

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XVII

Bogotá, Abril de 1949

Número 10

Director, Prof

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Argaez

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Luis Enrique Castro

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres editoriales de la Universidad Nacional

CONTENIDO:

	<i>Pág.</i>
X <i>Carcinoma del Esófago</i> , por Ronald W. Raven, O.B.E., F.R.C.S.....	469
X <i>Colecistectomía con Trasiluminación</i> , por el Dr. Alfonso Bonilla Naar..	481
X <i>Carcinoma Vulvar asociado a Tuberculosis</i> , por el Dr. Hernando Amaya León.....	490
<i>Estudio practicado en Medellín sobre Endemia Tífica</i> , por el Dr. Hernando Correal C.....	495
X <i>Programa del Curso de Cancerología—1949</i>	502
<i>Organización Sanitaria Panamericana</i>	514
<i>Revista de Revistas</i>	529

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina
Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerle a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr.

Dirección... ..

Ciudad Dpto.

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XVII

Bogotá, Abril de 1949

Número 10

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Argaez

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Luis Enrique Castro

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Prensas de la Universidad Nacional

CARCINOMA DEL ESOFAGO

Por RONALD W. RAVEN, O. B. E., F. R. C. S.

El desarrollo del tratamiento quirúrgico del carcinoma del esófago, es uno de los más importantes adelantos en cirugía durante la presente década. Técnicas operatorias han sido desarrolladas para la extirpación del carcinoma en distintas zonas del órgano y para el restablecimiento subsiguiente del tracto alimenticio. El número de las operaciones que han tenido éxito aumenta constantemente y las ratas de supervivencia de 3 a 5 años después de operados son esperadas con interés. Es importante tener en cuenta que el tratamiento quirúrgico debe ser radical e incluir las posibles propagaciones de la enfermedad a los tejidos contiguos e incluyendo los ganglios linfáticos regionales. El tratamiento quirúrgico ofrece la única esperanza para estos pacientes, puesto que todos los otros métodos de tratamiento son solamente paliativos.

Patología

Consideraciones patológicas.—Se ha discutido mucho el grado de malignidad relacionado al esófago. Hemos llegado a la conclusión de que este es un tipo de neoplasma que posee un alto grado de malignidad, pues si la historia clínica excede de 6 meses de duración, es muy probable que el tumor sea inoperable debido a fijación local

a estructuras vitales o a la presencia de metastasis en ganglios linfáticos. Aun cuando los síntomas se hayan presentado hace poco tiempo, hemos encontrado tumores inoperables. Además las metastasis pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo.

Varietades de neoplasma.—Las siguientes variedades pueden ser distinguidas al examen macroscópico:

Tipo polipoide: Este tumor voluminoso, de apariencia vellosa que se proyecta a la luz del esófago es de superficie friable, sangra fácilmente cuando es tocado y, presenta ulceraciones superficiales, así como otras lesiones degenerativas. El tumor se infiltra a través de la pared del esófago hacia los tejidos peri-esofagianos.

Tipo ulceroso: Este se presenta con las características usuales de una úlcera epiteliomatosa, de bordes cortados a pico, claramente demarcados de la mucosa adyacente. El centro es plano y la perforación a través de la pared del esófago ocurre según el grado. Este proceso puede extenderse hacia las estructuras vecinas. En algunos casos puede haber una marcada fibrosis alrededor de la úlcera.

Tipo estenósico: Esta variedad está caracterizada por un gran aumento de la fibrosis y se forma una estrechez anular que causa marcada disminución del calibre de la luz esofagiana. El tamaño de la superficie tumoral puede ser pequeño.

Tipo en placa: Esta variedad es poco frecuente y se caracteriza por una pequeña y plana elevación de la pared del esófago, el tumor primitivo es pequeño pero metastasis extensas pueden encontrarse.

Tipos histológicos.—El más común es el carcinoma escamo-celular, el cual puede variar en su estructura. Usualmente hay marcado grado de fibrosis; formaciones espino-celulares y queratinización pueden aparecer, pero en otros tipos pueden ser mínimas o estar ausentes. Las células ofrecen a menudo una marcada necrosis central. Células columnares carcinomatosas se encuentran menos frecuentemente y puede ser del tipo gelatinoso. Pequeños quistes pueden formarse en este tipo de tumor con tendencia a la formación de papilomas intraquísticos. Células tumorales de tipo basal pueden ser entrecortadas.

Localización del neoplasma.—En nuestra experiencia la región del esófago cercana a la bifurcación de la tráquea es el sitio en donde el carcinoma ocurre con mayor frecuencia, encontrándose más frecuentemente hacia abajo que hacia arriba. Los tumores tienden a localizarse en cualquiera de estas tres regiones, pero el carcinoma puede localizarse en cualquier sitio del esófago.

Extensión de la lesión.—El tipo de extensión de la lesión debe ser reconocida y la operación planeada de tal manera que una extirpación completa sea efectuada.

Extensión directa.—Esto ocurre longitudinalmente a lo largo de las paredes del esófago o transversalmente a través de ellas. Con respecto a la primera, la extensión sub-mucosa es de importancia práctica y puede estar presente hasta bien lejos del borde aparente del carcinoma. Puede ser imposible de definir en la esofagoscopia y una palpación cuidadosa debe ser hecha en el momento de la operación y la sección del esófago efectuada a una distancia prudencial del tumor hacia los tejidos mamarios. La extensión transversal a través de la pared se lleva a cabo hacia los tejidos peri-esofagianos y envuelven las estructuras adyacentes. Algunas veces el tejido conectivo peri-aórtico está invadido, pero el tumor puede separarse del vaso con cuidado. Cuando la pared de la aorta está afectada, un endurecimiento característico está presente. Los grandes vasos sanguíneos en el hilio pulmonar o el bronquio izquierdo invadidos, indican la inoperabilidad. La extensión directa hacia el pulmón o pericardio, puede ocurrir o puede haber adherencias al diafragma. Esta última condición por sí sola no excluye la inoperabilidad porque la porción afectada en el diafragma puede ser removida con el tumor. El tumor puede infiltrar la tráquea.

Extensión linfática.—Las conexiones linfáticas del esófago son una consideración importante en el esófago y frecuentemente envueltas por metastasis. El primer grupo afectado es el grupo para-esofágiano; estos ganglios están situados alrededor de las caras anterior y laterales del órgano. Hay un complejo sistema de linfáticos alrededor de la bifurcación de la tráquea y ellos están afectados por tumores del esófago vecinos a esta área y en aquellos localizados hacia arriba. Este último tipo de tumor afecta también la porción inferior de los ganglios linfáticos cervicales. Un carcinoma situado en el esófago por debajo de la bifurcación de la tráquea, se extiende a los ganglios linfáticos localizados en la curvatura menor del estómago y a los ganglios que rodean el tronco celiaco, además de los ganglios paraesofagianos.

Extensión por vía sanguínea.—La diseminación por la corriente sanguínea no ocurre en los primeros momentos de la enfermedad, es decir, con una historia de 6 meses o menos. Es un hecho interesante que en nuestra serie de 108 casos en los cuales se ha practicado autopsia, no se encontraron metastasis en 46 (42.5%). Un estudio de las metastasis demuestra que casi todos los órganos del cuerpo pueden estar afectados. Además de los ganglios linfáticos podemos encontrar

metastasis en los siguientes sitios: hígado, cápsulas supra-renales, riñón, páncreas, pulmón, pericardio y corazón, epiplón, mesenterio y peritoneo y en el esqueleto.

Complicaciones.—La perforación a las estructuras adyacentes es común en las lesiones más avanzadas. Estas perforaciones pueden ocurrir hacia la tráquea, bronquios, mediastino, pulmón, pleura, columna vertebral, arterias pulmonares o aorta. Puede haber complicaciones inflamatorias que incluyan neumonía lobar y bronconeumonía.

Absceso o gangrena del pulmón.—Empiema torácico; piopericardio; mediastinitis. En algunos casos hay edema marcado de la laringe, y parálisis de las cuerdas vocales.

Condiciones patológicas no malignas.—Cuando se considera la incidencia según la edad de los pacientes, no es de sorprenderse encontrar un buen número de otras lesiones y es importante para el cirujano el conocerlos para avaluar el estado general de salud. Una investigación fue hecha para determinar el tipo y frecuencia de estas lesiones y se llama la atención sobre lo siguiente: Las lesiones pulmonares son muy comunes e incluyen condiciones semejantes a las descritas además del enfisema, viejos focos curados de tuberculosis y adherencias pleurales. Varios tipos de degeneración miocárdica con hipertrofia y dilatación del corazón; evidencias de pericarditis antiguas pueden encontrarse. Es común el ateroma de las arterias y puede presentarse la oclusión coronaria. Lesiones en las vías respiratorias incluyendo laringitis y traqueitis; material purulento puede estar presente en su luz; pueden encontrarse afecciones diversas del bazo, incluyendo periesplenitis, congestión, sepsis y hemorragia. Las lesiones del hígado incluyendo cirrosis, degeneración tóxica, congestión, sepsis y perihepatitis. Se encontraron numerosas lesiones de los riñones incluyendo la enfermedad cística congénita, pielitis, edemas poco notorios, nefritis crónica e infección séptica. Entre otras anormalidades encontradas hallamos ensanchamiento de la próstata, divertículos vesicales, fibromas del útero, quistes del ovario, tiroiditis, adenoma y abscesos de las cápsulas supra-renales, colecistitis crónica, y osteitis deformante. Estos estudios de la patología general demuestran que estos pacientes no están caracterizados por un alto grado de integridad física.

Consideraciones clínicas.—El carcinoma del esófago es más frecuentemente en los hombres que en las mujeres. En una serie de 277 casos reportados por el autor se encuentran 216 hombres (77,9%) y 61 mujeres (22%). El mayor número de los pacientes están entre los 61 y

70 años y los problemas generales asociados con la cirugía en pacientes de edad, deben ser considerados. Si un tratamiento pre y postoperatorio cuidadoso, es llevado a cabo, muchos de ellos llevarán la operación satisfactoriamente.

Primeros síntomas.—El principio de la enfermedad es incidioso y durante su fase inicial puede ser silencioso. Un marcado grado de proliferación del tumor hacia la luz del esófago ocurre antes de que se produzca la disfagia y lo mismo puede aplicarse para la formación de la estrechez. El paciente encuentra dificultad en describir los síntomas iniciales y frecuentemente habla de sensaciones anormales detrás del esternón o de dolor o sensación de quemadura. Puede sentir una rara sensación al deglutir, o puede sentir una detención momentánea de los sólidos o líquidos. En otros no hay un síntoma definido pero el paciente nota que el acto de la deglución no es bien normal. Más tarde síntomas más definidos son encontrados y éstos varían de acuerdo con la situación del neoplasma en el esófago. No así cuando el carcinoma está en la parte superior del esófago, puede encontrarse una disfagia franca primero para los sólidos, agravándose progresivamente hasta que los líquidos son detenidos. Cuando el carcinoma está situado en la bifurcación de la tráquea, sensación de molestia después de ingerir el alimento, es descrita por los pacientes como indigestión. La disfagia se desarrolla más tarde en regurgitación de comida. Cuando el carcinoma se encuentra situado en la parte más inferior del órgano, la regurgitación de alimentos es notada en los primeros momentos de la enfermedad; la disfagia ocurre en un último período. Este último síntoma de la enfermedad es bien reconocido y una investigación cuidadosa completa, incluyendo exámenes radiológicos después de ingestión de bario y esofagoscopia y biopsia, deben ser efectuados en cualquier paciente que tenga alguno de estos síntomas.

Evidencia clínica de metastasis.—Es importante formarse opinión acerca de la posible presencia de metastasis y diferenciar los casos operables de los inoperables. Teniendo en cuenta que todo paciente de carcinoma del esófago debe ser considerado como un posible operado, dada la alternativa de una muerte segura. Es obvio sin embargo, que todo paciente no es susceptible para la operación, debido a lo avanzado de la enfermedad. Con alguna experiencia los mejores casos para cirugía pueden ser escogidos; éstos incluyen pacientes con una corta historia, disfagia parcial, pérdida mínima del peso y fuerzas y un estado general satisfactorio. El paciente con disfagia completa, demasiado anémico y posiblemente caquético, está lejos del tratamiento quirúrgico

radical. Hay algunos casos, sin embargo, en los cuales una toracotomía exploradora puede estar indicada para determinar el grado de operabilidad.

Algunos signos pueden estar presentes los cuales indican un estado avanzado de la enfermedad fuera de los claros, agrandamiento del hígado, derrame pleural o ganglios linfáticos cervicales notorios. Ellos incluyen un severo grado de anemia, la presencia de fiebre persistente y baja, piel seca y evidencia de una pérdida marcada de peso.

Tratamiento.—El único tratamiento que tiene alguna probabilidad de éxito es la excisión quirúrgica radical y debe hacerse todo esfuerzo para hacer el diagnóstico en la primera fase del desarrollo de la enfermedad. Todos los tejidos afectados son removidos, incluyendo el carcinoma con una porción adecuada de esófago por encima y debajo de él, ganglios linfáticos regionales y tejidos peri-esofagianos. Todo esfuerzo debe ser llevado a cabo para restaurar la continuidad del canal alimenticio, sea por anastomosis esofago-gástrica o esofago-yeyunal. Esto es posible cuando el carcinoma se encuentra situado en o por debajo de su entrada al tórax. Cuando está situado en la porción cervical del esófago, se requiere la reconstrucción con un tubo de piel. Estas diversas operaciones para carcinoma en sus distintas localizaciones serán descritas.

Cuidados pre-operatorios.—Una preparación adecuada es necesaria en la mayor parte de los pacientes para colocarlos en las mejores condiciones físicas posibles, compatibles con su enfermedad. Se instituye por consiguiente un programa de tratamiento el cual se extiende en un período de tres semanas antes de la operación. Los siguientes puntos son los más importantes para considerar: descanso en la cama, y ejercicios metódicos correctos de respiración son enseñados por el fisioterapeuta y es benéfica la terapia generalizada por ultra-violetas. El estado nutricional del paciente es verificado a la luz del aumento del peso perdido. Una dieta que comprenda alimentos equivalentes a 3.000 calorías en 24 horas es administrada. Cuando la disfagia impide la ingestión de alimentos sólidos, debe instituirse la de semi-sólidos y líquidos para mantener el máximo de calorías. Las proteínas del plasma son evaluadas y si hay alguna deficiencia debe ser corregida por métodos dietéticos suplementarios si es necesario, con hidrolizados de proteínas administradas por vía intra-venosa o por transfusiones de plasma. Se emplean los métodos usuales para tratar la deshidratación. Los cloruros sanguíneos son investigados y si existe deficiencia, corregirlos con administración de cloruro de sodio en la cantidad indi-

cada. La eliminación de ácido ascórbico en la orina es determinada; es importante dar una adecuada cantidad de vitaminas especialmente ácido ascórbico (200 miligramos), riboflavina (20 miligramos), y tiamina (20 miligramos diariamente).

Cuando el grado de disfagia impide la ingestión de alimentos para la reconstrucción en el período pre-operatorio es de aconsejar la yeyunostomía para alimentar al paciente durante las 3 semanas anteriores a la esofago-gastrectomía. En muchos casos cuando la disfagia es severa y la recuperación es difícil, el neoplasma es inoperable.

Es eliminada cualquier sepsis oral, lavados bucales frecuentes y nebulizaciones de penicilina en la boca durante tres días antes de la operación. Administración sistemática de penicilina 100.000 unidades diarias por un período de 4 días antes de la operación. Cualquier infección crónica respiratoria es tratada con inhalaciones de penicilina. Las anemias secundarias son corregidas y cuando la hemoglobina cae por debajo del 70% o más, debe administrarse transfusiones sanguíneas. En casos de anemia severa puede requerirse la administración de eritrocitos. Es aconsejable comenzar la transfusión al principio de la operación y continuarla al través del período post-operatorio.

Cuidados post-operatorios.—El pulmón colapsado es reexpandido al final de la operación cuando el tórax es cerrado. Un pequeño catéter de caucho es insertado en la cavidad pleural a través de una incisión separada en el 6º espacio intercostal y el tubo es colapsado temporalmente mientras el paciente vuelve al servicio donde es conectado por un sistema de drenaje cerrado bajo agua. Exámenes radiológicos del tórax deben ser hechos diariamente usando un aparato portátil de rayos X. Puede ser necesario aspirar fluido al través del tubo del drenaje; éste puede usualmente removerse al tercero o cuarto día.

Se administra oxígeno al paciente por medio de un aparato especial. Transfusión sanguínea de una o dos pintas puede ser requerida al final de la operación. La nutrición del paciente es mantenida por terapia intravenosa durante los primeros 4 días después de la operación. Penicilina-terapia, dada sistemáticamente y por inhalaciones es continuada por un período de 4 días; si hay infección del tracto respiratorio las drogas sulfamídicas serán administradas.

El paciente no toma nada por boca durante los 4 primeros días; se usan con frecuentes intervalos lavados de boca. La nutrición es mantenida por terapia intravenosa. Al final de las 12 horas después de la operación, la posición del paciente es cambiada a posición sentada y es animado a mover sus miembros y a hacer ejercicios respiratorios bajo la super-vigilancia del fisioterapeuta.

Después de 4 días puede comenzarse la alimentación por boca con una onza de agua por boca y aumentarla gradualmente. Puede añadirse leche citratada y la dieta aumentada gradualmente. Cuando la cantidad administrada por boca sea suficiente, la administración de fluidos es descontinuada. Al final de la primera semana se dan alimentos blandos y se aumenta la dieta hasta que el paciente tenga cantidades normales advirtiéndole que debe tomar pequeñas cantidades con frecuentes intervalos por un período de tiempo.

Carcinoma del segmento principal del esófago.—Se observa que una exposición en el cuello de 9 centímetros de longitud es suficiente para la exposición del esófago. Después de haber extirpado el carcinoma, debe quedar una adecuada cantidad de esófago para poder efectuar la reconstrucción. El carcinoma debe estar situado de tal manera que el esófago pueda ser dividido a 2 y medio centímetros por lo menos por debajo de su borde inferior. Una operación ha sido descrita por Wookey y el autor ha encontrado satisfactorio su procedimiento. Los pasos de este procedimiento son los siguientes: el paciente, con anestesia endotraqueal es colocado en la mesa de operaciones en posición dorsal con la cabeza extendida y rotada hacia la derecha. Un ancho colgajo cuadrangular es marcado y cuya base está situada en el borde posterior del esterno-cleido mastoideo derecho, el borde superior horizontal pasa por el borde anterior del esterno-mastoideo izquierdo hacia la derecha al nivel del hueso hioides; el colgajo inferior pasa por el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo hacia la derecha a nivel de la horquilla esternal. Una incisión vertical une la terminación de estas incisiones sobre el esterno-mastoideo izquierdo. El colgajo constituido por piel grasa subcutánea y músculo pellejero es rechazado hacia la derecha. El lóbulo lateral izquierdo del tiroides es expuesto y, después de ligados y divididos, los troncos de las arterias tiroidianas superior e inferior, es removido. La carótida es rechazada hacia afuera y el esófago es expuesto y movilizado en toda la extensión del cuello. La extensión de la enfermedad en el esófago es determinada de tal manera que éste se ha dividido con un amplio margen del tumor. Cuando sea posible una pequeña porción del esófago, es dejada por si se encuentra demasiado cerca del tumor la línea de sección debe pasar a través de la faringe. En ciertos casos es necesario quitar la laringe para el mismo fin. Todos los ganglios linfáticos del cuello son removidos por el procedimiento de rutina.

