

S U M A R I O

Página

Dr. S. Paredes P. —Proyectos del Servicio - Cooperativo Interamericano de Salud Pública	197
Dr. S. Paredes P. —Doctor Oswald Swenney LowSley	200
Dr. Gustavo Adolfo Zúniga. —Perforaciones del Esófago por Ingestión de Cuerpos Ex- traños	203-
Dr. S. Paredes P. —Toxemia Caseosa	206
Dr. José Gómez-Márquez. —La Clínica y sus Contrastes	211
Dr. Manuel Cáceres Vijil. —Accesos Pernicio- sos de Paludismo	222
Dr. Humberto Díaz. —Semiología del Temblor	224
Dr. Martín A. Bulnes B. —El Valor de la In- vestigación del Bacilo de Koch en el Con- tenido Gástrico	228
Dr. Carlos M. Calvez. —Importancia de la Nutrición para el Estudio y la Enseñanza Clínica Médica	231
Primer Congreso Mexicano de Cáncer. . . .	233
Dr. S. Paredes P. —Campaña de Protección Infantil	235
Dr. S. Paredes P. —Persistencia del conducto arterioso con endarteritis bacterial. Ligadura transpleural por vía posterolateral. . .	238
Notas	240

Revista Médica Hondureña

Organote la Asociación Médica Hondureña

Director:

DR. SALVADOR PAHEJDES P.

Redactores:

DR. HUMBERTO DÍAZ B. — DR. MANUEL CACERES VIJIL —
DR. MANUEL (LARIOS C.

Secretario:

DR. RAMÓN AUCERRO h.

Administrador:

DR. GUSTAVO ADODFO ZUNIGA

Año XIII i Tegucigalpa, D, C, Hond., C. A: Julio y Agosto de 19ás | N 107

Proyectos del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública

La Asociación Médica Hondureña no puede ni debe permanecer muda ante los 'magnos proyectos, en vía de realización, que el Servicio Cooperativo Interamericano, de acuerdo con la Dirección General de Sanidad Pública, ha formulado con el nobilísimo, objeto de mejorar notablemente el estado sanitario del país. Por el contrario, es motivo de inmensa alegría y profundo agradecimiento para el Gobierno de los Estados Unidos el haber puesto sus ojos piadosos sobre todo el Continente 'para ayudarle a resolver siquiera los problemas sanitarios de mayor urgencia y encarrilar los trabajos de igual índole para destruir los mil y un agentes mortíferos que diez-man constantemente la población de la América.

Participa del mismo regocijo y esperanza bien fundada de pronta solución del más importante problema que aflige la nación, la totalidad de individuos de la república. Nosotros creemos en la imposibilidad de encauzar el progreso sin antes forjar cimientos de sólida estructura para levantar el nivel material y espiritual de un país; esos cimientos los constituye la salud pública. Primer deber fundamental de incumbencia no sólo de estados y gobiernos sino de cada uno de los componentes de la colectividad; la salud pública es sagrada e implícitamente a todos nos obliga a velar por ella.

El millonario Rockefeller pasó a la inmortalidad con los más bellos fulgores ;de 'la gloria. \Su jobra benefactora se extiende a tos más recónditos lugares de la tierra; creó su institución y los fondos necesarios para mantenerla a través de los siglos; ella y su nombre vivirán en el corazón de los hombres por una eternidad.

Nada llena de mayor satisfacción que hacer el bien. A semejanza de Rockefeller el Gobierno de los Estados Unidos, presidido por uno de los más grandes nombres que llenan la historia ha querido, en medio la apocalíptica, época que corremos, como bendición celestial, contribuir de manera poderosa a proteger los pueblos de América contra sus peores enemigos, las enfermedades, y para ello creó el Servicio Cooperativo ínter americano de Salud Pública.

Ninguno de los Proyectos abajo mencionados requieren comentario especial, cada uno de ellos en sus títulos son más explícitos y elocuentes de cuanto se pudiera argüir. Están numerados del 1 al 20 según el orden que fueron celebrados los contratos entre el Gobierno y el Servicio Cooperativo.

1—Proyecto para estudio del Paludismo.

2—SCI SP-Proyecto-Gastos de Administración.

3—Dispensario Anti-Tuberculoso, Tegucigalpa.

4—Control de Paludismo, Tegucigalpa.

5—Crematorio de Basuras, Tegucigalpa.

6—Programa de Emergencia para proveer medicinas y saneamiento general. Proyecto carretero Potrerillos-Tegucigalpa.

7—Fondo para gastos material SCISP.

- 8 —*protección de los tanques de distribución de agua en Tegucigalpa.*
- 9 —*Fondo para gastos de entrenamiento.* 10—*Saneamiento y ayuda médica en relación con el programa del hule en Honduras.*
- 11—*Centro de Salud Pública en Choluteca.* 12—*Centro de Salud Pública en Trujillo.* 13—*Drenaje para el control del Paludismo en Choluteca.* 14—*Control del Paludismo en Amapola.* 15—*Control temporal del Paludismo en Choluteca.* 16—*Drenaje superficial en La Ceiba.* 17—*Dispensarios móviles, carretera panamericana.* 18—*Departamento de Sanidad Pública y Centro de Salud, Tegucigalpa.*
- 19—*Filtración del agua de Comayagüela.* 20—*Disposición sobre materias negras para las escuelas rurales.*

El primero de estos proyectos fue firmado el 23 de Septiembre de 1942 y el último el 12 de Julio del 43.

¡Quién nos hubiera dicho hace cuarenta años, cuando las prédicas de muchos escritores de mota y oradores insignes proclamaban el imperialismo yanqui como la peor calamidad del Continente americano, despertando el odio mortal contra la gran nación del Norte, que ahora, gracias a la política del Buen Vecino y a esta campaña sanitaria iniciada y empezada por el preclaro y eminente Presidente Roosevelt, se iba a trocar en sentimiento de profundo afecto y eterna gratitud!

De igual recompensa gozarán todos los individuos, nacionales y extranjeros, que con sus luces y trabajos contribuyan a concluir la benéfica empresa en tan buena hora [comenzada.],

Los miembros de la Asociación Médica Hondureña, varios de ellos enrolados en las filas sanitarias, esperamos ver terminadas obras tan meritorias y laudables y al lanzar un ruidoso aplauso felicitamos de la manera más sincera a cuantos han "contribuido a iniciar y realizar los trabajos de saneamiento de la República, tarea, a nuestro juicio, primera y principal de cuantas conciernen a la nacionalidad.

Tegucigalpa, D. C, Agosto de 1943.

S. PAREDES P.



Dr. Oswald Swenney Lowsley

El 22 de Agosto llegó a Tegucigalpa, procedente de New York, por el avión directo de Miami, el Dr. Oswald S. Lowsley, Profesor de Urología, Director del Brady Foundation del New York Hospital, quien desde dos meses antes había anunciado la visita a esta ciudad con la intención de hacer algunas conferencias, demostraciones clínicas y operaciones.

El Gobierno de la República sabedor de los méritos indiscutibles del Dr. Lowsley le hizo invitación especial para desarrollar sus actividades científicas en la capital durante su permanencia en ella.

Al día siguiente del arribo le fueron presentados varios casos de urología en La Policlínica, entre los que seleccionó algunos para ser intervenidos la mañana del otro día.

Por la tarde hizo una plática en el Paraninfo de la Universidad,, donde concurrieron casi todos los médicos y estudiantes de la ciudad, sobre Hematurias, Cálculos, de las Vías Urinarias y Tumores de la Próstata. Sobre esta última tiene una gran experiencia, ha intervenido 5.000 pacientes por afecciones inmorales en ese órgano. En los tumores malignos el resultado es muy aleatorio, en varias centenas de operaciones apenas tuvo éxito definitivo en 10 que no se reprodujeron ni dieron metástasis, suceso atribuido a la precocidad del diagnóstico y tratamiento. Tiene el Dr. Lowsley un procedimiento original para extirpar la próstata por el perineo que rea-

lizo en un paciente de La Policlínica; usa para ello tres instrumentos de su invención: una especie de litrotritor curvo que al estar dentro de la vejiga se abre como para prender una piedra, manobra destinada a fijar el instrumento que sirve de guía mientras se llega a la uretra prostática, al abrir ésta se extrae el curvo y por la brecha se introduce uno semejante pero recto. Disecada y extirpada la próstata sutura vejiga y uretra por medio de un punto con una cinta de catgut, también creación suya, dando por resultado una perfecta oclusión de la herida; irrigando la vejiga por la sonda de hule que se deja en permanencia no sale una gota de líquido; sutura de los elevadores del ano y de la pared y la intervención ha concluido.

Entre los varios exámenes, cistoscópicos con cateterismo de uréteres, radiografía consecutiva, encontró un tumor renal en un sujeto que en dos años ha sufrido tres hematurias y ningún dolor ni otro síntoma. La operación demostró tratarse de* un hipernefroma. Encontró una pionefrosis calculosa derecha con buen funcionamiento del riñón izquierdo; a la intervención se encontró una colección de pus perirenal y fuertes adherencias del riñón; por lo cual se abrió éste, se drenó y queda emplazada la enferma para ser nefrectomizada dentro de tres meses, por el mal estado general actual.

Una pionefrosis calculosa bilateral, aconsejó no tocarla. La radiografía mostró una posible tuberculosis renal en otra enferma de lesiones tan mínimas, que recomendó tratamiento médico.

Otra presentaba una nefroptosis.

Dos estrecheces ureterales del tercio superior, indicó dilataciones.

Los demás fueron casos sin mayor importancia como no fuera un individuo con una fístula recto-vesical que clínicamente se manifiesta por polaquiuria, piuria y neumaturia, el cistoscopio mostró el agujero de la fístula.

Insiste el Dr. Lowsley sobre la importancia de la pielografía , retrógrada en muchos casos en que la vía descendente no da resultados. Pudiéndose hacer el cateterismo de uréteres siempre es I más aconsejable por más segura y exacta.

Transcribo dos párrafos leídos por el Dr. Lowsley, uno al principiar y otro al fin de su plática: "espero que cada uno de vosotros considere a la Brady Foundation, del New York Hospital, en mi patria, como cuartel general y que la visiten muy pronto y muchas veces." El otro dice: "Ahora que la guerra está a favor nuestro, cuando se termine, yo sé que Uds. se unirán conmigo, haciendo todo el esfuerzo, para mantener viva la amistad, simpatía y entendimiento entre las Américas del Norte, Centro y Sur, ayudando a esparcir nuestros adelantos científicos sobre todo el continente, ya que la única esperanza que tenemos de conservar nuestros conocimien-

tos en Medicina y Cirugía, tan arduamente ganados, está aquí, con nosotros en el Hemisferio Occidental; por lo tanto, es nuestro sagrado deber mantener encendida la llama del progreso, nuestra la responsabilidad de impedir una segunda "era negra" que envolvería al mundo en lo que a Medicina y Cirugía se refiere. Dentro de poco ya no necesitaremos ir a Europa para adquirir instrucción en materia científica, los médicos europeos preferirán venir en busca de adelantos en cirugía y medicina, porque todos los centros europeos de primera clase, han sido o serán lamentablemente si no destruidos, detenidos en su progreso y necesitarán por lo menos cincuenta años para reparar el daño causado.

(Nosotros les daremos la bienvenida con los brazos abiertos, porque las ciencias médicas no tienen credos, límites ni fronteras.

La Asociación Médica Hondureña acordó extenderle el diploma de Socio Honorario haciendo la entrega en la Cena ofrecida en su honor.

La Escuela de Medicina le ofreció un agazajo en el Casino Hondureño y el Capítulo Hondureño del Colegio Internacional de Cirujanos, del que es miembro el Dr. Lowsley le obsequió un almuerzo.

La simpatía, cordialidad y sobre todo la sapiencia y habilidad, quirúrgica de nuestro huésped le granjearon el afecto y admiración de cuantos le tratamos. Eminencias de esa clase necesita el país atraer; maestros no sólo en la especialidad que ejercitan sino en el arte de saber conquistar los corazones por la amplitud del espíritu, por la refinada educación, por la gracia de sus modales, por la sencillez y llanura de su trato, tan extremada que da la impresión de ser viejos camaradas. Nosotros somos gente esquiva -y huraña, maledicente, hosca, de escasa educación; debemos buscar el trato frecuente con personalidades que nos brinden al mismo tiempo que su ciencia el arte de vivir civilizadamente.

Después de realizar una intensa labor en dos días de permanencia y cosechar el aplauso unánime, partió el Dr. Lowsley para El Salvador y Guatemala a cumplir compromisos pactados anteriormente y de la misma naturaleza del contraído con nuestro país.

