

A ñ o X I



NUMERO 122

REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Director:
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción
Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. SOLÓN NUÑEZ
Secretario de Estado en el Despacho
de Salubridad Pública y Protección Social

DR. CARLOS SAENZ HERRERA
Presidente de la Facultad de Medicina

DR. C. PICADO T.
Jefe del Laboratorio, encargado de la
Sección de Investigaciones del H. S. J. de D.

DR. A. PEÑA CHAVARRIA
Superintendente del Hospital
San Juan de Dios

Sumario:

	<i>Pág.</i>
I.—Un caso de Enfermedad de Ritter, por los Dres. C. Sáenz Herrera y Fernando Quirós M.	143
II.—Meningitis Cerebro-Espinal: Dos casos, por el Dr. Es- teban López V.	146
III.—Actualidad, <i>La Dirección.</i>	
a) La auto-desinfección de la piel humana	149
b) Infecciones estreptocócicas, hemolíticas y reumatis- mo agudo	151
c) Panto en el Hospital o en el propio domicilio?	153
d) Clasificación de los discos invertebrales	155
IV.—Enfermeras en el Frente, por el <i>Gral. Norman T. Kirk</i>	157
V.—Informaciones Médicas	163

SAN JOSE, COSTA RICA

JUNIO DE 1944

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Calle 2ª entre avenidas 2ª y 4ª
Apartado 978 - Teléfono 2920

Revista Médica de Costa Rica

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO VI

San José, Costa Rica, Junio de 1944
No. 122

AÑO XI

Un Caso de Enfermedad de Ritter

DRES. CARLOS SAENZ HERRERA Y FERNANDO QUIRÓS M.

El primero de Julio de 1942 es traído al consultorio de uno de nosotros un niño J. Ch. U., de raza blanca, de ocho semanas de edad, cuyo peso es de ocho libras, nacido en San Jerónimo de Moravia, provincia de San José. Nada de especial puede señalarse en cuanto a sus antecedentes hereditarios. En efecto, su padre de treinta años de edad es un hombre sano, agricultor, a quien hace dos años se le practicó una reacción de Wassermann antes de someterse a una apendicectomía, con resultado negativo. La madre de 25 años de edad, ha gozado siempre de buena salud, no ha tenido abortos y presenta una reacción de Wassermann negativa, investigación practicada recientemente en el Laboratorio del Hospital San Juan de Dios. Tiene el enfermito un hermano de diecisiete meses de edad, quien siempre ha sido sano.

El embarazo fué normal, parto a término, no fué pesado al nacer. Se le alimentó durante cuatro semanas con leche de madre y luego se siguió una fórmula mixta con leche de vaca y agua de cebada.

Al fin de la primera semana notan los padres la aparición de una pápula en una nalga, pápula que se extendió con rapidez, apareciendo simultáneamente nuevos elementos similares en la otra nalga, espalda, pecho, cuello y extremidades, invadiéndose en fin las mejillas sin afectarse la región peribucal ni la nariz. Tales elementos eritematosos dan lugar a la aparición de ampollas diseminadas, llenas de una serosidad turbia, las que al romperse dejan la epidermis desgarrada y una dermis brillante y húmeda. Este proceso es particularmente marcado en la región anterior del tronco y extremidades inferiores.

En el área aún cubierta de epidermis, ésta se muestra separada de las capas subyacentes, existiendo pues una verdadera "epidermolisis", que ha hecho a Finkelstein preferir para esta afección el nombre de "Epidermolitis Aguda del Recién Nacido" en vez del término usual de "Dermatitis exfoliativa".

Cabe señalar que esa epidermis puede ser "arrugada" con facilidad y presenta una consistencia que recuerda el papel encerado.

En la reducida zona en donde la piel nos da un aspecto de normalidad, una fricción ejercida con el dedo determina un fácil desprendimiento de la epidermis. Signo de Nikolsky.

Aparte de las lesiones cutáneas descritas, el examen clínico es negativo, las mucosas se muestran normales y sólo existe una seborrea del cuero cabelludo.

Rechazando los encargados del niño una inmediata hospitalización del enfermo se aconseja la aplicación de polvos secantes y a la vez se ordena sulfatiazol por vía oral.

Un semana más tarde el niño muere habiendo observado sus padres marcada mejoría de las manifestaciones cutáneas, pero apareciendo trastornos nutritivos graves: vómito, intensa diarrea y manifestaciones tóxicas. Tal evolución coincide con la observación de Finkelstein de que los niños alimentados al biberón fallecen a menudo de un trastorno nutritivo concomitante, cuando ya la dermatitis está casi curada.

Se trata de un caso de Dermatitis Exfoliativa, Enfermedad de Ritter o Epidermolisis Aguda del Recién Nacido, enfermedad descrita, en 1878, por Ritter Von Rittersheim de Praga.

De autonomía discutida, algunos autores como Reus, y Wieland, la asimilan al estudio de los estados pénfigoides del recién nacido, sin que esto contribuya en mucho a aclarar su naturaleza. Además es innegable que no calza bien la relativa frecuencia en nuestro medio del pénfigo epidémico con la rareza de la enfermedad de Ritter; por otra parte, señala Finkelstein el hecho de no existir epidermolisis en las regiones indemnes de la piel en los casos de pénfigo, por extenso que éste sea.

Hecho muy importante, el estafilococo es frecuentemente encontrado en la piel de estos pacientes, lo que me hizo pensar en la conveniencia de ensayar el sulfatiazol, terapéutica que talvez dé algún resultado en casos menos avanzados, por vía oral, y mejor aún combinándola a su aplicación local.

La exuberante sintomatología de este caso hacía fácil su diagnóstico, eliminándose la sífilis y el pénfigo epidémico por la ausencia de antecedentes hereditarios y la morfología de las lesiones descritas; la Eritrodermia descamativa de Leiner en la que jamás hay ampollas ni epidermolisis, el estado general se muestra menos alterado y en cambio sólo existe marcada descamación en grandes láminas, sin que la dermis se encuentre al descubierto, salvo parcialmente en zonas expuestas a la maceración.

