

Revista Médica Hondureña

OrganodelaAsociaciónMédicaHondureña

Director;

DR. SAUVAÜDOR PAREDES P.

Redactores:

DR. HUMBERTO DÍAZ B. — DR. MANUEL. CACERES VLJIL —

DR. MANUEL ICARIOS C.

Secretario: RAMÓN

ADCERRO h.

Administrador: DR. GUSTAVO

AJDOÜFO ZUNIGA

Año XITTF | Tegucigalpa, D. C. A., Noviembre y Diciembre de 1942 N° 103

Página de la Dirección

Está viviendo la Asociación Médica Hondureña el año décimo-cuarto de existencia, ha entrado a la pubertad; se acabaron los pininos de la infancia, para siempre se fue la bella edad de la inconciencia.

Firmes, tranquilos, seguros, caminamos hoy por sendas de claros horizontes hacia la realización de nuestros ideales. No en vano trece años de lucha han marcado profundas huellas, cauces de dolor, desilusión, desconfianza y hasta miedo que hoy estamos resueltamente decididos a remover con las férreas armas del trabajo, del entusiasmo y la honradez.

Hemos adquirido, personalidad, estimación y respeto dentro y fuera del país. No en una sino en varias ocasiones nuestros servicios gratuitos y generosos han estado al servicio de la comunidad cuando las circunstancias lo han requerido. Continúa la misma disposición de ánimo.

El año pasado la Asociación adquirió por compra un edificio donde celebra sesiones y aloja la Biblioteca; ampliará la construcción a medida de las posibilidades económicas.

Nueva sangre, joven y entusiasta, ha venido ya reponer la vieja e inútil de los miembros que por no cumplir los deberes hubieron de ser excluidos. Ocho socios han engrosado las filas en menos de un año. Ocho elementos concientes y capacitados, lo mejor de la nueva generación, dispuestos a trabajar y levantar nuestra sociedad hasta las más altas cimas del prestigio moral y científico.

Flota en el ambiente social el firme propósito de eliminar los defectos que al punto de vista ético existen entre los asociados con

la intención de parificar y extremar la decencia a fin de poder empezar una campaña general contra esos males.

Ya suplicamos a nuestros consocios, por medio de la secretaria, abstenerse de publicar avisos rimbombantes en los periódicos por lastimar la elemental humildad que debe caracterizar una tan honorable profesión.

Quisiéramos tener el poder suficiente para corregir los delitos que cometen los farsantes, estafadores, ladrones y criminales como lo consiguen los países donde está organizado un Colegio Médico, cuyas atribuciones son vigilar, sancionar y castigar los delincuentes para implantar la moralidad en el ejército médico. Aquí entre nosotros el Código Penal rara vez visita sus mejores clientes. Libres andan quienes debieran guardar prisión y cadena perpetua.

Científicamente se anda sobre rieles; nunca pasa una sesión sin tratar algo interesante, todos los asociados cumplen estrictamente las disposiciones concernientes; siempre hay un conferencista dispuesto a entretener el auditorio.

No ha sido, desgraciadamente, nuestra revista modelo de publicación; en ella ha brillado por doce años la ausencia de originalidad; no ha reflejado la mentalidad y labor nuestra sino la extraña, no podía ser de otra manera, faltaba la seriedad, la conciencia de responsabilidad, la conciencia de nuestra personalidad. Es nuestra mayor preocupación tomar plena posesión de estos fundamentales principios para cambiar rotundamente las prácticas del pasado.

Este año décimicuarta marcará el nuevo rumbo como quien dice el nuevo orden, expresión tan de moda, en las actividades sociales; trabajar y más trabajar buscando el mejoramiento científico y moral; en pos de la fraterna cordialidad; persiguiendo las fórmulas de hacer el mayor bien posible a la colectividad donde actuemos.

Veinticinco socios en la capital y 13 fuera de ella constituyen el núcleo asociado dispuesto a llevar la bandera médica a las cumbres de prestigio nacional; nuestro lema es inmutable: pequeño grupo de trabajadores honestos y laboriosos y no un ejército de haraganes sin escrúpulos. Adelante y adelante por el camino de la honorabilidad, un buen día llegaremos a la cima a cortar los laureles legendarios.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, D. C, diciembre de 1942,

Broncoespiroquetosis de Castellan en Honduras

Por el Doctor HUMBERTO DÍAZ

La enfermedad cuyo nombre va incluido en el título de estas líneas, fue individualizada, sobre todo bajo el punto de vista etiológico, por Castellan en el año de 1904, realizando el descubrimiento de la *Spirrochoeta Bronquialis* y reproduciendo con ella, en animales de experimentación, el mismo estado morbo que se conoce hoy día con las nominaciones también de Bronquitis Hemorrágica, Bronquitis Sanguinolenta o Espiroquetosis Bronquial.

Como el feliz descubrimiento se hiciera en Ceylan, se creyó en un principio que la mencionada enfermedad fuera originaria de Asia, y quizá se pensó además en que su distribución geográfica estuviera circunscrita en aquel continente, pero en la actualidad las investigaciones dan cuenta de que se la observa no sólo en los climas tropicales sino también en la zona templada; existiendo estadísticas de su frecuencia en distintos países de América.

No tenemos noticia de que aquí en Honduras alguien haya comprobado su existencia; por lo cual, creemos que sea importante relatar en las páginas de esta revista, un caso que observamos hace pocos meses.

Se trata de M. M. de 45 años de edad, casado, labrador, originario de la aldea de San Felipe, en el departamento de Olancho; quien ingresa al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General de esta ciudad, el día 22 de Abril de 1942.

Nos cuenta el enfermo que hace seis meses poco más o menos, empezó a sufrir de accesos de tos acompañados de expectoración sanguinolenta y dolor en la espalda. Estos trastornos han revestido el carácter de intermitentes, así es que el enfermo ha disfrutado de varios períodos, aunque cortos, de completo bienestar.

No ha tenido tratamiento alguno antes de su ingreso al hospital. Tanto en su anamnesis próxima como en la remota, no encontramos nada de importancia. Afirma no haber padecido de afecciones venéreas, ni ser adicto al alcohol ni al tabaco. Sufre anorexia y ligero estreñimiento; el sueño le es interrumpido por los accesos frecuentes de tos.

Con respecto a trastornos funcionales por el lado de diferentes aparatos, acusa los siguientes:

Aparato Respiratorio: Tos con expectoración muco-purulento-hemorrágica.

Aparato Circulatorio: Palpitaciones.

Su género de vida ha sido regular y la anamnesis de familia no da ningún dato de importancia.

Al examen físico nos encontramos con un individuo de buena estatura, arquitectura ósea normal, cuyo panículo adiposo se nota disminuido, acusando el enfermo haber perdido unas libras de peso últimamente.

El examen' del aparato respiratorio, no reveló mas que una ligera respiración ruda en el vértice derecho. La exploración de los demás aparatos no dio nada de importancia.

El resultado de los exámenes de laboratorio fue el siguiente:

Sangre: Glóbulos Rojos, 3.950.000. Glóbulos Blancos, 7.750.

P. Neutrófilos, 65%.

P. Eosinófilos 2%.

- Linfocitos, 32%.

Grandes Mononucleares, 3%. ■

Hematozoario de Laverán, negativo.

Hemoglobina, 80%. Reacción de Kahn, negativa.

Examen químico y microscópico de orina, normal. Examen de esputo por bacilo de Koch negativo repetidas veces, a pesar de haberse recurrido al auxilio de la homogeneización.

La inoculación al cobayo para investigar propiedades tuberculeas de los esputos, resultó igualmente negativa.

En vista de los resultados anteriores, y de haberse encontrado poco tiempo antes en un individuo que procedía del mismo lugar, con sintomatología análoga y en cuya expectoración nunca fue posible encontrar el bacilo de Koch y sí la presencia de regular número de espiroquetas cuyo tipo morfológico fuera en un todo semejante al de la descrita por Castellani, orientamos por ese lado las investigaciones.

Así algunos días después, habiéndose ordenado previamente la desinfección cuidadosa de la boca, se recogió una muestra de esputo y se practicó el examen correspondiente, usando el método de coloración preconizado por Giemsa. El resultado fue francamente positivo, pues se comprobó la presencia de numerosas espiroquetas que, como como en el caso anterior, fueron de morfología idéntica a la *Spirochoeta Bronquialis* de Castellani.

Igual resultado se obtuvo en repetidos exámenes que, en igual forma, se practicaron anteriormente; precediéndose entonces a la inoculación del cobayo con los esputos hemoptoicos, lográndose realizar la formación del absceso correspondiente en cuyo pus se comprobó, de manera indiscutible, la presencia de espiroquetas, iguales a las encontradas en la expectoración. La reinoculación del mencionado pus no reprodujo los abscesos anteriores. Todo el estudio bacteriológico apuntado lo ejecutó el D.r. Juan Lara Zepeda.

En virtud de los resultados de laboratorio obtenidos, y de que por la clínica no nos fue posible referir a otra causa el cuadro morboso presentado por nuestro enfermo, sentamos el diagnóstico de

BRONCOESPIROQUETOSIS DE CASTELLANI, quedando consignado así en la del hospital. *TRATAMIENTO*

Son numerosos los medicamentos empleados en el tratamiento de Ja Broncoespiroquetosis de Castellani, entre los más conocidos tenemos: El tártaro emético, el yodo (en forma de lipiodol o de yoduros en general), el cloroformo en inhalaciones a la reina y el arsénico en formas diversas.

En el enfermo en cuestión intentamos primeramente el tratamiento por el cloroformo que, según el trabajo de tesis del Dr. Jorge Enrique Machaldo (Año de 1941), ha dado en la República Argentina muy buenos resultados, y que nos ha parecido además sumamente económico. Pero el paciente no lo toleró y nos vimos obligados a recurrir a la terapéutica arsenical; así, aplicamos una serie de neosalvarsán, indicándole después comprimidos) de estor-varsol a la dosis de 0,25 grms. tres veces al día, por periodos de cinco días consecutivos, seguidos de un descanso igual.

Desde el principio de este tratamiento notamos la mejoría del enfermo, consistiendo la primera manifestación de ésta en disminución de los accesos de tos, luego de la expectoración y por ultimo la decoloración de los esputos.

El enfermo pidió su alta al terminar la primera tanda de estovar-sol, época en la cual sus molestias habían desaparecido casi por completo.

Hace pocas semanas el Dr. Ramón Meza Galeas realizó una gira sanitaria en varios pueblos del departamento de Olancho, e hizo, por indicación nuestra, una visita al enfermo, en cuestión. Quien reside, como dijimos al principio, en la aldea de San Felipe, cercana a Juticalpa. Según los informes que nos suministra el Dr. Galeas, nuestro ex-paciente se encuentra en muy buenas condiciones de salud, dedicado como antes a sus labores agrícolas.

Al dar a la publicidad el presente caso, así corrió lo hicimos al comunicarlo a la Asociación Médica Hondureña, no queremos terminar sin formular las consideraciones siguientes:

1^—¿En vista de lo expuesto, habrá base suficiente para afirmar la existencia de la BRONCOESPIROQUETOSIS DE CASTELLANI en Honduras?

2^—En caso afirmativo, sería de gran importancia tratar, sin pérdida de tiempo, de establecer su índice de frecuencia, su distribución geográfica y todos los demás aspectos que debe comprender la epidemiología de dicha enfermedad en nuestro país. —Su extraordinaria semejanza, bajo el punto de vista clínico sobre todo, con la tuberculosis pulmonar puede prestarse, y así debe suceder muy a menudo, a que tomemos como víctimas del

La Clínica y sus Contrastes

DR. GÓMEZ-MÁRQUEZ

Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Honduras y antes en la de Barcelona (España)

Para contribuir con nuestra modesta aportación a dar vida y robustez a esta Revista en el momento crítico en que cambia de rumbo bajo la dirección y el impulso de un nuevo Comité de Redacción entusiastamente presidido por el Dr. Salvador Paredes, vamos a exponer a partir de este número nuestros puntos de vista personales acerca de las analogías y diferencias que nos ha parecido percibir entre las clínicas americana y europea.

Como se deduce de nuestra experiencia que la diversidad de matices perceptibles' entre ambas es notoria; y las sugerencias que de esta apreciación hemos, de extraer nos llevarán seguramente a expresar opiniones que podrían parecer exageradas o erróneas, consideramos indispensable comenzar diciendo, que en mucho de lo que vamos a decir, no estamos solos; porque dentro y fuera de Honduras ya han sido exteriorizadas valientemente y tanto en forma oral -como escrita, ideas, que de un modo general coinciden con las que en ocasiones sucesivas y en éste mismo trabajo, vamos a emitir.

En apoyo de éstas y para incitar a la reflexión a quienes, pudiesen calificarlas a la ligera de osadías personales carentes de fundamentos científicos sólidos, mencionaremos a continuación los nombres de los Compañeros a quienes anteriormente aludíamos, en la seguridad de que al amparo de sus altos prestigios, quedaremos ■exentos de ser tildados de atrevidos o caprichosos.