(Satisfecho de su estancia en Tegucigalpa por su actuación científica y social, después de recibir en persona los más cálidos homenajes de admiración, se fue el Dr. Lowsley prometiéndonos volver el año próximo con las mismas desinteresadas intenciones de ahora.

La Revista Médica Hondureña, al publicar su fotograbado, lo ha incluido entre los Socios Honorarios de la Asociación y en breve publicará un trabajo original de él.

S. PAREDES P.

Perforaciones del Esófago por Ingestión de Cuerpos Extraños

Por el DR. GUSTAVO-ADOLFO ZUNIGA

A pesar de su dilatabilidad y relativa gran-anchura, el esófago puede alojar cuerpos extraños diversos que al ser deglutidos quedan enclavados en el conducto originando complicaciones más órnenos graves que pueden ser de dos clases: HEMORRAGIAS por herida de un vaso importante o INFECCIONES consecutivas a la perforación del conducto: abscesos periesofágicos, mediastinitis, etc.

Los cuerpos extraños quedan detenidos con frecuencia en el paso de la faringe al esófago, pero también pueden hacerlo en cualquier otro punto sobre todo si son puntiagudos o de borde agudo, lo cual va acompañado de mayores peligros.

En los últimos dos años he tenido oportunidad de observar tres casos, de heridas del esófago producidas por diversos cuerpos extraños ingeridos accidentalmente; todos en enfermos adultos, de los cuáles uno nos fue arrebatado por hemorragia fulminante antes de intervenir; siendo los otros una anciana que sucumbió días después a la esofagotomía y un muchacho que hizo un flemón del cuello por perforación de la viscera.

HEMORRAGIA DEL ESÓFAGO CONSECUTIVA A HERIDA POR UN CUERPO EXTRAÑO

E. C, originario de España, panadero y de 57 años ingresa el día 9 de agosto a La Policlínica, quejándose de disfagia y dolor en el pecho.

Refiere que en el curso del almuerzo, el que ingería con voracidad, sintió que un cuerpo extraño duro e hiriente pasaba por su garganta, originándole dolor intenso -en el pecho, —que le obligó a levantarse de la mesa. Que no obstante los esfuerzos de deglución no logró quitar la molestia, imposibilitándosele la ingestión de todo alimento inclusive los líquidos.

En vista de su estado ingresa a La Policlínica en donde se obtuvieron los datos clínicos siguientes:

Como signos subjetivos, dolor retro-esternal continuo, que no se calma con ninguna actitud y que se exacerba con los movimientos, de deglución, propagado algunas veces a la espalda y a los hombros; salibeo continuo y disfagia hasta para los líquidos.

Se suministra morfina para calmar el dolor e inyecciones de Eupaco, previa preparación a una fluroscopia con comida opaca. Se localiza la lesión a nivel del tercio medio del conducto donde un espasmo infranqueable impide el paso del bario, que es vomitado por el enfermo. Se recomienda más antiespasmódicos. para repetir el examen al día siguiente, bolsa caliente presternal y morfina, la indispensable para mantener tranquilo al enfermo.

En esa misma noche el paciente acusa dolor intolerable que le arranca gritos, llama repetidas veces, suministrándosele doble dosis de morfina (0.02 con lo que nada se consigue. Dos horas después muere repentinamente consecutiva a una hematemesis cataclísmica, fracasando toda terapéutica.

HERIDA PERFORANTE DEL ESÓFAGO CON PERI-ESOFAGITIS GANGRENOSA

Se trata de una enferma de 60 años aproximadamente, quien se presenta al Servicio de Cirugía del Hospital General, quejándose de disfagia y dolor en el cuello.

Nos refiere que tomando a grandes sorbos "caldo de carne de olla" en el que habían algunos fragmentos de hueso, tubo la mala suerte de ingerir uno de ellos, originándole instantáneamente tos e imposibilidad para tragar. No obstante sus esfuerzos no pudo conseguir que el intruso pasara de su garganta, donde cada intento de deglución le originaba dolor intolerable. Cuatro días permaneció en tal situación aplicándose remedios caseros, por cuyo fracaso desidió ingresar al Hospital General.

Examinada la paciente, se encontró disfagia completa para los sólidos, pudiendo ingerir líquidos aunque con gran dolor que se manifiesta localizado en la base del cuello. Explorando el cuello se aprecia edema moderado y duro que borrados esternocleididos donde se aprecia dolor a la palpación. La termometría acusa temperatura moderada.

Se suministra inyecciones de morfina y tabletas de Sulfamidyl para combatir la infección que se inicia.

La Radiografía obtenida de la región cervical, descubre un cuerpo extraño alargado y plano, situado de canto a nivel de las últimas cervicales y al lado izquierdo de la línea media. En la radiografía lateral no traspasa el esófago torácico.

En vista de la clara localización se decide a operar, interviniendo el Prof. S. Paredes, con una esofagostomía cervical: insición en el borde posterior del esternocleido de aproximadamente 5 centímetros, seguida de disección cuidadosa de los planos musculares, El conducto fue abordado justamente a nivel del cuerpo extraño que fue extraído, donde se encontró un proceso de peri-esofagitis gangrenosa manifestada por el aspecto y el olor a esfácelo. La herida operatoria fue drenada después de practicada la hemostasia.

Dos días después la enferma sucumbe por hemorragia consecutiva al proceso gangrenoso que continuó en el cuello necrosando los grandes vasos.

FLEMÓN DEL CUELLO CONSECUTIVO A PERFORACIÓN DEL ESÓFAGO

El día 15 de Agosto, se presenta a La Policlínica, T. R., de 25 años, Maestro de Escuela, originario de Danlí porque ingirió accidentalmente un fragmento de hueso.

Refiere que durante una ingestión precipitada de alimentos, un cuerpo extraño (hueso de pollo) se le enclavó en la región del cuello, originándole dolor intenso y sofocación momentánea. Dos días permaneció sin poder ingerir bocado, época en la cual apareció dolor más acentuado y tumefacción en la base del cuello, seguida horas después de intenso escalofrío y dolor lancinante en la garganta. En la mañana siguiente, el dolor continúa la temperatura se hace más manifiesta, por lo que decide ingresar a La Policlínica el 15 de agosto de 1943.

Como signos físicos se aprecian: tumefacción del cuello predominando en el lado derecho a nivel del tercio inferior del esternocleidomastoideo. Dolor notable a nivel de la base del mismo que aumenta durante los intentos de deglución, salibeo continuo y tos con disfonía.

Se suministra antiespasmódicos: ampollas de Eupaco y Morfina (0.01) y se hace una fluoroscopia del esófago con comida opaca: el bario no pasa al esófago torácico, quedando detenido en la región cervical. No se manifestó presencia de cuerpo extraño.

En el curso de 8 días se suministra al enfermo 3 gramos de Sulfamidyl, durante los cuales desciende la temperatura y se modifica notablemente el edema del cuello y la disfagia; el enfermo puede ingerir alimento y duerme notablemente.

En vista de que la tumoración no se resolvía se procede a la intervención: Infiltración de la piel con Solución de Novocaína al 2% seguida de insición paralela al borde anterior del esternocleido, disección de los músculos con la que se llegó a una cavidad que derramó un pus fétido. Drenaje y curaciones con aplicaciones de polvo de Sulfamidyl. Curó en 15 días.

C O M E N T A R I O S

Refiriéndose a las hemorragias por perforaciones del esófago Poulet y Navot, —que lograron reunir 42 observaciones— afirman que la causa más frecuente de la hematemesis son: las lesiones de la aorta a causa de sus inmediatas relaciones con las porciones estrechas; las heridas de las carótidas (6 casos reunidos por Koenig), y la arteria pulmonar o la vena cava.

Es notable el hecho que dichas hemorragias raramente son inmediatas; el accidente sobreviene casi siempre al cabo de 5 o 6 días, pudiéndose presentar aun en época más lejana. En uno de nuestros casos la hemorragia se hizo 12 horas después, probablemente por perforación de la carótidas si tomamos en cuenta lo fulminante de la hematemesis y lo rápido de la muerte.

Son, en segundo término, las infecciones consecutivas a la perforación las que ocasionan la muerte del enfermo; las que pueden conducir a la peri-esofagitis difusa, abscesos periesofágicos o a la mediastinitis si la lesión radica en el esófago torácico.

En los dos casos de infecciones periesofágicas que tuvimos oportunidad de observar y que fue en los que se intervino; la indicación.

Toxemia Gaseosa

Desde hace siglos se conoce muy bien la gangrena gaseosa, complicación gravísima de los traumatismos con gran atrición de las partes blandas; durante la era microbiana se describieron los gérmenes productores, se afirmó que era una enfermedad específica producida por el Vibrión séptico descrito por Pasteur y encontrado más tarde por Koch y Gafky quienes le llamaron Bacilo del edema maligno. Tal creencia fue desvanecida cuando se demostró que \ otros muchos gérmenes eran capaces de producirla, tales son el Bacilus enfisematosus maligni de Fraenkel, llamado por Veillon y Zuber Bacilus Perfringens y por los autores anglo-americanos Bacilus aerogenes capsulatus de Welch y Nuttal o Bacilo Welchii, los bacilos edematis, bellonensis, sporigenes, putrificus, histoliticus.

Los cultivos de ellos son negativos y sólo se encuentran en la sangre en el período agónico.

Pasteur llamaba a la gangrena gaseosa Putrefacción en el vivo.

Parece que los anaerobios no se desarrollan sino en terreno adecuado; el mejor son los músculos machacados. Las asociaciones microbianas con gérmenes aerobios son más, eficaces para el desarrollo del mal.

El cuadro clínico de la gangrena gaseosa es típico y casi inconfundible: escalofríos, fiebre elevada, agitación, delirio, disnea, taquicardia, arritmia, ansiedad, pérdida del valor, facies alterado, orina escasa, tumefacción enfisematosa, fina crepitación gaseosa, piel tendida y brillante, manchas lívidas, bronceadas —erisipela bronceada de Velpau— cubierta de flictenas con serosidad sanguinolenta.

Dura la enfermedad en los casos fulminantes de 12 a 24 horas, pero a veces se prolonga hasta 4 o 5 días, jamás, se encuentra pus. A la autopsia no se encuentran gérmenes en las vísceras pero sí degeneración aguda. La producción de gas es debida a enzimas microbianas. La apendicitis gangrenosa es debida a los anaerobios.

Lo anterior es el conocimiento adquirido sobre gangrena gaseosa en los grandes traumatismos, principalmente en los de guerra.

Los tratados clásicos de Patología del siglo pasado no mencionan las gangrenas producidas en los sitios donde se hacen inyecciones intramusculares atribuidas al medicamento o a la falta de asepsia del operador. Un autor moderno, Tejerina Fotheringham, Profesor titular de Patología Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Rosario, República Argentina, en su reciente libro —Ope-

de la esofagotomía cervical externa era precisa; lamentándose una I defunción más por el proceso gangrenoso que necrozó los grandes vasos.

Tegucigalpa, D. C, 27 de agosto de 1943.

raciones Urgentes— ilustra la cuestión y de él tomamos los siguientes datos: "en 1935 un tribunal francés condenó un médico como responsable de homicidio por imprudencia, se alegaba que la muerte del paciente ocurría por gangrena gaseosa a consecuencia de una inyección de adrenalina. La sentencia no se hizo al gusto del peticionario pero sí por haberse practicado anestesia raquídea para extirpar un higroma de la rodilla, demasiada anestesia para tan leve afección. La adrenalina se había inyectado para evitar la hipotensión, antes de la raquianestesia. Desde entonces, a raíz de un artículo de Besredka comentando el juicio, se han multiplicado las observaciones de gangrena gaseosa provocada por la inyección de agentes medicamentosos varios. *Al conocerse el mecanismo, no puede hablarse de culpabilidad profesional.* El primer caso se publicó en 1882; en 1833 llegaban a 60, en 36 subieron a 83 y sólo el año 37 se registraron 20 observaciones más. Observación extractada del Dr. Tejerina: Individuo de 42 años, antiguo asmático, se inyecta él mismo una ampolla de adrenalina al 1 por mil en la región antero-externa, tercio medio del muslo derecho, la tarde del 7 de Enero del 37; a las 7 a. m. del día siguiente se aprecia extraordinaria tumefacción de consistencia leñosa, muy dolorosa, tamaño de cabeza de feto, la piel de aspecto normal, en los contornos escasa y fina crepitación gaseosa; a las 8.30 escalofríos repetidos, vómitos, taquicardia, 38⁴; a las 6 p. m. se aprecia piel distendida, crepitación gaseosa desde el dorso del pie hasta arriba del pliegue crural, pésimo estado general, pulso 14D, disnea, cianosis, enfriamiento de extremidades; se aplican 30 ce. de suero antigangrenoso mezclado a 500 c.c. de suero fisiológico endovenoso y 50 ce. en los glutos afectados; se opera con éter; se reseca piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y masas musculares gangrenadas cortando sobre tejidos sanos; el músculo necrosado tiene color violáceo oscuro, en parte verdoso, infiltrado de apreciable cantidad de gas fétido; se hace hemostasia, se lava con agua oxigenada, se deja abierta la herida y ordena compresas empapadas en agua oxigenada. A pesar de abundantes inyecciones de suero antigangrenoso, estimulantes y abundantes fluidos, el paciente fallece al día siguiente de toxemia. El examen bacteriológico de un fragmento de músculo esfacelado sólo mostró Bacilo perfringens. Resumen: gangrena gaseosa provocada por Bacilus perfringens a consecuencia de inyección de adrenalina que termina por muerte en menos de 48 horas de evolución.

