

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña



Director

DR. MARCIAL CACERES DIJIL



Mayo

y

Junio

de

1 9 4 7

MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

SOCIOS HONORARIOS

Dr. Vicente Mejía Colindres	San José, Costa Rica
Dr. José María Ochoa Velásquez	Comayagua
Dr. Oswald S. Lowsley	New York

SOCIOS ACTIVOS EN TEGUCIGALPA

Dr. Ramón Valladares	Dr. Marcial Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal	Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Héctor Valenzuela	Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Manuel Larios C.	Dr. José R. Durón
Dr. Manuel Castillo Barahona	Dr. José María Sandoval h.
Dr. José Manuel Dávila	Dr. Martín A. Bulnes
Dr. Abelardo Pineda U.	Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Isidoro Mejía h.	Dr. Carlos M. Gálvez
Dr. Humberto Díaz	Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga
Dr. Roberto Gómez Rovelo	Dr. Ramón Pereira
Dr. Juan A. Mejía	Dr. Armando Bardales
Dr. Juan Montoya	Dr. Roberto Tézarus
Dr. José Gómez Márquez Girones	Dr. Carlos Rivas
Dr. Virgilio Banegas Montes	Dr. Antonio Bermúdez h.
Dr. Mario Díaz	Dr. Angel D. Vargas

SOCIOS FUERA DE TEGUCIGALPA

Dr. Guillermo Pineda	Tegucigalpa, Santa Bárbara
Dr. L. R. Fletcher	México
Dr. Salomón Paredes R.	San Pedro Sula
Dr. Luis Munguía	Costa Rica
Dr. Eugenio Matute	San Pedro Sula
Dr. José Mendoza	La Ceiba
Dr. Plutarco E. Castellanos	Comayagua
Dr. Raúl Enrique Zúñiga	Guatemala, Tiquizate
Dr. Gabriel Izaguirre	Guatemala
Dr. Ramiro H. Lozano	Tela
Dr. Ramón Alcerro Castro h.	La Paz
Dr. Angel D. Vargas	Santa Rosa de Copán

SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rosa de Copán
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodezno	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moncada	San Pedro Sula
Dr. Francisco Sánchez U.	Tegucigalpa
Dr. Miguel Paz Baraona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Delio Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gómez h.	Tegucigalpa
Dr. Salvador Paredes	Tegucigalpa

SUMARIO

Br. Marcial Cáceres Vijil .—Necesidad de Organizar una Liga Anti-tuberculosa	437
Dr. Juan Montoya Alvarez.—Historia del Símbolo de la Medicina	439
Dr. Armando Bardales. Un Caso de Pelagra	442
Dr. Juan Montoya Alvarez.—Operación Cesárea, solución razonable de casi todas las variedades de Distocias	445
Dr. Manuel Cáceres Vijil.—Un Caso de Neurofibroma	449
Sr. Francisco Várela M.—Importancia Social de una Agrupación	453
Dr. Héctor Ducci C.—Sobre Clasificación de las Ictericias	455
Dr. Carlos Caqui.—Importancia del Examen Radiológico de la Glándula Mamaria en el Diagnóstico de los neoplasmas	461
Drs. Javier Atamira y Mario Rennella.—Citología del Contenido Gástrico en Condiciones Normales y Patológicas	465
Dr. Pedro Domingo.—Síntesis de los fundamentos Científicos y de la Práctica de la Vacunación Anti-tuberculosa por el B. C. G	475
Notas Diversas	479

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director :

DR. MARCIAL CACERES VIJIL

Redactores :

DR. ANTONIO VIDAL

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. ROBERTO LAZARUS

Secretario:

Administrador:

DR. ARMANDO BARDALES

DR MARTINA. BÜLNES 15-

Año XVI [Tegucigalpa, Honduras, C. A., Mayo y Junio de 1947 | No. 130

PAGINA DE LA JJIREÍCION

Necesidad de Organizar una Liga Anti-tuberculosa

Siempre hemos tenido el concepto de que, una campaña centra la tuberculosis, debe ser orientada por una organización capacitada y activa que, no solamente señale a las dependencias de lucha antituberculosa los derrotores a seguir, sino que, amparada en su autonomía, recaude los fondos, los administre y distribuya según las necesidades de la lucha.

Esta entidad, denominada en tadas partes liga antituberculosa, debe tener cierta autonomía y debe trabajar estrechamente, con los dispensarios, sanatorios y hospitales de tuberculosos. La liga antituberculosa existe en San José, República de Costa Rica, casi desde los albores de la lucha antituberculosa en aquella ciudad, y a ella se debe en gran parte, a que la campaña que se desarrolla contra la peste blanca haya dado frutos halagadores y que, si es verdad que aquella República no ha resuelto el problema de la tuberculosis, ha organizado sin embargo, casi todas las Instituciones que son baluartes en toda lucha contra la referida enfermedad, tales como Dispensario Central, Dispensario de Provincias, Sanatorio, Hospital para Tuberculosos, Preventorio Infantil, etc., y desde luego, para estar colocada en ese envidiable terreno, ha necesitado, además del concurso inapreciable del pueblo de Cesta Rica, la creación de fondos permanentes que son perfectamente administrados por la Liga Antituberculosa.

En la República de Guatemala la lucha antituberculosa, tiene des años de haber sido iniciada, y en ese corto período, ha podido organizar una liga antituberculosa la que, luchando de una manera enérgica y tenaz, ha legrado, lo que no hubiera podido lograr un Jefe de Dispensario o un Director de Sanatorio trabajando individualmente: la creación de fondos, el sello del

tuberculoso, la reconstrucción y acondicionamiento de un amplio Edificio para Hospital de Tuberculosos y el que anteriormente prestaba servicios a enfermedades infecto-contagiosas, a la organización de un Dispensario Central y por último, servir de intermediario insustituible entre las dependencias de campaña anti-tuberculosa y el Gobierno de la República.

Honduras no se ha quedado rezagada ante la necesidad imperiosa e impostergable de luchar de una manera enérgica y activa contra la peste blanca. Actualmente cuenta con un Dispensario Antituberculoso en el Centro de Salud, de la Dirección General de Sanidad, el que presta una utilidad manifiesta al conglomerado capitalino', y dentro de poco, contará con el Hospital para Tuberculosos, amplio edificio, equipado con los elementos más modernos; pero, no estamos capacitados para desarrollar de una manera más efectiva nuestra campaña en este Distrito Central, ni para crear dispensarios antituberculosos departamentales. ¿Cuáles son los fondos con que cuenta la campaña antituberculosa en Honduras? ¿Cuál es la organización que administra estos fondos y orienta la campaña antituberculosa? Estas preguntas saltan a los labios no sólo de nuestros connacionales, sino de los Médicos y Tisiólogos que nos visitan.

Una sola persona es incapaz, por muy bien intencionada que esté, de llevar a feliz término una lucha de tal magnitud; necesita del concurso del conglomerado hondureño, del Gobierno de la República y de las Instituciones de Protección Social. Creo sin temor de equivocarme que nuestra querida Asociación Médica Hondureña que siempre ha estado dispuesta a prestar su inestimable cooperación en todo lo que beneficie y mejore la salud del pueblo hondureño, otorgará su ayuda para la organización de la Liga „ Antituberculosa Hondureña.

Historia del Símbolo de la Medicina —

Por el Dr. Juan MONTOYA ALVABEZ

Motivan las presentes líneas, la razón de una encuesta a que fui sometido en la zona del Canal de la República de Panamá, por un oficial médico de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos Norteamericanos, al preguntarme por la historia del Caduceo o Símbolo de la Medicina, en aquella época yo pude salvarme contestándole que se conservaba por tradición, y que su historia, por lo demás, era muy vaga y confusa, explicación que él aceptó, porque igualmente la ignoraba. Pero desde aquel momento me hice la promesa de estudiarla, y presentársela a Uds. en una de estas sesiones. Al leerla esta tarde cumplo con mi compromiso, agradeciendo anticipadamente cualquier sugerencia, y la atención que se me dispense.

Los tres elementos que aún usamos como símbolo de la Medicina: el BASTÓN, el VASO y las DOS SERPIENTES, son herencia que nos legaron los MESOPOTAMIOS; estos elementos han "evolucionado" de manera caprichosa, adaptándose al gusto de los artesanos y de los tiempos; bastones de muy diversas formas, serpientes en todas las posiciones y vasos y copas hasta de Scotch and Soda.

No existe un escudo universal de la Medicina, en el sentido de uniforme. Atendiéndose a su origen, puramente mesopotámico, sólo son correctas tres representaciones;

(a) Un bastón o vara con dos serpientes enrolladas en él, formando la figura del CADUCEO, pero sin las alas de la extremidad ;

(b) Un bastón con una sola serpiente enroscada; y

(c) Un vaso de libación con una o dos serpientes enroscadas y cuyas cabezas están dirigidas hacia la boca del recipiente y en actitud de beber.

Cabe ahora preguntar: ¿pero qué significado tienen los elementos de éste antiquísimo símbolo de la Medicina? Según el Dr. José Alcántara Herrera, profesor de Historia de la Medicina en la Universidad Nacional de México, el tallo o bastón no tiene significado, y sólo sirve para sostener enroscada a la serpiente; en cambio la presencia de ésta en el escudo tiene un simbolismo Étique no se le ha encontrado explicación. La serpiente es el símbolo de la astucia y de la prudencia; ¿pero estas cualidades qué relación tienen con las actividades médicas? ¿por qué habían de convenir sólo a la Medicina? Encajan más bien a los COMERCIANTES y en este sentido el Caduceo debía simbolizar muy bien al comercio.

La mayoría de las serpientes son animales dañinos, y algunas de sus variedades causan miles de muertes en muchos países; sólo la terrible cobra, mata anualmente más de veinte mil

personas en la India. Sin embargo la serpiente SACHAN recibía culto de parte de los Mesopotamios, no obstante, su carácter de divinidad "Chtónica", es decir infernal.

LA TRADICIÓN DE LA SERPIENTE DEMONIACA que perdió a la humanidad en el Paraíso, con toda seguridad la tenían los mesopotamios, ya que se han encontrado tablillas con caracteres cuneiformes, muy numerosos, que relatan el diluvio universal y otros de los pormenores que trae la Biblia. Ahora bien, sabiendo todo esto, ¿cómo explicarse que hayan ELEGIDO A LA SERPIENTE como símbolo de SALUD, de ALIVIO, de CURACIÓN, de BIENESTAR, todo lo cual implica la palabra Medicina?

Según refieren Ovidio y Plinio el antiguo, el culto de ESCULAPIO fue llevado de Epiduario (Grecia) a Roma en forma de una GIGANTESCA SERPIENTE. Esto sucedió el año 293 antes de Cristo y según Plinio una de las causas que hizo poco respetable la Medicina a los ojos de los romanos fue el EXTRAORDINARIO NUMERO DE SERPIENTES que se guardaban en las habitaciones privadas en Roma, a causa del culto de Esculapio! Es innegable que la serpiente se impuso como símbolo casi universal de la Medicina; pero lo difícil es explicar claramente el porqué de! fenómeno. Pues los historiadores de la Medicina se concretaban a señalar el hecho, sin comentarios ni averiguaciones.

El asunto parece complicarse si recordamos que Moisés hizo por orden de Dios, una Serpiente de bronce como señal de SALUD, la cual levantó en alto y viéndola quedaban curados los israelitas, que habían sido mordidos por serpientes abrazadoras, en castigo por sus murmuraciones. El mismo Jesucristo declaró que la serpiente hecha por Moisés y levantada en alto, en el desierto, era figura suya, ya que él es la SALUD y los que crean en EL no perecerán y legrarán vida eterna. No obstante, aquí la interpretación no es tan difícil, pues en el Catolicismo, se enseña que Dios usa de esta singular sabiduría: salvar y curar con los mismos o semejantes medios que el enemigo del nombre emplea para perderle: reza la tradición que una mujer, Eva, fue causa de la ruina del género humano, y otra mujer, la Virgen María, salva al hombre, dándole a Jesucristo; en el árbol del Paraíso, perdió el hombre el cielo y en el árbol de la Cruz, Jesucristo le abre las puertas de la Gloria. El demonio se vale de un reptil, de una serpiente, para engañar a Eva y hacer que ella y su marido pequen por soberbios. Jesucristo se humilla en su pasión y se abate hasta el suelo, como un reptil, como un gusano; así le manifiesta por medio del Profeta David al decir: "yo soy gusano y no hombre" (Salmo XXI, 7), indicando de esta manera el estado de vileza a que se redujo cargando con todos los pecados de la humanidad y también, aludiendo a los oprobios de su pasión, causada por los hombres.

