

BOLETIN BIBLIOGRAFICO

La Biblioteca de la Facultad de Medicina de Bogotá es una institución de carácter científico, destinada al servicio del Profesorado, de los alumnos de la Facultad, de los profesionales en general y del personal docente y alumnos de las escuelas dependientes de la Facultad de Medicina (Odontología y Farmacia).

Estará abierta todos los días no feriados y de vacaciones que establece el Reglamento de la Facultad, de 10 a 12 de la mañana, de 2½ a 6 de la tarde y de 8 a 10 de la noche. Los sábados por la tarde y noche no habrá servicio de Biblioteca.

Cuando se desee llevar un libro a domicilio, aparte de la papeleta de petición, se consignará en la Secretaría de la Facultad un depósito superior al monto del valor que tenga el libro en el mercado.

Los libros llevados a domicilio deben ser devueltos en un término máximo de diez días; pasados éstos se dispondrá del depósito para reponerlo, y el solicitante no tendrá derecho en lo sucesivo a hacer uso de este servicio de la Biblioteca.

Establécese en la Biblioteca el servicio de Canjes de las obras duplicadas. Dichos canjes deben llevar la aprobación del Director de la misma.

(Del Reglamento orgánico de la Biblioteca).

ANATOMIA PATOLOGICA

Annales d'Anatomie pathologique. Tomo 9. Nº 9. Diciembre de 1932. París.

BACTERIOLOGIA-LABORATORIO

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine. Vol. 18 Nº 4. Enero de 1933. San Luis. U. S. A.

Volumen I—Nº 11—Abril, 1933.

Annales de L'Institute Pasteur. Tomo XLIV. N° 6. Diciembre de 1932. París.

BIOLOGIA

Revista de Biología e Hygiene. Vol. 3. Fasc. 2. Agosto, 1932. Sao Paulo.

Archives de Biologie. Tomo XIV. Fas. 4. Noviembre, 1932. Belgique.

CIRUGIA GENERAL

Tuberculosis Quirúrgica: Instituto O. Rangel. Río. Brasil.

Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile. Año X. N° 10. Noviembre de 1932. Santiago de Chile.

Bulletins et Memoires de la Societé des Chirurgiens de París. Tomo XXIV. N° 16. Diciembre de 1932. París.

Journal de Chirurgie. Tomo XLI. N° 1. Enero de 1933. París.

Lyon Chirurgical. Tomo XXX, N° 1. Enero de 1933. Lyon.

Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie. Tomo 3. N° 12. Diciembre de 1932. París.

The American Journal of Surgery. Vol. 19. N° 1. Enero de 1933. New-York.

Archivos Españoles de Oncología. Tomo 3. Cuaderno 1. Abril de 1932. Madrid.

Bulletin de l'Association française pour l'Etude du cancer. Tomo 21. N° 8. Noviembre de 1932. París.

DERMATOLOGIA-SIFILOGRAFIA

Revista Argentina de Dermatosifilografía. Tomo 16. Noviembre de 1932. Buenos Aires.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Tomo 3. N° 12. Diciembre de 1932. París.

ESTOMATOLOGIA

Oral hygiene. Vol. 23. N° 1. Enero de 1933. U. S. A.

FISIOLOGIA

Revue Française d'Endocrinologie. N° 6. Diciembre de 1932. París.

The Relation of the anterior pituitary hormones to the development and secretion of the mamary gland. University of Missouri. Agosto de 1931. U. S. A.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

GINECOLOGIA-OBSTETRICIA

Boletín del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia. Año I. Nros. 1 y 2. Julio-diciembre de 1932. Buenos Aires.

Boletín Anual de la Clínica Ginecológica. Vol. 2. (1930). Santiago. Chile.

Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie. N° 9. Noviembre de 1932. París.

Japanese Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 15. N° 5. Octubre de 1932. KYOTO.

American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 25. N° 1. Enero de 1932. EE. UU.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Complicaciones de la radioterapia en ginecología. Ward, Vol. XXV, N° 1.—Enero de 1933.

Técnica de la radioterapia en los carcinomas uterinos. Schmitz. *Ibidem*.

En estos dos artículos los autores hacen un resumen muy claro y preciso sobre la técnica que debe seguirse en el tratamiento de los carcinomas uterinos por medio de los rayos X y del radium, precisando el significado y valor de las unidades llamadas "dosis de eritema" y la "dosis r" o unidad internacional.

El Dr. Ward hace el estudio de una estadística en lo relacionado a las complicaciones observadas en el curso de los tratamientos por el radium en ginecología, como son: las enemias, las piometras, las quemaduras y úlceras, las fistulas vesicales y ureterales, las retracciones secundarias que pueden determinar la obstrucción ureteral con hidronefrosis, etc., etc. En vista de este estudio llama la atención sobre la necesidad indispensable de que estos tratamientos se hagan por especialistas en la materia; y sobre los cuidados previos y medidas de previsión que deben adoptarse para evitar estas complicaciones.

"REVISTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE NOVIEMBRE DE 1932"

Entre los trabajos que contiene la mencionada revista, me ha llamado especialmente la atención la publicación del Profesor Reeb de cuatro observaciones clínicas de abortos tubarios en los que la marcha clínica ha presentado cierto aspecto peculiar que merece tenerse en cuenta para facilitar el diagnóstico del aborto tubario, tan difícil de hacer, sobretudoo cuando el embarazo es joven y el aborto se efectúa de manera lenta y más o menos silenciosa.

En estos casos generalmente el único síntoma aparente es un pequeño derrame que sobreviene después de algunos días de amenorrea. Esta amenorrea bien ha podido interpretarse como un retardo de la menstruación, o como una iniciación de un embarazo, en cuyo caso el derrame se puede interpretar como síntoma de su interrupción, ya sea él uterino o extra-uterino. En uno y otro caso puede eliminarse en medio de las pérdidas sanguíneas, despojos de caduca, verdadera en el primer caso, falsa en el segundo.

