

SUMARIO

	Página
Homenaje al Dr. Trinidad E. Mendoza	145
Dr. Antonio Vidal	
La Fluoroscopia en la Tuberculosis Pulmonar	248
Dr. Luis Munguía	
Prueba de la Tuberculina en la Tuberculosis Pulmonar	253
Dr. Luis Munguía	
Tercera Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos	259
Dr. S. Paredes P.	
Ligeras consideraciones sobre Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica	262
Dr. P. E. Castellanos	
Paludismo y Síndrome Agudo Abdominal	265
Dr. Eduardo Rivas Servera	
Formas Atípicas del Paludismo	268
Dr. José Miguel Restrepo	
Tratamiento de la Tricocefalosis	279
Dr. Raoul Fournier	
Tumores Benignos del Esófago	278
Dr. Roberto C. Ferrari	
NOTAS	284

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña.

DIRECTOR: DR.
ANTONIO VIDAL

REDACTORES:
DR. SALVADOR PAREDES P.
DR. MARCIAL CACERES VIJIL

DR. JUAN A. MEJIA

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
DR. CARLOS M. GALVEZ

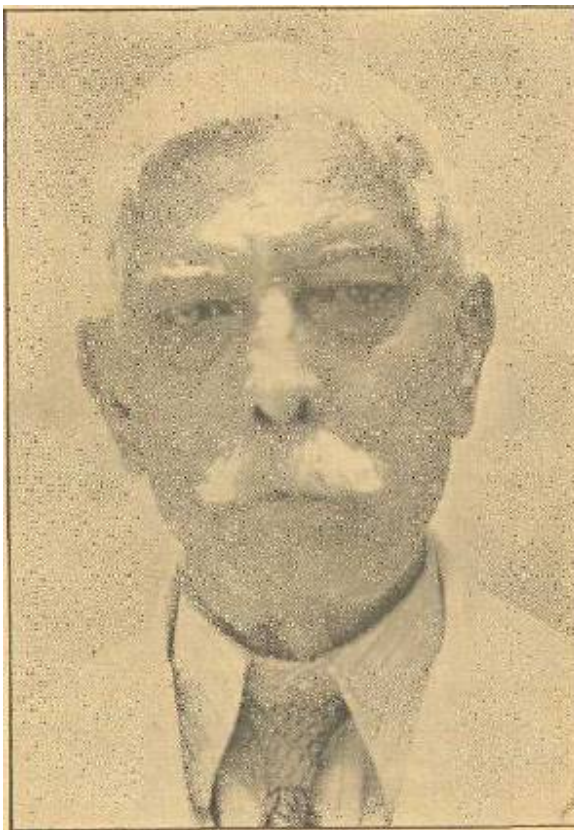
ADMINISTRADOR:
DR. MARTIN A. BULNES B.

Año XI | Tegucigalpa, D.E Honduras, C. A. Sept. y Octubre de 1941 | N° 96

HOMENAJE AL DR. TRINIDAD E. HIETIDOZA

La Asociación Médica Hondureña dedicó su sesión extraordinaria del 13 de Octubre del corriente año, a homenajear al Dr. Trinidad E. Mendoza, con motivo de celebrar éste, sus bodas de oro profesionales. En dicha sesión presentaron trabajos científicos los doctores Antonio Vidal y Luis Munguía, el primero sobre "Conceptos modernos respecto a las anemias y su clasificación" y el segundo sobre "Pruebas de las tuberculina."

Al terminar el acto científico, el Sr. Presidente Dr. Manuel Cáceres Vi-



DR. TRINIDAD E. MENDOZA

Foto Guilbert

gil leyó el discurso que reproducimos a continuación y le fue entregado al Dr. Mendoza un diploma alusivo a dicho acto y cuyo texto aparece después.

Señores:

La Asociación Médica Hondureña que ya tiene bases de estabilidad y de progreso científico permanente y que tiende a colaborar en la resolución de los problemas médicos del país, lo que significa el óbolo con que hemos de cooperar en las campañas de su índole en el mundo; nuestra Asociación también ha aprovechado los momentos propicios para hacer homenaje a los miembros que por su larga labor profesional médica y por los esfuerzos que hicieron para coronar sus carrera son acreedores a tal honor.

Ayer hemos homenajeado a los Dres, Miguel Paz Barahona y José María Ochoa Velásquez, miembros honorarios de nuestra Asociación, cuando cumplieron sus cincuenta años de vida profesional, hoy nos toca hacerlo con el Dr. Trinidad E. Mendosa, miembro activo nuestro, fundador de nuestra agrupación, y fiel cumplidor de sus deberes y quien ha ayudado en todo momento y en toda forma a mantener activos los grandiosos ideales que perseguimos; pues la constancia del Dr. Mendoza ha sido ejemplar y digna de ser imitada por los miembros de nuestra sociedad.

El Dr. Mendoza se graduó de Br. el 13 de diciembre de 1881 en la Universidad de Tegucigalpa y en 1891 la Junta Internacional de Beneficencia integrada por los miembros del Gobierno y personas más destacadas de los círculos sociales de la capital y en vista de la labor patriota y científica desarrollada del pasante de medicina entonces, hoy Dr. Mendoza, en la campaña contra la epidemia de viruela que invadió en aquella época, y tomando en cuenta también las referencias encomiásticas del Médico guatemalteco Tadeo Travañino, solicitó al Gobierno del Gral. don Luis Bográn se le extendiera el Título de Médico y Cirujano al Sr. Trinidad E. Mendoza, dispensándole únicamente el examen general privado, solicitud que fue atendida satisfactoriamente por dicho Gobierno.

Desde el tiempo mencionado el Dr. Mendoza ha trabajado con denuedo en el ejercicio de su profesión, habiendo servido en distintas ocasiones varios puestos en el Hospital General y en los

Hospitales de sangre como Cirujano en las campañas de 1893 y 1M\ en las filas del Gobierno, donde ha puesto de manifiesto su lealtad y honradez.

Como Presidente de la Asociación Médica Hondureña es par mí sumamente grato dedicar a nombre de los miembros de la misma estas pocas frases y ofrecer este homenaje al Dr. Trinidad E. Mendoza en el día de cumplir el quincuagésimo aniversario de Médico y Cirujano.

Diploma:

LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

Rinde al Dr. Don

TRINIDAD E. MENDOZA,

Socio fundador,

Con motivo de cumplirse hoy el 50 aniversario de su investidura de Médico y Cirujano, homenaje de admiración, simpatía y afecto.

Tegucigalpa, D. C, 13 de Octubre de 1941.

*MANUEL CACERES VIJIL,
Presidente.*

*CARLOS M. GALVEZ,
Secretario.*

*HENRY D. GUILBERT,
Secretario.*

Terminada la Sesión, el Dr, Mendoza rodeado por el afecto de sus colegas, disfrutó de una alegre cena servida en uno de los más elegantes Restaurantes de la ciudad.

Reiteramos al Dr. Mendoza, nuestros parabienes y felicitaciones, deseándole aún muchos años más de vida para felicidad de su familia y regocijo de sus amigos.

La Fluoroscopia en la Tuberculosis Pulmonar

Trabajo leído por el Dr. Luis Munguía en la sesión ordinaria celebrada por la Asociación Médica Hondureña el 4 de octubre de 1941

No me propongo a presentarles algo desconocido de Uds. sino el de insistir sobre una de las formas de la Tuberculosis pulmonar con la que cada día más frecuentemente nos vemos enfrentados; me refiero a la Tuberculosis pulmonar silenciosa que puede tener un curso progresivo durante meses y aún años sin' que por ello se manifieste alguno de los síntomas habituales. Ya los aforismos de Jindsay de que la ausencia persistente de la tos prueba la ausencia de la Tuberculosis o el de Laseguerie que un enfermo que no tose no es un tísico, no son enteramente exactos, ya que existen enfermos tuberculosos que viven períodos de vida patológica sin toser, como por ejemplo: los fibrosos o granúlicos fríos y cuyas alteraciones pulmonares son demostrables por la radiología.

No debemos olvidar ni por un momento que en la mayoría de los casos en que se diagnostica por primera vez una Tuberculosis pulmonar activa, la enfermedad ya se encuentra en un estado muy avanzado.

El concepto corriente en cuanto a lo que a la Tuberculosis se refiere, es el de una persona que tose y expectora, con fiebre vespertina, dolores de pecho, demacrada, con hemoptisis y que presenta signos físicos torácicos definidos; en cuanto al diagnóstico, este tipo de tuberculosis no necesita ninguna sagacidad por parte del médico, pues ya el paciente nos trae el diagnóstico de antemano y en cambio el tratamiento implica, sí es que todavía es posible, una larga cura Sanatorial u Hospitalaria. Debemos tener muy presente el tipo opuesto de Tuberculosis, el que evoluciona en el individuo que se siente bien y que no presenta sintomatología alguna y cuyo diagnóstico, única y exclusivamente, puede hacerse por el examen fluoroscópico o la radiografía acompañado de los del la-

Estos casos de tuberculosis, pulmonar asintomática, ocupan un lugar de mucha importancia en la diseminación de la enfermedad ;j y son en los que ,tanto el médico general como el especializado, debemos tener mucho cuidado, porque con la ausencia de síntomas, tanto generales como locales, hay una tendencia a asegurarle al paciente que su estado pulmonar es completamente satisfactorio. La fluoroscopia hecha por un médico experimentado o a falta de ella la radiografía, es la única que puede decir realmente el estado del parenquima pulmonar, y es a ella a la que debemos recurrir siempre que seamos consultados sobre este aspecto de la Medicina, ya que infinidad de veces hemos tenido la oportunidad de comprobar grandes procesos cicatrizales de lesiones que ocuparon grandes zonas del tejido pulmonar o aún lesiones activas en grado-, avanzado sin el menor síntoma general o signo físico, tal vez por tratarse de lesiones centrales que están rodeadas de una área de .tejido sano que impide la transmisión a su través de los signos físicos de la zona lesionada.

Con la fluoroscopia el diagnóstico de la tuberculosis ha ganado mucho en cantidad _y calidad; se diagnostica con mayor frecuencia y presdción; el Médico ya no puede conformarse con la noción de la naturaleza de la enfermedad sino que necesita que se establezca la exacta localización, el compromiso del órgano es decir el grado en que está afectada su función, como también la del organismo en general. Sólo así se puede fundamentar con la mayor aproximación el pronóstico y decidir la conducta terapéutica. A esto debemos el qué sean tributarios de tratamientos efectivos una gran cantidad de enfermos que antes se consideraban deshauciados o incurables; el de que sean tratados en forma radical estados que antes lo eran únicamente en una forma paliativa y el de que la incertidumbre que con sobrada razón embargaba tanto a enfermos como a Médicos se vaya reemplazando por confianza y tranquilidad. Además la exploración fluoroscópica periódica pone al especialista en condiciones de poder aplicar a cada caso el tratamiento dieteto-higiénico, medicamentoso o colapsoterápico que más sé conviene y seguir el efecto del tratamiento a que lo tiene sometido.

Es por todas estas consideraciones anteriores, estimados colegas, que debemos tildar de incompleto cualquier examen por minucioso que se haga en la investigación de la Tuberculosis pulmonar si en él prescindimos del examen fluoroscópico. Perfectamente sabemos todos que el ideal en el diagnóstico de la Tuberculosis es el del DIAGNOSTICO PRECOZ, es decir el diagnóstico de la Tuberculosis antes de aparecer los primeros síntomas y por consiguiente antes de que el enfermo se haya dado cuenta de su enfermedad y de allí que reservemos el de DIAGNOSTICO TARDÍO el diagnóstico cínico-bacteriológico que se funda en los malestares experimentados por el enfermo, en el examen físico y en las pruebas del Laboratorio al comprobar el Bacilo de Koch en la espectoración.

