieros sanitarios presentes, orientados por un núcleo central constituido por los ingenieros que formaban parte de las Delegaciones de Paraguay, Panamá y El Salvador.

Dentro de la Comisión de Votos y Resoluciones, quedó organizada una subcomisión para orientar los trabajos relativos a Defensa Continental, constituyéndola los Jefes de las Delegaciones de Estados Unidos, Venezuela y República Dominicana.

Previo informe del Secretario General, la Conferencia aprobó definitivamente los poderes de los siguientes delegados:

Argentina: Doctor Rodolfo Vaccarezza, doctor Francisco Martínez, Ing. Jorge Claypole. **Bolivia:** doctor Abelardo Ibáñez Benavente. **Brasil:** doctor Joao de Barros Barreto, presidente, Dr. Almir Godofredo de Almeida e Castro, Dr. Adelmo Mendoça, Dr. Alberto Pires Amarante, Dr. Carlos Aciolide Sá, Dr. Carlos Chagas Filho, Dr. Decio Parreiras, Dr. Eder Jansen de Mello, Dr. Francisco Borges Vieira, doctor Genesio Pachecho, doctor Geraldo Paula Souza, doctor Henrique de Baurepaire Rohan Aragao, doctor Humberto Pascale, doctor José Guilherme Lacorte, doctor José Monteiro Sampaio, doctor Manoel de Abreu, doctor Mario Pinotti, doctor Otavio Magalhães, doctor Paulo Parreiras Horta, doctor Samuel Pessoa. **Canada:** doctor Jean Desj, doctor L. Mayrand. **Colombia:** doctor Augusto Fernández. **Costa Rica:** doctor Solón Núñez. **Cuba:** doctor Gabriel Landa. **Chile:** doctor Eugenio Suárez, doctor Víctor Grossi, doctor Mario Prado, doctor Enrique Laval, doctor Benjamín Viel, doctor Francisco Rojas, doctor Guillermo Grebe, doctor Julio Caballero, doctor José Binimelis Roa, doctor Hernán Urzúa. **Ecuador:** doctor L. Izquieta Pérez, doctor L. W. Hackett, doctor Atilio Macchiavello. **El Salvador:** doctor Víctor Arnoldo Sutter, doctor F. J. Osegueda. **Estados Unidos:** doctor Thomas Parran, doctor G. L. Dunnahoo, doctor George C. Dunham, doctor W. H. Sebrell, Capt. Charles S. Stephenson, doctor Abel Wolman, y Philip P. Williams. **Guatemala:** doctor Manuel Arroyo, doctor Carlos Vas-seaux. **Haití:** doctor Jules Thébaud, doctor Luis de Morais, Jr., doctor Virgilio de Oliveira, doctor Artur Martins Sampaio. **Honduras:** doctor Pedro

Ordóñez Díaz. **México:** doctor Manuel Martínez Báez, doctor Alberto P. León. **Nicaragua:** doctor Honorio Argüello. **Panamá:** doctor Guillermo García de Paredes, Ing. Carlos Guardia. **Paraguay:** doctor Miguel Oliveira e Silva, doctor Leandro Pereira, doctor Ramón Prieto, doctor Raúl Peña, doctor Jorge Roig Ocampos, doctor Manuel Ochoa, doctor Manuel Giménez, doctor César Martínez Ramella. **Perú:** doctor Carlos de la Puente, doctor C. E. Paz Soldán, doctor César Gordillo Zuleta, doctor Hugo Pesce. **República Dominicana:** doctor Manuel A. Robiou. **Uruguay:** doctor Enrique Claveaux, doctor Estenio Hormaeche. **Venezuela:** doctor Arnoldo Gabaldón, doctor Rafael Rísquez Iribarren. **Oficina Internacional del Trabajo:** doctor Rodolfo Paula Lopes. **Fundación Rockefeller:** doctor Fred L. Soper. **Oficina Sanitaria Panamericana:** doctor Hugh S. Cumming, doctor E. C. Ernst, doctor Aristides A. Moll, doctor John D. Long, doctor F. E. Linder.

Votos y resoluciones.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó los votos, resoluciones y recomendaciones que a continuación aparecen:

Defensa Continental y Sanidad Pública.

Considerando:

1º Que la continuación y expansión de las hostilidades en el mundo han demostrado la importancia que revisten los problemas de sanidad pública;

2º Que el peligro de que se extiendan más las hostilidades en el Hemisferio Occidental obliga a intensificar los preparativos de la defensa en el campo de la sanidad pública;

3º Que está reconocido el principio de la igualdad de sacrificios, en lo que respecta a la sanidad pública, para la defensa conjunta del Continente Americano;

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Resuelve:

Recomendar a los Gobiernos Americanos:

1º Que continúen consultándose mutuamente, a medida que esto resulte necesario, en lo tocante a la posible adopción de medidas encaminadas a ejecutar la recomendación XXX de la Tercera Reunión de Cancilleres de las Repúblicas Americanas;

2º Que adopten medidas encaminadas no sólo a conservar y mejorar los recursos médicos y otros necesarios para la conservación de la salud pública y la seguridad continental, sino también para fomentar el intercambio de tales recursos a fin de satisfacer las exigencias continentales relativas a la salud;

3º Que realice cada uno de ellos, una encuesta sobre la distribución geográfica de las enfermedades transmisibles de importancia en tiempo de guerra, de acuerdo con un programa que formulará la Oficina Sanitaria Panamericana;

4º Que de conformidad con los planes sugeridos por la Oficina Sanitaria Panamericana acopien datos epidemiológicos y sanitarios y los suministren

inmediatamente a dicha Oficina para distribución inmediata entre las Repúblicas Americanas;

5º Que lleven a cabo un inventario de las existencias de los recursos esenciales para la conservación de la salud con que cuentan, a fin de asegurar su mejor utilización y facilitar el aprovechamiento de los mismos en las obras de defensa sanitaria continental;

6º Que lleven a cabo, asimismo, una encuesta relativa a sus necesidades médicas y sanitarias a fin de determinar cuáles son las imprescindibles para mantener la salud pública, que deben ser atendidas con el auxilio de los otros países;

7º Que preparen informes confidenciales sobre los resultados de las precitadas encuestas, los cuales, tomadas en cuenta las limitaciones impuestas por las exigencias militares, serán sometidas para consideración por la Oficina Sanitaria Panamericana y los países interesados;

8º Que la eficiente cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana sea utilizada largamente en todo asunto concerniente a los problemas de sanidad y de defensa sanitaria, pidiéndosele específicamente la designación de una Comisión de Técnicos cuyos servicios podrán ser solicitados por los diversos países para llevar a cabo encuestas relativas a las enfermedades o para inventariar las necesidades que haya de recursos esenciales para la conservación de la salud pública como medio de defensa continental; y que cuando esta Comisión visite cualquier país, el Director General de Sanidad o la autoridad correspondiente será considerado, *ex-officio*, como miembro de la misma;

9º Que de presentarse o amenazar en cualquier país alguna epidemia, que pueda afectar la salud de las poblaciones de los países vecinos o la seguridad continental, los demás países, suministren si así se les pide, toda la asistencia y auxilio necesarios, de acuerdo con sus propias posibilidades y bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana;

10º Que dado que el incremento de los transportes aéreos, tanto civiles como militares, muchas veces por rutas imprevisibles, favorece grandemente la diseminación de las enfermedades por intermedio de insectos vectores o de enfermos y portadores, se advierta a los diversos Gobiernos la necesidad de adoptar medidas extraordinarias y eficientes para prevenir dicha diseminación, debiendo para esto obtenerse la más amplia cooperación entre las autoridades sanitarias, civiles y militares. La Oficina Sanitaria Panamericana funcionará como centro de información y de consulta sobre este asunto.

Servicios militares de sanidad.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve:

1º Sugerir la conveniencia de establecer una cooperación integral entre los servicios de sanidad, militares y civiles.

2º Sugerir a los Servicios de Sanidad Militar de los distintos países;

(a) La creación de núcleos de médicos sanitaristas dentro de los mismos servicios;

(b) que los médicos sanitaristas, cuyos servicios sean juzgados por los Gobiernos respectivos utilizables para las poblaciones civiles, sean en caso de movilización aprovechados como sanitaristas;

(c) Que se incluyan cursos de especialización en Higiene y Salud Pública, en los cursos de medicina militar, y que en los mismos se matricule parte de los médicos convocados para servicio activo.

Ingeniería sanitaria.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

1º Estimular en regiones apropiadas de la América Latina la producción del cloro y sus compuestos para la desinfección de las aguas potables y cloacales;

2º Estimular la producción del verde de París para la lucha contra el mosquito, en zonas convenientemente localizadas;

3º Estimular, en regiones bien escogidas de la América Latina, la producción de cemento destinado a obras de ingeniería con finalidad antimalárica y otras realizaciones sanitarias;

4º Levantar el censo del personal especializado en ingeniería sanitaria, e instituir cursos intensivos de esa especialidad, de manera que pueda proveerse convenientemente de el personal técnico necesario;

5º Crear núcleos de auxilio mutuo, en estados y países limítrofes, para el inventario y almacenaje de materiales destinados a las obras sanitarias a fin de que su intercambio pueda ser facilitado en caso de urgencia;

6º Tomar medidas para la protección del agua, así como para la garantía de las maquinarias y materiales necesarios para obras sanitarias;

7º Estimular las pesquisas encaminadas a descubrir sustitutos de los materiales empleados en obras sanitarias que puedan escasear;

8º Estudiar analíticamente y dominar los peligros derivados del riego con agua contaminada de los productos vegetales empleados para alimento;

9º Tomar medidas técnicas adecuadas, a fin de proteger contra actividades destructoras, los establecimientos de importancia sanitaria;

10º Crear una comisión permanente de ingenieros sanitarios a la que desde luego incumba la redacción de los preceptos mínimos de ingeniería sanitaria que hay que aplicar en caso de urgencia.