En todas las cuatro observaciones del Profesor Reeb, la única manifestación clínica ha sido una hemorragia cuyos caracteres eran casi iguales en todas, con algunas pequeñas variaciones: la sangre era ya roja o color café, en pequeña cantidad, expulsada de manera tenaz e irregular durante varias semanas. En ninguna de ellas la exploración vaginal puso de manifiesto tumefacción alguna en los fondos de saco que permitiera presumir la existencia de un embarazo extra-uterino, ni modificaciones apreciables en la matriz. En los cuatro casos se practicó un curetaje entre los 5 y 40 días después del comienzo de las pérdidas sanguíneas. El examen histológico puso de manifiesto en dos casos la existencia de una mucosa caduca con sus dos capas compacta y esponjosa, y sus glándulas correspondientes, pero no fue posible hallar restos ovulares o vellosidades. En los otros dos casos, no se halló células deciduales ni vellosidades, y se comprobó que la mucosa se hallaba en el estado intermedio. Las manifestaciones locales a la exploración vaginal no se apreciaron sino 86,75 y 99 días respectivamente después del principio de las últimas reglas en las tres primeras observaciones, y en la otra 15 días después del principio de la hemorragia. Estas manifestaciones permitieron hacer el diagnóstico tardío en los tres primeros casos de aborto tubario, confirmado por la intervención en todos ellos. Estas observaciones relieves por una parte las dificultades con que se suele tropezar para hacer el diagnóstico precoz de aborto tubario, y sugieren la discusión clínica acerca del valor del examen microscópico de colgajos de caduca obtenidos en estos casos, ya sea por expulsión espontánea o por medio de curetaje, y la interpretación de la ausencia de vellosidades y células deciduales en los despojos obtenidos por curetaje.

Durante algún tiempo se dio gran importancia a los resultados de este examen histológico para el diagnóstico diferencial entre aborto tubario y uterino, por lo cual se llegó a proponer el curetaje sistemático y examen histológico subsiguiente de la mucosa así obtenida, en todos los casos de duda entre un aborto uterino y un aborto tubario. Los resultados se interpretaban de una manera muy sencilla: Si se encontraban vellosidades, el diagnóstico se inclinaba hacia aborto uterino; si se encontraban fragmentos de caduca sin despojos ovulares, se podía admitir la persunción de aborto tubario. Desgraciadamente, sistema tan sencillo no puede ser aceptado hoy en ninguno de sus térmi-

nos, pues la presencia de caduca sin vellosidades puede encontrarse lo mismo en caso de embarazo extra-uterino que en el uterino, o también en casos de trastornos uterinos de origen hormonal. Efectivamente: en un aborto uterino de temprana edad, el huevo puede ser expulsado sin dejar restos apreciables en la caduca, cuyo examen histológico no muestra la presencia de vellosidades, las que por esta época están en relación solamente con una porción muy limitada de la caduca, de modo que aún en el caso de que quedasen restos ovulares en el útero, la porción limitada de la caduca que los contuviese podría fácilmente escapar al examen. Además se ha podido comprobar que la persistencia del cuerpo amarillo menstrual o ciertos estados quísticos dan lugar a la formación en el útero de una caduca estructuralmente igual a la que se puede formar en el embarazo normal o en el embarazo extra-uterino. Se ha llamado esta perturbación de origen hormonal, pseudo-embarazo. De lo anterior se concluye que la presencia de caduca sin vellosidades no sirve por sí sola para el diagnóstico de embarazo extra-uterino.

Se ha pretendido hacer la diferenciación entre una caduca de embarazo extra-uterino y una de embarazo uterino, basándose en la manera diversa como se agrupan las glándulas en uno y otro caso. Opitz describe una agrupación característica, que permite, según él, hacer el diagnóstico en uno y otro caso. En la caduca de embarazo uterino las glándulas se agrupan muy próximas las unas a las otras, casi unidas por su dorso y separadas tan sólo por una pequeña capa de estroma. Sus células en este caso son muy ricas en glucógeno. En caso de embarazo extra-uterino, las glándulas de la falsa caduca están más espaciadas y sus células son pobres en glicógeno. Desgraciadamente esta distinción no es constante. En casos de formación decidual por persistencia del cuerpo amarillo o pseudo-gestación, se puede hacer el diagnóstico por la investigación de la superproducción de la hormona luteínica en la enferma, inyectando suero de ésta a ratas castradas.

Por otra parte, la ausencia de células deciduales en los despojos de mucosa obtenida por curetaje, no excluye de manera definitiva la existencia de un aborto tubario, pues ya vimos cómo en dos de las observaciones del Profesor Reeb no solamente no se encontraron formaciones deciduales, sino que se comprobó que la mucosa estaba en estado intermediario y aún premenstrual. La explicación se encuentra en el mecanismo del aborto tubario: En el curso del embarazo tubario, suelen presentarse hemorragias tanto más precoces cuanto el huevo se halle implantado en una porción más estrecha de la trompa. Esta hemorragia se inicia en el sitio de implantación del huevo, el cual se desprende y queda envuelto en un hemato-salpinx. Las vellosidades en este momento experimentan una muerte parcial, lo que inicia la regresión del cuerpo amarillo y simultáneamente la eliminación de la falsa caduca, que en estos casos se suele eliminar de manera progresiva. El huevo así

desprendido será expulsado de la trompa hacia la cavidad peritoneal con una hemorragia más o menos abundante, dando lugar a la formación de un hematócele. La formación de éste será tanto más tardía cuanto más joven sea el huevo, pues en este caso las conexiones vasculares son poco desarrolladas, la superficie de desprendimiento del huevo es pequeña, y las hemorragias por consiguiente, poco acentuadas, lo que da como resultado que el aborto se haga de manera lenta. Las hemorragias, sin embargo, no cesan completamente mientras no se haya muerto o eliminado totalmente el huevo. Si el examen histológico se practica precozmente en una época en que se inicia el desprendimiento de la caduca, se encuentran seguramente formaciones deciduales. Pero si el examen se hace tardíamente, la caduca se ha alcanzado a eliminar totalmente, y sólo se encuentra una mucosa en regeneración.