Permítasenos en fin recordar la alta mortalidad de esta afección; del 50% al 60% de los casos reportados han tenido una evolución fatal. Será de sumo interés investigar si su tratamiento con derivados de la sulfanilamida hará mejorar tan severo pronóstico.

No tenemos conocimiento de que hoy haya sido descrito caso similar en Costa Rica por lo que recomendamos tener presente la Enfermedad de Ritter en el diagnóstico diferencial de las afecciones cutáneas del recién nacido.

Bibliografía

- 1.--H. Kinkelstein. Tratado de las Enfermedades del Niño de Pecho. 2º ed. esp. pág. 874.—
 - 2.— Sézary et Benoist en *Traité de Médecine des Enfants* P. Nobecourt y L. Babonneix 1934 T.4º pág. 682.—
 - 3.— A. von Reuss en *Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia*. Pfaudler y Schlossmann 1934 Tomo 1º 562.
 - 4.— Norman Kendall E. E., Aegerter. *J. Pediat.* 15.733-739 Nov. 1939.
 - 5.— Rolland B. Scott *Arch. Pediat.* 58.137 141 Mars 1941.
-

Meningitis Cerebro Espinal: Dos Casos (*)

Dr. Esteban López V.

Presento dos casos de meningitis Cerebro-Espinal a meningococos, que tanto por la frecuencia con que se presentaron como por los resultados terapéuticos, me ha parecido de interés exponerlos.

Ingresaron al Hospital con un mes de intervalo, uno procedente de San José, Barrio Carit, y el otro de Santa Bárbara de Heredia. De 29 años el primero y de 17 el segundo. Ambas historias clínicas son tan similares que coinciden casi en un todo hasta en la forma de evolucionar.

Hacia cuatro días que en ambos casos se inició la enfermedad por escalofrío, fiebre alta, cefalea intensa, luego raquialgia marcada y rápidamente aparecieron vómitos y obnubilación mental.

El aspecto que presentaba era muy clásico, encogidos en "gatillo de fusil" con tendencia al coma el primero y con delirio el segundo, muy quejumbrosos, temperatura de treinta y ocho y medio el primero y de cuarenta el segundo.

Los signos físicos eran muy evidentes también: catarro óculo nasal, congestión faríngea, eritemas fugaces que presentó el primer enfermo sin signos de foco supurativo de la cabeza. Había raya meningítica, hiperestesia cutánea, franca rigidez de la nuca y Kernig, toda una sintomatología clásica de meningitis.

La punción lumbar en ambos casos dejó salir un líquido en chorro, fracamente purulento en el primer caso, que dió cinco gramos de albumina, ausencia completa de glucosa, gran cantidad de pus ciento por ciento de polinucleares, no habiendo encontrado microorganismos al examen directo. El cultivo dió meningococos puro.

En el segundo caso el líquido era turbio, no purulento, el examen, fue similar al anterior (gran cantidad de albumina, ausencia de glucosa) y al examen directo se encontraron diplococos, gran negativos intra y extracelulares (meningococos.)

Los demás exámenes de laboratorio no tienen gran interés: un recuento de 18000 leucocitos con 90% de polinucleares. Trazas de albúmina en la orina y Wassermann negativo en los dos casos.

(*) Trabajo leído por su autor en la Reunión del CENTRO DE ESTUDIOS "MORENO CASAS", en la reunión del 17. III. 44.

Es evidente la meningitis cerebro-espinal en estos casos, y desde este punto de vista es de interés comentarlos, pues son casos esporádicos, uno procedente de San José y otro de Santa Bárbara de Heredia. Aparentemente, pues, sin ninguna relación de contagio entre uno y otro.

Ahora bien, creo de importancia comentar la conducta terapéutica y la evolución de la enfermedad, que como se verá no pudo haber sido más satisfactoria, ya que se salvaron, no habiéndoles quedado secuelas, que como sabemos son tan frecuentes en esta clase de meningitis cuando se logra rescatar la vida del paciente.

Se trataron estos casos, aparte de la medicación sintomática y estimulante, con sulfamidados. Deseptyl intra raquídeo, una ampolla de 5 c. c., todos los días previa evacuación de 10 a 15 cc. de líquido céfalo raquídeo, y sulfapiridina endovenosa 4 gramos en el período febril y en la convalecencia Ultratiazol o Deseptyl un gramo al día.

Evolución: Para ser más breve leeré las anotaciones que a diario apunté en las cartulinas.

Primer Caso. 13.I.44 Punción lumbar: líquido hipertenso, francamente purulento, se extraen 10 cc. y se inyecta en el canal raquídeo 5 cc. de Deseptyl.

14.I.44.—Su estado es de suma gravedad; el enfermo permanece en estado semi-comatoso, en actitud de "gatillo de fusil" y no responde a las preguntas. Persiste la gran cefalea. (Nueva punción).

15.I.44.—Se nota una ligera mejoría, el enfermo responde mejor, pero la cefalea persiste.

16.I.44.—Hay mejoría marcada.

17.I.44.—Desaparece la cefalea, el enfermo se siente muy bien.

Continúa mejorando notablemente, apirético 9 días, sale a los 16 días.

Segundo Caso: 19.I.44.—Punción lumbar: líquido a gran presión, salió en chorro, turbio; se inyecta una ampolla de Deseptyl en el raquis.

20. II. 44.—Amanece calmado, persiste la cefalea y la obnubilación aunque se nota un poco más despejado.

21.II.44.—Nueva punción lumbar, se extraen 15 cc. de líquido siempre turbio, gran presión. Se inyectan 5 cc. Deseptyl diluido en suero fisiológico.

22.II.44.—Amance apirético, despejado mentalmente, persiste la cefalea y la rigidez.

23.II.44.—Franca mejoría, va desapareciendo la cefalea y la rigidez.

Continua mejorando y sale el 2.III.44. curado y sin secuelas.

Tuve oportunidad de ver ambos casos posteriormente y continúan en perfectas condiciones de salud”.