Enumerándolos por el orden cronológico en que tuvimos ocasión de conocer sus opiniones, citaremos:

19—Dr. Salvador Paredes, Profesor de Cirugía de la Facultad de Medicina de Honduras: "la Medicina propia de nuestro país, está por hacer; no conocemos todavía ni siquiera nuestras características anátomo-fisiológicas."

No queda de aquellas manifestaciones, al menos que nosotros sepamos, más rastro que el de nuestro propio recuerdo y la alusión

bacilo de Koch a muchos individuos que pueden ser curados fácilmente con un poco de arsénico.

4a De la consideración anterior y del relativo poco costo económico del tratamiento, se deduce la gran trascendencia social que tendría la campaña aludida, ya que gran número de hondureños serían rehabilitados de su condición de carga para el Estado y de la sociedad en general.

Tegucigalpa, D. C, Diciembre de 1942.

•*que* a ellas hicimos en uno de los números de EL CRONISTA de esta ciudad, correspondientes a los* primeros meses del año actual, con ocasión de una campaña de vulgarización científica que entonces hacíamos en el mencionado periódico bajo el título de "La ceguera en Honduras: Profilaxis." Hagamos constar que en el artículo periodístico de referencia está consignada la cita; pero sin que junto a ella figure el nombre del Dr. Paredes porque temíamos herir su modestia. Si le mencionamos ahora es porque lo consideramos necesario para defender puntos de vista que creemos son de interés científico y práctico general y también para darle ocasión de rectificarnos si le parece que no hemos interpretado bien lo que -en diferentes ocasiones nos dijo sobre estos problemas.

2—Durante nuestra asistencia al C. I. de Cirujanos celebrado en Agosto de 1941 en México, tuvimos ocasión de leer una antigua Oftalmología debida al Dr. Jesús M. González de aquella República, en la cual existían *ya*, dibujos oftalmoscópicos que el Autor consideraba como representativos de la h-s.; estas lesiones no descritas en los Tratados clásicos de Oftalmología, ■ ERAN IDÉNTICAS A LAS QUE NOSOTROS VENÍAMOS OBSERVANDO EN HONDURAS, Y CALIFICANDO DE ETIOLOGÍA H-S.

3—En numerosos enfermos examinados en México (D. F.), ■Guacimalajara y Puebla, y también en muchísimos de los que a nuestro regreso a Honduras exploramos en GUATEMALA Y EL SALVADOR, pudimos identificar las lesiones ■descritas por el Dr. González como h-s., y comprobar su igualdad o semejanza con las estudiadas por nosotros en Honduras, atribuyéndoles la misma etiología.

El silencio de los Textos universales en relación con tales lesiones, y el que hayan sido vistas con iguales caracteres y sin posibles influencias recíprocas por el Dr. González en México y por nosotros en Honduras, son hechos de gran interés; porque demuestran que en las mencionadas Naciones existen lesiones de h-s. visibles en el fondo del ojo, y que no fueron advertidas por los Autores, o que la h-s., es distinta en C. A. de la que aquéllos describen, o que nos
ejante a h-s. cosmopolita y leve.

49—En la última de nuestras conferencias dictadas en la Universidad de Guatemala, para las cuales fuimos galantemente invitados por el Claustro da la misma, en Septiembre del año anterior; después de exponer en conjunto gran parte de los problemas de que trataremos en los trabajos que iniciamos hoy; y habiendo llegado a la conclusión de que por existir muy notables diferencias y en muchos aspectos entre la Patología Centroamericana y la cosmopolita convenía elaborar Textos de Medicina propios, en los que I .se inspirasen las nuevas generaciones de Médicos, el Dr. Osear H.

■Espada, Secretario de la Facultad de Medicina, manifestó su satisfacción por habernos oído señalar las diferencias existentes entre la clínica europea y la centroamericana, expresando que
en

muchos aspectos había podido apreciarlas y llegado a sentir como: nosotros la necesidad de que fuesen elaborados Tratados de Medicina Centroamericana que orientasen a los que hubiesen de ser Médicos en lo futuro; nos hizo saber también que esta ideología era compartida entre otros, por el Dr. Carlos Federico Mora, Profesor de Neurología y Psiquiatría de aquella Universidad y uno de los más altos valores de la Medicina guatemalteca; con este motivo reclamó para él y el Dr. Carlos Federico Mora, la prioridad de estas orientaciones, ya que, en un Congreso celebrado en El Salvador pocos meses antes, tanto el referido compañero como él mismo, sostuvieron la conveniencia de disociar la Patografía centroamericana de la universal a fin de educar siguiendo tales normas, a las: juventudes médicas del porvenir, aunque desconocíamos tales hechos no tuvimos inconveniente en admitir la prioridad reclamada en atención a la honorabilidad del manifestante y a la seriedad y publicidad del acto que se celebraba.

¹ 4?—Dr. Carlos Martínez Duran, Profesor de Anatomía Patológica de la Universidad de Guatemala: en su Tratado "Las ciencias médicas en Guatemala," publicado en noviembre de 1941 y en la página 38 del mismo, se dice textualmente lo que sigue: "NO QUEREMOS VITAMINAS IMAGINARIAS Y ANÁLISIS COPIADOS DE LOS LIBROS"; "ES NECESARIO QUE ESTUDIEMOS NUESTRAS PROPIAS COSAS"; "NO CONOCEMOS NUESTRA FISIOLOGÍA NI NUESTRA PSICOLOGÍA, NI NUESTRA VIDA PROPIA"; "NO CONOCEMOS NUESTRAS ENFERMEDADES"; "Y ESTAS NO SE PUEDEN APRENDER EN LOS LIBROS DE TEXTO EXTRANJEROS." "SI SEGUIMOS ASÍ, SOLO VIVIREMOS EN LA HISTORIA QUE COMO DICE MARAÑÓN ES EL CONSUELO Y EL ÚNICO REFUGIO DE LOS AFLIGIDOS."

Al transcribir las manifestaciones de las altas autoridades médicas centroamericanas y de México que anteriormente hemos mencionado, no pretendemos escudarnos en ellas para evitar que se discuta, critique o rechace el ideario que con toda austeridad vamos a exponer; pretendemos tan sólo que ellas sirvan de dique a las pasiones a fin de que sea examinado y valorado aquél con el espíritu de serenidad y justicia que debe emplearse en esta clase¹ de discusiones.

No necesitamos decir, que tan poco pretendemos hacer ver a: través de vaguedades, que los ilustres colegas citados piensan punto por punto igual que nosotros; a tales efectos nos remitimos al¹ significado exacto y literal de lo que a propósito de cada uno de* ellos hemos dicho respectivamente. Aceptamos íntegramente la responsabilidad de las ideas que hemos de emitir y estamos dispuestos a modificar y aun a desechar noblemente todo aquello que se nos¹ demuestre debe ser modificado o desechado.

Digamos de una vez para todas que la finalidad que perseguimos con estos trabajos no se contrae simplemente a dar a conocer las observaciones-clínicas propias, y las sugerencias a nuestro-

juicio muy interesantes y trascendentales que de ellas se derivan; a pesar de creer que bastarían por si solas para justificar una publicación de este genero dada la utilidad practica inmediata que muchas de ellas puedan tener, la meta de nuestro ideal mucho más alta; aspiramos a conseguir mediante su difusión entre el público Médico, que actuando a manera de revulsivo contra nuestra indolencia racial y climatológica, exite a los tímidos y apocados a la controversia, para que en unión de sus aportaciones y de las de los más activos, lleguen a constituirse los cimientos del monumental edificio de la Medicina centroamericana, que no puede ser la obra de un hombre solo, ni tampoco de un grupo sino que exige la colaboración de todos los Médicos que ejercemos en esta Región del Globo.

Y dicho todo lo que antecede que a pesar de su inmoderada extensión considerábamos necesario exponer con toda claridad, vamos a pasar a ocuparnos de la parte que a nosotros nos concierne personalmente.

La conveniencia de proceder a la disociación patográfica de que venimos tratando, debe surgir en el ánimo del clínico centro americano, por causas distintas de las que la sugieren en el europeo; y las ideas que las fortalezcan seguirán a nuestro modo de ver, vías psicológicas diferentes en unos y otros, porque las circunstancias en que respectivamente están situados son muy diversas entre ambos.

j

Como aunque parezca banal e innecesario tenemos por. muy interesante y de consecuencias prácticas evidentes el analizar estos procesos, examinaremos separadamente cuál es la situación del Médico americano y del europeo, al enfrentarse con estas cuestiones.

Para el Médico europeo (y en esta labor de desmenuzamiento nos referiremos a nosotros mismos) el problema, al parecer al menos, es particularmente sencillo, sobre todo si, como nos ocurría a nosotros al llegar a Honduras, se había ejercido la Medicina durante treinta años ininterrumpidos, en Europa y otros lugares próximos, y actuando en las más diversas actividades profesionales; digamos, sin embargo, que aun en tal caso y contra lo que era de esperar, no es fácil la apreciación por contraste de las características clínicas diferenciales de que estamos tratando; porque estas características no saltan a la vista del práctico europeo a su inmediata llegada a estas tierras todo se presenta a sus ojos con los mismos rasgos que, a igualdad de condiciones de observación, lo vería si estuviese actuando en las lejanas regiones de donde procede; porque no existen fenómenos patológicos escandalosos que atraigan su atención y le hagan darse cuenta, de que el panorama clínico que contempla ha cambiado de aspecto; sólo con el tiempo y muy poco a poco, alcanza a percatarse de ello; y al fin llega a la conclusión, de-que bajo engañosas apariencias de identidad, se encuentra ante modalidades clínicas muy diversas de las que ha ve-

nido apreciando siempre, y de que estas modalidades se Hallan a veces tan separadas entre sí, como lo están desde el punto de vista geográfico, ambos Continentes.

Por lo que a nosotros respecta al menos, debemos decir aun a riesgo de que se nos califique de torpes, que *es* un hecho real, que a pesar de no haber perdido ni un solo día el contacto con la clínica durante el largo período de tiempo a que mas arriba nos referimos, no llegamos a adquirir clara conciencia de que en la clínica de Honduras pasa ".algo" diferente de lo que hasta entonces habíamos visto, hasta después de pasado un año de los cuatro que venimos ejerciendo en el país.

Nos permitimos rogar a quienes nos lean, que fijen la atención sobre estos sucesos, cuya importancia, nos parece del más alto interés. ■

Para él Médico hondureño y en menor grado (ya diremos a su su tiempo por qué) para los del resto de C. A., que por no haber visitado las clínicas extraístmeñas carezcan de términos de comparación, consideramos que es poco menos que imposible, que lleguen a percatarse por propia cuenta de la realidad e importancia de las cuestiones que estamos tratando; y aun para aquellos que en permanencias *más* o menos prolongadas en Europa hayan asistido a los servicios hospitalarios o privados de la misma, estimamos tan difícil que a su regreso a C. A., estén en condiciones de captar los disimulados contrastes existentes entre una y otra clínica creemos que quienes lo han hecho, como los compañeros que citamos al principio, deben ser tenidos por esta sola circunstancia, como profesionales de gran mérito; y decimos esto, porque como todo el mundo sabe, en aquellas clínicas y en el caso *más* general, los visitantes por asiduos que sean, deben limitarse a ver y oír, lo que en ellas se hace y dice, pero *sin* que salvo circunstancias muy excepcionales, puedan actuar por sí mismos; y no tenemos que convencer a nadie porque suponemos a todos convencidos, de que por inteligente, culto y observador que se sea, *no es posible elaborar un sólido estado de conciencia en la clínica, viendo lo que otros hacen, sino teniendo la responsabilidad directa de los casos y esta no se entrega en Europa a ningún visitante, por prestigioso que sea-*

Volviendo a nosotros, y como reafirmación de cuanto hasta ahora hemos expuesto, haremos para terminar hoy, algunas observaciones y señalaremos ciertos hechos, que al propio tiempo que refuercen la argumentación más arriba empleada, esperamos que justifiquen la razón de ser, de la serie de trabajos, que deberán seguir a la presente introducción.

Entre las observaciones a que anteriormente hemos aludido, consideramos fundamental la que vamos a hacer referente a las relaciones existentes entre las características que nos señala la Patología universal para las especies morbosas diversas, y las que nos

ofrece cada una de ellas, según que sean observadas en Europa o en C. A.

Por lo que respecta a las primeras diremos que, ateniéndose a la clínica que hemos vivido durante nuestra larga experiencia extra-americana se puede afirmar: que más que una verdad es un dogma, que salvo rarísimas excepciones, TODO CUANTO PASA EN LA CLÍNICA EUROPEA, COINCIDE EXACTAMENTE CON LO QUE A PROPOSITO DE LAS DIFERENTES ESPECIES NOSOLÓGICAS, SE CONSIGNA EN LOS TEXTOS DE PATOLOGÍA COSMOPOLITA; Y ESTO ES TAN EXACTO, QUE PODRÍA DECIRSE SIN INCURRIR EN EXAGERACIONES, QUE ESTUDIAR EN AQUELLOS TRATADOS, ES CASI LO MISMO "EN EUROPA" QUE SITUARSE A LA CABECERA DEL ENFERMO; PORQUE EN ELLOS ESTA TAN EXACTAMENTE REFLEJADA LA PATOLOGÍA EN AQUEL CONTINENTE, QUE BASTA LA LECTURA DE UNA CUALQUIERA DE SUS PAGINAS DESCRIPTIVAS, PARA IMAGINAR CON TODA PRECISIÓN, CUAL SERA EN CADA CASO EL ASPECTO QUE PRESENTEN LOS PACIENTES.