Por estas razones concluye el Profesor Reeb que el examen histológico de la mucosa uterina no sirve para el diagnóstico diferencial, ya que una caduca sin vellosidades no permite hacer el diagnóstico de un embarazo extra-uterino, y una mucosa uterina sin transformación decidual, no excluye la existencia de un embarazo ectópico.

En cuanto al valor de la reacción de Aschheim Zondec para el diagnóstico en caso de aborto tubario, le da Reeb un valor relativo. Considera en primer lugar que ni ésta ni la modificación de Brouha y Simonet practicada en el ratón (macho) impúber, que requiere 6 y 8 días respectivamente para obtener la respuesta, son prácticas en estos casos. Preconiza el sistema de Friedman y Brouha, consistente en la inyección de 7 a 8 c. c. de orina de la mujer en la vena marginal de una coneja, en la cual se producen folículos hemorrágicos a las 24 o 48 horas en caso de embarazo. Esta reacción puede sin embargo ser negativa en los siguientes casos: 1º En un caso de embarazo uterino, si se practica 8 o 10 días después de un aborto, cuando se ha eliminado el huevo con sus vellosidades, aunque queden despojos de caduca verdadera, que hagan persistir una hemorragia. 2º En caso de embarazo tubario, cuando se practica en una época en que el huevo desprendido se ha convertido en una mole sanguínea tubaria, y las conexiones vasculares de las vellosidades se han roto 8 o 10 días antes con la circulación materna. Como se ve, en estos dos casos no tiene valor la reacción. Si la reacción es positiva, solamente tiene valor cuando ha sido practicada 10 días después de un curetaje en que se tiene la seguridad de haber despojado completamente la mucosa de vellosidades y por consiguiente el resultado positivo sólo puede explicarse por la existencia de un embarazo extra-uterino. Pero si la reacción ha sido practicada más precozmente, 3 a 6 días solamente después de un curetaje, ya no tiene valor, porque la experiencia enseña que la reacción no se hace negativa después de un aborto uterino completo, sino 8 a 10 días después de un curetaje correcto.

En síntesis: ni el examen histológico de una mucosa uterina por

curetaje, ni la reacción de Aschheim Zondec, o las modificaciones a su técnica, prestan suficiente garantía para el diagnóstico de aborto tubario en algunos casos. Las hemorragias tenaces e irregulares, pequeñas, casi diarias, durante varias semanas después de un curetaje correcto, son índice muy posiblemente de un aborto tubario, en que el desprendimiento de un huevo joven da lugar a una hemorragia *pequeña*, debido al desarrollo todavía incipiente de sus conexiones vasculares, y cuyo desprendimiento se extiende por lo mismo a una superficie limitada; y *diarias* y *tenaces*, porque la regresión y muerte de las vellosidades se efectúa de manera lenta y progresiva. Este síntoma fue anotado en todas las observaciones relatadas por el Profesor Reeb, y sobre él es que insiste especialmente, para el diagnóstico de los abortos tubarios en embarazos tempranos.

RELACIONES DE LOS INFARTOS PLACENTARIOS Y LA TOXEMIA ECLAMPTICA

Bartholomew y Kracke, de Atlanta. (American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. XXIV, Nº 6. Diciembre de 1932).

En esta comunicación, los autores citados plantean una nueva etiología de los infartos placentarios; pues, aparte de los que se encuentran en placentas normales, debidos a la endarteritis fisiológica de los vasos de la placenta fetal, existen otros que serían debidos al traumatismo que ocasionan los movimientos del feto sobre la placenta; traumatismo que produce una ruptura vascular, punto de partida del infarto.

Las consecuencias del infarto dependen de su evolución anatómica, así: el infarto consecutivo a la endarteritis fisiológica ocasiona una autólisis lenta de las vellosidades afectadas, con producción de un exudado hialino intervelloso, que impide la absorción de los productos de la destrucción celular y por consiguiente las manifestaciones tóxicas consecutivas a esta absorción. El infarto secundario a la ruptura vascular determina igualmente la autólisis celular, pero debido a la rapidez con que se produce esta alteración, no hay formación del coágulo hialino, que aísla la región afectada, y por tanto se produce la absorción de los productos de la desintegración celular, entre los cuales se encuentran: la histamina, la lisina, cistina, agarina, etc., que obran como venenos convulsivantes y que también obran sobre las paredes vasculares vecinas, determinando una gran fragilidad de los vasos.

Esta absorción daría lugar a las dos grandes manifestaciones clínicas de la intoxicación gravídica: la eclampsia y el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, o abruptio placentae. La primera, ocasionada por los infartos que ocupan la cara fetal y el

centro de la masa placentaria; la segunda, consecutiva, a los que se sitúan en la cara uterina de la placenta, en la vecindad de la lámina basal, que determinarían la autólisis de las vellosidades de anclaje y de las conexiones vasculares, al mismo tiempo que la contractura de la musculatura uterina.

Fundan su teoría en la observación de las lesiones encontradas en varios casos de intoxicación gravídica; y en las alteraciones fisiológicas y anatómicas producidas en el curi, por la inyección de los productos de autólisis de la placenta normal.

HIGIENE

Boletín de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. Vol. 14. Nº 1. Enero de 1933. París.

Revista de Higiene. Año 13. Nº 12. Diciembre de 1932. Bogotá.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 12. Nº 1. Enero de 1933. Washington.

Boletín de la Dirección General de Sanidad. Año 3. Nº 6, de 1931 y primer semestre de 1932. Bolivia.

