



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Marcial Cáceres Vijil

SUMARIO

Dr. Humberto Díaz B.—Página Editorial	533
Dr. Marcial Cáceres Vijil.—Solemne Inauguración del Hogar Infantil	535
Discurso Pronunciado por Nuestro Consocio Humberto Díaz B., actual Presidente de la A. M. H., declarando Solemnemente Inaugurado el Edificio del Hogar Infantil, el día 25 de Sept., 1947	536
Discurso Pronunciado por el Dr. Manuel Cáceres Vijil, en Nombre de la Facultad de Medicina y Cirugía, en el acto con que ésta Conmemoró el Primer Centenario de la Universidad de Honduras	540
Conferencia Leída por su Autor, Doctor Marcial Cáceres Vijil, en el Hospital San Felipe, el día 22 de Sept. de 1947, fecha en que la Facultad de Medicina y Cirugía Conmemoró el Centenario de la Fundación de la Universidad Nacional	545
Enseñemos Nuestra Propia Patología.— Dr. José Gómez Márquez h.	556
Banquete Endocrínico.—Dr. Martín A. Bulnes B.	599
Un Quiste del Ovario.—Dr. Carlos Agurcia	560
Tratamiento de la Meningitis por Hemophilus Influenzae.—Dr. José Bonaba	563

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. Gilbert
Dr. Manuel Laríos 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 Lázarus
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	Trinidad, 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 Barahona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Dello Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gómez h.	Tegucigalpa
Dr. Salvador Paredes	Tegucigalpa

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director

DR. MARCIAL CACERES VIJIL

Redactores:

DE. ANTONIO VIDAL

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. ROBERTO LAZARUS

Secretario:

Administrador:

DR. ARMANDO BARDALES

DR. MARTIN A. BULNES B-

Año XVI | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Sep. y Octubre de 1947 | No. 132

PAGINA EDITORIAL

Por el Doctor Humberto DIAZ

- La Revista Médica Hondureña ofrece hoy este número extraordinario, porque ha querido sumarse al movimiento cultural con que se ha conmemorado recientemente, el primer siglo de existencia de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE HONDURAS.

Un acontecimiento de tal magnitud y de tal relieve, en las páginas que contiene la historia de este país, no pedía menos **que** merecer el más cálido homenaje de todos nuestros círculos intelectuales; y es muy natural que el órgano de publicidad de un núcleo como la "Asociación Médica Hondureña," que por muchas razones tiene derecho a figurar en las filas civilizadas de la nación, traiga ahora su más legítimo aporte, en honor de la centenaria ALMA MATER.

El 19 de septiembre de 1847, fecha memoriosa en la que el Dr. Don Juan Lindo, a la sazón Presidente de Honduras, y el Presbítero Dr. José Trinidad Reyes declararon fundada la Universidad, marca indudablemente un gran paso de avance en nuestro país, del oscurantismo colonial hacia los albores de luz que ya empezaban a anunciar el advenimiento del siglo XX; a tal acontecimiento no le resta ni mérito ni trascendencia, el tipo de enseñanza que de seguro fue impartida en la naciente institución —dada la psicología de su primer Rector— enseñanza que debió estar enmarcada en los estrechos moldes de la escolástica y cimentada, por consiguiente más en la teología que en los severos cánones de la ciencia.

Nada de extraño tiene que ese haya sido el punto de partida* lo que no puede satisfacernos, es que durante un siglo de vida, la

Universidad nuestra no se haya acercado siquiera, en un movimiento progresivo, y dentro de la relatividad del caso, a las corrientes actuales de orientación.

Pero no es la intención hacer una crítica de la ideología de nuestra Universidad Nacional, ni es ésta la ocasión, ni somos nosotros tampoco los llamados a realizarla.

Quede pues constancia nada más, de un cálido homenaje y de nuestra suprema aspiración porque "la fuerza y la gracia de su divisa heráldica" luzca, cuanto antes, más y mejor.

Septiembre de 1947

FAGINA DEL DIRECTOR

Solemne Inauguración del Hogar Infantil

El día 25 de septiembre de 1947, la Asociación Médica Hondureña celebró sesión extraordinaria con el plausible objeto de inaugurar el magnífico edificio del Hogar Infantil que aquella Agrupación ha construido con tesonero esfuerzo.