EN C. A. EN CAMBIO, Y MAS CONCRETAMENTE EN HONDURAS, LOS CUADROS MORBOSOS CONOCIDOS, SE OFRECEN AL OBSERVADOR TAN DESDIBUJADOS, BORROSOS E IMPRECISOS, QUE O CUESTA MUCHO TRABAJO IDENTIFICARLOS Y HACERLOS COINCIDIR CON LO QUE ACERCA DE ELLOS MISMOS NOS DICEN LOS LIBROS, O RESULTA COMPLETAMENTE IMPOSIBLE PONERLOS EN EVIDENCIA, A FUERZA DE ESTAR MAL DELIMITADOS, DEFORMADOS, Y EXENTOS DE RELIEVE.

ASI TENEMOS POR EJEMPLO LA SÍFILIS, (POR NO CITAR MAS QUE UNO DE LOS PADECIMIENTOS QUE MAS IMPORTANCIA TIENEN EN ESTOS PAÍSES) QUE O NO EXISTE EN HONDURAS EN SU FORMA ADQUIRIDA, O PRESENTA SI EXISTE CARACTERES TAN BLANDOS, ANODINOS Y GRISÁCEOS, QUE SI HUBIÉRAMOS DE ATENERNOS PARA DIAGNOSTICARLA A LAS DESCRIPCIONES DE PATOLOGÍA, O A LO QUE NOSOTROS^ HEMOS VISTO EN GRAN ESCALA, POR NUESTRA CONDICIÓN DE OFICIALES DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR DEL EJERCITO ESPAÑOL, DURANTE LARGO PERIODO DE VEINTIÚN AÑOS, TENDRÍAMOS QUE RECHAZARLA NECESARIAMENTE; BASTA LEER UN TRATADO CUALQUIERA DE SIFILIOGRAFÍA, PARA CONVENCERSE DE QUE NO SE PADECE ESTA ENFERMEDAD EN HONDURAS Y EN LA FORMA A QUE NOS ESTAMOS REFIRIENDO, U OFRECE UN CUADRO SINTOMATOLOGICO TAN POCO VIGOROSO, Y UNA EVOLUCIÓN TAN DIFERENTE DE LA QUE SE LE ASIGNA EN AQUELLOS, QUE SE HACE INELUDIBLE Y URGENTE REDESCRIBIRLA ADAPTÁNDOLA AL ASPECTO CON QUE SE PRESENTA EN ESTAS REGIONES; POR LA TRASCENDENCIA SOCIAL QUE EL PROBLEMA ENCIERRA TANTO A LOS EFECTOS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO COMO A LOS DE LA PRO-

FILAXIS, LA RESOLUCIÓN. DE ESTE PROBLEMA, ES INAPLAZABLE, Y DEBE MERECEER EL MÁXIMO DE ATENCIÓN TANTO PARA LOS PROFESIONALES COMO PARA LOS GOBERNANTES.

AÑADAMOS SIGUIENDO NUESTRO EJEMPLO, QUE SI LA SÍFILIS ADQUIRIDA PARECE ESTAR AUSENTE DE HONDURAS (POR LO MENOS) SE APRECIAN TAN A MENUDO, Y ESTÁN TAN DIFUNDIDAS LAS DISTROFIAS QUE DE MANERA UNIVERSAL SE CONSIDERAN COMO PREDOMINANTES ORIGINADAS POR LA LÚES DE LOS ASCENDIENTES, Y SE VEN CON TANTA FRECUENCIA PADECIMIENTOS ACTIVOS DEL APARATO VISUAL ASIMILABLES A LOS ESTIMADOS COMO CARACTERÍSTICOS-DE LA HEREDO-LUES, QUE RESULTA MUY DIFÍCIL ENCONTRAR EN ESTOS PAÍSES, PERSONAS QUE NO PRESENTEN EN FORMA DE DISTROFIAS GENERALES O DE LESIONES VISUALES ACTIVAS O CICATRIZADAS LOS SIGNOS DE ESTA ENFERMEDAD; DIGAMOS SIN EMBARGO COMO CONTINUACIÓN DE LO QUE A PROPOSITO DE LA SÍFILIS ADQUIRIDA HEMOS EXPUESTO ANTERIORMENTE, QUE A PESAR DEL INCREÍBLE NUMERO DE DISTROFIAS Y DE AFECCIONES. OCULARES APRECIABLES, *AL PARECER DE NATURALEZA HEREDO-LUETICA*, Y CURABLES CON TODA SEGURIDAD ESTAS ULTIMAS CON EL TRATAMIENTO MIXTO ANTILUETICO, *PROLONGADO E INTENSO*, SERIA NECESARIO DEMOSTRAR, QUE EL PADECIMIENTO A QUE NOS ESTAMOS REFIRIENDO, ES REALMENTE SÍFILIS CONGENITA; PORQUE EL HECHO DE TRATARSE DE UNA ENFERMEDAD CASI MONOSINTOMATICA Y CON MANIFESTACIONES O EXCLUSIVAMENTE VISUALES O ^PACENTARIÁS (MULTIPARIDAD, EMBARAZOS GENERALES. ABORTOS ALTERNANTES); ÉL DE QUE SEAN MUY RARAS LA MAYORIA. DE LAS LO CÁLIZ ACIONES QUE SEGÚN TODOS LOS TRATADOS COMPLETAN EL CUADRO GENERAL DE LA HEREDO-LUES; LA ALTA POSITIVIDAD DEL KHAN EN LA SANGRE, MUY CERCANA AL 50%, MIENTRAS QUE EN LA SÍFILIS CONGENITA COMPROBADA A PENAS ALCANZA A OSCILAR SEGÚN LOS AUTORES MAS COMPETENTES, ENTRE EL 2 AL 15%; Y LA CASI CONSTANCIA DE ABORTOS QUE COMO ES SABIDO SON RAROS EN ESTA FORMA DE LÚES MIENTRAS CONSTITUYEN LA REGLA EN LA ADQUIRIDA SOBRE TODO SI ES RECIENTE, RECLAMAN COMO EN EL PRIMER CASO. UN I DESCRIPCIÓN ESPECIAL PARA C. A. SI EN VERDAD SE TRATA DE LÚES; O ADEMAS DE UNA DESCRIPCIÓN SERA PRECISO DARLE UN NOMBRE PROPIO SI ES QUE SE DEMUESTRA QUE NOS ENCONTRAMOS ANTE UNA NUEVA ENFERMEDAD,

Sin perjuicio de volver a ocuparnos de este tema con toda extensión y en el momento oportuno, consideramos que es para nosotros un deber de conciencia llamar también la atención de la clase Médica y de las Autoridades, acerca de esta forma de lúes (o lo que sea), como anteriormente lo hicimos a propósito de la sífilis

adquirida; PORQUE CUALQUIERA QUE SEA EL CONCEPTO QUE EN DEFINITIVA SE FORME ACERCA DE LA NATURALEZA DEL PADECIMIENTO QUE ACABAMOS DE ENUNCIAR, ES EVIDENTE Y COMPROBABLE EN TODA OCASIÓN POR CUALQUIER MEDICO, QUE NO EXISTE EN TODO EL PAÍS NINGUNA OTRA ENFERMEDAD QUE ESTE TAN DIFUNDIDA COMO ESTA. NI QUE PUEDA PREVENIRSE Y CURARSE CON MAYOR SEGURIDAD.

Si hacemos notar ahora, que las enfermedades agudas y crónicas consideradas como más importantes y frecuentes, y desde luego las que más hacen sufrir, y las que más a menudo conducen a la invalidez y a la muerte, o no se conocen en Honduras, o son muy raras y están tan deformadas *por lo menos* la sífilis que os ha servido de ejemplo (escrófula, reumatismo articular agudo, nefrosclerosis, diabetes, hipertensión arterial, etc., con sus numerosísimas y graves complicaciones) se comprenderá que digamos, valiéndonos de un símil, que la Clínica europea en relación con la Centroamericana, es algo así como lo que sería una fotografía reciente obtenida con una cámara dotada de todos los perfeccionamientos modernos frente a otra antigua, medio rota, y que hubiese sido tomada con una mala máquina; en el primer caso, veríamos sobre el papel imágenes precisas de los objetos fotografiados, que por la riqueza de detalles y abundancia en los contrastes, nos harían la impresión de que estábamos contemplando a aquéllos, directamente y en la realidad; en el segundo, la escasez de detalles, el tono apagado y descolorido, y las numerosas arrugas, manchas y mutilaciones propias de la vejez, nos dificultarían o harían imposible el reconocimiento de los mismos objetos.

Al igual que con los objetos fotografiados de nuestro ejemplo, sucede con las especies morbosas, según que sean observadas en la clínica europea o en la centroamericana; una misma especie vista en Europa, tendrá por lo general todo el brillo y realce que hemos asignado a la fotografía nueva; y hará "pendant" con la vieja, si la observación se realiza en C. A.

Tomar, pues, las descripciones contenidas en libros exóticos de Patología, como fuentes de información apropiadas para aprender a reconocer, comprender y tratar nuestros padecimientos haciendo omisión de las características y modalidades que aquí ofrecen, sólo puede conducir a concepciones falsas, y separadas de la realidad; prepararse, pues, para ejercer la Medicina en América a base de Textos europeos o inspirándose en observaciones verificadas en clínicas remotas, es un error y constituye un gran peligro; porque ni los Tratados universales mencionan las particularidades morbosas de estos países, ni suelen verse en las clínicas de los extraños como no sea a título excepcional, enfermos que presenten analogías en su *manera* de padecer, con los cuadros morbosos que de modo preponderante se aprecian en C. A.; el estudio de la Medicina en Tratados europeos tal y como se hace en todas las. Uni-

versidades del Istmo, es a nuestro juicio una verdadera calamidad; porque tiene necesariamente que conducir a una impregnación mental tóxica que si se nos perdona la expresión nos atreveríamos a denominar "FILO-PATO-EUROPEOSIS," y consistiría en tomar como enfermedades serias y rotuladas con denominaciones más o menos rimbombantes a los muy numerosos pero modestos, sencillos y benignos trastornos funcionales, que constituyen en gran parte, la Patología predominante en C. A. Esta intoxicación mental que sería determinada por lecturas no adaptadas al modo "sui generis" de padecer de los centroamericanos, no debe incitar a reír a pesar del pintoresco nombre que nos hemos permitido darle, porque es altamente peligrosa; no sólo por el hecho de que quien la padece piensa y actúa más que con arreglo a las realidades de la clínica, en armonía con los prejuicios de que tiene llena la mente, sino porque es crónica y de una marcada tendencia a la incurabilidad. La patogenia de esta dolencia, (y no hablamos en broma sino a guisa de advertencia y profilaxis), ni es rara, ni desconocida, ni carece de antecedentes; ya Cervantes nos dijo en su inmortal D. Quijote, que éste llegó a donde todos sabemos, "a fuerza de pasar las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio leyendo libros de caballería; y que fue de este modo como vino a caer en la extraña manía de creer que todo cuanto se decía en aquellos libros, correspondía a la realidad de sus tiempos, incitándole su buen corazón y la nobleza de sus sentimientos, a lanzarse por aquellos campos de la Mancha a socorrer viudas y desvalidos; y así se engendró la famosa batalla de los molinos de viento que él consideró eran descomunales gigantes, y del mismo modo arremetió contra los inocentes rebaños de corderos, que tomó por poderosísimos ejércitos.

¿No podrá ocurrir, decimos nosotros, que los libros de Patología europea actúen aquí de modo parecido a como actuaron sobre D. Quijote los de caballería?

No podrá suceder, como en el caso de nuestro Hidalgo, que a fuerza de leer y leerlo en gran parte no tiene realidad entre nosotros, se origine el estado de intoxicación mental de que hablamos y llegue a ser incurable?

Para nosotros, la contestación a estas interrogaciones, se resuelve por la afirmativa; porque no es fácil desprenderse de ideas por falsas que sean, cuando nos han sido inculcadas desde siempre y durante años; y menos aún, cuando como sucede en el caso que examinamos, si se ha sido penetrado por ellas al amparo de la sugestión que a través de obras :importadas de Europa, han venido ejerciendo los autores más prestigiosos de la Medicina mundial, avalados a su vez por los propios maestros que también fueron alucinados a su tiempo por los respectivos Profesores, con la consiguiente formación a lo largo de este proceso, de una verdadera madeja de errores, que transmitiéndose por herencia docente de generación

Pneumotórax Artificial Ambulante

Resultados de cinco años de experiencia con este tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en Tegucigalpa

Por el Dr. MANUEL LARIOS

Honduras no cuenta con un Sanatorio para enfermos tuberculosos; no hay en Tegucigalpa hospitales especiales para esta enfermedad, ni el Hospital General cuenta con departamentos o salas de tuberculosos. Por lo tanto, todo tratamiento anti tuberculoso tiene que ser llevado a cabo sin el auxilio del Hospital y en casos en que se ensaya la colapsoterapia, ésta tiene que ser necesariamente ambulatoria.

