



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Virgilio Banegas M.

SUMARIO

	Pág.
Página del Director.—Deambulacion Post-operatoria en Cirugía General	191
Un caso de Osteomielitis del Hueso Frontal Consecutivo a una Sinusitis.	199
<i>Dr. J. Napoleón Alcerro</i>	
La Atcbrina en el Tratamiento de la Teniasis	206
<i>Dr. Mark T. Hoekenga</i>	
Aspectos Quirúrgicos de las Enfermedades del Bazo	209
<i>Dr. Mark M. Schapiro, M. D.</i>	
Revisando el Canje	216
<i>Dr. Joaquín Reyes Soto</i>	
Informaciones	221
Crónicas de Sesiones	225
Lecciones de Patología Médica para Enfermeras	227
<i>Dr. Martín A. Bulnes B.</i>	

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director :Dr. VIRGILIO

BANEGAS M.

Redactores:

Dr. MANUEL CACERES VIJIL

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Dr. CARLOS A. BENDAÑA

Secretario.

Dr. J. COMEZ MÁRQUEZ GIRONES

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

Año XX [Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Sept. y Oct. de 1950 | 150

PAGINA DEL DIRECTOR

Deambulaci3n Post - Operataria en Cirugía General

Trataré de un tema del cual ya se ha escrito mucho, siendo mi intenci3n hacer recalcar sus bondades y dar a conocer mi experiencia personal de c3mo se comporta esta t3cnica en nuestro país.

Las dos grandes ventajas de la deambulaci3n postoperatoria en cirugía abdominal son: 1.º.—Prevenir las complicaciones y 2.º.—Ayudar a la pronta recuperaci3n del paciente. Existen diversas opiniones, acerca de cu3ndo debe levantarse el paciente despu3s de la cirugía y los extremos son: desde que se recupera el operado de su anestesia hasta 3 o 4 días despu3s de la intervenci3n. Es indudable que para poner en pr3ctica el m3todo antes mencionado son necesarios ciertos requisitos, entre los cuales tenemos la t3cnica quirúrgica, la clase de incisi3n y el material de sutura empleados. Tenemos que recordar que data desde hace un poco m3s de cincuenta ańos de que se habló por primera vez de las ventajas que tenia el hecho de hacer mover a los pacientes operados lo m3s pronto posible, con lo cual se evitaban muchas de las complicaciones post-operatorias, sin embargo ha sido muy difícil que este m3todo se generalice por la incredulidad y antagonismo de los cirujanos, fue necesario que se demostrara con hechos las ventajas, para que fuera tomando auge entre los que se dedican a la cirugía.—En Honduras, no estoy muy bien informado desde cu3ndo empez3 a usarse, pero no fue así no hasta hace cinco ańos que se ha puesto en pr3ctica por algunos de nuestros cirujanos. Hace menos de diez ańos que en nuestros hospitales llamaba la atenci3n que un paciente por uno u otro motivo se levantara el día o la noche de las primeras 24 horas de operado a tomar agua o a lo servicios sanitarios sin que le pasara nada al paciente. No m3s tenemos que observar que los nińos, que son muy difíciles de mantener inm3viles en su >cama, se mué-

ven libremente en su cama y se levantan si no se les vigila de cerca y sin embargo su post-operatorio no tiene ninguna complicación.

Emil Ríes de Chicago, hizo su primer informe sobre el levantamiento precoz de los operados: en 1899 y desde entonces son muchos los cirujanos de todo el mundo que han dado a conocer sus experiencias, revisando tales informes se ha llegado a encontrar las ventajas siguientes: Supresión de purgantes, los enfermos tienen espontáneamente sus deyecciones, menor mortalidad, menos complicaciones gastrointestinales como son las náuseas y vómitos, distensión abdominal y mejor asimilación de los alimentos, disminución de las complicaciones pulmonares y circulatorias, menos debilidad general, más rápida recuperación del paciente, mayor rapidez y mejor cicatrización de las heridas, menos adherencias post-operatorias y economía para Hospitales y pacientes pues el número de días de hospitalización disminuyen.

En una forma general podemos decir que lo principal en Cirugía, es no someter al paciente a la inmovilización en su cama. Si se quiere no ser muy extremista en levantar a los operados inmediatamente después de que se recupere de los efectos de la anestesia, es conveniente influir en el ánimo de los mismos los ejercicios en cama, darse vuelta a cualquiera de los lados, sesiones de flexión y extensión de las piernas, sentarse para tomar los alimentos, ejercicios repetidos de respiraciones profundas, estas pequeñas indicaciones evitan una gran cantidad de complicaciones entre las cuales podemos mencionar la flebotrombosis, las congestiones pulmonares, neumonitis, las dilataciones gastrointestinales, etc.

Contra la deambulación post-operatoria se ha dicho que: el descanso en cama disminuye la actividad de las partes del cuerpo afectadas por la intervención, lo que ayuda a una mejor cicatrización, pero sucede que, por otra parte, con el reposo absoluto las grandes funciones del organismo se alteran y por consiguiente el estado general decae grandemente repercutiendo sobre los tejidos traumatizados, los que no tienen entonces suficiente vitalidad. Ríes decía: Si se puede evitar al paciente que permanezca en el Hospital algunos días más ¿No lo haría Ud? Si Ud. puede economizarle dinero al paciente y evitarle incomodidades, ¿No vale la pena hacerlo? Todo lo que podamos hacer por aliviar los sufrimientos humanos, es nuestro deber, y es para eso justamente que somos médicos!

Ahora bien, el pronto levantamiento de los operados no puede ser llevado a cabo sino tuviéramos a mano los grandes medios de que se vale la cirugía moderna, entre ellos mencionaremos, la anestesia que ha llegado a ser eficaz y segura, la asepsia y antisepsia, las técnicas quirúrgicas cada día más depuradas por los grandes de la cirugía, el uso de materiales de sutura no absorbibles en cuyo empleo están de acuerdo casi todos los cirujanos. Halstead empezó con la seda, Kocher con el lino, Babcock el hilo de plata

y se le adjudica a Ochsner el uso del hilo de algodón. A todo esto se agrega el mejor conocimiento del balance de los líquidos del organismo y del metabolismo de los electrolitos, la administración de transfusiones de sangre, de los preparados de aminoácidos y del plasma han ayudado a combatir la deshidratación que tantas muertes ocasionó el desconocimiento absoluto de ellas; el wangensteen para la succión y consiguiente descomprensión del tracto gastrointestinal y el uso de las sulfonamidas y antibióticos que han venido a jugar un gran papel en el post-operatorio.

EL estado post-operatorio del enfermo podemos considerarlo como un síndrome de las Laparotomías, que consiste en cambios patológicos de las grandes funciones orgánicas debidas al traumatismo quirúrgico. Estos cambios son la consecuencia del traumatismo de los tejidos, el miedo y el dolor desarrollan una serie de reflejos que afectan el estado general, la inmovilización del diafragma y músculos respiratorios, los trastornos vasomotores y la motilialógicos como resultado de la citólisis en el área de intervención afectando la actividad glandular y metabólica. Acentúa este cuadro la inactividad que trae las complicaciones post-operatorias.

Las funciones del organismo, tanto en estado de salud como sin ella, dependen de una eficiente respiración, circulación, digestión y eliminación de las materias de deshecho. Es bien conocido que todas estas funciones están temporalmente afectadas como resultado de la operación, de la anestesia y la inmovilización prolongada en la cama que intensifica estos disturbios orgánicos.

Así tenemos que la incompleta respiración trae como consecuencia la atelectasia, anoxemia, congestiones, neumonitis etc., la circulación, trae el shock, trombosis venosas, flebitis y embolias; la digestión, dilataciones gastro intestinales, dolor, ileus paralíticos, deshidratación y absorción de productos tóxicos. Todos estos factores con atonía muscular dependiente de la inactividad prolonga el período de convalecencia.

Está demostrando que cuando a un enfermo se le da actividad, el dolor disminuye, se siente más comfortable, el cuerpo funciona naturalmente y las cicatrices se verifican mejor y más pronto, las complicaciones disminuyen y el paciente retorna a su estado normal en un tiempo mucho más corto.

La mayor parte de los intervenidos quirúrgicamente no mueren de la operación, sino de sus computaciones. Las autopsias han demostrado mucho más patología en otros órganos que en los operados. Hablemos hipotéticamente de un colecistectomizado: el paciente recibe pre-operatoriamente poco o nada de aumentos; enemas evacuantes, el día de la intervención está en ayunas, esto deja al paciente en un estado de menor resistencia, supongámonos que la intervención en su técnica fue un éxito, sin embargo deja un estado previo al shock, después es llevado a su cama en donde es cubierto con gran número de forzadas, sobreviene la diaforesis profusa, lo limitado de la ingestión de alimentos y líquidos pone al paciente en un cuadro de deshidratación, agréguese las in-

dicaciones de narcóticos, lo que hace que el intervenido esté quieto, las mucosidades se colectan en los bronquios y no pueden ser expulsadas, al día siguiente se presenta tos con fiebre para lo que se prescribe sedantes, aparece dolor en el costado y el paciente muere de una complicación. Todo lo anteriormente expresado puede evitarse grandemente poniendo en práctica la deambulacion precoz y los ejercicios en cama inmediatamente después de recuperarse de la anestesia.

Nosotros hemos estado hablando de actividad, sin embargo, debemos decir que es necesario mantener un balance entre el descanso y el ejercicio, el primero es conveniente después de toda operación; no hay que ser extremista, pues ambas cosas en el extremo son malas, es conveniente mantener el balance de estos dos factores para conseguir el funcionamiento normal de los órganos vitales.

Hemos hecho ver en una forma general las ventajas de la deambulacion precoz, no hay que considerarla como la panacea de la cirugía, puesto que no se obtendrán los resultados apuntados sin la contribución de una escrupulosa técnica, incluyendo asepsia, incisiones anatómicas, usar el material de sutura indicado, prevenir las infecciones, mantener el balance de agua y de los electrolitos, lo mismo que la administración de glucosa, aminoácidos, plasma y sangre; la descompresión gastrointestinal cuando existen vómitos, si a todo esto se le guarda especial atención y se le indica al paciente una moderada actividad, los resultados post-operatorios son un éxito.

Cuando un paciente presenta tos, debe prescribirse que haga todo lo posible por expulsar las mucosidades y para toser la mejor posición es la de pie, pues acostado la expulsión de la materia es mucho más difícil, tosiendo de pie es la mejor profilaxis de las complicaciones pulmonares post-operatorias, coadyuvando para evitarlas: 1°—Incisiones abdominales que no afecten de modo directo o indirecto los músculos de la respiración, 2°—Evitar la distensión gastrointestinal, 3°—Mantener un estado de hidratación, 4°—Mejorar la circulación por la actividad dejando que el paciente camine. Todas estas medidas son imperativas si se desea prevenir las complicaciones pulmonares después de una operación.

Entre las complicaciones circulatorias, una de las más graves es la trombosis y la inactividad con el reposo en cama trae consigo una disminución de la corriente sanguínea y un aumento en el tiempo de coagulación de la sangre, lo que es debido a una natural respuesta del traumatismo de la operación y como consecuencia del miedo, la nerviosidad, la hemorragia y un aumento de fibrinógeno en la sangre, este último demostrado que coincide con un aumento en el tiempo de sedimentación, (tiempo que está aumentado después de una operación), son las causas de la flebotrombosis.

Las fatales embolias pulmonares tienen su origen en las trombosis de las venas profundas de las extremidades; estas terribles complicaciones pueden evitarse con el ejercicio de las extremidades, y lo mejor es caminar. La evidencia de los experimentos es indiscutible: Varios autores han inyectado sustancias radiopacas en el sistema venoso superficial de las extremidades inferiores, aproximadamente a los 35 a 45 segundos el sistema venoso profundo está completamente lleno, y si se mantiene el paciente en cama en absoluto reposo sin tener movimientos en sus extremidades, la sustancia radio-opaca permanecerá en el sistema venoso de las extremidades por 15 o más minutos, pero si al paciente se le hace mover y tanto mejor caminar, la sustancia antes mencionada desaparece rápidamente de las piernas. En resumen, estas complicaciones se evitan grandemente con la deambulación precoz, lo mismo que se evita la medicación anticoagulante prescrita post-operatoriamente.