En los exámenes fluoroscópicos obligatorios que diariamente practicamos en el Dispensario Central Anti-tuberculoso en la ciudad de San José de Costa Rica o en los exámenes de grupos de gente sana llevados a cabo en ese mismo lugar por medio de la Unidad Móvil de Rayos X, trabajos que fueron iniciados por la Fundación Rockefeller bajo la dirección del Doctor Clifford W. Wells y ahora continuados por el Gobierno de ese país, tenemos más que comprobada la necesidad de la fluoroscopia para el diagnóstico tanto precoz como tardío de la Tuberculosis pulmonar ya que son numerosos los casos diagnosticados en períodos avanzados sin haber tenido la menor manifestación externa. Infinidad de veces hemos comprobado los hechos siguientes: el de personas que han llegado a examinarse no por creerse con necesidad de ello sino por el de acompañar a un amigo o amiga o por el de llenar un requisito que la Secretaría de Salubridad Pública les exige y que han resultado con lesiones pulmonares tuberculosas avanzadas; el de que familias que en un principio fueron grandes opositoras al examen fluoroscópico sistemático que en ese país se lleva a cabo convertirse en las mejores propagandistas de dicho método por haberles descubierto algún caso de tuberculosis en algún miembro de su familia o de su servicio y evitándoles con ello la diseminación de la enfermedad.

Es por todo lo anterior que difícilmente podrá, ser sobreestimado el valor de la exploración fluoroscópica como un procedimiento de diagnóstico y hasta la fecha no hay un solo método que con ella pueda compararse en el descubrimiento de los casos de Tuberculosis pulmonar. Sin embargo debemos hacer mucho hincapié en el hecho de que la sola exploración fluoroscópica no puede darnos la etiología del trastorno pulmonar encontrado ya que idénticos cuadros fluoroscópicos nos pueden dar enfermedades diferentes y así vemos por ejemplo que no por el hecho de encontrar una pérdida de tejido pulmonar (caverna) su causa sea forzosamente de origen tuberculoso ya que ello mismo nos lo pueden dar; los abscesos pulmonares o procesos pneumónicos corrientes; tampoco una zona de condensación obligadamente tendrá que ser tuberculosa, pues también la podemos observar en un absceso, en un proceso gripal corriente, o en muchas enfermedades; para hacer estas diferenciaciones es que se hace necesaria la experiencia y conocimientos del especialista para que con su larga práctica sepa asociar la clínica-bacteriología y así poder llegar a un diagnóstico final.

Hallar *los* casos de personas tuberculosas es la primera responsabilidad de todas las empresas que llevan por finalidad librar a la humanidad de esta devastadora enfermedad. Esto se hace muy bien, como ya lo he dicho, con la exploración fluoroscópica, método con el que no se tiene una pérdida apreciable en la eficiencia del diagnóstico; que tiene la ventaja de ser poco su costo y además la de mostrarnos los diferentes movimientos del tórax y de permitirnos hacer los exámenes desde las diferentes posiciones, cosa de mucha importancia por el hecho de existir lesiones visibles únicamente con posiciones especiales. El gremio Médico es el que juega un papel de suma importancia en el descubrimiento de los nuevos casos de tuberculosis; ya sean éstos activos o no activos, abiertos o cerrados, que es uno de los primeros objetivos en la lucha contra la tuberculosis. Del estudio de las personas examinadas, por indicación Médica, en los Dispensarios Anti-tuberculosos se desprende la importancia que tenemos en el hallazgo de tales casos y así vemos que en algunos de dichos centros, en que se han hecho dichos porcentajes los resultados han sido bastante altos.

Y por todo esto mis estimados Colegas: es que una mayor generalización o el uso sistemático de este método puede considerarse como una poderosa arma en la lucha contra la tuberculosis y de allí que todos nosotros, especialmente los que nos, dedicamos a esta rama de la medicina debemos incrementar su uso.

Tegucigalpa, 4 de octubre de 1941.

PRUEBA DE LA TUBERCULIZA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por el Dr. LUIS MUNGUÍA

Fue el 13 de Noviembre de 1890 cuando Roberto Koch anunció el descubrimiento de una sustancia a la cual le daba poderes inmunizantes y curativos contra la tuberculosis; esta sustancia la preparaba haciendo crecer durante cinco semanas el Bacilo tuberculoso del tipo humano en un caldo glicerinado, que después lo filtraba para separar los bacilos; a este líquido libre de bacterias que y contenía sus exotoxinas, fue lo que después se denominó Tuberculina (Tuberculina original Alt.). - *

Esta forma de la Tuberculina. original Alt. después sufrió una serie de modificaciones cada una de las cuales tiene nombres diferentes, siendo las dos más importantes la Oíd Tuberculin (O. T.) que tiene una preparación como la anterior, con la diferencia que antes de hacer el filtrado, el cultivo del caldo es sometido a la ebullición hasta disminuir su volumen a la décima parte; esto da por resultado el de hacerla más concentrada y también el de que con tenga, no sólo la exotoxina sino también la endotoxina. La otra forma es: Furified Protein Derivative, (P.P.D.); recientemente los Bioquímicos han aislado cuatro sustancias: diferentes del Bacilo tuberculoso: 1^o—Una proteína, que es la causante de la reacción de la piel en los sujetos tuberculosos. 2^a.—Un fosfolipina, que es la que induce a la formación de una sustancia inmunizante. 3^a.—Un ácido graso, que es el que estimula el tejido conectivo produciendo monocitos y eventualmente los tubérculos; y 4^o.—Un polisacárido que es una sustancia muy tóxica que es capaz de matar a un animal en pocas horas. La Purified Protein Derivative, es una sustancia aislada (Florence Seibert) de la primer sustancia, es decir de la proteína.

La diferencia entre la O.T. y la P.P.D. es que la primera puede contener, además de la proteína del Bacilo, una cantidad aunque muy pequeña de la proteína del cultivo, que puede tener alguna influencia sobre la prueba de la piel, en cambio la segunda, por ser preparada en un medio sintético, no contiene más que la proteína del Bacilo; esta tiene la ventaja sobre la primera de suponerse mucho más sensible, pero tiene el agravante de ser muy cara por lo que su uso generalmente se reserva para investigaciones y casos de especial interés.

USO DE LA TUBERCULINA:

Basándose en los principios de la alergia, la ciencia médica ha utilizado esta sustancia, la Tuberculina, para saber si un individuo

ha sido infectado por el Bacilo tuberculoso. Son varios los métodos en que se usa dicha sustancia con tal fin, y así tenemos: 1º, la prueba percutánea de Moro; 2º, la prueba cutánea de Von Pirquet; 3º, la subcutánea; y 4º, la más importante y usada, por haber sido sus resultados los más seguros y su modo de emplear su-f lamente sencillo, como también, de poder medir su dosaje con exactitud, la prueba intracutánea de Mantoux y cuya técnica es la que paso a describir:

TÉCNICA DE LA PRUEBA DE MANTOUX CON LA O. T.:

La tuberculina (O.T.), que es la más usada, se consigue en frasquitos pequeños, generalmente de 1 cc. de capacidad, que traen un cierre hermético gracias a un tapón de hule. Esta solución es denominada "*Solución Madre*," que nunca debe usarse pura sino en dos diluciones llamadas, una *solución fuerte* en que cada décimo de cc. contiene, un miligramo de la "*Solución Madre*" y la otra, *solución débil* en que cada décimo de cc. contiene un centesimo de miligramo de la "*Solución Madre*."

PREPARACIÓN:

La forma de prepararlas es la siguiente: se alistan dos tubos de ensayos estériles con sus respectivos tapones de algodón, se vierte en cada uno de ellos 9.9 cc de solución salina normal y se rotulan de esta manera, N^o 1 y N^o 2, el primero corresponderá a la solución fuerte y el segundo a la débil. Con la jeringa especial para Tuberculina o con una de las que se usan para inyectar el Gonofil, se toma una décima de cc. de la solución madre y se echa en el tubo N^o 1, teniendo cuidado de evitar la contaminación y el derrame de cualquier cantidad de líquido; se diluye lo mejor posible y así tenemos preparada la *solución fuerte*.

La *solución débil*, se prepara tomando una décima de cc. de la solución fuerte vertiéndola en el tubo N^o 2 con los mismos cuidados antes descritos.

DOSIFICACIÓN Y MANERA DE APLICARLA:

Las dosis que se aplican con cualquiera de las dos soluciones son de una décima de cc y en los niños es aconsejado nunca usar la solución fuerte sin antes haber hecho ya la prueba con la débil.

Para aplicarla se usa la jeringa antes mencionada y una aguja muy fina (N^o 27) de un centímetro de largo, como las usadas para el Gonofil, y se inyecta una décima de cc. de la solución débil intradérmicamente en la cara anterior del antebrazo, de preferencia en el tercio superior, en un lugar que esté libre de cualquier al-

teración (Dermatitis, Linfangitis, inflamación, etc.): en el sitio con **la** lesión debe quedar un acuitamiento por distensión de la piel. Para evitar infección y obtener el mejor efecto de la prueba se le recomienda al niño que no debe tocarse, rascarse o ponerse medicamentos como Yodo, Alcohol, etc. La lectura de la reacción debe hacerse 48 horas después y en caso de que resulte negativa debe inmediatamente o pocos días después, inyectarse la solución fuerte con la misma técnica pero cambiando brazo. (Modo de usarse en Costa Rica?).

RESULTADOS, LECTURA Y CLASIFICACIÓN:

La prueba puede resultar positiva o negativa: es *positiva*, cuando a las 48 horas de inyectada presenta edema y enrojecimiento a su alrededor, y *negativa* si no se observa ningún edema..

La prueba se clasifica de una a cuatro cruces según el diámetro del edema, medida en milímetros como también su elevación sobre la piel. El enrojecimiento de la piel, generalmente es mucha mayor que el edema, pero de mucha menor importancia.

Con una cruz (+) se clasifica aquella edema que presente un edema bien definido no mayor de diez milímetros de diámetro. y uno de altura.

Con dos cruces { ++) el edema de igual carácter de 10 a 15 milímetros de diámetro y uno de altura.

Con tres cruces (+++) el edema que tiene más de 15 milímetros de diámetro y dos de altura, con fuerte enrojecimiento de la piel pero sin ninguna necrosis.

Con cuatro cruces (++++) es clasificada la prueba que presenta un extenso edema con algún punto de necrosis, que a veces es seguida de ulceración de la piel. Esta puede asociarse de fiebre y malestar general.

Cuando deben ser reportados o archivados estos resultados, para mayor comprensión de su lectura se aconseja anotarlos en forma de quebrados, como sigue:

Un resultado negativo: $\frac{0}{0.01}$ si es con la solución suave, y $\frac{0}{1}$ si ha sido con la fuerte.

Un resultado positivo: $\frac{\text{-----}}{0.01}$ o $\frac{\text{---}}{1}$ o tantas cruces como haya sido su resultado.

Algo que no debemos olvidar con la Tuberculina es que **siempre** debe conservarse en una nevera o a falta de ella en un lugar fresco;

que las diluciones deben usarse el mismo día de su preparación o si han sido conservadas en una nevera hasta unos 10 días después; -su resultado se considerará dudoso si es usada después de dicho Tiempo.

La Tuberculina al ser inyectada a una persona o a un animal ; ya infectado por el Bacilo Tuberculoso produce tres clases de re-t acción, a saber: local, focal y constitucional; la primera es la ya , descrita para la lectura de la prueba; la focal, consiste en una inflamación, congestión alrededor del foco tuberculoso y la constitucional o general consiste en fiebre y la aparición de numerosos . malestares generales, como fatiga e incomodidad. Siempre que la Tuberculina es usada como un medio de diagnóstico, en las dosis V anteriormente citadas es completamente inofensiva. \ Poco tiempo después de descubierta la Tuberculina, Koch pensó que con ello había descubierto el remedio contra la tuberculosis l y fue por esto que anunció su descubrimiento como una substancia inofensiva que prevendría y curaría dicha enfermedad; fue con esto que se originaron sus indicaciones en algunas formas pulmonares, pero especialmente en las adenitis tuberculosas no caseosas. o cuando ya habían llegado a este término después de su extirpación; también en las formas oculares o renales. En la literatura Médica encontraremos grandes cantidades de material que afirma los éxitos que con dicho método se han obtenido, pero debido a lo; resultados inconstantes de este sistema de tratamiento y sobre todo a la frecuencia de la agravación de la zona lesionada que se observa con él, la Tuberculina es ahora utilizada únicamente como un medio de diagnóstico y no de tratamiento.