Actualidades

La autodesinfección de la piel humana

J. M. L. Burtenshaw, J. Hyg. Cam., p. 184, 210, abril 1942

En un trabajo anterior (Burtenshaw, 1938) el autor demostró una correlación entre el grado de acidez de la piel y su poder para destruir al estreptococo hemolítico. El método empleado fué depositar y extender estreptococos suspendidos en solución salina normal sobre un área circunscrita de la piel de mano y antebrazo, quitándola luego a intervalos diversos con solución salina que se colocaba por medio de una pipeta en un cilindro de cristal hueco sujeto por medio de un armazón de cobre y bandas elásticas sobre el área cubierta de organismos. A continuación, una parte alícuota de la solución salina se incorporaba a una placa de agar-sangre, haciéndose el recuento de las colonias después de la incubación.

En este trabajo el autor preparó suspensiones de partículas de piel en solución salina, usando el mismo cilindro y armazón, y descubrió que los estreptococos hemolíticos añadidos a estas suspensiones morían mucho más rápidamente que cuando se añadían sólo a solución salina o a suspensiones de talco en solución salina. El aumento en el índice de mortalidad en las suspensiones de piel fué mucho mayor comparado con el de las suspensiones de talco, si la reacción de las suspensiones de piel y talco se ajustaba previamente a un pH de alrededor de 5.0 en lugar de 7.0. De ordinario el pH de suspensiones de piel de la palma de la mano estuvo inicialmente entre 4.0 y 5.0 hallazgo que confirma las manifestaciones de Marchionini (1928) acerca de la reacción de la piel humana.

Como consecuencia del trabajo de Brann (1928) el autor preparó extractos de éter, suspendidos en solución salina, no sólo de piel sino de cabello humano, uñas y cerumen, y ensayó su capacidad de destruir estreptococos y cierto número de otros organismos comunes. Dichos extractos fueron mucho más letales que los extractos de solución salina para el *Streptococcus pyogenes* y el *viridans*. Su efecto bactericida sobre el *Corynebacterium diphtheriae* fué pronunciado y constante; sobre el *Str. pneumoniae*, *Staph. aureus* y *epidermidis*, inconstante; y sobre el *Bact. typhosum* y *coli*, nulo.

El extracto etéreo del cabello fué analizado por los métodos químicos ordinarios y las diferentes fracciones examinadas por se-

parado para ver su poder estreptococida. Sólo fueron activas las fracciones que contenían ácidos grasos y jabones. Las fracciones que contenían ésteres de ácidos grasos, esterolez y alcoholes elevados fueron inactivas.

Cierto número de ácidos grasos preparados por The British Drug Houses, Ltd., y los ácidos grasos de la mantequilla, se ensayaron en busca de un poder bactericida. Sólo los ácidos de cadena más larga — cáprico, láurico, oléico y esteárico y, menos activamente sus jabones, destruyeron a los estreptococos. El ácido oléico no saturado fué más activo que su homólogo saturado el ácido esteárico. Otras determinadas sustancias halladas en la piel y sus secreciones, tales como ácido láctico, cítrico y ascórbico, fueron ensayadas contra el *Str. pyogenes*: todas ellas fueron inactivas. Muchos otros investigadores, tales como Walker (1924) y Bayliss (1936), han demostrado el efecto destructor de los ácidos grasos y jabones más elevador no saturados sobre los estreptococos, y el efecto bastante menos potente de los ácidos grasos saturados más elevados sobre organismos tales como *Bacterium coli* y *typhosum*.

Dichos experimentos con extractos de piel, sus apéndices y sus secreciones "in vitro", y nuevos experimentos, sobre el poder esterilizante de la piel viva, parecen justificar la conclusión de que los ácidos grasos y jabones de larga cadena, son las principales sustancias bactericidas en la epidermis y sus derivados. Que los extractos etéreos a un pH de 5.0 sean bastante más eficaces que a un pH de 7.0 se explica, no sólo por la acción destructiva de la mayor concentración iónica H, sino asimismo por la mayor proporción de ácidos grasos libres que se hallan presentes en un pH 5.0, ya que los ácidos son más bactericidas que sus jabones (Eggerth, 1926).

Stevens (1937) descubrió que los lipoides de piel de cobaya absorben oxígeno en la oscuridad, pero más rápidamente con irradiación ultravioleta, y que su acción letal sobre los estreptococos está en proporción con el oxígeno absorbido. Este autor creyó que su esterilización fuera debida a peroxidos ya que fué anulada por la cisteína.

Al autor le fué posible confirmar la inhibición mediante cisteína del poder estreptococida de los extractos etéreos de piel, cabello, etc. y de uno o dos ácidos grasos; pero como no pudo demostrarse que estas sustancias wormen peroxidos, y la actividad del ácido esteárico saturado fué suprimida más fuertemente por la cisteína

que la de cualquier otro ácido ensayado, no pudo llegar a la conclusión de que la cisteína inhiba solamente reduciendo los peróxidos. La sangre, un agente oxidante, se vió que era más eficaz que la cisteína para disminuir el poder estreptocócico de los extractos de cabello, etc. y de los ácidos grasos individuales. El autor concluye que los ácidos grasos y jabones matan a los microorganismos reduciendo la tensión superficial en la interfase bacteria-agua, y que la cisteína pudiera inhibir la actividad desinfectante de estas sustancias estorbando esta reducción de tensión superficial.

El autor señala que las propiedades de la lysozima (Fleming, 1922) son casi diametralmente opuestas a las de los ácidos grasos y jabones más elevados, y que no es probable que la lysozima contribuya al poder auto-desinfectante de la piel y sus derivados.

Referencias:

- Bayliss, M. (1936). *J. Bact.*, 31, 489.
Brann, G. (1928), *Klin. Wsdhr.*, 7, 2, 2059.
Burtenshaw J. M. L. (1938), *J. Hygiene, Camb.*, 38, 575.
Eggerth, A. H., (1926). *J. gen. Physiol.*, 10, 147.
Fleming, A., (1922), *Proc. roy. Soc. B.*, 93, 306.
Marchionini, A., (1928), *Arch. Derm. Syph., Wien*, 158, 290.
Stevens, F. A., (1937). *J. exp. Med.*, 65, 121.
Walker, J. E., (1924), *J. infect. Dis.*, 35; 557.

Infecciones estreptocócicas, hemolíticas y reumatismo agudo

C. A. Green. *Ann. Rheum. Dis.*, p. 1-41. mayo de 1942

Este trabajo resume el texto de una tesis doctoral en la cual se daba cuenta de la labor llevada a cabo durante el disfrute de una beca del Empire Rheumatism Council Research durante tres años.