Entre las complicaciones gastrointestinales, tenemos como principal y frecuente, la distensión abdominal, complicación que da muchas molestias a los pacientes, enfermeras y cirujanos, especialmente si se acompaña de vómitos. Algunos cirujanos tienen el concepto de que la distensión gastro-intestinal es una consecuencia inmediata de toda operación abdominal, y no es así, se puede evitar tomando algunas precauciones tanto técnicas durante la operación como en el post-operatorio. Las mismas medidas que hemos mencionado para prevenir las complicaciones pulmonares se aplican a las gastrointestinales, agregando solamente el mínimo de traumatismo que debemos dar a los órganos de la cavidad abdominal y el valor inmenso que tiene la succión continua por medio de la sonda de Levin colocada en el estómago o duodeno. Ya hemos mencionado más arriba como con la deambulación viene el apetito, la pronta regulación de los alimentos y las deyecciones espontáneas.

Otra de las complicaciones, es la rotura de la herida operatoria con la evisceración consecutiva; los que se muestran escépticos a la deambulación precoz, una de las cosas que más discuten es, que con levantar el paciente se aumentan grandemente las posibilidades de las evisceraciones y hernias post-operatorias. En los Estados Unidos de Norteamérica y según las estadísticas de los diferentes autores, el promedio de evisceraciones post-operatorias es de uno % y siempre es considerada como una complicación grave de mortalidad entre 20 a 30 %; sin embargo comparada con las estadísticas en las que se ha puesto en práctica la deambulación precoz, la incidencia de evisceraciones han disminuido. De tal manera que el miedo de este accidente relacionada con la deambulación, es mal fundada; sucediendo que las evisceraciones se toman como un factor primario, siendo en realidad secundario y como consecuencia de complicaciones pulmonares que siempre se acompañan de tos*, las distensiones gastrointestinales, las malas incisiones, material de sutura inadecuado y la prolongada estadía en ca-

ma, lo que trae una depresión de la circulación en la herida operatoria retrasando la cicatrización.

Es importante hacer recordar que a los enfermos sometidos a la deambulación precoz es necesario mantenerlos, como en general se hace, en un balance de líquidos y de electrolitos, porque la deshidrotación es una de las causas que paga mejor tributo a la muerte. Es bien conocido que un individuo normal, sin necesidad de haberlo sometido a ninguna intervención, necesita dos y medio litros de agua, que es la cantidad que normalmente se excreta por los diversos sistemas en 24 horas. De manera que cuando existe vómitos, diarreas, sudoraciones profusas, etc., la cantidad de líquidos debe aumentarse proporcionalmente a estas pérdidas, llegando hasta 4 y 5 litros.

Algunas veces se acostumbra a suministrar más de un litro de solución salina con o sin glucosa, lo que viene a hacer un exceso de administración de cloruro de sodio con el consiguiente peligro de sobrecargar el trabajo del riñón y producir cambios degenerativos en los diversos órganos. La excesiva cantidad de cloruro de sodio en el organismo causa edema en varios tejidos y principalmente en los traumatizados durante la operación. A pesar de que un individuo normal puede metabolizar de 35 a 40 gramos de cloruro de sodio en 24 horas, lo que se necesita diariamente son de uno a dos gramos, pero sucede que el paciente intervenido es un enfermo y siendo menos tolerante al cloruro de sodio, lo retiene más fácilmente. De manera que la mejor distribución de los líquidos a administrar es la siguiente: un litro solución salina, un litro solución glucosa al 5% en agua y un litro de aminoácidos (Amigen), este último puede sustituirse por sangre o plasma cuando es necesario.

El factor psicológico es uno de los más importantes obstáculos que se encuentran para poner en uso la deambulación post-operatoria. El miedo de los pacientes, el de las enfermeras y sobre todo el miedo del cirujano es el punto más difícil de vencer para poner en práctica el método de que nos hemos ocupado. Por consiguiente debe instruirse a los pacientes antes de la operación de las ventajas que le proporcionan si él no permanece en absoluta reposo debiendo animársele después de la operación para que practique los ejercicios necesarios y asegurarle que el dolor disminuye si se levanta, cosa perfectamente demostrada. Igualmente las enfermeras deben conocer los principios de la deambulación precoz para que ellas mismas animen al paciente a practicarla. En cuanto a los cirujanos, podemos decir por propia experiencia, que el miedo se quita poniendo en práctica este método paulatinamente y a medida que uno va viendo las ventajas que se obtiene con ello va teniendo más seguridad y más fe en el tratamiento post-operatorio llevado como lo hemos expuesto en estas líneas.

Las contraindicaciones de la deambulación precoz después de la cirugía, son poquísimas, y entre ellas encontramos el Shock, en esa clase de pacientes este método no puede aplicarse, igual-

mente está contraindicado en aquellos que por gravedad del caso, la muerte es inminente.

Debemos hacer mención que la fiebre, las infecciones locales de la herida operatoria y la peritonitis no deben ser causas para proscribir la deambulaci3n.

Finalmente podemos agregar otras ventajas m1s: la disminuci3n en el uso de sedantes y narc3ticos, as1 hemos observado que no necesitamos prescribir morfina despu3s de las primeras 24 horas, el uso escas1simo de enemas, y por consiguiente el establecimiento espont1neo de las evacuaciones intestinales, la alimentaci3n normal se establece en menos tiempo y las cateterizaciones son menos frecuentes.

Personalmente hemos sometido al tratamiento post-operatorio antes mencionado a las 190 intervenciones abdominales, haciendo que el paciente se mueva libremente en la cama inmediatamente despu3s que se recupera de la anestesia y 24 horas despu3s de operado los hemos levantado, observando todas las ventajas que arriba hemos expuesto; no hemos tenido una sola evisceraci3n, encontramos en nuestra estadística una infecci3n fuerte de la herida operatoria despu3s de una colecistectomía con incisi3n oblicua, examinando cuatro meses m1s tarde se le encontr3 una herida post-operatoria, no se nos ha presentado ninguna complicaci3n pulmonar ni circulatoria, en cuanto a las gastrointestinales s3lo hemos tenido nausea, v3mitos leves pero nunca ileus paralítico grave o dilataciones g1sticas agudas.

A pesar de que se cree que nuestro pueblo (obreros y campesinos) es gente debilitada, debido a lo pobre alimentaci3n y que no puede compararse en resistencia con la poblaci3n de otros pa1ses y tomando en cuenta que la mayor parte de las operaciones arriba apuntadas fueron verificadas en el Hospital de Caridad "San Felipe", concluimos que en Honduras puede perfectamente implantarse este sistema rutinariamente.

Un Caso de Osteomielitis del Hueso Frontal Consecutivo a una Sinusitis

Doctor J. Napoleón Alcerro

I Presentado en la sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña, del sábado 7 de Octubre de 1950

Compañeros:

El caso que hoy presento a la consideración de Uds., tiene importancia por varias razones: en primer lugar, por ser muy rara la osteomielitis del frontal consecutiva a una sinusitis; en segundo lugar, porque la Cirugía ha rehabilitado a un ciudadano que por varios años estuvo imposibilitado para trabajar, y aun para relacionarse en público con sus semejantes; en tercer lugar, por la gran resistencia y **bondad** del paciente que no sólo soportó una infección grave de los senos paranasales, sino que **pacientemente** se sometió a varias operaciones, la mayoría de las cuales se practicaron con anestesia local; y en cuarto, lugar, porque al causar alta en el Hospital General, deja de ser una carga para el Estado, ya, que posiblemente hubiera permanecido interno por otros años más.

Como examiné al paciente catorce meses después de su ingreso a la Sala de Cirugía de Hombres, los datos anamnésicos son los obtenidos del paciente cuando ingresó a ese servicio en Julio de 1948, pero dichos datos lo mismo que el examen clínico, fueron corroborados personalmente, agregando únicamente los cambios habidos al momento del examen que le practiqué. Julio de 1948.

A. A., de 45 años de edad, soltero, labrador, nacido en la aldea de Las Casitas, de esta jurisdicción, y vecindado en Comayagüela, ingresó a la 1ª Sala de Cirugía de Hombres del Hospital General, el 29 de Julio de 1948, a curarse de "dolor de cabeza y supuración de los senos frontales".

ANAMNESIA PRÓXIMA.—Refiere el paciente que hace cinco años tuvo una gripe de larga duración, quedándole después una sensación de peso y un dolor suave pero permanente en la raíz de la nariz y en la frente. El dolor que **esa** suave por la mañana, se intensificaba al medio día, y se atenuaba por la tarde; cuando se agachaba, sentía como si se le fueran a salir los ojos (**expresión** propia del paciente). Acompañaba su dolor frontal una obstrucción nasal permanente que le imposibilitaba la libre respiración por la nariz, teniendo que hacerlo por la boca; la respiración bucal le producía sequedad marcada de la garganta y accesos de tos seca. Al limpiarse la nariz, **expulsaba** un líquido mucoso purulento, espeso y abundante sin **mal olor**.

Seis meses después de haberse iniciado estos síntomas, notó enrojecimiento en ambos ojos, apareciéndole luego una gran inflamación por encima del párpado superior izquierdo, acompañada de elevación de temperatura y aumento del dolor frontal. La intensidad de los síntomas lo hicieron internarse en la Casa de Salud La Policlínica, en donde le practicaron inmediatamente después de su ingreso, una trepanación del seno frontal izquierdo, con lo que se logró hacer desaparecer los síntomas, quedando únicamente una fístula a nivel de la trepanación, por la que salía pus. Por cuatro meses permaneció interno en La Policlínica, sin conseguir curarse de la fístula, a pesar del intenso tratamiento médico que se le hizo con Antibióticos.

Cinco meses después de la operación, se le inflamó considerablemente el párpado superior derecho elevándose de nuevo la temperatura y agudizándose el dolor frontal; a los pocos días, espontáneamente se abrió una fístula a nivel de la cabeza de la ceja derecha, dando salida, a gran cantidad de pus, esta vez con mal olor; los síntomas mejoraron. La presencia constante de pus en las conjuntivas, produjo inflamación de ellas con ardor irresistible y fotofobia. Su estado ocular lo obligó a internarse en el Servicio de Oftalmología del Hospital General, en donde le hicieron tratamiento local y general adecuado, pasándolo cuando estaba mejor, al servicio de Cirugía de Hombres, por tratarse de un caso quirúrgico, no Oftalmológico.

ANAMNESIA LEJANA.—No recuerda, haber padecido enfermedades en su infancia. En la edad adulta dice que sólo ha padecido de gripes frecuentes; ninguna enfermedad venérea; ningún traumatismo, ni herida.

ANAMNESIA FAMILIAR.—Como dato único de importancia cita que su padre murió de cáncer del estómago.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES.—Todas normales a excepción del sueño que es interrumpido a veces por la obstrucción nasal.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.—Disminución de la agudeza auditiva, ligera fotofobia.

GENERO DE VIDA.—Paciente dedicado a la agricultura desde su infancia; su trabajo ha sido moderado, y su alimentación la común de los campesinos nuestros; no fuma, no ingiere licor, no usa drogas; sus relaciones sexuales son moderadas.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS.—Se trata de un paciente que desde hace cinco años y a consecuencia del una gripe, quedó con obstrucción nasal, sensación de peso y dolor frontal, que se acentuaban al agacharse y tenían su máxima intensidad al medio día, desapareciendo casi completamente durante la noche. Había también flujo nasal mucopurulento abundante. Seis meses después de la iniciación de los síntomas, apareció una inflamación en el párpado superior izquierdo y región superciliar, acentuándose los otros síntomas y obligando al paciente a internarse en una Casa de Salud, en donde le practicaron una trepanación del seno frontal izquierdo y le hicieron tratamiento médico con antibióticos, por cuatro meses, al

cabo de los cuales salió de dicho Centro con una fistula en la parte media del surco parpebral de ese lado. Cinco meses después de esa operación le apareció otra inflamación en el párpado superior derecho con nueva agudización de todos los síntomas, pero, esta vez el proceso se abrió espontáneamente a nivel de la cabeza de la ceja derecha, dejando otra fístula supurante. La presencia constante de pus en los ojos, produjo inflamación de las **conjuntivas**, con, ardor y fotofobia, teniendo el paciente que internarse en el Servicio de Oftalmología del Hospital General, en donde recibe tratamiento adecuado y es trasladado al servicio lo. de Cirugía de Hombres, por tratarse de un caso no oftalmológico.

EXAMEN FÍSICO.—Paciente normalmente constituido, con buena textura ósea, y musculatura bien desarrollada. La facies es triste y se nota la presencia de pus en ojos y mejillas.

Peso 170 libras; Presión Arterial, Mx. 130, mn. 85. Pulso 80 pulsaciones por minuto; Temperatura 37° C.

