



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS  
BIBLIOTECA MÉDICA NACIONAL  
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

# REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la  
Asociación Médica Hondureña



Director:  
Dr. José Gómez Márquez Gironés

## SUMARIO

Página del Director .....	875
Implantación bilateral de los uréteres en recto-sigmoide en un solo tiempo por fistula vesicouretror vaginal de origen obstétrico .....	878
<b>Por el Dr. Juan Montoya A.</b>	
Un interesante caso de adeno carcinoma tóxico de la tiroides. Perniciosa influencia de la superstición y del curan- derismo .....	891
<b>Por el Dr. Víctor Herrera A.</b>	
Métodos somáticos de tratamiento psiquiátrico .....	896
<b>Por el Dr. Ramón Alecrro Castro h.</b>	
Sobre un Caso de Peliosis Reumatoidea o Púrpura Simple .....	841
<b>Por el Dr. Juan A. Mejía M.</b>	
Los Tumores endocraneanos .....	909
<b>Por el Dr. Armando Bardales</b>	
La Operación de la Catarata .....	916
<b>Por el Dr. José Gómez-Márquez h.</b>	
Revisando el Canje .....	924
<b>Por el Dr. Humberto Díaz B.</b>	
Crónica de Sesiones .....	925
<b>Por J. G. M. h.</b>	
Informaciones Diversas .....	928

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: DR. JOSÉ

COMEZ-MARQUEZ GIRONES

Redactores:

DR. MARIO DÍAZ QUINTANILLA

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. ÁNGEL. D. VARGAS

Secretario:

Administrador:

DR. JUAN MONTOYA ALVAREZ

DR. ARMANDO BARDALES

Año XVI | Tega., D. C, Hond., C. A., Septiembre y Octubre de 1948 .] Nº 318

## PAGINA DEL DIRECTOR

### *UNION MEDICA HONDUREÑA*

*Iniciamos con este número, las tareas como Director de la Revista, con cuyo nombramiento hemos sido honrados por nuestros colegas de la Asociación Médica Hondureña. No nos escapa ni por un momento la responsabilidad que se ha echado sobre nuestros hombros, al encomendarse-nos la dirección de los trabajos científico-literarios de nuestra Asociación. Conscientes de la modestia de nuestra propia persona, sabemos perfectamente, que nunca podríamos dar con nuestra presencia en este puesto, mayor relieve a nuestra publicación. Sin embargo algo podemos asegurar, y es que llegamos a este lugar, plétóricos de entusiasmo y de energía, y que pondremos nuestro empeño para que ésta vaya mejorando día a día.*

*Es altamente alentador, lanzar una mirada hacia atrás, a los tiempos en que un grupo de médicos animosos, fundó nuestra Agrupación, porque fácilmente constataremos que aquella iniciativa tan modesta en su origen, se ha consolidado a lo largo de años y años de ruda lucha, y que no sólo se ha consolidado sino que ha ido creciendo moral y materialmente. En el curso de su existencia, la Asociación Médica Hondureña, no ha **dejado** ni un solo instante de hacer acto de presencia, en todas aquellas **circunstancias** en que su contribución ha podido ser de utilidad al pueblo **hondureño** y a la clase médica en general. Gracias al esfuerzo de todos sus socios, entre los que descuella la figura cada día más grande del Doctor Salvador Paredes, la Asociación ha llegado a contar con su propio local.*

### **AVISO**

La Dirección de esta Revista, pone en conocimiento de sus lectores, que en los últimos meses ha habido un error en cuanto al número de orden y año de nuestra publicación, el cual ha sido corregido en esta edición. Presentamos por ello nuestras disculpas.

núcleo de lo que algún día será la Casa del Médico Hondureño, y terrenos donde ya se ha edificado el Hogar infantil, que muy en breve abrirá sus puertas, y que a su vez no es sino la piedra angular de la Ciudad Infantil del futuro, ese otro sueño de nuestro siempre recordado maestro Salvador Paredes. Quiero esto decir, que la Asociación no ha dejado de evolucionar favorablemente y que desde luego, continuará su marcha inexorable hacia adelante. Empero, las obras magnas, como las que nuestra Sociedad proyecta, no pueden ser llevadas a cabo por pequeños grupos. Por grande que sea el entusiasmo de nuestros socios, su exiguo número impide la realización de muchos de -nuestros proyectos o cuando menos, les imprime un ritmo sumamente lento. Nos consta que ya en épocas anteriores, se ha excitado una y otra vez a muchos colegas, para que entren a formar parte de nuestra Sociedad, donde no hay exclusivismos, donde no hay diferencias de ninguna clase, donde todos dejamos a un lado las mezquindades de la lucha profesional para sentirnos hermanos en el cumplimiento de nuestra misión común. Sin embargo, esta labor de proselitismo, no siempre se ha visto coronada por el éxito: suspicacias y rencillas de orden personal, por parte de unos o simple apatía por parte de otros, han alejado, incluso en nuestra capital, a una gran cantidad de compañeros. Una y otra vez se nos ha dicho, que fracasaremos en nuestra campaña de atraer una vez más a los recalcitrantes. Es muy posible que los pesimistas tengan razón, pero nosotros consideramos como un deber, hacer no un llamamiento, sino una serie de ellos, a todos los compañeros dentro y fuera de la ciudad para que se adhieran a nuestra Sociedad. No se insistirá nunca lo suficiente, en la importancia que tiene que la Asociación Médica Hondureña, engruese sus filas. Sólo siendo potentes en número, tendremos la fuerza moral necesaria para cumplir con nuestro cometido, es decir para debatir en nuestras sesiones los problemas científicos que interesan, al progreso de la Medicina Hondureña, para intentar proteger en debida forma la salud de nuestro pueblo, para poder dejar oír nuestra voz ante los poderes públicos en los asuntos que se refieren a la organización de la práctica de la medicina en Honduras o la enseñanza de la misma, para que como representantes de la clase médica del país, se nos respete dentro y fuera de él y por ende, para nuestra propia protección, haciendo valer nuestros derechos, haciendo que se sepa de una vez, que el ejercicio de la medicina, no es únicamente el famoso "sacerdocio," tan llevado y traído, y por medio del cual se ha estado explotando durante siglos a la profesión médica, sino que es también el medio de vida que hemos elegido libremente.

Como se verá este programa es ambicioso, mas, qué inmensa es para nosotros esta tarea sin la cooperación de todos los médicos hondureños. Son éstos los que tienen en sus manos, ingresando en la Asociación Médica Hondureña, la resolución de todos estos problemas. Con su presencia en el seno de nuestra Sociedad, cobrarían un nuevo impulso nuestras discusiones científicas, ayudando así a la construcción, de ese edificio, del cual hoy apenas si se ven los cimientos, y que es la Patología Hondureña; con la potencia que nos daría su número, no sería ya sólo el Hogar Infantil lo que organizaríamos, sino toda una estructura para la Protección de la infancia. Hondureña; con una Sociedad fuerte, haríamos sentir nuestra influencia en la organización de nuestros Hospitales y de nuestras Escuelas. Sólo en estas condiciones, se haría que desapareciera el hecho pa-

*Implantación Bilateral de los Uréteres en el Recto-sigmoide en un solo tiempo por Fístula Vésicouretróvagina de Origen Obstétrico*

Por el Dr. Juan MONTOYA ALVAREZ  
Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital  
General San Felipe

Son múltiples las indicaciones de la implantación de los uréteres al recto-sigmoideo, tales como extrofia vesical, incontinenencia por destrucción del esfínter después del parto, fístulas vesicales con destrucción extensa de la vejiga, etc. La primera operación de que se tiene memoria fue llevada a cabo, en 1851, por Sir John Simón, del St. Thomas Hospital. Estableció una fístula entre el uréter y el recto por medio de una fuerte ligadura pasada a través de sus paredes adyacentes mediante un instrumento ingenioso que ideó con ese objeto. Subsiguientemente, ligó la extremidad inferior de cada uréter. El éxito de la operación no fue completo, porque aunque cierta cantidad de orina pasaba al intestino la obliteración de los orificios uretéricos no fue completa. El paciente, un niño de 13 años, murió un año después y en la autopsia se encontraron "los uréteres bloqueados con cálculos y ambos riñones gravemente enfermos."

La siguiente operación fue llevada a cabo veintiséis años después por Sir Thomas, del St. Bartholomew Hospital en 1878. Transplantó cada uréter en la parte posterior del colón ascendente y descendente, de modo que pertenece a este cirujano el mérito de haber llevado a cabo por vez primera una operación de esta naturaleza. Aunque fracasó, este mérito es glande. Operó primero en el lado izquierdo, pero el uréter se despegó del intestino y, sin que lo advirtiese, su luz fue obliterada por tejido cicatrizal y el riñón se atrofió. El paciente se restableció y, hallándose en perfecta salud, catorce meses después se realizó la transplantación en el lado derecho; pero, desgraciadamente, el uréter resultó tan comprimido por las suturas, que el enfermo murió al tercer día de anuria.

Después de un intervalo de trece años, durante el cual no queda mención de ningún caso, aunque pueden haberse realizado algunos, los cirujanos rápidamente tomaron en consideración las posibilidades de la operación, pues entre 1891 y 1897 se comunicaron un gran número de casos en que se practicó la operación a consecuencia de neoplasias, tuberculosis, fístula de la vejiga y extrofia vesical. Pronto se comprobaron los peligros de rezumamiento, estenosis e infección renal y se idearon muchos métodos para solventarlos. Trendelenburg (en 1895) preservaba un botón de mucosa vesical; Boari usaba un botón metálico; Tuffier (1896) usaba

catéteres ureterales, y Rein (1894) y Chalot (1896) fijaban tubos de cristal o de níquel en los extremos de los uréteres; pero aquellos casos que no morían de chock o de peritonitis, sucumbían más pronto o más tarde a la pielonefritis.

En este período la transplatación se efectuaba por el método directo con intentos ligeros o sin ningún intento de f OL marión valvular, hasta 1898, en que Krynski colocó los uréteres entre las paredes del intestino imitando su trayecto a través de la pared vesical; Martín, en 1899, siguió las huellas de Krynski, y Fowler en 1898, hizo una válvula con un colgajo de mucosa rectal.

Pero no fue sino que hasta 1925, en que Coffey llevó a cabo en el horrible su primera transplatación bilateral oblicua con tubos, y mejoró desde entonces tanto su técnica que en su última publicación pude mencionar treinta y cinco casos, entre benignos y malignos, con una mortalidad total de 20% y una mortalidad directamente atribuible a la operación sólo de 14%, que dicha operación ha entrado abiertamente en el campo de la Cirugía General.

Entre nosotros, la implantación de uréteres en la sigmoide, ha sido practicada muy pocas veces, y casi siempre con resultados bastante desalentadores. La primera operación exitosa fue ejecutada por el Doctor Juan A. Mejía M., ex-Jefe del Servicio de **Ginecología** del Hospital General San Felipe, en un caso de fístula vesíco-vaginal de origen obstétrico, rebelde a toda intentona de reparación conservadora. Dicha enferma fue operada con la técnica de Coffey y hasta la fecha (dos años) continúa bien.

El caso que a continuación presento es personal: se trata de Gertrudis **Ortiz**, de 23 años de edad, casada, primigesta, procedente del departamento de Olancho, quien ingresó al Servicio de Ginecología del Hospital General San Felipe, el día 12 de febrero del presente año, a curarse una incontinencia de orina.

Más o menos un mes antes de su ingreso al servicio —según referencias de la enferma—, tuvo un parto distócico por estenosis pélvica; cinco días después de este parto —**cuatro** días en ti abajo, que dio como resultado la expulsión de un feto muerto—, sintió que la orina<sup>1</sup> le fluía por la parte y desde esa fecha no ha vuelto a tener deseos de orinar.

El aspecto de la enferma era de desnutrición acentuada, acompañada de una debilidad general, que le imposibilitaba valerse de sí misma para el cumplimiento de sus necesidades fisiológicas y de la vida de relación.

Enferma pirética, taquicárdica, texémica. El examen del bajo vientre nos puso de manifiesto, la presencia de una masa, semidura, que se extendía hasta cuatro traveses de dedo por encima del pubis, muy dolorosa a la palpación.

Al examen ginecológico se notó por la simple inspección de la vulva la fluidez continua de la orina, y excoriaciones y procesos inflamatorios en el perineo y regiones circunvecinas a los órganos genitales externos, consecutivas a la **irritación** constante por la orina.

El cateterismo de la vejiga nos mostró la ruptura de la uretra a nivel de su cuello. Con el espéculo pudimos ver el orificio fistuloso, cuya pérdida de sustancia abarcaba una extensión de más o menos diez centímetros en sentido transversal.

Por el tacto a b do mino-vaginal fue fácil introducir varios dedos en la cavidad vesical. Los fondos de saco uterinos estaban ocupados y dolorosos.

Con todos estos datos se sientan los diagnósticos siguientes: Pelviperitonitis y Fístula Vesicouretrovaginal de orígenes obstétrico.

Se procedió a los exámenes de laboratorio y se encontraron en un primer examen de sangre:

Glóbulos rojos .....	2.010.000
Glóbulos blancos .....	10.000
Hemoglobina .....	40%
	P. N. 70%
Fórmula Leucocitaria .....	L. 24%
	G. M. 3%
	E. 3%

Hematozooario Negativo. T. de C. 10 minutos. T. de S. 8 minutos. Reacción, de Kahn, negativa.

Se ordena un tratamiento antianémico, dietético y tónico general; y el 28 del mismo mes se le hizo una transfusión de 350 gramos de sangre citratada disuelta en suero Ringer.

A nuevo examen ordenado una semana después de la transfusión nos reportaron;

Glóbulos Rojos .....	3.280.000
Glóbulos Blancos .....	10.700
Hemoglobina .....	64%
	P. N. 78%
Fórmula Leucocitaria .....	L. 19%
	G. M. 2%
	E. 1%
Hematozooario Negativo.	
T. de C. 6' 30"	
T. de S. 5'	

Después de un tratamiento médico eficiente a base de reposo absoluto, bolsa de hielo, quimioterapia por las sulfas y penicilinoterapia sin lograr el beneficio esperado, resolví intervenir su pelviperitonitis quirúrgicamente. Con este objeto fue llevada

la enferma a la sala de operaciones el día 12 del mes siguiente, en donde después de ser raquianestesiada, fue laparotomizada infra-umbilicalmente; luego, después de haber abierto el absceso pélvico y de haber liberado las alherencias, procedí a la extirpación de las trompas, acto que acompañé de histerectomía fúndica y ovariectomías, bilateral, en vista de las graves lesiones que acompañaban a estos órganos. El abdomen fue drenado mediante cigarros, y durante el acto operatorio fueron transfundidos 300 gramos de sangre citratada, diluidos en igual cantidad de suero **Ringer**. El post-operatorio fue notable y a la semana la enferma estaba completamente restablecida.

Un mes después decidí reparar su **fístula** y con tal objeto elegí el procedimiento del desdoblamiento y **sutura** de las dos paredes —vesical y vaginal— independientemente, tratando de reconstruir además en la misma sesión operatoria la ruptura de la uretra. El fracaso no se hizo esperar, la enferma siguió emitiendo orina desde el primer momento, y un examen practicado una semana después nos puso de manifiesto la presencia de la fístula y la inutilidad del acto operatorio.

El 3 del mes siguiente y en vista del fracaso anterior, intenté nueva reparación, siempre por vía vaginal; en este acto operatorio y con objeto de ampliar el introito practiqué dos episiotomías oblicuas derechas e izquierda, porque la naturaleza había dotado a mi enferma de condiciones anatómicas desfavorables —vulva pequeña, etc.—, y procedí a usar la misma técnica del desdoblamiento; a pesar de todo esto, las dificultades fueron extremas, y después de varias tentativas infructuosas y considerando imposible dicho afrontamiento, resolví abandonar dicha vía.

Dos semanas después me constituí nuevamente en la sala de operaciones con objeto de practicar por vía infra-umbilical, la operación de Legué, después de raquianestesiada la enferma, abrí el vientre y a continuación procedí a la abertura del fondo vesical para exponer el orificio fistuloso, el que suturé a continuación, reparando después la abertura de la vejiga, todas estas suturas fueron hechas con seda N° 00; el resultado fue malo, pues la enferma no obtuvo ningún alivio.

