

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

## ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

---

DIRECTOR:  
Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Antonio Vidal

Dr. Manuel Cáceres Vijil

Dr. Guillermo E. Durón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Julio Azpuru España

ADMINISTRADOR:

Dr- Emilio Gómez Roveló

---

Año IV | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Noviembre de 1933 | N° 37

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*Dos años hace justamente que entregué la Dirección de esta Revista por haber **terminado** el período reglamentario.. La Asociación Médica Hondureña, en las elecciones ordinarias de octubre me honró de nuevo con. la misma designación que nunca terminaré de agradecer.*

*Demasiado conozco las dificultades por vencer en el transcurso de una labor recia y continua, pero un aliciente poderoso vigoriza enérgicamente mi espíritu a tal grado, que sin empacho, puedo afirmar un triunfo cierto, es el estado eufórico de nuestra sociedad, es el entusiasmo que reina en cada uno de sus miembros, son las obras realizadas en cuatro años de vida social y es sobre todo el magnífico personal de redacción y administración, cada uno de sus componentes capaz de llevar adelante, sin vacilaciones la empresa encomendada a todos.*

*Mi antecesor el Dr. Humberto Díaz, a pesar de la'-terrible crisis política, económica y moral, mantuvo durante su período el prestigio de la Revista, haciéndose acreedor a la gratitud de la Sociedad.*

*Injusto sería no hacer público nuestro agradecimiento a la-Tipografía EL CRONISTA y en especial a su propietario don Manuel Calderón por la excelente y decidida cooperación prestada desde hace mucho tiempo para dar vida a esta publicación;*

*Nuestra ideología no ha cambiado en cuanto al fin esencial de esta Revista, antes .bien se ha afianzado más y más en vista de los resultados y los postulados imperiosos que exige el país del*

*gremio médico, difundir los modernos conceptos y aplicaciones de la medicina en sus diversas ramas; conservar y aumentar los estrechos lazos de amistad y armonía que felizmente existen entre los médicos de la República; dar a conocer los trabajos modestos, pero interesantes, que con frecuencia nos envían los consocios y prestar a las autoridades del ramo de Sanidad y de Instrucción Pública el concurso eficaz de los adelantos constantes en dichos conocimientos.*

*Si bien la Ley del Progreso es permanente, si jamás el espíritu satisface sus aspiraciones de perfección, nosotros estamos tan bien encarrilados en la ruta soñada, que sin arribajes, podemos afirmar y felicitarnos de ello, que hemos conquistado bastante en las instituciones que la Asociación interviene \_ orden, disciplina, noción exacta del cumplimiento del deber.*

*... Dígalo si no el sólido prestigio digno de loa y admiración alcanzado durante los dos últimos años por la Facultad de Medicina, bajo el incansable y magnífico gobierno del Dr. Ricardo D. Alduvín.*

*Dígalo ese ambiente, de franca cordialidad, de estimación, de respeto manifestado en diversas ocasiones en que espíritus exaltados pusieron en conflictos la bienandanza colectiva.*

*Dígalo la gran soirée con que festejamos el 5º año inicial de labores con la nueva Directiva encabezada por nuestro notable radiólogo el Dr. Manuel hartos, el día 4 del presente mes en los salones del Club Internacional, donde se dio cita. lo más granado, culto y bello de la sociedad capitalina.*

*Al saludar a los colegas y consocios esparcidos por todos los ámbitos de la República los invito atentamente a guardar,;, como hasta ahora, la devoción más vehemente, el entusiasmo sincero y amplio y el amor profundo para nuestro mayor timbre de honor y en no lejano día, de gloria. La Asociación Médica Hondureña.*

S. PAREDES.

Tegucigalpa, noviembre 7 de 1933.

## Algo sobre sífiles serológica en enfermos admitidos en el Hospital San Felipe

De mayo a octubre del corriente año han sido practicadas en el Laboratorio de Bacteriología del Hospital San Felipe, mil reacciones de Kahn a diversos enfermos ingresados a dicho centro. El resultado de estas reacciones fue el siguiente:

Reacciones positivas	-	285
Reacciones negativas	-	715
<hr/>		
Total .. . . . .		1.000
D las 285 reacciones positivas fueron:		
Un	- -	108
Dos	- -	61
Tres	- -	61
Cuatro	- -	65
<hr/>		
Total .. . . .		285

Este número de 285 reacciones positivas representa el 28.5 % sobre el total de reacciones practicadas, lo que quiere decir que 22.85 % de los enfermos que ingresan a nuestro Hospital adolecen de sífilis. Este tanto por ciento lo considero sin embargo menor, porque de las 108 reacciones un -|-, la mitad posiblemente son falsas reacciones positivas que debemos atribuir a las diversas causas de error, especialmente al paludismo. Por las mismas razones creo que de las reacciones dos -|- debemos quitar la cuarta parte, con lo cual nuestros números quedarían reducidos a:

Un	- -	54
Dos	- -	45.75
Tres	- -	51
Cuatro	- -	65
<hr/>		
Total .. . . . .		215.75

De este número deducimos que el 21.50 % en términos redondos solamente de personas examinadas por Kahn, presentan reacciones realmente positivas. Si queremos ser aún más rigoristas aceptemos como única verdad que son sífilíticos solamente aquellos individuos presentando un Kahn tres -|-o cuatro -|-), con lo cual nuestros números serían reducidos a:

Tres	-J-	51
Cuatro	-I-	65
<hr/>		

Total 116

Este número indicaría que no queda ninguna duda que el 11.6% de personas examinadas por Kahn en nuestro Laboratorio adolecen de sífilis. El objeto de los cálculos y razonamientos anteriores, es demostrar que la ecuación:

Sifilización - Civilización, no es aún tan elevada que digamos en nuestro país, desde luego que estamos operando con un grupo de personas hospitalizadas, en las cuales necesariamente tendremos que encontrar más sífilíticos que en la masa total de la población.

Sin haber aún practicado el Kahn a un grupo numeroso de personas de la población total que incluyera individuos de todas las clases sociales, tales como profesionales, comerciantes, campesinos, obreros, etc., ya sea viviendo en medios urbanos o rurales no me atrevería a asegurar con entero fundamento cuál es el por ciento de población atacada por la sífilis. Pero, a juz-

gar por el resultado obtenido con los enfermos del Hospital San Felipe, se puede conjeturar que dicho tanto por ciento puede oscilar entre 15 a 20 %.

La sífilis es indudablemente una enfermedad que declina. El profesor Jadassohn, nos cuenta que en 1926 de una investigación seguida por él en 19 países europeos y de 51 respuestas de eminentes sifilólogos, no cabe duda que la sífilis declina en la mayor parte de estos países y quizá en todo el mundo.

Los números encontrados por nosotros para los enfermos exa-

minados por Kahn en el Hospital San Felipe son un poco mayores si los comparamos con los resultados serológicos obtenidos en hospitales de otros países, tales como el Japón donde esta misma encuesta dio el 15.29%.

El Dr. Merab, dice que el 35% de la población de Abisinia, país semibárbaro da positivo por Kahn, lo que parece poner en duda la ecuación citada anteriormente de que los países más civilizados son los más sifilizados.

*Antonio Vidal.*

Tegucigalpa, octubre de 1933.

## MEDICAMENTOS OLVIDADOS

*Prescripciones médicas de hace  
medio siglo*

*En el presente artículo se mencionan algunas drogas y sustancias químicas que fueron prescritas regularmente hace unos cincuenta años, y que hoy no se usan: a la vez se comentan recetas viejas-consagradas una vez y hoy desconocidas.*

Curioso es tomar un libro recetario de hace cuarenta años, y compararlo con uno de nuestros días: la diferencia es enorme. Los médicos de aquel tiempo prescribían mayor número de sustancias químicas y drogas, y muy pocas veces especialidades farmacéuticas: eran amigos de usar las plantas medicinales de nuestros jardines y bosques, obligando al farmacéutico a ponerlas en condición de uso: las ca-

sas manufactureras extranjeras han simplificado este trabajo, como también se ha simplificado la terapéutica, desapareciendo casi por completo la polifarmacia.

El hecho de que hace varios años el árnica era indispensable en los hogares y ahora nadie cree en ella, justifica por parte del pueblo la actitud de los señores miembros de los comités de revisión de las Farmacopeas, que en cada nueva edición, quitan gran número de sustancias medicamentosas para sustituirlas por otras que se les cree más útiles, y que tal vez hace gran número de años fueron también rechazadas o eliminadas por haberse demostrado lo contrario, de sus propiedades.

Vamos a dar a manera de dato curioso una lista de aquellas dro-

gas que como el árnica mencionada, tuvieron su época, hasta el grado de figurar en los libros oficiales, para después caer en el olvido más completo: algunas de éstas no obstante, tienen uso, pero extremadamente limitado:

En un libro recetario del año 1.900 (obtenido con suma dificultad) encontramos recetas con permanganato de potasio como emenagogo; subcarbonato de bismuto como antiespasmódico; salicilato del mismo metal, como antirreumático; resorcinol, como antipirético; fósforo en píldoras como afrodisiaco; alumbre desecado en uso interno, como astringente, sales de manganeso, sulfato y cloruro, lo mismo que el óxido, como tónicos; bicromato de potasio como alterativo; ácido nitro-muriático diluido, como colagogo; recordamos a todo ésto la opinión de un médico hondureño muy competente que asegura: "no hay mejor colagogo, o mejor dicho el único colagogo es el sulfato de magnesio"; cincodinina, como antipalúdico, en preferencia a la quinina en los casos crónicos del paludismo; nitrato de plata en píldoras o soluciones, también de uso interno, como estimulante y astringente; aún es prescrita esta sal en el país, pero muy rara vez; se le pide exclusivamente para uso externo; ferrocianuro de potasio como sedante; bromuro de calcio como estimulante y nervino; oxalato de cerio como tónico y sedante; cinaldehido cónico y sedante; cinaldehido como carminativo y estimulante; carbamato de etilo como hipnótico; eugenol, como estimulante; hipoclorito de sodio como es-

timulante, etc...

De las sustancias antes mencionadas la mayoría no tiene ya el uso que hace años se les dio: la práctica médica diaria, indudablemente debe haber demostrado la superioridad de otros productos y la inutilidad de algunos de ellos. Tal vez parte de la razón esté en la posibilidad de intoxicación, por los que tengan tal carácter, a dosis no terapéuticas.

Si curioso es hacer un recuento de las drogas olvidadas, más lo es de analizar las recetas de los que en su tiempo fueron eminentes facultativos; en Honduras las recetas que un paciente prestó a otro para que aprovechara sus bondades, son raras: en los Hospitales, quedaron pegadas a los estantes para no olvidarlas, las que mayor fama obtuvieron, pero desgraciadamente traídas de Europa y otros lugares y no verdaderas creaciones de los médicos nuestros: la Poción Antiemética de Dulafoy es una de ellas: contiene clorhidrato de morfina, cocaína y agua de cal: la Mixtura de Quina de Alvarez, médico centroamericano, dejó buenos recuerdos y sus componentes son las siempre agradables drogas siguientes: Quina en cocimiento, ruibarbo, sulfato de quinina, ácido cítrico, sulfato de sodio y agua: los que la toman no la olvidan.

En Norte América tales fórmulas tienen mayor importancia aún; he aquí algunas: la Farmacopea del 80 casi elevó a la categoría Oficial, a la "Tintura Episcopal," o sea Tintura del Obispo o del Cardenal, compuesta de aromáticos tónicos: Corteza de naranjas dulces, clavos

aromáticos, canelas, agua de almendras amargas, alcohol: nos imaginamos que la Poción de Todd, se siente avergonzada al par de ésta. Las "Inhalaciones de Nettolitzky" con bromo, bromuro de potasio y agua: no hemos visto prescribir el bromo todavía: los "Trociscos de Jackson," célebre médico filadelfiano del '95, con Clorhidrato de morfina, acacia, regaliz, aceite de sasafras, y tintura de Tolú: nada tiene que resentir esta fórmula de las de hoy de igual índole: la "Mixtura antidíarreica de Gold": este señor Gold, judío prominente, lo era médico prominente también, en su época: su fórmula llevaba: Tintura d. Ruibarbo Compuesta, Tintura de Opio, agua de amoníaco, esencia de menta: la "Mixtura de Remington" con magnesia óxido, masa azul, espíritu aromático di amoníaco, agua de Cal, azúcar y agua de menta: fácilmente puede verse, que más de uno de los ingredientes de las formulas copiadas ya no se usa y su olvido en la terapéutica moderna es completo: han venido a ocupar su puesto los preparados sintéticos de laboratorio, que pa-

ra muchos son la última palabra en los tratamientos médicos, y para otras sustancias en investigación a los cuales les llegará el momento de pasar a la categoría de los "medicamentos olvidados."

El Profesor Joseph P. Remington inmortalizó las fórmulas que copiamos de su famoso libro, "Practice y Parmacy" y a las cuales nos referimos anteriormente; si en los Estados Unidos rara vez se prescriben, nosotros ni las conocemos ni nos han interesado hasta hoy: como antigüedades y por el mérito de sus autores bien merecen un comentario y nada más.

Quedan en pie, y nadie las discute, las drogas y sustancias químicas que figuran día a día en nuestros libros recetarios, formuladas por médicos antiguos y jóvenes, para quienes la polifarmacia no es más que algo pasado de moda: el Códex Francés, nuestro Código, las defiende y sostiene: nuestras enfermedades endémicas, se agotan con su uso apropiado: son un símbolo de éxito y de triunfo.

*Guillermo E. Durón.*

## Los preceptos de Gandhi sobre la castidad

Gandhi el gran apóstol de la India, secuaz ferviente de la profunda teosofía indiana, sostiene en un libro suyo de preceptos morales que la clave de la salud debe ser buscada en la castidad.

El acto sexual no representa más que el derroche de la energía nerviosa. Son los castos los verdaderos fuertes. Por un placer pasajero el hombre sacrifica en un instante las reservas acumuladas de su actividad,

Son los placeres del amor los que inoculan precozmente en el organismo el «virus de la» vejez. Los hombres y mujeres realmente dignos de este nombre son aquellos que conservan su energía nerviosa hasta una edad avanzada y cuya inteligencia permanece despejada y se afirma con los años.

Se puede objetar que si todos los hombres y mujeres permanecieran castos se produciría en breve el fin del mundo.

A esta objeción él gran Apóstol responde: "¿Somos acaso dioses para preocuparnos tan profundamente del porvenir de la humanidad? Aquel que ha creado el mundo proveerá también a su conservación y nosotros, por nuestra parte, no debemos regirnos por lo que haga nuestro prójimo."

Gandhi además predica no la abstinencia completa, sino la castidad relativa. Cada hombre tiene una reserva de vitalidad de la que debe ser avaro. Es necesario abstenerse de generar cuando las condiciones de salud de

dos cónyuges no son buenas y considerar como un signo de la cólera divina el hecho de haber engendrado niños delicados, sensuales, enfermos o retardados.

Marido y mujer deben imponerse como un deber sagrado el de permanecer lejos uno de otro.

Desde el momento de la concepción hasta aquel en que el niño no toma más el seno materno, los esposos no deben jamás violar el Brahmacharya (Ley de la castidad), según el cual la unión sexual debe ser inspirada únicamente por el deseo de procrear y de perpetuar la raza.

El celibato es el estado deseable por excelencia. Si se elige la vida matrimonial, esto no debe ser antes de los 25 o 30 años de edad; los demasiados jóvenes no son aptos para procrear niños hermosos y de asumir la responsabilidad y las cruces inherentes a la vida conyugal.

El goce físico, sostiene Gandhi, lejos de ser necesario al buen equilibrio de la salud, es contrario a él y perjudicial. Todas las fuerzas físicas e intelectuales acumuladas en el tiempo son perdidas completamente con la emisión del fluido vital, y exige tiempo para recuperar la fuerza perdida.

El Mahatma confiesa haberse desposado muy joven y haber tenido un hijo mientras era aun muchacho.

"Si a pesar de 20 años de placer sensual soy todavía fuerte y resistente, ¿qué resultado no hubiera tenido si hubiese permane-

cido puro estos 20 años? Estoy completamente convencido que si hubiese vivido una vida enteramente casta, mi entusiasmo y mi energía habrían sido mil veces mayores y hubiera podido consagrarlos a la causa de mi país y de mi perfeccionamiento. Si esto vale para un ser tan imperfecto como yo, ¿quién no ve los resultados físicos, intelectuales y morales, maravillosos que la perfecta observancia del Brahmacharya haría posibles?"

El adulterio y la prostitución, provocan una lenta y victoriosa destrucción de la raza humana.

Para conservarse casto el hom-

bre no debe nunca dormir con su esposa. Los esposos dormirán separados, "cada vez que ellos sientan el impulso del deseo háganse baños fríos y calmen de tal manera la violencia de la pasión, transformándola en energía de actividad virtuosa. Es una cosa dura, pero nosotros hemos sido puestos sobre la tierra para luchar y vencer las dificultades y tentaciones. Aquel que no tuviere en sí mismo la voluntad de hacerlo, no gozará jamás de la suprema compensación que es la santidad. (Maurice Lebon in "Oeuvre," 12-XII-1932).

### Aporte farmacéutico al IV Congreso Médico Panamericano

Entre los importantísimos temas científicos desarrollados en el Congreso Médico Panamericano celebrado en México, en julio pasado fueron presentados los siguientes:

19—Uniformidad Farmacopeica, por el Prof. E. Fullerton Cook, Presidente del Comité de la Revisión de la Farmacopea de los Estados Unidos.

2°—Standards Panamericanos, para Drogas, por el Dr. E. L. Newcomb, del mismo Comité.

3?—Productos Biológicos para la Próxima Revisión de la Farmacopea de los Estados Unidos, por el Dr. G. W. MacCoy.

4<sup>1</sup>?—Algunas dificultades surgidas en el ensayo del Beleño, por los Drs. H. G. Dekay y C. B. Jordán.

59—Standardización Farmacopeica de Productos Químicos Medicinales, por el Dr. G. D. Beal,

Sub-director del Instituto Mellón de Investigación Industrial.

6°—El Alcohol en las Farmacopeas Importantes del Mundo, por el Dr. Charles H. La Wall, Dean del "Philadelphia College of Pharmacy."

7°—El Agua Destilada y Aguas Potables en las Farmacopeas Importantes del Mundo, por el Dr. Charles H. La Wall.

8°—Determinación de la concentración del Ion Hidrógeno, en su relación con una farmacopea Nacional, por el Dr. J. C. Krantz Jr., del Comité de revisión de la U. S. P.

9°—Ungüentos Farmacopeico;, por el Dr. Leonard A. Seltzer.

10°—Un Método de Ensayo Biológico de las Drogas que deprimen el sistema nervioso, por el Dr. J. C. Munch.