Cráneo: ninguna anormalidad.

Cara 2 Presencia de pus fétido en ojos y mejillas.

Ojos: Hay ligera exoftalmía del ojo izquierdo; ambas conjuntivas rojas e inflamadas. Un poco por debajo de la cabeza de la ceja derecha, hay una fístula de forma abotonada, por la que sale pus espeso y de olor fétido; en la parte media del surco parpebral izquierdo, hay otra fístula retraída y de bordes adherentes al hueso, por la que también sale pus fétido; hay ardor de las conjuntivas y fotofobia; nada en la córnea; paciente ve bien.

Oídos: normales.

Nariz: Congestión marcada de los cornetes medios e inferiores y presencia de mucopus en los meatos medios.

Senos paranasales: Dolor a la presión en regiones frontal y maxilares superiores; aumento de la salida de pus por las fístulas al hacer la presión de la región frontal.

Boca: Ausencia de varias piezas dentarias, y mal estado de todas las restantes; lengua saburral; aliento fétido.

Garganta: Amígdalas pequeñas.

Cuello: Nada de particular.

Pulmones: normales.

Corazón: Punta late en el quinto espacio intercostal izquierdo a nivel de la línea medio-clavicular; ruidos cardíacos, normales.

Abdomen: No hay ningún signo que **indique** anormalidad de los órganos contenidos en el abdomen.

Génito Urinario: normal.

Sistema Neuromuscular: normal.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre: Reacción de Kahn, negativa. Recuento de Glóbulos: G. R. 4.500.000, G. B. 8.500, Fórmula, Leucocitaria: Neutrófilos, 78%, Linfocitos 16%, Grandes mononucleares 4%; Eosinófilos, 2%.

Examen de Orina: células de pus, positivo más dos.

Examen de heces: negativo por protozoarios y helmintos.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Radiografía tomada el 9 de agosto de 1948.

Marcado velo de los senos frontales, maxilares y atmoidales. Calsificación también marcada de la hoz del cerebro. Impresión: Pansenusitis.

Con los datos clínicos, de laboratorio y radiológicos, el paciente fue sometido a dos intervenciones quirúrgicas, por el jefe del servicio de Cirugía de Hombre, sin haber logrado el cierre de las fístulas, porque las operaciones se limitaron a simples exploraciones y raspados de los conductos fistulosos.

Septiembre de 1949.

Catorce meses después de su ingreso al Hospital, el paciente continuaba supurando por sus fístulas; en ese tiempo fui consultado por el Dr. Ignacio Midence que tenía el servicio de Cirugía a su cargo, para examinar y tratar al paciente. Leí la historia clínica y los resultados del laboratorio y radiográficos, y los Dres. Virgilio Banegas y Midence me indicaron que las intervenciones que ellos practicaron fueron insuficientes porque eran tan profundos los trayectos **fistulosos** que temieron penetrar en la cavidad craneana.

Practiqué el examen otorrinolaringológico, obteniendo los siguientes resultados:

Oídos: presencia de pequeños tapones de cerumen en los conductos externos, que se extraen con lavado. Trompas de Eustaquio, libres.

Examen funcional de audición, normal.

Examen de equilibrio, normal.

Nariz: congestión marcada de los cornetes medios e inferiores y presencia de mucopus en los meatos medios y piso de las fosas. Al aplicar gotas de neosinefrina (1%), la mucosa de los cornetes se retrae, y se ve **salir** una gota de pus por el meato del conducto nasofrontal izquierdo únicamente.

Senos Paranasales: Hay dolor a la presión de los senos frontales y maxilares, y dolor al agacharse el paciente; estas maniobras hacen **salir** pus por las fístulas, que al presente se encuentran retraídas y con sus bordes pegados al hueso. A la diafanoscopia, todo3 los senos se muestran opacos.

Boca: Lengua sucia; faltan varias piezas dentarias y las restantes están en pésimo estado, aliento fétido.

Garganta: Amígdalas pequeñas, ocultas tras los pilares anteriores; mucosa bucofaringea seca, con granulaciones y costras de pus seco y adherente.

Laringoscopia indirecta: no muestra anormalidades laríngeas.

Ojos: Conjuntivas rojas, banas de pus; hay ectropión del párpado inferior izquierdo.

Se ordenan nuevos exámenes de laboratorio y radiografías, y los resultados son los siguientes:

Examen de sangre por reacción de Kahn, negativa. Recuento de G. R. 4. 250.000 G. B. 6. 950. Hemoglobina 80%; tiempo de coagulación 5 minutos. Fórmula leucocitaria; Neutrófilos 80%, Linfocitos 8%, Grandes mononucleares 10%, Eosinófilos 2%. Hematozooario, negativo.

Examen de Orina, positivo por escasas células de pus.

Examen de Heces: negativo por protozoarios y helmintos.

Resultado radiográfico:

Opacidad irregular de los senos frontales y regular de Los maxilares. Diagnóstico: Sinusitis maxilar y osteoperiostitis de los senos frontales.

Por todos los datos anteriores se hizo el siguiente diagnóstico Otorrinolaringológico:

PANSINUSITIS CON OSTEOPERIOSTITIS DE LAS PAREDES DE LOS SENOS FRONTALES.

En los ojos se encontró una conjuntivitis, y un extropión del párpado inferior izquierdo.

Tratamiento:

Desde el principio se planteó la necesidad de la cura quirúrgica, pero se dispuso hacer tratamiento módico previo para mejorar las condiciones del paciente y limpiar un poco de pus los senos. Se instituyó tratamiento a base de penicilina por la vía venosa, 50.000 unidades de Penicilina cristalina G. Lilly, cada cuatro horas, y se introdujeron sondas de goma fina en las fístulas para practicar lavados con suero fisiológico en instalaciones de solución de Penicilina (100.000 unidades de 20 cc. de agua), 10 cc. mañana y tarde. Con los lavados se conseguía extraer gran cantidad de pus, especialmente del lado derecho. Por mes y medio se estuvo haciendo el tratamiento indicado anteriormente, pero viendo que no se conseguía la curación, se dispuso operar.

Previamente preparado, el paciente fue llevado a la Sala de Operaciones el día 12 de Octubre de 1949, y con anestesia general con intubación traqueal, practiqué La primera operación que consistió en: extirpación total del piso y de la pared anterior del seno frontal izquierdo y de las celdas etmoidales anteriores, medias y posteriores que también estaban completamente destruidas por osteitis; se dejó el rebol de orbitario por considerarlo fuerte, y para evitar la deformación posterior que queda en las radicales. En el lado derecho se hizo igual operación, pero no fue posible dejar el reborde orbitario, porque estaba completamente despegado del hueso y fue lo primero que se extirpó. Se dejó drenaje con tubo de goma y se cerraron las heridas con puntos separados de algodón, no sin antes haber churreteado completamente los trayectos fistulosos. El postoperatorio del paciente fue bueno, y con la ayuda de la Penicilina endovenosa, el paciente reaccionó bien, pero pasada una semana, la supuración seguía como antes en el lado izquierdo y únicamente el lado derecho había cerrado por primera intención; se hicieron curas locales en ese lado, pero no se consiguió el cierre de la fístula.

En vista del fracaso se dispuso hacer la cura radical del lado izquierdo, y el 3 de Noviembre, el paciente es llevado de nuevo a la Sala de Operaciones, y con anestesia local se le practica la extirpación del reborde orbitario y se hace una revisión del corredor etmoidal, se deja drenaje de goma fina, y se cierra la herida con puntos de algodón. Con la operación anterior se cree que el paciente seguirá bien y que la fístula cerrará como la del lado derecho, pero pasan los días y el pus continúa saliendo aunque en poca cantidad. El 21 de Diciembre de nuevo hago con anestesia local una nueva revisión y encuentro en la parte más profunda del corredor etmoidal, una pequeña esquirla que era la causa de la persistencia del pus. Después de esa intervención, la fístula cerró completamente y todos los síntomas desaparecieron, quedando únicamente el problema de la conjuntivitis y el ectropión del párpado inferior izquierdo.

Por tres meses y medio me ausenté del país, y a mi regreso en abril del corriente año, se me comunicó que el paciente estaba con síntomas de meningitis; lo interrogué y examiné clínicamente, y comprobé que tenía cefalalgia moderada, elevación de temperatura, 38°C, rigidez de la nuca y exageración de los reflejos rotulianos y aquileos. Se hizo una punción lumbar y salió líquido claro con poca presión, y el laboratorio reportó: recuento de células, una por milímetro cuadrado; reacción de Norme Appel, negativa; reacción de Pandy, negativa. El examen de Sangre por-recuento de G. B. y Fórmula leucocitaria, resultó: G. B. 8.500; Neutrófilos 70%, Linfocitos 22%, Grandes mononucleares 6%, Eosinófilos 2%. El examen de orina mostró trazas de albúmina, pocas bacterias y pocas células de pus. Con diagnóstico, de meningismo, se instituyó tratamiento con Penicilina, 50.000 unidades cada cuatro horas por vía venosa; luego de iniciado el tratamiento, los síntomas mejoraron y una semana después el paciente estaba completamente bien. después el paciente estaba completamente bien.

Temiendo darle alta sin la seguridad absoluta de su completa curación, y pensando en los síntomas de irritación meníngea que había tenido, propalé al paciente para hacerle una última operación, para comunicarle la cavidad etmoidal a la nariz a través del antro maxilar; eso me daría la oportunidad de explorar el seno maxilar que aparecía opaco a la radiografía. El 26 de julio le practiqué la operación con anestesia local; con la técnica de Caldwell Luc le hice una revisión al antro izquierdo encontrando únicamente un engrosamiento de toda la mucosa hice la comunicación con la cavidad etmoidal que estaba completamente limpia; comuniqué después el antro con la nariz a través del meato inferior, dejando taponamiento por haber hemorragia. El paciente reaccionó bien a la operación, y se quitó el taponamiento a las 48 horas, quedando completamente curado.

Para la cura de la conjuntivitis y del ectropión, pedí la cooperación del Dr. José Gómez Márquez Girones, quien una vez mejorado el estado conjuntival, practicó una blefarorrafia por considerar que el ectropión era debido a un simple engrosamiento de la conjuntiva por la constante irritación del pus, que había hecho que

se cayera el párpado. La blefarorrafia será despegada seis meses después de la operación, y se espera que para entonces el paciente esté completamente bien.

Comentario:

Se trata de un paciente que en 1943 y debido a una gripe, adquirió una sinusitis frontal aguda, que no fue tratada debidamente; que posiblemente se le obstruyó el conducto nasofrontal izquierdo y se retuvo el pus en el seno produciendo un proceso de osteítis del piso o de la pared anterior, no habiendo llegado a la evacuación espontánea del pus por habersele practicado una trepanación; puede también que haya sido la trepanación la que al exponer las partes blandas del hueso a la acción del pus, hayan causado el proceso destructivo. El proceso osteítico destruyó la pared intersinusal y pasó al otro seno, y abriéndose paso por el piso, se fistulizó espontáneamente a nivel de la cabeza de la ceja derecha. Infectado el tejido conjuntivi-vascular del hueso, se produjeron trombosis y la osteomielitis quedó establecida. Las celdas etmoidales también participaron del proceso destructivo, y si no se practican las operaciones radicales, posiblemente el enfermo hubiera muerto por una meningitis o un absceso cerebral.

La presencia constante de pus en las conjuntivas, más prolongada y abundante en el lado izquierdo, produjo irritación y luego engrasamiento de la conjuntiva del párpado inferior de ese lado, que poco a poco fue cayendo hasta producir un ectropión, que dejaba al descubierto la mitad correspondiente del globo ocular visible.

Por dos veces fue operado por el jefe del servicio de Cirugía de Hombres, pero las intervenciones se limitaron a simples exploraciones y curetajes de los trayectos fistulosos, resultando por consiguiente, insuficientes. También se intentó por dos meses y medio curarlo con tratamiento médico local y general a base de Penicilina, pero la infección era intensa y la destrucción osea muy avanzada. Los fracasos anteriores indicaren que sólo con operaciones radicales se podría curar al paciente, y se hicieron a pesar de las deformaciones tan grandes que reducen dichas operaciones, que afortunadamente para el paciente, no son tan deformantes en él.

Tanto el diagnóstico positivo como el diferencial, no tenían dificultad alguna, y por eso no aparece en este trabajo el diferencial, pues tanto la clínica como el estudio radiológico, no dejaban duda de que se trataba de una osteomielitis del hueso frontal.