Considerando fracasados todos estos métodos conservadores decidí como último recurso, practicar el transplante de los uréteres a la sigmoide. Después de un descanso prudencial que se aprovechó para seguir reforzando sus defensas, la enferma entró en período de pre-operatorio; comenzando con la preparación del intestino, la que consistió en una limpieza mecánica de éste, para lo que se administraron dos purgantes de aceite de ricino, uno 72 y otro 48 horas antes de la intervención y gran enema la mañana de la operación seguido de pitresín y sonda rectal, con lo que garantizamos el intestino libre totalmente de materias fecales durante la intervención y los primeros días del post-operatorio. En estas condiciones fue trasladada la enferma a la sala de operaciones, en donde después de raquianestesiada le practiqué dicho transplante, siguiendo la técnica operatoria del Doctor J. Iglesias de la Torre,

Profesor agregado de Clínica Quirúrgica de la Universidad de La Habana y Jefe del Servicio de Urología del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes," y que es la siguiente:

1. —Posición de **Trendelenburg** forzada al **máximum**.
- 2.—Incisión: media infra-umbilical, prolongable en caso necesario; uso de valva **abdominal**. Se rechazan las asas intestinales con i olios empapados en suero fisiológico tibio.
3. —Diseción de las hojas de la meso-sigmoide: a nivel del punto más ancho de la misma se practican dos incisiones simétricas que interesen solamente la) hojilla peritoneal derecha e izquierda; estas incisiones se extienden desde la sigmoide hasta los uréteres. (Fig. N<sup>o</sup> 1).



Fig.—Diseción de la hoja derecha de la meso-sigmoide; Incisión que se extiende desde el entre-cruzamiento del uréter con los vasos iliacos hasta la sigmoide

A continuación se disecan las hojillas hacia fuera hasta la pared lateral de la pelvis, inferiormente hasta el fondo del saco de Douglas y hacia adentro hasta su unión con la sigmoide. Se seccionan la hojilla derecha e izquierda del meso-sigmoide en el punto de unión con la sigmoide, con lo que quedará terminada la disección de dichas hojillas, que son de gran utilidad al final de la intervención. (Fig. N<sup>o</sup> 2).

- 4.—Movilización de los uréteres: en estas condiciones reconocemos los uréteres buscando las arterias ilíacas externas a las cuales cruzan, cuyos latidos se perciben fácilmente, entonces por disección roma, elevamos el

uréter separándolo de los tejidos vecinos, teniendo especial cuidado de conservar sus vasos garantizando así su nutrición futura; por arriba se movilizará hasta 2 ó 3 centímetros por encima de su entrecruzamiento con la iliaca externa, por abajo hasta alcanzar la vejiga, tal como puede verse en la Fig. N° 2 insertada arriba.

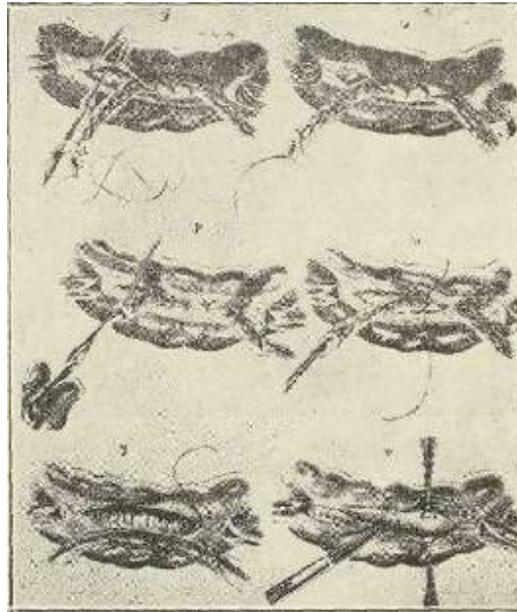


Fig. 2.—Ambas hojas de la meso-sigmoide han sido disecadas facilitando la disección de los uréteres

No se seccionarán los uréteres hasta el momento mismo de su implantación en el lecho del intestino, el cual será previamente preparado a no ser que estén marcadamente dilatados, en cuyo caso se seccionarán en este momento dejándolos drenar libremente sobre una compresa seca, o introduciéndole en su interior una sonda Nélaton, de acuerdo con su calibre, para facilitar su drenaje fuera del campo operatorio, de esta manera cuando vaya a ser implantado su diámetro se ha reducido. Es sorprendente cómo disminuye su calibre en pocos minutos una vez suprimida la obstrucción.

- 5.—Implantación del uréter derecho: se practica la implantación fuera de la pelvis, facilitada por la movilización, amplia que hace del uréter, permitiendo una mejor exposición del campo operatorio. A este objeto se tira de la sigmoide hacia arriba, para determinar el lugar de la implantación del uréter derecho se fijan dos pinzas de Allis de dientes finos a una distancia de 1 1/2 pulgada una de otra, en la cintilla derecha de la sigmoide y al

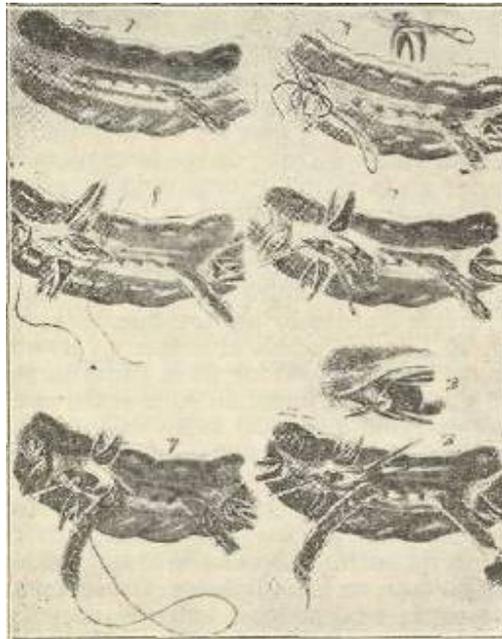
nivel más bajo que nos permita realizar cómodamente la implantación del uréter en el intestino. Se practica una incisión a lo largo de la **tintilla** derecha, entre las dos pinzas Allis que sostendrá un ayudante, que interese la serosa y la capa de fibras musculares longitudinales hasta visualizar las fibras circulares, entonces con las pinzas de disección se separan los labios de la incisión y con el extremo romo del mango del bisturí se disecan los colgajos que van a formar el lecho, que tendrá suficiente amplitud para alojar el uréter **olgradamente**. (Fig.



.Figs. 3-a, b, c, d, e y f.—Detalle de técnica de la implantación del uréter a fa sigmoide

Una vez preparado el lecho, se procederá a seccionar el uréter lo más próximo a la vejiga; se fijará una pinza de Mister al extremo inferior del uréter, por debajo de esta pinza se coloca una compresa seca para recoger la orina que se derrame al seccionar el uréter por encima *de* dicha pinza. En ningún momento se debe de comprimir la luz del uréter desinsertando de la vejiga. Se liga el extremo distal con catgut o lino y se quita la pinza de **Mister**. Se fija una pinza de mosquito al borde libre del extremo proximal del uréter sin traumatizar mucho dicho borde, con objeto de facilitar su manipulación durante la implantación. Se coloca el uréter encima del le-

cho, de modo tal, que no quede a tensión ni excesivamente redundante, estando la sigmoide libremente en su posición normal en la pelvis. En estas condiciones se procede a dar el primer punto que fijará el uréter por su borde inferior al ángulo superior del lecho con seda negra o lino con una aguja fina atraumática teniendo cuidado de no perforar el uréter ni incluir sus vasos (Fig. N° 3-b.). A continuación con una aguja fina con seda negra N° 0000, se penen tres puntos con objeto de unir los labios del lecho por encima del uréter sin comprimirlo, de manera especial se tendrá cuidado en el primer punto que se dará a un nivel tal, que al unir Los labios del lecho, no haga la más ligera angulación ni compresión del uréter, por ser dicho punto el que determina el tamaño del orificio de entrada del uréter en el interior de su lecho de implantación en la sigmoide; es preferible que dicho orificio quede más amplio a que estrangule o angule el uréter. El segundo punto se colocará a 1 centímetro del anterior. (Fig. N° 3-c).



Figs. 4-g, h, i, j, k y l.—Detalles de la implantación del uréter en el interior de la sigmoide

Preparación del uréter para introducirlo en el intestino: se observa la salida de orina por el uréter y si fuese necesario se practica la expresión del mismo por encima

de los puntos de la implantación; a continuación se introduce a través de la luz del uréter, un explorador metálico ligeramente curvo en su extremo, calibre N° 8 ó 10, para comprobar la permeabilidad del uréter a nivel de su fijación en el lecho intestinal (Fig. N° 3-d). Al extremo afilado del uréter, se fija un hilo con una aguja fina atraumática (Fig. N° 3-e).

Preparación del intestino para introducir el uréter en su interior: se fijan dos pinzas de Allis en los labios del lecho, una enfrente de la otra y ambas a 1 centímetro del Allis fijada en el extremo distal del lecho, determinando así una superficie triangular tensa, en cuyo centro se practica la perforación de la pared del intestino con un bisturí fino tipo "catarata" (Fig. N° 3-f). Una vez perforado el intestino, se retira el bisturí y se introduce a través de dicha perforación una pinza de mosquito curva cerrada la que se abrirá para visualizar los bordes de la perforación y fijar con otra pinza de mosquito el ángulo distal de dicho orificio A (Fig. N° 4-g). Bajo la vista se pasa la aguja curva que se ha fijado en el extremo libre del uréter a través del orificio anteriormente practicado, saliendo al exterior a nivel de la pinza de Allis coscada en el extremo distal del lecho (Fig. N° 4-h), tirando de dicho hilo el uréter se introducirá fácilmente en el interior del intestino ayudado por la pinza de disección, que dirige la entrada del uréter en el interior de la sigmoide orientado su extremo de tal manera que su sección mire a la luz del intestino (Fig. N° 4-i). Un ayudante mantiene a tensión dicho hilo, e inmediatamente procedemos a dar un punto más con seda negra o lino que unirá los labios del lecho por encima del uréter quedando así totalmente sepultado (Fig. N° 4-j). El hilo que ancla el uréter en el interior del intestino, se anuda alrededor de la pequeña porción de intestino que tiene la pinza de Allis entre "sus dientes, fijada en el extremo distal del lecho de implantación (Fig. N° 4-k). En esta forma queda cubierto el orificio establecido por la salida del hilo a través" de la pared intestinal. De esta manera tenemos anclado el uréter en el interior de la sigmoide y a su paso a través de la pared del intestino no sufre comprensión o angulación, estando por consiguiente en las condiciones más favorables para un proceso de cicatrización entre la pared del uréter y el intestino, quedando así sólidamente unidos después de diez días (Fig. N° 4-1). A continuación aplicamos tintura de merthiolate al lugar de la implantación.

6. —Implantación del uréter izquierdo: el uréter izquierdo se implanta en igual forma, inmediatamente por encima del punto de implantación del uréter derecho en la cin-

tilla izquierda, pero nunca ambos lechos de **implantación** se colocarán a igual altura para no interferir con la circulación del intestino tal como puede verse en la (Fig. 5).

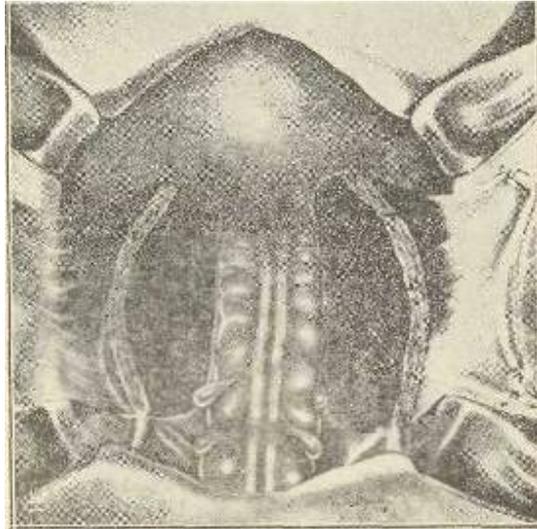


Fig. 5.—Ambos uréteres han sido implantados

- 7.—Perotonización e **inmovilización** de la sigmoide: ambas hojas de la meso-sigmoide que han sido disecadas al comienzo de la operación son unidas entre sí en la línea media a puntos separados con seda negra N<sup>o</sup> 000 o algodón fino, cubriendo de esta manera la sigmoide al nivel de la implantación de los uréteres. El borde superior de ambas hojillas se une también por puntos separados al borde correspondiente del peritoneo parietal posterior; lo mismo se hace con el borde inferior de estas hojillas, tal como aparece en la Fig. N<sup>o</sup> 6.

A nivel de la **sigmoide** se fijan al intestino los bordes superiores de las hojas de la meso-sigmoide, **utilizando** los apéndices epiploicos que están por encima de las implantaciones uretrales, quedando así las implantaciones extraperitoneales e inmovilizando la **sigmoide** a dicho nivel, para evitar que en los movimientos de peritalsis la sigmoide tire de los uréteres con la posible dehiscencia de las implantaciones, a este detalle de técnica se le da gran importancia para el éxito final de la operación; **muchas implantaciones** rezafan por la inmovilización incompleta de la sigmoide.

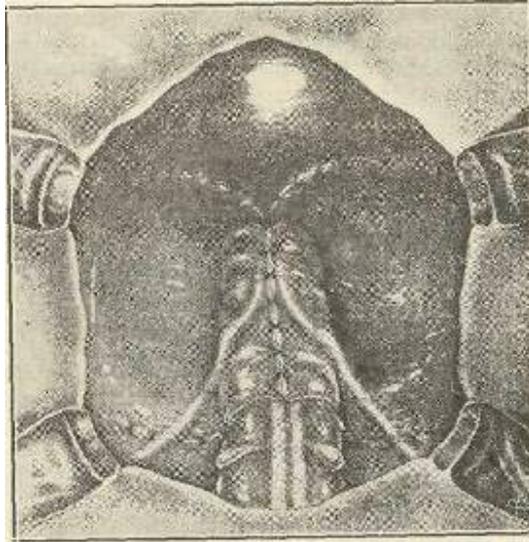


Fig. 6.—Peritonización e inmovilización de la sigmoide a nivel de las implantaciones

Finalizado este séptimo y último tiempo operatorio, procedí al cierre del abdomen, por planos, y a puntos separados con hilo de algodón. A continuación cambié la sonda rectal por otra sonda nueva, la que fijé con una seola fuerte en los márgenes del ano, es importante lavar con una jeringa aséptica y agua estéril el recto varias veces hasta que el agua salga limpia; por esta sonda drenaré libremente la crina durante los primeros días.

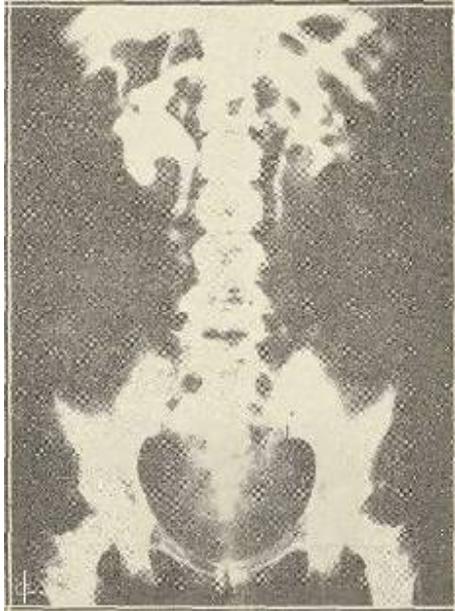
#### POSTOPERATORIO:

Luego la **enferma** fue trasladada al servicio en donde se colocó en posición de **Fowler**, adaptándose al extremo de dicha sonda un tubo de hule que se conectó a un recipiente para recoger la orina. Se le hizo una venoclisis de 1 litro de Dextrosa al 55% y se le administraron 200.000 unidades de Penicilina cada 24 horas durante 3 días. Se le administró Láudano de Sydenhan para constiparla; se le empezaron a administrar **líquidos** por la boca al segundo día y sólidos al quinto; desde el primer día de la operación se le ordenaron cambios de posición cada media hora, acompañados de movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores y de inspiraciones profundas y esfuerzos de tos, para evitar las complicaciones de orden vascular o respiratorio.

La sonda rectal fue retirada a los ocho días; la enferma empezó a vaciar su recto al principio, cada hora, sin que existiese ninguna pérdida involuntaria de orina por el recto; después cada

3 horas y al salir del hospital —tres semanas después—, cada 4 horas.

Antes de darle su alta se le hizo una Pielografía descendente con objeto de comprobar el estado de los cálices y pelvis, así como del trasplante. (Fig 7).



El informe del Radiólogo Doctor A. C. Midence, fue el siguiente: Trayecto ureteral consistente con lo que se anticipa post-operatoriamente. La inserción se constata a nivel de la porción superior de las articulaciones sacroilíacas. Hay líquido en el sigmoide. Moderada ureterectasia e Hidronefrosis derecha.

Este acto operatorio, siguiendo la técnica del Profesor J. Iglesias de la Torre, fué ejecutado en 2 horas, sin ningún accidente. El post-operatorio fue feliz; y la enferma fue dada de alta 3 semanas después, completamente restablecida, como puede verse en la Fig. 8.

