



# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la  
Asociación Médica Hondureña



Director:  
Dr. Virgilio Banegas M.

## SUMARIO

	Pág.
Página del Director.— <i>Dr. Isidoro Mejía</i> .....	99
Shock y Hemorragia Interna Post-Operatoria (concluye) .... <i>Dr. Juan Montoya A.</i>	101
Patología y Terapia de las Lesiones causadas por la Bomba Atómica .....	107
Anestesia Raquídea Baja en Cirugía y Obstetricia .... <i>Dr. Napoleón Alcerro</i>	113
Consideraciones sobre el Alcoholismo .....	121
<i>Dr. Ramón Alcerro Castro</i>	
Revisando el Canje .....	129
<i>Sección a Cargo del Dr. Joaquín Reyes Soto</i>	
Informaciones .....	133
Apuntes de Patología Médica para Enfermeras .....	139
<i>Dr. Martín A. Bulnes B.</i>	

Mayo y Junio de 1950

# Revista Médica HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

• •

Director: Dr. VIRCILIO

**BANEGAS M.**

Redactores:

Dr. MANUEL CACERES VIJIL

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Dr. CARLOS A. BENDAÑA

Secretario.

Dr. J. GÓMEZ MÁRQUEZ GIRONES

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

---

Año XX | Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Mayo y Junio j No. 148

---

## *Página del Director*

### *Dr. Isidoro Mejía*

En la mañana del último día del mes de mayo de 1950, descendió a la tumba nuestro querido y recordado ex-consocio Dr. Isidoro Mejía; la Asociación Médica Hondureña guarda luto en los corazones de sus asociados por el desaparecimiento de tan distinguido colega, quien durante su vida pagó alto tributo a la honestidad y a la caballerosidad.

Hemos perdido a un colaborador de esta Sociedad que guardará recuerdos impercederos por los grandes servicios que le prestó.

El Dr. Mejía ocupó casi todos los puestos de la Junta Directiva desempeñándolos a satisfacción, y cuando fue Presidente demostró sus grandes capacidades y su interminable energía.—Durante los últimos meses del año de 1932 y los primeros de 1933, cuando la Asociación Médica Hondureña tuvo una de sus actitudes más plausibles al tomar bajo su dirección el Hospital General San Felipe por encontrarse abandonado, él sirvió como Administrador de la mencionada institución y con gran sentido de responsabilidad desempeñó dicho puesto sin remuneración alguna, en donde una vez más demostró tener una de las más grandes virtudes: la honestidad.

El Dr. Isidoro Mejía fue uno de los socios más activos y no fue sino hasta que trasladó su residencia a Danlí hace unos pocos años, que perdimos su apreciada ayuda, quizás ya con el presentimiento de que estaba llevando los últimos días de su vida.

El Dr. Isidoro Mejía fue un gran investigador en la rama de la Parasitología y a él dedicamos esta página con profunda veneración e incluimos la palabra sentida del Dr. Juan Montoya Alvarez, quién en nombre de la Asociación Médica Hondureña, dio el adiós postremo en el momento de inhumar sus restos. El Dr. Montoya Alvarez dijo:

"Señores:

Profundo pesar embarga mi ánimo al venir, en esta ocasión solemne, a dejar una última frase, como una flor de recuerdo, junto a la tumba de este médico ilustre, que ha cerrado blandamente los ojos, besado por la muerte, sintiendo en su espíritu la paz infinita, la serenidad augusta que sólo pueden sentir aquellos que a lo largo de su existencia, han laborado fecundamente por el bien y por la verdad sin desmayos ni vacilaciones.

Miro irse a las regiones donde no alcanzan a llegar las envenenadas flechas de las ambiciones y los odios humanos, a un hombre que ya se merecía su descanso; que ya se había ganado más de una gloria, que ya anhelaba su definitiva tranquilidad.

Y ésto no puede menos que poner en mi dolor de ex-colega y ex-consocio algo como una consolación.

El Dr. Isidoro Mejía hizo una vida entera, culminada, armoniosa y completa. Trabajó intensamente., sin retroceder, avanzando siempre hacia la ensoñada meta de los ideales superiores, colocando al servicio de la bruja siempre esquiva que se llama ciencia, todas las energías mentales, que eran grandes y fuertes, y sus mismas energías físicas dando de sí, en cuanto a individuo, todo cuanto le fue posible dar.

La ciudad inquieta y turbulenta, ha detenido su vida por un momento, para inclinarse reverente ante la tumba recién abierta del que en vida fue: Isidoro Mejía, quién supo dirigir sus pasos en todos los momentos de su vida, por el camino del bien, de la Ciencia y de la Justicia.

La Asociación Médica Hondureña, profundamente conmovida por la desaparición de este honorable Miembro, que en épocas no lejanas fuera su activo colaborador, viste los negros crespones del dolor, y viene con el corazón angustiado a dejar en la ciudad eterna los despojos del compañero, del Colega, del hombre honrado y justo que pasara por la vida como un símbolo de bien y de verdad.

En nombre y en representación de la Asociación Médica Hondureña vengo a depositar en la tumba del Dr. Isidoro Mejía, la corona simbólica del recuerdo, mientras mis labios pronuncian muy suavemente una oración, una plegaria de paz sobre su tumba, para no turbar el misterio eterno de la muerte, ni el silencio infinito de la Nada".

## *Shock y Hemorragia Interna Post-Operatoria*

(Concluye)

Las siguientes observaciones, son productos negativos de mis prácticas quirúrgicas.

CASO N<sup>o</sup> I (Clientela hospitalario).

E. E., de 38 años, soltera, hondureña.

Ingresa al Servicio de Ginecología del Hospital General San Felipe el día 14 de mayo de 1949, quejándose de dolores en el vientre y menorragias.

Antecedentes personales: Ha tenido varios hijos. Flujo blanco desde hace varios años. Hábitos alcohólicos.

Enfermedad actual: De dos años a la fecha, dolores muy frecuentes en el bajo vientre, menstruaciones muy dolorosas y abundantes, coitos dolorosos, estreñimiento y dolores durante la defecación, sensación de peso en la región perineal.

Estado actual: Mujer de buena talla, esqueleto normal, masas musculares normales, buen desarrollo del panículo adiposo, piel morena, pulso normal 75 por minuto, presión máxima 130 milímetros, mínima. 65 milímetros, temperatura 36°.5. Tórax normal. Abdomen no hay puntos dolorosos. Ginecológico: Vulva, desgarrado del primer grado; cuello, cervicitis, al tacto abdomino-vaginal, matriz en retroversión adherente, ligero dolor en el Douglas. Exámenes complementarios:

Glóbulos rojos, 6.500  
Glóbulos blancos, 4.300.000  
P. N. 64%, G. M. 2%, E. 2%, L. 32%  
Tiempo de coagulación, 6 minutos  
Tiempo de sangramiento 2 minutos  
Reacción de Kahn, negativa  
Orina, químico y microscópico, normal  
Urea en la sangre, 15 miligramos %

Diagnóstico: Retroversión adherente consecutiva a Anexítis crónica.

Operación: La enferma es operada el día 23 de mayo. Operador, Doctor Juan Montoya Alvarez. Ayudante Bachiller Federico Fiallos. Anestesia raquídea. El vientre es abierto por laparotomía infraumbilical. Posición de Trandelenburg. Aislamos el intestino de la pelvis con rollos empapados en suero fisiológico tibio. Matriz en retroversión adherente, procesos antiguos de Anexítis bilateral. Trompas uterinas adheridas al Douglas. Se busca el plano de clivaje, el que se encuentra con alguna dificultad. Se levanta la matriz. Se fija en suspensión por medio del procedimiento de

Baldy-Webster. Después de esta liberación de adherencias se observa hemorragia en sábana, en el Douglas. Se taponan provisionalmente con esponjas; y se procede a extirpar profilácticamente el apéndice. Se quita el taponamiento del Douglas. Se observa la hemorragia, la que continúa. Se hacen ligaduras en algunos puntos. Se hace nuevo taponamiento comprensivo. Se dejan transcurrir algunos minutos, durante los cuales se piensa en un Mickulics. Se solicita. No está preparado. Se saca de nuevo el taponamiento. La hemorragia ha cesado. Se esperan algunos minutos, al cabo de los cuales se observa un ligero resumamiento en los puntos del desbridamiento del Douglas. Se hace un taponamiento con Oxycel y confiando en ésto se procede a la reconstrucción de la pared en la siguiente forma: Sutura continua del peritoneo con Catgut Crónico N<sup>o</sup> I. Suturas a puntos separados con lino de los planos musculares y aponeuróticos. Puntos separados de Catgut Simple N<sup>o</sup> 0 en el tejido celular subcutáneo. Grapas de Michel para piel. Se da por terminado el acto operatorio. Duración una hora. La enferma es trasladada al Servicio. Se ordena la observación del pulso y presión arterial cada hora durante las primeras 12 horas del postoperatorio; así como las indicaciones habituales del Servicio consistentes en suero fisiológico y glucosado, 400,000 unidades de penicilina cada 24 horas, un gramo de dihidro-estreptomina, aminoácidos, Vitamina C, movilización, levantamiento y alimentación completa a las 24 horas.

Al día siguiente al pasar mi visita reglamentaria del Servicio, se me informa, que la enferma ha muerto a las ocho de la noche del día de la operación. Según datos obtenidos del personal del Servicio, la enferma permaneció en buen estado hasta las 4 p. m., hora en que se notó que estaba agitada, pálida y al tomarle el pulso lo encontraron débil y acelerado. Llamados los practicantes de guardia indican, tónico cardíaco (caféina y aceite alcanforado), así como calentamiento y observación. Dos horas después y en vista de que la enferma no mejoraba, fueron requeridos nuevamente los servicios de los practicantes de guardia, quienes a su vez y después de constatar la gravedad del caso, se auxilian del Médico de guardia, Doctor Angel Donoso Vargas, quien sentó después del examen el diagnóstico: "Hemorragia interna postoperatoria de carácter grave, no creyendo, dada la gravedad del caso, oportuna la reoperación de dicha enferma, ya que, según él me manifestó después, la enferma estaba en estado agónico, y sólo la reapertura bajo transfusión de plasma o sangre, hubiera dado posibilidad de éxito.

Estando la enferma en la Morgue, me trasladé allí, para hacer la autopsia. Al abrir el vientre encontré la cavidad abdominal inundada de sangre de color rojo oscuro, con pequeños coágulos en los fondos de saco de Douglas y vesico-uterino. Datos que comprobaron el diagnóstico.

## CASO No 2 (Clientela particular)

B. B., de 26 años, soltera, hondureña.

Me consulta en los últimos días de agosto de 1949, por dismenorreas y dolor en el vientre.

Antecedentes personales: Ha tenido un hijo. Un aborto de 3 meses y leucorrea desde hace dos años.

Enfermedad actual: Desde hace dos años ha notado que sus menstruaciones son muy dolorosas e irregulares. De tres meses a la fecha el dolor a aumentado de tal manera, que durante su regla, tiene que tomar calmantes y guardar cama.

Estado actual: Mujer de regular tamaño, esqueleto normal» masas musculares normales, regular panículo adiposo<sup>1</sup>, piel de color normal, conjuntivas oculares ligeramente pálidas, pulso normal 75 por minuto, presión arterial, máxima 120, mínima 60, temperatura bucal 36°.5. Abdomen, dolor en el punto ovárico derecho. Examen Ginecológico, cuello cervicítico, al tacto abdomino-vaginal se nota la presencia de un tumor en el anexo derecho, doloroso y de regular tamaño.

## Exámenes de Laboratorio:

Eritrocitos, 4.500.000  
Leucocitos, 6.500  
Polinucleares, Neutrofilos 64%  
Eosinófilos 1%  
Basófilos 1%  
Linfocitos 30%  
Monocitos 4%  
Hemoglobina 80%, 12.9 gramos.  
Valor Globular 41%  
Volumen Globular 41%  
Tiempo de coagulación 5 minutos  
Tiempo de sangramento 2 minutos  
Reacción, de Kahn, negativa  
Reacción de Eagle, negativa (control)  
Orina, químico y microscópico, normal

Diagnóstico: Quiste del Ovario.

Operación: La enferma es operada el 2 de septiembre de 1949 a las 10 a. m. Anestesia por el éter. Laparatomía infraumbilical. Abierto el abdomen se busca el ovario enfermo el que es extirpado sin dificultad. A continuación se hace una apendicectomía profiláctica y con esto, los tiempos principales del acto quirúrgico quedan terminados. Reconstruimos la pared por el procedimiento indicado en el caso anterior. La enferma es trasladada a su cama. y queda bajo los cuidados de la enfermera anestesista. Una hora después, ha despertado y salido del shock postoperatorio. 3 horas después, soy llamado con urgencia por la enfermera a su cuidado.