Revue d'Hygiene et de Médecine préventive. Tomo LV. Nº 1. Enero de 1933. París.

The American Journal of Hygiene. Vol. 17. Nº 1. Enero de 1933. U. S. A.

The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine. Vol. 8º Nº 2. Diciembre de 1932. Puerto Rico.

TUBERCULOSIS EN LA NIÑEZ

(Del American Journal of Public Health).

La prevención de la tuberculosis continúa siendo uno de los mayores de la Higiene. Actualmente se está prestando considerable atención a la tuberculosis en la niñez. Las principales fuentes de la infección y sus modalidades se han llegado a conocer bien en los 50 años que han pasado del descubrimiento del bacilo tuberculoso de Koch. Se ha consagrado un estudio enorme a los problemas en relación con el origen, extensión y prevención de la enfermedad. Desde que se han implantado medidas más intensas en la prevención se ha visto una gradual reducción en el índice de mortalidad por tuberculosis, más marcada en los grupos más jóvenes. Pero, aun siendo eso verdad, siempre queda la tuberculosis como una de las enfermedades comunicables que más afecta a los niños, especialmente en la edad pre-escolar y durante la adolescencia. Al paso que el índice de mortalidad por tuberculosis es relativamente bajo en la edad pre-escolar, el de infectividad es muy alto. Se han acumulado a este respecto una gran cantidad de datos desde

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

que se han empleado sistemáticamente la tuberculino-reacción y los rayos X.

Por otra parte, al paso que ha habido una disminución en el índice de mortalidad por tuberculosis entre los 15 y 25 años de edad, esta disminución ha sido más marcada en el sexo masculino. Las mujeres entre estas edades no han mostrado una disminución marcada. Howard Wipple Green, en su *Graphic Analysis of the Trends in the Tuberculosis Death Rate*, publicado en marzo de 1927, señaló ese punto. Desde entonces otros numerosos estudios han confirmado su observación. Recientemente se ha intentado determinar la exacta causa de este retraso en la disminución de la mortalidad por tuberculosis en las mujeres jóvenes.

Kendall Emerson, en una síntesis de los hechos sobresalientes concernientes a la tuberculosis, dice:

De 5 personas que mueren entre los 15 y 45 años, UNA muere de tuberculosis.

De 3 mujeres jóvenes que mueren entre los 15 y 30 años, UNA muere de tuberculosis.

La tuberculosis mata más jóvenes menores de 21 años que cualquiera otra enfermedad comunicable.

Se estima que *dos millones* de niños están infectados con el germen de la tuberculosis, los cuales constituirán la mayor parte de los casos *activos* más tarde.

Los focos de infección tuberculosa son principalmente dos: el individuo tuberculoso que disemina ampliamente los bacilos de su aparato respiratorio, y la vaca tuberculosa aportando el bacilo directamente en la leche de sus ubres enfermas, o indirectamente contaminando la leche con bacilos contenidos en el polvo de excreciones infectadas. Indudablemente la infección bovina ha llegado a ser cada vez menos común en este país por la pasteurización y ebullición de la leche antes de ser suministrada a los niños.

Las campañas llevadas a cabo para exterminar la tuberculosis en el ganado y la mayor rigidez en la aplicación de la pasteurización indudablemente han contribuido ampliamente en la reducción de la infección bovina. No cabe duda que la tuberculosis de los huesos y articulaciones y de los ganglios linfáticos cervicales han disminuído notablemente en este país en los últimos 25 o 30 años. Sin embargo, tenemos conocimiento que en otros países, especialmente en algunas regiones del Canadá, Gran Bretaña y Escocia una proporción considerable de niños se muestran infectados de tuberculosis bovina. Por consiguiente, no debemos cesar en nuestros esfuerzos por eliminar el bacilo tuberculoso en el ganado, al mismo tiempo que nos empeñemos en una activa lucha contra la infección de los niños por contactos tuberculosos en su propio hogar o en su vecindad. Kendall Emerson nos previene aún más: "Profeías optimistas acerca de la exterminación de la enfermedad no sola-

mente perjudican la comunidad sino que no están basadas en la realidad de los hechos”.

Un reciente estudio de la mortalidad tuberculosa en las mujeres jóvenes confirma observaciones anteriores y establece también algunas muy interesantes correlaciones.

El hecho de que la mortalidad por tuberculosis en las jóvenes no haya sufrido la misma disminución que la mortalidad en general por tuberculosis conjuntamente con el de que la cima de la mortalidad por tuberculosis para ambos sexos y todas las edades hasta los 65 años baja para las muchachas de 15 a 25 años, es probablemente uno de los más interesantes puntos de estudio en la mortalidad tuberculosa de los Estados Unidos. Su importancia es acentuada aún más por la circunstancia de que entre las edades de 15 a 25 años la mortalidad en las jóvenes es 50 a 90 por 100 más alta que en los hombres jóvenes de la misma edad.

Sin embargo la progresiva diferencia entre la mortalidad masculina y femenina no es como se cree algunas veces, el reflejo del alza de la mortalidad en las jóvenes... La mortalidad en muchachas jóvenes de 15 a 19 años ha disminuído en 46 por 100 desde 1,900 y para mujeres de 20 a 24 años ha habido una disminución de 53 por 100.

En tiempos anteriores, de que podamos tener información digna de crédito (1900), la tuberculosis constituía un serio problema en las mujeres jóvenes. Si dijéramos que la tuberculosis en todos los grupos de la población a excepción del de las mujeres jóvenes constituye un problema que *decrece*, pintaríamos mejor la situación presente que cuando se habla del aumento progresivo de la gravedad del problema en las mujeres jóvenes. El problema en sí mismo no está creciendo ni ha sido nuevamente creado; simplemente aparece hoy más claro y amplio.

Las principales conclusiones de Miss Nicholson en este particular, aun cuando no coinciden completamente con otros estudios similares, ponen de manifiesto algunos puntos muy sugestivos que deben ser investigados en el futuro.

