

## S U M A R I O

	Página
Dr. S. <b>Paredes P.</b> —Auxilio mutuo médico. ...	149
Dr. S. <b>Paredes P.</b> —El petróleo en las colitis amibianas y a tricomonas .....	15T
<b>Dr. Manuel Cáceres VÍjl.</b> —Cáncer del pulmón	1 \$5
<b>Dr. Gustavo Adolfo Zúniga.</b> —Sobre un caso de condro-sarcoma de la muñeca..... 158.	
<b>Dr. J. Gómez Márquez.</b> —La clínica y sus con- trastes .....	163
<b>Dr. S. Paredes P.</b> —Monstruo anencéfalo .....	170
<b>Dr. Gustavo Adolfo Zúniga.</b> —El importante papel que el médico desempeña en la con- flagración actual. ....	17Z
<b>Dr. Martín A. Bulnes B.</b> —Un caso de histeria tratado con testoviron.....	176
<b>Dr. S. Paredes P.</b> —Fuerte adherencia intesti- nal simulando apendicitis aguda.	179
<b>Dr, S. Paredes P.</b> —Tumores gigantes de la ca- beza .....	180
L. D.—Cirugía plástica .....	183
L. D.—Obstetricia y ginecología latino-ameri- cana .....	185
<b>Dr. Manuel Larios.</b> —Sobre un nuevo caso de agranulocitosis .....	] 86
E. D.—Fiebre biliosa hemoglonobinúrica .....	188
Cuarta asamblea general del Colegio Interna- cional de Cirujanos .....	190

# Revista Médica Hondureña

Organode laAsociaciónMédicaHondureña

Director:

DR. Salvador PAREDES P.

Redactores:

DR. HUMBERTO DÍAZ B. — DR.  
MANÍUEL CACERES VIJEL — DR.  
MANTJEÍL ICARIOS C.

Secretario:

DR. RAMÓN ALCERRO h.

Administrador:

DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

---

Año XIII Tegucigalpa, D. C., Hond., C. A., Mayo y Junio- de 1943 N° 106

---

## Auxilio Mutuo Médico

*Con el voto unánime de la asamblea general fue aprobado por la Asociación Médica Hondureña el proyecto de Auxilio Mutuo Médico en las sesiones ordinarias del 19 de Mayo y -5 de Junio, recién pasados.*

*Esa bellísima resolución completamente satisface el tenor de uno de los artículos de nuestra carta fundamental. Tardíamente hemos llegado, pero al fin llegamos, 'más vale tarde que nunca.*

*La creación del auxilio mutuo tiene por objeto ayudar a los miembros de la asociación cuando sean víctimas de serias calamidades, enfermedad, incendio, inundación, robo, guerra, etc., y a sus familias cuando fallecieren.*

*Modesto será por ahora el aporte en metálico pero grande y significativo en su trascendencia y proyecciones; hemos sembrado la semilla magnífica y no habrá sino regarla y abonarla para que crezca robusto y gigantesco el árbol de la mutua servidumbre; a su sombra refrescaremos las penas de esta vida y hallaremos la dulce esperanza de no dejar en triste y lamentable desamparo nuestras familias.*

*Constituirá el fondo inicial el producto de una cuota individual de VEINTICINCO lempiras cobrable' desde el próximo mes de Julio para satisfacer los primeros gastos que para ayudar a un socio se*

*presenten y después se cobrará igual cuota cada vez que fallezca un socio, es decir que pagaremos por adelantado y no después que la necesidad ha ocurrido. La suma recaudada variará con el número de socios pero domina la tendencia a crecer por el aumento anual del rol de socios.*

*El auxilio es obligatorio para todos los miembros, todos tenemos que contribuir, todos disfrutaremos de la protección, solamente ésta puede ser rehusada por el beneficiario o su familia, si sus condiciones económicas le permiten darse el lujo de no aceptar la ayuda.*

*El fondo de auxilio será depositado en un Banco y no podrá dársele otra inversión de aquella para que fue creado. La asamblea general resolverá los casos concretos en sesión ordinaria o extraordinaria si la urgencia lo requiere, para prestar la ayuda conveniente al socio necesitado.*

*Justo es que los socios indiferentes a las desgracias de los otros sea correspondido en igual forma, quien siembra huracanes cosecha tempestades, el que siembra rosales cosecha siempre rosas. Por eso fui acordado que gozarían del auxilio mutuo solamente los socios solventes con la tesorería de la asociación.*

*Nunca me cansaré de loar la noble resolución de la Asociación Médica Hondureña al crear el Auxilio Mutuo Médico; el alcance ideal es infinito; la realización lleva un rayo de luz y de consuelo a disipar las tinieblas de la tristeza y del dolor al hogar de los hombres creadores de esta fuente perenne de bien y de esperanza.*

*Continúe la asociación estructurando el porvenir con cimientos formidables de acero y de granito, augúrales de vida milenaria; en moldes férreos plasme la tangible amistad saliéndose de la fraseología ordinaria.*

*Véase en forma práctica la ilusión de muchos años; un nuevo timbre de orgullo y nueva profunda satisfacción llenará nuestros espíritus fatigados de tanta maledicencia, tanta pequeñez, tanta miseria. Por tus obras vivirá el espíritu, dice un maestro sublime.*

*Tegucigalpa, Junio de 1943.*

*S. PAREDES P.*

## El Petróleo en las Colitis Amibianas y a Tricomonas

Desde hace año y medio tuve noticia, por una antigua amiga mía, de los magníficos resultados obtenidos en las Disenterías agudas y crónicas con el empleo del Petróleo en forma de enemas. Declaro sinceramente mi absoluta incredulidad ante semejantes afirmaciones, no me cabía en la cabeza que el gaz conocido desde mi infancia para alumbrar candiles -y quinqués pudiera ser introducido en el intestino grueso sin provocar un incendio o por lo menos una quemada mayúscula; con el tremendo prejuicio contrario no intenté la aplicación del líquido mencionado sino hasta hace un año; la experiencia adquirida en ese lapso me autoriza a publicar los resultados en la esperanza de aportar algún beneficio a la profesión médica y sobre todo al crecido número de personas que sufren de colitis agudas y crónicas.

Se me recomendó usar el Petróleo, Gaz o Kerosine en enemas de un litro; así lo hice en mis primeros pacientes pero pronto hube de cambiar la dosis porque no toleraban por mucho tiempo esa cantidad; rebajé entonces a medio litro y aunque si es bastante adecuada dado que se puede tener por varias horas he llegado a ser más elástico aún en el sentido de ensayar varias cantidades empezando por un cuarto de litro, después 300, 400 y 500 gramos hasta averiguar cuál es la mayor cantidad que un individuo puede resistir e' - mayor tiempo posible.

Ninguno soportó más de media hora un litro; muchos aguantaron retener por varias horas medio litro y casi todos por más de diez horas cuatrocientos gramos.

El tiempo de retención del petróleo en el colon varió desde media hora hasta treinta y seis como máximo; hubo algunos de veinticuatro, pero la gran mayoría osciló alrededor de diez horas.

El petróleo no produce ningún dolor al ser introducido en el recto; a veces acusan los enfermos un ligero ardor del ano después de evacuarlo, molestia que evitamos poniendo cold cream o vaselina simple en el ano y su alrededor; ahora aconsejamos para ahorrar esas molestias la aplicación previa al enema de esa misma vaselina.

Es conveniente siempre hacer un lavado rectal de un litro de agua tibia simple con el exclusivo objeto de limpiar el colon de materias y esperar media a una hora para introducir el gas; puede esta maniobra hacerse con una simple cánula rectal pero es preferible, siempre que sea posible, una larga sonda rectal de hule.

El número de enemas es variable; hay individuos que sienten una completa mejoría con uno solo en tanto que otros requieren un número mayor: 4, 5, 6, 7 y hasta diez.

El período es también variable; pueden hacerse diariamente si el caso lo requiere o bien cada tantos días. Yo al principio los

ordenaba cada 10 días creyendo favorecer al paciente, ahora no tengo tiempo determinado; alargó o acortó el tiempo y la cantidad según el criterio clínico.

La curación de los síntomas, como en todas las enfermedades, varía según las mismas circunstancias que influyen en las otras. He visto una enferma curar con un solo enema y otros con mayor número.

¿Las indicaciones de los enemas de petróleo son en todas las infecciones por amibas y tricomonas del intestino grueso, haya fenómenos de colitis o no.

¿Cómo obra el petróleo contra estos parásitos? Posiblemente destruyéndolos al ponerse en contacto con ellos. Parece que también tiene su influencia sobre los quistes que no puedo por ahora precisar; el tiempo y la observación de varios centenares de casos dirán la respuesta verdadera.

¿Dónde nació la idea de aplicar el petróleo a las infecciones por amibas y tricomonas del colon? No lo sé; nunca lo he visto escrito. La señora que tuvo la gentileza de contarme la historia tampoco pudo decirme de dónde provenía. ¿Será un conocimiento empírico? ¿Será el descubrimiento de algún científico? Ambas cosas pueden ser ciertas; mucho me agradaría conocer el origen de esta invención; quedo con la esperanza de saberla algún día. Por ahora lo interesante es continuar observando en los millares de compatriotas que sufren de amibas y tricomonas.

He recetado los enemas de petróleo por lo menos a 300 personas que sufrían de colitis pero no sé si se lo pusieron o no; el número que puedo mencionar es de 80 que me consta usaron la medicación porque se les hizo en el Hospital General y en La Policlínica. Todos con exámenes positivos en las materias fecales. Unos con disentería aguda; otros crónica y los más con simple constipación, enflaquecimiento, dolores cólicos u otras molestias propias de la infección parasitaria.

En gran número de casos se asoció la emetina durante el período agudo de la infección y después el estovarsol; no atribuyo en esos casos un éxito al petróleo.

Los paciente en quien no hay lugar a duda sobre los resultados obtenidos únicamente por la acción del petróleo son aquellos en que no se asoció a ningún otro medicamento.

Entre muchos cito estos dos casos de disentería aguda: una señora de avanzada edad y lesiones cardíacas francas ingresa a mi servicio de cirugía del Hospital por una afección quirúrgica; en curso de tratamiento estaba cuando estalla una violenta disentería aguda; por su debilidad del corazón la emetina estaba contraindicada y apelamos al solo recurso del petróleo; con gran asombro notamos la notable mejoría en el término de 24 horas; las abundantes evacuaciones disminuyeron considerablemente, el dolor desapareció, después la sangre y las mucosidades y por último las ami-

bas. Otro aparece publicado en este mismo número por el *Dr. G. A. Zúñiga* y así podría mencionar muchísimas.

Pero los más interesantes son los que se refieren a un colega y amigo, a mis tres hijos y a mí mismo.

El colega sufría desde años de colitis crónica con brotes frecuentes de disenteria; había agotado todos, los medicamentos específicos; la emetina más le perjudicaba que beneficiaba, había perdido la confianza en ella. Un buen día llega a esta ciudad en pleno ataque-, le prescribo el enema de petróleo Que se hace momentos después; el ataque disentérico desaparece como por encanto; una semana después nuevo enema y no sufre más; yo lo veo 15 días después con un aspecto completamente cambiado, se siente muy bien al grado de haber ingerido buenas copas de licor sin causarle ningún daño, cosa que antes le provocaba profusa diarrea y dolores. Le aconsejo continuar los enemas hasta encontrar negativos repetidos exámenes de materias.

Mis hijos han tenido disentería aguda desde la edad de un año; usé con ello todo lo aconsejado y nunca-hubo curación, hace un año ordené el petróleo y su estado actual es magnífico a pesar de, que se reinfectan a cada momento por sus juegos con tierra y ningún escrúpulo en el uso de las manos.

El caso mío es el más demostrativo. Nunca en mi vida había sufrido de molestias cólicas hasta el viernes 28 de mayo anterior al levantarme sentí un dolor en todo el abdomen y deseos frecuentes de evacuar; no creí estar atacado de algo serio y trabajé la mañana como de costumbre; a las dos de la tarde los dolores y las evacuaciones se hicieron más fuertes y frecuentes y tomé un purgante ¿aliño; a las 3 tenía 37.5 de temperatura; a las 7 la temperatura llegó a 39.6; el día siguiente continúan las evacuaciones y dolores lo mismo el tercero ordeno un examen de materias y reporta el laboratorio: abundantes amibas, glóbulos rojo-s y pus; me inyecto seis centigramos de emetina con un miligramo de estriquina sin resultado, por la noche un enema de 400 gramos de petróleo previo lavado evacuante y después de retenerlo 3 horas siento una franca mejoría; repito la emetina una vez más y por haberme causado una fuerte depresión vascular no insisto en ella. Al cuarto día nuevo enema y el cuadro disentérico desaparece por completo; insistiré por largo tiempo con el tratamiento y espero desterrar mis temibles enemigos.