#### A MANERA DE COMENTARIO:

He leído con interés, la observación de "IMPLANTACIÓN BILATERAL DE LOS URÉTERES EN EL RECTO-SIGMOIDEO EN UN SOLO TIEMPO POR FÍSTULA VESICO-URETRO VAGINAL DE ORIGEN OBSTETRICO," de mi estimado colega y amigo el Doctor Juan Montoya Alvarez; ya nos conocemos en estas



labores y he tenido el gusto de operar un caso éxitoso con él. Después pude hacer otra operación con igual suerte, de manera que hemos bregado juntos y me alegra que aquella primera operación que hicimos, lo haya entusiasmado a tal extremo de que hoy alabe en él, y lo felicite, por su constancia al operar tantas veces la misma fístula (ésto también ha pasado a muchos eminentes cirujanos, ya hubo quien operó 80 veces la misma enferma) y que no teniendo el éxito que se buscaba, hiciera la operación lógica, del transplante ureteral, y claro, con su experiencia ya, y el hecho de haber escogido el procedimiento del Doctor Iglesias de la Torre, obtuvo el triunfo deseado.

No quiero que pase desapercibido, el valor y decisión de esta clase de ENFERMAS que pasan por todo, y se exponen grandemente a perder la **vida**, quizá, porque la pena que trae consigo esta enfermedad, sea más fuerte que la muerte.

Tegucigalpa, noviembre 13 de 1948.

Dr. **Juan A. Mejía M.**

*Un Interesante Caso de Adenoma Tóxico de la  
Tiroides. Perniciosa Influencia de la  
Superstición y del Curanderismo*

**Por** el Dr. Víctor Herrera A.

Honorables Miembros de la Junta Directiva,  
Distinguidos Colegas:

De conformidad con lo dispuesto por el Reglamento Interior de la Asociación Médica Hondureña, vengo a presentar ante vuestra ilustrada consideración, este humilde trabajo científico, cuyo título arriba específico, al ser admitido como miembro activo en dicha Asociación.

Antes de referirme al caso especial que nos ocupa, quiero hacer una somera consideración sobre la clasificación **clínica** de las enfermedades de la glándula tiroides, especialmente en lo que se refiere al Hipertiroidismo, dentro del cual se encuentra comprendido el caso particular que hoy presento.

**CLASIFICACIÓN CLÍNICA:**

Bocio coloideo, bocio simple, estruma. Tiroides aumentado, vesículas llenas de coloide.

ADENOMA: Bocio nodular. Tumor benigno de la glándula tiroides.

a).—Sin síntomas generales.

b).—Con hipertiroidismo, adenoma tóxico.

BOCIO EXOFTÁLMICO: Enfermedad de Graves. Enfermedad de Basedow. Tireotoxicosis. Hipertiroidismo.

TIROIDITIS. Inflamación aguda o crónica de la glándula.

MIXEDEMA. Disminución de la actividad de la tiroides en el adulto, hipotiroidismo.

CRETINISMO. Disfunción de la tiroides en la infancia con retraso del crecimiento.

PROCESOS MALIGNOS: El Comité de la Asociación Médica Americana para el estudio del bocio, propone en estos procesos, la siguiente clasificación:

Tipo 1.—Bocio difuso no tóxico.

Tipo 2. —Bocio difuso tóxico. Tipo

3.—Bocio nodular no tóxico. Tipo

4.—Bocio nodular tóxico.

En esta última clasificación, al Tipo 2, corresponde el Bocio Exoftálmico, llamado también: Tirotoxicosis primitiva, enfermedad de Parry, Basedow Graves.

En el Tipo N<sup>o</sup> 4, queda comprendido el Adenoma Tóxico de la Tiroides. Tirotoxicosis secundaria, bocio basedowificado, enfermedad de Plummer.

No me referiré a la anatomía de la glándula tiroides, bien conocida por todos vosotros, pero si, me detendré en algunas consideraciones sobre la fisiopatología, especialmente a lo que al Hiper-tiroidismo se refiere.

Las diversas manifestaciones patológicas del tiroides se comprenden con mayor claridad si las apreciamos partiendo de nuestros conocimientos **fisiológicos**. Sabemos que el tiroides almacena yodo y elabora sustancias que lo contienen; las más importantes son: la tireoglobulina y la hormona tiroxina, que controlan el metabolismo y crecimiento. Esta glándula, desprovista de conductos excretores, difiere de otras glándulas **similares** en varios importantes aspectos. Como la hipófisis, el páncreas y las suprarrenales, produce hormona, pero posee una irrigación particularmente rica en relación con su tamaño. Su circulación sanguínea en reposo, por gramo y por minuto, supera normalmente a la de cualquiera otra parte del organismo, y la capacidad de aumentar su circulación en circunstancias anormales y patológicas, es muy grande. Por otra parte, aunque el yodo se encuentra en cualquier parte del cuerpo en proporciones muy pequeñas, la glándula tiroidea lo contiene en una concentración mucho más elevada. Como se sabe, este metaloide se encuentra en la tiroide en combinación orgánica y en forma inorgánica, aunque solamente la primera forma está presente en la tiroxina. La pequeñísima parte de yodo inorgánico es transformado por la misma tiroides en combinación orgánica para formar la di-yodo-tiroxina, que en último extremo, termina por convertirse en hormona tiroxina. El almacenamiento normal de estos compuestos se efectúa uniéndose con una globulina y se acumula dentro de los espacios glandulares en forma de yodo-tireo-globulina. La liberación de la tiroxina en cantidades aproximadas a un tercio de miligramo por día dentro de la circulación general, tiene lugar, posiblemente, por la piteolisis de la yodo-tireo-globulina. La tiroides funciona entonces como un acumulador de yodo, como una fábrica de tiroxina y como reguladora de esta hormona en el organismo. Analizando lo anteriormente expuesto, vemos que el problema tiroideo es un problema de yodo, ya que actúa como agente desencadenante que en cualquier momento puede poner en movimiento cambios patológicos y quizá **hiperfisiológicos** en las células glandulares.

Según Marine, la carencia de yodo determina en la tiroides los siguientes cambios: en primer lugar, **hay** un aumento en la circulación de la glándula, lo mismo que en el peso de las células del parénquima con pérdida de coloide; plegamento en exceso del epitelio, o hiperplasia. Puede ocurrir una atrofia por agotamiento o una reversión hacia una fase de reposo en la que la irrigación sanguínea decrece y la sustancia coloidea, aumentada en cantidad, pero pobre en yodo, distiende los acini, cuyas células se aplanan. Este estado puede dar lugar al bocio coloideo. Es esta una forma inestable, semi-compensada a la que tarde o temprano puede seguir una fase activa de hipertrofia o de hiperplasia, dando lugar al crecimiento adenomatoso que al sobrepasar los límites fisiológicos

puede desencadenar los síntomas del Bocio Tóxico. Hay varios factores aun desconocidos que contribuían en la precipitación de la fase hiperplásica, pero la deficiencia parcial o total del yodo es un factor importante en el desencadenamiento del cortejo sintomático en el bocio tóxico, como lo evidencia la acción bienhechora del citado metaloide al mejorar la mayor parte de los síntomas en tan dramática enfermedad.

Debemos tomar muy en cuenta si, que esta sintomatología, no depende directamente del yodo en sí mismo, sino más bien de la hormona que lo contiene, la tiroxina, producida y regulada por la tiroides. Sin embargo, la pobreza yodada inducida por factores secundarios, provoca una falla en la acción reguladora del almacenamiento de tiroxina. Al aumentar la actividad de la circulación que abastece a la glándula, se forma un círculo vicioso, haciéndose imposible la regulación, hormonal, dando por resultado, una intoxicación limitada por la tiroxina que se filtra fuera de la glándula. El exceso de tiroxina en la circulación general aumenta la actividad de todas las células, exagera la producción de calor y da origen a los síntomas tóxicos. Esto último provoca un aumento<sup>1</sup> del metabolismo basal y una inútil sobre actividad de las células del organismo que puede elevar el metabolismo total hasta 6.000 calorías por día, llevando rápidamente al organismo a un grado de extremo enflaquecimiento.

Según opinión de DU Bois y un buen número de otros médicos sobre los aspectos clínicos de los adenomas y de los adenomas tóxicos, ha cambiado mucho últimamente. Esto lo pone de manifiesto el informe del Comité Clasificador de la Asociación Médica Americana para el Estudio del Bocio antes citado, que incluye los adenomas dentro del bocio nodular no tóxico y bocio nodular tóxico. En un tiempo se creyó que el Bocio Exoftálmico y el adenoma Tóxico presentaban diferencias etnológicas, sintomáticas, de evolución y tratamiento, pero esos mismos médicos consideran actualmente que no existe una diferencia esencial entre ambas entidades nosológicas, sino más bien, variantes clínicas de una misma enfermedad, aunque nosotros no comparamos del todo con esa opinión, como lo veremos adelante al tratar del diagnóstico diferencial.

Expuesta con algún detalle la clasificación clínica, y la fisiopatología de la glándula tiroides, especialmente en lo que a tirotoxicosis en general se relaciona, quiero exponer ahora el caso especial, objeto de este trabajo.

Se trata del Señor S. G. Ramírez, de 51 años de edad, casado, agricultor, nacido y vecino de la ciudad de Olanchito, Departamento de Yoro, que se presenta a mi Clínica el 10 de mayo de 1945, quejándose de una gran excitación nerviosa, un acentuado temblor, especialmente en los miembros superiores e inferiores; una continua pérdida de peso, frecuentes palpitaciones, miedo acentuado, sobre todo por la noche que no puede soportar estar solo, y cansancio al menor ejercicio; síntomas que viene notando<sup>1</sup> desde hace más de un año, pero que en los últimos dos meses se han acentuado en forma tal, que ya lo tienen seriamente preocupado.

Entre los antecedentes hereditarios y colaterales no se evidencia nada de importancia; y entre los personales, fuera de algunos ataques palúdicos por ser endémica esta enfermedad en su lugar de origen, solamente ha notado la presencia de un pequeño tumor en la parte anterior del cuello, que data desde que tenía 15 a 18 años de edad, pero que nunca le ha molestado en lo absoluto, por cuyo motivo, no le ha dado la menor importancia. Contrajo matrimonio a los 25 años, dando origen a 10 hijos, de los cuales viven seis en excelente estado de salud, y siempre, a excepción del último año, disfrutó de un buen estado general, con un peso corporal que oscilaba entre 200 a 215 libras.

En cuanto al inicio de sus dolencias actuales, no<sup>1</sup> puede precisar con exactitud, pero dice que hace más o menos un año, notó que sus energías iban decayendo, que se fatigaba con poco ejercicio<sup>1</sup> corporal, que su apetito le faltaba con frecuencia y que su peso decrecía en forma apreciable, pero que, esto último lo atribuía a que comía menos y a su contiuo trabajo. A nada de lo anterior le daba mucha importancia, pero que a principios del mes de marzo del mismo año, es decir, poco más de dos meses antes de presentarse en consulta, todos sus síntomas se fueron acentuando de tal manera que se vio precisado a solicitar nuestro<sup>1</sup> servicio profesional.

**EXAMEN CLÍNICO:** Hombre de más de seis pies de altura, color blanco, con un peso de 150 libras, con gran pérdida del pánículo adiposo y adelgazamiento de las masas musculares, piel húmeda. Al examen del cuello, notamos la presencia de un pequeño<sup>1</sup> tumor de consistencia adenomatoso como del tamaño de una bola de base-ball, que se confunde con el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides, pero que deja indemna el istmo, lo mismo que el resto de la glándula. Me llama 3a atención el exceso de vascularización, a nivel de la región adenomatosa, que contrasta con el aspecto normal del i esto de la ya citada glándula. Al pedir al enfermo que trague un poco de agua, se aprecia perfectamente el desplazamiento del tumor, simultáneamente con los movimientos de la tráquea.

El examen del aparato circulatorio, muestra el área cardíaca ligeramente aumentada de tamaño; pulso: 130 por minuto, tensión arterial: 125x85. En el aparato digestivo y respiratorio no se evidencia nada de importancia; y las manifestaciones neuro-musculares son las mismas expuestas en el interrogatorio con un marcado aumento en los reflejos cutáneos y tendinosos. Órganos de los sentidos, normales, pues no se evidencian signos oculares.

Analizando el cuadro clínico anterior; nos encontramos en presencia de un hombre que pasa de los 51 años de edad, poseedor de un adenoma del lóbulo izquierdo de la tiroides que data desde su adolescencia; acentuada pérdida de peso, taquicardia, hipertensión arterial y temblor, con una marcada inestabilidad de su sistema neuro-vegetativo, con fenómenos nerviosos y alteraciones del psiquismo, aunque con ausencia de exoftalmía y demás signos oculares. Considerando detenidamente los antecedentes de este enfermo y la evolución de su proceso, veremos que éste se ha iniciado desde

en la adolescencia, en forma de un adenoma simple o bocio nodular no tóxico, y que en el transcurso del tiempo, en que sin notarlo él mismo, han ido apareciendo lentamente los pequeños síntomas de la toxicidad que no<sup>1</sup> le han molestado en lo más mínimo y por cuyo motivo nunca, dio importancia a su pequeño tumor y mucho menos se le ocurrió consultar a un médico por dicha causa hasta que esos síntomas se le presentaban en forma alarmante.

Estamos pues, en presencia de un ADENOMA TOXICO.

Tenemos que diferenciar el ADENOMA TOXICO o BOCIO NODULAR TOXICO de la tiroides, del Bocio Exoftálmico o Bocio difuso tóxico de la tiroides, en que, mientras este último se instala bruscamente, como una entidad pura, sin que exista con anterioridad el bocio, en el caso que nos ocupa, éste ha precedido en muchos años, a la completa aparición de los síntomas que hemos expuesto. La enfermedad de Basedow es autóctona, cuyos síntomas totales o parciales aparecen simultánea y a veces muscamente; el adenoma tóxico, es la transformación de un bocio simple en tóxico, sin que necesariamente se presente la exoftalmia y demás signos oculares.

Después de haber hecho el Diagnóstico Clínico<sup>1</sup> de Adenoma Tóxico, y aunque no me fue posible entonces conocer su metabolismo basal, para mejorar su sintomatología y poder enviar este enfermo al Cirujano, le ordené un absoluto reposo físico y mental, sedantes nerviosos y por no disponer aquí de T ourea y Tiouracil, tan indicados últimamente, me contenté con la clásica solución lugol, 5 gotas tres veces al día en orden ascendente, hasta tomar 30 gotas d'arias. Veinte días después su estado general era completamente satisfactorio, el pulso había bajado a 90; el temblor casi había desaparecido, recuperó algunas libras, mejorando igualmente su psiquismo. En estas condiciones, con una atenta carta, lo envié con fecha 7 de junio, a mi recordado maestro Dr. Salvador Paredes, quien inmediatamente le hizo practicar en la Policlínica el metabolismo basal y demás exámenes complementarios, y que dio por resultado un metabolismo + 45. Por telégrafo me avisó el mismo Dr. Paredes el resultado del examen, diciéndome a la vez que se disponía a operar, pero en ese momento, surge lo que he considerado como "Superstición" y "Curanderismo." Los parantes y amigos en Olanchito, del Sr. Ramírez, aconsejados por los curanderos *que* desgraciadamente abundan en ese lugar, le pidieron que *llo* no se dejara operar, pues no podían aceptar que un tumor que llevaba encima más de 40 años, pudiera producir tan alarmante enfermedad, lo que ellos atribuían a lo<sup>1</sup> que han dado e-a llamar "MALEFICIO." Pocos días después el paciente regresaba a su hogar en las mismas condiciones, y al desaparecer los efectos de mi primer tratamiento yodado, se presentó nuevamente el cortejo sintomático en toda su plenitud, agravado por los brebajes que a diario le hacían ingerir los curanderos que solícitamente le trataban.

Durante el resto de ese mismo año y sin ningún tratamiento científico, los síntomas se hicieron más y más alarmantes, especialmente la pérdida de peso que llegó a un estado casi de caque-

## *MÉTODOS SOMÁTICOS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO*

Por el Dr. Kamón ALCEKKO CASTRO

Educado en la escuela organicista y sin preparación psicológica universitaria, nuestro médico piensa inmediatamente cuando se habla de tratamiento, aún cuando sea el de enfermedades mentales sin base orgánica, en medios materiales de acción modificadora sobre el trastorno psicológico. Y aún en donde el estudio de los problemas de medicina mental ha avanzado grandemente y se concede toda la importancia que tienen a los métodos psicológicos de terapéutica —higiene mental, terapéutica de sugestión, de persuasión, estudio de la personalidad (a través de los métodos de diferentes escuelas: psicoanálisis freudiano, psicología analítica (Jung), psicología individual (Adler), análisis distributivo de Meyer, psicoanálisis anortodoxo, psicoterapia activa, psicoterapia breve, psicoterapia de grupo —psicagogía, terapéutica ocupacional y recreativa, ayuda religiosa, etc.— se continúa haciendo uso de los procedimientos de acción somática a que hacemos mención.

Por nuestra parte fueron los primeros con que nos pusimos en contacto cuando iniciamos nuestros trabajos de psiquiatría en el Departamento de Neuropsiquiatría del Hospital General de Tegucigalpa en 1941. Y siendo las grandes psicosis (sobre todo es-

xia, con solamente 115 labras, y fue entonces cuando sus parientes y amigos se dieron cuenta de la dura realidad, y el 28 de noviembre de ese mismo año, lo trasladaron a Estados Unidos en un supremo esfuerzo por salvarlo, pero su estado era tan grave, que al solo llegar al Hospital Tauro, murió el día 4 de Diciembre.