Es la opinión de este investigador que el problema de la tuberculosis en las mujeres jóvenes de Detroit, durante el año de 1930, fue sobre todo un problema del período de gestación y del período en que el desarrollo físico constituía un esfuerzo mayor o menor sobre la vitalidad y salud general de la joven. La importancia de algunos hábitos tales como la falta de sueño suficiente, y ciertos factores sociales como habitaciones anti-higiénicas, etc., son dignos de tenerse en cuenta, pero resultan secundarios a los otros elementos del problema.

Solamente por estudios semejantes podemos esperar llegar a un completo conocimiento de esta proteica enfermedad.

El estudio de Howard Whipple Green, del problema en Cleveland, no está de acuerdo con algunos de los resultados en Detroit. En su “Tu-

erculosis and Economic Strata, Cleveland's Five City Area. 1928-1931", Green encuentra enormes diferencias en los coeficientes de mortalidad y morbilidad tuberculosas en las diferentes áreas conómicas.

Los coeficientes de mortalidad según las edades, para cada sexo, en las áreas bajas y altas, son dignos de estudio. En las bajas el coeficiente masculino es muy semejante al femenino a la edad de 25 años, después de los cuales el coeficiente masculino es mucho mayor. En las altas, sin embargo, son muy semejantes en todas las edades los coeficientes para cada sexo, siendo muy inferiores que los señalados para las áreas baja. Los coeficientes para la raza negra son muy diferentes de los de la raza blanca para la misma área baja, siendo muy superiores. Su conclusión general es que "no solamente tuberculosis sino muchas otras enfermedades de la humanidad están acentuadas por el estado económico".

Un excelente estudio sobre Servicio de Tuberculosis para Niños, del doctor Margaret Witter Barnard, publicado en el número correspondiente a octubre de 1932 del "Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin", dice: "Nuestro progresivo conocimiento de la tuberculosis en los niños está abriendo un campo altamente especializado..."

Para salvaguardar efectivamente al niño tuberculoso es necesario saber si hay o nó otros casos de tuberculosis en la familia, y apreciar los riesgos de una exposición más tarde a la infección, si el niño quedara en la familia. La complejidad de las circunstancias familiares en casas de tuberculosis en niños pueden ilustrarse gráficamente por tarjetas como las que se muestran... Estas están basadas en datos recogidos en los servicios clínicos para adultos y niños tuberculosos en Bellevue-Yorkville Health Center en un período de año... Si un niño tuberculoso debe ser tratado inteligentemente, no solamente debe el clínico considerar el problema como una circunstancia familiar, sino que debe también educar a la familia desde el mismo punto de vista. De esta manera solamente se puede asegurar la cooperación de la familia. Los cuatro objetivos de un servicio de tuberculosis para niños deben ser los siguientes:

1º Estudiar minuciosamente los niños tuberculosos y determinar la significación de sus lesiones.

2º Planear los cuidados adecuados, incluso la determinación de la fuente de contagio para romper el contacto.

3º Educar las familias, haciéndolas considerar la tuberculosis como un problema familiar, y ayudarlas en la manera de solucionarlo.

4º Recopilar todos los datos que puedan servir para un estudio más general del problema.

La clínica para niños tuberculosos deberá ofrecer servicios de diagnóstico a los niños de diferentes proveniencias. Contacto con niños de pacientes tratados en un servicio de adultos tuberculosos deberán ser dirigidos rutinariamente para su examen al servicio de niños. No

solamente es importante descubrir la enfermedad en estos grupos sino también al través de estos exámenes reconstruir un cuadro de los problemas de higiene general que debe afrontar la familia. Las instituciones de acción social, los médicos escolares y las enfermeras deberán dirigir a esta clínica los niños sospechosos, o que hayan estado expuestos al contagio. Los servicios de higiene infantil deberán valerse de este consultorio especializado. La prueba de la cuti-reacción seguida por el examen radiológico de los casos positivos seguramente seleccionará un número de niños que requerirán una consulta cuidadosa para llegar a un diagnóstico y los cuidados consiguientes. Aun cuando un buen servicio para niños tuberculosos debidamente organizado resulta costoso, dará resultados definidos tanto en el control de la enfermedad en los niños como en los hallazgos de contactos con adultos. Cuando los recursos son limitados, la experiencia demuestra que hay dos grupos, al pre-escolar y el adolescente, en los cuales se encuentran las más significativas lesiones y que reclaman los más intensos cuidados.

Los procedimientos más importantes para el diagnóstico, que deben ser cuidadosamente uniformados y que tienen un alto valor técnico, son: 1º Examen pediátrico completo; 2º Intradermo-reacción a la tuberculina, y 3º Examen de plano y oblicuo a los rayos X.

Con estos datos en combinación con una cuidadosa historia y conocimiento de las condiciones del hogar del niño, se llegará a justipreciar debidamente cada caso. Porque es imposible separar la tuberculosis del niño de su estado general, el médico encargado del servicio deberá ser un competente pediatra.

El Dr. Barnard afirma claramente que los grupos pre-escolar y adolescente presentan un problema extremadamente difícil. Porque es en ellos, mas bien que en los de 6 a 12 años, donde se encuentran más frecuentemente lesiones aparentes que requieren cuidados de un servicio especial. Relieva el hecho de que la experiencia demuestra que los niños del grupo escolar sobrellevan admirablemente bien lesiones tuberculosas para las cuales es suficiente un cuidado inteligente en el hogar.

Este hecho ha sido señalado también por W. P. Shepard, en una discusión del aporte dado al movimiento antituberculoso por Lymanhurst, especialmente desde el punto de vista de la higiene pública. El plagia a Homer Folks, quien dijo muchos años antes que los principales objetivos del movimiento antituberculoso, diagnóstico, tratamiento, control del contagio y educación, son los únicos que estamos empleando en la actualidad y que prácticamente ninguno mejor que ellos se ha añadido al programa. Sin embargo, un gran desarrollo se ha dado a la aplicación de las varias técnicas empleadas en el descubrimiento de la enfermedad. En otras palabras, no han habido nuevos objetivos, pero sí numerosos métodos nuevos para realizar aquellos objetivos.