Al llegar me informa, que ha notado que la enferma está intranquila, que el pulso ha aumentado en su frecuencia, que la presión arterial a bajado de 120 y 60 a 80 y 40. Compruebo los signos, y noto además: palidez de la piel y conjuntivas. Respiración profunda con la boca entre bierta (sed de aire). Abdomen doloroso y ligeramente distendido al nivel del hipogastrio. Ligera matitez de esta región. Sensación de sed. Pulso aumentando su frecuencia. Presión arterial cayendo a medida que el tiempo transcurre. Pienso en hemorragia interna postoperatoria. Punciono el Douglas, y extraigo con facilidad por aspiración sangre de color rojo claro. Informo a los familiares la gravedad del caso y la necesidad rápida de intervenir. Aceptan. Opero. Anestesia por éter. Transfusión de plasma. Posición del Trandelenburg. Reapertura del abdomen. Todo está lleno de sangre de color rojo claro. Busco rápido el pedículo utero-várico y el del meso-apendice, que eran los únicos que había ligado y de los que esperaba la hemorragia. Observo que de la ligadura de la utero-ovárica, se escurre algunas gotas de sangre. Refuerzo las ligaduras de estos pedículos, y recojo la sangre almacenada en el abdomen, con objeto de transfundirla después del acto operatorio. Reconstruyo la pared en varios planos por suturas continuas con Cátganst Crónico N° 2. Media hora después la enferma está despierta, consciente y fuera de todo peligro inmediato. Previamente filtrada y citratada es transfundida la sangre extraída del abdomen (1.000 gramos). Se le hace su postoperatoria habitual y la enferma es dada de alta una semana después completamente restablecida.

### CASO No 3 (Clientela hospitalaria)

M. L. O. de S., de 35 años, casada, hondureña.

Me consulta en el Servicio de Ginecología el 1° de abril de 1950, por un dolor en la región ilíaca derecha.

Antecedentes personales: Menarquia a los 15 años. 28/4. Indolora. Abundante. Ultima regla el 28 de marzo de 1950. Nunca ha estado embarazada en 16 años de matrimonio.

Enfermedad actual: Desde hace 2 años padece de dolor en la región ilíaca derecha, con irradiaciones a veces al bajo vientre, y otras al miembro inferior derecho. Dolor que desaparece por períodos, siendo a veces, las residivas tan acentuadas que le impiden dedicarse a sus quehaceres habituales. Estas crisis dolorosas coinciden con náuseas, vómitos alimenticios, mareos y cefalagias.

Estado actual: Mujer de buena talla. Sistema óseo normal. Sistema muscular normal. Bastante tejido celuloadiposo. Temperatura 36°.7. Pulso 75 por minuto. Presión arterial, máxima 130, mínima 60. Tórax normal. Abdomen globuloso. Dolor franco a la palpación del punto de Mac Burney. No hay otros puntos dolorosos abdominales. Ginecológico: Vulva y vagina normales. Cuello de nuli para. Fondo de saco vaginales libres. No hay leucorrea.

## Exámenes de Laboratorio:

Eritrocitos, 4.500.000  
Leucocitos, 8.600  
Polinucleares neutrófilos, 54%  
Linfocitos 38%  
Eosinófilos 6%  
Grandes mononucleares 2%  
Tiempo de coagulación 7 minutos  
Hemoglobina 80%  
Reacción de Kahn x x x x  
V. D. R. L., x (control)  
Orina, química y microscópico, normal

Diagnóstico: Apendicitis Crónica.

Operación: Después de un preoperatorio a base de calcio, Vitamina K y C, extracto de hígado y Vitaminas totales, la enferma es operada el día 14 del mismo mes de abril.

Anestesia raquídea, a cargo del Doctor Napoleón Alcerro.  
Cirujano operador, Doctor Juan Montoya Alvarez. Cirujano colaborador, Doctor Gabriel Izaguirre. Asistente, Br. Manuel Romero.

Incisión para-rectal-externa.—Al abrir el peritoneo se notan adherencias de la cara posterior de éste al epiplón mayor. Se busca el ciego y el apéndice. Una vez encontrado se nota, que está grande, duro, y cubierto por fuertes adherencias de la membrana ilioceco-apendiculo-cólica. Se liga el meso y se quita el apéndice por el procedimiento de Infundívilización. Se explora el útero y los anexos. En la cara posterior de la matriz, se encuentra un pequeño fibromioma sub-seroso del tamaño de una almendra. Se extrae por una incisión en ojal y se ponen cuatro puntadas con lino. En el ovario derecho encontramos una ovaritis quística folicular, la que puncionamos. Para facilitar las maniobras sobre la matriz, la hemos tomado con una pinza de garfios y notamos una vez terminadas estas, al quitarla que sangran los puntos donde se fijó. En vista de esto colocamos un punto de sutura con objeto de cerrar la puntura de la cara posterior, notándose siempre marcada hemorragia al pasar la aguja por la pared uterina. Exploramos nuevamente el campo operatorio y no encontramos zonas hemorrágicas nos decidimos a cerrar.

Liberamos las adherencias del epiplón mayor a la cara profundo del peritoneo parietal anterior y las ligamos cuidadosamente con lino.

Empezando estamos a cerrar el peritoneo, cuando notamos la presencia de sangre en la cavidad. En estos momentos el acto operatorio se ha vuelto difícil, porque la anestesia raquídea ha terminado y la enferma empieza a molestar. Sugerimos al Doctor

Alcerro la conveniencia de una nueva anestesia, y él nos atiende, dándole a la enferma óxido nitroso primero y después éter y oxígeno. Una vez obtenido el silencio abdominal, exploramos de nuevo, principiando por el meso apéndice el que encontramos exangüe, luego la matriz, en donde encontramos la hemorragia precisamente a nivel de las punturas dejadas por la pinza de garfio. Colocamos nuevos puntos con lino y una vez terminada la hemorragia empegamos a cerrar la pared por el procedimiento descrito anteriormente.

Terminado el acto operatorio, referimos la enfermera al servicio. Le ordenamos vigilancia del pulso y presión arterial cada hora. Penicilina 400.000 unidades y Dihidroestreptomicina 1 gramo cada veinte y cuatro horas. Movilización cada hora. Levantamiento y alimentación a las veinte y cuatro horas.

A las diez de la noche del mismo día, soy llamado telefónicamente por el médico de guardia, Doctor Ángel Donoso Vargas, quien me manifiesta que dicha enferma está grave, y que él cree que se trata de una hemorragia interna. Después de agradecer al colega Vargas su colaboración, le pido, haga el favor, de abrirme rápido el vientre de esa mujer, y ver si es posible salvarla.

Al día siguiente me informa el Doctor Vargas, que la hemorragia venía del pedículo del meso-apéndice y de la puntura producida por la pinza de garfios en la cara posterior de la matriz.

Al llegar al Servicio la encuentro, intranquila, pálida, fría, sin pulso radial, sin presión arterial. Ordeno transfusión de 500 gramos de plasma, y suero glucosado por vía subcutánea. Pocas horas después la enferma está fuera de peligro.

Tuvimos que lamentar en su postoperatorio, la abertura total con infección de la herida operatoria, lo que motivó nueva operación de reconstrucción y retraso en su restablecimiento.

Comentarios: Después de leer éste trabajo, se puede observar, que en los dos casos hospitalarios, el diagnóstico de hemorragia interna postoperatoria, fue sentado demasiado tarde.

En el primer caso, dicho diagnóstico, fue hecho, estando la enferma en estado agónico tan avanzado, que el médico de guardia que la asistió, a pesar de sus entusiasmos quirúrgicos, no quiso correr el riesgo de un acto operatorio, y se conformó con estudiar Los signos de la agonía.

En el segundo caso, también dicho diagnóstico fue sentado tardíamente (12 horas después del acto operatorio), y me sorprende la resistencia orgánica de la enferma, para haber podido sobrevivir al acto quirúrgico, que por las circunstancias del medio, fue ejecutado fuera de toda transfusión de sangre o plasma.

El éxito completo del segundo caso (clientela particular), se debió al diagnóstico precoz, y la ejecución del acto operatorio dentro de las normas que ordena la medicina.

Dedico éste trabajo a los practicantes de guardia, como una enseñanza, y estoy seguro que si se detienen un poquito a analizar el cuadro de diferenciación entre el shock y la hemorra-

## *Patología y Terapia de las Lesiones Causadas por la Bomba Atómica*

Ponencia presentada por los **Estados** Unidos de Norte América en el **XII** Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares

Esta publicación se esta haciendo por una cortesía del

**OK. DAGOBERTO MAJANO**

Miembro de ésta Asociación, quien asistió como Delegado de Honduras al Congreso arriba mencionado

Les efectos de la bomba atómica pueden ser clasificados bajo dos títulos principales: Explosión mecánica y Explosión de Radiación. La Explosión Mecánica puede dividirse a su vez en explosión aérea, explosión sólida y explosión acuática. La Explosión de Radiación puede también dividirse a su vez en radiación termal, y en explosión de radiación ionizante. Debido a que los efectos de la explosión se diferencian, no sólo en intensidad entre una bomba atómica y otro explosivo de gran volumen, estos efectos serán considerados muy ligeramente.

La gente sufre muchas quemaduras comunes en incendios secundarios de edificios, pero la quemadura características de la bomba atómica es aquella que se recibe de la llamarada distante de la detonación en aire. En los pacientes estas quemaduras "llamaradas" tuvieron contornos penetrantes al efecto de la obscuridad. Aunque las muertes a consecuencia de la bomba atómica causadas por daños mecánicos pueden ser esperadas a ser más o menos de un 30%. quemaduras acerca de 50%, y por medio de radiación ionizante aproximadamente de 15 a 20%, sólo los daños patológicos de la radiación ionizante serán comentados aquí.

Antes de considerar los efectos de radiación en los sistemas del cuerpo, deberíamos considerar la relación de lesiones y el tiempo de muerte. En esos pacientes, muertos en las primeras dos semanas, hay una evidencia histológica de efectos de radiación no manifestadas clínicamente en la médula osea, "gonads," tracto gastro-intestinal y la piel. En el grupo de muertes durante la tercera y sexta semana, el cambio de la médula osea predomina y son espectaculares las ulceraciones neutropénicas y síntomas de hemorragia. Decae la nutrición general. Los" mayores cambios están

---

gia postoperatoria del Doctor P. H. Martín, podrán hacer una facilidad estos diagnósticos que pueden y darán oportunidad a los cirujanos, a salvar estos enfermos de una de las complicaciones postoperatorias, más temidas y más difíciles de resolver en la práctica.

**JUAN MONTOYA ALVAREZ**

a la cumbre. Aquellos moribundos dentro del 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> mes dan muestras de reconvalecencia en la médula ósea y renacimiento del pelo, pero persistencia en los cambios de tejidos conectivos y testiculares. Hay un aumento de extenuación. La falta de nutrición no está basada enteramente en la poca alimentación. Lesiones intestinales y otros factores juegan un papel muy importante.

#### **TEJIDO LINFOIDE:**

La alta sensibilidad del tejido linfoide en la radiación ionizante resulta en una atrofia tremenda VISTA TAN TEMPRANAMENTE COMO el tercer día.

Los linfocitos casi desaparecen dejando un cuadro en forma de encaje que es espectacular y completamente histológico. Un cuadro semejante se encuentra en las amígdalas y otros tejidos linfoides. Los cambios en los centros germinales pueden ser necrobiosis pero el abandono de lo normal no es marcado excepto cuando los centros germinales desaparecen como sucedió en los % de las muertes en las primeras dos semanas. La primera apariencia en conjunto de los nódulos humanos es desconocido, pero animales bombardeados demuestran algún aumento, ablandecimiento y un color más pálido. Por la segunda semana aparece una célula mononuclear grande atípica. Estas células lógicamente podrían ser formas patológicas cuya cromatina sensitiva nuclear fue deformada por la radiación. Citológicamente, ellas son pleohistiocytes indistinguibles de las Células Reed-Stenberg. Aproximadamente en la 5<sup>a</sup> semana, los nódulos son generalmente grandes y casi exentos de linfocitos y centros germinales. Grandes células son más numerosas. Se manifiestan las células del plasma, eosinófilos y grandes células con un número mayor de células retículas. Los linfocitos son más numerosos en el 4<sup>o</sup> mes pero aún menos que lo normal.

#### **BAZO**

Los elementos linfoides reaccionan aquí a radiación como en los nódulos. Tempranamente, los bazos son generalmente pequeños, pero algunos muestran ocasionalmente una reacción temprana inflamatoria. En parte ellos son rojo oscuro como en cortaduras pequeñas por un cuchillo, los folículos son vistos indistintamente, y las trabéculas son un tanto prominentes.

Además de la casi ausencia de los linfocitos, mononucleares grandes se aumentan y hay eritro fagocitosis y depósitos de hemosiderina. Durante el segundo mes el bazo es pequeño y los folículos están ausentes. Parece ser un retículo sincitial alrededor de los folículos en los cuales el contenido ligero linfocítico del órgano es visto. Mononucleares grandes atípicos. pleistiocitos, se encuentran en un 25% aproximadamente. En el cuarto mes, hay aún una atrofia, pero centros germinales ocasionales aparecen y el contenido linfocítico muestra cierta evidencia de recuperación.

## MEDULA OSEA

El cuadro celular de la médula osea irradiada es tremendamente cambiado durante la primera semana después de la explosión de la bomba, Hay casi una desaparición total de los elementos sanguíneos exceptuando pequeñas islas de eritropoyesis, las cuales son menos sensibles. Al fin de la semana el retículo principia a proliferar y se diferencia primero en linfocitos y células de plasma en vez de células mieloides. Esta clase de diferenciación es predominante hasta la 4<sup>a</sup> semana cuando se ve la diferenciación mielóide. La mayor parte de las médulas de esos que mueren en la 6<sup>a</sup> semana, son hipoplásticas, pero unas pocas muestran hiperplasia con impedimento de supuración.