La mortalidad registrada en casos semejantes es de 94%.

Medicamentos-que la producen Adrenalina; 23%; Cafeína, 21.7%; en proporciones menores: Morfina, Digitalina, Quinina, Alcanfor, Esparteína, Escopolamina, Calcio, Aceite y Éter.

Según el autor que transcribimos, el mecanismo de la gangrena gaseosa por inyecciones está definitivamente resuelto. Excepcionalmente, gérmenes de la putrefacción llegan, a la intimidad de los tejidos por una inyección sin cuidados habituales; la enfermedad, se produce con inyecciones efectuadas con rigurosa asepsia; los

agentes microbianos llegan a los tejidos dañados por el medicamento por la vía hemática, según lo prueba Grasso en su estudio experimental. Los gérmenes anaerobios pueden llegar a producir gangrena gaseosa en cualquier foco de modificación o atrición muscular sin herida concomitante, lo prueba Lecene en un caso de contusión grave de la pierna sin solución de continuidad. Los agentes medicamentosos tendrían a su cargo la mortificación de los tejidos que los reciben preparando el terreno, condición fundamental.

Los gérmenes parten del tubo digestivo, pasan a la circulación a través de la mucosa intestinal alterada o no y se detienen en los tejidos mallugados y en vía de necrosis. La prueba más concluyente de esta manera de contemplar la gangrena gaseosa es que el Bacilo Perfringens es el único responsable, raras veces se le ha visto asociado a cocos; es huésped habitual del intestino del hombre. En esta gangrena por infección metastásica no podrían intervenir los anaerobios que participan en la infección gangrenosa de las heridas accidentales, que desde el suelo son arrastrados hacia el fondo y las paredes del foco traumático (vibrión séptico, bacilus histoliticus, etc.)

La importancia de señalar el Bacilo perfringens como responsable exclusivo de esta modalidad clínica de gangrena, diferente de la otra —poli microbiana— ' tiene sus repercusiones terapéuticas: hacer aeroterapia, exclusivamente con suero antiperfringens con buenas y reiteradas dosis, sin esperar las investigaciones de laboratorio que requieren en los mejores casos 3 días. Tratamiento operatorio: exéresis amplia, amputación frecuentemente de necesidad en el período de gangrena. Hasta aquí lo copiado del Profesor Tejerina.

enormemente por la tarde, abierto y drenado al momento, se agrava esa noche, se vuelve icterico, y fallece de toxemia la noche siguiente. Total, 72 horas de evolución.

El hemo-cultivo fue negativo. En el frotis se encontró *Bacillus Perfringens* solamente.

El otro caso se refiere al Arsobispo de Tegucigalpa, - Monseñor Agustín Hombach, quien padeciendo desde muchos años antes de amibiasis crónica con brotes frecuentes de Disentería aguda, se hizo inyectar un día del mes de Octubre de 1933 una ampolla de emetina en el hospital general. 48 horas después estallaron fenómenos semejates a los referidos, en el brazo izquierdo que a pesar de un tratamiento activo concluyeron con su vida en 3 días. Era un hombre de 50 años, fuerte, sano, de costumbres moderadas, sin taras de ningún género. Se encontró *perfringens* en un frotis. En ninguno de estos pacientes hubo supuración, ni se encontraron, gérmenes microbianos en la sangre. Ambos fallecieron por toxemia gaseosa a *Perfringens*.

C O M E N T A R I O

Ninguno de estos dos casos pueden incluirse en las descripciones de gangrena gaseosa traumática ni en la de gangrena consecutiva a inyección medicamentosa descritas anteriormente.

La gangrena no llegó a hacerse, en cambio, la formación de gaz fue rápida y abundante. Los fenómenos de toxemia precoces e intensos; el *Perfringens* se encontró como causante único. Por tales razones no encuentro correcto llamar a estos casos referidos gangrena gaseosa y prefiero nombrarlos Toxemia gaseosa o Toxemia por infección de *Perfringens* consecutiva a inyección medicamentosa.

Agosto de 1943.

S. PAREDES P.

La Clínica y sus Contrastes

Por el DR. JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ,

*Médico Militar (retirado) del Ejército Español.
Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Honduras
(C. A.), y antes en la de Barcelona, (España).*

(Continuación)

LO QUE HAY Y LO QUE NO HAY EN LA CLÍNICA CENTROAMERICANA

De lo expuesto en ocasiones anteriores (1) se deduce concretamente, que a nuestro modo de ver la Clínica de C. A., ofrece las características siguientes:

1°—NO TIENE enfermedades propias (2).

2°—Está LIBRE de las llamadas "afecciones tropicales."

3°—Los padecimientos infecciosos vulgares (estrepto y estafilococcias, pneumo y gonococcias, etc.) que cuando se manifiestan en los países cálidos o en los Trópicos son, al decir de los Tratadistas muy virulentos, frecuentemente asociados entre sí, extraordinariamente contagiosos y dan lugar a menudo a epidemias con mortalidad elevada, NO TIENEN en C. A., a pesar de su posición *geográfica* netamente tropical, tales caracteres de malignidad.; afectan por el contrario una benignidad asombrosa, que puede asegurarse no solamente que NO surgen y evolucionan del temible "modo tropical" que los autores señalan, sino que en NINGUNO de aquellos aspectos alcanzan la moderada intensidad que habitualmente tienen en Europa.

4°—Los procesos que la integran predominantemente y de ordinario son asimilables a los que describe la Patología Universal pero notablemente DISMINUIDOS en intensidad y número.

5°—En compensación a la escasa diversidad de entidades morbosas observables en ella, las por lo general BENIGNAS que constituyen la enfermería habitual, están difundidísimas; de tal manera, que siendo pocas las *enfermedades*, el número de *enfermos*,

(1) Véase: «Los contrastes de la Clínica». —Dr. José Gómez-Márquez — REVISTA MEDICA HONDURENA — números 103 a 106, 1942-43.

(2) El caso excepcional de la Oncocercosis para Guatemala y México, será examinado oportunamente, ahora hemos creído deber omitirlo para no enturbiar los conceptos generales que tratamos de exponer, y esperamos examinar en detalle más adelante.

es sensiblemente el mismo que correspondería a igualdad de Población a cualquier lugar de Europa sometido al módulo de morbilidad expresado en Patología.

El carácter fundamental, pues, de la Clínica 'centroamericana, es del orden NEGATIVO; su personalidad NO deriva de que en ella se aprecien enfermedades "nuevas" o poco conocidas, NI de que las "tropicales" tengan un desarrollo particularmente intenso, NI de que las infecciones vulgares llamadas *metropolitanas* por los autores europeos evolucionen a la gravísima *manera* "tropical," sino precisamente en TODO LO CONTRARIO; lo que sorprende y atrae NO, es lo que se VE, SINO LO QUE NO SE VE, o por que falta del todo o porque no es frecuente; y lo que más robustece y afianza su personalidad *es* la perfecta CONGRUENCIA entre todas sus anomalías.

Como sería muy largo y difícil explicar mediante simples razonamientos qué sentido y significación tiene para nosotros en este caso el término CONGRUENCIA, y por otra parte es indispensable que no queden vaguedades acerca del mismo en el momento de leer al detalle cada uno de los capítulos sucesivos, procuraremos visualizarlo mediante reflexiones y ejemplos.

A los "expresados fines, tomaremos como puntos, de partida la Patología de las afecciones cardiovasculares, examinándola en sus líneas generales y en ciertos aspectos de las mismas.

En su calidad de fenómenos morbosos, los padecimientos del aparato cardiovascular, como los de los demás aparatos, solo se constituyen y manifiestan cuando nuestro organismo cae bajo la acción de las causas que habitualmente los originan; la existencia, rareza o frecuencia de las afecciones del corazón y de los vasos en un lugar cualquiera del Globo, ha de estar necesariamente supeitada, pues, a la presencia, escasez o abundancia en el mismo, de los agentes etiológicos que Según opinión unánime de los autores manifiestan un tropismo especial por este aparato; y como aparte de otros muchos más o menos discutibles e importantes es evidente que en todos los Tratados de Patología se admiten como causas preponderantes de las enfermedades del corazón y de los vasos EL REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO (en lo sucesivo lo denominaremos "&") y la SÍFILIS (en adelante la llamaremos "S") tendremos que admitir con arreglo a la lógica que los procesos cardiovasculares serán abundantes o raros en un lugar determinado de la Tierra, al mismo compás, que lo sean el "R" y la "S"; o lo que es igual: QUE EN" AUSENCIA DE CAUSAS LOCALES ESPECIALES Y PROPIAS capaces de afectar al corazón y los vasos en un país determinado, podrá juzgarse indirectamente de la importancia y extensión que en él tengan 'las afecciones cardio-vasculares midiéndola ¡por las que en el mismo alcancen, el "R" y la "S."

El paralelismo entre la cifra de enfermos cardio-vasculares y las de reumáticos y sifilíticos en los diferentes países, no es simplemente una deducción teórica más o menos razonable; está admitido y reconocido con carácter de universalidad por todos los autores, y basta hojear un Tratado medianamente completo de Patología en busca de los datos correspondientes para comprobar que así es.

Este carácter de proporcionalidad entre los mencionados padecimientos causales y los cardio-vasculares respectivos se puede poner en evidencia con notable claridad gracias a la aptencia en cierto modo específica y divergente que muestran el "R" y la "S" en relación con los diferentes tramos del sistema circulatorio.

Como interesa muy singularmente a nuestros fines -hacer que se destaquen netamente estas particularidades, recordaremos siguiendo siempre a los autores, en aquellos aspectos en los que como en éste el acuerdo sea unánime entre ellos, que *de un modo general*'.

1°—El "R," tiene especial predilección por el pericardio y el endocardio y en relación con este último prefiere él que tapiza las cavidades izquierdas, y de manera casi electiva, el que corresponde a las válvulas de la mitral; los enfermos del aparato circulatorio a consecuencia del "R," lo serán *casi siempre del corazón*, y fuera de un porcentaje no muy grande de pancardíticos y otro algo mayor de pericardíticos, *la gran mayoría de los restantes serán murales y se manifestarán en clínica con el cuadro clásico, inconfundible e "inocultable" del síndrome mitral, esté compensado o no.*