Si el Dr. Paredes hubiera extirpado el lóbulo izquierdo de la tiroides, que era solamente la parte afectada, es probable que a la hora presente, el Sr. Ramírez viviría aun para la felicidad de esa familia que no se perdona el grave error cometido al aceptar los consejos de personas ignorantes.

Ojalá que las honorables Juntas Directivas de las Facultades de Medicina y Farmacia, intensifiquen sus esfuerzos para terminar con esa plaga de curanderismo que tantos males está causando, especialmente entre nuestra gente humilde.

Endocrinología Clínica por E. B. del Castillo; J. Reforzó Membrives; F. A. de la Balze; y C. Galli Mainani. Enfermedades de la Glándula Tiroides, por E. F. Du Bois. Tratamiento de la Tirototoxicosis, por Walter R. Campbell (The Canadian Medical Association). Bocio Tóxico, por el Dr. Carlos P. De Incola Los Hipertiroidismo, por A. Wyss e I. Abellin.

quizofrenías en todas sus formas y psicosis mánico-depresiva), las que se admiten en ese departamento en mayor número; y siendo ellas las meaos accesibles a la psicoterapia, hemos continuado en contacto íntimo con aquellos métodos en que nos inciamos el 41 y los que después hemos tenido oportunidad de conocer y aplicar en ese mismo departamento y en nuestro pequeño hospital privado.

Sin creer que los métodos orgánicos de tratamiento deben de ser lo primero en los hospitales mentales, considero que han de tenerse muy en cuenta y que constituyen una ayuda invaluable. Slater y Sargant tienen razón al escribir que "se ha llegado a la etapa en la que una gran proporción de las personas admitidas a un hospital mental habrá de recibir los beneficios de algún método de tratamiento físico; y lo mismo gran número de pacientes que nunca llegan a esos hospitales." Y que "el adevnimiento de los métodos físicos de tratamiento en psiquiatría ha tenido por efecto acercar mucho más a ésta a la medicina general."

En esta síntesis haremos referencia a: 1) Dietética. Uso terapéutico de vitaminas. Endocrínicos. 2) Sedantes y estimulantes. 3) Insulina. 4) Terapéutica convulsiva. 5) Psicocirugía. 6) Malarioterapia.

#### 1).—DIETÉTICA.—USO TERAPÉUTICO DE VITAMINAS.— ENDOCRINICOS

Desde luego hay que prestar gran atención a la dieta de los pacientes mentales. Son muy frecuentes entre ellos los trastornos del apetito y habrá que tratar de que ingieran cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasas y minerales. Aquí como en todas partes no puede haber una separación de lo físico y lo mental y la presentación de los alimentos en forma atrayente, la variación de los mismos, la formación de pequeños grupos de pacientes para la hora de comidas, la actitud solícita de enfermeras y ayudantes, harán de las comidas algo placentero que invite al paciente a comer. El uso de vitamina B1 puede ayudar a mejorar el apetito y puede tener que usarse el complejo B en tabletas o jarabe. A veces se hace necesaria la alimentación con cuchara para muchos pacientes que no comen por sí mismos. Hay que evitar en lo posible llegar a la alimentación por sonda; siempre desarrolla antagonismos entre el paciente y el personal, inclusive el médico, que es quien ha de hacer el-gavage. Siempre se explicará al paciente la necesidad de recurrir a ese método. Hay que preferir la vía nasal porque la oral es más difícil ya que el paciente trata de morder la sonda, hay que hacer uso de abreboca, etc. No será infrecuente la necesidad de envolver al paciente en una sábana seca y hacer el sondaje con él en decúbito. Se aconseja hacer dos sondajes al día pero en repetidas ocasiones será preferible hacerlo tres veces con cantidades menores de la mezcla alimenticia. Esta debe de introducirse sin rapidez con objeto de evitar los vómitos (que a veces se presentan de todos modos). Se tratará de que el paciente llegue lo más pronto posible a tomar alimentos' por la

boca y suprimir luego los sondajes. No hay que usar la sonda como una amenaza para que el paciente coma. La investigación del por qué de la anorexia y la persuasión serán siempre mejores métodos.

Para la alimentación por sonda se debe preparar una mezcla que se acerque o pase de 3.000 calorías por día: por ejemplo: 6 huevos, 1320 c. c. de leche, 180 c. c. de crema, 170 grs. de dextromalto, 6 grs. cloruro de sodio, 100 c. c. de jugo de naranja (dados por separado). Se puede añadir tiamina, riboflavina y ácido nicotínico si es necesario.

A propósito de vitaminas, cuando hay necesidad de ellas por supuesto que hay que usarlas como arma terapéutica. En los síndromes psiconeuróticos derivados de la carencia de B1 o B2, la acción benéfica de los elementos disminuidos es indudable. En las manifestaciones mentales de pelagra y en las de la psicosis de Korsakoff hay que hacer el suministro de las vitaminas caren-tes. Hay que suplementar con complejo B y otras vitaminas porque las carencias muy raras veces son únicas sino que por el contrario hay siempre otras hipovitaminosis asociadas.

La ayuda de la endocrinología a la Psiquiatría es por el momento bastante escasa. Se especula mucho sobre la posibilidad del uso de preparados hormonales para el tratamiento de desórdenes psicológicos; pero en la práctica poco se ha obtenido. EH donde se creyera, que la acción hormonal pudiera tomar una parte de gran determinación en la evolución de la enfermedad, como en las depresiones involutivas, los resultados no han correspondido a las esperanzas. Al presente nada prueba que los preparados estrógenos influyeran beneficiosamente las depresiones involutivas de la mujer. Puede mejorarse la sensación de bienestar y aumentar un poco el peso; pero la depresión persiste. No se ha comprobado que el número de recuperaciones después de tratamientos hormonales sea mayor que el de las recuperaciones espontáneas.

Para otras manifestaciones de la involución (insomnio, reacciones somáticas a tiranteses ambulantes, etc.), la hormonoterapia es efectiva. En el hombre tampoco se influye sobre la depresión, pero puede mejorarse el estado de fatiga, el peso y la sensación de bienestar.

En la esquizofrenia puede haber trastornos endocrínicos precipitantes o contribuyentes. Hoskins ha estudiado la influencia de diversas endocrinopatías y ha obtenido buenos resultados sobre el curso general de la esquizofrenia en algunos casos, por la corrección de la endocrinopatía.

Los avances de la endocrinología hacen prever que en el futuro, se obtendrán nuevos datos sobre el uso de las hormonas en psiquiatría.

## 2) SEDANTES E HIPNÓTICOS

**Hidroterapia.** — Desde poco tiempo después de Pinel se ha sabido y aprovechado del beneficio de la hidroterapia como medio

sedante en algunas reacciones mentales. La agitación psicomotriz, la angustia, el insomnio, la agitación de las psicosis tóxicas y ciertas manifestaciones depresivas se ven mejoradas por la hidroterapia.

Se usan, al presente, sobre todo los baños calientes continuos, los empaques fríos y los baños fríos de manguera. Los primeros se aplican de preferencia en bañeras especiales en las que mantiene una corriente continua de agua calentada a 37° C. El paciente se acuesta sobre una hamaca que se suspende dentro de la bañera; queda sumergido hasta los hombros. Sobre la cabeza se pone un paño mojado en agua fría. El baño *no* debe durar menos de tres cuartos de hora y de preferencia se aplicará durante varias horas al día, protegiendo la piel con una unción aceitosa (Cold cream, etc). En donde no se disponga de los medios especiales **siempre** podrá improvisarse una bañera que se adapte a los fines que se persiguen.

El empaque húmedo consiste en la aplicación al cuerpo desnudo del enfermo de una sábana mojada en frío, la cual se mantiene en posición adecuada por medio de otras sábanas envolventes. La cama en que ha de hacerse el tratamiento se protege por medio de un ahulado y sobre éste se colocan dos colchas de lana. Sobre éstas se extiende la sábana mojada después de haberla retorcido; se acuesta sobre la última al paciente y se envuelve en ella de los hombros hacia abajo, cuidando que no halla arrugas en la sábana y que pliegues de ésta separen las extremidades inferiores entre sí, y las superiores del tronco. Después se envuelven las colchas y se sujetan con ganchos de seguridad. Se colocan compresas frías en la cabeza. Se vigila el pulso en la arteria temporal. El paciente puede permanecer en el empaque una o dos horas. A veces hay reacciones desfavorables que se manifiestan con calor o frío excesivos, enrojecimiento de la cara, agitación, aceleración del pulso, cianosis de los labios, sudoración fría de la frente y depresibilidad del pulso.

Sedantes químicos. — Los sedantes químicos son usados con mucha más frecuencia y entre ellos se piensa más en los bromuros y barbitúricos.

Parece que actualmente hay más tendencia a su uso más frecuente y más prolongado, sin los excesivos temores sobre la habituación que antes se han tenido. Esto es válido sobre todo en lo que se refiere a la neurosis. Las siguientes frases de Sargent y Slater probablemente resumen lo que al respecto piensan los que propician su uso: "Debemos estar preparados para dar al paciente lo que necesita cuando esté claro que lo necesita, y no disuadirnos por peligros **ilusorios**. Esto es especialmente el caso cuando la Psicoterapia y los reajustes ambientales han fracasado en producir un beneficio substancial."

Hasta hace poco y tal vez en el presente, los bromuros han sido los sedantes más comúnmente empleados. Tienen acción cortical y provocan una disminución de la motilidad y del intelecto. Se eliminan muy despacio y se acumulan. Su desplazamiento de la

sangre está en relación con la ingestión de cloruros, con la de líquidos y con el estado renal; tres condiciones que en lo común no se investigan al prescribir bromuros. A pesar de su acción sedante no son grandes hipnóticos. Hay quienes creen que sus resultados son mejores en los estados de tensión psicológica dependientes de factores ambientales.

Los barbitúricos se vuelven cada día más populares en el mundo médico y ello parece estar bien justificado. Entre sus ventajas se cuentan su eliminación rápida, su no acumulación y su falta de síntomas derivados de su suspensión. Todos deprimen el centro respiratorio. No hay que repetir que su administración debe de ser controlada y su venta posible sólo bajo receta. Entre ellos el Fenobarbital se absorbe lentamente y su acción se prolonga más tiempo. Es muy útil en el tratamiento **sintomático** de la angustia y la ansiedad. Su efecto hipnótico es secundario, causado por la calma que el paciente puede derivar del uso del fenobarbital en el curso del día. EL AMYTAL sódico y el SECONAL sódico se absorben y excretan más rápidamente. Se usan como sedantes y como hipnóticos (5 a 15 cgrs. en el primer caso y 20 a 40 cgrs. en el segundo).

En las emergencias, en los grandes pánicos y en las grandes agitaciones de los psicóticos se puede hacer uso de los barbitúricos por la vía endovenosa (se usan el evipán pentotal, somnifene, dial, amytal sódico). También se aprovecha la misma vía o la subcutánea y oral para producir narcosis continua, un método de tratamiento que goza de menos favor que otros procedimientos de acción somática. Durante él se mantiene dormido al paciente veinte de cada veinticuatro horas. Las que pasa despierto se aprovechan para alimentación, cuidados de limpieza y evacuación vesical e intestinal. Este método se usa en los casos prolongados de histeria mayor; en estados de angustia con gran agitación; en las exaltaciones de los maníacos y las depresiones de los melancólicos. También se han obtenido algunos resultados buenos en las depresiones equizofrénicas. La limitación de su empleo, aún en los casos mencionados, se debe a que existen procedimientos que dan mejores resultados, en menos tiempo y con menos riesgos. Nos referimos a la terapéutica convulsivante eléctrica y a los shocks insulínicos.

Cuando se decide su empleo, el tiempo de aplicación de la narcosis continua es de unos cuantos días a doce semanas.

Dos usos más de los barbitúricos por vía endovenosa los constituyen el narcoanálisis (con hipnoanálisis) y la narcosis. En el primero se usan los barbitúricos para producir un estado hipnótico que facilite el análisis haciendo más fácil la catátesis. El mismo estado puede utilizarse para introducir una sugestión (hipnoanálisis). Con la segunda el objetivo es el esclarecimiento rápido de un determinado trauma o conflicto. El material revelado y el que pueda traer a través de las asociaciones que provoque su conocimiento se usa después para la síntesis psicopatológica de la situación. Este último método fue agudamente usado en la segunda guerra mundial como procedimiento invaluable de psicote-

rapia activa breve. En la vida civil continúa siendo un gran auxiliar en casos bien seleccionados (en los que ayudara a vencer las resistencias inconscientes) y en aquellos otros en que la neurosis haya sido precipitada por un accidente traumático-emocional.

No dejemos la reseña sobre **hipnóticos** sin mencionar al paraldehído, poderoso entre ellos, con ja ventaja de no deprimir al corazón. Se puede usar, además, por vía oral, rectal o subcutánea. *No* hay que prolongar mucho su empleo.

**Estimulan** tes. — Entre las drogas estimulantes, el sulfato de benzedrina es la más usada, debido, sin duda, a su bien demostrada acción. En cada caso hay que determinar primero la sensibilidad individual. Como en algunos individuos desencadena acciones colaterales molestas, como temblor, palpitaciones, etc., se aconseja en ellos la asociación con un barbiturado. En los que obtienen un. mejor resultado de la benzedrina provoca una mayor resistencia al ti abajo y una euforia que disminuye a medida que se continúa su uso. En los estados depresivos su acción se limita -a disminuir el retardo conativo y a mejorar algo el poder de concentración. No conviene su uso en la esquizofrenia. Por mucho tiempo se ha aconsejado su uso en el tratamiento de las depresiones de los alcohólicos. Y se ha principiado a obtener algunos beneficios de su aplicación en el tratamiento de problemas conductuales en niños con anormalidades electioenfalográficas.

### 3) TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA POR MEDIO DE LA INSULINA

El uso de la insulina en el tratamiento de la esquizofrenia fue iniciado en Viena por Sakel. Este la había usado para controlar los síntomas que producía la suspensión de la morfina en los adictos. Supuso que también podía ser útil en la esquizofrenia y experimentó en algunos enfermos entre los cuales se notaron resultados muy favorables. El método se extendió rápidamente. Las estadísticas muestran que si el tratamiento se inicia temprano, los resultados son mejores; según la estadística de Bond, en esquizofrenias de 18 meses de duración 67% curaron o mejoraron mucho, si el tratamiento se dio antes de llegar a esa fecha, y si se hizo después de ella sólo el 30 CV tuvo resultados beneficiosos. Entre los pacientes tratados con insulina y recuperados, y los no tratados pero con recuperaciones espontáneas, hay una proporción de 3:1. Sin embargo, en unos y otros sobrevienen recaídas; a veces nuevas recuperaciones y nuevas recaídas. Las recaídas de los tratados con insulina con frecuencia responden de nuevo favorablemente a una nueva terapéutica insulínica.

Entre más corto ha sido el curso de la enfermedad, tanto en los que se refiere a síntomas abiertos como a los insidiosos y escondidos, tanto más probabilidades de éxito se tendrá. Se aconseja hacer el tratamiento aún cuando no se muestren cuadros esquizofrénicos típicos, en vez de esperar a tener todas las manifestaciones de la anormalidad, Si el tratamiento es bien conducido,

con personal debidamente entrenado, los riesgos son relativamente pequeños (90 muertos en 12.000 pacientes tratados, según estadísticas de los Estados Unidos). Probablemente la proporción es menor en unas clínicas y mayor en otras, según el grado de entrenamiento de su personal.

Contraindican el tratamiento insulínico la insuficiencia cardíaca avanzada, la diabetes, la insuficiencia hepática, la renal y la enfermedad de Basedow.

Otro de los riesgos del tratamiento podría ser la aparición de un déficit mental consecutivo; éste se presenta pocas veces y no tiene siempre gran duración. Puede presentarse cuando se han hecho muchos comas profundos, y, con más seguridad, después de comas irreversibles. En estos casos la situación puede transformarse en permanente en forma de una psicosis de Korsakoff.

Hay que darse cuenta de la responsabilidad que implica instituir un tratamiento por comas insulínicos. No deben ser llevados a cabo sin un conocimiento teórico de su técnica y mejor aún después de un período de entrenamiento en un servicio en donde se practiquen adecuadamente. Una enfermera no puede atender más de tres pacientes en tratamiento insulínico; y ello si están en la misma pieza en donde puedan vigilarse simultáneamente.