El más importante desarrollo ha sido el reconocimiento del movimiento antituberculoso como un problema de higiene pública. El doctor Shepard opina que una de las más sobresalientes contribuciones de Lymanhurst al movimiento antituberculoso fue la demostración de lo que se necesita y de lo que es posible modificar en el *curriculum* de la escuela pública para satisfacer las necesidades del niño escolar. El subraya que en el campo tuberculoso la adopción de este principio ha cambiado notablemente los procedimientos administrativos. Completa, de acuerdo con nuestro actual conocimiento, el círculo de protección al rededor del individuo. Idealmente, tenemos ahora un hogar libre de contacto, aun dejando a un lado el hecho de que el niño infectado precozmente es tenido en consideración con cuidados especiales en la escuela de higiene y de que el preventorio pueda ser de utilidad, lo mismo que el sanatorio, para la curación.

El Dr. Shepard menciona la afirmación de Myers sobre la necesidad de aplicar los principios reconocidos de control de enfermedades contagiosas a la tuberculosis. Myers ha citado muchas tragedias evitables, particularmente entre enfermeras y estudiantes de medicina, ocasionadas por el descuido en la aplicación de los métodos bien conocidos de controlar la enfermedad. Cree que la infección tuberculosa está decididamente decreciendo, algunas comunidades rurales dando menos de un 30 por 100 de reacciones positivas a la tuberculina entre su población joven. Cree además que esta reducción es progresiva y el resultado natural de la eliminación de las vacas de ordeño tuberculosas y del aislamiento extensivo del sér humano tuberculoso. Esto, naturalmente, coloca el problema ampliamente en manos del epidemiólogo y del clínico, aun cuando otros factores sociales y económicos puedan contribuir a su solución.

HOSPITALES

The Modern Hospital. Vol. XL. Nº 1. January, 1933. EE. UU.

MEDICINA GENERAL

Gaceta Médica de Caracas. Año 39. Nº 17. Septiembre 15 de 1932. Caracas.

Boletín Clínico. Serie I. Nº 5. Octubre de 1932. Medellín.

Archivos Americanos de Medicina. Tomo 9. Nº 1. Enero de 1933. Buenos Aires. Argentina.

Medicina. Tomo 12. Nros. 186-187. Diciembre de 1932 y enero de 1933. México.

Revista Médica de Málaga. Año X. Nº 98. Noviembre de 1932. España.

La Crónica Médica. Año 49. Nros. 832, 833, 834. Octubre, noviembre y diciembre de 1932. Lima.

Revista Médica Hondureña. Año 3º Nros. 27 y 28. Julio-agosto de 1932. Honduras.

Archivos Médicos del Hospital Ramos Mejía. Tomo 14. Nº 1. 1932. Buenos Aires.

Revista Médica Latino-Americana. Año 18. Nº 206. Noviembre de 1932. Argentina.

El Día Médico. Año 5º Nros. 19, 23, 24, 25 y 27. Diciembre de 1932 y enero de 1933. Buenos Aires.

Revista de Medicina Veterinaria. Año IV. Nros. 36 y 37. Noviembre y diciembre de 1932. Bogotá.

El Siglo Médico. Tomo 90. Nros. 4123, 4124, 4125, 4126. Diciembre de 1932 y enero de 1933. Madrid.

Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo 35. Nros. 52, 53. Diciembre de 1932, y Tomo 36, Nros. 1 y 2. Enero de 1933. Madrid.

L'Art Médical. Nº 149. Noviembre 15 de 1932. Niza.

Journal de Médecine de Lyon. Nros. 310, 311, 312. Diciembre de 1932 y enero de 1933. Lyon.

La Presse Médical. Nros. 102, 103, 104, 105. Diciembre de 1932. Nros. 1, 2, 3, 4. Enero de 1933. París.

París Médical. Año 22. Nros. 52, 53. Diciembre de 1932. Año 23. Nros. 1 y 2. Enero de 1933. París.

Le Sang. Año 7º Nº 1. Enero de 1933. París.

Revue de Médecine. Año 49. Nº 10. Diciembre de 1932. París.

Archives des Maladies du Coeur des vaisseaux et du Sang. Año 25. Nº 12. Diciembre de 1932. París.

Umfia. Nº 72. Año 80. Diciembre de 1932. París.

Revue Belge des Sciences Médicales. Tomo 4º Nº 3. Octubre de 1932. Bruselas.

Le Monde Médical. Año XLII. Nros. 852, 853, 854. Noviembre y diciembre de 1932. París.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie. Tomo 3º Nº 11. Noviembre de 1932. París.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirugía. Vol. 24 Nº 5. Noviembre de 1932. Sao Paulo. Brasil.

The British Medical Journal. Nros. 3755, 3756. Diciembre de 1932. Londres.

The Lancet. Vol. CCXXIII. Nros. 5704, 5705, 5706, 5707. Diciembre de 1932 y enero de 1933. Londres.

The Journal of the American Medical Association. Vol. 100. Nros. 1 y 2. Enero de 1933. Chicago, U. S. A.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic. Vol. 7.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Nros. 45, 48, 49, 50 y 52. Noviembre y diciembre de 1932. Rochester, U. S. A.

Archives of Internal Medicine. Vol. 51. N° 1. Enero de 1933. U. S. A.

Bulletin of the School of Medicine. Vol. 17. N° 3. Enero de 1933. Maryland. U. S. A.

REVISTA DE MEDICINA. Publicacao do Departamento Cientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz. Da Faculdade de Medicina de Sao Paulo. Brazil. Julio de 1932.