La mayoría de los casos graves del tercero y cuarto mes muestran hiperplasia, lo cual en el fémur es bastante evidente como médula roja extendiéndose de un tercio a medio del canal; en estos, el "defecto" de supuración disminuye y se encuentran más neutrófilos en la sangre periférica y en los tejidos infectados. Unos pocos de esos casos más viejos, sin embargo, muestran aplasia en la médula del fémur en rosado gelatinoso. Algunas médulas hiperplásticas gruesamente aparente son realmente hipoplásticas, el color rosado proveniente de las venas de la sangre. Sea lo que fuere el cuadro medular, hay usualmente una leucopenia profunda en cierto tiempo en esos pacientes que mueren en la 1<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup> semana. Más tarde, la leucopenia no persiste y aún aquellos que mueren, se les desarrolla leucocitosis, con excepción de aquellos que tienen médulas aplásticas.

## EFFECTOS SECUNDARIOS DE RADIACIÓN DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Las lesiones hemorrágicas y la necrosis leucopénica afecta el cuerpo irradiado, aproximadamente en la tercera y quinta semana. La "faringe" y sus conexiones, el tracto gastro-intestinal, los órganos respiratorios y la piel manifiestan ambos cambios; además, el tracto urinario, cubiertas mesoteliales, "músculos, y todos los tejidos blandos del cuerpo muestran petequias, lunares purpura o grandes equimosis. La gravedad depende en la localización de las lesiones hemorrágicas más grandes. Signos externos son demostrados en hemorragias de las paredes de las regiones de la faringe del intestino o del tracto urinario. Hemorragias grandes submucosas así como la petequia aparecen en la pelvis del riñón y en la vejiga y muchas veces en los úteros. Hemorragias desarrolladas por medio de rupturas en epitelio de superficies, cargadas de bacterias frecuentemente inician las lesiones netropénicas necrotizantes, las cuales en la faringe son similares a la bien conocida agranulocitosis aguda. Úlceras muchas veces extendidas en la lengua, encías, membranas bucales, labios y aún la piel da un cuadro de noma. Tales ulceraciones también principian

independientemente de la hemorragia. Es probable que la bacteria ordinariamente no patógena pueda causar graves consecuencias en la pérdida de suficientes reservas retículo endoteliales. Lesiones Ulcerosas extendidas en el estómago y el tracto intestinal son en bases similares, como verdaderamente parece que muchos de los cambios difusos mucales puedan ocurrir. La neumonía necrotizante parece ser una parte de este cuadro. Hay muy poca reacción leucocítica en estas lesiones, las cuales abaten al paciente llevándolo a la muerte.

### **PIEL**

Se vio en los japoneses, el desarrollo de lo que hemos reconocido como quemaduras de la piel de rayos ionizantes. Hubieron pocos casos tempranamente de endema bulosa que pudieron haber provenido de los rayos gama.

Aparece depilación en el cráneo, ocasionalmente más en un lado que en el otro, la axila, pubis, cejas y barba fueron afectadas menos y en orden decreciente.

Microscópicamente los folículos del pelo demuestran cambios distintos en ambas capas epidérmicas y dérmicas. Tempranas muestras no se hayan disponibles pero en la cuarta semana la cubierta de la raíz interna no puede ser identificada, la cubierta externa (Continua con la capa de malpigi de la epidermis) siendo continuo con la **cubierta** del pelo. La vascularidad de las papilas es reducida y el epitelio adyacente es atrofico. El pigmento es irregularmente deforme. Entonces la cubierta dérmica demuestra espesura en ambas en el interior de la membrana hialina y la capa fibrosa celular. El fondo de los folículos aparentemente sufren una contracción continua al empujar la base del pelo hacia la superficie hasta que la regeneración principia con nuevas células encima de las papilas en una manera similar a la actividad ordinaria de sustitución. Hay también atrofia de las glándulas sebáceas. Algunas de las glándulas sudoríparas son pequeñas, sus células ocasionalmente están vacías y picnóticas y las membranas nasales engrosadas. No es definitiva la evidencia de radiación que se efectúa en la epidermis. En un paciente muerto en el 5º día hay necrosis de una pared de vena y trombosis. Al borde de una área quemada hay hiperpigmentación en las células basales y cromatóforos. Algunos grosores de la epidermis, hiperqueratosis quitándole el hierro a la papilas y se encuentra hiperpigmentación de las células basales. Cambios vasculares y coetágenos no son distintos.

### **CEREBRO**

Se encuentran sólo cambios hemorrágicos o necróticos.

### **PITUITARIA**

Grandes células basófilas con bastante vacuolas citoplásmicas aparecieron en un 25% de los muchos muertos de la 3ª a la 6ª 1 |

semana. Debido a que las células de este tipo son encontradas en mamíferos después de castración, ellas son conocidas como "células de castración". En el segundo y tercer mes, baasófilos grandes se encuentran sólo unos pocos siendo vaciados.

### **RÍÑONES**

Durante las des primeras semanas parece que hay una pérdida de linfoide en la corteza, pero durante los siguientes meses la corteza progresivamente pierde el color amarillo naranja y es distintamente angosta. Microscópicamente la mayor parte de las células son granulares en vez de esponjosas y la atrofia es más marcada en la zona exterior glomerular (contrario a lo esperado). Cuando se presentan las células esponjosas ellas están usualmente en el interior de la capa.

### **CORAZÓN**

Petequias epicardiales son encontradas dentro de las primeras dos semanas y hay evidencia microscópica de algún endema perivascular y raramente muscular en el miocardium. Estos cambios continúan permanentes durante el segundo mes cuando se ven las hemorragias miocardiales. Después del segundo mes se encuentran cambios no distintos de irradiación.

### **PULMONES**

Sólo un ligero endema, perivascular o pleural, que aparece en las 2 primeras semanas puede ser un efecto de radiación primaria. La neumonía hemorrágica y necrotizante son comunes después de las primeras semanas, como lesiones secundarias.

### **RÍÑONES Y URÉTER**

Con excepción de manifestaciones homorrágicas no hay lesiones primarias aún en los órganos bajos.

### **VEJIGA**

Durante el estado hemorrágico de la enfermedad de radiación hemorragias mucosas pueden resultar en ulceraciones necrotizantes sin evidencia de infiltración leucocítica.

### **VESÍCULAS PRÓSTATAS Y SEMINALES**

No son notables excepto por rara necrosis neutropénica y la presencia de unos pocos espermatozoides morfológicamente normal.

(Continuará)

## *Anestesia Raquídea Baja en Cirugía y Obstetricia*

Por J. NAPOLEÓN ALCERRO Jefe del  
Departamento de Anestesia del Hospital General

Este trabajo es el estudio de 152 casos de Raquianestesia baja en Cirugía, y 10 casos en Obstetricia, practicadas con la técnica del Dr. John Adriani, en Hospitales privados desde 1947, y en el Hospital General desde Agosto de 1949. Tiene por objeto dar a conocer o hacer un recordatorio a los Médicos Anestésistas, Cirujanos y Obstétricos, de una de las formas de anestesia más sencilla, más inocua y mejor tolerada por los pacientes.

La raquianestesia es una forma de anestesia regional, producida por la inyección en el canal raquídeo de la solución de una droga anestésica local, que bloquea las raíces nerviosas antes de su salida de las meninges. Se considera a J. L. Corning Neuropatólogo Norteamericano, como el precursor de la raquianestesia, por sus trabajos de sección funcional de la médula con fines terapéuticos, practicados en 1885. Bier de Alemania fué quien por primera vez inyectó solución de cocaína en el canal raquídeo, con fines anestésicos, en 1898. En Estados Unidos fueron Tait y Gaglieri los que practicaron las primeras raquianestesis en 1899, seguidos pronto por Rudolph Mattas, que hizo las primeras publicaciones en el mismo año. En Argentina fue en 1900, que el Dr. J. Aguilar puso en práctica la anestesia raquídea.

En 1928, Pitkin practicó y describió una técnica de anestesia raquídea baja, que fue abandonada sin lograr popularidad, debido a la imposibilidad de poder controlar la altura anestésica. En 1930, Congrove utilizó la Nupercaina por vía raquídea para producir la anestesia en partos, pero la imposibilidad de poder localizar la zona anestesiada a la región perineal, hicieron que la técnica de Congrove cayera en desuso.

En 1945, los Drs. John Adriani, Director del Departamento de Anestesia del Hospital de Caridad de Nueva Orleans, La. U. S. A., y su discípulo el Dr. D. Román Vega, de Nicaragua, lograron introducir una técnica especial con la cual consiguieron controlar la altura anestésica al nivel requerido por el Cirujano. Adriani y Román Vega, como lo hiciera anteriormente Sise con la Pantocaína, agregaron glucosa a la solución anestésica a inyectar en el canal raquídeo, con el objeto de hacer dicha solución más pesada que el líquido céfalo-raquídeo (solución hipérbara). Las soluciones hiperbáricas por razón de su mayor peso, se localizan en las partes del saco dural que durante la inyección se encuentran más bajas (fondo de saco en la posición, sentada, raíces derechas o izquierdas en los decúbitos laterales, abdomen alto y tórax, en Trendelenburg). La glucosa tiene además la particularidad de impedir la di-

fusibilidad de la solución en el líquido céfalo-raquídeo, facilitando así la fijación de la droga en el tejido nervioso,

Adriani y Román Vega, lograron localizar la anestesia a la región perineo!, y dieron a su técnica el nombre de "Saddle block Anesthesia" Anestesia por bloque en forma de silla de montar. Posteriormente, Adriani y su discípulo Ray Parmley, tomando en cuenta el auge que tenía el uso de la anestesia caudal continua para el parto, dispusieron usar la técnica del Saddle block para ese fin, por ser más sencilla y más inocua; escogieron la Nupercaína, por ser la droga más potente y de más larga duración (tres horas y más), y crearon lo que ellos llamaron "Saddle block Anesthesia with Nupercaine, for Obstetrics" Anestesia por bloqueo en forma de silla de montar con Nupercaina, en Obstetricia. Como alumno que fui del Dr. Adriani en 1945-46, tuve oportunidad de trabajar en los 100 primeros casos que presentaron en su trabajo de 1948, y fueron tan magníficos los resultados obtenidos, que no vacilé en practicar esa técnica en Honduras, obteniendo resultados halagadores, sin lamentar un solo fracaso.

Nuevos trabajos se han presentado a la consideración de los Médicos elogiando y dando a conocer la magnífica técnica de Adriani y sus colaboradores, y todas las estadísticas coinciden en la inocuidad de ella, tanto para la madre como para el niño. Los primeros trabajos presentados por Adriani y Parmley, se hicieron en casos escogidos como probables partes normales, pero anticiparon que la práctica y el perfeccionamiento de la técnica harían que se usara en partos distócicos. En 1948, el Dr. Rosendo Amador Fernández, Director de la Maternidad N<sup>o</sup> Dos del I. M. S. S. y Catedrático de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, presenta a la Octava Asamblea Nacional de Cirujanos y al Segundo Congreso Nacional de Anestesiología, su trabajo sobre "La Raquianalgia Obstétrica selectiva en las intervenciones Tocoquirúrgicas por vía vaginal", usando la técnica de Adriani-Parmley, ligeramente modificada por Fernández y Várela, demostrando prácticamente las predicciones de Adriani y Parmley.

La anestesia raquídea baja con glucosa, tiene la gran ventaja de producir anestesia y parálisis solamente en una zona reducida, disminuyendo las posibilidades de la caída de la presión arterial, ya que se mantiene el tono muscular en casi todos los músculos, no decrece la presión intra-abdominal, ni disminuye la presión negativa intratorácica, que son factores importantes en la mantención de la presión arterial. También deja al paciente en libertad de poder mover la piernas, cuando la anestesia se limita a la región perineal únicamente.

Debido a que el medio ambiente nuestro no es propicio para la práctica del parto sin dolor, los casos obstétricos que presento son pocos a pesar del éxito magnífico obtenido en ellos. Este trabajo lleva el mejor deseo porque los Colegas que se dedican a la Tocología se interesen por esta clase de anestesia y la den a cono-

cer a sus pacientes, pues no es justo dejar sufrir a las madres en trace de parto, únicamente porque a ellas se les ha hecho creer, que deben sufrir dolores al nacer su hijo para que sientan amor por él; muy conocido es el pensamiento que dice: "no es madre la que pare el hijo, sino la que lo cuida y educa".

#### MATERIAL NECESARIO:

Al equipo corriente de raqui-anestesia se agrega una jeringa de 2 cc, con una aguja pequeña calibre 26 y otra mediana calibre 20, para hacer la anestesia de la piel y del espacio interespinoso; solución de glucosa al 10%, y los cristales o la solución de la droga anestésica escogida.