El objeto de esta publicación no es alardear de descubridor ni mucho menos; el único mérito es haber prestado oídos sin fe ni confianza a "una amiga y encontrado que tienen mucha razón quienes piensan como ella. Nada me ha costado ensayar. El petróleo es sumamente barato, la botella cuesta actualmente 0.18 centavos de lempira, y con ella se hacen dos enemas.

¡Mi intención es la de rogar a todos los colegas usen los enemas de petróleo en las infecciones amibianas y a tricomonas del

colon y me comuniquen sus resultados. Controlen si les es posible por exámenes microscópicos y seguramente no se arrepentirán.

Lo peor que le puede suceder a un sujeto es no curarse, cosa que jamás he visto, pero daño nunca. Tal vez no sea superior el petróleo a la emetina, el arsénico y el yodo, pero sí es inmensamente más inofensivo, pues no expone a ningún accidente, tóxico, es inabsorbible. •

Para mientras recojo mayor número de observaciones, hago las siguientes conclusiones, sujetas, se entiende, a ser cambiadas, reducidas, ampliadas o borradas en el curso de los ensayos.

10.—El petróleo, gaz o kerosene sirve de medicamento para combatir las infecciones por amibas y tricomonas del intestino-grueso.

29—En 80 casos observados siempre dio resultados favorables, curación o franca mejoría.

39—Se usa en enemas a retener el mayor tiempo posible hasta de un litro, preferible medio.

4^—puede repetirse diariamente si el caso lo exige o hacerla semanalmente hasta la desaparición de los parásitos: 6 a 8 semanas.

5c—Bu aplicación no causa ninguna molestia.

69—El propio enfermo hace su tratamiento en casa.

79—El petróleo es más barato que cualquier otro medicamento: vale actualmente diez y ocho centavos la botella.

89—El petróleo carece de los inconvenientes de todos los otros específicos contra las amibas y tricomonas.

Tegucigalpa, D. C, Junio de 1943.

## Cáncer del Pulmón

El cáncer primitivo del pulmón se observa más comunmente en el nombre de los cincuenta a sesenta años-

Se ha invocado en su génesis la regla de que las pneumopatías crónicas crean un estado pre-canceroso. Esta teoría no puede ser generalmente admitida, puesto que en la clínica no es raro ver desarrollarse cánceres en sujetos indemnes de toda afección pulmonar anterior.'

Los cánceres secundarios se observan más frecuentemente. Todos los epitelomas, los sarcomas viscerales, los osteo-sarcomas pueden dar una metástasis en el pulmón, que en el caso de cáncer torácico puede hacerse por una propagación bronquial y en el caso de cáncer abdominal por vía venosa o linfática.

En los cánceres primitivos del pulmón se pueden descubrir diferentes tipos: una forma circunscrita bien limitada en un punto cualquiera del pulmón susceptible de excavar, una forma lobar infiltrando todo un lóbulo, una forma masiva que se caracteriza por su extensión, una forma pleural desarrollada" en superficie y una forma nodular constituida por múltiples nódulos diseminados en el parénquima de uno o de los dos pulmones.

Los cánceres primitivos de la pleura han sido descritos unos como endoteliomas, los otros como sarcoma, pero la histogénesis de estos tumores presentan ciertas veces puntos inciertos.

En la observación que describiré a continuación creo que se trata de un cáncer pulmonar de origen pleural.

### *OBSERVACIÓN CLÍNICA*

La señora E. de E., de 40 años de edad, casada, de oficios domésticos, originaria de San Pedro Sula, ingresó al Primer Servicio de Medicina de Mujeres quejándose de dolor torácico y disnea.

#### *Anamnesis próxima*

Refiere la paciente, que hace 9 meses principió su enfermedad' por un ataque de gripe, caracterizado por catarro de las vías respiratorias superiores, fiebre, cefalalgia y lasitud general. Cuatro \* días después del comienzo sintió bruscamente un dolor fijo, de mediana intensidad, localizado en la región mamaria izquierda, acompañado de disnea y tos con expectoración mucopurulenta. Dos semanas más tarde se atenuaron notablemente estos síntomas, pudiendo la enferma reanudar sus ocupaciones, aunque con ligero dolor torácico y disnea con ocasión del ejercicio.

Tres meses después sintió acentuarse su dolor en la región mamaria e irradiarse a la región subaxilar *del* mismo lado; y dice ' que un mes más tarde le practicaron un examen radioscópico pulmonar, mediante el cual le diagnosticaron "pleuresía del lado iz-



Se practicó una punción exploradora del tórax y sólo se logró extraer una pequeña cantidad de un líquido francamente sanguinolento.

*Exámenes complementarios*

Sangre: Glóbulos rojos, 2.580.00; Glóbulos blancos, 6.700.

Hemoglobina, 60%; Hematozoario, 0.

Reacción de Kahn: 0.

Orina: norma. l

Espujo: 0 por bacilo de Koch.

Rayos X: Tumor intratorácico izquierdo, de forma redondeada que abarca los dos tercios inferiores del hemitórax; desviación de los órganos del mediastino hacia la derecha; destrucción parcial del cuerpo de la 7° y 8° vértebras dorsales.

*Consideraciones sobre el diagnóstico*

De la historia que nos cuenta y de los datos obtenidos clínicamente y de los datos de laboratorio, resaltan los hechos siguientes:

- 1°—Se trata de una paciente de 40 años, que desde hace nueve meses viene presentando un cuadro clínico con localización torácica y cuyas manifestaciones parecen de origen pleural.
- 2°—Esta enfermedad ha evolucionado por brotes sucesivos y crecientes en intensidad, acompañada de una desnutrición y anemia también progresiva.
- 3°—La existencia de signos de compresión vascular y nerviosa, como son: el edema de la pared torácica y las irradiaciones dolorosas hacia el miembro superior izquierdo.
- 4°—La desviación de los órganos del mediastino, atestiguada por el desplazamiento de la punta del corazón, y el dolor esofágico a la deglución de los alimentos sólidos.
- 5°—La comprobación de un abombamiento del tórax, abolición de las vibraciones vocales, abolición del murmullo vesicular, macidez absoluta, juntamente con signos de insuficiencia respiratoria.
- 6°—La toracentesis que sólo da salida a una pequeña cantidad de líquido francamente hemorrágico, intervención que no alivia la disnea intensa que acusa la paciente.
- 7°—La escasez de la expectoración con ausencia de esputos hemoptoicos o en jalea de grosellas.
- 8°—Por último, la comprobación radiográfica de un tumor intratorácico con destrucción parcial del cuerpo de algunas vértebras dorsales.

Considerando estas razones me inclino a creer que se trata en este caso de UN CÁNCER PULMONAR DE ORIGEN PLEURAL.

Tegucigalpa, D. C, 15 de mayo de 1943.

*Manuel CACERES VIJIL.*

## Sobre un Caso de Condro-Sarcoma de la Muñeca

Por el DR. GUSTAVO-ADOLFO ZUNIGA

Es clásico dividir los sarcomas procedentes de los huesos en dos grandes grupos: LOS OSTEOSARCOMAS Y LOS CONDROSARCOMAS. Los primeros mucho más frecuentes se caracterizan por su evolución rápida, sea que correspondan a las formas inmaduras con numerosas células redondas o fusiformes o a las formas que se incluyen en los sarcomas de células gigantes con abundante sustancia intracelular.

LOS CONDROSARCOMAS presentan cierto parecido con los condromas benignos en cuanto se refiere a su localización y estructura histológica, llamando "no obstante la atención su rica vascularización y el hecho de presentar al corte una superficie mucho más irregular, amén de su crecimiento rápido y rápida destrucción del tejido óseo circunvecino. (L. Schonbauer).

El siguiente caso que voy a exponer, fue recogido por la estudiante de Medicina Srita. Martha Raudales Alvarado.

M. D. V., de 29 años de edad, soltera y de oficios domésticos, procedente de San Juancito, ingresó al Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General el día 26 de enero de 1943 con objeto de curarse de un tumor en el brazo derecho.

*Historia:* Refiere la enferma que hace 2 años —sin causa manifiesta—, le empezó a salir una tumoración del tamaño de un grano de maíz en la cara dorsal de la muñeca; tumor doloroso y rubicundo que le fue creciendo rápidamente, hasta hace cinco meses en que le reventó espontáneamente en pus de color amarillo y fétido. A partir de esta fecha ha continuado supurando y sangrando al mayor contacto.

Ha tenido dos hemorragias abundantes, la primera fue al mismo tiempo que le reventó en pus, que llegó a tal cantidad que según decir de la enferma "se escapó de desvaciar," era una hemorragia en borbotones que le duros media hora. La segunda hemorragia fue en el mes de noviembre pasado también muy abundante.

Hace tres años tuvo una gravedad con fiebres que le duraron veintitrés días y a partir de esa fecha ha quedado "calenturiando," calenturas diarias, matutinas, con escalofríos, cefalalgia, dolor en todo el cuerpo y desde, que se le reventó el tumor su estado general ha empeorado adelgazando considerablemente. Al despertarse tiene espectoración abundante color de clara de huevo.

*Antecedentes personales.*—Sarampión, viruela y diarreas durante la infancia. Disentería, metrorragias abundantes, tos, catarro y calenturas ahora adulta.

*Antecedentes genitales.*—Eritrorrea a los 14 años, tipo 30 por 3, con dismenorrea. Ha tenido ocho embarazos, siete partos normales

de los cuales han muerto cinco a consecuencia de ascaridiosis y disentería; y un aborto de 5 meses. Los otros dos niños son sanos.

*Antecedentes hereditarios.*—Su madre murió de paludismo. Padebió de tos durante 4 años acompañada de calenturas y adelgazó mucho antes de morir. Tuvo 7 embarazos, un aborto y seis partos normales, 4 vivos y muertos de "fiebre inflamatoria" (fiebre y edema generalizado). Su padre sufrió de neumonía. Sus tíos han muerto de neumonía (tos y calenturas).

*Género de vida.*—Ha sido metódica en su modo de vivir, se ha dedicado a los oficios domésticos. No ha estado sometida a ninguna clase de intoxicaciones.

*Funciones orgánicas generales.*—Apetito caprichoso, pero la ingestión de los alimentos le produce pirosis, vómitos y vascas. Diarrea con 5 a 10 cámaras diarias con ténpanos, pujos y tenesmos. Sueño irregular con intervalos de insomnio debidos al dolor en el trazo. Adelgazamiento rápido y considerable desde hace 5 meses. Paniculo adiposo muy reducido, musculatura muy adelgazada. Postración desde hace dos meses. Tez pálida amarillo de paja con edema ligero "de la cara.

*Estado presente.*—La enferma muy mal constituida de aspecto caquéctico y esmirriada. A su ingreso acusa el termómetro 37.9 c. por la mañana y 37.9 5' C. por la tarde, con un número de pulsaciones de 70 por minuto. Su estado general revela mucho sufrimiento.

#### PARTE ESPECIAL

La enferma presenta un tumor en la cara dorsal de la articulación de la muñeca derecha, del tamaño de unos 20 centímetros de diámetro con una piel oscura y descamada. El centro presenta una depresión crateriforme, de un fondo irregular, mamalonado y cubierto de un fungus amarillo de azafrán. Olor fétido y nauseabundo.

*Trastornos nerviosos locales.*— 1°—Impotencia funcional del miembro, explicable por el dolor producido por las compresiones nerviosas que ocasiona el tumor. 2°—Hiperestesia cutánea. 3°—Actitudes viciosas de las articulaciones: articulación del codo en semiflección, articulaciones interfalángicas, metatarsofalángicas y radiocarpianas en extensión continua explicable por la anquilosis y la atrofia muscular. 5°—Trastornos tróficos por parte de la piel, la cual se está descamando y adquiriendo una pigmentación oscura. 6°—Debilidad general con postración completa desde hace, 2 meses; lipotimias, cefalalgias, bostesos. Estado caquéctico y esmirriado, insomnio intermitente producido por las crisis de dolor que se exacerban durante la noche. 7°—Calor espontáneo y provocado por los movimientos más insignificantes, hiperhidrosis y -sensación de hormigueo. 8°—Uñas alargadas, encorbadas, rugosas, color amarillo de i paja, raídas, con estrías y deformadas.



Fig. N° 1

### EXAMEN DE APARATOS

*Digestivo.* —Dentadura en pésimo estado. Lengua normal. Halitosis. Bazo percutible. Hígado normal. Colon ascendente, transverso y descendente dolorosos. Diarrea en cámaras frecuentes, con pujos, ténpanos y tenesmos. Dolores abdominales, digestiones difíciles, vasca y vómitos alimenticios.

*Circulatorio.* — Tensión arterial Mx. 90.4 Mn. 60. Pulso: 70.

*Respiratorio.* — Normal.

*Urinario.*—Normal.

*Sistema nervioso.*—**Re**flejos normales. Cefalalgias, insomnio, lipotimias y los trastornos ya indidos.

*Sistema Ganglionar,* — Infartos ganglionares: epitrocleares, axilares cervicales derechos.

### EXAMENES DE LABORATORIO

*Heces fecales.*—Positivo por Tricocéfalos.