En las secciones que se ocupan de la flora de garganta, estado alérgico, título antiestreptolisina O y epidemiología, queda completamente demostrada la asociación que existe entre reumatismo agudo e infección estreptocócica hemolítica. No obstante, la relativa infrecuencia del reumatismo agudo en las infecciones estreptocócicas aparece inmediatamente. Esta discrepancia parecería indicar que existen otros factores distintos de la infección complicados asimismo para determinar la distribución del reumatismo. Read, Ciocco y Tausig (1938) observaron que la frecuencia de las manifestaciones reu-

máticas era notablemente más elevada entre los parientes cercanos de una serie de niños que padecía enfermedad reumática, que entre los familiares correspondientes de una serie de control de niños no reumáticos. Gauld, Ciocco y Read (1939) prosiguieron investigaciones semejantes y sugirieron que la construcción hereditaria pudiera desempeñar un papel en la predisposición al reumatismo. Roberts y Thomson (1934) fueron de la misma opinión, aunque la incidencia de la enfermedad en los hermanos y hermanas de las series que describieran fué escasa. La labor reciente ha venido, pues, en apoyo de la opinión de que para el reumatismo febril existe una fuerte tendencia familiar y hereditaria. Wilson y Schweitzer (1937) llegan hasta el punto de considerar que esta tendencia es tramitada como un carácter recesivo Mendeliano. Otras condiciones que afectan sin duda su incidencia, son aquellas que acompañan a la pobreza, tales como vivienda en malas condiciones y defectos en la alimentación. Estas restricciones limitan la incidencia del reumatismo a una fracción de la cifra total para las infecciones estreptocócicas, sin tener en cuenta el mecanismo que preceda directamente a la aparición del reumatismo. En cuanto a la verdadera naturaleza de este mecanismo existe una diferencia de opinión considerable. Una teoría mantiene que un virus desconocido es un factor coadyuvante esencial, y se discuten las pruebas en apoyo de esta hipótesis.

Una teoría alternativa es la resumida recientemente por Curburn (1940), en la cual se considera que la característica diferencial del estado reumático es una respuesta anormal a la infección estreptocócica hemolítica. Dicha anomalía consiste en una respuesta diferida, insuficiente, a la infección de garganta primaria, resultando que organismos viables permanecen en tejidos inaccesibles después de curado el foco primario. Al propio tiempo, se produce sensibilización del individuo, con retención del anticuerpo dentro de las células del sistema retículo-endotelial. Más tarde, los organismos supervivientes desprenden más antígeno en la circulación, y bien sea el antígeno primario o un segundo derivado, es fagocitado por las células sensibilizadas. El contacto de este antígeno y del anticuerpo residual dentro de las células, da lugar a una reacción que estimula la liberación de grandes cantidades de globulina en la circulación. Al propio tiempo se provoca en los tejidos una intensa reacción inflamatoria y alteraciones en la permeabilidad vascular, quedando los tejidos infiltrados con células emigrantes, dando así lugar a la pa-

tología típica del reumatismo agudo.

Las investigaciones descritas en la tesis apoyan fuertemente la última teoría con algunas reservas. Así pues, la prueba de infección estreptocócica se obtuvo en la mayoría de los casos, demostrándose una respuesta anormal. Por otra parte, la supervivencia del estreptococo hemolítico, en ausencia de un foco piógeno, se observó en algunos casos de reumatismo agudo con terminación fatal. Hay dos puntos que requieren nuevas investigaciones. En primer lugar, no hubo prueba alguna de infección estreptocócica ni respuesta anormal alguna en una minoría de los casos de reumatismo agudo. En segundo lugar, el componente semejante a la toxina en el líquido de la articulación, en la fase de artritis aguda, no tiene lugar en la teoría de la sensibilización a menos que represente una forma de antígeno secundario.

El autor concluye que es esencial que la infección estreptocócica hemolítica se coloque primero y en lugar preferente en cuantas cuestiones atañen a la difusión y reactivación del reumatismo agudo, pero el problema de la etiología no puede ser considerado como definitivamente resuelto.

Referencias:

- Coburn, A. F. (1940), *Trans. and Studies of College of Physicians, Philadelphia*, 8, 91.
 Gauld, R. L., Ciocco, A., y Read, F. E. M.; (1939); *J. clin. Invest.*; 18, 719.
 Read, F. E. M., Ciocco, A., y Taussig, H. B. (1938), *Amer. J. Hyg.*, 27, 719.
 Roberts, J. A. F., y Thomson, W. A. R.; (1934-5), *Ann. Eugen.*; 6; 3.
 Wilson, M. G., y Schweitzer, M. D., (1937); *J. clin. Invest.*; 16, 555.

Parto en el Hospital, o en el propio domicilio?

M. F. Menzies, Lancet, p. 35-38, julio de 1942.

En este trabajo el Oficial Médico Ayudante de una Municipalidad Londinense (Leyton), da cuenta de los resultados de un análisis del registro pre y post natal y llega a algunas conclusiones personales.

En Leyton ha habido en los últimos diez años una disminución

notable en los nacimientos en el propio domicilio, con un aumento en los partos en las instituciones. Desde 1936 los nacimientos en dichas instituciones han sido más del 50% del total de nacimientos. En 1940, por primera vez en diez años, el número de nacimientos en los propios domicilios es mayor que en el año anterior.

Los registros de las clínicas prenatales municipales para 1939 y 1940, que llevan consigo primíparas en 1940 y anomalías en ambos años, muestran un 81% de normalidad en 1939 y 78% en 1940. No hay pruebas en dichos datos de que el aumento en la asistencia por matronas a domicilio en Leyton, en 1940, haya coincidido con un aumento en la anomalía.

Con anterioridad a Septiembre de 1939, la elección entre el parto en una institución o en su casa, se dejaba a cargo de la madre. Desde Septiembre de 1939, el número de camas en Londres, disponibles para casos de maternidad, ha sido reducido y la asistencia en instituciones de las madres de Leyton que no fueron evacuadas, se ha reservado para aquéllas en las que existía una razón médica para su ingreso, o para aquéllas cuyo alojamiento en el propio domicilio no era adecuado para el alumbramiento.

