REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR: DR.
ANTONIO VIDAL

REDACTORES:
DR. SALVADOR PAREDES P.
DR. MARCIAL CACERES VIJIL DR. JUAN A. MEJIA

SECRETARIO DE REDACCIÓN: ADMINISTRADOR:
DR. CARLOS M. GALVEZ DR. MARTIN A. BTJLNES B.

Año XI | Tegucigalpa, D C., Honduras, O. A., Julio y Agosto de 1941 N" 95

A PROPOSITO DE TIIORAL MEDlCA ETILOS DEPARTATTIETITOS

En nuestro editorial anterior nos referimos a ciertas irregularidades y faltas a la moral médica en esta capital y centros urbanos principales, sin referirnos naturalmente a ningún caso concreto y con el solo objeto de elevar el standard mora], profesional hasta donde sea posible. Ahora lo hacemos en relación con aquellos que ejercen la profesión en los medios rurales o semirurales. Repetimos que no tratamos de aludir a nadie en -particular y que los casos citados son de tiempos ya lejanos, y que si alguien encuentra alguna semejanza con casos o sucesos de actualidad, no es más que pura coincidencia, por lo cual nosotros no asumimos ninguna responsabilidad.

Nuestros jóvenes profesionales recién egresados de las aulas universitarias se encuentran llenos de los mejores propósitos. Algunos tratan de abrirse campo en esta capital, otros por diversas circunstancias tienen que radicarse y ejercer en los Departamentos, donde no encuentran ninguna competencia profesional y empiezan por olvidarse de lo poco que aprendieron en la Escuela de Medicina y en el Hospital General. En mi concepto, podríamos agrupar a estos médicos después de varios años de ejercicio profesional, en las *siguientes categorías:*

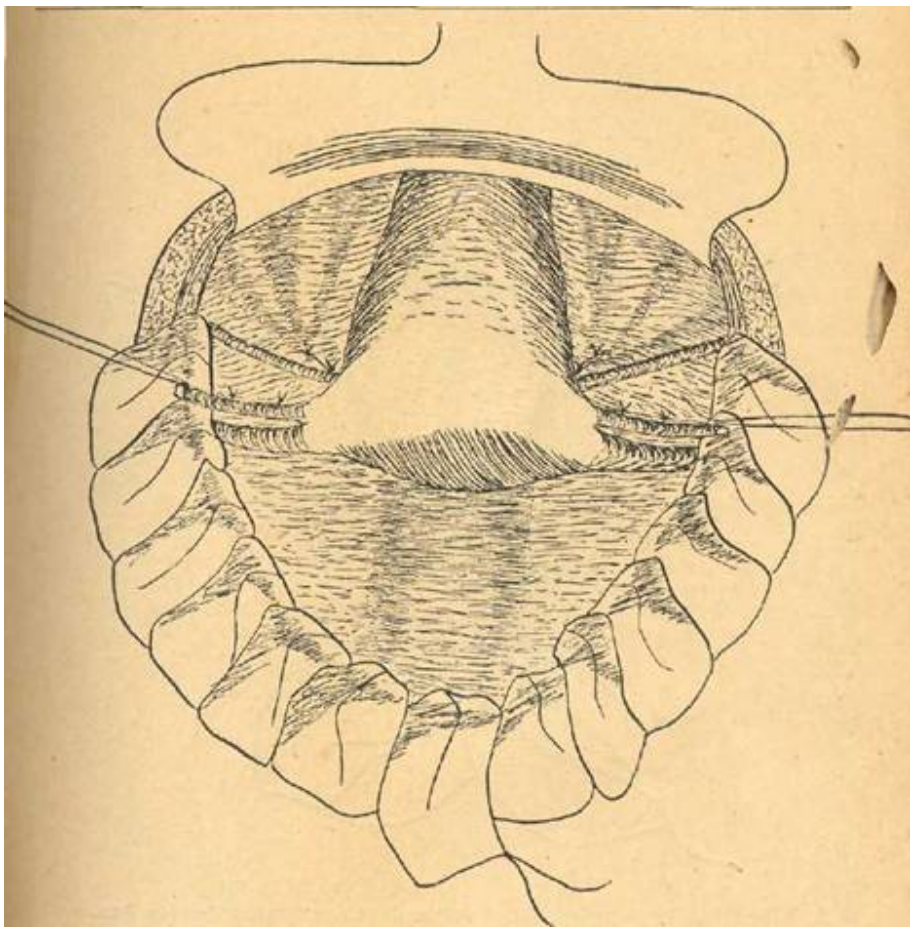
1Q) Aquellos que continuaron cultivando su profesión, adquiriendo nuevos libros, aparatos, etc., suscribiéndose a Revistas Médicas, y que son capaces de practicar exámenes de Laboratorio, reacciones de bio-quimica, pequeñas intervenciones quirúrgicas, y por consiguiente de hacer un buen diagnóstico. Esta clase de médicos

rurales capaces, abnegados y desinteresados constituyen la verdadera columna vertebral de nuestro gremio. Desgraciadamente son una excepción en nuestro medio.

2) Este grupo está compuesto por aquellos que en un principio supieron distinguirse, pero que antepusieron sus intereses materiales a los ideales de la profesión. Después de haber adquirido bienes, tales como casa, tierra, hacienda, etc., la profesión les importa un bledo y comienzan a olvidarla dedicándose al tratamiento sintomático de las diversas enfermedades. Si alguien llega a consultar por un dolor de rodilla, pues se le de salicilato; si tiene fiebye, quinina, si hemorragia, pues cloruro, de calcio, etc. Naturalmente no ganan nada y con el tiempo adquieren fama de filántropos[1], de benefactores del pueblo, etc., etc., y con estos títulos están ya muy cerca de los cargos de Alcalde, Diputado, Ministro y aun de Presidente, que es justamente lo que ellos pretendían con tal proceder y no el ejercicio abnegado de la profesión.

3$) Este grupo abarca aquellos médicos mediocres, que siéndoles imposible ganarse la vida honradamente prostituyen la profesión con actos delictuosos tales, como el del aborto comercial, el de botiquines, donde generalmente no hay nada; -pero que representan un río de plata para sus poseedores. Un amigo miró que pertenece a este grupo me decía: "A mí no me importa tener surtida mi farmacia; basta que haya agua en el poso, para que no se detenga la preparación de pociones." Naturalmente en esta forma se curan únicamente aquellos casos de curación espontánea, pues con pociones llevando 'diez centigramos de quinina, nadie va a pretender la cura del paludismo, excepto los homeópatas. También en este grupo podemos colocar ciertos cirujanos farsantes, de los cuales tenemos referencias, que asustan a sus pacientes haciéndoles creer que adolecen de tumores imaginarios, ejecutan la operación abriendo únicamente la piel, vuelven a suturar y muestran a los familiares un pedazo de hígado comprado con anterioridad en el matadero público, dándoles que lo extrajeron de las profundidades del abdomen. En estos casos la cuenta es grande y el enfermo sana, por la sencilla) razón de que no tenía nada.