Aunque como hemos dicho, que la alergia a la Tuberculina se adquiere siempre después que la persona ha sido infectada por el bacilo Tuberculoso, hay varios casos en los cuales a pesar de ello dicha prueba puede resultar negativa, como son los siguientes:

a) Inmediatamente después de haberse efectuado la infección; pues es bien sabido que para manifestarse necesita que transcurra un período que oscila alrededor de 6 semanas.

b) En los afectos; de tuberculosis que se encuentran en período muy avanzado, como también en las pleuresías y meningitis.

c) En las lesiones Tuberculosas completamente curadas o después de un tratamiento enérgico con la misma tuberculina.

d) Durante el período agudo de ciertas enfermedades infecciosas como por ej.: el sarampión, erisipela, tifoidea, escarlatina, pneumonía, paludismo, etc., en que se observa un estado de anergia transitorio.

y e) Por condiciones todavía inexplicadas podemos también observar casos de anergia. El Dr. Clifford W. Welss constató el 1,6 % en los niños, comprobando en ellas lesiones a los Rayos X durante sus trabajos en la ciudad de San José de Costa Rica.

*CUANDO ES QUE NO DEBE HACERSE
LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA ...*

Durante o inmediatamente después de los estados febriles, durante exantemas o enfermedades agudas; en estados de caquexia¹ y hay que acordarse que al hacer la prueba en una persona malnutrida, en estado de embarazo o durante la menstruación, o en personas con artritis, es muy posible encontrar la hipersensibilidad marcadamente disminuida.

La Tuberculina es una prueba de gran utilidad en el control de la Tuberculosis y así vemos que como medio de protección tiene un alto valor, especialmente en la infancia, porque a medida que la edad avanza su valor decrece. A este propósito debemos hacer notar que la prueba positiva a la Tuberculina debemos considerarla casi como medio diagnóstico hasta la edad de unos tres años; después de dicha edad su valor siempre es grande hasta la de 14, pues ya después de este período de vida la generalidad de las personas han sido ya infectadas por el bacilo tuberculoso y la positividad a dicha prueba es muy alta. En el Henry Phipps de Filadelfia han encontrado un 54.2 % de positividad a la prueba de la Tuberculina entre los 5 y 9 años, y un 76.6 entre los 10 y 14 años.

Como procedimiento para la búsqueda de casos de tuberculosis también tiene su puesto; perfectamente sabemos que las familias que tienen un caso de tuberculosis pulmonar activa en la casa son las que muestran un porcentaje *más* alto de positividad —en las personas-contacto— hasta la edad antes indicada. Tomando en cuenta lo anterior deben examinarse a los rayos X todos los miembros de aquellas familias en que resulten todos o gran número de ellos con una prueba positiva porque lo más probable es que dicha infección por el bacilo de Koch la hayan recibido de algún caso de tuberculosis activa todavía desconocido que existe entre ellos,

Y por último no debemos olvidar la importancia que tiene para averiguar el índice de infección o de predominio de tuberculosis, activa de una comunidad; pues ha sido establecida una positiva correlación entre la proporción de individuos que a una edad dada reaccionan a la prueba de la tuberculina y la incidencia de casos de tuberculosis abierta en la comunidad de la cual ellos son miembros; porque la más alta proporción, como ya dejamos dicho la encontramos en aquellas personas-contacto que viven con un caso abierto de dicha enfermedad. Si periódicamente efectuamos en iguales circunstancias el índice de infecciosidad en una comunidad dada, podemos darnos cuenta de sus variaciones y por consiguiente de la efectividad o no del control de la tuberculosis que en ella se lleva a cabo.

Tegucigalpa, D. C., 13 de octubre de 1941.

Tercera Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos

Del 10 al 14 de agosto recién pasado se reunió en la ciudad de Sxico la Tercera Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos, stitución creada en Ginebra en 1935 con el objeto de estrechar los vínculos científicos y amistosos de los cirujanos de la tierra, \ incrementar esa bellísima rama de la medicina y mejorar por cuantos medios estén a su alcance el armamento quirúrgico.

Tuvo su segunda reunión en la ciudad de New York en 1937 y la tercera que debió celebrarse en Londres se pospuso, por motivo de la guerra, para 1941 en México.

Por la misma razón no pudieron asistir los numerosos miembros europeos, asiáticos, africanos y australianos al torneo de este año. Sin embargo la concurrencia pasó de 360 individuos contándose entre las delegaciones más nutridas la de Estados Unidos, México, Argentina y Cuba; llegaron delegados de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Santo Domingo, Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Brazil, sólo faltaron de América Bolivia, Uruguay, Paraguay y Chile.

En un ambiente de la más amplia cordialidad y colmados de las finas atenciones del Comité Organizador de la Asamblea compuesto por los mexicanos Drs. Manuel Manzanilla, Miguel López Esnaurrizar, Darío Fernández Fierro y Francisco Fonseca García, inauguró la Asamblea sus sesiones en el Teatro de Bellas Artes con una sesión solemne donde se confirieron las distinciones honoríficas a varios miembros del Colegio y bajo la Presidencia de Honor del General Manuel Avila Camacho, Presidente de la República.

Las sesiones ordinarias se desarrollaron en el Hotel Reforma en tres salones diferentes bajo la Presidencia efectiva del Dr. Fred. Albee y el Secretario General Dr. Max Thorek que a la vez lo son del Colegio Internacional.

Ciento diez y ocho trabajos se presentaron a la discusión de la asamblea.'

Haré mención suscintamente de los que tuve el placer de escuchar.

El Dr. Albee habló extensamente sobre los injertos óseos en especial injertos de tibia en las apófisis espinosas como tratamiento del Mal de Pott. Asunto de antaño conocido; lo interesante son la numerosa estadística y la conclusión máxima: el injerto no se reabsorbe.

El Dr. Hermán de *las Casas*, Decano de la Facultad de Medicina de Caracas, trató: Fractura del cuello femoral del anciano, fractura propiamente dicha, pseudo-artrosis y coxa vara traumática, resultados de su experiencia y bellas proyecciones cinematográficas.

Propone tres tratamientos según el sitio de fractura, estado de la osteotomía subtrocanterea, aparato enyesado.

El Dr. Jorge de Gouyea del Brazil mostró en la pantalla los resultados de sus injertos óseos; llegó a la misma conclusión del Dr. Albee.

Dr. W. P. Sammons trata in extenso las compresiones medulares por fracturas vertebrales; diversos grados, y tratamiento adecuado.

Los Drs. Darío Fernández Fierro y Manuel Manzanilla resumen el estado actual de la cirugía paratiroidea, presentan sus observaciones y resultados.

En trabajo distinto se ocupan de la Cirugía suprarrenal en relación con la Diabetes melitus.

El Dr. Ernesto R. de Aragón de Cuba plantea de manera clara el tratamiento del Fibroma uterino: histerectomía total si el cuello está en malas condiciones, histerectomía subtotal en vírgenes o mujeres de cuello sano; radioterapia en pequeños fibromas de escasa sintomatología y nada en los fibromas que no molestan en la menopausia,

Dr. Antonio Rodríguez Díaz, de Cuba, se refiere a su personal experiencia y de sus maestros Núñez Portuondo y Osejo en la Histerectomía total con algunas modificaciones, de técnica introducidas por ellos en lo referente a ligaduras y suturas del moñón vaginal.

Dr. Max Thorek de Chicago muestra en proyección su técnica personal de Gastostomía Tubo-valvular y los magníficos resultados, no regreso de los alimentos, no digestión de la boca abdominal.

Dr. Fred M. Douglas, de Toledo, Ohio, presenta larguísima estadística sobre sus intervenciones sobre Vesícula biliar y conductos biliares y saca conclusiones ya conocidas.

Dr. Ricardo Baquero González, de Venezuela, muestra en la pantalla su técnica, modificación de la Cuneo en la Colostomía izquierda definitiva.

El Dr. Aragón aconseja en gran número de casos la Anestesia local en las operaciones vaginales, las proyecciones son convincentes.

El Dr. Lyman Weeks Crossman, de New York, trata la anestesia en la cirugía de las extremidades por refrigeración. Aconseja colocar el miembro que se va amputar en una tina de agua con hielo abundante durante dos horas antes de la intervención, la anestesia es completa; después se pone hielo sobre el moñón. La enorme ventaja es que mientras se hace la anestesia se trata el shock traumático convenientemente.

El Dr. José Gómez Márquez de Honduras refiere la historia de la Facocresis y las modificaciones y suturas originales introducidas por él en la operación.

Dr. Rafael Noriega, de Cuba, hace un largo recuento de sus impresiones sobre cirugía abdominal.

Chevallier Jackson hijo, de Filadelfia, expone las indicaciones de la Broncoscopia: abscesos pulmonares, tuberculosis, cáncer, cuerpos extraños, empiema.

Dr. Alfredo Borjas, de Caracas, lee un extenso e interesatísimo trabajo sobre la Enfermedad de Nicolás Favre en su país donde es sumamente frecuente.

Dr. Miguel López Esnaurrizar, de México, estudia el Facies en Cirugía.

Dr. Benjamín Golden de Virginia se ocupa del estado actual de la Quimioterapia en cirugía en especial del abdomen por la sulfanüamida.

Dr. I. Newton Kugelmass de New York aborda in extenso el tema de los Problemas de la Hemorragia en Cirugía de Niños.

El 14 de agosto fue clausurada la Asamblea en Cuernavaca en un Banquete espléndido seguido de baile.

Fue electo Presidente para los próximos dos años el Dr. Desiderio Román, de Filadelfia, y Secretario y Tesorero los anteriores.

La próxima Asamblea tendrá verificativo en Buenos Aires en 1943.

El Capítulo Hondureño" del Colegio Internacional de Cirujanos fundado en marzo de este año e incorporado en mayo se hizo representar en México por el Dr. José Gómez Márquez y el suscrito.

Ligeras Consideraciones sobre Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica

Por el Dr. PLUTARCO E. CASTELLANOS

Es este el décimo caso de Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica que en el curso de dos años y medio, que tengo de ejercer mi profesión en estos lugares, se me ha presentado. En igual tiempo más o menos, y siendo interno del Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General, a Cargo del Dr. Humberto Díaz, observamos únicamente dos casos de esta forma alarmante de Fiebre. La frecuencia k de esta forma morbosa en el valle de Comayagua me ha llamado mucho la atención y a eso se debe que ofrezca ahora estas Ligeras Consideraciones de una enfermedad tan temida no sólo por el paciente sino por el Médico mismo. He aquí la última observación, para no presentar los que una: *M. B.*, de 22 años de edad, soltera, de oficios domésticos, se presenta a nuestro consultorio quejándose de "calenturas" precedidas las primeras, de escalofríos ligeros, raquialgia, cefalea y seguidos de sudoración abundante; la muchacha se trata ella sola, creyendo padecer de Paludismo e ingiere sin ninguna regla, cápsulas de quinina que lograron retirarles las calenturas, hasta hace cuatro días en que se presenta de nuevo la fiebre, acompañada de fuerte cefalalgia, raquialgia, vómitos biliosos y aparición de orina "con sangre" según dice ella; este último síntoma la alarma sobre manera y a él se debe la presencia en el Consultorio.

ESTADO ACTUAL

Enferma un tanto desnutrida, presenta palidez generalizada de los tegumentos, mas acentuada en las conjuntivas; en el mo-

mentó de la exploración la enferma recusa 39° grados de temperatura con 110 pulsaciones, y dieciocho respiraciones por minuto; en el mismo momento se presentan vómitos abundantes biliosos que agravan el estado general. La raquialgia se acentúa, acusando u enferma deseos de orinar: la orina es escasa, densa, de color rojo subido, de vino tinto. Estas micciones han sido frecuentes y escascio y siempre del mismo color.

Practicamos la exploración clínica de los diferentes aparato, encontrando: Aparato respiratorio, normal; cardio-vascular, normal; gastrointestinal, aparte de los vómitos normal; hígado, normal; bazo, percutible. Génito urinario aparte de la hemoglobinuria, normal; sistema nervioso normal; órganos de los sentidos; normales. ⁴

ANTECEDENTES PERSONALES: En la infancia Sarampión y Coqueluche, posteriormente fiebres palúdicas que le han repetido varias veces. Estas fiebres han sido tratadas con quinina por vía oral.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y COLATERALES: Sin importancia.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Sangre, negativo por hematocrito (enferma sometida a la acción de la quinina; Recuento globular: G. rojos, 2.500.000. Glóbulos blancos, 6.700. Orina, Reacción de Weber, positiva; ligeras trazas de albúmina. Glucosa, negativo.