Las cifras de 1939 demuestran que cuando la madre hizo su propia elección, las primíparas más jóvenes fueron al hospital en mayor número; en cuanto a las múltiparas, cuanto mayor era la familia más pequeña era la proporción de los nacimientos en instituciones.

Las anomalías combinadas en primíparas para 1939 y 1940 muestran un porcentaje que va en aumento desde los grupos de edad más jóvenes a los grupos de mayor edad.

El análisis de una muestra tomado al azar de fichas de nacimiento en Leyton para 1939 y 1940, muestra que una proporción mayor de los niños que nacen en hospitales reciben alimento artificial antes de cumplir catorce días de edad, que los niños que nacen en casa.

La popularidad del alumbramiento en las instituciones es probablemente debida a los gastos relativamente reducidos que representa el parto en el hospital en contraposición con lo que cuesta dar a luz en el propio domicilio y, en segundo lugar, al temor del embarazo y parto.

La misma madre se ve muy a menudo influida por el prejuicio y sus fuentes de información son incompletas e inexactas. La

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

embarazada no se encuentra en condiciones de tomar una decisión prudente en lo que atañe al lugar en donde debiera alumbrar y debería ser aconsejada por la comadrona o el médico.

El alumbramiento en una institución es por lo menos tres veces más caro que la asistencia de la comadrona a domicilio, tal como se practica en un distrito artesano del Gran Londres, y a menos que pueda demostrarse que el caso normal se beneficia pariendo en la institución, la suma pagada por la paciente debería guardar más relación con lo que le cuesta a la comunidad.

Demasiada concentración en lo anormal pudiera haber conducido a una sección de la opinión médica a recomendar el parto hospitalario a las embarazadas normales que constiuyen por lo menos el 80% de la totalidad.

Existen ciertas pruebas de que la insistencia sobre la necesidad de una vigilancia prenatal, pudiera haber despertado temores en la mujer embarazada. Una idea más amplia acerca del cuidado maternal podría subrayar la importancia de la educación de la actitud mental de la embarazada frente a su propio estado.

Calificación de los discos intervertebrales

M. Albert, Brit. Med. J., p. 666. 668. mayo de 1942.

Hace unos doce años que la atención de clínicos y patólogos fue atraída por la frecuencia de lesiones de los discos intervertebrales. El presente autor, que es Cirujano del Ministerio Británico de Pensiones, recapitula la anatomía de los discos y las lesiones patológicas que han sido descritas:

El disco intervertebral normal consiste en:

1. *Nucleus pulposus* (los restos de la notocorda).
2. *Annulus fibrosus*—compuesto por fibras concéntricas, radicales y posteriores.
3. *Placas cartilaginosas*—situadas encima y debajo del núcleo (los restos de las placas epifisiales).

Sobre esta base han sido descritas las siguientes lesiones:

1. *Prolapso Nuclear*.
 - (a) dentro de la sustancia del cuerpo vertebral (éste es comúnmente de origen congénito y va a menudo asociado con cifosis adolescente de Scheuermann).
 - (b) posteriormente, en el canal vertebral (*retropulsión a me-*

nudo traumática) se ha observado calcificación de la porción prolapsada.

2. *Necrosis anular anterior*—las partes anteriores de los cuerpos vertebrales se fusionan finalmente (observado en la verdadera cifosis senil).

3. *Spondylosis deformans* (Schmorl). Existe una degeneración generalizada de los discos, que se cicatriza mediante tejido de granulación. La inestabilidad, debida al agotamiento de los discos, conduce a esfuerzo sobre las fibras anulares (radial y anterior y posterior) que se calcifica formando osteofitos.

4. *Expansión nuclear*—debida a osteoporosis, de ordinario senil.

5. *Espondilitis anquilopoyética* (Marie-Strumpell). Esta no afecta propiamente a los mismos discos—hay osteoartritis de las articulaciones sacro-iliaca, lumbo-sacra y de la cadera, y calcificación de los ligamentos vertebrales, a menudo asociada con sepsis focal.

El autor da a continuación cuenta detallada del caso ilustrativo de un sujeto de 49 años que presentaba:

A. *Prueba de sepsis focal* procedente de (1) un muñón de amputación infectado, (2) una prostatitis calculosa crónica, que empeoró a consecuencia de la infección del muñón de la amputación y produjo grave obstrucción urinaria.

B. *Una espalda rígida dolorida con escoliosis* en la cual había (1) degeneración de todos los discos intervertebrales salvo en la región cervical superior, (2) calcificación de las fibras anulares de los discos afectados, (3) gran formación osteofítica de los cuerpos vertebrales.

C. *Prueba de gran osteoartritis* de las articulaciones de la cadera, hombro, sacroiliaca y de la rodilla.

D. *Anormalidades congénitas* en la región lumbo-sacra.

El autor considera que este caso representa la fase final de la "spondylosis deformans", que constituye en sí una verdadera osteoartritis de la columna vertebral.

La calcificación puede haber sido determinada, bien por (a) formación de lipoides en el tejido degenerativo del disco, seguido de formación de jabones de calcio y más tarde de fosfato y carbonato de calcio, o (b) metaplasia de las células del tejido conjuntivo para transformarse en osteoblastos, secretando fosfatasa y depositando fosfato de calcio.

Enfermeras en el frente

En lo más reñido de la batalla, las enfermeras del Ejército de los Estados Unidos hacen frente a la muerte con tanta sangre fría como los más curtidos veteranos... En este artículo se presenta la historia de su heroísmo relatada por primera vez por su comandante en jefe.

*por el General de División Norman T. Kirk,
Cirujano Principal del Ejército de los
Estados Unidos.*

(Propiedad literaria de la revista AMERICAN, Mayo de 1944).

Tres soldados norteamericanos heridos que se hallaban en la tienda de campaña de un hospital, hasta donde llegaba el ruido de los cañones que tronaban en el frente italiano, se bromeaban con su enfermera que en ese momento atendía a sus quehaceres ordinarios.

"¿Para dónde irá Ud. de aquí?" le preguntaban: "¿Por qué no se queda con nosotros?"