49) El grupo de los viciosos, al cual el alcoholismo, la morfina y otros vicios ha conducido a un nivel muy bajo. Se han olvidado

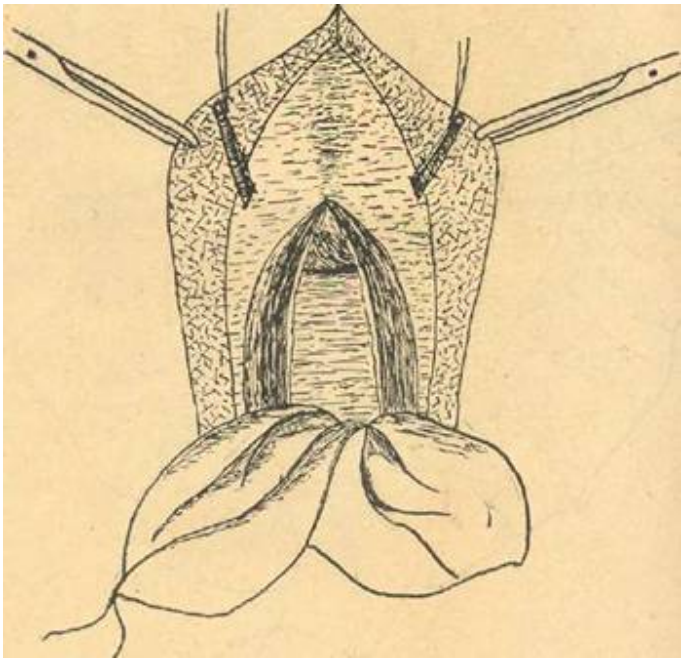


V.—'La matriz ha sido enderesada por el acortamiento de los ligamentos redondos que ahora aparecen tensos. Los cabos proximales separados están dispuestos para pasar a través de la pared (peritoneo, borde externo de las rectas y fibrosa)

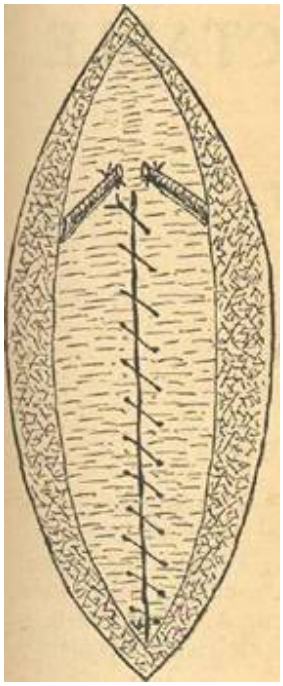
ción formal de quitar la matriz, practico la misma operación de suspensión con lo cual alivio a la vez la ptosis de que sufren todas esas pacientes. Dije.

Juan A. MEJIA.

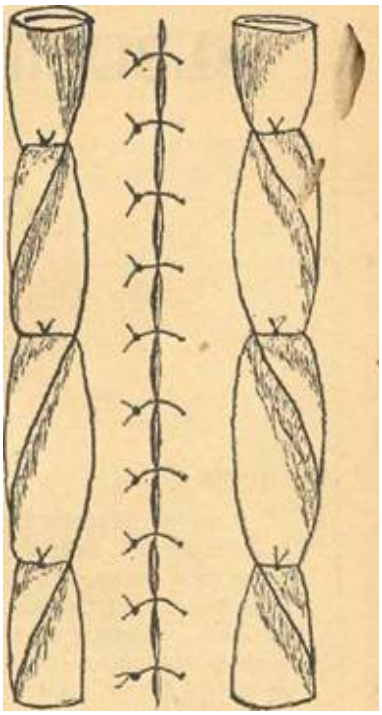
NOTA DE LA DIRECCIÓN: El procedimiento propuesto por el Dr. Mejia puede apreciarse en los clichés que acompañan este trabajo.



VI.—Se quitó la valva. En el punto donde serían traídos los ligamentos se separó el tejido celular hasta el borde externo de los rectos anteriores (como el método de Caballero). La matriz quedó fuertemente unida a la pared anterior y ya no sufrirá nueva versión. La fibrosa que fue incindida por arriba de la incisión de la piel y el tejido celular queda fuerte en la parte inferior de la herida. Los ligamentos que ya fueron pasados a través de la pared, serán adheridos a la fibrosa por puntas superficiales que respetaran los vasos



VII.—Los ligamentos se ven en la parte inferior de la herida unidas a la fibrosa; el peritoneo, músculos y fibrosa fueron ya suturados, sólo falta el tejido celular y la piel



VHI.—La operación quedó terminada una vez que la piel dé suturada; se ven tres puntos separados y profundos y varios puntos superficiales

Hipo como síntoma dominante en una apendicitis crónica

Sabemos muy bien la frecuencia del hipo en las infecciones perifonéales sean generales o locales contándose entre éstas la apendicitis aguda y subaguda. En el caso de nuestra observación es lo curioso que la enferma se haya presentado al hospital quejándose exclusivamente de hipo desde hace veintitrés días, hipo violento, tenaz, sonoro como el de las gastritis de los alcohólicos. Pudimos demostrar su origen apendicular por su desaparición in-, mediata después de la apendiceptomía.

P. S., de 31 años, soltera, de oficios domésticos-, de Güinope, ingresa a mi Servicio del Hospital General el 8 de Marzo de 1941 que jándose de hipo. ,

Cuenta que el 8 de Febrero anterior fue atacada de un dolor de mediana intensidad en la fosa ilíaca derecha con irradiación hacia el epigastrio y miembro inferior derecho; de intenso hipo sumamente molesto por su persistencia, que este hipo tenía sus momentos de 'calma a veces hasta de 2 y 4 días; de vasca, vómitos y tos con expectoración mucosa.

Todos estos síntomas desaparecieron a excepción del hipo.

Desde hace cinco años sufre la paciente de ataques dolorosos semejantes señalando 4 como los más fuertes.

Sufrió en su infancia de sarampión, gripe y ya grande de neumonía.

Menarquía a los 16 años normal; un parto a término con feto muerto de aspecto normal.

Antecedentes hereditarios sin importancia. Al examen del abdomen encontramos un ligero dolor en el epigastrio y reborde costal derecho y un dolor exquisito en la zona apendicular con cierta defensa muscular.

Otros exámenes negativos.

Aparato respiratorio: tos con expectoración mucosa, no hay signos físicos.

Sangre: Rojos, 4.834.00. Blancos, 12.400. Neutrófilos, 87 %. Linfocitos, 12%. Grandes mononucleares, 1%.

Operada inmediatamente con anestesia raquídea. Apendiceptomía corriente; la pieza muestra lesiones de apendicitis crónica.

El hipo desaparece inmediatamente.

El post-operatorio fue molesto durante tres días por una congestión pulmonar.

Debo hacer notar como único comentario que me parece que el hipo era debido más bien a una exitación refleja del frénico por el apéndice que a una peritonitis localizada por su rápida desaparición al quitar este órgano.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, D. C, Junio 29 de 1941.

SARCOITIA DEL RIÑON

Bastante raras son en nuestros medio las neoplasias malignas del riñón. En una larga práctica hospitalaria y de la clientela civil apenas he tenido oportunidad de observar tres casos tan típicos que no dejaron ningún lugar a dudas.

El primero era una señora de 40 años llegada al hospital por un tumor de la región lumbar de tamaño de un melón, doloroso y Acompañado de hematurias; -con gran facilidad fue extirpado y confirmada su naturaleza cancerosa, era un hipernefroma. La enferma murió de uremia al cuarto día.

El segundo era un hombre de 56 años con gran tumor lumbar y abdominal y hematurias datando de seis meses. Se hizo diagnóstico de sarcoma; fue imposible extraerlo por la región lumbar por haber adquirido sólidas adherencias que producían al no más tocarlas fuerte hemorragia; pocos días después de mí lo intervinieron por vía abdominal y el paciente sucumbió por hemorragia inmediata.

El tercero es el objeto de esta observación: D. I., de 57 años, viuda, de oficios domésticos, originaria de San Ignacio ingresa a mi servicio del Hospital General el 4 de Marzo de 1941 quejándose de un tumor del flanco derecho.

Cuenta la enferma que hace un año. sus micciones han sidi más frecuentes y en menor cantidad; que hace 7 meses sintió un tumor en el flanco derecho, indoloro, movible, del tamaño de un huevo de gallina, con sensación de ardor aumentado en los movimientos del mismo propagado hacia el ombligo e hipogastrio; ligero dolor en dichas regiones, adelgazamiento progresivo, abogotamiento de la -cara y de los pies; el tamaño actual del tumor es el de una toronja.