Siendo las enfermedades, terribles males de sintomatologías variadas y múltiples, de las que casi nadie exceptuase, y contra las cuales, especialmente en los tiempos antiguos no se tenían medios eficaces para dominarlas; y siendo los fenómenos patológicos en general muy difíciles de explicar, hay una tendencia manifiesta, especialmente entre el vulgo, a recurrir a explicaciones ultracientíficas, sobrenaturales. Los mesopotamios como todos los pueblos (excepto los descendientes de Israel), perdieron la noción de un Dios único y cayeron en el politeísmo, incándose delante de cualquier fanteche, real o supuesto, consecuencia directa del temor a, lo desconocido, en relación desde luego con su ignorancia; tal como sucede, con menos frecuencia, hoy día. Así fue como conservaron la tradición más o menos deformada, de la caída del hombre en el Paraíso, por acción del DEMONIO BAJO LA FIGURA DE SERPIENTE y a éste atribuían, muy especialmente, los trastornos patológicos del organismo, que ellos no podían explicarse, y no teniendo medios eficaces para poder luchar contra el supuesto enemigo, quisieron congratularse con EL, RINDIÉNDOLE CULTO EN FORMA DE SERPIENTE, esperando librarse de ésta manera de las enfermedades, CONVIRTIENDO ASI A LA SERPIENTE EN SÍMBOLO de la salud.

Esta aberración moral, fue una consecuencia directa del politeísmo. La serpiente Sachan, símbolo de salud, recibía culto como figura representativa del demonio. Según la literatura mesopotámica existían siete demonios, terribles especialistas en atacar cada uno, determinada parte del cuerpo. Cuando no se adoraba a la serpiente, se le hacía participar en las libaciones, y se hacían sacrificios en ofrenda a ella, impetrando durante ellos la salud; de esta manera, según sus creencias la tenían satisfecha y lograban sus deseos, que consistían en tenerla PROPICIA PARA CONSERVAR LA SALUD.

De todo lo dicho se deduce, cómo el DEMONIO representado por una serpiente, de causa morbosa, pasó a ser Símbolo de la Salud. Así pues, el origen de nuestro SIMBÓLICO ESCUDO, es, según esto, bien triste y hasta ignominioso.

El mundo médico ha aceptado este Simbolismo, por tradición, por la fuerza de la costumbre, pasivamente, sin reflexión ni crítica alguna y sobre todo SIN DARLE IMPORTANCIA ALGUNA. Pero tiene que llegar el día en que el ánolo o símbolo desaparecerá y se adoptará otro, en consonancia con la razón y con las glorias de la clase médica, cuya influencia en el progreso humano es enorme y de la que han salido numerosos e insignes benefactores de la humanidad.

Tegucigalpa, año de 1947.

Un Caso de Pelagra

Escribe el Dr. Armando Bardales

La avitaminosis que en nuestro medio se observa con menos frecuencia es la Pelagra, y por lo tanto he creído de algún interés para los colegas relatarles la observación que describiré más adelante.

He revisado los Anales del Hospital "San Felipe" de los años 1943-44 y de 1944-45, y no he encontrado en su estadística ni un solo caso de dicha avitaminosis, motivo que me ha inducido hacer el trabajo que a continuación describo:

F. C, de 44 años de edad, soltero, labrador, originario de El Rosario y vecinos de Piedras Azules (aldea del Departamento de Comayagua), **ingresó** al Asilo de Indigentes del Hospital General "San Felipe", el día 15 de octubre de 1946, a curarse según expresión del enfermo de un grano del tobillo izquierdo.

Anamnesia próxima.—Hace más o menos cuatro años le aparecieron tres ulceraciones situadas en los maleólos del pie izquierdo y en la parte media de la cara anterior de la articulación tibio-tarsiana izquierda, todas ellas del tamaño de una moneda de dos centavos de lempira; las que aumentaban progresivamente de tamaño, hasta que se hizo una sola úlcera que se extendía en semicírculo de maleólo a maleólo pasando por la cara anterior del tobillo izquierdo. Esto se verificó al cabo de un año.

La úlcera citada daba una secreción seropurulenta y de olor fétido; se formaban costras que se desprendían espontáneamente. Esta ulceración le dificultaba en parte dedicarse a su oficio, pero a pesar de ello lo hacía con mucha dificultad.

No tuvo tratamiento médico; solamente se hizo¹ remedios caseros, tales como pediluvio de agua de quina y aplicaciones de yodoformo, esto le mejoró mucho hasta que cicatrizó totalmente la úlcera. Duró la evolución de cicatrización dos años.

Nuevamente hace un año se formó dicha úlcera con idéntica sintomatología, habiéndosele curado con una pomada de azufre.

Ingresa a nuestro servicio con la úlcera cicatrizada, a cuyo alrededor sólo se observa aspereza en la piel.

A los ocho días de estar internado, mientras los exámenes complementarios se verificaban, el enfermo se quejó de lo siguiente:

De anorexia, arder de las encías, eructos, pirosis, cefalagia y de insomnio para lo cual indiqué una terapéutica sintomática.

Ocho días después de esto sintomatología, le aparecen al enfermo unas placas pelagrosas en el dorso de las manos que se extienden por la cara dorsal de los antebrazos llegando hasta su tercio medio, teniendo de ancho unos cuatro centímetros. Simultáneamente se observan análogas placas en el dorso de los pies, cubriendo su dorso y se extiende al tercio medio de las piernas. Luego aparece el collar de Casal que se extiende desde la región

mastoidea derecha e izquierda hasta el mango del esternón, teniendo unos cuatro centímetros de ancho; le aparece también una placa en mariposa sobre el puente de la nariz.

Todas estas placas son muy pruriginosas y dan una escasa secreción serosa.

En vista de todo este cuadro, es que formulé el diagnóstico de Pelagra.

Anamnesia lejana.—Primera infancia: varicela. Segunda infancia: parasitosis intestinal. Adolescencia: paludismo crónico¹. Niega enfermedades venéreas.

Funciones orgánicas generales.—Hay anorexia; sed normal; insomnio; y evacuaciones normales.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato respiratorio: Tos seca.

Aparato digestivo: Anorexia, ardor en las encías, eructos y pirosis.

Aparato génito-urinario: Normal.

Sistema nervioso: Cefalalgia e Insomnio.

Órganos de los sentidos: Normal.

Nunca se ha dedicado a la gimnasia ni a los deportes; no ha prestado servicio militar ni de guerra.

Género de vida.—Escasos, los propios de nuestros campesinos; alimentación muy deficiente; trabajo intenso. No acostumbra ingerir bebidas alcohólicas ni fumar.

Anamnesia familiar.—Antecedentes hereditarios: su madre fue sana; tuvo doce hijos, todos a término y murió hace dieciséis años de paludismo agudo. Su padre también fue sano y falleció hace veinte años de paludismo crónico.

Antecedentes colaterales: Sin ninguna importancia.

Estado presente.—Al examen somático nos encontramos con un sujeto cuya expresión de la cara, mirada y psiquismo es normal. Es de estatura mediana, con panículo adiposo escaso, de musculatura moderadamente desarrollada. De arquitectura ósea normal. Su actitud es en decúbito dorsal. La piel es de color moreno claro y lo que llama la atención en este paciente son sus placas pelagrosas que en su anamnesia próxima he descrito.

Estado Especial.—Aparato respiratorio: El tipo de su respiración es costal inferior. Tiene dieciocho respiraciones por minuto.

A la exploración todo es normal.

Aparato cardio-vascular: No se comprueba ninguna anomalía en la exploración del corazón.

El pulso es regular, débil e igual, con una frecuencia de setentiséis pulsaciones por minuto.

Su presión arterial es la siguiente: Máxima 10.8 cm. de Hg., y Mínima 7.0 cm. de Hg.

Aparato digestivo: sus labios son normales. La dentadura es incompleta y la mayoría de sus piezas dentarias en mal estado.

Las encías están enrojecidas totalmente y son dolorosas.
 La lengua es lisa, un poco enrojecida y dolorosa.
 Amígdalas y Faringe: Normal.
 Bazo e Hígado: Normal.
 Lo demás normal.
 Aparato génito-urinario: Normal a la exploración.
 Órganos de los sentidos: A su exploración es normal.
 Sistema ganglionar: Normal.
 Sistema nervioso: Lo único que observa anormalidad es en
los reflejos rotulianos que se encuentran exagerados. Lo demás
 está normal.

Exámenes complementarios. —Sangre:

Glóbulos Rojos	3.100.000
Glóbulos Blancos	7.200
Neutrófilos	74%
Linfocitos	24%
Grandes Mono-nucleares	2%
Eosinófilos	0%
Basófilos	0%
Hemoglobina	70%
Hematozooario de Laverán: Negativo.	
Tiempo de Coagulación: 8 minutos.	
Reacción de Kahn: Negativo.	
Orina: Químico y Microscópico: Normal.	
Eliminación de Orina en las 24 horas: 1.000 gramos.	
Heces: Negativo.	

Diagnóstico.—De acuerdo con la historia y con la exploración somática del paciente se pueden establecer las conclusiones siguientes:

1^o—Que se trata de un individuo de 44 años de edad y con un precario género de vida.

2^o—Que los primeros síntomas que aparecieron fueron los del aparato digestivo (propios de su avitaminosis).

3^o—Que le aparecieron placas pelagrosas en las regiones antes citadas; y

4^o—Que el tratamiento que le indiqué con ácido nicotínico, mejoró todos sus síntomas.

En vista de todo este cuadro sintomático fue que hice el diagnóstico de PELAGRA.

Diagnóstico **diferencial.**—Las enfermedades que pueden confundirse con esta avitaminosis está el sprue, el escorbuto, envenenamiento por los metales pesados y la acrodinia.

Pero bien, como ustedes observan, es tan claro el cuadro de este paciente que no le puede hacer desviarse del diagnóstico.

Pronóstico.—Es benigno, ya que el tratamiento que le indiqué dio resultados satisfactorios.

Operación Cesárea, Solución Razonable de Casi Todas las Variedades de Distocias

—Por el Dr. Juan MONTOYA ALVAREZ

Se ha creído que la distocia es un fenómeno adquirido por la civilización, pero los partos difíciles se han presentado desde los tiempos más antiguos, pues se encuentran referencias de ellos en los libros legendarios y en las teogonías de los pueblos antiguos; también ocurren con mucha frecuencia entre las tribus salvajes.

La Obstetricia es la rama más antigua de la Medicina, nació con el advenimiento del primer ser humano, ya que desde que la primera mujer parió, necesitó de la ayuda de alguien, y con ellos nació esta importante rama de la Medicina, y la profesión de Partera.

Así vemos en el Éxodo que cuando Moisés nació, Siphra y Phúa eran las dos parteras más acreditadas de los Hebreos, y fue a quienes el Rey del Egipto, cuando quiso hacer desaparecer a los hijos de Israel, llamó y dijoles: cuando partearéis a las Hebreas, y mirareis los asientos, si fuera hijo matadlo; y si fuera hija, entonces que viva.

Es decir, que mucho antes de que Hipócrates iniciara el empirismo científico en el arte de curar, ya existían matronas con cierta preparación técnica para ayudar a las parturientas y prestar los primeros auxilios a los recién nacidos, que en aquellos tiempos se reducían a la sección del cordón, la que hacían con los dientes, a la ligadura del mismo con un hilo cualquiera, enseguida le ponían ceniza tomada del fogón, y además zahumaban la vulva de la madre con variedad de hierbas, medios primitivos que todavía se conservan entre las tribus salvajes.

Tratamiento.—Régimen dietético, rico en frutas frescas, jugo de naranjas, jugo de tomates, leche, proteínas y verduras.

Inyecciones de ácido nicotínico (100 mg. por inyección), se le inyectaron en total 45 ampollas.

También se puso Heptrón en total de 25 ampollas.

Además, se le dio vitamina C. (100 mg. por inyección). Se le inyectaron 30 ampollas.

El paciente de lo que mejoró primero fue de su enorexia. Esto a los cuatro días de haber comenzado el tratamiento; el resto de sus síntomas fue cediendo paulatinamente hasta que curó de esta enfermedad.

Fue dado de alta el día siete de abril del presente año, completamente curado.

Tegucigalpa, D. C, 28 de abril de 1947.

Más como la eficacia de estas parteras vernáculas era muy limitada, el resultado final de los partos se consideraba siempre como dependiente de poderes sobre naturales, y hubo en aquellos tiempos, deidades parecidas a las vírgenes y santos de nuestros tiempos, que protegían a las mujeres en el trance supremo de la maternidad.

Es posible que a esta antigüedad, a esta creencia de lo sobre natural del parto, y a este primitivismo de origen, -se deba el hecho de que la Obstetricia haya venido ocupando una posición de relativo atraso con relación a las otras especialidades médicas; pues nada retarda tanto la evolución de la ciencia, como el peso de la tradición y la inercia de la rutina.

Así vemos cerno en 1843, el **norteamericano** Oliver Wendell Holmes, con ocasión de presentar un trabajo titulado "La contagiosidad de la fiebre puerperal" en la cual demostró con multitud de informes clínicos, que la enfermedad era transmitida de una paciente a otra por vía de contagio y era causada por inoculación; fue objeto de violentos y encarnizados ataques, por dos de los más prestigiados tocólogos de aquella época: Hodge y Meigs, teniendo por consiguiente su trabajo poca aceptación entre la clase médica tradicionalista y rutinaria. Tres años después Semmelweis, joven ayudante de la clínica de Viena, que después fue ocupada por Carl Braun, declaró que la fiebre puerperal, era causada por la absorción de cualquier materia **animal** descompuesta procedente de los órganos genitales, la cual substancia podía ser conducida a dichos órganos genitales por las manos o por un objeto cualquiera; luego de descubrir la causa, buscó el remedio, hizo obligatorio el lavado de las manos, la limpieza de las uñas, el empleo de agua clorada y solución de cloruro de sodio. La teoría de Semmelweis, como el trabajo de Oliver Wendell Holmes, y como la mayor parte de las grandes verdades, cayeron en oídos sordos, y no tuvo aceptación, teniendo que luchar con sus adversarios durante **quince** años, al cabo de los cuales dio señales de demencia, y falleció en un manicomio, sin que el mundo médico le hubiese otorgado el merecido reconocimiento, y como una ironía del destino, la causa de su muerte fue una pierna; pero Semmelweis dejó señalado el camino correcto para llegar a la antisepsia y a la asepsia modernas, y así vemos en 1883 a los cirujanos con Lister a la cabeza, practicándola con fervor de convencidos y exceso de acide fénico; mientras que los parteros, llevando el fórceps en el bolsillo de la levita, se mofaban de este ritual, mofa criminal, que la infección puerperal diezmará las paridas de los mejores hospitales de Europa, a pesar de que ya en una sesión famosa de la Escuela de Medicina de París, el gran Pauster había demostrado la especificidad del estreptococo.