La enfermera, Primera Teniente Helen H. Eloila, de Evanston, Illinois, estaba ya acostumbrada a esto. El hecho que los pacientes se chancearan en esa forma esa prueba de que estaban mejorando. Ella no hacía más que sonreírse y decirles. "Tengo que atender a muchos otros heridos que están en peores condiciones que Uds."

"No se lo creemos," le gritaba uno de ellos, y todos soltaban la risa.

Varios días después fué necesario consolidar, bajo un mismo techo, a todos los pacientes de las demás tiendas del hospital. Por primera vez estos tres soldados tuvieron oportunidad de darse cuenta de las cosas que su enfermera tenía que hacer y esto les causó una dolorosa impresión. La Teniente Eloila nos contó que después de eso los tres soldados se retiraron a un apartado rincón y no hablaban sino en voz muy baja.

En el Hospital de Evacuación habían centenares de hombres, muchos de los cuales ni siquiera podían bromear por más que trataran. Algunos de ellos no tenían piernas ni brazos. Otros habían sido heridos en la cara por fragmentos de metralla y su aspecto distaba mucho de ser humano. Se hallaban tan desvalidos que las enfermeras tenían que prodigarles toda clase de cuidados y ayudarlas en todo, como darles la comida y sostener sus cigarrillos para que pudieran fumar. El verlos allí todos juntos de esa manera, tendidos

en innumerables camillas manchadas de sangre y atendidos por un puñado de enfermeras, era suficiente para despertar en cualquier hombre un sentimiento de reverencia y respeto por esas abnegadas mujeres.

Y si esos tres soldados norteamericanos que se hallaban en el frente de batalla no se habían dado cuenta hasta ese inolvidable momento de lo que el Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los Estados Unidos tiene que afrontar y de la manera tan bondadosa y denodada con que sus miembros ejecutan sus labores, es del todo improbable que los que se hallan a gran distancia del frente se formen una idea acerca de las fatigas y peligros que estas mujeres sobrellevan con tanto ánimo para que los soldados de los Estados Unidos se encuentren cómodos y contentos en los frentes de batalla del mundo.

Esta es la primera guerra en que ha sido necesario llevar enfermeras del Ejército de los Estados Unidos a Hospitales de evacuación situados a una distancia de 5 a 10 kilómetros del frente de batalla. En más de una ocasión las enfermeras se han visto cogidas de sorpresa en medio de una batalla donde, expuestas al fuego del enemigo, se han conducido con tanta sangre fría como los más curtidos veteranos. Al escribir este artículo, unas 13 enfermeras han sido heridas, 3 han perdido la vida instantáneamente y otras 2 han muerto de heridas. La razón por la cual se ha considerado necesario llevar a estas mujeres tan cerca del frente y hasta hacerlas desembarcar en puestos de defensa en costas disputadas, es la gran rapidez con que avanza la línea de combate en la guerra mecanizada.

Las estaciones de socorro de los batallones, que son pequeños hospitales ambulantes, enteramente a cargo de cuerpos médicos y facultativos, son los puestos de primeros auxilios en el frente. En esas estaciones los heridos sólo reciben auxilio rápido, provisional y de emergencia. Luego son conducidos en camillas o ambulancias al hospital de evacuación más cercano. Allí reciben el primer tratamiento de plasma sanguíneo para conmoción nerviosa y, cuando es necesario, son sometidos a operaciones quirúrgicas. Es allí también donde, por primera vez después de haber entrado en combate activo, tienen oportunidad de ver de cerca a las enfermeras del ejército, y no hay más que imaginarse la intensa satisfacción, la sensación de seguridad y el profundo alivio que experimentan al tener a su lado a estas mujeres norteamericanas que, en el curso del tratamiento,

desempeñan un papel más importante en el restablecimiento de la salud que cualquier otro factor psicológico.

No son sólo el plasma sanguíneo, las inyecciones de morfina y las milagrosas drogas sulfa los que contribuyen a salvar las vidas del 97 por ciento de los heridos — dos veces más que la última guerra — sino también la atención delicada, indulgente e infatigable que las mujeres en el frente prodigan a estos heridos.

Estas enfermeras visten exactamente como los soldados — camisa, blusa y pantalones color aceituna, botas de campaña, mascararas antigás y cascos de acero. Se mueven constantemente sobre el piso lleno de barro, por entre las camillas de las tiendas del hospital, a la luz de velas o lámparas de kerosén. A través del costado de lona de las tiendas pueden verse las llamaradas de los cañones y escucharse el fragor de la batalla que se libra en las cercanías. Las camillas están ocupadas por cuerpos mutilados. Hay sangre en sus uniformes y barro en sus caras. Pero allí están las enfermeras, inclinadas sobre ellos, vendando heridas, administrando plasma o drogas, dando a beber agua, repartiendo cigarrillos, tomando la temperatura. Y ni siquiera se escucha un quejido ni un lamento. Brillan los ojos que se conservan ilesos; resplandecen los rostros que no han sido desfigurados... Este mismo relato me ha sido hecho infinidad de veces.

No obstante, en los Estados Unidos algunos han criticado el plan de enviar mujeres a una distancia tan grande. Pero está comprobado que ni una sola de las que están en el frente abandonaría su puesto si pudiera. Entre las enfermeras retiradas del frente de batalla no ha habido ninguna que no haya suplicado, a veces con lágrimas en los ojos, que la dejen regresar. Y todas las mujeres que están en servicio activo, ya sea en los Estados Unidos o en zonas críticas allende los mares, ansían ir a los frentes de batalla.

Cuando la Primera Teniente Helen Talbey hizo el viaje a ultramar junto con el Cuerpo de Enfermeras del Ejército de los Estados Unidos, su convoy fué atacado por submarinos en repetidas ocasiones. La Teniente Talbey prestó sus servicios durante la campaña de Túnez, en días lluviosos o muy calurosos; en ocasiones se hallaba a una distancia de diez o menos kilómetros de la línea de combate. Más adelante desembarcó junto con los soldados de infantería en un puesto de defensa en la costa de Sicilia, luego siguió en pos de las fuerzas atacadas hasta llegar a Palermo y de allí conti-

nuó hasta Italia donde el barco en que hacía la travesía fué bombardeado en la Bahía de Salerno.