Se preguntará por qué en condiciones tan desfavorables se intenta siquiera tratar la tuberculosis pulmonar por medio de la colapsoterapia. La pregunta es muy razonable y la crítica de este modo de tratamiento es muy justa. Pero, ¿qué hacer con tanto caso de tuberculosis pulmonar que puede reaccionar favorablemente al pneumotórax artificial? La gran mayoría no puede salir al extranjero en busca de centros apropiados; otros que si lo hacen, pierden un tiempo precioso mientras arreglan sus asuntos y se facilitan los medios para salir del país. Es por estas y otras razones de peso que hace cinco años la casa de Salud "La Policlínica" decidió adquirir un aparato de pneumotórax artificial el que se puso a mi cargo. Ahora, después de cinco años, vengo a analizar los resultados obtenidos: para determinar si es o no justificable el empleo de este método en las condiciones arriba apuntadas y hasta qué punto es de esperar resultados. El estudio de la estadística también nos dará las causas de los fracasos.

El total de enfermos pneumotorizados fue de 63, repartidos casi por iguales partes entre hombres (32) y mujeres (31). El número

en generación médica, ha llegado hasta nosotros, creando la necesidad de que la desenmarañemos de una vez.

Ahora; o nunca; la ocasión es propicia para sacudir la tutela, ideológica que viene pesando en Medicina, sobre C. A.

Si mientras la barbarie absorbe la atención del Mundo, los que hasta ahora tenemos la fortuna de permanecer relativamente tranquilos, no aprovechamos la ocasión para alzar la hipoteca mental que cuando menos en Medicina pesa sobre nosotros, y no afirmamos sólidamente los cimientos del edificio de nuestra Medicina propia, la libertad humana en general, será restablecida, pero nosotros quedaremos sometidos, como lo estamos hoy dentro de nuestra profesión, a la peor de las esclavitudes: la esclavitud del pensamiento, traba de todo desenvolvimiento y progreso.

de insuflaciones fue de 1.082 que, repartidas entre los 63 enfermos, nos da un promedio para cada uno de 17. Ya aquí tropezamos con el primer dato de importancia: número demasiado insuficiente de insuflaciones. Mientras unos enfermos recibieron un número considerable o adecuado, otros tuvieron solamente unas pocas. Ya veremos por qué.

La tabla N^o 1 detalla los datos más importantes de la estadística. Algunas casillas se explican por sí solas; otras necesitan algunos¹ breves comentarios.

Clasificación.—La clasificación en tres grados o categorías se basa en la adoptada por la American Sanatorium Association y la National Tuberculosis Association de los Estados Unidos. Esta es como sigue:

I.—*MÍNIMA* (1^a Categoría)

- a). Ligera Infiltración sin excavación demostrable.
- b). Pequeña parte de uno o ambos pulmones. El total del volumen del tejido afectado, sin considerar la distribución, no debe¹ de exceder del equivalente del volumen de tejido pulmonar que queda arriba de la segunda articulación costal y el cuerpo de la 5^a vértebra torácica de un lado.

II.—*Moderadamente avanzada* (2^a Categoría)

- a) - Ligera infiltración diseminada a fibrosis que no debe abarcar más que el equivalente del volumen de uno de los pulmones.
- b). Intensa infiltración, con o sin fibrosis, que no debe de abarcar más del equivalente del volumen de una tercera parte de un pulmón.
- c) . El diámetro total de las cavernas, si existen, no debe exceder de 4 cm.

III.—*Muy avanzada* (3^a Categoría)

Tina lesión más extensa que la descrita en II o evidencia de mayor formación de cavernas.

Evaluación de los resultados.—Aquí también se sigue la clasificación adoptada por las dos asociaciones norteamericanas citadas arriba y se ha agrupado en cinco grupos:

I.—Enfermos con ausencia de síntomas constitucionales. Esputo, si existe, negativo por B. K. Imagen radiográfica mostrando ausencia de lesión o una imagen compatible con una lesión curada (cicatrizada). Estas condiciones deben haber existido durante un periodo de dos años bajo condiciones de vida ordinaria.

II.—Enfermos con ausencia de síntomas o a lo más ligeros y expectoración matutina. Esputo, si existe, negativo por B. K. Imagen compatible con una lesión estacionaria o en regresión. Estas condiciones deben de haber existido durante un período de seis meses en régimen de reposo relativo.

- III.—Enfermos definitivamente empeorados o no mejorados por el tratamiento. Persistencia de síntomas y signos físicos. Esputo positivo o negativo por B.K. Pérdida de peso o peso estacionario. Imagen radiográfica no modificada o empeorada.

IV.—Este grupo incluye los muertos durante el período de observación por la enfermedad en sí como por las complicaciones.

V.—Por último se agrupan en esta última categoría aquellos enfermos, por desgracia los más, que se han perdido de vista y cuyo estado se ignora.

Una vez aclarados los conceptos anteriores y con las observaciones que hice al principio, se puede entrar a analizar la estadística.

De los 63 enfermos pneumotorizados, 27 (42.8%) pertenecen a la 1ª categoría, 21 (33.3%) a la tercera. Quiere decir esto que la mayoría de los enfermos vienen todavía en buenas condiciones de obtener éxito. A medida que transcurrió el tiempo, con la experiencia y práctica adquiridas en los primeros años, se fueron seleccionando mejor los casos, tratando de eliminar aquellos demasiado avanzados en los cuales nunca se debía de haber intentado el pneumotórax y que indudablemente han disminuido el porcentaje de éxitos. Al examinar el período promedio comprendido entre la aparición de los primeros síntomas y la institución del pneumotórax se obtuvo un promedio de 3 meses 18 días, tiempo demasiado largo en que la enfermedad se dejó a su antojo mientras se hacía el diagnóstico o, hecho éste, se daban palos de 'Ciego ensayando este o aquel tratamiento. Esto es muy instructivo para nuestros médicos y sólo este hecho, con la lección que enseña, justificaría la presentación del presente trabajo.

Esputo.—Más o menos la mitad de los casos presentaban esputo positivo y de éstos el esputo se volvió negativo en un 5%. La moraleja es obvia. Debo advertir que por esputo positivo o negativo se entiende el resultado de varios exámenes repetidos a intervalos regulares, uno cada semana, por los métodos ordinarios y en los ■casos de esputo vuelto negativo, exámenes mensuales consistentemente negativos. En la serie de 63 casos solamente en dos se hicieron exámenes del jugo gástrico para buscar B. K.

Lesiones bilaterales.—23 casos presentaban lesiones bilaterales (36.5%). De éstos 15 recibieron neumotorax bilateral sucesivo con los resultados resumidos en la tabla 2. Se verá que ninguno de estos enfermos puede colocarse en la casilla 1. Por lo que toca a los 8 restantes en los que se hizo pneumotórax bilateral y simultáneo, los resultados fueron fatales, perteneciendo todos ellos a la casilla IV.

Por pneumotórax bilateral sucesivo se entiende la insuflación de un lado hasta que se ha obtenido un colapso satisfactorio, la mantención de este colapso y una vez conseguido esto, la iniciación del colapso del lado opuesto. En el neumotorax bilateral simultáneo se insuflan los dos lados simultáneamente, aunque en distintas sesiones, y se lleva el colapso de ambos pulmones simultánea y progresivamente. Los resultados desastrosos de este grupo de 8 casos no debe inclinarnos definitivamente en sentido desfavorable a este método muy útil de tratamiento de lesiones avanzadas. Los fracasos en esta serie fueron debidos a mala selección de casos y a la falta de vigilancia del régimen llevado por los enfermos en sus casas. Tres de estos enfermos fueron observados por períodos largos, de más de un año, durante el cual todo hacía presagiar un buen éxito. Había marcada mejoría de los síntomas, buen aumento de peso, la expectoración iba disminuyendo y el estado general mejoraba notablemente. Sin embargo, dos de ellos vivían lejos de la **canica** y tenían que hacer caminatas a pie, por dificultades de transporte, para sus insuflaciones; el otro, alentado con la mejoría, descuidó su régimen y salía de noche, no llevaba el reposo post-prandial aconsejado, frecuenta los teatros y hasta, asistió a bailes. La muerte fue ocasionada en estos tres casos así: hemoptisis en uno y pleuresía purulenta en los otros dos.

Si estos tres enfermos se hubieran sometido al régimen prescrito, si hubieran observado las reglas elementales de reposo, quietud mental y física, tengo la firme convicción de que sus lesiones hubieran mostrado regresión, sus cavernas cerradas eventualmente y su esputo se hubiera tornado negativo. Qué más esperar en casos de tuberculosis pulmonar avanzada, cavitaria, con millones de bacilos en el esputo? Por eso dije antes que los fracasos en esta pequeña serie no debían atribuirse al neumotórax bilateral, aunque éste fuera simultáneo. Otros factores entraron en juego para contribuir al fracaso y es justamente sobre estos factores, perfectamente controlables aunque con alguna dificultad, que quiero hacer incapié en este trabajo.

Los otros cinco casos de neumotórax bilateral simultáneo fueron, lo admito, mal seleccionados: toxemias graves, enormes cavernas con paredes rígidas imposibles de colapsar, extrema pobreza y por ende una alimentación muy deficiente. Para estos enfermos era indispensable el tratamiento sanatorial.

Colapso.—Este se ha dividido en dos grupos: satisfactorio o adecuado y no satisfactorio o insuficiente. En la serie obtuvimos un colapso satisfactorio en 34 casos (54%) y no satisfactorio en 29 (46%). El criterio de un colapso satisfactorio es el siguiente: el borde del pulmón debe estar por lo menos a dos pulgadas de la pleura en el área enferma. Por lo tanto, en un pneumotórax selectivo bien pueden los otros lóbulos pulmonares no presentar ningún colapso siempre que sobre el área de la sesión haya una retracción de

dos pulgadas. Todas -las cavernas, si existían, deben estar cerradas y este hecho debe ser comprobado por medio de radiografías tomadas en completa inspiración. Se verá que las adherencias, aunque sean extensas, no son un obstáculo para un colapso satisfactorio.

Complicaciones.—Ningún accidente serio se registró en el período a que este informe se refiere. Únicamente en un caso ocurrió una pequeña enfisema subcutánea que no tuvo mayores consecuencias.

Como complicaciones observamos las siguientes: 7 derrames pleurales serofibrinosos, derrames purulentos, (empiema) en 3, 4 bilateralizaciones; pleuritis obliterante en 3 casos, de los cuales dos presentaban sínfisis pleural y uno pleura tabicada. Por último, un caso que estaba en tratamiento, pero viviendo fuera de la ciudad, presentó repentinamente una asfixia intensa con muerte pocos minutos después. Por el relato que hicieron los familiares pienso que se formó un neumotórax de válvula. Total: 18 casos con complicaciones en la serie de 63 (27%).

Es interesante hacer notar el hecho de que los 7 derrames serofibrinosos ocurrieron en los dos primeros años de practicar el neumotórax artificial. En aquel entonces se usaban trocates muy gruesos con bisel corto. Estos eran muy prácticos porque así se disminuía el peligro de perforación del pulmón: sin embargo, su punta era muy roma y lesionaba demasiado la pleura. A esto atribuyo en gran parte la aparición de los derrames; después, cuando se cambiaron las agujas de punción por otras más delgadas y con bisel más largo, cesaron los casos de pleuresis sero-fibrinosa.

En cuanto a la sínfisis pleural, complicación muy seria por cuanto impida la continuación del colapso, se puede evitar en muchos casos haciendo repetidos exámenes radiográficos, vigilando la absorción del aire en la pleura e insuflando más a menudo para evitar que las dos hojas de esta serosa se pongan en contacto.

En el tratamiento de las pleuresías sero-fibrinosas con derrame libre se practicó el procedimiento aconsejado por Alexander. toracentesis insuflación simultáneamente y por este método se pudo vaciar por completo la cavidad pleural en 4 enfermos de los 7 que presentaban derrame. En los otros tres el procedimiento falló y a pesar de repetidas punciones él líquido no tardaba en formarse de nuevo.

Resultados.—La tabla No. 1 resume, en su casilla correspondiente, los resultados obtenidos. De los 63 enfermos, 12 (19%) se sabe que han muerto y se presume que la muerte se debió en todos, directa o indirectamente, a su tuberculosis. (Grupo IV). Once enfermos (Grupo III) (17.46%) empeoraron o no mejoraron por múltiples causas, unas atribuibles al método empleado (mala selección, método incorrecto en la técnica o en la dirección) y otras a los enfermos mismos (indisciplina, dificultades económicas). El estudio de los numerosos factores que contribuyeron a los fracasos haría muy extenso el presente trabajo y posiblemente forme la base para

otro que aparecerá próximamente. Tomando los casos de los grupos III y IV vemos que la cifra de fracasos alcanzó el 36.5%.