Se necesita tener listos jeringas hipodérmicas de 1, 5, 10 y 20 c. c.; agujas apropiadas para inyecciones endovenosas, pailas pequeñas; esfigmomanómetro, tiralenguas, abre bocas, aparatos para la administración de oxígeno y CO<sub>2</sub>. inyectables de adrenalina, morfina, escopolamina, cloruro de calcio, amytal sódico, atropina, coramina, ácido nicotínico, tiamina, sondas estomacales en buen estado de paso nasal, lubricante, papel litmus, una solución glucosada al 33%, (té o naranjada, de la cual hay que tener 600 c. c. por paciente). Jeringas de 20 c. c. llenas de solución glucosada al 33%, estéril para uso endovenoso; frascos conteniendo la misma solución, así como copas estériles en que poder vertirlas; solución salina isotónica en 5% de glucosa. Es indispensable que se lleve el cuadro habitual de temperatura, pulso, respiración, etc., y además un cuadro especial de tratamiento insulínico en el que se anote los pormenores del mismo.

Se inicia el tratamiento con dosis de 10 a 20 unidades de insulina pura, la cual se inyecta en el músculo. De día en día se aumentan 10 a 20 unidades hasta llegar a encontrar la dosis individual suficiente para provocar un coma. Este varía considerablemente de unas personas a otras, pudiéndose a veces llegar hasta trescientas unidades de insulina. En el caso que se encuentren dificultades en llegar a una dosis shockante se disminuye rápidamente la dosis en cuarenta o más unidades, y al día siguiente se vuelve a subir a la cantidad anterior. Una vez alcanzada la dosis chocante hay que tratar de disminuirla hasta encontrar la menor dosis capaz de provocar iguales resultados. Como durante el tratamiento puede haber aumento de la sensibilidad a la insulina, es posible llegar a usar la mitad de la que se necesitó en el principio.

Los tratamientos se hacen seis días por semana; pero reduciendo la dosis del sexto día a la mitad, El séptimo día es de descanso.

A medida que se avanza, en el tratamiento, el paciente llega a entrar en un período de sopor que más adelante llega al coma. El primero se reconoce por la pérdida de la palabra, normal y la falta de comprensión cabal de lo que se le habla. Hay desorientación. Debe de tenerse cuidado en no prolongar el sopor más de hora y media cuando no es continuado por el coma, porque en espera de éste puede llegar a un estado hipoglicémico irreversible. La característica del coma se conviene en basarla en la pérdida de los movimientos en los que se refleja un propósito, como el de los conscientes. No hay reacción a los estímulos visuales, auditivos o táctiles. En los primeros días el coma debe interrumpirse a los pocos minutos; después puede prolongarse hasta media hora.

Cuando un coma ha sido muy profundo y ha sido difícil que el paciente salga de él, conviene hacer al día siguiente un coma abreviado. Cuando el coma no se produce entre la tercera y cuarta hora después de la inyección de insulina hay que interrumpir la hipoglicemia. Desde luego hay que vigilar muy de cerca, en todo caso el pulso, la temperatura y la tensión arterial. La baja de la última, la, aceleración del primero, son señales de peligro que indican la interrupción rápida del coma. No hay que esperar a que se colapse la circulación periférica y sea difícil encontrar una vena para la inyección glucosada. Si el tubo nasal no se ha puesto con anterioridad puede haber dificultad en su colocación; y además, en este estado, puede haber vómitos con absorción gástrica lenta.

A veces los pacientes tienen movimientos continuos que junto con la diaforesis excesiva pueden debilitarle mucho. Los primeros pueden evitarse con premedicación barbitúrica. Algunos dan. una parte de la dosis de insulina por vía endovenosa.

Otros signos de coma muy profundo Lo constituyen el temblor y los movimientos de extensión generalizada. A veces después de varias crisis de hipertono de los extensores el paciente se despierta y hay que aprovechar este momento para administrar glucosa oral y no permitir que vuelva al estado comatoso. Puede también haber convulsiones de tipo epiléptico que se presentan antes del coma o cuando éste esté avanzado. El primer caso se puede controlar fácilmente; inclusive y ha veces que el paciente despierta espontáneamente y puede beber soluciones glucosadas. En el segundo caso las convulsiones son señal' de peligro y hay que recurrir pronto a la administración endovenosa de glucosa.

Para interrumpir la hipoglicemia, cuando no se ha ¡llegado al sopor se da a beber al paciente 600 c. c. de solución de glucosa al 33%, en té o jugo de naranja. Si se ha llegado al sopor se introduce la solución por un tubo nasal. Antes de 20 minutos el paciente debe de salir del sopor o coma. Cuando no es así, sobre todo si el coma ha sido profundo, se recurre a la vía endovenosa inyectando de 100 a 250 c. c. de solución de glucosa al 33%. Cuan-

do las comprobaciones del jugo gástrico demuestran, gran, baja de la acidez hay que dar, con o después de la solución azucarada, una cucharadita de cloruro de sodio.

Al despertar el paciente, se da un desayuno ligero. Come de nuevo a la 1 p. m., y después a las seis de la tai de. Puede también, comer algo a las 4 p. m. Hay que precaverse de no dar excesos de carbohidratos y de agregar a las comidas una cápsula de vitamina B1.

El número total de shocks varia en cada caso; llegándose hasta noventa.

Es indispensable referirse al coma irreversible, una de las complicaciones más indeseables del tratamiento **insulínico**. Es un coma en el cual la inconsciencia persiste por horas o días a pesar de la administración de glucosa en las cantidades antes mencionadas. Cuando se instala un coma de esta naturaleza debe **recudirse** a la administración de nuevas cantidades de glucosa hipertónica endovenosa; dando además cloruro de calcio, coramina, vitamina B1, solución salina, isotónica en solución glucosada al 5% (en cantidades de 500 a 1.000 c. c). Hay que calentar al paciente y dar oxígeno con 5% de CO<sub>2</sub>. Si una hora después el estado irreversible continúa, se administra más glucosa hipertónica e isotónica por las vías indicadas y se recurre a la vía oral por sonda nasal, o tubo estomacal. Como la absorción gástrica puede estar muy dificultada hay que cuidarse de extraer cuatro horas después cualquier cantidad de solución que hay en el estómago y cambiarla por una nueva. No hay que descuidar la administración de proteínas.

En ocasiones la muerte es inevitable. En otras se logra la supervivencia del paciente, quedando casi siempre un déficit intelectual no permanente, paresia o parálisis.

No debe de olvidarse que al mismo tiempo que la insulino-terapia conviene hacer psicoterapia y continuar con el régimen sanatorial de ti abajo, diversión y reeducación.

#### 4) TERAPÉUTICA CONVULSIVA

En los últimos años ha llegado a tener gran difusión el uso terapéutico de convulsiones controladas de tipo epiléptico, en el tratamiento de varios desórdenes de tipo mental. El método se remonta a Weickardt, quien lo recomendaba en 1798. Von Meduna, en 1933, actualizó el procedimiento. Weickardt y von Meduna usaban el alcanfor como conculsivante; después se usaron otras drogas como el cardiazol, triazol y picrotoxina. Y por último, llegó a usarse después de Cerletti y Bni (193T) la electricidad como productora de las convulsiones.

El último método es prácticamente el único que se usa actualmente. Parece que la única razón para el uso del metrazol la constituye la falta de aparato **eléctrico**.

El tratamiento se ha mostrado útil sobre todo en las depresiones mentales. En la melancolía **involuntiva** los resultados favorables van del 70 al 90%. Por tanto, el descubrimiento del método

ha sido una fortuna incalculable en una entidad morbosa que antes no había cedido a ningún otro tratamiento. Es cierto que la mayor parte de ellas curaban espontáneamente, pero su duración iba de seis meses a dos años y muchas veces se transformaban en una melancolía, crónica. No era infrecuente la muerte por desnutrición, inanición, suicidio o enfermedades intercurrentes. Con el advenimiento de Los choques eléctricos las curaciones han sobrevenido prontamente. Se recomienda la aplicación del método en la etapa temprana de la depresión, ya que a medida que la enfermedad se hace vieja el paciente con frecuencia se deteriora y parece que hubiera una mayor fijación de los modos anormales de la reacción mental. El número de convulsiones que se provoca varía de individuo a individuo<sup>1</sup>. Algunos buscan como indicación del término del tratamiento un estado de desorientación en tiempo de los pacientes; una pérdida de la memoria para hechos recientes y la presencia de euforia. Pero no es siempre necesario llegar a éste.

En los síndromes maníaco-depresivos se usa menos el choque eléctrico. Sin embargo, acorta las depresiones, si bien es cierto que puede tirar al paciente en un estado hipománico o de manía, de más difícil control. Cuando la manía no es inducida, la convulsivoterapia eléctrica ha dado acortamiento de ella.

En las depresiones reactivas también se obtienen buenos resultados del uso de convulsiones. Un número reducido de ellas rompe el círculo vicioso depresivo y el paciente es entonces más accesible a otros métodos terapéuticos. Si las primeras convulsiones no mejoran al paciente es mejor abandonar el método.

En la esquizofrenia hay quienes indican las convulsiones como terapéutica de fondo; otros sólo como coadyuvante en la modificación de algunos síntomas, sobre todo los depresivos, los estupores catatómicos (se pueden transformar en una agitación catatónica).

En las neurosis los resultados han sido malos o mediocres. En la neurosis de angustia hay que evitarlos. En las manifestaciones de histeria cuando además hay una depresión de fondo, se pueden obtener buenos resultados.

Los riesgos en pacientes bien seleccionados y con una técnica adecuada son escasos. Lo más frecuente son fracturas de los cuerpos vertebrales, casi siempre sin importancia clínica. Se han registrado fracturas de húmero y fémur. Además pueden prolongarse las manifestaciones de déficit cerebral orgánico en personas mayores e hipertensas. La gran contraindicación del choque eléctrico es la descompensación cardíaca, sobre todo si es avanzada. La tensión arterial muy alta debe de hacer que se considere bien la indicación de las convulsiones. La tuberculosis evolutiva es otra contraindicación; se han visto reactivaciones de focos tuberculosos. Se puede precipitar el apareamiento de una neumonía.

De nuevo, el tratamiento por choques eléctricos, no es necesariamente lo único que puede hacerse en el paciente en quien esté indicado: da mayores oportunidades a la psicoterapia y a otras medidas de rehabilitación.

## 5) PSICOCIRUGIA

En 1938 Egas Moniz y Almeida Lima, hicieron las primeras operaciones cerebrales para tratar pacientes mentales. Esas operaciones consistieron en cortes de la sustancia blanca prefrontal (leucotomías). Freeman y Watts en Washington, modificaron la técnica de Egas Moniz, trabajaron en mayor número de pacientes y difundieron el método actualmente en uso en el viejo y nuevo mundo. Recientemente se ha informado de nuevas operaciones cerebrales, esta vez sobre el tálamo óptico, con las que también se obtienen grandes resultados. El mecanismo de acción de las lobotomías y talamotomías es la disminución de la sobrecarga emocional de las ideas anormales; y la posibilidad de reeducación de los pacientes.

Las neurosis obsesivas graves, incapacitantes con conservación de la personalidad en otros sentidos, dan muchos y resonantes triunfos a la psicocirugía, sobre todo si los pacientes son personas de empuje y gran actividad. Estos pacientes también tienen en ocasiones grados variables de angustia que también es modificada por las operaciones. Siguen en la prioridad de indicación las depresiones, sobre todo las involutivas de larga duración que no han cedido a otros métodos.

En las psicosis maníaco-depresivas, en su forma circular y en la manía crónica se obtienen también resultados favorables.

En la esquizofrenia los éxitos son menos numerosos y sólo parciales. Se benefician esquizofrénicos que conservan mucha tensión emocional con estados rumiación obsesiva, y catatónicos hiperquinéticos, destructores, de difícil manejo. Aun cuando los pacientes permanezcan siempre en el hospital, su conducta mejora mucho. Otros son capaces de volver a la vida familiar y algunos de reasumir varias formas de trabajo.

Finalmente, en la paranoia se obtiene un número menor de buenos resultados.

La técnica- pre post operatoria y cuidados de rehabilitación en las lobotomías se han descrito antes.

## 6) MALARIOTEKAFIA EN LA PARÁLISIS GENERAL. Y OTRAS FORMAS DE SÍFILIS NERVIOSAS

Algunas anormalidades mentales de tipo luético o no, y la sífilis, fueron tratadas esporádicamente en los siglos 16 y 17, por medio del calor en forma de baños o por cabinas de vapor' En 1917 Wagner von Jauregg, en Viena, hizo experiencias sistemáticas sobre el tratamiento de la parálisis general por medio del paludismo. En adelante esa enfermedad y otras sífilis nerviosas se han tratado exitosamente por medio de fiebres, ya sea producidas por medios físicos (gabinetes eléctricos), químicos, biológicos o patológicos (parasitarios, malaria, fiebre recurrente). La malaria es el método más fácil de seguir aunque no el más seguro.

La neurosífilis latente debe de ser tratada por piroterapia y evitar así las manifestaciones de la enfermedad. De ser así, el porcentaje de curaciones sería altísimo y las muertes prácticamente nulas. Cuando la neurosífilis está ya en evolución sintomatizada (en diversas etapas) Hutton cita 30% de curaciones, 40 a 50% de mejorías y 20 a 30% de muertes.

Contraindican la impaludización el mal estado general del paciente, la insuficiencia circulatoria y renal.

Técnica, — Se preferirá el uso de terciana benigna. (Vivax), o cuartana (malaria), en donde haya resistencia a la primera. Ya he usado siempre sangre de un palúdico que en cantidad de 5 a 10 c. c. se inyecta en la vena del receptor. Se usa también la inyección intramuscular, o las dos, haciendo una inyección de 2 a 5 c. c. intramuscular y otra igual endovenosa.

El período de incubación dura de 10 a 15 días o más. Desde el 7<sup>o</sup> día se toma la temperatura del paciente cada cuatro horas. Al principio hay hipertermias irregulares, que después siguen el tipo teresiano. En los días en que la fiebre se ha estabilizado conviene tomar la temperatura con más frecuencia (cada media hora). Desde el cuarto día de fiebre se hace control de sangre en frotis delgadas para investigar el índice de parasitismo. El número de parásitos aumenta con el tiempo y si la resistencia general del paciente disminuye, las fiebres deben de interrumpirse si se encuentra más de un plasmodio por campo visto con inmersión 1/2 pulgada y ocular 2. La interrupción de las fiebres puede ser sólo temporal, por medio de thioibismol.

Lo mejor es provocar de diez a doce fiebres, pero cualquier signo de sufrimiento excesivo del paciente, como el muy mal estado general, náuseas, vómitos, ictericias, colapso inminente, albuminuria, etc., indica la interrupción del tratamiento. Si sólo se trata de una interrupción parcial se puede hacer con thioibismol o 60 cgrs. de quinina (sulfato). Si es definitiva se hace por medio de 60 cgrs. de quinina diarios, por espacio de diez días.

El paciente debe después ser tratado\* como anémico y debilitado.

Hay quienes combinan la impaludización con tratamiento por medio de arsenicales, penicilina, bismúticos.

Y, por supuesto debe de continuarse la asistencia neuropsiquiátrica del paciente.

Por último, y sin que entremos en detalles sobre ello, mencionaremos el tratamiento de aversión en el alcoholismo crónico, situación psiquiátrica si consideramos que lo importante en el alcohólico es su neuroticismo de fondo que se resuelve en su apego a los efectos de la ingestión del alcohol. El tratamiento por reflejo condicionado no va al núcleo de origen de la neurosis, sino que a través de medios farmacológicos lleva a la producción de una aversión psicósomática del alcohol. Los resultados son alentadores sobre todo si se combina alguna forma de psicoterapia. <§>

## *LOS TUMORES ENDOCRANEANOS*

### **Informe sobre un caso de Tumor Hipofisario**

**Por el Dr. Armando BARDALES**

La sintomatología propia de los tumores endocraneanos suele presentarse de manera insidiosa y experimentando una paulatina acentuación. No obstante, en ciertos casos la iniciación clínica es brusca como en los procesos de origen infeccioso o aún como en los de etiología vascular.

También debe tenerse en cuenta para el diagnóstico y localización del tumor, la conveniencia de considerar la sucesión, de los síntomas en el tiempo y en el espacio, la suma progresiva de los elementos patológicos y su acentuación o modificación. De aquí se deduce la importancia que tiene la anamnesis, y por lo tal debe ser metódica y prolija como el "estado actual," por lo que el médico debe utilizarla con interés y buen criterio.

Los datos positivos que suministra la anamnesis, aislados o integrando un grupo sindromático, pueden establecer la sospecha en la existencia de un tumor y orientar el examen en esta dirección (fondo de ojo, campo y agudeza visual, examen neurológico, radiografías del cráneo, etc., etc.), para confirmar o descartar su presencia.

Les siguientes síntomas pueden hacernos pensar en un tumor endocraneano:

- a).—La cefalalgia difusa o localizada.
- b).—La hipersomnia..
- c).—Los accesos de pérdida pasajera del conocimiento, las lipotimias.
- ch).—La amenorrea.
- d).—Las parálisis de los pares craneanos.
- e). —La neuralgia del trigémino.
- f).—La disminución progresiva de la audición, sin francos antecedentes ópticos, y aún con éstos.
- g).—La disminución progresiva de la visión y los accesos de ambliopía o amaurosis transitorias.
- h). —La epilepsia que se presenta en la juventud o en la edad adulta, aún cuando los accesos, por el aspecto, evolución y frecuencia, recuerdan a la epilepsia esencial.
- i). —La epilepsia jacksoniana.
- j). —Las paresias o parálisis que se extienden progresivamente, afectando poco a poco territorios vecinos, convirtiéndose de mono en hemiparesias.
- k).—Las hemiparesias de evolución progresiva, que aparecen sin pérdida del conocimiento y se acentúan con mayor o menor rapidez.
- l). —Las hemi o monoparesias consecutivas a un acceso de epilepsia jacksoniana.