*Reacción de Kahn:* Positivo Más Uno.

*Heces fecales investigando.*B. de Koch: 0.

*Diagnóstico.*—A primera vista y después del interrogatorio de 8a enferma, se pensó en un Tumor Blanco de la articulación de la muñeca, ya que había una serie de síntomas y conmemorativos a su favor. No por eso se excluyó la posibilidad de neoplasia maligna, dada la rapidez del proceso y el estado general bastante desmejorado que acusaba la enferma. Los síntomas diarreicos se creyó! fuesen de carácter bacilar, pero el examen de las heces repetidas veces resultó negativo.

*Diagnóstico radiológico:* N° 6952-6953 del 30 de enero de 1943.

La muñeca presenta una enorme deformación producida por un gran tumor que se ha originado en la extremidad inferior del radio y ha destruido completamente ésta. Las partes blandas están invadidas por numerosos cuerpos de diferentes grados de calcificación que se consideran como cartílagos. El cubito como los huesos del carpo y metacarpo han sido respetados por el proceso destructivo pero presentan todos ellos descalcificación, generalizada que se interpreta como un trastorno trófico ocasionado por el tumor que está arriba. El tumor no está desprendido y este hecho habla en contra de la naturaleza maligna del tumor. Hay un cuerpo extraño, fragmento de aguja en el borde interno del 1er. metacarpiano.

*Conclusiones.*—'Creo que se trata de un tumor de la extremidad inferior del radio de origen cartilaginoso (oste o condroma) sin poder negar rotundamente la degeneración SARCOMATOSA en vista de lo voluminoso del tumor e invasión de las partes blandas. En ausencia de invasión de la articulación de los huesos del carpo y extremidad inferior del cubito me inclinó a considerar esta lesión no como T. B. C, a pesar de la marcada descalcificación de los huesos del carpo y de la mano, lo cual me explico como trastorno trófico-circulatorio.



*Pulmones.*—N° se observa lesión del paren-quima pulmonar ni en la caja torácica en su estructura ósea.

Corazón aparentemente normal. (Dr. M. Larios).

*Diagnóstico Histológico.*—CONDROSARCOMA.

*Pronóstico.* — Tomando en cuenta el estado general de la enferma y el diagnóstico anatómico-patológico el pronóstico se hizo desfavorable.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La enferma es intervenida el día 3 de enero de 1943 por el Médico Asistente del Servicio Fig. W9 2 Dr. G. A. Zúñiga.

.Anestesia local por refrigeración con hielo durante dos horas. El resultado de la anestesia nada satisfactorio, no se consigue lo que se desea, pues la anestesia no era más que superficial y no alcanzaba al tercio inferior del brazo.

Morfina antes de la operación y adrenalina en su curso. En vista del mal resultado de la anestesia por el hielo se recurre a la novocaína en solución al 2% infiltrando las partes no anestesiadas. Amputación del brazo en su tercio medio con insición circular.

*Estudio Macroscópico del Tumor*, (Después de la operación).—Tumor bastante sangrante, al corte chirrea y el cuchillo choca en superficies óseas en medio de tejido blando y fungoso. .

*Tratamiento Médico Post-operatorio*.—No obstante que todos los exámenes de materias fecales resultaron negativos por amibas, dada la sintomatología se recurrió al tratamiento por medio del Gaz en forma de enemas, así:

Primer enema el 5 de febrero a las 7.30 de la noche, lo retuvo hasta las 9 de la misma noche.

'Segundo enema, tres días después, se le puso a las 7.30 de la noche y lo retuvo hasta las dos de la madrugada. Después de este segundo enema, cesó la diarrea y los dolores abdominales, a los cinco días un tercer enema, se le puso a las 7.30 de la noche y lo retuvo hasta la una de la madrugada, después del cual la diarrea terminó y el estado general mejoró notablemente.

Un mes después la enferma deja la cama. El muñón cicatriza por primera intención. El 23 de marzo la paciente se traslada al Asilo de Indigentes donde la continuamos observando en perfecto estado de «salud».

Tegucigalpa, D. C., 6 de junio de 1943.

## La Clínica y sus Contrastes

Por el Doctor J. GOMEZ-MARQUEZ,

*Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Honduras.  
Médico Militar (retirado) del Ejército Español.- ' ■*

*(Continuación)*

A partir de estos instantes, es lógico suponer que dada la ideología imperante en aquella época (que aún subsiste aquí y universalmente) los señores indo-hispánicos se opusieron a los noviazgos y casamientos de sus hijos con los sirvientes, y tuvieron que cruzarse una y otra casta -con los de su propia clase, viniendo a constituirse dentro de cada una de aquellas ciudades dos núcleos de población yuxtapuestos; uno indohispánico puro originario de los grupos coloniales enclavados en la primera zona, y otro hispano-hondureño indefinido procedente de la tercera; y así se originó (y salvó las inevitables salpicaduras en estas cosas de amor) así se mantiene, la profunda división que en todos los Departamentos de esta segunda zona existe, entre los individuos originarios de una y otra.

Con lo que hasta aquí hemos dicho, nos parece haber explicado suficientemente la génesis de la caracterización de los rasgos raciales externos de los hondureños pobladores de nuestra tercera zona, y aclarado razonablemente el hecho a primera vista desconcertante de que en los Departamentos de la segunda, coexistan la raza hispano-hondureña y la variedad originaria de aquélla.

Nos queda por último analizar las causas determinantes de que en la zona primera, se conserven casi puros los primitivos indo-hispánicos. A nuestro juicio el mecanismo de este fenómeno no difiere en su esencia del que presidió a la formación de los núcleos que constituyen la tercera y la segunda; porque así como el exceso de población en las ciudades de la costa dio lugar a la infiltración de las tierras próximas llegando a extenderse a Tegucigalpa hasta el extremo de absorber y dominar a los indo-hispánicos primitivos que la habitaban; y el excedente de los capitalinos llegó a ocupar casi la mitad de cada una de las poblaciones de los Departamentos enclavados en la segunda, es natural pensar que los pocos que no quisieron o que no pudieron arraigar en ésta, siguieran su camino hacia Occidente; y que dada la difícil accesibilidad de las ciudades situadas en éste y el poderío de sus habitantes, o no pudieron alcanzarlas o si llegaron a ellas fueron en número tan escaso y encontraron tantas dificultades para instalarse, que, o tuvieron que irradiar hacia las ciudades próximas de la segunda zona, o quedaron tan pocos, que no pudieron influen-

ciar con sus raros enlaces los caracteres raciales predominantes en aquellas regiones.

El largo razonamiento precedente, explica a nuestro juicio de modo satisfactorio las diferencias externas evidentes entre los hondureños oriundos de la primera y tercera zona, y al propio tiempo la extraña coexistencia en los de la segunda de los procedentes de una y otra.

El reconocimiento de estas diferencias en lo externo no presenta dificultades cuando ya se ha adquirido una cierta experiencia en la práctica clínica local, a pesar de las numerosas y suaves gradaciones que en este sentido existen entre los habitantes de las tres regiones; en lo morboso la tarea no es tan sencilla «orno cuando se trata de comparar la Patología predominante en el País con la europea, porque la diferencia entre las tres regiones no es tan llamativa y escandalosa como en el caso anterior; no obstante se puede salir airoso del empeño, sin *más* que recordar que dentro de la benignidad general para todos los padecimientos, los de carácter o fisonomía cosmopolita, son *más* acentuados e importantes en los oriundos de la primera y la mitad de la segunda zona, y tienen una tendencia más leve, en los de la tercera y la otra mitad de la segunda.

A cambio, sin embargo, de esta salubridad excepcional, está difundidísima en las tres zonas (aunque con mayor extensión e intensidad en la tercera y la mitad similar a ésta de la segunda) una enfermedad evidentemente hereditaria y extraordinariamente frecuente, que entre todas las que conocemos se parece más a la sífilis congénita que a otra alguna, y cuyas manifestaciones aunque no de gran diversidad afectan a un considerable número de sujetos y curan casi sin excepción, prácticamente, con el tratamiento antisifilítico debidamente conducido.

No es de este lugar ni de nuestra competencia, resolver si esta enfermedad en su origen fue contagiada por los españoles o los heterogéneos invasores a los indios o viceversa; pero es evidente que tanto si la aportaron al tálamo nupcial unos u otros o todos a la vez la afección no solamente existe en Honduras SINO QUE SE EXTIENDE CON IGUAL FORMA Y CARÁCTER A LOS RESTANTES PAÍSES CENTROAMERICANOS Y VECINOS (1) Insistimos como ya lo hemos hecho en anteriores trabajos en que ni las semejanzas *de* este padecimiento con la heredo lúes ni su docilidad al tratamiento antisifilítico nos parecen, argumentos suficientes para encasillar definitivamente a esta afección como legítimamente heredo-específica; porque a pesar de tales semejanzas y de otras muchas que a su debido tiempo expondremos, el cuadro de lo

---

(1) Véase en la página primera de este trabajo, nota 2, la acepción que damos al término «Centroamérica».



que lo parece está tan descolorido, a lo menos en lo que se refiere a manifestaciones activas, *que* si mediante investigaciones seriamente conducidas se demostrase que la tal enfermedad es sífilis hereditaria realmente, nosotros nos atreveríamos a proponer para diferenciarla de 'la que clásicamente describen los tratados, que se le llamase "he re cío-sífilis vieja o arrugada" por su encogimiento y falta de tersura y lozanía sintomática y evolutiva,

Esta forma de heredo-sífilis, o lo que sea, y a pesar de la corta gama de sus manifestaciones, entraña un peligro social tan enorme, que constituye a nuestro juicio, el problema sanitario más SERIO QUE EXISTE EN C. A.; porque como la heredo-lúes "de verdad" ocasiona directa o indirectamente un porcentaje elevadísimo de abortos, e influye considerablemente en las extraordinarias cifras de mortalidad infantil, que se dan en estos países; y lo que no sabemos si es peor, se halla íntimamente asociada en clínica a numerosas distrofias y cojeras funcionales de "existencia evidente y perenne" que pudiendo quizás evitarse, depauperan y degeneran la raza, con grave daño de estas Naciones y de la Humanidad toda.

Los hechos denunciados *que son reales y siempre demostrables* ni pueden ser ignorados, ni es admisible que deje de hacerse cuanto sea necesario para prevenirlos.

Desgraciadamente, esto no puede ser hecho por un solo hombre ni siquiera por un grupo de ellos por mucho que se esfuercen; en materia de Higiene el concurso del Público es indispensable, y para obtenerlo, es necesario no sólo ilustrarlo debidamente sino combatir sus prejuicios; y en relación con la sífilis cierta o probable, los tiene tan arraigados como en los propios tiempos de la Edad Media.

Dirigir una campaña contra el paludismo, las parasitosis intestinales o el alcoholismo que según creencia general constituyen más de las tres cuartas partes de la morbosidad del País, ni es demasiado interesante ni tiene dificultades; no interesa en extremo, porque sobre ser muy discutible que tales causas desempeñen el extensísimo papel que se les atribuye en patología local, no son desconocidos ni difíciles de llevar a la práctica .los medios necesarios para ponerse a cubierto de ellas; además en relación con tales enfermedades e intoxicación el concurso del Público no faltará nunca porque nadie se oculta para decir que es palúdico, que tiene parásitos intestinales o que bebe diariamente' y desde hace varios años medio o un litro de cognac, whisky o *guaro*; en cambio, por lo que toca a la sífilis o algo que se le parezca, toda investigación destinada a ponerla en evidencia está destinada a fracasar sin remedio; porque a pesar de las incontables demostraciones científicas contrarias, aún perdura entre la mayoría de las gentes la idea de que la sífilis «sólo se adquiere a través de relaciones sexuales ilícitas, y el solo intento de averiguar su existencia, es considerado

como una ofensa, para el individuo, la familia, o la sociedad entera, según las casos; atreverse a realizar *individualmente* estas investigaciones no proporcionará las informaciones necesarias para iniciar una campaña profiláctica contra la sífilis; pero es seguro que rodeará a quien se lo proponga de toda clase de antipatías y enemistades, que le obligarán a elegir para librarse de ellas, entre sacrificar las conveniencias de la colectividad a los propios intereses personales (halagándola con diagnósticos que le satisfagan aunque sean falsos), o resignarse a ser víctima de sus convicciones, y sufrir<sup>1</sup> precisamente a manos de aquellos a quienes trata de beneficiar, todas las molestias, sufrimientos: y daños, que necesariamente se han de derivar del mantenimiento de una tal actitud; el camino a seguir en parecidas circunstancias es difícil de elegir; todo depende de la amplitud que tenga el campo de conciencia de quien se vea obligado a afrontar tales situaciones.

Contra está lamentable ignorancia (que no es exclusiva de C. A., sino universal, hay que reaccionar violentamente; y esto corresponde en primer término a la clase Médica; porque no es admisible que quede al arbitrio de un sólo Médico, decidir por sí mismo, si se inclinará en casos como éste hacia sus egoísmos personales, o caerá del lado del interés público.