Al grupo II pertenecen 10 casos (15.3%). Estos enfermos presentan mejoría, pero su período de observación no alcanza a dos años. Los del grupo I suman 8 casos (12.69%). Estos sí han sido observados por más de dos años, su estado general es muy bueno, ninguno tiene esputo positivo y su peso se mantiene normal. En la mayoría persiste una ligera tos matinal con expectoración algunas veces. Todos han resumido su ocupación anterior o han adoptado otra más adecuada a su condición de antiguos tuberculosos. Reuniendo los grupos I y II obtenemos la cifra de 18 curaciones o mejorías, es decir el 28.57%, cifra harto halagadora si se toma en cuenta las condiciones especiales en que se ha trabajado.

Por último tenemos el grupo de la incógnita, el factor que hace fallar las estadísticas médicas, el grupo de los ignorados, los perdidos de vista, aquellos que se retiraron sin haber podido formarse un juicio sobre las posibilidades de éxito o fracaso. Este grupo es el más grande, 22 o sea un 34.9%. Cómo hubiera sido posible evitar esta fuga? Cómo inducir a estos enfermos a buscar de nuevo la clínica y resumir el tratamiento? Únicamente por medio de las enfermeras visitadoras o el establecimiento de un eficiente servicio social a cargo de damas caritativas.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Se ha presentado la estadística de los casos de tuberculosis^ pulmonar tratados* por el neumotorax ambulatorio en La Policlínica de esta ciudad. El tratamiento ha tenido de necesidad que ser ambulatorio por la carencia de centros adecuados y se ha hecho, en vista de la necesidad de tratar más efectivamente que con el reposo,

dieta y régimen algunos de los numerosos casos de tuberculosis pulmonar que existen en la capital o que vienen de los departamentos. Del estudio de la estadística podemos sacar las conclusiones siguientes:

El pneumotórax artificial ambulatorio es factible en nuestro medio, aun sin contar con centros adecuados para alojar a los tuberculosos pulmonares.

El periodo promedio entre la aparición de los síntomas y la institución del neumotorax fue de 5 meses 18 días, tiempo demasiado largo, durante el cual, en la mayoría de los casos, se ensayaron las medidas clásicas de reposo, régimen, cambio de clima, etc. A pasar de esto, la mayoría presentaba lesiones catalogables como de mínimas según la clasificación de la American Sanatorium Association y American Tuberculosis Association.

La mitad presentaba esputo positivo y de éstos el esputo se volvió negativo en un 51 %.

Se ensayó el pneumotórax bilateral tanto sucesivo como el simultáneo con resultados nada halagadores para este último método, pero se hacen ver las dificultades que se presentaron y la conveniencia de no condenar este método precipitadamente y basándose en las experiencias citadas, sin tomar en cuenta los factores que contribuyeron al fracaso.

En aproximadamente la mitad de los casos se obtuvo un colapso satisfactorio y se define *este* término.

Se enumeran las complicaciones observadas y se llama la atención, sobre el hecho de que la mayoría son evitables con mejoramiento de técnica y observación cuidadosa.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

8 casos curados o aparentemente curados (12.69%).

10 casos mejorados pero sin poderse catalogar como curados o aparentemente curados porque su período de observación no alcanza a dos años. (15.3%).

11 casos empeorados o no mejorados (17.46%) y 12 muertes (19%).

22 casos cuyo estado se ignora por haber abandonado el tratamiento. De estos 22 enfermos muchos podrían posiblemente figurar entre los curados o mejorados de haber sido posible inducirles a seguir el tratamiento, investigando las causas que motivaron su retiro. Para esto sería necesario la cooperación de organismos auxiliares con los cuales no contamos todavía.

Tegucigalpa, D. C, Noviembre, 1942.

TABLA 1
Resumen de 63 casos de Tuberculosis Pulmonar tratados por Pneumotórax Artificial Ambulatorio

Sexo	Clasificación		Espujo	Grado de Colapso		Complicaciones					Resultados								
	1a	2a		3a	Satisfactorio	No satisfactorio	Derrama Serohemática	Derrama Purulenta	Sifisias Pleurales	Pleura Tabicada	Bilateralización	Pneumotórax de Valvula	I	II	III	IV	V		
M.	14	29	39	+	0														
	27	21	15	32	31	29	7	3	2	1	4	1	8	10	11	12	22		
F.	42	33	28	61	49	46			27				12	15	17	46	19	34	9

Nº 32
 % 51

TABLA 2
Resultados en 23 casos de Pneumotórax Bilateral

	I	II	III	IV	V	Total
Successivo 15 Casos		3	5	2	5	15
Simultáneos 8 Casos				8		8

Un Gaso de Síndrome Cerebeloso de Origen Palúdico

Dr. MANUEL CACERES VUIL

El paludismo como ya hemos dicho en otros artículos y observaciones es la enfermedad que constituye nuestro problema sanitario fundamental, ya que además que causa una mortalidad enorme en nuestro país, es el factor principal en el debilitamiento del campesino y del artesano que les impide desarrollar sus actividades y por consiguiente tiene que disminuir el rendimiento económico del conglomerado social y que les conduce a ser propicios para contraer otras enfermedades peores que ineludiblemente los llevará a la tumba, tal como la Tuberculosis pulmonar.

Debemos los Médicos investigar minuciosamente los diferentes aspectos clínicos de la enfermedad, ya que antes se tenía la creencia que el paludismo consistía solamente en fríos y calenturas que se repetían cotidiana o tercianamente con aumento del bazo y que después de sudar el paciente podía volver a sus ocupaciones habituales; hoy hemos visto diferentes modalidades de la enfermedad, ya en otras ocasiones hemos hablado sobre las diferentes formas de perniciosas que se presentan con tanta frecuencia en tiempo de epidemia en nuestras salas del Hospital, que simulan Meningitis, congestiones pulmonares, cuadros agudos abdominales y en fin un sin número de enfermedades que a cualquier clínico pueden llevar a un error de diagnóstico y que sólo el examen del Laboratorio y un tratamiento químico apropiado puede salvar la vida del enfermo.

El caso a que nos referimos hoy es el de un síndrome cerebeloso de origen palúdico, cuya mejoría se veía palpablemente al instituir diariamente la dosis de quinina requerida.

Hemos de hacer observar que la Reacción de Kahn en la sangre de la paciente resultó positiva más tres y que el líquido cefalorraquídeo fue dudoso por la misma Reacción de Kahn y la de Nonne Appelt positivo más uno, pero también quiero recordar que en un número de esta revista de años anteriores hay un trabajo que presentamos ante la Asociación Médica Hondureña y en el que expusimos como quince a veinte observaciones llevadas a cabo en el Consultorio Externo de la Dirección General de Sanidad, cuyos pacientes dieron Reacción de Kahn positiva hasta más tres, encontrándoseles al mismo tiempo gran número de Hematozoario de Laverán y que después de haberseles quitado su paludismo con un tratamiento de quinina suficiente y sin ningún tratamiento antisifilítico, se les volvió a hacer la Reacción de Kahn, resultando negativo¹.

OBSERVACIÓN

M. M. V., de 22 años, soltera, con un hijo, originaria de San Antonio de Oriente, con residencia en Comayagüela desde hace seis meses, ingresa el 7 de noviembre de 1942 al ler: Servicio de Mujeres del Hospital General por desvanecimiento.

Anamnesia próxima: Cuenta la enferma que desde hace 8 días y estando bien de salud se vio atacada de un frío intenso, que duró toda una noche y fue seguido de elevación considerable de la temperatura, estado nauseoso, cefalalgia, malestar general, dolor de cuerpo, anorexia, sensación de mareo y vértigo, imposibilidad de tenerse de pie, caída y lateropulsión. Como tratamiento tomó un purgante salino y dos pildoras de vida.

Anamnesia lejana: Sarampión, tosferina a los 8 años, que dejó' como secuela un estrabismo interno bilateral. Menarquía a los 14 años, tres días de duración, escasas, regulares en su periodicidad.. Un parto a término; niega abortos.

Género de vida: Oficios domésticos.

Anamnesia familiar: Su madre tuvo un aborto.

Funciones orgánicas generales: anorexia, sueño irregular. Evacuaciones normales.

Aparatos:

.Respiratorio, 0. Circulatorio, 0. Urinario, 0.

'Genital: hace 2 días pasó su menstruación.

Nervioso: sensación de mareo, síndrome vertiginoso, caída, imposibilidad de tenerse de pié, lateropulsión.

Sentidos: estrabismo, percepción intermitente de ruidos de tic-tac de reloj.

Estado presente. Examen general: Enferma agitada, febricitante, cara bultuosa, congestionada, enferma disneica, que no puede tenerse en pié y se inclina hacia la izquierda. Temperatura: tarde, 40 a 41 grados; mañana, 37 a 37,3. Pulso: tarde, 120; mañana, 108.

Examen físico:

Abdomen, 0.

Bucofaringe. Lengua agrietada, limpia. Dientes insisivos superiores en mal estado, el resto de los dientes menos malos.

Respiratorio, 0.

Circulatorio, 0.

Nervioso: inspección: nistagmo izquierdo. Estrabismo interno bilateral (secuela de la coqueluche de la infancia).

Palpación: ligera hipotonía muscular, tanto en los miembros superiores como de los inferiores. Las pruebas de flexión pasiva de los antebrazos y piernas son positivas. La contraprueba de la palpación es negativa.

Motilidad: tanto la activa como la pasiva son normales.

Reflejos tendinosos: activos en el lado derecho. Reflejos cutáneos: normales. Sensibilidad: normal en todas sus formas.

Coordinación. Estación de pié: oscilaciones del cuerpo por algunos instantes, la enferma consigue al fin el equilibrio y se mantiene firme. Al perder de nuevo el equilibrio se inclina hacia el lado izquierdo sin caer. No hay signo de Romberg. Marcha: es titubeante como el ebrio. Pruebas del síndrome cerebeloso. Dismetria. Prueba del índice positivo, trazado horizontal: positiva, vaso de agua positiva.

Asinergia: al tratar de comprobar asinergia en el tronco y extremidades se observa que al hacer ver la enferma hacia atrás, ésta lo hace con suma precaución, de tal manera que logra el propósito, pero con mucha lentitud, consiguiendo así asociar el movimiento del tronco y la flexión de las rodillas. En los miembros inferiores, sobre todo en el derecho: se nota que al ordenar a la enferma que suba el pie sobre la silla, descompone el movimiento, flexionando primero la pierna sobre el muslo, luego el muslo sobre la pelvis y por último hace la extensión de la pierna sobre el muslo hasta conseguir su propósito. Estos trastornos son más marcados, en el lado derecho.

No hay catalepsia cerebelosa.

"Exámenes de Laboratorio:

Orina: normal.

Sangre: fuertemente positiva por *plasmodium falciparum*.
G. Rojos: 3.376.000. G. Blancos: 4.200.

Reacción de Kahn: positiva más tres.

Líquido cefalo-raquídeo: células 0; None Appelt, positiva más uno; Kahn, resultado dudoso.

Diagnóstico: Síndrome cerebeloso de origen palúdico.

Tratamiento: un gramo diario de biclorhidrato de quinina por vía hipodérmica durante diez días.

Saló curada el 29 de noviembre de 1942.

Una Página de Neurología

Por el Dr. R. ALCERRO h.

"Poliomielitis Anterior Generalizada Subaguda en un sujeto con reacciones serológicas sanguíneas débilmente positivas por sífilis."

Este caso fue presentado a la ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA en sesión del tres de octubre de mil novecientos cuarenta y dos.-Fue observado en el Acilo de Indigentes, Anexo al Hospital General de Tegucigalpa, D. C. El autor hizo así su relato:



Marco Antonio, B. L.; tiene 16 años, nació en la ciudad de La Ceiba (Atlántida), es soltero, inválido, motivo este último por el que está en el Asilo de Indigentes, a donde ingresó el 2B de julio de 1941.