Hace tres meses notó que sus orines eran sanguinolentos por uno o dos días con intervalos de 10, 15 y 20 días, vio también arenillas en su vaso de noche.

En SÍUS antecedentes hay sarampión, gripe y disentería; cuatro embarazos y partos normales; hereditarios sin importancia.

El examen local muestra una tumoración localizada en el flanco derecho contactando con el borde costal, dura, poco dolorosa, lisa, desplazable fácilmente hacia el hipocondrio y región lumbar, poco lateralmente y menos hacia abajo, a la percusión sonoro.

Aparatos y sistemas normales. Polaquiuria.

Exámenes de sangre: Kahn, 0. Glóbulos rojos, 3.400.000. Glóbulos blancos, 7.050. Neutrófilos, 71% Linfocitos, 26%. Eosinófilos, 2 %. Grandes mononucleares, 1%.

Heces: Ascárides, Tricocéfalos y Uncinarias.

Orina: normal.

El examen radiológico en esta paciente no fue posible hacerlo por haber sufrido, el aparato del hospital un serio contratiempo. En los primeros casos sí se hizo mostrando las pielografías un riñón normal y el otro enormemente aumentado de volumen.

Operada en marzo, nefrectomía derecha, sin ningún contratiempo, la enferma salió del hospital 15 días después.

El examen histológico de la pieza confirmó nuestro diagnóstico de Sarcoma del riñón.

No vacilamos un solo instante en formular esa conclusión porque todo estaba en su favor, así en este' caso como en los dos anteriores.

Repito mi extrañeza por la extrema rareza de tumores malignos el riñón en esta localidad y más aún por no haber jamás encontrado un solo caso en niños, en quienes la frecuencia señalada por los autores es elevada.

En las fotografías adjuntas se verá el tumor que invadió todo el riñón respetando sólo el polo superior y la microfotografía que confirma el diagnóstico de sarcoma globo-celular.

S. PAREDES P.

NOTA:—-Las fotografías a que hace referencia el Di". Paredes nunca llegaron a esta Revista, por lo cual no se publican los clichés correspondientes.

DESAPARICIOTI DEL NICHO ULCEROSO COTÍ TRATAMIETlTO MEDICO

Por el Dr. MANUEL LARJOS C.

De todos los medios de que disponemos para evaluar los resultados terapéuticos obtenidos en la úlcera péptica ninguno reviste la importancia del control radiológico. Usamos el término "úlcera , Péptica" en su acepción moderna: ulceración excavada de la pared Y.9el estómago o duodeno, úlcera gástrica o duodenal, según el sitio de implantación.

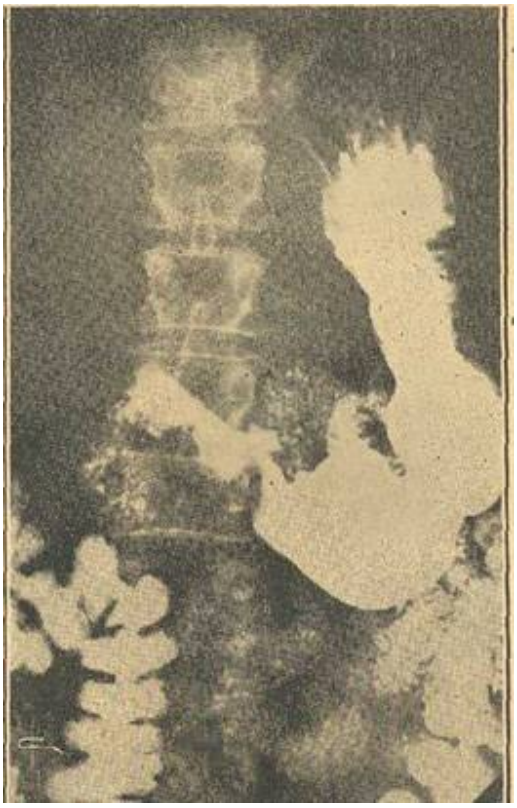
La regresión progresiva de los signosi radiológicos de la úlceta es el mejor criterio de que se ha efectuado una mejoría; sus desaparición a la pantalla y a la placa, junto con una mejoría clínica, un signo seguro de curación.

En el control radiológico de la úlcera péptica sometida a tratamiento médico, los Rayos X adquieren preponderancia sobre la clínica, pues aquéllos muestran la desaparición o persistencia de la lesión. Si en el curso de una mejoría clínica, por más sorprendente y completa que parezca, el control radiológico muestra la persistencia del **nidio u** otros signos radiológicos; este período de bienestar debe interpretarse no como una curación o principio de curación, sino como un período de latencia clínica muy común en esta clase de afecciones.

Las conclusiones que podemos deducir son importantísimas para el enfermo: la disciplina, el régimen, en fin todo el tratamiento debe seguir inflexible a pesar de las sensaciones subjetivas! del enfermo. Por otra parte, cuando los exámenes radiológicos repetidos a intervalos regulares, muestran que el nicho ulceroso —el signo patognomónico de lesión va disminuyendo *en* tamaño y va cambiando de forma, todo esto -acompañado de una mejoría clínica, podemos en ese caso y basados en la evidencia radiológica —no en la clínica— permitirnos ciertas liberalidades en el régimen y modo de vida impuestos al enfermo.

Existe gran diferencia en la determinación de la curación o mejoría de la úlcera, por medio de los Rayos X entre la úlcera gástrica y la duodenal. En la primera los nichos típicos- son más frecuentes, su localización y tamaño los hacen más fáciles de descubrir y seguir su curso durante el tratamiento, los signos indirectos desaparecen al desaparecer el nicho. En los segundos tropezamos con dificultades de técnica que hacen difícil su descubrimiento. Dígase lo que se quiera sobre los modernos métodos de compresión, radiografías al asecho, etc., el nicho, de la úlcera duodenal es más difícil de descubrir que el de la gástrica, los nichos típicos forman la minoría y las. deformaciones del bulbo concomitantes son muy frecuentes y oscurecen el cuadro radiológico. Los signos

FIG. 1



Radiografía practicada el 20 de Diciembre de 1940. — Nicho de lilcera de la pequeña curvatura del estómago, parte media del cuerpo. Penetrante.

indirectos tienden a persistir; las adherencias y las periduodenitis son muy frecuentes y complican la imagen. En una úlcera duodenal curada estos signos indirectos o de complicaciones persisten y nos confunden. En la úlcera gástrica por el contrario no es raro observar su desaparición total sin dejar ningún rastro que nos indique que ahí hubo una lesión. Tal es el caso que presentamos a continuación.

M. M., mujer le 52 años, sufre desde hace 10 meses de dolores post-prandiales inmediatamente después de ingerir alimento. Náusea, acidez y agrura. Pérdida de 18 libras de peso. Radiografiada el 20 de Diciembre de 1940. Nicho grande en la pequeña curvatura del estómago, parte media, doloroso a la palpación. Residuo de una

FIG. %
'Segundo examen radiográfico, practicado el 31 de marzo de 1941. — Desaparecimiento del nicho. Curación clínica que concuerda con los datos suministrados por el examen radiográfico

cuarta parte de la comida de bario a las seis horas. Diagnóstico radiológico: Ulcera gástrica, penetrante.

Después de tres meses de tratamiento médico consistente en dieta, alcalinos, antiespasmódicas e inyecciones de histidina y vitamina C los síntomas disminuyen y terminan por desaparecer. Gana el peso perdido. Únicamente persiste una sensación de represión o llenura después de la comida del medio día. Radiografiada de nuevo el 21 de Marzo de 1941. El nicho ha desaparecido, la mucosa a este nivel es normal a las diferentes manipulaciones bajo la pantalla. No hay dolor a la presión.

Las figuras ilustran los hallazgos radiológicos antes y después del tratamiento médico sometido a la enferma.