Pero el **progreso** consiste en una serie de rectificaciones y, lenta o rápidamente según los tiempos, su marcha no se ha de-

tenido nunca; y así vemos que las conquistas realizadas en otros campos de la Medicina han sido aprovechados por los tocólogos. El embarazo y sus trastornos patológicos han sido estudiados científicamente, lo mismo que el mecanismo del parto y las fuerzas que lo determinan, quedando solamente como una interrogación abierta, como una pregunta misteriosa, cuya respuesta nadie conoce, que motivan la contracción e inician el parto; el arte del diagnóstico en Obstetricia ha llegado a su perfección; el instrumental moderno no deja nada que desear; la asepsia y antisepsia han llegado a ser de rigor en la asistencia de partos normales y con mayor razón en las intervenciones obstétricas; los más modernos recursos terapéuticos se emplean en los accidentes patológicos que pueden complicar la gestación, el parto y el puerperio.

Con tan variedad de elementos a nuestra disposición, podemos decir que en Obstetricia ya no hay problemas irresolubles; para cada enferma existe una indicación precisa, pero tiene que ser precedida de una observación minuciosa y de un diagnóstico exacto, y ser tratada por un tocólogo competente, y tales condiciones es la que hacen a esta rama de la Medicina, una verdadera especialidad, y del que la práctica con ciencia y conciencia, un verdadero especialista.

A pesar de todo, todavía se sigue considerando al parto, por el elemento lego, como un evento azaroso, cuyo desenlace depende de factores kármicos o providenciales; y así vemos a nuestras mujeres llevadas por el anhelo de ser madres, entregarse con los ojos cerrados en manos de parteras o parteros improvisados; todo sale bien cuando no hay distocia, más cuando surge ésta, el acto toma caracteres de drama, y aún manejado por el tocólogo más experto, es una partida de azahar en que se juegan dos vidas. Para el partero es una lucha cuerpo a cuerpo con la muerte, en la que van de por medio, por una parte dos vidas, por otra su reputación; pues por grandes que sean su saber y experiencias, las operaciones obstétricas clásicas, son fundamentalmente traumáticas y chocantes, y siempre será un factor desconocido e invulnerable la resistencia orgánica de la parturienta. Todo fracaso será cargado en su deber con criminal ingratitud e insospechada mezquindad, pues el público no está capacitado para analizar sus causas.

El juego es apasionante, fascinador, emotivo y difícil de abandonar, cuando sólo se han probado las mieles del triunfo. Más que amargo el sabor de la derrota; que agudo el dolor de la incompreensión injusta; que cruel el látigo de la crítica mal sana. La muerte es el término natural de la vida, y para la futura madre, perderla dejando otra que se inicia pletórica de esperanzas y de posibilidades, es tan gloriosa, como es para el soldado perderla en aras de la Patria; pero es el caso que la cirugía Obstétrica es algo rudo, brutal y hasta traumático, en que inter-

viene la fuerza y que, aún en las manos más hábiles, puede dejar secuelas y causar lesiones e invalideces peores que la muerte misma.

Cuantos niños han quedado inutilizados por fracturas o parálisis obstétricas, c han resultado imbéciles, idiotas o epilépticos por hemorragias intracraneales y hundimientos craneanos!

Cuantas mujeres jóvenes y bellas han visto troncharle en flor su dicha conyugal, y han arrastrado a través de la existencia el drama oculto, el callado martirio, de una fistula vésico-vaginal incurable o un desgarro perineal completo, refractario a toda intervención reparadora. Por eso la situación del tocólogo, es más delicada que la del cirujano, pues éste sólo tiene que salvar un ser y no afrontar las dificultades de aquél a quien se le pide que salve dos seres con un porvenir a horizontes claros.

A eso se debe que actualmente la Obstetricia, se oriente con firmeza hacia una Obstetricia predominante quirúrgica en la que la Operación Cesárea, terror del vulgo y de los parteros de ayer, ha visto multiplicarse sus indicaciones hasta el grado de poder comprender la solución razonable de casi todas las variedades de distocia.

Continuará

Un Caso de Neurofibroma

Por el Dr. **Manuel Cáceres Vijil**

Paula Juanes Cortés, de 22 años de edad, mestiza, soltera, de oficios domésticos, nacida en la aldea de El Carrizal, Departamento de Francisco Morazán, residente en el mismo lugar, ingresó al servicio de Medicina de Mujeres el día 10 de abril de 1947 a curarse de parálisis en las piernas.

ANAMNESIA PROXIMA.—Refiere la enferma, que su enfermedad le empezó hace ocho meses, teniendo que ayudarse con un bordón para poder caminar; al cabo de los cuales los trastornos de la pierna derecha se le manifestaron en la izquierda, imposibilitándosele la marcha desde esa fecha. Siente mordiscos en la cadera y corno si le oprimiesen el ombligo, —poco tiempo después— algunos días notó que iba perdiendo la sensibilidad al calor y al dolor y que la parálisis le progresaba con alguna rapidez.

Después, que le empegaron los trastornos en la pierna derecha y antes que le empezaran en la izquierda tuvo fiebre con escalofríos, que desapareció con abundante diaforesis. Cuando empezó la enfermedad las micciones eran normales, pero hace como tres meses orina a poquitos, y a veces no siente los deseos de verificar la micción. Las evacuaciones son diarias y según dice la enferma ella siente el deseo de defecar. Hace cuatro meses tiene suspensión de reglas hasta ayer (9 de abril) en que hizo de nuevo su aparición.

Como tratamiento ha tomado algunos remedios caseros como purgantes e infusiones de hojas y raíces.

No ha habido cefaiagias, pero si artralgias, insomnio sin causa aparente, zumbidos de oídos y sordera bilateral desde hace tres meses.

VIDA GENITAL.—**Evitrorrea** a los 16 años, irregular en su fecha de aparición con 5 días de duración, abundante los tres primeros días, fétida y sin dolor. Nunca ha estado embarazada. Leucorrea desde hace cuatro meses.

ANAMNESIA LEJANA.—Ha padecido de sarampión, paperas, calenturas, tos y catarros.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES.—Apetito normal. Insomnio con frecuencia; polaquiuria y micciones involuntarias. Impotencia funcional en los miembros inferiores con abolición de las sensibilidades.

GENERO DE VIDA.—Enferma de familias pobres, con alimentación bastante deficiente. Dedicada a las ocupaciones del hogar. No fuma ni ingiere bebidas alcohólicas.

ANAMESIA FAMILIAR.—Su madre murió de fiebres que iban acompañadas de fríos, habiendo estado en cama tres meses antes de su muerte. Tuvo cinco hijos nacidos a término y un aborto.

*

De su padre no sabe ningún antecedente. De sus cinco hermanos hay uno que padece de cefalagias, los demás son sanos aparentemente. Su abuela materna murió de un tumor en la pierna. No sabe dar detalles sobre el particular.

EXPLORACIÓN FÍSICA

ESTADO GENERAL.—Enferma en decúbito supino con desplazamiento al decúbito lateral a voluntad aunque con alguna dificultad. Puede sentarse si se le ayuda; no puede mantenerse eⁿ pie ni mucho menos caminar. Piel morena clara y pálida, con discromias cicatrizales secuelas de quemaduras, descamación epitelial en ambas piernas. Cabello abundante. Frente invasor a. Vello normalmente implantado. Facies normales, psiquismo normal; la enferma sostiene una conversación sin ninguna dificultad. No hay disartría ni disfonía. Estatura mediana, sistema osteoarticular normal, pániculo adiposo uniformemente distribuido, miembros inferiores ligeramente atrofiados. Marcha imposible. Temperatura 37.7°, pulso 80 por minuto. Sistema nervioso: enferma que yace en decúbito supino, si se le sienta mantiene ésta posición si se le ayuda y para ello no siente ningún dolor, imposible ponerla de pie, porque al intentarlo hay flexión en ambas piernas con rigidez en ésta posición. La marcha del todo imposible.

EXAMEN DE APARATOS

APARATO DIGESTIVO.—Boca con dentadura incompleta, sucia y en mal estado. Lengua afambresada y con fisuras. Esófago y estómago normales. Pirosis después de las comidas. No hay vómitos. Exoneraciones normales. Hígado normal. Bazo percutible. La palpación no se puede llevar a cabo porque el abdomen está contracturado.

APARATO CIRCULATORIO.—Normal.

APARATO RESPIRATORIO.—Tórax con Incursiones costales normales, adelgazamiento sin ninguna deformación manifiesta. Pulmones normales.

APARATO URINARIO.—Micciones en número de cinco al día en poca cantidad, algunas de ellas involuntarias, sin ardor ni dolor al verificarse la micción. Se le hizo cateterismo de la vejiga y se le extrajo regular cantidad de orina, de un color amarillo intenso.

APARATO GENITAL.—Normal.

SISTEMA LINFÁTICO. — Micropoliadenopatías inguinales bilaterales.

SISTEMA NERVIOSO.—Enferma en decúbito dorsal desde hace cinco meses aproximadamente.

EXPLORACIÓN.—Miembros superiores. No hay dismetría, asinergia ni cinecia, no hay incordinación motora. Motilidad activa normal, motilidad pasiva normal. Sensibilidad superfi-

cial normal. Sensibilidad profunda normal. Sensibilidad termina y al dolor normales. Reflejos: bicipital y masetérico normales. **Epi-trocLEAR** un poco desminuido.

Extremidad cefálica: Movimiento de los ojos normales. No hay nistagmo. Mímica normal. Sensibilidad térmica, al dolor, superficial y profunda normales. No hay parálisis. **TembloR** fibrilar de pequeñas oscilaciones en los párpados superiores tanto durante la vigilancia como durante el sueño.

Trence: cara anterior. —Sensibilidad superficial normal hasta el nivel de la novena costillas lo mismo las sensibilidades térmica y dolorosa; de la novena costilla hacia el final del abdomen están abolidas todas las sensibilidades, lo mismo que el **reflejo** abdominal. Músculos contracturados que dificultan toda exploración manual.

Tronco: Cara posterior.—Las sensibilidades son normales hasta nivel de la 12a vertebra dorsal, de allí para abajo hay abolición de todas las sensibilidades. No hay escara sacra, pero si hay escaras a nivel de los trocánteres.

MIEMBROS INFERIORES.- -Sensibilidades: táctil, **termina**, al dolor, superficial y profunda completamente abolida. Rigidez espasmódica en extensión de los miembros inferiores, pudiendo adoptar la flexión sin la voluntad de la enferma y sin sentir para ello ninguna sensación extraña, quedando así las piernas en espasmo. Para poder extenderle de nuevo las piernas hay que hacer un gran esfuerzo de parte del observador.

Motilidad activa abolida. Motilidad pasiva abolida.

REFLEJOS:—Tendinosos: rotuliano exagerado y además reflejos polisinéptico. Aquiliano exagerado.

Cutáneos: Hay Babinsky permanente, y al tratar de provocarlo haciendo cosquilla en la planta del pie se exagera y más en la pierna izquierda.

Signos de Górdon y Oppenheim: positivos.

Clono de la- rótula: negativo.

Clono del pie: positivo.

Reflejo dcreocuboideo de Mendel-Betchterew: negativo.

Otros reflejos: al investigar el clono de la rótula hay trepidación epileptoidea del pie, lo mismo que exageración del reflejo de Babinsky ya existente.

Al hacer presión en las masas musculares posteriores de la pierna (soleo y gemelos), hay flexión de la pierna sobre el muslo y de éste sobre la pelvis, además que se observa trepidación epileptoidea del pie.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Examen de sanare: Recuento **globular:**

Glóbulos rolos: 3.200.000. Glóbulos

Blancos: 10.900. Hemoglobina: 55%.

Hematozoario: Negativo.

Fórmula Leuccitaria: N: 92%; L: 6%; P. E: 2%.

Examen de Orina: Color ámbar, densidad 1010, reacción li-
generalmente alcalina. Leucocitos y hematíes 9 por campo (se
hace la observación de* que la enferma estaba con la regla.)

Reacción de Kahn: Negativo.

FUNCION LUMBAR: Líquido transparente, muy escaso y
sumamente hipotenso, por lo que se extrajo muy poca cantidad.
Prueba de Quequen Stcokey: negativo.