Nutrición.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los Gobiernos de las Repúblicas Americanas:

1º Que la producción de géneros alimenticios sea planeada de conformidad con la necesidades alimenticias básicas de la población, establecidas por medio de encuestas, y concediendo atención especial a este problema en las regiones de monocultivo.

2º Que se den o fomenten medios apropiados de transporte a fin de posibilitar la distribución equitativa de los géneros alimenticios (si fuera necesario por el Gobierno), de manera que cada individuo pueda adquirir los alimentos que necesita para mantener su salud.

3º Que se conceda atención especial a la educación del pueblo, y en particular a la nueva generación en lo tocante a la importancia de la nutrición correcta.

4º Que se establezca una íntima colaboración entre los varios Ministerios interesados en los diversos aspectos del problema de la nutrición, a fin de que se instituya en cada país una política y un plan nacionales de alimentación.

5º Que las pesquisas sobre nutrición se orienten especialmente en el sentido de:

(a) Estudiar la relación entre la composición del suelo y el tenor en sales minerales de los alimentos vegetales;

(b) estudiar las relaciones suplementarias de las proteínas vegetales de diversos orígenes;

(c) Estudiar en grupos de población los efectos de los regímenes simples y monótonos.

Leche.

Siendo la leche alimento de primera necesidad la XI Conferencia Sanitaria Panamericana aconseja el estudio de los procedimientos más sencillos y apropiados a cada región de cada país para obtener leche de buena calidad higiénica, asegurando su protección por la pasteurización fiscalizada o el hervido a domicilio.

Viviendas.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda que, entre los asuntos que trate la V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, figure el estudio de la habitación en todos sus aspectos, para lo cual la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington designará una comisión técnica que preparará la documentación pertinente y sugerirá a los Gobiernos que no hayan aún creado comisiones nacionales sobre la materia, que las organicen oportunamente.

Código Sanitario Tipo.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve:

Continuar la Comisión de Código Sanitario Tipo, reforzando sus atribuciones y poderes, a fin de obtener de las autoridades competentes de cada república todos los informes relacionados con la tarea de los estudios de la evolución del Derecho Sanitario.

Autorizar a la referida Comisión para formular un plan definitivo de trabajo que será sometido a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual lo pondrá en conocimiento de los Gobiernos interesados.

Pedir a la Oficina Sanitaria Panamericana que se encargue de adoptar las providencias necesarias para la ejecución y financiamiento de este trabajo, cuyos resultados serán sometidos a la consideración de la V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad.

Carretera Panamericana.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando que la construcción y utilización de la Carretera Panamericana puede crear importantes problemas sanitarios, recomienda que la Oficina Sanitaria Panamericana facilite, a petición de los países interesados, auxilio técnico con respecto a los problemas precitados.

Biodemografía.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

1º La creación y mantenimiento en los servicios de sanidad de cada una de las Repúblicas americanas, de un órgano técnicamente preparado para la recolección, compilación y análisis de los datos biodemográficos y otros que guarden relación con la salud pública.

2º Que, en lo posible, la Oficina Sanitaria Panamericana coopere con las Repúblicas que soliciten su auxilio para la organización de los órganos de biodemografía o perfeccionamiento de sus métodos biodemográficos.

3º Que la Oficina Sanitaria Panamericana, en colaboración con el Instituto Interamericano de Estadística y los estadígrafos de los diversos países, coopere en la uniformización de técnicas y procedimientos, con el objeto de mejorar las organizaciones de estadística, y obtener, en mayor grado, uniformidad y comparabilidad en la información estadística relativa a biodemografía y salud pública.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda que:

1º Se adopte la recomendación de la IV Conferencia Panamericana de Directores de Salud relativa a la mejor obtención de datos estadísticos relativos a la incidencia del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares.

2º Se intensifique la práctica sistemática de autopsias en los casos de defunción sin asistencia médica.

3º Se instituya, en las Cátedras de Higiene y de Medicina Legal de las Escuelas de Medicina, como ejercicio obligatorio, la preparación de certificados de defunción.

4º Se constituya en la Oficina Sanitaria Panamericana una Comisión encargada de uniformizar las normas de bioestadística y de coordinar los esfuerzos encaminados a la solución de problemas bioestadísticos de interés común para los países de América.

Diarreas y enteritis.

Vista la complejidad e importancia de las diarreas y enteritis como causa de un gran número de muertes en particular en la infancia, la Conferencia recomienda que las Administraciones Sanitarias de los países de América propulsen estudios clínicos, microbiológicos y epidemiológicos acerca de las diarreas y las enteritis, concediendo atención especial a las salmonelosis, y que utilicen para ello los servicios de los laboratorios especializados ya existentes o que fueren organizados destacando entre ellos el Laboratorio de Higiene de Montevideo; y recomienda también que este asunto figure en el programa de trabajo de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Enfermedades de Chagas.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a todos los Gobiernos del Continente:

1º La realización de estudios relativos a la enfermedad de Chagas, desde el doble punto de vista, médico y social.

2º La solución del problema de la vivienda rural.

Fiebre Amarilla.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, enterada de los resultados obtenidos por el Brasil en lo tocante a la erradicación del *Aedes aegypti*, resuelve consignar un voto de aplauso hacia este progreso sanitario obtenido, que representa una garantía contra la propagación de la fiebre amarilla y pide al mismo tiempo a los Gobiernos de los países en cuyos territorios se encuentren los vectores de la enfermedad que organicen servicios destinados a su erradicación basándose en los planes adoptados en el Brasil.

Influenza.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, a fin de que sea posible conseguir datos que permitan obtener mejores medidas de lucha, recomienda:

Que se continúen las investigaciones sobre los medios de inmunización contra la influenza, hasta conseguir métodos eficaces de prevención, sin des-

cuidar, sin embargo, durante las diferentes epidemias, la ejecución de estudios epidemiológicos, clínicos y las observaciones de laboratorio acerca de la transmisión del virus, de lo cual se encargará un laboratorio central que será designado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Lepra.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

A la Oficina Sanitaria Panamericana que, de acuerdo con lo resuelto por la Conferencia de Bogotá se encargue de la organización de la Segunda Conferencia Panamericana de Lepra que se realizará en 1945, en el Brasil, nación ésta cuyos progresos notorios en este tema constituyen un ejemplo para el Continente.

Malaria.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, convencida de que la malaria es la dolencia que más perjuicios ocasiona a la mayoría de las naciones del Continente, recomienda que los Departamentos Nacionales de Sanidad de los países americanos acepten las recomendaciones de la Comisión de Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana y consideren a esta última como órgano consultor para la ejecución de sus planes de estudios y control del paludismo.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana consigna un voto especial de aplauso al Gobierno del Brasil, a sus técnicos sanitarios y a la Fundación Rockefeller, por la extinción del *Anopheles gambiae*, obra ésta que, además de constituir una demostración de los progresos en la salud pública alcanzados en el Brasil, representa una nueva afirmación de lo que puede esperarse de la cooperación interamericana, por lo cual merece la gratitud de todos los países del Continente.

Peste.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana complace en reconocer los continuos esfuerzos que las Repúblicas americanas, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana, han realizado para erradicar la peste bubónica de sus territorios y aconseja a los países en que esta enfermedad aún no ha sido eliminada, que continúen realizando campañas antipestosas, utilizando para ello las últimas técnicas profilácticas.

Tifo exantemático.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

La creación por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana de una Comisión de estudios sobre el tifo exantemático y otras rickettsiasis para:

1º Determinar las diversas variedades de virus tifoico que existen en cada país con el fin de conseguir mejores medios de vacunación.

2º Estudiar los reservorios y los vectores de tales virus que existen en cada país.

3º Presentar las conclusiones de sus trabajos a las próximas conferencias.

4º Que las autoridades sanitarias de las regiones donde existe tifo exantemático y en las que haya poblaciones indígenas, procuren conseguir la cooperación de las poblaciones por medio de la acción sanitaria de núcleos se-

leccionados entre los propios aborígenes, como medio más directo y eficaz de llegar a un estado sanitario que no sea efímero.

Tuberculosis.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda:

La adopción del método de Manuel de Abreu (microfilm) como método de diagnóstico en la lucha antituberculosa.

Votos de aplauso.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana otorga calurosos votos de agradecimiento y aplauso:

Al gobierno y al pueblo del Brasil por la manera generosa con que acogieron a las delegaciones y facilitaron sus trabajos;

A la Comisión ejecutiva y al Presidente, doctor Joao de Barros Barreto, por el éxito con que se condujeron en la organización y orientación de los trabajos de la Asamblea;

Al Director de la Escuela Nacional de Bellas Artes por la hospitalidad demostrada en la cesión de sus instalaciones para los trabajos de la Conferencia y por la valiosa cooperación prestada durante todo el transcurso de la misma;

A la prensa de Río de Janeiro por sus excelentes informaciones, que tan bien difundieron los trabajos realizados;

A la Academia Nacional de Medicina y a los grandes centros brasileros de investigación médica por su generosa acogida a las delegaciones;

A la Oficina Sanitaria Panamericana por su valiosa cooperación en los trabajos preparatorios y en todo el curso de la Conferencia;

A la Oficina Internacional del Trabajo por haberse hecho representar en la asamblea y por su cooperación al estudio de los problemas de la alimentación;

Al Gobierno del Canadá por haber participado por la primera vez en este Congreso Panamericano, afirmando así su sentimiento de solidaridad continental;

A las empresas de transporte aéreo por su relevante concurso, que hizo posible la asistencia de tan gran número de Delegados;

A la Fundación Ataulfo de Paiva por la amable invitación que permitió observar la clara demostración de la importancia de la acción social en cooperación con la salud pública.