El criterio clofiláctico en la nueva cirugía

Por el Dr. JUAN JOSÉ SAMANIEGO

El arte quirúrgico ha seguido, en la historia de la humanidad, un proceso evolutiva de sucesivas transformaciones que, por cierto, no siempre constituyeron un verdadero perfeccionamiento, aunque momentáneamente, o hasta durante años, parecieran tal.

La "Medicina Operatoria" creyó haber alcanzado el *non plus ultra* de su eficiencia cuando, a fines del pasado siglo, pudo ya sentar como bases inamovibles de todo acta quirúrgico esas tres elementales condiciones de hondo sentido humanitario al par que técnico: *analgesia, antisepsia, hemostasia.* Si a ello sumaba el operador otras tres características adquiridas en su Práctica diaria: cencillez, seguridad y eficacia, para cada uno de los "tiempos operatorios" (diéresis, síntesis, etc.), la intervención quirúrgica presentaba cierto colorido de perfección, elegancia y hasta refinamiento que eran para el iniciado un atractivo irresistible y formó un núcleo de cirujanos cuyas salas de operaciones han batido *records* de éxito por su mortalidad mínima.

Pero la cirugía de algo más que eso, y en la práctica no siempre se trata de tan pulcros "deportes": más frecuente es que en lugar de una cómoda operación hecha en enfermos preparados a conciencia para su intervención, el cirujano se vea en el caso de atender una vulgar herida (simple o infectada), una fractura, una quemadura, un absceso, una supuración cavitaria, etc. Particularmente la traumatología en sus nuevas modalidades (accidentes del trabajo o de tráfico, heridas de guerra, etc.) ha venido a complicar en mil formas la ya difícil función quirúrgica.

Más aún, la biología de las "heridas, el procesa histogenético de reparación tisular que acompaña a estas lesiones o precede a su *cicatrización* (sin la cual de hecho no es posible la cirugía), es ya mucho mejor conocida en su fisiopatologia, así en el orden anatómico y dinámico-humoral.

Ahora bien, la técnica operatoria, demasiado optimista a causa de sus deslumbrantes éxitos en la cirugía aséptica y confiando a ciegas en el criterio listeriano, mecanizó en extremo su función y resumió en el *método da Friedrich;* síntesis quirúrgica y antisepsia, el esquema ele tratamiento del traumatismo. Además, el cirujano se acostumbró a confiar más en la antisepsia prolija y frecuente que en la vieja Natura Medicatrix de los hipocráticos y nadie volvió a acordarse de que "el reposo y la inmovilización bastan casi siempre para asegurar la cicatrización de las heridas, así sean éstas infectadas." Desde entonces, la costumbre se tornó rutina y el herido fue la víctima: tanto la úlcera o herida infectada como el abs-

caso ya incindido, la quemadura o la fractura "expuesta," debían sor diariamente sometidos a irrigaciones fuertes antisépticas; la curación tenía que ser ante todo microbicida, y el "horor a la retención del pus" obligaba a *drenar* largo tiempo. La antisepsia quirúrgica creó un *modus operandi* inspirado exclusivamente en el ataque a la infección, presente o sospechada, del sitio o tejido lesionado. Los manuales de terapéutica dedicaban entonces frondosos capítulos al análisis de las propiedades antisépticas del yodo, del agua oxigenada o de algún nuevo producto comercial para uso quirúrgico, cuyas cualidades parecían no igualables, y el mejor praeficante o enfermero era el que mejor manejaba el irrigador y más once en traba sus soluciones antisépticas, aunque el enfermo manifestara a gritos su dolor, aparte de que tales, maniobras eran servidas de "inexplicables" o inadvertidas reacciones térmicas. Y cada dial la escena era igual: lavado de la herida, un poco de sangre, muchos gemidos, nuevo den o "mecha" bien a fondo ("para que no cierre en falso"), hasta que el milagro de la cicatriz retardada sobrevenía...

Así han transcurrido las cosías (imitadas inconscientemente por los empíricos y la medicina doméstica), por más de medio siglo.

Pero diversos trabajos realizados en Centros quirúrgicos de gran actividad han sometido a imparcial experiencia este sistema, y los resultados allí obtenidos *son* tales que llevan a poner en duda sus ventajas: lo mismo en la Clínica del traumatólogo vienes Boenler que en algunos Servicios similares angloamericanos; y argentinos (alguno de ellos conocido y luego imitado por nosotros) la supresión de estas curaciones costosas y crueles no salo está lejos de originar las complicaciones que antes se temía —retención purulenta, gangrena, etc.,— sino que acorta el tiempo de curación, ahorra sufrimientos al enfermo y economiza gastos inútiles.

La medicación antiséptica es necesaria únicamente al principio, en la curación inicial de una herida o absceso, de una fractura abierta o de una quemadura, y no debe olvidarse que la *limpieza mecánica* del foco traumatizado y una indicación seroterápica eventual son más beneficiosas que los tan ponderados productos quimioterápicos (con la excepción, tal vez, de la moderna sulfanilamida). Fuera de estos casos, la antisepsia quirúrgica clásica atenta contra el proceso natural de la reparación de las heridas, actuando no sólo como parasitotropa sino como citolítica, y en este sentido debe reaccionar la nueva cirugía utilizando medicaciones eminentemente *citofilácticas.*

Esta nueva orientación, calificada con razón "neo-hipocrática" (cuya apología hizo recientemente el original cirujano argentino

Lelio Zeno), establece entre otras cosas, así para la cirugía aséptica como para la séptima, que:

%

1º—Toda herida exige para cicatrizar que se la deje en reposo;
2º—Los antisépticos y la curación diaria destruyen las células neoformadas, retardando así el proceso cicatricial;
3º—Estas maniobras rompen los pequeños vasos sanguíneos superficiales y abren nuevas puertas de entrada a la infección a menudo evidenciada por una alza térmica que acusa el paciente);
4º—El drenaje prolongado además de esto puede dar origen a la epitélización del trayecto (fistulización) y su aparente necesidad se evita con drenajes declives;
5º—En general es preferible el simple cambio de aposito y curación plana, seca y espaciada, a la irrigación antiséptica frecuente, o cuando más*, ésta debe limitarse al uso de diluciones "ciffilácticas" como el suero fisiológico tibio o la solución de Delbet.

Análoga conducta debe seguirse en las fracturas abiertas después de reducidas e inmovilizadas, en las quemaduras, etc. **Por** lo demás, la misma anestesia local puede en ocasiones hacerse "anticitofiláctica" cuando se le agrega adrenalina (causa frecuente de gangrena); el drenaje quirúrgico, por las razones ya dichas; el abuso de la "compresa" en las laparatomías (porque destruye el endotelio peritoneal — origen de adherencia), etc. Por analogía, calificamos de anticitofiláctica a toda incisión que seccionando filetes nerviosos, evitables con una buena técnica, compromete el trofismo de un músculo (origen de eventraciones).

Para terminar, aconsejamos al cirujano (si ya no lo ha hecho): a) desterrar de su servicio la rutina de la curación frecuente; b) reemplazar el drenaje prolongado, cuando parece justificarlo una supuración persistente, por contraberturas "estratégicas" y declives (por ejemplo, abriendo en una extremidad las diversas celdas aponeuróticas infectadas, a veces no comunicadas con la primera abertura); c) olvidarse del "irigador" y de las "mechas" de gasa. (En la actualidad, decía el Maestro argentino Pedro Chutro, el irrigador sólo debe usarse para lavados intestinales o genitales).

Estas breves consideraciones relativas a la cura usual de heridas y otros procesos quirúrgicos, nos han parecido necesarias por dos[1] razones: la una, que entre nosotros la población, mal acostumbrada ya, sigue reclamando el viejo método; la otra, que en todos los casos atendidos por el suscrito en la forma indicada el resultado ha sido convincente hasta para el mismo enfermo, y por eso nos permitimos recomendar la continuación, o el ensayo en su caso, de estos métodos.