#### TÉCNICA:

Una vez seleccionado el paciente, el Anestesista lo visita el día anterior para enterarse de su estado general; le explica que se le administrará anestesia únicamente en la región a operar, y que a pesar de quedar despierto, no sufrirá ningún dolor durante ni después de la operación; la noche anterior se le da un barbitúrico para que duerma tranquilo sin pensar en la operación; el día de la operación, una hora antes, se le inyecta por vía intra muscular 0.01 gm. de morfina y 0.4 mgm. de escolpolamina o atropina; en obstetricia es mejor usar demerol en vez de morfina. Una vez el paciente en la mesa de operaciones y después de tomada y anotada la presión arterial, el pulso y la respiración, se prepara la solución, ya sea disolviendo los cristales en la solución de glucosa, o agregando la glucosa a la solución anestésica, a partes iguales. Se usan de 50 a 100 miligramos de procaina o meticaina, 5 miligramos de pantocaina o tetracaina, 2 y medio miligramos de nupercaina. En la jeringa de 2 cc. se pone 1 cc. de solución de novocaína al 1% para anestesiar la piel y el espacio interespinoso. Se coloca al paciente sentado en el centro de la mesa con las piernas colgando fuera del borde, y los brazos cruzados por delante del abdomen cuando se desea anestesiar la región perineal; acostado de lado con la región a operar hacia abajo, cuando se desea anestesiar un sólo lado. Se limpia la región lumbo-sacra como si se tratara del campo operatorio; se localiza el tercero o cuarto espacio interespinoso lumbar; un ayudante sujeta el paciente de los hombros, si está sentado, de la cabeza y huecos poplíteos, si está acostado. Con la jeringa de 2 cc. y la aguja pequeña, se hace un botón anestésico en la piel del espacio escogido, indicando previamente al paciente que sentirá un ligero pinchazo para que no se mueva; se cambia la aguja pequeña por la mediana y se introduce en el espacio interespinoso, se inyecta el resto de la solución de novocaína para anestesiarlo, comprobando que no se ha inyectado en un vaso, tirando suavemente del émbolo; la dirección dada a la aguja servirá de guía para la introducción de la aguja de punción. Se toma después la aguja de punción entre el índice y el pulgar de la mano

derecha y se introduce a través del botón de la piel; luego apoyando el calibre con los dos índices y el pabellón con los dos pulgares, se introduce poco a poco la aguja hasta sentir la resistencia que opone la duramadre, se penetra un poco más venciendo la resistencia, y se saca el mandril para ver si sale líquido libremente; si el líquido fluye con facilidad, se fija la aguja con el índice y pulgar de la mano izquierda apoyando el borde interno de la mano contra la región lumbar, y se adapta con la mano derecha, la jeringa en que previamente se ha preparado la solución a inyectar, y al ritmo que da la presión del pulgar derecho se inyecta el anestésico. Si no se consigue que el líquido fluya libremente, se da a la aguja un movimiento de rotación o se introduce un poquito más, porque puede suceder que el visel de la aguja no haya penetrado completamente en el canal raquídeo.) No debe inyectarse el anestésico sin estar completamente seguro que se está en el espacio subaracnoideo porque esa es la causa más frecuente de fracaso en obtener anestesia; es mejor insistir hasta conseguir el libre flujo del líquido, que inyectar la solución sin tener la certeza de que se está en el canal raquídeo. Si la anestesia es del periné, se deja al paciente sentado por 30 o 50 segundos, y por tres minutos acostado de lado, si se quiere anestesia unilateral; se acuesta luego al paciente boca arriba y se le coloca una almohada bajo la cabeza; se indica al cirujano que debe esperar 5 o 10 minutos para comenzar la operación para que la anestesia sea completa.

En obstetricia se usa la técnica sentada, debiéndose hacer la inyección cuando no hay contracción, uterina porque ésta aumenta la presión del líquido cefalo-raquídeo, creando una corriente ascendente que puede llevar el anestésico a las partes altas y producir serios trastornos. Una vez inyectada la solución, se esperan 30 segundos, después se acuesta, la paciente con la cabeza alta y se comienza a tomar la presión arterial cada minuto al principio, después cada 10 o 15 minutos. Si se ha seguido bien la técnica, los dolores desaparecen, sin interrumpir las contracciones uterinas: la paciente libre de dolores, ayuda a acelerar el parto porque puede pujar con fuerza. Por regla general una sola inyección de nupercaina es suficiente, pero en algunas primíparas, el parto puede prolongarse muchas horas haciéndose necesario repetir la inyección una o dos veces más. En los casos que presento, una sola inyección ha sido suficiente, durando el parto más corto después de la inyección 50 minutos, y el más largo, 5 horas.

### CASUÍSTICA

De los 10 casos obstétricos, he escogido cinco para ilustrar este trabajo. Esos casos ponen de manifiesto la bondad de la técnica en la abolición del color en el parto. Los casos quirúrgicos han sido numerosos y en todos ellos el resultado habido satisfactorio.

**Primer Caso.**

J. de G. de 31 años de edad, casada, multípara, inicia su trabajo de parto en la madrugada del 17 de abril de 1947. A las 6 a. m., cuando el cuello estaba dilatado unos 4 centímetros, se le inyectaron por vía raquídea, 2V-2 miligramos de rupercaína "Giba" con glucosa, al 10%; cinco minutos después los dolores habían desaparecido, pero las contracciones uterinas continuaron a un ritmo de tres minutos; a los 10 minutos, la presión arterial bajó un poco y se le inyectó por vía muscular sulfato de efedrina (50 miligramos) que mantuvo la presión en su estado normal durante todo el resto del trabajo. A las 7 y 55 a. m., la madre había terminado su parto felizmente sin sentir ningún dolor.

Este caso es interesante porque la paciente en sus dos partos anteriores había sufrido intensamente, al grado que sus partos se prolongaren varias horas, dejándola en un estado de agotamiento tal que por dos días quedaba casi imposibilitada de moverse en la cama. Esta vez se sentía contenta porque sus dolores fueron únicamente los del principio y su trabajo fue **muy corto**, quedando completamente apta para hacer cualquier movimiento en la cama. Desgraciadamente, el niño murió por asfixia 18 horas después, sin poder auxiliarse por falta de oxígeno; a la madre se le dijo intencionadamente que la anestesia había sido la causa de la muerte del niño, quizá, por prejuicios religiosos.

**Segundo Caso.**

E. D. de A. multípara de 25 años, casada, inicia sus dolores de parto el día 18 de Diciembre de 1947, a las 9:30 p. m.; a las 10:10 p. m. se le inyecta por vía raquídea, dos y medio miligramos de Nupercaina con glucosa al 10%. La presentación era de nalgas incompleta y había una dilatación del cuello de 4 centímetros: después de la inyección los dolores cesaron completamente, la paciente pudo pujar fácilmente y dos horas después se realizaba el parto felizmente. La duración de dos horas y media como trabajo total en una presentación de nalgas, hace de este parto un caso interesante. La paciente salió del Hospital seis días después del parto, y el hijo no tuvo ninguna **complicación**:

**Tercer Caso.**

A. de H. L. primigesta de 32 años de edad, casada, inicia su trabajo de parto el día 27 de Agosto de 1948, a las 3. p. m., las contracciones uterinas son suaves y puede soportar los dolores; por la noche se hacen más fuertes y logran, dilatar el cuello 3 centímetros; por la mañana *del* 28 los dolores se hacen insostenibles y la paciente pide con insistencia que se le de anestesia. Por la edad de la paciente y por *ser* **primípara, se piensa** mucho antes de aplicarle la raquí anestesia, pero la paciente insiste y la inyección se hace a las 9 a. m. Los dolores desaparecen, las contracciones continúan con intervalos de 3 minutos; la paciente está tranquila, no cae la presión arterial. El parto se verificó a la 1:45 p. m.,

cuatro horas y cuarenta y cinco minutos después de la inyección de 2 y medio miligramos de nupercaina; la placenta fue expulsada voluntariamente a las 2. p. m.

La importancia de este caso es manifiesta, por tratarse de una paciente de 32 años y ser el primer parto. Tanto la madre como el hijo no tuvieron complicación alguna.

#### Cuarto Caso.

A. R. de B., casada, de 25 años, multípara, inicia su trabajo de parto el día 13 de Octubre de 1948, a las 4 a. m. Cuando la dilatación del cuello tenía - 5 centímetros, se hizo la inyección de Meticaina 50 miligramos con glucosa; a las 7:40 a. m. Cinc minutos después, la presión eme al principio era de 120 mx por 80 mn., bajó a 90 mx, por 55 mn., se le inyectaron 25 miligramos de sulfato de efedrina por vía venosa y 25 por vía muscular; tres minutos después la presión estaba en 130/80. Los dolores desaparecieron inmediatamente y el trabajo de parto continuó sin interrupción, terminando a las 8:45 a. m. Tanto la madre como el niño no tuvieron complicación alguna y salieron del Hospital siete días después del parto.

#### Quinto Caso.

O. de P. O., de 30 años de edad, casada, multípara, comienza a sentir dolores de parte el 15 de Enero de 1949, a las 8 a. m.; los dolores suaves del principio, *se* intensifican a la una de la tarde; el cuello aún no estaba dilatado suficientemente, y se esperó hasta que la dilatación tenía 5 centímetros aproximadamente, A las 2.05 p. m. se inyectan por vía raquídea 2 y medio miligramos de nupercaina, con le que los dolores desaparecieron y a las tres p. m. el parto se completó felizmente. No hubo que lamentarse complicaciones durante ni después de la anestesia.

De los otros cinco casos, únicamente en uno de ellos, la enferma experimentó ligeros dolores al final del parto, pera la anestesia había durado 3 horas.

En los 152 casos quirúrgicos solamente en dos hubo que complementar la anestesia con pentotal, porque se usó Procaina y las operaciones duraron más de una hora y media. En 57 casos hubo que inyectar sulfato de efedrina por vía muscular minutos antes de hacer la inyección raquídea, porque la presión arterial estaba por debajo de 110 la Máxima; en 54 casos hubo que aplicarse efedrina después de la inyección raquídea, por caída de la presión arterial, y en 41 casos la presión se mantuvo sin cambio alguno. En 20 casos hubo que administrar oxígeno, para suprimir la nausea de los pacientes.

#### DROGAS USADAS

Nupercaina Ciba .....	14 Casos	8.64%
Tetracaina Wintroph .....	2 „	1.24%
Meticaina Lilly.....	97 „	59.87%
Procaina Winthrop .....	49 „	30.25%
Total	162 „	100.00%

## CLASIFICACIÓN DE CASOS

Operaciones en miembros inferiores .....	40
Operaciones en genitales masculinos .....	36
Operaciones en genitales femeninos.....	46
Operaciones en recto .....	28
Operaciones en coxis .....	1
Cistoseopía .....	1
Partos sin dolor .....	10

Total de casos 162

## Conclusiones:

- 1°—La raquianestesia baja es una forma de anestesia regional por bloqueo de las raíces nerviosas antes de salir del saco dural.
- 2°—La técnica de Adriani y sus colaboradores usando glucosa en las soluciones, ha permitido su popularidad.
- 3°—Usando la nupercaina que tiene una duración de tres y más horas, puede usarse en vez de la anestesia caudal continúa en partos, y en intervenciones tocoquirúrgicas.
- 4°—Es ideal en operaciones de la región perineal y de los miembros inferiores.
- 5°—Es sencilla en su técnica, inocua y bien tolerada por los pacientes.
- 6°—Usada en partos tiene gran efectividad y es inocua tanto para la madre como para el hijo.
- 7°—En partos complicados pueden practicarse las intervenciones necesarias: fórceps medio, bajo y de cabeza última, traquelotomías y traquelorrafias, epsiotomías y episiorrafias y grandes extracciones podálicas.

Tegucigalpa, 22 de Junio de 1950.

## Bibliografía:

- 1) Finochietto, Enrique y Ricardo, Técnica quirúrgica Tercer tomo. 2) Adriani and Luiet. D. Román Vega, Saddle Block Anesthesia, The American Journal of Surgery, Vol. LXXI, N° 1, January, 1946, page 12 New York, N. Y.
- 3) John Adriani M. D. and Ray Parmley M. D. Saddle Block Anesthesia with "Nupercaine" for Obstetrics. Southern Medical Journal, Vol. 39, N° 3, March 1946, pages 191-195. Birmingham, Alabama.
- 4) Dr. Rosendo Amador Fernández, La Raquianalgesia Obstétrica selectiva en las intervenciones tocoquirúrgicas por vía vaginal, Folleto del trabajo presentado a la Octava Asamblea Nacional de Cirujanos y al Segundo Congreso Nacional de Anestesiología, en México, Octubre de 1948.

## *Consideraciones Sobre el Alcoholismo*

Resumen de una plática **dictada** con motivo de la inauguración del año lectivo Universitario, 1950-1951.

Dr. Ramón Alcerro Castro

Entre las toxicomanías la más frecuente es siempre el alcoholismo. Entre nosotros casi no vemos otras. Afortunadamente muy pocas veces observamos morfinómanos ni toxicomanía por opio ni heroína. No sé verdaderamente de ningún caso de cocainismo. Se ha rumorado de adición a la marihuana; probablemente ayudados de la falta de control en la venta de hipnóticos hace que de vez en cuando sépamos de habituación al uso de barbitúricos.

Para la fijación del concepto de toxicomanía me parece adecuado aceptar el de la "habituación tal a un tóxico que su supresión origina fenómenos subjetivos desagradables o fenómenos corporales objetivos" que obligan a la búsqueda del tóxico suprimido. Como es en éste sentido en el que caben grandes variaciones hace que quede dentro del grupo casi todo el mundo (habituación al **cigarrillo**, café, etc..) se ha agregado que para hablar de toxicomanías habría que referirse a aquellas con gran intervención en la vida personal y social. Según lo anterior la intoxicación aguda alcohólica aislada no debe considerarse como alcoholomanía es decir como toxicomanía. Sus efectos sin embargo, podrían ya indicar si las personas en que se observa pueden tener predisposición a la habituación. También habría que establecer una diferencia en<sup>1</sup> re la dipsomanía, la pasión por la bebida que hace incapaz de resistir al impulso a beber, y el alcoholismo crónico que implica además la presencia de las escuelas orgánicas y psíquicas por el abuso del alcohol.

Entre los factores causales del alcoholismo como de toda toxicomanía hay que considerar las **constitucionales** y las ambientales. Desde el **primer** punto de vista se admite que la mayor parte de los alcohólicos son individuos con una predisposición heredada (se trataría de personalidades psicopáticas en su mayoría) o de debilidades mentales, esquizofrénicas y epilépticas; o adquirida (paralíticas generales incipientes, arterioesclerosas y seniles). Y sí en cuanto a los caminos por los que se llega al alcoholismo hay que dar inmensa importancia a la constitución, hay que decir desde ahora que ésta también la tiene en cuanto a como se ha de manifestar aquel en cada persona; en quienes —para el caso— haya de presentarse una psicosis (Locura) por intoxicación, esto es una toxifrenia alcohólica.