2°—La "S" en su forma adquirida y tanto más cuanto más vieja se hace, tiene un marcado tropismo por la totalidad del sistema, pero raras veces lo invade de manera uniforme; generalmente se presenta en clínica, bajo cualquiera de las siguientes formas;

a) Localización cardio-aórtica con alteraciones en las sigmoideas izquierdas y las correspondientes estrechez o insuficiencia aórticas, o la yuxtaposición de ambas; *el síndrome orificial aórtico tan típico como el mitral y tanto o más rico, que él en signos re-veladores lo pondrá en evidencia.*

b) Localización preferentemente aórtica y en las coronarias y muy pequeña o nula participación cardíaca y en el resto del sistema vascular; como en el caso a), *el padecimiento se traducirá por el síndrome aórtico menos los signos correspondientes a la auscultación precordial; y la ausencia de estos últimos estará de sobras compensada ;por la presencia ;de los también auscultanos y propios de la dilatación ,o el aneurisma .aórticos, y según la topografía de estos últimos y partiendo ;del centro a la periferia, por los correspondientes a las crisis \de angor .pectoris, al síndrome del cayado aórtico, al mediastinal, vertebral, abdómino-pelviano, etc.*

c) Localización predominantemente vascular afectando preferentemente a los vasos medianos y pequeños desde los coronarios a los de las extremidades; y entre éstas y en la cefálica a los pertenecientes a su APÉNDICE OCULAR, dignos éstos de ser men-

cionados especialmente, por contribuir en parte a formar un grupo el de las arterias retinianas) [que nos brinda el privilegio, *único para todo el organismo*, de permitirnos verles INCRUENTA, DIRECTAMENTE Y EN VIDA mediante el examen oftalmoscópico; y también porque gracias a éste, además de sernos posible ver con toda claridad y precisión vasos tan profundos como los retinianos situados a pocos milímetros del encéfalo y 'participando, por provenir de ella, en todos los trastornos de la circulación sanguínea intra-craneal, podemos observar con gran amplificación y notable nitidez, LAS MAS FINAS ALTERACIONES DE LAS PAREDES VASCULARES, LOS MOVIMIENTOS DE EXPANSIÓN Y RETRACCIÓN RÍTMICA DE LAS ARTERIAS RETINIANAS LATIENDO AL COMPÁS DEL SÍSTOLE CARDIACO, EL PULSO DE CORRIGAN, LA PROPIA CORRIENTE SANGUÍNEA E INCLUSO LOS HEMATÍES EN LOS SEGMENTOS VASCULARES *NO AFECTADOS* (sabido es que los vasos retinianos normales son transparentes y Que lo que llamamos arterias y venas de la retina cuando examinamos el fondo del ojo al oftalmoscopio, no son vasos sino las propias columnas sanguíneas vistas a través de las paredes de aquéllos, de igual modo que vemos roja a una pipeta incolora y transparente cuando ya llenamos de sangre; una mancha sobre la pipeta o una lesión de la pared del vaso, se verán muy bien por contraste sobre el fondo rojo de la sangre, tanto si ésta se halla contenida en la pipeta, como en el interior del vaso) LAS OBSTRUCCIONES DE LOS VASOS POR EMBOLIA Y TROMBOSIS Y EN MUCHOS CASOS EL PROPIO EMBOLO CON SUS PEQUEÑOS MOVIMIENTOS RÍTMICOS DE AVANCE Y RETROCESO, SINCRÓNICOS CON LAS REVOLUCIONES CARDIACAS; PODEMOS FINALMENTE MEDIR LA PRESIÓN EN LAS ARTERIAS CENTRALES DE LA RETINA, CON TANTA O MAYOR EXACTITUD QUE LO HACEMOS USANDO CUALQUIER MODELO DE ESPIOMOMANOMETRO; PRACTICAR LA OSCILOMETRIA Y OBTENER MEDIANTE ELLA LAS PRESIONES ARTERIALES MÁXIMA MEDIA, Y MÍNIMA; *MEDIR LA RIGIDEZ DE LAS PAREDES ARTERIALES* (ÍNDICE DE FRITZ) Y POR ULTIMO. COMPARAR LAS CIFRAS DE PRESIÓN EN LAS ARTERIAS CENTRALES DE LA RETINA CON LA QUE SE OBTENGA MEDIANTE LA ESFIGMOMANOMETRIA U OSCILOMETRIA GENERAL (ÚNICO PROCEDIMIENTO HASTA HOY DE DIAGNOSTICAR LA ¡HIPERTENSIÓN ARTERIAL "SOLITARIA" DE LAS REDES CAROTIDEAS INTERNAS, Y QUE AUNQUE SOLO FUESE ESTO DEBÍA SER CONOCIDO Y PRACTICAR POR TODOS LOS MÉDICOS GENERALES. (1)

- (1) A quienes se interesen por conocer la técnica de esta exploración según el método de Bailliart (el más perfecto) y las ventajas prácticas de la misma sin hacer grandes esfuerzos, les recomendamos por su sencillez y grafismo, la lectura de nuestro discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona titulado «LOS CARACTERES DEL

La exteriorización sintomatológica de las lesiones localizadas en la casi totalidad de los medianos y pequeños vasos del sistema aórtico será como se comprende aún más escandalosa que la correspondiente a los Síndromes aórtico y mitral de los casos b) y a), anteriormente citados y unas veces se pondrá de manifiesto a nuestros ojos por la arterioesclerosis (CON O SIN HIPERTENSIÓN ARTERIAL) y sus variadísimas manifestaciones y otras se hará ostensible por las inevitables lesiones cirróticas viscerales con sus respectivos síndromes (renal, hepático, cardíaco, etc.)

3°—"La "S" en su forma congénita o hereditaria, desempeña en patología cardio-vascular un papel infinitamente menor que en 3a adquirida y muchísimo menor también que el "R"; en su calidad de "S" ya más o menos envejecida desde su iniciación, parece no tener por lo general el vigor suficiente para afectar hondamente y con carácter de difusión, a los vasos medianos y pequeños (ausencia o levedad de lesiones viscerales cirróticas, de arterioesclerosis con o sin hipertensión); sus apetencias vasculares quedan saturadas en el arranque y más o menos a lo largo del propio tronco aórtico en donde determinan moderadas dilataciones y aneurismas raras veces grandes; por lo que al corazón se refiere (aparte de las mal formaciones congénitas que a pesar de su innegable frecuencia no haremos más que mencionar en esta, ocasión por impedir la mayoría de las veces la viabilidad del feto o determinar la muerte poco después del nacimiento) diremos, que también puede *ser* invadido; pero siempre con la débil intensidad que para los gruesos vasos hemos descrito, y sin perder el tropismo "de familia" por el orificio aórtico.

Como resumen de esta digresión, evidentemente demasiado extensa pero necesaria, y siguiendo siempre la opinión unánime de los Tratadistas (1), puede afirmarse:

-
- (1) Por aversión irreprimible contra las exhibiciones bibliográficas (cuando no son 'absolutamente necesarias o muy convenientes) y por estar refiriéndonos a un orden elemental de conocimientos médicos generales contenidos en todos los Tratados de Patología, no citamos a ningún autor especialmente; lo que no significa, que no estemos dispuestos si así se nos pide, a decir en dónde podrá encontrarse documentación adecuada para fundamentar cualquiera de los puntos a que venimos haciendo referencia.

SO RETENÍALO EN PATOLOGÍA INTRACRANEAL». Véase: «Los Profesores de la .Clínica» No. 218 — Madrid, 1930. Como en las circunstancias actuales sólo en las grandes bibliotecas de EE. XJU. sería posible obtener copias de este trabajo, diremos que sabemos con certeza que en las .proximidades de la misma fecha fue reproducido por lo menos, por «Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos» de Barcelona, por «La

1°—La abundancia de los procesos cardio-vasculares en cualquier lugar de la Tierra, es proporcional al número y extensión que alcancen en aquél, los agentes etiológicos que habitualmente las engendran.

2°—El "R" y la "S" en su forma adquirida, son los dos padecimientos generales que con más frecuencia y en mayor número de casos lesionan el aparato cardio-vascular.

3°—El "R," tiene en general un tropismo muy marcado por las serosas cardíacas y de preferencia por la endocárdica y en el orificio aurículo ventricular izquierdo o mitral; la "6," manifiesta igual apetencia por el corazón izquierdo pero en el orificio aórtico, y también gusta del sistema arterial aórtico en su totalidad.

4°—La constancia de las complicaciones cardio-vascular es en el "R" y la "S," la diversidad de sus localizaciones y el carácter de reciprocidad en sus enlaces son tales, que no es posible concebir una Clínica en la que siendo *habituales* el reumatismo *poliarticular agudo* y la sífilis *adquirida* en su calidad de infecciones generales, no se aprecian a la vez y en las proporciones ya establecidas los numerosos padecimientos que les corresponden.

5°—La apreciación de la frecuencia de la "R" y la "S" y por consiguiente de sus complicaciones, cardio-vasculares respectivas, no corresponde ni puede ser transferida al Médico general, al Sifiliógrafo o al Cardiólogo ni a ningún otro Especialista-; porque si bien es cierto que en los períodos de brote o agudización de ambas infecciones serán los dos primeros los llamados a entender en ellas,, y cuando predominen los trastornos circulatorios corresponderá intervenir al Cardiólogo, es también evidente que fu-era de aquellos períodos, quienes las verán más a menudo serán otros Especialistas y muy particularmente los Oftalmólogos; la duración extraordinaria de estos padecimientos y la variedad de sus localizaciones explica suficientemente estos hechos, y justifica y exige que sean del dominio y jurisdicción de TODOS LOS MÉDICOS.

Las consideraciones y reflexiones precedentes cuya vulgaridad somos los primeros en reconocer no deben estimarse en este caso como un conjunto de divagaciones innecesarias que deberíamos haber ahorrado a nuestros lectores; sabemos bien que todo lo que hemos dicho no es ni representa otra cosa que el resultado de la aplicación a la clínica de los rudimentarios principios de Patología general que constituye la base del razonamiento Médico ordi-

Practique Médicale Française» de París, y en América, por la Revista Cubana de Oftalmología.

Por nuestro frecuente contacto hasta 1938 con el profesor Bailliart de París y por las más recientes informaciones bibliográficas, podemos asegurar que a pesar de los 13 años transcurridos nuestro trabajo de referencia, puede ser consultado hoy, con igual utilidad que en la época de su publicación.

nario; si a pesar de ser conscientes del carácter elemental de las ideas que hemos puesto en juego para elaborar la extensísima digresión anterior nos hemos permitido traerla aquí, ha sido precisamente porque considerábamos indispensable al logro de nuestros propósitos, que antes de entrar de lleno en él estudio de las materias que nos han de ocupar se despertase en el ánimo de nuestros lectores y les quedase bien grabada la sensación de que lo que estamos haciendo no es otra cosa que movilizar y barajar conceptos del orden primario en Medicina y que al servirnos de ellos conocemos perfectamente su modesta categoría; emprender, pues, la inmensa tarea que nos hemos impuesto, no significa que hayamos caído en la insigne insensatez de considerarnos sin más ni más, aptos para todo; sabemos qué es "no saber," y no hemos olvidado el respeto que nos merecen los demás, y el que nos debemos a nosotros mismos; dirigir nuestros esfuerzos en el sentido que lo estamos haciendo, no expresa otra, cosa que el deseo de contribuir al conocimiento de la Patología propia de la región, y la firme creencia de que sin sobrepasar los reducidos límites del campo de la medicina general común a todos, podemos hacerlo, bastando para ello con dar a conocer las diferencias que venimos apreciando entre las Clínicas cosmopolitas que nos eran familiares, y la centroamericana mirando a esta última desde HONDURAS y a través, NO de la Patología "Ocular" sino de la de la totalidad del "Aparato de la visión," conjugando, como es de rigor y en cada caso, los resultados de las observaciones practicadas en éste, con los de las exploraciones generales adecuadas y al alcance de nuestras posibilidades.

Si reemprendemos ahora (ya una vez definida claramente nuestra posición) el estudio del "R" y la "S" con sus respectivas complicaciones cardio-vasculares, comenzaremos a percibir la conveniencia de realizarlo en el sentido que lo hacemos, y pronto nos daremos cuenta de la utilidad que puede reportarnos en el campo de la práctica.

Como no obstante su común apetencia por el aparato cardiovascular, el "R" y la "S" manifiestan en cuanto a su localización sobre aquél predilecciones divergentes; y **por** esta y otras causas los procesos que originan difieren mucho entre sí y en múltiples aspectos, examinaremos los problemas que nos interesan, refiriéndonos a cada uno de ellos separadamente; a tales fines comenzaremos por el

REUMATISMO

Ya dijimos en un principio que todo lo que representásemos por "R" significaría REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO simplemente; queríamos con tal prevención aislar *la forma de reumatismo-*

a la cual parece que se habían referido los Autores para determinar las íntimas relaciones existentes entre el reumatismo y las enfermedades del corazón; nuestra intención era "tener entre las manos" una entidad morbosa en cierto modo fija, para hacer recaer sobre ella cuanto hubiésemos de decir sobre el particular y que se nos comprendiese mas fácilmente y mejor; pero esto que como esquema auxiliar de la exposición era disculpable, no puede ser sostenido como eje de toda una argumentación; a menos que de esquema lo elevemos a tesis, previos los razonamientos que lo justifiquen.

La expresión REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO (por abreviación "R") es demasiado vaga en relación con el estado actual de nuestros conocimientos; el cuadro del reumatismo en general se ha ensanchado tanto, y en el caso concreto de la forma poliarticular comprende a tantas, variedades y tipos, que si no precisamos .antes de continuar a cuál o cuáles de loa poliartículares nos hemos estado refiriendo bajo la inicial "R," todo el andamiaje de nuestros razonamientos vendrá a tierra, y con él lo que nos resta por decir sobre el presente tema y la mayoría de los que le. han de seguir; porque todos ellos están enlazados entre sí de tal modo que tratar de uno es tanto en relación con los demás, como "tirar del hilo y sacar el ovillo."