Quito, **1941**

—De la Revista Médica. — Ecuador.—

Los cuerpos extraños del conducto auditivo

DR. CARLOS TAPIA A.

Trabajo de ingreso a la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-rino-laringología. \ )

{Dedicado al distinguido' pediatra Sr. Dr. Jorge Muñoz Turnoull).

Tanto el otólogo como el pediatra han tropezado .sin duda con ^-grandes dificultades para lograr extraer un cuerpo extraño del conducto auditivo en alguna ocasión de su práctica diaria.

"Todo cuerpo extraño del oído debe ser extraído desde que su presencia es diagnosticada. No hay en esta regla ninguna excepción..." Tal es el principio anunciado por Moure 1) y que, por otra parte, ha sido sujeto a consideraciones en modo tan explícito, que de ellas, surge un nuevo: "La frecuente inocuidad de la presencia de los cuerpos extraños del conducto auditivo 'Contrasta con la nocividad que los intentos de extracción ocasionan, cuando estos sujetos caen en manos profanas o inexpertas" (2). "Peligroso es tener un cuerpo extraño en las vías aéreas y digestivas, mas los cuerpos extraños en el conducto auditivo son completamente inofensivos" (31,

En efecto, las estadísticas demuestran que la tolerancia de los cuerpos extraños del oído, cuando son inertes, libres, sin estar en contacto con la membrana y sin producir bloqueo es tal, que en numerosas ocasiones pasan desapercibidos por años, hasta cincuenta como en el caso de Politzer, cuarenta y cosí en el caso de Luccae, cuarenta en el de Reim (4).

Por otra parte, refiere el mismo Politzer, el 10 por ciento de los enfermos no es tocado, el resto es víctima de los profanos e imprudentes.

Aun cuando no tengo la pretensión de hacer una monografía integral, sí es mi deseo redondear el tema tomando en parte los hechos sobresalientes como datos de recopilación, incluyendo sin

embargo algo de lo personal que debe ser conceptuado como un ensayo, conforme al título de este trabajo, cabe pues proponer eN, siguiente

P R O G R A M A :

I.—CLASIFICACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO. II—SEMIOLOGÍA.—Los síntomas habituales y leves. Los grandes síntomas. Diagnóstico clínico y radiológico. III.—TRATAMIENTO INOCUO (Instrumentación y maniobras). IV.-CONCLUSIONES. V.—BIBLIOGRAFÍA.

I.—LA CLASIFICACIÓN DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO

Para el especialista no tiene importancia el hecho que un cuerpo extraño del conducto haya sido introducido accidental o intencionalmente, si que le interesa sabor:

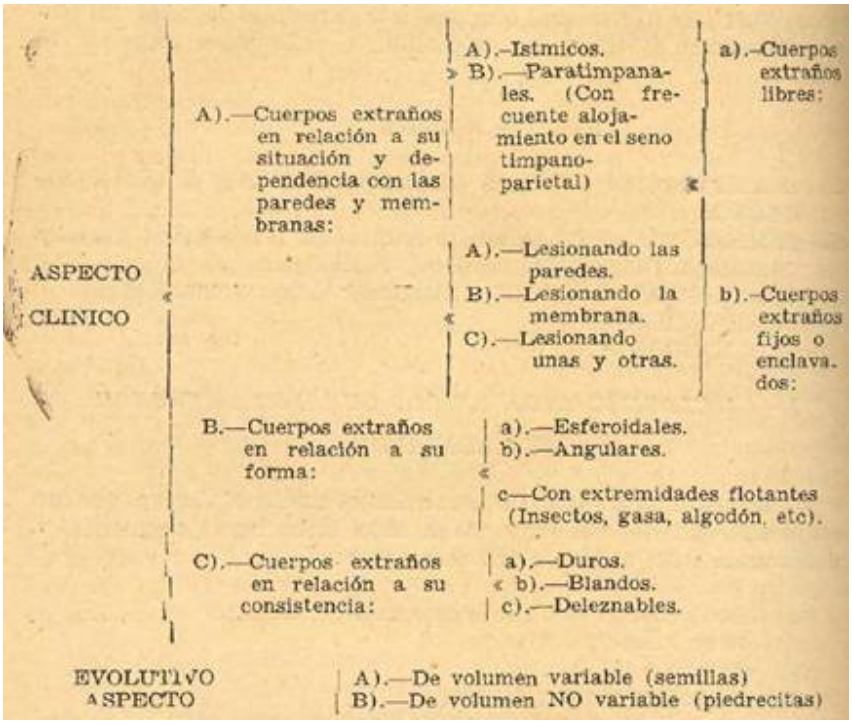
19)—Si el cuerpo extraño existe realmente.
29)—Si es inerte o animado.
39)—-Su situación *y* tamaño.
4?)—Su forma y consistencia.
59) —Si es libre o enclavado; lesionando la membrana, el conducto, o ambos a la vez.
6º)—En fin, las condiciones del enfermo permiten o exigen su extracción inmediata, por las vías naturales o requiriendo ampliación por medios quirúrgicos.

Formuladas estas cuestiones, cabe proceder al estudio de la clasificación que a mi modo de ver tiene directa aplicación en la práctica, orientando al especialista, quien naturalmente se adapta a cada caso, pero quien puede observar ciertas normas considerando en esta división sus distintos aspectos a saber:

LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

ETIO-PATOGENICO
- A) .—Cuerpos extraños endógenos
  - a) —Cerolito.
  - b) —Concreciones y coágulos sanguíneos
  - c).—Tapón epidémico.
  - d) -—Secuestros (5)
- B) .—Cuerpos extraños exógenos

ASPECTO
- a) —Animados.
- b) —Inertes.



//.—*SEMIOLOGÍA*

A).—Los SINTOMAS HABITUALES Y LEVES.—on es producidos por cuerpos extraños que no han. dañado sensiblemente al conducto o membrana, aun cuando exigía pleno contacto con uno y otra, pudiendo ocasionar lo siguiente:

a).—Hipoacusia.—-Síntoma las más de las veces inconsciente para el enfermo por la suplencia del oído opuesto y por haber ordinariamente un medio de reflectividad de vibraciones, como ocurre en el hogar, oficinas y lugares públicos, circunstancia a la que dan enorme interés D'Hautant & Caussé (6), como factor que hace ocultar las sorderas incipientes.

b).—Acusia. Es impresionante síntoma en el tema que nos ocupa debida principalmente a cerosis y poliposis en etl adulto y a la presencia de cuerpos exógenos en el niño, quien da poca o ninguna importancia a su sordera hasta que es descubierto ocasionalmente.

C).—Zumbidos[1].—Cuyo mecanismo es de todos bien conocido, siendo la cerosis y los cuerpos variables en volumen los habituales.

d).—Dolor.—Fuera de heridas de la membrana y conducto, es con cierta frecuencia desesperante, y cuyos principales agentes son los cuerpos animados como lo es la garrapata, que hace cíe la membrana, una plataforma de baile.

e).—El prurito. Se presenta por irritación leve del conducto las más de las veces, ocasionado por algas marinas o yerbajes que emplean algunos para "mitigar" su odontalgia u otalgia, casos que he tenido la oportunidad de observar y tratar y que ocasionan con mucha frecuencia eczema del conducto.

f).—Sialorrea.—Síntoma poco frecuente, quizá porque es revelado tan. sólo por los enfermos observadores, o bien porque no suponen la existencia de una relación de causa a efecto, lo que parece más probable. Itard (67) señala una caso de sialorrea "de más de dos y medio pintas" es decir de más de dos litros en las veinticuatro horas.

g).—Tos. Este síntoma reflejo es de relativa frecuencia puesto que en muchas enfermas, y señalado el sexo débil como el que más lo acusa, basta introducir el especulumauri, para desencadenaré , y, coincidencia rara, he observado en seis casos que dichas pacientes atraviesan por la edad crítica, entre los cuarenta y cincuenta años; cabe asentar, que anestesiando la membrana casi desaparece el reflejo. Más aún, algunos autores como Arnold, citado por Moos (8), refieren casos de ttos por cuerpo extraños en el oído, asociado a vómitos; otros casos como el de Hilden (8 bis) citado por Poditzer en el que la tos se .asociaba a crisis epilépticas, hemianestesia izquierda y atrofia del miembro superior izquierdo, revelan el alcance de estos fenómenos reflejos.