La importancia de las causas apuntadas hace que nos detengamos un poco en ellas.

Personalidades psicopáticas.— El concepto personalidad no es nada fácil, su filosofía y su psicología son objetivos de apasionantes monografías y artículos. En psiquiatría clínica es frecuente seguir a Kurt Schneider quien se adhiere a quienes separan del concepto de personalidad, la inteligencia y excluye así de las personalidades anormales los estados deficitarios mentales **congénitos**.

Esa personalidad así, digamos de los sentimientos psíquicos lleva además la idea de congénito, de presente en el origen, en el nacimiento. Es pues, **constitucional**, lleva fundamentos biológicos que sufren, claro está, la influencia del medio ambiente (violencias que depara etc.) y debo resaltar este factor ambiental porque la personalidad sufre en total de la acción recíproca de una y otra cosa y no de una u otra aisladamente. El efecto de unas vivencias que no actúan sobre una constitución o el de una constitución aislada no son concebibles.

Pues bien, las personalidades podrán —teniendo siempre la misma génesis constitucional y ambiental— ser normales y anormales. Para la calificación de la normalidad se usa la norma de término medio. La anormalidad será la separación de esa norma imaginaria media; y es claro que la separación podrá desde algunos puntos de vista ser valorada positiva o negativamente (santo y criminal son anormales —diferentes— para la personalidad media).

Esbozadas las líneas conceptuales generales de personalidad normal y personalidad anormal tratemos de llegar a la idea de personalidades psicopáticas, muchas de las cuales son, digamos, la sede de la manifestación "alcoholismo", aparentemente olvidado por un momento. Y es que hay que separar la idea de anormal de la de patológica. Sólo cuando la personalidad es patológica se considera psicopática y se ha propuesto que se considere como característica de la misma que esas personalidades padezcan por su anormalidad (por perturbaciones del ánimo, ideas obscuras, etc.) o que por ella hagan padecer a la sociedad; o ambas cosas a la vez. Casi es innecesario decir que no hay límites precisos entre esa media normal y la anormal, patológico, o no. De entre las personalidades psicopáticas se han formado "tipos" que tienen rasgos sobresalientes y que sirven para comparar unos con otros; rasgos de unos de esos tipos pueden existir —y existen— en los otros; no hay una oposición entre ellos.

Entre estos "tipos" psicopáticos hay unos que son más propensos a la dipsomanía. Se citan los hipertérmicos y distímicos, los angustiados, los histéricos, los excitables, los abúlicos y los inestables.

Los primeros son individuos alegres, activos, de temperamento oseo. Como parte de esa actividad, sociabilidad y alegría, puede venir la indulgencia en las bebidas alcohólicas que progresivamente lleve al alcoholismo.

Los distímicos, al contrario, son depresivos, tristes, oprimidos, pesimistas. Todo esto puede venir por crisis o alternar con hipertimias más o menos marcadas. Los melancólicos pueden al

mismo tiempo ser disfóricos, excitables, gruñones, criticones, desconfiados, etc. Desde este punto de vista pueden ser bebedores periódicos, durante sus fases depresivas.

Los angustiados, no pertenecen a un sólo tipo, sino que matizan muchos de ellos. La angustia se manifiesta en muchas formas; como desesperación, remordimientos, pesares, nostalgia, etc. No es infrecuente pues, que busquen en el **alcohol** el remedio a sus sufrimientos.

Los angustiados pueden ser psicópatas inseguros de sí mismos con múltiples escrúpulos, sentimientos de propia insuficiencia, tienen gran admiración hacia los que se enfrentan con seguridad. Con frecuencia desarrollan fenómenos obsesivos, a menudo ansiosos. Nuevamente *nos* encontramos con anormalidades que hacen sufrir y que el alcohol puede borrar transitoriamente.

Los tipos psicopáticos histéricos están considerados como necesitadas (18 valoración; que son los que quieren aparentar más de lo en realidad son; es decir personalidades vanidosas, hipócritas, etc. Esta necesidad de valoración, se puede marcar por una parte en un carácter excéntrico; para atraer hacia ellos la atención sostienen las opiniones más extrañas, y tanto las cosas que hacen como su actividad externa presentan una forma llamativa. También pueden optar por el camino de la fanfarronería vanidosa, y finalmente, y con el objeto de elevar la propia personalidad relatan o representan "fábulas fantásticas", "En su manía de representar un papel que la vida real le niega, el psudólogo hace teatro ante sí mismo y ante los demás".

La característica esencial de los irritables y excitables, es la incapacidad de deshacerse de sentimientos de desagrado. Todo los molesta, los hace gritar, insultar, golpear, romper, etc. Algunos se describen como bondadosos, bien intencionados y afables.

Los abúlicos se distinguen por su falta de resistencia ante toda clase de influencias —dentro de su característica son por supuesto, susceptibles a las buenas influencias; pero al dejar de estar sometidos a ellas no las conservan. Por ello mismo son inestables.

Como se ve todas estas personalidades psicopáticas son anormales sólo psicológicamente y hasta ahora no se encuentran apoyo para una consideración fisiológica. Schneider considerando que la enfermedad sólo existe en lo corporal y que **sólo** es una anormalidad psíquica patológica lo que tiene una existencia condicionada por una alteración corporal patológica, cree que no es "científico designar como enfermos a las personalidades anormales. No siendo enfermos, su "tratamiento" no puede ser médico causal, sino educativo, psicológico-comprensivo.

Comprendidas como se han expuesto las personalidades psicopáticas y somaramente mencionadas las características de aquellas que con más frecuencia conducen al alcoholismo, nos falta decir como se originan estas anormalidades de la personalidad. Los psiquiatras europeos más inclinados a dar valor al papel de la

herencia en la producción de las anormalidades y enfermedades mentales admiten la posibilidad de que las constituciones psicopáticas representan variaciones desfavorables del psiquismo medio normal, originadas en virtud de mezcla o producidas por la coincidencia de predisposiciones normales en sí mismas (Bumke). Que este puede ser así se explica por la intensificación de predisposiciones existentes; o porque la resultante psicopática no sea producto de la coincidencia de parejas alelomorfos en sí normales; o por que sea resultado de la coincidencia de varias parejas alelomorficas.

Las otras **condiciones** predisponentes mencionadas son enfermedades mentales propiamente tales, sin origen externo sino endógeno como se admite en general que sean las esquizofrenias, las epilepsias y las oligofrenias idiopáticas; o de causa externa como las psicosis causadas por la sífilis y la arteriosclerosis.

El segundo gran grupo de factores lo constituyen, los derivados del ambiente. Estos a la vez habría que dividirlos en normales y patológicos. Entre los primeros colocaremos las costumbres sociales, los hábitos individuales y costumbres profesionales. Los segundos son los innumerables conflictos mentales no constitucionales que, cuando menos de manera temporal están presentes en gran parte de los individuos cualquiera que sea su situación geográfica, política, económica, religiosa, racial, etc. Estas circunstancias llevan a la reacción neurótica o psiconeurótica del individuo durante la cual el individuo atraviesa por situaciones de sufrimientos mentales de la más diversa naturaleza.

Más que resolver el c los problemas será fácil tratar de olvidarles o verlos desde un punto de vista de superioridad, y ello se consigue sin dificultad por la intoxicación alcohólica. El alcoholismo es entonces una vía de escape. El alcohol exalta el *ego*, hace sentirse importante, bajo su efecto se pueden tomar decisiones para las cuales falta voluntad, se pueden enfrentar problemas que de otra manera parecen aplastantes; al disminuir el control de los centros cerebrales superiores y de las adquisiciones morales permite una mayor emergencia de la orden sexual instintiva, quita los temores sexuales y los sentimientos de culpabilidad a más de todo lo anterior inhibe también la sensación para el dolor físico.

Algunos autores afirman que todo alcohólico tiene alguna manifestación neurótica del carácter. Guales pueden ser los más frecuentes lo veremos después.

Por' las consideraciones anteriores sobre causas de la toxicología alcohólica será más fácil comprender lo que hoy puede pensarse sobre su herencia. Bien puede decirse que la manifestación alcoholismo no se hereda o por lo menos que no se conocen las manifestaciones biohereditarias íntimas de la transmisión *da* la dipsomanía. Lo que sí ya hemos visto que se hereda es la constitución psicopática o prepsicopática predisponente. Y desde el punto de vista ambiental pareciera "heredarse" permítase la expresión, la predisposición a la mayor difusión social del alcohol.

De inmenso interés es también desde el punto de vista del alcoholismo el estudio del mestizo porque perteneciendo la mayoría de los hondureños a esta clasificación racial, de su investigación podemos llegar a suponer si las características psicológicas nuestras son de las menos, de las más de las igualmente predisponentes al alcoholismo que las de otras razas, o si por lo menos como mestizos reaccionamos al alcohol de una manera diferente.

Mora admite, yo creo que correctamente que el mestizo esta en relación de inferioridad biológica con relación a sus ancestros. Nota que en el mestizo se echa de menos las cualidades medulares del español (la energía combativa, la tenacidad, la resistencia, el genio creador, la altísima ambición, la vivacidad, los biros, la fuerte tonalidad emocional) y las aptitudes artísticas, grandeza moral, espíritu de orden, inhibición de los instintos destructores, el talento observador, la previsión y el cálculo y la industria del antepasado maya. Cree que muchas aptitudes del mestizo pueden sólo estar borradas por el desarrollo político social a que ha estado sometido y que por tanto son susceptibles de corrección por la reeducación.

La esfera afectiva del mestizo la caracteriza por una astenia de fondo que se manifiesta por sentimientos de insuficiencia más o menos ocultos; y un disfraz exténico, de fuerza que se manifiesta en amor propio exagerado, suma susceptibilidad, mordacidad, moral egocéntrica y rencor —y acompañado a esta actitud vital describe como otros atributos: apatía, desaliento, tristeza, flema, desmayo de descargas emocionales, y el miedo que sofoca a todos los otros sentimientos.— Hay también en el mestizo trastornos de la voluntad que se manifiestan por pobreza de iniciativa, indecisión, vacilación, falta de continuidad en el esfuerzo, de perseverancia en el propósito y de tesón ante las dificultades. El recuento anterior que hace Mora de las características psicológicas del mestizo hace ver como el alcohol puede hacer de él fácil presa, y nos hace ser mucho más concientes del más grande problema nacional: la educación de un pueblo en el que pueda prevalecer una psicología como la apuntada.

Referida así de paso la ascendencia del alcohólico veamos que pasa a su descendencia. Esta, con gran frecuencia aparece tarada pero hay que estudiar que papel corresponde al alcohol propiamente en su producción. Sí el alcohólico es una personalidad psicopática transmitirá a su descendencia su psicopatía y ello aunque no sea alcohólico. El alcohol actuando sobre los genes provocará esterilidad, mortinatalidad, y debilidad congénita. Al efecto directo del alcohol hay que agregar el de la depauperación orgánica general del padre alcohólico.

Y una vez nacida la descendencia queda sometida a la desastrosa mala educación que en general se vive en el hogar del alcohólico. Pero la producción de epilepsia, imbecilidad, monstruosidades, etc., se consideran cada vez más dudosas, y heredólogos de la mayor categoría han declarado que el alcohol no afecta el germen humano o su herencia. A pesar de la variedad de las ca-

**características** psíquicas de las personas que se hacen adictas al alcohol, todos los alcohólicos llegan a tener unas comunes que para algunos hablan de la naturaleza específica del síntoma. Esas peculiaridades forman la personalidad del alcohólico. En la esfera intelectual se encuentra la superficialidad del pensamiento y trastornos de la atención. En los borrachos se observa una limitación de sus intereses generalmente a unos cuantos fines y deseos egoístas, una fijación a la rutina de la vida y una falta de productividad. A ello se agrega más pronto o más tarde un trastorno de la memoria y progresiva debilidad del juicio.

Coincidiendo con lo anterior se presentan trastornos de **los** afectos y embotamiento moral; pierden todo sentido de responsabilidad, pronto se borran las formas de urbanidad y falta la noción de las distancias sociales, ya no hay diferencias por posición o por cultura. Los alcohólicos son luego rudos y brutales e hipócritas y sentimentales.

En esta determinación coincide el embotamiento ético, la desgracia de los demás, provoca bromas de mal gusto; los secretos de la familia sirven para hacer reír a los compañeros de taberna y confabulaciones sobre su propia importancia llegan a la balandrenada. En esta etapa han tenido ya conflictos, en el hogar, en el trabajo y en la sociedad y se han hecho expertos en excusas, engaños y subterfugios. Son cada vez más falsos. Al hablar a los demás se capacen de hacer creer en su arrepentimiento, en sus buenos propósitos, sus buenos sentimientos, etc. En realidad todo ello es de una superficialidad que entristece. Predican moralidad y apalean a la mujer y viven con prostitutas. Tienen grandes planes para su trabajo, sea este científico, artístico, etc., pero siguen bebiendo, abandonan su trabajo, llegan a la malversación o al robo, hay una ausencia del sentimiento del honor, etc. ..

En lenguaje de tendencia psico-analítica unos autores estadounidenses hablan así del alcohólico: muchas personas narcistas recurren a las drogas o al alcohol porque disminuye el dolor de la realidad y le permite gratificarse en la fantasía. Tienen una necesidad de afectos que no pueden llenar; padecen de angustia social y con frecuencia son solitarios. No pueden amar a nadie más que a sí mismos y derivan poca satisfacción de la relación heterosexual.