- II). —Las mono o hemianestias, las hemialgias, las apraxias,  
 m). —Las mono o hemiparestias permanentes o paroxísticas.  
 n). —Los trastornos de equilibrio o de la coordinación de los movimientos.  
 o). —La afasia que se inicia sin pérdida del conocimiento y aumenta paulatinamente.  
 p). —Los vómitos que no corresponden a una evidente enfermedad del aparato digestivo.  
 q). —**Los** trastornos mentales que evolucionan progresivamente, estados confusionales o demenciales.  
 r). —Ciertos trastornos endocrinos o neuro-endócrinos (acromegalia, gigantismo, diabetes insípida, síndrome adiposo-genital).

La constatación de cualquiera de los síntomas enumerados, aislados o asociados, debe de inducir la idea de posible tumor endocrino, aunque existen otros síntomas menos importantes y de rara observación.

Por último, debemos que estos tumores se observan en todas las edades, especialmente en la infancia y edad media de la vida. El caso específico que motiva estas líneas, ofrece una serie de caracteres que, analizados, nos han movido a formular el diagnóstico de: ADENOMA DE LA HIPÓFISIS (Tipo cromóforo). Conste, que al ingresar la paciente al servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital General "San Felipe," por los síntomas que se observaren al principio, nos hizo pensar en una enfermedad **distinta** a la del diagnóstico final.

El caso se describe así: G. R., de 24 años de edad, soltera, de oficios domésticos, católica, vecina del barrio Morazán (Tegucigalpa, D. C), ingresa al servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital General "San Felipe" el día 26 de julio de 1948, a curarse, según su propio decir, de: "vómitos **alimenticios** y de un vómito de sangre que tuvo hace siete días."

#### HISTORIA FAMILIAR

Su padre vive y es sano; su madre **murió**, según su afirmación: de dolor de costado (pneumonía).

Tiene tres hijos, de los cuales dos han fallecido de probable gastroenteritis; el que vive es sano.

#### HISTORIA PERSONAL

Nació a término, en parto normal. **Desarrollo** normal. En su infancia padeció de fiebres indeterminadas. No asistió a la escuela ni sabe leer y escribir. Su primer hijo lo tuvo a los 17 años. Niega historia venérea y luética.

Es católica y cree en todos los santos. No tiene intereses culturales. Ha trabajado siempre como sirvienta con remuneración de cinco lempiras mensuales. Hace tres meses estuvo interna en el

Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital General "San Felipe," curándose de paludismo y de hinchazón en la boca del estómago y del bazo. Menarquia a los 15 años, tipo 3/28, indolora, abundante, regular. Hace cuatro meses, amenorrea.

Ha sido sana y mentalmente equilibrada. Se presenta ordenadamente en sus vestidos, con humildad, y no se observan fluctuaciones emocionales.

### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL Y CURSO EN EL HOSPITAL

Esta enferma llega accidentalmente al servicio de Neuro-Psiquiatría (que admite personas indigentes), debido a encontrarse llena la sala de Medicina de Mujeres del Hospital, a donde pensaban internarla los practicantes de turno del día 26 de julio de 1948, por Los vómitos alimenticios y la hematemesis que tuvo siete días antes dicha paciente.

En nuestro servicio se hizo una breve historia mas en referencia a gastro-intestinal y se hizo también una exploración física. La paciente dio datos de un episodio palúdico de tres meses antes, de debilidad consecutiva prolongada hasta el momento del ingreso y vómitos alimenticios y sanguíneos una semana antes del mismo.

Un episodio de éstos se presentó el primer día de su permanencia, a las 7 a. m. Al principio vomitó solamente alimentos, después sangre casi **pura** y luego mezclada con alimentos. Todo esto sin dolor abdominal ni torácico. A las 24 horas de este cuadro se queja la enferma de ardor en la faringe y de dolor de cabeza.

Los datos de exploración-física y mental fueron los siguientes :

Su apariencia es normal, de desarrollo completo. Nutrición mala. Actitud del cuerpo, indiferente.

Ojos: presenta un estrabismo interno del ojo izquierdo, desde hace 14 años, por parálisis del motor ocular externo.

Nariz: normal.

Oídos: normales.

Aparato digestivo: labios pálidos, lengua limpia. Piezas dentarias, todas cariadas. Amígdalas normales. Faringe normal. Abdomen depresible, no se observan irregularidades ni masas anormales.

Bazo: palpable y percutible.

Hígado: normal.

Aparato respiratorio: vibraciones vocales aumentadas en el vértice izquierdo. Submacicez en los vértices. Estertores finos inspiratorios en el vértice izquierdo y región sub-clavicular derecha.

Aparato cardio-vascular: corazón, late en el quinto espacio intercostal izquierdo, un poco por fuera de la línea mamilar. Ruidos cardíacos normales. Pulso, 75 pulsaciones por minuto, lleno, rítmico y regular. Tensión arterial: Mx. 125 mm. de Hg. Mn. 73 mm. de Hg.

Aparato uro-genital: normal.

Sistema ganglionar: normal.

Examen mental: la enferma se presenta ordenadamente, triste, cogiéndose la cabeza con una mano. Contesta todas las preguntas que se le hacen; muestra obediencia a los actos que se le ordenan. Su elocución es fácil y sin vacilaciones. La memoria es normal para los hechos lejanos y próximos. Sus manifestaciones afectivas son normales.

Cálculo: d-ce la enferma que no sabe ninguna de las operaciones aritméticas; pero suma:  $2 \times 3 = 5$ ,  $10 - 5 = 5$ ,  $50 + 50$ , no pudo.

En vista de este cuadro se puso a la enferma en reposo, indicando dieta láctea, bolsa de hielo en la región epigástrica, e inyecciones de vitamina K y morfina.

Se envió la enferma al departamento de Radiología para comprobar patología pulmonar y gástrica. Ambas fueron negativas, así: Radiografía pulmonar: Campos pulmonares libres. Calcificación de los ganglios tráqueo-bronquiales (30-VII-48). Fluoroscopia gástrica: Estómago y duodeno de tamaño, forma, posición, inutilidad y movilidad, normal (12-VIII-48).

Pero debido a que su cefalalgia persiste, nos guía a la exploración hacia el sistema nervioso. Fue hasta entonces que dio datos orientadores, diciendo que de dos meses antes comenzó a tener dolor de cabeza sordo, localizado en la región frontal. El dolor de cabeza ha sido últimamente continuo; y en la actualidad se le ha localizado en la región occipital. A veces dicho dolor va acompañado de vómitos alimenticios y, además, cuenta que hace siete días tuvo un vómito de sangre. Relata también que desde hace cuatro meses no ha tenido menstruación y que hace poco no puede dormir.

La exploración neurológica dio los siguientes datos:

I Par: normal. II Par: Hemorragias retinianas múltiples, edema papilar más acentuado en el ojo izquierdo. III Par: pupilas normales; no hay Argyll Robertson; no hay hemianopsia. Reacción a la luz y a la acomodación, normales. IV Par: normal. VI Par: Parálisis del izquierdo. V, VII, VIII, IX, X, XI y XII, normales.

Inspección: no hay atrofas ni hipertrofas musculares. No se observan trastornos tróficos.

Palpación: Masas musculares y trayectos nerviosos, normales. Tono muscular, normal.

Motilidad Activa: normal.

Motilidad Pasiva: normal.

Fuerza muscular: normal.

Reflejos Tendinosos: normales.

Reflejos Cutáneos: abolidos los abdominales y el plantar.

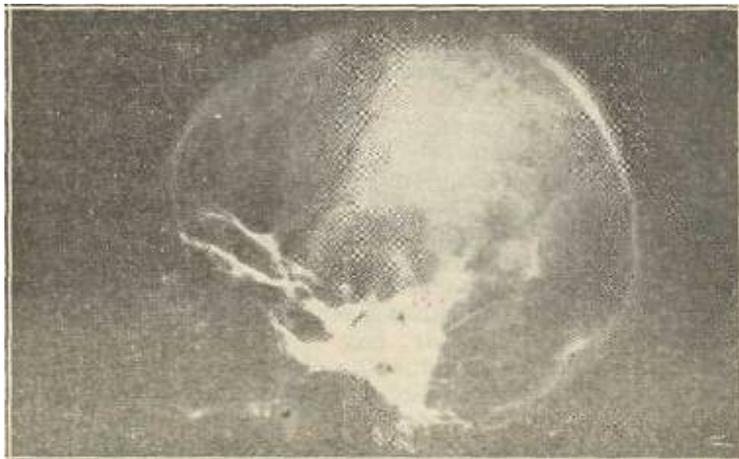
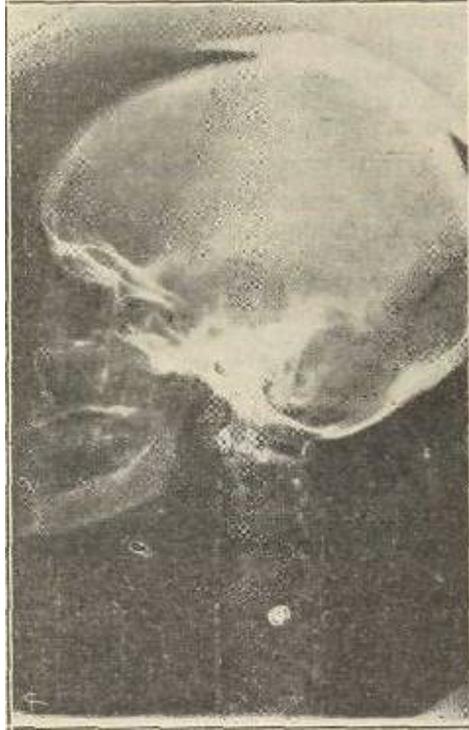
Sensibilidad Superficial (táctil, térmica y dolorosa), normales.

Sensibilidad Profunda: normal.

Coordinación Muscular: normal.

Estación de pie y marcha: normal.

Equivocada la colocación de los siguientes fotograbados, se advierte a los lectores que el de abajo es el primero a que se refiere el Informe del Dr. Bardales, y el de arriba, al segundo.



Punción Lumbar en posición horizontal, dio 15 mm. de Hg., sube y baja libremente después de la comprensión abdominal y yugular izquierda y derecha.

Líquido Céfaloraquídeo: Reacción de Kahn=0.

Radiografía del cráneo: Destrucción completa de la silla turca. Impresión: Tumor Intracraneal.

#### RESUMEN Y DIAGNOSTICO

En resumen, se trata de una enferma que ingresó como indigente, mientras se conseguía cama en el servicio de Medicina de Mujeres y. que llamó la atención en un principio por su hematemesis y vómitos alimenticios y por una **historia** reciente de paludismo, seguida de debilidad general y cefalalgia, que en primera impresión se consideraron como secuelas de la malaria,

El curso en el Hospital y las subsiguientes exploraciones hicieron pensar en una lesión intracraneal caracterizada por las siguientes manifestaciones: cefalalgia constante con agudizaciones diarias, vómitos alimenticios y sanguíneos, amenorrea con cuatro meses de duración, debilidad general, hemorragias retinianas, edema papilar mas acentuado en el ojo izquierdo, moderada hipertensión manométrica raquídea e imagen radiográfica craneal de ensanchamiento y destrucción de la silla turca.

En la radiografía, corno puede observarse en la foto adjunta se nota que el **ensanchamiento** y destrucción de la silla turca son bastantes considerables, haciendo pensar en un tumor de mucha extensión que de seguro se inició mucho tiempo antes y que apenas se hizo notorio hace dos meses, al iniciarse la cefalalgia de la paciente.

Posteriormente, cuando la paciente estaba en tratamiento con Rayos X, se presentaron convulsiones de gran mal.

En general, los tumores hipofisarios dan una escasa sintomatología de principio.

Puede tratarse de adenomas eosinofílicos (los basófilos son una curiosidad patológica), y cromófogos. Produciendo en cada caso dos síndromes diferentes según el tipo patológico.

Los eosinofílicos dan un síndrome de **hiperpituitarismo** o acromegálico, el cual es de todos conocido. Los cambios esqueléticos se verifican lentamente, tomando a veces varios años; hay cefalalgias asociadas bitemporales y frontales, vienen después variaciones de la potencia sexual, que principian con disminución de la libado y termina en la impotencia. En la mujer hay irregularidad menstrual y después esterilidad.

Después vienen los trastornos de la visión, disimulados también, notorios sólo en los campos temporales o corno molestias visuales que no puede precisar; hay cansancio y falta de atención. En los casos viejos el crecimiento corporal cesa, el vello corporal se cae, el metabolismo basal ya no está aumentado, y al final el hiperpituitarismo se transforma en hipopituitarismo.

El hipopituitarismo de principio es provocado por el adenoma cromófogo (no hay seguridad que se deba a la lesión hipo-

fisario o a síntomas de vecindad por enfermedad del hipotálamo). En la mujer principia con amenorrea y esterilidad; en el hombre por cansancio y malestar general y después debilitamiento y pérdida del deseo sexual. En ambos sexos hay cefalalgias bitemporales y frontal. Pueden haber otros síntomas de hipertensión intracraneal, como vómitos.

En el caso nuestro hubo, además de los vómitos alimenticios, hematemesis cuya explicación exacta no acertamos sugerir, mas que puede pensarse en una hemorragia compensatoria (amenorrea de cuatro meses), ayudada por los esfuerzos de los vómitos alimenticios y por el estado discrásico provocado por el paludismo.

Hay caída del cabello y del pelo pubiano y axilar; sequedad de la piel y arrugamiento de la misma. Puede haber un pequeño edema generalizado y aumento de la grasa subcutánea; el metabolismo basal está disminuido.

En los adultos mayores puede darse un síndrome igual al de las lesiones destructivas de la hipófisis como en la enfermedad de Simmon's. Los signos de vecindad derivan de la compresión del quiasma óptico, y si el tumor es mayor, de la de los lóbulos temporales. A veces, la silla turca está embombada y el tumor se extiende a los senos esfenoidales y hasta a la nariz.

El diagnóstico diferencial con les aneurismas intraselares, es casi imposible a menos de una ruptura aneurismática. Otros problemas de diagnóstico los dan los craneofaringiomas del quiasma óptico. Los primeros son mas frecuentes en los niños, muy raros en los adultos; cuando existen en éstos, los mayores signos se derivan de la compresión quiasmática; faltan muchas veces Los signos de hipertensión intracraneal. Los gliomas del quiasma óptico también mas frecuentes en los niños, provocan una erosión de las clinoides anteriores y dilatación de los agujeros ópticos, que pueden demostrarse en la radiografía.

En el tratamiento del caso a que nos referimos, hicimos primero radioterapia, pensando en las posibilidades quirúrgicas futuras.

Después de terminadas sus aplicaciones de Rayos X, se le toma a dicha paciente una nueva radiografía del cráneo y nos dice el radiólogo que no ha habido cambio notable. Parece, sin embargo, insinuarse un principio de calcificación de la silla turca (15-X-48).

Después de la radioterapia, los síntomas de hipertensión intracraneal mejoraron, saliendo la enferma del servicio el día 15 de octubre de 1948, con recomendación de regresé dentro de tres meses, para control. <O>

#### BIBLIOGRAFÍA

El Práctico y los tumores endocraneanos, Dr. José Pereyra Kafer (23-XI-36). Neurology, R. Grinker.

DIVULGACIONES OFTÁLMICAS

*LA OPERACIÓN DE LA CATARATA*

Exposición de las principales técnicas y selección de una

Por el Dr. José Gómez-Márquez h  
Sub-Jefe del Servicio de Oftalmología  
del Hospital General

Desde que la ciencia oftalmológica se ha ido abriendo paso en el transcurso de los años, uno de los problemas que más han interesado a los cirujanos oculares, ha sido el de la catarata. No es posible concebir una reunión de cierta importancia de oculistas, en la que el tema de la cirugía del cristalino deje de ocupar el primer plano, surgiendo alrededor de él las discusiones más acaloradas. La razón es obvia: hasta hace pocos años, en que el trasplante corneal ha venido a surgir como otro filigrana de los cirujanos oftálmicos, la extracción de la catarata ha sido aquella intervención que por la delicadeza que requiere, por la serenidad de que tiene que hacer gala el operador y por los peligros constantes a que está sometido el ojo, ha ocupado el puesto preferido, no sólo en Oftalmología sino hasta en el campo de la Cirugía General. Pero no es esto todo; existe además una razón de orden práctico: en pocas ocasiones un cirujano, puede esperar resultados más espectaculares que en el caso de la catarata: el éxito operatorio va seguido inmediatamente de la reintegración funcional. Por otra parte, la catarata es tan sumamente frecuente, que su operación tiene que ser forzosamente el pan de cada día de los oftalmólogos. Es por estas razones, que hemos tenido la idea hoy, de dar cabida en estas páginas, a este trabajo, que dada la índole de esta publicación, no puede ser de especialidad propiamente dicho, sino simplemente un intento de exponer a grandes rasgos los problemas de la operación de catarata, para que el médico general, que es a quien va dirigido, recoja algunos de estos conceptos, de los cuales habitualmente, el está tan alejado.