- 1).—La osteomielitis del seno frontal como complicación de sinusitis, es rara.
- 2).—Cuando en presenta de sinusitis aguda o crónica de los senos frontales, se presenta edema superciliar, hay que pensar en osteomielitis, y si se opera, hay que hacer operaciones amplias y no contentarse con hacer simples trepanaciones, que no se consigue otra cosa que empeorar el caso.

La Atebrina en el Tratamiento de la Teniasis

Doctor Mark T. Hoekenga

El valor de la atebrina en el tratamiento de la *Tenia saginata* en el hombre ha sido reconocido- en' Sur América, (1, 2) en Puerto Rico (3) y en New Orleans (4); pero probablemente no es suficiente apreciado' en otros lugares. El uso de la atebrina en el hombre para este propósito fue concebido después de los primeros ensayos de Culbertson (5) en 1940, las que **pusieron**, de manifiesto el valor terapéutico de aquella droga como un eficiente tenicida en la "*Hymenolepis fraterna*" de los ratones. Acranil, un derivado de acridina, muy **cércamente relacionado** con la atebrina ha sido también usado con buen éxito en infestaciones por *Hymenolepis nana* (6) y taenia saginata, pero parece ser menos efectiva que la atebrina.

El propósito de esta comunicación es anotar las experiencias que hemos tenido con el empleo de la atebrina en el tratamiento 'de la taenia saginata y *Hymenopelis nana* en el Hospital de La Lima, Honduras.

MATERIAL

Diecinueve casos fueron objeto de este estudio. Catorce de ellos (7 hombres y 7 mujeres) con edades de 3 á 60 años, tenían taenia **saginata**. Cinco de ellos (1 niño y 4 niñas) con edades de 8 á 14 años) tenían **Hymenolepis nana**.

MÉTODOS

El método que se siguió siempre fue el mismo, sin tomar en cuenta la especie de parásito, ni el sexo y edad del paciente. La única variación consistió en que¹ los niños de 3 años recibieron solamente la mitad de la dosis prescrita para adultos. La rutina empleada fue de la siguiente manera;

- 3).—Aunque la radiografía muestra la mayoría de las veces opacidad de todos los senos, cuando hay osteomielitis del hueso frontal, no necesariamente hay supuración de los senos maxilares, sino un simple engrosamiento de la mucosa.
- 4).—En los casos no operados a tiempo **puede** producirse la infección y destrucción de las celdas etmoidales; los senos esferoidales también pueden infectarse.
- 5).—La cirugía **amplia con** extirpación de todo *el* hueso infectado y limpieza de todas las celdillas etmoidales cuando están tomadas, asociada a la **penicilina** o sulfamidoterapia, es la única **manera de curar la osteomielitis del hueso frontal**.

1.—No hubo ninguna preparación especial del paciente el día anterior al tratamiento, excepto haberle aconsejado comer una cena suave.

2.—Los pacientes se presentaron para el tratamiento temprano de la mañana en ayunas y fueron hospitalizados hasta el medio día del mismo día.

3.—Se les dio 0.2 gm. de hidrocloreuro de Atebrina (2 pastillas) oralmente cada 10 minutos por 4 dosis (8 pastillas ó 0.8 gms.) Al mismo tiempo se les administró 0.6 gm. de bicarbonato de soda por la boca con cada dosis de atebrina.

4.—Dos horas después de haberse completado el tratamiento de "la atebrina se tomó el purgante consistente en 2 onzas de sulfato de sodio.

5.—Se administró fenobarbital en dosis de medio y uno y medio granos media hora antes de la primera dosis de atebrina y generalmente se repitió poco antes del purgante.

6.—Se administró clorhidrato de piridoxina (Hexabetalina, Lilly) en dosis de 0.1 gramo endovenosamente a ocho pacientes media hora antes de la primera dosis de atebrina.

RESULTADOS

Casos de T. Saginata.

Todos los 14 pacientes expulsaron largos segmentos del parárito; 10 de ellos (*119c*) con el escolex. Los segmentos fueron arrojados vivos. Los cuatro en quienes no se identificó el escolex, han sido examinados repetidamente por períodos de 3 a 5 meses seguidos, sin haberse hallado segmentos o huevos en el excremento.

El porcentaje de curación de estos pacientes por consiguiente puede asumirse que fue de un 71 ó 100% según se juzga los casos en que el escolex no se encontró.

Casos de H. Nana.

Todos los niños han tenido excremento negativo inmediatamente después del tratamiento. Sin embargo los heces han resultado positivos por huevos de H. nana después de un período de 19 a 52 días. La administración del Antihelmíntico cristoides (Hexylresorcinol) subsiguientemente eliminó los huevos en el excremento de estos tres niños.

REACCIONES TOXICAS

No se observaron reacciones tóxicas, tales como el episodio psicótico descrito por Hernández Morales. (3) Ningún paciente desarrolló coloración amarillenta de la piel. Secamente dos de los diez y nueve pacientes (10%) experimentaron náusea y vómito después de la administración de la atebrina; pero este incidente no obstaculizó la acción del medicamento y ambos individuos expulsaron con

éxito el parásito. Otros dos pacientes vomitaron después de la ingestión del sulfato de sodio; pero en este caso tampoco se impidió el efecto de la atebrina y ambos expulsaron el parásito completamente.

La administración intravenosa de piridoxina no pareció disminuir la incidencia de náusea y vómito, puesto que 'dos de los ocho pacientes a quienes se les inyectó aquella droga experimentaron estos síntomas. Por otra parte se cree que el uso de un sedante suave, como el fenobarbital probablemente ayude a reducir la incidencia de náusea y vómito, que en otros estudios ha resultado ser alto. Tal vez se explique la alta incidencia de náusea y vómito observados en 'dichos estudios en el hecho que la atebrina fue administrada cada 5 minutos en vez de cada 10 como se practicó en nuestra serie.

SUMARIO

1.—El hidrocloreto de atebrina administrado por la boca a **14 pacientes** con *T. saginata* provocó la expulsión inmediata de la saginata en cada instancia. En 10 de los 14 (71%) el escolex fue identificado.

2.—El **hidrocloreto** de atebrina administrado por la boca a 5 niños con *H. nana* no fue especialmente efectivo, causando la desaparición temporal de los huevos del parásito en el excremento.

3.—No hubo reacciones tóxicas graves con el uso de la atebrina en la dosis descrita. En sólo 4 casos (21%) se observó un poco de náusea y vómito.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Saccomanno, T. G.: Nuevo tratamiento de la teniasis, Prensa Médica, Argentina, 32: 1657-1658, 1946.
- 2.—Nogueira Rivera, G.: La atebrina en la Tenia saginata. Horizontes Médicos, 4: 73-74, 1947.
- 3.—Hernández Morales, F.: The treatment of Taenia saginata with atabrine, Puerto Rico. J. Pub. Health an. Trop. Med. 25: 78-81, 1949.
- 4.—Beaver, Paul C.: Personal communication.
- 5.—Culbertson, J. R.: The elimination of the tapeworm, Hymenolepis fraterna, from mice by the administration of atabrine, J. Pharmacol. & Expt. Ther., 70: 309-314, 1940.
- 6.—Berberian, D. A.: Treatment of Hymenolepis nana infection with "Acranil", Am. J. Trop. Med., 26: 339-345, 1946.

En la sesión solemne que celebró la Asociación Médica Hondureña, el cuatro de noviembre de 1950, tomó posesión la Junta Directiva que funcionará durante el año 1950-51, presidida por el Dr. Abelardo Pineda Ugarte, en esa ocasión el presidente saliente, Dr. Ramón Alcerro Castro, dio lectura a su informe anual, el que por los datos interesantes que contiene, lo publicaremos en nuestro próximo número. Después de la sesión, los asistentes brindaron por el éxito de la nueva Directiva.

Aspectos Quirúrgicos en las Enfermedades del Bazo

Doctor Mark M. Schapiro. M. D. F. I. C. S.

Una de las contribuciones más grandes en nuestro conocimiento de las enfermedades del bazo es el concepto que la esplenomegalia puede estar asociada con un hiperesplenismo por lo cual se indica la esplenectomía. El hiperesplenismo del por sí puede ser primario o secundario, y además no tiene siempre que estar asociado con una esplenomegalia marcada como en las púrpuras trombocitopénicas, donde el bazo se encuentra muy poco agrandado. En realidad, las manifestaciones en las enfermedades clásicas, la anemia hemolítica aguda y la púrpura trombocitopénica, resultan de un hiperesplenismo de un tipo aislado o específico. La apreciación del significado de este hiperesplenismo se basa en nuestro nuevo conocimiento de la fisiología del bazo, que hasta hace pocos años, fue completamente ignorado por los clínicos.

De suma importancia, para llegar a cabo el mejoramiento del paciente, es la cooperación íntima del hematólogo y el cirujano, notándose que el valor de esta cooperación se ha reconocido sólo recientemente. Se puede obtener mucha información, diagnóstico y pronóstico, del estudio de la médula roja de los huesos, y solamente el hematólogo es competente para interpretar estas láminas. Además, en muchos casos el diagnóstico solamente se puede hacer con tal estudio. En otros casos, el pronóstico se puede indicar con verdadera seguridad con repetidos estudios de la médula roja.

FUNCIONES DEL BAZO:

Para el estudio de las funciones del bazo y las indicaciones para la esplenectomía, se tiene que distinguir entre las funciones normales y las anormales del bazo.

FUNCIONES NORMALES

Una de las funciones más importantes del bazo es la destrucción de los glóbulos rojos. La hemoglobina formada, o sea producida por este proceso destructivo, se convierte a bilirubina por las células reticuloendoteliales del bazo. El bazo, además, tiene su función en la formación de los glóbulos rojos, sin embargo no es muy marcada. En la vida fetal, el bazo sí es activo en la formación de todos los tipos de células sanguíneas, pero en la vida adulta, solamente se le da importancia en la producción de los linfocitos y monocitos.

Otra función importante del bazo es el poder de inhibir el sistema hematopoyética de la médula roja. Prueba de este punto se encuentra en el hecho de que después de una esplenectomía hay un aumento en el recuento de las células blancas, en los glóbulos rojos

y en las plaquetas; este aumento en las células de la sangre dura solamente corto tiempo, tal vez unas semanas, para desaparecer por completo cuando se encuentra una hemograma más o menos normal. El bazo tiene un poderoso efecto sobre la fragilidad de las células rojas, aunque el mecanismo de esta manifestación, no está bien comprendida hasta la fecha. Los glóbulos rojos y el hierro se conservan también en el bazo, el órgano funciona como almacén para estos elementos.

FUNCIONES ANORMALES

Las funciones anormales del bazo son de mucha más importancia para el cirujano que las normales, porque se ha probado que una persona puede vivir normalmente sin este órgano; pero si sus funciones anormales se presentan, las manifestaciones de esta anomalía son tan graves que el paciente puede morir. La mayoría de las funciones anormales son simplemente un aumento de una o de varias de las funciones normales. La disminución en plaquetas es una de las manifestaciones más importantes en la púrpura trombocitopénica y resulta de un hiperesplenismo que inhibe la formación de plaquetas de los megakaryocitos, o la entrada de ellos a la circulación general. En la anemia hemolítica aguda el hiperesplenismo afecta solamente esa función hematopoyética produciendo un aumento en la destrucción de los glóbulos rojos, lo cual se relaciona con la fragilidad de las células rojas. Si el hiperesplenismo afecta solamente la función de la médula roja que forma los leucocitos, se produce una condición o enfermedad llamada neutropenia esplénica. Si todas estas tres funciones fundamentales o primitivas del bazo están afectadas tal que el paciente se presenta con un recuento de leucocitos bajo, el recuento de glóbulos rojos también bajo, y una disminución de las plaquetas, la condición se llama hoy día "panhemocitopenia".

En todas las condiciones anormales del bazo en las cuales se pueden demostrar clínicamente un hiperesplenismo, sea de más o menos gravedad, es de suma importancia distinguir entre ellas las condiciones primarias, en las cuales no se puede encontrar ninguna causa, y las secundarias. Estas últimas resultan de varias enfermedades, después de usar productos tóxicos, etcétera. Solamente después de estudiar los casos detalladamente se puede decir con seguridad cuáles responderán al tratamiento quirúrgico y los que no mostrarán mejoría bajo dicho tratamiento.