DIAGNOSTICO: Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se descartan las otras enfermedades febriles por observar el tinte característico de la orina y la reacción positiva a la Bencidina.

TRATAMIENTO: Reposo absoluto en cama, bolsa de hielo en el abdomen. Como en los anteriores casos aplicamos una inyección intravenosa de Cianuro de Mercurio y Suero Glucosado por vía hipodérmica; por la tarde, ampolla de Atebrina 0.30; la enferma amanece mejorada, el color de la orina se aclara poco a poco, la temperatura se mantiene a 38.9 grados, los vómitos disminuyen y el estado general mejora. Al siguiente día nueva inyección de Cianuro de Mercurio por la mañana y Atebrina por la tarde; al quinto día la orina se aclara, los vómitos desaparecen, la temperatura cae a la normal y la enferma entra al período de convalecencia. Tal el tratamiento seguido y la evolución observada en este caso.

CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS GENERALES SOBRE ESTA FIEBRE

1P—Ha sido considerada por unos como una entidad nosológica propia autónoma.

,29—por otros como una seria complicación del Paludismo y como éste producida por una de las tres formas de Plasmodium conocidas o por una forma especial de éstos, y

3°—Considerada como un accidente en el tratamiento por la quinina.

Cuál de estas tres teorías es la más aceptable? En todos nuestros casos hemos encontrado antecedentes palúdicos francos; hemos hallado como en el caso anterior, tratamiento desordenado la quinina, el cual en vez de ser saludable es desastroso para el enfermo y predispone a la hemólisis y a la hemoglobinuria.

CONCLUSIONES

Consideramos que la Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica es una complicación grave del paludismo y sobre todo del paludismo mal tratado o tratado sin ninguna regla científica. Esta es la opinión más aceptable hasta que los estudios ulteriores demuestren lo contrario.

En cuanto al tratamiento no hemos usado, la quinina porque la hemos creído más perjudicial que útil y en cambio hemos usado el tratamiento por la Atebrina que nos ha dado el mejor resultado, acompañándola con el Cianuro de Mercurio como hemos dicho antes. Debo declarar que en uno de mis casos tratados únicamente con Cianuro de Mercurio cedió la hemoglobinuria pero la fiebre persistió hasta hacer uso de la Atebrina.

Para explicar la manera de obrar del Cianuro de Mercurio en estos casos, necesitamos de mayores experiencias y de la opinión más autorizada de nuestros médicos, como Vidal, Larios, Díaz, Valenzuela, Bográn, Villeda Morales, etc.

Comayagua, Octubre de 1941.

Paludismo Síndrome Agudo Abdominal

*Por el Dr. Eduardo RIVAS CERVERA,
de Campeche, Campeche.*

Comenzaré este trabajo resumiendo los datos del estudio de algunos enfermos palúdicos que, por su sintomatología, me han parecido muy interesantes, tanto para el médico, quien debe precisar cuándo se trata de una afección agüela del vientre que requiere urgente intervención, como para el cirujano, quien no debe desconocer estas formas camufladas de paludismo, que pueden in- i (lucirlo a incurrir en el gravísimo error de abrir el vientre. **Además,** hay casos en que la malaria y la afección abdominal aguda coexisten y en que la precisión diagnóstica es lo único que puede rectamente normar el criterio terapéutico que debe instituirse.

Primera observación: P. F., alumno de la Escuela Regional Campesina de Tabasco, de veinte años, robusta complexión, presenta súbitamente dolor agudo de la fosa ilíaca derecha, con vómitos, marcada intranquilidad, pulso frecuente y débil y temperatura de 38.5; franca defensa muscular preferentemente en el punto de Mac Burney. Por no ser materialmente posible operarlo, le inyecté **0.75** de quinina intramuscular, debido a que quince días antes había tenido fiebre terciana durante una semana. Dos horas después, sin elevarse más de 39 grados la temperatura, su desesperación fue tan grande que se acompañó de delirio y le apliqué inyección de sedol. Al día siguiente me sorprendí al ver que el dolor había desaparecido completamente; seguí el tratamiento con bicloruro de quinina y a los tres días estaba sano.

Segunda observación: J. S., simulaba ataque apendicular sobreagudo con dolor muy intenso en la fosa ilíaca derecha. Había tal semejanza con la apendicitis verdadera que recomendé observar la temperatura cada media hora. Inyecté 0.12 centigramos de atebriña por vía muscular y una hora- después me avisaron que tenía 39.3 de temperatura. En dos días de tratamiento este joven de veintitrés años estuvo ya en condiciones de salir a la calle.

Tercera observación: P. M., con colecistitis subaguda, gran enflaquecimiento e ictericia; además, hígado rebasando dos dedos el reborde costal. Antecedentes palúdicos no bien definidos. La vesícula, palpable fácilmente y aumentada de volumen y dolorosa. Tratamiento antipalúdico con atebriña y arsiquinina. Notable mejoría a los cinco días de aplicada la terapéutica con recuperación de fuerzas y buen apetito. Pasó a manos de otro médico por haberlo dispuesto así su patrón, pero la encuentro con bastante frecuencia y he podido observar que quedó bien.

Cuarta observación: Niño L. H. C, de dica años de edad. Fui llamado para operarlo, pues presentaba síndrome vesicular agudo;

temperatura de 38.5; sospeché paludismo e inyecté 3 centímetros cúbicos de plasmuquina; en la noche, ampollita de arsiquinina; al día siguiente lo mismo, más dos comprimidos de atebriña, terapéutica que seguí durante seis días en que quedó dado de alta-, pero su-jeto a observación; no me volvieron a solicitar y sé que actualmente el niño es inyectado con cilotropina. Este caso fue atendido hace , año y medio.

Quinta observación: L. P. O., herrero, atendido hace dos años; presentaba dolor generalizado a todo el vientre con imposibilidad de expulsar gases por el recto; defensa muscular muy marcada, vómitos muy frecuentes. Inyección de sedol sin efecto sobre el dolor; a la media hora otra media ampollita de sedol. Ligero alivio, expulsó gases y obró cuatro horas después, expulsando dos escáridos. De 35.8 la temperatura subió a 39 grados; inyección de atebriña de 0.10 y aceite alcanforado; atepé 0.30 diariamente por vía oral; curación en cuatro días.

Sexta observación: Niña N. M. Q. Fui requerido para operarla de apendicitis.; encontré dolorosa la fosa ilíaca derecha aunque con mediana intensidad, meteorismo muy marcado, pulso bueno, 37.8 de temperatura y antecedentes palúdicos. Inyección de arsiquinina y plasmuquina ingerida; curación en seis días.

Séptima observación: L. M. A., de treinta años, congestión hepática activa, sumamente dolorosa, irradiando el dolor a todo el vientre. Hubo necesidad de aplicarle dos ampollitas de morfina, con media hora de intervalo y, a pesar de todo, continuó quejándose de intenso dolor.

Había tenido dos vómitos y avisé a la familia la posible necesidad de intervención quirúrgica. Cuatro horas más tarde, dolor muy ligero a la presión y con temperatura de 38.5. Inyecté 0.10 de atebriña y seis horas después una ampollita de quinarsan. Administré 0.20 grms diarios de atepé con una ampollita también diaria de quinarsan, obteniendo la curación en cinco días.

Octava observación: Se trata de una mujer de veinticuatro años, con dolor muy intenso, al parecer de los anexos; en todo el hipogastrio hay defensa muscular que invade ambas fosas ilíacas, temperatura de 38.3. Al parecer se trata de piosalpinx bilateral con pelviperitonitis.

Inyección de morfina de 0.01 y a pesar de no existir antecedentes palúdicos, inyecté cinco horas después 0.12 de atebriña y continué administrándosela oralmente en dosis de 0.50 gr. No se le hizo ningún tratamiento ni general ni local para la anexitis. Cinco días después daba de alta a esta enferma, comprobando, por el tacto vaginal, no haber absolutamente ninguna colección supurada en los anexos ni en el fondo de saco de Douglas.

Algunas otras observaciones menos evidentes he visto, sobre todo varias de pseudooclusión intestinal que han cedido rápidamente al tratamiento antipalúdico. Como dato clínico haré notar

que, en todos ellos, no se trataba de primoinfección palúdica, sino de recaídas.

El estudio de estos casos, felizmente no muy frecuentes, pero tampoco demasiado raros, demuestra que *el paludismo*, ese *Proto* que puede simular desde un ligero embarazo gástrico febril hasta una meningitis, *puede también simular las más graves afecciones quirúrgicas del vientre*, induciendo al cirujano a grave error.

De los casos anteriores se desprende, desde luego, como primera, conclusión: que el paludismo presenta a veces, -como manifestaciones de su polimorfismo sintomatológico, el aspecto de los padecimientos dolorosos agudos del vientre (síndrome abdominal agudo) como dato práctico, de enorme trascendencia, la facilidad con que se puede llegar hasta el error de intervenir en estos pacientes, pues es grande la similitud entre los dos cuadros por presentar ambas defensa muscular, dolor intenso generalizado o localizado, ansiedad, vómitos, pulso rápido y débil, en fin, los síntomas que a todo cirujano impondrían la necesidad de abrir urgentemente el vientre para salvar una vida seriamente amenazada.

¿Cómo hacer el diagnóstico y tomar una decisión verdadera que salve al enfermo?

Confieso que, en el primer caso observado, el del estudiante tabasqueño, P. F., fue el no tener dónde, ni elementos para laparotomizar, lo que casualmente me demostró la falsedad del diagnóstico *ele apendicitis aguda*. El maravilloso alivio consecutivo a la inyección de quinina me dejó sorprendido.

Posteriormente, en la *Presse Médicale* de París, fueron publicados dos casos de paludismo bajo -el aspecto de apendicitis agudas típicas.

Ahora bien, los casos simulando *colecistitis subagudas*, *oclusión intestinal* y *anexitis*, no los he visto descritos en ninguna obra o publicación.

Los otros datos para hacer la diferenciación están basados en la observación del enfermo. Si hay el antecedente de que hace dos o tres días se ha instalado la sintomatología descrita, lo seguro es que no se trata de paludismo o la malaria, sólo es una coexistencia. La facies peritoneal, la inquietud, el delirio y los períodos de inconsciencia de estos enfermos pueden confundirse con la desesperación de los accesos palúdicos.

El dato más preciso para la diferenciación me lo ha dado siempre la temperatura; los padecimientos dolorosos o inflamatorios del abdomen casi siempre se acompañan de fiebre muy ligera o hipotermia, en tanto que el paludismo da temperaturas durante el acceso, mayores de 38.5, siguiéndole profusa sudación.

Si la temperatura es normal o baja, puede inyectarse medio gramo de quinina, o 0.10 de atebriña intramuscular y si el paludismo es la causa, casi siempre sobreviene el acceso típico antes de tres horas.

FORITIAS ATIPICAS DEL PALUDISIÜO

Por el Dr. JOSÉ MIGUEL RESTREPO

(de Medellín, Ant.)

Con este calificativo se designan aquellas formas en las cuales la semiología general característica está desfigurada en uno /o en varios de sus síntomas o signos hasta el punto de simular otras entidades nosológicas.

Las expresiones clínicas del paludismo son tan cambiantes, tan proteicas, que cuando se ejerce la medicina en las zonas endémicas se convence uno de que no hay exageración en Felipe H. Manson Bahr cuando dice que "el médico en los trópicos debe llegar al diagnóstico de todos sus casos, no importa cuáles, con la idea siempre presente en su espíritu de que éstos pueden ser palúdicos o por lo menos complicados de paludismo." Y efectivamente hay casos cuyo diagnóstico es tan difícil porque su sintomatología no corresponde a los cuadros clásicos que únicamente la prueba de la terapia química es capaz de hacerlo; otras ocasiones el diagnóstico sí se hace desde los primeros exámenes, pero en seguida vienen nuevos síntomas que lo oscurecen y hasta lo ponen vacilante porque la enfermedad inicial ha servido para revivir un paludismo ya extinguido en sujetos tratados o para hacer ostensible una infección latente.

¡Estas manifestaciones atípicas de la malaria se presentan a veces en las primo-infecciones, pero sí son más comunes en las recaídas en las cuales el cuadro clásico está desfigurado en la mayoría de ocasiones; y se acepta que son debidas al grado de infección, a las combinaciones o concurrencias de parásitos o la interconurrencia de otras entidades, aunque también el terreno individual tiens-

Propongo la inyección por ser más rápida su acción si se trata de casos graves.