La parte reconstructiva de la operación se comienza llevando el colgajo cutáneo sobre el piso de la herida; el borde superior es suturado a la pared posterior de la porción superior del esófago o faringe

con puntos interrumpidos de sutura con catgut fino colocados a un octavo de pulgada cada uno. El colgajo cutáneo es doblado sobre sí mismo y suturado a la pared anterior de la porción superior del esófago o faringe. La pared anterior del segmento inferior del esófago es tratada similarmente. Por este método un tubo de piel es formado con una abertura lateral izquierda mientras la anastomosis haya prendido, cuando ha sido cerrada por un procedimiento plástico. La porción desnuda del cuello es cubierta con injertos tomados del muslo. Un tubo de Riler es pasado de la boca hasta el estómago y después de un intervalo de tres días, se comienza la alimentación a través del tubo; si se comienza demasiado pronto, el paciente puede vomitar y botar el tubo. Esto es continuado por tres semanas hasta que la anastomosis haya sanado y una circulación colateral adecuada en colgajo cutáneo establecida con lo cual la fístula cervical lateral es cerrada. Se quita el tubo de Riler cuando haya terminado una firme unión.

Es aconsejable dar una dosis depilativa de rayos X a la fístula para impedir el crecimiento de pelo y se toman cuidados para prevenir la formación de estrechez al través de la anastomosis pasando bujías de tiempo en tiempo.

Carcinoma del esófago desde la entrada torácica hasta la bifurcación de la tráquea.—Existen varias técnicas que pueden ser usadas para la extirpación del tumor en esta parte del esófago y efectuar la anastomosis esofago-gástrica. La operación descrita por Lewis es probablemente la más satisfactoria por la buena exposición obtenida por el acercamiento transpleural derecho. Es importante movilizar el tumor bajo visión directa teniendo cuidado con los vasos sanguíneos vecinos, especialmente la vena azigos mayor. La operación es llevada a cabo en dos tiempos y si la condición del paciente no es satisfactoria al completar el primer tiempo, puede permitirse un intervalo de varios días antes de efectuar el segundo tiempo.

Primer tiempo.—Consiste en una laparotomía para-mediana izquierda y exploración del abdomen en busca de metastasis, cuando éstas están ausentes o removibles y el estómago es movilizado; se libera la parte superior de la curvatura mayor, los vasos cortos, la arteria gastro-epiploica izquierda y el epiplón son ligados y dirigidos lejos del estómago para dejar un arco vascular en la gran curva. El epiplón gastro-hepático es también dividido lejos de la pequeña curvatura y la arteria gástrica izquierda es ligada y dividida cerca de su origen. Se usan suturas de seda fina para estas ligaduras y una hemostasis cuidadosa es asegurada para que la formación de adherencias se reduzcan al minimum.

Segundo tiempo.—El tórax es abierto a nivel de la 6ª costilla derecha, liberadas las extremidades posteriores de las costillas superior e inferior y se comprueba la operabilidad del tumor. Cuando ésta es posible, el pulmón derecho es retraído y la vena azigos mayor dividida entre ligaduras. La pleura mediastinal situada sobre el esófago es cortada sobre sentido vertical y el esófago con el tumor y cualquier ganglio linfático apreciable movilizados hasta el diafragma. Para llevar el estómago hacia el tórax, el esófago es movilizado en hiatus esofágico del diafragma y tomado por un instrumento adecuado; no debe cortarse, dado el riesgo de herir la vena cava inferior. Cuando la atracción es ejercida en el cárdias en fundus y cuerpo del estómago llevados hacia el tórax, las adherencias son cortadas con suavidad. El fundus del estómago es colocado bien por encima del sitio del tumor y el esófago dividido a nivel del cárdias, se cierra la brecha gástrica por medio de una doble fila de suturas continuas de catgut, la primera perforante total, la segunda sero-serosa. Cualquier ganglio linfático al nivel de la corvatura menor del estómago removido. La porción superior del estómago es fijada en el tórax con suturas interrumpidas de seda uniendo la cara posterior al borde anterior de la brecha mediastinal. La anastomosis esofago-gástrica es llevada a cabo colocando el estómago contra la cara posterior del esófago bien por encima del tumor donde no haya tensión alguna. La fila de suturas posteriores es comenzada uniendo las capas sero-musculares del estómago a la capa muscular del esófago; estas suturas son seda fina espaciadas a un octavo de pulgada y sin ser cerradas con demasiada fuerza. El esófago es dividido y removida la tumefacción. Se hace una incisura en el estómago correspondiente al diámetro de la luz esofagiana. La pared posterior del esófago es suturada a la pared posterior de la boca gástrica por puntos separados de seda perforantes totales, y es esencial llevar la mucosa de estos órganos a una perfecta unión para fortalecer la anastomosis. Las caras anteriores son suturadas similarmente y una fila de puntos interrumpidos sero-serosos en el estómago y muscular en el esófago efectuada. La pleura mediastinal es separada y el diafragma cerrado alrededor del estómago con suturas interrumpidas de catgut. El diafragma es llevado hacia abajo a su máximum y si esta maniobra causa tensión a la anastomosis, el nervio frénico derecho es comprimido. Polvos de sulfatiazol-penicilina (5 grms.), son regados alrededor de la anastomosis y se cierra el tórax con drenaje. Con este objeto una pequeña herida hecha en el 4º espacio intercostal y se introduce un catéter de caucho en la cavidad pleural. Cuando la pleura es cerrada se expande el pulmón derecho y se

ocluye el tubo del drenaje temporalmente mientras el paciente vuelve a su servicio donde se establecerá un drenaje cerrado. Durante la operación el pulmón es inflado con intervalos de 10 minutos.

La operación descrita por Garlock es un procedimiento ligeramente distinto, puesto que el tumor es resecado al través de una vía de acceso transpleural izquierdo exponiendo el área del arco aórtico. El estómago es movilizado después de dividir el diafragma desde el tórax y la incisión torácica puede extenderse sobre el arco costal izquierdo hacia el abdomen para lograr un procedimiento toraco-abdominal combinado. La irrigación del estómago es tratada de la manera anteriormente descrita, de tal manera que este órgano pueda desplazarse al tórax. La totalidad del esófago es resecada desde el borde superior del tumor hacia abajo; incluyendo el cárdias. El cárdias es cerrado en la forma usual y una anastomosis esofago-gástrica supra-aórtica llevada a cabo de la manera descrita. Debe tenerse cuidado de no separar el esófago demasiado de su borde mediastinal por correrse el riesgo de cortar su irrigación.

Discutiendo el tratamiento quirúrgico de las lesiones esofagianas altas intra-torácicas, De Bakeny y Oschner, recomiendan la exposición obtenida por la incisión del hemitórax izquierdo que comienza para-vertebral sobre la 4ª costilla, se extiende hacia abajo hasta la 7ª, se incurva anteriormente para seguir esta costilla hasta su articulación costo-condral. La cavidad pleural es incindida al través de la cámara 7ª u 8ª costilla, las cuales han sido resecaadas superiósticamente, el estómago y la porción inferior del esófago es movilizada. La disección del tumor y la anastomosis esofago-gástrica es llevada a cabo mediante esta vía de acceso más alta, obtenida por movilización del colgajo superior con resección subperióstica de la 4ª costilla. En este método la incisión es hecha en partes blandas del tórax con lo cual se previenen dos vías de acceso a diferentes niveles en la cavidad pleural, llenado de esta manera los requerimientos necesarios para la adecuada exposición y movilización del estómago y del esófago, facilitando así la anastomosis esofago-gástrica.

Carcinoma del tercio inferior del esófago.—Este es el mejor tipo para la escisión quirúrgica y para la anastomosis esofago-gástrica. La cavidad pleural es abierta al través del lecho de la 8ª costilla izquierda, y los bordes posteriores de las costillas superior e inferior han sido divididos para facilitar la exposición. La pleura mediastinal que cubre el esófago es incindida longitudinalmente y una adecuada porción del esófago es movilizada. Si es necesario se liga y divide una rama de la

aorta a esófago. Se corta el diafragma desde el hiatus esofágico hacia adelante y hacia la izquierda entrando de esta manera a la cavidad peritoneal. Los ganglios linfáticos alrededor de la pequeña curvatura del estómago y alrededor del tronco celiaco son examinados y, si se encuentran infartados, se resecan con el tumor. La mitad proximal del estómago es movilizada y dividida entre dos planos en el punto de unión del cuarto proximal con los tres cuartos distales. La brecha gástrica es cerrada con dos filas de suturas continuas de catgut. El estómago es entonces colocado en el tórax y se escoge un sitio conveniente para la anastomosis esofago-gástrica. La anastomosis es llevada a cabo de la manera descrita: Se repara la pleura mediastinal y se cierra el diafragma alrededor del estómago con puntos separados de catgut. Varias suturas son hechas para unir el estómago con la pleura mediastinal previniendo de esta manera tensiones en las anastomosis. El diafragma es llevado hacia abajo hacia su máximum y si esto causa tensión en la anastomosis, se pinza el nervio frénico izquierdo. Se riega polvo de penicilina sulfatiazol (5 grms.) alrededor de la anastomosis y el tórax se cierra con drenaje. Con este objeto una pequeña herida es efectuada en el pequeño sexto espacio intercostal y se introduce un pequeño cateter de caucho a la cavidad pleural. Cuando la pleura es cerrada se reexpande el pulmón izquierdo y se ocluye temporalmente el drenaje mientras vuelve el paciente a su cama donde se instituye un drenaje cerrado. Durante la operación el pulmón izquierdo es reexpandido con intervalos de 20 minutos.

COLECISTECTOMIA CON TRANSILUMINACION

Por el doctor ALFONSO BONILLA NAAR

Jefe de Clínica Quirúrgica del hospital de San Juan de Dios. Servicio
del Profesor Agustín Arango Sanín.

Técnica

Los primeros tiempos son semejantes a los ya conocidos en los tratados clásicos. (Posición del paciente, diferentes tipos de incisión, exteriorización del hígado, protección con compresas, etc.).

Utilidad y manejo del sistema de transiluminación

I) Antes de utilizar el aparato de transiluminación, es conveniente iluminar la región subhepática (encrucijada biliar) para realizar una buena exploración manual del hiato de Winslow y zonas adyacentes. Para esto, utilizamos un separador luminoso angular (Figura 6) con foco luminoso en la extremidad distal, que se conecta a una pila de corriente continua o a un reóstato. Se coloca de tal manera, que su valva rechace el estómago y asas intestinales, que deben estar protegidos por compresas húmedas. El ayudante toma el mango del separador con su mano izquierda y tracciona en dirección del hipocondrio izquierdo; mientras el cirujano explora el hiato de Winslow.

II) *Transiluminación*

Reparado el fondo vesicular con unas pinzas de "corazón" y colocada en el cístico unas pinzas de Allis (con el fin de ampliar el ángulo cístico-hepático (fig. 1), se coloca el tallo flexible de la casa Cameron, llamado "flexolite", precisamente en el ángulo cístico-hepático, debajo del pliegue peritoneal en que van contenidos el cístico y la arteria cística. (figs. 2 y 7). En estas condiciones, por transiluminación, aparece en buen número de casos, la encrucijada cístico-hepática-coleciana, lo mismo que la arteria cística.

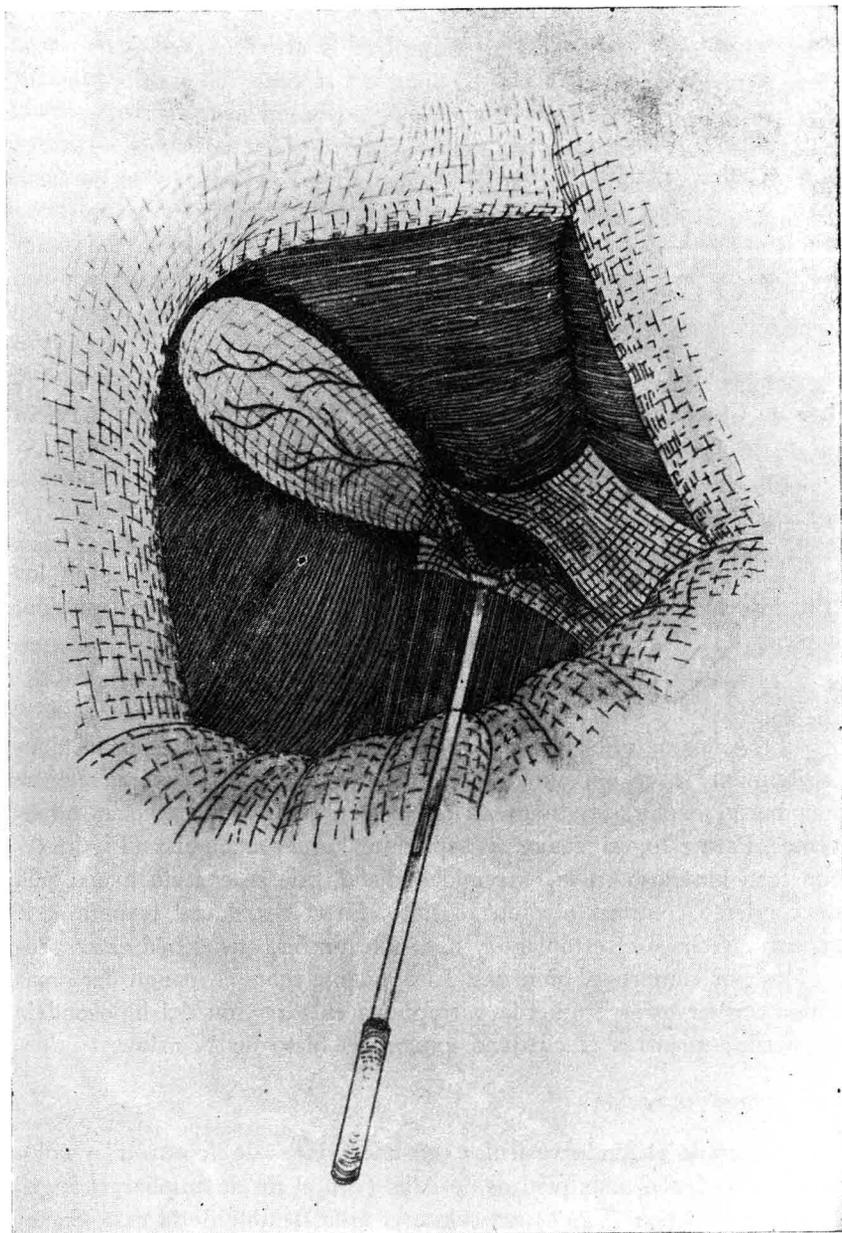


Fig. 1—Exteriorización del cóstico con pinzas de Allis

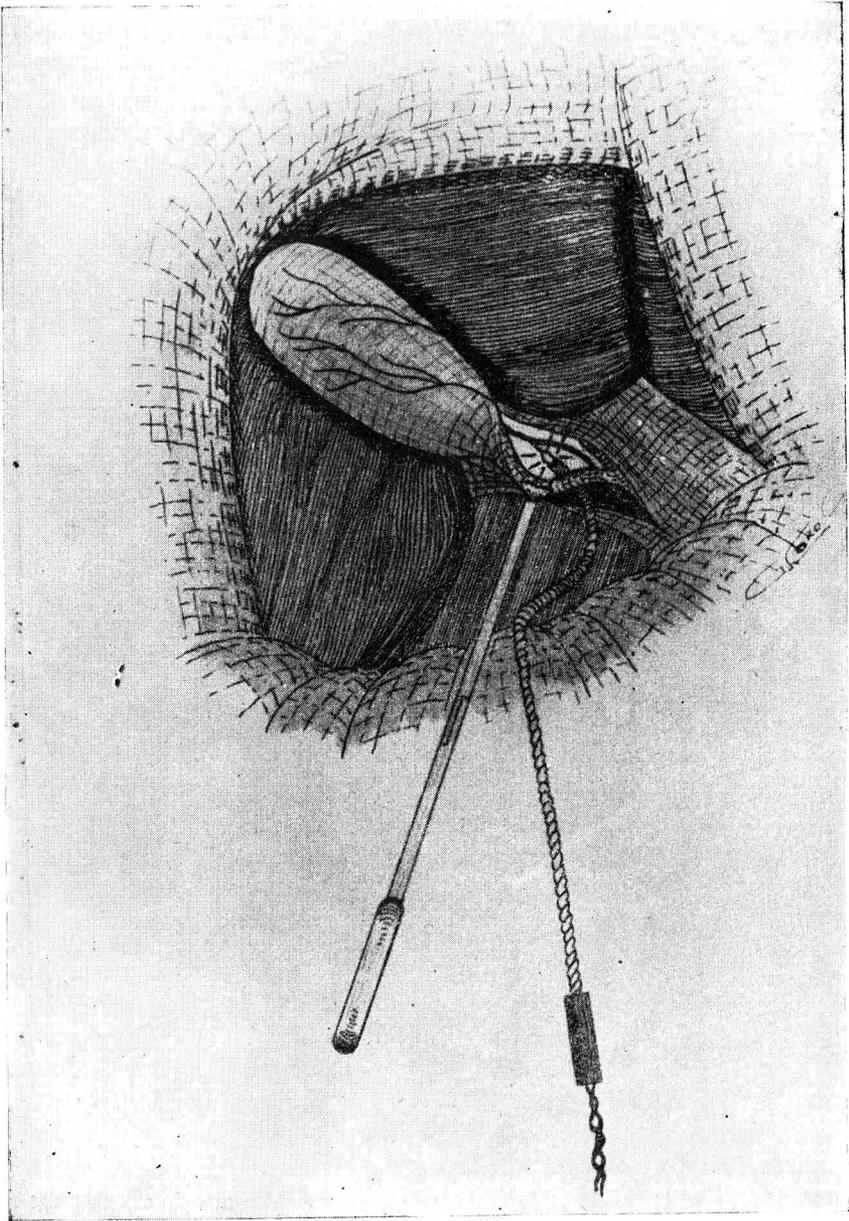


Fig. 2.—Colocación del "Flexolite" en el confluente cístico.-Hepático. Se ven el cístico y los vasos cuando el meso no es muy grueso.

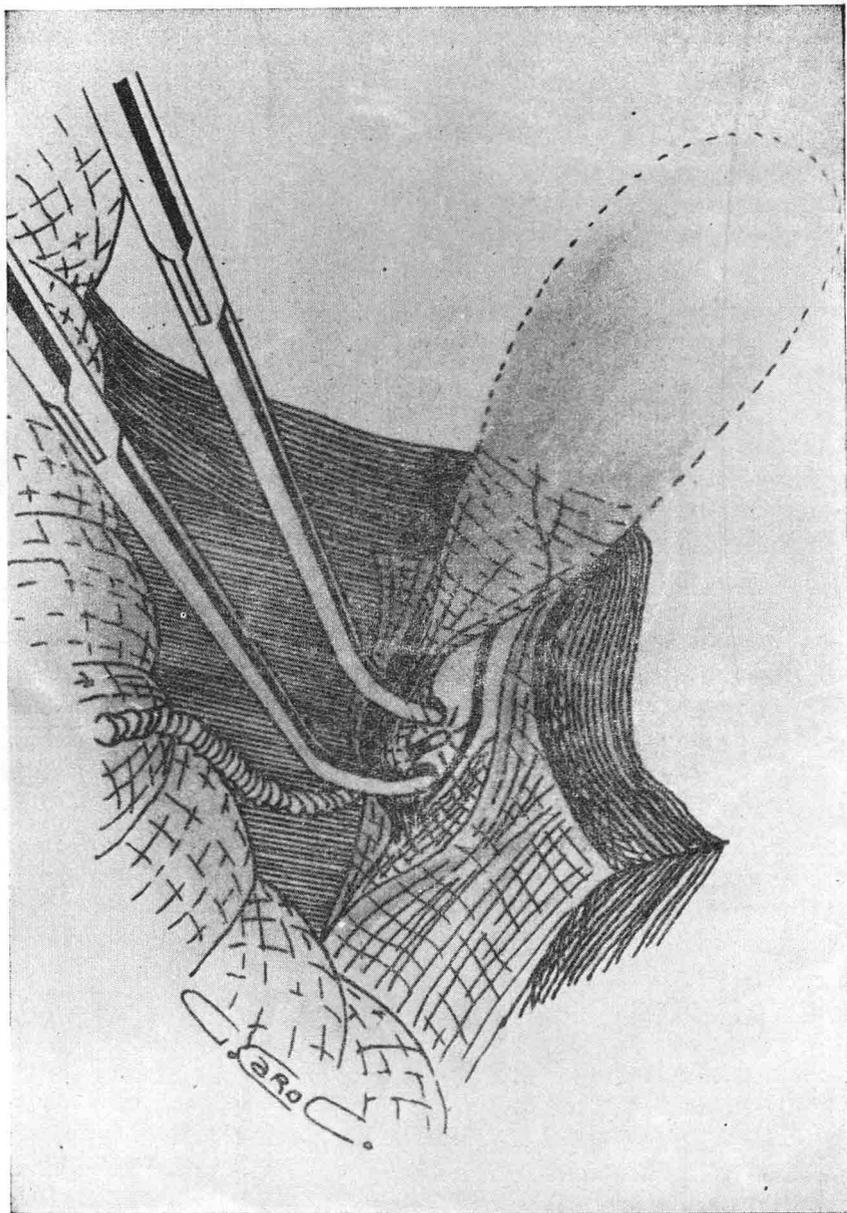


Fig. 3.—Con precisión se colocan los pinzas de Cístico.