B) .—LOS GRANDES SÍNTOMAS:

a).—Los vómitos. Que pueden llegar a ser incontenibles, desencadenados naturalmente por irritación de los nervios del conducto y caja (X par, Jacobson, gran simpático, facial).

b).—Los vértigos, cuyo mecanismo es bien conocido.
c).—Los estados convulsivos, propios de los niños.
d).—Las crisis epilécticas, ya mencionadas más arriba.
e) .—Las parálisis extensas, referidas por Le Dentu & Delbet (9).
f).—Otro anco puede decirse de las atrofias musculares.

Naturalmente que en esta relación de semiología no están incluidas las manifestaciones propias de los casos complicados, pero, pensando tan solo en las posibilidades de daño que pueden ocasionar una manipulación sin control otoscópico y sin tener nociones anatómicas ni de sentido común, se tiene toda la gama del drama de destrucción de los elementos notables a saber: membrana, laberinto, VII par, meninges y aun lesiones vasculares directos, que hacen del cuerpo extraño una bomba, sin que sea motivo, de preocupación su casquillo, empero llena nuestra atención el tratar de remediar los estragos por ella ocasionados, quedando el médico frecuentemente con carácter de simple expectador ante la imposibilidad de hacer algo por un condenado a muerte.

C) .—DIAGNOSTICO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO / Es obvio decir que para formular un diagnóstico precisa ante *iodo* pensar en la existencia de la enfermedad, pero considerando lo dicho más arriba, existen diagnósticos de cuerpos extraños del conducto auditivo, encontrados al azar, siendo la exploración con ;otro objetivo indicada.

Es la otoscopía previa, no armada, el primer paso para llegar al diagnóstico. Los casos de edematización del conducto causante estrechamiento, ameritan esperarse hasta la resolución del proceso, a menos de existir manifestaciones álgidas o de alarma; es pues un caso de edema del conducto ante el que nos encontramos, pensando posteriormente en el cuerpo extraño. Frecuentemente se balla el cuerpo del delito sumergido en medio di cerumen u oculto en el seno timpano-parietal. El estilete, prudentemente conducido, puede orientar al diagnóstico.

Los rayos X son empleados con fines diagnósticos en casos verdaderamente excepcionales, no conociendo por mi parte uno sólo de éstos. Las condiciones deberán ser materialmente peculiares; casi podríamos asentar, que tan sólo por complacencia del enfermo o familiares y para satisfacción propia, cuando se trata de los casos no complicados, por supuesto.

III.—TRATAMIENTO INOCUO

No cabe aquí hacer una comunicación de los procedimientos habituales para extraer cuerpos extraños del oído como son los llevados a cabo por irrigaciones, por medio de pinzas com las de Duplay, el elevado articulado de Mahu o de Zaufal y los diversos ganchos, así como algunos instrumentos de dentistería muy útiles en tantos casos, si que deseo hacer mención de tres procedimientos más, que me parecen bien justificados en casos tan especiales como loa que voy a relatar.

Historia número UNO.—Un padre de familia se me presenta a

en el niño que en el adulto, por lo que su estudio interesa por igual al pediatra como al otólogo.

2º—-Las más de las veces es inocua su presencia, siendo muy nocivos les intentos de extracción por manos[1] inexpertas.

3º—Cabe la división de cuerpos extraños en exógenos y endógenos considerando que éstos se comportan como aquéllos, es decir, masas que disminuyen la luz del conducto, con independencia franca de *éste* en cuanto a su nutrición.

4^—Existen casos difíciles en los cuales una adaptación sen-feilla puede solucionar tales dificultades, surgiendo como una de Vías mejores por su inocuidad, aceptación y eficacia, el procedimiento del Dr. Tapia Fernández, o de la **SUCCIÓN A** LA **SONDA** BISELADA.

5^—Las complicaciones de los cuerpos extraños por intentos de extracción, ameritan las más de las veces intervención de urgencia en atención a los reflejos que se desencadenan y al peligro **no** ya de la pérdida del órgano de la audición, si que de la vida misma. No en pocas ocasiones se tiene que luchar contra el abatimiento producido por estas complicaciones, para convencer al enfermo y familiares la necesidad de intervenir prontamente.

Es de tal importancia este hecho, que vale la pena inculcar al vulgo como parte de su cultura médica, la prohibición estricta de **no** intervención, de modo absoluto, siendo el especialista el único capacitado para atender al enfermo.

V.—BIBLIOGRAFÍA

(1)—Moure E. J. Liebault & Canuyt. "TECHNIQUE CHIRURGICALE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE" (1922) p. 120.
(2)—Conclusión personal.
(3) Botey "TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA" (1925), p. 66.
(4)—Politzer Adam. "DISEASES OF TH EAR" (1907), p. 218.
(5)—Dos casos personales, ambos en otomastoiditis crónica tratados mediante mezcla de Calot exclusivamente, siendo su origen claramente mastoideo. (6)— D'Hautant & Caussé. "LHYGIENE DU SOURD" (1938).
(7)—Le Dentu-Delbet. "NOXJVEAU TRAITE DE CHIRURGIE OTO-RHINO-LARINGOLOGIQUE" (1909), p. 307.
(8)—(8 bis) .—Politzer (4), p. 218.
(9)—Le Dentu & Delbet (7) p. 307. (10)—Procedimiento del Dr. Tapia Fernández. (11)—Me parece más apropiado el nombre de tímpano-parietal y no hipo-timpánico, porque puede confundirse con el del piso de la caja que en realidad debe llevar tal nombre.

—De Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y ***Oto-Rinolaringologíd.*** *— México.*

La Técnica de la Succión en la Catarata

(1) *Por el Dr. TOMAS R. YANES*

Desde el momento que no existen medios médicos capaces del restablecer la transparencia perdida del cristalino, es necesario] practicar su extracción para hacer recuperar- la visión abolida por \ la catarata.

La técnica quirúrgicas que con este objeto se realizan son de dos grupos: las que extraen el núcleo o pacificado del cristalino, y las que extirpan también la cápsula que lo envuelve. Las primeras constituyen las llamadas extracciones *extracapsulares* y las segundas las *intracapsulares* o *in toto.* Estas últimas intervenciones, más recientes, a su vez comprenden tres grandes grupos: 1º—L & que actúan por expresión, previa ruptura del ligamento suspensor del cristalino (Smith, Wright, etc.) 2º—Las que extraen la catarata por medio de pinzas (Kalt, Arruga, Verhoeff, etc.) y 3º—Las que utilizan dispositivos de succión (Barraquer, Lijó Pavía, Argañaráz, Dimitri, etc.).

Haremos algunos comentarios sobre estos asuntos, sin referirnos a las ventajas e inconvenientes; de las operaciones intra y extracapsulares, que daría una extensión extraordinaria al tema. A pesar que aún el 90 por ciento de oculistas efectúan las intervenciones extracapsulares como práctica habitual, se debe más que nada a la dificultad que tienen de desprenderse de técnicas rutinarias, que por otro lado le han proporcionado éxitos señalados, sin que haya razón por qué en estos momentos las operaciones intracapsulares no se practican con más frecuencia, para dejar limitadas las extra-capsulares a los casos complicados.