En el caso concreto de Honduras consideramos que son también los técnicos: los llamados a resolver el pleito que representan nuestras denuncias; si las afirmaciones que hemos hecho son falsas o simplemente equivocadas, deben EXIGIRSE RESPONSABILIDADES, Y APLICARSE LAS SANCIONES QUE PROCEDAN; si por el contrario se confirmasen los técnicos de la Medicina también deben organizar la campaña adecuada para que el Público se convenza, de que ser heredo-sifilítico NO ES VERGONZOSO PARA NADIE, Y QUE EN CAMBIO CONSTITUYE UN GRAN PELIGRO PARA LA DESCENDENCIA; entonces los tratamientos adecuados no sólo serán posibles sino solicitados por los propios pacientes, y dentro de muy pocas generaciones dejarían de verse abortos, partos prematuros, niños que mueren en los primeros días que siguen al nacimiento sin saberse por qué, embarazos gemelares univitelinos, prótesis dentarias entre los veinte y treinta años, dipsomanías, epilepsias, vicios de conformación diversos, coriorretinitis, iridocilitis, queratitis parenquimatosas, etc., y la Patología en Honduras volverá a ser todo lo benigna que nos hemos imaginado, "razonándolo que debió de ser cuando predominaba en el País la Patología de los hispa no-hondureños puros.

Si dejando por el momento de referirnos a Honduras exclusivamente consideramos le/que sucede entre los habitantes de las Naciones próximas en el número, orden y proporciones en que las mencionamos en la nota NO 1 de la primera página del 29 trabajo, veremos que en *principio* todo cuanto hemos dicho sobre este país es de aplicación a aquéllas; y así como aquí, *no son las regiones* de don-

de proceden los hondureños las que condicionan sus rasgos raciales y sus tendencias morbosas, sino la *cantidad y cercanía de los entronques europeos* de sus ascendientes, en los nacionales de los demás países se repite el mismo fenómeno; lo que ocurre es, -que siendo por lo general éstos originariamente más poblados y mucho más ricos, ni se vieron impotentes cómo Honduras para contener la avalancha de gentes diversas que siguió a la entrada de los conquistadores españoles, ni ha cesado nunca en ellos la corriente inmigratoria de europeos que atraídos por la riqueza, a la vez que se afanaban por adquirirla, se cruzaban con los indígenas llegando a absorberlos o a predominar sobre ellos imponiendo de este modo sus características raciales en lo fisiológico y en lo morbooso; de tal modo sucede, que hay países como Guatemala y México en donde muchos de sus habitantes más parecen españoles que mexicanos o guatemaltecos; y algo parecido ocurre según nuestras noticias en Costa Rica.

No debemos terminar de ocuparnos de este largo inciso que, como hemos dicho, nos parece de importancia fundamental, sin referirnos a nuestras observaciones sobre americanos procedentes de las tierras extremas (Norte y Sur) de este Continente, y a las que hemos verificado sobre extranjeros extraamericanos; porque a pesar de su relativamente corto número, autorizan a afirmar" que las influencias cósmicas locales, no son capaces de determinar por sí solas las irregularidades de que nos estamos ocupando; ya que actuando estas influencias al mismo tiempo sobre los centroamericanos y los que no lo son, y muchas veces durante el mismo número de años, no se aprecian aquellas singularidades, más que en los centroamericanos de *origen*.

#### 39—*Edad y sexo de los sujetos examinados.*

Por lo que se refiere a estos importantes extremos y en relación con las finalidades que perseguimos, las circunstancias no han podido sernos más favorables; porque como se verá enseguida, dadas las causas que motivaron nuestras exploraciones, los siete mil enfermos examinados, o más exactamente, los tres mil quinientas cuyas notas obran en nuestro poder, corresponden a todas las edades, desde el nacimiento hasta la vejez extrema; y en cuanto al sexo diremos que nuestras observaciones, han recaído indistintamente sobre hombres y mujeres; unas veces enfermos y otras creyendo que lo estaban, pero sin que en realidad padeciesen nada patológico, o estuviesen afectados solamente de trastornos puramente banales.

#### 4°—*Exploraciones efectuadas y extensión y alcance que tuvieron.*

Todas las personas que nos consultaron, fueron examinadas en detalle y meticulosamente, en relación con las exigencias de la enfermedad alegada; el examen general complementario, fue prac-

ticado sistemáticamente, y de manera muy especial el referente 3 la inspección (al desnudo siempre que las circunstancias lo permitieron) ; a la minuciosa exploración del aparato dentario (cuya importancia en estos países es excepcional); al interrogatorio paciente y minuciosamente conducido en sentido cronológico; a la determinación inexcusable de la presión arterial general mediante el esfigmotensiófono de Baume o el oscilómetro de Tycos; a la medida de la tensión arterial retiniana mediante la técnica de Bailliart aplicada a los dos ojos (este último dato no en la totalidad de los casos); a la exploración superficial (inspección, palpación, interrogatorio y trastornos somáticos probables) del sistema glandular endocrino; y en las mujeres a la información detallada de su\* funciones genitales en las solteras, y al número de embarazos, abortos, partos, prematuros, gemelares y mortalidad infantil precoz, en las casadas; siempre que las circunstancias de medio, las condiciones sociales del sujeto lo permitieron, y pudo deducirse de la exploración efectuada en la forma dicha que era conveniente o necesario hacerlo, recurrimos al laboratorio, la radiografía, etc.; y en nuestra clínica privada con mayor disponibilidad de tiempo, practicamos innumerables exploraciones capilaroscópicas principalmente a base de observaciones sobre el limbo esclerocorneal, y valiéndonos del microscopio binocular de Czapki y la lámpara de hendidura de Gullstrand.

59—*Calidad morbosa de las personas examinadas.*

Intencionalmente hemos dejado para el final tratar de este] importantísimo dato; porque está tan extendido el prejuicio de que *la Oftalmología es algo así como un apéndice casi independiente de la Medicina*, y que ni los Médicos en general tienen-nada que ver con ella ni puede concederse a los Oftalmólogos otra competencia que la restringidísima que corresponde al concepto que ordinaria-

mente se tiene de esta Especialidad, que teníamos que si desde un principio hablábamos de observaciones efectuadas "en los ojos," la mayoría se desentenderían de leernos y pasarían desapercibidas las sugerencias de interés general que a nuestro juicio se derivan de ellas, y por lo tanto las muy probables aplicaciones prácticas que han de tener en el extenso campo de la Medicina general.

Como no obstante estas, consideraciones, ni podemos ni debemos permanecer más tiempo callados sobre cuestión tan fundamental, diremos "que todas las observaciones que servirán de base a cuanto nos queda por decir, han sido efectuadas *en la forma detallada anteriormente*, con ocasión de consultas provocadas por fenómenos visuales que los interesados creyeron que eran patológicos, y de origen ocular."

En cuanto al valor que deba concederse a nuestras observaciones en relación con el estado general de las personas' enfermas, nos limitaremos a recordar que las afecciones del aparato visual son, en su inmensa mayoría localizaciones de padecimientos generales, y por consiguiente que el diagnóstico de aquéllas implica necesariamente el reconocimiento y evidenciación de éstos; y tan es así, que los Médicos que ven mayor número de enfermos y tienen ocasión de diagnosticar más precozmente la sífilis adquirida en todos sus períodos y muy especialmente en el de chancro y en el secundarismo, *cuando la tal enfermedad existe en un País*, son los Oftalmólogos; y que los que *descubren* más tumores intracraneales, esclerosis, en placas, hipertensión arterial general, diabetes, nefroesclerosis, escrófula, parálisis general, tabes, etc., *cuando las hay también*, son igualmente los Oculistas (y ésto lo sabe sobradamente cualquier Práctico en Medicina).

Si, pues, la sintomatología visual permite el diagnóstico de las localizaciones en el aparato de la visión, de determinadas enfermedades generales, y a partir de éste es posible llegar al conocimiento de ellas o confirmar su existencia, tantas veces dudosa cuando se practica sólo la exploración general, es evidente que la ausencia sistemática de las mencionadas localizaciones visuales en un lugar cualquiera de la Tierra, significará una de estas tres cosas: o que la enfermedad general existe pero es tan benigna que no llega a afectar al aparato visual; o que no se padece en aquel territorio; o que afecta una forma especial no consignada en la literatura.

El hecho de no ser de ordinario apreciables las localizaciones visuales de referencia en C. A., no sólo nos autoriza por lo tanto a decir que aquí la Patología visual es diferente de la universal o cosmopolita, sino a afirmar, y no caprichosamente, que la morbosidad en general es también distinta.

{Continuará}.

## Monstruo Anencéfalo

Monstra per fabrican allienam llamó Haller a las perturbaciones de cambios de forma en los seres durante la vida intrauterina atribuidas antiguamente a factores patógenos distintos de los influjos ordinarios del desarrollo, según afirma Jorge B. Gruber en el Tratado de Anatomía Patológica de Aschoff.

La palabra Teratología del griego teratos significa maravilla, milagro; esta "rama de las ciencias se ocupa del estudio de las malformaciones parciales o totales de los seres al nacer.

Muchísimas son las variedades de malformaciones que nos es dado encontrar en la práctica obstétrica: anomalías del embrión y sus cubiertas, anomalías que afectan todo el cuerpo, anomalías de la cabeza y del cuello, anomalías del tronco y de las extremidades.

Quiero referirme ahora a un caso de Anencefalia no tanto por la rareza como por tratarse del segundo en un mismo conjunto de hombre y mujer.



La señora S. L. ingresó a La Policlínica la noche del 7 de Junio actual por dolores de parto. Es una múltipara cuyo primer embarazo realizado a los 17 años terminó por un parto normal, vive sano el niño. El segundo embarazo a los 7 años del primero, tenía entonces 25 años, termina a los 9 meses por un parto con niño muerto, era un monstruo semejante al que ahora describimos.

El tercer embarazo, el que acaba de terminar a los 9 meses también, se desarrolló normalmente, sólo notó un vientre mumás pequeño que los anteriores.

La señora S. L., nacida en Tegucigalpa y vecina siempre de aquí, tiene un pasado patológico de lo más feliz; apenas recuerda haber padecido hace algunos años de paludismo; ninguna infección ;de la infancia, ninguna enfermedad venérea, ningún, traumatismo.

.Menstruo a los 13 años, jamás alteración en esa función; su estado general actualmente es magnífico, no hay anemia; se le encontraron huevos de tricocéfalos en las materias, orina normal, reacción de Kahn, negativa; ningún antecedente específico; ningún aborto. Todas sus funciones normales lo mismo que aparatos y sistemas.

A las 9 de la noche del 7 dio a luz un feto deforme, semejante a un supo, ojos prominentes, párpados saltados, nariz aplastada, la te) leporino, hendidura palatina total, maxilar inferior grande, frente en forma de M bastante abierta, faltan parte del frontal parietales y occipital, sitio cubierto por una suave tela de tejido seroso rosado----- meninges—, ausencia de encéfalo; no tiene hernias meníngeas ni cerebrales; maceración cutánea. Este niño no tiene otras anomalías.

Dos datos son altamente curiosos: el médico interno cree y asegura haber encontrado latidos fetales, y es el segundo caso igualmente deforme con las mismas características en la misma mujer, es decir, el segundo y tercer parto.

Los latidos encontrados son algo discutible, algunos monstruos—las hemicéfalos— pueden vivir algún tiempo sin trastornos sensibles, pero es la excepción. Este anencéfalo es dudoso, casi imposible.

Repetirse una segunda vez es más curioso aún; la mujer ni clínica ni serológicamente es una sifilítica; esto no importa; no debe exagerarse la influencia de la lúes en estas malformaciones.

Tampoco puede atribuirse a otra enfermedad materna o fetal "Visibles; en este caso como en casi todos, la causa de la monstruosidad es desconocida.

Sin embargo, por tratarse de una mujer joven, en plena actividad sexual conviene procurar la no repetición de un tercer monstruo y a falta de algo mejor yo propongo, a pesar de la ausencia de antecedentes específicos instituir un tratamiento de prueba y luego repetir la reacción serológica.

Tegucigalpa, D. C, Junio de 1943.

*S. PAREDES P.*

## El Importante Papel que el Médico Desempeña en la Conflagración Actual

El Dr. Alejandro Ceballos en su "CONFERENCIA INAUGURAL DEL CURSO DE CIRUGÍA DE GUERRA" dictada en Buenos Aires el mes de Junio de 1942, pone de manifiesto el importante papel que el Médico desempeña en la conflagración actual, donde ejerce funciones que si no iguales son equivalentes y tienen tanto significado para el país como la de los combatientes.