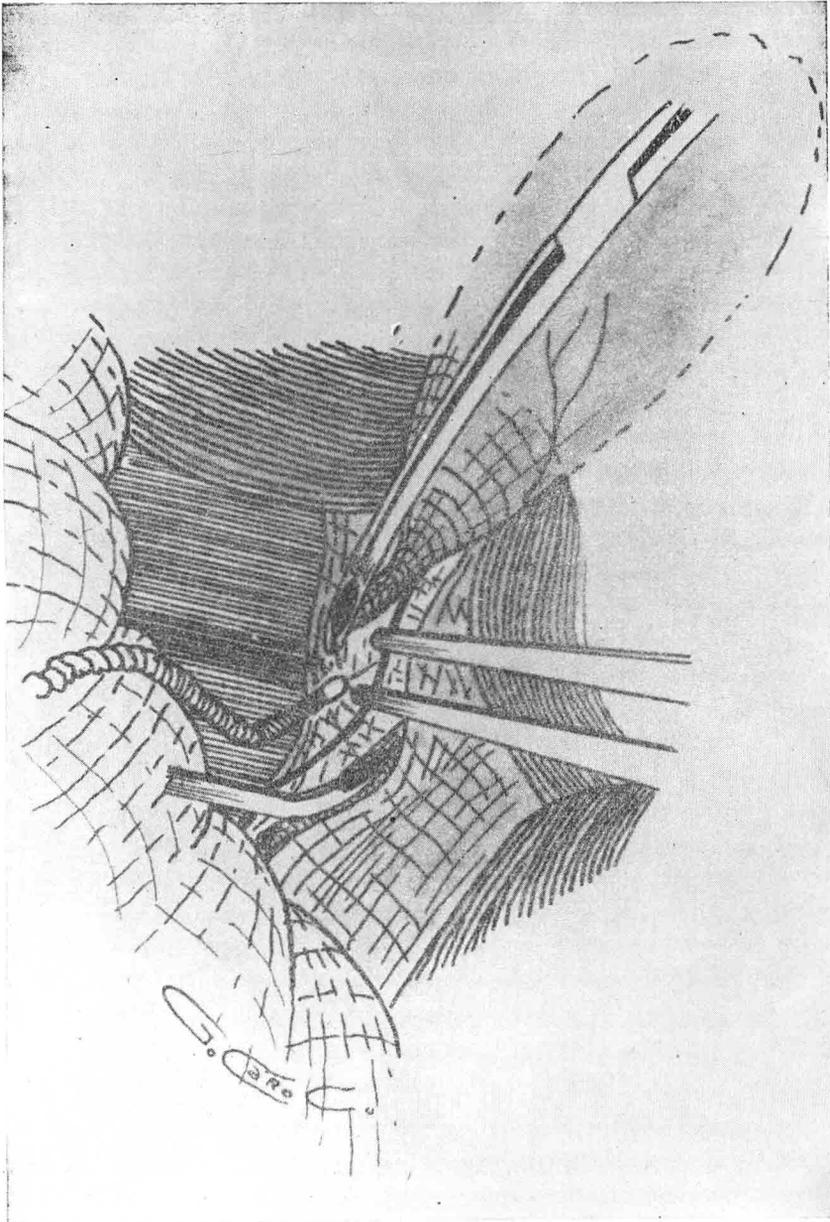


Fig. 4.—Corte del Cístico y reparación y corte de la arteria.

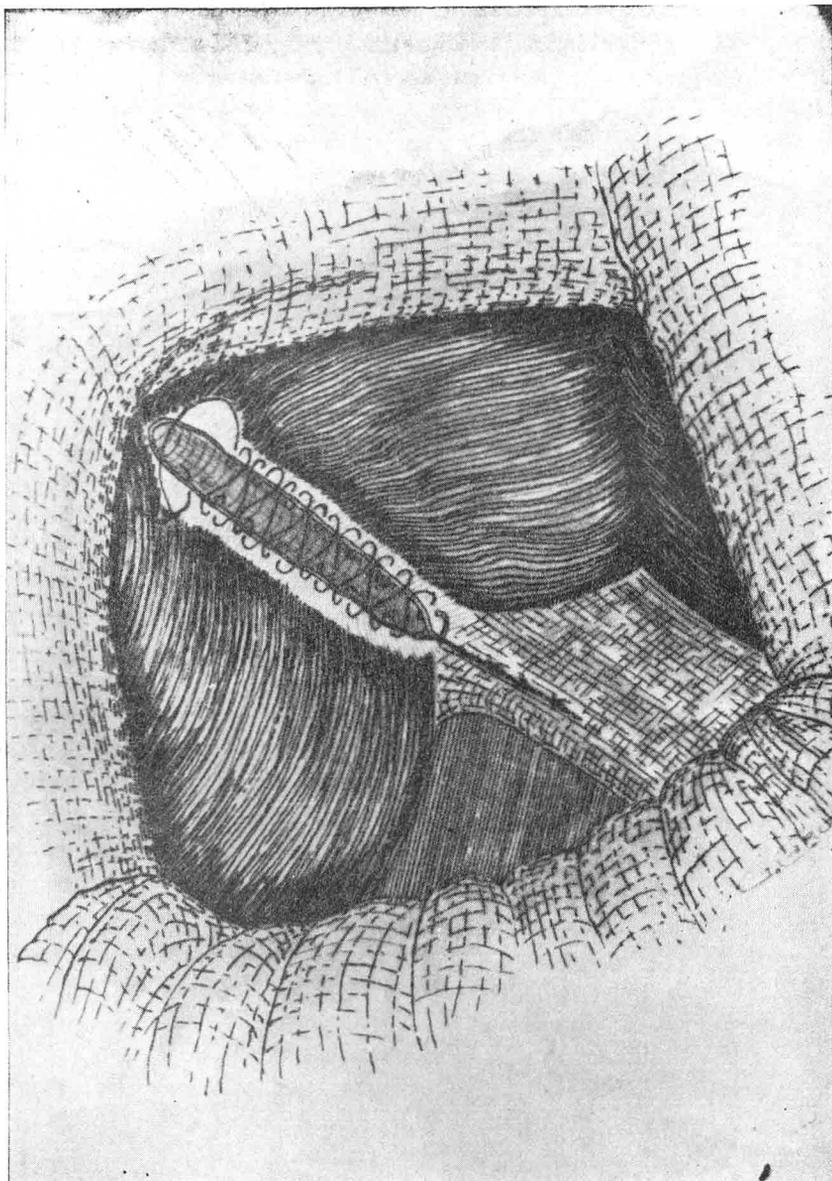


Fig. 5.—Cierre hépato-hepático del nicho vesicular con puntos de Connell-Mayo (Original)

III) Corte del cístico y ligadura de la arteria cística

Con precisión se colocan las pinzas especiales del cístico (fig. 3), y en seguida se procede a cortar el canal con tijeras. Al separar estas pinzas, aparece la arteria (una o dos ramas) que se pinza y secciona (fig. 4).

IV) Se continúa la colecistectomía retrógrada ya conocida.

V) Cierre del nicho hepático, por el procedimiento que denominamos "hepato-hepático", para lo cual utilizamos una aguja redonda, muy fina y de curva amplia, realizando puntos de Connel-Mayo que tomen bastante parenquima. (Fig. 5). Actuamos así, porque no siem-

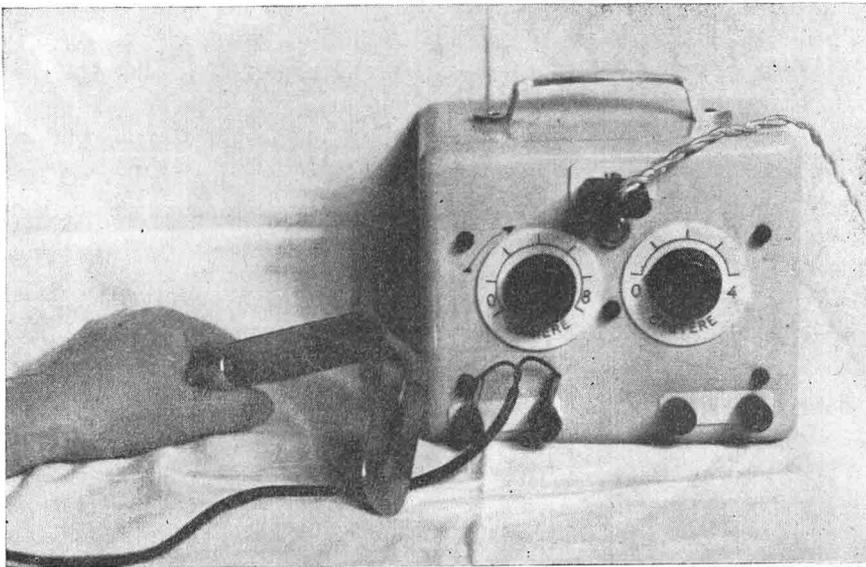


Fig. 6.—Reóstato conectado con el reparador luminoso.

pre es factible suturar la serosa que bordea el nicho (desgarrándose con frecuencia) y aún, cuando ello se consigue, la hemostasis del nicho no es tan segura como en el método propuesto, exponiendo a veces a la colorragia y al coleperitoneo. En estas condiciones el drenaje del peritoneo no es obligado.

VI) Cierre de la pared.

Sobre esta técnica, vale anotar dos hechos:

a) Que si el cístico poco se exterioriza con la pinza de Allis, puede conseguirse esto, cortando con tijeras y con cuidado la serosa que lo envuelve, produciéndose así, una verdadera "hernia" del conducto y una ampliación del ángulo cístico-hepático.

b) Que todas las veces, por razones obvias, no es posible practicar la técnica como se ha descrito, y entonces, se procederá a la cole-

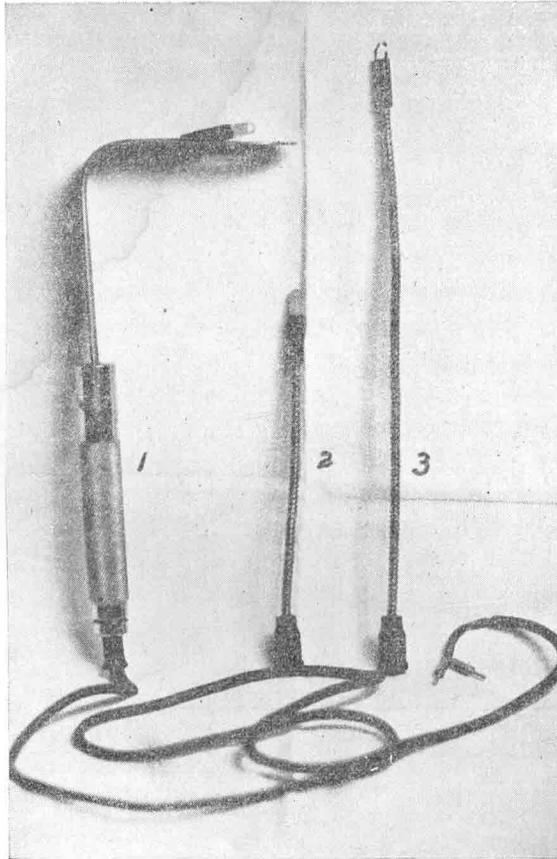


Fig. 7.—Material luminoso. 1) Separador angular. 2-3) "Flexolite" Camerón, modelo 459 ideado por Sir Henry Gray para cirugía cerebral.

cistectomía anterograda, en la cual la transiluminación presta una doble ayuda, permitiendo cortar con certeza (sin hemorragia) la serosa vesicular, al colocar detrás de ella el tallo flexible, lo cual facilita la hemostasis de vasos de algún calibre, y además, porque ayuda a tra-

bajar, con riesgos menores, en la "zona peligrosa" (cístico-hepática-coledociana).

Ventajas del método

Aun cuando saltan a la vista, insistiremos sobre las siguientes:

En caso de existir alguna anomalía en el trayecto de la arteria cística, puede ser descubierta por el método de la transiluminación, evitándose así accidentes tales como la hemorragia de un vaso cuya presencia no se había sospechado; en las anomalías del cístico también es de gran utilidad.

Sin el recurso de la transiluminación, es indudable que la toma de la arteria cística se hace a ciegas, por lo menos en un buen número de casos, y que los accidentes debidos a mala visibilidad son también frecuentes. Se puede cortar la cística, o ligar un vaso supernumerario, dejando sin pinzar el principal, produciéndose una gran hemorragia, que frecuentemente inunda el campo operatorio, dificultando y aún haciendo la intervención peligrosa, por la colocación de pinzas a "ciegas" en un pozo sanguíneo, muchas veces a pesar del recurso de un aspirador eléctrico. Así, se expone al paciente a muchos peligros, a veces irremediables, como son: el pinzamiento del colédoco o hepático, con la posible formación de estrecheces; o lo más grave, la ligadura parcial o total de la vía biliar principal.

Es obvio que la iluminación de la zona operatoria facilita enormemente las maniobras de exploración instrumental del hepatocolédoco y la colocación de un drenaje intrabiliar, así como plastias de la vía biliar principal.

Bogotá, febrero de 1949.

ALFONSO BONILLA NAAR

NOTA.—El autor agradece, muy especialmente, al doctor Alfredo Díaz Campos, interno del servicio, y cuya tesis de grado, sobre este tema fue calificada como "Meritoria" por el consejo de jueces de tesis de la Facultad Nacional, su valiosa colaboración en las intervenciones y desarrollo de este estudio. Al colega, Gabriel Caro, agradece las magníficas ilustraciones de la técnica.

Este trabajo fue concebido y realizado desde principios del año de 1945, tanto en clientela-privada como hospitalaria, en más de 60 intervenciones.

CARCINOMA VULVAR ASOCIADO A TUBERCULOSIS

Por el doctor HERNANDO AMAYA LEON

Jefe de Clínica Ginecológica del hospital de San Juan de Dios.

Deseamos presentar este caso por considerarlo único dentro de la literatura revisada.

I. C., 65 años, ingresa al hospital el 20 de diciembre 1948. Reside permanentemente en Bogotá desde hace 36 años y se ocupa de labores hogareñas. Consulta por flujo y dolores vulvares.

Madre muerta por carcinoma del seno.

Pasado ginecológico satisfactorio; ciclos menstruales tipo 30/III normales. Menopausia hace 20 años, instalada sin mayores dificultades. Antecedentes obstétricos negativos.

La enfermedad actual parece evolucionar desde hace 10 años. Se inició con flujo blanco, cremoso, sin mal olor, acompañado de prurito vulvar; tratada con remedios caseros, no fue vista por médicos. El flujo se hizo con el transcurso de los años amarillo y mal oliente; el prurito se acentuó progresivamente. Desde hace un año acusa dolores, más o menos intensos, localizados en la vulva y regiones vecinas. Inexplicablemente la enferma confiesa no haber notado nunca signos objetivos vulvares.

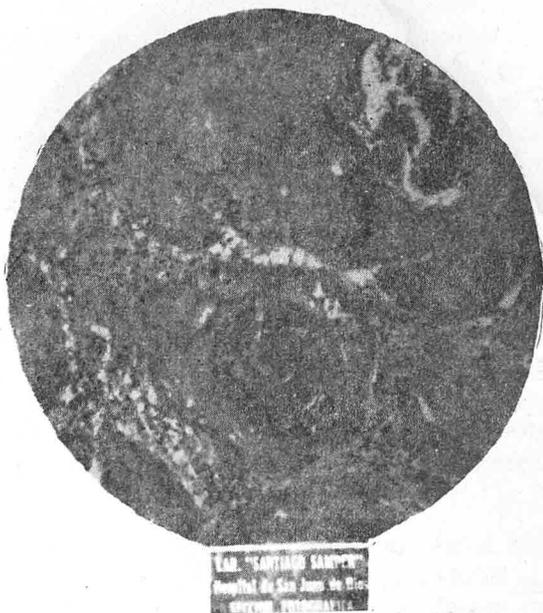
El examen clínico general es muy satisfactorio. T. A.: 125x75.

A la exploración ginecológica se ve una neoformación que recuerda una coliflor, de superficie irregular y ulcerada, friable, que invade todo el clítoris, y el pequeño y gran labio derechos en casi toda su extensión. Es posible apreciar adenopatía inguinal bilateral, y algunos ganglios son grandes, duros, inmóviles. Se observan grandes placas de leucoplasia, especialmente localizadas en los pliegues inguinocrurales. Hay himen virginal; no se aprecia mayor infiltración vaginal. T. R.: útero atrófico, móvil, sin caracteres anormales.

El examen histológico de biopsias, (Lab. S. Samper N° 52.459-07083) hace el diagnóstico microscópico de "Carcinoma epidermoide espinocelular. Grado II".

Otros exámenes de laboratorio: 4.920.000 hematíes; 5.800 leucocitos; hemoglobina 100%; valor globular 1.02; fórmula leucocitaria, normal. Sedimentación globular: 7 y 27 mm. a la media y una hora. Azoemia: 0.34 gm%. Glicemia: 1.02 gm%. Orina: todo normal. Wasserman y Kahn: negativo total. Grupo sanguíneo: 0. Radiografía pulmonar: nada anormal. Reacción de Frei (Lygranum) practicada por el doctor J. E. Santos: negativa.

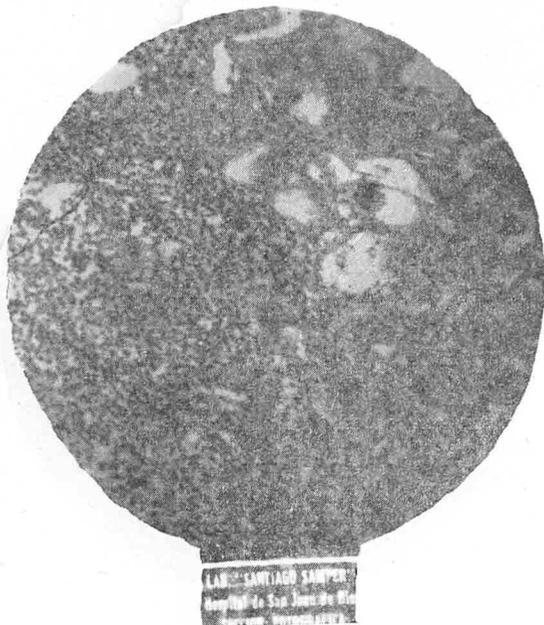
Al poco tiempo de tomar las biopsias, se instala una neta linfangitis, que cede con penicilina, sulfoterapia y aplicaciones locales.