Debemos advertir por otra parte, que lo que a continuación exponemos es el resultado de una triple conjunción: por un lado, lo que se puede captar en las numerosísimas publicaciones que al respecto se han hecho en todos los países e idiomas; por otro, lo que hemos visto y oído a nuestra padre y maestro, Prof. Gómez-Márquez, y por último algo de nuestra experiencia propia.

La operación de la extracción de la catarata ha recorrido un camino larguísimo y sumamente penoso, habiendo pasado desde los procedimientos más sencillos, y también más imperfectos hasta los modernos, más complicados pero cuyos resultados son asimismo sumamente halagüeños. En principio cabe distinguir dos grandes grupos: la extracción extracapsular y la intracapsular, es decir, la extracción de solamente el núcleo de la catarata o quistitomía, y la extracción de toda ella.

### Extracción extracapsular

Es éste el procedimiento más antiguo, y asimismo el más sencillo, y que es practicado aún por gran número de oftalmólogos, apegados a las viejas técnicas y sobre todo a su simplicidad. Requiere una condición previa, que la catarata esté madura, entendiéndose por tal que exista un gran núcleo opaco, única forma en que se puede practicar la operación. Esto de por sí, es ya una enorme desventaja. Existen en efecto, gran número de enfermos, cuya visión se ha reducido tan considerablemente debido a opacificaciones del cristalino, que no pueden dedicarse a sus quehaceres habituales, como es el caso, por ejemplo, de las cataratas polares posteriores, en las cuales la opacificación abarca únicamente la porción posterior y central de la lente (Fig. N<sup>o</sup> 1); pero como esta opacidad coincide precisamente con el orificio pupilar, el sujeto está prácticamente ciego. Este, y otros casos análogos, no pueden ser operados por medio de la quistitomía y cuando ésta era la única técnica conocida, era forzoso decir al paciente, que esperara, tal vez años y años, para que le fuera practicada la operación.

Sin embargo, la operación es realmente fascinadora por su simplicidad: la anestesia se hace solamente por medio de la instilación de unas gotas de Butin y Adrenalina sobre la conjuntiva, con lo cual se consigue una anestesia superficial. El acto quirúrgico consiste en la introducción de un cuchíllete de Graeff entre 10 y 11 del limbo esclerocorneal y que sale por transfixión entre 1 y 2 del mismo, obteniéndose así un pequeño colgajo corneal. Se introduce entonces un quistitomo, es decir un instrumento provisto de un gancho en su extremo libre, procediendo con él a rasgar la cápsula anterior del cristalino opaco. Inmediatamente después, y merced a la presión que se ejerce con una pinza sobre el limbo inferior, se obtiene un verdadero "parto" del núcleo, que, expulsado de su cápsula, pasa a través de la herida operatoria. Con frecuencia no se necesita sutura de ninguna clase; el efecto inmediato por otra parte no puede ser más sensacional: el ojo enfermo, libre ya del núcleo opaco, obtiene visión al terminar la operación. Sin embargo, esta sensación de optimismo, cesa al día siguiente: cuando el médico descubre la cura al operado, se encuentra, en lugar de aquella pupila negra del día anterior, ante una pupila cubierta más o menos por una serie de masas grisáceas; son los restos capsulares que al hincharse se han opacificado a su vez. Se incia a partir de este momento un largo proceso más o menos tórpido según los casos. Con suma frecuencia, aquellas masas edematizadas, provocan procesos de iridociclitis y brotes de glaucoma; con el tiempo las masas se reabsorben unas veces y otras no. Entonces era necesario practicar nuevas operaciones con el objeto de provocar la desaparición de lo que se llama "catarata secundaria." Los resultados finales, a parte, del largo proceso post-operatorio, son sumamente inciertos, pero claro está, algo compensa al oftalmólogo de tanta desdicha, y es el poco pelero que lleva consigo el acto quirúrgico. En efecto, como nos ilustra la Fig. N<sup>o</sup> 2, en el curso de

esta operación, queda un tabique formado por la zónula y la cápsula posterior, que separa **completamente** el vítreo del medio exterior y por lo tanto impide su pérdida. Esta es la razón, de que a pesar de todos los factores negativos que tiene la operación extracapsular, muchos oculistas *se* hayan aferrado a ella, sacrificando así el resultado funcional a la comodidad y sencillez de la intervención.

#### Extracción **intracapsular**

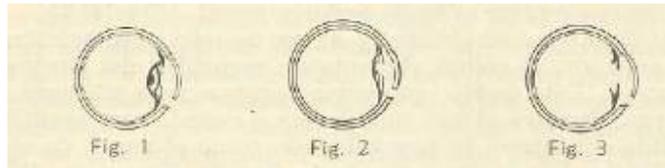
Cerno se comprenderá fácilmente, el procedimiento anterior, no podía **considerarse**, como el ideal para la extracción de la catarata. De ahí, que los oftalmólogos del mundo entero, vinieran a poner sus miras en la extracción, no ya del núcleo, sino de todo el cristal no y así nació la extracción intracapsular, que culminó con la invención de la facoerisis de Barraquer, de la que nos ocuparemos posteriormente. Antes que él ya en la India un doctor de Calcuta, Smith, practicaba extracciones totales raed ante un procedimiento muy sencillo, del que asimismo hablaremos más adelante, y Kalt también, mediante unas pinzas especiales.

Pero como se comprenderá, aquellos cirujanos, que empezaron a extraer la catarata completa, provocaron en muchas ocasiones grandes desastres, pese a ser operadores consumados: en efecto, el tabique constituido por la **zónula** y la cápsula posterior de la Fig. N° 2, y que impedía la salida del humor vítreo, falta totalmente en la extracción total, como se indica en la Fig. N° 3. Resultaba, que esta técnica operatoria, usando la misma anestesia superficial y la escasa preparación pre-operatoria de la quistitomía, conducía a grandes fracasos: el enfermo hacía un guiño durante la operación, con el globo ocular ya abierto y el vítreo salía a chorros; o bien el blefarostato comprimía el globo con igual resultado fatal. Por otra parte la movilidad del ojo, dificultaba seriamente **la** operación. Estos factores, que desprestigiaron seriamente la extracción total en un principio, obligaron a los investigadores a buscar una serie de artificios que colocase el ojo a operar en las condiciones más favorable?, que fueran posibles. Así nacieron, la anestesia retrocular, la parálisis del nervio facial, el blefarostato de hilos y la fijación del músculo recto superior.

Como queda dicho, el hecho de hacer la extracción total de 'a catarata, lleva consigo una preparación mucho más cuidadosa del enfermo, con el fin de resguardarnos en lo posible de una serie de peligros.

La anestesia, en primer lugar, ya no se limita a la simple instilación de Butin y Adrenalina; ésta se completa con una inyección retrocular de novocaína al 5 por ciento y consiste en la introducción de una aguja de 3,7 centímetros en el ángulo externo de la órbita, **dirigida** de adelante atrás, de arriba abajo y de fuera adentro. Se pretende con ello llegar al ganglio oftálmico, el cual o bien se toca directamente o cuando menos se imbebe el tejido celular ambiente, que prácticamente es lo mismo. Con ello se consigue

la inmovilidad y la anestesia del globo. Por otra parte, esta inmovilidad no deja de tener un serio inconveniente, ya que tiende a colocar al globo en su posición de reposo, es decir, desviado hacia arriba y afuera. Para remediar ésto, se pinza el músculo recto superior cerca de su inserción escleral y se pasa a través de él un hilo, que es fijado mediante una pinza de forcipresión. Mediante este artificio que muestra la Fig. N° 4, se puede conducir el globo dócilmente en la dirección deseada por el operador.



Con el objeto de paralizar el movimiento palpebral, que como se dijo anteriormente, es causa de numerosos accidentes, Van Lint prepuso la paralización del nervio facial, mediante un bloqueo del mismo, cuya técnica esencialmente consiste en la inyección subcutánea de\* un ángulo recto, cuyo lado vertical pasa tangencialmente al ángulo externo de la abertura palpebral y cuyo lado horizontal, pasa a la altura del reborde orbitario inferior. Esta inyección se hace mediante una solución de novocaína al 2% y tiene por objeto, como dijimos, el bloqueo del facial que como sabemos, inerva al músculo orbicular (Fig. N° 5).

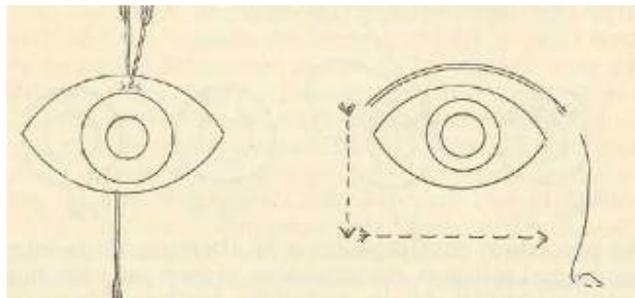


Fig. 4

Fig. 5

El blefarostato metálico en cualquiera de sus múltiples modelos, es aún de uso corriente en muchas clínicas; consideramos sin embargo, que tiene el gravísimo inconveniente, de producir una presión sobre el globo, con los peligros consecutivos cuando la incisión está hecha. El Profesor Gómez-Márquez, tuvo la idea, de substituir este blefarostato por unos simples hilos, que se pasan por los párpados superior e inferior y de cuyos extremos pende una pinza de **Kocher**; por el **simple** peso de éstas se consigue mantener el ojo bien abierto y si a pesar de todo, se estima en cualquier momento que puede ser peligroso, se retiran las pinzas. La sencillez de este dispositivo, su efectividad y la libertad de movimien-

tos que otorga al cirujano, ha hecho que este blefarostato de hilos sea considerado como *el* ideal en los mejores Centros de Oftalmología (Fig. M<sup>o</sup> 4).

Una vez que se han llenado los requisitos precedentemente anotados, comienza realmente la operación. El primer paso de la misma, consiste en la sección de un colgajo conjuntival semicircular **alrededor** del limbo superior, distante unos 2 mm. de la córnea. Acto continuo se despega la conjuntiva del tejido episcleral subyacente hasta alcanzar el limbo esclerocorneal. (Fig. N<sup>o</sup> 7).

Al llegar a este punto, y antes de iniciar la sección de la cámara anterior, se coloca el punto de seguridad del Profesor Gómez-Márquez. Este punto, que como veremos más adelante, protege en forma decisiva el ojo, impidiendo o cuando menos dificultando la salida del vítreo, es hoy aceptado como el punto de elección. (Véase *Traite d'Ophtalmologie* de la Société Française d'Ophtalmologie, Tomo VII, Pág. 698, año 1939 y "L. Extraction Intracapsulaire de la cataracte". San Martín). Para practicar este punto se necesita simplemente un?, aguja corneal enhebrada con seda y provista de un nudo-torpe, en uno de sus extremos. La aguja se introduce por el limbo esclerocorneal a las 12, de manera que pase a través de la CGrieta y del colgajo conjuntival, previamente tallado, tirando de hilo hasta que tropieza con el nudo. Se saca la aguja y se introduce de nuevo por la esclerótica a 1 mm. del anterior, no tirando completamente del hilo para que dé lugar a la formación de un asa. Por último se termina pasando la aguja por el labio superior del labio conjuntival (Fig. N<sup>o</sup> 7).

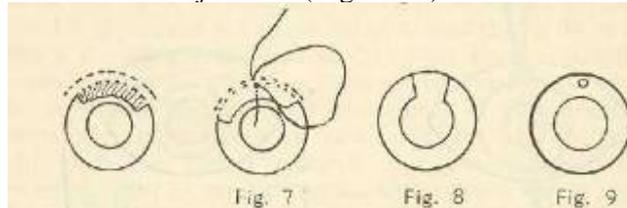


Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

Se procede a continuación a la abertura de la cámara anterior: dos procedimientos esenciales se siguen en este momento; la transfixión por medio de un cuchillito de Graeff, que entra a las 9 y sale por contrapunción a las 3 y de ahí por movimientos de sierra llega hasta el limbo esclerocorneal, y la otra, consistente en la introducción de un cuchillito triangular que abre la cámara anterior, ampliando después la brecha con tijeras. En el Servicio de Oftalmología de nuestro Hospital se practica sistemáticamente esta última por permitir una sección más regular y evitar la sección accidental del iris, muy corriente cuando se hace la transfixión.

Se plantea en este momento el problema de cómo actuar con respecto al iris, es decir, iridectomía total o iridectomía periférica. La iridectomía en una u otra forma, es absolutamente necesaria, con dos fines, una evitar el enclavamiento del iris y otra, prevenir los brotes glaucomatosos post-operatorios. Con la iridectomía total se cumplen ambos cometidos y además resulta más fácil la extrac-

ción de la catarata. Con la iridectomía periférica, parece que hubiera una mayor tendencia al enclavamiento del iris, pero en cambio se obtienen resultados espléndidos desde el punto de vista estético. (Fig. N° 8).

Llegamos por fin al momento crítico de la operación: la extracción del cristalino opaco. Antes de entrar en materia, creemos necesario hacer un pequeño recuerdo histórico. Fue gracias al Profesor Barraquer, de Barcelona, que se revolucionó la operación de la catarata, al inventar su erisifaco, haciendo ver al mundo oftalmológico la necesidad de no desmayar en el empeño de llevar a cabo la extracción total. Sin embargo, en el orden rigurosamente histórico, no fue él el descubridor de esta técnica operatoria, aunque lo fuera ante sí mismo, ya que él ignoraba los trabajos de otros sabios, entre los cuales **figuran Smith**, de Calcuta y Kralt, quienes en una forma aún muy imperfecta practicaban ya antes que él la extracción intracapsular.

Tres procedimientos distintos se pueden considerar para la extracción total: el de Smith el de la pinza capsular y el del Erisifaco de Barraquer.

El primero, el de Smith, fue inventado por el médico militar de este nombre, que trabajaba en Calcuta. Su técnica era muy sencilla: se limitaba a hacer una presión con una pinza o cualquier otro instrumento sobre el limbo inferior, luxando así el cristalino; por sus inserciones inferiores, y empujando de abajo arriba, rechazaba la catarata hacia la herida operatoria. Su autor decía obtener magníficos resultados. Sin embargo, un día el doctor Smith llegó en jira científica por Europa, a Barcelona. Allí el Profesor Gómez-Márquez tuvo ocasión de verlo trabajar y pudo comprobar, que ante el asombro del propio autor de la técnica, una gran cantidad de casos, terminaban en desastre, ya que la presión efectuada sobre el limbo inferior, determinaba, es cierto, la expulsión del cristalino..... y la de una buena parte del vítreo. El Profesor Smith tuvo que decir que se sentía desconcertado, pero más tarde, emitió la hipótesis, de que el material humano con que él había experimentado en la India era completamente distinto del que se le ofrecía en Barcelona. Suponía, que los indios, individuos con vejez prematura, poseían asimismo zónulas envejecidas precozmente y por lo tanto muy débiles, lo que permitía su ruptura mediante una simple presión sin ocasionar otros accidentes, cosa que no sucedía en Europa. Sea esta hipótesis cierta o no, el caso es que el procedimiento de Smith no es usado hoy en día y sólo ha quedado reservado como medio auxiliar en el curso de las extracciones por medio de la pinza o del erisifaco, como se verá a continuación.

El procedimiento de la pinza es el que probablemente está más en boga hoy. Su precursor fue Kalt, quien buscando un medio para llevar a cabo la extracción total, se ingenió unas pinzas cuyas ramas terminaban en unos garfios, por medio de los cuales, hacía presa en la cápsula anterior y por tracción extraía la catarata. Este método era sumamente imperfecto, en manos de su inventor se obtenía un 25% de extracciones totales, pero en el 75% restante,

se conseguía al menos la salida de una mayor cantidad de cápsula que en las quistitomías, lo cual para aquellos tiempos ya era una ventaja. Después del descubrimiento del eri-sífac, cuando el problema de la extracción total se volvió a plantear en una forma viva, se pensó de nuevo en las pinzas de Kalt y así surgieron las pinzas de Elschnig y Arruga, que consisten especialmente en unas pinzas en cuyos extremos, en lugar de ganchos, hay unas pequeñas cucharitas destinadas a hacer el pellizcamiento de la cápsula. Esta pinza se introduce en la cámara anterior y va a prender la cápsula anterior en su parte inferior. Al mismo tiempo, con otro instrumento se comprime suavemente el limbo inferior (maniobra de Smith). Se efectúan así movimientos laterales de la pinza, al mismo tiempo que se atrae hacia la herida operatoria, dándole una voltereta al cristalino (maniobra de Green). Este conjunto de movimientos: pinza fraccionando del cristalino, maniobra de Smith y de Green, hacen salir la catarata, pero en tal forma que ella misma va impidiendo en su salida la expulsión del vítreo. Cuando el cristalino ha pasado ya por la brecha esclerocorneal, el ayudante, que a todo esto, ha de estar sosteniendo el extremo libre del punto de seguridad, tira rápidamente del mismo, quedando el colgajo corneal bien adaptado sobre la herida escleral. Con frecuencia es posible darse cuenta, de la inmensa ventaja del punto, cuando después de extraída la catarata se ve la masa del vítreo venir detrás de ella, siendo rechazada de nuevo hacia el interior gracias a la oportuna tracción del punto de seguridad. Por último se anuda este punto y se termina la sutura por medio de puntos conjuntivo-conjuntivales. Con esta técnica se consigue de un 75 a un 80% de extracciones totales.