MTELOGRAFIA.—(12-abril-47) .—La investigación en el
descenso del lipiodel mostró que éste se detiene brusca y total-
mente entre la 4^a y 5^{ta} vértebras dorsales. Al mismo tiempo se ob-
serva una sombra de contornos redondeados netos que partiendo
del lado derecho del mediastino avanza sobre el campo pulmonar
medio del mismo lado. Por otra parte existe destrucción de la
6^a y 7^a costillas en su porción posterior y de las apófisis trans-
versas y pedículos de las vértebras 6^a y 7^a dorsales. No hay des-
viación del mediastino.

Impresión: neoplasia originada en el tejido conectivo proba-
blemente en el periostio de las costillas o en el sistema ligamen-
tar. io o perióstico de las vértebras. (Sarcoma).

DIAGNOSTICO.—Compresión medular por tumor.

La enferma murió el 13 de abril de 1947, con síntomas bul-
bares : salivación, nistagmo, afonía, disnea, y disfagia y últimamente
asfixia.

AUTOPSIA.—Tumor a nivel de la 5^a, 6^a, 7^a y 8^a vértebras
dorsales con destrucción, de los cuerpos vertebrales y de las costi-
llas del lado derecho en su parte posterior. Tumor del tamaño de
una naranja mediana, encapsulado, lleno de un tejido sólido de
aspecto gaseoso y marrilento, no había secreción en el interior y
no se pudo apreciar si el tumor dependía de la médula, de las men-
inges o de los huesos debido a lo friable de los tejidos.

Frctis del exudado del tumor: NEGATIVO por Bacilo de
Koch.

Del estudio de la niega enviada al Dr. Marcial Fallas, Ana-
tomo Patólogo del Hospital "San Juan de Dios", de San José de
Costa Rica resultó que el tumor era un neuroñbroma.

Importancia Social de una Agrupación

Escrito por el Sr. Francisco Várela M.

Siempre hemos creído que la mejor de las buenas acciones es la que se practica en silencio.

"Que el bien que haga tu mano derecha no le sepa tu izquierda," reza un precepto de la moral cristiana, hablando de la caridad.

¡Cuan lejos se halla aún de esa bendad evangélica la humanidad entera, al cabo de dos mil años! Lo más valioso de todas las religiones se queda en la doctrina.

El exhibicionismo, hijo de la vanidad y el cálculo, vuelva sospechosa la virtud, porque casi siempre acompaña a las faenas sin valor intrínseco.

Dejemos solamente que la publicidad inevitable rastree la huella de las acciones meritorias para prestarles con su voz el reclamo de una cooperación legítima.

Cediendo a ella, queremos ocuparnos de una agrupación singularmente notable en nuestro medio social, siquiera por uno solo de sus aspectos: el de su éxito, obtenido y probado en casi dos décadas de existencia. Nos referimos a la ASOCIACION MEDICA HONDURENA.

Fundada el 20 de julio de 1929, a iniciativa del Dr. Camilo Figueroa, con fines de superación profesional en su sentido moral y científico, apenas rebasaba, en sus proyecciones y propósitos, los límites de una actividad privada, favorecida por la camarería. Lo revela su emblema — dos manos entrelazadas — y el primer objetivo y el sexto contenidos en sus estatutos. Los otros estaban consignados como una probabilidad abierta para ampliar el radio de sus actividades.

Si ha correspondido o no a sus finalidades inmediatas, lo dicen claramente los 18 años de existencia que lleva, a través de los cuales ha reinado entre sus miembros una verdadera, cordialidad, no empañada por los incidentes ocurridos en la discusión de sus asuntos, pasajeros como las nubes de verano, y definitivamente olvidados al salir de las sesiones, restableciéndose inmediatamente la fraternidad del compañerismo.

No vamos a relatar las mil y mil dificultades con que ha tropezado para alcanzar la bonancible situación en que se encuentra. La historia de las vicisitudes de todos los principios es ya tradicional y hay que darla por descontada.

Solamente recordaremos una actitud muy simpática a la par que humanitaria: la que desplegó en una época crítica, cuando la incuria administrativa dejó de atender el servicio de nuestro hospital capitalino.

Entonces la ASOCIACION MEDICA HONDURENA enfrentó la crisis; sus socios se allanaron a prestar sus servicios profesionales gratuitamente, y cada uno solicitó personalmente

dentro de sus relaciones en el comercio una modesta contribución mensual para atender a los gastos más urgentes requeridos para la manutención y medicament³ de les enierinos.

Así se evitó el colapso del citado Hospital, siendo atendido hasta que el Estado pudo ponerlo nuevamente bajo su protección, y así se perfiló igualmente toda la trascendencia que en favor del público podía tener con sus actividades la referida asociación.

Con el transcurso de los años, hallándose al frente de ella el Dr. Juan A. Mejía, como su Presidente el Dr. Salvador Paredes inició y propuso la construcción de una casa para asiento de su biblioteca y celebración de sus sesiones.

Hombre altamente dinámico y de un sentido práctico a toda prueba, ya tenía financiado también el proyecto en la forma debida.

La casa se hizo, y hoy día la Asociación, cubierto su primer programa, pensó en dilatar el campo de su acción a obras de beneficencia pública.

Actualmente tiene en construcción un edificio para asilo de niños, en el que se trabaja con febril actividad y el cual está ya muy adelantado.

Al contemplar sus proporciones y el estado de su edificación, ya entejándose el techo, apenas puede creerse que se haya ejecutado el trabajo con la suma invertida en él. L. 18.000, poco más o inenes, todo le cual revela la estricta economía con que ha sido llevado y la absoluta buena fé de todos sus miembros de la asociación, si se tema en cuenta que tanto el valor de los materiales de construcción como el de la mano de ebra ha alcanzado casi el doble de los tiempos normales.

Ahora sólo es de desearse que una vez terminado el edificio, que será dentro de pocos n;3ses, el proyecto reciba de parte de quien corresponda toda la protección que merece para que el propósito altruista de la ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA se convierta en una benéfica y hermosa realidad.

Francamente es altamente consolador que en una época en que la sordidez del egoísmo individual ha ido cegando cada día más las fuentes de todo sentimiento generoso, haya todovía espíritus que legren sustraerse a las emanaciones de un ambiente moral deletéreo, y pongan su capacidad y sus energías al servicio de los desheredados de la suerte.

Por convicción propia, nos sentimos mejor dispuestos a elogiar las buenas acciones que a censurar las malas. Desgraciadamente abundan tan peco las primeras que vivimos siempre ávidos de hacerlo con teda satisfacción.

Aunque en toda agrupación existen siempre elementos destacados cuya actuación es más eficaz o más visible que la de sus compañeros, no cabe graduar los elogios per razón de su porte.

Alabamos totalmente la agrupación por su disciplina, la solidaridad de sus miembros y su actitud siempre dispuesta a los

Sobre Clasificación de las Ictericias

Por el Dr. Héctor Dncri C. "Revita

Médica de Chile", diciembre de 1946

El término ictericia tuvo su origen en el griego icterus, nombre dado de acuerdo con Aretea a un pequeño carnívoro de ojos amarillos. El síntoma fue reconocido, como es fácil suponerlo, desde tiempos muy remotos y así Hipócrates lo menciona con frecuencia, aunque en general como complicación de otras afecciones.

Galeno, fue talvez el primero en enunciar que cuando la bilis se disemina por el organismo, aún conservando su naturaleza propia, determina una enfermedad llamada ictericia. Areteo, por su parte, describió en forma acabada el mecanismo de producción de la ictericia por impedimento mecánico del flujo biliar al intestino. Debemos, sin embargo, llegar a Sylvius de le Boe para que comiencen a plantearse problemas doctrinarios sobre el origen del síntoma que nos ocupa y con ello se inicien los intentos de clasificación; este autor pudo observar en algunos casos en que practicó autopsia, la falta de obstrucción biliar.

Saunders reconoce este hecho al decir: "Hay sin embargo, algunos casos que nos inclinan a creer que la ictericia puede existir, aún cuando los canales biliares estén permeables y libres." A pesar de ello, cree indispensable una reabsorción de la bilis después

actos de beneñencia. Aquí radica la esencia de su mérito, sin que la relatividad de los valores postergue a ninguno en su derecho a la gratitud pública en todo aquello que la merece.

En el navio que cruza las procelosas aguas del océano, desafiando probables tempestades, no carece de valor decisivo ni siquiera la obra muerta de su construcción sin la cual flotaría a la deriva expuesto a estrellarse en el primer escollo de la ruta.

Del mismo modo, en las labores de una agrupación progresista se evalúa la acción del conjunto, traducido en hechos tangibles, quedando el mérito individual en la honra de pertenecer a ella.

Los que por razones de orden profesional estamos al margen de sus actividades, lo menos que debemos hacer en nuestra condición de ciudadanos es contribuir a encarecerlas ante el público con nuestra sincera voz de aliento.

Francisco Várela M.

(Tomado de la revista "Tegucigalpa")

Tegucigalpa, D. C, 6 de abril de 1947.

■

que ha sido eliminada y critica la concepción de autores como Boerhaave y Morgagni quienes consideran a la ictericia como determinada, en ocasiones, por una falta de secreción.

De acuerdo con Thomson y con Budd, la ictericia puede deberse: 1) a una falta o escasez de secreción biliar por parte del hígado y 2) a una regurgitación por pasaje impedido al tracto digestivo. Murchison es menos explícito y distingue ictericias resultantes de una obstrucción, del colédoco e ictericias independientes de aquella.

Harley hace una dura crítica a la concepción patogénica de las ictericias enunciadas por Frerichs quien introducía dos nuevos conceptos: circulación sanguínea disminuida a nivel del hígado y descenso en el consumo de bilis en el torrente circulatorio; Harley apoya decididamente las ideas de Budd.

Estas diversas opiniones, no hacían sino reflejar la dificultad existente para establecer una clasificación de los cuadros ictericos que fueron tanto fisiopatológica, como clínica.

Sería inútil referirse a los muchos esquemas propuestos, la mayoría de los cuales se encuentran analizados en diversos textos. Baste sólo recordar que Eppinger, por ejemplo, se limita a distinguir ictericias derivadas de una retención biliar mecánica, independientes de ella; y que Lichtman no adopta ninguna clasificación.

Nos detendremos sólo a considerar los cuatro intentos de ordenación de los cuadros ictericos, que han tenido una mayor repercusión en la literatura médica.

El primero de ellos se debe a van den Bergh, quien distingue: 1) ictericias mecánicas y 2) ictericias dinámicas, en el primer grupo se engloban aquellas que dependen de una obstrucción biliar y en el segundo, las que obedecen a otras causas. Esta clasificación tiene el inconveniente de comprender bajo la misma denominación, de ictericia dinámica, cuadros que no sólo tiene una patogenia diferente, sino que representan problemas diagnósticos y terapéuticos absolutamente opuestos. Por lo demás, está basada exclusivamente en el tipo de reacción de van den Bergh.

La clasificación que ha tenido mejor acogida entre los clínicos y que se utiliza corrientemente entre nosotros, es la propuesta por McNee. Este distingue: 1) ictericias hepáticas obstructivas, 2) ictericias hepáticas tóxicas e infecciosas y 3) ictericias hemolíticas. Como puede fácilmente observarse, esta clasificación reúne criterios patogénicos junto a otros 3 etiológicos. Por otra parte, no engloba ciertos cuadros actualmente bien definidos y a los que nos referimos luego y es incompleta en lo que se refiere al segundo grupo.

Tratando de transformar el esquema de McNee, en uno derivado totalmente de un concepto patogénico, algunos autores han cambiado el nombre de ictericias hepáticas tóxicas e infecciosas, por el de ictericias hepatocelulares. Esto que indudablemente significa un progreso, no soluciona definitivamente el asunto ya que siempre quedan englobadas dentro de este rubro cuadros que como

veremos luego, no corresponden en realidad a una agresión de la célula hepática misma. En todo caso se conserva el error de dejar excluidos algunos cuadros de existencia indudable, corno la llamada colemia familiar.

Rich ha resucitado la distinción entre ictericias obstructivas y no obstructivas. Basándose puramente en un concepto patogénico, apoyado por ciertos elementos de laboratorio como la reacción cualitativa de van den Bsrgh, Rich distingue: 1) ictericias por retención y 2) ictericias por regurgitación.

La ictericia por retención, caracterizada por hiperbilirrubinemia con reacción directa de van den Bergh negativa, aumento del urobilinógeno en las deposiciones y falta de pigmento biliar en la orina, se debería según Rich a la influencia combinada de una hiperproducción de bilirrubina y de una capacidad excretora hepática disminuida. Desde luego, podemos decir que hay ictericias con todos los atributos de lo que este autor llama retención y que sin embargo, no se dete a una producción exagerada de bilirrubina. Per otra parte, cuadros que indudablemente obedecen a una regurgitación, evolucionan en los primeros y últimos estadios, con bilirrubina de reacción directa negativa de van den Bergh no es suficientemente exacta, como para basai er; ella una clasificación y sobre su expresión cuantitativa, no se tiene aún suficiente experiencia.