Voto especial.

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana otorga un voto de elogio a las realizaciones sanitarias llevadas a cabo por el Gobierno del Presidente Getulio Vargas, cabalmente demostradas en la Exposición de Higiene y en las películas documentarias presentadas que evidencian no sólo el adelanto sanitario del Brasil, sino también el progreso de la Salud Pública en el Hemisferio, todo lo cual constituye ejemplo y enseñanza dignos de ser imitados.

Consejo Directivo.

De conformidad con la Constitución y Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana, resultó elegido el siguiente Consejo Directivo de la Oficina:

Persidente de honor: doctor Joao de Barros Barreto (Brasil).

Director: doctor Hugh S. Cumming (Estados Unidos).

Vicedirector: doctor Jorge Bejarano (Colombia).

Primer Consejero: doctor Víctor Arnoldo Sutter (El Salvador).

Segundo Consejero: doctor Enrique Claveaux (Uruguay).

Secretario Ejecutivo (*ex-officio*): doctor Aristides A. Moll.

Vocales: Representantes que serán nombrados por los países respectivos de las siguientes Repúblicas:

Paraguay.

Haití.

Honduras.

Guatemala.

Bolivia.

República Dominicana.

Panamá.

Miembro honorario: doctor M. Martínez Báez (México).

Sede de la próxima Conferencia.

Por unanimidad de votos se acordó que la XII Conferencia Sanitaria Panamericana tenga lugar en la ciudad de Caracas, en 1946, quedando la determinación de la fecha exacta a cargo del Gobierno de Venezuela.

* * *

Esta acta fué hecha y firmada en la ciudad de Río de Janeiro a los diez y ocho días del mes de septiembre de 1942, y entregada en copia auténtica a cada una de las delegaciones representadas en la Conferencia, debiendo enviarse una copia por la vía diplomática al Ministro de Relaciones Exteriores de la República del Brasil y otra a la Oficina Sanitaria Panamericana a fin de que ésta la trasmita a los países interesados.

Joao de Barros Barreto presidente; Aristides A. Moll, secretario general; Almir Castro, secretario general; Jules Thébaud, secretario adjunto; Edward C. Ernst, secretario adjunto; Guillermo García de Paredes, secretario adjunto y Osvaldo Lopes Costa, secretario adjunto.

Haití: Luiz de Moraes Jr., Virgilio de Oliveira; **Guatemala:** Manuel Arroyo, Carlos Vasseaux; **Canadá:** Jean Desf, L. Mayrand; **Uruguay:** Enrique Claveaux, Estenio Hormaeche; **Colombia:** Augusto Fernández; **Costa Rica:** Solón Núñez; **Paraguay:** Miguel Oliveira e Silva, Leandro Pereira, Ramón Prieto, Raúl Peña, Jorge Roig Ocampo, Manuel Giménez, César Martínez Ramella; **Venezuela:** Arnoldo Cabaldón, Rafael Risquez Iribarren, **Estados Unidos:** Thomas Parran, G. L. Dunnahoo, George C. Dunham, W. H. Sebrell, Charles S. Stephenson, Abel Wolman, Philip P. Williams; **Chile:** Eugenio Suárez, Enrique Laval, Benjamín Viel, Francisco Rojas, Guillermo Grebe, Julio Caballero, Hernán Urzúa; **México:** Manuel Martínez Báez, Alberto P. León; **Ecuador:** L. Izquieta Pérez, L. W. Hackett, Atilio Macchiavello; **Honduras:** Pedro Ordóñez Díaz; **Nicaragua:** Honorio Argüello; **El Salvador:** Víctor Arnoldo Sutter F. J. Osegueda; **Cuba:** Gabriel Landa; **República Dominicana:** Manuel A. Robiou; **Panamá:** Guillermo García de Paredes, Carlos Guardia; **Brasil:** Alberto Pires Amarante, Eder Jansen de Mello, Henrique de Beaurepaire Rohan Aragao, Humberto Pascale, José Monteiro Sampaio, Otavio Magalhaes, Paulo Parreiras Horta; **Oficina Sanitaria Panamericana:** Hugh S. Cumming, John D. Long, F. E. Linder.

(Tomado del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 22: N° 3, 1943).

II CONVENCION ANTIVENEREA NACIONAL

Durante la semana comprendida entre el 31 de mayo y el 5 de junio se reunió en Bogotá la II Convención Nacional antivenérea con asistencia de Delegados de casi todo el país.

Las reuniones tuvieron lugar en el hospital de la Samaritana y en ellas se trataron importantes temas en relación con las enfermedades venéreas.

Las conclusiones que aprobó la Convención fueron las siguientes:

Primera.—La II Convención Antivenérea Nacional considera que las enfermedades venéreas constituyen hoy un problema de gran trascendencia social que el Gobierno debe afrontar y resolver en beneficio del país.

Segunda.—Debe establecerse en el país una intensa campaña de educación sexual en íntima colaboración con las autoridades eclesiásticas y educativas.

Tercera.—Debe establecerse en cada uno de los Municipios del país un Puesto Profiláctico.

Cuarta.—Debe establecerse en cada una de las capitales de Departamento un Centro de Campaña Antivenérea, convenientemente equipado que oriente y controle la campaña en su territorio. El Gobierno Nacional por medio de la Sección de Lucha Antivenérea del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social y para unificar la campaña en todo el país ejercerá el control supremo de ella.

Quinta.—Debe el Gobierno Nacional como aporte a la campaña suministrar la droga standarizada que necesiten las entidades encargadas de la lucha en el país.

Sexta.—Recomiéndase al Gobierno Nacional tomar las medidas necesarias para que la conclusión aprobada por la Convención en relación con la sífilis latente y las reacciones positivas de la sangre sea respetada por las empresas e industrias.

Séptima. — La convención al dejar constancia de su caluroso voto de aplauso por la obra realizada por el Profesor Cavalier y sus

colaboradores en el Hospital de La Samaritana conceptúa, que dicha institución debe ser catalogada como el mejor centro antivenéreo de la República y como una verdadera Escuela Nacional de Venereología y por lo tanto se permite sugerir al Gobierno Nacional costee parte de los gastos que permitan a los médicos encargados de la Campaña Antivenérea en los Institutos Profilácticos de Provincias, venir al Hospital de La Samaritana a seguir cursos de especialización en al materia. Esta es la primera base para formar higienistas nacionales y unificar la campaña.

APUNTACIONES IDIOMATICAS Y CORRECCIONES DE LENGUAJE

Por Roberto Restrepo.

El doctor Roberto Restrepo, médico y humanista, acaba de publicar en la editorial de "Cromos" un excelente libro de correcciones del lenguaje que contiene los galicismos, anglicismos, neologismos, solecismos y barbarismos más frecuentes; anotaciones sobre gran número de vocablos que a juicio del autor deben ser admitidos, y observaciones críticas al diccionario de la Academia, e indicaciones sobre más de mil verbos irregulares o de dudosa conjugación. La parte más interesante para nosotros, es lo referente a los términos médicos. Es sabido que la lectura frecuente de libros franceses o ingleses determina que los estudiantes de medicina y los médicos usan con frecuencia galicismos o anglicismos inaceptables o inútiles.

En esta nota queremos felicitar de la manera más cordial al ilustre médico de nuestra Facultad de Medicina por su valiosísimo libro y aconsejar a los médicos escritores y a los estudiantes de medicina consulten el valioso libro del doctor Restrepo.

Para que el lector se forme juicio de la utilidad de esta obra, publicamos en seguida algunas de sus apuntes:

** ACRÓMIA.—Término médico de mucho uso, y que en buen castellano es *acromía*, es decir, con acentuación igual a *poli-cromía*, *hipercromía*, etc.

** ANOFELO.—El *mosquito* o *zancudo* se llama en lenguaje científico *anofeles* (del griego *annopheles*, molesto). Algunos autores dicen *anofelo*.

Los nombres de origen griego, terminados en *eles* en castellano, han seguido una ortografía inconstante en su formación. Del griego *Kibele* hacemos *Cibeles* en español, en tanto

que de *keellee*, que tiene una formación similar a *Kibelee*, hacemos *hidrocete* (*hydoor*, agua; *keelee*, tumor).

Por tanto creo aceptables las formas *anofele* y *anofeles*, pero no *anofelo*: "El *anofele*, o el *anofeles*, diezma la población campesina inoculando el paludismo".

La Academia ha recibido el término *anofeles*, pero lo da como adjetivo, lo que casi da a entender que no hay médicos en la Corporación, pues que el uso general lo ha consagrado casi únicamente como sustantivo.