Finalmente logró llegar a la costa, toda desaliñada y empapada en agua, llevando por toda indumentaria pijamas y zapatos de tenis. Al día siguiente se hallaba nuevamente en su puesto. En la tienda quirúrgica de un hospital de evacuación, dirigiendo a las otras enfermeras que atendían a hombres casi destrozados por las balas y granadas del enemigo. Esto era suficiente para poner a prueba al hombre más fuerte.

Pero varias semanas más tarde, a pesar de todas las tribulaciones y penalidades por que había pasado, la Teniente Talboy fué la primera en ofrecerse para desembarcar con la infantería en Anzio.

Algunos de los oficiales me dieron a saber posteriormente que hubo un momento en que creyeron que la teniente se hallaba al borde de una postración nerviosa. Los bombardeos de metralla y explosivos habían sido muy intensos. Esta era una prueba demasiado severa después de todo lo que ella había experimentado. Se hallaba en un estado de abstracción constante y a veces se temía que iba a perder la razón en una crisis.

Esa crisis no tardó en sobrevenir. Cierta tarde los aviones alemanes volaron sobre las tiendas de campaña del hospital y dejaron caer sus bombas. Encontrábanse las enfermeras dedicadas asiduamente a sus tareas ordinarias, alentando y asistiendo a los heridos en sus cuadras, cuando en cuestión de segundos el sitio quedó convertido en una horrible hecatombe. Entre las ruinas de las tiendas, yacían los heridos, muertos y agonizantes. Se oían por doquier gritos de auxilio y lamentos. Tres enfermeras perecieron instantáneamente y otras tres sufrieron heridas tan graves que sucumbieron más adelante. La escena era suficiente para desesperar o sobrecegar de terror a cualquier. En ese sitio no habían sino heridos, enfermeras y médicos que no estaban preparados para un ataque directo contra el hospital, claramente marcado con cruces rojas, en flagrante violación de las leyes internacionales.

La Teniente Talboy se hizo cargo inmediato de la situación. Convocó a las enfermeras sobrevivientes y les dió sus órdenes con toda serenidad; les entregó vendajes y efectos de primeros auxilios, y las puso a trabajar entre los heridos. También hizo que se cubriera con lienzo a los muertos. En unos cuantos instantes que parecían una eternidad, se logró restablecer el orden. En los ojos de esas mujeres

ya no habrá temor, solo compasión, bondad y confianza. Y aún la teniente Talbot no se daba por vencida. Los demás tampoco deseaban abandonar sus puestos.

Esas valientes enfermeras se proponen seguir en pos de los soldados de los Estados Unidos, pasando por el infierno, si las dejamos. A raíz de ese desastre, las enfermeras de otras unidades nos rogaron que las dejásemos ir a Anzio para prestar su ayuda.

El año pasado, mientras se hallaba a bordo de un transporte con tropas rumbo al África, la Teniente Ruth Haskell, de Portland, Maine, sufrió una grave contusión en la espalda al caer de lleno contra su litera durante una tormenta. No se atrevía a decirle nada a nadie por temor de que la hospitalizaran y la pusieran fuera de servicio. Para desembarcar era necesario saltar al agua profunda llevando sobre la espalda una carga de 25 kilogramos. A pesar de esto, la teniente saltó al agua junto con las otras y nadó hasta la playa.

Algún tiempo después se encontraba la Teniente Haskell en una sala quirúrgica improvisada en el frente de batalla, ayudando en las amputaciones, el vendaje de heridas y el entablillado de fracturas. Cada vez que el viento hacía mover a un lado la frezada de oscurecimiento de la ventana, un tirador experto alemán disparaba contra la linterna eléctrica del cirujano. La teniente no se intimidó ni hizo ningún aspaviento excepto, tal vez, el producido por el dolor en la espalda.

Todos los hombres en su cuadra la conocían perfectamente por ser una de las enfermeras en servicio más risueñas, y ninguna de ellos sospechaba siquiera que la Teniente Haskell sufría dolor, lo mismo que ellos, mientras los atendía. Sin duda, aun estaría sirviendo en ultramar si no hubiera sido porque el golpe que recibió en la espalda no hubiera terminado por paralizarle una pierna. Fue conducida nuevamente a los Estados Unidos para someterla a una operación, lo cual la enfureció tanto como el tirador experto que disparaba contra la linterna eléctrica del cirujano.

En la zona del Pacífico del Sur hay también centenares de enfermeras, pero éstas son destinadas al servicio lejos del frente de batalla. No se ha considerado prudente enviarlas más cerca para no exponerlas a que sean capturadas por los japoneses. Por otra parte, las condiciones de vida en las selvas son tan precarias que se dificulta en extremo proveer alojamiento adecuado para las mujeres. Pero las enfermeras en los hospitales de evacuación y de base están

rindiendo servicios heroicos que se dificultan aun más por el calor intenso y las numerosas enfermedades de los trópicos.

He consagrado la mayor parte de este artículo a las mujeres en el frente porque, en algunos respectos, sus actividades son más aparatosas. Pero hay otras ramas del servicio que proveen situaciones casi tan dramáticas como las de las "enfermeras en el frente".

Las enfermeras en los buques hospitales, trenes, aviones y en los grandes hospitales de base de los Estados Unidos están cumpliendo también una gran misión. Porque no sólo tratan de sacar cuerpos maltrechos sino que también contribuyen a restablecer espíritus quebrantados. Para esto sólo se requiere una cualidad: nobleza de alma.

Informaciones Médicas

COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS

Actos con motivo del Congreso Médico que se celebrará en Octubre del corriente año:

PROGRAMA

Octubre 11

- 1^a Sesión— A las 2^o hrs. (3 p. m.) En el local de la Facultad de Medicina: Sesión inaugural, bajo la Presidencia Honoraria del Dr. don Marcos M. Rodríguez, de la provincia de Heredia. Seguidamente recepción ofrecida por el Cuerpo Médico de San José, a los asistentes al Congreso y a sus familiares. (Traje negro o smoking para caballeros y traje largo para señoras).