11°—Los Congresos Médicos Panamericanos como medio de

## Los progresos futuros de la Medicina

*Disertación del Dr. Alexis Cartel, del Instituto Rockefeller*

*El problema planteado por el Dr. Carrel, hace ya algún tiempo, ante el Comité Directivo del Hospital Mount Sinai de Nueva York, es siempre de latente actualidad.*

La medicina, dice el Dr. Carrel, consiste en una cantidad inmensa de observaciones, parte empíricas y parte clasificadas, de acuerdo con métodos científicos: mientras el tratamiento de ciertas enfermedades, como los disturbios del páncreas y de las glándulas tiroideas, es de un todo científico, de otros como el de las enfermedades mentales, es aun empírico. "El médico — nunca como el fisiólogo, que puede seleccionar su problema, y reducirlo a términos más simples, y resolverlo por medio de una técnica segura adaptada a la clase de experimentos— debe actuar dentro del enorme campo de la medicina, encontrándose con frecuencia con enfermedades debidas a causas desconocidas, y desarrolladas en organismos de resistencia igualmente desconocida; el se sirve de sus

conocimientos científicos hasta donde le es posible, pero llega algunas veces a tener que adivinar. El gran clínico debe poseer el poder intuitivo del hombre de genio."

Para comprender la labor grandiosa del hombre en su lucha contra las enfermedades, se hace necesario hacer un poco de historia: todos sabemos la contribución inapreciable del gran Pasteur a la medicina: "el número de muertos con su correspondiente disminución de la población en los grandes países civilizados, es menor y existe mejor higiene y protección eficiente contra el cólera, fiebre amarilla, fiebre tifoidea y tuberculosis. No solamente ha determinado un aumento en la cantidad de seres humanos, la medicina preventiva, sino que ha introducido modificaciones profundas en la manera de vivir de ellos." La bacteriología pues, ha prestado enormes servicios a la humanidad.

No obstante esto, y la labor de muchos hombres que como Gorgas en Panamá, han marcado una nueva era en la historia de la me-

Compenetración Médico-Farmacéutica, por L. W. Fetzer.

Los temas anteriores presentan para nuestros profesionales, tópicos de estudio; para los estudiantes, asuntos para tesis, siempre que se desee trabajar y presentar algo original: en su mayor parte son accesibles a nuestra completa comprensión

de ellos, y los laboratorios del país, bastan para su estudio.

El resultado de la invitación hecha a los Farmacéuticos, para que colaboraran en el Congreso Pan Americano, ha sido el acercamiento definitivo, entre estas dos profesiones hermanas.

G. E. D.

dicina, el Dr. Carrel pregunta. ¿Tales triunfos han traído consigo felicidad en el mundo? ¿Ha cambiado de alguna manera la posición del hombre normal o corriente, con respecto a la enfermedad o la muerte? Aún cuando se hayan reducido las probabilidades de muerte por viruela, fiebre tifoidea o cólera, la seguridad de poder vivir hasta los setenta y cinco años, no ha ¡llegado todavía. El futuro, para esa época, representa el cáncer, la vida miserable producida por un decaimiento de órganos como los riñones, el aparato circulatorio, las glándulas endocrinas, con su séquito de enfermedades y tan bien aparte de esto, la locura, sufrimiento de enfermedades nerviosas, etc...." "La medicina moderna pone al hombre en condición de defenderse de las enfermedades infecciosas, pero lo deja expuesto a enfermedades más lentas, y más crueles y a la deterioración del cerebro."

"El descubrimiento de los principios activos de las glándulas endocrinas, la mejor concepción de la respiración y el perfeccionamiento de la ciencia de la nutrición, el mejor conocimiento del metabolismo y del equilibrio —de base ácida— la sangre, nada han logrado para curar o evitar enfermedades como la diabetes, por el sencillo hecho de que se desconoce el origen de esta enfermedad." "Ahora bien, ¿cuáles son los factores determinantes del cáncer? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Qué causas convierten al organismo humano, susceptible a los tumores malignos? Nadie puede dar una contestación científica a estas preguntas."

"He aquí algunas de las cosas que se ignoran hoy tanto como en la Edad Media: de la nefritis crónica: de la mayor parte de las enfermedades del aparato circulatorio: y he aquí también el progreso futuro de la medicina: encontrar la naturaleza y causas de estas enfermedades y prevenirlas: hacer un esfuerzo por llevar a los hombres a la ancianidad sin sufrir: aumentar a la vez su valor moral e intelectual, porque la calidad de los individuos es más importante que su cantidad para la felicidad y progreso de las comunidades."

Para demostrar que tales trabajos se están llevando a cabo con entusiasmo y energía, el Dr. Carrel, 'hace referencia al número de Hospitales, clínicas médicas, laboratorios, institutos de investigación científico-médicos que luchan en tal sentido en los Estados Unidos y en Europa: pide y exige solamente el desarrollo de una verdadera ciencia. Los fisiólogos, físicos, y químicos, pueden instituir ahora, una ciencia íntegra, superior en gerarquía' a las conocidas por la humanidad: la ciencia de la materia pensante y su energía: "el desarrollo de esta nueva psicología es nuestra única esperanza de mejorar la calidad del ser humano, aún cuando la estructura del sistema nervioso central, cubierta de un velo, según Ramón y Cajal, es de una complejidad infinita." "Es probable que los descubrimientos que abrirán este campo de investigación, se harán en las fronteras de la fisiología y la física, y requerirán el desarrollo de nuevos métodos por algún hombre de ge-

**rilo.** La psicología moderna, a pesar de su progreso, tendrá la misma relación a esta suprema ciencia, que ¡a alquimia a la química de nuestros días. Nuestra conocimiento de la fisiología cerebral, está en embrión todavía. Somos ignorantes de las propiedades de las células nerviosas, de la naturaleza de la energía nerviosa, de la significación de los fenómenos telepáticos. Nadie sospecha la manera en que la memoria, la inteligencia, el valor, el juicio y la imaginación, se hayan conectados o relacionados con la célula **celebra!**."

El Dr. Carrel, profundo pensador, hombre de ciencia, ahonda el problema de la salud obtenida por los tratamientos médicos del futuro, que preservarán y curarán de todas las dolencias, como una vacuna preventiva y curativa de las grandes infecciones. No cree en todo aquello que el médico hace falto de seguridad, donde la adivinación juega su principal papel, ni en la ceguera de los que no quieren comprender, lo mucho que falta por investigar y aprender en medicina.

Ya lo dijo al referirse a la diabetes y a su tratamiento por la Insulina: "no se conoce la causa de esta enfermedad," "puede detenerse el curso pero no curarla" ...

Al hablar de los campos desconocidos e intocados de la medicina, agrega: "La posible afinidad de ciertas estructuras del cerebro por alguna sustancia química segregada por glándulas endocrinas y otros tejidos.

nunca ha sido estudiada. Mientras que el valor puede ser causado por el efecto de las glándulas sexuales en las células cerebrales, y puede no ser debida a propiedades inherentes a dichas células, para el desarrollo de la imaginación creadora, del juicio y de otras cualidades, se necesita posiblemente la acción sobre el sistema nervioso de sustancias producidas en otras partes del cuerpo, o introducidas tal vez, en el organismo con los alimentos. El conocimiento de las condiciones que permiten la evolución del juicio, imaginación, bondad, o valor en una raza, familia o individuo, o de las condiciones que conducen al desaparecimiento de estas cualidades, darán a la raza humana, más felicidad que la completa eliminación de plagas, cólera, tifus, etc., de la tierra. Al mismo tiempo, el descubrimiento de algunas de las propiedades fundamentales del tejido nervioso, capacitarán a la medicina a prevenir muchas de las enfermedades mentales que hoy día hacen tan gran número de víctimas.

Termina el Dr. Carrel de la manera siguiente: "El progreso de la medicina, comprendido de esta manera, sería el factor más importante en el desarrollo de la civilización. Como Descartes escribió hace trescientos años, debemos pedirle a la medicina la solución de los problemas que son vitales para la grandeza y felicidad de la raza humana."

G. E. D.

## Pielitis Post-gripales en los niños

Me ha llamado mucho la atención la pielitis post-gripal que se presenta con alguna frecuencia en los niños y de estos son de pecho en su mayor número, como se puede apreciar en las observaciones que a continuación presento.

Bajo los términos de Pielitis, Pielonefritis y Uretero-Pielonefritis se conocen todas las supuraciones uretero-pielo-renales en que no hay retención y que no hay obstáculo en la emisión de secreciones purulentas, por que en este último caso se trata ya de una pionefrosis. La pielitis simple da a entender que el agente infeccioso actúa principalmente sobre las vías excretoras del riñón, presentando el paranequima renal una pequeña reacción inflamatoria. En los casos en que hay una congestión franca del riñón, entonces toma el nombre de pielonefritis y la orina puede presentarse en estas fases desde el enturbamiento pasajero con leococitosis más o menos abundante hasta la piuria más o menos espesa y pesada de las supuraciones agudas y prolongadas. El término que yo he tomado para relatar estas observaciones es el de pielitis por que los casos los he considerado relativamente benignos.

Cualquiera de todas estas lesiones tienen por causa una infección microbiana ya sea por vía ascendente: uretral, vesical; ya sea de origen descendente o hematógeno, por la vía linfática siendo las más frecuentes las

de origen intestinal, que constituyen el síndrome entero-renal de Heitz-Boyer; y por este motivo es que todas las estadísticas están acordes de que el ochenta por ciento de las infecciones renales son debidas al colibacilo, viniendo enseguida los estafilococos, estreptococos, el bacilo de Eberth, el gonococo, etc. El interés que pueden tener estas observaciones es el de que debemos pensar en una de estas complicaciones después de la grippe, cuando estamos seguros que la infección primera ha curado y no hallamos en el enfermo el motivo que explique la persistencia de la temperatura elevada y del decaimiento. Como se verá en las observaciones los niños no tenían después de los seis u ocho primeros días de la grippe ningún signo físico glandular, tráqueo-bronquial, pulmonar, pleural y abdominal que nos explicara su fiebre. Y es así como en la práctica corriente por no hacer un examen cualitativo y microscópico de la orina que nos puede dar luz sobre el caso que estamos tratando, insistimos en un tratamiento que además de no lograr las ventajas que deseamos más bien perjudicamos el emuntorio más importante del organismo humano.

*Observación N.º 1* Guillermina U., de diez meses de nacida, ingresa al hospital de La Lima, departamento de Cortés el día once de mayo de 1932. Su madre nos refiere que desde el día anterior la chiquita

se encuentra impertinente, con calentura, un poco ronca y tos seca.

Al examen clínico podemos constatar: la lengua saburral, congestión de la faringe, algunos estertores en los gruesos bronquios, temperatura 39.2 G. C. en la axila, ningún signo abdominal. Resultado del examen por Hematozoario de La verán: negativo. Hacemos el diagnóstico de gripe y le instituímos mi tratamiento a base de aristoquina y lactosa con una poción para la tos con bensoato sódico, jarabe de tolú y de terpina. Al tercer día los estertores bronquiales se fueron acentuando y la temperatura subió a 40 g. c., pensando ya en una bronquitis declarada mandé a colocarle ventosas secas y sinapismos de mostaza, continuando el tratamiento anterior. Tres días más tarde la fiebre va cediendo lo mismo que la tos hasta el séptimo día en que cae la temperatura a la normal ya curada la bronquitis. Al día siguiente asciende de nuevo la curva por la tarde y nos encontramos con 40 g. c. de fiebre, ningún signo físico que nos hiciera pensar en una bronquitis de repetición, en una recaída. Prescribimos un purgante de aceite de ricino, haciendo un examen minucioso de los demás órganos tanto torácicos como abdominales sin encontrar el motivo de la fiebre; mandamos a investigar de nuevo el Hematozoario de Laverán puesto que estábamos en un litoral palúdico. Resultando: negativo. Continuó con la aristoquina y cloridrato de quinina a la dosis de veinticinco centigramos y la curva en vez de ceder;

aumentaba en décimos; fue entonces cuando mandamos hacer la fórmula leucocitaria y a practicarle un examen de orina, resultando un aumento de los polinucleares neutrofilos; albúmina y células de pus en la orina, diagnosticando de esa manera la pielitis; suprimimos el tratamiento de las salas de quinina y empezamos a aumentar la cantidad de orina con tisanas diuréticas y la antisepsia por medio de urotropina y el benzoato de soda. Comenzó la defervescencia a los dos días de ese tratamiento quedando curado completamente al quinto día.

*Observación N° 2* He sido llamado para asistir a la niña Yolanda R. de seis meses de nacida el día seis de julio de 1932, quien según dice la madre hace dos días cayó enferma con catarro, tos y calentura.

Examen clínico: temperatura rectal 39,2, pequeña congestión de la mucosa faríngea; tos un poco quintosa, intolerancia gástrica. Examen por el Hematozoario de La verán: negativo. Diagnóstico: gripe. Tratamiento: Citrato de soda para calmar el estado nauseoso y luego la sal de quinina más indicada para los niños: aristoquina; poción calmante de la tos. Sexto día: se suprimen todos los síntomas grippales, inclusive la temperatura que baja a 36,8, en el recto. Octavo día, nueva remisión de temperatura, ningún síntoma torácico y abdominal, nada glandular. Examen por malaria: negativo; sin embargo, por estar en el trópico continuamos el tratamiento antipalúdico; tres días y

ningún efecto. Pensando ya en el caso anterior mandamos **hacene la** forma leucocitaria diferencial y examen de orina y el reporte nos contesta aumento de polinucleares neutrofilos; albúmina y células de pus en gran cantidad. Diagnóstico; pielitis Post-Gripal. Tratamiento: Urotropina, bebidas abundantes y diuréticas. No obstante este tratamiento la temperatura no mejora mucho y la enfermita se ve siempre decaída. Nuevo examen de orina y el laboratorio nos contesta; hay albúmina, pus y eritrocitos; se suspende la urotropina y se dan alcalinos, electrar-gol intramuscular y hay una mejoría rápida estando curada al quinto día.

*Observación N? 3* El señor Luis M., lleva su niño de ocho meses de edad a la consulta del hospital de La Lima el día doce de agosto de 1932. Nos refiere dicho señor que su niño hace diez días padece de calenturas y no le salen,, que al principio con tos y catarro, pero que últimamente ha mejorado de la tos y que sólo le ha quedado la calentura.

Examen clínico: niño delgado., con tinte icterico; temperatura 39,4 en el recto. No encontramos nada en la faringe, ni en el tórax ni el abdomen. Bazo e hígado normal. Examen de sangre por el Hematozoario de Laverán; negativo. Recuento globular diferencial: aumento de los polinucleares neutrofifilos. Examen de orina presencia de albúmina y células de pus. Como en los casos anteriores hicimos el diagnóstico de Pielitis Pos-Gripal. Tratamiento: Urotropina, benzoato sódico y aumentar los líquidos sobre todo diuréticos. Al quinto día de haberse internado el niño se le da su alta por estar perfectamente bien.

La observación N? 4, no la escribo por tratarse de la misma enfermita de la observación 2?, quien dos meses después tuvo un nuevo ataque gripal y consecutivamente su pielitis y se dio el mismo tratamiento que hemos indicado en los casos anteriores.

*Manuel Cáceres Vigil.*

Noviembre de 1933.

## Un caso de compresión del colédoco por ganligo hipertrofiado

/.—*Flexuosidad del cístico.*

En la sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña, del cuatro del corriente mes, presenté a la enferma O. D., de 28 años, casada, de oficios domésticos, vecina de San Juancito, que ingresó al servicio de Cirugía a mi cargo, del Hospital General, el 8 de octubre, a curarse de un dolor en el estómago.

Dice la paciente que desde ocho días antes sintió un dolor en el epigastrio que irradiaba hacia la izquierda (Hipocondrio y flanco) con náuseas, vómitos, cefalalgia y ligera temperatura.

Al examen local, encontramos un abdomen aparentemente normal, contractura localizada a las regiones epigástricas, dolor muy marcado en la misma, puntos vesicular y hepatocolodociano indoloros.

Al examen general, regular contextura, anemia, un tinte icterico suave en las escleróticas, micropoliadenitis general.

Aparato respiratorio y circulatorio : Normal. Útero: Fibromatoso, siente a veces fríos, piquetazos y deseos inmotivados de llorar. Ha padecido de paludismo. Tuvo un aborto. Reacción de Kahn: Positiva más tres, hace algunos meses, Se trató entonces con 914 y Cianuro de Mercurio.

Algunos días antes de presentarse el dolor que inició su enfermedad, después de las comidas le molestaba una sensación de plenitud y agruras. Antecedentes hereditarios y colatera-

les: Sin importancia. No tiene hijos.

Examen de laboratorio: Hematozoario: Negativo. Kahn: Negativo. Glóbulos rojos: .... 3.272,000. Glóbulos blancos 9,050. Fórmula Leucocitaria:

Linocitos	38 %
Neutrofilos	57 %
Grandes Mononucleares	3 %
Transicionales	2 %

Orina: Gran cantidad de pigmentos y sales biliares.

Materias fecales: Negativo por amibas y otros parásitos.

Colecistografía: Negativa.

### DISCUSIÓN:

Tres días después de su ingreso al Hospital y gracias a la dieta, reposo y bolsa de hielo en el epigastrio, los vómitos y dolores desaparecieron. Quedamos entonces frente a un solo síntoma: La ictericia. Al principio muy suave en las escleróticas y casi imperceptible en los tegumentos y mucosas.

Nos planteamos, esta cuestión: Es una ictericia bilifeica o hemafeica. Por la coloración amarillo canario, ausencia de prurito, materias fecales coloreadas, ausencia de antecedentes biliares creímos se trataba de una ictericia hemafeica y formulamos tres hipótesis: Paludismo, Sífilis, Intoxicación arsenical.

La paciente estuvo recientemente en tratamiento por un paludismo franco.

Hace ocho días le habían puesto la última inyección de una serie de 914 por haber obtenido una reacción de Kahn más tres y entonces cabía preguntarse si

la ictericia no era el resultado de una intoxicación arsenical o bien de una insuficiencia hepática específica agravada por el 914.

A pesar de la administración de colagogos, régimen alimenticio poco tóxico, gran cantidad de agua y laxantes la ictericia se fue acentuando más cada día hasta invadir francamente los tegumentos y mucosas y dar la coloración amarillo azafrán característica de la ictericia por retención ocho días después de ingresar al hospital. El examen de orina hecho entonces, mostró abundantes pigmentos y sales biliares y una colecistografía negativa.

En la ausencia de síntomas francos de obstrucción biliar sospechamos por la radiografía, la acentuación de la ictericia, la abundancia de pigmentos biliares aunque faltaron muchos síntomas, en una obstrucción, del colédoco producida probablemente por un ganglio ya que habíamos constatado una micropoliadeni-

tis generalizada y una alteración del cístico, pues el tetrayodo no entró a la vesícula.

Una Laparotomía oblicua subcostal, muestra efectivamente un ganglio del tamaño de una almendra comprimiendo el colédoco al nivel del borde superior del duodeno y un cístico flexuoso. Extirpación del ganglio y colecistectomía. Suturas sin drenaje. Cicatrización por primera intención.

La ictericia va desapareciendo rápidamente. 20 días después de la operación es casi imperceptible. La paciente se encuentra ahora 25 días después de operada en vías de franca curación.