- ** CONSTATAR.—Hombrecillo de tres y as necesitas una palabra, expresar una idea? Acude a un diccionario francés, que maldita la falta que te hace uno español si vas a escribir a la usanza de los que sólo entienden el gabacho. Así ves a cada triquitraque construcciones como éstas: "La comisión pudo *constatur* que los cargos eran infundados". "Se *constató* que eran muchos los comprometidos". "Esta *constatación* nos revela de cargos", etc.

Los mismos franceses recibieron muy tardíamente y hasta con algún recelo el verbo *constater*, por su vaga etimología: pero con esto y todo nuestros zotes traducen *constatar*, y piden palmas.

No tenemos acaso en español *cerciorarse de*, *corroborar*, *comprobar*, *comprobación*, etc.? Qué más queremos?

- * CURI.—m. La Academia ha preferido adoptar la voz afrancesada *cobayo* para designar el conejillo de Indias. La palabra *curí*, que empleamos como sustantivo común (el curí, la curí, debiera aceptarse, y si le agregamos expresiones como "ser una curí", que empleamos para denominar la mucha fecundidad de algunas hembras, habremos agregado al idioma expresiones de valor.

Acepta también el Diccionario la voz *cuy*, (del quechua *cuy*, de idéntico significado), pero la voz *curí*, que usó Fray Pedro Simón en sus *Noticias Historiales*, y que por algo la empleó este autor, es la dominante en Colombia.

- * FOLKLORE.—(De las voces inglesas *folk* y *lore*). "Ciencia que estudia las manifestaciones colectivas producidas entre el pueblo, en la esfera de las artes, costumbres, creencias, etc.". Esta es la definición que le dió la Academia al aceptar este vocablo. Todo eso está bien; excelente. La palabra la necesitamos. Lo que sí creo imperdonable es que al adoptar este vocablo, y sus derivados *folklórico* y *folklorista*, no les hubiera dado forma castellana, como era su deber. La sabia Corporación debiera enmendar esta falta y adoptar las formas *folclor*, *folclórico* y *folclorista*.

- ** FUETE.—De grado tomara yo un látigo y diera de latigazos

(que *latigazo* y *látigo* se dice, y no *fuctazo* ni *fucte*) a estas acémilas que tratan de comulgarnos con tan repugnantes galicismos.

Y qué diremos de los presumidos que dicen *focte* y *foctazo*? ¡Dios nos los tenga muy lejos de las narices!

- ** PARQUÉ.—Hoy cuando se están usando pisos de elegancia decimos *parqué*, como si empleando este galicismo completáramos algo que pudiera faltar al relumbrón petulante. Tenemos una voz españolisima y tan rumbosa como el embutido mismo que incorrectamente llamamos *parqué*, y es la palabra *taracea*; y *taracear* es el verbo con que designamos la acción de adornar con taracea o mosaico vegetal los pisos, muebles y otros objetos de lujo.

Más torpes son todavía los que dicen y escriben *parquet*.

- ** PARQUEAR.—Los que tienen automóvil se han vuelto tan elegantes que hablan ya a la inglesa y usan el verbo *parquear* en vez del castizo *estacionar*, y dicen *parqueo* por *estacionamiento*. ¡Majaderos!
- ** WILCHES.—Quien haya leído las eruditas disertaciones de Suárez sobre este apellido sabe y resabe que debe escribirse *Vilches*. Y ya Cuervo había anotado la forma *Wilches* como ridícula, pues que el lugar de la provincia de Jaén, cuyo nombre le dió origen, ha sido siempre *Vilches*.
- * YUGULAR.—Es el nombre de ciertas venas importantes del cuello, pero nunca en español se ha usado este vocablo como verbo, costumbre muy inveterada en los aficionados a la medicina. Lo que sucede es que los franceses tienen el verbo *juguler* que significa degollar, estrangular, y como aquéllos dicen *juguler un accès d'angine de poitrine* y otras frases parecidas, los médicos traducen a topa tolonadro: “*Yugular un ataque de angina de pecho*”.
- Debe decirse en estos casos *cortar*, *impedir*, *suspender*, *contener*, *parar*, *refrenar*, etc.
- * JÚNIOR.—Cuando padre e hijo llevan igual nombre acostumbra los ingleses designar el segundo seguido de la palabra *júnior* (del latín *iúnior*, más joven). Y aunque no pecaríamos contra las normas ligüísticas, es por lo menos un tanto pedante la imitación de esta costumbre anglosajona, ya que tenemos la voz *hijo*, de antiguo uso y que da más precisión a la idea; y así a nadie perdonaríamos que dijera Alejandro Dumas *júnior*.

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

Tesis de grado, declarada Meritoria. 1942.—Por Miguel Caldas G.

Conclusiones.

1. A la tuberculosis infantil hay que considerarle dos períodos cuya evolución es esencialmente distinta: el período de primo-infección y el de re-infección. Mientras que en el primero la generalización de la infección es una amenaza constante, en el segundo se manifiesta por una evolución local cuya semejanza con la tuberculosis del adulto es muy acentuada.

2. Que la comprobación a la radiografía, en la tuberculosis de primo-infección, de una sombra ganglionar yuxta-traqueal característica indica, casi fatalmente, una evolución ulterior de la enfermedad hacia la muerte.

3. Que la comprobación radiográfica en la tuberculosis de primo-infección de formas espleno-neumónicas aisladas puede hacer esperar la curación.

4. Que la sínfisis evolutiva de las serosas en la tuberculosis de primo-infección es de pronóstico grave y casi siempre conduce a la muerte.

5. Que la forma grave de tuberculosis de primo-infección más frecuentemente encontrada aquí, es la sínfisis evolutiva de las serosas y que, su evolución hacia la muerte es tanto más rápida cuanto menos avanzada sea la edad del niño.

6. Que la adenopatía traqueo-bronquica tuberculosa es privativa del primer período de la enfermedad; que nunca tiene esa riqueza sintomática que le atribuyen los clásicos y, que la comprensión mediastinal a que da lugar en veces, es velada y se traduce por muy pocos síntomas; que no hay razón para considerar una nueva aparición de este síndrome en el tiempo comprendido entre el fin de la primo-infección y el comienzo de la re-infección, cuando ésta se presenta.

7. Que juega un papel muy considerable en la evolución benigna o fatal de la tuberculosis infantil, la dosis, discreta o masiva, del contacto infectante dosis que hay que relacionar de manera estrecha con la edad del niño.

8. Que consultadas para este trabajo 760 historias se pueden clasificar así:

Espleno-neumonías: fueron encontrados 126 casos comprendidos entre 10 meses y 12 años de edad. Todos ellos fueron de evolución benigna.

Forma ganglionar caseosa descubierta por la radiografía: 38 casos, todos ellos en edad inferior a 3 años y de evolución mortal.

Sínfisis evolutiva de las serosas: 61 casos comprendidos entre 6 meses y 15 años de edad. Casi todos ellos de evolución mortal. Siendo de anotar aquí que la cisuritis fué la forma más a menudo encontrada en la primera infancia y que su terminación fué siempre fatal.

4^a Durante el trabajo el aumento de la aminoacidemia llega a su máximo, así:

Casos	Mínimo	Máximo	Promedio
58	9.03 mgrs.	15.31 mgrs.	11.23 mgrs.

Porcentajes durante el trabajo, 58 casos:

Entre 9 y 10 mgrs. hay	7 casos o sea	12.07%
Entre 10 y 11 mgrs. hay	16 casos o sea	27.59%
Entre 11 y 12 mgrs. hay	16 casos o sea	27.59%
Entre 12 y 13 mgrs. hay	14 casos o sea	24.14%
Entre 13 y 14 mgrs. hay	3 casos o sea	5.17%
Entre 14 y 15 mgrs. hay	1 caso o sea	1.73%

5^a En el primer día del puerperio, hay un descenso de la aminoacidemia, que observado particularmente en cada caso, se ve que es tanto mayor cuanto más laborioso ha sido el trabajo, y tanto mayor también, cuanto mayor es la edad de la enferma y menor el número de embarazo que ha tenido, lo cual naturalmente parece estar de acuerdo con la laboriosidad del trabajo, así:

Casos	Mínimo	Máximo	Promedio
75	6.60 mgrs.	12.40 mgrs.	9.27 mgrs.

Porcentajes durante el primer día del puerperio, 75 casos:

Entre 6 y 7 mgrs. hay	1 caso o sea	1.35%
Entre 7 y 8 mgrs. hay	7 casos o sea	9.46%
Entre 8 y 9 mgrs. hay	24 casos o sea	32.43%
Entre 9 y 10 mgrs. hay	23 casos o sea	31.08%
Entre 10 y 11 mgrs. hay	16 casos o sea	21.62%
Entre 11 y 12 mgrs. hay	2 casos o sea	2.70%
Entre 12 y 13 mgrs. hay	1 caso o sea	1.35%

6^a A medida que avanza el puerperio, la aminoacidemia vuelve a subir y llega en el octavo día a una cifra bastante superior a la normal, para luego decrecer y situarse después de algunas semanas en la normal, así:

Casos	Mínimo	Máximo	Promedio
64	8.70 mgrs.	12.48 mgrs.	10.25 mgrs.

Porcentajes durante el octavo día del puerperio, 64 casos:

Entre 8 y 9 mgrs. hay	4 casos o sea	6.25%
Entre 9 y 10 mgrs. hay	22 casos o sea	34.38%
Entre 10 y 11 mgrs. hay	23 casos o sea	35.95%
Entre 11 y 12 mgrs. hay	13 casos o sea	20.31%
Entre 12 y 13 mgrs. hay	2 casos o sea	3.11%

MODIFICACION AL TRATAMIENTO DE ASCOLI

Tesis de grado. 1942. — Por Guillermo Zerda Rodríguez.