Prof. Aguiar Pupo. La Sífilis y sus aspectos Médico-Sociales.

Paralelamente a la obra de educación que debe realizarse en los colegios entre los alumnos púberes, debe hacerse la lucha en los dispensarios antivenéreos, cuyas funciones principales son tres: a) Profilaxia individual. Pomadas de Menchinikoff de Gauduchau. Moore, en el ejército americano, vio bajar las contaminaciones de 313 por mil a 142 por mil y más tarde hasta 94 por mil. b) Profilaxia prenatal. Jeanselme, fundándose en las estadísticas de Hochsenger, de Viena, y de Jean en los Estados Unidos, concluye que en 100 gestantes sífilíticas, la mortalidad del embrión, del feto o del recién nacido llega a un total de 54 a 59 por 100, contándose apenas diez criaturas entre los sobrevivientes. Con el tratamiento sistemático de las gestantes sífilíticas por medio de los arseno-benzoles practicada en la fundación Gaffrée-Guinle, sobre un total de 275 gestantes sífilíticas el número de abortos y de nacidos muertos que antes era del 40 por 100 de las gestaciones, con la terapéutica prenatal decayó a 17 por 100. Rudaux y Montlauren, en un trabajo presentado a la Conferencia de Defensa Social reunida en Nancy en 1928, comunican los siguientes resultados obtenidos en la Maternidad de París sobre un total de 839 mujeres sífilíticas. Mortalidad fetal e infantil antes del tratamiento profiláctico, 61 por 100; después del tratamiento profiláctico, 14 por 100. c) Profilaxia curativa de la sífilis adquirida. Por medio de un tratamiento de fondo se evita el contagio, obteniendo la cicatrización de las lesiones y su reaparición. Para este objeto deben emplearse de preferencia el 606 y el 914, cuya acción espirilicida apaga en 24 horas numerosos focos de contagio (chancro, sífilides, ulceraciones, etc.) Un tratamiento sistemático, con curas bien dirigidas y descansos de dos y de tres meses, al cabo de cuatro años da resultados admirables.

Resultados de las grandes campañas profilácticas.—En Europa se han obtenido bellos resultados en los dispensarios antivenéreos contra la extensión de la sífilis que se observó después de la guerra mundial. En el ejército belga se ha obtenido una reducción de contaminaciones por accidentes primarios del 12.2 por mil en 1919 a 1.5 en 1924. En Lieja la

contaminación de la sífilis fue diez veces inferior en 1924 que en 1919. En Dinamarca la disminución es de 50 por 100. Lo mismo se ha observado en Suiza y en Suecia. En Río de Janeiro la sífilis ha disminuido en un 50 por 100 a partir de 1920.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA OXALURIA

Su importancia médico-quirúrgica.

(Dr. Alonso Restrepo. Anales de la Academia de Medicina de Medellín).

Conclusiones: 1) La oxalemia, traducida por oxaluria permanente, constituye una discracia ácida de considerable importancia clínica. 2) Es sumamente frecuente en Medellín. 3) Con mayor frecuencia resiste la forma de *litiasis cristalina* descrita por Cottet; en otros casos aparece con los caracteres clínicos de la *gota oxalica* de Loeper. 4) Revisitando sintomatologías tan diversas por impregnación de ciertos aparatos o por acciones reflejas a distancia, su desconocimiento expone a gravísimos errores de diagnóstico y a intervenciones quirúrgicas serias, de pronóstico sombrío, dado que tales enfermos son siempre insuficientes hepáticos y en todo caso dismetabólicos, de muy escasa resistencia orgánica. 5) Se la encuentra siempre en la clase acomodada. 6) Por consiguiente, en individuos de constitución artrítica, en quienes existe la posibilidad de una oxaluria desconocida, no debe intentarse ninguna intervención quirúrgica sin análisis previo de la orina y sin una buena fórmula leucocitaria, cuando el síndrome se presente con caracteres agudos. 7) En el estado actual de la cuestión, es un hecho evidente que la oxaluria denota una seria alteración del metabolismo de los hidrocarbonados, y de la albúmina, o de ambas clases de alimentos a la vez. 8) Por ello mismo y teniendo en cuenta experiencias contradictorias, en la bioquímica del ácido oxálico, precisa investigar el tejido distinto del hepático, los elementos cuya insuficiencia pueda contribuir a la formación en exceso de productos intermediarios como el Oxalato de Calcio.

ARCHIVES DES MALADIES DU COEUR DES VAISSEAUX ET DU SANG

Sobre la Patogenia de la Taquicardia paroxística y sobre las posibilidades de un tratamiento quirúrgico, por el Profesor Daniélopou.

La extirpación de los ganglios estrellados, estelectomía, que se han ensayado como operación curativa de la angina de pecho, ofrece graves peligros; por ese motivo, D la ha abandonado, en su lugar, fundándose en el mejor conocimiento del trayecto de los filetes simpáticos del corazón

y de las coronarias, no se le puede decir a un cirujano qué parte del ganglio estrellado habría que cortar para hacer una estelectomía inofensiva. D cree que la taquicardia heterotopa puede ser provocada por un reflejo de largo circuito y que si se suprime la vía centripetra del reflejo, se podría impedir la producción del acceso y para esto hay que interceptar los filetes simpáticos cardio aórticos, sin cortar los que pasan por el ganglio estrellado, en D2, D3 y D4, porque los nervios por donde pasan esos filetes están acompañados del corazón y de las coronarias, y la práctica ha demostrado en la angina de pecho que no es indispensable interceptar todos los filetes en la angina de pecho, para prevenir los accesos anginosos. La operación consiste en la extirpación del simpático cervical sin ganglio estrellado, y en la sección del nervio vertebral y de las ramas comunicantes del ganglio estrellado y de los filetes del vago cervical que entran verticalmente en el tórax. La operación debe practicarse primero del lado derecho, y es inofensiva.