ANÁMNESIS PRÓXIMA: hace aproximadamente tres años, durante la estación de lluvias, nuestro paciente notó cierta "■" paresia en las extremidades inferiores y dolores en los músculos de ambos muslos; estos dolores sobrevenían, con ocasión de los movimientos y simulaban piquetazos o mordeduras. Poco tiempo después —algunos días iguales fenómenos se hicieron notar en los miembros superiores. La paresia marchaba

con alguna rapidez hacia la parálisis

y principiaba a hacerse notar alguna hipotrofia muscular. Al cabo de un mes sólo podía marchar apoyándose en las paredes, mesas, etc. Por unos pocos meses más pudo marchar ayudado de muletas y al mes siguiente la parálisis casi completa de los miembros inferiores y la muy avanzada de los superiores le impidieron la traslación. Fue conducido al Hospital Atlántida en donde permaneció por alguno tiempo sin haber sido sometido a ningún tratamiento y luego fue trasladado al Asilo de Indigentes de esta ciudad. Al llegar a éste, la parálisis de los miembros inferiores era casi total, en algunas posiciones lograba obtenerse pequeños movimientos; la amiotrofia era marcada; en los miembros superiores sí se conservaban ciertos movimientos y la amiotrofia, aunque muy avanzada, no era total.

sas musculares,, fusión de las de la cintura escapular. Marcada atrofia de las de los brazos y antebrazos. Estos permanecen en flexión moderada sobre los brazos. Hipotrofia avanzada de los músculos de las manos. Miembros inferiores: los muslos están en flexión sobre la pelvis y en abducción máxima; piernas en flexión sobre los muslos; pies en extensión sobre las piernas. Las extremidades inferiores en total se notan muy adelgazadas. Colocando al enfermo en decúbito ventral es posible añadir a los anteriores datos de la inspección, la atrofia de las masas musculares lumbares y de los canales vertebrales. Sentado el enfermo se nota ligera escoliosis dorsal y moderada lordosis dorso-lumbar. Ha sido posible notar contracciones fibrilares de los maseteros. Palpación: Comprueba los datos de la inspección: Motilidad en ciertos movimientos, especialmente guiños y fruncimiento del ceño. Cuello: dificultad en todos sus movimientos. Miembros superiores: Hombro. Se conserva la elevación; en el derecho hay ligera conservación de la ante y retropulsión. Brazos y antebrazos: movimientos muy limitados; lo mismo sucede en las manos; en la derecha la oposición del pulgar pueda verificarse hasta con el medio en la izquierda la oposición es posible hasta con el meñique. Miembros inferiores: imposibilidad casi absoluta de los movimientos. Los trastornos de la motilidad son casi absolutamente simétricos. Fuerza muscular; miserable Motilidad pasiva: debido a la gran hipotonía muscular es muy fácil imprimir movimientos pasivos a las diferentes articulaciones cuando no se oponen retracciones tendinosas (codo, carpo, metacarpo, rodillas y tibio-tarsianas). Reflejos tendinosos: masetérico: muy disminuido. Los de los miembros superiores e inferiores están abolidos Sensibilidad. Táctil: normal. Dolorosa: hiperestesia. Térmica: hay hiperestesia. Barestesia: normal para grandes pesos. Reflejos músculo-cutáneos: se conserva el plantar. Exploración del aparato visual: resultado: normal. (Departamento de Oftalmología del Hospital General). Exploración farmacológica del sistema neurovegetativo: predominio del tono simpático. Exámenes de laboratorio: Sangre: ligera hipocitemia. R. de Kahn: 0, R. de Wassermann: uno más (Julio 31-41) R. de Kahn (después de dos dosis de nearsf-enamina 0.15 y 0.30 grs.) uno más. R. de Kahn (quince días después de la anterior) negativa. L. C. R.: Kahn: 0. Albúmina: 11 grs., por mil. Reacción de las globulinas: 0. Células: 4.1 por mm³. Heces: positivo por uncinarias. Orina: normal.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS. Nos encontramos, pues, ante un enfermo de 16 años de edad, quien hace tres enfermó de paresia y algias de los miembros inferiores, seguidos de iguales Í-nómenos en los superiores y terminando con relativa rapidez-entre dos meses y un año —en parálisis y amiotrofia de las cuatro extremidades; con amiotrofias de cuello y tronco, con retracciones tendinosas y malformaciones secundarias; en quien el proceso atrofiante marcha muy despacio hace un año, en quien se han notado

contracciones fibrilares en algunos músculos; en quien se encuentra trastornos actuales de la sensibilidad; en quien se encuentran reacciones serológicas débilmente positivas por sífilis y de quien se sabe que tiene un hermano que padece una enfermedad semejante a la de él. El síntoma que actualmente resalta más, es la amiotrofia. Busquemos entre las enfermedades que la provocan cuál sería capaz de producir al mismo tiempo que ella el conjunto sindrómico que presenta nuestro paciente. Analicemos las primitivas y secundarias. Entre las secundarias podemos rechazar desde un principio las consecutivas a trastornos vasculares, las reflejas, las consecutivas a hemiplejías, esclerosis en placas, ■ siringomielia (en la mayoría de los casos), tabes y neuritis. Entre las primitivas podemos dejar de pensar inmediatamente que conocemos del caso, en la esclerosis lateral amiotrófica y en la siringomielia. Es una distrofia muscular primitiva o miopatía muscular primitiva propiamente dicha? El haberse iniciado por parecía, la marcha relativamente rápida, la existencia de dolores, la existencia de contracciones fibrilares hacen rechazar este diagnóstico: por otra parte las miopatías primitivas afectan una serie de tipos más o menos bien definidos y aún cuando en numerosos casos no sea posible meter un caso dado en una forma tal, párete ser que para los casos juveniles la atipia no llega a ser tan grande como para provocar amiotrofias tan grandes como las de nuestro paciente. Será acaso una atrofia muscular neurótica o atrofia muscular de tipo Charcot-Marie? Hay dos argumentos que la contradicen, y son: que en la amiotrofia Charcot-Marie la parálisis es secundaria a la amiotrofia y que la evolución de la afección es muy lenta. Nos ■ queda aún dos diagnósticos por discutir: uno de ellos hace referencia a una amiotrofia primitiva: se trata de la Atrofia Muscular Progresiva Espinal, llamada por algunos autores Poliomieltis Anterior Crónica o enfermedad de Aran-Buehene (con su variante infantil Amiotrofia tipo Werdnig-Hoffmann); y en el otro se trata de la Parálisis Espinal General Anterior Subaguda o Crónica (Duchene) que provoca amiotrofias secundarias.

Contra el primero de los diagnósticos se encuentran los hechos siguientes: curso relativamente "rápido, falta de tipismo en la distribución de las atrofas, falta de individualización de las mismas y presencia en cambio de trastornos de la sensibilidad. Por otra parte el haber aparecido a los trece años, unido a los anteriores datos de repulsa del Síndrome de Aran-Duchene, basta para no hacer el diagnóstico de síndrome de Werdnig-Hoffman.

Y así llegamos al último de los diagnósticos propuestos. El aceptarlo con o sin reserva sólo depende de mostrarse o no excesivamente purista y acatar el criterio de este o este otro autor. Veamos. Hay quien pretende que sólo se justifica el diagnóstico de Poliomieltis-Anterior General Subaguda en los casos que etiológicamente se deben a una acción infecciosa (sífilis en muchos casos)

o tóxica sobre las astas anteriores medulares; que sintomatológicamente se manifiestan por parálisis y amiotrofias consecutivas,, que la parálisis va acompañada y la amiotrofia precedida de contracciones fasciculares y fibrilares; sin trastornos de los esfínteres;; de curso relativamente rápido —hasta aquí no hay nada objetable para nuestro diagnóstico— y ¡sin trastornos de la sensibilidad! Cuando éstos existen hay lugar a la crítica de poliomiелitis pura, ya que añaden síntomas neuríticos. Hay en cambio otros autores menos exigentes, quienes, como Stokes cuando se refiere a la Poliomiелitis Anterior Crónica de origen sifilítico, escriben que el cuadro clínico de esta enfermedad está constituido por: Dolor, debilidad muscular, atrofia, contracciones fibrilares, cambio de reacciones eléctricas, conservación de la sensibilidad, pérdida aislada de los reflejos y atrofia paralítica de los músculos afectos. Pero sea que se trate de un caso puro o acompañado de polineuritis, es evidente, a mi juicio, que nos encontramos, ante una Poliomiелitis Anterior Generalizada Subaguda. Falta que aclarar su etiología. De los factores capaces de provocarla sólo uno es sospechable: la sífilis 'Congénita. Desgraciadamente ésta no siempre da la cara y en múltiples ocasiones apenas podemos imaginarla. Hablan en su favor el retardo mental, el retardo del desarrollo genital —en relación probable con otras deficiencias endocrinas— y débiles e inseguras reacciones serológicas positivas; factores que nos son francamente insuficientes para asegurar la existencia de lúes congénita. Por eso¹ sin afirmar que se trata de ella digo solamente que la Poliomiелitis evoluciona en un sujeto con reacciones serológicas sanguíneas débilmente positivas por sífilis.

PRONÓSTICO: Grave.

TRATAMIENTO: Debería ser el antilúético de prueba; vitamínico y físico.

Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

Apuntes de Materia Médica

Por el Dr. MARTIN A. BULNES B.

Por creerlo de algún interés para los estudiantes de materia médica, además de contribuir a la divulgación científica de un producto vegetal de uso común entre nosotros, el Café, haré una breve exposición de todo lo que se ha dicho, he visto y he observado con el único fin de trasladar a los alumnos lo poco sabido en relación al tema en referencia. El Café es un arbusto catalogado por los botánicos en la clase de las Coffineas; Familia, Rubiáceas; Tribu, Coffeas; género y especie, Coffea Arábica, de Linneo. Su etimología es netamente árabe: CAHUA. La familia de las Rubiáceas es una de las más importantes del Reino Vegetal, por contener especies de vital importancia para el hombre. Además del Café, son Rubiáceas; la Rubia, usada por sus propiedades en tintorería por el hermoso color rojo que se extrae de ella; la Quina, específico del paludismo; la Ipecacuana, planta originaria del Brasil, y usada por los indios brasileños en el tratamiento de la disentería.

COMO FUE CONOCIDO EL CAFE? El Dr. don Pedro A. Villacorta, en su CAUSERIE CIENTIFICA SOBRE EL CAFE, dice: "Hay una leyenda árabe, muy pintoresca, que lo explica. Un dervis vivía en un valle de Arabia en donde poseía una chosa y unas cabras.. Una tarde que regresaba de apacentar su ganado notó que las cabras, al entrar al redil, estaban muy agitadas y juguetonas. Llamóle la atención el hecho y se propuso averiguar la causa. Al siguiente día que las llevó al pastoreo, vio con extrañeza que los animales se dirigían hacia unas plantas desconocidas y que comían las hojas y los frutos con avidez. Cogió el dervis algunos frutos que probó, notando en seguida cierto bien estar en su espíritu,, gran animación y una satisfacción general. Repitió *eh* ensayo varias veces con el mismo resultado. Desde luego atribuyó a los frutos aquémos lo que había sentido en su organismo y comunicó a sus vecinos el descubrimiento.'ASI FUE COMO SE INICIO EL USO DEL CAFE.

COMO LLEGARON LOS PRIMEROS CAFETOS A TIERRA AMERICANA? Del puerto de Brest salió con rumbo a la MARTINICA el velero La ile de DIEUX entre cuyos tripulantes venía un oficial de marina llamado LE CLIEUX que traía para dicha Isla, dos ejemplares de los cafetos cultivados en el jardín de plantas de París, Eran los primeros cafetos enviados a tierra americana. Coimo la nave era de velas, su marcha era lenta, las provisiones fueron consumidas en su totalidad, principalmente el agua. El oficial en referencia tuvo que dividir su ración de agua con los cafetitos, hasta que logró desembarcar en la Isla uno sólo de los, dos cafetos, porque el otro no pudo sobrevivir. Aquella plantita de las dos que ha-

bía cuidado con tanto amor y sacrificio, dio origen a la mayor riqueza de América.

COMO LLEGO EL CAFE A CENTRO AMERICA? Fue Costa Rica la primera región de América Central que recibió en su suelo el Café, dicha planta fue llevada de las Antillas. Los padres de la compañía de Jesús lo introdujeron casi al mismo tiempo a Guatemala. En el año de 1360, el Presidente de la República de El Salvador general GERARDO BARRIOS, declaró obligatorio el cultivo de Café y concedió premios para los que lo beneficiasen."

Por los años de 1880 a 1891, nuestro país era gobernado por el "general don LUIS BOGRAN, quien probablemente se interesó por el cultivo del Café en la República de Honduras. En el año 1882 era Jefe del distrito de Opeteca, el Sr. TEODORO PEREIRA, quien cumpliendo instrucciones del Gobernador departamental Sr. don FRANCISCO BARDALES, visitó los pueblos de su distrito y les impuso bajo castigo la siembra del Café. Este es el dato que sabemos; si alguien está mejor documentado, tiene la palabra.

ANÁLISIS QUÍMICO DEL CAFE

El Dr. Payen, químico francés, fue el primero que dio a conocer la composición del Café.

Substancias nitrogenadas	13.00%
Cafeína pura no combinada	1.75
Substancias, grasas	13.00
DEXTRINA, AZUCARES, GOMAS.....	14.53
Clorigenato de potasa y cafeína	5.00
■Aceite esencial concreto, insoluble	0.01
Aceite ^esencial volátil, soluble.....	.0.02
Celulosa.....	34.00
Sales minerales	6.69
Agua.....	12.00

El Dr. Koning, químico alemán, determinó el análisis sobre Cafés de procedencia Antillana, cuyo resultado fue el siguiente:

Substancias nitrogenadas	12.07%
Cafeína no combinada.....	1.21 -
Substancias grasas..... 1	12.27
Glucosa, dextrina, ECT..... ,	8.55
Clorigenato de potasa y cafeína	32.58
Celulosa	18.17
Sales minerales..... ■	3.92
Agua.....	11.00

El Dr. Hérail, de la Escuela de Farmacia de Argelia, en su tratado de Materia Médica y Pharmacographia, pág. 629, dice con respecto a la composición del Café no torrefiado, lo siguiente: El Café verde contiene: 12 a 15% de Materias grasas; 0.50% de Azúcar reductor; 12 a 13% de Materias Nitrogenadas; Pectina; una Oxidasa;-Cafeína (1 a 1.50) libre o combinada al Ácido Clorigénico, bajo la forma de Clorigenato de Cafeína y de Potasa; Productos de desdoblamiento del Ácido Clorigénico: Ácido Químico, Ácido Coféico, Ácido Coffálico; Ácido Cítrico; Trigonelina.