Conclusión: No pensar sólo en cálculos o tumores de vecindad en esas ictericias sin causa aparente.

Colecistografía sistemática. Negativa índice casi seguro de vesícula patológica. En la duda la laparotomía exploradora perfectamente inofensiva.

*S. Paredes P...*

---

*PROGRESO EN EL DIAGNOSTICO DE LA VIDA IN-TRA-UTERINA —o—*

El profesor Alberto Peralta Ramos, de Buenos Aires, al final de una conferencia pronunciada recientemente llega a las conclusiones siguientes: La Electrocardiografía del niño in útero prueba que está vivo en los últimos meses del embarazo. Con los progresos del método se puede esperar una localización exacta del corazón y diagnosticar precozmente la vida del mismo. La Cardiotelefonía facilita el diagnóstico precoz del embarazo y la transmisión a distancia de los ruidos del corazón fetal durante el parto; de importancia capitalísima para la enseñanza obstétrica. La fonocardiografía, sirve para el estudio de los tonos del corazón del niño y las irregularidades desde el quinto al octavo mes. Enseñanzas útiles para el estudio clínico y terapéutico de las arritmias intrauterinas. El dispositivo moderno de Montellano permite el diagnóstico de las alteraciones cardiovasculares y lesiones congénitas del niño. De gran importancia será el estudio comparativo del Fonocardiograma en el curso de las afecciones maternas especialmente la intoxicación gravídica. Es un procedimiento que

*La Apendicitis en la historia*

Hipócrates y otros griegos y romanos mencionan síntomas y signos indicativos de apendicitis.

El primer caso fidedigno fue descrito por Heisted, en 1754. Melier diferenció la enfermedad del ciego del apéndice en 1827.

Habershorn en 1862 en su obra sobre las enfermedades del aparato digestivo demostró tener una idea cabal de las manifestaciones clínicas de la enfermedad del apéndice y describió la perforación. Fitz en 1886 hizo notar que los síntomas de **Tiflitis**, peritiflitis y apendicitis eran observados en la perforación del apéndice probando que allí residía el foco primitivo.

(Boletín de la oficina sanitaria Pan-Americana).

en no lejano día constituirá una aplicación sistemática en todo examen obstétrico.

La Amniografía destinada a visualizar las partes blandas fetales permitirá la investigación de los fenómenos de intercambio maternal y fetal y de la biología, fisiología y patología del producto de la concepción.

(Tomado del Día Médico de Buenos Aires.)

## VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

*Litiasis biliar.* — Los diversos problemas que suscita la litiasis biliar y que interesan hoy a los médicos, han sido expuestos y discutidos en el *Congreso Internacional de Vichy*.

N. FIESSINGER expone el papel del hígado en la *patogenia de la litiasis biliar*; dice que la tendencia actual no es admitir un origen patogénico exclusivo, infeccioso, mecánico o dinámico, sino que evoluciona hacia un concepto ecléctico, en el que se combinan factores múltiples. La litiasis es el último término de un proceso complejo hepatovesicular. El papel del hígado está demostrado por la existencia de la litiasis hepática y de la litiasis que puede observarse después de las colecistectomías. Su primer papel es la formación del núcleo calculoso, aquel núcleo pigmentario que existe, conforme ha mostrado Rowsing, en el centro de todo cálculo y que encontramos incluso en los cálculos llamados colesterinicos puros; el segundo papel es el referente a la precipitación del colesterol, que sin duda alguna favorece, conforme lo creía ya CHAUFARD, mediante una excreción insuficiente de sales biliares. Con respecto a este último punto, hay quizá un trastorno humoral general, denominado a veces diátesis colesterínica, pero que, como causante del mismo, el hígado desempeña con toda seguridad un papel predominante. En cuanto a la vesícula, es no solamente un foco de concentración y un lugar de estancación, sino también a

veces el asiento de la infección. Marcelo BRULE por una parte. HARVIER y CAROLI, por otra, estudian las *ictericias de la litiasis*. Marcelo BRULE describe las ictericias por litiasis de la vía principal, *ictericias mecánicas*, cuya existencia ha podido ser, equivocadamente, discutida, y que son debidas a 3a obstrucción por el cálculo, completada por el edema inflamatorio de las paredes coledólicas. HARVIER y CAROLI describen las *ictericias por hepatitis*, ictericias graves o ictericias benignas, que se observan en la litiasis; en esta variedad de ictericia que durante la intervención quirúrgica, no encontramos en el colédoco ni cálculo, ni bilis, y que si practicamos una biopsia hepática, comprobamos la existencia de lesiones celulares, comparables, en los casos graves, con las que se observan en las atrofias agudas del hígado.

*El tratamiento médico* ha sido estudiado por M. OHIRAY y I. PATEL, E. CHABROL. P. ABRA MI, F. UMBER, PIERY y MILHAUD. CHIRAY y PATEL estudian el *drenaje de las vías biliares*, mostrando que se han obtenido buenos resultados en las litiasis simples de la vesícula, a veces en la litiasis vesicular infectada también, en la litiasis del colédoco y, mayor frecuencia aun, después de la colecistectomía. E. CHABROL estudia la acción de los *medicamentos coleréticos*, es decir, de los medicamentos que no obran sobre la excreción biliar.

como los colagogos, sino sobre la secreción biliar, que aumentan, y P. ABRAMI, estudia la acción de los medicamentos de las vías biliares. F. UMBER expone el tratamiento con la *insulina-glucosa*: muchas lesiones celulares hepáticas son debidas a una autólisis producida por la desaparición del glucógeno, agente protector de la célula contra las toxinas, los **venenos**, y de los fermentos segregados por esta célula; procura aumentar el glucógeno de la célula hepática, y para ello administra simultáneamente insulina y glucosa. Ahora bien, en la litiasis existen lesiones degenerativas graves del hígado, y F. UMBER recomienda la insulínaglucosa, ya como tratamiento corriente, ya como tratamiento pre o postoperatorio.

**PIERI** y **MILHAUD** tratan de precisar el modo de **obrar** de las *aguas minerales* sobre el estado y sobre las funciones vesiculares. **DELHERM** Y **DAUSSET** precisan la acción sedante y las indicaciones de la *diatermia* en la litiasis biliar.

Una parte importante de la discusión fue la referente a las *secuelas de colecistectomía*. **J. VÍCTOR DONNET** confirma, mediante investigaciones experimentales, la opinión generalmente admitida que la extirpación de la vesícula no es un acto indiferente: ha comprobado que la colecistectomía va acompañada de una imperfección en el metabolismo de las grasas y de las sustancias nitrogenadas y que aumenta la virulencia de la flora microbiana intestinal: la extirpación de la vesícula sólo está indicada cuando la función

vesicular está profundamente alterada.

El *estudio clínico de las secuelas de la colecistectomía* fue expuesto por David "WILKE, A. GOSSET y D. PETIT DUTAILLIS GASTÓN GIRARD. Numerosas son estas secuelas: trastornos debidos a la coexistencia con otra afección, úlcera duodenal, apendicitis, etc.; trastornos debidos al estado anterior del hígado y del páncreas, y probablemente a la supresión del reservorio contráctil; trastornos dispépticos y trastornos neurovegetativos; evolución de cólicos hepáticos, hepatitis icterígena, ictericia por obstrucción; perivisceritis en forma de periduodenitis o de pericolitis. Estos trastornos reclaman: los primeros, un tratamiento médico e hidrológico, que deberá ser instituido después de la colecistectomía; los últimos, un tratamiento quirúrgico, teniendo siempre presente que en las perivisceritis no debemos apresurarnos en intervenir, pues muchas veces aparece una mejoría espontánea.

En contra de la opinión generalmente admitida, que la extirpación de la vesícula no deja de tener, desde el punto de vista fisiológico, inconvenientes, **D. WILKIE** cree que en los seiscientos cincuenta casos que ha examinado, no puede ser atribuida a esta extirpación ninguna consecuencia desagradable bien definida; según él, la persistencia de los trastornos después de la operación es debida a una operación incompleta. No obstante, la *colecistostomía* que, durante estos últimos años parecía estar casi completamente abando-

nada y substituida por la colecistectomía, vuelve a ser empleada a causa precisamente de la existencia de estas secuelas: B. DESPLAS y J. MEILEERE precisa las indicaciones.

DIVERSOS. — La descripción de la *crisis biliosa*, abandonada en Francia, pero conservada por los anglosajones (**bilious attack**), es de nuevo estudiada por M. CHIRAY y R. GEROLAMI. Crisis de veinticuatro a cuarenta y ocho horas de duración, está constituida por vómitos biliosos, muchas veces abundantes, diarrea biliosa o cefalea. CHIRAY y GEROLAMI amplían mucho la etiología de estas crisis: colecistotomía, colecistitis crónica, liatiásica o no, congestión hepática, muchas veces en relación con la estasis intestinal, estenosis duodenales infravaterianas, afecciones renales dolorosas, afecciones uteroanexiales, enfermedades del sistema nervioso,

tumor, epilepsia, tabes, desequilibrio neurovegetativo, disfuncionalismo, endocrino, etc.

Estudiando J. M. MARSHALL los *tumores de las vías biliares*, ha visto que en 43 por 100 de los casos había cálculos. Este factor etiológico, en el cáncer de las vías biliares, debe ser relacionado con lo que se observa en el cáncer de la vesícula. P. F. SHAPIRO y R. A. LIFVENDAHL del estudio de quince casos de tumores de las vías biliares, de los cuales doce cánceres, deducen que el cuadro clínico nada tiene de característico: la ictericia no es siempre el primer síntoma, ni tampoco el síntoma dominante, su aumento no es siempre progresivo y puede no ir acompañado de dolores. Muchas veces los focos metastásicos constituyen las primeras manifestaciones clínicas.

*La ascariidiosis de las vías biliares*, de la que HECKENROTH

publica un estudio de conjunto, es conocida desde hace mucho tiempo: puede producir crisis dolorosas del tipo del cólico hepático, obstrucciones icterígenas, y también infección, que puede llegar hasta el absceso del hígado. ISHIYAMA refiere dos casos, de forma icterica, de los cuales uno iba acompañado de litiasis.

En otra observación de colecistitis parasitaria con ictericia, la vesícula no contenía ascárides, pero sí huevos de distoma japonicum, y había también un cálculo en el cístico.

P. CHANTRIOT refiere un caso de peritonitis subhepática por perforación de la vesícula biliar, en un enfermo en cuyo intestino había un gran número de *giardia intestinalis*. Cree que las lamblias han ejercido una acción patógena importante, preparando el camino al colibacilo, habiendo el enfermo curado, después de la intervención, gracias a una vacunación anticolibacilar.

La existencia de *pancreatitis crónicas o agudas*, secundarias a vías biliares, es bien conocida. J. A WOLFER, se pregunta si en algunos casos el jugo pancreático ejerce un cierto papel en la producción de afecciones vesiculares. Operando un enfermo afecto de pancreatitis subaguda, ha visto una colecistitis cuyo aspecto era el de una colecistitis flemonosa aguda; pero el contenido de la vesícula y de las vías biliares era estéril. Cree que la alteración vesicular era debida a la acción del jugo pancreático que habría refluído hasta la vesícula; experimentalmente, inyectando jugo pancreático

en la vesícula, provoca la aparición de lesiones vesiculares de tipos anatómicos diversos.

B. DESPLAS y J. DALSACE, que con el nombre de *bilis negra* han descrito un síndrome anatomoclínico, caracterizado por trastornos digestivos y psíquicos y por la presencia de bilis negra, generalmente aséptica, en la vesícula biliar, afirman la existencia del mismo síndrome en casos de litiasis biliar, en los que el drenaje quirúrgico ha confirmado su opinión del origen hepático y no vesicular de esta bilis negra.

*Fisiopatología.*—E. CHABROL, CHARONNAT, MAXIMIN Y WAILTZ, han estudiado experimentalmente la acción colorética y diurética de la *alcachofa*, acción de muy antiguo conocida y resuscitada por BREL. Han comprobado la realidad de esta acción: después de inyección intravenosa de extracto, la producción de bilis ha sido triple o cuádruple. Otros compuestos ejercen la misma acción. Esta acción común sería debida, no a las sales de potasa, como se había creído, sino a la presencia de cuerpos de función fenólica.

La *colesterina* se encuentra en cantidad elevada en la bilis vesicular; para explicarla se han propuesto dos hipótesis; o bien la vesícula absorbiendo en una cantidad menor la colessterina que los demás elementos de la bilis, la colessterina se mantiene en una cantidad más elevada, o bien la pared vesicular segrega colessterina. Apoyándose en trabajos recientes y en investigaciones personales, M. CHIRAY y J. HESSE adoptan esta última hipótesis.

*Colecistografía, Intubación duodenal.* — La exploración de la vesícula, en especial mediante la colecistografía y la intubación duodenal, ha continuado siendo objeto de numerosos trabajos. L. BERARD y P. MALLET GUY, han efectuado estudios de conjunto desde el punto de vista quirúrgico, así como también R. GILBERT quien expone los métodos radiológicos de exploración en la litiasis y la ictericia litiásica, haciendo una **distinción** entre: 19 El método directo (radiografía sin preparación); 29 La investigación de los signos indirectos, después de ingestión de papilla opaca; 39 La colecistografía; 49 La hepatografía; 59 Los métodos conjuntados, y asimismo F. FISLER Y G. KOPSTEIN.

Los métodos por *ingestión bucal* y por *ingestión intravenosa* tienen partidarios. D. S. BEILIN y G. D. CARLSON, S. J. HAWLEY, prefieren el método por **ingestión** bucal, cuyos resultados son casi siempre muy satisfactorios, y, en cambio, las reacciones son menos desagradables. L. HITZROT y E. PENDERGRAS expresan la misma opinión, y tan sólo utilizan la inyección intravenosa en los casos dudosos. En cambio, M. BERMOND, MENOURS AUGUSTE creen que la vía venosa es muy superior a la bucal, dando imágenes de repleción vesicular en casos en que la vía bucal no los da, que siguiendo una buena técnica se evitan las reacciones y no se observan los trastornos digestivos tan a menudo producidos por la ingestión bucal. P. B. DAVID-

SON, F. BIGURIA y J. ROSENTHAL, emplean una técnica mixta asociando las vías bucal e intravenosa.

Consecutivamente a interesantes investigaciones sobre la eliminación de la tetrayodofenoltaleína por el hígado, en el hombre, M. CHIRAY, J. LESAGE y E. TASCHNER recuerdan' que "la colecistografía negativa no siempre debe ser interpretada como un signo de afección vesicular grave, porque hay que tener en cuenta la parte del hígado que debe asegurar la eliminación yodada, y la de las modificaciones de la mucosa colecística, que asegura de un modo más o menos perfecto la concentración, y después la fijación del yodo."

Los *estimulantes de la contracción vesicular*, empleados en la intubación duodenal, o como conclusión del estudio colecistográfico, son numerosos. R. de GRAILLY da la preferencia a los *Cuerpos grasos*, que parecen ser más activos que las soluciones magnésicas, crema, yema de huevo y sobre todo los aceites, en especial el de olivas; este último ejerce también una acción terapéutica en las afecciones vesiculares, utilizada desde larga fecha. L. LEVYN propone substituir las comidas grasas por una *emulsión de lecitina*, que tiene la ventaja de poder ser administrada a pequeñas dosis (10 c. o y ser eliminada inmediatamente del estómago, sin retardar el peristaltismo, todo lo contrario de los cuerpos grasos.—*De Le Monde Medical.*

## Afecciones Médicas que complican la Gestación

*Vómitos graves.* — R. LEVEN expone en su tesis, en la que ha puesto un prefacio RUDAUX, el método terapéutico ideado y repetidas veces expuesto por G. LEVEN contra los vómitos graves del embarazo. Es imposible resumir este trabajo en pocas líneas. Digamos tan sólo que desde el empleo de este método, RUDAXIX dice no haberse encontrado ya desarmado en presencia de vómitos incoercibles y que con la aplicación integral de este método, no ha tenido que recurrir nunca a provocar un aborto terapéutico.

BRINDEAUX y LANTUEJOUL tampoco han tenido que recurrir nunca más al aborto desde 1919. Es posible que las formas muy graves sea más raras que antes, pero no creemos en la virtud específica de tal o cual tratamiento. Precisa reconocer que una vigilancia general de la mujer embarazada impide la aparición de vómitos graves, y que una vez constituido el síndrome, cede, en la mayoría de casos, con un tratamiento simple, ante todo de orden psicoterápico (*aislamiento completo*), y luchando además contra la deshidratación, el estreñimiento, el insomnio y la hipertensión.

En apoyo de lo dicho por BRINDEAUX y LANTUEJOUL, podríamos citar el eclecticismo terapéutico de los diferentes autores que han obtenido también éxitos.

SPEDER refiere nueve casos de vómitos graves en los que se obtuvo la curación con una irradiación del simpático de la re-

gión dorsolumbar, con los rayos X (dosis no superior a 500 R). Después de un recrudecimiento de los vómitos, hacia la sexta hora, la mejoría empieza a partir de las doce a las veinticuatro horas, y los vómitos desaparecen siempre, después de cuarenta y ocho horas. Asimismo, han curado un caso de corea gravídica.

Con motivo de una observación interesante, PAUCOT y GELLE muestran la dificultad de apreciar el valor de un tratamiento, y han puesto de relieve cuan discutibles son las indicaciones consideradas como formales de interrupción del embarazo. Debemos ser muy ecléticos con el tratamiento, y sobre todo la convicción real o aparente del valor de estas prescripciones, no debe dejar adivinar a la enferma y a sus deudos duda alguna, pues tratándose de vómitos gravídicos, constituye un elemento de éxito.

H. PIGEAUD y ANDRE estudian el valor pronóstico de la curva representativa de las variaciones del coeficiente de MAILLAR DAn los vómitos graves:

1° Cada vez que la curva representativa del coeficiente de imperfección ureogénica sube de un modo progresivo y llega a rebasar las cifras 25 o 30, trátase siempre de un síndrome de vómitos sumamente graves, a propósito del cual puede pensarse en una interrupción del embarazo;

2<sup>1</sup>? Por el contrario, cada vez que esta curva descienda con regularidad, cualquiera que sea su punto de partida inicial, la enferma va hacia la curación.

Este es sólo tiene un valor completo cuando se une a los demás elementos de pronóstico buscado en las enfermas afectas de vómitos graves de la gestación.

*Tuberculosis y gestación.* — La importante cuestión de la interrupción del embarazo en la tuberculosis pulmonar ha sido estudiada por BRINDEAXJ y por COUVELAIRE.

Ambos están de acuerdo en decir que las indicaciones de esta interrupción deben ser consideradas como muy raras, que en todo caso nunca debe ser practicada después del cuarto mes y, finalmente, que es muy difícil apreciar los resultados obtenidos en una afección tan variable en sus formas clínicas y tan caprichosa en su evolución como es la tuberculosis pulmonar. Esta dificultad de apreciación de los resultados explica su divergen-

cia de opinión en cuanto a las indicaciones.

