

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

## ORGANO DE LA ASOCIACION MÉDICA HONDUREÑA

**DIRECTOR:**

Dr. Salvador Paredes P .

**REDACTORES:**

Dr. Camilo Figueroa .

Dr. Manuel Larios Córdoba .

Dr. Manuel Cáceres Vijil .

**SECRETARIO DE REDACCION:**

Dr. Tito López Pinedo.

**ADMINISTRADOR:**

Dr. Manuel Castillo Barahona

---

Año 1

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Enero de 1931.

Número 9

---

### Pagina de la Dirección.

Fue quizás el móvil más poderoso que tuvo el gremio médico hondureño para asociarse, el de velar por la moral profesional, corrigiendo los pequeños desvíos y castigando los delitos, que dejan de serlo profesionales para pasar al dominio de las leyes penales. Hacia esa finalidad ha encaminado sus actos, con mayor energía, la Asociación Médica Hondureña. Es su más vivo anhelo ver el reinado de la armonía entre los miembros que la componen; palpar la decidida cooperación de los médicos, científica en los casos que lo requieran, espiritual y material cuando el momento se llegue y por sobre todo hacer sentir la observancia de los cañones que marcan los deberes a guardar con los clientes, los colegas y la sociedad en general.

O bien porque no se conociera ningún caso de atropello delictuoso a la vida humana, o por falta de valor para denunciarlo, la Sociedad Médica caminaba tranquilamente, trabajaba por realizar su programa, cuando en la primera sesión del mes que corre fue puesta en conocimiento de los socios la denuncia de trece conspicuos facultativos de San Pedro Sula, socios activos, poniendo en conocimiento gravísimas faltas cometidas en el ejercicio de la profesión por un consocio de **allá**.

Una intensa onda de desagrado e indignación sacudió aquel ambiente de fraternidad, de sincero culto a la ciencia y

la honradez al **escuchar** el **cúmulo** de acusaciones, que no bajeza ni la intriga política, que no caben en los nobles pechos de los valientes y honorables médicos que no tuvieron ningún escrúpulo para hacer valer los sagrados derechos de la verdad, contra el colega, que olvidó los rudimientos del respeto a la vida, y el cumplimiento de aquel juramento que prestamos al recibir el diploma de Académicos.

**Como una** brillante protesta contra el delincuente que así desacreditaba la Facultad, la Sociedad, su procedencia y el país donde ampliamente ha recibido hospitalidad, la Sociedad Médica acordó excluirlo definitivamente de su seno, con un justo y merecido castigo a su intemperancia espiritual, y como ejemplo de lo que es capaz el fuerte gremio Asociado en favor de los intereses de la República.

**Pero la Facultad** de Medicina **no** estaba dormida. En sesión celebrada en diciembre y en vista de un largo expediente enviado por el Delegado de la Facultad en aquella **población**, **acordó** por unanimidad de votos aplicar uno de los artículos del Código de **Instrucción** Pública, suspendiéndolo en el ejercicio legal de la medicina.

La Sociedad Médica que tuvo conocimiento de la actitud enérgica de la Facultad acordó hacerse solidaria con ella, en la resolución tomada, lo mismo que con los médicos de San Pedro Sula.

**Mucho se lamentó dar pasos** de tanta trascendencia, pero ante la obligación y el deber supremos de salvaguardar caros intereses de la nación y de la profesión, no vacilamos un instante en ejecutarlos.

Ya no permitiremos más que la inicua explotación arrace con las vidas humanas; ya no más la herida de un vientre sagrado brotará monedas viles de oro arrojando el producto de la concepción; ya no más el silencio criminal y la cobarde complacencia serán cómplices de grandes delitos; no. El alto **espíritu** que creó la Sociedad, atento y valiente vigila los **caminos** nefastos de los malos, y justiciero deja caer el peso su cólera sobre el culpable.

En repetidas ocasiones hemos excitado, desde estas columnas, a los consocios, para que denuncien las irregularidades cometidas en el ejercicio de la profesión. Hoy con mayor fuerza y más razón, suplicamos de nuevo despojarse de la indiferencia y desenmascarar a los que bajo el honroso título quieren amazar fortunas a costa de sangre de seres indefensos.

Tegucigalpa, **enero** de 1921.