Durante mis guardias de Médico del Hospital General, Sanatorio Español y Puestos de Socorros de México, D. F., sólo intervine en síndromes abdominales renales. Se comprende la importancia tan grande de advertir al cirujano el error gravísimo en que involuntariamente puede incurrir en las regiones palustres (casi toda la República), pues con la lógica más severa se puede ser arrastrado a tomar una decisión que puede ser de fatales consecuencias para su enfermo.

Felizmente, estos casos no son tan frecuentes, pero hay que estar advertido y pensar siempre en ellos por no ser excepcionales.

—De "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer."

una gran importancia ya que sus resistencias son las que determinan la intensidad y el carácter de la reacción.

Los conceptos de intermitencia y de remitencia en la fiebre deben entenderse como dependientes de la simultaneidad o no simultaneidad en la maduración de los enjambres de parásitos que la ocasionan; hay intermitencia en el caso de que los plasmodios de una misma edad se maduren al mismo tiempo; habrá remitencia cuando siendo de edades diferentes tienen que madurar en horas distintas, de modo que en el torrente sanguíneo hay continuamente descargas o fragmentaciones de parásitos.

Las modificaciones del síndrome recaen en cada uno de sus períodos de manera que tanto los pródromos como los síntomas pueden estar disfrazados, suprimidos o exacerbados. En algunos casos los síntomas subjetivos son tan discretos o tan leves que el paciente no se da cuenta de ellos continuando en sus faenas habituales a pesar de que la temperatura alcanza 39° o 40°. En otros el individuo experimenta apenas una sensación de frío con deseo de reposo pero sin la cefalalgia o la raquialgia que en la mayoría de veces anuncian la proximidad del acceso; o tienen una sensación de llovizna en todo el cuerpo o una frialdad que aparece periódicamente con astenia o languidez, con deseo de estar acostado y acompañada en ocasiones de una elevación térmica insignificante.

Ocurre también que con una febrícula de pocos décimos se presenten vómitos de intensidad progresiva, alimenticios o mucosos primero, que luego se hacen francamente biliosos, con sensación de adolorimiento en el hipocondrio derecho o en la región esplénica que inducen a pensar en cuadros clínicos hepáticos o biliares, en fenómenos de indigestión los cuales ceden al tratamiento, por la quinina porque son expresiones disfrazadas de malaria.

Sucede con frecuencia que el período premonitorio constituye por sí solo la sintomatología de paludismo: lasitud inexplicable por ajeteo o cansancio muscular, deseo de estirar los miembros, bostezos frecuentes, dolor en los huesos, cefalalgia, anorexia, vómitos, sed devoradora, sensación de agua fría derramada en el dorso, conjunto de síntomas al que se agrega con frecuencia una elevación térmica insignificante, pero que por la circunstancia de aparecer periódicamente encamina hacia el diagnóstico de paludismo; el síntoma de *estiradera* —que alivia y quita la sensación de cansancio— es de gran valor sobre todo cuando se trata de viejos palúdicos porque anuncia un brote agudo que no demorará en estallar. La sintomatología anterior es anfíbola, es decir, que puede corresponder al período prodrómico de muchas entidades y con ella se presume la aparición de una fiebre entérica o enteriforme, de un síndrome de Heitz-Boyer y en sujetos enflaquecidos y anemizados una tuberculosis.

En estas formas atípicas llama la atención: que los síntomas salientes sean comúnmente de origen hepático o biliar con re-

percusión gástrica o intestinal; que la región esplénica es adolorida y que el bazo es percutible; que los dolores óseos sean muy marcados especialmente en las extremidades; esto no tiene nada de sorprendente ni de extraordinario porque en estos órganos como dice Sir Patrick Manson es "-donde ocurre el principal acto del drama malarico y no en la circulación general como parece natural; lo que se comprueba en la sangre del dedo no es más que una escena —por decirlo así— del gran drama que *se* representa en las Visceras." De manera que las modificaciones encontradas en estos íbamos, los síntomas de que son asiento, tienen un valor muy considerable para deducir su etiología plasmódica.

El escalofrío es el síntoma más alarmante para el enfermo que sufre el acceso palúdico; su intensidad es muy variable según que se trate de sujetos de primo-infección o de ataques de repetición o recrudescimiento; depende de la especie del plasmodio productor y también de la susceptibilidad del individuo, pues según la concepción de Abrami y Senevet el acceso de malaria es una verdadera crisis hemoclásica desencadenada por la versión de merozoítos en la sangre con su pigmento de hemozoína y sus diversas toxinas pirogénicas y hemolíticas._

La intensidad varía desde la simple *escaramuza* hasta el frío verdadero y solemne con castañeteo de dientes, temblor generalizado que reclama inmediato recalentamiento; esto ocurre a pesar de que la temperatura ya se ha trepado varios grados de lo normal; es un verdadero choque en que hay despilfarro de energía que aumenta a cada momento la temperatura porque la hipertermia engendra la hipertermia.

En las fiebres subtercianas por *falciparum* el período de frío es corto y relativamente menos marcado. Normalmente este período dura una hora; y cuando se trata de niños, durante este estado de frío ocurre un ataque convulsivo muy semejante a la epilepsia.

CALOR. Este período dura normalmente cuatro horas, pero en algunas fiebres como las por *falciparum* puede ser más prolongado, hasta veinticuatro, de modo que los paroxismos suelen ser subintrantes; hay lo que se denomina *crisis doble*, es decir, que cuando la fiebre ha alcanzado su aparente fastigio o acmé ocurra un descenso de 1 a 2 grados¹ (falsa crisis) seguido de un nuevo ascenso al que sucede luego la crisis verdadera. Esto se debe a la presencia de dos colonizaciones de parásitos, una de las cuales madura algo más tarde que la otra, fenómeno éste que tan sólo se ha observado en esta forma de malaria y en el *kalazar*. Esta prolongación del período de calor que hace un diagrama de fiebre continua con leves remitencias contribuye a que las formas clínicas del paludismo subterciano sean proteiformes y confundibles con muchas entidades tropicales y hasta con ciertos estados quirúrgicos. Así vemos que existe la forma *remitente* biliosa ya con diarrea, ya con constipación; la biliosa con síntomas gastro-intestinales que

sin duda fue uno de los múltiples factores de mortalidad en los primeros tiempos de explotación o de fundación de Barrancabermeja donde el lenguaje popular designó con el nombre de *reboten Santandereano* varios síndromes en que predominaron el vómito y la diarrea; *forma remitente tifoidea* a veces con ataxia o con ataxia y adinamia otras; remitente adinámica con debilidad cardiaca o con ictericia o con tendencia sincopal; estas formas de paludismo subterciano son de evolución maligna y cuando no producen la muerte anemizan, invalidan y caquetizan más que las otras.

Este período de calor puede alcanzar dos extremos: la hiperpirexia característica de algunas formas de perniciosa; y la algidez que también es distintivo de otro grupo de fiebres de esta índole de suma gravedad, de diagnóstico clínico tan difícil que muchas veces es imposible. Tales perturbaciones de la termogénesis " se han hecho depender de la toxina palúdica, pero lo cierto es que hasta hoy no se ha podido aislar ninguna substancia que pueda reputarse así: dicen que debe ser un cuerpo complejo como la tuberculina cuyos constituyentes están en proporciones variables en las distintas formas de plasmodios.

Durante el periodo de calor se intensifican el vómito y la cefalalgia, síntomas que se influyen recíprocamente; es cuando ocurren manifestaciones de excitación cerebral que inducen a creer en procesos encefalíticos; una vez terminado el acceso la temperatura suele quedar por debajo de la normal hasta la proximidad del acceso siguiente.

PERIODO DE SUDOR. Dura en el acceso normal 4 horas; pero sí hay veces que es insignificante; es una fase aliviadora en que se acaban los dolores en los huesos, cesa la raquialgia y viene un relativo bienestar; puede ser excesivo y es la característica de "una forma perniciosa, forma diaforética, que en ocasiones termina en colapso cardio-vascular. Se considera la diaforesis excesiva como sintomática de una copiosa destrucción de la sangre, equivalente de una hemorragia profusa y repentina; o puede ser solamente una fuerte reacción ante las substancias o albúminas heterogéneas libertadas por la hemolisis o destrucción de los eritrocitos. Semejantes deshidrataciones por sudor copiosísimo son propias de las formas hiperpiréticas en que la temperatura después de estar a 41¹? y aun más desciende bruscamente a 35⁹; son las que provocan la muerte funcional porque ni el sistema circulatorio periférico ni el central son capaces de movilizar la sangre; son los casos en que una terapéutica rehidratante, tonicardíaca y movilizadora del azúcar bien conducida restituye al organismo su normalidad. Hay que tener en cuenta que las drogas que con desgraciada frecuencia se le asocian a la quinina exacerban muchísimo el periodo de sudor: la fenacetina, la aspirina, el piramidón, la exalgina, la criogenina, etc., son responsables de las grandes sudaciones que con frecuencia se observan en las formas de tercía benigna; muchas ocasiones no

es el médico el responsable porque en concepto del vulgo y aun de algunos médicos *fiebre que se suda* no es grave olvidando o ignorando que la impregnación bacilar, algunos casos de pericarditis, la linfogranulomatosis y otras entidades graves, *se acompañan siempre* del síntoma sudor; en el arsenal terapéutico de muchos holgares todas las pastillas y cápsulas antipiréticas y antidolorosas tienen que participar en la evolución de la enfermedad de sus deudas empeorándolas muchas veces y desviando la acción siempre honrada y consciente de la mayoría de los médicos. La terapéutica popular que no tiene por qué saber los peligros debidos a la idiosincrasa, a la alergia individual propaga sus productos como curadores siempre sin tener en cuenta las gastritis, las nefritis, las sensibilizaciones de todo orden que desencadenan con una frecuencia mayor de lo que se cree.

Toda la sintomatología de la malaria depende de las acciones que los plasmodios —como parásitos que son— ejercen sobre el organismo atacado; ejercen una *acción expoliatrix* en virtud de la cual se destruyen numerosos eritrocitos; una *acción mecánica*, muy grave en virtud de la cual determina accesos perniciosos cuando forman embolias en los capilares de las diversas visceras; una *acción irritativa* sobre diversos, órganos como el riñón, el bazo por los productos nocivos que eliminan (debe entenderse por irritación en este caso una sobre-excitación o sensibilidad exagerada de un órgano ante un estímulo; la irritación nutritiva o sea la del metabolismo termina en la hipertrofia; la irritación plástica termina en la hiperplasia o reconstrucción de los tejidos); por último ejercen una *acción tóxica* muy importante en virtud de la cual modifican el equilibrio humoral como ocurre en las formas perniciosas en que hay una verdadera hiperazohemia reputada por algunos como un ataque de uremia con más de 4 gramos de urea sanguínea; esta circunstancia hay que tenerla presente en el espíritu del médico porque la uremia que se presenta repentinamente en sujetos jóvenes, antiguos palúdicos o recién llegados de climas malariógenos es comúnmente de origen palúdico.

Las formas atípicas del paludismo se observan con suma frecuencia, en los casos de *recaídas*; éstas acontecen en individuos que no tuvieron ningún tratamiento o si lo tuvieron lo fue insuficiente porque las dosis de quinina no alcanzaron a destruir completamente los parásitos; tienen por lo común quince días después de la curación aparente, en ocasiones más temprano o más tarde y son debidas a los plasmodios que por el hecho de estar acantonados en las visceras no sufrieron el influjo de la droga curativa; además el terreno desempeña un papel considerable ya que toda causa que disminuya la resistencia favorecerá el estallido palúdico: los excesos alcohólicos, las comidas copiosas y ricas en grasas, el ajetreo muscular por exceso de trabajo, la inanición, los ayunos prolongados, los traumatismos quirúrgicos u obstétricos, las en-

fermedades intercurrentes; y en efecto: todos los médicos hemos tenido que tratar a sujetos que después de copiosas libaciones o de comidas abundantes, tras de perturbaciones digestivas variables que tienen alzas de temperatura dando la impresión de que se trata de un síndrome aún tan mal o tan poco estudiado entre nosotros llamado incorrectamente FIEBRE GÁSTRICA que al comienzo es continua y luego tiene francas intermitencias o remitencias de toda la sintomatología; son expresiones clínicas que ceden con quinina por la razón sencilla de que traducían el despertar de la agresividad del hematozoario.