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA ESPLENECTOMIA:

Hay varias enfermedades médicas y ciertos estados patológicos en la cual la esplenectomía tiene una indicación absoluta, otras en las cuales todavía se discute, y un grupo en la cual la esplenectomía está absolutamente contraindicada. Solamente la continuación de los estudios sobre el bazo y sus funciones, las observaciones hechas en los casos ya operados o en los que se operará, la falta de un,

mejor procedimiento y la franqueza de los cirujanos que admiten sus errores y no solamente sus éxitos, nos resolverá el problema de cuándo quitar el bazo y cuándo no quitarlo. Lo siguiente es lo que se sabe hasta la fecha sobre las indicaciones y contraindicaciones de esplenectomía.

PURPURA TROMBOCITOPENICA:

Las manifestaciones clásicas de esta enfermedad son un aumento en el tiempo de sangría, tiempo de coagulación de la sangre normal, falta de retracción del coágulo de la misma, el recuento de plaquetas muy bajo, una anemia más o menos maleada, equimosis de los tejidos, petequias en la piel o membranas mucosas y hemorragias por los orificios naturales del cuerpo acompañado de un bazo que puede estar aumentado en tamaño pero que no lo está por lo común. Es de suma importancia distinguir entre las púrpuras trombocitopénicas (primarias de Werlhof, y las secundarias, o púrpuras sintomáticas, las cuales pueden ser el **resultado** de medicamentos, alergias, leucemias, infecciones crónicas o agudas, anemias aplásticas, irradiaciones con Rayos X y de otros muchos factores.

El estudio de la médula roja es de las cosas más importantes para llegar al diagnóstico porque es donde se encuentra un gran aumento de megakariocitos jóvenes, aunque el número de plaquetas en la sangre es bajo. El aumento de megakariocitos en la médula roja es la regla, lo que indica la presencia de una púrpura trombocitopénica verdadera y al mismo tiempo que permite seguir el pronóstico en los casos en donde se ha quitado el bazo. En las púrpuras secundarias no se encuentra aumentado con mucha frecuencia el número de megakariocitos en la médula roja. Además, si al mismo tiempo se encuentra un aumento en los eosinófilos, se puede sospechar una púrpura de tipo alérgico.

La respuesta a la esplenectomía es inmediata y en casi todos los casos bien efectiva en las púrpuras trombocitopénicas primarias. Son pocos los casos en que los beneficios de esta operación son ineficaces o de menos categoría. Durante un periodo de cinco años con los Dres. Thorek, padre e hijo, en Chicago, vimos 26 pacientes con púrpura trombocitopénica en las cuales se hizo esplenectomía; no habiendo mortalidad operatoria. Los resultados fueron buenos o excelentes en 23 de estos 26 casos, mientras que los otros obtuvieron buenos resultados conforme a la disminución de los síntomas pero se observó poca mejoría en lo que respecta a los estudios hematológicos subsiguientes.

Durante la operación el cirujano debe siempre buscar en la región del hileus bazos accesorios porque la presencia de ellos da lugar a la recurrencia o persistencia de los síntomas. Y, aquellos se pueden encontrar en lugares menos esperados, como en el epiplón, en la **pelvis**, cerca de la cola del páncreas, etcétera. Hay que buscar minuciosamente cualquier tejido que tenga el color parecido al bazo, a pesar de que la forma, tamaño o apariencia pueden engañar fácil-

mente al cirujano; uno se sorprende de la poca cantidad de tejido esplénico que puede producir síntomas del hiperesplenismo.

ANEMIA HEMOLITICA AGUDA:

Aunque esta enfermedad es congénita o de origen familiar, lo común es que las manifestaciones no se observen sino hasta en la vida adulta. En casi todos los casos se nota que más de un miembro de la familia está afectado de la enfermedad, aunque en algunos las manifestaciones son de poca gravedad, presentando una ligera ictericia o una esplenomegalia más o menos marcada. Los síntomas clásicos de esta enfermedad son: esplenomegalia, ictericia, anemia, microspherocitosis y un aumento en la fragilidad de los glóbulos rojos puestos en solución salina hipotónica. La reticulocitosis y la urobilinuria siempre están presentes. La esplenomegalia es muy marcada, el bazo a veces llega hasta la pelvis rechazando los órganos abdominales a un lado, lo cual produce trastornos graves en los aparatos digestivos, circulatorio y respiratorio. El estudio de la médula roja indica que hay una hiperplasia de los elementos mieloides, erytroides y **megakariocíticos** aunque estos cambios por sí solos no confirman el diagnóstico.

Es de suma importancia en este grupo de enfermos separar los casos de anemia hemolítica congénita de los casos adquiridos, en la cual la etiología es desconocida. Causas frecuentes de esta segunda clase de anemia son ciertos factores químicos tal como benzol, aspirina, etcétera; infecciones y los productos tóxicos de los parásitos intestinales; enfermedades malignas, como las leucemias u otras condiciones relacionadas con ellas; trastornos con cantidades anormales de hemolisinas y aglutininas en la sangre y muchos más. Otros factores que a veces producen un cuadro parecido a éste, son la enfermedad de Hodgekin, la metaplasia agnogenica del bazo, limfosarcoma, carcinomatosis generalizada, insuficiencia hepática en más del 50 por ciento y quistes dormidos del ovario. Pueden encontrarse en ciertos casos de las anemias hemolíticas secundarias glóbulos rojos esferocíticos en la médula roja y a veces en la sangre, pero la falta o porcentaje de estas células en la sangre es una **indicación** del tipo de anemia hemolítica. Es decir, que la falta total de estas células en la sangre es una indicación de que la enfermedad es más probable del **tipo** secundario que del tipo congénito. En algunas ocasiones la esplenectomía alivia las manifestaciones de las anemias hemolíticas secundarias, pero es aparente que no alivie la causa básica de la anemia, tales como las leucemias, enfermedad de Hodgekin, etcétera.

En las anemias hemolíticas las transfusiones de sangre muchas veces producen reacciones graves, y recientemente ha sido propuesto por la Asociación Hematológica de Norte América, no dar a esta clase de pacientes, transfusiones de sangre antes de operarlos para evitar una reacción fatal. Por esta razón, ahora se acostumbra tener varios donadores listos, pero no se da al receptor una gota de sangre durante la operación hasta después que la arteria esplénica se

ha ligado. La esplenectomía es curativa en los casos de anemia hemolítica congénita y da buenos o excelentes resultados en los casos secundarios.

ENFERMEDAD DE BANTI:

En los últimos dos o tres años se ha aprendido después de muchos fracasos y errores técnicos que la esplenectomía se debe hacer solamente en los principios de la enfermedad de Banti y nunca en caso ya crónicos o bien avanzados. La mortalidad de este último caso es tan alto que se considera prohibitivo. Las manifestaciones cardinales de lo que comunmente se llama "enfermedad de Banti" son, esplenomegalía, anemia y leucopenia. La ictericia y la ascitis son producidos en los casos ya bien avanzados. Las adherencias entre el bazo y los tejidos vecinos y la pared abdominal se producen en los principios de la enfermedad. Si hay una hipertensión portal al mismo tiempo, estas adherencias se **encuentran** muy vascularizadas, lo que permite por este medio la salida de la sangre portal que se encuentra bloqueada por una obstrucción de la vena portal o esplénica o por los cambios cirróticos en el hígado.

Los cambios observados en la médula roja varían según el estado de la enfermedad. En su principio se encuentra una hiperplasia de tipo mieloide a la que se agrega anemia, y leucopenia.

La experiencia de casi todos los cirujanos es que la mortalidad más alta se encuentra en las esplenectomías hechas por la enfermedad de Banti, aunque sean al comienzo de la enfermedad. En parte se explica por el fenómeno de que la **hipertensión** portal vendría a aumentar los peligros de hemorragia postoperatorias. La mortalidad observada hasta la fecha indica que la esplenectomía es un **procedimiento** muy peligroso en la enfermedad de Banti, que se debe hacer solamente **con** mucho cuidado y con un pronóstico grave, pero que es factible usarlo con menos riesgo cuando se inicia la enfermedad.

Es de¹ suma importancia recordar que la esplenectomía por el sólo hecho de una hipertensión portal de tipo de Banti es un procedimiento ilógico si no hay al mismo tiempo las manifestaciones de un hiperesplenismo. Aunque esté presente es muy probable que sólo la esplenectomía no aliviará las hemorragias cuando existen várices del esófago. La posibilidad de estas hemorragias y las hemorragias postoperatorias en los casos con hipertensión portal trae consigo la discusión de la nueva operación del "portocaval o esplenorrenal shunt", con la técnica de Blakemore Lord, y otros. Las indicaciones para esta intervención quirúrgica se puede determinar con mucha seguridad cuando se verifica la operación exploradora. Si durante ella se encuentra que la presión en la vena coronaria esta elevada (por medida directa manométrica), indica que esta vena se vacía en el sistema portal en un punto distal al punto de obstrucción y que una **esplenectomía** no aliviará las hemorragias. La solución de este problema y las indicaciones absolutas para el tipo de "shunt" que se debe emplear en los varios casos o tipos de la enfermedad de Banti,

todavía no se ha resuelto, algunos cirujanos favorecen el tipo esplenorrena, mientras que otros favorecen el portocaval. Lo que se puede decir hasta la fecha es que cada caso debe juzgarse por sí mismo, usando el tipo de anastomosis más factible en el momento y con la cual se puede esperar mejor resultado. Siempre se hace una esplenectomía al mismo tiempo que se hace la anastomosis.

TROMBOSIS U OBSTRUCCIÓN DE LA VENA ESPLENICA:

La mayoría de los catedráticos quirúrgicos norteamericanos, europeos y latinoamericanos incluyen estos casos en el síndrome de Banti porque la hipertensión portal es una manifestación, marcada y de suma importancia en ambos tipos. Hay un grupo de cirujanos que cada día se aumenta, que han apartado estos casos en un grupo aislado, porque el pronóstico es algo mejor en este tipo que en la enfermedad de Banti. En estos casos, el diagnóstico clínico, el cual es muy difícil y que se llega a él por un proceso de eliminación, la esplenectomía no solamente alivia las hemorragias de las varices esofágicas sino que también cualquier padecimiento crónico del hígado. En la mayoría de los casos la obstrucción es probablemente el resultado de un trombosis de la vena esplénica, pero las anomalías congénitas no se pueden descartar por completo. Después de la esplenectomía las hemorragias desaparecen, pero no las varices.

ENFERMEDAD DE FELTY:

Hasta la fecha sigue la controversia si esta enfermedad se debe separar en un grupo aislado. Las manifestaciones cardinales son: una artritis crónica deformante, articulaciones dolorosas, anemia de varios grados, esplenomegalia, leucopenia, a veces un decenso en el recuento de las plaquetas, linfadenopatía y pigmentación de la piel. En realidad esta enfermedad es una panhemocitopenia esplénica secundaria. Aunque los resultados postoperatorios de la esplenectomía son buenos desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas, no se ha notado mucho alivio de los síntomas relacionados con las articulaciones.

NEUTROPENIA ESPLENICA:

Esta condición es nueva, siendo recientemente descrita por los doctores Wiseman y Doan en los Estados Unidos. Las manifestaciones de mayor importancia son una esplenomegalia con neutropenia perisférica. Esta enfermedad sin duda alguna representa una forma de hiperesplenismo selectivo, en la cual las hormonas esplénicas muestran una inhibición sobre la maduración y formación de granulocitos por la médula roja, resultando que pocos o ningún neutrófilo llega a la circulación. La médula roja demuestra una hiperplasia del tipo mielóide que se observa antes de hacer la esplenectomía. La esplenectomía es muy eficaz en estos casos.

PANHEMOCITOPENIA ESPLENICA:

El tipo primario es muy raro en contraposición al tipo secundario. Este último se ve con mucha frecuencia en enfermedades como la de Hodgekin, Felty, Gaucher, y las alergias a las drogas. Como hemos indicado anteriormente, esta enfermedad representa un tipo de hiperesplenismo en la cual las funciones de las hormonas esplénicas se aumentan, lo que produce una inhibición de las funciones de la médula roja. Las manifestaciones más comunes son una neutropenia, anemia y un descenso en el recuento de las plaquetas. La anemia puede resultar por una demora en la producción de los glóbulos rojos o por el proceso hemorrágico. Así pues, la enfermedad representa una combinación de una anemia hemolítica, púrpura y neutropenia. Las láminas tomadas de la médula roja demuestran una hiperplasia de todos los elementos medulares con un predominio de los normoblastos. Sin la presencia de estos no se aconseja hacer una esplenectomía, la cual da buenos resultados en esta enfermedad.