La ictericia por regurgitación, de Rich, es determinada como su nombre lo indica por el reflujo de bilis al torrente circulatorio. Sus características de laboratorio son reacción de van den Bergh directa positiva, disminución del urobilinógeno fecal y biliuria. Ya hemos dicho, sin embargo, que ictericias típicamente regurgitativas pueden acompañarse en ciertos períodos de hiperbilirrubinemias con reacción directa negativa; por lo demás, es bien conocido el hecho que ciertas ictericias debidas a una obstrucción biliar se acompañan en algunos momentos de su evolución, de urobilinógeno fecal normal o elevado. Pero sin dudas el inconveniente principal del término regurgitación y de la clasificación de Rich considerada globalmente, es el que comprende dentro de este segundo grupo tanto las ictericias derivadas de una lesión hepática, como las que se originan en una obstrucción biliar. Esto no sólo complica la concepción patogénica, sino aue introduce serias deficiencias en la individualización de la conducta terapéutica-Nos resta considerar la clasificación propuesta recientemente per Várela Fuentes. Este autor distingue: 1) ictericias por hiperhemolisis y 2) ictericias por derivación bilio-sanguínea. Estos grupos en realidad corresponden a los ya enunciados por van den Bergh y a los de la clasificación de Rich. Ya hemos dicho que hay ictericias que en todo asemejan a las hemolíticas y que sin embargo, no se deben a una hiperdestrucción sanguínea. Por lo demás, el englobar en conjunto los cuadros determinados por agresión hepática y por obstrucción biliar, complica, como hemos dicho, los criterios patogénicos y terapéuticos.

A pesar de ello, es a nuestro juicio la clasificación de Várela Fuentes la que más satisface las exigencias de los conocimientos actuales. Ella divide las ictericias por derivación bilio-sanguínea en subhepáticas e intrahepáticas, es decir en obstructivas y no obstructivas. Además tiene el mérito de introducir por primera vez en un esquema, el concepto de ictericia intrahepática no derivada de una lesión celular.

Tiene la clasificación de Várela Fuentes el defecto de comprender los terminos hepatitis, de significado poco claro y no aceptado universalmente, y peri-hepatocítica, que no localiza la lesión en forma precisa.

Tratando de obviar los inconvenientes de las diferentes clasificaciones analizadas, hemos propuesto la que a continuación se expone. Ella no pretende repesar en conocimientos originales ni revolucionarios. Está sólo destinada a reunir los diversos cuadros ictericos en grupos que permita; una rápida orientación patogénica y terapéutica. Tiene sí el mérito de colocar el problema en forma sencilla, a tono con los conocimientos actuales.

ICTERICIAS

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| I.—PREHEPÁTICAS | 1) Hemolíticas |
| | 2) No hemolíticas |
| II.—HEPÁTICAS | 1) Hepatocelulares |
| | 2) Hepatocanaliculares |
| III.—POSTHEPÁTICAS | 1) Obstructivas completas |
| | 2) Obstructivas incompletas |

I.—Las ictericias prehepáticas comprenden a aquellas en que no existe una lesión anatómica demostrable a nivel del hígado. Ellas se derivan: 1) de que por exceso de destrucción sanguínea, hay una cantidad anormalmente grande de bilirrubina circulante, que el hígado no puede excretar o metabolizar; o 2) de que probablemente el umbral de excreción de la bilirrubina se encuentra ascendido y existe una acumulación de pigmento en el torrente circulatorio.

Estas ictericias prehepáticas se caracterizan por hiperbilirrubinemias con reacción de van den Bergh directa negativa, o mejor dicho por un valor relativamente bajo de bilirubina directa pronta, leída en un minuto.

El cuadro de la ictericia prübepática por hiperhemoísis, es suficientemente conocido y no insistiremos sobre él.

La ictericia prehepática que no obedece a un exceso de destrucción sanguínea, corresponde al cuadro que ha recibido diversos nombres de acuerdo con distintos investigadores y en el que la única anormalidad clínica es una hiperbilirrubinemia. Gilbert ha denominado a esta afección 'colemia familiar'; Meulengracht, "ictericia intermitente juvenil"; Resendaal y Comfort, "disfunción hepática constitucional"; Demeshek y Singer, "ictericia no hemolítica familiar", y Alwalí y cois., "bilirrubinemia hereditaria no hemolítica." Creemos que el nombre de ictericia prehepática no hemolítica, permite comprender la esencia del cuadro y no lleva a confusiones. Lo esencial es que se está en presencia de una hiperbilirrubinemia no derivada de una destrucción exagerada de sangre y que no se acompaña ni de insuficiencia hepática demostrable por las pruebas de laboratorio, ni de alteración histológica de la glándula. Este último punto ha sido puesto en evidencia por Roholm y colaboradores, y por Alwall.

II.—Las ictericias hepáticas son aquellas que se derivan de una agresión del órgano mismo. Es indispensable distinguir: 1) las que tienen como substrato anatómico fundamental, una alteración que radica en las células parenquimatosas y 2) las que obedecen a una lesión que respeta esas células y que asienta en los canalículos biliares.

Esta distinción es de la mayor importancia, ya que actualmente se sabe en forma definitiva que algunas ictericias originadas en el hígado mismo, no sólo se acompañan de insuficiencia hepática, sino que evolucionan con todos los atributos de una ictericia obstructiva. Estas características, que han sido demostradas en los cuadros ictericos que en ocasiones siguen a la terapia con arsenicales y tiouracilo, se observan también en ciertos casos que clínicamente deben catalogarse como hepatitis infecciosa.

Del conocimiento de este tipo de ictericia, ha nacido el término de obstrucción intrahepática, término que aparece inadecuado ya que se presta a confusiones. Algunos autores, generalizando, consideran como tal todos los cuadros que se acompañan de acolia de cierta duración, o que evolucionan durante un tiempo con cifras normales de urobilinógeno urinario, sin embargo; al proceder en esta forma indudablemente se exagera, ya que esos caracteres se observan corrientemente en ictericias por daño hepático celular.

Debemos reservar el nombre de ictericias hépatocelulares, para aquellas que, determinadas por una agresión de la glándula, se acompañan de signos de perturbación funcional, y al estudio histopatológico revelan una lesión que asienta en las células paren-

quimatosas. El término de ictericia hépatocanalicular, colangioli-tica de algunos autores, debe aplicarse aquellos cuadros que tienen su origen también en una agresión de la glándula, pero cuya lesión radica en los capilares biliares y que evolucionan con normalidad completa o casi completa del funcionamiento hepático.

III.—Las ictericias posthepáticas o mecánicas, pueden deberse a una obstrucción completa o incompleta del gran árbol biliar y su mecanismo y caracteres son suficientemente conocidos, como para que valga la pena insistir sobre ellos.

Las obstrucciones completas son generalmente cancerosas y las incompletas, benignas (por colédocolitiasis u otras causas). Su diferenciación depende del estudio del flujo biliar al intestino, por medio del sondeo duodenal y del urobilinógeno fecal.

La clasificación propuesta, tiene el mérito de colocar el problema de acuerdo con los conocimientos actuales. Por otra parte, ella permite eliminar las dificultades de interpretación respecto a la discordancia del estudio funcional en relación al origen de la ictericia. Por último, engloba los diferentes cuadros en grupos separados, de acuerdo con la conducta terapéutica.

Importancia del Examen Radiológico de la Glándula Mamaria en el Diagnóstico de los Neoplasmas

—Por el Académico Dr. Carlos **COQUI**

(Revista de Cirugía y Cirujanos México D. FJ)

La exploración radiológica de la glándula mamaria, no pretende resolver el problema diagnóstico de los padecimientos de este importante órgano, en totalidad; pero es, sin duda, muy interesante, ya que da seguridad al diagnóstico clínico que a veces es dudoso. Además, en el caso de un neoplasma, el diagnóstico es mucho más preciso y en las personas pusilánimes confirma la naturaleza benigna o maligna de un proceso, con lo cual los pacientes, de acuerdo con su psicología, quedan satisfechos.

Expuesto lo anterior, presentamos en seguida los

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN

La glándula mamaria puede hacerse visible por:

1^o—Radiografía simple.

2^o—Insuflación gaseosa o aeromamografía. 3^o—Haciendo el estudio de los canales galactóforos con inyección de substancia de contraste.

RADIOGRAFÍA SIMPLE.—En general es difícil la visualización del parenquima glandular que aún cuando da pocos datos, sin embargo puede orientar. Buenas radiografías, cuya técnica es igual a la de la aeromamografía, pueden demostrar contraste entre el tejido glandular y los vecinos, aunque el límite no siempre es fácil de establecer a pesar de los buenos clisés, en donde el tejido glandular aparecía con límites precisos cuando es normal, siendo homogénea su estructura radiológica.

2^o—**AEROMAMOGRAFÍA.**—Mucho más precisos son los resultados que se obtienen de la impregnación gaseosa periglandular, pues se aclara mucho más el contorno de la glándula mamaria con este procedimiento, que no ofrece complicación técnica alguna. Los resultados clínicos son buenos, sobre todo para diagnosticar con seguridad procesos neoplásicos.

*

Técnica.—En general basta con inyectar un poco de bióxido de carbono en el espacio premamario y en el retromamario. El bióxido de carbono se toma de una botella en donde este está guardado a presión; la salida y la presión se miden por medio de un dispositivo especial y la cantidad y la velocidad de la inyección se calculan de acuerdo con el caso estudiado, pues no hay regla fija. La inyección se puede hacer con aire, pero esto produce mas-

talgia y deja enfisema residual y el bióxido de carbono no, por que rápidamente se reabsorbe; el oxígeno, también puede usarse.

Si en nuestro medio usamos aire, es porque aún no hemos sistematizado este método de exploración, del que tenemos la exclusiva y la iniciativa, cuya importancia es bien clara, ya que el contraste gaseoso permite limitar la morfología del tumor y, por lo tanto, nos da una idea de la benignidad o malignidad, útiles para establecer pronóstico y tratamiento.

La aguja se hundirá en la mama, cerca del surco mamario para el piquete posterior, más adelante para el anterior. La glándula mamaria, más o menos, deberá triplicar su volumen, cuando ya está bien inyectada.

La posición que se da a la enferma tiene importancia; en general la glándula debe quedar bien apoyada sobre el chasis y los Rayos X deben serla en forma tal que no estorben las sombras de costillas, siendo tangenciales a éstas.

Deben usarse dispositivos sin pantallas; aparatos con tubo de foco fino, a una distancia de 75 a 80 cms. y, además, las placas deben ser estereoscópicas, de preferencia. El **miliampereaje** o intensidad y el voltaje que mide la penetración variará con el espesor mismo de la glándula y según la potencialidad del equipo. Puede obtenerse hasta con equipos portátiles.

Por lo demás, esta técnica podrá variar y se pueden usar pantallas y hacer placas instantáneas o de tiempo, según las circunstancias. Tiene importancia, para evitar la reabsorción que es muy rápida cuando se usa bióxido de carbono, producir inmediatamente la radiografía. El método no tiene contra indicaciones más debe evitarse la penetración de gas en los vasos, no obstante, que el bióxido de carbono no es peligroso y de que se reabsorbe rápidamente y no determina embolias aún en el caso de que llegase a penetrar. La recomendación, empero, es pertinente tenerla presente.

GLÁNDULA MAMARIA NORMAL

Generalmente aparece como una masa más o menos bien limitada, con sus estriaciones bien nítidas que se marcan claramente. Esta masa, cuya densidad radiológica, es de partes blandas está separada de los tejidos vecinos, músculos y piel.

NEOPLASMAS

Cuando el neoplasma es benigno, su límite preciso se marca con claridad, apareciendo diferente en su densidad del gas inyectado y del tejido glandular, apreciándose su tamaño y relaciones.

En los casos de tumor maligno, se aprecia la irregularidad de los límites del tumor, la invasión de los tejidos vecinos, las adherencias con los planos superficiales o profundos y el aspecto

atípico de las estriaciones del parenquima glandular, siendo muy clara la diferenciación de un tumor benigno del tipo adenoma y de un tumor maligno o carcinoma.

Es muy fácil para establecer el límite anterior de la glándula mamaria, revestirla de una mezcla opaca que contenga sulfato de bario, vaselina y carbonato de plomo. Con este procedimiento se obtienen bellísimos contrastes, la aeromamografía, combinada con el examen canalicular con inyección de substancia opaca da resultados mucho más precisos.

3«_INYECCIÓN DE LOS CANALES GALACTOFEROS

Como los procesos patológicos, principalmente les neoplásicos, alteran el calibre y la morfología de los conductos, el procedimiento que consiste en hacerlos visibles, resulta sumamente útil en el diagnóstico.

En general se usarán aceites opacos e substancias yodadas, como las que se utilizan para hacer visibles las vías urinarias. Nosotros hemos usado la neoyadipina, que es relativamente fluida, y el Nosy'án. Los aceites opacos, tienen la desventaja de que pueden retenerse y dan lugar a complicaciones tardías, como abscesos, que ya se han visto.

Técnica.—Previa la esterilización del instrumental, se cateteriza el conducto con un fino mandril, lubricado con vaselina y en seguida se introduce una fina aguja, roma en su punta, en el conducto elegido inyectando una cantidad variable de substancia de contraste y suspendiendo la inyección cuando la enferma tenga molestias. En general bastan unos 2 cc. para visualizar un conducto.

LOS CONDUCTOS GALACTOFEROS

Hay que inyectar el conducto galactífero que se sospeche enfermo y para no cometer un error conviene saber cual es normalmente la topografía de los conductos, así como recordar que a cada cuadrante de la glándula le corresponden los conductos del cuadrante respectivo del pezón, que entre más periféricos son éstos, es más superficial y lejana del centro la zona glandular y, por último, que los conductos centrales corresponden a regiones más profundas.