Igualmente no son raros los casos en que una puérpera que fue asistida en su parto con todos los cuidados indispensables para evitar una posible infección es atacada en sus primeros días por una fiebre precedida de intenso calofrío que hace pensar en aquella y que después de hacer sufrir al médico meditando el tratamiento, recordando o indagando sus antecedentes maláricos resuelve hacer el tratamiento con quinina para ver que la sintomatología cede con facilidad; que porque el traumatismo obstétrico puso el organismo en condiciones de inferioridad y los hematozoarios que hasta entonces no habían podido desplegar su acción se hicieron agresivos y patógenos.

En el período de incubación o en los pródromos de muchas entidades como la fiebre entérica y la gripe es común observar brotes dependientes de una recaída palúdica porque aquéllas han vuelto tan precarias las defensas orgánicas que las manifestaciones palúdicas aparecen y sobresalen en la enfermedad.

Algunas acciones climáticas también han sido sindicadas como factores de recaídas: la baja de la presión barométrica, los enfriamientos, las mojaduras, la insolación, etc., etc. Los rayos ultravioletas según las experiencias de Reinhard en 1923 parecen desempeñar un papel muy importante en las recaídas, lo que cuadraría bien con la aceptación de las gentes de que la exposición a un sol tropical engendra o despierta accesos desde tiempos atrás extinguidos. Todos los médicos que hemos trabajado en provincias recordamos los casos frecuentes de asistencia a viejos palúdicos clínicamente curados quienes, después de un fuerte trabajo en sus haciendas fueron atacados de fiebres aparecidas poco después del ajetreo, fiebres muy difíciles de diagnosticar, esclarecidas porque cedieron con la terapia antipalúdica.

Un último grupo de causas de las recaídas la forman algunas sustancias como la adrenalina, la estrocnina, el cloruro de calcio intravenoso, el extracto de hipófisis, la tuberculina, la gonacrina, tripaflavina, la vacuna antitífica, la leche, el suero de caballo, etc., etc.; algunos de estos casos sí se explican porque son drogas que provocan la esplenocntracción que da por resultado el escurrimiento del bazo y la puesta en circulación de los hematozoarios en él refugiados; tales son la adrenalina, la estrocnina y la hipófisis;

en otros casos en que se emplea la proteínoterapia tal vez pudiera invocarse el mecanismo del choque que por producir un sacudimiento brusco de todo el organismo pondría en movimiento los plasmodios de la circulación profunda o visceral; es muy obscuro el mecanismo como obran el cloruro de calcio, la tuberculina y los derivados de la acridina. También el cianuro de mercurio ha sido sindicado por Paul Chevalier quien dice que *es* capaz de desencadenar crisis de malaria en sujetos que la sufrieron anteriormente; pero no es muy claro el modo como se efectúa; valdría la pena de observar esta ocurrencia por los que están en circunstancias de pilcar frecuentemente esta droga y ver si efectivamente es un activador del paludismo.

El bazo es un reservorio donde se acumulan los glóbulos rojos durante el reposo con respiración normal y de donde salen cuando se hace un ejercicio muscular, cuando hay asfixia o cuando ocurre una hemorragia, mejor dicho: siempre que haya hematosis insuficiente, mediante una excitación partida del bulbo; contrae entonces todos sus senos sanguíneos, merma su volumen y expulsa todos los glóbulos que pueden favorecer el organismo pudiendo aumentar en más de un millón por milímetro cúbico en la sangre periférica; esta acción es la que se persigue con la esplenomegalia palúdica como también en el tratamiento de la esplenomegalia palúdica como también en los casos de accesos de repetición muy a menudo; en esta concepción se funda el método de Ascoli para el tratamiento del paludismo crónico acompañado de hipertrofia esplénica.

El 914 fue también acusado de producir la reactivación palúdica pero se comprobó que los casos que sirvieron para, tal acusación se debieron a verdadera inoculación con agujas infectadas usadas por palúdicos en actividad y que luego emplearon los toxicómanos. Debe, empero, tenerse en cuenta que aunque no muy frecuente los arsenicales manifiestan su intolerancia con brotes febriles altos que se imputan a otras causas; la fiebre de los arsenicales constituye un capítulo obscuro pero real de la patología.

Por último hay una causa a la cual no se le presta mucha importancia a pesar que indudablemente es la más frecuente en las clases menesterosas y es la exigua alimentación que carece de los elementos indispensables y predispone así al recrudescimiento, a la reviviscencia de los ataques palúdicos; los italianos decían que "el remedio de la malaria se encontraba en la marmita," sentencia que no ha perdido su actualidad; las dietas severas, los regímenes de inanición a que se obligan muchas gentes siguen siendo responsables de grandes disturbios funcionales, de serias perturbaciones de algunos órganos; en la convalecencia así como en los días de enfermedad activa los palúdicos deben tener una alimentación completa hasta donde lo permitan las circunstancias de la economía, cuyas visceras sufren alteraciones en su fisiologismo.

Hay un hecho muy curioso en la epidemiología del paludismo y es la recaída en ciertas épocas del año cuando abundan los anofeles, ocurrencia que parece debida a fenómenos de adaptación fijados por la selección natural y favorables a la conservación de la especie parasitaria. La fiebre que más recidiva es la cuartana producida por el *plasmodium malariae* que completa su evolución en la sangre periférica; no tiene tendencia a la caquexia, pero su infección es más persistente que las otras —terciana y subterciana— por lo cual recae con más frecuencia; es mucho más resistente a la quinina que las otras especies y no recibe ningún beneficio *de* pos arsenicales que como se sabe obran muy bien en las tercianas; las fiebres producidas por el *falciparum* tampoco benefician de los arsenicales y en estas la quinina le da el campo de actividad a la atebrina y plasmocina. El cuadro clásico del acceso palúdico se modifica completamente en las formas perniciosas donde se hallan multitud de formas clínicas según que predomine una sintomatología de orden nervioso, gastro-intestinal, bronco-pulmonar, cardíaco, etc., etc.

En el diagnóstico del paludismo no hay que llegar a dos extremos que pueden ser de funestas consecuencias: verlo por todas partes y hacerlo responsable de expresiones morbosas, que corresponden a otras entidades; o hacer caso omiso de las manifestaciones atípicas por motivo de sus asociaciones o de faltas terapéuticas y dejar por lo tanto que evolucione sin freno ninguno que lo contenga. La asociación con la fiebre recurrente es cosa observada entre nosotros de modo que es preciso confrontar las características de la fiebre cuyo diagrama indicará unas veces un tipo y otras otro muy distinto; son diagramas en que hay anarquía con remitencias o intermitencias, son ciclos grandes de apirexia que tan sólo el examen de la sangre permite referir a su verdadera causa. La asociación con las fiebres entéricas desvía el diagnóstico de éstas y obliga también a una cura con quinina mientras la curva tífica recupera su distintivo. Concorre a menudo con la amibiasis intestinal aguda produciendo entonces una hepatitis a que ambas entidades tienen derecho. Entre el personal de uncinariásicos las manifestaciones de paludismo atípico son tan comunes que se ha llegado a describir fiebre de uncinaria, afirmación que no es aceptada sino en el sentido de síntoma prestado por otra entidad. Todas estas circunstancias son las que hacen que para el médico de provincia que tiene que resolver sus problemas a golpes de clínica sea obligación mantener en la memoria la sentencia de Manson Bahr enunciada al principio de este estudio, pensar en él en todas partes y ante todos los enfermos aun en aquellos que nieguen antecedentes de malaria, hacer el examen de sangre en busca del hema-tozoario e instituir con anticipación la terapia con quinina que no hace daño como cree la gente y sí inmensos y grandes beneficios; es verdad que hay intolerancia para esta droga pero el médico dis-

Tratamiento de la Tricocefalosis

Por el Dr. RAOUL FOURNIER

Los tratamientos que hasta ahora habíamos empleado para combatir la tricocefalosis habían dado resultados desiguales. Las más de las veces inefectivos y otras nos concretábamos con una disminución del número de huevecillos en las heces y una mediocre mejoría clínica.

La casualidad hizo que se encontrara un tratamiento eficaz. Empleábamos el método de De Rivas "La termoterapia intestinal por vía duodenal" para la expulsión de tenias y otros parásitos, modificándolo con agregar 1 ce. de esencia de trementina que poníamos mezclados a 100 ce. de agua a través de la sonda de Einhorn. Esta modificación la usábamos también hace aproximadamente dos años para el tratamiento de las lamblías.

En un enfermo infestado de lamblías y de tricocéfalos ensayamos dicho tratamiento, pero por un error de la farmacia enviaron esencia de menta. No fue advertida por nosotros dicha mixtificación sino hasta pasados algunos litros de agua que sirven para el lavado; nos decidimos a observar el efecto y días después, cuando repetíamos el examen coprológico, encontramos con sorpresa que si las lamblías persistían no había en cambio ningún huevecillo de tricocéfalo. El examen se repitió en varias ocasiones con el mismo resultado negativo.

Lo hemos seguido empleando y en la actualidad hemos simplificado la técnica, misma que ahora exponemos y que es la siguiente:

1er. tiempo.—Pasar la sonda de Einhorn hasta el duodeno.

2º tiempo.—A través de ella pasar 100 c.c de una solución de sulfato de magnesia al 33 % a 40 grados C.

3er. tiempo.—Sin permitir la canalización de la bilis al exterior dejar pasar por lo menos media hora.

Trabajo reglamentarlo de turno leído en la sesión del 16 de octubre 1940.

pone de medios para vencer esa intolerancia y poder propinar la dosis que sea necesaria, a pequeñas cantidades o por diversas vías. (1) *

José Miguel RESTREPO.

(1) Nota de la Redacción:

Con la medrilos copia ósea se ha hecho posible el diagnóstico etiológico rápido y seguro de las formas atípicas, dudosas y crónicas. La punción es sencilla, absolutamente inofensiva y, bien practicada, despierta apenas el dolor de una inyección corriente.

—De «Boletín Clínico», Medellín-Colombia.—

49 tiempo.—En un matraz o percolador de 5 litros ponemos una solución de menta piperita al 3 por 5,000 La solución deberá permanecer todo el tiempo a 40 o 42 grados C. Una vez la solución preparada se conecta el matraz con el tubo de Einhorn y se hace pasar dicha solución de manera lenta y regular en un lapso aproximado de tres cuartos de hora, al cabo de los cuales se extrae la sonda.

Puede suceder durante este tiempo, que el enfermo sienta deseos de defecar. En este caso desconectamos la sonda, la anudamos o comprimimos con una pinza; terminado el acto y después de cerciorarnos que la sonda no está fuera del duodeno continuamos nuestra operación.

Cinco días después recomendamos practicar nuevo examen, pues antes de este tiempo el enfermo continúa arrojando huevecillos y parásitos.

Las contraindicaciones que tiene el método son de orden local y de orden general. Local, las mismas que pueden presentarse para un sondeo duodenal: padecimientos del esófago, aortitis, gastritis hemorrágicas, úlceras del duodeno y del estómago; de orden general, no encuentro ninguna ya que la menta no es un producto tóxico. Únicamente produce congestión pasajera de las mucosas y, aplicada en estado puro, que no es el caso, produce quemaduras de primer grado.

Hemos tratado enfermos mayores de 15 años y menores de 60; nunca hemos practicado en niños de corta edad. Para ellos empleamos en varias ocasiones la menta en pastillas y no hemos obtenido mejores resultados con la higeronia o el timol; siendo desde luego mucho más agradable y menos tóxico nuestro medicamento, además de ser perfectamente aceptado por los chicos.

Nuestra estadística es muy corta desgraciadamente. Yo llevo estudiados 10 casos y los resultados han sido completamente satisfactorios porque los exámenes posteriores han demostrado la ausencia completa de huevecillos y su mejoría clínica.

El doctor Armando Porras practicó el tratamiento en 4 enfermos, en 3 de los cuales el resultado fue completamente satisfactorio. En un caso no tuvo resultado satisfactorio; pero la enferma no toleró el agua, volvió la sonda y por lo tanto el método no se llevó a cabo con el rigor debido.