Conclusiones.

1^o EL TRATAMIENTO DE ASCOLI, aplicado según la técnica exacta y original de su Autor, es incapaz de producir la reducción de las Esplenomegalias Palúdicas.

2º Nuestra modificación, o sea **la asociación continua y sistemática durante todo el Tratamiento**, de la Quimioterapia antimalárica al Tratamiento Adrenalínico de Ascoli, sí produce esta reducción, y además otras modificaciones generales favorables, así:

a) Modificaciones generales:

1ª Notable mejoría del estado general.

2ª Regeneración de los Hematíes.

3ª Evolución hacia la normalidad de la Fórmula Leucocitaria.

4ª Eliminación rápida e intensa de los pigmentos derivados de la hemolisis palúdica.

5ª Reducción notable y en ocasiones total de la HEPATOMEGALIA, en los casos en que se encuentra asociada a la ESPLENOMEGALIA.

b) Modificación de la esplenomegalia:

1ª Las esplenomegalias Tipos II y III, casi siempre reducen completamente. Otras veces, las menos, reducen parcialmente. Pero en ambas circunstancias, dicha reducción es **definitiva**.

2ª Las esplenomegalias Tipo IV, reducen apreciablemente, y su reducción es también **definitiva**.

3ª Cuando existe **síndrome de anemia esplénica hemolítica**, el Tratamiento lo mejora notablemente.

4ª La Cirrosis Hipertrófica Biliar-Palúdica, mejora considerablemente con Nuestra Modificación.

5ª Nuestra Modificación produce con frecuencia una alta EOSINOFILIA sanguínea.

6ª Insinuamos la aplicación de nuestra Modificación como tratamiento preoperatorio, en las ESPLENOMEGALIAS PALUDICAS con indicación quirúrgica.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA CRENOTERAPIA NACIONAL. "AGUAS MEDICINALES DE CHOACHI"

Tesis de grado. 1942. — Por Enrique Acosta Barriga.

Conclusiones.

Después de estudiar detenidamente los diversos aspectos de las aguas medicinales de Choachí, hemos llegado a la convicción plena de su eficacia terapéutica. La Crenoterapia no es una panacea, ya lo hemos dicho, pero creemos firmemente que un gran porcentaje de nuestros enfermos crónicos se beneficiarán incomparablemente más con esta medicación, que con muchas otras. Muchos hechos prueban y justifican la importancia que damos en esta Tesis a las aguas de Choachí.

No es poco lo que queda por hacer en este ramo de la medicina nacional. Nada más rico y variado en fuentes medicinales que nuestro suelo, pero a la vez nada más ignorado. Nunca se alabará bastante el precioso instrumento terapéutico que representa una estación termal. Es por la mejoría que es capaz de producir en las viciaciones humorales, en los trastornos funcio-

nales, en las adulteraciones orgánicas engendradas por las enfermedades, infecciones e intoxicaciones; es por la influencia que posee sobre las discracias y las diátesis de toda índole; es por todo esto que la medicación termal puede alabarse de ser, entre todas las medicaciones, la que no tiene límites en sus dominios. Innumerables e incesantes son las aplicaciones de la Crenoterapia, como quiera que logra combatir las perversiones funcionales y orgánicas, que, por desviación nutritiva, adquirida o hereditaria, llegan a convertirse en enfermedades crónicas.

La indicación termal, prescrita a tiempo, es preventiva. Convenientemente practicada desde la infancia y la adolescencia, puede ayudar a convertir en hombres con temperamentos renovados, de salud robusta y voluntad fuerte, los niños raquíticos, linfáticos, blandos, degenerados y débiles.

La Crenoterapia posee sobre la nutrición una acción que ninguna otra medicación la tiene tan grande ni tan segura. La función depuradora, por la diuresis y la acción purgante; por la diaforesis y la irritación catarral substitutiva en las mucosas, es lo que más resalta en la medicación hidro-mineral.

Por no haber ninguna, entre las medicaciones, que sea tan reguladora y modificadora de la nutrición, es por lo que sus aplicaciones son tan numerosas y variadas, principalmente en los estados crónicos resultantes de alteraciones de la nutrición celular.

La acción fisiológica de las aguas se manifiesta por fenómenos propios según la edad, el temperamento y las taras orgánicas y funcionales del paciente y sirven al Crenoterapeuta para ordenar y posologar.

Para practicar bien la clínica termal, es preciso ser antes que todo clínico avisado, a fin de ordenarla en la justa medida.

OBSERVACIONES SOBRE TIFO EXANTEMÁTICO EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Tesis de grado. 1942. — Por Luis Eduardo Martínez Segura.

Conclusiones.

1ª Entre las diversas enfermedades que se encuentran en el Departamento de Nariño existe el Tifo Exantemático en una proporción considerable.

2ª Por los estudios experimentales de la enfermedad en el curí, practicados en el Laboratorio de Higiene de Nariño, se trata del Tifo Exantemático clásico, no orquíptico, transmitido por los piojos.

3ª Dadas las condiciones de desaseo y promiscuidad en que viven las clases bajas urbanas y rurales, es urgente emprender la lucha contra el piojo por los diversos métodos de desinfección y desinsección; recomendamos la sulfuración por ser el azufre de fácil y económica consecución en el Departamento de Nariño.

4ª Se debe sistemáticamente vacunar a los escolares con cualquiera de las vacunas existentes y a la mayor cantidad posible de gente, pues no es fácil conseguir que todas las personas se administren toda la dosis necesaria.

5ª Toda enfermedad febril grave, de comienzo brusco, sin localización manifiesta, que curó en tres semanas, pudo ser Tifo Exantemático y conviene asegurarse de ello con fin higiénico-social, mediante la investigación del poder aglutinante de la sangre; si fué Tifo Exantemático la aglutinación

resultará positiva para el *Proteus X19* y *Rickettsias* en la gran mayoría de los casos.

OBSERVACIONES SOBRE LA PUNCIÓN GANGLIONAR EN LA SIFILIS RECIENTE.

Tesis de grado. 1942. — Por Gustavo Ramírez Calderón.

Conclusiones.

Para la realización de estos trabajos hemos llevado a cabo un gran número de punciones ganglionares, como lo puede atestiguar el profesor Gamboa Amador; pero agrupamos aquí solamente, las que se practicaron en cuarenta y ocho pacientes que no habían recibido ningún tratamiento.

Treinta de ellos tenían diagnóstico de sífilis reciente adquirida, reacciones serológicas positivas y un tiempo de evolución de las manifestaciones no menor de veinte días ni mayor de cuatro meses; los otros diez y ocho eran considerados como sospechosos de sufrir una sífilis latente.

Con cada producto de la punción se preparaban dos láminas que eran sometidas a un minucioso examen de todos sus campos, antes de concluir con un resultado negativo.

Solo en cuatro casos el resultado fué positivo; todos en individuos con diagnóstico de sífilis reciente adquirida.

Nuestros resultados pues, están bien distantes de los éxitos que señalan E. Sidi y sus colaboradores; sin embargo este método será útil, en aquellos casos en que no existe otro medio para la confirmación de un diagnóstico y puede ponerse en práctica por lo fácil de su técnica, lo poco molesto para el paciente, su inocuidad y por lo absoluto de su valor positivo.

PROBLEMAS EN TORNO A LA SALUBRIDAD PUBLICA EN COLOMBIA

Tesis de grado. 1942. — Por José Vicente Sánchez Z.

Conclusiones.

1º Para un buen desarrollo de los servicios de higiene se hace indispensable una mayor centralización técnica y económica.

2º Los departamentos de trabajo y previsión social deben separarse del Ministerio de Higiene para que éste pueda dar un máximum de rendimiento

3º Creación de la carrera de higienista con formación de personal en la Facultad de Medicina.

4º Formación técnica en Higiene del personal auxiliar, como enfermeras, inspectores, revisores, etc.

5º Revisión general y reforma de la legislación colombiana sobre Higiene.

6º Separación en la práctica de la asistencia social de los Servicios de la Higiene, o establecimiento y organización concomitantes de ambos servicios, Higiene y Asistencia, pero separados.

**BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE.
3, HANOVER STREET.—LONDON, W. 1.**

Autores, Batchelor, R. C. L., Murrell, M., Thomson, G. M. Revista. British Journal of Venereal Diseases. Tomo 17, páginas 244-9. Julio y Octubre, 1941.

SULFATIAZOL EN EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA

Este trabajo sirve de suplemento a otro anterior por Batchelor, Lees y Thomson (1940) sobre el tratamiento de la gonorrea por sulfonamida, que no comprendía el sulfatiazol, y en este trabajo se manifiesta que el plan de investigación ha sido tal como fuera descrito en el trabajo anterior. La referencia al trabajo previo demuestra que el método de diagnóstico y comprobaciones de la curación se realizaron de acuerdo con las mejores normas modernas y los autores hacen observar especialmente la importancia de la regularidad en la dosis y observación. Los pacientes fueron examinados cada dos días durante el período de administración de la droga, a continuación dos veces a la semana durante un mes, y una vez semanalmente hasta el final del período de observación.