M. BRINDEAU interviene en las razones que justifican la abstención. Entre 54 tuberculosas, han sido practicadas diez y seis interrupciones con tres muertes ulteriores; permaneció en la expectativa en treinta y ocho casos de los cuales veinticinco han muerto después.

M. COUVELAIRE expone todas las razones que justifican la abstención; si hay agravación positiva, la interrupción es ineficaz, y si la agravación es tan sólo aparente, es inútil. Por el contrario, ha practicado, aún cuando de un modo excepcional, la interrupción del embarazo en las enfermas convalescientes de brotes evolutivos graves y recientes, pero anteriores a la fecundación y más especialmente a aquellas

---

en quienes las gestaciones se sucedían de un modo subintra-nte, con objeto de que una nueva gestación no viniera a perturbar la estabilización de sus lesiones. Entre once abortos practicados en estas condiciones, tres enfermas murieron, seis, doce y catorce meses después; dos han sido perdidas de vista siendo de temer que hayan muerto también.

Los tratamientos médicos son nuestro recurso menos falaz. Independientemente del neumórax artificial, será quizás conveniente emplear la crisoterapiu que León BERNARD ha mostrado los buenos efectos en algunos casos.

GAUJOUX y BOISSIER estudian la *meningitis tuberculosa* durante el embarazo. A propósito de una observación personal, estudian las observaciones por COUVELAIRE y LACOMME y las que han podido recoger (veinticinco en total). Muestran la frecuencia de los errores de diagnóstico y confirman que la meningitis no favorece en modo alguno la aparición del parto. Es especialmente nociva para el feto que casi siempre está contaminado *in útero*. La cesárea practicada en los casos en que el niño parece viable sólo pocas veces permitirá que el feto salga vivo.

Fue en un niño hijo de una mujer afecta de meningitis tuberculosa, que VORON, PIGEAUD y PIZERA han observado, un mes después del nacimiento, una granulía anatómica y experimentalmente comprobada. Este hecho viene en apoyo de las ideas expuestas por COUVELAIRE y LACOMME. Estos autores

han expuesto también, otro caso de tuberculosis congénita con presencia en la sangre de bacilos de Koch virulentos para el cobayo.

*Sífilis y gestación.* — CLEISZ estudia las lesiones de sífilis recientes en la mujer embarazada, mostrando que el chancro genital, los accidentes cutáneo mucosos y los trastornos generales son especialmente intensos en la mujer embarazada y experimentan una regresión una vez ha nacido el feto. El tratamiento de la mujer sífilítica embarazada debe ser intensivo y continuo: el tratamiento mercurial, por su acción diurética, sólo tiene interés en las albuminúricas (MILLIAN). El bismuto liposoluble, recomendado por M. PINARD y por G. SAUPHAR permite un tratamiento ambulatorio, y está también indicado en caso de sífilis arseno resistente o de intolerancia para el arsénico. Pero el tratamiento arsenical continúa siendo el tratamiento de elección por vía venosa o intramuscular.

Otro punto estudiado por CLEINZ es el de las complicaciones de orden distócico provocadas por un chancro, o una lesión secundaria o una esclerosis pura del cuello y del segmento. Prácticamente, el chancro del cuello impide que éste llegue a tener una dilatación suficiente, excepto en casos de feto muy pequeño o de chancro a una pequeña porción del cuello. Vémonos entonces obligados a intervenir e incluso a veces por vía alta a pesar de las malas condiciones del feto. *Pielonefritis.* — Según L. LE

LORIER la profilaxia de las *colibacilosis de la puerperalidad* se resume en estos tres términos: vigilancia del intestino, vigilancia del aparato urinario, refuerzo de las defensas del organismo, mediante el empleo de la vacuna anticolibacilar.

En cuanto al tratamiento, dejando de lado el régimen y el tratamiento intestinal, **deberemos** empezar por el medio más sencillo y al alcance de todo práctico, la distensión vesical, sin perjuicio de recurrir, en caso de fracaso, al cateterismo uretral.

ANDERODIAS, que ha estudiado las manifestaciones clínicas, insiste en su frecuencia mayor desde la guerra, aún teniendo en cuenta el hecho que sabemos reconocer mejor las pielonefritis gravídicas. Su pronóstico continúa siendo favorable y, en treinta años de práctica obstétrica, todos los casos que ha observado han curado. Si durante el embarazo algunos resisten a los medios empleados, **podemos** decir que todos ceden después de la evacuación uterina o en el puerperio, por más que vemos a veces repetirse los accidentes en los embarazos ulteriores.

Según HELD, toda pielonefritis gravídica reclama un control riguroso del funcionalismo re-

nal. Le sirven de guía tanto los signos clínicos como los exámenes de laboratorio (urea sanguínea, pruebas de eliminación y de concentración).

Junto a los fenómenos sépticos clínicos, el resultado de los hemocultivos proporciona datos preciosos para el estudio de la infección. En todos los casos rebeldes, el examen radiológico es indispensable.

Insiste en la ictericia y la cianosis observadas constantemente en los casos algo graves.

Desde el punto de vista terapéutico si el tratamiento médico es incipiente, se practicará el drenaje de la pelvis durante uno o varios días eventualmente con instilación de bactecoliphage.

Si el drenaje no produce la remisión de los fenómenos sépticos, o si existe una insuficiencia renal que no cede rápidamente con el tratamiento médico (suero glucosado hipertónico intravenoso), sería conveniente intervenir sobre el riñón a condición que el proceso sea unilateral. Si los dos riñones están afectados, por temor de bloquearlo con una intervención bilateral, será preferible interrumpir el embarazo, mediante el aborto terapéutico en los primeros meses del embarazo, y por histe-

rotomía durante la segunda mitad del embarazo.

*Nefrosis lipóidica.* — E. LEVY SOLAL y M. MAYER, a propósito de un caso personal, estudian la identidad de este síndrome de nefrosis, su etiología y las relaciones de la nefrosis con la gestación. Recuerdan que la existencia de accidentes tóxicos graves en ausencia de toda albuminuria, de toda hipertensión o de toda hiperazotemia premonitoria debe inducir -a investigar todos los tests susceptibles de iluminarnos, en especial los signos humorales tales como la hipocalcemia y la hipoproteinemia.

*Distocia.* — *Hemorragias que complican la gestación y el parto.* — Los principios actuales del tratamiento de *la placenta previa* son estudiados por la señorita VERSINI en una tesis fundada en numerosos documentos clínicos.

El tratamiento obstétrico, caracterizado esencialmente por la rotura amplia de las membranas, basta casi siempre para dominar la hemorragia (inserción lateral, hemorragia de importancia variable pero aislada, sin distocia sobreañadida.)

Pero en los demás casos, la cesárea ha permitido mejorar el pronóstico, tanto materno como fetal. Apesar de todo sus indicaciones son limitadas: 1° a los casos en que el diagnóstico de *placenta previa* ha podido ser hecho al principio del parto; 2° en las *hemorragias graves*, ya muy abundantes desde un principio, ya repetidas sin alteración grave del estado general, sobre todo si se trata de una primípara en la que los métodos obstétricos no permiten pensar en

una datación rápida del cuello; 3° en las *distocias complejas*. El valor del niño la edad de la mujer, su paridad, el número de hijos vivos desempeña un papel en la indicación operatoria.

El método de elección parece ser la cesárea baja, que practicaremos conservadora en una primípara joven que sangra por primera vez y en la que no existe ningún peligro de infección. AUTEFACE, BERMELIN y HAMANT, TRILLAT, AUDEBER y ESTIENY han referido varios casos.

*La cesárea mutilante* está indicada :

1° *En caso de hemorragia muy grave* y cuando el estado general hace que la mujer no pueda tolerar una nueva pérdida de sangre. Tan sólo la histerectomía es entonces capaz de conseguir una hemostasia rápida y absoluta. Sobre este punto ha insistido GAUTRET;

2° *En caso de infección latente o confirmada;*

3° Cada vez que un síndrome hemorrágico grave aparece en una mujer cuyos antecedentes hacen menos penible la mutilación (multípara de alguna edad con varios hijos vivos).

La histerectomía es pues en algunos casos el método de seguridad que tiene la ventaja de poner al abrigo de los riesgos de infección, por una parte, y por otra da la déla posibilidad de la hemorragias secundarias, contra las cuales el taponamiento uterino se ha visto era insuficiente y hasta peligroso (GAUTRET)

*El método de Delmas*, a pesar de sus inconvenientes en las mujeres hipotensas y anemiadas.

conserva sus partidarios, y LAMBERT ha referido tres casos seguidos de éxito desde el punto de vista materno, pero en el curso de los cuales dos niños entre tres murieron.

*Distosia en las mujeres obesas.*

A. FRUHINSHOLZ muestra que independientemente de la distosia de hombros puede observarse en algunas multíparas y en especial en las multíparas obesas una distosia de encajamiento caracterizada por el hecho de que después de la dilatación completa y rotura de las membranas la cabeza permanece en el estrecho superior.

M. LACOMME y F. LEPAGE insisten en el hecho que la distosia a veces sumamente grave que se ha observado en las obesas, es casi siempre, imprevista y cuya revelación progresiva durante el parto sólo nos lleva demasiado tarde a apreciar de un modo exacto la situación, cuando las condiciones operatorias son ya desfavorables. FRUHINS-HOLZ dice que la conducta que debe observarse en estos casos no deja de ser embarazosa. La cabeza debe ser bien vigilada durante los instantes después de la rotura de las membranas con dilatación completa. Hay enton-

ces un momento muy corto en el que si el feto no es muy grande y si toma mal el camino, la versión interna tiene algunas probabilidades de éxito. Transcurrido este plazo, sería preferible diferir toda intervención, instituir una prueba del trabajo suficiente, hasta donde lo permita la multiparidad, para acá bar según los progresos obtenidos durante la expectación, por una aplicación de fórceps o una cesárea supra sinfisaria. El estudio de diez y seis observaciones personales lleva a LACOMME y LEPAQE a conclusiones análogas. Estos autores dicen que las intervenciones son casi siempre graves en las obesas porque en ellas las dificultades sea casi siempre mayores de lo que se había previsto *a priori*, y porque su duración excesiva muchas veces produce consecuencias graves en enfermas que toleran mal una anestesia prolongada. De modo que *en lo posible* sólo deberemos practicar operaciones bien regladas y cortas.

*Fibromas.* H. BOMPART estudia la *histerectomía abdominal por fibromas durante el embarazo*, intervención de excepción por cuanto elimina por completo

la histerectomía por fibroma seguida de cesárea cerca del parto. La indicación operatoria se reduce en más de la mitad de los casos de los accidentes graves de compresión que fuerzan la mano del cirujano. Proviene a veces también de accidentes graves hemorrágicos o infecciosos relacionados con un aborto, y más rara vez con una alteración rápida del estado general en rotación con fenómenos tóxicos debidos a la necrobiosis del fibroma. Muchas veces también, la intervención es practicada sin que se haya diagnosticado el embarazo incipiente

Las indicaciones de la histerectomía abdominal por fibroma derivan de la imposibilidad de la miomectomía. Tan sólo ha sido practicada en un cierto número de casos muy limitados por cierto con excelentes resultados: mortalidad poco elevada, complicaciones post operatorias excepcionales.

Las conclusiones de MATVEIEFF son completamente análogas: según él todo método operatorio durante el embarazo que

no tienda a la conservación del útero sólo de un modo excepcional estará indicado.

A propósito de tres casos de roturas, durante la gestación, de úteros en los que había sido ya practicada la cesárea, casos expuestos a la Sociedad de Medicina Legal, DEVRAIGNE insiste en las formas insidiosas. Independientemente de los casos en que existe una causa clínicamente revelable de rotura, independientemente de toda inyección de hipófisis, puede observarse este accidente.

Las observaciones de este tipo son numerosas. La única particularidad etiológica que puede a veces encontrarse es la existencia de una raspado en los antecedentes.

La rotura de un útero anteriormente intervenido por cesárea es muchas veces insidiosa y se traduce por un dolor abdominal vago, mal localizado no perdiendo sangre la mujer no habiendo forzosamente hemorragia interna, el útero puede ser palpado y parecer normal, vacío. (Del Monde Medical.)

## REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

*La cuestión del tratamiento de la peritonitis difusa y considera -  
dones sobre las adherencias  
Post-Operatorias y  
oclusión por bridas*

K. O. Peters de Viena, en Archiv für Klinisches Chirurgie revisa varias estadísticas de Peritonitis (Apendicitis, estómago, duodeno vesícula biliar, aparato genital de mujer, intestino delgado y grueso); da los resultados de su experiencia, cita algunos ejemplos típicos e insiste sobre las incisiones pequeñas, el cuidado de no traumatizar, evitar toda hemorragia, toda evisceración, operar rápidamente, abstenerse del drenaje ofensivo para no impedir la defenza del peritoneo. Los resultados observados muchos años después, muestran un estado abdominal sensiblemente normal y el examen de las diferentes adherencias constatadas en el curso de las autopsias, enseña retrospectivamente que cuando más precoz fue la operación menos importantes son los peligros y las alteraciones post-operatorias.

La cifra más elocuente la da la Apendicitis: 0.6 por 100 de mortalidad y 0.4 por 100 casos de oclusión postoperatoria.

*La iliostomía en el tratamiento de la oclusión intestinal después de intervenciones por Apendicitis aguda*

G. Petren, de Lund, en el Acta Chirurgica Escandinávica, relata

18 casos personales de oclusión intestinal post-operatoria de origen mecánico y consecutivos a intervenciones practicadas por Peritonitis Apendicular.

Aconseja contentarse en la regla con practicar una simple Ileostomía bajo anestesia local.

*Examen radiológico del apéndice. Resultado de 304 radiografías y 144 apendicectomías* K. E. Herlyn de Gottingen, en Derchirurg, precisa la técnica de exploración apendicular radiológica controlando los resultados con el examen macro y microscópico de los Apéndices extirpados.

Exámenes sucesivos son necesarios para obtener la visibilidad del órgano sobre todo tres a cuatro horas después de la administración del enema baritado de preferencia a la comida. Procediendo así el autor pudo obtener la imagen del apéndice en 184 casos sobre 304.

Para probar que no atribuye á este método de exploración un valor absoluto Herlyn opone 184 casos donde el apéndice es visible de los que 81 son operados a los 120 casos en que el apéndice es invisible de las que 73 son operados y se encuentran las lesiones siguientes:

17 adherencias, 15 obstrucciones, 8 estenosis, 9 inflamaciones agudas, 6 apéndices **retrocecales** una inflamación granular. 1 cálculo estercoral, 11 apéndices no modificador, 5 ningún trastorno. Existían, pues, lesiones cier-

tas en la ausencia de todo signo radiológico en 5" casos sobre 73. La no llenada del apéndice puede resultar de un espesamiento de la mucosa o de un espasmo esfinteriano. Las verificaciones permiten demostrar que en estos casos la comida de varrio no penetra mejor que el **enma**.

El estudio de la imagen apendicular normal y patológico comprende los problemas siguientes:

1<sup>o</sup>?.—Lleno—incompleto—testifica la irregularidad de la anchura, o límites de la sombra, o estiramiento, o no visibilidad de la punta. Este estudio es sobre la base. Infundibular o retraída en su origen puede mostrar adherencias u obstrucción explicando la no llenada y por tanto trastornos cuando la base es dolorosa a la presión. El cuerpo también puede ser irregular por iguales razones pero debe ser verificado en distintas condiciones y diferentes momentos. No tiene valor si no es observada constantemente. El afilamiento de la punta testimonia adherencias o inflamación antigua.

2<sup>o</sup>?.—La longitud del Apéndice nada tiene de patognomónico, sin embargo, apéndices largos y estrechos son frecuentemente patológicos.

3<sup>o</sup>?.—La situación y movilidad deben estudiarse inmovilizando el ciego por compresión y movilizándolo el órgano; se puede así determinar adherencias al ciego o la pared tomado por reparo el esqueleto.

4<sup>o</sup>?.—El estudio del llenamiento, evacuación y peristaltismo apendicular permite conocer la motilidad propia. La, **evacuación** puede ser rápida o durar varios

días, habiendo en este caso estasis.

La disminución del peristaltismo mostrado por radiografías en serie *es* frecuentemente señal de adherencias.

5<sup>o</sup>?.—El dolor a la presión directa o la tracción del ciego es un signo de gran valor positivo en ochenta por ciento de los casos operados.

6<sup>o</sup>?.—Errores de interpretación y anomalías de posición: Puede creerse en posiciones pélvicas ascendentes cuando la sombra apendicular es simulada por una anza ileal todavía llena. Debe precederse a nuevo examen.

7<sup>o</sup>?.—Las modificaciones de la sombra cecal puede interpretarse como signos indirectos de inflamación del apéndice sobre todo cuando se notan incisuras o irregularidades constantes.

Si bien las consideraciones de Herlyn no enseñan un camino exacto sobre el diagnóstico radiológico del apéndice si muestra que en ciertos casos ha podido indicar formalmente una intervención o al contrario evitarla.

#### *Estadística clínica sobre la apendicitis*

G. Hielman, de Helsingfors, en el Acta Societates Medicorum Fennica **Duodecim** recoge estadística de 5287 **apendicitis** tratadas de 1921 a 1930 en dos servicios de Helsinki con mortalidad global de 2.67 por ciento.

El 3818 casos operados con 17 muertos tuvo:

3,114 casos no complicados con 23 muertos o sea 0.74 por 100, 219 abscesos periapendiculares con 21 muertos o sea 9.54 por **100**, 483 peritonitis difusas con 73 muer-

tos o sea 15.11 por 100. Estas cifras demuestran la necesidad de la intervención precoz mortalidad de 0.88 el primer día subiendo hasta 5.26 por 100 el 49 día. Sin embargo la operación precoz no fue realizada sino en 51 por 100 de casos dentro de las primeras 48 horas y sobre la peritonitis difusas (173) 35.5 por 100 se produjeron antes de las 48 horas.

Es interesante precisar la mortalidad de la peritonitis difusa:

3.23 por 100 en el primer día.

11.35 por 100 en el segundo día.

11.73 por 100 en el tercer día.

24.83 por 100 en el cuarto día.

Las complicaciones parecen más frecuentes antes de los 10 años y después de los 50 con un aumento manifiesto de la mortalidad en los últimos.

*Compresión del colédoco por adenopatía de los ganglios del colédoco*

P. Baldón de Roma en el Archiv für Klinische Chirurgie, publica 4 casos observados en el

servicio del Profesor Alessandri en el Policlínico de Roma en corto espacio de tiempo.

El 1° en una mujer de 26 años, se encontró a la intervención un ganglio duro como una piedra que comprimía el colédoco produciendo vivos dolores, jamás **úl-cera** ni fiebre. El examen histológico mostró un ganglio lleno de substancia caseosa.

2°—Un joven de 14 años con violentas crisis dolorosas e ictericia con decoloración de materias. Se encontró una masa pegada al páncreas y al colédoco y el examen histológico mostró estar compuesta de ganglios linfáticos inflamatorios sin carácter de tuberculosis.