El Dr. Robles Gil trató un enfermo con resultado satisfactorio. El Dr. Lebrija y el Dr. Higo trataron otros enfermos con buen resultado.

Todos, los enfermos que tratamos tenían una alta concentración de parásitos en el centrifugado de Telemann.

Los exámenes parasitoscópicos fueron practicados por los Dres. Martínez Báez, Luis Sánchez del Hospital General y por mí.

—De "Gaceta Médica de México."

Tumores Benignos del Esófago

Por el Dr. Roberto C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina.

{Continúa}

Los quistes de origen glandular se sitúan en la submucosa y tienen las características de quistes por retención del contenido glandular en el fondo de saco de una glándula.

Entre las formaciones de origen congénito existen en el tercio superior del esófago islotes aberrantes de mucosa gástrica; son *las glándulas cardíacas del esófago de Schaffer y de Eberty*. Glinsky dice haber observado estas formaciones en el 50 % de los casos. A estas glándulas se debería, según varios autores (Nakamura, Stachelín, Burkand), la existencia de quistes de origen glandular.

El estudio histológico de los quistes glandulares muestra que se componen de una pared de origen conjuntivo y un epitelio pavimentoso, cúbico o aplanado, según el grado de desarrollo y la distensión del quiste.

Es necesario distinguir estos quistes por retención de otros que se observan a nivel de la bifurcación de la tráquea y se sitúan entre ésta y el esófago. Su volumen es generalmente mayor y pueden alcanzar al de una manzana, como en el caso de Wyss. La mayoría son hallazgos de autopsia y no han ocasionado síntomas. Son muy raros. Bittenweiser (4), pudo coleccionar quince casos, de los cuales trece eran hallazgos de autopsias. En un caso de su observación, el quiste situado en la porción anterolateral de la pared del esófago, tenía las dimensiones de un huevo de paloma. Había sido hallado en la autopsia de un niño de siete días.

Krauss (30) considera que estos quistes, que se encuentran casi siempre a la altura de la bifurcación de la tráquea, entre ella y el esófago, son el resultado de la transformación quística de una anormal comunicación entre los dos órganos, una vez que ambos extremos se han cerrado.

Patterson (42) ha relatado un caso en una niña de siete semanas en la que había dificultad respiratoria intensa y progresiva y que falleció de bronconeumonía. La autopsia mostró un quiste que medía 2 x 2 y cms. Estaba casi todo él situado entre la tráquea y el esófago y desbordaba de la tráquea en su lado derecho. La pared propia del quiste, semitransparente, lisa, blanquecina, estaba firmemente adherida a la pared del esófago, pero no había comunicación con la luz del órgano. La insuficiencia respiratoria había sido causada por compresión de la tráquea. El estudio histológico mostró que el quiste estaba formado por una pared fibrosa y tenía un contenido citrino. El interior de la pared propia estaba

tapizado por un epitelio pavimentólo con glándulas mucosas. En la pared había restos de fibras musculares estriadas.

El estudio histológico de la mayoría de los casos muestra que la pared es fibrosa con un epitelio estratificado y un contenido lechoso o gelatinoso. Serían verdaderos quistes dermoideos de origen fetal. En el contenido de estos quistes congénitos es frecuente observar, lo mismo que en todos los quistes dermoideos, un contenido sebáceo y pelos.

2.—PAPILOMAS.—En el esófago se observan papilomas, lo mismo que a nivel de cualquier otro revestimiento cutáneo o mucoso. Zenker y Ziemssen han constatado en observaciones cadavéricas, en personas de edad, la existencia en la mucosa del esófago de protuberancias múltiples, aisladas o conglomeradas, del tamaño de una cabeza de alfiler o de una lenteja. El epitelio que lo cubre está engrosado y es de aspecto blanquecino debido a un catarro crónico de la mucosa; serían, según los autores citados, las *verrugas del esófago*.

Los papilomas del esófago son habitualmente simples y pediculados.

Chevalier Jackson (26) relató en su trabajo publicado en 1907, uno de los dos primeros casos de papiloma que registra la literatura. Se trataba de un papiloma único, pediculado, en un hombre de treinta y seis años. El pedículo, de 3 cms. de largo, estaba implantado a 2 cms. por debajo del cricoides. El examen microscópico permitió hacer el diagnóstico.

En 1927, Kernan (27) observó otro caso semejante en un niño de diez años. El papiloma único estaba implantado en el 1/3 inferior del esófago. El estudio histológico de la pieza extirpada permitió hacer el diagnóstico. Grinsburg (16) relató un caso personal en que eran múltiples. En otro caso de Hunt (25) se trataba de papilomas múltiples que habían producido moderada disfagia. La enferma acostumbraba introducirse una sonda esofágica desde treinta años antes. Es difícil decir si el factor inflamatorio crónico tenía alguna importancia en la formación de los papilomas o si éstos eran primitivos y habían sido la causa de la disfagia.

Patterson (39), en 1927, relató un caso de papilomas múltiples en un hombre de sesenta y seis años. Estaban situados en la extremidad inferior del esófago y producían disfagia aparecida ocho semanas antes. No había dolor, pero sí gran debilitamiento debido a la insuficiencia alimenticia. La disfagia era específica para los sólidos. La radiografía mostró obstrucción a nivel del cardias y una gran dilatación supraestrictural del esófago. La esofagoscopia permitió hacer el diagnóstico.

Los papilomas son tumores benignos. En ocasiones se agrega un fenómeno de *acantosis*, es decir, hipertrofia del cuerpo mucoso de Malpighio y leucoplasia.

Esta lesión puede cancerizarse. Por otra parte, tienen tendencia a recidivar, aun conservando, sus características de benignidad. Esta tendencia es mayor cuando se trata de papilomas múltiples:

3.—FIBROMAS.—Son los tumores más frecuentes. Se desarrollan en la submucosa. Al principio se traducen como un pequeño tumor que levanta la mucosa y hace procidencia en la luz del esófago. Su tamaño es el de una arveja; pero con frecuencia es mucho mayor. Pueden permanecer sésiles, incluidos en el espesor de las paredes del órgano, y ocasionando un grado mayor o menor de estenosis, o bien hacerse pediculados y caer en el interior de la luz; del órgano. Estos tumores tienen una consistencia dura, elástica; están cubiertos por la mucosa que permanece normal o afectada por lesiones inflamatorias o ulcerosas, de naturaleza banal, debidas al traumatismo repetido.

Las características clínicas y anatómicas de estos fibromas son semejantes a las de los tumores de igual naturaleza del rinofarinx. Su estudio histológico muestra que a veces se trata de *fibromas puros*, otras de tejido conjuntivo incompletamente *diferenciado*.

Sólo raramente estos tumores han sido posibles- de tratamiento quirúrgico. Cabot (5) relató un caso en que el tumor producía moderada disfagia; aparecía una pérdida de substancia en la imagen radiológica del esófago, pero al examen endoscópico la mucosa, aunque rechazada, no parecía alterada. Se efectuó una operación por vía transpleural derecha y se pudo extirpar una masa fibrosa, dura, encapsulada. No fue necesario abrir la mucosa. El aspecto histológico era semejante al de un neurofibroma.

Barret (1), relata un caso de un gran fibroma del esófago en una mujer de sesenta y seis años, que presentaba una gran disnea y los signos clínicos de un tumor del mediastino. No había disfagia ni signo alguno que hiciera pensar en un tumor de origen esofágico. La toracotomía exploradora permitió reconocer que se trataba de un gran fibroma nacido en la pared esófago, que había desplazado la tráquea hacia adelante. El tumor no fue extirpado. Las figuras 9 y 10 muestran la pieza recogida en la autopsia. Se trataba de un fibroma de 4 1/2 pulgadas de largo por 2 y 2 en sentido transversal, que no interesaba la mucosa. Churchill (11), citado por Barret (6), ha podido operar con éxito un caso de un pequeño fibroma que fue enucleado fácilmente por vía transpleural.

4.—MIOMAS.—Son casi siempre leiomiomas, únicos o múltiples a veces conglomerados. El tamaño varía desde el de un arveja hasta el de un huevo de pato. Generalmente se encuentran en el tercio inferior del esófago y producen estenosis; pero pueden observarse en el tercio superior como en el caso de Grümbeyer y Pijper (17). No se observan a nivel del cardias.

El estudio histológico muestra que la tumoración se desarrolla por lo común en la capa muscular circular y consiste casi siempre

en una hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares sin modificación de su estructura.

Stewart (46) observó dos casos de mioma del esófago asociados a un divertículo y sugiere que la presencia del mioma tendría una acción importante, de orden mecánico, en el origen de los divertículos. En otros casos, se encuentran miomas múltiples de pequeño tamaño; tal el caso de Rose (12) en el que la autopsia de un hombre de setenta y cuatro años demostró la existencia de miomas del tamaño de una arveja, en la unión de los tercios inferior y medio del esófago; había moderada obstrucción; por arriba de esta zona el órgano estaba dilatado y su pared hipertrofiada. Por debajo, la pared aparecía igualmente engrosada a expensas de la hipertrofia de la túnica muscular. Todo ello era atribuible a un trastorno funcional de la túnica media. La disfagia podría ser debida a la perturbación neuromuscular ocasionada por los miomas en la función de la musculatura esofágica, no a un factor mecánico. No obstante, hay casos en que la disfagia se produce por obstáculo mecánico, como en el caso de Grumbeyer y Pijper.

5.—RABDOMIOMAS.—Son excepcionales y cuando existen tienen un carácter evolutivo que los hace catalogar entre los tumores malignos. Son verdaderos tumores sarcomatosos, es decir, rabdomiosarcomas y por ello están en el límite de los tumores benignos y malignos. Adquieren, macroscópicamente, disposición poliposa..

6.—LIPOMAS.—Son muy raros. Se encuentran sólo en la submucosa o en las capas musculares. Pueden ser sésiles o pediculados. Vinson (49) y Garretson y Hardie (15) han observado dos interesantes casos de lipomas pediculados, implantados a nivel del esófago cervical. El tumor hacía procidencia por la boca. En el caso de Garretson y Hardie fue extirpado, previa ligadura del pedículo por vía endoesofágica. En el de Vinson, se hizo una esofagotomía externa cervical.

Algunos autores han sostenido que muchos lipomas pediculados que se observan en la literatura, son en realidad tumores mixtos (Tobler).

7.—MIXOMAS.—Son muy raros, si se consideran los mixomas puros, nacidos a expensas del tejido mucoso embrionario. En cambio, muchos mixomas que se han descrito son tumores conjuntivo-vasculares, de aspecto mixoide, debido a la degeneración o al edema del tejido intersticial.

8.—HEMANGIOMAS.—En la mayoría de los casos se trata de verdaderos angiofibromas en que la hipertrofia vascular se agrega a un cierto grado de hipertrofia del tejido conjuntivo. Varios casos fueron relatados por diferentes autores: Garnot, Rochet y Delafontaine hallan uno en la autopsia de un hombre muerto por cirrosis hepática. El angioma, del tamaño de una lenteja y polilobulado, se encontraba en medio de dilataciones, varicosas de la mucosa.

mayoría de las veces el tumor pediculado asienta en el esófago cervical a poca distancia de su oficio superior. Si el tumor es pequeño, puede suceder que no cause ningún síntoma, pero si su pedículo es largo puede permitirle salir por la boca. Cuando son grandes pueden causar sensación de cuerpo extraño, de obstáculo, de náuseas.

Los tumores pediculados son de tamaño variable desde el de una cereza al de una pequeña naranja y únicos casi siempre; el pedículo es a veces muy corto, pero otras es muy largo y permite la salida del tumor por la boca. Están recubiertos por la mucosa esofágica que con frecuencia está infiltrada y ulcerada. En general se trata de fibromas, miomas, fibrolipomas. .

Si este pedículo permite la salida del tumor por el orificio superior del esófago, puede causar trastornos respiratorios, como en el caso de Wérych (56) en que el tumor causó la muerte súbita por asfixia, por haber ocluido la entrada de la laringe.