En la Guerra Mundial de 1914-1918 —afirma el autor— fueron 14,358 médicos americanos que cruzaron el mar acompañando al ejército expedicionario; entre ellos hubo 30 que habían cumplido los 70 años e iban a prestar sus servicios de acuerdo con su capacidad, su experiencia y su resistencia. Murieron 69 en acción de guerra, hubo 222 heridos, 11 desaparecidos. Este conjunto de médicos movilizados<sup>1</sup> por los países en lucha se dedicaron a problemas que se planteaban como nuevos, dada la clase de heridas por las nuevas armas y el reagudamiento de enfermedades endémicas que podían hacerse epidémicas. En los primeros meses de la guerra se registraron en Francia según informe de Vidal, cerca de 15,000 casos de fiebre tifoidea, que fueron reducidos a 750 en los últimos años de la campaña. El ejército inglés tuvo en Francia 20.000 casos de fiebre tifoidea entre 1914-1918 que también llegaron solamente a 280 en el último año. Los casos de tétanos ocurridos entre la avalancha de heridos, que caían en los terrenos cultivados de Francia fueron frecuentes al principio de la Guerra; Lenormant refiere haber visto hasta 30 en una sola ambulancia y en un día.

En la guerra española que parece haber sido para la de hoy, así como un "ensayo de materiales," se citan 1,073 casos de heridos y fracturas de los miembros, sólo seis murieron y únicamente uno de gangrena gaseosa. Desgraciadamente —añade el autor— la experiencia en la guerra se alcanza durante el desarrollo de la contienda o al final como en Francia en 1914, en que llegó a ser extraordinario el porcentaje de heridos que recuperaron y pudieron volver al frente.

Existen además principios que en la cirugía de guerra difieren en parte de los que guían la actuación en la práctica de la cirugía civil. Por ejemplo, el que actúa en un puesto de servicio avanzado tiene que considerar el tratamiento de sus heridos como una directiva esencialmente quirúrgica y también considerar la situación y el problema militar. Los heridos de las partes blandas y de las extremidades, con o sin fracturas, cuando más rápidamente son curados y se procede a su desbridamiento más pronto se restablecen y por lo tanto se cuentan nuevamente como combatien-



tes; los heridos del abdomen cuando no los operen por muchos fragmentos de metralla, deben ser rápidamente operados, antes de 4 a 5 horas, de lo contrario, sucumben por hábil que sea el cirujano.

Sin embargo, realizar tales operaciones obliga a descender los heridos más leves que causa a la postergación permanecerán 2 o 3, meses en cama en la retaguardia. Sin embargo, ningún comando ejército ha ordenado abandonar a unos para atender a otros.

Las heridas del abdomen no son las más comunes en frente de combate pudiendo calcularse el 5 y el 10 por ciento del total. En cambio, en los heridos por bombardeos en las ciudades son de gran frecuencia, lo mismo que las heridas del tórax \*y del cráneo.

No se concibe —dice el autor— ejército bien organizado y eficiente sin una sanidad capaz por su organización y por la preparación de sus componentes. Si los soldados que luchan saben que serán operados bien y pronto, en caso de ser heridos, su moral no decae y en el combate aumenta el coraje.

La guerra mundial no tenía precedentes en la Historia por la enorme movilización que alcanzó cifras no iguales hasta entonces. Pero ahora los que combaten y sufren son todos los habitantes de una nación. Ya no basta la proporción de médicos aceptada en general para batallones y regimientos, ya no es suficiente uno por 500 a 1.000 soldados. Actualmente hasta los civiles deben estar instruidos en \*a prestación de servicios a los heridos por balas de metralla y bombas. El progreso alcanzado en el tratamiento de los que caen en combate lo demuestran seguramente las cifras de las estadísticas. En la guerra civil americana la mortalidad del conjunto por heridas fue de diez y medio por ciento, en la guerra mundial se redujo a cuatro y medio por ciento, pero en el total de muertos heridos, ciegos e inválidos permanentes alcanzó en la última, cifras espantosas. Ahora en la guerra total la mortalidad vuelve a ser mayor. En las guerras anteriores a la del 1914, la gangrena gaseosa no producía el terror de los médicos como en esa vez.

Actualmente los bombardeos y raids aéreos producen heridas de órganos profundos sin lesiones exteriores, como consecuencia del desplazamiento del aire y del cambio de presión a los que no hallan protección segura. Estos heridos presentan hemoptisis graves y en los casos que fallecen se ha encontrado en la autopsia desgarros de la pleura, enfisema mediastinal, roturas del parénquima, hemorragias intersticiales y bronquiales. Los ingleses han establecido para tales lesiones el "Resuscitation Treatment" que se aplica de inmediato y que consiste en transfusiones de plasma o de sangre en cantidad adecuada, en la respiración artificial por medio de aparatos y en la oxigenoterapia. Las explosiones de bombas causan extensas quemaduras y destrucción de las partes blandas aún sin fractura de los huesos. Entre las nuevas características de esta gue-

rra figuran las alteraciones psíquicas, algunas de las cuales obedecen a lesiones orgánicas pero otras no tienen fundamento aparente. En la actualidad se menciona con el término de BLAST las lesiones que hemos descrito del pulmón sin heridas de las partes blandas. En el abdomen se ven también casos típicos, correspondientes a esa designación; por ejemplo, hemorragias retroperitoneales, hemorragias entre los mesos y aun en el intestino delgado y el colon. Se han descrito también casos semejantes por inmersión en naufragos que sufren el efecto de las detonaciones alrededor de ellos y que han producido la ruptura del colon y del intestino delgado. Esta clase de heridas no fueron vistas en la guerra anterior. Las lesiones más comunes en la guerra son de los miembros especialmente los inferiores, al extremo de que constituyen el 60 por ciento del total.

*Método de tratamiento.*—Para estas lesiones, en la guerra anterior se había instituido el método de la escisión de los bordes y la sutura. En la actualidad se sigue ese mismo procedimiento, pero para las grandes pérdidas de substancia después de efectuar una limpieza quirúrgica se ha usado la sulfanilamida.

La experiencia de A. C. King Mayor del ejército británico, han sido de útil enseñanza, puesto que ha empleado ese medicamento en Bélgica durante el período que precedió a la retirada de Dunquerque. La sulfanilamida fue utilizada sólo localmente y no por vía oral, llegando a colocar 20 gramos o más en cada herido; habiéndose podido observar que a los cinco días de haber hecho la aplicación en la mayor parte de los casos la evolución era completamente simple, los enfermos se encontraban bien, sin dolor y raramente había hemorragias secundarias.

En el reciente ataque sorpresivo a Pearl Harbor, hubo en un momento 960 heridos graves que fueron atendidos en Honolulu y en un buque hospital norteamericano. Todos se han sorprendido del restablecimiento de algunos heridos, que en pronunciados estados de shock pudieron mejorarse gracias exclusivamente a las transfusiones de sangre y al empleo del plasma que ya había sido almacenado en Honolulu.

Algunos procedimientos nuevos han producido efectos que no se esperaban y que no habían sido vistos en las guerras anteriores. Las fracturas complicadas y expuestas cuando han podido ser tratadas en las primeras horas y en los primeros puestos de curación por medio del desbridamiento y la movilización, han producido sorprendentes beneficios sobre todo por la falta de gangrena gaseosa. Trueta ha referido sobre 1.073 casos de fracturas complicadas tratadas por el desbridamiento y la inmovilización escayolada, sin quitarla para efectuar curaciones, teniendo solamente seis casos de muerte y un solo flemón por anaerobios. La causa del beneficio-

aún no ha sido bien dilucidada; no se sabe si atribuirlo al empleo reciente de las sulfanilamidas o al desbridamiento e inmovilización permanente. El empleo de las sulfanilamidas es de suma importancia, al extremo que las autoridades sanitarias **americanas** aconsejan tener gran stock de esta sustancia y las pocas infecciones registradas entre los quemados de Pearl Harbor se atribuyen a su aplicación "larga manu."

En cuanto a las heridas del abdomen, han tenido mejor resultado con las operaciones inmediatas, cuando han podido ser practicadas en las ciudades, o en los hospitales del frente dentro de las 3 o 4 horas de haber recibido el impacto. Las heridas del tórax, con la gravedad que supone el neumotórax abierto, la posibilidad de hemorragias, las extensas desgarraduras de la pleura son siempre de alta mortalidad inmediata. Estas heridas en la guerra del 14, eran el 6,2 por ciento del total de los muertos, durante la ofensiva llegó al 40 por ciento.

Las heridas de cráneo conservan siempre la gravedad que señaló Cushing, por las operaciones que significan la extracción de cuerpos extraños; pero cuando el herido puede ser atendido de inmediato, dicen algunos cirujanos rusos que la mejor operación, consiste, después de la asepsia necesaria, en el cierre de la herida del cuero cabelludo previa asepsia muy minuciosa.

La anestesia constituye un problema de gran importancia en la guerra de hoy y especialmente en la naval. La mayoría de los<sup>1</sup> anestésicos son explosivos, y su depósito en los barcos fuertemente cargados de electricidad, fácilmente añaden al peligro de la explosión el desaparecer por esta causa. En los navios de guerra se ha vuelto al cloroformo bien administrado y se debe recurrir a la anestesia local y a la raquídea.

En síntesis: el progreso lo ha dado en esta ocasión el perfeccionamiento de la técnica por EL DESBRIDAMIENTO DE LAS GRANDES HERIDAS, LA INMOVILIZACIÓN permanente de las mismas, el empleo muy extenso e intenso de las SULFANILAMIDAS, la vacunación ANTITETANICA, la aplicación de la TRANSFUSIÓN DE SANGRE TOTAL O DE PLASMA y la PRECOCIDAD DE LA OPERACIÓN DEL ABDOMEN, posible en la ciudad y por la rápida evacuación en los campos de batalla. La QUIMIOTERAPIA Y LA TÉCNICA han demostrado ser los factores más destacados para triunfar en la lucha contra la muerte de los heridos.

*(Extractado de la Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer).*

*Dr. GUSTAVO-ADOLFO ZVNIGA,*

## Un Caso de Histeria Tratado con Testoviron

Por el Dr. MARTIN A. BULNES B.

Por creerlo de algún interés desde el punto de vista terapéutico, además de hacer breve recordatorio de las teorías con que la mayoría de autores explican los fenómenos histéricos, relataré un caso observado en el primer servicio de medicina, sección de señoras, del Hospital San Felipe de esta ciudad. Las teorías de referencia son las siguientes:

*Según Babinski*, la histeria es un estado psíquico especial, capaz de dar origen a ciertos trastornos que presentan caracteres particulares. Se manifiestan principalmente por síntomas primarios y por otros secundarios o accesorios. Los primeros pueden ser reproducidos por sugestión con rigurosa exactitud en ciertos sujetos, desapareciendo al mismo tiempo por la sola influencia de la persuasión. Los síntomas secundarios están estrictamente subordinados a los primeros. Incluyendo en ésta los síntomas más o menos familiares de la histeria, el autor de referencia, excluye específicamente las afecciones vasomotoras, secretoras y tróficas, las hemorragias, la anuria, la albuminuria y la fiebre, porque la sugestión no puede producirlas.

*Según Janet*, la histeria es una forma de depresión mental, caracterizada por la contracción del campo de conciencia personal y una tendencia a la disociación y emancipación de los sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad, además de admitir que todos los histéricos sufren de neurosis o son neropáticos; edemas de ser distraídos; afectos constantemente a cierto grado de amnesia; en sus acciones se muestran extraordinariamente sugestionables y se nota en ellos una tendencia al cambio y alteración de síntomas. La gran mayoría de los histéricos puede explicarse como resultado de la amnesia en una u otra forma, dice este autor.

*Según Freud*, los fenómenos mentales de la histeria, y otras neurosis, admiten una explicación psicológica distinta de la anterior. Los sistemas de ideas de un individuo determinado, conocidos con el nombre de "*COMPLEJOS*" determinan la dirección y contenido de la conciencia. Ciertos complejos, directamente opuestos entre sí, pueden estar presentes en el ánimo simultáneamente, surgiendo de aquí un "*CONFLICTO*" y una tensión emocional que persistirá hasta que el conflicto termine. Uno de esos complejos, sin embargo, puede ser "*REPRIMIDO*." Es inhibido de la conciencia remanente y pasa a un departamento "*INCONSCIENTE*" de la actividad mental; sin embargo, según este autor, permanece en condiciones de influir en la conciencia de una manera indirecta. Su "*ENERGÍA*" es transferida a otras ideas conscientes; en caso de histeria conduce a la producción de síntomas somáticos, tales como parálisis, contracturas, temblores, anestias, convulsiones,

etc. Además, los complejos reprimidos son invariablemente -de carácter SEXUAL, y-"TODOS LOS CASOS DE HISTERIA RECONOCEN POR CAUSA LA REPRSEION DEL MATERIAL CONSCIENTE: RELATIVO A LA SEUXALIDAD." He aquí la observación de nuestro caso:

R. M., de 26 años, de oficios domésticos y vecina de Comayagua, ingresó al primer servicio de medicina, sección de señoras, del Hospital General, el primero de abril del corriente año, quejándose de ataques.