Esta aclaración previa, como se ve ineludible, nos obligará a examinar el problema del reumatismo en general; pero ésto, aunque de momento nos retrase en relación con el tema concreto reumatismo-cardiopatías, facilitará enormemente nuestra labor de conjunto, y permitirá que tratemos con soltura de otros aspectos de aquel que han de ocupar nuestra atención largo tiempo: *todo* cuanto afecte a la concepción y a la clínica del reumatismo, ES DE IMPORTANCIA BASICA PARA LA COMPRESIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DE LA PATOLOGÍA CENTROAMERICANA; APARTE DE OTRAS RAZONES, PORQUE LOS SÍNDROMES REUMA TOIDEOS ESTÁN TAN DIFUNDIDOS EN C. A., QUE PUEDE ASEGURARSE QUE A LO MENOS EN GRANDES SECTORES DE ESTA, SERA DIFÍCIL ENCONTRAR NÚCLEOS INPORTANTES DE "NATIVOS" QUE ESTÉN EXENTOS DE ELLOS Y DE OTROS QUE CON LOS MISMOS SE RELACIONAN.

AVANCEMOS PARA INTENTAR MANTENER DESPIERTA LA ATENCIÓN Y CURIOSIDAD DE NUESTROS LECTORES, "QUE A PESAR DE ESTA MORBILIDAD REUMATOIDEA TAN EXTRAORDINARIA LAS AFECCIONES CARDIO-VASCULARES Y NOTABLEMENTE LAS DE LOCALIZAOION MITRAL, SON EXCEPCIONALES -O POR LO MENOS RARAS."

Como para muchos es gratuita y caprichosa toda afirmación - que no vaya acompañada de "pruebas documentales," damos a continuación los datos estadísticos oficiales de mortalidad por reumatismo y afecciones cardiovasculares durante el año 1942, en

Honduras y en Costa Rica; los dos países que a lo que nos imaginamos, constituyen los extremos opuestos de la Patología centro-americana.

En Honduras en el año expresado y para una población que se aproxima al millón y medio de habitantes, la Dirección general de Estadística señala para ambos grupos de enfermedades las cifras siguientes:

Defunciones por <i>reumatismo</i>	152
„ todas las afecciones cardíacas	82

En Costa Rica para igual período y enfermedades y con una población cercana a los setecientos mil habitantes, las cifras de la Dirección general de estadística son. éstas:

Defunciones por <i>reumatismo</i> , enfermedades de la nutrición y de las glándulas endocrinas, otras enfermedades generales y avitaminosis.....	294
Defunciones por enfermedades del <i>aparato circulatorio</i>	738

Aunque los anteriores datos más bien parecen reforzar nuestra tesis que contradecirla, nos apresuramos a declarar que para nosotros valen poco; bien conocidos son los defectos de todas las estadísticas y las reservas con que debemos manejar sus cifras; entre los errores a que nos pueden inducir éstas y aquellos otros que podamos cometer basándonos en observaciones clínicas, preferimos estos últimos como menos probables e importantes. En todo caso, declararemos, que nuestras ideas no surgieron de la contemplación de guarismos sino de la observación en clínica; al presentarlos no hemos querido aducir "pruebas," sino poner a disposición de quienes nos, lean los pocos datos extraños a nosotros mismos que podemos facilitar y que si no afirman tampoco se oponen en principio a la verosimilitud de nuestros puntos de vista.

La interrelación entre el reumatismo y las afecciones cardíacas sobre todo las de localización mitral es innegable y está universalmente admitida por los Autores.

Esta interrelación subsiste en Honduras en sentido NEGATIVO, ■y tiene todo el valor de una *contraprueba*; valiéndonos a falta de Textos de las informaciones verbales obtenidas de los Compañeros 'de diversos Departamentos de esta República y de las que nos vienen siendo facilitadas 'por los alumnos de Oftalmología (ésta se estudia en año séptimo, final de la carrera) pertenecientes a los tres últimos años académicos, tanto el reumatismo poliarticular agudo como las afecciones cardíacas de localización mitral, son excepcionales para unos, raras para otros, y poco frecuentes para los que 'creen haber observado más casos.

Según, nuestra propia experiencia, no podemos juzgar de si existe reumatismo poliarticular agudo o no porque no ejercemos

la Medicina general; pero sí estamos en capacidad de asegurar terminantemente que así como por el interrogatorio directo de los pacientes hemos sabido que entre sus antecedentes próximos o lejanos figuraban *ataques* de amebiasis, parasitosis intestinales, cálculos biliares, apendicitis, uretritis gonocócicas, paludismo, catarros nasales, sinusitis, *conjuntivitis*, amigdalitis, epilepsia, y *síndromes reumatoideos de localización diversa* (en esta enumeración va comprendida la casi totalidad de la Clínica local), nunca nos ha sido posible reconstituir ni aproximadamente el *cuadro clínico* del reumatismo articular agudo, ni hemos visto un solo caso en el que por el examen de las articulaciones pudiesen encontrarse rastros de inflamaciones reumáticas anteriores.

Por lo que al corazón se refiere, nuestras observaciones personales concuerdan con las del grupo de nuestros informantes que consideran excepcionales a las afecciones cardio-vasculares de naturaleza reumática; y decimos que concuerdan por afiliarnos al grupo que está más cercano a nuestras creencias; pero en realidad no hemos visto durante los cuatro años largos que venimos ejerciendo en Honduras, ni un solo caso en el que por el hábito exterior el interrogatorio, las cifras de presión arterial (que tomamos sistemáticamente), el género de afección visual objeto de la consulta, el examen oftalmoscópico, o el resto de la exploración visual y general pertinentes en cada ocasión, nos sintiéramos inclinados a sospechar la existencia de un proceso cardíaco; tampoco podemos citar ni un sólo ejemplo de *hallazgo* durante el curso de nuestras exploraciones, de padecimientos cardio-vasculares imputables al reumatismo, o de rastros o señales de su posible existencia latente.

En líneas generales las informaciones verbales adquiridas respecto a la morbilidad por reumatismo poliarticular y por cardiopatías mitrales, concuerdan bastante aproximadamente con lo que nosotros hemos visto, OBSERVANDO LA CLÍNICA A TRAVÉS DEL APARATO VISUAL.

Las cifras estadísticas anteriormente expuestas, reflejo *oficial* de la mortalidad por reumatismo y cardiopatías durante en año¹ en Honduras y Costa Rica, son aún dentro de su vaguedad notablemente congruentes con las impresiones ajenas y propias que hemos consignado más arriba.

La coincidencia de las informaciones verbales antes mencionadas y de las de orden estadístico con nuestras propias observaciones en el sentido de *afirmar* la PARALELA rareza del reumatismo¹ poliarticular agudo y las cardiopatías mitrales en C. A., unida a la falta de Textos de Patología centroamericanos en qué inspirarnos, nos autorizan a establecer provisionalmente y hasta tanto no se* demuestre lo contrario, los postulados siguientes:

1°—EL REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO Y LAS CARDIOPATÍAS DE LOCALIZACIÓN MITRAL, "NO EXISTEN PRÁCTICAMENTE EN C. A."; esto es cierto para Honduras, y muy probablemente y en proporciones diversas para los restantes países.

2°—El silencio de los Tratadistas en Patología acerca de estas singularidades, no debe ser tenido como prueba de que sean falsas o erróneas nuestras afirmaciones; circunstancias análogas han permitido ya que en otros lugares de la Tierra, se hagan iguales o parecidas observaciones y deducciones, y precisamente en relación con el REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO Y LAS CARDIOPATIAS;

Así tenemos:

Profesor Vaubel de la Universidad de Francfort: el R. P. A., NO existe en los polos y es RARÍSIMO EN LOS "TRÓPICOS."

Distintos Médicos ingleses con referencia a varios lugares del Asia: en China el R. P. A., es RARO, LEVE Y CON "ESCASA TENDENCIA A INVADIR EL CORAZÓN"; lo mismo sucede en la Malaya Inglesa; como dato elocuente mencionamos lo que con referencia a Hong-Kong dice el Profesor Clark: en 33 años y en una estadística total de ciento cincuenta mil enfermos, NO TIENE UNA SOLA OBSERVACIÓN DE R. P. A.

Prof. Hirsch: en Veracruz (México) no existe ni un solo caso de R. P. A.

Por ser muy instructiva y por coincidir con algo que en esta misma REVISTA hemos publicado hará dos años en relación con el tracoma, citaremos; las observaciones de Coburn de Nueva York: En el Sur de los EE. TJJ., NO existe el R. P. A., y sus CARDIOPATIAS; en Miami, se ven algunos casos pero en individuos de la raza blanca.

En Puerto Rico dice el propio Coburn, NO existe el R. P. A. en absoluto; y aquí viene lo interesante en relación con Honduras, y quién sabe con qué trascendencia:

TOMANDO REUMÁTICOS DE SU CLIENTELA EN NUEVA YORK AFECTOS DE R. P. A., Y TRASLADÁNDOLOS A PUERTO RICO, COMPROBÓ COMO YA SUPONÍA, QUE CURABAN DE SU AFECCIÓN ARTICULAR SIN NINGÚN OTEO TRATAMIENTO; vueltos a Nueva York, ENFERMARON DE NUEVO; y repetida la contra-prueba, volvieron a SANAR, a su llegada por segunda vez a Puerto Rico.

En nuestra publicación antes citada, (1) basándonos en la observación de que ningún tracomatoso español, sirio, italiano o polaco, que traspasando las fronteras sanitarias haya llegado a establecerse en Honduras sufre desde que pisa esta tierra de los reverdecimientos que durante toda la vida martirizan al tracomatoso, ni CONTAGIA A LOS HONDURENOS, por íntimamente que vivan con él, ni a sus propios hijos, deslizamos! la idea de que quizás esta República sería un día el lugar de curación ideal para los tracomatosos y que si ésto se retenía y estudiaba, podía ocurrir que la Nación llegase a

<1) Véase Dr. José Gómez-Márquez «Profilaxis del Tracoma», REVISTA MEDICA HONDURENA, 1940, Nos. 90 y 91.

mitos, que fue seguido tres horas después de una gran elevación, térmica que duró tres horas y finalizó con una sudación abundante. Los días que subsiguieron tuvo un cuadro análogo. Al quinto día tuvo un ascenso de temperatura más elevado acompañado de un estado de semiinconciencia (esto lo comprobamos personalmente por haberse presentado el día de su ingreso a nuestro servicio).

Funciones orgánicas generales.—Anorexia, sed intensa, somnolencia, evacuaciones albinas normales, orina subida de color y en escasa cantidad. Por el estado casi comatoso de la enferma fue imposible hacer un interrogatorio en debida forma.

Estado presente.—Nos llama la atención el estado de postración profunda en que se encuentra la paciente: está casi inmóvil, en la cama, con una mirada vaga, responde difícilmente a las preguntas que le formulamos, pues casi no puede articular palabras: y se nota claramente que no comprende lo que le decimos ni lo que ella quiere decir.

La temperatura de 41 grados centígrados.

A la exploración de aparatos encontramos:

En el circulatorio: taquicardia de **130** pulsaciones por minuto. No hay soplos.

Respiratorio: normal.

Digestivo: faltan piezas dentarias, piezas cariadas. El bazo es percutible.

Urogenital: normal

Nervioso: Hipotonía muscular generalizada. Reflejos normales..

Ganglionar: normal.

Organos de los sentidos: Estasis papilar.

Exámenes complementarios:

Recuento globular rojos: **2.050.000**. Glóbulos blancos: 11.550.
Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 62 %; linfocitos, 38 %; eosinófilos, 0 %.

Hematozooario: positivo.

Heces: presencia de uncinaria.

Orina: normal.

Evolución del caso:

Se diagnostica clínicamente un caso de Fiebre Perniciosa de origen palúdica y se prescribe Biclorhidrato de quinina en inyecciones intramusculares a la dosis de un gramo en la mañana y un gramo en la tarde: las temperaturas tuvieron ascensos durante cuatro días hasta 40 grados centígrados hasta el quinto día que subió a 38 grados. El estado general mejoró paulatinamente. Una nueva ascensión se presentó el **10º** día hasta 40 grados y vuelve a des-

Semiología* del Temblor

Por el Doctor-HUMBERTO DÍAZ

Las presentes líneas son el resumen de una lección, dada por el autor, en la cátedra de Clínica Médica 1er. año. Como se verá, no hay en ellas nada de original, todo queda dicho ya por los grandes investigadores y tratadistas; lo que se intenta aquí es simplificar, hasta donde es posible, el asunto que las ocupa y presentarlo así a los que se inician en el estudio de la semiología. Es, pues, a éstos a quienes va dedicada la publicación.