PROPIEDADES TERAPÉUTICAS, DEL CAFE

Desde el punto de vista terapéutico, las propiedades del Café varían según que esté tostado o no. El Café verde debe sus propiedades a la cafeína. La mayoría de Terapeutas reconocen que la bebida de Café excita las facultades de la inteligencia, y una de sus propiedades más apreciables es la de sostener las fuerzas durante el trabajo o largas jornadas, permitiendo limitar un tanto la ración de alimentos. La infusión de Café torrefiado debe sus efectos a la temperatura a la cual se toma, a la Cafeona y la Cafeína. Estimula la digestión, la circulación y las funciones cerebrales; bien merece el nombre de BEBIDA INTELECTUAL. Se prescribe el Café en las cefalalgias y la jaqueca, en el alcoholismo, en el envenenamiento por el Opio y la Belladona, y en los estados de adinamia. Sirve a menudo de vehículo a ciertos medicamentos: Aceite de ricino, yoduro de potasio, y sobre todo a las sales de quinina. El polvo de Café torrefiado, goza de propiedades desodorantes y desinfectantes bastante marcados, de ahí que algunos autores, como don FRANCISCO CRUZ, en su BOTICA DEL PUEBLO, lo prescribe como agente terapéutico en el tratamiento de heridas y úlceras, además de ser usado por nuestros campesinos como hemostático y desodorante en el tratamiento de la halitosis o mal aliento, síntoma de frecuente observación que constituye *en* ocasiones para el enfermo una verdadera pesadilla.

El Dr. Carlos Stajano, en *EL ENEMA DE CAFE CONCENTRADO EN LA TERAPÉUTICA DEL CHOQUE*, publicado en los Archivos Uruguayos, de Septiembre de 1941, dice: "Fuimos requeridos para atender una enferma intoxicada por cocaína, quien presentaba el cuadro clínico siguiente: Hipotermia de 35y₂, pulso imperceptible, palidez,, cérea, respiración superficial, pupilas muy dilatadas. A la auscultación, tonos cardíacos muy atenuados y taquicardia irregular. Enferma en estado gravísimo a la cual se le hace todo el arsenal de tónicardíacos(esparteína, digaleno, estrofantó, aceite alcanforado, éter intramuscular, cafeína). Es una verdadera orgía de tónicardíacos, pero que si no fueron correctamente indicados, frente a la gravedad del caso, se justificaron por lo menos. A

la tercera hora de lucha infructuosa y frente a la inminencia de la muerte, y habiendo comprobado que se trataba de una intoxicación masiva por cocaína, denunciámos el caso al médico forense (Dr. J. May) que justifica la terapéutica indicada, reconoce la gravedad del caso y pronostica el deceso para dentro de un par de horas a lo sumo. A la hora, un segundo médico forense, el Dr. Lorient, ratifica la opinión del Dr. May, dando intervención a la policía. A las 5 horas de lucha procedemos a *INTRODUCIR POR ENEMA 400 GRAMOS DE INFUSIÓN DE CAFE, OBTENIDO CON UN KILOGRAMO DE POLVO EN CANTIDAD SUFICIENTE DE AGUA, PREVIO FILTRADO CON UOS FRANELAS*. En efecto, ante la vista del comisario de policía y de los interesados por la enferma, se desenvuelve una situación inolvidable.

A los 20 minutos de haber recibido el enema, empezamos a notar un cambio de color en las orejas y en la nariz. La palidez cianótica se colorea en rosado, los labios lívidos se tiñen en rosado suave. El pulso imperceptible se acusa progresiva y rápidamente, los tonos cardíacos sordos y alejados se hacen violentos y nítidos. Y todo este cuadro reaccional se opera entre los 20 y 40 minutos, no dando lugar a dudas del cambio operado en forma tan radical. No quedó de esta tormenta tóxica rastro importante, a no ser alguna equimosis por las inyecciones intramusculares de éter y un frasco de cocaína vacío, debajo de la alfombra del apartamento. Se dio cuenta a los doctores May y Lorient de esta excepcional comprobación que *SALVO UNA VIDA POR CASUALTAD*.

La conclusión clínica basada en numerosos casos fue: la **reacción** benéfica del ENEMA DE CAFE EN LOS SÍNDROMES DE "CHOC" *no es atribuible a la cafeína*. Existen sin duda otras sustancias, **¿seguramente** alcaloides, que se desconocen y cuya acción » fármaco-dinámica frente al sistema vegetativo habrá que estudiar.

Por lo sencillo, benéfico y barato, esperamos que las experiencias del Dr. STAJANO, despierta la curiosidad científica a médicos y cirujanos en nuestros/Hospitales.

Noviembre de 1942.

B I B L I O G R A F Í A

Causerie científica -obre el Café, por el Dr. Pedro A. Villacorta. — Terapéutica, por el Dr. Manquat. — *Materia Médica y Pharmacographia*, por el Dr. J. Herail. — **Precis de chimie thecnique, por el Dr. Payen**. — *Botica del Pueblo*, por don Francisco Cruz. — *El enema del Café concentrado en Terapéutica del Choque*, por el Dr. Carlos Stajano. — *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, de Septiembre de 1941.

Convulsiones Epileptiformes en el Curso de la Apendicitis Aguda

Por el Dr. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

Los trastornos nerviosos de origen reflejo consecutivos a **in-flamaciones** agudas o crónicas del apéndice ileo-cecal son relativamente raros entre nosotros si consideramos la frecuencia del estado morvoso. Los patólogos hablan muy poco¹ de estas alteraciones, que aparecen en los sujetos nerviosos de temperamento neurótico en los que la flegmasía o más probablemente el dolor obran como espina irritativa desencadenando crisis convulsivas.

El Dr. S. Paredes P. en la Revista Médica de Julio y Agosto del año pasado N. 95, publica un caso de hipo crónico, -violento, tenaz a todo tratamiento que curó con la apéndicectomía, en el cual el examen clínico demostró un proceso inflamatorio crónico del apéndice que pudo ser revelado durante el acto operatorio. Los dos casos que voy a referir pueden ser asimilados a éste si no por su analogía clínica por su semejanza etio-patogénica.

El primero se refiere a O. A. O., profesora, de 19 años, soltera, radicada en Comayagüela, a cuya casa fui llamado urgentemente porque había sido atacada de estado convulsivo, violento dolor abdominal y náuceas.

Me encontré ante un ataque epileptiforme: convulsiones tónicas y clónicas de las extremidades, contracción de las facies, alternada con movimientos musculares caracterizados por gestos y nistagmus. En tal estado interrogada la madre me relata la historia siguiente:¹

Desde hace tres meses aproximadamente sufre de trastornos digestivos, consistentes en anorexia, sensación de plenitud gástrica acompañada de flatulencia y eructos con regurgitaciones ácidas. A estos síntomas se acompañó dolor en la fosa ilíaca derecha moderado que se agudizaba con el ejercicio. En este tiempo apareció un estado náuseoso, notablemente manifestado después de las comidas que culminaban con el vómito de los alimentos ingeridos.

Esa misma noche acusó dolor muy intenso que se acompañó de vómitos y estado de excitación general que culminaron con el estado convulsivo antes descrito. Se practicó tratamiento sintomático: inyección de 0.10 de Luminal, bolsa de hielo en el abdomen, siendo por la mañana trasladada a la Policlínica.

Al examen somático se encontró: dolor exquisito en el Mac Burney, apreciable en decúbito ventral y lateral o por la extensión de la pierna derecha con presión sostenida en la fosa iliaca del mismo lado. Ninguna otra alteración apreciable por el examen detenido de aparatos. La anamnesis familiar y personal no tiene importancia.

Durante los días siguientes la enferma permaneció tranquila, sin manifestar ningún malestar general ni revelar alteración psíquica, no restando del cuadro abdominal más que el dolor en la fosa iliaca notablemente disminuido.

EXAMENES DE LABORATOIO:

Sangre.—Leucocitos, 11,050; 'Glóbulos rojos, 4.496.000; Neutrófilos, 59%; Linfocitos, 33%; Basófilos, 8%; Hemoglobina, 80 %.

Orina: Albúmina, trazas; Pigmentos biliares, ligeras, trazas.

Heces: Negativo.

I

La enferma salió notablemente mejorada, con trabamamiento médico que consistió en tabletas de Sulfamidyl de 0.50, 6 durante el día, dieta blanda, bolsa de hielo y reposo.

El segundo¹ caso fue obtenido en el Servicio de Cirugía ele Mujeres del Hospital y se refiere a C. Z., soltera de 17 años y de oficios domésticos, originaria de Tegucigalpa, D. C, que fue conducida por su familia el día 17 de Septiembre del presente año por dolor en el vientre y "desmayos."

Historia: Refieren sus padres que hace aproximadamente 15 días, comenzó a quejarse de vértigos y dolor moderado en el vien-

tre acompañado de cefalea más o menos violenta de dos días, aproximadamente de duración, alteradas con épocas de relativa salud, en las que no manifestaba ningún trastorno.

Hace 8 días fue presa de dolor intenso en el abdomen con náuseas y vómitos durante el cual hizo su aparición un estado convulsivo manifestado por pérdida del conocimiento y sacudidas de las extremidades que terminaron con contractura general y sueño. Después de este episodio que -duró cerca de tres horas la enferma recuperó el conocimiento manifestando siempre el dolor abdominal y persistiendo las náuseas.

La noche anterior a su ingreso al Hospital el estado general se hizo alarmante, el ataque se inició con gran violencia por lo que fue trasladada al Servicio por la mañana siguiente.

Antecedentes personales: sin importancia.

Antecedentes hereditarios: Ídem.

Estado actual: Enferma medianamente constituida, que permanece aun en estado comatoso, manifestando marcada excitación general constituida por movimientos desordenados de los brazos. En la boca se nota marcado trismus y de la cual sale espuma sanguinolenta. El examen del abdomen revela dolor generalizado manifestado por movimientos de defensa de la enferma, éste se hace notablemente más claro en la fosa ilíaca donde se aprecia contractura muscular. El resto de la exploración no tiene nada de especial.

EXAMENES DE LABORATORIO

Glóbulos blancos, 13,706; Glóbulos rojos, 3.560.000; Neutro filis, 78%; Eosinófolos, 3% Linfocitos, 18%; Basófilos, 1%.

Se hace el diagnóstico de apendicitis aguda precediéndose inmediatamente a la intervención de la que fui encargado como asistente del Servicio: laparotomía media subumbilical con el fin de explorar los anexos, en los que se encontró únicamente degeneración esclero-quística de los ovarios que fueron puncionados con el bisturí. El apéndice notablemente inflamado: grueso, hiperhémico en la parte media e isquemiado en la punta, reacción inflamatoria, que se hizo notable también en el ciego que manifestaba signos claros de tiflitis.

El postoperatorio transcurrió sin complicación, saliendo la enferma al cabo de 10 días.

Dos meses después tuve oportunidad de verla: no volvió a manifestarse el estado convulsivo, habiendo desaparecido la anorexia y los demás trastornos digestivos.

Tegucigalpa, D. C., diciembre de 1942.

Colegio Internacional de Cirujanos

Capítulo Hondureño

Por el Dr. S. PAREDES P.

Prominentes Cirujanos de todo el mundo, reunidos en Ginebra • en 1935, crearon la vasta asociación conocida con el nombre de Colegio Internacional de Cirujanos, con el propósito de unir en un solo haz los trabajadores de la Cirugía de los continentes, hermanos laborar por el progreso de la ciencia y arte quirúrgico:, elevándola al nobilísimo sitio que le corresponde en las alturas del saber humano.

Conocerse y reconocerse, ayudarse, proteger la juventud ansiosa de mayores caudales científicos abriéndoles las puertas de los centros prestigiados de investigación y de trabajo, hospitales, laboratorios, anfiteatros, museos, viajes perfeccionamiento, etc. ■Celebración de asambleas periódicas para estrechar las manos y el espíritu, cambiar impresiones varias, sumar el progreso reciente, discutir lo dudoso, afirmar lo demostrado, pregonar las maravillas de lo espléndido, en fin, abordar y establecer conclusiones útiles para el médico cirujanos afiliados o no al colegio.

Después de la asamblea inaugural de Ginebra en 1935 celebró la segunda en New York, la tercera que debió reunirse en Londres en 1939, no se hizo allí por motivos de guerra, tuvo lugar ■en México en Agosto de 1941, la cuarta tendrá verificativo en Buenos Aires en 1943.