El 3er. caso un hombre de 56 años que vio aparecer después de algunos trastornos digestivos, sin dolor y sin fiebre una ictericia de las **conjuntivas**, prurito y dos meses después crisis de cólicos con vómitos biliosos. X la intervención se vio un colédoco dilatado y una masa gruesa como una nuez en el ángulo en-

tre el colédoco y el duodeno.

Al examen histológico se comprobó una adenitis Hiperplásica simple.

El 4º caso, un joven de 20 años que tuvo violentos dolores, 10 días después una ictericia con temperatura elevada. La intervención mostró un hígado muy voluminoso, un colédoco muy dilatado pero sin cálculos; un ganglio cístico muy aumentado de volumen fue estirpado con otros situados sobre el borde externo del colédoco, en fin un gran ganglio en la desembocadura del cístico rodeando la cara posterior del colédoco.

El examen histológico confirmó una linfangitis aguda con ganglio lleno de linfocitos y espesamiento del endotelio de los vasos linfáticos.

El enfermo vio desaparecer su ictericia rápidamente, pero presentó accesos de temperatura, después una bronconeumonía, que lo mató al 42º día. La autopsia mostró una endocarditis, un infarto del miocardio y una pleuresía purulenta.

El autor da cuenta de 27 observaciones publicadas hasta hoy, por diferentes autores concernientes a casos semejantes.

Nosotros publicamos en este mismo número un caso presentado a la Asociación Médica Hondureña en la sesión del 4 de noviembre.

#### *Colecistostomía*

J. M. Medinaveitra en Los Progresos de la clínica expone su criterio en un artículo basado sobre 30 observaciones.

Utiliza siempre la anestesia local después de inyección de morfina y de sulfato de eserina.

Incisión: laparotomía media supraumbilical. Después del tiempo indispensable de exploración completa, punción de la vesícula para disminuir la tensión; incisión y extracción de cálculos. Con el pequeño explorador de Desjardins verifica el cístico y canales hepáticos, y luego algunos centímetros en el colédoco.- fijación de una sonda de Pezzer al fondo de la vesícula e inyección de sulfato de magnesia para determinar un aflujo biliar y darse así cuenta si la vesícula no es permeable. Se fija ésta al peritoneo parietal y no a la piel. Por último la pared abdominal es suturada en un sólo plano. El enfermo se levantó el 49 día. Para quitar la sonda debe basarse sobre el examen bacteriológico de la bilis y suprimirla cuando ésta se encuentra estéril. La fístula se cierra siempre espontáneamente.

El autor no ha tenido un muerto en 30 casos y recomienda 3.1 tratamiento postoperatorio hacer frecuentes sondajes duodenales.

Es el objeto del artículo demostrar la excelencia de la colecistostomía sobre la colecistectomía. Asunto en discusión desde hace mucho tiempo y sobre el cual no se ha producido la última palabra.

#### *Esplenectomía por anemia espiénica y kiste hidático del epiplon*

*pancreático esplénico* J. A. Bengolea, H. H. Mascheroni y A. Negri en la Prensa Médica Argentina publican el caso de una mujer de 22 años que tuvo a los 14 años paludismo tratado con grandes dosis de quinina, acusa desde hace algunos

meses debilitamiento progresivo, anemia, palpitaciones, vértigos. Bruscamente dolor en el hipocostrio izquierdo con náuseas, sudores fríos, urticaria, hematemesis de casi un litro repetida el día siguiente. Fórmula sanguínea 1.010.00. Esplenomegalia importante. Se trata de una anemia desconocida independiente de la esplenomegalia y probablemente palúdica o hay correlación entre los dos fenómenos? La anemia existía antes de las hemorragias y la fórmula sanguínea desglobulización progresiva aun habiendo cesado las hemorragias. Fracazo de varias transfusiones.

Descartada la anemia perniciosa por no encontrarse ningún elemento de regeneración entropoyética.

Nada que justificase un origen tóxico, infeccioso o parasitario. En cambio varios signos nematológicos de una anemia palúdica: disminución del valor globular, ligera poikilosites, regeneración ortoplástica con leucopenia y mononucleosis.

nia y mononucleosis.

Con este diagnóstico se decidió la esplenectomía.

Anestesia local y éter.

Extirpación del baso y de un tumor incluido en el epiplón esplenopancreático que resultó ser un kiste hidático del epiplón la patogenia: El tumor produjo trastornos circulatorios (estasis venenosa) en el parénquima esplénico de donde lesiones del tipo enfermedad de Bantli.

La mejoría del enfermo fue clara y progresiva comprobada por el control de la fórmula sanguínea.

*Cuando deben tratarse quirúrgicamente los cálculos del riñón o del uréter?*

W. Sebening y H. Eltzer J; Francfort sur mein en Therapia der Gegenwart partiendo del principio conservador en la litiasis renal hacen hincapié sobre ciertas manifestaciones del orden funcional y radiológico; hay que fundarse: 10 Lesiones funcionales de origen mecánico; 29

Infección; 3º dolores para concluir en una indicación operatoria que se impone en 25 por 100 de los casos, según estadísticas alemanas más recientes.

En los cálculos bilaterales la indicación es más difícil por las recidivas.

Basarse sobre la evolución evitando la formación de una piónefrosis y pensar en la gravedad, de una nefrectomía.

En casos de anemia intentar un cateterismo ureteral y si no da resultado pielonefrostomía.

En caso de anuria refleja cateterismo uretral o anestesia espinal.

*Cáncer del pene en un hombre cuya esposa había muerto de un cáncer del útero*

Giordano de Venecia en la *Rinascenza Médica* publica el siguiente caso:

Un hombre de 70 años perdió su esposa 5 años antes, de un cáncer del útero después de habersele practicado una histerectomía.

Las últimas relaciones sexuales tuvieron lugar dos meses antes de morir.

Hace 5 meses le apareció un tumor al nivel del glande y se ha desarrollado progresivamente; ganglios duros e indolentes en las ingles.

*Amputación del pene*

Histológicamente se trata de un carcinoma a células basales.

*Tratamiento quirúrgico de la osteo-artritis de la cadera*

E. W. Hey Groves en el *British Medical Journal*, emite su opi-

nión sobre el tratamiento quirúrgico:

10—Artritis traumática unilateral con osteofitos.

Extirpación de las producciones óseas.

89—Artritis crónica deformante.

Artroplastía con modelaje de las superficies articulares.

30—Artritis dolorosa.

Artrodesis.

49—Anquilosis bilateral.

Resección del lado más doloroso.

5P—Anquilosis viciosa.

Osteotomía subtrocantaria.

*Artritis supurada de la rodilla a estreptococos, tratada -por la punción e inyección de bacteriófago*

M. Salmón y J. Dor de Marseille en *Boletines y Memorias de la Sociedad de Cirugía de Marsella* publican el caso de una artritis purulenta de la rodilla a estreptococos, sobrevinida en el curso de una septicopiohemia curó después de dos punciones y lavados al bacteriófago; 40 cms. de pus, extraída en la primera punción, 20 en la segunda.

El examen bacteriológico mostró una disminución paralela de los gérmenes microbianos.

Los autores no creen que la simple punción sea capaz de curar una artritis tan rápidamente, sin embargo lo aconsejan en la forma asociada al bacteriófago, ya que es perfectamente inofensivo y tal vez susceptible de impedir una intervención que pudiera al fin terminar en una anquilosis.

## HIGIENE RURAL

### *Las moscas*

En los climas templados la mosca doméstica, más extendida que ninguna otra especie de familia de los múscidos y vehículo de numerosas enfermedades, constituye una grave amenaza para el hombre. Según la opinión de un entomólogo norteamericano la mosca doméstica puede transportar 30 diferentes microbios. Cabe por tanto afirmar que este insecto no debe ser mejor tolerado en las casas o en los almacenes que las ratas portadoras de los gérmenes de la peste.

La mosca doméstica no pica. Nos es ahorrado este tormento suplementario porque la trompa que utiliza para succionar su alimentación termina en un par de lóbulos carnosos demasiado blandos para poder perforar la piel. No puede tampoco absorber alimentos sólidos y todo lo que ingurgita es sometido primeramente a la acción emoliente de su saliva.

Se conocen las metamorfosis de las moscas: primero el huevo, luego la larva, la crisálida y, finalmente, el insecto adulto. Este cesa de crecer en cuanto

abandona la crisálida y las moscas pequeñas no lo son por ser jóvenes ni alcanzan nunca un mayor tamaño. Los entomólogos han tratado de averiguar el destino de una mosca de un verano" a otro y su forma de pasar el invierno. Actualmente se admite generalmente que la mosca adulta, incluso la nacida en el otoño, no subsiste hasta la siguiente primavera y muere con los primeros fríos. La continuación de la especie queda asegurada por los huevos depositados en lugares calientes y con los recursos alimenticios necesarios. La reproducción se halla garantizada igualmente por la larva y la crisálida que resisten mejor el frío que el insecto adulto.

El refugio preferido de la mosca es el excremento fresco de los caballos. Es equivocada la creencia de que los estercoleros, que permanecen largo tiempo ante las granjas, atraen las moscas ya que éstas no pueden poner sus huevos en este elemento más que durante las primeras ocho horas de su exposición al aire. Cuando los huevos se abren, la mosca no pondrá nuevamente

---

# Dr. Fernando Marichal Streber

Cirujano Dentista

TELEFONO 11-81

TEGUCIGALPA

más que en una costra de estiércol fresco.

Estas nociones pueden ser de una gran utilidad al agricultor que quiera tomarse algunas pequeñas molestias. Tal, por ejemplo, el formar sus montones de estiércol en forma de paralelepípedo muy compacto y en el que aplastando bien los lados con una pala, la mosca no podrá penetrar para depositar sus huevos. Además, el estiércol bien amontonado conserva el calor desprendido de la fermentación, temperatura fatal para los huevos y las larvas.

Se podrá también descartar el peligro de las moscas rociando el estercolero con determinados productos como el eléboro o veratro, en la proporción de 230 gramos por 50 litros de agua. Después de bien mezclada esta preparación debe dejársela reposar durante veinticuatro horas y bastará para un montón de estiércol de un tercio de metro cúbico. Puede también emplearse con éxito el bórax en polvo que se extenderá en el estercolero en la proporción de mil gramos por metro cúbico. Los excrementos humanos pueden ser tratados de la misma manera. Es, sin embargo, preferible cubrirlos con tierra o arena de forma que las moscas no puedan penetrar.

Cuando la larva va a transformarse en crisálida abandona el lugar húmedo y templado por otro refugio más fresco y más seco. Es en el momento de esta emigración, efectuada generalmente de noche, cuando la mosca es más vulnerable. Si el estercolero ha sido formado en una plataforma rodeada de un poco de agua, la larva al emprender

su éxodo caerá y se ahogará. Las experiencias realizadas en Estados Unidos por medio de esta rudimentaria trampa han probado que un 99 por ciento de las larvas albergadas en el estercolero quedan así destruidas.

Por otra parte existe un gran número de procedimientos de desembarazarse de las moscas. En cualquier casa puede confeccionarse un papel "caza moscas" incorporando a 5 partes de aceite de ricino 8 de resina en polvo. Se disuelve la resina en el aceite calentando éste y la mezcla, aun tibia, se aplica en capas muy tenues en un papel que no absorba el aceite. Pueden también embadurnarse con esta mezcla cables metálicos bastante gruesos que cuelguen del techo y cuantos objetos en los que la mosca se posa preferentemente.

Existen numerosos productos comerciales destinados a exterminar las moscas. Es necesario, sin embargo, evitar el empleo de muchos que contienen arsénico y que constituyen un peligro para los seres humanos. He aquí una manera de preparar domésticamente un producto inofensivo: se mezcla a un medio litro de agua o leche, tres cucharadas pequeñas de formalina y se azucara ligeramente la mezcla. Para neutralizar la acidez, que ahuyentaría las moscas, se añade un poco de agua de cal. Este líquido se coloca en un recipiente provisto de una tapadera con un agujero que da paso a una mecha. Si no encuentra a su alcance otros alimentos, la mosca estimulada por el hambre se precipitará sobre esta mecha y absorberá el veneno.

## Lo sencillo que es evitar ciertos accidentes Post-operatorios acompañados de hiperazotemia

Leyendo uno de los artículos científicos de uno de los últimos números de "La Prensa Médica" he encontrado un artículo de los Profesores Robineau y Max Levy en el cual presentan a los círculos de profesionales una multitud de consideraciones respecto a las causas de las muertes de individuos operados que aparentemente estaban bien al salir de 3a Sala de Operaciones y que unas veces breves horas después y otras breves días aparecían ciertos síntomas de pronóstico fatal y que no se gastaban mucho tiempo para llevarse el caso en tratamiento.

Bastante vimos en nuestros libros al pasar por las aulas y lo hemos visto después ya profesionales que los motivos ocasionales de una defunción los podemos conocer *ipso-facto* por medio de la autopsia y nos encontramos una fractura enorme o una gran hemorragia y un flegmón mayúsculo o una infección a distancia y también hay ocaosines que aun así no podemos saber la causa de la muerte porque las circunstancias que la ocasionaron no la podemos encontrar como por ejemplo una falsa oclusión intestinal u otras pocas causas de igual índole.

También pueden atenuarse los daños de las moscas protegiendo los alimentos de su contacto o exterminándolas con medios **mecánicos** que por ser demasiado conocidos no merecen ser

En nuestra práctica nos hemos encontrado a cada rato enfermos operados que presentan una fascie peculiar -que nos hace presentir peligro: sed, náusea, vómitos, algo de timpanismo, pulso regular si es que no malo, poco de temperatura y especialmente hipo; podemos ponernos a pensar en todo lo que querramos, pero sí a ese enfermo le hacemos un examen de su sangre, le encontramos su índice de urea notablemente aumentado y en cambio encontramos los cloruros notables disminuidos, decoloración que la debemos especialmente a los vómitos que tanto molestan y debilitan y que hacen al enfermo perder ja moral. Podemos encontrar también en un enfermo la **hiperazotemia** y la hipocloremia sin que se presenten los síntomas que dejo expresados más arriba y este caso es peor porque no hemos sido advertidos del peligro, pero en ambos casos ese peligro puede ser combatido según los expresados profesores por medio de inyecciones de Cloruro de sodio en soluciones al 10, 20 y 30%, es decir, soluciones hipertónicas que van a restablecer el equilibrio humoral de la sangre y a evitar una serie de

recordados aquí.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de **Sociedades** de la Cruz Roja, 2, Ayenue Velázquez, PARÍS. VIIIe.)

síntomas molestos dando al mismo tiempo paz y tranquilidad al operado.

Como todos sabemos, cualquier intervención quirúrgica en la cual ha sido más o menos larga y accidentada la anestesia y en la que ha habido un mayor o menor shock, el índice de la urea sanguínea es aumentado según nos han dicho los textos de estudio ; desgraciadamente en nuestro medio en que ya comenzamos a no carecer de todo no hemos tenido manera de estudiar el quimiograma de la sangre que tan magistralmente nos diseñó ©1 Doctor Ricardo D. Alduvón en una notable conferencia que disertó en la Asociación Médica Hondureña, quimiograma que sería una brújula para llevar a buen fin y con seguridad el tratamiento post-operatorio y la convalecencia de nuestro paciente. Este índice de urea sanguínea, cuando no' es muy elevado, fuera de dar la alarma consiguiente es vencido por las fuerzas orgánicas vitales y regresiona a ser normal. Pero ¿y la hipocloremia?

Veamos: Tenemos un enfermo operado con el cuadro clínico esbozado al principio y por ende con el índice de cloruros disminuido en su sangre. Entonces, cualquiera que sea la forma que evolucionen esos accidentes, el tratamiento que nos indican los Profesores precitados es la inyección inmediatamente, o más antes si es posible, de suero hipertónico al 10, 20 o 30 % según la gravedad del caso y el mejor o peor estado general que presente ese enfermo, por la vía endovenosa a fin de restablecer el equilibrio del cloro plásmico

y globular desintegrados teniendo una rapidez de acción sorprendente. Aquí en nuestro Hospital y en "La Policlínica" ya ha sido comenzado a experimentar este suero hipertónico intravenoso con resultados notables.

Este artículo, como comprenderá el colega lector amable, me ha movido a escribirlo únicamente su importancia y la fácil aplicación en nuestro medio, después de leer las notables y proficuas observaciones hechas por notables maestros en las escuelas extranjeras; de parte nuestra tenemos la buena voluntad para este estudio y poner al lector en orientación hacia la prensa médica donde puede encontrar profusión de datos y de experimentos al respecto.

Insisto, sí,, en la eficacia y facilidad de este tratamiento que puede usarse y aplicarse en cualquier momento y de manera fácil.

El suero hipertónico tiene indiscutiblemente al ser inyectado una acción en el quimiograma sanguíneo que tan detallada -mente nos explicó el Doctor Alduvín en la conferencia mencionada; y esa acción sobre el índice de ázoe residual que siempre se aumenta en todo operado anestesiado desde el día mismo de su operación, se prolonga también hasta la corrección de la presentada provocando una diuresis bastante buena y se prolonga por ende, hasta 'hacerse ver en el estado general del paciente, quien en los casos que hemos tenido a la vista, después de su inyección de suero hipertónico ya no tienen esa fascie de fatiga y más bien se torna el

rostro fresco y el abdomen se meteoriza poco o casi nada y la expulsión de gases se hace hasta con lujo.

La acción del suero sobre el índice de cloro sanguíneo, plasmático y globular, tan notablemente disminuido después de una operación es restablecerlo y reintegrarlo para lo que hay que inyectarlo a grandes dosis y seguir según la marcha del estado general del enfermo, pues inyectando el primer día unos 20 gramos de Cloruro de Sodio en tres o cuatro inyecciones en una solución al 10 o 15 por ciento para no irnos por los extremos de la posibilidad inyectable, vemos que una pequeña parte será eliminada por la orina, pero el resto será desintegrado y aprovechado para restablecer el quimiograma normal y el resto será almacenado por el mismo organismo para irlo usando poco a poco a medida que lo vaya necesitando. Al ser necesario se sigue inyectando el suero por dos o tres días más a razón de una inyección diaria hasta obtener el resultado más satisfactorio.

¿Que el enfermo tenía una pequeña cantidad de albúmina o se le dejó venir después de la operación? Si esa cantidad no es muy grande y el filtro renal no está demasiado averiado siem-

pre se puede poner el suero, pero en dosis medidas y vigilando el enfermo, haciendo, si posible dos exámenes al día de la cantidad de -albúmina, lo que es fácil por medio del sencillísimo método de Purdy, a base de Ferrocianuro de Potasio y Acido Acético al 50 %: en este caso no se debe pasar de unos 8 gramos inyectados el primer día, y vigílese el paciente.

#### CONCLUSIONES:

1°—La inyección de suero hipertónico debe ponerse sistemáticamente a todo operado anestesiado en la forma que dejo t. cho atrás y mejor sería comenzar a inyectarlo desde uno o dos días antes - de la intervención quirúrgica.

