

tante para proponer en su oportunidad una consulta con otro médico, una junta, como se acostumbra decir.

Volver a tener un médico de familia, como cabeza directora del tratamiento del paciente y por su consejo consultar con los especialistas, o enviar a personas competentes y honorables los productos para examen de laboratorio, es indudablemente el mejor camino para utilizar acertadamente los servicios del cuerpo médico, fomentando así el adelanto científico y moral de tan honorable clase, dándole respetabilidad entre la clientela y en la sociedad en que actúa y beneficiando en todos sentidos el interés del paciente.

Esto no es nada nuevo, es simplemente volver a la práctica de nuestros padres y abuelos, ya experimentada y aceptada entonces con general beneplácito.

UN CASO EXCEPCIONAL DE VAGINITIS

Por el Dr. Antonín Cornillón.

Historia clínica.—Señora E. V. 25 años de edad, casada, se presenta a la consulta con embarazo de 6 meses, primípara. Al interrogatorio todo parece normal con excepción de un flujo abundante de que padece desde varios meses. Al examen, se encuentra la mucosa vaginal cubierta de una capa blanca espesa adherente, extendida desde la vulva hasta el cuello de la matriz. Los pequeños labios están invadidos. Los fondos de saco están cubiertos de una capa muy gruesa que se extiende sobre una gran parte del cuello. Al frotar con un tapón de algodón se desprenden fragmentos de esta substancia sin que se llegue a descubrir la mucosa vaginal.

Todos los síntomas del embarazo son normales tanto por parte de la madre como por parte del feto.

Se prescriben fortificantes generales y lavados vaginales alternados con solución de sublimado al 1 por 2.000, de permanganato de potasio al 1 por 1.000 y de cloracena al 1 por 100, dando cita a la enferma para dentro de quince días.

La enferma vuelve después de mes y medio, a mediados de mayo, en el mismo estado que antes. Un primer examen bacteriológico se practica entonces dando el siguiente resultado:

El examen bacteriológico de la capa blanquecina, hecha por el método de Gram, muestra numerosos leucocitos, una flora bacteriana saprófita bastante abundante y, en medio de ésto, numerosos filamentos micelianos.

En vista de la presencia de los filamentos micelianos, se repite a los cinco días un nuevo examen con el resultado anotado a continuación:

Un nuevo examen del mismo producto, hecho en medio de solución acuosa yodo-yodurado, permite ver, con más claridad, los filamentos micelianos, así como las células ovalarias, en forma de levadura.

Una siembra hecha a la vez, en gelosa peptonada, en caldo peptonado y en gelatina adicionada de ácido acético, muestra, según el medio empleado, ya sean: células ovalarias solas, o bien filamentos con células ovalarias.

En fin, una última siembra hecha en medio de Naegeli, muestra el parásito con sus formas características: cuentas de corpúsculos ovalarios y clamidosporas.

El diagnóstico de *Endomyces albicans*, se precisa, pues con toda claridad.

Como se vé, este segundo examen permitió concluir a la invasión de la mucosa vaginal por el *Endomyces albicans* o *Saccharomyces albicans*, vulgarmente llamado algodoncillo.

Precisado ya la naturaleza del padecimiento, se hizo luego un tratamiento a base de glicerina boratada al 20 por ciento esterilizada, que da habitualmente excelente resultado en las estomatitis de los niños, debidas al mismo parásito.

Se hicieron pues unturas cada tercer día de todas las partes invadidas con la glicerina boratada al 20 por ciento, terminando la curación por un relleno de los fondos de saco y de la vagina con mechas de algodón y tapones empapados de la misma substancia. La mejoría no se hizo esperar y a los 10 días toda la capa blanca había completamente desaparecido dejando a descubierto una mucosa todavía rojiza y congestionada. Para evitar una posible recaída, se recomendó a una enfermera que siguiera haciendo toques boratados en toda la vagina y especialmente en los fondos de saco durante quince días, quedando después la paciente definitivamente curada.

Aunque la historia clínica de este caso no tenga quizá mucho

interés, quise relatarla a ustedes, porque es el único caso de algodoncillo vaginal que he encontrado en mi práctica.

Tampoco en los tratados que he consultado no he visto relatado ningún caso semejante, siendo habitualmente el *saccharomyces albicans* un hésped de la boca y en los casos graves, de toda la mucosa gastro-intestinal.

Del punto de vista etiológico de las vaginitis, los autores mencionan el papel preponderante del gonococo generalmente asociado a microbios banales en un gran número de vaginitis; hacen resaltar la importancia de una metritis y de ulceraciones del cuello, de la presencia de cuerpos extraños como un pesario en la génesis de muchas vaginitis; mencionan la vulvo-vaginitis colibacular de las niñas y de las señoritas, la vaginitis enfisematosa de las mujeres embarazadas, la vaginitis senil, la vaginitis granulosa, la papilomatosa, la vâginitis exfoliatriz, etc. . . .

En una conversación con el señor doctor Gabriel M. Malda sobre este tema, nuestro distinguido colega me mencionó un caso que había observado hace tiempo en el Hospital Morelos, de vaginitis diftérica provocado por el bacilo de Löffler.

Pero en ninguna parte he visto mencionada la vaginitis provocada por el *Saccharomyces albicans*.

En vista de esto he molestado a ustedes con esta pequeña comunicación haciendo resaltar el magnífico y rápido resultado obtenido con el tratamiento local por la glicerina boratada concentrada cuando habían fracasado todos los antisépticos habitualmente usados.

México, a 12 de julio de 1934.

ELOGIO DEL DOCTOR EMILIO ROUX, SOCIO HONORARIO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO

Por el Dr. Alfonso Pruneda, Secretario perpetuo de la Corporación.

En la sesión celebrada por nuestra Compañía el 9 de junio de 1897 se dió lectura, según dice textualmente el acta respectiva, a "una proposición suscrita por los señores Zárrega, Gaviño, Parra, Gayón, Men-