El papel de absceso de fijación cié una inyección de quinina en la  
región glútea izquierda, en un operado de prostatectomía  
hipogastrica en dos tiempos y algunos comentarios

J. Medardo Escoto, de 53 años de edad agricultor, casado, originario del pueblo de San Lucas, ingreso a la pensión N° 9 del Hospital "San Felipe" el 4 de octubre de 1930.

Antecedentes hereditarios, personales y colaterales, sin importancia.

*Historia de su enfermedad.*

En 1928, el 25 de diciembre, principiaron sus padecimientos; el día siguiente de los festejos nochebuena empezó a sentir dificultad para orinar teniendo que hacer muchos esfuerzos y las micciones eran muy dolorosas; pero con tisanas de estigmas de maíz y un purgante logró vaciar su vejiga. Desde esta fecha hasta principios de junio de 1929, pasó bien, y en mismo mes tuvo otra crisis, tendón aguda acompañada de sensación de pesantez en el recto, periné y región hipogástrica pero con remedios que le hicieron en su casa logró orinar. Esta segunda crisis se presentó pues de un exeso de trabajo. El 10 de septiembre de 1930, se presentó otra crisis de retención aguda de orina y fue necesario que un facultativo le sondeara dos veces para vaciar la vejiga. Por este motivo ingresó al Hos-

pital el 4 de octubre. Se practicó el examen y encontramos, al tacto rectal, la próstata aumentada de volumen, del tamaño de una mandarina, de consistencia firme, elástica y glandular, indolora y simétricamente desarrollada. Residuo vesical de 250 a 500 gramos. Estado general excelente, sin trastornos digestivos, sin lengua seca, sin pérdida del apetito, sin sed imperiosa. No hay enflaquecimiento ni palidez. No hay polaquiuria nocturna ni diurna.

El adenoma prostático evoluciona en tres períodos: I. —Período de principio o de trastornos de la micción, sin retención. II. —Período de retención incompleta, con crisis de retención completa. III. —Período de retención completa. En el primer período los síntomas que se observan consisten en el retardo de la micción, el enfermo está obligado hacer esfuerzos para vaciar la vejiga; debilidad del chorro de orina que se escurre gota a gota sin fuerza, polaquiuria diurna y nocturna, el enfermo se levanta una o dos veces y muchas por la noche a orinar.

En el segundo período o de retención incompleta el enfermo llega a este estado insensible-

mente **después** de una o varias **crisis** de retención aguda completa. Este periodo se caracteriza por necesidades frecuentes de orinar en el día y en la noche, sensación de pesantez al nivel del hipogastri, del recto y pariné. Trastornos digestivos: Lengua seca, sed viva, pérdida del apetito, disgusto para la carne, enflaquecimiento y palidez. Hay **residuo** vesical de un centímetro a un litro y más.

En el tercer período la retención alcanza su máximo, la vejiga no puede extenderse y la cantidad suplementaria de orina sale gota a gota. Trastornos digestivos más acentuados. La vejiga es apreciable al hipogastro. etc.

Estos son los síntomas y la **evolución** del adenoma de **la próstata**, de una manera esquemática. El enfermo a que nos referimos ha llegado insensiblemente al segundo período de retención incompleta con crisis de 'retención completa.

Como las condiciones del enfermo eran excelentes decidimos la prostatectomía en dos tiempos. Se mandó examinar la urea

en la sangre y arrojó 0.40 centigramos por mil. Este requisito estaba en favor de la operación. Como no pudimos practicar la *Constante* el *Ambarcl*, nos contentamos con este dato, desde luego que el profesor Marión indica que a falta de la constante debe dosificarse la urea en la sangre y si la cantidad obtenida no pasa de 0.75 por mil puede operarse sin vacilaciones. En nuestro enfermo, como ya dijimos encontramos 0.40 por mil y esto nos alentó para operar en caliente.

La repercusión de las afecciones de las vías urinarias inferiores sobre las funciones renales está muy bien estudiada. La nefritis crónica azoémica es el final de las estrecheces de la uretra, de la hipertrofia de la próstata y de los cálculos vesicales. Castaigne y Lavenant han insistido con justicia sobre su importancia y frecuencia. La retención aguda es la causa de todos los síntomas observados: *Anorexia, náuseas, lengua saburral, sed, ansiedad, somnolencia*, etc.