*ANTECEDENTES HEREDITARIOS.*—Sus padres viven y gozan de buena salud. Niega enfermedades nerviosas en su familia. No ha habido casamiento entre parientes, que sepa la enferma, ni psicosis, ni criminalidad, ni neurosis, ni afección orgánica.

*ANTECEDENTES PERSONALES.*—En su primera y segunda infancia fue sana. Ha padecido de paludismo en varias épocas. Regló<sup>1</sup> a la edad de 13 años, reglas escasas y no dolorosas, durando con su período catamenial tres días. Ha tenido tres embarazos; dos partos sin complicaciones, los niños viven y gozan de buena salud; un aborto de dos meses.

*HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.*—En octubre del año pasado se inició su enfermedad actual por temblor en un brazo; poco después se propagó a la cabeza, con movimientos ántero-posteriores; ha consultado con varios médicos, pero no ha obtenido ninguna mejoría, motivo por el que determinó hospitalizarse en este Centro.

*ESTADO ACTUAL.*—Se trata de una mujer joven, bien constituida, con aspecto general bueno, de arquitectura ósea normal, pánículo adiposo y sistema muscular regularmente desarrollado, piel, de color blanca, mucosa bucales y tras bucales, rojas y sanas, permanece en decúbito dorsal. En la cabeza apreciamos movimientos repentinos, bastante frecuentes, ántero-posteriores y de rotación; al principio lentos, como si fueran intencionales, después precipitados y desordenados; los músculos de la cara se contraen espasmódicamente; los globos oculares se dirigen hacia arriba; hay lira palidez. En los miembros superiores observamos contracciones del antebrazo sobre el brazo y de éste sobre el tórax; los dedos se contraen por sí solos en movimientos difíciles de imitar; poco a poco estas, contracciones se generalizan a todo el cuerpo, disminuyendo progresivamente de intensidad hasta desaparecer. En los intervalos de los accesos llora y queda en estado soporoso; este cuadro dura cinco minutos y se repite varias veces en el día. Esta enferma permanece triste y preocupada; nada la distrae, y todo-aquello que le era motivo de alegría ahora le es de fastidio y mal-estar. Además de lo expuesto, apreciamos en nuestra enferma los; clásicos estigmas del histerismo: anestesia de la piel, córnea, faringe y ausencia del reflejo nauseoso. Por lo demás no le ha afectado su estado general, tiene buena salud y buen apetito. Por lo-expuesto en el presente caso creemos estar en presencia de un

-síndrome histérico. Desde luego, se prescribió tratamiento sintomático a base de sedantes y baños tibios, no consiguiéndose ningún resultado, prescribimos inyecciones de *TESTOVIRON* con resultado maravilloso. Con la primera inyección desapareció *su* dramática sintomatología y no se repitió este molesto cuadro que tanto preocupa a nuestra enferma; las inyecciones restantes se pusieron cada tres días; la enferma permaneció en el servicio quince días, pidió JSU alta, por considerarse curada.

Con este tratamiento hemos obtenido resultado maravilloso en tres casos: 2 en la Penitenciaría Central y el presente caso en el Hospital General; por todo lo observado apreciamos que el arsenal terapéutico para combatir los fenómenos histéricos se ha enriquecido con este nuevo medicamento.

Al relatar estos casos, la primera pregunta que hará el lector será cómo obra la hormona masculina; problema difícil de resolver; sin embargo, hacemos la siguiente hipótesis; Suponemos que el síndrome histérico es determinado por hiperfuncionamiento endocrínico; en un terreno preparado, tensión emocional, naturalmente el exceso hormonal causará excitación en los centros nerviosos, y por consiguiente provocará el fenómeno histérico; la hormona masculina en estos casos neutralizará la hiperactividad endocrínica, además de establecer el equilibrio funcional.

Junio de 1943.

## Fuerte Adherencia Intestinal Simulando Apendicitis Aguda

El día 1° de este *mes* ingresa a La Policlínica la Sra. R de P., procedente de San Francisco de la Paz; trae una carta de un amigo y colega distinguido quien hizo el diagnóstico hace una semana, en presencia de una crisis dolorosa/de apendicitis aguda.

En efecto al examinarla cuenta la historia de repetidos dolores en la fosa ilíaca derecha, acompañados de náuseas y vómitos, de temperatura; estos accesos se repiten con alguna frecuencia; el dolor no desaparece jamás del todo, siempre queda una pena en la zona apendicular.

Ha padecido de las enfermedades reinantes en su pueblo, sobre todo de paludismo por meses- consecutivos. Hace tres años le fue practicada en La Ceiba una operación vaginal por tumor.

Al examen físico se encuentra realmente un dolor exquisito en la zona apendicular sin irradiaciones, el resto del abdomen normal; tacto vaginal muestra un moñón vaginal, fondos libres, ausencia de útero. Cistocéle.

Los exámenes de otros órganos, aparatos y sistemas normales.

Los de laboratorio, Glóbulos rojos, 3.328.000; blancos, 6.100; Hemoglobina, 60%; Eosinófilos, 5%; tiempo de coagulación, 11 minutos; orina, normal; Kahn, negativo; heces, quistes de amibas y tricocéfalos.

Tensión arterial, 130 y 90, Baumanómetro.

Con el diagnóstico de apendicitis crónica se interviene el 2 de febrero.

Incisión media infraumbilical amplia. Se encuentra una aza intestinal delgada fuertemente adherida a la fosa ilíaca derecha, tan prendida que a pesar del exceso de cuidado puesto para desprenderla fue perforada; había otra adherencia al recto. Con pespunte circular fue suturada la perforación con hilo de algodón y luego cubierta con un apéndice epiploico de vecindad. Igual cosa se hizo con la superficie cruenta del recto.

Se extirpó el apéndice aparentemente sano.

Para corregir el cistocéle se utilizaron los ligamentos redondos ya bastante atrofiados, se tiró el moñón vaginal tanto como fue posible y se fijó fuertemente a estos ligamentos.

Fuera de un poco de paresia intestinal que cedió al pitresín, a la solución salada hipertónica y a un enema purgativo, el postoperatorio se desarrolló favorablemente.

Quando ya la paciente estaba en buenas condiciones mentales fué interrogada de nuevo y nos cuenta que los dolores de que vino quejándose le empezaron pocos días después de la operación vaginal

## Tumores Gigantes de la Cabeza

En los últimos 5 años he tenido oportunidad de observar 3 casos de tumores gigantes de la cabeza, todos secundarios a neoplasias primitivas de otros órganos, uno conocido desde el principio, y los dos restantes hasta que la tumoración había alcanzado un gran volumen.

\*En el más antiguo, un viejo de 65 años, el tumor se desarrolló en el frontal y luego se extendió hacia el parietal y temporal del mismo lado, el primitivo se encontró en la glándula tiroidea; creció inmensamente pero nunca llegó a ulcerarse; el individuo murió de asfixia por invasión del tiroideo de la laringe y tráquea, fue imposible hacer traqueotomía.

El segundo se refiere a un pequeño tumor duro aparecido en el parietal derecho, de evolución rápida, en una señora de 76 años. Hacía ya 2 meses le habíamos encontrado un carcinoma que empezaba en la ampolla rectal con los síntomas característicos. Un médico prometió curarle su tumor de la cabeza al asegurarle ya a la paciente la inutilidad de tocarlo quirúrgicamente; se le extirpó, pocos días después empezó a crecer con una rapidez asombrosa y a los 3 meses era gigante, había crecido mucho más rápidamente que el rectal; falleció de caquexia cancerosa.

El tercer caso se refiere en la observación siguiente:

*Feliciana Barahona*, de 70 años de edad, de oficios domésticos, nacida en San Antonio de Oriente y residente en Tegucigalpa, D. C., ingresó al Servicio de Cirugía del Hospital General el 8 de Abril de 1943 con el objeto de curarse un tumor de la cabeza.

### *Anamnesis próxima*

Hace aproximadamente un año que la enferma notó la aparición de un tumorcito del tamaño de un grano de maicillo en la región fronto-parietal izquierda, tumor que era indoloro, fijo y que creció rápidamente hasta adquirir las dimensiones que actualmente presenta. Actualmente acusa dolor que ella atribuye a las repetidas palpaciones a que ha sido sometida la tumoración.

---

hace tres años; sufrió continuamente pero a veces se hacían intolerables, hasta el último en que su médico le aconsejó intervención. Cosa curiosa el muñón vaginal estaba tan bien peritonizado<sup>1</sup> como si la histerectomía se hubiera hecho por vía abdominal; la adherencia estaba lejos de éste; se hizo indudablemente en alguna pequeñísima porción de peritoneo no suturado sobre extremo de ligamento redondo.

S. PAREDES, P,

Febrero de 1943.



Así mismo la enferma acusa haber padecido de sensaciones de calambre que partiendo del tumor se irradian hacia el ojo del mismo lado y a todo el cuello. -

Hace más o menos seis meses que viene sintiendo dolores en la fosa ilíaca izquierda, dolores que se\* irradian hacia la extremidad inferior izquierda hasta el nivel de la rodilla. Estos dolores no son constantes pero con el menor movimiento que intente, hacer o con la palpación de la fosa ilíaca izquierda aparecen con gran intensidad hasta el grado de serle difícilísima la marcha.

#### *Anamnesis lejana*

Antecedentes personales: dice haber padecido únicamente de paludismo y disenterías.

Antecedentes genitales: el flujo menstrual se le 'presentó a los 18 años, siendo irregulares -en su presentación, indoloros y i de 3 días de duración. Ha tenido dos<sup>1</sup> embarazos que han llegado a feliz término. No han habido abortos. Entró en la menopausia hace 25 años. Hace 2 años sufrió en este centro dos intervenciones quirúrgicas, una abdominal y otra perineal, ambas con el objeto de reducir un prolapso genital. Asegura que su matriz ha vuelto a descender.

Antecedentes Específicos: no hay.

Antecedentes hereditarios: ignora la causa de la muerte ; de su padre a quién no logró conocer. Su madre murió de un síndrome disentérico.

Antecedentes colaterales: carecen de importancia.

#### *Examen local*

En la región fronto-parietal izquierda se nota la presencia de una tumoración del tamaño de una mandarina; la piel que la resubre es brillante, lisa y está surcada de algunas venosidades.

Por la palpación se nota que \*la superficie es bastante regular, que la consistencia de la tumoración es renitente y da la impresión, de contener líquido a presión. La piel es adherente; al tumor y éste no es movilizable sobre los planos profundos. En el punto en que la tumoración se implanta se "percibe la presencia de un rodete duro que circunscribe completamente la base de implantación.

Por la compresión no disminuye de volumen y con los esfuerzos o emociones no aumenta de tamaño.

#### *Estado general*

Se trata de una paciente de baja estatura, con panículo adiposo muy poco desarrollado y de estructura ósea y musculatura normales. La piel es de coloración morena oscura, seca, apergaminada. Su sistema piloso está regularmente desarrollado.

En esta enferma llama la atención la presencia de una tumoración del tiroides que abarca ambos lóbulos, siendo mayor el de-

recho. En la masa de ésta se<sup>1</sup> logran localizar nódulos de consistencia más dura que el resto de la tumoración.

Funciones orgánicas generales: anorexia, frecuente insomnio y estreñimiento.

#### *Examen de aparatos*

Aparato circulatorio: la punta late en el 5º espacio intercostal izquierdo en la línea medio-clavicular. Ruidos cardíacos normales con una frecuencia de 90 contracciones por minuto. Tensión arterial: Mx. 132 — Mn. 60.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato genital: se comprueba la presencia de un prolapso genital total, con las heridas operatorias (perineales y abdominales) de las intervenciones a que se sometió hace dos años. Fondos, de saco posterior e izquierdos sumamente dolorosos pero sin lograr diferenciar netamente una masa. Por la comprensión de la fosa, ilíaca izquierda se provoca intenso dolor que se irradia hacia el miembro inferior del mismo lado.

Sistema ganglionar: no hay hipertrofia apreciable de este sistema.

#### *Exámenes complementarios*

Heces: positivo por amibas.

Orina: amarillenta, olor suigéneris, turbia, sedimentos, acida, glucosa: ligeras trazas, albúmina: neg., células epiteliales, leucocitos, cristales de fosfato amónicomagnesiano, células de pus, bacterias y cocos.

Reacción de Kahn: Negativa.

Rayos X: la radiografía antero-posterior y lateral muestran un área de destrucción ósea en la región fronto-parietal izquierda, de forma elíptica, que mide 6 por 3 cm. Al rededor de esta área y en su parte superior se observa una zona de superproducción ósea, de borde externo liso y de borde interno muy irregular.

[Esta zona de hiperproducción ósea sirve para eliminar un quiste solitario.

Impresión: tumor mixto (osteolítico y osteogénico). Como posibilidad: carcinoma metastático o mieloma óseo.

*Diagnóstico:* Carcinoma metastático de la región fronto-parietal izquierda y carcinoma del tiroides.