Sólo cuando están bajo la influencia del alcohol llega su propia estima a un nivel aceptable.

Somáticamente el alcohólico crónico puede reconocerse por varios signos: el temblor, con convulsiones tetaniforme a veces, accesos psicógenos y ataques epilépticos. Relajación y debilidad muscular; polineuritis; perturbaciones atáxicas, dolores erráticos de las extremidades, lumbago, espaldalgia, ciática, calambres de las pantorrillas, disminución de los reflejos tendinosos, trastornos vasomotores y sudorales; disminución de los reflejos pupilares, trastornos gástricos y hepáticos.

Aparte del carácter del alcohólico, psiquiátricamente están las psicosis por intoxicación crónica, delirium tremens, alucinaciones alcohólicas, el síndrome amnésico (Psicosis de Korsac) el delirio crónico alotípico.

De una oficina de estadística biológicacriminal se copiaron los siguientes síntomas sociales observados en 1.108 personas que habían cometido delitos en estado, de embriaguez y de las cuales 0.88% eran de sexo femenino 55.93% eran solteros; 43.32% casados o viudos y 1.75% divorciados: resistencia a la autoridad, actos contrarios a la paz del hogar, atentados a la religión, atentados a la moral, injurias, asesinatos y homicidios, lesiones graves, menos graves y leves; lesiones seguidas de muerte, lesiones por imprudencia, amenazas, atentados contra la libertad personal, hurto, robo, malversación, estafa, destrozos y otros actos punibles.

Así es, presentado- en resumen el origen, y el cuadro del alcoholismo. El problema es de dimensiones incalculables y lo que se está haciendo para combatirlo es muy poco. Porque sobre todo deba de tratarse de una profilaxis del mismo; Y esta profilaxis es sobre todo social, llevar a la mente y al sentimiento de todos los perjuicios del alcohol hasta llegar al convencimiento de sus desastrosos afectos y la virtud de la abstinencia. El hecho de que sólo 0.88 % mujeres figuren en la estadística citada en contraposición a 99.02% de hombres, hablan creo yo. de la importancia de la educación social y moral de la mujer.

Hace falta un movimiento mundial higienista antialcohólico, ya que cada vez más en todo el mundo de 1,914 en adelante parece comprobarse un aumento de las oportunidades para que el psicópata pueda llegar más fácil al alcoholismo, pero también para que inmenso número de personalidades no psicopáticas se hagan alcohólicas, firmándose que al presente sobrepasan las últimas a las primeras.

En el tratamiento del alcoholismo declarado podrá actuarse por medios sociales, psicoterápicos y farmacológicos aplicables unos y otros según las circunstancias.

Es necesario como medio de protección social una legislación adecuada al problema, —En Alemania está legislada la incapacitación del alcohólico. El S-6-III del Código Civil Alemán dice: Puede ser incapacitado: quien, a consecuencia de su afición a la bebida, no puede ocuparse de sus intereses, se coloca o coloca a su familia en peligro de ruina o compromete la seguridad personal de los demás. Y sería conveniente además que la incapacitación pueda ser solicitada no sólo por la familia sino también a petición de autoridades judiciales informadas por personas solventes o sociedades antialcohólicas.

Es necesario también que las autoridades puedan ordenar curas de deshabitación, en establecimientos adecuados con vigilancia policial a solicitud de ellos, internamientos en casas de "Erbajo en casos de recaídas e ingreso a sociedades de abstinentes.

Desde el punto de vista de la psicoterapia se hace necesario o por lo menos aconsejable la reorganización de la vida emocional del paciente. Lo que ésto significa será en muchos casos hasta imposible. Sin embargo sería lo más aconsejable en cada caso tanto como ello fuera posible. Lo primero sería el internamiento a una institución adecuada en donde hay que someter al paciente a una estricta reeducación de sus hábitos personales, de trabajo, de juego y de diversión. Hay que reeducar su vida sexual y social. A su egreso del establecimiento, deben continuar bajo el cuidado psiquiátrico por minimun de un año.

Y deben formar partes de sociedades de abstinentes como las de la Cruz Azul de Alemania o la de los alcohólicos anónimos de los Estados Unidos.

Dr. Leonard A. Scheele, Cirujano General del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos.

El Dr. Scheele es una autoridad sobre problemas de salubridad internacional y aboga por un amplio programa de salubridad mundial. Durante la celebración del Día Mundial de la Salud en 1950, el Dr. Scheele declaró: "Si nuestro deseo por la paz es para triunfar, debemos ayudar a todos los pueblos amantes de la paz a dominar la miseria y las enfermedades".

Cuando el Dr. Scheele fué nombrado Cirujano General en 1948, era director del Instituto Nacional del Cáncer y director asociado del Instituto Nacional de Salubridad.

Cuando se le comisionó como funcionario de Salubridad Pública en 1934, el Dr. Scheele se especializó en el control del cáncer y en terapia. Durante la Segunda Guerra Mundial fué jefe de medicina preventiva en el departamento de salubridad de las Oficinas Supremas de las Fuerzas Aliadas Expedicionarias. Su responsabilidad principal fué el control de las epidemias en las poblaciones civiles Europeas.

El Dr. Scheele nació en Fort Wayne, Indiana, el 25 de Junio de 1907. Se graduó en 1933 en la Escuela de Medicina de la Universidad de Detroit, Michigan. (USIS)



## *Revisando el Canje*

Sección a Cargo del Dr. Joaquín Reyes Soto

### **La PRUEBA DE PIERINI EN LAS HERNIAS ESTRANGULADAS**

Se describen cinco casos de hernia estrangulada en los que se empleó la prueba farmacológica de Pierini, que consiste en la inyección intramesentérica de Prostigmine con el objeto de estimular la dinámica intestinal y comprobar la vitalidad de las asas contenidas en la bolsa herniaria estrangulada. El autor de la prueba, considera su método superior al de las compresas húmedas calientes porque provoca en las asas, viables un peristaltismo intenso y casi inmediato y al mismo tiempo, la evacuación de las mismas.

La técnica es la siguiente: "Una vez liberada el asa delgada, si la vitalidad es dudosa, se hace en tres botones intramesentéricos con dos o tres ampollas de Prostigmine, situados de uno a dos centímetros del borde intestinal, en tres sitios que corresponden a los extremos del asa sospechosa y a su parte media, alrededor de dos a tres minutos, si la vitalidad está conservada, se comprueba una respuesta, bajo forma de francas ondas peristálticas, con erguimiento de las asas en el campo operatorio, que en algunos casos se asemejan a los movimientos de reptación de una serpiente; al mismo tiempo se aprecia reducción del calibre del intestino y modificación de su coloración azulada negrusca".

Cuando hay necrosis de una porción o de toda el asa, la prueba permite observar con exactitud la delimitación de la zona enferma, facilitando así la extirpación y la enteroanastomosis.

De los cinco casos, se hace referencia a dos: el primero, un caso de hernia inguinal derecha estrangulada desde hacía dos horas, con mal estado general, cianosis, 120 pulsaciones por minuto y temperatura de 38.8. Efectuada la operación, se encontró en el saco herniario, epiplón y una asa intestinal de 30 cm. de largo, color rojo vinoso oscuro, despulimiento y equimosis de la serosa y mesenterio infiltrado. Se practica la prueba de Pierini y a los dos minutos aparecen ondas peristálticas y el aspecto del asa se hace normal, por lo que se la reduce al abdomen, se termina la operación y el paciente sale curado a los diez días.

En el segundo caso se trata de un paciente diabético, de 62 años, con 0 reacción positiva por lúes y presentado una hernia crural estrangulada de tres días, con estado general malo, facies tóxica, pulso 140 por minuto y cianosis general. Abierto el saco herniario sale abundante líquido de olor fecaloideo y además epiplón esfacelado y una asa intestinal de 20 cm. de largo con necrosis de un segmento. Se practica la prueba de Pierini y aparecen ondas peristálticas que se detienen en la porción necrosada, por lo

que se hace la extirpación seguida de entero anastomosis término-terminal. Se termina la operación dejando de drenaje suprapúbico y el paciente sale curado a los 10 días. Servicio Científico Roche.

### QUIMIOTERAPIA DE LA TUBERCULOSIS CON TB. 1/698

El TB. 1/698 es el 4-acetylaminobenzaldehido-thiosemicarbazone (Conteben Bayer).

Las experiencias con este producto son muy numerosas, habiéndose observados buenos resultados terapéuticos en la Tuberculosis en enfermos que habían sido sometidos a otros tratamientos sin ningún resultado. Las lesiones que mejor responden al tratamiento con Conteben son los procesos frescos inflamatorios sobre todo los de naturaleza perifocal, cuando las alteraciones se encuentran en estado exudativo o productivo fresco, observándose un retroceso del proceso tuberculoso, en cambio cuando hay necrosis, la acción se reduce a la cicatrización o enquistamiento del proceso.

No hay contraindicación en las diabetes y en el embarazo.

Las dosis varían de acuerdo con la naturaleza y localización del proceso tuberculoso, siendo aconsejable iniciar la terapia con dosis mínimas: 12,5 a 25 mg. diarios y aumentar lentamente hasta llegar a dos mg. por kilo de peso diario, indicándose como límite superior 200 mg. y excepcionalmente 300 mg. diarios.

Se han observados pocos efectos terapéuticos y aún fracasos en 1<sup>o</sup> Hipoproteinemia; 2<sup>o</sup> Enfisema pulmonar con disminución de la circulación pulmonar y 3<sup>o</sup> Dificultad o disminución de la circulación de la pared de la caverna, observándose esto en a) Casos agudos: falta la dilatación de los capilares en la periferie del foco tuberculoso, y b) pobreza de vasos y dificultad cicatricial de las paredes de las cavernas edematosas.

Llama la atención la influencia que el medicamento tiene sobre la velocidad de sedimentación llegando hasta frenarla. En enfermos sometidos a tratamiento con Conteben se observa en el suero disminución de la alfa globulina y aumento del fibrinógeno y gamma globulina lo que explicaría su acción sobre la eritrosedimentación. Se observa además un aumento del colesterol total y sus esteres. ¡

En los casos en que se ha logrado éxito con el Conteben, se observa al principio un aumento, de la sensibilidad a la Tuberculina seguida de disminución, lo mismo se ha observado con la Estreptomicina.

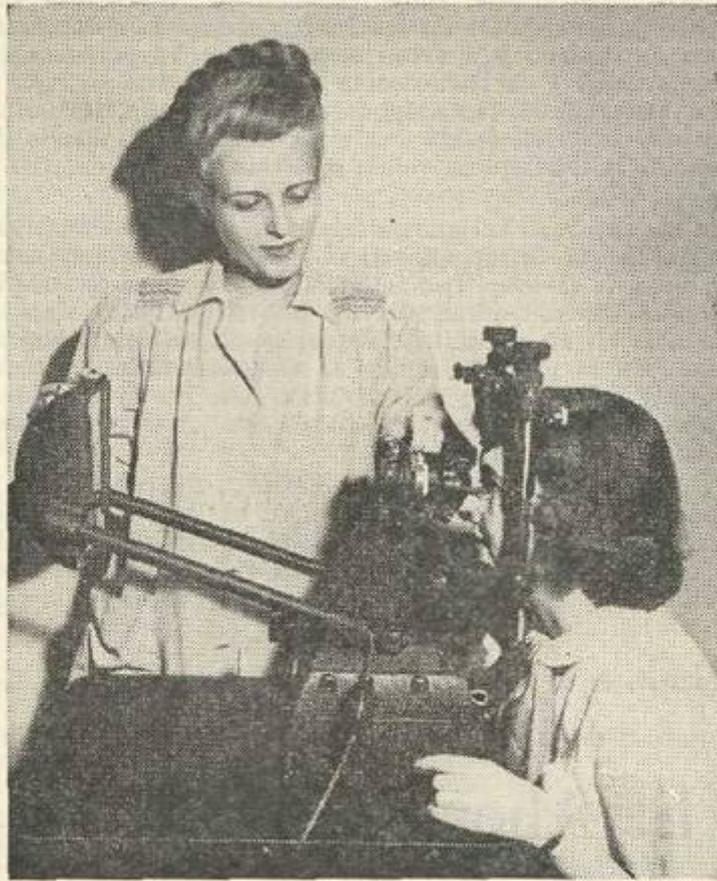
**Tuberculosis Pulmonar.**—Procesos exudativos y productivos frescos se benefician grandemente con el empleo del Conteben, en cambio procesos caseosos extensos y procesos crónicos se benefician de un modo discreto. En la Tuberculosis Primaria la droga aparentemente no tiene acción. En las Tuberculosis Post-Primarias, como dijimos anteriormente tratándose de procesos inflamatorios I frescos, focos de diseminación hematógica de carácter exudativo,

muestran un excepcional retroceso con el uso del Conteben, siendo la mejoría no solamente subjetiva, sino que también se observa hasta desaparición total de las infiltraciones. Las cavernas disminuyen de tamaño y a veces desaparecen; hay disminución de la exceptoración y la baciloscopia frecuentemente se hace negativa. La Tuberculosis hematógena crónica diseminada también es influenciada favorablemente con el Conteben no pudiendo decirse lo mismo de la tuberculosis miliar generalizada y meningitis tuberculosa.