Resuelto el tratamiento operatorio, se hace indispensable hacerlo en un solo tiempo, pues la enferma por ignorancia y necesidad no quiere comprender la gravedad de su caso, y difícilmente acepta una única intervención. Así, cuando se quería practicar en un primer tiempo la vulvectomía y en época posterior la excisión ganglionar, se hizo necesario ejecutar todo ello en una sola vez.

Bajo anestesia general, aplicando a la vez sangre y fluidos en abundancia, se practica una operación por la técnica de Basset. La incisión, muy amplia para extirpar las placas de leucoplasia, parte del

monte de Venus, alcanza la piel de los muslos y termina en el rafo ano-vulvar. En profundidad, deja los planos aponeuróticos a la vista, limpios. En la segunda parte de la operación, se prolongan las incisiones siguiendo un plan perpendicular a la arcada de Poupart y resecaando en bloque el tejido céluo-adiposo y los ganglios; se anota que el tejido está crónicamente inflamado, y hay una zona a la derecha en donde se encuentra un absceso de pus mal ligado y sin mal olor. Se logra una amplia disección de los ligamentos redondos y canales inguinales; excisión de los ganglios femorales y los llamados de Cloquet, en forma satisfactoria. Posteriormente, previa ligadura de las venas safenas externas, se extirpan todos los ganglios y tejidos en una amplia extensión.



Las condiciones de la enferma al terminar el complejo acto quirúrgico (3 horas), son muy buenas. El post-operatorio es largo, pues se asiste a un esfacele de las suturas, lo cual era lógicamente esperado. Actualmente se prepara para injertos.

El resultado anatomopatológico de las piezas quirúrgicas dice: "Laboratorio Santiago Samper-Sección de Anatomía Patológica 04930-07169.

Descripción macroscópica.—Vulva, tejido figrograsoso y ganglios linfáticos. Vulva: dimensiones 14 x 9 x 4 cms. El clítoris, la parte

posterior del gran labio derecho y el pequeño labio correspondiente, están aumentados de tamaño, de superficie ulcerada, irregular y de aspecto de coliflor. A nivel de la comisura anterior, el tejido celular subcutáneo está invadido por tejido de consistencia firme de color rosado pálido en unas partes y amarillento en otras. Son abundantes los focos de necrosis. Estas áreas invaden a ambos labios mayores hasta su parte media. El tejido fibroso muestra áreas de reproducción del mismo tumor. Los ganglios están hipertrofiados y algunos muestran áreas de color amarillento y consistencia firme.

Diagnóstico microscópico.—Carcinoma epidermoide espinocelular malignidad grado III, con metastasis ganglionar. Los cortes muestran grande y pequeño labio, clitoris, tejido celular subcutáneo y ganglios linfáticos. En todos, las preparaciones con excepción del tejido celular subcutáneo, se aprecia un neoplasma epitelial maligno, de tipo espinoso, muy infiltrante y moderadamente diferenciado. Se caracteriza por células agrupadas en islotes que se caracterizan por su polimorfismo, variaciones de tamaño e hiper cromatismo nuclear; son abundantes las figuras de división indirecta. El neoplasma muestra tendencia a queratinizarse y a formar globos corneos, pero estos últimos son muy escasos. El tumor se acompaña de un proceso inflamatorio subagudo muy activo. En los ganglios linfáticos se ven áreas de reproducción del tumor. En el tejido celular subcutáneo se observa un proceso inflamatorio específico caracterizado por áreas de caseificación, infiltración linfocitaria, células epitelioides, fibroblastos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans. Con coloración especial se encontraron formas sospechosas de ser bacilos ácido-alcoholo-resistentes, y por lo tanto es muy probable que se trate de un proceso tuberculoso" (Fdo.) E. Lichtemberger.

Como comentarios breves, hacemos notar que si bien el carcinoma vulvar no es tan raro (1), sí lo es el localizado en el clitoris y labios, 0.32% de los cánceres genitales según Gentil (2). En cambio, la localización TBC en la vulva, se considera como excesivamente rara (3), (4), (5).

Con Taussig —6—, opina la gran mayoría de los autores —7—, —8—, —9—, —10—, que la excisión quirúrgica del carcinoma es la terapéutica más satisfactoria en la actualidad. Es posible que este tratamiento sea el aconsejable también para los casos de TBC vulvar.

Creemos que la operación de Basset era el tipo de intervención ideal en el caso que nos ocupa.

Sumario

- 1) Se presenta un caso de carcinoma y tuberculosis vulvar asociados.
- 2) No se conoce otro caso similar, en la revisión de la literatura consultada.
- 3) La intervención (técnica de Basset) ejecutada en un solo tiempo, por razones especiales, dio buenos resultados inmediatos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Curtis A. H.—Ginecología. 487, 1941. Ed. Salvat, Barcelona.
- (2) Gentil F.—Carcinoma de la región vulvar. Gac. Méd. España, 1946, XX:9, 353.
- (3) Wharton.—Gynecology. 1944, 392. W. B. Saunders Co. Philadelphia.
- (4) Calatroni-Ruiz.—Terapéutica Ginecológica. 1941, 480. El Ateneo, Buenos Aires.
- (5) Cardiviola L.—Obst. y Gineco. Lat-Amer., 1946, 4:955.
- (6) Taussig F. J.—Am. J. Obst. Gynec. 40:764, 1940.
- (7) Mc Kelvey J. L.—The treatment of carcinoma of the vulva. Am. J. Obst. Gynec. 54:626-632, 1947.
- (8) Campbell R. E.—Am. J. Obst. Gynec. 54:634, 1947.
- (9) Ackerman-Gegato.—Cáncer, Diagnosis, Treatment and Prognosis, 1947. Mosby Co. St. Louis.

ESTUDIO PRACTICADO EN MEDELLIN SOBRE ENDEMIAS TÍFICAS

Informe sobre la endemia de tifo que se presentó en la ciudad de Medellín, rendido al Ministerio de Higiene por el doctor Hernando Correal C., Ingeniero jefe del Laboratorio de Aguas del Ministerio de Higiene.

Abril 5 de 1949.

Señor Profesor
Jorge Bejarano.
Ministerio de Higiene.
E. S. D.

En cumplimiento de la Resolución N^o 251 de fecha marzo 28 del corriente año, me permito informar a S. S., sobre los resultados del estudio practicado en Medellín con relación a la endemia tífica que se presentó en dicha ciudad.

Las únicas dos posibles fuentes de propagación estudiables eran el agua y la leche, ya que sobre el resto de alimentos no existe ninguna forma real de control.

Las aguas que abastecen a Medellín y el tratamiento que sufren antes de ser entregadas al consumo público, es el siguiente:

Las quebradas de "Piedras Blancas" y "Santa Elena", suministran cerca del 70% del volumen y son tratadas a coagulación y filtración con pre y post clorinación. La planta de "Villa Hermosa", que trata estas fuentes, es decir, todo el volumen de "Piedras Blancas" mas un volumen aproximado del 30% del de "Santa Elena", entrega un afluente de muy buena calidad físico-química y bacteriológica. El agua se le corrige también la corrosividad y su esterilización o post clorinación es producida por medio de cloro y amonio o sea por medio de cloramina. Se efectuaron muestreos en puntos extremos de la red de cada uno de los barrios servidos por la planta obteniéndose los siguientes resultados:

Punto muestreo	Contenido total Cl.	Resultado bact. de B-Coli.
Manrique	0.15 p.p.m.	Negativo
Orfelinato	0.12 p.p.m.	Negativo
Nutibara-Antioquia	0.12 p.p.m.	Negativo
Robledo	0.1 p.p.m.	Negativo

Prácticamente no se encontró ningún contenido de cloro libre sino en forma de cloro combinado por las cloraminas aplicadas a la planta.

El volumen restante de "Santa Elena", es clorado sin ningún otro tratamiento y enviado inmediatamente a la población.

El agua cruda de "Santa Elena", ha presentado casi siempre positividad a coliforme. Idénticamente como en el caso anterior se tomaron muestras con los siguientes resultados:

Punto de muestreo	Contenido total. Cl	Resultado bact. B-Coli.
Gerona	0	Positivo
Poblado	0	Positivo

El agua al salir del tanque de distribución presenta dosis de cloro libre de 0.4 p.p.m. y ya que no se encuentra ningún residual en los puntos extremos de la red, queda muy fácil afirmar que la cabeza negativa de presión producida por la intermitencia del servicio, introduce dentro de la tubería sustancias oxidables que absorben la dosis de cloro existente y contaminan nuevamente el agua, permitiendo de esta suerte un grave peligro de contagio.

La segunda fuente que abastece es la denominada quebrada "Ana Díaz", que cruda dá altos conteos bacteriales, hasta 800 bacterias por centímetro cúbico con positividad a coliforme y una alta demanda de cloro. Su único tratamiento es la clorinación y se suministró dosis hasta de 2 p.p.m., encontrándose 0.4 p.p.m. a la salida del tanque y en la red 0.02 p.p.m. de cloro libre y 0.1 p.p.m. de cloro total. El tanque de presión es abierto y la acción de la luz solar y el aire ayudan bastante a la pérdida o consumo excesivo de cloro. Sin embargo, la gran diferencia encontrada en el residual de cloro libre entre un punto a la salida del tanque y la red sólo puede ser atribuido a que se haya producido una oxidación más completa al dársele un mayor tiempo, lo que creo poco probable, o que existe una fuente posterior de sustancias oxidables, lógicamente una fuente de contaminación en la tu-

bería por la misma razón expresada anteriormente de la intermitencia del servicio. El análisis bacteriológico de la muestra tomada en la red dio resultado positivo a coliforme.

La siguiente fuente abastece a los barrios de "Campo Valdés" y "Las Nieves", que presenta una buena calidad pero muy pequeño gasto. Su único tratamiento es la cloración y raras veces el agua cruda presenta positividad a coliforme. Se encontraron residuales de cloro libre de 0.1 p.p.m., y de cloro total de 0.13 p.p.m. en puntos extremos de la red. El análisis bacteriológico dio resultados positivos a voliforme. Por los resultados anteriores puede decirse que en este sector ocurre idénticamente que en las otras contaminaciones posteriores producidas por la intermitencia del servicio.

Parte de los Barrios "Robledo" y "América", son abastecidos de un pozo profundo, que suministra una agua de apreciable contenido de sulfuros y gas sulfhídrico. No recibe ninguna clase de tratamiento y la gente se queja mucho por sus características salobres. El suministro es prácticamente continuo y su calidad bacteriológica bastante buena.

"San Antonio del Prado", es un pequeño corregimiento cercano a Medellín, que dispone de unas 300 instalaciones domiciliarias, abastecidas por una fuente artificial sin ningún tratamiento, cuyos resultados bacteriológicos son generalmente positivos a coliforme.

Con base en los puntos anteriores, se solicitó al señor gerente de segunda sección de las Empresas Municipales y al ingeniero administrador de la planta del Acueducto, las siguientes medidas:

- a) Clorar toda agua servida al público, en forma tal que:
- b) Los residuales en cualquier punto de la red nunca sean inferiores a 0.8 p.p.m., de cloro total, cuando se empleen cloraminas para la esterilización o 0.3 p.p.m. de cloro libre.
- c) El suministro de cloro mientras se importan los hipoclorizadores o clorizadores necesarios, puede ser hecho en la siguiente forma:
Suminístrase cloro ya sea a través de un clorizador o directamente de un cilindro utilizando un dializador muy cuidadosamente, a un tanque de agua en forma tal, que se consiga una solución fuerte de cloro la cual, será aplicada a la fuente que se desee clorar, siendo lógicamente función la dosis de la solución fuerte y el volumen de ésta, empleado de la cantidad de agua que se deba tratar.
- d) Suministrar en forma continua agua a las pasteurizadoras de la ciudad, y que el afluente entregado a éstas sea totalmente negativo bacteriológicamente. La razón de esta medida se verá más adelante cuando tratemos sobre la calidad de la leche.

e) Proceder a cubrir el tanque de presión de la fuente "Ana Díaz", con el fin de evitar la pérdida de cloro por acción de la luz y del viento y lograr una oxidación más uniforme y por lo tanto más completa.

Como medidas posteriores pero de muy próxima realización, deben tomarse las siguientes:

a) Completar dentro de la mayor brevedad posible la red de distribución en el barrio Berlín. Las actuales pilas públicas están entregando al consumo a las personas que van a ellas a abastecerse, una agua de resultados positivos a coliforme.

b) Iniciar la verificación de la red general existente con el fin de encontrar los tramos en que existan escapes por encima del valor normal aceptado y proceder inmediatamente a repararlos o reemplazarlos según sea el caso.

c) Proceder a solucionar en alguna forma el problema del acueducto de "San Antonio del Prado", ya sea suministrándole agua de Medellín, es decir, de la tratada en la planta, lo cual es poco probable, dada la escasez presente, o proceder a clorar la fuente de abasto existente. Es necesario esta pronta reforma por cuanto una apreciable parte de la población de "San Antonio del Prado", trabaja o tiene sus actividades en la ciudad de Medellín y caso de que ocurriese una epidemia en este corregimiento, sus habitantes fácilmente transportarían o serían fácilmente fuente de contagio para los de Medellín.

En Medellín existen dos plantas pasteurizadoras, las cuales se puede decir, prácticamente surten la ciudad completamente. Sin embargo que no es errado asumir un consumo del 20% de leche cruda.

La planta municipal de leches, usa una pasteurización de tiempo largo, la cual piensan abandonar reemplazándola por una de tipo de tiempo corto. Su producción actual es de unos 18.500 litros diarios y se encontraron varios defectos, que deben ser corregidos como sigue:

a) Refórmese la sala de recibo, en el sentido de instalar coveyors para las cantinas con leche cruda de suerte que el recorrido de éstas antes de llegar a la plataforma de vertimiento permiten efectuar pruebas de acidez a la sonda en todas y cada una de ellas.

b) Cámbiese el agitador del tanque de leches crudas por uno de vaivén, pues el actual que es de tipo de élice produce un efecto desengrasante de la leche.

c) Refórmese la lavadora de botellas, suministrando refrigeración esterilizante, con el fin de que las botellas lavadas salgan de la máquina a una temperatura inferior a los grados centígrados.

d) Tápense las embotelladoras con el fin de evitar que el polvo del medio ambiente recontamine la leche ya tratada.

e) Cubrir la cortina refrigeradora de la leche pasteurizada por las mismas razones del punto anterior.

f) Suministrar facilidades de refrigeración al precalentador con el fin de evitar las sobrecocciones de la leche que actualmente ocurren y que dan mal sabor a éstas.

g) Proveerse de cartas registradoras para los aparatos de control, con el fin de poder comprobar los períodos y temperatura de pasteurización.

h) Las pruebas bacteriológicas deben reducirse en lo que respecta a las bacterias coliformes, a determinar la presencia de éstas sin entrar a averiguar el tipo de ellas, ya que si la leche es bien pasteurizada deben estar totalmente ausentes. En otras palabras, bastará con inoculación en caldo de bilis verde brillante y confirmación en medio de sólido de Levines y coloración al microscopio.

i) El acueducto suministrará agua de buena calidad bacteriológica y en forma permanente. Se solicita que sea en forma permanente el suministro de agua, con el fin de mejorar el funcionamiento del equipo de refrigeración.

Los resultados bacteriológicos de la leche tratada en esta planta, son generalmente negativos a Coliforme y por lo tanto, puede decirse que la pasteurización es aceptable.

La planta de "Productores de Leche", emplea un sistema de corto tiempo con pasteurizador de placas el cual a su vez es regenerador. Su producción es de unos 35.000 litros por día y para corregir los defectos encontrados es necesario efectuar las siguientes reformas:

a) Reemplácese por piezas de acero inoxidable todas aquellas de cobre estañado que bajo la acción del ácido láctico de la leche van entregando a ésta continuamente, residuales de estaño y cobre.

b) Auméntese la sensibilidad del Fulsopio.

c) Trabájese la Clarificadora por centrifugación en lugar de los filtros.

d) Refórmese la lavadora de botellas refrigerando el tanque del último enjuagado y el de la solución esterilizante con el fin de que las botellas al salir de la máquina presente temperaturas inferiores a 10 grados centígrados.

e) Cámbiense los actuales agitadores de los tanques de almacenamiento de leche cruda, que son de tipo de serpentín móvil, por unos

de tipo de hoja de vaivén. Otro tanto puede decirse del agitador del tanque de almacenamiento de leches pasteurizadas que es de tipo de élice.

f) Esterilícese el agua servida por el acueducto a la planta, con el fin de poder determinar si la contaminación de bacteria Coli en la leche pasteurizada está producida por aquella al ser empleada para el lavado de la cortina enfriadora con expansión.

g) Auméntese el número de placas regenerativas del pasteurizador con el fin de poder enfriar la leche suficientemente en éste y de hecho eliminar la mencionada cortina enfriadora.

h) El acueducto deberá suministrar a la planta agua de muy buena calidad bacteriológica, y en forma permanente para mejorar el funcionamiento del equipo de refrigeración.

Los resultados bacteriológicos muestran 10 positivos de bacteria coliforme por 1 negativo en muestras tomadas al azar de la leche pasteurizada y embotellada. Con base en estos resultados puede afirmarse que la planta está malgastando un dinero y recargando el precio de la leche, si no se procede de inmediato a efectuar la reforma solicitada de las placas para determinar si tal contaminación se elimina, o proceder de inmediato a buscar la fuente de ella.

La escasez de leche que ocurre en Medellín permanentemente es bastante alarmante. En efecto, la producción conjunta de las dos plantas suma 53.500 litros por día, y asumiendo, como se dijo antes, un 20% más de esta producción como volumen de leche cruda introducida clandestinamente, tendremos un total de 64.200 litros por día, que con una población no menor de 300.000 nos da un volumen de 0.214 litros por habitante por día, es decir, ni tan siquiera un pocillo ordinario de leche existe para cada habitante diariamente. Esto ha dado margen a que se especule con el producto en forma incontrolable.

Luego cualquier medida que tienda a fomentar la producción de la leche que surte a Medellín, debe ser apoyada irrestrictamente. Como es lógico, el mejor apoyo es el aliciente del negocio para quienes se dediquen a él o piensen invertir sus capitales en tal industria. Pero siendo que el precio actual está ya bastante elevado y no permite un consumo necesario a las clases poco acomodadas, es importante el pensar en subir más aún el precio de ésta. Luego no nos queda sino una solución y es que el municipio de Medellín auxiliado o no por la nación, establezca un sistema de bonificación o algo similar para aquellos productores que puedan aumentar las entregas de leche, claro está, de acuerdo con las cantidades producidas y los incrementos de cada una de las fincas. Estos fondos podrían ser obtenidos por auxilio

nacional en parte, disminuyendo o eliminando según el caso, impuestos de renta y patrimonio a aquellas fincas o haciendas dedicadas a la producción de leche o quizás creando un nuevo impuesto predial de leches, o sobre licores y espectáculos, y en general cualquier medio que permita obtener fondos para fomentar la producción lechera que abastece a Medellín. Esto no sólo mejoraría la cantidad, sino también la calidad, ya que la escasez es la mayor causa de las adulteraciones, que en la generalidad de los casos recontaminan gravemente la leche.

En la sección de bioestadística municipal a cargo del doctor Juan Antonio Montoya, no existe prácticamente información respecto a la endemia tífica que existe en Medellín o tan siquiera a la juzgada semi-epidemia, ya que no se reportan a esta sección ni los casos ocurridos de tifo, ni el nombre del paciente, ni su sitio de habitación, ni la fecha de examen o la gravedad del caso o la posible fecha de contagio, que obviamente son la base fundamental de todo estudio comparativo que tienda a determinar la más posible causa de cualquier estudio epidémico que se quiera efectuar.

