

Las Jornadas Médicas de 1935

En la sesión ordinaria del mes agosto quedó resuelto el temario para las Jornadas Médicas que han de celebrarse del 20 al 27 de julio de 1935. Fueron seleccionados puntos de interés general, siguiendo como en las anteriores, la misma norma de aportar el mayor contingente posible de conocimientos para el bienestar de la colectividad hondureña.

I.—Biología Hondureña:

- a) Talla, Peso, Superficie, Volumen del hondureño.
- b) Aparato Respiratorio.
- c) Aparato circulatorio.
- d) Sangre, Glóbulos. Hemoglobina.

II.—Régimen alimenticio del hondureño.

III.—Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar *Colecistografía*

IV.—Demografía Hondureña.

V.—La Tifoidea en Honduras.

VI.—Temas Libres.

Podrán tomar parte en las Jornadas todos los médicos, farmacéuticos, dentistas incorporados en la Facultad de Medicina.

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña a más tardar el primero de Jimio, y quienes quieren publicar sus trabajos antes de las Jornadas, los remitirán antes del primero de mayo.

La extensión de los trabajos queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá leer las conclusiones.

Desde luego, todavía sabemos muy poco sobre el mecanismo de la determinación hereditaria, sobre el lugar de acción de los genes y sobre la concordancia de las excitaciones con el sustrato biológico genotípicamente fijado. Los hechos de que hasta ahora disponemos, serán discutidos extensamente en la monografía anunciada por Schinz. Nuevos progresos serán posibles solamente sobre la más amplia base científica. La investigación causal-analítica no ha terminado aun de ninguna manera. Estamos metidos dentro de ella, nos encontramos confundidos por eso y no podemos juzgar con seguridad lo que quedara por ult-

imo de todos los esfuerzos realizados por los investigadores. Pero sabemos muy bien que todo gran progreso científico tiene que repercutir forzosamente sobre todo en la investigación del cáncer, pues ningún problema de la vida y del desarrollo está tan estrechamente unido a otro problema médico como al problema del cáncer. Como fruto de tantos esfuerzos, llegaremos indudablemente algún día a la conquista del tan anhelado remedio específico contra el cáncer.

—De Revista de Información

CURIOSIDADES

J. V. de 28 años, soltera, de oficios domésticos, procedente de San Pedro Sula, ingresa a mi servicio del Hospital General contando esta graciosa historia: padece de la vista desde hace 7 años; empezó el mal por un bocio del tamaño de una mandarina; a medida de su crecimiento los ojos se le iban saltando, inyectados, ardorosos y los párpados inflamados; la visión disminuida, veía turbio. Así estuvo padeciendo por 4 años; por entonces tuvo una fuerte emoción causada por la vista de una culebra; al día siguiente sus familiares le contaron que tenían los ojos amarillos y los párpados inflamados. Llevada a un Hospital la hicieron una operación, tiroidectomía, que le mejoró bastante la visión, pero al poco tiempo una nueva emoción, incendio de un teatro, se la hizo perder del todo.

Escuchamos el cuento peregrino sin darle importancia porque la realidad es distinta. Se trata de una enferma francamente Basedociana (taquicardia, exoftalmia, bocio, temblor, trastornos psíquicos, etc.) que hace 4 años fue operada por esa enfermedad extirpándole el lóbulo derecho del tiroides que la mejoró indudablemente pero no la curó.

Los trastornos visuales si bien en parte se deben a la exoftalmia su causa principal son dos terigiones que abarcan las 4 quintas partes de los ojos dejando libres solo una pequeña cinta cerca del limbo superior.

Pero esos pterigiones no son sencillos; se ha producido en ellos una degeneración fibrosa con invasión a todas las capas de la cornea, al iris y cristaloides anterior, comprobando por el intento de hacer iridectomías ópticas confiados en el decir de la enferma que veía luz.

Descartamos la idea de una degeneración cancerosa de los pterigiones por la evolución lenta y el aspecto.

M. M. de 22 años, soltera, de oficios domésticos, procedente de Nacaome, ingresa a mi servicio del Hospital General por una hinchazón de la pierna izquierda.

Refiere que desde hace 10 años empezó la enfermedad por una herida en la planta del pie; la herida se ulceró y en dos años transcurridos para cicatrizar, la pierna, muslo y pie le fueron creciendo.

Una muchacha de magnífica apariencia mostrando una pierna monstruosa, como jamás había visto, no sufre de ninguna alteración, a no ser molestia, sensación de pesantez para caminar. La pierna derecha es perfectamente normal. La izquierda mide: en la articulación tibio-tarsiana 46 c.m. de circunferencia; en la pantorrilla, 69; en la rodilla, 61; en la parte media del muslo, 89 y en la raíz del miembro, 95.