El presente trabajo se refiere a 55 varones y 23 mujeres que padecían de gonorrea y que fueron tratados con sulfatiazol; uno y otro sexo se discuten separadamente. Los varones se dividen en dos grupos según la dosificación; en ambos, los autores pretendían llegar a un período de observación de 12 semanas luego de terminado el tratamiento. En el primer grupo, de 35 casos, cada paciente recibió en períodos sucesivos de 3 días 6 tabletas (una tableta —0.5 g.) diarias, 4 diarias y 2 diarias es decir 36 tabletas en 9 días; en el segundo grupo, de 20 casos cada uno recibió en períodos sucesivos de 3 días, 8 diarias, 6 diarias y 4 diarias, es decir 54 tabletas en 9 días. En los casos que respondieron favorablemente, el período medio antes de que el exudado uretral quedase libre de gonococos fué de 2.3 días y el período medio antes de que la orina quedase clara fué de 5 días. En la serie de 36 tabletas hubo 10 fracasos y en la de 54 hubo 2; en los dos grupos, 24 pacientes (14 en el primero y 10 en el segundo) no se observaron durante el período completo de 12 semanas, pero al parecer se encontraban bien cuando dejaron de asistir o fueron trasladados, y hubo dos que interrumpieron el tratamiento. Los fracasos se discuten con cierto detalle; en el primer grupo de 10, hubo 6 que habían resistido al tratamiento con sulfapiridina; en el segundo, uno recayó y otro no respondió al tratamiento. Los autores infieren que es importante asegurar, mediante dosificación adecuada, una concentración suficien-

te del remedio en la sangre, de otro modo los gonococos pueden volverse resistentes a la sulfonamida; asimismo infieren que el sulfatiazol, del mismo modo que otros medicamentos de sulfonamida no es eficaz si existen bolsas de pus cerradas. Asimismo consideran que el alcohol es un excitante en las comprobaciones de curación y que estorba la acción del medicamento.

En los 23 casos de mujeres hubo 13 sin complicación, 7 complicados y 3 de vulvo-vaginitis. Los casos sin complicación se trataron también sobre dos planes, (a) 6 tabletas diarias durante 2 días y 3 diarias durante 6, y (b) 6 tabletas diarias durante 5 días. Todas las enfermas parecen haber permanecido bien durante el período de observación que fué de 3 a 8 meses. Los casos complicados comprendieron 1 con artritis y embarazo, 1 con salpingitis, y 1 con un absceso Bartoliniano; el resto de las complicaciones no eran gonocócicas. Un rasgo interesante de estos casos fué la dosis relativamente elevada empleada en los casos de artritis y salpingitis, recibiendo el primero 24 tabletas diarias durante 3 días, y 6 diarias durante 4 y el segundo 12 diarias, durante 2 días, 10 diarias durante 2 días, y 5 diarias durante 3 días. Todos, menos uno de los casos complicados, se curaron a juzgar por una observación de mes y medio en 1 caso y de 3 a 6 meses en los demás; la paciente restante interrumpió el tratamiento. De los 3 casos de vulvo-vaginitis, 2 quedaron al parecer curados y 1 recayó. Los autores concluyen que el sulfatiazol es comparable a la sulfapiridina en eficacia terapéutica y mejor tolerado.

Referencias:

- Batchelor, R. C. L., Lees, R. y Thomson, G. M. (1940).
 Brit. med. J., 1, 961. (Véase resumen BMIS N° 114).
 (Resumen procedente del Bulletin of Hygiene, 17, 181, marzo, 1942).

Autores: Scarff, R. W. and Smith, C. P. Revista: British Journal. Abreviación: Brit. J. Sur. Tomo 29. Páginas 393-396. Fecha: Abril, 1942.

LESIONES PROLIFERATIVAS Y OTRAS LESIONES DE MAMA EN EL VARON

Este trabajo, procedente del Bland-Sutton Institute of Pathology (Middlesex Hospital, Londres) da los resultados del análisis de 65 casos de mastectomía total o parcial en el varón, ingresados durante un período de 16 años. Diez y nueve fueron neoplasmas malignos, de los cuales 15 fueron carcinomas que se originaron en el tejido glandular de la mama. Tres fueron sarcomas y 1 un *ulcus rodens* de pezón. Hubo 5 neoplasmas benignos, de los cuales 4 fueron fibroadenomas y 1 fué un lipoma. Hubo 41 casos de "mastitis crónica".

Los 15 carcinomas se graduaron histológicamente de acuerdo con las normas propuestas por Patey & Scarff (1928) para los carcinomas de mama femeninos:

Cinco casos estuvieron en el Grupo I (el menos maligno), 3 en el Grupo II y 7 en el Grupo III. Se observó que, en contraste con la mujer, se hallaron presentes formaciones tribulares en tumores en los que otros factores indicaban un elevado grado de malignidad.

Los ganglios linfáticos fueron invadidos en 8 de estos 15 casos. Cinco casos estuvieron libres de metástasis ganglionar en el momento de la operación. En los 2 casos restantes no se estudiaron los ganglios linfáticos.

La producción "coloide" sólo ocurrió en dos casos, ambos del Grupo I. Uno de los tres casos de sarcoma tuvo una patogenia significativa. Originó en una masa fibrosa a consecuencia de una herida de bala sufrida cinco años antes.

Autores, Hemphill, R. E. Revista, Journal of Mental Science. Tomo 88, páginas 1-30. Enero, 1942.

CATATONIA HIPERTIROIDEA: UN COMPLEJO DE SINTOMAS ESQUIZOFRENICOS

En este trabajo se da cuenta de una investigación sobre la incidencia del hipertiroidismo en pacientes mentales y su distribución entre los tipos de enfermedad mental que pueden reconocerse. Las siguientes cifras se obtuvieron de una serie de 4.750 enfermos (2.096 varones y 2.654 mujeres) tratados en el Hospital Mental de Bristol:

Epilepsia	2	1	—	—	2	1
Manía	1	7	1	1	—	6
Depresión	—	17	—	4	—	13
Melancolía involutiva	—	4	—	—	—	4
Ezquizofrenia: Simple	—	—	—	—	—	—
" Hebefrenia	—	—	—	—	—	—
" Paranoide	—	—	—	—	—	—
" Catatónica	1	3	1	3	—	—
" Periódica	—	1	—	—	—	1
Parafrenia, Paranoia	—	9	—	—	—	9
Demencia, senil y orgánica	—	2	—	—	1	2
Delirium (tóxico)	—	6	—	6	—	—
Estado de ansiedad	—	1	—	1	—	—
Neurosis obsesiva	—	1	—	1	—	—
Demencia parálitica	—	2	—	—	—	2
	5	54	2	16	3	38

Total de ambos sexos en 4.750 casos = 59

Los cuatro casos del grupo esquizofrénico, fueron de un tipo especial. En este tipo, descrito por el autor como catatonía hipertiroidea, existe una fase prodrómica de síntomas esquizofrénicos variables, un episodio agudo con alucinaciones visuales y auditivas, distorsión de la imagen del cuerpo, incapacidad de distinguir partes del cuerpo con claridad, o a mano derecha de la izquierda, y a veces "introyección" de objetos del medio ambiente dentro de las fronteras del ego. Sigue a éste una fase de estupor catatónico pasando a un período de embotamiento apático. Más tarde, luego de un lento resurgimiento, en unos seis meses, se produce una remisión total con pérdida de síntomas psicopáticos y restablecimiento de la vida afectiva normal y capacidad de trabajo. El comienzo de la psicosis sincroniza con el hipertiroidismo que desaparece a medida que el estado mental se acerca a la normalidad. Esta parece ser una forma cíclica y rara de hipertiroidismo especial de la es-

quizophrenia en las mujeres, comparable a la catatonía hipotiroidea periódica de los varones descrita por Gjessing.

Al autor no le ha sido posible hallar en la literatura una descripción de síntomas mentales característicos de la tirotoxicosis, salvo delirio tóxico. El autor sugiere que la catatonía hipertiroidea es probablemente un tipo anormal de tirotoxicosis y esquizofrenia derivado de una constitución física y endocrina especiales.

Autores: Miller, E. W., Pybus, F. C. Revista: Journal of Pathology and Bacteriology. Abreviación: J. Path. Bact. Tomo 54. Páginas 155-168. Fecha: Abril, 1942.

EL EFECTO DE LA ESTRONA SOBRE RATONES DE TRES CEPAS PURAS, CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS GLANDULAS MAMARIAS

El autor dividió unos 300 ratones de tres cepas pura —1) Simpson (elevada incidencia de carcinoma de mama). 2) Edinbrgh (pequeña incidencia) y 3) CBA de Strong (baja incidencia), en cuatro clases en cada cepa— I) hembras ovariectomizadas; II) hembras intactas; III) machos castrados; IV) machos intactos. A cada uno de ellos les fueron administradas inyecciones subcutáneas de 300 unidades internacionales (0.03 mg.) de estrona semanalmente desde la edad de alrededor de 5 semanas hasta su muerte.

Las glándulas mamarias de las tres cepas presentaron una marcada diferencia en su reacción a la estrona. De 135 ratones Simpson, hubo 44 con tumores mamarios palpables, en tanto que sólo 3 de 75 ratones Edinburgh tenían tumores palpables y no hubo ninguno en los 112 ratones CBA. Los últimos fueron los que vivieron más y por consiguiente recibieron la mayor cantidad total de estrona. Aunque no hubo tumores mamarios palpables en los ratones CBA, más del 50 por ciento de los tratados presentaron glándulas mamarias en un estado de actividad pre-cancerosa.