En vista de que no se tienen los suficientes datos, fue humanamente imposible determinar cuál de las dos fuentes, el agua o la leche ha podido ser la causante del mal. Siendo que tanto la una como la otra se encontraron posibles culpables de la endemia, se recomendaron como se dijo atrás, la serie de medidas técnicas que eliminarán los defectos presentes, sino totalmente en la leche por lo menos sí en el agua.

Quiero expresar mis agradecimientos por su decidida colaboración a los doctores Jesús Peláez Botero, director departamental de higiene, al doctor Juan Guillermo Restrepo, gerente de la 2ª sección de las empresas municipales, al doctor Rafael Uribe Uribe, administrador del acueducto y al doctor Marco T. Osorio, director del departamento municipal de higiene.

Sería conveniente que su señoría ordenara se informe al señor gobernador de Antioquia y al señor alcalde de Medellín de la situación contemplada en este informe.

En espera de que este informe cumpla a satisfacción los fines buscados por su señoría al crear la comisión que me fue conferida en la Resolución número 251, me es muy grato suscribirme de su señoría, atento seguro servidor,

Hernando Correal C.

Ingeniero Jefe del Laboratorio de aguas.

PROGRAMA

DEL CURSO DE CANCEROLOGIA - 1949

En cumplimiento de su función docente, el Instituto de Radium se propone adelantar labores de dos órdenes: por una parte, un curso regular de Cancerología, destinado a alumnos de último años, internos y médicos generales, en el cual se pretende revisar los puntos principales de la Cancerología con criterio no especializado; por otra parte, de acuerdo con las facilidades del momento y en la medida en que las circunstancias lo permitan, se llevarán a cabo ciclos de conferencias y demostraciones prácticas abiertamente especializadas y reducidas a sectores parciales de la Oncología.

La experiencia adquirida en cursos anteriores recomienda hacer el de este año intenso en cuanto a su modalidad y un tanto reducido en el tiempo; por este camino se consiguió una visión rápida y fructífera de los temas principales, sacrificando muchos de carácter exclusivamente teórico o realmente importantes en la práctica pero que son adecuadamente tratados en otros cursos de la Facultad. La mira fundamental del curso de cancerología es la de hacer pensar al médico en el cáncer, mostrarle la magnitud del problema, enseñarle a diagnosticar y sobre todo a no desconocer los cánceres más importantes y a perseguir siempre sus estadios tempranos; en el dominio de la Terapéutica se procurará informar a los asistentes sobre las posibilidades de ella en cancerología, darles a conocer la Terapia por las radiaciones, demasiado ignorada por el médico general y sobre todo indicar pautas de acción destinadas al no especializado y particularmente al médico general. Con estas premisas, la realización del curso requiere un esfuerzo máximo: de los expositores se solicita encarecidamente cumplimiento exacto, orden y concisión en las conferencias y giros objetivos o ilustraciones prácticas para las mismas; la colaboración de los estudiantes radica ante todo en una asistencia puntual a teoría y prácticas.

En general, las conferencias comprenderán una primera sección, corta, dedicada a presentar un cuadro global de la histopatología de

los neoplasmas de que se trata en cada caso. Vendrá luego una exposición clínica sucinta, que solo debe ocuparse de lo más saliente, desarrollándolo a ser posible de acuerdo con los siguientes puntos sucesivos: importancia del proceso, en atención a su gravedad o frecuencia; hechos clínicos que deben sugerir el cáncer en mención, sobre todo en sus estadios tempranos; exámenes clínicos y datos semiológicos del cáncer de que se trata, estudios instrumentales y de laboratorio que han de emplearse para confirmar, infirmar o precisar esa sospecha; bases generales del ataque terapéutico. Se tendrá siempre en cuenta que el auditorio no es especializado, que busca una información global, que se interesa ante todo por los grandes cuadros clínicos y en cuanto a la Terapéutica, busca líneas de conducta orientadoras, pero en ningún caso descripción detallada de Técnicas Quirúrgicas o Radioterápicas; debe insistirse sin embargo, en que el escaso desarrollo de la Cirugía del cáncer en nuestro medio, obliga a hacer énfasis especial sobre lo que esta vía de acción permite conseguir. Igualmente, es deseable destacar los errores más comunes en diagnóstico y tratamiento, para señalar lo que no debe hacerse en estos casos. Por último y para añadir interés de actualidad a lo tratado, se hará mención de los nuevos giros de terapia o diagnóstico, señalando desde luego sus promesas y sus incertidumbres.

Con el fin de dar una enseñanza práctica durante las conferencias, se procurará ilustrarlas mediante la presentación de casos clínicos; serán estos, de dos órdenes: por una parte, durante la conferencia y a medida que la exposición lo requiera, se presentarán enfermos con el carácter de ejemplos de lo dicho o de variedades que sea importante retener; por otra parte, al fin de la lección y para aprovechar en sentido didáctico todos los casos interesantes o ilustrativos que lleguen al Instituto, se dedicarán unos momentos para presentar de manera breve dos de ellos; se espera realizar en esta forma una demostración de la mayoría de los tipos de cánceres y entidades conexas que llegan a nuestros servicios; para tal fin, los miembros del personal científico del Instituto citarán los casos interesantes para los días martes y jueves, a las horas de clase y harán personalmente la presentación de los mismos.

El curso se abrirá a base de temas generales, de amplio alcance, seguidos por temas particulares elegidos con base en lo dicho atrás. Las conferencias serán dos por semana, los días martes y jueves, de 4 y media p. m. en adelante; en cuanto a las prácticas, se las realizará principalmente los sábados a partir de las doce del día. Las labores del curso de Cancerología se iniciarán el día 7 de junio y se extende-

rán hasta comienzos del mes de octubre. Las fechas precisas de todas las conferencias aparecerán en programa adicional, de acuerdo con las modificaciones que sufra el calendario académico.

La primera conferencia versará sobre el concepto anatómo-patológico del cáncer y el de tumor en general; se tratarán aquí a la vez los puntos relativos a la clasificación general de los tumores, grado de malignidad y manera de propagación de los cánceres. Esta conferencia estará a cargo del doctor Méndez Lemaitre.

La segunda conferencia, del mismo expositor, comprenderá aquellos temas de la anterior que no se hubieren desarrollado en ella por falta de tiempo y además, se ocupará de lo relativo a los tumores epiteliales en general y al cáncer epitelial en particular; por último se expondrá lo más importante, como concepto anatómo-patológico general, sobre tumores conjuntivos, especialmente los malignos.

La tercera conferencia versará sobre la Cirugía General del Cáncer y se desarrollará en torno a los siguientes puntos: 1º El concepto de propagación en la vecindad y a distancia, los criterios que permiten reconocer la primera y el estudio clínico de la metastasis ganglionar y de las metastasis de otras localizaciones, especialmente pulmonar y esquelético. 2º Las grandes normas de la cirugía del cáncer, en donde se señalará en forma general qué tipos de casos son tributarios de la cirugía o mejor, qué hallazgos clínicos o de otro orden obligan a prescindir de ella. Igualmente se tratará de la amplitud recomendable para las exéresis en los casos más frecuentes y de los conceptos de vaciamiento y operación radical, sin suministrar detalles técnicos sobre la ejecución de los últimos. Se hará breve referencia a las posibilidades quirúrgicas en cánceres abdominales propagados en forma relativamente amplia. 3º Con criterio general también se indicarán las principales posibilidades de cirugía paliativa en casos incurables. 4º Finalmente, a manera de síntesis, se indicará en forma de grandes preceptos qué debe y qué no debe hacerse mediante la cirugía en casos de cáncer. Esta conferencia estará a cargo del doctor César A. Pantoja.

Los temas relativos a radiaciones vienen a continuación: en una primera conferencia se explicará el concepto de radiación electromagnética, sus variedades útiles en Cancerología y sus principales modalidades de aplicación; todo esto, procurando dar sólo conceptos generales y mostrar que se trata de un elemento terapéutico tan manejable como cualquiera otro de la farmacopea, pero aclarando a la vez que sólo puede ser bien manejado por el especialista y que sólo a éste compete el conocimiento de los detalles técnicos. En una segunda con-

ferencia se hará referencia, en forma particularmente sencilla, a la dosificación en sus bases generales y se sentarán las nociones radiobiológicas esenciales. Ambas conferencias serán desarrolladas por el doctor Mario Gaitán.

Sexta conferencia: Versará sobre los radioisótopos. Este tema, no tratado en los cursos regulares, requerirá una presentación general acorde con el siguiente esquema: concepto de isótopo, isótopos estables y radioactivos, fundamentos del empleo de los isótopos para estudios de biología y fisiología, bases generales del empleo de los radioisótopos en Cancerología, breve noticia sobre los isótopos actualmente más empleados con fines terapéuticos. Esta conferencia será desarrollada por el doctor Luis M. Borrero.

El último de los temas generales es el de las ondas cortas, o mejor, el de las corrientes de alta frecuencia. Se desarrollará aquí lo relativo a estas ondas y corrientes y a sus aplicaciones médicas; se iniciará la exposición mediante la presentación de las bases generales, vale decir, del concepto de corrientes de alta frecuencia; se continuará con la exposición relativa al efecto biológico de dichas corrientes. En el campo de las aplicaciones médicas, se principiará por establecer nítida diferencia entre la electrocoagulación, electrodesecación y fulguración, para pasar luego al empleo general de dichos procedimientos en cirugía y en particular en cirugía cancerológica; brevemente pero en forma clara se expondrá el fundamento del bisturí eléctrico. Si el tiempo lo permite convendría dedicar unos momentos para destacar casos salientes de la aplicación de estos métodos en cancerología, no olvidando en ningún caso poner de relieve, la importancia del electrobisturí en este dominio. Finalmente, se realizará una demostración de las varias modalidades de aplicación de estas corrientes. La exposición correrá por cuenta del doctor Roberto Restrepo.

Vienen luego un par de conferencias sobre el cáncer del seno, a cargo del doctor César A. Pantoja; se hará notar inicialmente la frecuencia del proceso, su carácter de problema social, su gravedad extrema y lo imperdonable de su desconocimiento, dado que es un cáncer de fácil acceso; se destacará especialmente la necesidad de perseguir los pequeños signos del cáncer temprano ya que el hallazgo de una sintomatología rica es indicio de atención tardía y de pronóstico oscuro. Brevemente, se ubicará el cáncer del seno en el terreno histopatológico, para pasar luego al desarrollo de la semiología de este proceso, hecho objetivamente, con base en los casos presentados. Terminará la exposición estableciendo una conducta clara, acorde con las miras del Instituto.

El turno siguiente, en orden de presentación, corresponde a otras conferencias sobre Estomatología. Se da énfasis dentro del curso a estos temas, debido a que generalmente se los descuida en los estudios médicos regulares. La primera de dichas conferencias, a cargo del doctor Torres Pinzón, versará sobre la manera de organizar un servicio de Estomatología, en atención a la profilaxis y diagnóstico del cáncer oral; corre por cuenta de este expositor señalar la frecuencia de este cáncer, su gravedad, su poca posibilidad de tratamiento cuando no se trata de casos tempranos y el desastre humano y social de los procesos avanzados. La segunda conferencia, que realizará el doctor Rafael Carrizosa, se referirá a la clínica de los procesos cancerosos y precancerosos de la boca, con exclusión de los tumores del maxilar, faringe, etc.; también aquí se perseguirá una objetivación del tema a través de la presentación de enfermos. Por fin, en una tercera exposición se hablará de lo relativo a tratamiento, por el doctor Roberto Restrepo. Es deseable que esta última conferencia tenga miras esencialmente generales y que, conservando la vigencia de los métodos radioterápicos, se preocupe por lo que permite hacer la cirugía, tanto en el campo de la exégesis como en su actitud reparadora; si el personal de enfermos disponible lo permite, sería muy deseable mostrar a los estudiantes pacientes en curso de tratamiento radiumterápico, enfermos sometidos a cirugía plástica o de otro orden o pacientes que constituyan una indicación quirúrgica. Se espera que con esta iniciación de la Estomatología en el Instituto de Radium, se cuente en adelante con la colaboración de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional y se inicie la actuación de un servicio de Estomatología en el Instituto.

El cáncer de la piel será presentado a través de tres conferencias. Las dos primeras serán desarrolladas por el doctor Alberto Medina Pinzón y en ellas, más que a propósito de cualquier otro tema, se perseguirá objetividad ante todo, multiplicando la presentación de casos clínicos; se destacará la importancia del problema que constituyen estos cánceres, la facilidad para prevenirlos, la facilidad para tratarlos cuando esto se hace adecuadamente y los malos resultados que se obtienen por atención tardía o por criterio errado en el manejo de estos enfermos. En una primera lección se hablará de las lesiones precancerosas de la piel, sobre las cuales ha de fincarse la profilaxia real; en la segunda, se presentará lo relativo a epitelomas cutáneos y sus métodos de tratamiento; en cuanto a lo último sólo se darán indicaciones de carácter general; queda por decir que el desarrollo de la parte clínica de esta segunda conferencia corre por cuenta del doctor

Medina, al paso que lo relativo a tratamiento será expuesto por el doctor Mario Gaitán. Cierra el ciclo de conferencias sobre la piel, una lección sobre el Melanoma, que comenzará por establecer claramente el concepto histológico de nevi y melanoma, para pasar luego a la exposición clínica, en la que se insistirá sobre los indicios tempranos de malignización de los nevi, sobre la extrema gravedad y amplia difusión del melanoma que ha evolucionado corto tiempo y sobre su tratamiento quirúrgico. Como conclusión se destacará lo poco que puede prometer en casos un poco avanzados y lo mucho que puede conseguirse por el tratamiento racional y oportuno de los "lunares" que han producido algún síntoma; esta conferencia será dictada por el doctor Mario Gaitán.

Décimasexta conferencia: Cáncer de la laringe, por el doctor Carlos Cleves C. Se iniciará por una presentación de las bases histológicas y fundamentos clínicos esenciales; durante unos minutos se hará un estudio breve de los métodos instrumentales, en particular, valor diagnóstico de la endoscopia y biopsia laríngeas, de la radiografía y tomografía del órgano, sin suministrar detalles técnicos y permaneciendo en el terreno de lo general y más importante; por fin, se indicarán las directrices terapéuticas, destacando la cirugía y lo más saliente de sus indicaciones en relación a la localización y extensión del proceso; lo relativo a radioterapia será general y breve.

La décimaséptima conferencia comprenderá lo referente a cáncer de la nariz, senos paranasales y faringe, excluyendo el cáncer de la amígdala, tratado en Estomatología. Se destacará especialmente la necesidad de un diagnóstico precoz en el cáncer de los senos paranasales, del que se presentarán casos ilustrativos. En referencia al cáncer faríngeo, se hará énfasis sobre el rinofaringeo, insistiendo en las posibilidades terapéuticas debido al tipo de tumores predominante, en la tendencia a la invasión craneana y perineural y en los malos resultados de los casos tardíos. Esta conferencia será dictada por el doctor Carlos Cleves C. Como siempre, las directrices terapéuticas serán consideradas desde un punto de vista general.

La décimaoctava versará sobre Cáncer del pulmón y estará a cargo del doctor Alfonso Uribe Uribe. Se destacará la magnitud del problema, su descuido en nuestro medio y su enfoque clínico. En cuanto a terapéutica, advertida la pobreza de los resultados radioterápicos, se señalarán las posibilidades quirúrgicas, precisando especialmente las contraindicaciones para la intervención.

En cáncer del riñón será tratado en seguida por el doctor Pablo Gómez Martínez, haciendo como siempre resumen anatómo-patológi-

co, enunciación de los síntomas que deben sugerir cáncer de las vías urinarias y del riñón en especial, de los exámenes que tales síntomas imponen y de la conducta recomendable ante una confirmación diagnóstica.

Continúa el tema urológico con una presentación sobre cáncer de la vejiga y del pene, vejiga artificial y vaciamiento inguinal, a cargo del doctor Santiago Triana Cortés. En cuanto al cáncer de la vejiga, se dará particular importancia a la necesidad de un diagnóstico precoz y a la facilidad de prevenir el cáncer por el tratamiento de la lesión precancerosa; se señalarán los síntomas que deben hacer sospechar el proceso y se indicarán las grandes normas terapéuticas. Como tema conexo se explicará brevemente la técnica de preparación de la vejiga artificial. En cuanto al cáncer del pene, se señalará su frecuencia, su gravedad, su posibilidad de tratamiento quirúrgico, las bases fundamentales de éste y los datos clínicos de inoperabilidad.

Concluye la Cancerología Urológica con una lección sobre cáncer de próstata y tumores de testículo, por el doctor Pablo Gómez M. En cuanto al primero, se prestará especial atención a destacar su frecuencia, su gravedad, los fundamentos de diagnóstico y sobre todo de la diferenciación con la hipertrofia prostática; se hablará de su rica propagación, dando la justa importancia al tema de la fosfatasa ácida y se concluirá con las posibilidades terapéuticas, tanto quirúrgicas como por medio de los estrógenos. La presentación de los tumores testiculares ha de ser breve y ante todo clínica; las bases histológicas serán apenas las esenciales, se llamará la atención sobre el seminoma y su inmensa gravedad.

El cáncer ginecológico se tratará en tres conferencias que, debido a limitaciones de tiempo y a consideraciones de frecuencia, girarán alrededor del cáncer uterino. Se iniciarán por una lección sobre hemorragia ginecológica desde el punto de vista de la cancerología y sobre la utilidad de la citología vaginal para el diagnóstico y control terapéutico del cáncer uterino; esta conferencia estará a cargo del doctor Guillermo López y se desarrollará así: en la primera parte se establecerán los criterios que permiten definir cuando hay hemorragia ginecológica y cuándo ésta es funcional o lesional; en el primer caso se destacarán los factores probatorios de su naturaleza funcional y en el segundo, se destacarán sucesivamente las diversas entidades no malignas capaces de originar el síntoma. Lo relativo a citología se reducirá a la exposición de la base del método, las generalidades de su ejecución y los fundamentos de su interpretación, prescindiendo de detalles técnicos, citológicos, etc., que son de absoluta especialidad.

La segunda conferencia de la serie versará sobre cáncer del cuello uterino. Durante unos minutos se hará una exposición histopatológica sumaria, pasando luego a la clínica, en que se hará especial hincapié en la frecuencia del proceso, su inmensa gravedad, los malos resultados que entre nosotros se obtienen y las posibilidades de tratarlo con éxito y sobre todo de diagnosticarlo a tiempo, condición básica para los buenos resultados. Se insistirá a propósito de la necesidad absoluta del examen local y sobre la manera de comprobar o descartar sugerencias diagnósticas en este campo. No se hablará de citología vaginal, ya tratada, y en cuanto a la hemorragia, sólo se precisará lo indispensable para no desmembrar la exposición. A esta primera parte, desarrollada por el doctor Luis Urdaneta, seguirá una descripción de lo básico del modus operandi radioterápico, para recalcar la conducta por seguir de acuerdo con la extensión e histología del tumor, desarrollo éste a cargo del doctor Mario Gaitán.

La última conferencia del grupo versará sobre cáncer del cuerpo y cirugía general del cáncer ginecológico. Habrá también aquí resumen anatomopatológico, consideración de los aspectos clínicos y finalmente posibilidades y limitaciones, indicaciones y promesas de la cirugía ante el cáncer genital femenino. Esta lección será realizada por el doctor César A. Pantoja.

Vigésimaquinta conferencia: Cáncer del estómago, a cargo del doctor Hernando Velásquez. Se dejará un poco de lado el cáncer avanzado e intratable que aparece en los textos, para orientarse hacia los pequeños signos clínicos que conducen al diagnóstico temprano; se hará referencia a la gastroscopia, preocupándose más por sus resultados que por las imágenes suministradas por ella y finalmente se indicará una conducta general ante este cáncer.