*Es*. un hecho ya aceptado en la historia de los prostáticos que

esta hiperazoemia crónica puede disminuirse y curarse con el tratamiento de la retención vesical. El descenso de la urea en la sangre se obtiene rápidamente como se puede observar en el siguiente caso tomado del profesor Legueu:

Fecha.....	A anemia.
8 de mayo	3gr. 84
1 de mayo	3gr. 42
10 de mayo	1gr.
2 de mayo	1gr. 02
1 de junio	0gr. 80
1 de junio	0gr. 60

Esta hiperazoemia se presenta en los sujetos con retención incompleta con distensión vesical. - rasos de retención incompleta distensión y excepcionalmente en la retención completa cuando se practica el cansino de la vejiga. La azoemia es más elevada en la retención vesical crónica. Es la causa de la muerte de los enfermos no asistidos o de los que han sido tratados muy tarde. Esta hiperazoemia es debida a trastornos de la secreción reproductiva por el aumento de la presión uréteral y piélica a causa de la retención vesical.

Cuando este obstáculo se suprime todo entra en la normalidad condición de que la dilatación de los cálices no sea muy antigua y no haya provocado lesiones canaliculares irreparables de dilatación y esclerosis. Antes de practicarse una inter-

vencción Quirúrgica hay que curar la hiperazoemia y después de explorar la función renal Pauchet recomienda el régimen di frutas; Chevassu, la sonda en permanencia; Legueu recomienda la cistotomía supra-pubiana, Al cabo de quince días, tres semanas, uno y dos meses la disminución de la urea de la sangre llega a su máximo.

Las ventajas de la prostatectomía, en dos tiempos, en los enfermos en donde las contra-indicaciones son serias: estado general malo, funcionamiento defectuoso de los riñones, infección vesical, etc. da magníficos resultados. En estos enfermos no debe rechazarse la prostatectomía a priori; hay que someterlos a un tratamiento minucioso: el cateterismo, la sonda en permanencia, los lavados vesicales o la cistostomía. Después de estas operaciones los enfermos mejoran en su estado general, los riñones funcionan mejor y hay muchas probabilidades de éxito para la segunda intervención.

Dice Marión: "la práctica de la prostatectomía en dos tiempos abre un campo más considerable a las posibilidades de los éxitos operatorios." O en otros términos se practica la prostatectomía, en frío. Pero hay casos donde es ventajoso hacer la prostatectomía en caliente de urgencia, es decir, en los rasos que exigen una solución rápida. En los enfermos con retención aguda

en **quienes se huya** ensayado el vale turismo y producido una **falsa** ruta; en los **que** por una **razón cualquiera sangran** y la sonda en **permanencia** no dé ningún resultado y en *los retencionistas incompletos, distendidos*, en los el cateterismo es peligroso, **Nicolich** Escat, Michon y Marión, aconsejan la prostatectomía en un tiempo. En estos **últimos casos** enumerados, para evitar **los** peligros considerables del **cateterismo, que** -siempre mata a los **enfermos** en pocos días; pero no hay *que* olvidar, al **decidir** la prostatectomía en un tiempo, las condiciones de resistencia del enfermo y en el caso los pacientes se encuentren con menor resistencia es mejor hacer la *cistotomía urgencia* antes de intentar el cateterismo; para operar la próstata cuando el enfermo lo permita. La cistotomía nos pone al abrigo de los accidentes del cateterismo.

Paniulesco ha publicado todos **los** casos, del **servicio** Civile del Dr. Marión, de cistostomizados en el segundo período o *sea* en

los de retención incompleta con distensión vesical, con éxitos admirables.

Nuestro enfermo hit llegado a este período. Decidida la operación hicimos la cistotomía el 9 **de** octubre; drenamos con tubo de Guyon-Perier, lavados vesicales con nitrato de plata al 1 por mil, diarios. No ligamos **los** canales deferentes y por esta causa se declaró una orqui-epidimitis canalicular. Para evitar esta complicación Marión aconseja sistemáticamente practicar **la ligadura** de los canales deferentes ya en el primer o segundo tiempo de la operación. No es raro observar orqui-epidimitis de origen sanguíneo cuando hay infección general.

Se ordenó pomada de colargol y luego se dominó la infección testicular.