En cada cepa, las glándulas mamarias de las hembras ovariectomizadas respondieron más lentamente y en grado inferior que las de las hembras intactas. La ovariectomía prolongó la vida. Las glándulas mamarias de machos castrados respondieron más rápidamente y en grado mayor que las de los machos intactos y en un grado semejante al del observado en las hembras ovariectomizadas. La castración acortó la vida.

La acción de la hormona masculina parece, pues, ser antagónica a la de la estrona sobre las glándulas mamarias. La presencia de la hormona de la hembra que se produce naturalmente (en las hembras intactas) aumentó el efecto del tratamiento.

Aunque no aparecieron tumores mamarios en las 54 hembras CBA tratadas, el tratamiento con estrona produjo un gran número (30) de tumores uterinos, principalmente fibromas o fibro-sarcomas cervicales. Cuatro tumores de este tipo se presentaron en los ratones Edinburg tratados, y sólo 2 en los ratones Simpson tratados. Los tumores uterinos espontáneos son de aparición poco frecuente en estas tres cepas, y se han visto en alrededor del 7 por ciento de las hembras CBA no tratadas.

El tratamiento con estrona no afectó la incidencia de tumores pulmonares pero aumentó grandemente la incidencia de diversas linfadenopatías.

Los hepatomas espontáneos son frecuentes en los ratones CBA no tratados, y existe una diferencia de sexo en su incidencia (18 por ciento en las

hembras y 35 por ciento en los machos). En las hembras tratadas de ambas clases y en los machos castrados hubo una reducción en la incidencia de hepatomas que sugiere que la presencia de un exceso de hormona sexual femenina tiene un efecto inhibitor sobre este neoplasma. El aumento en la incidencia en los machos intactos, pudiera denotar una neutralización del efecto de la estrona por la hormona masculina. Alteraciones intra-óseas producidas mediante estrona —según se describen en otro lugar (Pybus & Miller, 1938)— se observaron en los ratones tratados, y se observó en la respuesta ósea una diferencia según la cepa.

Referencia:

Pybus, F. C. & Miller, E. W. (1938), *Nature* 143, 872.

Autores: Dann, L., Glucksmann, A. *Revista: Lancet.* Tomo 1. Páginas 95-98. Fecha, 24|1|42.

HERIDAS EXPERIMENTALES TRATADAS CON ACEITE DE HIGADO DE BACALAO Y SUSTANCIAS AFINES

Este trabajo comienza con un resumen útil acerca de la labor anterior llevada a cabo sobre aceite de hígado de bacalao en el tratamiento de las heridas. Los autores han practicado en ratas, heridas standard de acuerdo con una técnica descrita anteriormente. Las ratas tenían de 9 a 18 meses de edad y estaban alimentadas con una dieta stock equilibrada. Se aplicaron a las heridas las sustancias siguientes: aceite de hígado de bacalao; el residuo y el producto de la destilación molecular de aceite de hígado de bacalao; naftolato de Vitamina A; Vitamina A disuelta en aceite de coco; aceite de coco; aceite de arachis peroxidado; aceite de arachis; ácido linoléico; linoleato de metil y parafina líquida. Todas estas sustancias se aplicaron en forma de pastas o polvos sin cubierta de vendaje.

Se describe un método de representar gráficamente la velocidad de cicatrización.

Resultados. El efecto principal del aceite de hígado de bacalao y sus fracciones, y el de los peróxidos y ácidos grasos sin saturar, fué el de mejorar la regeneración colágena y, —salvo el ácido linoléico— el de retrasar la regeneración de la epidermis. Esto se aplicó particularmente al tratamiento con aceite de arachis después del cual hubo formación colágena hipertrófica, seguida de hialinización con marcada interferencia en el desarrollo epitelial.

Estos experimentos no proporcionaron prueba alguna de que el aceite de hígado de bacalao sea bactericida. El aceite y sus componentes actúan como ligeros irritantes, lo cual pudiera beneficiar la cicatrización estimulando la formación de tejido de granulación.

La única sustancia que se vió que favorecía la epitelización fué el ácido linoléico, retardándola todas las demás. No obstante, los autores indican que el aceite de hígado de bacalao pueda ser beneficioso para proporcionar una buena base de tejido fibroso para el epitelio.

Los autores hacen observar que sus experimentos se han llevado a cabo en animales normales en los cuales las heridas cicatrizan rápidamente.

(Adaptación de un resumen publicado en el *Bulletin of War Medicine*, 2, 444, julio, 1942).

Autores: Maitland, A. I. L. Revista: Journal of the Royal Naval Medical Service. Abreviación: J. roy. nav. med. Serv. Tomo 28. Páginas 3-17. Fecha: Enero, 1942.

QUEMADURAS DE GUERRA. UN ESTUDIO DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS EN UN CENTENAR DE CASOS

Este trabajo da cuenta detallada del tratamiento de 100 casos de quemaduras en un Hospital Naval Auxiliar. La causa, en casi todos los casos, fué llamada de bomba o granada siendo afectados principalmente las manos, rostro y orejas. La mayor parte de las lesiones habían sido recibidas por lo menos un día o dos antes del ingreso en el hospital. En tres pacientes con síntomas de shock o toxemia, las inyecciones de eucortona (un cm.³ dos veces al día durante dos a cuatro días) parecieron proporcionar notable beneficio. Aparte de esto, el tratamiento general incluía en una dieta rica en proteínas de primer orden, líquidos abundantes por la boca (con glucosa) y 100 mg. diarios de ácido ascórbico en todos los casos graves.

En 45 pacientes, incluyendo 21 con quemaduras infectadas de tercer y cuarto grado (Dupuytren), el tratamiento local ha consistido en limpieza de la quemadura, seguido de pincelado del área quemada con solución de cristal violeta al 1 por ciento, y pulverización sobre la herida de sulfapiridina al 5 por ciento en ácido bórico. En los casos ulteriores de quemaduras de tercer grado infectadas, se ha repetido a diario este procedimiento del cual se dice produce un "coágulo delgado y flexible". Se pretende que ha resultado muy útil para reducir el excesivo tejido de granulación y para esterilizar la supuración. Se insiste mucho sobre la importancia de realizar movimientos activos lo antes posible en las quemaduras de las manos. En un grupo de casos de heridas infectadas de tercer grado, ingresados en el hospital hasta tres semanas o más después del accidente, se empleó una técnica más complicada con el fin de preparar las zonas para injerto cutáneo; éste combinaba el empleo de cristal violeta y sulfapiridina, después de cuidadosa limpieza bajo anestesia con pentothal, con curas subsiguientes con solución fisiológica y con acriflavina al 1: 4,000, aplicando por último compresas húmedas de solución salina normal sobre una especie de tejido protector formado por una gelatina de pescado.

El empleo tardío del tanino sólo ha resultado satisfactorio en ausencia de infección o cuando ésta última ha quedado eficazmente eliminada. Es valioso principalmente en las grandes quemaduras limpias superficiales del tronco. El ácido tánico no se recomienda para quemaduras de manos o rostro, pero el autor se refiere a la dificultad de aplicar tratamiento con solución salina *ab initio* en las bajas navales. El autor sugiere diversos métodos alternativos que comprenden aplicaciones repetidas de coloración triple o con violeta de genciana durante los primeros días, seguido por compresas de solución fisiológica después del ingreso en el hospital, y cubriendo el área con injertos de Thiersch lo antes posible.

Las complicaciones de las quemaduras en esta serie comprendieron "tórax de onda explosiva" (14 casos) en cinco de los cuales con el acompañamiento, relativamente común, de rotura del tímpano. Como quiera que el llamado "tórax de onda explosiva" (efectos de compresión en los pulmones debidos a alteraciones súbitas y violentas de la presión atmosférica) es una contraindicación para la anestesia por inhalación, se ha usado principalmente pentothal intravenoso, cuando ha sido necesaria la anestesia durante la limpieza de las quemaduras. Se ha observado la aparición de defectos de la agudeza visual después de quemaduras graves en los párpados.

Se vieron seis casos de contractura de las manos, y el autor describe el tratamiento de una forma típica de contractura mediante injertos Thiersch interdigitales. Otras lesiones tróficas de las manos, a consecuencia de infección bajo un coágulo, comprendieron la pérdida de las uñas, hiperidrosis temporal, atrofia ósea de Sudek y gangrena de la punta de un dedo (1 caso). Al resumir su serie, el autor manifiesta que todos los casos de quemaduras de primero, segundo y tercer grado que permanecieron limpias (63 por ciento) dieron buenos resultados funcionales; las quemaduras infectadas de segundo grado (14 por ciento) también los dieron, pero en un tiempo ligeramente mayor; las quemaduras infectadas de tercer grado sólo dieron resultados satisfactorios cuando se aplicó enérgico tratamiento tardío, que no fuera tánico.

(Adaptación de un resumen publicado en el Bulletin of War Medicine, 2, 451, julio, 1942).

Autores: Sheehan, H. L. Revista: Lancet. Tomo 1. Páginas: 616-618. Fecha: 23/5/42.

TRANSFUSION DE SANGRE PARA HEMORRAGIA OBSTETRICA Y SHOCK

Durante el año 1935 se instituyó en el Glasgow Roya Maternity Hospital una eficiente organización de transfusión de sangre, que ha continuado con toda actividad hasta el presente. Un análisis de su eficacia para salvar vidas, es el tema del presente trabajo.