El cáncer del páncreas, a cargo del doctor Luis Piñeros S., constituirá la vigésimasexta conferencia. Previa una concisa revisión de los aspectos clínicos y de laboratorio que permiten el diagnóstico, se hablará de la actuación quirúrgica, mostrando las posibilidades abiertas por la pancreatoduodenectomía.

Viene a continuación lo relativo a cáncer del colon y recto, por el doctor Ernesto Andrade V. Los signos tempranos y la manera de no desconocer cánceres silenciosos de estos segmentos formarán el fondo de la conferencia. Se indicarán los criterios de operabilidad e intratabilidad y el derrotero quirúrgico aplicable en cada una de las dos localizaciones.

El tema de las adenopatías neoplásicas y neoplastiformes no leucémicas será presentado por el doctor Gustavo Montejo: breve resumen

del concepto de retículo, de reacción y enfermedad de sistema, tumores del sistema reticular exteriorizados como adenopatías, considerados por su aspecto histológico fundamental y sobre todo por el de la orientación diagnóstica, formarán la base de esta exposición, que concluirá con un breve enunciado de las posibilidades terapéuticas mediante rayos X, radiofósforo y quimioterápicos.

Cerrando el tema anterior, el doctor Rafael Carrizosa se ocupará de las leucemias y procesos conexos, desde un punto de vista clínico, sin grandes detalles citológicos; lo relativo a tratamiento considerará las posibilidades de la roentgenterapia, radioisótopos y fármacos en este campo.

El tema de los tumores esqueléticos se iniciará por el doctor Eduardo Cubides Pardo y versará sobre sarcomas óseos, tumor de mieloplaxos y tumores condrales de los huesos. Se destacarán los aspectos clínicos capaces de conducir a un diagnóstico preciso de los diversos tumores, señalando la gravedad de los malignos y los caracteres radiológicos salientes de todos los tratados.

Una segunda conferencia del doctor Agustín Arango S., completará el tema, tratando de mieloma y de metastasis óseas, de diagnóstico general de los tumores esqueléticos y de posibilidades terapéuticas, especialmente quirúrgicas, en los diversos tipos de tumores de los huesos. También aquí se presentarán los datos radiológicos más importantes correspondientes a los primeros tumores nombrados.

Diagnóstico precoz de los tumores del sistema nervioso en la práctica general: bajo este título tratará el doctor Alejandro Jiménez sobre aquellos síntomas, observados frecuentemente en la práctica general y usualmente no referidos al sistema nervioso, pese a que son los primeros indicios clínicos de la fase incipiente de algunos de sus neoplasmas; no se trata, pues, de repetir la exposición clásica sobre tumores neurales, sino de algo nuevo, desarrollado alrededor de los siguientes puntos: Los primeros síntomas de los tumores nerviosos, de acuerdo con su localización, a qué especialistas consultan estos pacientes; errores de diagnóstico en los tumores cerebrales incipientes, el factor tiempo en el tratamiento de los tumores del sistema nervioso; el síndrome de hipertensión endocraneana y sus modalidades, factores etiológicos diversos de acuerdo con la localización y el tipo histológico de los tumores neurales.

La penúltima conferencia, del doctor Pedro Eliseo Cruz, tratará sobre tumores malignos en el cuello, dejando cierto desarrollo para tumores malignos del tiroides e insistiendo en la rica propagación de

estos últimos, en las posibilidades quirúrgicas de los no propagados y médicas de los que lo han sido.

Finalmente, se clausurará el curso mediante una conferencia sobre el valor general del roentgen diagnóstico en cancerología, a cargo del doctor Luis E. Lozano.

Las inscripciones para el curso de cancerología de 1949 están abiertas en la secretaría del Instituto Nacional de Radium; el valor de la inscripción es de \$ 25.00 para los estudiantes y de \$ 40.00 para los graduados. El Instituto controlará la asistencia a conferencias y ejercicios prácticos y aceptada ésta, verificará un examen final escrito, en fecha que se indicará oportunamente y con temas extraídos del programa desarrollado en el año. Quienes hayan asistido puntualmente y fueren aprobados en el examen que acaba de citarse, tendrán derecho a un diploma que acredite su asistencia a este curso de cancerología.

El Director del Instituto, *Prof. César A. Pantoja*.

El Secretario del curso, *Doctor Luis Enrique Castro O.*

Programa de la visita de los doctores Ronald Raven, O.B.E., F.R.S., y Laurence H. Morris.

Abril 30.—Operaciones y conferencias por Mr. R. W. Raven y por el doctor L. H. Morris en la ciudad de Cartagena.

Mayo 2.—Por la mañana: Visita al Instituto Nacional de Radium. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven en la Facultad de Medicina sobre la cirugía en la Gran Bretaña y su aporte a la medicina mundial" (radiodifundida por una emisora).

Martes 3.—Por la mañana: Visita a la Universidad Nacional y al Ministerio de Higiene o a un hospital. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven en el Instituto de Radium o en la Universidad Nacional sobre el "Problema del Cáncer". (Esta conferencia puede ser radiodifundida).

Miércoles 4.—Por la mañana: Operaciones por Mr. Raven en el Instituto de Radium. Demostraciones de anestesia por el doctor Morris. Conferencia dictada por el doctor Morris sobre "La ciencia de la anestesia". Por la tarde: Conferencia dictada por Mr. Raven sobre shock-patología, prevención y tratamiento. Conferencia por el doctor Morris sobre "Los agentes anestésicos".

Jueves 5.—Por la mañana: Conferencia de Mr. Raven sobre "In-

fusiones y transfusiones". Conferencia del doctor Morris sobre técnica general en la anestesia con referencia especial a la intervención quirúrgica de larga duración. "Demostraciones de anestesia doctor Morris". Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven sobre "Cáncer de la faringe y de la laringe".

Sábado 7. Domingo 8.—Días libres.

Lunes 9.—Por la mañana: Conferencia del doctor Morris sobre "Anestesia en la cirugía torácica". Visita a hospitales etc. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven sobre "Cáncer del esófago y del estómago".

Martes 10.—Por la mañana: Operaciones de Mr. Raven "Estómago y esófago". Por la tarde: Anestesia doctor Morris.

Miércoles 11.—Por la mañana: Operaciones de Mr. Raven. Esófago y estómago. Anestesia: doctor Morris. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven. Cáncer del páncreas.

Jueves 12.—Por la mañana: Operaciones de Mr. Raven. "Pancreato-duodenectomía o cualquier otra. Anestesia doctor Morris. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven: "Cáncer del hígado".

Viernes 13.—Por la mañana: Operaciones de Mr. Raven para cualquier paciente en alguna de las clínicas de la ciudad. Anestesia doctor Morris. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven sobre "Cáncer del recto" y consideraciones especiales sobre las nuevas técnicas de conservación del esfínter anal.

Sábado 14. Domingo 15.—Días libres.

Lunes 16.—Por la mañana: Conferencia de Mr. Raven "Cáncer del colon". Conferencia Mr. Raven "Implicaciones quirúrgicas de sarcoïdosis". Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven: "Aspectos clínicos y tratamiento quirúrgico de Melanoma Maligno".

Martes 17.—Por la mañana y por la tarde: Operaciones del doctor Raven: Recto y colon. Anestesia: doctor Morris.

Miércoles 18.—Por la mañana: Operaciones de Mr. Raven recto y colon. Anestesia: doctor Morris. 6 p. m. Sesión especial de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para recibir a Mr. Raven sobre "Propiedades de Melanoma Maligno". Conferencia académica del doctor Morris sobre "La Anestesia en la Hipertensión".

Jueves 19.—Por la mañana: Operaciones de Mr. Raven, anestesia: doctor Morris. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven sobre: "Lesiones benignas del esófago".

Sábado 21. Domingo 22.—Días libres.

Lunes 23.—Por la mañana: Operaciones por Mr. Raven. "Mastectomía radical (radical mastectomy). Disección del cuello. (Block

dissection of Neck) y otras. Anestesia: doctor Morris. Por la tarde: Conferencia dictada por Mr. Raven en el hospital militar sobre "Anestesia en los accidentes de guerra".

Martes 24.—Por la mañana: Operaciones por Mr. Raven. Anestesia: doctor Morris. Por la tarde: Conferencia dictada por Mr. Raven en el hospital militar sobre "Heridas del tórax durante la guerra".

Miércoles 25.—Por la mañana: Operaciones por Mr. Raven. Anestesia: doctor Morris. Por la tarde: Conferencias por Mr. Raven en el hospital militar sobre "Organizaciones médicas en la guerra".

Jueves 26.—Por la mañana: Operaciones por Mr. Raven. Anestesia: doctor Morris. Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven sobre "Prevención del cáncer". Por la noche: Conferencia de Mr. Raven sobre "Servicio de trasfusión de sangre en Londres".

Viernes 27.—Por la mañana: Conferencia por Mr. Raven, "Problemas médicos en la guerra". Por la tarde: Conferencia de Mr. Raven sobre "Medicina social en la Gran Bretaña".

Sábado 28. Domingo 29.—Conferencias y operaciones por Mr. Raven y por el doctor Morris en Medellín.

Las conferencias y demostraciones arriba programadas corresponden a las intervenciones científicas que tendrá en Colombia la misión médica inglesa integrada por: D. R. Ravel, O.B.E., F.R.C.S. Hunterian Professor, Royal College of Surgeons of England. Surgeon to the Royal Cancer Hospital, London. Surgeon to the Gordon Hospital, London. Dean of the Royal Cancer Hospital Postgraduate Medical School, London. Late Arris and Gate Lecturer, Royal College of Surgeons of England. Late Erasmus Wilson Lecturer, Royal College of Surgeons of England. Doctor L. H. Morris. Profesor de anestesiología.

Los médicos interesados deben solicitar inscripción en la secretaría del Instituto.

Posteriormente se dará anuncio del sitio donde se dictarán las conferencias.

Para la misma fecha se espera la llegada a Colombia del profesor Domingo Brachetto Brian, director del Instituto de Medicina experimental para el estudio del cáncer de la ciudad de Buenos Aires y del profesor Curt Carrié, subdirector del Instituto de radioterapia de Dusseldorf (Alemania), de lo cual se dará cuenta oportunamente.

Organización Sanitaria Panamericana

Consejo Directivo

Informe que presenta a los gobiernos miembros de la organización sanitaria panamericana el Consejo Directivo de la misma, y que fue aprobado en su segunda reunión efectuada en la ciudad de México en octubre de 1948. Este informe fue preparado por la Comisión designada en la primera sesión plenaria el 8 de octubre de 1948, constituida por el doctor Nicolás Pichardo, Ministro de Sanidad de la República Dominicana, y el doctor Juvencio Ochoa, Director de Asistencia Social de Venezuela.

ULTIMA SESION PLENARIA DE LA SEGUNDA REUNION

(Informe de octubre 1947 - Octubre 1948).

El informe final de la segunda reunión del Consejo Directivo (Sección Ejecutiva), celebrada en la ciudad de México, del 8 al 12 de octubre de 1948, fue aprobado y firmado por los siguientes delegados al Consejo Directivo:

Argentina: Alberto Zwanck; Bolivia: Néstor Salinas A.; Brasil: Heitor P. Fróes; Colombia: Jorge Boshell M.; Costa Rica: G. González M.; Ecuador: R. Nevárez V.; El Salvador: R. V. Gómez; Estados Unidos de América: Leonard A. Scheele; Guatemala: L. F. Galicm; Honduras: Daniel Meza Z.; México: I. Morones P.; Nicaragua: J. Jiménez; Panamá: Gmo. G. de Paredes; Paraguay: Raúl Peña; Perú: J. A. Estrella R.; República Dominicana: L. F. Thomen; Uruguay: R. Cappelletti; Venezuela: A. Arreaza Guzmán.

ACTIVIDADES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

(Informe de octubre 1947 - Octubre 1948).

PARTE TECNICA

- I *Erradicación de vectores*
- II *Lucha contra enfermedades transmisibles*
Control de tifo en Guatemala.

III *Investigaciones científicas*

1. Oncocercosis.
2. Paludismo.
3. Enfermedades venéreas.
4. Nutrición.
5. Peste.

IV *Educación*

1. Becas.
2. Biblioteca.
3. Servicio consultivo de enfermería.

V *Publicaciones*

1. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Informes epidemiológicos.
3. Revista de Ingeniería Sanitaria.

VI *Acuerdos regionales*

1. De Montevideo.
2. De Salta.
3. Reunión en Laredo.

VII *Representación de la Oficina Sanitaria Panamericana en Conferencias Internacionales*VIII *Recomendaciones*IX *Otras actividades*

PARTE ADMINISTRATIVA

X *Resoluciones de la Segunda Reunión del Consejo Directivo*

1. Reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Derechos de los países sin gobierno propio dentro de la Organización Sanitaria Panamericana.
3. Aprobación de la declaración de Caracas sobre la Salud del Niño.

XI *Presupuestos*

1. Administración central.
2. Oficinas de zonas.
3. Servicios centrales y actividades de campo.
4. Programas de campo para el control de las enfermedades transmisibles.

PARTE TECNICA

I. ERRADICACION DE VECTORES

En su reunión en Buenos Aires el consejo directivo resolvió confiar a la Oficina Sanitaria Panamericana la resolución del problema

continental de la fiebre amarilla urbana fundamentalmente para la erradicación del *Aedes aegypti* y autorizó a la Oficina a tomar las medidas necesarias para resolver los problemas que pudieran surgir en el campo.

Al considerar el problema del *Aedes aegypti* en Sudamérica, es interesante observar que la gran parte central extendida de Este a Oeste tiene un programa *anti-aegypti* bien organizado. Brasil, que se proyecta extensamente en esta zona, según informes, tiene *aegypti* solamente en la sección Nordeste; Bolivia se halla libre por completo y Perú está progresando en la erradicación de la especie en el país. En la Guayana británica se ha hecho un gran adelanto; en Chile el problema es de mayor importancia. Por tanto, para la erradicación del *aegypti* de Sudamérica sólo falta sanear dos importantes regiones: los países del Río de la Plata, Argentina, Paraguay y Uruguay, y la parte norte del Continente formada por Ecuador, Colombia, Venezuela y las Guayanas Holandesa y Francesa.

La primera medida tomada para la solución del problema fue el convenio suscrito por el Paraguay en 1947, que dispuso la organización de un programa de erradicación bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana. Un pequeño grupo del personal brasileño se está encargando de la preparación del personal paraguayo. El doctor Octavio Pinto Severo, perito trabajador *anti-aegypti* del Brasil, ha asumido la responsabilidad de inspeccionar el trabajo del Paraguay y coordinarlo con medidas que se tomarán en Argentina y Uruguay.

Las actividades *anti-aegypti* en la parte norte de Sudamérica, están siendo coordinadas por el doctor Adhemar Paoliello, que es otro de los expertos trabajadores *anti-aegypti* del Brasil. En Ecuador, Colombia y Venezuela, ya hay trabajadores brasileños competentes, ayudando en la organización de servicios *anti-aegypti* en esos tres países. Afortunadamente el trabajo *anti-aegypti* en la Guayana Británica está bien adelantado y las autoridades de las Guayanas Francesa, Inglesa y Holandesa han prometido su colaboración en el problema de estos territorios, habiéndose recibido informes de la asignación de 50.000 guilders par la campaña *anti-aegypti* en Paramaribo.

El empleo de DDT como larvicida, está resultando una gran ayuda en este problema de erradicación. Una vez que los servicios en Sudamérica estén satisfactoriamente organizados, será necesario, naturalmente, ocuparse de las regiones del Caribe y del Golfo de México.

En el Uruguay ya se está trabajando en esta campaña. Está a cargo directo de ella el doctor Solón Verissimo. Se han destinado 46.000.00 pesos M. N. para un término de seis meses. Se continuará

trabajando hasta llegar a la erradicación del *aegypti*, de acuerdo con lo convenido en Buenos Aires. La supervisión técnica de estos trabajos está a cargo del doctor Pinto Severo, funcionario de la Oficina Sanitaria Panamericana.

II. LUCHA CONTRA ENFERMEDADES TRASMISIBLES

Control del tifo en Guatemala

La Oficina Sanitaria Panamericana llegó a un acuerdo con el ministerio de sanidad en Guatemala en junio 26 de 1946, para la realización de un programa cooperativo para el control del tifo en Guatemala. El plan se basó en la posibilidad de controlar la enfermedad en el país, vacunando un alto porcentaje de habitantes de las zonas donde el tifo es endémico. El programa es financiado por el gobierno de Guatemala y fue organizado por representantes de la Oficina, preparándose grupos especializados en el método de vacunación. El trabajo se comenzó en los altiplanos de Guatemala, habiéndose realizado hasta la fecha alrededor de un millón de vacunaciones. Se han obtenido resultados sorprendentes entre los vacunados. En las zonas endémicas, durante los meses recientes, se han registrado pocos casos de tifo, muy esparcidos y de forma muy benigna, sin observarse ninguno durante el mes de diciembre. Las autoridades guatemaltecas están muy satisfechas por los resultados del programa que aún continúa.

III. INVESTIGACIONES CIENTIFICAS

El programa de investigaciones, actualmente en ejecución, comprende:

I.—*Oncocercosis*

Investigaciones oncocercósicas en Guatemala, de acuerdo con un programa cooperativo iniciado por la Oficina Sanitaria Panamericana en 1943, y sostenido desde julio de 1946 por subvenciones del Instituto Nacional de Higiene de los Estados Unidos. Actualmente se siguen dos formas de investigaciones: la primera consiste en estudio sobre la mosca simulium (vector de la enfermedad), su control y erradicación por medio de insecticidas, especialmente DDT; la segunda consiste en estudio quimioterapéutico para la evaluación de la eficacia del Bayer 205 y del Hetrazán en el tratamiento de la enfermedad.

El doctor Thomas A. Burch, quien tiene a su cargo la evaluación del tratamiento de la oncocercosis con las nuevas drogas Bayer

205 y Hetrazán, informa de resultados prometedores con ambas drogas, los que se publicarán próximamente con el informe de las investigaciones entomológicas.

2.—*Paludismo*

Estudio cooperativo por la Oficina Sanitaria Panamericana y el departamento de sanidad de Guatemala, del valor relativo de los nuevos agentes terapéuticos antimaláricos. Se acaba de firmar un contrato entre el director de esta Oficina y el ministro de salud pública y asistencia social de Guatemala, para continuar este estudio por un período de dos años más. Se organizará un laboratorio y centro de entrenamiento sobre malaria en San José de Guatemala, habiéndose seleccionado esta zona por ser reconocida como endémica, que se dedicará al estudio de drogas antipalúdicas, supresión de la enfermedad y tratamiento de grupos escogidos. Los resultados que se obtengan de estos estudios se pondrán a la disposición de los gobiernos miembros por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana.

3.—*Enfermedades venéreas*

Investigaciones sobre enfermedades venéreas, iniciadas en abril de 1946, las cuales incluyen el estudio de la profilaxis y control de las enfermedades venéreas por la Oficina Sanitaria Panamericana en cooperación con el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos y el departamento de Sanidad de Guatemala, sostenidas con una subvención del Instituto Nacional de Higiene, equipándose un laboratorio para realizar todas las técnicas serológicas "standards" para sífilis y la coloración y cultivo de gonococos. Funcionarios del servicio de sanidad pública de los Estados Unidos asignados a la Oficina, han sido ayudados por médicos y técnicos guatemaltecos en la solución del problema. Oportunamente se publicarán informes completos de esos trabajos, pero mientras tanto, es de interés saber que se han logrado y establecido en forma definitiva nuevos conocimientos en el tratamiento con la penicilina; que se ha encontrado un profiláctico nuevo y mucho más eficaz; y que se ha constatado el hecho de que las pruebas serológicas de uso común en los Estados Unidos, dan muchos resultados seudopositivos en Guatemala y otros países de la América Central. Se ha logrado determinar que la prueba serológica más específica es la prueba VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) de floculación en Cardioplipina. Durante el curso de los estudios, laboratoristas locales han sido preparados en Guatemala para realizar las varias pruebas

serológicas, y los otros países centroamericanos y Panamá, han sido invitados a enviar laboratoristas a Guatemala para aprender dichas técnicas. Serólogos del laboratorio de Guatemala, tanto guatemaltecos como estadounidenses, han visitado algunos de los otros países centroamericanos con el fin de estudiar las técnicas empleadas localmente y hacer demostraciones de las nuevas pruebas usadas en el laboratorio de Guatemala. Este programa terminó en septiembre de 1948, pero se espera que la Oficina cuente con suficientes fondos para que el laboratorio continúe siendo el centro de instrucción de técnicos serológicos y de investigación para determinar la causa de las reacciones pseudo-positivas.