El temblor es un síntoma frecuente, que si bien es cierto que en muchos casos su estudio tiene una importancia muy secundaria, habrá otros, sobre todo en el terreno de la neurología, en que representará el trastorno funcional más notable, alrededor del cual girará el estudio clínico del enfermo.

Ante todo, trataremos de definirle: El temblor es un trastorno de orden motor, constituido por una serie de oscilaciones rítmicas, rápidas y de amplitud débil, que originan el desplazamiento involuntario de una o varias porciones del cuerpo, de su posición de equilibrio. En la generalidad de los casos podrá ser puesto en evidencia por la simple inspección del enfermo, pero también habrá, a menudo, necesidad de recurrir al auxilio de ciertos artificios o maniobras, no sólo para ponerlo en evidencia sino que para estudiar detalladamente sus principales caracteres. Así, además del recurso de ordenar al enfermo la ejecución de ciertos actos, como la "prueba del vaso de agua," la colocación del brazo en actitud de juramento y tocarse la nariz con la punta del dedo índice; puede ape-

cender gradualmente hasta los quince días en que cae la temperatura a la normal.

El tratamiento fue de dos gramos de quinina diarios por espacio de cuatro días, después un gramo diario hasta el décimo día.

Es de notar en esta enferma que por el tratamiento intenso de quinina se nos presentó al undécimo día una ambliopía quínica, por lo que tuvimos que suspender el tratamiento, pero ya cuando había salido del estado comatoso y que no había peligro de muerte para prescribírselo de nuevo cinco días después de este accidente en dosis menores. La enferma salió curada a los veinticinco días después de su ingreso al Hospital.

Manuel CACERES VIJIL.

Tegucigalpa, D. C., Agosto de 1943.

conocía: Temblores rápidos o vibratorios, que desarrollan 8 a 12 i vibraciones por segundo, como el del alcoholismo, de la Enfermedad de Basedow y de la Parálisis General Progresiva. Temblores medianos, con 6 a 8 oscilaciones por segundo, como se observa en el temblor neuropático, y temblores lentos, con 5 oscilaciones por segundo como en la Parálisis Agitante.

Es imprescindible, en el estudio de un individuo que acusa temblor, estudiar las circunstancias que influyen en dicho síntoma, ya que pueden modificarlo en forma diversa, las emociones, la fatiga, el sueño fisiológico, el estado de narcosis, ciertas actitudes y la ejecución de los movimientos voluntarios, sirviendo esta última circunstancia para establecer la clasificación quizá más conocida de los temblores: Cinéticos y estáticos, según que se presenten con ocasión de los movimientos voluntarios o en estado de reposo, clasificación acorde en su mayor parte con la noción anatomopatológica, ya que el temblor cinético (intencional) obedece siempre a una lesión cerebelosa y el estático a lesiones del cuerpo estriado.

Bajo el punto de vista de la evolución, se reconocen tres tipos: El progresivo, que es el carácter que presenta el de los parkinsonianos; el regresivo, cuyo tipo es el temblor emocional, y el migratorio en el que se incluye al temblor neuropático.

Ahora veamos, y este es el objeto principal de esta lección, cuáles son los estados morbosos que pueden dar origen al temblor y cuáles son las principales características que hay que tener en cuenta. Antes de invadir el terreno de la patología hay que tener presente que existen temblores fisiológicos, como el emocional y el que produce la fatiga muscular, siendo además, de carácter transitorio; en cuanto a causas morbosas, ocupan la primera línea las afecciones orgánicas del sistema nervioso, y para realizar la enumeración del caso nos atendremos a una de las clasificaciones ya mencionadas, ya que será cinético: En la Esclerosis en Placas, Enfermedad de Friedrich, heredoataxia cerebelosa, atrofia, tumores,

abcesos y reblandecimiento del cerebelo. El estático es el tipo del que caracteriza la Enfermedad de Parkinson y los síndromes parkinsonianos en general, además de presentarse en estado de reposo, va acompañado de rigidez, imprimiendo a los enfermos actitudes características que son descritas muy bien, por ser de antiguo conocidas, aun en los más elementales tratados de patología médica. Hay un tercer grupo que no es ni estático ni cinético, como sucede con el que acompaña a la Parálisis General Progresiva.

Otra causa importante de los temblores, la constituyen las intoxicaciones, ya endógenas o ya exógenas, entre las primeras figura como ejemplo el temblor de la Enfermedad de Basedow, en la que existe un estado de autointoxicación de origen disendocrínico. En cuanto a la intoxicaciones exógenas, demasiado conocido es que el alcoholismo, el hidrargirismo, el saturnismo y las intoxicaciones, crónicas principalmente, producidas por el tabaco, el té, el café, el opio, el cloral y la morfina, originan temblor.

Luego tenemos el grupo de los estados infecciosos, que aun, aparte del síndrome febril que producen y que por sí solo puede originar el temblor, constituyen frecuentemente la etiología, frecuente de este síntoma, comprobándose en la Fiebre Tifoidea, la Gripe, Nemonía, etc., etc.

Por último, mencionaremos el grupo constituido por los temblores debidos a un trastorno funcional puramente neuropático, entre los cuales está el temblor hereditario, el temblor senil y el temblor histérico. El hereditario, como su nombre lo indica, se presenta en una familia en individuos de distintas generaciones, ya en la infancia (temblor juvenil) o bien en la edad adulta o la vejez, siempre en sujetos con tara neuropática.

El temblor -senil *es* incluido por muchos tratadistas en el grupo anterior, tiene características por medio de las cuales se le puede diferenciar fácilmente de los demás temblores patológicos. Está constituido por oscilaciones poco frecuentes que se localizan en la cabeza, la que se anima de movimientos de dirección vertical en algunos casos (movimientos de afirmación o de saludo) u horizontal en otros (movimientos de negación). Puede localizarse también en la mandíbula, lo que hace que el enfermo dé la impresión de que mastica o habla entre dientes continuamente.

En cuanto al temblor histérico, hay que tener presente que así como los estados pitiáticos son capaces de simular cualquier estado morboso que obedezca a lesión orgánica conocida, así el mencionado síntoma escapa a toda clasificación, puesto que puede presentar, de un caso a otro, los caracteres más variados y disímiles, teniendo entonces que basarse el diagnóstico en los antecedentes del enfermo y el terreno en el cual se desarrolla.

Tegucigalpa, D. C., 12 de Agosto de 1943.

El Valor de la Investigación del Bacilo de Koch I en el Contenido Gástrico

Con este título, el Prof. Gumersindo Sayago, eminente Tisiólogo sudamericano, publica en la Revista Paulista de Tisiología, N.º 5 de Septiembre y Octubre de 1942, un importante estudio sobre la investigación del bacilo de Koch en el contenido gástrico, investigación importantísima desde el punto de vista diagnóstico, pues si es cierto que la tuberculosis en plena evolución no es un problema,] dado lo fácil -de su diagnóstico, toda vez que, además de los síntomas clínicos, tos, expectoración, disnea, fiebre, sudores nocturnos, adelgazamiento, taquicardia, etc., el análisis de esputos y la radiografía pulmonar resuelven casi siempre dicho problema. Pero algunas veces apreciamos todo lo contrario y sobre todo en las formas enmascaradas de la tuberculosis infantil la cual a veces se presenta con el cuadro de una dispepsia o de una gastro-enteritis febril con demacración manifiesta e intolerancia gástrica para toda clase de alimentos; en estos casos, la experiencia o el fracaso de casos anteriores nos hace pensar en la posibilidad de la existencia de una infección tuberculosa y por consiguiente recurrimos a la investigación del bacilo de Koch. Desde luego, el método recomendado por el autor de referencia es de importancia capital, además de ser la investigación obligatoria para poder afirmar curación de tuberculosis, pues muchas veces se habla de curación clínica y radiológicamente, y sin embargo, la presencia de bacilos de I Koch en el contenido gástrico está indicando todo lo contrario. Por la importancia y el valor clínico de la investigación y su significación para el diagnóstico, pronóstico y profilaxis, extracto para I REVISTA MEDICA HONDURENA, los puntos más importantes de dicho estudio.

" El autor de referencia para explicar el grado de contagiosidad de la tuberculosis, cita la clasificación de Braeuning, quien establece la división siguiente:

Tuberculosis abierta con abundancia o escasez de bacilos en todos los exámenes; tuberculosis cerradas con abundancia o pobreza de lesiones radiológicas. A pesar de que el término de tuberculosis cerrada hiciera presumir una falta absoluta de capacidad de contagio, debemos tener siempre presente que el número de niños infectados que conviven con 'Casos de la llamada tuberculosis cerrada, es importante, si bien menor con relación a los niños que conviven con casos de tuberculosis abierta. Niños alérgicos que conviven con enfermos tosedores (8%) y con enfermos no tosedores (29%) según datos recogidos por Braeuning y Benninght. El hallazgo del bacilo en el contenido gástrico ofrece mayor interés en el grupo de los infiltrados primarios y especialmente entre los llamados infiltrados secundarios a los que siempre se ha considerado como lesiones cerradas y, por tanto, desprovistas de todo valor in-

feccioso. En casi todos estos casos la inoculación ha dado resultados positivos de un modo persistente y prolongado. El hallazgo de bacilos en estas condiciones puede estar vinculado a los siguientes tipos lesionales:

a) Aquellos donde hay coexistencia de focos, pulmonares y ganglionares, con infiltración perifocal o sin ella; b) Aquellos donde sólo existen focos pulmonares o ganglionares aislados, con infiltración perifocal o sin ella; c) Aquellos donde todo foco ha desaparecido. Por todo lo expuesto, se comprende, que en todos los casos la eliminación del germen se encuentra vinculada a la existencia de un foco pulmonar abierto en forma constante o intermitente y es desde estos focos de donde se realiza el pasaje de las secreciones contaminadas hacia el estómago, como lo han demostrado Ulmar y Ornstein con sus investigaciones broncográficas. Es a raíz de estas investigaciones que a la noción del bacilo originado en un esputo deglutido, ha de agregarse aquélla del pasaje de las secreciones bronco-pulmonares al estómago en virtud de la peristalsis bronquial aislada. Por otra parte a la ausencia real de una imagen pulmonar, puede corresponder la existencia de una *ulceración bronquial, como fuente de gérmenes*. Esta es una cuestión planteada con base de hechos positivos en el adulto y confirmada en una serie de casos de tuberculosis de primo-infección entre adultos, acompañados de *ulceraciones bronquiales graves*. La persistencia prologada con que se constata la presencia del bacilo de Koch en el contenido gástrico de los casos de infiltrados primarios aún hasta 2 años después de la regresión total de los síntomas clínicos y aún radiológicos, obliga a ser cautos sobre el juicio de curación que debemos formular en el curso de estas lesiones. A la luz de estos conocimientos se comprende cuan difícil resulta decidir sobre la actividad de las lesiones primarias o post-primarias y en especial sobre su curación. Por todo lo expresado se deduce que el contenido gástrico debe ser investigado sistemáticamente en los siguientes casos: En todos los niños alérgicos antes de los dos años-; en todos los que presenten alteraciones pulmonares o hiliares sospechosas; en los alérgicos con bronquiectasias; en el curso del eritema nudoso y en los flictenulares y en el curso de la tuberculosis osteo-articular.

Esta investigación en el contenido gástrico de adultos, crea perspectivas insospechadas en el curso de la tuberculosis pulmonar, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista epidemiológico, a partir del momento en que las investigaciones corrientes resultan negativas, principalmente en aquellos casos en que la expectoración desaparece. El valor del hallazgo positivo en esas condiciones, tiene como es sabido, un significado decisivo para el diagnóstico, en especial cuando ese hallazgo ha sido logrado después de la inoculación- al cobayo, ya que los casos de portadores sanos del bacilo de Koch deben ser considerados como inexistentes. La importancia de esta cuestión resulta mayor aún para formular un criterio de curación. Apreciamos bacterioscopia

negativa en los tuberculosos sometidos a tratamiento quirúrgico; sin embargo, el examen del contenido gástrico, *permite revelar la presencia de bacilo de Koch en él 93.5% de los casos. Y el hecho, resulta de una frecuencia tan -desconcertante, que todo induce a pensar, que el importante capítulo de la patología pulmonar-, dedicado a la curación y al [pronóstico, deberá ser revisado frente a estos hallazgos.* Por lo expuesto, se alcanza a comprender que las lesiones anatómicas residuales, aún las más pequeñas, mantienen un potencial de actividad bacteriológica capaz de permitir, ora el pasaje de gérmenes al jugo gástrico, ora la reactivación endógena de los focos tratados o la aparición de nuevos brotes a distancia. En la experiencia recogida con los casos tratados por tara copias-tía, en los cuales la curación parecía afirmada desde largo tiempo atrás, y que fallecieron por causas ajenas a la tuberculosis; el estudio histológico de las lesiones residuales demuestra habitualmente la persistencia de actividad en estricto sentido anatómico.