ENFERMEDADES MICELANEAS EN LA CUAL LA ESPLENECTOMIA ESTA INDICADA:

quistes y los tumores primarios del bazo son justificaciones para la esplenectomía. Un absceso esplénico puede ser una indicación pero esto es muy raro y difícil de diagnosticar. En la enfermedad de Baucher, la esplenectomía sólo está indicada cuando se presenta con un cuadro de panhemocitopenía, cuyas manifestaciones son un **esplenomegalia**, anemia y pigmentación de la piel. Rara vez, el bazo puede ser extirpado por su gran tamaño en el paludismo crónico o cuando en dicha enfermedad el órgano produce trastornos por compresión.

CONTRAINDICACIONES A LA ESPLENECTOMÍA:

De la mayoría de¹ las enfermedades en las cuales se ha hecho esplenectomía, se ha aprendido con los errores y los éxitos alcanzados en qué casos da buenos resultados y qué malos. Ya se sabe con toda seguridad que la esplenectomía está absolutamente contraindicada en las anemias perniciosas, las leucemias, las policitemias, las metaplasias mieloides agnógenas, los tumores esplénicos agudos y en la mayoría de los quistes de origen parasitario.

PUNTOS DE IMPORTANCIA EN LA ESPLENECTOMÍA:

Nosotros no trataremos de discutir las diversas técnicas quirúrgicas pues el cirujano aprenderá usar la que mejor le conviene. Pero sí, queremos hablar de ciertos puntos que creemos facilitarán la operación antes mencionada.

Revisando el Canje

Doctor Joaquín Reyes Soto

EL NEUMOTORAX TERAPÉUTICO EN LA TUBERCULOSIS DE LA INFANCIA

Ornar García Bustamante. Tomado de la revista Colombiana de
Pediatría y Puericultura. Junio de 1950. Año IX, No. 5

El estudio se hizo en 23 niños y 11 niñas, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 15 años; el porcentaje de lesiones bilaterales era niñas 65.22%, niños 50%.

El autor cree que el mayor porcentaje de lesiones avanzadas en las niñas se debe a razones domésticas, permanencia mayor en el hogar y a los cambios fisiológicos que se presentan en las niñas al comienzo de la pubertad; también las niñas se bilaterizan más temprano que los niños.

La incisión es de suma importancia en nuestra opinión, ya que una buena exposición de las estructuras anatómicas es necesaria para prevenir las complicaciones operatorias, principalmente, en los casos donde el procedimiento resulta difícil. Personalmente con los Doctores Thorek, hemos descartado la incisión paramediana porque no permite una exposición suficientemente amplia. Preferimos la incisión de Colé, la cual empieza como una paramediana izquierda. De la apofisis ensiformis se dirige hacia abajo unos 5 centímetros, llevándose a este nivel hacia la derecha. Se cortan todos, los músculos hasta llegar a un punto distante 6VI> centímetros del borde lateral del recto. Esto nos da una buena vista del diafragma y de los bordes laterales del bazo. La Mayoría de las incisiones transversales cortan el 11 nervio espinal; el 12 se ve en el borde inferior de la incisión y debe preservarse.

De mayor importancia es ligar la arteria esplénica antes de tratar la movilización del bazo, especialmente cuando es muy grande, cuanto más grande es el bazo, más es la arteria y con más tortuosidades. La arteria se encuentra con facilidad haciendo una pequeña incisión en el peritoneo posterior en el borde superior del páncreas a unos 5 centímetros del hilo del bazo. Esta ligadura primaria de la arteria permite que la sangre salga del bazo poco a poco, produciendo una transfusión autógena. Además, este procedimiento alivia la tensión del bazo de modo que las adherencias son menos vascularizadas y el traumatismo quirúrgico resulta menos sangrante.

Con la exposición adecuada, y la ligadura primaria de la arteria y su correspondiente bazo, Los peligros operatorios prácticamente se eliminan, ya que el resto de el procedimiento se hace fácilmente.

Fueron Pielstiker y Vogt los primeros en comunicar los resultados obtenidos con la **aplicación** de Neumotorax terapéutico en los niños, expresando que dicho método representaba un gran avance en el tratamiento de la tuberculosis infantil.

Manifiesta el autor, que muy pocos libros hacen mención a la colapso-terapia pulmonar en los niños y lo mismo sucede con las diversas revistas, que no hacen más que citarla brevemente.

Según, la opinión de la mayor parte de los autores, el neumotorax debe usarse a partir de los 8 años, teniendo poco valor práctico su aplicación por debajo de esta edad.

La técnica, no difiere a la usada en los adultos, y la cantidad de aire inyectada depende de la edad y del volumen del espacio pleural.

Tratándose de Neumotorax unilaterales los resultados dependen de diversos factores: forma anatómico-clínica, modalidad evolutiva, calidad del colapso.

Los mejores resultados se obtuvieron en lesiones recientes, de predominio caseoso.

En las formas de predominio fibroso, tórpidas, de evolución lenta, los resultados son mediocres o males, no estando indicado el neumotorax en estos casos, sobre todo cuando hay caverna.

En las formas benignas, en las abortivas, el tratamiento debe ser de expectación siempre que se tenga la seguridad que el enfermo será sometido a un tratamiento higiénico-dietético riguroso (medio sanatorial) en cuyo caso no debe usarse el neumotorax, pero si régimen higiénico-dietético, no puede aplicarse, debe instalarse el neumotorax precoz, que da resultado satisfactorio.

En las formas ulcerosas extensivas localizadas y en las congestivas de evolución destructiva rápida, los resultados son siempre malos debido a que el neumotorax se instala tardíamente.

En las formas fibro-caseosas crónicas el resultado favorable depende de la mayor tendencia de las lesiones a hacerse caseosas y de la buena calidad del neumotorax.

En las formas neumónicas y bronco-neumónicas de **evolución** rápida, no está indicada: el neumotorax, pues los resultados son malos y existe el peligro de las diseminaciones.

El autor considera que es el infiltrado precoz y en las formas que este da origen, en donde debe hacerse mayor uso de neumotorax, pues aún cuando no existe eliminación de bacilos, el curso **ulterior** de esta lesión es problemático, existiendo en el niño tendencia al reblandecimiento, por lo que debe instalarse siempre el neumotorax terapéutico.

Las cavernas, cuando son de paredes delgadas **c'erran** con facilidad, no así las antiguas de paredes rígidas. En las formas bilaterales el neumotorax puede ser instalado en las fibro-caseosas banales, dependiendo los resultados de la calidad del colapso y de la evolución de las lesiones contralaterales; cuando las lesiones bilaterales son muy avanzadas los resultados del neumotorax es nulo.

Tratándose de lesiones evolutivas, clínicas y radiológicamente debe instalarse la colapso-terapia.

Refiriéndose al neumotorax bilateral, el autor es parco en su explicación, observando muy malos resultados en aquellas lesiones primitivamente bilaterales en las que se instala un neumotorax primero, para aplicar el otro después; se obtienen, mejores resultados en aquellas lesiones que aparecen en el lado 'opuesto' después de un neumotorax eficaz sobre todo cuando estas lesiones no tienen tendencia a diseminarse en todo el pulmón, si no a localizarse en determinada parte del mismo. En La primo-infección, cuando se trata de casos no cavitados no debe instalarse el neumotorax, pues la lesión pulmonar tiende a curar, en cambio la ganglionar tiende a **generalizarse**, importando poco en este caso el reposo del pulmón.

Cuando se trata de casos cavitarios, con lesiones unilaterales, buen estado general, exceptuándose las lesiones de tipo neumónico y bronconeumónico, el neumotorax artificial debe ser instalado.

EL ANTABUS EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Dr. Antonio, Martí Granell. Tomado de la Revista Médica de Costa Rica, Año XVIII. No. 193-V 1950

El tetraetiltiurandisulfido (Antabús) fue ensayado por los técnicos de los Laboratorios Medicinalco de Copenhague bajo la dirección del Profesor Jacobsen; ellos observaron, que a las personas a quienes se administraba esta droga cuando ingerían alcohol presentaban una serie de trastornos cuya intensidad variaban con la cantidad de alcohol ingerido, siendo estas molestias tan grandes, que los **alcohólicos** que las habían tenido, se abstaban de la bebida para no experimentarlas de nuevo. El Antabús es un polvo amarillento, soluble en el agua, poco tóxico, siendo la dosis letal en perros y en conejos de dos a tres gramos por kilogramo de peso. En el hombre no produce trastornos, la dosis única de 3 gramos ni la dosis de 1 gramo continuada durante muchos meses; se elimina muy lentamente.

La presencia del Antabús en el organismo se manifiesta solamente cuando el individuo ingiere bebidas alcohólicas, observándose que a las doce horas de tomar un gramo de Antabús, si se ingiere alcohol, se presentan los siguientes síntomas; a los cinco o quince minutos sensación de calor en la cara; poco después vasodilatación intensa y cianosis de la cara y cuello y a veces vasodilatación de la parte superior del tórax y hombros; hay también vasodilatación de las escleróticas, ligero edema del párpado inferior, aumento de la temperatura local, taquicardia y ligera hipotensión, a veces, después de una hora de ingerido el alcohol hay náuseas, la palidez reemplaza al enrojecimiento facial, baja más la presión y se presentan vómitos. Si la dosis de alcohol ha sido grande hay tendencia al síncope, con la pérdida del conocimiento hasta de media hora; estos trastornos se acompañan de cefalalgias y sensación de construc-

ción del cuello. Todas estas molestias cesan al desaparecer el alcohol de la sangre, experimentando los enfermos cansancio y sueño y se reponen completamente al cabo de un tiempo en horas que varía con la dosis de alcohol ingerida. A medida que pasa el tiempo los trastornos antedichos aparecen con menor cantidad de alcohol, siempre que el paciente esté bajo la acción del Antabús. Se llegó a la conclusión de que esta droga actúa en el organismo en presencia de alcohol debido a que aumenta la acetaldéhinemia en una proporción de 5 a 10 veces mayor de la que se encuentra en casos de ingestión de alcohol sin Antabús. Este hecho se comprobó inyectando endovenosamente acetaldéhidro en individuos normales, observándose los mismos efectos.

El Profesor Jacobsen da las normas siguientes para el tratamiento con Antabús:

a) Estudio del paciente antes de administrar el Antabús.

1o.—El enfermo debe ingresar en un centro hospitalario para que no siga embriagándose, procurando instituirle un tratamiento tónico general para recuperar lo más pronto posible su normalidad física.

2o.—Hacer una historia clínica detallada del enfermo, valorando bien el fondo de su personalidad psicopática y el ambiente familiar en que se mueve.

3o.—Someter al enfermo a un minucioso examen neurológico y somático general.

4o.—Al cabo de una semana de abstinencia, cuando el estado físico es satisfactorio, se le explica para que lo acepte en que consiste el tratamiento con el Antabús y que se le someterá a prueba, administrándole alcohol.

5o.—No regatear esfuerzos para convencerle del final catastrófico de los alcohólicos.

6o.—Modificar las condiciones de vida en que se movía el enfermo y vigilarlo estrechamente para evitar cualquier trasgresión de la cura.

b) Dosis y modo de administración.

Se aconseja la administración del medicamento a las dosis siguientes, que se tomarán de Tina sola vez por la mañana:

1er. día 2 gramos (4 comprimidos).

2o. día 1.50 gramos (3 comprimidos).

3er. día 1 gramo (2 comprimidos).

4o. día 0.75 gramos (1.5 comprimidos).

5o., 6o. y sucesivos 0.50 (1 comprimido)."

Los días cuarto y octavo se administrará alcohol al paciente, dándole la primera vez 40 ó 50 c. c. de Wiskey o su equivalente en otras bebidas; en la segunda vez se dará menos cantidad, procurando siempre producir en el paciente los trastornos antedichos. Se necesitan varias pruebas más, durante un tiempo variable, para determinar la dosis límite de alcohol, advirtiéndole al paciente que si sobrepasa esta dosis, le sobrevendrán molestias, que experimentó durante las pruebas del cuarto y octavo días.

Informaciones

LA XIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA ADOPTA UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS POR MEDIO DEL ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL TÉCNICO

CIUDAD TRUJILLO, 10 de Octubre. — La **XIII** Conferencia Sanitaria Panamericana terminó hoy con la firma del Acta Final por los delegados de las 21 Repúblicas Americanas, Francia, Holanda y el Reino Unido.