Conviene recordar, también, que los conductos glandulares tienen normalmente varios centímetros de longitud, a veces hasta cinco y que el diámetro es aproximadamente de un milímetro, que se ramifica en forma de árbol y que estas ramificaciones no son simétricas; que hay más ramas del lado distante del centro de la glándula. Los conductos presentan a veces pequeñas dilataciones que son normales.

Los conductos glandulares son distintos naturalmente de acuerdo con el sexo, edad y estado fisiológico de la glándula mamaria, muy pequeños en el niño y el hombre, se desarrollan en la pubertad en la niña y sobre todo en el período de actividad de

la glándula en la lactancia. El tejido glandular se atrofia durante la menopausia, no así los conductos principales que conservan su calibre. En los procesos patológicos, los conductos sufren deformaciones y estenosis visibles a los Rayos X y utilizables en el diagnóstico.

ASPECTO PATOLÓGICO

El conducto en los procesos neoplásicos se estrecha y se ve amputado en la radiografía. Si se ejerce presión, no se ven sus ramas y el líquido se infiltra en los tejidos sanos, alrededor del conducto. Esta infiltración es distinta de aquella en que tiene lugar esa estenosis inflamatoria o de otro origen en que la substancia de contraste infiltra la extremidad distal del conducto y penetra en el tejido enfermo, lo que no sucede en caso de neoplasmas, en que, también, se pueden apreciar francas irregularidades del conducto.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con casos de mastitis crónicas y tumores benignos, quistes, etc.

En los tumores benignos, los canales aparecen rechazados, pero no hay amputación patológica, lo mismo que en tumores benignos de otra naturaleza.

En las mastopatías, agudas y crónicas, de otro origen, ya se dijo que la amputación podía existir; pero la substancia se infiltra de distinta manera, en la extremidad y no alrededor del conducto galactífero. La combinación de la aeromamografía con la investigación del estado morfológico de los conductos excretores de la glándula, suministra un conjunto de detalles muy útiles en el diagnóstico.

A veces la superficie interna de un conducto, es irregular por la presencia de tumores benignos del tipo de papilomas. La pequeña o pequeñas lagunas aparecen muy claras en la mamografía con medio de contraste. En ciertos casos de tumores malignos, dan estas imágenes.

La exploración puede dar resultados normales en un conducto y patológicos en otros, por lo que es muy conveniente ser muy completos en el examen, que a veces se hará en varias sesiones.

Hay ciertos quistes malignos que pueden impregnarse inyectando substancias opacas. En estos casos, aparece la imagen cavitaria con salientes o irregularidades en la superficie interior, que no se observan en casos de quistes benignos. Sin embargo, el diagnóstico diferencial es difícil, porque coágulos sanguíneos que existan en casos de tumor benigno, pueden producir imágenes que hagan pensar en malignidad. A veces se trata de quistes multiloculares, de los que sólo se impregnan algunos y pueden dar Impresión de irregularidad.

Hay que hacer notar que los conductos se alteran en su morfología en las enfermedades fibroquísticas de la glándula mamaria en que pueden observarse dilataciones del canal, de tama-

Citología del Contenido Gástrico en Condiciones Normales y Patológicas

Por los doctores Javier Altamira
y Mario Rennella

Dado el entusiasmo de algunos investigadores (Mulrooney, 1940; Mulrooney y Eusterman, 1941) por el estudio de la citología de contenido gástrico como auxiliar para el diagnóstico y como criterio para justipreciar la evolución de los procesos gástricos, especialmente en lo que se refiere a las gastritis, resolvimos incluirlo entre las exploraciones a que de ordinariamente sometemos a nuestros pacientes. La sugestión nos fue hecha por el Profesor Temístocles Castellano, quien se refirió a este procedimiento al ocuparse de las gastritis (Castellano, 1941). Por nuestra parte, también hicimos ya algunas referencias al mismo (Altamira, 1942).

Aunque nuestras observaciones sólo llegan a un reducido número de casos (17), creemos de interés su publicación para los que se ocupan de estas cuestiones, haciendo notar que por lo prolongada y engorrosa que resulta cada determinación, es difícil

ño variable, acompañadas de hiperplasia de la pared. Estos aspectos, ordinariamente, son benignos; pero en ciertos casos, pueden ser de origen maligno, sobre todo si hay tumor palpable. Si existe tumor palpable, la imagen observada, de acuerdo con los signos clínicos, podrá conducir a la extirpación parcial de la glándula y no total.

En las mastitis puerperales, también, se observan dilataciones de los canales, pero no hay signos de amputación, más que de algunas ramas secundarias enfermas y estas alteraciones se observan en territorio limitado de la glándula, siendo el resto normal.

Los abeesos pueden, también, rechazar los conductos glandulares y ser este aspecto demostrable por los Rayos X. No existe amputación del conducto.

En ciertos casos de hipoplasia de la glándula mamaria, se pueden observar conductos no ramificados que se ven como amputados, a pesar de que no existe tumor, lo que hay que tener presente al hacer el diagnóstico diferencial.

Por último, debemos mencionar que si algunas endocrinopatías, en ciertos casos de acromegalia, por ejemplo, se observan alteraciones morfológicas que también deben tenerse presentes para no incurrir en un error de diagnóstico. En general se observa dilatación de los conductos.

En algunos casos de amenorreas, se produce atrofia de los conductos secundarios que no está de acuerdo con la edad.

llegar a grandes números en lo que se refiere. Creemos que los datos hallados por nosotros contribuirán en alguna medida a la dilucidación acerca del valor de esta técnica tan tesonera en lo que a tiempo y paciencia se refiere (se precisan aproximadamente 3 horas para recoger el material solamente), ya que si sus resultados no fueran realmente satisfactorios, no puede aconsejarse como procedimiento de exploración clínica corriente.

SIGNIFICACIÓN Y ORIGEN DE LOS ELEMENTOS CELULARES

Para los que utilizan la citología del contenido gástrico como medio de diagnóstico de las enfermedades que directa o indirectamente repercuten en el estómago se produciría en todos o en algunos de los padecimientos gástricos un aumento en el número de elementos citológicos por milímetro cúbico y dentro del número de estos elementos celulares se encontraría un porcentaje de leucocitos mayor en los padecimientos gástricos que el que se encuentra en el contenido extraído de estómagos normales. Estos leucocitos que emigrarían probablemente, desde los capilares próximos a las criptas gástricas, hacia la luz de las mismas y luego a la cavidad gástrica, llegarían así a formar parte del contenido del estómago alcanzando normalmente la luz gástrica por procesos de diapédesis y por una verdadera exudación cuando median estados inflamatorios.

En el recuento de las células del contenido gástrico y en la determinación del tanto por ciento de las células epiteliales y de los leucocitos, se prescinde como es natural de las células escamosas provenientes de las vías respiratorias y digestivas ubicadas por encima del estómago.

En cuanto a los caracteres de los distintos elementos que se pueden encontrar en los extendidos efectuados con el sedimento del contenido gástrico, diremos que Mulrooney, que colorea estos elementos con el método de Wright, dice que las células escamosas presentan un citoplasma resistente a la auto digestión por el jugo gástrico; el núcleo es grande, granular y se colorea en rojo; se las estima en un término medio de 16 por ciento de todas las células de los extendidos. Las células epiteliales, resultado de la descamación de la propia mucosa gástrica, presentan un citoplasma que es destruido por el jugo gástrico más rápidamente que el de las otras células. Su núcleo es un poco más grande que el núcleo de los leucocitos y tiene una textura fibrilar fina con ocasionales condensaciones. Los leucocitos, en los casos en que estén aumentados, serían el resultado de la exudación; su citoplasma es fácilmente digerido por el jugo gástrico, aunque menos que el de las células epiteliales. El aspecto lobulado característico de los núcleos leucocitarios ayuda a diferenciar estas, células aún en ausencia de citoplasma.

Según Mulrooney "el tamaño, forma y estructura del núcleo linfocítico no son diferentes de los núcleos epiteliales de manera que pueden confundirse estos dos tipos de células, Bunting y Huston han establecido que el número de linfocitos en los jugos digestivos es groseramente proporcional a la cantidad de tejido linfático en las varias porciones del aparato digestivo. Como el estómago tiene solamente pequeños folículos linfáticos, próximos a la muscularis mucosae, no es probable que los linfocitos constituyan una considerable parte de las células del contenido gástrico.

Debemos agregar, que por nuestro método modificado de May-Grünwald-Giemza, que luego describiremos, las células escamosas son fácilmente reconocibles. El protoplasma se colorea suavemente de azul claro, sin granulaciones protoplasmáticas. Si carecen de protoplasma debe fijarse la atención en núcleos de membrana nítida, resistente, coloreados de azul oscuro y sustancia nuclear finamente granulada de azul violeta.

En las células epiteliales gástricas con protoplasma puede apreciarse una ligera condensación exoplásmica y un citoplasma suavemente azulado con muy finas granulaciones basófilas. La membrana nuclear es firme, oscura y rodea un núcleo oval más pequeño que en las escamosas siempre más grande que un linfocito y de trama o armazón nuclear finamente reticulada de color azul violeta. En el linfocito, en cambio, se ve poco su media luna protoplasmática, pero por lo general persiste siempre moviendo el micrométrico. Su núcleo es más poliformo, fuertemente azul, con una trama reticular estrecha oscura.

El pelimorfonuclear es de fácil visualización por su núcleo característico, su protoplasma y granulaciones.

PROCEDIMIENTO

Lineamientos Genérale*.— Solamente hemos efectuado el estudio de la citología del contenido gástrico en pacientes que consideramos estudiados y controlados detalladamente. Todos fueron historiados por nosotros, se pidieron varios análisis: citológico completo de sangre, completo de orina, eritrosedimentación, dosaje de urea, glucosa y colesterol en sangre, reacciones de Wasserman y¹ Kahn, colecistografía en casi todos ellos y varios otros análisis y opiniones de especialistas cuando se creyó oportuno ampliar el estudio de los pacientes con el fin de que el diagnóstico tuviera todas o casi todas las posibilidades de ser cierto. En ningún paciente se dejó de efectuar estudios de la acidez del contenido gástrico, inclusive con histamina cuando fue necesario. Rutinariamente se estudió la acidez gástrica en forma fraccionada y con la solución de alcohol al 5^{ta}, utilizando desde luego la sonda de Einhorn.

El estudio radiológico lo efectuó el Dr. Boher quien con sus informes, radiografías y estudios del relieve de la mucosa, consolidó en forma notoria los distintos diagnósticos.

Todos los pacientes fueron sometidos al contralor gastroscópico, único método que permite sentar fundadamente el diagnóstico de gastritis. Este examen, algunas veces se repitió y uno de los casos cuenta con cinco endoscopías gástricas hechas espaciadamente.

En cada caso llenamos personalmente los siguientes requisitos integrantes de una técnica que si bien sigue en sus lineamientos generales a la preconizada por Mulrooney, fue ligeramente modificada al añadir la coloración de May-Grünwald-Giemza.

Recolección del material.— Doce horas aproximadamente después de la última comida efectuada en la noche anterior, se extrae el contenido del estómago del paciente, a las 8 de la mañana más o menos; luego se efectúa un suave lavado gástrico con solución isotónica de cloruro de sodio, 50 a 100 centímetros cúbicos. Se introducen después 200 centímetros cúbicos de una solución alcohólica al 5^f/t en agua destilada, recién preparada. Se espera 10 minutos y se hace una extracción de contenido gástrico, unos 10 a 15 centímetros cúbicos y se repite luego esta espera de 10 minutos y la extracción de igual cantidad de contenido gástrico, siguiendo en esta forma hasta conseguir 8 tubos. Obtenida la octava muestra, se extrae todo el contenido del estómago y nuevamente se lava con solución isotónica de cloruro de sodio.

Para la extracción de tres tubos restantes, Mulrooney neutraliza la acidez del contenido gástrico con el objeto de conservar las características de las distintas células, valiéndose de una solución alcalina de caldo que prepara con 10 centímetros cúbicos de extracto de carne de vaca y 5 gramos de bicarbonato de sodio diluido todo hasta 150c\ Se introducen 50 centímetros cúbicos de esta solución alcalina. Después de 10 minutos se vacía completamente el estómago. Se instilan otros 50 centímetros cúbicos de la solución citada y luego de otros diez minutos se extrae todo el contenido gástrico. Se repite por tercera vez estas maniobras y en esa forma se evacúa por última vez el estómago.

Con todo, el mismo Mulrooney admite que si bien la neutralización de los ácidos gástricos en el vivo es una ayuda definida para preservar la integridad del citoplasma de las células del contenido gástrico los núcleos habitualmente serán diferenciados unos de otros aún cuando el citoplasma haya sido digerido. Por consiguiente la neutralización de los ácidos gástricos es conveniente pero no indispensable.

Según Hauth cuando el jugo gástrico tiene un pH de 6.17 o mayor, se conservan bien las células; cuando el pH es menor se digiere el citoplasma celular. Es conveniente tener presente que como recuerda Mulrooney, la anacidez del contenido gástrico está

en el color amarillo del dimetüaminobenceno que vira a un pH de 3.5. Por ello el contenido gástrico con un pH entre 3.5 y 6.17 será "anacido", pero los elementos celulares todavía serán digeridos.