RESULTADOS POSITIVOS. —Ellos imponen el diagnóstico de tuberculosis; sin embargo, la existencia de casos positivos, con pruebas tuberculínicas negativas ha sido mencionado por diferentes investigadores; en todos estos casos, el resultado positivo correspondía al período prealérgico, como lo demuestran entre otros, la observación de Ligner en un niño de 7 años, tuberculino-negativo y febril, en el cual poco tiempo después la reacción a la tuberculina se vuelve positiva. En referencia a los resultados positivos con pruebas tuberculínicas persistentemente negativas, deben ser considerados como errores de técnica o de una contaminación al realizar la extracción del contenido gástrico.

RESULTADOS NEGATIVOS. —Así como un resultado positivo confirma el diagnóstico, los resultados negativos dejan siempre una interrogación. La coexistencia de alteraciones pulmonares, con resultados constantemente negativos,, es de un alto significado para la exclusión del origen* tuberculoso de la afección, como lo había señalado Meunier en su monografía de 1898.

RESULTADOS AISLADOS.—Sobre esta cuestión, Opizt ha llamado la atención a través de documentos de importancia, los que le permiten concluir que es menester la presencia de 3 contenidos negativos realizados con intervalos de varias semanas, para considerar curados a niños portadores de infiltración perifocal. Los exámenes reiterados decidirán, tanto en sentido negativo como positivo, sobre el valor diagnóstico de los resultados alcanzados. Así como hallazgos positivos pueden ser obtenidos en el período prealérgico, también en idénticas condiciones los hallazgos pueden ser negativos y, en consecuencia, en un momento dado, sea la aparición del complejo primaria a los rayos X o sea la aparición de la reacción tuberculínica positiva, permitirá formular el diagnóstico.

El autor de referencia, termina su importante estudio con estas frasea: En la orientación actual de la lucha antituberculosa, la investigación del contenido gástrico va ganando la categoría de

Importancia de la Nutrición para el Estudio y la Enseñanza de la Clínica Médica

Bajo ese título, el Profesor Pedro Escudero, de la Universidad de Buenos Aires, escribe un interesantísimo artículo, que hemos encontrado en la Enciclopedia "Pediatría de las Américas," dirigida por el Dr. Alfonso G. Alarcon de la Universidad de México.

Empieza el Prof. Escudero por hacer una breve síntesis histórica de la evolución de las doctrinas médicas, empezando con la clasificación de la "Patología y Clínica Médica" de Tardieu, de 1874; en la cual, la nosología de entonces agrupaba las enfermedades en diez tipos distintos: Fiebres, pestilencias, flegmasías, hemorragias, flujos, hidropesías, neurosis, constitucionales, orgánicas, accidentes; para pasar después a las ideas médicas del 1.900, en que la bacteriología inundó la ciencia universal con sus descubrimientos; cuando el microorganismo como causa¹ predominante y las enfermedades funcionales y enfermedades orgánicas, con sus variedades: inflamatoria, degenerativa y neoplásica, llenaron íntegramente la Medicina; hasta llegar al año de 1915 en que se añade un nuevo conocimiento, el descubrimiento de las enfermedades por carencia. Se descubrió entonces, que los alimentos no servían sólo para nutrir; sino que eran capaces de originar enfermedades evitables y curables.

En un principio se creyó que las enfermedades por carencia incluían a las avitaminosis únicamente; pero luego se vio que las carencias podían ser múltiples. Descubrimiento éste que ha hecho que la medicina haya experimentado un adelanto tan importante como el que aconteció después -del descubrimiento de Pasteur.

Continúa el Prof. Escudero historiando las ideas sobre el valor de la alimentación se han tenido desde el empirismo de Hipócrates, el periodo químico de Lavoisier y el aislamiento de la vitamina B., por Funk, hasta llegar al periodo biológico que se inicia en 1912 con las experiencias de Hopkins quien demuestra el fracaso de las dietas sintéticas para mantener la vida. En las cuales: "Los animales de experimentación, alimentados a base de hidratos de carbono, proteínas! y grasas químicamente puros, morían." Pero *que*, "bastaba añadir 2 ce. diarios de leche para que esto no sucediera,, es decir, se añadía una substancia accesoria indispensable para la

un método de rutina, 'desde que ella nos permite no sólo la confirmación de diagnósticos dudosos, sino principalmente, desde que ella nos permite señalar la actividad bacteriológica de una serie de procesos; inaparentes o residuales cuyo significado para el contagio ignorábamos hasta hoy.

Martín A. BULNES B.) .

Julio 3 de 1943.

vida de la cual carecían las mezclas sintéticas. Esto demostró la existencia de las enfermedades por carencia."

Llegando a la conclusión de que una dieta perfecta: "Deberá contener alimentos dinamogénicos, "fuentes de energía," a saber: hidratos de carbono, proteicos y grasas; material para el desarrollo y el mantenimiento de la estructura corporal: proteicos, minerales y agua; por último, elementos de coordinación o reguladores de la nutrición: minerales, agua y vitaminas. Es decir: que la alimentación normal debe ser suficiente, completa, aromática y adecuada."

De allí que, pueden haber enfermedades originadas por carencia de los minerales, de las vitaminas, de las proteínas; originadas por sensibilización del organismo, conocidas como anafilaxia alimenticia y enfermedades por desarmonía alimenticia. De allí también la importancia enorme que tiene ahora en Semiología "la anamnesis alimenticia," especialmente en Pediatría.

"Todo esto, sigue diciendo el Prof. Escudero, es en realidad una forma nueva de examinar los enfermos, una nueva orientación de la terapéutica. Hasta la fecha los clínicos nos contentábamos con considerar, frente a un caso, las causas etiológicas siguientes: los agentes vivos, las enfermedades orgánicas y funcionales de los aparatos, sistemas y órganos, la influencia del ambiente y estado constitucional. En adelante habrá que añadir una nueva Etiología: la que resulta de la nutrición; y una nueva complicación, la que surge de una alimentación inadecuada en el transcurso de otra enfermedad."

Es tan enorme la importancia de la Nutrición como factor médico y social que, durante la guerra de 1914-18, que obligó a examinar la población antes de enviarla al frente, se descubrió que: "la tercera parte de todos los hombres del mundo estaban incapacitados para el ejercicio activo de las armas. Había pasado desapercibido para la Medicina la importancia de la desnutrición y su influencia nefasta en la duración de la vida; se comprobó entonces que la alimentación inadecuada era motivo de enfermedad. Esto debía tener una importancia técnica, económica y social muy grande."

Y así, "después de la guerra se inició un movimiento universal en favor del estudio de la alimentación del hombre sano, para lo cual los "no médicos," los gobiernos, la prensa, las sociedades no médicas, la Sociedad de las Naciones, se hicieron cargo del tema y lo vulgarizaron." Lo que hizo decir a M. Carrison que: "El día que los gobiernos apliquen los actuales conocimientos de la ciencia de la nutrición, la medicina habrá experimentado el mismo adelanto que aconteció con la cirugía, después del descubrimiento de Pasteur."

Hemos hecho el extracto anterior, por la importancia vital que tiene para nosotros el problema de la alimentación. Nuestra cotidiana práctica hospitalaria *nos* hace contemplar día tras día un

Primer Congreso Mexicano de Cáncer

SEGUNDA SEMANA MEDICA DE OCCIDENTE)

CONVOCATORIA

PRIMERO :

El Comité Ejecutivo del I Congreso Mexicano de Cáncer y de la Segunda Semana Médica de Occidente, Convoca a los Médicos Cirujanos y Cirujano Dentistas a tomar participio en ambos eventos, que tendrán lugar en Guadalajara, México, durante la primer semana del mes de noviembre de 1943.

■SEGUNDO :

Esperando de todos ellos la presentación de Memorias, ya en la rama del Cáncer, ya sobre temas de interés común en cualesquiera de las ramas de la Medicina o de la Cirugía.

"La Salud del Pueblo es la Suprema Ley."

sinnúmero de pacientes cuya 'miseria fisiológica y cuyos cuadros mórbidos ,no .son otra cosa que el resultado de una verdadera inanición. Los edemas -carenciales se presentan en los niños con una frecuencia e intensidad verdaderamente dolorosa. En niños que,, mientras están en el Hospital, con sólo darles una dieta racional se recobran de su profunda decadencia orgánica; pero que, una vez salidos de él, vuelven a caer en el mismo estado de miseria orgánica; algunas veces para no levantarse más.

El problema de nuestra morbilidad infantil es, pues, fundamentalmente, un asunto de alimentación; y en consecuencia, más que un problema médico es un problema social.

Los Estados Unidos de Norte América, que parecen auscultar con una atención más humana las angustias de nuestra pobreza, han empezado, en el orden lógico de las cosas, por tratar de ayudarnos a mejorar nuestra norma alimenticia y nuestro estado sanitario; ya sea creando escuelas de agricultura; ya sea estableciendo cooperativas de cultivos; ya sea estableciendo oficinas de coordinación productora.

¡Ojalá! que nuestros gobiernos lleguen a compenetrarse de que, para todos ellos, la más grande de todas las políticas no debe ser sino aquella que trate por todos los medios de mejorar la nutrición, de nuestro pueblo y la de perfeccionar su Sanidad.

Lo demás vendrá por añadidura.

CARLOS M. GALVEZ.

Guadalajara, Junio de 1943.,

La correspondencia debe ser dirigida a las secretarías. — EDIFICIO LUTECIA NP 101, 123, Guadalajara(Jal., México.

PRIMER CONGRESO MEXICANO DE CÁNCER

SEGUNDA SEMANA MEDICA DE OCCIDENTE El Primer Congreso Mexicano de Cáncer y Segunda Semana Médica de Occidente, dará principio exactamente el día 31 de Octubre de 1943. —DOMINGO— Los congresistas foráneos deben de hacer sus cálculos de tiempo para poder estar en Guadalajara con Domingo hábil. El Comité está tramitando los descuentos en los ferrocarriles y permisos especiales de tránsito por carretera para no perder los días que les tocara paro por Economía del hule. El Primer Congreso y Semana terminará sus labores el día seis de noviembre de 1943 —SABADO.

Es necesario insistir para que los futuros asistentes se inscriban con anticipación. Tenemos actualmente cerca de 200 reservaciones que hacer en hoteles, casas de asistencia, etc., etc., y es muy urgente conocer la probable asistencia para no ir a sufrir contratiempos por dificultad o incomodidad de alojamiento.

'En cada Estado de la República el Congreso tiene un representante oficial, radios en la capital y seguramente se hará conocer por el cuerpo Médico correspondiente.

Los Sres. Doctores que quieran presentar comunicaciones al Primer Congreso Mexicano de Cáncer y Segunda Semana Médica de Occidente, pueden hacerlo, con toda libertad, serán tan amables de ajustarse a las instrucciones que se publicarán, bien en el Boletín Oficial del Congreso, bien en las Revistas Médicas del País, principalmente en la Revista Sugerencias de la Casa Chinoín.

La Semana Médica de Occidente tiene una amplia lista de Secciones donde pueden tener cabida todos los trabajos científicos con los que nos quieran favorecer los autores.

Venimos por lo tanto a traer a todos los Médicos de la República la más cordial invitación para que tomen en forma activa participación en estos eventos.

¹ El Material Científico de los Médicos extranjeros estará con nosotros con toda oportunidad.

Si se logra tener en nuestro poder todos los trabajos científicos un mes antes de la celebración del Congreso las memorias correspondientes podrán ser repartidas al terminar éste.

Campaña de Protección Infantil

En reciente editorial de esta revista hice excitativa para lanzar ti público de toda la república hacia una gran campaña de protección infantil patrocinada por la Asociación Médica Hondureña; apenas toqué la cuestión someramente. Es mi intención ahora exponer de manera clara cuál es mi deseo, cuál los fines y cuáles los medias de alcanzarlos.