Adiestramiento de Personal de Salud Pública

En la sesión, plenaria final se adoptó un nuevo programa que tendrá como resultado el mejorar los servicios de salud pública en todo el Hemisferio Occidental. La Conferencia autorizó a la Oficina Sanitaria Panamericana para que:

(1) Complemente las escuelas de salud pública, que funcionan ahora en algunos países, concediendo becas para el adiestramiento tanto de personal de enseñanza como de estudiantes, organizando cursos y seminarios de interés continental, y concediendo subsidios para la expansión y mejora de las facilidades existentes para el adiestramiento de personal de salud;

(2) Fomente al desarrollo de centros regionales de adiestramiento para personal de salud pública de diferentes categorías, recomendando cursos y demostraciones en los cuales los conocimientos básicos sean enseñados con preferencia a los estudios especializados, y utilizando aquellos centros nacionales que **tengan** personales de enseñanza idóneos y con suficiente experiencia;

(3) Estudie los centros de educación, tanto generales como de especialización que estén relacionados con los de Salud Pública que ya existan en el continente y que desean servir como centros de adiestramiento; y que recomiende los requisitos mínimos necesarios para el funcionamiento de centros regionales;

(4) Recomiende a los Gobiernos que den prioridad para el adiestramiento de personal técnico y auxiliar, en actividades del servicio de salud pública;

(5) Gestione en varios países el nombramiento de personal de salud pública, escogidos a base de su capacidad técnica, y su cooperación dentro de un sistema de empleo de tiempo integral con garantía de estabilidad y adecuada compensación.

Control y Erradicación de la Malaria

Todos los países del Hemisferio Occidental han estado trabajando en el control y erradicación de la malaria, algunos han resuelto completamente el problema y otros han hecho notables progresos en el control de esta enfermedad. De ahora en adelante la **Oficina incluirá entre** sus programas el desarrollo de las activida-

des que sean, necesarias para intensificar y coordinar los trabajos anti-maláricos en las Américas, estimulando los programas ya existentes; facilitando el intercambio de información; proporcionando a varios países ayuda técnica, y cuando sea posible, económica, con el fin "cúe lograr la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

Prioridad de los Programas de Viruela

De conformidad con el propósito esencial de la Oficina Sanitaria Panamericana de prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles, el Consejo Directivo, en 1949, dio prioridad al programa para el **control** de la viruela, y aprobó un presupuesto de \$112,839.00 para el desarrollo de programas cooperativos para la viruela en las Américas. La Conferencia resolvió:

(1) Recomendar a los Países Miembros que desarrollen, dentro de sus respectivos territorios, programas sistemáticos de vacunación contra la viruela con fines de erradicación.

(2) Desarrollar esos programas bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana la que, de acuerdo con los países interesados, tomará las medidas necesarias para resolver los problemas que puedan presentarse en relación con el control de la viruela, ya sean estos de naturaleza sanitaria, económica o jurídica.

Control de la Rabia

Can el objeto de ayudar a les Países Miembros en sus esfuerzos para controlar la rabia, la Oficina se encargará de la distribución de adecuada información epidemiológica. Con este propósito, se solicitó a los Gobiernos Miembros que informen mensualmente a la Oficina sobre los casos de rabia que ocurran, tanto en el hombre como en animales.

Fiebre Aftosa

La fiebre aftosa se ha convertido en un serio problema creciente en las regiones de la América del Sur donde se cría ganado. A solicitud de la Organización de los Estados Americanos, la Oficina ha elaborado un proyecto' para un Centro de Fiebre Aftosa en las Américas. La Conferencia aprobó esta acción de la Oficina y la autorizó para que participe en la organización de dicho centro hasta que otra agencia especializada de la Organización de los Americanos esté preparada para hacerse cargo por completo del Centro en referencia, con la condición de que la financiación del mismo no será hecho can fondos de la Oficina.

Informes de los Gobiernos Miembros sobre progresos alcanzados

La Conferencia resolvió solicitar a los Gobiernos Miembros **que** informen a la Oficina, cada dos años, sobre los progresos rea-

lizados en el mejoramiento de la salud de sus respectivos países, y que informe anualmente sobre los pasos dados en relación con las recomendaciones hechas por la Organización Sanitaria Panamericana y con los acuerdos y convenciones. Se solicitó también a los Gobiernos Miembros que comuniquen rápidamente a la Oficina las leyes importantes, reglamentos, informes oficiales y estadísticos relativos a la salud pública; y que envíen la información adicional disponible sobre salud pública, cuando lo solicite el Comité Ejecutivo. El Director de la Oficina recibió instrucciones para publicar toda esa información en la forma que sea más útil a los Gobiernos Miembros. En vista de las consideraciones anteriores, y con el objeto de evitar la duplicación de esfuerzos, se decidió que cesaran las reuniones periódicas de Directores Nacionales de Sanidad. El objeto de esas reuniones era el de informar sobre los progresos de la salud pública en los distintos países.

Otras medidas adoptadas

La Conferencia tomó nota del generoso ofrecimiento del Gobierno cubano de proporcionar terreno en la Isla de Pinos para el establecimiento de un centro de investigaciones **económicas** y sociales, e instruyó al Comité Ejecutivo para que estudie cuidadosamente la información que el **Gobierno** de Cuba desee someter en relación con el programa de trabajo y otros aspectos del centro proyectado. El Director de la Oficina recibió instrucciones para transmitir a los Gobiernos Miembros esta información junto con las observaciones y recomendaciones del Comité Ejecutivo, y recomendaciones del Comité Ejecutivo.

Se estimuló a los Países Miembros, que aún no lo han hecho, a que adopten **un** sistema de empleo de tiempo integral para su personal técnico, garantizándole estabilidad de empleo, ascensos por mérito y remuneración adecuada.

La Conferencia reafirmó también la convicción de que la consideración* de los problemas sanitarios debe estar basada tanto en las necesidades como en las solicitudes hechas por los países; y urgió a los Gobiernos Miembros a que den todo su apoyo a las proyecciones que dentro de sus respectivos territorios tengan Los programas sanitarios internacionales, regionales y continentales, aún cuando parezca que tales programas no tienen importancia primaria para ellos.

Con el objeto de fomentar la mayor participación y asistencia posibles a las reuniones de la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia recomendó a los Gobiernos Miembros que "pongan el mayor interés en que sus representantes asistan a la Asamblea Mundial de la Salud, la que se reunirá en Ginebra en Mayo de 1951".

Se autorizó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para transmitir al Director General de la Organización Mundial de la Salud, para su consideración, el Programa de Ayuda Técnica y **Presupuesto de la Oficina Regional de la OMS para 1951, ya que**

estos simplifican y complementan considerablemente los proyectos y actividades de la Organización Mundial de la Salud.

En su primera sesión plegaria la Conferencia reeligió al Dr. Fred L. Soper como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cuatro años, que principiará el 1^o de Febrero de 1951.

Se estableció en los Estados Unidos, de manera permanente, la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Los jefes de las delegaciones que asistieron a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, fueron los siguientes:

ARGENTINA: Dr. Lorenzo Adriano García, Subsecretario de Salud Pública.

BOLIVIA: Dr. R. Pacheco Iturralde, Consejero de la Delegación Permanente de Bolivia a las Naciones Unidas.

BRAZIL: Dr. Heitor Prager Fróes, Director General del Departamento Nacional de Salud Pública.

COLOMBIA: Dr. Jorge E. Cavelier, Director del "Hospital de la Samaritana", (Ex-Ministro de Higiene).

COSTA RICA: Dr. Osear Vargas Méndez, Director de Salubridad Pública.

CUBA: Dr. Félix Hurtado, Delegado Permanente de Cuba a la OMS.

CHILE: Dr. Nacianceno Romero, Director General de Sanidad.

REP. DOMINICANA: Dr. Manuel A. Robiou, Secretario de Estado de Sanidad y Asistencia Pública, Presidente de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

ECUADOR: Dr. Egberto García Solórzano, Director General de Sanidad.

EL SALVADOR: Dr. Juan Allwood Paredes, Director General de Sanidad.

FRANCIA: Dr. Rene Lavoine, Inspector Médico.

GUATEMALA: Dr. Luis F. Galich, Director General de Sanidad Pública.

HAITÍ: Dr. Athemam Bellerive, Subdirector General del Servicio de Salud Pública.

HONDURAS: Dr. Manuel Cáceres Vijil, Director General de Sanidad.

MÉXICO: Dr. Gustavo Argil, Subsecretario de Salubridad y Asistencia.

NICARAGUA: Dr. Alejandro Sequeira Rivas, **Ministro** de Sanidad.

HOLANDA: Dr. N. H. Swellengrebel, Director del Departamento de Higiene Tropical del Instituto Real de las Antillas Holandesas.

PANAMÁ: Dr. Carlos E. Mendoza, Ministro de Panamá en la República Dominicana.

PARAGUAY: Dr. Pedro Hugo Peña, Ministro Secretario de Estado en la Cartera de Salud Pública y Previsión Social.

PERÚ: Dr. Edgardo Rebagliati, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

REINO UNIDO: Dr. J. W. p. Harkness, Asesor Médico de la Organización Británica de Fomento y Asistencia Social en las Antillas.

ESTADOS UNIDOS: Dr. Leonard E. Scheele, Cirujano General del Servicio de Salud Pública.

URUGUAY: Dr. Ricardo Cappeletti, Jefe de la División de Higiene del Ministerio de Salud Pública.

O.M.S.: Sr. Milton P. Siegel, Subdirector General de la OMS. Iubridad Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

O. M. S.: Sr. Milton P. Siegel, Subdirector General de la Los observadores que asistieron fueron los siguientes:

NACIONES UNIDAS: Dr. Pompilio Brouwer, del Comité Interamericano de Seguro Social.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS: Sr. Paul Kelbaugh.

INSTITUTO INTERAMERICANO PARA LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA: Dr. R. Santoni Calero.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ALIMENTOS Y AGRICULTURA: Dr. Arturo Vergara.

FUNDACIÓN ROCKEFELLER: Dr. Henry P. Carr y Dr. Rolla B. Hill.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO: Dr. Luis Alvarado.

CANADÁ: Sr. Arthur Blanchette.

La Oficina Sanitaria Panamericana estuvo presentada por su Director, Dr. Fred L. Soper; Dr. Miguel E. Bustamante, Secretario General; Dr. Paulo C. A. Antúnes, Jefe de la División de Salud Pública; y el Sr. Chester L. Guthrie, Jefe de los Servicios Médicos Administrativos.

Como se lee arriba, nuestro consocio el Dr. Manuel Cáceres Vijil asistió a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana verificada en Ciudad Trujillo, como Delegado de nuestro país. La Revista Médica Hondureña presenta su atento saludo al Dr. Cáceres **Vijil**, deseando que su misión haya sido coronada con el mayor de los éxitos.

SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA POR LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA EL DÍA 7 DE OCTUBRE DE 1950

Esta sesión se vio muy concurrida. Bajo la presidencia del Dr. Ramón Alcerro Castro y actuando en la Secretaría el Dr. José Gómez Márquez Girones, se abrió la sesión, con la asistencia de los siguientes socios: Dres. Virgilio Banegas, J. Ramón Pereira, Hum-

berto Díaz, Abraham Riera, Plutarco Castellanos, Joaquín Reyes Soto, Alejandro Zúniga, Abelardo Pineda Ugarte, José T. Mendoza, Roberto Gómez Róbelo, Henry D. Guilbert, José R. Durón, J. Gómez Márquez, Martín Bulnes, Napoleón Alcerro, José Manuel Dávila, Héctor Valenzuela, Manuel Castillo Barahona, Juan Montoya, Gabriel Izaguirre, Caries Bendaña, Octavio Vallecillo y Roberto Lázarus.

Se inició la sesión con la lectura del acta de la sesión, anterior que fue aprobada sin modificaciones. Acto continuo el Dr. Napoleón Alcerro disertó sobre un interesante tema, "Osteomielitis del Frontal", con presentación de radiografías y del enfermo. El caso resultó sumamente interesante, **puesto** que se trataba de un paciente que durante muchos años había padecido de una osteomielitis del hueso frontal y había sido sometido a diversas intervenciones quirúrgicas por varios cirujanos, todas ellas seguidas de fracaso. El conferencista, estuvo demostrando de cómo la solución de estos casos es únicamente la operación radical, que ha de constituir en la extirpación de todos los huesos afectados por la infección. Basó su tesis en que todas las demás operaciones habían fracasado por ser guiadas por un espíritu conservador. Por creerlo de interés publicamos este trabajo en este mismo número.

El trabajo fue discutido ampliamente por los compañeros, Dres. Gómez Márquez Girones, Gómez Márquez, Banegas y Alcerro Castro.