EL BACILO TUBERCULOSO BOVINO EN LA TUBERCULOSIS HUMANA

(Por A. Stanley Griffith, M. D., Ph. D. The British Medical Journal)

Examinando los bacilos en diez y ocho niños muertos de meningitis tuberculosa, encontró que treinta y tres por ciento eran del tipo bovino. Stanley Criffith ha encontrado también bacilos del tipo bovino en muchos casos de tuberculosis de los huesos, de las articulaciones y de los ganglios del cuello en niños hasta de dos años y medio de edad. Griffith concluye que aunque falta la evidencia de la transformación del tipo bovino en tipo humano, sí existe la seguridad de que conservando su tipo bovino, puede ser el agente de muchas formas de tuberculosis en el hombre.

MEDICINA TROPICAL

Bulletins de la Société de Pathologie Exotique. Tomo 25, número 10, 1932.—París.

Tropical Diseases Bulletin.—Vol. 30. N° 1.—1932.—Londres.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene.—Vol. 35. N° 24. Vol. 36 N° 1.—Diciembre y Enero.—Londres.

MEDICINA LEGAL

Annales de Médecine Légale. 13° année. N° 1.—Enero de 1933. París.

MEDICINA EXPERIMENTAL

The Journal of Experimental Medicine.—Vol. 57. Nº 1.—Enero 19 de 1933.—Estados Unidos.

Resumen y conclusiones de los artículos publicados en *The British Journal of Experimental Pathology*. Vol. XIII.—Nº 6.—Diciembre de 1932.

La propagación del Mixo-sarcoma de las aves (Mixo-sarcoma de Pujinami) en patos adultos. Por W. J. Purdy.

Pujinami y Hatano descubrieron en 1929 que un cierto Mixo-sarcoma de las aves de corral se podía propagar en los patos adultos. El doctor W. E. Gye, en 1931-1932, fue capaz de confirmar esta observación en patos de la variedad Khaki-Cambell, principalmente en los de muy corta edad.

Está actualmente establecido que por el uso de dosis de tejidos mucho mayores que las empleadas por Gye, es posible la propagación del Mixo-sarcoma de Pujinami en los patos adultos de la variedad Khaki-Cambell, pudiendo llevarla a cabo hasta en un número infinito de generaciones.

La mayor eficacia de grandes dosis de tejidos inyectables no es debida a una mayor energía de crecimiento conferida a las células del tumor resultante sino al hecho de que en este último se originan un gran número de focos primarios que alcanzan su mayor desarrollo antes de que tengan tiempo de presentarsen cambios regresivos.

La propagación del sarcoma Rous Nº 1 en los patos pequeños.

El sarcoma Rous Nº 1 ha sido propagado en los patos pequeños en seis generaciones, y se presume que pueda ser propagado indefinidamente en estas aves. Patos de muy corta edad, de la variedad Khaki-Cambell, fueron los empleados para este experimento. Fue necesario emplear el tejido del tumor inyectable reducido a partículas muy pequeñas, casi a una papilla, y la dosis empleada fue de 0.5 c. c. en inyección intramuscular. El filtrado de tumor de Rous Nº 1 desarrollado en los patos pequeños, no reproduce el tumor en esas aves, pudiendo en cambio desarrollarlo en los pollos.

Hasta tal punto es exacto el desarrollo del tumor Rous Nº 1, que al ser inyectados tejidos de tumor de una variedad mamaria, el tumor se reprodujo en una mama. Es propagable, en estas especies de animales, aun por insignificantes partículas de tumor, pero los filtrados no lo reproducen.

Como ya lo anotamos antes, estos filtrados pueden desarrollar el

tumor en los pollos y en otras especies animales; ahora bien, el tumor desarrollado en los pollos, finamente machacado, reducido a papilla e inyectado a los patos de muy corta edad, puede dar nacimiento a un tumor de Rous N° 1, pero en este caso el tumor es pequeño y tiende a desaparecer espontáneamente. El filtrado de endotelioma de los pollos, nunca reproduce tumores en los patos.

El uso de proporciones equivalentes de antígeno y suero en la absorción de precipitinas. Por J. E. Duncan.

Muchos de los cultivos usados en este trabajo, y todos aquellos a que se refiere este artículo, fueron reducidos aún desde los más pequeños grupos celulares aislados por los rayos ultra-violeta, lámpara de vapores de mercurio, irradiaciones por el método de Topley, Bernard y Wilson (1921); las reacciones generales se presentaron vivamente en presencia de esos pequeños grupos celulares, siendo en cambio detenidas por el empleo de aquellos cultivos de origen que habían sido consagrados por el uso.

Aproximadamente treinta y cinco sero-precipitinas y ochenta y cinco antígenos fueron empleados para la ejecución de este trabajo, y el resultado final de dosificación, equivalente en absorción de precipitinas, especialmente, fueron el *test* usado para la averiguación de la menor diferencia de antígeno entre especies estrechamente emparentadas.

La floculación proporcional óptima de Deam y Webb, fue usada como patrón del equivalente racional antígeno-anticuerpo.

Estudio de la destrucción del fósforo en los cultivos bacterianos.

Actividad fosfórica del *B. Coli* y del *Estafilococo*.

Se ha establecido la presencia de glicerofosfatos en los cultivos de *B. Coli* y en los de *Estafilococo*. La determinación cuantitativa de estos glicerofosfatos es perturbada por la hidrólisis enzimica y no-enzimica de los fosfuros orgánicos del protoplasma celular.

NEUROLOGIA-PSIQUIATRIA

Archivos Argentinos de Neurología.—Vol. 7. N° 4.—Noviembre de 1932.—Buenos Aires.

OFTALMOLOGIA

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires.—Tomo 7. N° 11.—Noviembre de 1933.—Buenos Aires.

Annales d'Oculistique.—Tomo CLXIX.—Diciembre de 1932.—París.