Los riesgos operatorios de las extracciones totales estriban en que no se puede en modo alguno efectuarse una intracapsular sin prepararse convenientemente, pues *si* no se toman las precauciones quirúrgicas indispensables se tropiezan con grandes inconvenientes. Una operación extracapsular podrá no requerir una aquinesia perfecta del orbicular, ni una inyección retrobulbar, ni puntos previos de sutura., ni fijación del recto superior, ni otros pequeños detalles, y se efectuará en dos o tres minutos con estadísticas más o menos satisfactorias. Pero quien pretenda efectuar una intracapsular sin tomar todas las medidas profilácticas de pérdida de vitreo, hernia del iris, etc., acabará por dejar el procedimiento y volver al primitivo extracapsular.

Las técnicas por expresión parece que han de ser abandonadas por lo relativamente brutales: y expuestas. Las que utilizan distintas pinzas son más ventajosas, con el inconveniente de la frecuente ruptura de la cápsula, que imposibilita, en ocasiones, conseguir una verdadera intracapsular. Las que usan dispositivos de

(1) Trabajo de la Convención.

frucción, tampoco eliminan la posibilidad de ruptura capsular, pero esta se produce con mucho mejor frecuencia.

Desde hace varios años utilizamos de modo habitual la técnica al vacío por parecemos más seguro y menos expuesta, incluyendo "a las operaciones extracapsulares, que si bien es verdad que tienen , menos riesgos operatorios, exponen a más complicaciones posteriores. Pero como en medicina no se puede ser dogmático hay que . aceptar que los procedimientos por pinzas darán mejores resultatados *en* ciertos operadores, ya que existe una cuestión que pudiéramos llamar temperamental; habrá cirujanos que serán siempre mejoras operadores con pinzas que con las ventosas y viceversa. :-. Entre los dispositivos de succión se encuentran los que la realizan con la boca, con motor de vacío y con jeringuillas de distintos tipos.

La principal dificultad de succión por la boca estriba en la falta de control de la fuerza aspiratriz, por lo que la técnica está casi abandonada.

Con las jeringuillas de succión, pueden en todo momento conseguirse fuerza de presión variable y suficiente para extraer , catarata. Sin embargo, el procedimiento original de Barraque realizando el vacío por medio de un motor, es a todas" luces superior, y el que siguen casi todos los oculistas que realizan de m rutinario las técnicas de succión. Los dispositivos de jeringuilla aparentemente sencillos y de menos exposición, tienen un inconveniente capital: todos carecen de reserva de vacío, que al perderse obliga a cargar nuevamente la jeringuilla, (lo que sucede lo mismo con una de 20 ce. que de 500 ce.) y además, para que la catarata se adhiera a la ventosa, se hace necesario que ésta se aplique directamente sobre aquélla, tocándola, pues de lo contrario se pierde el vacío por el espacio comprendido entre la ventosa y catarata, y aún en el caso de que ésta quede adherida, lo estará siempre Jon una presión menor que la necesitada y que se había calculado previamente.

Con el vacío de motor no pasa ésto, ya que no es necesario tocar el cristalino, pues cuando estamos lo suficientemente cerca del mismo, hacemos conectar el aparato, lo. qué hace que la catarata se levante, introduciéndose dentro de la copula de la ventosa, y una vez aplicada, la presión obtenida corresponde exactamente a la que habíamos determinado con el manómetro. Además el vacío en constante producción produce cierta deformación en la catarata, que se alarga en su eje antero-posterior reduciéndose su circunferencia, lo que facilita el desprendimiento del ligamento suspensor. Por otro lado, al estar el motor constantemente funcionando, se produce cierta succión vibratoria (entiéndase que no decimos vacío vibratorio) y que no puede ser negada sino por quien nunca haya efectuado la técnica de Barraquer. Una vez aplicada la ventosa no debe precipitarse la extracción, sino esperarse un poco, ya que con la ligera oscilación eme siempre se produce en el extremo de la ventosa, por ser imposible mantenerla en inmovilidad absoluta, se consigue en ocasiones desprender el cristalino de sus ligamentos. En caso necesario, se le imprimen movimientos intencionales.

La extracción de la catarata por la técnica original de- Barraquer. modificada por Green, dándole una vuelta de 180 grados, que la hace salir por su cara inferior, con una maniobra que controla la pérdida vitrea y tomando desde el comienzo los cuidados profilácticos de posibles accidentes (punto corneo escleral, aquinesia bulbar y del orbicular, fijación del recto superior, etc.), con perfecto control de la presión a ser utilizada en cada caso, ha de dar los resultados más satisfactorios, y acabará por hacer abandonar las técnicas de jeringuillas que son todas inadecuadas, inseguras y expuestas, y que al fracasar en definitiva producen una sensación de desconfianza en los dispositivos de succión, cuando la causa reside en la no utilización de la técnica adecuada.

—Boletín del Colegio Médico de Camaguey.—

trastornos Digestivos y nutritivos del Lactante

(Breves esquemas)

Por el Dr, EDUARDO GUSTAVO SARACO

Con esta denominación designamos una serie de afecciones que , sufren los niños de 'corta edad, que se caracterizan por tener colino base común la triada de hechos que se relatan a continuación:

1) Ausencia de sustratum anatómico.
2) Ofrecer síntomas variados a cargo del aparato digestivo y,
3) Que el alimento juega en ellos un rol de importancia desicollante.

La clasificación actual más en boga los divide en dos categorías y cuatro grupos:

Agudas	Toxicosis
	Distrofia
Crónicas	Dispepsia
	Descomposición

Pasaremos en revista a cada grupo indicando someramente su sintomatología etio-patogenia y tratamiento.

Dispepsia: Es un estado agudo, más o menos grave, con vómitos, diarrea, 8 a 10 deposiciones diarias sin mucus ni pus, con escasa pérdida de peso y no muy graves síntomas de intoxicación.

Toxicosis: Es un cuadro grave, con fiebre alta, disnea tóxica, alteraciones del sensorio, grandes diarreas, gran deshidratación, gran intoxicación.

El pequeño paciente tiene su vista apagada, perdida en el espacio, adopta a veces en el lecho la posición "de esgrima," la respiración acelerada y dificultosa, el pulso rápido e hipotenso. Realiza sus movimientos con lentitud. En el curso de la afección, librada a su arbitrio, los ojos se excavan, la nariz se afila, las extremidades se enfrían, el pulso se hace incontable, colapso acentuado y de triste fin.

Distrofia: En estos pacientes lo esencial es la estancación en el peso.

Son los niños que sin grandes trastornos objetivos no progresan en el peso o lo hacen en muy pequeña proporción. La facies es típica, senil, con arrugas: piel sobre huesos.

Tumores Benignos del Esófago [l]

Por el Dr. Roberto C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina.

El conocimiento de los tumores benignos del esófago es importante no sólo por lo que en sí significan y por las características propias a todo 'Conjunto de lesiones anatómicas definidas, sino también porque los trastornos clínicos que presentan los enfermos son, con excesiva frecuencia, los mismos que en los casos de tumores y nalignos. En ausencia de una perfecta comprobación anatómica, \os tumores benignos del esófago se confunden con los tumores malignos en razón de la mayor frecuencia de estos últimos que constituyen, como se sabe, la causa más común de disfagia espontánea y progresiva y, asimismo, la más frecuente de las enfermedades del esófago. Por otra parte, los tumores benignos del esófago, si bien lo son desde el punto de vista anatómico, ofrecen casi siempre gravedad en razón de su localización en un órgano tan poco tolerante a cualquier agresión como es el esófago. Un tumor que con el mismo volumen pasaría inadvertido en muchas regiones del organismo, causa graves trastornos de orden mecánico cuando está localizado en el esófago. La disfagia. es un síntoma que, cuando es progresiva e intensa, ocasiona grave repercusión en el organismo

(1) Capítulo de un libro en preparación.

En lo que respecta a distrofia y descomposición lo esencial es alimentar, aunque en esta última los hechos no siempre confirman nuestras esperanzas de curación.

En las formas leves es suficiente dar la alimentación adecuada, aumentando la dosis, vigilando la calidad o 'Corrigiendo las tomas.