Recuento. Celular absoluto y Porcentual.— En los ocho primeros tubos, una vez homogeneizados, se separan 4 centímetros cúbicos de cada uno con el fin de tomar la acidez libre y total. Luego en cada uno de los tubos 2, 4, 6 y 8, se procede en la siguiente forma: se tapona el tubo con un corcho de goma limpio y se invierte suavemente dicho tubo varias veces con el fin de hacer una homogeneización lo más completa posible. Si el mucus la impide, se pipetea todo el contenido del tubo, aspirando y soplando con suavidad; y de este modo se consigue hacer una mezcla homogénea.

Realizando lo anterior, se extrae un centímetro cúbico del contenido y se le agrega 9 centímetros cúbicos de solución isotónica de cloruro de sodio. Se mezcla bien invirtiendo el tubo varias veces y se separan 2 centímetros cúbicos, agregándole 8 gotas de azul de metileno al 0.5% ; y después de mezclar suavemente, se hace el recuento de las células en la cámara de Thoma.

Al resto, sin colorear, se agrega una gota de Giemza diluido como para colorear los elementos sanguíneos, efectuando dos recuentos más en la cámara de Thoma. El promedio de estos tres recuentos es la cifra considerada para cada individuo, previo cálculo de los elementos que corresponden a 1 milímetro cúbico.

El contenido de los mismos tubos 2, 4, 6 y 8, sin diluir, previa neutralización con hidrato de sodio al 10%, para propender a una mejor conservación celular, se lo centrifuga y con el sedimento se hacen tres extendidos de cada uno, coloreándolos por el método de Wright a uno y a los otros dos por el método de May-Grünwald-Giemza modificado en la siguiente forma: colorear y fijar con May-Grünwald, medio minuto, agregar igual cantidad de agua destilada y lavar; agregar el Giemza diluido durante 5 a 6 minutos.

En cada uno de estos extendidos, se cuentan los elementos epiteliales y leucocitos en número total, de 200 para ambos, y el resultado se divide por 2. El porcentaje hallado es el que se tiene en cuenta para cada caso.

Por último, se centrifugan los tres últimos tubos alcalinos y con el sedimento de cada uno de ellos se hacen tres extendidos procediendo como en el caso anterior.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Hechas todas estas consideraciones previas, vamos a pasar al examen de nuestros casos, relacionando los resultados obtenidos, con los que consiguiera Mulrooney, para mejor justipreciación de los resultados, incluyendo antes un cuadro demostrativo de los distintos valores ácidos que fueron encontrados en nuestros 17 casos, donde podrá apreciarse también los diagnósticos correspondientes a los mismos. Véase cuadro I.

NORMALES

En los 50 casos estudiados por Mulroney, para un grupo de pacientes con estómagos normales, se seleccionaron 11 que eran relativamente jóvenes y sin trastornos digestivos. Sus edades estaban comprendidas entre 18 y 39 años. Ningún paciente en las últimas décadas fue escogido, por la posibilidad de encontrar gastritis.

Case	Diagnóstico	HCl libre	En el tubo N°	Acidez total	En el tubo N°
1	Normal	1.99	8	2.34	8
2	Gastritis	0.00	todos	0.43	4
3	Gastritis	2.11	8	2.46	8
4	Gastritis	2.74	6	3.32	5
5	Úlcera gástrica	2.56	6	2.74	6
6	Apendicitis crónica	3.21	8	3.63	7
7	Normal	0.73	7	1.02	7
8	Gastritis	0.00	todos	0.21	todos
9	Gastritis	0.43	4 y 8	0.94	8
10	Úlcera gástrica	0.00	todos	0.14	1 a 6
11	Gastritis	0.00	todos	0.14	2 a 5
12	Úlcera gástrica	0.07	4	0.21	4 a 8
13	Úlcera duodenal	2.55	6	2.92	6
14	Cáncer	0.43	8	1.46	8
15	Normal	0.58	6 y 7	0.87	6 y 7
16	Cáncer	0.00	todos	0.43	7 y 8
17	Gastritis	0.00	todos	0.07	todos

CUADRO I

Valor de la acidez^A en el contenido gástrico, de los 17 pacientes estudiados

Valores más altos encontrados, del ácido clorhídrico libre y acidez total, en cualquiera de las 8 extracciones hechas, en cada caso bajo el estímulo de la solución al 5% en gramos, por 1.000 c.c. de contenido gástrico.

De acuerdo con Kauffmann y Konjetzky, gastritis secundaria puede producirse por repetidas infecciones en otras partes del cuerpo y por esto las personas mayores tendrán más probabilidad de mostrar alteraciones. Westphal y Kuckuck, (que juntamente con Kauth, precedieron a la par que otros autores, los estudios de Mulroney, que adoptó las técnicas de ellos modificadas y combinadas), examinaron un pequeño grupo de pacientes de 50 a 55 años de edad pero no encontraron ninguna diferencia apreciable con los sujetos más jóvenes.

Nosotros hemos tomado como normales y para que nos sirvieran de punto de comparación con los sujetos enfermos, a tres pacientes, de 31, 18 y 39 años de edad; en quienes realizados todos los exámenes de que hemos hablado anteriormente y agotado su estudio, no pudimos sacar más conclusión que la de la que trataba de personas que gozaban de buena salud y sus historias fueron

archivadas con el rótulo de "observación", como que su internamiento había respondido al deseo de observarlos debidamente y estudiarlos con detalle. Y así sin habérselo propuesto previamente hemos observado pacientes comprendidos en las edades de 18 y 39 años, al igual que en el trabajo que comentamos (Mulrooney, 1940),

Nuestros resultados y los de Mulrooney y Eusterman están expuestos en el cuadro II, en forma que pueden compararse.

Según puede apreciarse, teniendo en cuenta el reducido número de observaciones tanto de ellos como nuestras, las cifras encenradas sen de crden similar.

ULCERA DUODENAL

Mulrooney estudia 6 casos de úlcera duodenal sin estenosis pilórica y 5 casos de úlcera duodenal con estenosis. En los primeros encuentra (Véase cuadro II) un término medio del recuento celular de 502 células por cm^3 , 77% de las cuales eran células epiteliales y 23%, leucocitos. En los otros cinco casos encuentra un término medio del recuento celular de 1040 células por mm^3 , 67% de las cuales eran células epiteliales y 33%, leucocitos.

Diagnóstico	Cantidades de células por mm^3 .		Células epiteliales por		Leucocitos por ciento		
	Número de casos	Promedio para cada grupo	Extremos	Promedio para cada grupo	Extremos	Promedio para cada grupo	Extremos
Normales	3 (11)	221 (232)	142-284 (80-530)	69 (84)	63-79 (79-89)	31 (16)	21-37 (11-21)
Úlcera duodenal	3 (6)	233 (362)	169-351 (145-575)	58 (77)	54-61 (88-88)	42 (23)	39-46 (14-32)
Úlcera gástrica	1 (3)	134 (425)	(205-740)	66 (68)	(53-80)	34 (32)	(20-47)
Cáncer gástrico	2 (5)	512 (2455)	98-925 (810-5055)	78 (64)	78-79 (57-60)	22 (36)	21-22 (32-43)
Apendicitis crónica	1	265		59		41	
Gastritis	7 (13)	261 (1812)	110-493 (290-6800)	64 (60)	54-82 (31-81)	36 (40)	18-46 (19-69)

CUADRO II

NUMERO Y PROPORCIÓN DE LOS ELEMENTOS CITOLOGICOS DEL CONTENIDO GÁSTRICO EN DIVERSAS CONDICIONES NORMALES Y PATOLÓGICAS

El promedio para el grupo se ha calculado con los términos medios de las cifras correspondientes a todas las muestras examinadas en cada uno de los individuos que lo integran. Los valores extremos corresponden a los promedios individuales máximo y mínimo para cada grupo. Las cifras entre paréntesis corresponden a los valores encontrados por Mulrooney y Eusterman, (1941).

Mulrooney deduce que ello "indicaría que la gastritis no es un factor importante en la producción de la úlcera duodenal" y para él "la estasis del contenido gástrico apareció como un factor **definido** en la producción de gastritis".

Para dicho autor, en los seis casos de úlcera duodenal sin estenosis el recuento celular y porcentaje de leucocitos estaban en los límites normales.

Exactamente lo mismo hemos obtenido en nuestro único caso de úlcera duodenal, con un término medio del recuento celular de 134.5 (Extremos, 98-174) células por un mm^3 , 66% (Extremos 53-81) de las cuales eran células epiteliales y 34% (Extremos, 19-47), leucocitos.

Como podemos observar, si bien los leucocitos constituyen un 34% de las cifras totales, éstas o sea el número de células encontradas en 1 mm^3 del contenido gástrico sólo llegaron a 134.5 elementos. Nuestro paciente no presentaba ni gastritis ni estenosis. Debemos hacer notar también que para nosotros es cifra normal un 31% de leucocitos y nuestro enfermo llegaba al 34% es decir apenas un poco más.

ULCERA GÁSTRICA

El cuadro N^o II muestra los resultados obtenidos por Mulrooney y por Mulrooney y Eusterman y los obtenidos por nosotros.

Dice Mulrooney que "los tres pacientes fueron examinados gastroscópicamente. Uno, cuya úlcera gástrica estaba rodeada por solamente una pequeña zona de gastritis tenía un término medio de 330 células por mm^3 con un 20% de leucocitos. Los otros dos, con lesiones gástricas más importantes, tenían un elevado término medio leucocitario.

Aunque no se contó con suficientes casos para sacar conclusiones definitivas, los datos tienden a indicar que la úlcera gástrica no aumenta el número de células o el porcentaje de los leucocitos en el contenido gástrico. Cualquier aumento de las células o leucocitos indicaría gastritis asociada".

De nuestros tres casos es difícil sacar conclusiones alentadoras, pues si bien en los casos 1^o y 3^o se mencionan discretos signos endoscópicos de gastritis superficial, el 2^o daba más células por mm^3 que el 3^o, 179 y 169 elementos respectivamente. Además el término medio de estos tres casos, 233, es prácticamente del mismo orden que el término medio de nuestros casos normales, 221. Y para terminar, el tercer caso daba un 41% de leucocitos por

Mulrooney y Eusterman, tendríamos que aceptar o descartar la existencia de una gastritis por solo una diferencia de un 2% en el porcentaje de los leucocitos.

De manera entonces que el recuento de las células del contenido gástrico y el porcentaje de las células epiteliales y leucocitos no nos han permitido asegurar la existencia o no de una gastritis acompañando a la úlcera gástrica, ni tampoco sospechar o confirmar, la existencia de una úlcera.

CÁNCER GÁSTRICO

Según Mulrooney: "Westphal, Westermann, Vogel y Moutier, están de acuerdo en que el contenido gástrico en los casos de carcinoma del estómago muestra el recuento celular más elevado, debido indudablemente a la superficie necrotizada del tumor. El tamaño y localización del cáncer, dentro del estómago, determina en parte el total celular y el porcentaje leucocitario. Un paciente con un carcinoma pequeño y no obstructivo, próximo al píloro, tenía un total celular escasamente elevado -de 810 mm³. La gastritis asociada fue otro factor importante, influenciando las características citológicas, ya que puede ser pequeña e extensa, aún con pequeños carcinomas".

El cuadro II muestra los resultados obtenidos por Mulrooney y P^{or} Mulrooney y Eusterman y los obtenidos por nosotros.

Dice Mulrooney que "este término medio celular fue el más alto obtenido y que fue debido evidentemente a la abundante desecación de la tumoración necesaria. La cantidad de células guardaba una grosera proporción con el tamaño del tumor".

Indiscutiblemente nuestros hallazgos sobre la citología del contenido gástrico en el caso del carcinoma del estómago son interesantes. Por lo pronto Mulrooney y Eusterman, que en los normales encuentran un 16% de leucocitos, hallan en los casos de cáncer gástrico un 36%. En cambio nosotros que hallamos en los normales un 31% de leucocitos, nos encontramos con dos cánceres de estómago, uno con estudio histopatológico que nos dan solamente un promedio de 22% de leucocitos. Además, el primero de nuestros dos casos, con una neoplasia seguramente más pequeña, si bien por presentar ulceraciones, según la gastroscopía, y retener en gran cantidad el bario, diez horas después de ser ingerido, según la radiología, debía, de acuerdo con lo que hemos venido comentando, presentar una gran cantidad de células por milímetro cúbico, sólo nos reveló la existencia de 98 elementos celulares. Y el segundo caso, aún cuando por tratarse de una tumoración importante debía dar una alta cantidad de células corno que fue la cifra más alta hallada por nosotros, 925 elementos por mm³. sin embargo, el hecho de no presentar ulceraciones ni inconveniente alguno en el tránsito del bario indicador de obstrucción, podría haber dado lugar a la existencia de un recuento celular bajo.

Si bien en este segundo caso no dudamos de que se trataba de una tumoración maligna, tenemos que hacer constar que el paciente se alejó de nuestra vigilancia a los 35 días de internamiento y que tenía reacciones de Wasserman y Kahn positivas.