#### *C O M E N T A R I O :*

La apariencia de este tumor más inclinaba a pensar en un quiste que en una neoplasia maligna pero la rapidez del crecimiento)- la- edad de la paciente, la dureza del rodete de implantación al cráneo y sobre todo la presencia de nódulos duros también de crecimiento rápido de la glándula tiroides, amén del reporte radiológico, nos hicieron forzosamente formular el diagnóstico de tumor maligno metastático.

## Cirugía Plástica

Con material de imprenta impecable y bellísimos grabados,, tenemos en nuestro poder el libro de Cirugía Plástica, escrito por el Profesor Lelio Zeno, de la Facultad de Medicina de Rosario, República Argentina; enviado gentilmente por el autor al Cuerpo Médico Militar de Honduras como contribución de la técnica argentina..

Con deleite indefinible leímos todo el contenido de la obra. Empezamos con el concepto actual de cirugía plástica, las condiciones en que debe realizarse, extendiéndose sobre la primordial, el elemento biológico; las cualidades del cirujano plástico, científicas, artísticas y sobre todo espirituales y luego trata del material que debe usarse.

Por separado trata el Dr. Zeno las múltiples ocasiones que requieren la intervención plástica, mostrando su personal experiencia y la de otros, los buenos y malos resultados de tal o cual procedimiento con ilustraciones magníficas y abundantes estadísticas. Las heridas inician el estudio: fisiopatología, evolución y tratamiento, crítica al tratamiento actual y en extenso el incomparable fundamento del reposo por medio de enyesados.

El tema de las quemaduras,' motivo de discusión desde hace mucho tiempo, tanto la patogenia como la terapéutica, parece haber llegado, si no a la inalcanzable perfección, sí a un estado de progreso satisfactorio; la mortalidad enormemente disminuida, la duración reducida y el resultado espléndido, dentro lo relativo de su gravedad. Aquí se encuentra como notable innovación la inmovilización por medio de grandes enyesados.

Infecciones, cicatrices, injertos; cutáneos, óseos, grasoso, de aponeurosis y de cartílago; inclusiones, todo tratado según la importancia y el número de casos.

Al lado de la cirugía reparadora sitúa el autor cirugía correctora señalando la no existencia de un límite preciso entre ambas. Insiste en la imposibilidad de aconsejar técnicas standard para

---

Empeorando la paciente de manera tan veloz y viendo nuestra impotencia terapéutica, convencida de su próximo fin se marchó desconsolada; nunca supimos cuánto tiempo más duró.

Curioso es hacer notar que a pesar del gran crecimiento de estos tumores en ninguno se presentaron fenómenos cerebrales, signo cierto y seguro de evolucionar sólo hacia el exterior y nada hacia el interior de la caja craneana.

S. P .P.

cada caso, debe el operador tomar en consideración diverso número de circunstancias para resolver lo más conveniente, en ningún terreno es más verídica la sentencia de que no existen enfermedades sino enfermos; a cada uno de ellos amo Id alíamos las técnicas y experiencia adquiridas.

Corrección de deformaciones adquiridas o congénitas de la frente, ojos, orejas, nariz, labios, parálisis facial, arrugas faciales, anomalías del maxilar inferior, hipertrofia y displasia laríngea, tortícolis, senos, cirugía plástica en los obesos, elefantiasis idiopática del miembro inferior, juanete y dedos en martillo.

Con un capítulo interesantísimo, escrito en colaboración con <el Dr. Emilio Pizarro Crespo, sobre Cirugía plástica y Psicología, termina ti Profesor Zeno su libro. En todas las enfermedades existe indudablemente una tremenda influencia recíproca entre el cuerpo y el espíritu; nada entristece tanto como la primer gonorrea que adquirimos y más si ya somos profesionales. Pero en donde esa influencia -es mayor es en *las* deformidades, congénitas o adquiridas, una nariz ciranesca, un labio leporino, unas orejas asnales, un pie equino o verus, una lujación congénita de la cadera, etc., son motivo de sufrimiento intenso. Cuántas veces el cirujano plástico u ortopédico hizo feliz a quien nació desgraciado; cuántas veces devolvió a un hogar la tranquilidad y contento perturbados, por el nacimiento de un hijo deforme. ¡Benditos cirujanos plásticos poseedores de ese poder celestial de dar felicidad. ¡Nosotros los cirujanos generales no gozamos de tan precioso privilegio, generalmente no saben los pacientes qué hicimos, una operación abdominal, cualquiera que sea no se mira, si acaso la cicatriz y ella más sirve para difamarnos que para honrarnos.

El Profesor Zeno ha prestado indudablemente un positivo serTÍCÍO publicando su libro lleno de tanta experiencia y respetable auroridad; la República Argentina y toda Hispano América deben sentirse orgullosas de obras trascendentes que no aspiran a más que prestar un alivio, un consuelo, la dicha y a veces la felicidad a los que sufren de males traídos desde el seno materno o adquiridos en el diario comercio con las persona-s y las cosas.

El Cuerpo Médico Militar hondureño agradece profundamente el valioso obsequio del Dr. Zeno y respetuosamente le felicita por su nuevo y brillante triunfo alcanzado con la publicación de Cirugía Plástica.

L. D.

## Obstetricia y Ginecología Latino-americanas

Dirigida por los profesores de la Facultad de Buenos Aires, Alberto Peralta Ramos, Juan Carlos Ahumada y Manuel Luis Pérez,, con la colaboración de los más ilustres parteros y ginecólogos de América Latina como redactores, ha visto la luz por vez primera la bella revista OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA LATINO-AMERICANAS con fecha 28 de febrero de 1943.

En hermoso infolio de 181 páginas de papel satinado con magníficas ilustraciones, bimestral, con sede en Calle José E. Uriburu-1578 capital federal, República Argentina, se propone la revista, reflejar la labor de los trabajadores latino-americanos, difundir el progreso logrado por los latinos del continente, ofrecer a los mismos una visión panorámica de las experiencias del resto del mundo y por último estrechar relaciones amistuosas entre los parteros y ginecólogos que aún no se conocen lo suficiente.

Dividida en secciones a cargo de especialistas en la materia Obstetricia y Ginecología nada deja que desear al más exigente lector por el selecto material, la grata presentación y la autoridad, de los firmantes.

Comunicaciones Originales ostenta el título de la primera parte; cada una de ellas se acompaña al final de un corto resumen en portugués, francés, inglés y alemán.

Actualizaciones se llama la segunda sección; se trata en ella de cuestiones puestas en el tapete de la discusión desde hace algún tiempo y ahora mostradas según el resultado de experiencias de varios años y de diversos autores, seguidas de una enorme bibliografía.

Análisis de libros y publicaciones nominan la sección tercera,, su título es suficientemente expresivo como para requerir explicación.

Informaciones Latino-Americanas llámase la cuarta parte; se refiere al movimiento habido en las Universidades latino-americanas referente a la Obstetricia y Ginecología, como defunciones: de prominentes maestros de la especialidad, nombramiento de nuevos profesores, premios, conferencias, congresos, inauguraciones,, homenajes, etc.

Al final se insertan fichas numeradas con una clave convencional para ser coleccionadas; sistema de extrema importancia cuyos espléndidos resultados no se ven sino mucho después de haber empezado a guardar tan preciosos documentos.

Obstetricia y Ginecología Latino-Americana está destinada a desarrollar una actividad de proyecciones insospechadas, su porvenir forzosamente es brillante; llena un inmenso vacío en la bibliografía del continente latino y sus páginas descubrirán quizás modestos trabajadores cuya humildad les impedía ocupar el sitio, merecido en las luchas y esfuerzos por el progreso de las ciencias.

## Sobre un Nuevo Caso de Agranulocitosis

*Por el DR. MANUEL LARIOS*

La agranulocitosis es una enfermedad bastante rara en la edad adulta, extremadamente rara en la niñez y la adolescencia. Su etiología y patogenia no son nada clara y varios agentes y estados morbosos se citan como posibles causas. Por eso creemos de interés informar sobre un nuevo caso observado en Honduras, en el cual, fuera del hecho de que ocurrió en un niño, lo que ya hace el caso interesante, los únicos factores etiológicos que pueden ser considerados son la afección palúdica y la quinina que se usó para combatirla.

J. M., de doce años de edad, mientras trabajaba de hortilcero en una finca cercana a la capital, cae enfermo súbitamente con calentura precedida de intenso frío. Sus padres lo llevan al hospital donde se hace el diagnóstico de paludismo agudo, encontrándosele plasmodium falciparum en la sangre. Se le trata con seis inyecciones de un gramo de quinina y sale al 12º día aparentemente curado. Permanece bien una semana. Al cabo de este tiempo es atacado de nuevo por intensos fríos y sensación febril. Al ser llamado a verle lo encuentro con postración, sudores fríos, gran disnea y facies lipotímica. El examen físico revela lengua saburral sin nada anormal en la faringe y amígdalas; pupilas que reaccionan lentamente a la luz y la acomodación. Nada de anormal en el aparato respiratorio; pulso pequeño y rápido, soplo sistólico en la punta del corazón sin propagación a la axila o a la base. Abdomen flácido con bazo e hígado palpables. Temperatura subnormal. Se le toma un frotis de la gota delgada y teniendo en cuenta el padecimiento anterior, del cual dan amplios detalles los padres, se le prescribe quinina. Al examinar la muestra de sangre el laboratorista reporta ausencia de hematozoario y hace la advertencia de que en todo el frotis solamente pudo encontrar un dos por ciento de polinucleares neutrófilos. Interesado por este hallazgo, vuelvo a ver al enfermo al día siguiente, llevando con migo pipetas para el recuento completo de los glóbulos. Este primer recuento arroja las cifras siguientes: Glóbulos rojos, 3,300.000; blancos, 1.200. Fórmula leucocitaria: "Polinucleares neutrófilos, 4%; Linfocitos, 83%; grandes mononucleares, 10%; eosinófilos, 2% y basófilos, 1%. Se piensa entonces en una posible agranulocitosis -en vez de un paludismo como había sido la

Revista Médica Hondureña se complace en saludar cordialmente a Obstetricia y Ginecología, desearle muchos años de triunfos y prosperidad y corresponder de la manera más afectuosa su inestimable canje.

*L. D.*

primera impresión; se suspende la quinina y se inyecta extracto de hígado concentrado y se ordena el traslado del enfermo al hospital para su mejor asistencia. Por dificultades de transporte esto no se pudo llevar a cabo y los padres no le creyeron necesario cuando sobrevino una aparente mejoría al día siguiente. El estado general mejoró notablemente, la facies recobró su aspecto normal, la mentalidad se avivó y los fríos cesaron. La temperatura subió a lo normal. Por lo interesante del caso decidí observarlo y hacerle frotis diarios, los que arrojaron las cifras siguientes:

Mayo 21: Glóbulos rojos, 3.100.000; blancos, 1.100; Fórmula: Polinucleares neutrófilos, 4%; Linfocitos, 38%; grandes mononucleares, 6%; Eosinófilos, 2; Basófilos, 0. No hay hematozoario ni pigmento melánico.

Mayo, 22: Rojos, 3:200.000; blancos, 850; Fórmula: Polinucleares neutrófilos, 3%; Linfocitos, 90%; Grandes mononucleares, 6%; "Eosinófilos, 1%; Basófilos, 0. Hematozoario, negativo.

Mayo 23: Rojos, 3.000.000; blancos, 500; Fórmula: Polinucleares neutrófilos, 2%; Linfocitos pequeños, 90%; Grandes mononucleares, 8%; Eusínófilos, 0; Basófilos, 0; Hematozoario, negativo.

El 24 de mayo apareció una fiebre de 38<sup>1</sup>? y el enfermo se quejó de cierto ardor-.de garganta. No me fue posible verlo ese día, pero se me informó que por la tarde volvió súbitamente el estado adinámico, los sudores y la postración y por la noche murió.

No es este el primer caso de agranulocitosis que me toca ver en Honduras; tampoco es el primero que se reporta en la literatura médica nacional. Ya el Dr. Enrique Guilbert, en esta misma revista, hará unos dos meses, publicó un caso de esta enfermedad con infección bucodentaria. Anteriormente a la publicación del Dr. Guilbert tuve oportunidad de observar un caso en un adulto y posteriormente a ella otro en una mujer, caso típico, con su angina, su fiebre, sus 'Crisis a repetición y su fórmula sanguínea característica.

Sin embargo, el número sigue siendo pequeño, a pesar de que con la introducción de los compuestos sulfonamidos en la terapéutica su número parece 'que va en aumento al grado que ya se piensa entre nosotros en la agranulocitosis en presencia de una leucopenia marcada en el curso del tratamiento por estas nuevas drogas.