Cuando los casos son más graves es necesario dar alimentos de gran valor calórico (1), dando 150 y aún más calorías por kilogramo de peso.

Como métodos auxiliares figuran: la transfusión sanguínea, cacodilato, insulina, etc., etc.

---

(1) (Leche azucarada, leche con calcio, sopa de Czerny, etc., etc.).

—*Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina.*—

por las dificultades que opone a la nutrición. La localización del esófago, tan difícil de abordar quirúrgicamente, es otra razón que, se agrega para aumentar la gravedad de estos tumores.

Algunos tumores benignos del esófago son graves por síntomas de orden distinto que la disfagia: disnea progresiva o paroxística, hemorragias, etc.

Otras veces se trata de hallazgos de autopsia-, en casos en que el tumor ha permanecido latente, sea por su pequeño, volumen, sea porque eran procesos incipientes, interrumpidos en la evolución por la muerte del portador.

Hemos dicho que estos tumores son de escasa frecuencia. Así se desprende del estudio de la literatura científica. En 1926, Vinson (50), sólo había hallado tres casos de tumores benignos del esófago entre cuatro mil enfermos de disfagia de la Mayo Clinic Guizer (19), refiere seis casos hallados entre tres mil enfermos de disfagia.

Patterson, en **1932** (40), había coleccionado todos los casos de la literatura científica publicados hasta entonces, Su número alcanzaba a sesenta y uno, de los cuales fiólo cuarenta y dos tenían una historia clínica siquiera breve.

De los casos de Patterson podía hacerse la siguiente clasificación anatómica: 26 pólipos, 8 papilomas, 8 miomas, 6 fibromiomas, 3 quistes epiteliales, 2 fibromas 2 lipomas, 2 adenomas, 1 lipomiona, 1 hemangíoma, 1 quiste dermoideo, 1 tiroides aberrantes. La mayor parte de ellos eran hallazgos de autopsia; en el menor número de casos había habido disfagia o disnea.

Pape y Spitznagel (38), en 1931, sostuvieron la posibilidad del diagnóstico radiológico de los miomas del esófago. Los pequeños difieren de los carcinomas por la ausencia de la infiltración en los contornos.

Nosotros no hemos podido hallar ningún caso en nuestras investigaciones. Ninguno se ha presentado en el Instituto de Clínica Quirúrgica ni en el Instituto de Medicina Experimental.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Desde el punto de vista de la anatomía macroscópica, es importante dividir los tumores benignos del esófago en *sésiles* y *pediculados*, clasificación ésta que tiene importancia también desde el punto de vista de los síntomas, como veremos en su oportunidad.

Esta diferenciación en tumores sésiles y pediculados tiene importancia morfológica y terapéutica, pero no anatómica, porque en uno y otro caso pueden observarse las mismas variedades.

Algunos autores insisten en que la disposición pediculada tiene su origen en el lugar de implantación y en la acción de las contracciones peristálticas que ejercen sobre el tumor una acción modelante. Los tumores pediculados se insertan casi siempre a nivel

Las Quirúrgicas de Acceso al Esófago

Por el Dr. ROBERTO C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina

(Concluye)

Para el esófago cervical: la incisión a lo largo del esternocleidomastoideo, o la incisión anterior a colgajos cuando, junto con el esófago, debe ser abordada la laringe.

Para el esófago torácico: la incisión en toda la extensión del séptimo espacio intercostal, con sección de las costillas séptima a iniarta en el ángulo posterior. Esta incisión abre la pleura, para lo y al el cirujano debe hacer uso del neumotórax previo. La operación debe ser, generalmente, terminada con hiperpresión, cualquiera sea lá anestesia usada, a fin de distender el pulmón mientras se cierra el tórax. Esta incisión será combinada con la incisión cervical cuando se trate de efectuar la exenteración del esófago. En casos de excepción podrá usarse la vía transpleunal derecha, simétrica a la descrita.

Para abordar el cardias, bastará algunas veces la simple. laparotomía mediana supraumbilical (cardioespasmo, operaciones de *Heller* y de *Heyrowsky).* Otras veces será necesario valerse sea de una amplia toracofrenolaparotomía, hecha por vía anterior, perfec-

---

de los orificios superior e inferior del esófago. Son los que más precozmente dan síntomas de disfagia porque obstruyen los orificios. En cambio, los sésiles son casi siempre hallazgos de autopsia, salvo cuando son muy grandes, porque entonces producen estenosis.

Los tumores sésiles son habitualmente miomas, fibromiomas, angiomas, adenomas. Los tumores pediculados son habitualmente lipomas, fibrolipomas, mixofibromas. No obstante, no debe tomarse esta distinción en forma rigurosa, de acuerdo con lo-que hemos dicho antes.

1. QUISTES CONGENITOS.—Deben distinguirse dos variedades de tumores quísticos del esófago. Unos quistes son de origen congénito derivados verosímilmente, la mayoría de las *veces,* de trastornos del desarrollo embrionario o fetal. Otros serían quistes por retención debidos al cierre de un orificio glandular o fistuloso, los cuales, a su vez, serían debidos a trastornos del desarollo embrionario.

Los quistes son de tamaño variable, desde el de una arveja al de un huevo de paloma. Son únicos, aunque muy raramente pueden ser múltiples.

(Continuará).

tionamiento de la vía de acceso preconizada hace mucho por *Wendel*, sea por vía posfcerolateral. En ambos casos son de rigor: uisi del neumotorax previo y distensión del pulmón al practicar el ciérre del tórax.

BIBLIOGRAFÍA

Para la documentación de este tema, consultar la bibliografía cié núestro artículo:

FERRARI Roberto C. y LENTING A. L.: El tratamiento quirúrgico del cancer del esófago. K«vista crítica. «Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, diciembre de 1939, año XV, núm. 130, págs. 1077 a 1109.

Y además:

BRAINE I.: Accés de l'oesophage médiastinal inférieur et du cardia por la voie thoracoabdominale postérieure sous pleuro-péritoneale, spécialment dans les dilatations «idíopathiques» de I'oesophage sus-diaphragmatique, mega-oesophage et phenospasmes. IXeme Congrés de la Societé Internationale de Chirurgie. Madrid, 15-18 de marzo de 1932, tomo 1 págs. 765-774.

GREGOIRE Ráymond: Etat actuel de la chinirgie de l'oesophage. «Societé Internationale de Chirurgie», IXeme Congres Medical. 15-18 marzo de 1932, tomo I, páginas 219-297.

— Ya Chinirgie de l'oesophage. Masson et Cié., París, 1932.

— «Journal de Chirupgie», tomo XXI, pág. 673. Jimio de 1923.

SELLORS Th.: Thoracic exposure of diaphragm and lower oesophagus. «Proc. Roy. Coll. of. Med.», 1925, tomo XXV, págs. 512-514.

---

(1) «Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica», diciembre de 1939, *Pág.* 1077.

NOTAS

Con el objeto de asistir a la Asamblea Internacional de Cirujanos que se reunirá en la ciudad de México, partieron para dicha ciudad los socios Dres. Salvador Paredes P. y José Gómez Márquez, el primero en representación del Capítulo Internacional de Cirujanos correspondiente a Honduras y el segundo en representación del Gobierno. Para ambos el mejor de los éxitos y nuestras cordiales felicitaciones.

Han dejado de formar parte de la Asociación, los doctores Alfredo Midence, Romualdo B. Zepeda, Miguel Hernández y Aristides Girón Aguilar.

El Dr. L. R. Fletcher, residente en Quiriguá Guatemala, ha obsequiado para la Biblioteca de la Asociación, un hermoso volumen sobre Técnica Quirúrgica en las Operaciones abdominales, por el Dr. J. L. Spivack. Muchas gracias por dicho envío y ojalá los demás consocios siguieran tan laudable ejemplo.