2°—La inyección de suero no ocasiona' ningún peligro al paciente y pueden evitarse por medio de él muchos malestares; y en el caso que haya albúmina como queda dicho siempre puede ponerse tomando las precauciones apuntadas.

3°—Es un tratamiento al alcance de todos, barato, fácil y sencillo.

*Emilio Gómez Rovelo.*

## Sobre las enfermedades de las glándulas endocrinas

Por el **Prof. W. H. Veil**,  
De la Clínica Médica de la  
Universidad de Jena.  
Relato Compilatorio (1)

El problema de la etiología general de las enfermedades endocrinas, que hasta ahora había merecido poca atención en las discusiones sobre los síndromes de esta clase de afecciones, es recalcado por W. H. Veil en su extenso relato sobre las enfermedades de las glándulas endocrinas. La hasta ahora mantenida hipótesis de la etiología casi exclusivamente endógena de las enfermedades endocrinas, se tiene que considerar como prejuicio. También estas enfermedades se pueden adquirir.

De las causas exógenas, sólo una parte se distingue con claridad, v. gr.: el neoplasma, la sífilis y la tuberculosis, las cuales intervienen con frecuencia regular en las glándulas suprarrenales y la enfermedad de Addison, son excepcionales en el hipoin-sulinismo de la diabetes azucarada, y afectan asimismo al lóbulo posterior de la hipófisis, sobre todo en forma de glioma, conduciendo igualmente a la enfermedad de Frohlich.

La neoplasia benigna crece so-

bre el terreno específico de las glándulas endocrinas, originando sobre todo los nodos de adenoma. El ejemplo del estruma adenomatoso, que se presenta en ciertas regiones con más frecuencia que en otras, demuestra la dependencia de esta neoplasia de factores condicionales. El síndrome del desarrollo sexual prematuro, del hirsutismo, procedente como es sabido del adenoma de la corteza de las glándulas suprarrenales, puede ser provocado también secundariamente por un extraño adenoma del ovario, por un tumor de células de luteína, como lo demuestra un caso citado por Veil. Este caso demuestra la íntima relación que existe entre las reacciones patológicas de las glándulas de secreción interna y la esfera sexual. A su vez, en el mixedema genuino se puede deducir el carácter condicional de la enfermedad del hecho de que la misma acusa ciertas relaciones con la situación geográfica — Inglaterra es el dominio del mixedema — y revela preferencia por las mujeres, especialmente por las multíparas (casi siempre a raíz de un parto o de la menopausia).

Una importancia especial en la cuestión de las causas exógenas

(1) *Extenso relato de un trabajo original publicado en la Ztschr. f. arztl. Fortbildung, año 29, números 19 20 y 21 (1932). Relator: A. Sturm, Jena.*

de las enfermedades endocrinas, la tiene el carácter anatómico-patológico de las glándulas de secreción interna. Así son, p. ej según Wegelin, las alteraciones inflamatorias degenerativas las que con más frecuencia producen atrofia y esclerosis de la glándula tiroidea bajo el cuadro clínico de la mixedema. Análogas lesiones anatómico-patológicas de la parte glandular de la hipófisis originan la enfermedad de **Simmond**, en la que — dejando aparte la génesis infecciosa — desempeña también un papel importante la circunstancia constitucional de la frecuencia de los embarazos. Pero también la anatomía patológica del aparato insular del páncreas acusa, según Weichselbaum, **degeneración** hidrópica de las células, respecto a esclerosis, cirrosis y degeneración hialina de los vasos capilares, que se tienen que considerar como consecuencia de noxas exógenas y obligan directamente a la comparación con la anatomía patológica del **aparato** glomerular de los riñones bajo la influencia de noxas análogas. En la juventud afecta la noxa más bien al parenquima celular; más adelante, desde los vasos, al tejido intersticial; la tendencia y la cirrosis predomina tanto más, cuanto más suavemente ataca al cuerpo la infección fundamental. Como noxas exógenas entran en consideración, según W. H. Veil, sobre todo las infecciones muy crónicas del grupo oral-nasal, que con la investigación detenida acaban por encontrarse siempre, aunque se manifiestan en forma sugestiva mucho más excepcionalmente que todas las

demás infecciones. Las relaciones directas entre infección y diabetes, entre una angina, una afección dental, una enfermedad de los senos adyacentes, una apendicitis y la **declaración** de una alteración metabólica, suelen ser en la juventud mucho más claras que en la edad avanzada, pues en esta última edad de la vida las infecciones, suelen tomar un curso más oculto, menos manifiesto.

En las diabetes merecen especial consideración las lesiones infecciosas del páncreas procedentes de las vías biliares, como se registran sobre todo en la coledocistitis. Así como en los padecimientos biliares se suele manifestar, en forma directamente patogénica, la anacidez del estómago como enfermedad acompañante, ¿in que la afección inflamatoria de las vías biliares se haya propagado a la mucosa gástrica provocando en ella **fuerte** destrucción de las glándulas productoras del ácido clorhídrico, las diabetes mellitus de la **coledocistitis** inflamatoria se **tiene** que considerar no como consecuencia constitucional, sino **como** consecuencia secundaria de la infección de la vesícula.

Esta comparación conduce a otra posibilidad etiológica de suma importancia, a la **influencia** del sistema nervioso sobre el aparato harmónico. La declaración de la diabetes a raíz de una lesión funcional u orgánica, de una fractura de la base del cráneo o de una conmoción cerebral, pertenece a los hechos comprobados empíricamente. La diabetes traumática se diferencia de la postinfecciosa en que páncreas no es atacado en for-

ma primaria, orgánica, sino en forma secundaria, funcional. Que se trata, sin embargo, de una diabetes pancreática, lo demuestra la plena actividad que desenvuelve la insulina también en la diabetes traumática. Al admitir que el sistema nervioso puede ejercer una influencia decisiva sobre la función del páncreas, pasa a segundo término, clase de la alteración nerviosa; la misma se puede manifestar en forma de absceso de ciertas regiones del cerebro o puede permanecer oculta después de **convulsiones** cerebrales y traumas psíquicos.

También en la enfermedad de Basedow entran en consideración multitud de factores exógeno-etiológicos. Precisamente en esta enfermedad se encuentran visibles relaciones de dependencia de lugar y tiempo: las regiones libres de bocio del centro de Alemania con su histórico central en Merseburg, se consideran hasta cierto punto como el país de origen de la enfermedad de Basedow; en cambio en las regiones del bocio no se registra casi nunca el Basedow genuino. La frecuencia de los casos en primavera, en ciertas categorías de edad, pertenece a los hechos confirmados por la experiencia médica. Muy singulares relaciones existen entre la enfermedad de Basedow y la acción tóxica del yodo, Aquí rige la regla: El portador endógeno de las regiones endémicas del bocio, es más, todo natural de estas regiones, se tiene que considerar como amenazado de Basedow yódico por la acción de las más pequeñas dosis de yodo. En cambio es bastante insensi-

ble al yodo el natural de la llanura del **norte** de Alemania y el vagotónico predispuesto al asma. Pertenece a las observaciones más enigmáticas y extrañas para el médico el hecho de que varias semanas de uso de la sal yodada pueda motivar Basedow agudo mortal en Munich, a pesar de que el balance yódico de estos pacientes no alcanza hasta el balance yódico normal de un morador de Jena y de que, por el contrario, un asmático de Estrasburgo pueda tomar 15 años seguidos cuatro veces al día 0,05 gr. de yoduro de potasio, elevando así en quince mil veces su balance yódico diario, sin experimentar daño alguno en el tiroides.

La investigación moderna del metabolismo yódico ha acercado a su aclaración las difíciles relaciones existentes entre el yodo y el tiroides. Considera la glándula tiroides como el órgano regulador de la economía del yodo, de importancia fundamental para todo el organismo. La glándula tiroides vela por el mantenimiento de un nivel yódico determinado en la sangre, el cual es bastante independiente de la aportación exógena de yodo. Constituye un lugar de asimilación y depósito del yodo que le llega con los alimentos o medicamentos con la sangre arterial. El yodo depositado en forma inactiva, puede producirse en todo momento una forma activa que con la máxima economía de yodo desenvuelve un máximo de acción; esta forma activa está representada por la tiroxina, descubierta por Kendall y Harrington, o un cuerpo análogo. A falta de yodo de la

naturaleza circundante, tiene que ser ampliado el aparato de asimilación y acumulación de la glándula tiroides, para poder aprovechar en todo lo posible el yodo que llega por vía exógena y cubrir así en la debida forma las necesidades yódicas del cuerpo. En esta hipótesis se basa la teoría de la deficiencia yódica del bocio según Hunziker, la que explica la enorme yodosensibilidad o insuficiencia reguladora para la elaboración de grandes cantidades de yodo, de un estruma de deficiencia yódica, cuyas cámaras de fabricación están destinadas a pequeñas cantidades de yodo, con lo que bajo la medi-

cación yodada no tarda en entrar en caótico desorden. También en la glándula tiroides no alterada por estruma influye la aportación exógena de yodo sobre la propiedad de la glándula de constituir el depósito yódico o poner en circulación normana activa. En glándulas tiroides sobrevivientes sometidas a circulación artificial, pudo determinar A. Sturm el punto hasta el cual el yodo bloquea o abre en alto grado las esclusas de la glándula tiroides bajo el aumento de los procesos de asimilación. En el Basedow genuino, existe forzada tendencia a la exclusiva preparación de yodo activo sin la po-

sibilidad de la formación de depósito, aunque no intervenga excitación yódica exógena, lo mismo que en la diabetes mellitus se observa la forzada tendencia a la glucogenólisis. La conclusión de estos conocimientos adquiridos por vía experimental, es la introducción consciente de la medicación yódica en la actividad patológico-fisiológica de la glándula tiroides, la que mediante las dosis continuas de yodo según las prescripciones de Neisser o Blummer puede ser excitada en forma amenazadora, en tanto que un proceder medicamentoso por envites, por ejemplo con dosis de yoduro de potasio de 0,25 gr. a intervalos de 10 a 14 o 21 días, puede restablecer de nuevo, aunque sólo sea en forma transitoria, la función de depósito de la glándula enferma de Basedow.

La relación existente entre el proceso patológico de la glándula tiroides y el sistema nervioso central se ha podido demostrar experimentalmente en una forma tan perfecta como en ningún otro dominio de la secreción interna. La hipótesis de una etiología nerviosa del estado de hiperfunción de la glándula tiroides, encuentra una base firme en el por A. Sturm observado aumento de la fracción de yodo orgánico de la sangre venosa del tiroides bajo a excitación técnica o medicamentosa (adrenalina) del simpático. Scrittenhelm y Eisler aumentaron hace poco notablemente nuestros conocimientos sobre el mecanismo neurocentral de la función endocrina de la glándula tiroides, con la observación de que el *tubercinum* puede ser enriquecido

con yodo de tiroxina y **distinguirse** ya así fisiológicamente de las otras partes de cerebro por su mayor riqueza en yodo. La relación de la glándula tiroides y su trabajo con el sistema nervioso, fue demostrada con particular claridad por el experimento de Filehne, en el que con la sección de los corpora restiformia se provoca un Basedow experimental en forma análoga a la provocación de la diabetes mellitus por la punción de Claude Bernard. El exoftalmo provocable sólo por vía neurocentral o desde el simpático cervical, típico síntoma cardinal del verdadero Basedow, representa el puente seguro desde el proceso patológico de la glándula tiroides hasta el sistema nervioso central que la domina, por ejemplo en la médula oblongada.

También puede ser investigada por amplias vías, precisamente en la enfermedad de Basedow, la relación infecciosa. Según Falta, la enfermedad de Basedow se desarrolla con frecuencia después de una enfermedad infecciosa aguda, de un reumatismo muscular agudo, anginas, escarlatina e influenza. También en estas infecciones vuelve a ocupar el lugar principal el grupo oral-nasal. Anatómico-patológicamente, la extraordinaria semejanza de los cuadros histológicos de la tiroiditis aguda **con** el estruma de Basedow, cuyos síntomas comunes consisten, según Wegelin, en excrecencias epiteliales, descamación y desaparición coloidal, señala la analogía de su etiología, o sea la misma noxa infecciosa. Es de suponer que la excitación de la noxa sobre el tejido de la glándula ti-

investigador describe casos de enfermedad de Banti después de heridas infecciosas de la boca y de caries dental grave con formación de granuloma.

3. La ictericia hemolítica. La naturaleza de esta enfermedad radica en una exaltación anormal de la función del bazo, que produce la ruina de los eritrocitos. En la forma típica va paralela a esto la inferioridad osmótica de los eritrocitos. El consumo de eritrocitos bajo la destrucción esplénica, es 10 a 15 veces el normal, según las investigaciones de Heilmeyer. Pero esta ruina sanguínea resulta **muy** compensada por la correspondiente hemogenia, con lo que el índice de hemoglobina y eritrocitos permanece largo tiempo constante a un nivel poco reducido. En oposición a la anemia

perniciosa, la dieta de hígado no determina mejoría del estado sanguíneo, sino aumenta los procesos de intercambio. Los casos siguientes demuestran que la influencia de la alteración endocrina del bazo en la ictericia hemolítica puede llegar mucho más lejos de lo que al principio se creía:

Un grupo de hermanos que padecen ictericia hemolítica, acusa junto al síndrome típico de la enfermedad los síntomas de un desarrollo genital insuficiente (amenorrea, útero correspondiente a una niña de 8 años, a pesar de la edad de 19 años; en un varón, región genital desnuda de pelo todavía a los 28 años); además, úlceras tróficas en las piernas, dilatación cardíaca con fuertes ruidos sistólicos. Las extirpaciones de bazo realizadas

por indicación vital en vista de la pronunciada anemia, condujeron en pocas semanas a notables modificaciones endocrina: curación de las úlceras crurales rápido desarrollo del tipo sexual normal (menstruación normal, pelo genital normal, desarrollo normal de los órganos genitales), remisión a la normalidad del estado cardíaco.

Frente a las formas hereditarias se encuentran las adquiridas, que se presentan como procesos acompañantes de otras enfermedades que incluyen al bazo en el acontecimiento patológico, como en las graves infecciones orales o sifilíticas, en la leucemia linfática, en la linfogranulomatosis.

En el bosquejo trazado por W. H. Veil de las enfermedades que pueden afectar a las glándulas endocrinas, ocupa un gran espacio, en sentido etiológico, la noxa infecciosa. Cuál de las glándulas endocrinas cae a la noxa infecciosa (casi siempre oral) debe de ser cosa de la constitución, según cree Veil. Con esta forma

de considerar el problema se supeditan los órganos endocrinos al proceso orgánico general, en vez de colocarlos a la cabeza de éste, como se acostumbraba antes. La enfermedad ataca a las glándulas de secreción interna y a todo el cuerpo.

Este conocimiento conduce a la actividad terapéutica incluso en los casos que antes consideramos con resignación como **invariables** por su naturaleza constitucional. Esta nueva orientación está justificada por las observaciones clínicas de las relaciones existentes entre los diversos sistemas orgánicos (incluido el sistema nervioso) y por las investigaciones anatómico-patológicas, metabólico-fisiológicas y experimentales, y sobre todo por el éxito terapéutico que alcanza todo médico que sabe adaptar una hormonoterapia bien entendida a la constitución específica del individuo, sin olvidar las leyes de la lucha contra la infección focal.—De Revista Médica Germano Ibero Americana

## Uncaso de artritis vertebral de naturaleza probablemente bacilar

Como contribución al estudio del reumatismo tuberculoso, publican en "La Presse Medical" del 31 de octubre de 1933, un interesante estudio, los Doctores Mathieu Pierre Weil y Carie Roederer. Se trata en este estudio de dar a conocer un síndrome, caracterizado por dolores y rigideces de la columna vertebral; pero estos síntomas con que se manifiesta tienen algo muy característico: El dolor no es extremadamente violento y raramente procede por crisis agudas, es más bien una especie de pesantez que se percibe en la región dorsal media y algunas veces en la región interescapular alta, teniendo sus irradiaciones más frecuentes hacia arriba y hacia abajo de la columna vertebral; menos frecuente que en el mal de Pott son sus irradiaciones en cintura, siendo muy raras, pues casi nunca se presertan las viscerales y las de la zona ciática. No parece que se exacerbara el dolor con los mo-

vimientos moderados y con la tos; lo mismo que con los cambios atmosféricos, siendo solamente los movimientos bruscos lo que viene a despertarlo o aumentarlo.

En cuanto al otro síntoma, frecuentemente se quejan los pacientes de él; hablan de una menor flexibilidad de su columna para llevar a cabo movimientos de extensión, flexión, lateralidad y rotación. Esta rigidez se hace evidente algunas veces en extensión, otra ligera flexión no sabiéndose si en este último caso, ha tenido para manifestarse una cifosis ya persistente. Puede presentarse un tipo más grave en que el dolor y la rigidez sean generalizados a toda la Columna; pero el dolor no será demasiado intenso como el de la Espondilosis Risomiélica.

Cuando se examina el paciente, se provoca dolor a la palpación y presión en toda la zona de rigidez, no es un dolor localizado, pues muchas vértebras

semejan tenerlo igualmente.

En cuanto al sistema nervioso, parece que no hay mayor alteración, los reflejos rotulianos y aquileos excepcionalmente ¿e presentan exagerados y la sensibilidad superficial y profunda no presentan nada anormal, la fuerza muscular es conservada, no hay Atonía ni jamás se presentan síntomas de compresión.

El estado general es relativamente, poco atacado, a pesar que en estos enfermos este síndrome se ha prolongado muchos años, complicándose algunas veces con las manifestaciones llamadas pequeñas tuberculosis como son adenitis, pleuresía, goma, etc. En la región ya indicada (columna vertebral) no se han encontrado Osteofitos ni deformaciones ni aplastamientos. A la radiografía se nota, que un grupo de vértebras están como **englobadas** por vaina lateral de confines mal definidos, pero que hacen una sombra más próxima de raquis que la formada por el mal de Pott dorsal. Esta sombra recubre algunas veces los cuerpos vertebrales; el segmento verte-

bral parece sucio, según la expresión empleada por Barré, con ocasión a las Artropatías tabéticas. Excepcionalmente se observan a distancia lesiones de calcificación ligamentosa que **representa** una defensa contra el deslisamiento del segmento subyacente.

De perfil **las** imágenes son menos características contrariamente lo que se ve, en general en otras afecciones vertebrales. Se nota la descalcificación relativa de los cuerpos con su morfología conservada. La penumbra del espacio intervertebral algunas veces es disminuida de altura sobre todo en su parte anterior. El proceso semeja limitarse a la región intervertebral y no se ha notado jamás la calcificación anterior y particularmente de los discos. Fuera de la región dolorosa las vértebras son bien calcificadas,, de contornos normales y separadas por espacios claros muy regulares.

Estos enfermos se presentan como atacados, de Artritis infecciosa mejor dicho de Espondilartrosis. Para muchos no se trata más que de manifestaciones

articulares tuberculosas excluyendo la sífilis la gonocoxia ' otras afecciones locales. No se trata de Microtraumatismos de qué se trata entonces?