En Febrero del año pasado recibimos atenta invitación del Capítulo Americano presidido por el Dr. Desiderio Román, de Filadelfia, actualmente electo Presidente Internacional del Colegio, para organizar el Capítulo Hondureño del Colegio, con estatutos propios y de acuerdo con la constitución elaborada en Ginebra.

Recibieron la cordial invitación los señores doctores José Ramón Durón, José Gómez Márquez Juan A. Mejía, Abelardo Pineda ligarte, Enrique Guilbert y Salvador Paredes P., quienes en Marzo siguiente organizaron el Capítulo Hondureño del Colegio Internacional de Cirujanos, aprobaron estatutos, eligieron Junta Directiva y empezaron sus labores científicas, haciéndose representar por dos miembros en la tercera asamblea del Colegio en México.

Funciona nuestro Capítulo con la mayor regularidad, celebra sesión mensual en el edificio de la Asociación Médica Hondureña, ■gracias a la generosa hospitalidad que ésta nos brinda, trata las cuestiones generales de la Cirugía con, el fin de poner de acuerdo

a todos los miembros sobre la mejor manera de conducirse' con los pacientes en las infinitas modalidades de presentarse. Reviste más importancia este asunto el hecho <de proceder todos de escuelas distintas, Estados Unidos, Francia, España, Guatemala, El Salvador, Honduras.

Para obtener los frutos apetecidos empezamos por emitir el juicio merecido a cada uno por los diferentes anestésicos, no citando los párrafos de autores reconocidos sino apoyándonos en ellos, enumerando los éxitos y fracasos, los inconvenientes, las ventajas y peligros, las indicaciones y contraindicaciones. De este modo humilde y sencillo, logramos establecer una pauta general que indudablemente nos ha de acarrear positivos beneficios.

Semejante método usamos con respecto al post-operatorio y algunas técnicas. Hemos así plantado los rieles por donde incontable rodará la máquina del Capítulo. Temas como éstos **son** inagotables, darán material para años.

Todos los socios pueden presentar casos concretos llevando el paciente si lo cree conveniente, en tal ocasión éste tiene la primada sobre cualquier otro asunto.

Todos igualmente preparan trabajos para la publicidad, en nuestra Revista Médica Hondureña, en el Journal del Colegio Editado en Chicago, o en otras-revistas.

Punto principal de nuestro programa de acción es prestar apoyo decidido y pronto a dos instituciones públicas acreedoras de la mayor devoción, la Escuela de Medicina y el Hospital General, no en valde la totalidad de miembros forman parte de ambas. Recientemente el Capítulo ofreció la enseñanza gratuita de un curso interesante que falta en el plan de estudios y calificado de extraordinariamente importante para los jóvenes diplomados, Odontología de Urgencia. Ya funciona en el Hospital con el apoyo decidido del Director del establecimiento y del Decano de la Facultad de Medicina.

Disciplinados ya en el -cumplimiento de las obligaciones establecida;:, llenos de fe, de entusiasmo y esperanza, tenemos la íntima confianza, de satisfacer los deberes que nos impone, dentro de la pequeñez del medio, el honor de pertenecer al inmenso gremio internacional del Colegio de Cirujanos, llamado por mil razones a desempeñar un rol de primera en el esfuerzo humano por elevar al más alto nivel moral y material esta ciencia bellísima y arte incomparable de la cirugía. Honduras ha ocupado su puesto con valor.

Tegucigalpa, D. C, Diciembre de 1942.

Proyectos Realizados por el Servicio Cooperativa Interamericano de Salud Pública

1.—Se ha practicado un extenso recorrido de gran parte del país con el objeto de obtener el mayor número posible de datos relativos al estado sanitario de diversos lugares, especialmente en lo que se refiere a malaria, para lo cual se tomaron en las Escuelas Públicas los Índices esplénico y parasitario, cuya computación y estudio se está llevando a cabo actualmente para decidir qué debe hacerse en cada localidad. Los **principales** pueblos visitados son los siguientes: San Pedro Sula, Puerto Cortés, Tela, La Ceiba, Comayagua, La Paz, Siguatepeque, La Esperanza, Gracias, Santa Rosa de Copán, Nueva Ocotepeque, Juticalpa, Danlí, Yuscarán, Choluteca, San Lorenzo, Nacaome y Amapala.

2.—Se está construyendo actualmente un Crematorio tipo Uruguay como a 2 kilómetros del Hospital General, el cual servirá exclusivamente para incinerar las basuras de Tegucigalpa. Se tiene en proyecto otro para Comayagüeia.

3.—Se ha establecido un Dispensario Antituberculoso, para Tegucigalpa, el cual ha comenzado a funcionar con un Médico Jefe y varias Enfermeras Visitadoras. Por el momento y mientras se tenga Sanatorio se hace trabajo Profiláctico y Social. Se les está suministrando medicinas a los pacientes desvalidos.

4.—Con el objeto de mejorar el estado sanitario de los trabajadores de la carretera de Potrerillos al lago de Yojoa, se ha establecido allá un Dispensario de Medicina Preventiva compuesto por Médicos e Ingenieros Sanitarios, el cual ha comenzado ya a rendir importantes beneficios.

5.—Se ha hecho un estudio sanitario de los alrededores de Tegucigalpa y actualmente están petrolizando las quebradas de Los Barrios Belén y Lempira, con el objeto de destruir las larvas de Anopheles que infectan aquellos lugares y que son causa de las epidemias, ■de malaria que actualmente se presentan en dichos Barrios.

6.—Se está, llevando a cabo un estudio topográfico de la ciudad de Choluteca con el objeto de llevar a la práctica si es factible un drenaje total de la ciudad a una milla de distancia para controlar así la malaria que tan severamente azota aquella localidad. Se tiene en proyecto la conclusión y equipo del Hospital del Sur de la misma ciudad.

I N F O R M E

PRESENTADO POR EL TESORERO DE LA ASOCIACION
MEDICA HONDURENA

Tegucigalpa, D. C., noviembre 7 de 1942.

Sr. Secretario de la Asociación Médica Hondureña,

Dr. Marcial Cáceres Vijil,

Presente.

Tengo el honor de informar a Ud., el movimiento habido en la Tesorería de la ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA, durante noviembre de 1941 a octubre de 1942, cuyo detalle es el siguiente:

I N G R E S O S

Saldo anterior	L.	6.30	
Por cuotas	„	1,186.00	
Por anuncios	„	516.50	
Por retiros del Banco	„	475.50	
Por admisiones de socios	„	125.00	
Por contribución del Doctor Paredes para el cerco que limita con su propiedad	„	10.00	
Por dos suscripciones de la Revista	„	4.00	
Suma Total de los ingresos	L.	2,323.30	

E G R E S O S

SECCION BIBLIOTECA

Por pago de casa	L.	650.00	
Por pago de agua y luz	„	66.00	
Por madera, manguera y limpieza jardín	„	69.35	
Gastos de escritorio	„	5.92	L. 791.27

SECCION REVISTA MEDICA

Por edición seis números Revista Médica	L.	600.00	
Por fotograbados para la misma Revista	„	26.00	
Por rectificación de una edición	„	25.00	
Por pago Ap. Postal Agosto de 1943	„	10.00	
Por tiquetes para el canje y talonarios	„	17.00	
Por encuadernación del Tomo XII	„	2.00	L. 680.00

SECCION TESORERIA

Por depósito en el Banco	L.	648.78	
Por pago de conserje	„	180.00	
Por 400 hojas de facturas	„	6.00	
Por un libro de Cuentas Corrientes	„	2.50	
Por gastos de escritorio	„	4.38	
Por sellos para uso de correo	„	1.34	L. 843.00

Suma total de los Egresos	L. 2.322.52	
<i>En Caja</i>	L. 0.78	
B A L A N C E		
INGRESOS	L. 2.323.30	EGRESOS L. 2.323.30
CUENTAS DEL BANCO DE HONDURAS EN RELACION CON LA TESORERIA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDURENA		
Saldo Anterior	L. 245.80	
Cantidades depositadas en el año	L. 648.78	
Suma total	L. 894.58	
RETIROS DEL BANCO		
Cantidades retiradas en el año	L. 475.50	
<i>Saldo para Noviembre</i>	L. 419.08	
Con toda consideración me suscribo de usted, como su más atento y seguro servidor.		
Vº Bº	J. R. DURON,	MARTIN A. BULNES B.,
	Presidente de la Asociación Médica.	Tesorero-Administrador.
Cuentas revisadas por una comisión fiscalizadora, quienes encontraron conforme los libros y documentos.		

SECCIÓN SECRETARIA

Corona para los funerales del Dr. Gómez h.	L. 5.00	
Tarjeta para la corona del General Francisco Morazán en su Centenario	2.50	
Gastos de escritorio	0.75 L.	8.25

R e v i s t a d e R e v i s t a s

^k
Por el Doctor HUMBERTO DÍAZ

DIGITALIS LANATA (Estudio de sus efectos en Clínica). — POP el Dr. Salvador Aceves. — Gaceta Médica de México. — N° 4.—Tomo LXXII.—31 de Agosto de 1942. — Trabajo académico de ingreso, en el que se relatan experiencias clínicas verificadas con Digitalis Lanata en vez de Digitalis Purpúrea que ha sido la de uso clásico. Hace notar Aceves, que a pesar de que en el año de 1925 la variedad Lanata fue considerada, nada menos que por el Profesor Vaquez, como muy inferior a su congénere la Purpúrea, aquélla ha sido restituida últimamente, después de haberse observado con más detenimiento su acción farmacológica.

Hace hincapié además, en la semejanza de acción de ambas especies, y en sostener la evidencia de las nuevas ideas acerca de las indicaciones y contraindicaciones generales de la medicación digitalica, no sólo en las diversas formas de insuficiencia cardíaca, sino también en el curso de las enfermedades infecciosas (Sobre todo en la neumonía). Disiente de la creencia de que deba darse la citada medicación sistemáticamente niñéelos estados infecciosos.

LOS SOPLOS CARDIACOS (Se propone una nueva clasificación).—En "El Día Médico." — N° 28. — Año XIV.—13 de julio de 1942, se reporta que P. D. White, Denette Adams y D. Craile, basándose en que da clasificación de los soplos cardíacos en funcionales y orgánicas no sólo no es satisfactoria sino que se presta a confusiones proponen; clasificarlos en soplos fisiológicos y patológicos, comprendiendo los primeros, dos clases: 1^o—Intracardíacos o intravasculares y 2^o—Extracardíacos. Para los patológicos establecen cuatro subdivisiones: 1^o—Los debidos a enfermedades valvulares estructurales. 2^o—Los debidos a defectos congénitos cardiovasculares. 3^o—Los debidos a dilatación de la aorta, arteria pulmonar o de uno de los ventrículos, y 4^o—Los que pueden ser originados por una pericarditis.

LAS REACCIONES DE LA SÍFILIS EN EL DIAGNOSTICO DEL MAL DE PINTO.—En "Revista Sud-Americana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia." — N° correspondiente a los meses de Mayo y Junio de 1942.—Buenos Aires, Rep. Argentina, aparece un trabajo original de la Dra., Blanca Castillo De León, en donde establece que todas las reacciones serológicas de la sífilis se manifiestan positivas, de un modo constante, en los individuos atacados de Mal de Pinto o Carate, sucediendo todo lo contrario con los que adolecen de Vitiligo, por lo que considera la Dra. Castillo De León que dicho fenómeno puede ser aprovechado ventajosamente para hacer el diagnóstico diferencial entre éstas dos afecciones, que pueden presentar gran similitud en muchos caos. Según una de las

Notas

Recibimos el primer número de *Exerta* de la SCOP, órgano del cuerpo Médico de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas de México; mucho agradecemos el envío y corresponderemos el canje

e interesante folleto Archivos de Policía Civil de Sao Paulo. Ya correspondimos el canje.

Después de 6 meses de viajar por México y Estados Unidos, en vía de descanso, regresó á la ciudad nuestro consocio el Dr. Héctor Valenzuela.

•

Han dejado de ser miembros de la Asociación Médica Hondureña los Dres. Rafael Martínez V. y Juan V. Moneada.

doza después de larga enfermedad.

Conclusiones del mencionado trabajo, las dos reacciones que prestan mayor utilidad práctica son: La de Kahn (En primer término) I y la de Chediak, ya que éstas son más constantes que todas las que se han experimentado hasta la fecha con ese fin, como la de Was-I, sermann, Hetch, Meinike, Hintoi, Vernes, etc., etc.

PURPURA TROMBOPENICA PRODUCIDA POR LA SULFANILAMIDA— "Revista Médica de Chile". — NO 7, correspondiente al mes de Julio de 1942.—Los Doctores Manuel Losada L. y Sergio Fernández W. relatan un caso observado por ellos, en el que se presentó el cuadro clínico de Púrpura Trombopénica, después de la ingestión de sulfanilamida en una dosis total de 15 gramos. A las manifestaciones clínicas se sumó el importante dato de laboratorio, revelando las alteraciones del mielograma. De paso señalan además, otras acciones secundarias peligrosas que, sobre el tejido hemático pueden producir las sulfonamidas en general.