4.—*Nutrición*

Creación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

En cooperación con las repúblicas de Centro América y Panamá, se realizó un acuerdo preliminar para el desarrollo de un programa destinado a mejorar la alimentación en esas zonas. Tres países, Guatemala, Honduras y El Salvador, participan ya activamente en el programa y suministran una contribución anual para su sostenimiento. La fundación Kellogg proporciona becas para la preparación del personal de cada participante, con el fin de coordinar sus trabajos de nutrición. Actualmente se encuentran en México tres agrónomos preparándose bajo la dirección del doctor J. G. Harrar, de la Fundación Rockefeller, y tres bioquímicos están estudiando en el Instituto Tecnológico de Massachusetts, bajo la dirección del doctor Robert S. Harris, después de completar un curso de inglés en la Universidad de Michigan. Además se concedieron en julio becas a tres médicos, uno de cada país participante, para la Clínica de Nutrición. Asimismo, tres señoritas de estos mismos países comenzaron en el mismo mes estudios sobre educación en nutrición. En la ciudad de Guatemala se establecerá un laboratorio para el análisis de alimentos, donde tres bioquímicos, bajo la dirección de un jefe, analizarán muestras de alimentos de sus respectivos países. El edificio donde funcionará este laboratorio ha sido ya escogido y el doctor Harris del Massachusetts Institute of Technology está preparando una lista del equipo que se necesitará en dicho Laboratorio. Este equipo será adquirido próximamente y enviado a Guatemala para su instalación en el edificio, esperándose que el laboratorio esté listo para comenzar sus trabajos.

Es de desear que tanto Panamá como los otros países centroamericanos que actualmente no están participando, puedan unirse al programa durante el próximo año. Desde hace varios meses la Oficina ha

estado tratando de conseguir un director apropiado para su división de nutrición y cuando se obtenga, su obligación principal será la coordinación del programa de nutrición en Centro América y Panamá, pero también estará disponible para ayudar en la solución de los problemas individuales de nutrición que se presenten en otros países miembros.

5.—*Peste*

La Oficina Regional de Lima continúa coordinando los trabajos que se realizan en Ecuador y Perú contra la peste.

IV. EDUCACION

1.—*Becas*

La falta de fondos no ha permitido a la Oficina Sanitaria Panamericana conceder becas a médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, estadísticos, etc., y ha tenido que limitar su actividad a colaborar en programas de becas:

- a) Para paludismo, con el gobierno venezolano.
- b) Para tuberculosis, con la Sociedad Panamericana Trudeau.
- c) Para nutrición, con la Fundación Kellog.

Se espera que en el futuro la Oficina pueda además de adjudicar becas, actuar como una agencia coordinadora tomando en cuenta que está en posición de recibir información de las diferentes agencias estadounidenses interesadas en este tipo de programas internacionales de educación y que tiene acceso a la información sobre becas ofrecidas en la América Latina. Una vez que la Oficina conozca el número de becas disponibles en todo el hemisferio, y esté enterada del interés particular de cada país, podrá ofrecer información sobre las becas y ayudar a la selección de becados con el fin de que todos obtengan el mayor beneficio posible. Ya se han recibido muchas contestaciones favorables y datos de valor a las solicitudes de información hechas a las fundaciones y organizaciones de los Estados Unidos. Ha habido demora en recibir contestaciones de los países de América Latina, posiblemente debido al detallado cuestionario enviado a los Departamentos de Sanidad.

2.—*Biblioteca*

El servicio de biblioteca de la Oficina Sanitaria Panamericana ha podido ser mejorado por el traslado de la misma a un local más apropiado, que permite una mejor catalogación y clasificación de las obras existentes.

3.—*Servicio consultivo de enfermería*

A fin de que la Oficina pueda continuar sus recientes actividades en el campo de la enfermería, la señora Agnes W. Chages, fue nombrada consultora de enfermería, el primero de septiembre de 1947. Como preparación para sus funciones y a fin de obtener conocimiento directo sobre la educación y la práctica de la enfermería en los diversos países, la señora Chages visitó todas las repúblicas miembros de la organización, salvo Bolivia y Paraguay. Encontró que los servicios de salubridad pública y hospitales de todos los países visitados carecían de personal suficiente y que existe una gran escasez de candidatos con educación adecuada para las escuelas de enfermería. Se indicó que esta dificultad podría subsanarse en cierto modo creando un segundo tipo de trabajador que recibiría una preparación más breve y sería utilizado en los hospitales, permitiendo así, utilizar a los graduados de las escuelas de enfermería en los servicios de salubridad pública y en los puestos de instrucción y supervisión de los hospitales.

En muy pocos países se hallan las escuelas de enfermería preparadas para adiestrar a enfermeras en forma satisfactoria, siendo las principales desventajas, además de la escasez de estudiantes, la falta de instructores, de equipo y de libros de texto y otra literatura en español sobre enfermería.

La señorita Frances Olson, consultora de enfermería regional, destacada en Lima, Perú, ha continuado sus actividades principalmente en el campo de la educación de enfermería. Ha colaborado con las escuelas de enfermería, los centros de higiene y con los grupos de profesores de Lima, en cursos de higiene, salud pública, principios de supervisión y salubridad escolar.

V. PUBLICACIONES

1.—*Boletín*

La Oficina ha continuado la edición de un Boletín Mensual tratando siempre de publicar los trabajos científicos que constituyen un aporte de verdadero valor para el mejoramiento de la salud pública.

2.—*Informes epidemiológicos*

Por igual se continúa la publicación del informe epidemiológico semanal y del informe epidemiológico mensual.

3.—*Revista de ingeniería sanitaria*

Además la Oficina realiza la distribución de información de epidemiología y estadística; y colabora en la publicación del periódico trimestral de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria.

VI. ACUERDOS REGIONALES

1.—*De Montevideo*

Marcando una nueva etapa en las relaciones internacionales sobre asuntos sanitarios fronterizos, la Oficina Sanitaria Panamericana auspició un acuerdo relativo a los problemas de salubridad de la zona del Río de la Plata en lo referente a malaria, viruela, fiebre amarilla, peste, tracoma, hidatidosis, rabia, lepra y enfermedades venéreas.

Este acuerdo fue firmado en Montevideo por representantes de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y la Oficina Sanitaria Panamericana.

2.—*De Salta*

En Salta, República Argentina, fue firmado otro convenio auspiciado por la Oficina entre Argentina, Bolivia, Paraguay y la Oficina Sanitaria Panamericana, con el objeto de atender y mejorar las condiciones sanitarias a lo largo de las fronteras terrestres de los países citados.

En dicho convenio se incluyeron dos artículos referentes al saneamiento del medio a lo largo de las carreteras internacionales y a la creación y desarrollo de sociedades médicas fronterizas para establecer relaciones entre los profesionales de los países y llegar a un éxito más rápido en la solución de los problemas sanitarios comunes a los países firmantes.

3.—*Reunión en Laredo*

La sexta reunión de la Asociación de Salubridad Pública de la frontera Estados Unidos-México, celebrada en Laredo (U. S. A.) y Nuevo Laredo (México) acordó: que la Oficina Sanitaria Panamericana coordine las actividades sanitarias a lo largo de toda la frontera para la intensificación del control de las enfermedades venéreas y de la tuberculosis; para promover la educación higiénica y la higiene materno-infantil y para el control del paludismo y el tifo en ciertas zonas limitadas.

VII. REPRESENTACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA EN CONFERENCIAS INTERNACIONALES, COMITES DE EXPERTOS Y OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

En el año actual, la Oficina Sanitaria Panamericana ha participado en un gran número de Conferencias Internacionales, entre las cuales deben ser señaladas en primer término y tratadas por separado:

a) Primera Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (Junio-julio de 1948).

b) Novena Conferencia Internacional de los Estados Americanos. Además participó en:

a) Asamblea General de 1948 de la Unión Internacional de las Enfermedades Venéreas. Copenhague. (Septiembre de 1948, Celebración del 25º Aniversario).

b) Comisión de Revisión de las Convenciones Sanitarias Internacionales, Comité de Especialistas en Control Internacional de Epidemias (Organización Mundial de la Salud). (Ginebra, abril y noviembre de 1948).

c) IX Congreso Panamericano de Protección a la Infancia. (Caracas, enero de 1948).

d) Grupo conjunto de estudio del Office International d'Hygiene Publique y de la Organización Mundial de la Salud sobre peste, tifo y otras enfermedades. Comité de Especialistas en Control Internacional de Epidemias. (París, marzo, abril y octubre de 1948).

e) Comisión Económica de la América Latina. (Santiago, junio de 1948).

f) Cuarto Congreso Internacional de Medicina Tropical y Paludismo. (Washington, mayo de 1948).

g) Por última, la Oficina Sanitaria Panamericana se encargó de realizar todas las gestiones necesarias para que se celebrara una Conferencia Interamericana de Brucelosis en Mendoza y Buenos Aires, la cual se llevará a efecto en noviembre de 1948.

Prestó ayuda de personal técnico para la celebración de Conferencias Internacionales:

a) Al Quinto Congreso Internacional de Lepra. (Habana, Cuba, abril de 1948).

b) A la Conferencia de Nutrición para Latinoamérica. (Montevideo, julio de 1948). (Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación).

Auspició cumpliendo con lo dispuesto por la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana:

a) La Cuarta Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana celebrada en Washington, D. C. en mayo de 1948 y la Quinta Reunión del mismo Comité celebrada en México en octubre del propio año.

b) La Segunda Reunión del Consejo Directivo de la Organización, celebrada en la ciudad de México, en octubre de 1948.

c) La Sexta Conferencia Panamericana de directores de sanidad, celebrada en la ciudad de México en octubre de 1948.

VIII. RECOMENDACIONES

Una de las funciones básicas de la Oficina Sanitaria Panamericana es la recopilación y difusión de información sanitaria de las Repúblicas Americanas. Sin embargo, la información epidemiológica y estadística, incluso la notificación de las enfermedades que requieren cuarentena, y que las Repúblicas Americanas envían a la Oficina Sanitaria Panamericana, ha sido siempre deficiente.

Durante 1944 a 1947 se observó alguna mejora cuando se nombró en cada país un representante estadístico pagándole un sueldo suplementario por los servicios prestados. Estos pagos fueron discontinuos desde el primero de enero de 1948, según recomendación del Consejo Directivo (Buenos Aires, 1947), y la responsabilidad de enviar esta información cayó sobre cada gobierno miembro. Es aún prematuro determinar si el envío de tal información ha sido afectada en alguna forma por este cambio; pero existe la posibilidad de mejorar mucho el servicio, y será necesaria una mayor cooperación de las autoridades sanitarias si es que la Oficina ha de cumplir eficazmente con sus obligaciones internacionales.

Han sido las otras actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana que incluimos aquí, bajo el epígrafe de

IX. OTRAS ACTIVIDADES

a) Dar cumplimiento a la resolución adoptada por la II Conferencia Panamericana celebrada en Río de Janeiro en 1942 referente a la Organización de Institutos Regionales para auspiciar la práctica de la ingeniería sanitaria y hacer frente a las crecientes demandas.

Poco se pudo hacer hasta 1945 en que el director de la Oficina Sanitaria designó una pequeña comisión para investigar la forma y

medios de celebrar conferencias regionales de ingeniería sanitaria en Río de Janeiro, Brasil, Caracas, Venezuela.

Con la espléndida cooperación de los ministerios de salud pública y obras públicas del Brasil y Venezuela y demás repúblicas americanas, se celebraron dos conferencias, con todo éxito, en 1946; la primera en Río de Janeiro del 10 al 20 de junio, y la segunda en Caracas, del 26 de septiembre al 2 de octubre.

En la segunda conferencia se aprobó una constitución para ser presentada al Primer Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria, que había de celebrarse en Santiago de Chile. Se nombró un comité asesor interino para dirigir los asuntos de la Asociación durante el período anterior al Primer Congreso. El director de la Oficina Sanitaria Panamericana, de acuerdo con la constitución propuesta, nombró al señor ingeniero Donald L. Snow, secretario interino de la Asociación, para que llevara a cabo una campaña con el fin de captar miembros y estimular la formación de secciones nacionales de la Asociación. Se nombró también un comité de inscripciones (Membership Committee) integrado por un representante de cada una de las repúblicas americanas.

b) El ofrecimiento hecho a las autoridades sanitarias de los países Latinoamericanos para actuar como su representante en el manejo de las compras de radioisotopos, de acuerdo con las instrucciones dadas por la comisión de energía atómica de los Estados Unidos en Oak Ridge Tennessee.

c) La adquisición del catálogo de la división de la UNRRA, que se relacionaba con la adquisición de drogas y equipos médicos, lo que será extremadamente útil para la división de compras de la Oficina que está organizando el servicio de pedidos de las naciones miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. De este modo cualquier ministerio de salud puede ordenar desde una docena de tabletas de aspirina, hasta un hospital con 1.000 camas completamente equipadas.

PARTE ADMINISTRATIVA

X. RESOLUCIONES DE LA SEGUNDA REUNION DEL
CONSEJO DIRECTIVO

Durante las sesiones celebradas en México, del 8 al 12 de octubre, por el Consejo Directivo en la Segunda Reunión, se tomaron resoluciones de vital importancia para el futuro de la Oficina Sanitaria Panamericana. Fueron ellas:

1.—*Reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Impartir a la Oficina Sanitaria Panamericana una reorganización total que esté más en consonancia con sus funciones y le permita una mejor adaptación a sus nuevas orientaciones y obligaciones.

Con este fin, y aceptando las recomendaciones del comité ejecutivo, se convino en autorizar al director de la Oficina, para realizar la reorganización interna de la misma, dando cuenta periódicamente de sus determinaciones al comité ejecutivo.

Se resolvió también acoger las modificaciones de forma y no de fondo que al aceptar el proyecto de acuerdo hiciera la Organización Mundial de la Salud al que le fuera sometido por la primera reunión del consejo directivo celebrado en Buenos Aires, concerniente a las relaciones entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud.

El acuerdo aceptado establece que las actividades de la Organización Mundial de la Salud serán descentralizadas sobre una base regional y que la Oficina Sanitaria Panamericana actuará como Organización Regional en el Continente Americano, conservando su libertad de adoptar y promover convenios y programas sanitarios, siempre que sean compatibles con la política y programas de la Organización Mundial de la Salud y sean financiados por separado.

Por otra parte, los proyectos anuales de presupuestos de la Oficina Sanitaria Panamericana, como Oficina Regional, en el hemisferio occidental, tendrán que ser preparados por el director regional y sometidos al director general para su consideración en los proyectos presupuestales de la Organización Mundial de la Salud.

Para contar con la representación debida en el seno de la Organización Mundial de la Salud, el consejo directivo resolvió sugerir a los países americanos la conveniencia de la ratificación de la constitución de la Organización Mundial de la Salud, y autorizó al director de la Oficina Sanitaria Panamericana para firmar el acuerdo cuando

catorce repúblicas americanas hayan ratificado la constitución de la Organización Mundial de la Salud. (Resolución relativa a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana).

2.—*Derechos de los países sin gobierno propio dentro de la Organización Sanitaria Panamericana*

Ofrecer a los países del hemisferio occidental sin gobierno propio, los siguientes derechos dentro de la Organización Sanitaria Panamericana:

a) Participar, sin voto, en las deliberaciones de las sesiones plenarios del consejo directivo.

b) Participar con voto en las comisiones del consejo directivo, excepto en aquellas que estudian cuestiones de administración, finanzas y de constitución.

c) Participar, en el mismo plano de los miembros, en las deliberaciones sobre asuntos que se refieren a los programas de las sesiones del consejo directivo y de sus comisiones, pudiendo hacer proposiciones, sugerir modificaciones, presentar mociones de orden, etc., con arreglo a las limitaciones del inciso (a).

d) Proponer asuntos para su inclusión en el programa provisional de las reuniones del consejo directivo.

e) Recibir todos los documentos, informes y actas del consejo directivo.

f) Participar, en un plano de igualdad con los miembros, en todos los procedimientos destinados a promover sesiones especiales.

g) Enviar observadores y participar en las discusiones del comité ejecutivo, bajo las mismas condiciones de los miembros de la Organización Sanitaria Panamericana que no son miembros de dicho comité y no serán elegibles como miembros del mismo.

Los observadores presentes de la Organización Mundial de la Salud, Holanda, las Antillas y la Guayana Francesa y los territorios ingleses, aceptaron sin ningún cambio la proposición hecha por el comité ejecutivo sobre los derechos de que gozan los territorios sin gobierno propio en el seno de la Organización Sanitaria Panamericana.

3.—*Aprobación de la declaración de Caracas sobre la salud del niño*

Otorgarle a la declaración de Caracas sobre la salud del niño, su más entusiasta aprobación por significar un conjunto de principios y objetivos destinados a servir de norma y de guía a todas las organizaciones que se interesen por la salud y el bienestar del niño, y recomendar que se añada a dicha declaración la siguiente afirmación de principios: la Organización Sanitaria Panamericana considera que todas las

actividades sanitarias destinadas a garantizar al niño un armonioso desarrollo físico y mental, deben efectuarse sobre la base del núcleo familiar del cual el niño es parte integrante, debiendo estar los servicios de higiene materno infantil a cargo de las direcciones generales de salud pública, que mantendrán el mayor contacto y colaboración posibles con todas las agencias que actúen en pro de la maternidad y de la infancia.

XI. PRESUPUESTOS

Consignar un presupuesto de \$ 700.000.00 para el primer semestre del año 1949, y de \$ 1.000.000.00 para el segundo semestre del mismo año.

Dividir los presupuestos en cuatro rubros, a saber:

	Enero a junio	Julio a Diciembre
1. Administración central	\$ 157.000.00	\$ 186.687.50
2. Oficinas de zona	163.915.00	175.175.00
3. Servicios centrales y actividades de campo	201.960.00	319.450.00
4. Programas de campo para el control de las enfermedades transmisibles	177.125.00	318.687.50
	<u>\$ 700.000.00</u>	<u>\$ 1.000.000.00</u>

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Vol. i, 1947: 775-811.

Londres, junio 7 de 1947.

Artículos originales

Aspectos sociales de la epilepsia.

Ictericia infecciosa en Islandia.

Desarrollo pre y post-natal de la inmunidad.

Hipoglicemia por adenoma de los islotes pancreáticos.

Urea sanguínea en los primeros nueve días de la vida.

Encefalitis post-vacunal.

Enfermedades tiroideas en Bélgica durante la ocupación.

Goma del tiroides.

Editoriales

Virus y enfermedad.

Guerra, hambre y bocio.

Acido fólico.

Anotaciones

Cartas al editor

Aspectos sociales de la epilepsia

J. Tylor Fox; Lingfield Epileptic Colony, Surrey. Pp: 775-778.

No estamos cumpliendo lo que el deber impone, cuando frente a un epiléptico no hagamos de él un ciudadano productivo —en cuanto lo permita—, actuando sobre el medio que rodea al enfermo y modificando las perspectivas del paciente mismo, en la forma más conveniente.