GASTRITIS

Esperamos ocuparnos pronto, pero es otra ocasión, de la citología gástrica en las gastritis. Por eso no hacemos distinción entre las tres formas de gastritis crónicas descritas por Schindler, dejando para los que tienen oportunidad de trabajar en ambientes quirúrgicos el estudio, bajo este aspecto, de los estómagos operados, de los cuales Mulrooney y Eusterman presentan siete casos. Sólo anticipamos que consideramos también dos casos de atrofia de la mucosa gástrica, a pesar de decir los autores mencionados que no incluyeron en su estudio ningún caso de gastritis atrófica puesto que ello representa el estado final del proceso inflamatorio.

El cuadro II, muestra los resultados obtenidos por Mulrooney y por Mulrooney y Eusterman y los obtenidos por nosotros.

Mulrooney y Eusterman incluyeron entre sus casos una de policitemia, con 290 células por mm^3 , 19% de las cuales eran leucocitos. El bajo valor de estas cifras sugirió que "el diagnóstico gástrico de gastritis catarral fuera discutido".

Nosotros no hemos tenido más suerte para nuestros casos de gastritis que para las otras enfermedades del estómago anteriormente consideradas, en cuanto al valor del estudio de la citología del contenido del estómago, para su diagnóstico; y menos podemos pensar entonces como Mulrooney y Eusterman, que dicho examen nos pueda servir para la "justipreciación cuantitativa de la respuesta del estómago a la terapéutica efectuada".

APENDICITIS CRÓNICA

Distintos autores han discutido los diagnósticos gastroscopios y así acabamos de citar el caso de Mulrooney y Eusterman que por haber hallado valores oriológicos muy bajos pusieron en dudas un caso a pesar de lo que indicaba la endoscopia gástrica. Y en el sentido de la no coincidencia de los diagnósticos cuando se efectuó endoscopia y biopsia o endoscopia e histología post-mortem, autopsia, citamos el trabajo de Swalm y Morrison. Por todo esto y porque suele haber concomitancia de gastritis y apendicitis crónica (Altamira, 1941) incluimos el caso de un paciente con esta dolencia y con estudio de la citología del contenido gástrico, no obstante que la gastroscopia no reveló ninguna alteración del estómago del mismo.

Las cifras encontradas por nosotros (ver cuadro II) tampoco nos parecen significativas, pues los valores hallados: 265 (extremos, 201-340), 59% (extremos, 28-83) y 41% (extremos,

Síntesis de los Fundamentos Científicos y de la Práctica de la Vacunación Antituberculosa por el B. C. G.

Por el ÍJr. Pedro Domingo

HABANA, 1946.

Quinto: No emplear más que vacunas de preparación **muy** cuidadosa y sólo durante el período de seguridad garantizada.

Bajo ningún concepto deben emplearse vacunas cuya fecha de caducidad haya expirado aunque sea muy recientemente.

El Consejo Nacional de Tuberculosis ha construido un Laboratorio para la preparación del B.C.G., que reúne todas las garantías que pueden desearse para asegurar una vacuna en las mejores condiciones. Ha organizado además un servicio que permite practicar la vacunación con las mayores probabilidades de éxito. Todo el personal que interviene en la confección de la vacuna está sujeto a un control sanitario riguroso para evitar cualquier contaminación; al igual **las** semillas que cada lote de vacuna se controlan cuidadosamente; el Laboratorio no presta otro género de trabajo que el que se refiere a cuestiones de B. C. G.; la posible entrada en el Laboratorio de cualquier cultivo virulento ya sea de bacilo tuberculoso como de cualquier otra bacteria está absolutamente controlada.

17-72), nos hacen ver la poca importancia que se puede conceder a cifras ocasionalmente altas, pues este 41 % de leucocitos, que comparándolo con el normal de Mulrooney de 16% y con el nuestro de 31 % podría significar algo, ha sido hallado en un estómago que después de un detallado estudio ha sido considerado como normal.

CONSIDERACIONES FINALES*

El estudio realizado afirma en nuestro espíritu la creencia de que el examen de la citología del contenido gástrico en el momento actual y con **los** procedimientos empleados, carece de valor diagnóstico seguro, ofreciendo pocas probabilidades como guía para seguir la evolución de un proceso bajo tratamiento y por consiguiente para justipreciar la eficacia del mismo, en contra de lo sostenido por Mulrooney y Eusterman; y de acuerdo con Loeper, en cuanto al diagnóstico se refiere.

Creemos sin embargo, que especialmente para los casos sospechosos de cáncer gástrico, el procedimiento merece una investigación más detenida.

La vacuna debe conservarse en refrigerador. Los tipos de vacuna así como sus indicaciones y vías de administración constan en cada ampollita y en la caja. Préstase atención a estos cuidados.

El Laboratorio puede prestarle **gratuitamente** algunos de los siguientes servicios:

1ro. Vacunar a un paciente, investigando su alergia, si es necesario y controlando luego la marcha de la vacunación efectuando todos estos servicios en el propio domicilio del vacunado.

2do. Efectuar las investigaciones previas a la vacunación de adultos (alergia, observación radiográfica) en los Dispensarios **del** Consejo Nacional de Tuberculosis.

3ro. Proporcionarle **la** vacuna.

4to. Ilustrarle sobre la vacunación.

Todos estos servicios son absolutamente gratuitos.

V.—Valor de **Ja** vacunación con el B. C. G.

El valor práctico de la vacunación con el B.C.G. así como su absoluto carácter inofensivo constituyen adquisiciones definitivas que han superado ya la fase de discusión y de demostración experimental y epidemiológica. Al igual que las molestias y aún peligro y fracasos de la vacunación antirrábica, antivariólica o antitífica, no constituyen elementos de suficiente densidad para eliminar **los** métodos de las prácticas sanitarias habituales, así

Sería conveniente realizar investigaciones destinadas a encontrar coloraciones selectivas con la esperanza de poder individualizar tipos celulares especiales para determinados procesos patológicos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El recuento de las células del contenido gástrico (células **esfeliadas** de **la** mucosa gástrica y leucocitos) en 17 individuos, 3 de **ellos** normales 1 con úlcera **duodenal**, 3 con úlcera gástrica, 2 con cáncer gástrico, 7 con gastritis, y 1 con apendicitis crónica (también **ellos** con estudio **clínico** general, **químico**, radiológico y gastroscópico), no reveló relación fija entre el número total de células o la proporción entre elementos epiteliales y leucocitos y los cuadros normales o patológicos considerados. Véase cuadro II.

Sólo en uno de los casos de cáncer gástrico se comprobó **la** apreciablemente aumentada cantidad de células que podía esperarse de acuerdo con estudios previos sobre el tema.

Consideramos que si bien el estudio de estos procedimientos debe continuarse con fines de investigación científica, su aplicación como método de exploración clínica corriente no se justifica en el momento actual.

tampoco la vacunación con el B.C.G. tiene ya elementos serios de 'desvalorización. Sin embargo, las contingencias que se producen entre la instauración, establecimiento, desarrollo, plenitud, decadencia y desaparición del estado de inmunidad logrado por la vacuna y las múltiples modalidades en que la infección puede producirse, tanto por las condiciones de repetición o masividad del contagio virulento, como por las circunstancias de estado general, enfermedades intercurrentes, etc., etc., pueden dar a los resultados de la vacunación cualidades que no son siempre fáciles de aquilatar debidamente.

Así se comprende que al contacto del germen virulento con los vacunados pueda observarse alguno de los siguientes fenómenos:

Impermeabilidad absoluta de las barreras naturales: fenómeno de K. Gehl, con reacción hiperérgica local; reacción linfática limitativa del proceso virulento sin evoluciones destructivas; localizaciones parenquimatosas con destrucciones ligeras y tendencia a la curación; formas destructivas evolutivas.

El valor de la vacunación con el B. C. G. pasó ya de la fase del sí o no para hallarse muy adelantado en el camino del cuánto y del cómo. Pero, a pesar de todas las limitaciones de concepto a que la rigurosa seriedad obliga, pueden obtenerse de los datos epidemiológicos extraídos de orígenes múltiples, proporcionados por investigadores que han procurado eliminar las influencias subjetivas para concretarse a la tajante elocuencia de las cifras, valores que por su magnitud y erigen permiten excluir las más peligrosas circunstancias de error.

En primer lugar, cabe recordar que las cifras generales de mortalidad entre los vacunados dan una respuesta a la cuestión que ya en el orden experimental fue planteada: Entre los centenares de miles de vacunados, ¿se ha observado en el transcurso del tiempo, un aumento de mortalidad por tuberculosis? O bien, ¿la forma atípica de bacilo tuberculoso, que es el B.C.G., ha dado lugar a tipos de enfermedad clínicamente anormales, pero que no obstante hayan aumentado el porcentaje de mortalidad general entre los vacunados? O, en último término, ¿puede dar la vacunación por B.C.G. un aumento de sensibilidad del terreno así modificado que se convierte en mejor receptáculo a padecer otras enfermedades corrientes?

Las cifras correspondientes a más de veinte países que han practicado la vacunación con el B.C.G. responden en forma concuyente a esta cuestión: Los niños que se vacunan con B.C.G. al nacer acusan durante el primer año de vida una mortalidad general disminuida en casi un 50%.

Así pues, la vacunación con el B.C.G. aumenta en forma considerable la resistencia del individuo al conjunto de causas **que** son capaces de producir la muerte durante el primer año de vida. Es posible que la atención médica que se ejerce sobre el vacunado puede influir disminuyendo algo el valor específico de este porcentaje, pero la cifra no deja de tener un **valor** positivo muy considerable.

Más impresionantes aún son los resultados observados sobre la disminución de las cifras de mortalidad y morbilidad correspondiente ya específicamente, a la infección tuberculosa. Los datos recogidos sobre mortalidad por tuberculosis infantil en los ambientes familiares contaminados dan cifras tan aterradoras como las siguientes:

Hasta el 24% de niños que viven un ambiente **familiar** contaminante tuberculoso mueren por infección tuberculosa durante el primer año de vida. En los individuos vacunados esta cifra desciende al 6.6%. Cuando de las cifras globales de mortalidad se pasa a estudiar las de morbilidad buscando en ellas la diferenciación entre procesos activos evolutivos y procesos residuales, es decir, buscando los pasos de una infección ocurrida no solamente cuando el proceso vacunal estaba en su plenitud sino también en iniciación en regresión y no podía ser efectivo para evitar la entrada del germen pero había modificado el tipo y la eficiencia reactiva frente al mismo, se asiste a un desequilibrio todavía mayor entre las cifras otorgadas por los vacunados, que no son superiores a un 3.5% y las observadas en los individuos sin vacunar que presentan formas evolutivas y residuales en cantidad superior al 30%.

Esta efectividad de la vacunación tiene su expresión epidemiológica anecdótica en los resultados obtenidos en ambientes familiares en los cuales la vacunación se hizo en forma irregular, es decir, se vacunaron unos individuos y otros no; las observaciones parecen a veces gráficas extraídas de una experiencia de laboratorio. Todos los autores que han trabajado de cerca en estas cuestiones han podido observarlas.

La síntesis de esta cuestión permite pues una conclusión firme: La vacunación mediante el B.C.G. nos ofrece un medio **fácil**, económico, inofensivo y eficaz de prevención antituberculosa ya incorporado a los métodos generales de lucha contra esa enfermedad.

(Concluye)

NOTAS DIVERSAS

Han dejado de pertenecer a la Asociación Médica Hondurena los doctores: Juan Lara Zepeda, Emilio Gómez Rovelo, Trinidad Boquín, Salomón Paredes R. y Guillermo Pineda.

Comunicación del Prof, Dr= Víctor Escardó y Anaya, Director del Departamento de Salud, Montevideo, Uruguay,
Marzo 27 de 1947

Sr. Dr. Marcial Cáceres Vijil, Director de la "Revista Médica Hondurena"
TEGUCIGALPA, HONDURAS.

Estimado colega:

Como consecuencia de la "Encuesta sobre la Enfermedad Reumática del Niño en América, realizada por el Departamento de Salud, a mi cargo, en colaboración con el Dr. Bolívar Delgado Correa y publicada en el Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (Tomo XIX N° 3, septiembre de 1945 y Tomo XX N° 1, marzo de 1946), llegamos a la conclusión de que era menester la declaración obligatoria del reumatismo, como medio de obtener estadísticas fidedignas y poder, en esa forma, estar en condiciones, en cada país, de realizar eficazmente la lucha contra el reumatismo infantil.

Efectuada la gestión de que da cuenta el Director General del Instituto, Dr. Roberto Berro, en el número de marzo de 1947 del Boletín del mismo Instituto, hemos llegado a feliz término con la declaración obtenida por unanimidad en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, que se acaba de realizar en Caracas, Venezuela en enero de 1947, en la cual se aprueba que dicha enfermedad sea de declaración obligatoria.

Es mi deseo que esa noticia llegue a conocimiento de todos los que se interesan por tan importante problema, y muy especialmente a los pediatras; con ese fin, contando con la amabilidad del Sr. Director, me permito adjuntarle esa noticia para que sea publicada en la revista que usted tan dignamente dirige.

Al agradecerle su colaboración y quedando siempre a sus órdenes en este Departamento de Salud, soy suyo muy afectísimo amigo y colega.

Víctor Escardó y Anaya

Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya
Director del Departamento de Salud