¿Cuál sería el factor etiológico en este caso? ¿La quinina? Los trastornos y cambios de naturaleza química provocados por el paludismo tales como el desdoblamiento de la hemoglobina, la liberación del pigmento melánico y de las sales de hierro? Nadie hasta la fecha ha culpado a la quinina como posible agente causal y la única referencia a esta droga en relación con la agranulocitosis aparece un trabajo por los Dres. E. S. Smith y J. M. Wollaston en la Indian Medical Gazette, 1942. Se trataba de una leucopenia marcada en el curso de una afección palúdica y aunque los autores no mencionan la palabra agranulocitosis se infiere que de eso se tra-

## Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica

Nunca habíamos encontrado un trabajo tan amplio, claro y bien documentado como el publicado con el epígrafe en la Revista de Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia, Maracaibo, Venezuela, firmado por el Director de la misma Dr. H. Rodríguez Boscan. Como en este país existe en regular proporción esa enfermedad nos hubiera encantado reproducir íntegro el artículo que llena todo el número 11 de noviembre de 1942 de la referida revista. Si la importancia lo merece, la extensión justísima nos impide satisfacer el deseo; nos conformamos con hacer un extracto de él.

La F. B. H., según Gouzien, es una pirexia endémica de las regiones tropicales y subtropicales, no contagiosa, que puede tomar aspecto pseudoepimémico, que recidiva fácilmente, que ataca individuos impaludados exclusivamente, caracterizada por la triada sintomática: orinas rojas o negruscas, ictericia y vómitos biliosos.

Fueron médicos franceses de la marina residentes en África sub-occidental, Mayota, Nossi-bé, Madagascar y otras islas quienes hicieron las primeras descripciones de la enfermedad hace unos sesenta años.

Cita el autor todos los trabajos realizados en Venezuela sobre el-mismo tema desde el año 1881. Los ficheros del Monde Medical registran 243 trabajos sobre F. B. H. hasta 1932.

Existe la enfermedad en da zona tropical.

Numerosas son las teorías formuladas para explicar la F. B. H.: Teoría Malárica, culpa al paludismo del ataque de F. B. H. por la coexistencia de ambas en las mismas zonas endémicas; Teoría

---

taba cuando dice que se presentaban crisis mieloides con ausencia de los glóbulos blancos. (1)

Como agentes etiológicos los libros nos hablan de la amido-piridina o piramidón, del dinitrofenol, de la novocaína y últimamente de los compuestos sulfonamidos.

El- mecanismo de acción de estas diversas drogas es oscuro y la evidencia acumulada parece hablar en contra de que ellas por sí solas pueden producir la enfermedad sin mediar otros factores,, posiblemente de naturaleza endocrina, o una discracia de la médula, ósea. Para Thompson esta debe preceder en vez de seguir a la acción química. Dice este autor: (2) "En resumen, la etiología de la agranulocitosis permanece desconocida, pero la evidencia hasta el presente sugiere la presencia de dos factores, uno endocrino, el otro químico."

---

(1) Citado por Parker, Med. Record.

(2) Wm, P. Thompson, Nelson Loose Leaf Living Medicine, p. 91 C



Quinínica que atribuye al uso y abuso de la quinina la aparición de la F. B. H., contradice tal afirmación el hecho de mencionar los antiguos autores la F. B. H. cuando todavía no se conocía la quinina.

Teoría específica que la atribuye a un agente del tipo espiroqueta como el de la Ictero-hemorrágica.

Teoría de la discrasia palúdica supone que para la aparición de F. B. H. debe existir una condición especial de la sangre que facilite la destrucción globular: antes de la hemoglobinuria una hemoglobinemia; formulan varias hipótesis para explicarla: Hemolisis, hemolisis específica, choque anafiláctico, choque hemoclásico o coloido-clásico y simpático.

In extenso acumula el autor todas las opiniones encontradas para explicar la F. B. H.: autores clásicos de Patología tropical como Manson Bahr, Grall y Clarac, Le Dantec, Nocht, Pearse, Fairley y Bromsfield, Enciclopedia Médico-Quirúrgica de autores franceses, Brumpt, Corre, Leonard Rogers, Joyeux, Jeanselme y Rist, Blanchard y Tuolec, García Rivera, Jorge y Félix Klemperer, Marchoux, Pitaluga, Legrain, y numerosas contribuciones de médicos venezolanos reportadas a la Academia de Medicina y publicadas en varias revistas del país.

Como el interés mayor del autor era desarrollar el tema: ¿Debe usarse o no la quinina en la F. B. H.?, el Dr. Rodríguez Boscan revisa largamente la opinión de las más competentes autoridades en la cuestión señalando una por una en párrafo aparte las ideas que se han emitido desde el conocimiento de la F. B. H. El reciente apareamiento de la Atebrina parece haber puesto punto final a la eterna discusión de si la quinina es favorable o perjudicial para el bilioso hemoglobínico.

En toda la república de Honduras hay paludismo, el enemigo público número 1, y también fiebre biliosa hemoglobínica. Los médicos del país la conocen muy bien y la han sabido tratar, sólo cuando los casos se presentan en estado de suma gravedad la muerte ha sido la conclusión. La hemos tratado siempre, en desconocimiento de la causa, de manera sintomática: suero glucosado isotónico e hipertónico en grandes cantidades, cloruro u otra sal de calcio, adrenalina, agua de Vichy, pequeñas dosis de arsénico y nunca quinina; recuerdo un caso típico ocurrido en La Ceiba, puerto donde se cuenta el mayor número de casos de F. B. H.: el enfermo había curado de esta enfermedad y próximo a salir del hospital le dimos 0.25 gr. de quinina a tomar mañana y tarde, esa noche repitió, el ataque de F. B. H. y lo mismo nos sucedió con otro paciente por lo que renunciamos para siempre al uso de la quinina.

El autor resume la discusión del empleo de la quinina en la F. B. H., así:

1P Anticientífico, porque en las diversas opiniones citadas en la patogenia figura como causa determinante de la enfermedad por

## Cuarta Asamblea General del Colegio Internacional de Cirujanos

Del 13 al 16 del presente mes se reunió en New York esta interesante reunión de Cirujanos de toda la América de acuerdo con los estatutos del Colegio, para tratar de preferencia los temas: Cirugía de Guerra y Reparadora de los accidentes ocurridos en la misma.

Después de un saludo de bienvenida del Alcalde de la ciudad, Sr. Fiorello H. La Guardia, empezaron la lectura y discusión de los trabajos siguientes:

Capitán Reynolds Hayden: Experiencias en el Hospital Naval de Pearl Harbor durante el ataque japonés y después.

Coronel R. W. Bliss: El cuidado y transporte de los enfermos, y heridos- en las Zonas de guerra.

---

su acción hemolítica comprobada, porque contribuye a sostener y agravar; igual que es anticientífico purgar en la apendicitis aguda..

29—Es inútil, porque la estadística prueba que con su uso casi, nada .te modifican la gravedad ni la mortalidad de la enfermedad.

39—Ineficaz, porque se intenta justificar su uso como específico antipalúdico y se ha notado que como tal fracaza frecuentemente y que los casos en que se ha obtenido la curación usando quinina, se ha administrado al mismo tiempo correctivos del estado hemolítico, lo que autoriza para poner en duda la acción curativa de la droga y al contrario usando antihemolíticos solamente si se han -logrado curaciones.

49 innecesario, porque disponemos hoy en el arsenal terapéutico del sintético Atebrina que ha soportado las pruebas del tiempo y de la práctica y está reconocida como menos peligrosa para estos enfermos... Porque como antipalúdico no tiene objeto en razón de la oportunidad que requiere su administración... Porque el organismo se defiende naturalmente por la formación de anticuerpos y se descarga por la hemoglobinuria de parásitos y glóbulos parásitos.

59—Nocivo, porque de la observación resulta que en los casos graves y prolongados basta suspenderla para que se logre la mejoría y curación del enfermo sometido al tratamiento antihemolítico y recuperante adecuado. Porque baja las defensas orgánicas y es un veneno cardíaco.

*CONCLUSIÓN FINAL.*—A la luz de los conocimientos y de las observaciones actuales la Atebrina ha reemplazado ventajosamente la quinina en la Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica y por consiguiente la Quinina debe tacharse en la lista de los medicamentos utilizables contra la enfermedad.

E. D.

- Capitán W. M. Craig: Shock.  
Comandante B. W. Hogan: Heridos por explosión.  
Teniente Coronel D. B. Kendrick: Uso de Plasma sanguíneo.  
Dr. E. A. Rovenstein: Informe sobre Anestias en la presente-guerra.  
Brigadier General A. H. Wait: Accidentes de guerra producidos por gases.  
Capitán C. M. Shaar: Traumatismos torácicos.  
Dr. Rodney Maingot: Manera de conducirse con las heridas del Abdomen.  
Dr. Hamilton Bailey: Síndrome de Aplastamiento.  
Dr. Basil Hughes Blast: Clasificación de las. Heridas.  
Dr. James Brailsford: Localización de los cuerpos extragos por los Rayos X.  
Dr. Robert Me Neill Love: Gangrena gaseosa.  
Dr. Ernest Finch: Revista histórica del tratamiento de las he-ridas 'de guerra.  
Dr. Fortunato Quesada: Nuevo método para el tratamiento de-las fracturas de guerra.  
Dr. Beflisasrio Sánchez: Tratamiento de las fracutras com-PLICADAS.  
Dr. Julio Faldini: Reconstrucción de la Cadera.  
Dr. Exequiel Martínez: Algunas consideraciones sobre trata-miento de las fracturas.  
Dr. Enrique Camprubi: Cuatro casos de reparación quirúrgica.  
Di\*. Francisco Granas: Anestesia en cirugía de guerra.  
Capitán W. L. Mann: Investigaciones en medicina naval.  
Coronel H. R. Kennedy: Tipo de los accidentes de guerra que vuelven al Hospital general en este país.  
Dr. . V. Lebedenko: Organización de los servicios quirúrgicos en el ejército soviético.  
Teniente José Londres: Cirugía de guerra en la escuadra brasileña.  
Dr. Ernest W. Bergmann: Métodos cineplásticos.  
Dr. Roger Anderson: Método auto-reducción en el tratamiento de las fracturas de huesos largos.  
Dr. Víctor Fernández Manero: Servicios Sanitarios de emer-gencia en las zonas tropicales de guerra.  
D. Gustavo Argil: Shock y Problemas médicos de guerra.  
Dr. Rodolfo Ayala González: Hemorragia.  
Dr. Esteban Paulin: Infección.  
Dr. Manuel A. Manzanilla: Quemaduras.  
Dr, Manuel Sánchez Garillay: Traumatismos craneanos.  
Teniente Coronel R. G. Spurling: Hernia del Núcleo pulposa de la región lumbar inferior.  
Traumatismos de la médula espinal y nervios periféricos.  
Dr. Rudolf Jaeger: Traumatismos cráneo-cerebrales.

Capitán Reynolds Hayden: El tratamiento actual de heridas y quemaduras.

Capitán H. I. D. Kirnham; Cirugía plástica aplicada a los traumatismos de guerra.

Dr. Jerome P. Webster: Entrenamiento de los cirujanos del ejército en Cirugía plástica.

Dr. Vilray P. Blair: Relación de los cuidados próximos y resultado de las grandes heridas de la cara en cirugía de guerra.

Dr. Enrique St. Loup B.: Algunos usos y desventajas de los colgajos tubulados.

Dr. Philip Wilson: Tratamiento de las fracturas complicadas.

Dr. Fred. H. Albee: Reparación de huesos y articulaciones.

Dr. Leonard Doljanski: Crecimiento de células por extracto de tejidos animales. Neartrosis operatorias en casos de fractura conminuta de codo.

Dr. Emin Erkul: Heridas del mediastino.

Dr. Robert T. Merrill: Rehabilitación al punto de vista profano.

Teniente coronel C. E. Gorman: Reparaciones. Discusión psicológica.

Dr. Chas M. Griffith: Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis y neoplasias malignas del aparato respiratorio.

Coronel H. D. Corbusier: Conservación del poder humano para la guerra

Coronel L. Sanders: Procedimiento administrativo para la reintegración de las fuerzas armadas a la vida civil.

Capitán C. M. Shaar: Tratamiento de las fracturas por Soporte de fijación de Stader.

Dr. E. J. Me Cormick: Prevención y tratamiento del shock en los heridos.

Dr. Benjamén Jablons: Estudios del tiempo de circulación en el shock.

Teniente-comandante Ralph C. Pendleton: Tratamiento de quemaduras.

Dr. Andre Croti: Traumatismos del cuello

Dr. W M. Seaman Bainbridge: Efectos de los traumatismos sobre las visceras abdominales.

Dr. Fred Douglas: Traumatismo de las visceras abdominales y prevención de la peritonitis.

Dr. B. Samuels y E. B. Burchell: Heridas penetrantes, cuerpos extraños y oftalmía simpática.

Dr. Marcial Bourand: Autopioterapia en general y en cirugía de guerra.

Dr. J. O. MacDonald: Aviación en relación con el oído.

Coronel L. J. Gallagher: Primer tratamiento y últimos cuidados en las heridas de gran superficie.

Presentación de **films, dibujos y fotografías.**