Causas del "handicap" social del epiléptico.—El vacío que la sociedad hace al epiléptico, carece de proporción con la magnitud y calidad del trastorno físico existente: procede ésto de

que para el común de la gente el epiléptico es mentalmente anormal. Es evidente que la incidencia de anomalías mentales es mayor entre los epilépticos que entre la población general; la forma de la anomalía mental es variable y puede remedar todas las psicosis. Se habla de que el epiléptico tiene un temperamento especial, que hace difícil vivir en comunidad con él, e incluso que es un criminal potencial; se describen como datos característicos de tal temperamento, la hiperirritabilidad y el egocentrismo, de donde derivan insociabilidad, mal carácter, infidelidad, caprichos repentinos e inconvenientes, que llevan a los actos antisociales, el crimen y la violencia. "Es cierto que este cuadro se cumple en algunos epilépticos, como se cumple también en mucha gente no epiléptica; pero aplicarlo a los epilépticos en general, constituye un error grave y trágico". "Dudo de que uno de cada diez epilépticos no asilados posea el temperamento epiléptico en grado sensible... porque aún cuando el temperamento es en algunos casos siempre parte de la enfermedad... en muchos es fenómeno secundario, y surge de la frustración social que ha seguido los pasos del epiléptico desde su misma infancia".

El lúgubre pronóstico del epiléptico.—Muchos casos, especialmente del "petit mal" repiten sus accesos durante la infancia y la adolescencia y no

vuelven a presentarlos luégo; en cuanto al resto, los efectos de la terapia cada vez tienen mayor alcance: "Dados tiempo, paciencia y perseverancia por parte del médico y cooperación por la del paciente, una droga o combinación de drogas administrada en dosis y momentos óptimos, puede conducir a resultados sorprendentemente buenos en gran número de casos". "El deterioro mental puede ser típico de enfermos reclusos en sanatorios y que han sufrido gran número de ataques durante muchos años, pero la mayoría de los enfermos que viven en la comunidad, no muestran signos de él". El optimismo respecto a la terapia antiepiléptica actual, es justificado. La electroencefalografía constituye indudablemente un gran paso de avanzada en el conocimiento de los hechos básicos de la enfermedad.

El factor familiar.—El conocimiento de que la epilepsia tiende a presentarse como enfermedad familiar es un factor más para el ocultamiento en que tiende a colocarse el epiléptico, reduciendo muchas veces su vida a condiciones estrechas, con el objeto de no presentar en público un acceso. Aislado por sí y por los demás, incomprendido, el enfermo es tratado con crueldad aún por quienes sólo quieren su beneficio; y estas dificultades y desconfianzas se exageran cuando existe posibilidad de matrimonio con un miembro de la familia de un epiléptico. Es cierto que los parientes de un epiléptico presentan alteraciones EEG de tipo disrímico epiléptico con frecuencia 5 veces mayor que el resto de la población; con poca frecuencia la disrímia los presenta como epilépticos potenciales y hace pensar en la conveniencia de administrar diariamente una pequeña dosis de un anti-convulsivante; con mayor frecuencia se encuentran ondas lentas que sugieren la posibilidad de que esos sujetos

actúen como transmisores de la epilepsia. Cuando el posible cónyuge presenta EEG normal, es baja la probabilidad de que los hijos sean epilépticos; si la alteración electroencefalográfica es similar en los dos posibles esposos, el porvenir de la descendencia es oscuro.

Quando los ataques han comenzado tardíamente en la vida de un enfermo y su mentalidad está bien desarrollada, es poco probable que el factor hereditario sea potente en él. Cuando los ataques epilépticos se deben a trauma o enfermedad cerebral local, no hay evidencia de tendencia familiar.

El "acceso", fenómeno desagradable y dramático.—En el trabajo y en el juego, en la escuela y en los sitios de descanso no se desea al epiléptico, y el efecto de esta actitud sobre su posición en la sociedad y su futuro mental no necesita comentario: es un ostracismo social que debe eliminarse.

Es raro que un acceso epiléptico tenga por qué causar alarma, y la agitación y ruido promovidos alrededor de un acceso epiléptico son una descortesía y una desconsideración para el paciente y para los epilépticos en general: la única manera de ser correcto en estos casos, es pasar desapercibido el hecho; y esto debería pensarse y ensayarse en todas partes.

Empleo y utilidad del epiléptico como empleado.—La aptitud es cosa por definir en cada caso particular. Se perjudica a los epilépticos en general al recomendar para un empleo a un paciente inhabilitado por su trastorno, porque se cierra el campo a otros que sí pueden ser útiles. Deben tenerse en cuenta el pasado y presente del enfermo y a través de contactos con él y con sus familiares ha de formarse un concepto claro sobre el carácter del paciente; importa precisar frecuencia, caracteres, hora de producción y posi-

bles prodromos del acceso, porque todo esto influencia la aptitud del paciente y la clase de empleo en que puede ser útil; pacientes que sólo tienen accesos nocturnos o al levantarse, poseen en realidad un "handicap" muy pequeño; los accesos que ocurren por brotes con intervalos apreciables, permiten ciertos tipos de empleo; los enfermos que presentan accesos de "Petit mal" pueden servir en ciertos puestos y no en otros. También la velocidad de recuperación después del acceso debe determinarse, porque es comercialmente importante. Sobre 1.000 casos que estaban en curso de tratamiento privado o en clínicas, Lennox y Cobb aprecian que sólo un 25% de los enfermos eran inhábiles para el trabajo.

Trabajos varios rechazan a priori al epiléptico; tales son especialmente los relativos a vehículos en movimiento, maquinarias que requieran atención permanente u ofrezcan algún peligro, trabajos con escaleras, etc., pero en establecimientos grandes suele ser fácil hallar acomodo productivo para epilépticos. En ningún caso se recomendará ocultar los accesos; los compañeros de trabajo han de saber que estos ocurren y que nada requiere el enfermo, aparte del cuidado mínimo que haya de prestarle el vecino más próximo: se evita así la pérdida colectiva de tiempo, que es lo que más suele temer quien piensa en la posibilidad de empleo para un epiléptico. Incluso, es posible formar un grupo de epilépticos, que no han de extrañarse de lo ocurrido a cualquiera de los compañeros y que —conscientes de su inferioridad— tratarán de superarse para suplirla con creces.

La ocupación y el trabajo convienen a todos, sanos y epilépticos, pero además la ocupación y el interés mismos tienen acción anticonvulsivante: se conoce la acción de este tipo ejercida por

el gas carbónico y el ácido láctico procedentes de los metabolismos muscular y cerebral y se evidencia en el EEG la inhibición de la disritmia de tipo "petit mal" por la concentración de la atención: un trabajo que le interese es una estupenda terapéutica para el epiléptico.

El cuidado por parte de la comunidad.—Es necesario y se realiza en buena parte por los visitantes sociales, que tienen como papel ayudar al enfermo a superar sus propias deficiencias, solucionar los problemas que se le presenten en su empleo y sobre todo animarlo y ayudarlo cuando los períodos de desempleo, por una u otra causa, las fases de depresión, etc., se hagan especialmente penosas para el sujeto. Los resultados alcanzados por la National Association for Mental Health, que ha entrenado especialmente visitantes sociales para estos casos, han sido animadores. Cuando se piensa en el apoyo dado por la sociedad a ciegos, sordos y otros enfermos, ha de concluirse que los epilépticos son víctimas de un descuido que no se justifica.

Como *conclusiones*, el autor destaca el precepto, aplicable en lo médico y en lo social en cuanto al epiléptico se refiere, de *no hacer generalizaciones*; cada caso debe ser individualmente considerado y manejado, tanto por lo que hace a la terapia como por cuanto dice al cuidado y actividad social del paciente.

El otro punto importante es la necesidad de más conocimiento respecto a la epilepsia: *debe saberse qué es y qué no es*, para obrar en consecuencia. *Virus y enfermedad* (Editorial). Pp. 793-794.

La creencia en la generación espontánea se ha mostrado dura para morir: en el siglo XVII se llegó a la convicción de que ella no se aplicaba a

vivientes de algún tamaño pero sólo en el siglo XIX se reconoció que tampoco se cumplía en el caso de las bacterias, recién descubiertas entonces. Los virus han planteado de nuevo ese problema; el intervalo entre las dos guerras mundiales está lleno de preguntas relativas a cómo se regeneran y en qué forma son vivos, es decir, qué clase de vida desarrollan. Respuestas nada decisivas en muchos aspectos, han conducido a la conclusión general de que son vivientes autóctonos y en consecuencia, lo sabido y hecho a propósito de transmisión y combate de las enfermedades microbianas ha sido aplicado a las determinadas por virus. El éxito alcanzado contra la rabia y la morriña muestran lo bien fundado de tales ideas.

Es "iluminadora" la obra de F. M. Burnet "Virus as Organism" (Oxford University Press, Cambridge University Press, 1946). Se discute allí ampliamente el asunto: Se les ha pedido medir y se sabe que los más grandes son visibles mediante un microscopio ordinario. El microscopio electrónico ha tornado visibles los más pequeños y halla indicios de estructura en los más grandes, como el de la vacuna. Los más grandes son antigénicamente complejos y posiblemente tienen una composición química similar a la de las bacterias y hay evidencia directa de que algunos, cuando menos, poseen sistemas enzimáticos complejos. Todo esto y el hecho de que realmente se reproducen en medios de constitución la más diversa, establece que son agentes extrínsecos, de naturaleza similar a la de los microorganismos y que cada partícula desciende genéticamente de una similar que la precedió en el tiempo. Pese a ello, hay autoridades que se niegan a aceptar dicho concepto y sostienen que se trata de derivados celulares, acaso genes que andan sueltos.

Se había observado que la presencia de anticuerpo herpético en los adultos estaba relacionada con una historia de herpes y se sugirió que los portadores de esta enfermedad eran portadores del virus. Se mostró luego que la estomatitis aftosa de los niños se debía al virus herpético; empero, se observó luego que el anticuerpo herpético no se hallaba durante la fase aguda de la enfermedad pero aparecía durante la convalescencia: la estomatitis en cuestión es, pues, enfermedad primaria; de todos modos, la presencia de anticuerpo herpético implica el antecedente de la enfermedad. Aún cuando no ha sido posible hallar la manera de aislar el virus de los portadores, sí parece establecido que el paciente que ha sufrido la agresión del virus herpético, cosa que ocurre en el 2-3 año de la vida, se torna portador, poniéndose en equilibrio con el virus; cuando cualquier incidencia rebaja la resistencia del huésped, se manifiesta el virus bajo la forma de herpes; fuera de ésto, el huésped no sufre molestia por parte del virus.

Graigie ha planteado la posibilidad de una infección "críptica" por virus, en la cual el virus ya no es citoclástico y se reproduce apenas en la medida justa para que la infección se mantenga cuando la célula en que él se ha albergado, se divide. Para Craigie, hay gran similitud entre esta infección críptica y los plasmagenes que para algunos constituyen la base de la herencia de los rasgos citoplásmicos. Podría ser ésta una idea importante a propósito del cáncer.

T. M. Rivers es acaso el único entre los estudiosos de los virus, que sostenga que este es un grupo heterogéneo: para él los virus más grandes serían sencillamente microorganismos muy pequeños, al paso que los más diminutos, serían antes no vivos. Sin embargo, la mayoría sostienen que

los virus forman un grupo continuo, iniciado con los menores y más sencillos, continuado por graduación hasta los más grandes y complejos, y prolongando de allí en adelante por las rickettsias. "Si se dispusiera uno a aceptar que los virus menos complejos derivan de los virus, muy probablemente habría de convenir en que los más complejos han partido también, en último análisis, de allí, y habría que considerar en tal caso cómo, cuándo y por qué el simple gene se decidió a cubrir su desnudez". Para Green y Laidlaw, en cambio, los virus serían el fruto de una adaptación de microorganismos más elevados, a una forma de vida parasitaria, en que el parásito se ha reducido por último a la simple molécula de nucleoproteína y cuenta con su huésped para todo lo relativo a nutrición y energía. Burnett acepta esta idea "porque no hay otra alternativa visible" y, reconociendo que los virus tienen como todo vivo, y más que muchos, la capacidad de producir variantes, pasa a considerar la evolución de la enfermedad por virus.

Hace notar Burnett que el hombre sólo es capaz de sostener la existencia de un microorganismo patógeno, ante el cual actúa como huésped único, cuando la densidad de la población humana es suficiente; antes de que los núcleos de población se constituyeran, es lo más posible que dichos microorganismos fueran anteriormente parásitos de animales. Parece posible que el tifo epidémico derive por adaptación, del tifo de los oradores y hay hechos que sugieren que en el momento actual, el virus de la psitacosis está abandonando al ave para tomar al hombre como huésped permanente. Así pues, los cambios sufridos por el virus pueden cambiar los caracteres de la enfermedad.

Queda la posibilidad de cambios del

huésped, que también vaya a cambiar la marcha del proceso infeccioso; existen desde luego los aspectos inmunológicos, pero Murnett sugiere además un factor social, cuando menos para el caso de la poliomielitis; esta enfermedad era de los primeros años de la vida y provenía de los adultos; hoy, tiende a ser proceso de la edad escolar, transmitida por el niño, y el adulto escapa con alguna frecuencia; tal cambio es particularmente notorio en países en donde la higiene social y las labores sanitarias han alcanzado nivel más elevado.

Hay grandes fluctuaciones en las enfermedades por virus pero en todo caso, las variantes de los virus demasiado virulentas, tienden a eliminarse por sí mismas porque son demasiado destructivas para sus huéspedes. La tendencia general sería hacia un relativo equilibrio virus-huésped, en el que la enfermedad sería muy difundida y el huésped sufriría poco: este estado —único en el momento actual— ha sido alcanzado por el virus del herpes simplex.

Acido fólico (Editorial). Pp. 795-797

Lo atractivo de este producto reside en el hecho de que pareció ser un caso de terapia específica mediante un agente definido y de estructura molecular conocida. Se creyó que con él se abría gran campo terapéutico y se disponía de una vía que informaría, ampliamente respecto al factor anti-anémico y madurador de los eritrocitos. Los hechos han reducido un poco las perspectivas terapéuticas y la relación entre ácido fólico y maduración eritrocítica no se han aclarado suficientemente.

Los resultados a corto plazo en la anemia perniciosa son uniformemente buenos y se consiguen mediante la dosis de 20 mgr. oral diaria o con una sola inyección I. M. o I. V., de 50-100

mgr. crisis reticulocitaria temprana y definida, paso de la medula megaloblastica a normoblastica y aumento sostenido de G. R. y Hb, junto con llamativa mejoría clínica.

Los resultados lejanos desconciertan un poco: los signos de degeneración de los cordones medulares posterolaterales no se corrige por el ácido fólico, a veces se agrava durante su administración, y no se previene mediante la droga, ya que pueden aparecer durante la terapia realizada con ella; y la mejoría del elemento neural no se produce ni con dosis muy altas de ácido fólico; en cambio, se consigue mediante hígado o extracto desecado de estómago. Se ha anotado por otra parte, que con el correr del tiempo, las dosis requeridas para sostener en lo normal el cuadro rojo, van creciendo. Wilkinson concluye que el ácido fólico no es "ni la mejor ni la más abaratada de las formas para tratar la anemia perniciosa, estén o no presentes las manifestaciones neurales" y Spies dice que "el extracto de hígado es la terapia más efectiva y segura para el manejo rutinario de la anemia perniciosa". El ácido fólico conserva, empero, un puesto, en este campo, porque puede darse parenteralmente para obtener una respuesta rápida en pacientes críticamente enfermos y porque es la solución en el caso de enfermos que se han sensibilizado al extracto de hígado; en este caso, siempre debe procederse a la administración de estómago desecado o a la desensibilización, tan pronto como sea posible. Nada se gana mediante preparaciones que asocian ácido fólico al hígado o estómago; el primero nada realiza que no consigan más perfectamente los últimos y el ácido sencillamente se desperdicia.

En las anemias nutricionales, incluyendo la perniciosa del embarazo, la macrocítica nutricional y los síndromes

del grupo del Sprue, puede administrarse impunemente ácido fólico, porque no hay riesgo de enfermedad medular. Hay discordancia en el campo de los resultados en el sprue, porque no hay acuerdo respecto a lo catalogado con tal nombre. El sprue de Cuba y Puerto Rico es una falla de la absorción entérica de grasa, con diarrea y anemia megaloblastica, que ocurre entre los nativos, sometidos a subnutrición durante largo tiempo. El ácido fólico corrige anemia y diarrea y mejora el carácter de las deposiciones. El sprue del oriente ocurre en extranjeros bien nutridos y el sprue no tropical y el síndrome o enfermedad celíaca se presentan en climas templados y en sujetos no desnutridos; en todos estos casos, la desnutrición es secundaria a la enfermedad, cuando ésta ha durado suficientemente. En todos los casos de este grupo, que han respondido al ácido fólico, había megaloblastosis medular; en general, las anemias macrocíticas responden bien al ácido fólico cuando hay medula megaloblastica y no en el caso contrario. La posibilidad de amplia aplicación del ácido fólico en las anemias macrocíticas y la amplia difusión de estas en las zonas tropicales son una aplicación suficientemente importante de la droga.

¿Qué papel juega el ácido fólico en la hemopoyesis? No es el factor intrínseco ni el extrínseco, puesto que pueden obtenerse respuestas con extractos hepáticos que sólo tienen una traza de ácido fólico.

Existen en la naturaleza diversas formas de ácido fólico, que difieren entre ellas por el número de grupos ácido glutámico existentes en la molécula. El ácido sintético-igual al obtenido de la levadura y del hígado—sólo contiene un grupo ácido glutámico; se le denomina ácido "libre", calificando como "conjugados" a los

otros. Si se administra ácido libre a un sano o a un paciente de perniciosa, se excreta ácido libre por la orina.

Dando ácidos conjugados a un sano, se excreta ácido libre por la orina; en cambio, el enfermo de perniciosa casi no excreta ácido, pero si se administran extractos de hígado, la excreción es grande. Se ha afirmado que los ácidos fólicos conjugados no provocan respuesta hemopoyética en la anemia perniciosa; parece pues que en esta enfermedad existe la incapacidad para liberar el ácido fólico de los conjugados en que existe en los alimentos. Para Davidson y Girwood el extracto de hígado sería un factor libertador, que haría capaz al organismo para liberar ácido libre de los conjugados acumulados en el cuerpo, iniciando en dicha forma la respuesta. Esta idea no cuenta con simpatías en Norteamérica; de hecho, existen algunas dificultades: se afirma que el sprue de la India y algunos casos de anemia perniciosa responden a los ácidos conjugados y para Spies y col. se trata simplemente de dosis insuficientes, puesto que ellos dicen haber obtenido éxitos con los áci-

dos conjugados en anemia perniciosa, sprue y anemia macrocítica nutricional. Por lo demás, es difícil disponer de ácidos conjugados puros.

El ácido fólico libre es producido de síntesis bacteriana ocurrida en el intestino, tanto de animales como del hombre; de allí la dificultad para estimar en forma exacta las deficiencias; por otra parte, aún son pocos los casos tratados con ácidos conjugados, de manera que las conclusiones obtenidas han de refrendarse más aún.

Para la escuela norteamericana, aunque los extractos de hígado realmente intervienen en el aprovechamiento de los conjugados de ácido fólico acumulados, su acción es más profunda; destacan el hecho de que las respuestas al ácido fólico son parciales y que las dosis de él que resultan necesarias son muy grandes, comparadas con las de extractos hepáticos potentes. Sostiene Spies que el ácido fólico es una enzima o coenzima involucrada en la formación del principio antianémico, que para él es una sustancia no aislada aún y más potente que las conocidas hasta ahora.