En las cavernas antiguas, además de la medicación oral, debe emplearse la vía intracavitaria, obteniéndose así una reducción apreciable de la caverna. Las neumonías caseosas en general no son beneficiadas con el tratamiento. En las tuberculosis caseosas-exudativas sólo en un porcentaje reducido son influenciadas favorablemente. En la pleuritis aguda se observan buenos resultados; cuando hay empiema o pñeumotorax debe usarse además de la terapia oral por vía intrapleural habiéndose observado buenos resultados.

El autor hace mención a Tuberculosis extrapulmonares tratadas con Conteben en las cuales se han obtenido resultados muy halagadores, tales son las traquio-bronquitis y bronquitis tuberculosas, tuberculosis laríngea, tuberculosis intestinal; tuberculosis urogenital; tuberculosis de la serosas; tuberculosis de la piel; tuberculosis linfática y tuberculosis ósea y articular.

**Tomado de la Revista Médica de Chile, N<sup>o</sup> 4, Abril de 1950.**



Vemos aquí el nuevo "elkonómetro", instrumento perfeccionado recientemente para el diagnóstico de la aniseikonía y otros males de los ojos, siendo usado en el Hospital de la Universidad Jorge Washington, en la ciudad de Washington, D. C. Este artefacto sirve para indicar si un paciente ve los objetos más grandes o más pequeños con una de los ojos que con el otro, determinando al mismo tiempo a cuanto asciende la diferencia. En el examen respectivo el paciente tiene que determinar la relativa proximidad o separación a que de él se encuentran líneas paralelas, que él ve a través de lentes polaroides. El nuevo instrumento, perfeccionado después de 20 años de investigación, en el Colegio Dartmouth, de Hanover, Estado de Nuevo Hampshire, se usa para probar el funcionamiento de ambos ojos simultáneamente. La mayoría de los instrumentos para exámenes oculares miden la capacidad de un solo ojo cada vez. El aparato es manejado aquí por la Srta. María Kramer, directora del departamento ortóptico del hospital, y actúa como paciente la Srta. Margaret Boudren. (USIS).

## INFORMACIONES

### RESOLUCIONES APROBADAS POR EL III CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, CELEBRADO DEL 4 AL 7 DE MAYO DE 1950, EN LA CIUDAD DE SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

(Concluye)

- b) Recomendar al comercio, la industria y demás actividades que exijan certificados médicos para la admisión de sus empleados, que se guían por el examen médico completo y no por el solo examen serológico; y
- c) Recomendar a los Gobiernos que entre sus requisitos de inmigración no exijan exámenes serológicos negativos, si no la certificación del Departamento de Sanidad del país de origen.

#### IV

EL TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, vistas las conclusiones y recomendaciones presentadas por la COMISIÓN DE SEROLOGIA, integrada por los doctores:

Roberto Arévalo, de El Salvador (Relator) Manuel Sánchez Vigil, de Nicaragua y Robert D. Wright, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norte América,

#### ACUERDA:

- 1o. Solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
  - a) Que establezca el Centro de Adiestramiento de Laboratoristas sobre bases permanentes.
  - b) Que dicho Centro sea considerado como Centro de Adiestramiento e Investigación y también como Laboratorio de Coordinación y Rerefencia;
  - c) Que continúe establecido en Guatemala el tiempo que se **considere** conveniente.
- 2° Recomendar que se intensifique el estudio de las reacciones falsas positivas biológicas en Centro América, en virtud de que este estudio será de gran utilidad para el conocimiento de la reactividad de nuestra área geográfica y nos permitirá **fijar la prueba mejor adaptable a nuestras condiciones regio-**

nales; y asimismo que se estudien cuidadosamente pruebas del tipo de Nelson, con miras a su empleo en la diferenciación de las reacciones falsas positivas biológicas.

- 3° Recomendar que se uniforme el tipo de pruebas utilizables y que una de ellas sea con un Antígeno con Cardiolípina y otra de fijación de complemento, tipo Kolmer; y que se sigan observando los trabajos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, a efecto de establecer una prueba patrón de referencia y que dicha prueba sea considerada para adaptación, cuando se terminen los estudios sobre ella.
- 4° Insistir en que se uniforme la manera de reportar los resultados de las pruebas, reforzando así la recomendación aprobada en Congresos anteriores. Tales reportes serán: Positivo, Negativo, Dudoso o Positivo Débil; y que se sigan estrictamente las especificaciones de los autores de dichas pruebas.
- 5° Recomendar que se establezca, hasta donde fuere posible, la serología cuantitativa sistemática y que el sistema de informes se haga en diluciones y no en unidades.
- 6° Recomendar que se establezca un sistema de información periódica, sobre serología de sífilis, mediante la cual se mantengan informados los países de esta región, acerca de Los últimos adelantos en la materia.
- 7° Sugerir el nombramiento de una comisión encargada de establecer los requerimientos mínimos en cuanto a equipo y personal con que deba contar un Laboratorio que trabaje en serología de sífilis y que el señor Amoldo Castro Jenkins, de Costa Rica, sea nombrado Presidente de dicha Comisión, dejando a su elección el nombramiento de los colaboradores convenientes.
- 8° Establecer que las recomendaciones de orden técnico tienen sólo una validez temporal, puesto que se espera que el próximo Congreso Mundial de Serología dicte regulaciones al respecto.

## V

EL TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, vistas las conclusiones y recomendaciones presentadas por la COMISIÓN DE TRATAMIENTO, integrada por los doctores:

Roberto Cáceres Bustamante, de El Salvador (Relator)  
Manuel Cáceres Vigil, de Honduras y  
Juan A. Montoya, de la Oficina Sanitaria Panamericana,  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

## ACUERDA: SECCIÓN "A"

**APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Para los propósitos de esta Sección se denomina "Sífilis Temprana" la adquirida en los dos años anteriores a la fecha del examen del paciente y "Sífilis Antigua", a la adquirida en un tiempo anterior, mayor de dos años.

- 1? SÍFILIS TEMPRANA: Usar una inyección diaria de 600.000 Unidades de Procaína-Penicilina-Monoestearato de Aluminio al 2% (nivel sanguíneo de 96 horas) durante cinco días consecutivos.
- 2? SÍFILIS ANTIGUA: Para la latente y la nerviosa asintomática, usar el mismo tratamiento anterior; para la antigua sintomática el Médico deberá decidir en cada caso especial.
- 3<sup>o</sup> Recomendar a las Autoridades Sanitarias de los Países Centroamericanos, que eviten el uso de preparados arsenicales, bismúticos o mercuriales, para el tratamiento en grupo de la sífilis.
- 4? SÍFILIS EN EL EMBARAZO: Usar una inyección diaria de 600.000 Unidades de Procaína-Penicilina-Monoestearato de Aluminio al 2% (nivel sanguíneo de 96 horas), durante cinco días consecutivos.

Las pacientes que reciben este tratamiento en los primeros seis meses del embarazo con resultados serológicos no satisfactorios o que no hayan tenido control serológico adecuado, deberán someterse a un tratamiento igual en el séptimo mes de la gestación. Cuando una sífilítica tratada anteriormente con Penicilina resulte embarazada, recibirá nuevo tratamiento solamente si se establece —mediante un diagnóstico seguro o por sospecha— que padece dicha enfermedad.

- 5? SÍFILIS CONGENITA TEMPRANA: Usar 100.000 Unidades de Penicilina sódica acuosa por kilo de peso, repartida en 120 inyecciones, una cada tres horas; o 100.000 Unidades de Procaína-Penicilina "G" Monoestearato de Aluminio al 2% (microcristales) por kilogramo de peso, divididas en cinco dosis, una cada día.
- 6? RECAÍDAS Y RECIDIVAS: Aplicar el mismo tratamiento que se indicó en "Sífilis Temprana", inciso 1<sup>o</sup> de esta Sección.
- V BLENORRAGIA: Aplicar una sola inyección de 300.000 Unidades de Procaína-Penicilina-Monoestearato de Aluminio al 2% (96 horas de nivel sanguíneo). En caso de fracaso o de reinfección, repetir el mismo tratamiento.

**SECCIÓN "B" CONTROL DESPIJES DEL TRATAMIENTO**

- 8<sup>o</sup> FILOSOFÍA: No basta con aplicar el medicamento; es imprescindible el control adecuado de sus resultados.
- 9<sup>o</sup> POLÍTICA GENERAL: Todo paciente tratado por Enfermedades Venéreas debe tener, para los fines enunciados:
- a) Identificación completa, comprendiendo su dirección, la dirección de sus familiares más cercanos, sitio y dirección en donde trabaja.
  - b) Durante la aplicación del tratamiento deberá recibir la educación conveniente, para que conozca la enfermedad, especialmente en lo que respecta a su profilaxis y peligros insistiendo en la conveniencia y ventajas de los controles ulteriores.
  - c) Los pacientes no residentes en el área donde recibieren el tratamiento, deben pasar inmediatamente al Centro Sanitario de origen, a fin de que se establezca la relación necesaria, para Los efectos de su control.
- 10<sup>o</sup> A los pacientes tratados por sífilis temprana, se les harán exámenes de control cada dos meses, por el término de un año, mediante pruebas serológicas cuantitativas a base de cardiolipina.
- II<sup>o</sup> Los pacientes tratados por Blenorragia tendrán tres controles consecutivos, con siete días de intervalo cada uno y examen serológico dos meses después.
- 12<sup>o</sup> Las secreciones uretrales que persistan después de los tratamiento señalados arriba, serán objeto de estudios especiales mediante pruebas de Laboratorio.

**VI**

EL TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, vistas las conclusiones y recomendaciones presentadas por la COMISIÓN DE LA MESA REDONDA DE SEROLOGÍA,

**ACUERDA:**

Aprobar, hacer suyas e incluir en esta Acta Final, las siguientes conclusiones y recomendaciones de la Mesa Redonda del Seminario de Serología, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en la Dirección General de Sanidad de El Salvador, el día 6 de mayo de **1950**.

- 1º Se reconoce la necesidad de que se prosiga el desarrollo de los Cursos de Adiestramiento de 2 y de 14 semanas y de que se celebren reuniones especiales de los Directores de Laboratorios de Salud Pública de Centro América.
- 2º Se reconoce el beneficio que implicarán las encuestas serológicas llevadas a cabo en estos países, en las que participen tanto instituciones gubernamentales como privadas, si esto último fuere posible.

Las demás conclusiones y recomendaciones se ha tenido a bien incluir en anteriores capítulos, con el propósito de darles mayor fuerza, ya que de hecho se les confiere amplia aprobación.

Dr. Roberto Cáceres Bustamante,  
(Presidente del III Congreso Centroamericano de Venereología).

Dr. Juan José Rodríguez,  
(Secretario del III Congreso Centroamericano de Venereología).

### QUEDO CONSTITUIDA LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ESTUDIOS REUMATOLOGICOS

(S. A. D. E. R.)

En la Asamblea celebrada el día 15 de diciembre en el local de la Asociación Médica Argentina, a la cual asistieron profesionales de distintas especializaciones médicas, así como bioquímicos, odontólogos y farmacéuticos, quedó definitivamente fundada la Sociedad Argentina de Estudios Reumatológicos.

Esta nueva Sociedad tuvo su origen en una reunión realizada el 1º de octubre ppdo. entre un grupo de colegas, la mayoría de los cuales habían asistido a las Jornadas Reumatológicas del Norte en Santiago del Estero y Tucumán, quienes hicieron suya la idea lanzada al finalizar las Jornadas de Tucumán, en el sentido de fundar una asociación de carácter científico que aunara en su seno a todos aquellos profesionales que teniendo la inquietud de los problemas reumatológicos, pudieran actuar en una entidad donde exponer sus investigaciones y volcar su experiencia, contribuyendo desde los distintos sectores de las ciencias médicas a un mejor conocimiento de los reumatismos.

La Sociedad Argentina de Estudios Reumatológicos tiene carácter federativo y sus autoridades están constituidas por una C. D. central y por distintos consejos de delegados que se fundarán en las Provincias y Territorios, quienes tendrán representación en la C. D. central.

Se ha conseguido en esta forma innovar en el sentido de la representación de las distintas ramas médicas y en el carácter nacional que asume esta nueva institución.

En la citada reunión del 15 de diciembre fue elegida la siguiente Comisión Directiva:

Presidente .....	Dr. Guido Costa Berta
Více-Presidente .....	Prof. Juan Cuatrecasas
Vice-Presidente .....	Dr. Manuel Castillo
Secretario General .....	Dr. Rodolfo Rey Suma
Secretario de Actas .....	Dr. Juan Rocamora
Tesorero .....	Dr. Rafael Quesada
Vocal 1º .....	Prof. Octavio Fernández
Vocal 2º .....	Prof. Benjamín Spota
Vocal 3º .....	Prof. José Piqué
Vocal 4º .....	Prof. Juan Manuel Tato
Vocal 5º .....	Prof. Osear Noguera
Vocal 6º	

## *Apuntes de Patología Medica para Enfermeras*

Por el Dr. Martín A. Bulnes B.

### — Lección 11 — RECAÍDAS Y

#### RECIDIVAS DE LAS ENFERMEDADES

La evolución de la enfermedad no siempre tiene la regularidad casi esquemática que hemos bosquejado. Aun cuando termine por la curación, antes de llegar a ésta pueden haber retornos ofensivos, que se distinguen en recaídas y recidivas.