Los doctores Mathieu Fierre Weill y Carie Roederer dicen que en ciertos enfermos la tuberculosis hace sus pruebas antes que aparezcan los accidentes raquidianos; en otros casos la tuberculosis no ha afirmado enseguida su presencia más que bajo forma de pequeña tuberculosis, dos veces bajo la forma de Pleuritis, dos veces bajo forma de ataque pulmonar; si bien no se puede afirmar que se trata de una Espondilitis de naturaleza tuberculosa. Las pruebas parentonas que faltan frecuentemente en las grandes articulaciones, faltan más aun aquí, pues la profundidad de las articulaciones vertebrales no permite que la exploración sea tan fácil, sin embargo los doctores anteriormente enunciados se inclinan a creer que la tuberculosis es el factor etiológico del síndrome que hoy nos ocupa. Y relatan que en una familia tuberculosa

se presentaron dos adolescentes atacados; tanto el uno como el otro, fueron enseguida afectados de lesiones parenquimatosas. Las pruebas bacteriológicas que solas permiten la punción y í-a biopsia son imposibles en este caso, las pruebas indirectas, la cutirreacción, la reacción de Vernes-resorcina, reacción de desviación del complemento, son inútiles y sin valor como bien se ha demostrado. Cualquiera que sea el origen de este síndrome el hecho de que jamás esta forma de tuberculosis raquidiana se transforma en tuberculosis ulcerocaseosa; debe dictar una conducta terapéutica muy especial. No hay necesidad de un decubito dorsal prolongado, el reposo debe ser recomendado y el mayor número de casos, es suficiente con inmovilizar relativamente a los pacientes con la ayuda de corsees amobibles y hacerlo acostar en lechos duros. Se les evitará la fatiga, el llevar pesos y se les aplicará el tratamiento general de la tuberculosis osteoarticulares.

J.H. Medina.

## Aforismos Quirúrgicos

G. AUDIAN: *Reflexiones y aforismos acerca de algunos problemas quirúrgicos.* (Le Phare Medical, de París, julio de 1933.)

I. En la gran mayoría de casos de fractura del cráneo, la abstención es preferible a la intervención.

II.—La mayoría de los enfermos que se quejan del estómago (dolores, calambres, pirosis), no están enfermos del estómago.

III. Efectuando la gastrectomía en dos tiempos con desagüe por mechas en todos los casos, la mortalidad operatoria es tan gente a cero.

IV. La anastomosis con **Botón** de Jaboulay es fácil, rápida y buena. Sus adversarios jamás la emplearon o no saben efectuarla.

V. La mayoría de los ulcus duodenales curan con simple gastroenterostomía. Si, al año,

no están mejor o si, más tarde, sobrevienen recaídas, no se debe vacilar en efectuar la pilorectomía.

VI. En los casos diagnosticados de "apendicitis crónica," las lesiones de epiploitis predominan, a menudo, mucho sobre las apendiculares.

VII. El epiplón se debe resecar siempre, parcial o totalmente no sólo cuando está enfermo, sino hasta cuando únicamente se sospecha que lo está. Y se debe resecar también, aunque parezca sano, cuando se hallan lesiones apendiculares o tiflocólicas importantes o antiguas.

VIII. Aunque no se adviertan en ellos lesiones **macroscópicas**, los epiplones grasos, gruesos y pesados pueden producir estados patológicos.

IX. El cáncer del recto es, quizá, uno de los menos malos.

X. El cáncer del seno es uno de los más temibles.

XI. Toda vesícula biliar no visible después de la inyección intravenosa de tetrayodo, es una vesícula quirúrgica.

XII. En este caso, la intervención encuentra en ella lesiones importantes: vesícula esclerosada y atrofiada o atestada **de cálculos**, o conducto cístico esclerosado u ocluido por uno de aquéllos., etc.

XIII. Casi todas las vesículas biliares pueden ser extirpadas por laparotomía media, **incisión** que permite una **exploración** más completa de la región (duodenopáncreas, piloro. etc.)

XIV. Es preciso drenar todas las colecistectomías.

XX. Salvo las pancreatitis hemorrágicas y el cáncer del páncreas, conocemos muy poco de

la patología de semejante órgano, fisiológicamente tan importante, y toda su clínica está por hacer.

XVI.—No se deben operar sistemáticamente todas las epididimitis tuberculosas. Sólo existen indicaciones operatorias claras en casos muy precisos y relativamente poco numerosos.

XVII. En una mujer joven, las metrorragias derivan mucho más a menudo de una anexitis que de un fibroma o de un pólipos.

XVII. Hoy, en los casos dudosos, jamás debe hacerse una intervención pélvica, sin haber indagado antes la reacción biológica del embarazo.

XIX. Cuando una glándula de Bartholin se ha infectado, seguirá infectada siempre. Por lo tanto, cuando la inflamación está completamente curada, ya después de la incisión, ya después de abrirse de modo espontáneo, es necesario aconsejar la extirpación de la glándula.

XX. En las supuraciones superficiales, el desagüe filiforme da resultados excelentes, pero sólo se debe recurrir a él cuando el absceso está perfectamente coleccionado y la piel (ello si advierte fácilmente) inmediatamente amenazada.

XXI. Hay que operar todos los epitelomas dendríticos del seno, pero contentándose con una resección parcial aréolo-mamelonar. La extirpación total de la glándula, y sobre todo la amputación de la mama, no son indispensables, ni siquiera útiles.

XXII. Todos los tumores benignos del seno deben ser operados.

XXIII. Los fibromas de la matriz no son todos quirúrgicos. No

es en modo alguno necesario, verbigracia, operar los pequeños, que no sangran, son indoloros y no producen fenómenos de comprensión. De igual modo se tratarán con ventaja por la radioterapia, los fibroma pequeños o medianos, blandos, hemorragíparos, a condición, empero, de que no haya otra lesión pélvica (quiste, salpingitis, etc.).

XXIV. El cáncer del *cuervo* uterino, tras la histerectomía total, jamás recidiva, por decirlo así.

XXV. El cáncer del *cuello* uterino es, en cambio, cáncer de recidivas y metástasis. Algunos pueden tratarse por la cirugía sola (amplia histerectomía), o por la curieterapia sola o asociada con la radioterapia, otros, en fin, por la asociación curieterapia-cirugía-radioterapia.

XXVI. A pesar de radicar el medios prácticamente siempre infectados, las heridas de la boca y las del peritoneo, curan, en general, con desconcertante facilidad.

XXVII. La *osteomielitis jamás cura*. Todo hueso infectado por el estafilococo, parece deber estar infectado indefinidamente, aunque se puedan observar, en el curso de tales infecciones, períodos de remisión muy largos {de veinte años y más).

XXVII.. Las indicaciones absolutas de las osteosíntesis son raras. En la inmensa mayoría de los casos, las fracturas cerradas pueden y deben curarse con buen resultado funcional, sin intervención cruenta.

XXIX. En las osteoartritis tuberculosas de la rodilla, la resección da resultados notables. Aunque **satisfactorios**, no son **tan**

buenos en las del codo, pero son francamente mediocres en los tumores blancos del hombro y de la muñeca.

XXX. Casi todos los **cánceres** mejoran sensiblemente y, a veces, grandemente con un tratamiento **mercurial** serio (cianuro de mercurio intravenoso), pero esta mejoría es pasajera y fugaz.

XXXI. Los embarazos extrauterinos son mucho más frecuentes de lo que se cree y nunca se piensa en ellos bastante.

XXXII. Toda mujer que ha tenido una modificación en **las** reglas (retraso, duración o abundancia menores) y **que** tiene metrorragias, es sospechosa de gestación ectópica.

XXXIII. Contra lo que suele hacerse, antes que pensar en el aborto, hay que pensar en el embarazo ectópico.

XXXIV. En el caso de quedar la menor duda, es preciso recurrir, sin vacilar, a la laparotomía exploradora.

XXXV. Siendo iguales todas las demás circunstancias, en cirugía la elegancia debe ceder el puesto a la utilidad.

#### OTORRINOLARINGOLOGÍA

##### ENTRADA DE AIRE EN LA CAVIDAD CRANEAL DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO

—O—E. *Hiuzínga*

y S. *Keijer*.—

*Acta Otolaring.*—13:83 (1828)  
Estos autores presentan el caso clínico siguiente. Un campesino fue lanzado del carro *quá*-guiaba al **espantársele** los caballos. Seguido de este incidente quedó sin conocimiento, san-

grando por la boca nariz y oídos. A su ingreso en la clínica la Única evidencia que presentaba del accidente era una desgarradura en la mano derecha, desgarradura del labio inferior, lado derecho, y un hematoma grande por debajo y por detras del oído izquierdo. El enfermo presentaba un estado de confusión mental. La temperatura de 37.7 c, y el pulso de 108. El primer examen no reveló ningún resultado reurológico. Presentaba un derrame sanguíneo del oído izquierdo con sordera de este órgano. En marzo 31 se presentó una parálisis del músculo recto externo izquierdo. Esta misma noche la temperatura se elevó a 38.4 pero el pulso continuó normal. En abril 2 el músculo recto externo izquierdo quedó completamente paralizado, y r.1 enfermo cayó en un estado de estupor. En abril 3 la temperatura era de 39 y el pulso de 88 no había síntomas de meningitis. El día siguiente había rigidez de la nuca, la temperatura variaba entre 38 y 39, en este día se notó por la primera vez la expulsión de líquido por la nariz, que tenía gran cantidad de células, poca albuminuria y ninguna azúcar.

El enfermo se quejaba de fuertes dolores de cabeza. En abril 6 se presentó la parálisis facial izquierda. La temperatura se sostenía sobre 38, se comenzó a notar la rigidez de la nuca y a secreción serosanguínea por la nariz. En abril 9 el enfermo fue trasladado a la sala para enfermedades de los oídos, al ser examinado se observó en el oído izquierdo una perforación alta en el tímpano. Las observaciones

sobre el oído derecho fueron negativas. El examen nasal también fue negativo menos el exudado ya mencionado y que aparentemente era de origen cerebroespinal. En abril 24, el líquido nasal cesó. La radiografía tomada el día 8 de abril no permitió hacer el diagnostico de una fractura, sin embargo permitió comprobar la existencia de aire en las cavidades craneales. En mayo 6 una nueva radiografía demostró la desaparición del aire. Todo este tiempo la temperatura varió entre 38 y 39. El signo de Kerning y la rigidez de la nuca estuvieron presentes todo este tiempo, y el estado del enfermo continuaba tórpido. La.; únicas observaciones neurológicas eran la parálisis del motor ocular externo; y del facial. Se le administró metelamina cuatro dosis al día. En abril 19 comenzó la mejoría, la temperatura bajó y los síntomas desaparecieron la restauración funcional del motor ocular externo y del facial gradualmente se normalizaron. La perforación del tímpano del oído izquierdo cicatrizó y sólo quedó una ligera sordera, las pruebas laberínticas izquierdas fueron normales. Cuatro años más tarde el enfermo sólo acusaba ligero ruido en el oído izquierdo.

Al considerar este caso tan raro se debe aceptar que hubo una fractura de la base del cráneo que afectó los senos accesorios perinasales particularmente el etmoides que se extendía hasta el hueso temporal teniendo que haber por lo menos una me-

**ningitis** local como estaba manifestada por los síntomas. Los puntos interesantes de este caso son las observaciones radiológicas. Las placas demuestran grandes glóbulos de aire en ambos ventrículos laterales. Revisando la literatura los autores han encontrado que la entrada de aire en los senos es causada más frecuentemente por heridas de bala. En una ocasión esto se presentó después de una operación endonasal. Es muy probable que en casi todos los casos de fractura esta incluya las cavidades del cráneo que normalmente contiene aire y este aire es empujado hacia dentro al enfermo sonarse la nariz o con un estornudo fuerte, también la introducción de bacterias, casi siempre saprofíticas capaz de producir ciertos gases. En este caso presentado en que el enfermo curó completamente se puede eliminar esta posible causa, pe-

ro el aire aquí venia de cavidades que normalmente lo contienen. El argumento que las lesiones del cráneo puede haber una sobreproducción de líquido cefaloraquídeo se puede también eliminar en este caso, pues había un escape continuo de esto líquido por la nariz.

No hay duda que se han presentado en la literatura más de 33 casos pero en casi ninguno de estos había un informe completo radiográfico. Estos autores entran en la discusión de la causa y la diferenciación entre un pneumatocele extra dural y un arocele circunscrito en la sustancia cerebral concluyendo su discusión en que el pneumatocele extra dural es en sí mismo una complicación sin **gravedad** pero cuando el aire es constantemente introducido hacia la cavidad craneal hay el peligro de una meningitis fatal.

*R. SILVEIRA.*

## La estenosis por hipertrofia muscular del píloro del lactante

Por el Dr. R. LIEGE

Concluye

En definitiva, el examen clínico puede ser casi negativo; cuando existe *contractura, tumor, ondulaciones peristálticas*, estos síntomas, sumados & los trastornos precedentemente comprobados, son de gran valor para el diagnóstico de estenosis; no obstante, la más elemental prudencia reclama pedir la confirmación a la radioscopia.

*En realidad, la radioscopia es la que nos proporcionará una verdadera certidumbre.*

El examen será practicado con toda minuciosidad en la siguiente forma: se da al niño un biberón constituido por una mezcla de leche y de gelobarina azucarada, en igual cantidad que las tomas habituales de leche. Será examinado en la pantalla media hora después de torrado el biberón. La mejor prueba es que la papilla baritada no atraviesa el píloro. A menudo ven-  
se *intensas contracciones gás-*

*tricas*, pero que no van seguidas de *paso hacia el píloro*. Otras veces, las contracciones gástricas son débiles o faltan por completo; otras veces también el estómago está ya *atónico y dilatado*.

Estos diferentes aspectos dependen del período en que examinamos a los enfermitos. Lo esencial, desde el punto de vista radiológico, es volver a examinar los niños seis horas después. En los casos típicos, obsérvase entonces que el estómago está dilatado, afectando la forma de una copa de champán que contiene aún la *mayor parte de la papilla baritada ingerida*. Cuando la estenosis es muy acentuada, el duodeno y las asas delgadas *no están inyectadas*; cuando no es completa del todo, vese en ellas una pequeña parte de la papilla ingerida.

Este dato es suficiente; de aquí que casi siempre se prescin-

da en esta forma de la intubación gástrica.

Si los enfermos no son tratados, es excepcional que la enfermedad evolucione espontáneamente hacia la curación, pues su marcha es progresiva.

Los vómitos van espaciándose, pero son, en cambio, más abundantes.

La cantidad devuelta es mayor que la cantidad ingerida. Estos vómitos tienen un olor agrio e irritan las comisuras labiales.

Las investigaciones practicadas sobre el quimismo gástrico han demostrado también que casi siempre, aun cuando no de un modo constante, la existencia de hiperacidéz con presencia de ácido clorídico libre, siendo así que en un niño normal, cualquiera, que sea la leche ingerida, no ; encuentra ácido clorhídrico libre durante el tránsito gástrico.

El niño pierde progresivamente las fuerzas; ya no reacciona. Su temperatura es inferior a la normal. Hay inanición, deshidratación y rápidamente vuélvese atréptico.

Casi siempre la muerte aparece en el término de seis a doce semanas.

Es la consecuencia directa de la inanición o el resultado de complicaciones tales como la bronconeumonía, procesos gastrointestinales agudos, etc.

Si los enfermitos son convenientemente tratados y en tiempo oportuno, curan casi siempre.

He aquí, para sintetizar la historia de esta forma aguda de la estenosis pilórica, la observación de un enfermo que hace poco hemos tratado junto con el profesor P. Nobecourt:

B... Jaime, visto por primera vez con el Dr. Asselin, de Joinville-le-Ponto, el 28 de enero de 1961. Es un niño que nació a término el 30 de diciembre. Al nacer, pesada 4.100 gramos.

Criado al pecho y, además, con leche esterilizada. Al cabo de dos semanas ha recuperado el peso perdido. Cuando tenía 22 días, empezó a vomitar. Prescribióse belladona (III gotas al día), sin resultado.

Suprimióse la leche materna, substituyéndola por leche Dryco. Prescribióse citrato de sosa. Continúa vomitando.

Cuando tenía 29 días, sólo pesaba 3.900 gramos, lo cual quiere decir que su peso era entonces inferior en doscientos gramos al que pesaba al nacer. Los vómitos son abundantes. El niño está sumamente estreñido. Los excrementos tienen la forma de pequeñas bolas duras.

Combruébase la existencia de contractura del recto mayor en su parte superior. Por la palpación profunda encontrábase algo duro.

Entonces se presentó el dilema de saber si se trataba de un gastro espasmo o de una estenosis.

Se ordena la leche seca y la tintura de belladona, así como también cloruro calcico y una sesión de rayos ultravioletas cada dos días. Dos días después, el niño ha perdido cien gramos. No ha verificado más que una deposición. Continúa vomitando.

Entonces, el Dr. Biancampractica un examen radioscópico del estómago.

El 30 de enero de 1932, se da al niño un biberón con leche baritada, a las 5 de la tarde. A las

6, después de haber vomitado, queda aún aproximadamente más de la mitad de la leche en el estómago. No ha pasado cantidad alguna de leche al intestino delgado. Se le da nuevamente una pequeña cantidad de leche baritada.

El estómago está algo dilatado. Sus contracciones son poco profundas y se suceden en intervalos regulares bastante espaciados. La región pilórica parece algo estirada. Durante todo el tiempo que duró el examen, no fue posible comprobar paso alguno hacia el piloro.

A las 9 de la noche, o sea, 7 horas después de la ingestión del primer biberón de leche baritada, practicóse un segundo examen. Solamente ha pasado a las asas delgadas dos o tres sorbos de leche opaca. Las contracciones continúan con el mismo ritmo, es decir, poco profundas. No se observa aún paso alguno hacia el piloro. Se hace una radiografía a las 9 h. 15.

El 31 de enero, o sea, tres días después del primer examen, el peso ha disminuido nata 3.570 gramos. El 3 de febrero, el niño ha perdido otros 140 gramos, continúa vomitando.

El Dr. Fevre le opera aquel día. Encontróse una estenosis larga, no muy dura, pero con dos anillos fibrosos, uno en el lado duodenal y otro en el lado gástrico. El niño es realimentado con agua azucarada que se le da con una cucharita de café al cabo de dos horas. A la cuarta hora, se le da 30 ce. de leche seca a la cuarta parte de la dilución habitual. **El día siguiente**, se le da 40 ce. a la dilución habitual. Dos días después, toma ocho t>í berones de 50 ce. ¿31 tercer día ha aumentado unos 80 gramos: el 49 día, el aumento es también de unos 80 gramos; se le da entonces 75 gramos de leche seca en 8 veces.

El peso aumenta progresivamente. El niño curó por completo. El 2 de marzo, pesaba 5.250 gramos. El 2 de mayo, el peso era de 8 kilogramos.