Acto continuo se procedió a elegir la nueva Junta Directiva y el Personal de la Revista, para el año 1950-1951, resultando electos los siguientes compañeros:

Presidente: Dr. Abelardo Pineda Ugarte.

Vice-Presidente: Dr. Gabriel Izaguirre.

1. Vocal: Dr. J. Ramón Pereira.

2. Vocal: Dr. Plutarco Castellanos.

3. Vocal; Dr. Abraham Riera H.

Secretario: Dr. Octavio Vallecillo.

Pro-Secretario: Dr. Alejandro Zúniga.

Tesorero: Dr. Martín Bulnes (reelecto).

Fiscal: Dr. Manuel Castillo Barahona.

Director de la Revista: Dr. Virgilio Banegas (reelecto).

1. Redactor: Dr. J. Gómez Márquez Girones.

2. Redactor: Dr. Juan Montoya Alvarez.

3. Redactor: Dr. Joaquín Reyes Seto.

Seguidamente la Secretaría dio lectura a la correspondencia recibida para su resolución.

Fue aprobada una moción del Dr. Gómez Márquez, tendiente a que se creara en el seno de la Asociación, una comisión permanente encargada de ampliar las relaciones de la Agrupación con otros grupos médicos, especialmente de Centro América.

Se aprobó asimismo una moción suscritas por un numeroso grupo de socios, en que se pedía que la Asociación diera los primeros pasos para la organización de Congresos Médicos Nacionales.

No habiendo otro asunto de que tratar, se levantó la sesión.

Apuntes de Patología Médica para Enfermeras

Doctor Martín A. Bulnes B.

LECCIÓN IV

Deformidades del Tronco

Las deformidades del tronco pueden ocurrir en el tórax y en la columna vertebral. El aplanamiento de una mitad de la jaula toraxica puede ser la consecuencia de una pleuresía seguida de esclerosis y de retracción del pulmón. El raquis se desvía por el reumatismo crónico, tuberculosis vertebral o **MAL DE. POTT** y todas las enfermedades que decalcifican el conjunto del esqueleto o debilitan la musculatura de sostenimiento.

Entre estas deformidades se distinguen: la **ESCOLIOSIS**, incurvación lateral; la **CIFOSIS**, inclinación del tronco hacia adelante; la **LORDOSIS**, inclinación del tronco hacia atrás. Estas curvas vertebrales motivan curvas 4^o compensación, en sentido opuesto, destinadas a restablecer el equilibrio del cuerpo y a mantener en el mismo eje la cabeza y la pelvis. Dichas curvaturas, cuando son muy pronunciadas, producen corcovas o gibosidades, como las del **MAL DE POTT**.

Abdomen

El abdomen puede estar retraído por inanición, por contractura, abdomen en barco; distendido por el meteorismo, por ascitis y por tumores, como los quistes del ovario, pudiéndose observar también, hernias y eventraciones. La **pelvis** puede deformarse por múltiples afecciones; y estas deformidades en la mujer ocasionan dificultades obstétricas, es decir, **DISTOCIA**.

Miembros

En los miembros se observan deformidades por traumatismos, como fracturas viciosamente consolidadas, lujaciones no reducidas, cicatrices viciosas. La deformidad de la tibia en **HOJA**

DE SABLE caracteriza la sífilis hereditaria. A veces se observan atrofiadas o enflaquecidas, pueden estar abultadas considerablemente, como ocurre en el edema. Cuando la tumefacción es parcial, se limita unas veces a las regiones articulares. En este caso es sintomática de reumatismo articular, tumor blanco o de hidrartrosis; otras veces, reconoce por causa un proceso flegmonoso o una neoplasia cualquiera.

Actitud

En estado normal el hombre adopta la postura que se relaciona **con** las necesidades de la vida, con sus gustos, etc., ella es variada, y se toma y abandona según las necesidades. Pero las enfermedades obligan de ordinario a que el individuo permanezca en cama, y las posiciones en ella adoptadas son las que suministran los principales fenómenos que se refieren a la actitud. Llámense decúbitos las diferentes posturas que toma el enfermo en la cama, y entre ellos tenemos, como principales, los siguientes: el decúbito dorsal, también llamado supino, que es cuando el paciente se halla acostado boca arriba, es el más común de los decúbitos, siendo propio de las enfermedades de una gran postración, así es que se observa, especialmente, en el curso de la fiebre tifoidea. Otras veces se debe, no a la disminución de las fuerzas, sino a la circunstancia de ser muy dolorosa cualquier compresión sobre el abdomen, en los peritónicos, en todos los procesos inflamatorios de las vísceras abdominales, apéndice, vesícula biliar, etc.

El decúbito ventral o boca abajo, es la actitud preferida por los enfermos que padecen de **ULCERA 'GÁSTRICA**, porque en esta posición la superficie ulcerada de la mucosa, no se halla en contacto con el jugo gástrico irritante. Se observa también en los enfermos que sufren de gastralgias y cólicos intestinales; afecciones muy dolorosas, y en las cuales parece se amortigua un tanto el dolor por medio de la compresión que sobre el abdomen se ejerce con aquella actitud.

El decúbito lateral, que a su vez puede ser izquierdo o derecho, es aquel que adopta el enfermo, como su nombre lo indica, poniendo tal o cual parte lateral del cuerpo en contacto con la cama. Se observa frecuentemente en las lesiones de los tegumentos de un lado para no molestarse con la presión del cuerpo. El dolor de costado de la neumonía y del comienzo de la pleuresía obliga a los enfermos a acostarse sobre el lado sano; pero cuando la pleuresía se acompaña de derrame, el enfermo se ve obligado a acostarse del lado del derrame para evitar la dificultad respiratoria que el peso del líquido produciría.

En las afecciones muy dolorosas, como el cólico nefrítico y hepático, no se puede precisar el decúbito, el enfermo adopta el que mejor le convenga para mitigar sus sufrimientos, y tan pronto le vemos con los miembros y el tronco en una violenta flexión, como extendido o adoptando las posturas más extrañas. No debemos confundir las actitudes voluntarias con las forzadas, éstas son aquellas que el enfermo adopta por lesiones casi siempre nerviosas, óseas o musculares, sin que su voluntad intervenga para nada. Como ejemplo de ellas podemos mencionar las siguientes:

Opistotonos

Llámase así a la forma de espasmo tetánico en el cual el cuerpo se encorva en arco, apoyándose sobre la cama por los talones y la cabeza. En cambio, en el **EMFROSTOTONOS** el cuerpo se inclina hacia adelante formando un arco, poniendo como **puntos** de contacto la frente y los pies. Cuando las contracturas se localizan en los músculos de un lado, el enfermo se encorva sobre el flanco correspondiente: esta forma constituye el **PLEUROSTOTONOS**.

Marcha

El estudio de la marcha es también muy **instructiva**. En la marcha normal se producen movimientos automáticos, que así se han hecho por la educación y por el uso prolongado, gracias a los cuales se anda sin pensar en ellos, aunque siempre estén sometidos a la voluntad, que puede modificarlos en todo momento. En estado morboso la marcha se altera, según las partes paralizadas o los trastornos de la coordinación. Para revelar esos trastornos, basta a menudo fijarse simplemente en el modo de andar del enfermo.

Bergoníe indica el procedimiento de las huellas, el cual consiste en imprimir en largas tiras de papel las huellas de los pasos, ennegreciendo las plantas de los pies con negro de humo. De modo que puede estudiarse el ritmo del paso, la longitud del mismo, la separación de los pies que constituye la base de sustentación, la dirección de los pies, la dirección general de la marcha. La marcha se altera en los casos de deformidades de los miembros inferiores por **OSTEÍTIS, ARTRITIS, FRACTURAS Y LUJACIONES**.

Se reconoce la lujación de la cadera por el balanceo que se produce durante la marcha y que se ha comparado al modo de andar de un pato. El dolor, no solamente de los miembros inferiores sino también de las afecciones abdominales y principalmente pélvicas, dificultan más o menos la marcha. Los sujetos afectados de ciática "**ANDAN SALUDANDO**". Los enfermos que sufren del músculo psoas, y el **MAL DE POTT**, marchan con el cuerpo inclinado hacia adelante.

Alteraciones de la secreción del sudor

La secreción del sudor está a cargo de las glándulas sudoríparas situadas en la profundidad de la piel. La secreción sudoral puede estar aumentada, **HIPERIDROSIS, O DISMINUIDA, HIPOIDROSIS**.

Hiperhidrosis

La hiperhidrosis o hipersecreción del sudor puede presentarse en el curso de cierto número de enfermedades: tuberculosis, paludismo, reumatismo, afecciones hepáticas, en los individuos obesos, en los afectados por ciertas enfermedades del sistema nervioso, como en los **SIRINGOMIELICOS**.

La hiperhidrosis puede ser generalizada o Localizada. La localizada la observamos frecuentemente en la cara, pecho, axilas, manos y pies. A veces es de mal olor, sobre todo en los pies, tomando el nombre de **BRONHSDRQSIS**. La hipohidrosis es propia de las enfermedades que se acompañan de evacuaciones abundantes por otros emuntorios, como diarrea. Ocurre lo mismo en las grandes hemorragias y en los sujetos que sufren de **INSUFICIENCIA DEL TIROIDES**.

Apuntes Bibliográficos

Patología General, por el Dr. Achard. — Patología General, por el, Dr. Landa Bacallao. —V Física Médica, por el Dr. Andrés Broca. —^j Clínica Terapéutica, por el Dr. G. Rummo. — Diccionario Médico, por el **Dr. León Cardenal**. — Elementos de Anatomía, **Fisiología e Higiene, por el Dr. Julio Aspuru España**.

INBICE

TTV

Año 1949-50

	Páginas
Editoriales -..... ____ ____ 1145-3-51-99-147-191	
Osteopatías precoces en la sífilis secundaria..... 5 Dr. Humberto Díaz	
Anestesia Local en Cirugía Plástica __ 9 Dres. Ernesto F. Maibec y José N. Spera	
Tratamiento de los abscesos apendiculares 1147 Dr. Ángel D. Vargas	
Anestesia endotraqueal __ 1152 Dr. J. Napoleón Alcerro	
II Jornadas reumatológicas del Norte..... _..... _..... _ 1161	
Discurso pronunciado a nombre de la Directiva de la Asociación Médica Hondureña por el Dr. Juan Montoya Alvarez, en la celebración del Día Panamericano del Médico..... _..... 1162	
3er. Curso Intensivo de Ginecología y Obstetricia para Graduados de habla española ____ ____ _..... 1187	
Relación entre la Hipertensión Arterial y aparato visual ____ 17 Dr. José Gómez Márquez Girones	
Esquizofrenias ____ 1165-23 Dr. Ramón Alcerro Castro	
Shock y hemorragia interna post-operatoria ____ 53-101 Dr. Joan Montoya Alvarez	

	Pág.
Informe presentado por el Dr. J. Napoleón Alcerro, Delegado Oficial al II Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, celebrado en Montevideo, Mar del Plata y Buenos Aires, del 8 al 21 de enero de 1950	59
III Congreso de Venereología _____	67
Dr. Carlos Bendaña	
Normas generales del Tratamiento de la Sífilis	69
Dr. José Amador Guevara	
Bases Preliminares para la uniformización de los registros Epidemiológicos en Centro América	75
Dres. Alberto Aguilar Rivas y Dr. Juan Allwood Paredes	
Revisando el Canje	79-129-178-216
Dr. Joaquín Reyes Soto	
Crónicas de Sesiones	81-177-225
Informaciones	46-84-133-181-221
Apuntes de Patología Interna, para Enfermeras	91-139-183-227
Dr. Martín A. Bulnes B.	
Patología y Terapia de las lesiones causadas por la Bomba Atómica	107-149
Anestesia Raquídea baja en Cirugía y Obstetricia	113
Dr. J. Napoleón Alcerro	
Consideraciones sobre el alcoholismo	121
Dr. Ramón Alcerro Castro	
Discurso pronunciado en la Inauguración del Hogar Infantil	165
Dr. Humberto Díaz	
Programa de sangre de la Cruz Roja Norteamericana	167
Página Oftalmológica.— Sobre la Cirugía del Pterigión	173
Dr. José Gómez Márquez Girones	
Un caso de Osteomielitis del Hueso Frontal consecutivo a una sinusitis	199
Dr., J. Napoleón Alcerro	
Atebrina en el tratamiento de la Teniasis	206
Dr. Mark T. Hoekenga	
Aspectos Quirúrgicos en las enfermedades del Bazo	209
Dr. Mark M. Schapiro	