Durante cualquier reciente período de seis años en dicho Hospital ha habido unas 1.000 pacientes obstétricas con hemorragia o shock lo bastante graves para hacer pensar en una transfusión de sangre y durante los 6 años 1935-40, 717 de dichas pacientes recibieron dicha transfusión. El promedio de sangre administrada fué de 1 litro; no hubo diferencia significativa entre las cantidades de sangre administradas a pacientes con hemorragia y a pacientes con shock.

Con el fin de averiguar hasta qué punto tuvieron valor dichas transfusiones de sangre, se hizo una comparación de la mortalidad intra-partum o dentro de las 8 horas post-partum, a consecuencia de hemorragia y shock en dos períodos: los seis años comprendidos en 1929-34, en que prácticamente no se administraron transfusiones de sangre, y los seis años 1935-40 en que se administraron numerosas transfusiones. El primer período constituyó casi los mismos que en el segundo período. Hubo escasa diferencia en el tratamiento obstétrico aparte de la introducción de la transfusión de sangre en gran escala en el segundo período.

Durante el primer período, en que no se dieron transfusiones de sangre, 19 pacientes fallecieron de hemorragia pura. Durante el segundo período, en que las transfusiones de sangre estaban siendo utilizadas en gran escala, sólo 2 pacientes fallecieron de hemorragia pura. Esta reducción marcada en la mortalidad es debida hasta cierto punto a recientes mejoras en el tratamiento obstétrico de la placenta previa, pero parecen ser principalmente consecuencia de las transfusiones de sangre.

En otro grupo de casos se hallaban pacientes que sufrían grave hemorragia que no fué inmediatamente fatal, pero que fallecieron algunas horas después con síntomas de shock. Durante el primer período en que no se ad-

ministraron transfusiones, hubo 32 fallecimientos por dicha causa; durante el segundo período de transfusiones en gran escala, hubo 21 fallecimientos. Esta apenas sí es una reducción significativa, pero debe ser considerada satisfactoria, ya que pudo haberse previsto cierto aumento en dicho grupo a consecuencia de la reducción de fallecimientos por hemorragia pura.

La cifra de mortalidad sólo por shock, o shock asociado con ligera o moderada hemorragia, no ha sido afectada sin embargo en absoluto por las transfusiones de sangre. Durante el primer período fallecieron por dicha causa 92 pacientes en comparación con 93 pacientes durante el período con numerosas transfusiones. Esta completa falta de efecto de las transfusiones de sangre en las pacientes obstétricas presa de shock es chocante si se tienen en cuenta los argumentos teóricos y experimentales en favor del tratamiento en dichas líneas. Los resultados ponen de relieve la necesidad de presentar datos suficientemente controlados en cuanto al efecto real de la transfusión sobre la mortalidad por shock en los pacientes no obstétricos.

Autores, Carter, A. B. Revista, Journal of Mental Science. Tomo 88, páginas 31-81. Enero, 1942.

LOS FACTORES PRONOSTICOS EN LAS PSICOSIS DE LOS ADOLESCENTES

Se emprendió una investigación de 78 casos de psicosis de adolescentes ingresados en el Hospital Mental de Middlesex County Council, en Shenley desde 1935 a 1937 con el propósito de averiguar cuáles son los factores importantes para establecer el pronóstico. Los límites de edad fueron 14 y 18 años y los diagnósticos fueron reacciones orgánicas crónicas (6), estados confusionales (8), maníaco depresivos (17), y enfermedades esquizofrénicas (47). Treinta y ocho por ciento se restablecieron por completo, 8 por ciento consiguieron un restablecimiento social, 5 por ciento fueron casos recurrentes y 49 por ciento presentaron deterioro mental.

Por lo que se refiere a los factores individuales considerados como importantes para el pronóstico, la existencia en la historia familiar de múltiples estigmas psicopáticos, fué asociada con un mal pronóstico, en tanto que los casos esporádicos de psicosis en la historia familiar no parecieron dar resultados peores que los de una ascendencia libre de aquélla. En cuanto al ambiente se observó que los padres excéntricos producen en los hijos reacciones defectuosas que tienden a hacer una psicosis más prolongada y menos recuperable. La rehabilitación del enfermo en un empleo apropiado ayudó a estabilizar su restablecimiento. Dichos pacientes hicieron primero su aprendizaje en un hospital durante dos a tres meses siendo colocados más tarde en lugares de trabajo. En los casos recuperables se observó que hubo más a menudo factores aceleradores adecuados que en los otros tipos de casos.

En lo que atañe al físico se vió que los tipos pnicosomáticos (que se caracterizan por desarrollo periférico de las cavidades corporales, aumento de grosor general con baja estatura, miembros blandos y redondeados y tendencia a obesidad del tronco) tienen el mejor pronóstico; los tipos displásticos (conformación asténica y simulando disfunción endocrina), el peor.

Aquellos pacientes que presentan introversión, caracterizada por formación de fantasías y ensueños diurnos, incapacidad de establecer contactos so-

ciales y de aceptar la realidad, parecieron predispuestos a las psicosis con mal pronóstico, en tanto que los tipos opuestos o extrovertidos fueron asociados con psicosis recuperables. Las psicosis superpuestas sobre defecto mental fueron invariablemente malignas. Cuanto antes aparece el cambio en la personalidad o la conducta psicopática, peor es el pronóstico, en tanto que una aparición aguda precedida de ordinario por una enfermedad aguda tiene pronóstico favorable.

Los estados de confusión agudos se curaron siempre, mientras que las enfermedades maníaco-depresivas tuvieron cierta tendencia a restablecerse en la adolescencia.

Los estados predominantemente maníacos no tuvieron mejor pronóstico que los tipos depresivos o mixtos, y los rasgos esquizofrénicos tendieron a prolongar los ataques. Las alucinaciones fueron asociadas con una enfermedad prolongada, mientras que la mejoría precoz significó un breve ataque.

En las enfermedades esquizofrénicas se vió que la apatía era un mal signo, y que la incongruencia emotiva y la disociación iban asociadas con los casos crónicos. Cuanto más accidentado y más florido es el curso de la enfermedad, más rápido es el restablecimiento, mientras que un curso invariable, por lo general significó cronocidad. La confusión mental y la alucinosis fugaz se consideraron como signos benignos y las alucinaciones persistentes y sin variación, las delusiones somáticas y los síntomas catatónicos crónicos, como signos malignos.

De este estudio se desprende que ningún síntoma o cualquier otro factor por sí solos decide un pronóstico definitivamente, pero que los factores individuales deben ser correlacionados fundándose los resultados en un estudio cuidadoso del paciente antes, durante y después de su enfermedad.

(Resumen procedente del Bulletin of Hygiene, 17, 227, Abril, 1942).

G

	N°	Pág.
GLUCOSIDOS digitálicos, hallazgos recientes en el estudio de....., (Montes)	11	645
HERMAFRODISMO, un caso de....., (González).	12	710
HOMENAJE: Véase Academia; discursos.		

I

IMPOTENCIA de Coeundi, (Gnecco)	2	49
INFORME: Véase electrocardiografía; tifo.		

L

LEISHMANIA, nota preliminar sobre el cultivo de una cepa de....., (Rey)	1	22
aislamiento de tres cepas de....., (Rey)	2	103

M

MALARIA, plan de control de..... en Colombia, (Rey)..	8	439
MENISCOCITEMIA en Colombia, preliminares del estudio de la....., (Mera).....	11	669

N

NOTICIAS MEDICAS.....	1	41
“ “	2	112
“ “	3	176
“ “	4	214
“ “	7	404
“ “	8	488
“ “	9	545
“ “	10	612
“ “	11	661
“ “ “	12	725

O

OXIDO-reducción y la respiración animal, los nuevos conceptos, (García)	5	285
---	---	-----

Índice de Autores.

A

	Nº	Pág.
Aguilera Camacho, Marco T.....	1	40
Anigstein, Ludwik.....	9	536
Aparicio, Arturo.....	9	115

B

Bader, Madero N.	9	536
Bejarano, Jorge ..	1	34
Bejarano, Jorge..	3	167
Bejarano, Jorge ..	8	477
Bugher, Jonh C. ..	8	483

C

Camacho Gamba, Jorge ..	2	64
Cruz, Pedro E.	1	37
Chala, José I.	1	1

F

Filho, P. W.....	1	24
------------------	---	----

G

Gaitán, Mario ..	7	381
García, Aristides ..	5	287
Gnecco Mozo, Francisco ..	2	49
Gómez H., Gustavo ..	11	664
González, Ramón.....	12	710
Guerrero I., Gustavo ..	5	247

I

Iriarte, Marco A.	1	31
Iriarte, Marco A.	3	165
Isaza, Juan G.	12	699

J

Jiménez Martínez, Pedro	4	183
-----------------------------------	---	-----

L

Leslie, Jesse B.	7	400
Leyva Pereira, Lisandro	9	538

M

Macchiavello, A.	10	567
Mera, Benjamín	2	96
Mera, Benjamín	11	669
Montes, Gonzalo	7	375
Montes, Gonzalo	11	645
Muñoz R., Guillermo	4	208
Murray, Eduardo	6	351

O

Ordóñez, Hernando	3	117
-----------------------------	---	-----

P

Patifio-Camargo, Luis	1	13
Patifio-Camargo, Luis	7	404
Patifio-Camargo, Luis	9	508

R

Restrepo E., Nicolás	2	91
Restrepo E., Nicolás	11	635
Rey, Florentino	1	23
Rey, Florentino	2	103
Rey, Hernando	8	439
Rodrigo, Mercedes	4	195