La estenosis incompleta es menos frecuente, y más difícil de diagnosticar. En ella, el obstáculo orgánico es moderado, pero el espasmo sobreañadido acostumbra ser intenso. Desde el punto de vista, clínico, el intervalo libre acostumbra ser más largo, el comienzo menos brusco, la pérdida de peso menos rápida.

La evolución es casi siempre irregular. Hay períodos de calma, es decir, períodos en los que los vómitos se espacian y en los que la curva de peso tiene tendencia a subir de nuevo. En una palabra, el cuadro clínico no es tan característico como en la forma aguda. La radioscopia del estómago deja subistir a veces dudas. En esta forma, la intubación puede ser sumamente útil para el diagnóstico. En efecto, conviene recordar que el tránsito gástrico en un lactante normal no dura más allá de dos horas y media. Según Lesné, si una intubación practicada en ayunas o hasta 4 horas después de una comida exclusivamente de leche, da salida a una cantidad apreciable de dicho líquido, es ello suficiente para eliminar el diagnóstico de espasmo.

No obstante, según algunos autores, esta opinión es demasiado categórica, porque una estenosis espasmódica puede muy bien producir una mayor permanencia de los alimentos en el estómago. En la Sociedad de Pediatría de París (sesión del 15 de diciembre de 1931), los Dres. Ribadeau-Dumas, Mathieu, M. Le-

vy y Guede han hecho resaltar la falta de precisión del cuadro clínico de algunas formas de estenosis pilórica, creyendo que --s necesario conceder un cierto valor al SÍNDROME HUMORAL de la estenosis pilórica, estudiado por Morris y Graham, quienes demostraron la elevación de la reserva alcalina y la disminución del cloro plasmático y globular.

Esta forma lenta de estenosis es, no obstante, menos grave que la forma aguda, por cuanto tiene más tendencia que ella a curar espontáneamente.

La patogenia de esta afección es compleja. La teoría inflamatoria de Weill y Pehu carece de fundamento sólido y ha sido abandonada por sus iniciadores. La teoría de la conformación viciosa anatómica tiene muchos partidarios. Considera la estenosis hipertrófica del píloro como una displasia del orificio pilórico constituida durante la vida intrauterina.

Los partidarios de la teoría espasmódica creen que el espasmo es el que regula la hipertrofia muscular. Esta comenzaría durante la vida intrauterina. La anatomía patológica no

aporta ningún argumento en favor o en contra de estas teorías. El píloro constituye un tumor de forma cilíndrica u oval, de color blanquecino, prieto y duro al corte y constituido por un verdadero engrasamiento de la capa muscular.

Con el microscopio vese que las fibras constitutivas de la túnica muscular están aumentadas en número y en volumen, sin que se observen lesiones histológicas de inflamación muscular. El peritoneo está muchas veces ligeramente engrosado; las lesiones de la mucosa y de la submucosa son poco frecuentes.

**DIAGNOSTICO.** Por lo que se refiere a la forma **aguda**, podemos admitir la opinión de Lesné, que considera su diagnóstico como relativamente fácil.

En la práctica, es bastante fácil eliminar los vómitos debidos a una falta de higiene alimenticia, vómitos por hipe o hipoalimentación, la intolerancia por la leche, etc.

Cuando el niño está sometido a un régimen adecuado, y a pasar de ello persisten los vómitos, la radiografía constituye el mejor medio para hacer el diagnóstico con toda seguridad. Digamos, no obstante, que el diagnóstico diferencial no siempre es fácil con las estenosis del duodeno. Estas, de un pronóstico mucho más grave, son, por fortuna, mucho menos frecuentes.

Por lo que se refiere a la estenosis órgano-espasmódica, el diagnóstico es mucho más difícil.

El problema que se suscita entonces es saber si el pilorospas-

mo es puro, o bien es sobreañadido a una hipertrofia muscular del píloro.

En los gastro-píloro, espasmos graves, dicese que no se observan contracciones peristálticas, ni éstasis gástrica importante, ni crisis de esfuerzo, ni dilatación prepilórica.

Entonces es preciso repetir los exámenes para poder formarnos un concepto exacto.

**TRATAMIENTO.** En Suecia, donde la enfermedad es frecuente, no operan nunca ninguna estenosis del píloro. Son siempre tratadas médicamente. Este tratamiento es también adoptado por Rohmer, de Estrasburgo, quien no hace ya operar a los lactantes afectos de estenosis hipertrófica del píloro. Recientemente expuso su método de tratamiento en la Sociedad de Pediatría (1).

Los enfermitos son alimentados con leche de mujer mezclada con una cuarta parte de babeurre, a la que se adiciona 5 a 10 o 17 por 100 de azúcar. La mezcla se administra caliente unas veces, otras helada, repartida en 10 a 20 biberones, o con la cuchara. Se dan 200 gramos de la mezcla por kilo de peso ¡aun más cuando los vómitos son muy copiosos. Las cantidades vomitadas son recogidas en paños arrollados al rededor del cuello del niño y pesadas, y el volumen del líquido así devuelto le es restituido en forma de enemas saladas o glucosadas. No se administra ningún medicamento, pero sí se practican lavados gástricos cuando hay retención evidente de alimentos en el estómago. Lereboullet, Coffin, Tixier

protestan contra el tratamiento médico. La mayor parte de pediatras creen que este tratamiento hace correr al niño muchos más riesgos que una intervención quirúrgica, por cuanto la mejoría es muy lenta, y los riesgos de afecciones intercurrentes son siempre de temer.

En el terreno práctico, *in medio estas ventas*, he aquí cómo debemos proceder. En las estenosis agudas **DEBEREMOS EMPLEAR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**. La operación de elección es la pilorotomía extramucosa de Fredet. Los cuidados pre y post operatorios constituyen un factor importante para el éxito de la intervención.

Antes de la operación, deberán practicarse inyecciones de suero glucosado o de suero salado, de aceite alcanforado, de cafeína, de eucaliptina, y, a pesar de la 5 dificultades que presenta, si EU niño está muy débil, una transfusión de sangre. Se limpiará la boca con agua de Vichy. El lavado gástrico no es indispensable.

Después de la operación acostumbra hacer hipertermia, pero no persiste. Al cabo de 36 horas, el termómetro vuelve a 38.9. se pondrán envolturas sinapizadas

en el tórax, nuevas inyecciones de suero.

La alimentación constituye uno de los problemas más importantes.

Es siempre conveniente dar de nuevo al niño el pecho de la madre. Se comienza la realimentación dos horas después de la intervención, empezando con agua azucarada cada hora, después leche mezclada con agua, hasta llegar, por modo muy progresivo, a la alimentación normal. Esta cuestión tan importante ha sido estudiada por Fredet en el *Journal de Chirurgie*, en 1927.

Los resultados inmediatos y lejanos de la pilorotomía extramucosa son buenos. Los enfermos curan, dicese, en la proporción de 80 %. El tránsito gástrico vuelve a ser normal, y los niños no quedan expuestos a padecer más tarde ningún trastorno gástrico.

En las estenosis de forma lenta, antes de decidirnos a intervenir, tenemos tiempo por delante, y por consiguiente robe ensayar el tratamiento médico. Este comprende la diética y los medicamentos que deben administrarse.

Puede aumentarse el número de tetadas y disminuir la canti-

dad. Si la leche de mujer no es tolerada, se prescriben alimentos lo más pastosos posible, leche concentrada muy poco diluida, por ejemplo, y se evitará el peligro de la deshidratación mediante inyecciones de suero. Las medicaciones **tenderán**, sobre todo, a vencer el espasmo.

19 Lavados gástricos por la mañana en ayunas con una solución al 1% de bicarbonato de sosa (100 gramos aproximadamente). Baños calientes a 38°, compresas calientes en el hueco epigástrico. Enemas calientes a 39° o 40°. Rayos ultravioletas.

Como antiespasmódico, se prescribirá la tintura de belladona, a la dosis de I a IV gotas al día. O bien:

El sulfato de atropina al 1 por mil, III a IV gotas al día. El gardenal a la dosis de 0'0*z* gramos.

La belladona podrá asociarse con el bromuro de sodio, según la fórmula del profesor Marfan:

Tintura de belladona	X gotas
Bromuro sódico	1 gr.
Bicarbonato de sosa	1'50 gr.
Jarabe simple	c. s. para 150 ce.

Una cucharadita de café antes de cada tetada.

Clorhidrato de papaverina a la dosis de 1/2 ce. en inyecciones subcutáneas.

Si a pesar de estas diferentes medicaciones los vómitos continúan y el peso va en disminución, deberá intervenir.

*Tratamiento de las quemaduras producidas por el trío y por el calor por medio de la Parafina. Tratamiento de las escaras y de las úlceras*

Por el Dr. S. JOUAN.

*Médico Agregado del Instituto de Clínica Médica del Profesor Bullrich (Sala XII del Hospital Ramos Mejía) y del Servicio de Clínica Médica del Dr. Aquino [Sala XII del Hospital Alvear].*

Dr. ENRIQUE JOUAN,  
Médico-Cirujano

Sr. SCHATKMAN,  
Practicante del Hospital Alvear.

La acción del frío y del calor, cuando no es muy intensa, produce lesión solamente en la epidermis, que forma entonces flictenas, y el ejemplo más característico son las quemaduras del sol. Las mismas quemaduras produce la bolsa de hielo que se coloca a los enfermos de apendicitis si no se ha tenido la precaución de poner sobre la piel vaselina o talco, una tela impermeable y encima la bolsa de hielo, y si, además, no se tiene precaución de colocar dicha bolsa durante tres horas y sacarla para que descanse la piel durante una hora, cada tres. Por la misma razón hay que tener la precaución de colocar sobre la cabeza en los enfermos de fiebre tifoidea que tienen temperaturas altas, una tela impermeable cuando se pone la bolsa de hielo, porque si no se hace esto y además se la coloca durante una hora alternando con otra de reposo, se producen en la cabeza quemaduras

de primero, segundo o tercer grado, que pueden hacer caer el cabello, lo que tiene mucha importancia especialmente cuando se trata de una mujer joven. También quemaduras de primero, segundo y tercer grado producen los cáusticos, como son los ácidos fuertes, la potasa cáustica y la cal viva. De las distintas clasificaciones de las quemaduras, la mejor es la siguiente:

1<sup>o</sup> *Quemaduras de primer grado:* comprenden sólo la epidermis, como por ejemplo, las quemaduras del sol.

2<sup>o</sup> *Quemaduras de segundo grado:* pasan el dermis hasta su capa profunda, por consiguiente éstas dejan cicatrices; las de primer grado no dejan cicatrices.

3<sup>o</sup> *Quemaduras de tercer grado:* pueden llegar hasta el hueso, interesando primero la epidermis, el dermis, la aponeurosis y el plano muscular.

En las quemaduras hay dolor porque al destruirse la epidermis quedan a la intemperie los corpúsculos del tacto. Tanto mayor es el dolor cuanto más extensa es la quemadura. Cuando se sufre una quemadura muy extensa de la piel lo que más daña en el primer momento es el dolor y los quemados en un incendio que mueren en el primer momento, es debido al dolor, es decir al shock, que es una verdadera hemorragia del fluido del sistema nervioso. Por consiguiente, ante un quemado, lo primero que hay que hacer es.

## NOTAS

Hemos recibido y agradecemos los números, 1, 2, 3, del Boletín de la Cruz Roja salvadoreña, Epoca III. Igualmente Anales del Hospital Benjamín Bloom Nº 4, consagrado al ilustre médico, cirujano y pediatra Napoleón Díaz Milla.

Nosotros también lamentamos profundamente la muerte de aquel exelente amigo y compañero que me sucedió en el Internado del 1er. Servicio de Cirugía del Hospital Rosales a cargo del inolvidable maestro Dr. Tomás G. Palomo.

S. P. P.

Con motivo de la seria enfermedad de su sobrina Isabelita, partió para Italia el Dr. Ricardo D. Alduvín, Decano de la Facultad de Medicina. La señorita Alduvín hacia en Italia estudios de Bacteriología.

El sábado 25 del presente contrajo matrimonio nuestro queri-

do consocio, colega y amigo el Dr. Pastor Gómez h., Profesor de la Facultad y miembro de la Junta Directiva, con la bella señorita Profesora Erlinda Cruz, hermana del Secretario de la Facultad de Derecho Lic. Ramón Cruz. Con tal motivo sus comprofesionales le obsequiaron una cena el domingo 19 en el Hotel Shanghai.

Fueron nombrados por el Ejecutivo Médico Interino del Hospital General el Dr. Abelardo Pineda Ugarte, Secretario General de la Asociación Médica, Jefe del 2º Servicio de Cirugía del mismo Hospital al Dr. Miguel Sánchez, Secretario de la Facultad de Medicina.

En octubre próximo pasado falleció en Madrid el ilustre Profesor, Decano de la Facultad de Medicina de Madrid don Sebastián Recasens y Girol, uno de los más altos exponentes de la Ginecología y Obstericia mundia-

calmar el dolor con una inyección de morfina o de Pantopón, porque así se evita el shock, es decir, se evita la muerte que se produce por vía refleja, pues se suprime el dolor. *Por lo tanto, sistemáticamente, ante cualquier quemado por fuego, por frío, por electricidad o por substancias cáusticas, etc., lo primero que hay que hacer es darle una inyección de morfina o de Pantopón, porque así se evita que se muera por shock.*

Cuando las quemaduras abarcan una gran extensión de la piel, también el enfermo puede morir a las 12 o 24 horas por falta de la respiración cutánea, como sucedió en la antigua Roma con aquel niño que en una fiesta le barnizaron todo el cuerpecito y lo doraron y murió por falta de respiración cutánea. Por consiguiente, como segunda indicación, a un quemado conviene darle oxígeno para comi-

(Continúa en el próximo número)

**Miembros de la Asociación Médica Hondureña**

*SOCIOS HONORARIOS*

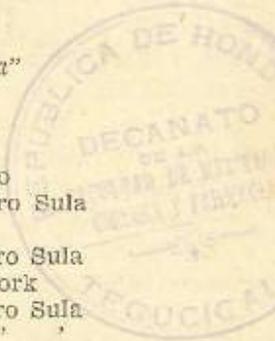
- |                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 1 Dr. V. Mejía Colindres  | Puerto Cortés. |
| 2 Dr. Miguel Paz Baraona  | Washington     |
| 3 Dr. José María Ochoa V. | Comayagua      |

*SOCIOS ACTIVOS "EN TEGUCIGALPA"*

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 4 Dr. Camilo Figueroa       | 23 Dr. Ricardo D. Alduvín      |
| 5 Dr. Salvador Paredes      | 24 Dr. José Jorge Callejas     |
| 6 Dr. Ramón Valladares      | 25 Dr. Samuel Molina Gómez     |
| 7 Dr. Antonio Vidal         | 26 Dr. Ernesto Argueta         |
| 8 Dr. Héctor Valenzuela     | 27 Dr. Rubén Andino Aguilar    |
| 9 Dr. Tito López Pineda     | 28 Dr. Humberto Díaz           |
| † 10 Dr. Alfredo Sagastume  | 29 Dr. Miguel A. Sánchez       |
| 11 Dr. Marco D. Morales     | 30 Dr. Rafael Rivera L.        |
| 12 Dr. Trinidad E. Mendoza  | 31 Dr. Gabriel R. Aguilar      |
| 13 Dr. Manuel Larios C.     | 32 Dr. Victor Manuel Velásquez |
| 14 Dr. Julio Azpuru España  | 33 Dr. Francisco Sánchez U.    |
| 15 Dr. M. Castillo Barahona | 34 Dr. Emilio Gómez Roveló     |
| 16 Dr. Magín Herrera A.     | 35 Dr. Roberto Gómez R.        |
| 17 Dr. José Manuel Dávila   | 36 Dr. Justo Abarca h.         |
| 18 Dr. Manuel G. Zúñiga     | 37 Dr. Manuel Cáceres Vijil    |
| 19 Dr. Romualdo B. Zepeda   | 38 Dr. Guillermo E. Durón.     |
| 20 Dr. Abelardo Pineda U.   | 39 Dr. Fernando Marichal S.    |
| 21 Dr. Pastor Gómez h.      | 40 Dr. Henry D. Guilbert       |
| 22 Dr. Isidro Mejía h.      | 41 Dr. E. A. Maure.            |

*"Fuera de Tegucigalpa"*

- |                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| 42 Dr. Isidoro Acosta,        | Progreso       |
| 43 Dr. Pío Suárez,            | Yoro           |
| 44 Dr. Pompilio Romero,       | Olanchito      |
| 45 Dr. Guadalupe Reyes,       | San Pedro Sula |
| 46 Dr. José Martínez O.,      | Madrid         |
| 47 Dr. Presentación Centeno,  | San Pedro Sula |
| 48 Dr. Román Bográn,          | Nueva York     |
| 49 Dr. Manuel Morales,        | San Pedro Sula |
| 50 Dr. Cornelio Moncada C.,   | " " "          |
| 51 Dr. Rafael Martínez V.,    | La Lima        |
| 52 Dr. Juan V. Moncada,       | La Ceiba       |
| † 53 Dr. Francisco A. Matute, | " "            |



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

54 Dr. Tulio Castañeda,	La Ceiba
55 Dr. Gregorio A. Lobo,	Catacamas
56 Dr. Juan F. Mairena,	Danlí
57 Dr. Carlos J. Pinel,	Choluteca
58 Dr. Manuel Corrales,	San Marcos de Colón
59 Dr. Francisco Guillén Aguilar,	" " " "
60 Dr. Gustavo Boquín,	Comayagua
61 Dr. Lorenzo Cervantes,	La Paz
62 Dr. J. Miguel Zacapa,	" "
63 Dr. Adán Bonilla Contreras,	Santa Rosa de Copán
64 Dr. Rafael Muñoz Cabañas,	Matallaca (Gracias)
65 Dr. Luciano Milla Cisneros,	Guatemala
66 Dr. Ramón López Cobos,	Santa Rosa de Copán
67 Dr. Marco Antonio Rodríguez,	" " " "
68 Dr. Domingo Rosa,	Amapala
69 Dr. Virgilio Rodezno,	Ocotepeque
70 Dr. Emigdio Mena,	Santa Bárbara
71 Dr. Guillermo Pineda,	Trinidad (Sta Bárbara)
72 Dr. Ricardo Aguilar,	Quirigua (Rep. de Guatemala)
73 Dr. Arturo Zelaya Z.,	Tela
74 Dr. J. Jesús Casco,	"
75 Dr. Gabriel A. Izaguirre,	La Ceiba
76 Dr. Manuel L. Aguilar,	Choluteca
77 Dr. José Leonardo Godoy,	San Pedro Sula
78 Dr. J. Antonio Peraza,	" " "
79 Dr. L. R. Fletcher,	Puerto Castilla
80 Dr. Aristides Girón Aguilar,	Paris
81 Dr. Francisco Valle M.,	Ocotepeque
82 Dr. Guillermo Bustillo Oliva,	Baltimore
83 Dr. Carlos Pinel h.,	Tela
84 Dr. Ramón Reyes Ramírez,	Trujillo