La piel dura, gruesa, de aspecto paquidérmico, presenta profundos pliegues transversales; los músculos no se tocan;

la temperatura normal. La mancha se hace con las piernas abiertas.

Los exámenes generales, clínicos y de Laboratorio no arrojan ninguna luz sobre el caso. Yo formulo dos diagnósticos: elefantiasis filárica y elefantiasis de origen infeccioso vernal, nostras, como dirían los franceses.

Múltiples exámenes de sangre tomada por el día y por la noche fueron negativos. La absoluta normalidad del otro miembro en una evolución de 10 años y la escasa frecuencia de la filariosis en este país me eliminaron ese diagnóstico. Por eso pienso que se trata de un colosal edema consecutivo a una larga infección no tratada del pie entrada por la herida contusa.

Como no creo en ningún tratamiento de los conocidos y practicados por mí en casos semejantes le propuse a la paciente para cuando la pierna llegara a serle insoportable la desarticulación del miembro.

J. V. de 17 años, muchacho de vigorosa constitución, es violentamente atacado de un dolor en la fosa ilíaca derecha con irradiación a todo el abdomen el 7 de junio a las 2 de la mañana, vómitos y temperatura de 38 grados. A las 3 lo ve su médico y encuentra una hiperestesia generalizada y contractura muscular del mismo género; hace el diagnóstico de Apendicitis aguda y espera la mañana para operarlo, aplica para mientras una bolsa de hielo y un centigramo de morfina. Yo lo veo a las 10.30. Caminando el muchacho llega a la sala de examen, nada de extraordinario en el facies. El dolor espontáneo ha disminuido, los vómitos cesaron desde la madrugada, la temperatura ha subido a 39.5; abdomen totalmente doloroso y contracturado, pulso 120, al principio del ataque fue de 100. El examen de sangre muestra una leucocitosis de 11.500 glóbulos blancos y 93 % de Polinucleares. Operado inmediatamente, encuentro una peritonitis gene-

ral purulenta, pus abundante, fluido amarillo claro; el apéndice libre, muy congestionado y perforado a un centímetro de la extremidad libre. Apéndicec-tomía y drenaje con dos tubos envueltos en gaza colocados en el Douglas.

El enfermo mejora rápidamente; el dolor desapareció, el pulso bajó a 80 al quinto día, la temperatura a 37.5; la contractura desapareció a las 24 horas. El paciente cura en 17 días.

Yo no puedo creer que una apendicitis que principió 9 horas antes de la intervención haya perforado el apéndice y dado lugar a una peritonitis purulenta generalizada. Más me inclino a pensar en una antigua apendicitis crónica supurada sin presentar signos característicos, pues el paciente jamás se quejó de accidentes francos, que en un momento se perforó produciendo los síntomas clásicos de una peritonitis purulenta generalizada.

X. Z. de 24 años, casada, de oficios domésticos ingresa a la Policlínica quejándose de una tumefacción dolorosa por encima de la ingle izquierda.

Dice que hace 15 días le apareció una pequeña tumoración que le fue creciendo poco a poco hasta llegar al tamaño actual de un huevo de jolote. Los primeros días fue bastante dolorosa, ahora casi nada. No ha tenido ni tiene actualmente calentura. No le impide para caminar, orinar ni defecar. Cuen-

ta que hace dos meses tuvo un parto a término con feto muerto. Anteriormente bien reglada y ningún embarazo. Otros antecedentes sin importancia.

Realmente existe una masa como un huevo de jolote colocada siguiendo la dirección de la arcada crural, dura, poco dolorosa, inmóvil; la piel se desliza bien sobre la tumefacción. Al tacto vaginal los fondos de saco se encuentran libres, el útero movable en todas direcciones, cuello metritico, anexos derechos normales, izquierdos dolorosos, pero no se palpan; pienso que la masa no tiene relación con el útero ni con los anexos.

El examen de sangre da una fórmula normal: glóbulos rojos 3.500.000; glóbulos blancos 7.000; polinucleares 70%; linfocitos 24 %, etc.

Yo pienso en un absceso del ligamento ancho a pesar de la fórmula leucocitaria y de la ausencia de temperatura pero con ciertas reservas.

A los 3 días de haberla visto por primera vez le hago una punción exploradora suprainguinal con una aguja gruesa; hasta después de movilizar ésta por algunos minutos en diferentes sentidos logro con una jeringa aspirar unas gotas de un líquido claro con un grumo amarillento; acto continuo incindo la tumefacción y evacuo unos 20 c. c. de pus; drenaje de tubo con gaza.

Me parece un caso fuera de lo habitual.

S. Paredes P.