La recaída consiste en la reproducción de un padecimiento cuya convalecencia no se ha completado todavía, entendiéndose por recidiva la reaparición de una misma enfermedad cuando ya se ha recobrado completamente la salud. Ambos términos indican el desarrollo de un mismo estado morboso dos veces consecutivas, pero en la recaída se repite el proceso patológico sin intervalo alguno, mientras que en la recidiva media siempre cierto espacio de tiempo, durante el cual disfruta el individuo de perfecta salud. Hay enfermedades, como las fiebres eruptivas, que casi nunca presentan ni recaídas ni recidivas; en cambio, otras las ofrecen con extremada frecuencia. Por lo demás, bien se comprende que las enfermedades han de repetirse de manera infalible cuando el sujeto se expone a las mismas causas que determinaron su primitiva aparición. Siempre son más temibles las recaídas que las recidivas, pues el individuo es acometido por el nuevo estado morboso cuando su organismo no ha podido rehacerse de los trastornos engendrados por la primera enfermedad.

#### COMPLICACIONES DE LAS ENFERMEDADES

En el curso de la enfermedad sobrevienen accidentes que no forman parte del cuadro regular de la misma y que la hacen más grave, y, de ordinario, más larga. Se trata de las complicaciones.

Unas son debidas a la misma causa que la enfermedad principal; sólo que esta causa obra sobre otros puntos del organismo: en este caso son localizaciones de la enfermedad más bien que complicaciones propiamente dichas. Así, en la infección puerperal, pueden desarrollarse, siempre por la acción del mismo estreptococo, una Flebitis, Peritonitis, Pleuresía o Endocarditis. En el curso de la fiebre tifoidea es posible también que se desarrollen focos de infección por el bacilo de Eberth, que a veces origina la supuración en los huesos, riñon, serosas. En otros casos, las complicaciones son verdaderas enfermedades sobreañadidas, cuya causa difiere de la causa de la enfermedad principal.

### FORMAS DE LA ENFERMEDAD

Una misma enfermedad no produce en todos los enfermos las mismas reacciones y no sigue rigurosamente el mismo curso. Se podría decir que cada enfermo hace la enfermedad a su manera. En ésto se basa la verdad de aquella frase tan conocida: "No Hay Enfermedades sino Enfermos". Esto es lo que motiva la infinita variedad de la clínica. Ciertas formas de enfermedad se caracterizan por el predominio de una categoría de reacciones, locales o generales. Así, en las enfermedades generales se distinguen formas en las cuales predominan los signes que traducen el sufrimiento de un órgano o de un aparato: en las formas torácicas, los accidentes pulmonares; en las formas nerviosas, cardíacas, renales, los trastornos correspondientes. Otras formas tienen por atributo el predominio de síntomas no localizados en un órgano o aparato, sino en varios aparatos: forma Atáxico-Adinámica con predominio de trastornos nerviosos y de depresión general, forma Hemorrágica con hemorragias múltiples en diversos órganos, forma Tóxica y Septicémica con predominio de los accidentes de intoxicación y de infección general.

La fiebre tifoidea es una de las enfermedades en las cuales se observan con la mayor frecuencia estas diversas formas en que dominan las reacciones locales y generales. Las formas torácicas se observan a menudo en la gripe, tuberculosis; las formas hemorrágicas, en ciertas infecciones como el sarampión, por lo cual ha recibido el nombre popular de "Sarampión Negro". La edad puede modificar las reacciones morbosas. La neumonía no evoluciona igual en el niño, en el adulto y en el viejo: por esto se describen con formas especiales. Se pueden establecer también formas de enfermedad, según el proceso.

### FORMAS FRUSTRADAS

En éstas, las reacciones morbosas principales no se hallan todas reunidas, de suerte que el clínico sólo tiene ante sí una imagen incompleta de la enfermedad. Así, en la enfermedad que se denomina Bocio Exoftálmico o Enfermedad de Basedow, se describen como síntomas fundamentales el bocio, la exoftalmía o eminencia exagerada de los ojos, taquicardia o frecuencia excesiva de los latidos cardíacos y temblor; ahora bien, ocurre que el bocio o la exoftalmía, por ejemplo no existen: en este caso se trata de formas frustradas.

### FORMAS ABORTIVAS

En esta modalidad, la duración se ha acortado: parece que la enfermedad desaparece bruscamente, la fiebre tifoidea evoluciona hacia la curación a los catorce días.

## ENFERMEDADES LATENTES

Estas no se revelan por síntomas suficientemente claros para que sea posible reconocerlas; quedan escondidas. El caso es frecuente en la neumonía de los ancianos: los enfermos no tienen dolor de costado ni fiebre, apenas un poco de fatiga; fallecen y se encuentra en la autopsia una neumonía de evolución anatómica avanzada.

## FORMAS AMBULATORIAS

En estas enfermedades el principio es insidioso; en cierto modo, los enfermos pueden pasear su enfermedad; pero pronto se revela por accidentes a menudo graves, por ejemplo, en el caso de una fiebre tifoidea, por la hemorragia o por la perforación del intestino.

## ASOCIACIONES MORBOSAS

Las reacciones morbosas pueden modificarse cuando otra enfermedad se asocia a la primera. No es raro ver el desarrollo de la tuberculosis en el curso de una gripe, coqueluche; no se podría decir cuando ha comenzado la evolución de una o ha terminado la de la otra. Las dos enfermedades pueden ser concomitantes: se ha visto evolucionar al mismo tiempo la fiebre tifoidea y la tuberculosis aguda.

## ENFERMEDAD INTERCURRENTENTE

Se designa con este nombre a la enfermedad que puede sobrevenir en el curso de otra. Ejemplo: la neumonía en el curso de la tifoidea. La enfermedad intercurrente puede modificar los signos de la enfermedad primera. Los ataques de epilepsia se ausentan a veces cuando el enfermo contrae una enfermedad aguda.

## ENFERMEDADES SIMPÁTICAS

Son aquellas enfermedades que aparecen en los individuos en el curso de otra enfermedad y que sienten simpatía por determinados órganos, los cuales no tienen ninguna semejanza con los de la primera afección. Ejemplo: una parotiditis puede producir una Orquitis.

## ENFERMEDADES HÍBRIDAS

En éstas, los signos de dos enfermedades se combinan y se funden en cierto modo; estos casos son excepcionales, y casi no se conocen más ejemplos que el de la Fiebre Tifomalárica, combinación de la fiebre tifoidea y paludismo.

### **ENFERMEDADES CONSTITUCIONALES O DISCRASICAS**

Son las que radican en el organismo, sin localización aparente, sin manifestarse en ningún órgano, estando todas en el cuerpo y en cada una de sus partes. Ejemplo: neurastenia, epilepsia, histeria.

### **ENFERMEDADES EXÓTICAS**

Son las enfermedades que tienen un origen en otro lugar y que han sido llevadas por el turismo, tales como la lepra, tracoma, varicela, viruela, etc.

### **ENFERMEDADES EPIDÉMICAS**

Son las que aparecen en determinados lugares y atacan a la mayor parte de sus habitantes con los mismos síntomas y caracteres que tienen una causa general. Ejemplo: la tifoidea, parotiditis, sarampión, etc.

### **ENFERMEDADES ENDÉMICAS**

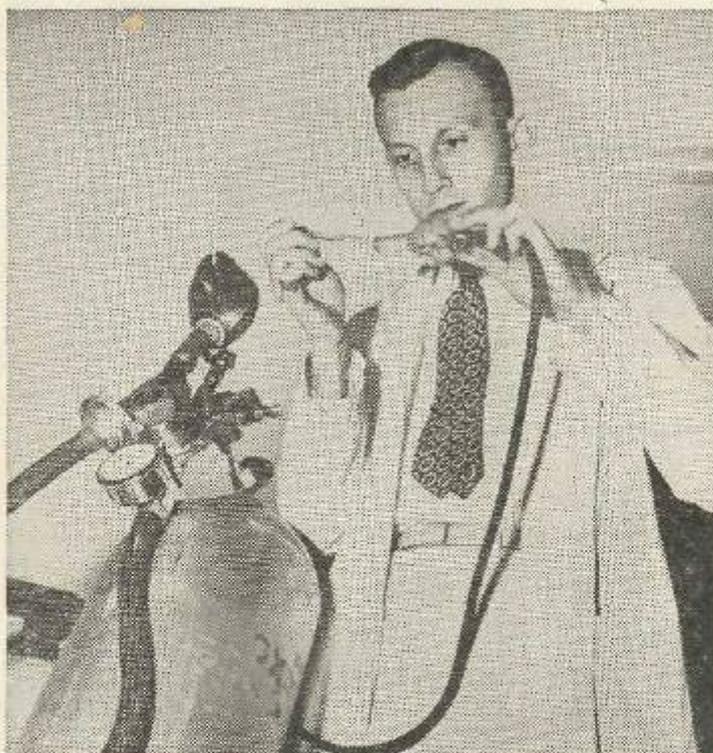
Son las que reinan o son de dominio casi perpetuo en un lugar determinado. Ejemplo: paludismo y disentería amebiana. En cambio, las que atacan a casi todo un continente reciben el nombre de I pandémicas como sucedió con la gripe, el cólera.

### **ENFERMEDADES CONGENITAS**

Toman este nombre aquellas enfermedades cuyo origen viene en la persona desde que nace, o el individuo trae una predisposición para contraerla. En cambio, las adquiridas, son las que atacan a individuos en cualquier período de la vida.

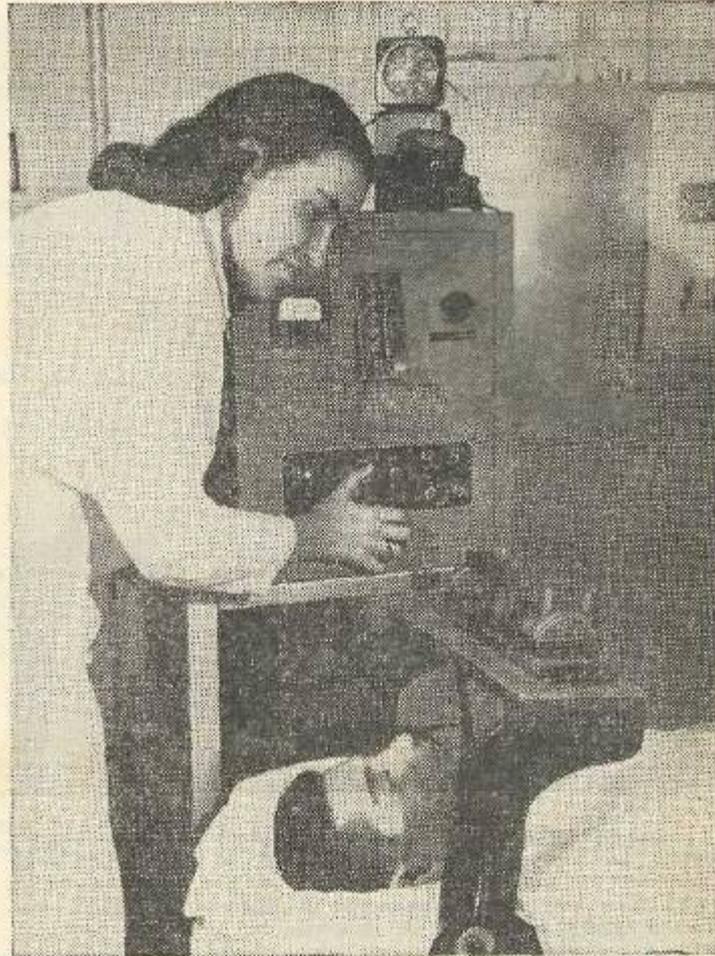
### **APUNTES BIBLIOGRÁFICOS**

**Elementos de Patología General, por el Dr. Arenará. Introducción al estudio de la medicina, por el Dr. G. H. Roger. Diccionario Médico, por el Dr. León Cardenal.**



Los resultados que se han obtenido durante el primer año de labores, en el programa de cinco años para la investigación y el tratamiento de la silicosis, dan esperanzas de que eventualmente se podrá curar esa temible enfermedad del sistema respiratorio, que ataca a muchos trabajadores de las minas, las canteras, y de varias otras ocupaciones. Según el primer informe anual, que trata de las labores hechas en el Hospital del Colegio de Medicina Jefferson, de la ciudad de Filadelfia, Estado de Pensilvania, gracias a la donación de \$ 575,000 hecha para este fin por el Fondo para la Salud y Bienestar de los Trabajadores de Antracita, de los Mineros Unidos de América, se ha logrado un alivio de la silicosis por medio del uso de un atomizador, aditamento que sirve para introducir drogas en el tubo respiratorio, en forma de fina neblina, y está provisto de una válvula intermitente que regula gradualmente la presión.

Esta fotografía, tomada en el Laboratorio Barton Memorial, del hospital citado arriba, muestra al Doctor Leonardo Lang introduciendo drogas en un atomizador, como preparativo para el tratamiento de un paciente. Cerca de la mano derecha del Doctor se ve la máscara que el paciente usa al someterse al tratamiento. (USIS).



Las posibilidades curativas de la medicina atómica pueden hacer mucho para cambiar las ideas en cuanto al valor de las investigaciones atómicas. En 450 hospitales de los Estados Unidos han sido llevadas a cabo investigaciones sobre la aplicación de los productos radioactivos de la separación del átomo para el diagnóstico y cura de enfermedades. Uno de los instrumentos más sensibles de la medicina, es la calculadora Geiger, que diagnostica la enfermedad copiando radiaciones en soluciones conteniendo radiaciones obtenido de una planta de energía atómica de los Estados Unidos. La fotografía muestra a una física usando la calculadora para medir la radioactividad en la glándula tiroidea de un paciente en un hospital de veteranos en los Estados Unidos, minutos después que él bebió una dosis de radio-yodo.

El uso de los isotopos radioactivos ha resultado en la cura de algunos casos de cáncer del tiroides y leukemia, una enfermedad de la sangre, de origen canceroso. (USIS)