Octubre 12

- 2^a Sesión— De las 10 a las 12 hrs. En el local de la Facultad de Medicina: Bajo la Presidencia Honoraria del Dr. don Manuel Cabezas Barquero, de la provincia de Alajuela. Exposición y discusión del Tema Sanitario y de Temas Libres.
A las 14 hrs. (2 p. m.) En el Hospital San Juan de Dios: Inauguración del Servicio de Lactantes "Jorge Mandas".
3^a Sesión— De las 15 a las 17 hrs. (3 a 5 p. m.) Bajo la Presidencia Honoraria del Dr. don Sergio Fallas Badilla, de la provincia de Puntarenas. Exposición y discusión del "Tema Médico Legal" y "Aspectos Médicos-quirúrgicos de las Ictericias" y de Temas Libres.

Octubre 13

- De las 7 a las 10 hrs. En el Hospital San Juan de Dios: Sesiones operatorias y visita a los Servicios de Medicina.
4^a Sesión— De las 10 a las 12 hrs. Bajo la Presidencia Honoraria del Dr. don Vicente Lachner Sandoval, de la Provincia de Cartago.
Exposición y discusión del Tema "Tratamiento Médico de las Ulceras Gastro-duodenales" y de Temas Libres.
-

De las 14 a las 15 hrs. (2 a 3 p. m.) Visita al Asilo Chapuí.

5ª Sesión— De las 15 a las 17 hrs. (3 a 5 p. m.) Bajo la Presidencia Honoraria del Dr. Enrique Baltodano, de la provincia de Guanacaste.

Exposición y discusión del Tema "Tratamiento Quirúrgico de las Ulceras Gastro-duodenales" y de Temas Libres.

6ª Sesión— A las 20 hrs (8 p. m.) Reunión de Directores de Hospitales, Asilos y Unidades Sanitarias y personal que tiene a su cargo la dirección y administración de estos establecimientos: Bajo la Presidencia efectiva del Señor Secretario en el Despacho de Salubridad Pública. Dr. don Solón Núñez.

Octubre 14

De las 7 a las 9 hrs. (7 a 9 a. m.) En el Hospital San Juan de Dios: Sesiones Operatorias y visitas a los Salones de Medicina.

A las 12½ horas: Salida del tren expreso a Turrialba.

A las 16 horas: 7ª Sesión— A las 16½ horas (4½ p. m.) Visita al Hospital de Turrialba.

Bajo la Presidencia Honoraria del Dr. don Oscar Pacheco, de la provincia de Limón, con la Presidencia efectiva del Dr. don Sotero Antillón Meneses, Director del Hospital de Turrialba. Exposición y discusión de Temas Libres.

Clausura del Congreso.

A las 19 hrs. (7 p. m.) Comida y Recepción ofrecida a los asistentes al Congreso, por la Caja del Seguro Social y la Sociedad de Turrialba. (Traje corriente para caballeros y traje largo para señoras).

Octubre 15

A las 10 horas: Visita al Instituto Agrícola Tropical y almuerzo campestre.

A las 17 hrs. (5 p. m.) Regreso a San José.

Segundo Instituto Regional en Administración y Organización de Hospitales ha celebrarse en Lima, Perú, Diciembre 3 al 16 de 1944.

Once de las mas destacadas organizaciones de los Estados Unidos de América se han unido para auspiciar el Segundo Instituto Regional en Administración y Organización de Hospitales que se celebrará

en Lima, diciembre 3 al 16, 1944, organizado por la Asociación Interamericana de Hospitales bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.—ha sido anunciado oficialmente por el Dr. Gustavo Baz, Presidente de la Asociación Interamericana de Hospitales.

Entre las instituciones peruanas que colaboran en la organización del Instituto están: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la más antigua en el Nuevo Mundo, y la Caja Nacional de Seguro Social.

Las instituciones estadounidenses que cooperan también, son la Asociación Norteamericana de Hospitales, el Colegio de Administradores de Hospitales, el Colegio de Cirujanos de Estados Unidos, el Servicio de Salubridad Pública Federal, la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos y el Negocio del Niño del Departamento del Trabajo Federal.

Quince prominentes educadores en administración de hospitales de los Estados Unidos de América y de México junto con distinguidos profesionales del Perú forman el profesorado.

El Primer Instituto Regional de Administración y Organización de Hospitales se celebró en la Ciudad de México en enero de 1944, con una asistencia de 219 estudiantes de doce de los países de las Américas. En ésta decidieron los directores de la Asociación Interamericana de Hospitales celebrar el Segundo Instituto Regional para Administradores de Hospitales en la ciudad de Lima, Perú.

Los óptimos frutos cosechados del programa educacional de la Asociación Interamericana de Hospitales han dilatado la influencia de estos Institutos, dándoles contornos y proporciones continentales. Constituyen este instituto el número 34 de una serie organizada por las principales universidades del Hemisferio Occidental desde que el programa de cursos cortos e intensivos se comenzara en la Universidad de Chicago por la Asociación Norteamericana de Hospitales, once años ha. Debido a la creciente demanda por ésta clase de instrucción se intenta actualmente organizar estos cursos en otros centros de hospitales de las Américas.

El programa del Instituto de Lima abarca una serie de conferencias prácticas y discusiones de mesa redonda sobre la más moderna y última técnica sobre administración de hospitales además del amplio servicio que desempeña el hospital dentro del panorama

de la salud pública y de sus relaciones en la estructura económico social de las comunidades.

Las conferencias se darán simultáneamente en ambos idiomas (inglés y español) por medio del sistema eléctrico "traductor internacional" que ha sido generosamente cedido por la International Business Machines de Nueva York, quienes cooperan decididamente en los programas de relaciones culturales interamericanos.

En su deseo de impulsar el desarrollo de estos institutos la Compañía de Transportación Aérea "Pan American Airways System" hará un descuento del veinticinco por ciento sobre el costo de transportación a los asistentes al Instituto de Lima.

Para información adicional pueden dirigirse al Dr. Guillermo Almenara, Director del Instituto, Hospital Obrero, Lima, Perú; ó al Sr. Félix Lanuza, Director Ejecutivo de la Asociación Interamericana de Hospitales, 2000 Massachusetts Ave., N. W., Washington, D. C.