El 2 de noviembre, segunda intervención, enucleación de la próstata con anestesia general al éter. Ligadura de los canales deferentes. Taponamiento y drenaje con tubo de Freyer, modificado por Marión, grueso y

con codo *de* vidrio; ningún con-  
 tratiempo operatorio. No hubo  
 hemorragia primitiva y si ligera  
 secundaria. Lavados de an-  
 tipirina al 40 por mil. Buen  
 funcionamiento del tubo. Al  
 cuarto día fiebre 39 grados,  
 Extracción de las mechas y cam-  
 bio de tulio de menor calibre,  
 La fiebre descendió, Lavados  
 nitrato de plata al 1 por mil  
 rios, Al doceavo día de ope-  
 rado sonda en permanencia. La-  
 mentamos no haber tenido son-  
 das de muchos agujeros cons-  
 truidos por la casa Gentile, que  
 ofrecen la gran ventaja de dre-  
 nar al mismo tiempo la vejiga  
 y la cavidad prostática. La son-  
 da funciona mal. Del 2 de no-  
 viembre al 17 del mismo mes.  
 apirético. Cambio del tobo hi-  
 gastrico por sonda de Pezzer,  
 IW 17 hasta el Z'2 de noviembre,  
 re. Un día/.pirético. El 28  
 de nuevo se declaran accesos  
 febriles iniciándose con escalof-  
 ríio intenso, fiebre alta de 41  
 os y estaba de sudor; la  
 hora de estos accesos fueron va-  
 riables en la mañana, en la tar-  
 de en la noche, otras veces fue-  
 TOE sucesivos, lengua saburra!,  
 náuseas, enflaquecimiento extre-  
 mo, delirio, pulso frecuente, es-  
 tado general grave, orinas con  
 fuerte olor amoniacal, sucias y  
 purulentas  
 En presencia de un caso des-  
 esperado se ordenaron lavados  
 vesicales de suero fisiológico  
 mañana y tarde, inyecciones de  
 urotropina mañana y tarde, in-  
 yecciones de **aceite** alcanforado  
*de* cafeína, de suero fisiológico  
 y el enfermo empeoraba catín  
 día. Se instituyó lavados conti-  
 nuos gota a gota, de licor de Da-  
 kin, en la cavidad vesical 12 ho-  
 ras al día. El estado infeccioso  
 no se aminoraba. Se investigó  
 muchas veces **hematozoario** en  
 la sangre y **fue** negativo **el resul-**  
**tado**, y a pesar de este dato s\_  
 te inyectó quinina a dosis de 1  
 gramo. El pronóstico era fatal.  
 Un día de tantos, el **enfermo**  
 acusa dolor en la región gluten  
 — examinamos la región en do  
 de habíamos inyectado un grano  
 de quinina, y encontramos **tume-**  
**facción** difusa, ligera rubicun-  
 dez, sin fluctuación. A los tres  
 días de haber observado este  
 absceso en formación notamos  
 que había un punto de fluctua-  
 cion, lo abrimos con todas las  
 precauciones de asepsia y eva-  
 cuamos como quinientos gramo?  
*de* pus aséptico. Esta inyección  
 de quinina fue la salvación de  
 nuestro enfermo, **desempeñando**  
 el papel *de absceso de fijación*.  
 De todos es conocido el valor te-  
 rapéutico y pronóstico del *abs-*  
*ceso di fijación*, de Fochier, em-  
 pleando la esencia de trementina  
 rectificada. El hecho de ha-  
 berse presentado la fiebre uri-  
 nosa antes de la inyección de  
 quinina, orinas sucias, **purulen-**  
**tas** de fuerte olor amoniacal;  
 trastornos digestivos, lengua si-  
**burral**, enflaquecimiento; ac-  
 cesos con sus tres estadios de  
 escalofrio, fiebre y sudor; y el

**pus** amicrobiano del absceso me **hacen** desistir en pensar que era el absceso **quínico** el responsable del estado infeccioso. Pocos días después la fiebre descendió hasta normalizarse. El enfermo fue mejorando y aquel cuadro de píoemia urinosa, grave y desesperado, de pronóstico **fatal**, **se salvó** con un **gramo** de quini-

na inyectado en la región **glútea**.

El enfermo está completamente restablecido y solo espera que se cierre una pequeña fístula hipogástrica para salir curado. Una vida más rescatada por el alcaloide de esta Rubiaceae. S-MOLINA G.