Llegamos por fin, al tercer procedimiento, nos referimos a la facoerisis del Profesor Barraquer, de Barcelona. Su invención data del año 1917; personalmente conocemos algunos detalles de este gran acontecimiento en la cirugía oftálmica moderna que nos han sido transmitidos por el Profesor Gómez-Márquez, quien en aquel entonces colaboraba con el sabio Doctor Barraquer, y que probablemente son poco conocidos de la generalidad de los oculistas. Era la época de 1917, cuando aún todos los oftalmólogos practicaban la quistitomía con las consecuencias en gran parte desagradables a, que ya hicimos referencia al principio de este trabajo. El Profesor Barraquer, como otros, buscaba el medio de conseguir la extracción total. Un buen día, estando sentado al borde de un estanque, se fijó en un pequeño animal, que en sus aguas, estaba atareado, tomando una piedra, con la boca, que al momento se le caía y volvía, de nuevo a tomar. Atraída su atención, vio que era una sanguijuela que por medio de su ventosa atraía hacia sí aquella piedra que yacía en el fondo del estanque. Aquello aparentemente tan trivial, fue para la mente ingeniosa de Barraquer una inspiración. Efectivamente, a los pocos días llegó a la clínica, y le dijo al Profesor Gómez-Márquez que iba a extraer una catarata completa por medio de succión. Mostró entonces una pequeña cucharilla con un tallo hueco que iba conectada a un tubo de goma.

Se preparó al enfermo en el mayor secreto; el papel de bomba aspirante lo hizo uno de los ayudantes que del otro extremo del tubo de hule hacía el vacío con la boca. Se consiguió hacer la extracción total y desde entonces el Profesor Barraquer fue perfeccionando su método hasta dejar terminado el erisífacio más o menos como el que actualmente se usa. Aquel mismo año dirigió una corta comunicación a la Sociedad Oftalmológica exponiendo su técnica y unos meses más tarde, aún en aquel año, el Profesor Gómez-Márquez publicó el primer trabajo "in extenso" sobre la facoérisis.

No entraremos en detalles de los sucesivos tiempos de la extracción por Facoérisis, que, salvo el uso de la pinza erisífacio, son semejantes a los descritos en la extracción con pinza de Arruga y por otra parte sería impropio de una divulgación como es ésta.

No obstante, la aplicación de este invento a la práctica operatoria presentaba dificultades: no se conocía el grado de vacío que debía emplearse y un exceso del mismo provocaba fácilmente la ruptura de la cápsula; la movilidad continua del ojo mismo o la de los párpados era de gran peligro en una técnica como ésta en la que la pequeña herida esclerocorneal de la quistitomía, había sido substituida por una, que abarcaba por lo menos la mitad de la circunferencia de la córnea; por otro lado, no debe olvidarse, que con este procedimiento el vítreo quedaba al descubierto y si la menor incorrección se provocaba su salida. Y así sucedió, que los numerosos oftalmólogos que llegaban a Barcelona a ver operar al maestro Barraquer, regresaban a sus países de origen encantados de la nueva técnica, peí o cuando la ponían en práctica, se convertía en fracaso rotundo. Efectivamente, en las condiciones en que se operaba en aquel entonces, sólo la habilidad excepcional de Barraquer, era susceptible de vencer tanta dificultad. Pero poco a poco empezaron a surgir los tiempos complementarios de la extracción total, es decir, la parálisis facial, la fijación del recto superior, la anestesia retrocular, el punto de seguridad, etc., que prácticamente han puesto la extracción **intracapsular** de la catarata por facoérisis al alcance de cualquier cirujano oftálmico bien entrenado. Por desgracia, el mal sabor de los primeros ensayos hizo que esta técnica, tardara mucho en abrirse paso; en efecto, nada menos que más de 20 años, han sido necesarios para que la facoérisis consiguiera ser señalada como técnica de elección en la operación de la catarata, pero en nuestros días, el trabajo tesonero de los defensores de aquella revolución quirúrgica, ha sido premiado con el **éxito**, puesto que con ella se consigue hasta un 95% de extracciones totales, y los mejores tratadistas de Oftalmología reconocen en que en el tratamiento de la catarata debe llevarse a cabo la extracción total por medio del erisífacio de Barraquer. <\$>

## **REVISANDO EL CANJE**

**Sección a cargo del Dr. Humberto DÍAZ PRIMER**

### **CONGRESO INTERNACIONAL DEL B. C. G.**

Con la asistencia de más de 300 técnicos especializados en las distintas ramas de la Tisiología, se realizó en el Instituto Pasteur, de París, del 18 al 23 de junio del año en curso, el Primer Congreso Internacional del B. C. G. El Congreso fue presidido por el Profesor Guerín, habiéndose estudiado cuidadosamente las cien comunicaciones que, divididas en cuatro grupos, abordaron el estudio experimental, algunos problemas de la clínica humana, de la clínica veterinaria y de acción social e higiene preventiva relacionadas directamente con la aplicación del B. C. G.

Doce son las conclusiones y resoluciones aprobadas, todas ellas completamente favorables a la aplicación de la mencionada vacuna. Como la campaña antituberculosa ha adquirido, actualmente, un apreciable empuje en nuestro país, nos parece muy oportuno llamar la atención al respecto. "Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia." Tomo XXII, N° 3. Septiembre de 1948. (Sección de Conferencias y Congresos).

### **LA MICROSCOPIA FLUORESCENTE EN LA INVESTIGACIÓN DEL MYCO-BACTERIUM TUBERCULOSIS**

La microscopía fluorescente en la investigación del Bacilo de Koch, en los esputos, en el contenido gástrico y otros especímenes que se envían al laboratorio, comienza con los trabajos realizados por Hageman en 1937, cuando observó la fluorescencia de los bacilos de la tuberculosis y de la lepra, al ser teñidos con sulfato de berberina en fenol y decolorados con alcohol ácido. El Dr. Arsenio Gómez Muriel, ha presentado su experiencia en varios años, en el uso del procedimiento mencionado, al II Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis de México. Según las conclusiones del Dr. Gómez Muriel, la nueva técnica supera —con amplio margen— en la constancia y fidelidad de los resultados, al clásico procedimiento de Ziehl Neelsen. "Revista Mexicana de Tuberculosis y Aparato Respiratorio." Tomo IX, N° 47. Mayo y Junio de 1948.

### **NUEVO MEDIO DE CULTIVO PARA FLAGELADOS**

El Dr. Benjamín Otálora se refiere, en un corto pero interesante trabajo, a un nuevo medio de cultivo para flagelados, realizado por él, y que se aplica preferentemente al cultivo del Tripanosoma Cruzi, agente causal de la Enfermedad de Chagas.

Pensamos que sea de algún interés para nosotros, ya que aquí, en Honduras, se ha comprobado ya la existencia de un tripanosoma, que por lo menos bajo el punto de vista morfológico, es

## CRÓNICA DE SESIONES

Por J. G. M. h.

Sesión ordinaria celebrada por la Asociación Médica **Hondureña** el día 4 de Diciembre de 1948, 3ii conmemoración del Día del Médico Panamericano

En esta sesión se conmemoró el Día del Médico **Panamericano**, habiendo sido encargado del ti abajo científico oficial el Dr. Carlos M. Gálvez.

Asistieron a la reunión los socios Dres. J. Gómez-Márquez Juan Montoya Alvarez y **Virgilio** Banegas, quienes actuaron en la Mesa Directiva. Además, concurrieron los socios Dres. José R. Durón, Juan A. Mejía M., Roberto Gómez **Róbelo**, Joaquín Reyes Soto, Angel D. Vargas, Ramón Alcerro Castro h., Armando Bardales, Víctor Herrera Arrivillaga, José Manuel Dávila, Manuel Castillo Barahona y José Gómez-Márquez h.

Se dio lectura al acta de la sesión anterior que fue aprobada sin modificaciones.

A continuación se puso a votación una solicitud de ingreso del Dr. Tito H. Cárcamo, que fue aceptada por unanimidad.

Se cedió la palabra al Dr. Carlos M. Gálvez, conferencista oficial del día, que abordó el tema "Impresiones de la Pediatría Suramericana." En el curso de esta conferencia, el Dr. Gálvez en forma sumamente amena, dio cuenta de sus experiencias científicas en el curso de la jira que hizo por varios países de América del Sur, a lo largo de dos años aproximadamente, donde tuvo ocasión de conocer el estado actual de la Medicina en general y de la Pediatría en particular, de Venezuela, Perú, Chile y Argentina y muy especialmente de estos dos últimos países. A decir del Dr..

---

idéntico al de Cruzí. Dicho parásito fue encontrado en una zari-güeya (Consúltese REVISTA MEDICA HONDURENA. N° 14. — Año de 1931), y últimamente parece que se han presentado casos de tripanosomiasis humana." Anales de la Sociedad de Biología de Bogotá" Vol. 3. — N° 2. Abril de 1948.

### DEBEKES DEL ANESTESISTA

Así titula el Doctor Pedro Benítez Rojas, un trabajo suyo publicado en julio del año en curso, en el que analiza, bajo un punto de vista completamente moderno, el papel del anestésista en el terreno de la Cirugía. Las cinco partes de que consta el trabajo, quedan refundidas al final del mismo, en diez **conclusiones** que nosotros juzgamos de gran importancia práctica. — "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer." — Julio de 1948. Año XVI. — N° 7 — México, D. F.

Gálvez, Chile va actualmente a la cabeza de la investigación pediátrica, y sus escuelas, que hoy tienen una marcada influencia alemana y norteamericana, han sabido despojarse de la tutela extranjera, habiendo adquirido verdadera personalidad científica, puesto que han logrado aplicar las enseñanzas universales a las realidades bioquímicas de sus enfermos, con gran espíritu crítico. Y es así que el Dr. Gálvez nos hizo hincapié en una frase, vertida por uno de los profesores que conoció en Chile, que resume realmente, el conjunto de sus impresiones: no hay una sola Medicina, no existe la Medicina Universal, sino una Medicina particular, para cada región del globo, supeditada a las características, climatéricas, raciales e higiénicas de cada lugar.

No no es posible hoy, desgraciadamente, publicar en este mismo número de nuestra Revista, la interesante conferencia del Dr. Gálvez, pero queremos aprovechar esta circunstancia para enumerar por los menos los temas que abordó, y que serán publicados extensamente en nuestro próximo número. He aquí pues los diversos aspectos de su conferencia.

a) Nuevos conceptos sobre la carencia de los prótidos en el determinismo de los síndromes pelagroides de la infancia.

b) Estudios acerca de la existencia de ciertas toxicosis de la infancia, determinadas por un estado de menor resistencia, que puede ser originada por la carencia de los alimentos nitrogenados.

c) Acción terapéutica de una dieta rica en albúminas en casos de glomerulonefritis originados por debilitamiento orgánico debido a alimentación irrisoria.

d) Influencia de una alimentación pobre en albúminas y de la sequedad del clima sobre el metabolismo del agua.

e) Comentario acerca de la existencia de infecciones con comitantes en los casos de trastornos metabólicos de la nutrición en relación con la acción terapéutica eficaz de los nuevos antibióticos.

f) Nuevas posibilidades terapéuticas de la estreptomina en la meningitis tuberculosa y en ciertos síndromes determinados por bacilos gramnegativos.

Contestó en primer término al Dr. Gálvez, el Dr. Gómez-Márquez, para felicitarlo muy efusivamente y poner de relieve el hecho de que realmente es necesario conocer la Patología de cada país en particular y por lo tanto que hay que esforzarse cada día más entre nosotros por conocer la manera cómo se enferma el hondureño.

El Dr. Juan A. Mejía M. hizo uso asimismo de la palabra para felicitar al disertante y para pedirle que en otras ocasiones continúe obsequiando a la Asociación con otras conferencias so-

Se procedió acto continuo a tomarle la promesa de ley al Dr. Víctor Herrera Arrivillaga, quien inmediatamente después, leyó un trabajo científico, sobre "Un interesante caso de adenoma tóxico de la tiroides. Perniciosa Afluencia de la superstición y del curanderismo," que publicamos en otro lugar de este número.

Puesto a discusión el trabajo del Dr. Herrera, tomó la palabra el Dr. Gómez-Márquez para relucitar al conferencista y para hacer hincapié sobre su extrañeza ante el hecho de que muchos, compañeros hablen del adenoma tóxico de la tiroides como algo frecuente entre nosotros, a pesar de que el, como oftalmólogo, ha visto muy raramente, los síntomas oculares del mismo, que, como es sabido, son de los más característicos en esta enfermedad.

El Dr. Ángel D. Vargas tomó asimismo parte en la discusión, manifestándose en desacuerdo por la clasificación que adaptaba el Dr. Herrera Arrivillaga de los bocios y además, no estaba de acuerdo con el disertante en el punto, que se refería, a que de haber sido operado el paciente era seguí o que se hubiera salvado, pues la experiencia, según él, demuestra que muchos de estos casos continúan evolucionando en forma desfavorable.

El Dr. Gómez Róbelo felicitó al disertante e hizo resaltar la necesidad de una campaña por parte de nuestra Escuela de Medicina contra, tos charlatanes y curanderos.

El Dr. Herrera contestó al Dr. Gómez-Márquez que realmente él consideraba el caso actual como otros que existen entre nosotros, como cuadros frustrados. En cuanto al Dr. Vargas, le dijo que precisamente él hacía algunas reservas en su trabajo a las clasificaciones que había encontrado en la literatura médica y por otra parte, manifestó que consideraba probable que el enfermo en cuestión se hubiera salvado mediante la intervención quirúrgica. /

La Presidencia anunció haber gestionado cerca del Poder Ejecutivo, la ayuda económica que la Asociación pedía para el

## *Informaciones diversas*

### Actividades de nuestros organismos

La nueva Junta Directiva de nuestra Asociación, que tomó posesión en la primera sesión ordinaria del mes de Noviembre próximo pasado, ha estado dando muestras de gran actividad, reuniéndose en forma frecuente, con el objeto de tratar los asuntos importantísimos que tiene en manos nuestra Sociedad. Entre los problemas abordados por nuestros ilustres directivos figuran: incrementar la entrada de médicos a la Asociación; gestionar la representación científica ante los Congresos a que seamos invitados en el exterior; acelerar la inauguración del Hogar Infantil; nombrar varias comisiones encargadas de intensificar ciertas actividades de nuestra Asociación, como la mejora y ampliación de nuestro edificio, la extensión del Auxilio Mutuo, etc. Felicitamos muy sinceramente a nuestra Junta Directiva y hacemos votos porque sus labores continúen con el mismo entusiasmo para bien de la Medicina y de la clase médicas hondureñas.

Por su parte, el Personal de esta Revista, se ha reunido asimismo en varias ocasiones con el fin de responsabilizarse todo él, en la elaboración de nuestro órgano. Entre los proyectos que se han presentado, figuran: la organización de nuestra Biblioteca, la revisión y el mejoramiento de nuestro servicio de canje, la excitativa a los estudiantes de Medicina de último Año, para que colaboren en estas páginas bajo la dirección de los respectivos Jefes de Servicio de nuestro Hospital General y el compromiso adquirido por todos sus miembros para que esta Revista salga de ahora en adelante con artículos científicos exclusivamente originales.

### Nuevos socios

En los dos últimos meses, nuestra Asociación se ha complacido en incorporar a distinguidos colegas. Ellos son, el Dr. Joaquín Reyes Soto, de Tegucigalpa, el Dr. Víctor Herrera Arrivillaga, de

---

envío de delegados de la misma ante el Congreso de Otorrinolaringología que iba a tener lugar próximamente en Chile, y que al parecer, las gestiones iban bien encaminadas, por lo cual se pedía a la Asamblea la formación de una lista de candidatos para someterla a la aprobación del Ejecutivo. Inmediatamente varios socios lanzaron los nombres de sus candidatos. Sin embargo, la Presidencia se vio obligada a levantar la sesión, debido a haber salido del Salón de Sesiones varios de los socios presentes, rompiéndose así el "quórum."