En el caso de Iardoff, mientras se efectuaba la anestesia para hacer una observación esofagoscópica, el enfermo vomitó una masa poliposa que llenaba casi toda la cavidad bucal. El paciente de Monso podía expulsar a voluntad la masa del tumor que llegaba hasta la arcada dentaria. En un caso de Patterson (40), se trataba de un mixofibroma pediculado, implantado en el lado izquierdo del esófago, a 2 cms. por debajo de su extremidad superior, que en diversas, oportunidades se había exteriorizado a través de la faringe. El pedículo pudo ser seccionado por las vías naturales.

En un caso de Garretson y Hardie (15), se trataba de un fibrolipoma pediculado, cuyas dimensiones eran aproximadamente de 15 cms. de largo por 1,5 de diámetro. En una ocasión fue exteriorizado por acción del vómito y el médico pudo seccionar el pedículo con una pinza.

En el caso de Chitty (10) se trataba de un hombre que en un acceso de tos expulsó un largo pólipo que colgaba 18 cms. de la arcada dentaria. Se practicó una esofagotomía externa cervical y pudo reconocerse su pedículo implantado a nivel de la boca del esófago. La sección del mismo permitió la extirpación del tumor.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de los tumores benignos del esófago se hace unas veces por la simple observación del mismo, que hace prociencia a través de la boca. Otras veces, los síntomas de disfagia, de molestia o de dolor llaman la atención hacia el esófago. Como en todos los casos, el diagnóstico debe hacerse por la radiología y la esofagoscopia.

(Continuará).

ROTAS

Han regresado de México, nuestros consocios Doctores Salvador Paredes y José Gómez Márquez, quienes como informamos en nuestro número anterior, asistieron a la reunión del Colegio Internacional de Cirujanos, celebrada en dicha ciudad en los primeros días del mes anterior. El Dr. Paredes compartió con 10 de los *más* destacados Cirujanos de Estados Unidos, Sur América y las Antillas, el honor de ser nombrado Miembro Honorario del Colegio Internacional de Cirujanos, recibiendo al mismo tiempo que el Diploma que lo acredita como tal, una medalla de oro alusiva al acto. El Dr. José Gómez Márquez, fue nombrado Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Guadalajara (México). Para ambos compañeros nuestras entusiastas felicitaciones por tan merecidos honores.

Hemos recibido con amable dedicatoria un ejemplar de la obra "Analgésia Obstétrica. El sueño crepuscular barbitúrico en el parto" que en Buenos Aires, República Argentina, acaba de publicar el Dr. Juan León. Dicha obra se encuentra nítidamente impresa en los talleres tipográficos "El Ateneo" y consta de 574 páginas, en las cuales el autor ha vaciado los últimos conocimientos al respecto. Al final aparecen resúmenes en inglés y francés. Recomendamos calurosamente la-lectura de tan importante libro, a los profesores de Obstetricia y a todos los que se dedican a dicha especialidad.

Hemos recibido del Dr. Lelio Zeno, la siguiente comunicación:
Rosario, 6 de septiembre de 1941. — Sr. Director de la "Revista Médica Hondureña." — Tegucigalpa, D. C. — De mi consideración: Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitar de su gentileza quiera dar cabida en las páginas de esa revista al texto adjunto.
Agradecido desde ya, saludo a Ud. muy Atte. — *Lelio Zeno*.
Con gusto publicamos las notas sobre el II Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica, que nos ha remitido el Dr. Zeno.

*// CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
(a realizarse en la República Argentina durante la segunda
quincena de octubre de 1942)*

Como lo anunciáramos oportunamente, finalizó el Primer Congreso Latinoamericano de Cirugía, Plástica, que se realizó en la República del Brasil durante el mes de julio de 1941.

Las sesiones preliminares se celebraron en la ciudad de Río de Janeiro, bajo la Presidencia del Prof. Antonio Prudente, habiéndose leído en ellas trabajos presentados por los Dres. Raúl David Sansón, Mario Kroeff, Alfredo Alcalno, Ernesto F. Malbec, Mario Ríus, Lelio Zeno, Francisco Recálde, Raúl Rosenstein, Róbelo Neto, David

Adler, Dellepiane Rawson, Héctor Marino, Guillermo Armanino, Ramón Palacio Posse, Emilio Pizarro Crespo, Enrique Apolo y Rafael Urzúa.

El primer tema oficial del congreso se refería a la orientación plástica en el tratamiento de las heridas y estuvo a cargo de los Profs. Lelio Zeno y Antonio Prudente. Este dio lugar a interesantes discusiones en las cuales intervinieron infinidad de congresales.

Las sesiones complementarias se efectuaron posteriormente en la ciudad de San Pablo. Se trató allí el segundo tema oficial, cuyo relato correspondió a los Dres. Ernesto F. Malbec y Róbelo Neto. También este relato originó discusiones proficuas.

Mientras duró el congreso se exhibieron en diversas reuniones películas cinematográficas de indiscutible valor científico, entre las cuales deben destacarse las expuestas por los Dres. Lelio Zeno, Antonio Prudente, David Adler, Rebelo Neto, María Julia de Lara y Manuel González Loza.

Asimismo se efectuaron sesiones operatorias en distintos servicios hospitalarios. También se realizó una exposición donde se mostraron los resultados obtenidos por las diferentes técnicas empleadas. Contribuyeron en tal sentido los Dres. Osear Ivanissevich, Ernesto F. Malbec, Guillermo Armanino, Ramón Palacio Posse, David Adler, Róbelo Neto y Antonio Prudente.

En la reunión plenaria, por unanimidad de votos, se resolvió celebrar el próximo congreso en Buenos Aires y Rosario.

Finalmente, fueron designadas las siguientes autoridades:

Consejo directivo: presidente, Prof. Lelio Zeno; vicepresidente, Dres. Rafael Urzúa y Roberto Ferrari; secretario, Dr. Ernesto F. Malbec; tesorero, Dr. Ramón Palacio Posse.

Presidencia honoraria: Profs. Alejandro Oeballos, Enrique Finochietto, Antonio Prudente y Osear Ivanissevich.

Consejero de honor: Ugo Piñeiro Guimaraes, María Julia de Lara, Alvaro Covarrupias, F. Godoy Moreira, Guillermo Armanino, Antonio Veléz, Linneu Silveira, P. L. Mirizzi, Oúilón Alves, Luthero Vargas, José Francisco Recalde.

Los temas oficiales para el próximo Congreso son: "Fisura labiovelopalatina"; relatores, Enrique Apolo, Héctor Marino y Dellepiane Rawson. "Reparación plástica de las grandes pérdidas de substancia de la cara"; relatores, Mario Kroeff, David Adler y Oscar Ivanissevich.

En la sesión ordinaria celebrada el sábado 4 de Octubre por la Asociación Médica Hondureña se procedió a elegir las Autoridades que fungirán durante el próximo año que comenzará el 1° de Noviembre y las cuales quedaron integradas en la forma siguiente:

Presidente.....	Dr. José Ramón Durón
Vice-Presidente.....	Dr. Trinidad E. Mendoza
1er. Vocal.....	Dr. Manuel Larios C.
2o. „	Dr. Antonio Vidal
3er. „	Dr. José Gómez Márquez
Secretario	Dr. Marcial Cáceres Vigil
Pro-Secretario	Dr. Blas Cantizano
Fiscal	Dr. Juan A. Mejía
Tesorero	Dr. Martín A. Bulnes B.

Personal de la Revista

Director.....	Dr. Carlos M. Gálvez
1er. Redactor	Dr. Héctor Valenzuela
2 ^o ? Redactor	Dr. Salvador Paredes
3er. Redactor	Dr. Manuel Larios C.

Han entrado a formar parte de la Asociación Médica Hondureña los doctores José Mendoza y Plutarco E. Castellanos, Director de los Hospitales "Santa Teresa de Comayagua y Vicente D'Antoni de La Ceiba, respectivamente. Los felicitamos.

Con el presente número damos por terminada nuestra labor de los años, durante cuyo tiempo luchamos tan intensamente en la publicación de esta Revista, tanto como lo permitieron nuestras capacidades.

Al retirarnos de la Dirección de "Revista Médica Hondureña" rendimos las gracias a nuestros Redactores, colaboradores, y editores, deseando al personal entrante muy feliz éxito en sus labores.

INDICE DEL TOMO XI

	Páginas
Absceso hepático abierto en repetidas vómitas, por el Dr. S. Paredes P.	20
Aspectos sociales de la sífilis congénita, sífilis concepcional, sífilis transplacentaria, por el Dr. Marco Villegas	35-92
Avitaminosis tropicales infantiles a predominio B en Honduras, por el Dr. Héctor Membreño	20
A propósito de Moral Médica, por el Dr. Antonio Vidal	149
A propósito de Moral Médica en los Departamentos, por el Dr. Antonio Vidal	197
Algo sobre reumatismo tuberculoso, por el Dr. Humberto Díaz	200
Concepto actual de los trastornos nutritivos del lactante, por el Dr. Fernando Schweiger	117
Conciencia de Cirujano, por el Dr. Conrado Zuckermann	33
Determinación del volumen de los glóbulos rojos, por el Dr. Antonio Vidal	55
Desaparición del nicho ulceroso con tratamiento médico, por el Dr. Manuel Larios C.	218
El Dr. Marco del Morales, por el Dr. Salvador Paredes P.	103
Edema nutricional, por el Dr. Antonio Ortiz	23
El factor endócrino en los dolores del hipocondrio derecho, por los doctores Manuel Boix Pon y Tomás Oscar Cuzzani	29
El corazón en los palúdicos, por el Dr. Parada	153
El pronóstico del cáncer del seno, por el Dr. Roberto C. Ferrari . .	177
El criterio citofiláctico en la nueva cirugía, por el Dr. Juan José Samaniego	221
Formas Atípicas del Paludismo, por el Dr. José Miguel Restrepo . .	268
Homenaje al Dr. José María Ochoa Velásquez	53
Hipo como síntoma dominante en una apendicitis crónica, por el Dr. Salvador Paredes P.	215
Homenaje al Dr. Trinidad E. Mendoza, por el Dr. Antonio Vidal . .	245
Las formas ligeras e inaparentes de la fiebre amarilla, por el Prof. Francisco Domínguez	71
La Casa del Médico, por el Dr. Antonio Vidal	101

ÍNDICE DEL TOMO XI

	Páginas
Los cuerpos extraños del conducto auditivo, por el Dr. Carlos Tapia	224
La técnica de la succión de la catarata, por el Dr. Tomás R. Yanes ..	231
Ligeras anotaciones sobre las desviaciones de la matriz y en especial la retroflexión, por el Dr. Juan A. Mejía	206
La Fluoroscopia en la Tuberculosis Pulmonar, por el Dr. Luis Munguía	248
Ligeras consideraciones sobre Fiebre Biliosa Hemoglobinurica, por el Dr. P. E. Castellanos	262
Profilaxis del tracoma, por el Dr. José Gómez Márquez	5
Prueba de la Tuberculina en la Tuberculosis Pulmonar, por el Dr. Luis Munguía	253
Paludismo y Síndrome Agudo Abdominal, por el Dr. Eduardo Rivas Servera	265
Revisando canjes, por el Dr. Antonio Vidal.....	88
Revisando el canje, por el Dr. Martín A. Bulnes B.....	142
Revisando el canje, por el Dr. Martín A. Bulnes B.....	187
Sífilis profesional, por el Dr. Salvador Paredes P	22
Sindactilia, por el Dr. Salvador Paredes P.....	68
Semiología del Coma, por el Dr. Humberto Díaz.....	105
Sarcoma del riñón, por el Dr. Salvador Paredes P	216
Tumor ovárico de evolución abdominal, por el Br. Ramón Alcerro . .	115
Tratamiento de la tuberculosis médica de la infancia, por el Prof. Dr. Pedro Depetris	125
Trastornos digestivos y nutritivos del lactante, por el Dr. Tomás R. Yanes.....	234
Tumores benignos del esófago, por el Dr. Roberto C. Ferrari.....	278-236
Tratamiento de la Tricocefalosis, por el Dr. Raoul Fournier.....	276
Tercera Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos, por el Dr. S. Paredes P	259
Valor Semiológico de la 'prueba de Meltzer-Lyon, por el Dr. Marcial Cáceres Vigil	65
Vittorio Putti de Bolonia, por el Dr. Salvador Paredes P.....	70
Vías quirúrgicas de acceso al esófago, por el Dr. Roberto C. Ferrari	238
Un nuevo caso de esporotricosis en Honduras, por el Dr. Antonio Vidal	149