Nuestros cuadros de mortalidad, infantil son pavorosos, no necesitan los médicos cifras de las oficinas de estadística ni siquiera consultar las propias, son interminables las filas de niños muertos - que caminan diariamente a la última morada en todas las poblaciones del país. A ese desfile se agrega otro no menos despreciable, el de los niños tarados, que si bien vencen los primeros ataques de la muerte, su vida miserable y ruin no tiene más objetivo que vegetar parasitando sobre sus familiares o la sociedad. Y los que llegan a la edad adulta y pueden trabajar dan un rendimiento desproporcional con su consumo. Procrean éstos y el círculo se cierra en infinita gira concéntrica.

Disminuir siquiera en algún porcentaje la morbilidad y mortalidad infantil, empleando las indicaciones y preceptos sanitarios e higiénicos, desplegando el mayor esfuerzo posible y llegar hasta el sacrificio de la economía privada, es la esperanza que debe darnos el valor para acometer tan grandiosa empresa.

El Profesor Jorge Bejarano, pediatra eminente de la Universidad de Bogotá, propuso en comité organizado con el fin de incrementar una Compañía de Protección infantil en Cundinamarca, un proyecto que nos parece de perlas; en él hizo excepción del Hospital Infantil por haberse inaugurado en esos días dos con ese fin, pero reconociendo que eran fundamentales para el principio de las actividades. Entre los 28 puntos del proyecto hay algunos que no podremos aplicar nosotros, me abstendré de mencionarlos; en tanto que los anotados encajan admirablemente en nuestras necesidades.

1°—población infantil aproximada, hasta 15 años, de la república.

2°—Estadística de mortalidad infantil.

3°—Población escolar y número de escuelas.

4°—Restaurants escolares y número de niños asistidos.

5°—Colonias de vacaciones y número de niños asistidos.

6°—Número de Hospitales dedicados exclusivamente a niños.

7°—Número de camas que en hospitales generales están dedicadas exclusivamente al servicio de maternidad y niños.

8°— (Municipios que tienen servicios hospitalarios o instituciones médicas materno-infantiles y en qué consiste éste. /

9°—Municipios que tienen servicios médicos rurales y en qué consisten ellos.

10.—Disposiciones existentes en la república sobre niño abandonado, menor delincuente y trabajo de los menores.

11.—estadística de niños y niñas delincuentes según cada municipio.

12.—Número de instituciones destinadas a la educación y reforma de menores delincuentes. Poblaciones donde funcionan y número de niños asistidos.

13.—Número de escuelas de artes y oficios para mujeres, número de niñas matriculadas, edad de éstas y poblaciones donde funcionan.

14.—Estatutos u ordenanzas que fijan el control sobre las instituciones que velan por el niño y la madre.

15.—Suma que anualmente invierte el Estado en higiene, escolar, servicios de maternidad y de protección del niño.

16.—Número de médicos escolares y ciudades donde ellos funcionan.

Muchos de los datos requeridos podríamos nosotros investigar y averiguar antes de emprender los trabajos de organización de la campaña.

Aunque casi todos sabemos la clase de alimentación usada en el país no sobraría especificar el dato concretamente. La calidad de las viviendas; los diferentes climas y la geografía patológica.

El Gobierno de Chile creó recientemente un organismo del estado, por medio de un decreto, denominado Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia constituido por 6 departamentos o secciones:

1^a—Departamento de Eugenesia y Atención Maternal.

2^a—Departamento del niño.

3^a—Departamento de menores en situación irregular.

4^a—Departamento de Acción Social y Colocación Familiar.

5^a—Departamento de Odontología.

6^a—Departamento Fichero Central y Coordinador.

En el Perú fue celebrado en Abril de este año el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia por iniciativa y trabajos de la Sociedad Peruana de Pediatría. Cuatro secciones comprendía el Congreso, los trabajos presentados se clasificaron entre ellas a manera de cuatro puntos cardinales en la defensa del niño:

1^o—'Medicina y Cirugía para estudiar las cuestiones culminantes en la prevención médico-quirúrgica de la salud de los niños: trastornos nutritivos del lactante y las enfermedades infecto-contagiosas y accidentes y traumatismos de los niños.

2^o—Higiene Social; el primer tema de esta sección fue la Asistencia Social y el Núcleo Familiar; el segundo Asistencia Prenatal y tercero la enseñanza y divulgación de la Puericultura.

3^o—Higiene y Asistencia Escolar con los temas siguientes: el Problema de la nutrición escolar, la Profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas en el medio escolar, Biotipología del escolar peruano.

4^a—Higiene Mental y Legislación sobre la Infancia. Yo he formulado el programa mínimo que podríamos desarrollar comenzando la obra monumental para no terminar jamás.

Construir un Centro de Asistencia Materno-Infantil en una gran extensión de terreno en la capital para atender partos, asilar niños enfermos, hacer exámenes prenatales, consultorio permanente para mujeres embarazadas y niños, servicio social, enfermeras visitadoras, escuela de comadronas y enfermeras y una multitud de secciones que se irían creando a medida de las posibilidades económicas.

Bien se comprende que reducir esta labor a la órbita de la capital sería asumir postura municipal; ella debe extender sus beneficios hasta los más apartados rincones del país por medio de brigadas ambulantes susceptibles de rápida movilización y dotadas de equipo suficiente para el eficaz desempeño de su cometido, mientras se pueden radicar estaciones permanentes siquiera en las cabeceras de distrito municipal,

Cualquiera pensará en la imposibilidad de⁵ realizar un proyecto de tan vastas proporciones, y de perpetua actividad. Yo pienso lo contrario; es perfectamente viable; formular el plan, hacer comprender a los habitantes del país la absoluta y urgente necesidad de ponerlo en práctica, recaudar los primeros fondos y empezar la atención de los niños, lo demás rodará, cuando los resultados se palpen, los muchos adversarios y enemigos del principio se tornarán en los mejores, campeones de la cruzada; nunca merecieron las ideas a secas, el apoyo de nadie, en tanto que las obras conquistan las simpatías de los hoscos y el parabién de los taimados.

Se dirá que la situación económica del país no es la más brillante para lanzarse a gastar sumas cuantiosas. Estados Unidos en estos momentos está gastando en el sostenimiento de la guerra más dinero del que en muchos años de paz y aún puede regalar para obras de beneficencia, salubridad y carreteras a casi todos los países. Nosotros despilfarramos *sumas cuantiosas* en lujos, vicios y fiestas, en comilonas y festivales intrascendentes, en limosinas, en ostentación y majaderías; disminuir, si no fuera posible suprimir tanto aguardiente y tanto Whiskey, tanto high ball y cuba libre, tanto cigarrillo de calidad y vestimentas de seda, tanto cumpleaños y tantos aniversarios gloriosos de santos, sabios y héroes.

Cumplamos los mandamientos de Cristo siquiera en el a tu prójimo como a tí mismo, aplicándolo a los niños y habremos realizado una obra de altísimo valor humanitario y de verdadero patriotismo; dejemos de ser Pachucos una vez en la vida.

S. PAREDES P.

i

Persistencia del Conducto Arterioso con Endarteritis Bacterial. Ligadura Trans- pleural por Vía Posterolateral

Con este título aparece en Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic de Julio 14 de 1943 un artículo del Profesor de Cirugía S. W. Harrington. Comienza haciendo las consideraciones generales siguientes: el conducto arterioso existe en el sistema arteriovascular del feto y es necesario para la circulación fetal. Sirve de paso a gran porción de sangre venosa de la arteria pulmonar directamente a la aorta, esquivando los pulmones, entonces inactivos y sólo enviándoles la pequeña cantidad requerida para su nutrición.

Este vaso se cierra en las primeras semanas o meses de la vida. Christie ha encontrado en exámenes rutinarios de niños muertos que el 95% está cerrado a las 12 semanas de nacido, y el: 98.8% estaba obliterado al año. Cuando persiste el conducto arterioso hay reversibilidad de la sangre: en el feto la sangre venosa cae a la aorta; después del nacimiento la sangre arterial de la aorta cae en la vena de la arteria pulmonar.

Las consecuencias vitales de esa persistencia del conducto arterioso son variables en cada individuo: si es de pequeño calibre puede ser compatible con una salud mediana pero si es grande provoca serios trastornos incompatibles con la existencia, por la insuficiencia cardíaca que produce y el posible desarrollo de endarteritis subaguda bacteriana progresando hacia la endocarditis. Atobott estudió 92 casos fatales de persistencia del conducto arterioso sin anomalías cardio vasculares congénitas y encontró que 43% murieron de insuficiencia cardíaca y 30 % de endocarditis o endoarteritis subaguda bacteriana.

La frecuencia de las complicaciones en la persistencia del conducto arterioso y la ineficacia del tratamiento médico, conservador, ha impulsado a buscar medios quirúrgicos para curarlo.

Fue Mundo quien primero sugirió la ligadura, en 1907, ante la Sociedad Quirúrgica de Boston. Él asistió un niño que murió de insuficiencia cardíaca por persistencia del conducto; a la autopsia confirmó el diagnóstico y demostró la posibilidad técnica de ligarlo; en 1938 Gross y Hubbard realizaron la primera ligadura con éxito; de entonces para acá muchos casos han sido publicados.

El primer reporte de curación después de obliteración por ligadura del conducto complicada de endarteritis subaguda bacteriana lo hicieron Touroff y Viese! en Enero de 1940. En la Asociación

Americana de Cirugía Torácica. Un paciente curó y siguió bien; el segundo mejoró temporalmente porque había vegetaciones en la válvula aórtica; los otros dos murieron de hemorragia incontrolable.

El Profesor Harrington ha operado 6 casos, 3 presentaron fenómenos de insuficiencia cardíaca; dos enfermedad congestiva del corazón y uno endarteritis subaguda bacteriana. Tocios con buen resultado. Los dos primeros se intervinieron por vía anterior, técnica de Gross Hubbard, resección de segunda y tercera costillas. Los cuatro restantes por su propia técnica: por la pared posterolateral del tórax con resección de los dos tercios posteriores de la cuarta costilla y resección de los ángulos de la tercera y quinta; se incide la pleura a través del periosteo de la cuarta, se colocan separadores fuertes y se ve el conducto en toda su amplitud.

El caso operado en abril 7 del 1943 se presentó a la clínica quejándose de fiebre y escalofríos desde un año antes; pereza, quebrantamiento y ningún interés por la escuela. En septiembre del 42 el médico de familia diagnóstico un murmullo del corazón y creyendo se tratara de un reumatismo indicó la medicación. Sin resultado alguno. Se trató por anemia; en noviembre diagnosticaron neumonía; en enero un cultivo de la sangre mostró infección. Dos semanas antes de verla el autor un médico diagnosticó persistencia del conducto complicada de endarteritis subaguda bacteriana. Se confirmó porque el examen mostró un murmullo de máquina entre el tercer espacio izquierdo y la clavícula; tamaño del corazón normal; segundo ruido pulmonar acentuado; presión arterial 98/60; pulso entre 105 y 110; temperatura variable entre 99 y 102°; bazo palpable, no manchas petequiales; piuria; glóbulos rojos 4.820.000; blancos 11.500. Electrocardiograma mostró taquicardia sinusal; radiografías de pulmones enseñaron quiste del vértice del derecho y prominencia de la arteria pulmonar. Después de 6 días de observación en el Hospital donde se comprobó la temperatura de 101° y un cultivo de sangre que produjo colonias de *Streptococcus viridans*, fue operada.

El murmullo cardíaco y la fiebre desaparecieron y fue dada *de alta* a los 17 días, sin haber tenido ninguna complicación postoperatoria. Ha ganado 4 libras y esta niña de 15 años está dispuesta a continuar sus estudios.

Como la quimioterapia fue usada 6 meses antes de la operación sin resultado y nada después de ella se deduce que la curación se debe a la ligadura del conducto arterioso.

S. P. P.



*Tumor gigante de la cabeza Caso
referido en el número anterior.*

N o t a s

AIVERSARIO DE FUNDACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

Dentro de un ambiente de la más amplia cordialidad festejó la Asociación Médica Hondureña el 14 Aniversario de su fundación el 20 de Julio próximo pasado con una Cena en el Country Club y un alegrísimo Día de campo en la bella quinta San Carlos del Dr. Manuel Cáceres Vigil.

Este año como los anteriores los socios disfrutaron de intenso solaz patentizando, una vez más, los vínculos de estrecha camaradería y recíproca estimación y afecto.

El Dr. Juan S. Lara, consocio nuestro partió para Baltimore con el objeto de hacer un curso de especialización en enfermedades venéreas.

El 30 de Agosto partirá para Estados Unidos a estudiar Tisiología nuestro consocio el Dr. Marcial Cáceres Vijil.