Consideramos que este acto trascendental, ha constituido un espléndido homenaje conmemorativo para celebrar el Primer Centenario de haber sido fundada nuestra Universidad Nacional, ya que este Centro constituirá una inestimable ayuda para la protección de la infancia hondureña.

La sesión extraordinaria se llevó a cabo en uno de los amplios salones del edificio del Hogar Infantil. Concurrieron como invitados especiales los distinguidos miembros del Consejo Universitario: Dres. Tomás Alonzo, Rector de la Universidad Nacional; Rumualdo B. Zepeda, Decano de la Facultad de Medicina y Cirugía; Andrés Felipe Díaz, Decano de la Facultad de Derecho; Guillermo E. Durón, Decano de la Facultad de Farmacia; Horacio Fortín Vice-Decano de la Facultad de Derecho; Benjamín Erazo y Alejandro Rivera Hernández, Consejeros del Consejo Universitario, y distinguidos amigos de la Asociación Médica Hondureña.

La sesión fue abierta por el socio Presidente Dr. Humberto Díaz B. a las 10 a. m. Después de leída y aprobada el acta de la sesión anterior, la Banda de los Supremos Poderes dejó oír las notas de nuestro Himno Nacional; acto continuo fue incorporado como socio activo de nuestra Agrupación el estimado colega Dr. Carlos Agurcia.

El Sr. Presidente, Dr. Díaz pronunció un conceptuoso discurso, declarando solemnemente inaugurado el edificio del Hogar Infantil.

Pocos momentos después de levantarse la sesión, la distinguida concurrencia fue invitada para recorrer las amplias dependencias del edificio, quedando gratamente impresionada por la magnífica y sólida construcción.

Se brindó alegremente, y se formularon votos, porque la Asociación Médica Hondureña desarrolle, en un futuro cercano, su amplio programa que tiene en proyecto, como son: el Hospital Infantil, Salas Cunas, Preventorio Infantil, etc.

Nos sentimos ampliamente satisfechos de ofrecer a la niñez de Honduras este edificio del Hogar Infantil que, en parte, llenará una de las grandes necesidades que tiene nuestro pueblo, y es nuestro mayor anhelo que, las nuevas generaciones médicas que robustezcan la Asociación Médica Hondureña, continúen laborando con entusiasmo, y realizando nuevas obras de protección social, para el engrandecimiento de la Patria Hondureña.

Discurso Pronunciado por Nuestro Distinguido Consocio Doctor Humberto Díaz B. Actual Presidente de la Asociación Médica Hondureña, Declarando Solemnemente Inaugurado el Edificio del Hogar Infantil el Día 25 de Septiembre de 1947



El Señor Presidente de la Asociación Médica Hondureña, Dr. Humberto Díaz pronunciando su discurso y declarando solemnemente inaugurado el edificio del Hogar Infantil.

Distinguido auditorio:

La circunstancia de estar desempeñando durante el presente año, la presidencia de la "Asociación Médica Hondureña" — cargo con el cual fui honrado con el voto de mis distinguidos compañeros—hace que en estos momentos disfrute del placer inusitado de llevar la palabra, con motivo de la inauguración de este Hogar Infantil; obra con la cual nuestra agrupación cobra un nuevo y muypreciado anhelo; tanto más, cuanto que ella representa quizá, uno de los más humanos y elevados tributos que puedan ofrecerse a la niñez de Honduras.

Después de bregar por muchos años, después de debatirnos por largo tiempo en la incertidumbre, pero llevando siempre en lo más íntimo una llama de esperanza, hemos visto ya el florecimiento de algunas ilusiones y llegamos hoy a este instante en que se cristaliza en una hermosísima realidad, la obra que hemos pensado legar a ese complejo psico-biológico en el cual se encierra, en. El cual se concreta el porvenir de nuestra patria: El Niño.



Huerfanita observando la solemne inauguración del Hogar Infantil, lugar en el cual quizá mañana sea asilada y en donde mejorará sus precarias condiciones físicas y espirituales.

Dice Tolstoi que la edad más perfecta, la de más seguro equilibrio, es la niñez. Y que a eso se debe precisamente, que el hambre, el abandono, los malos tratos, la desnudez, la orfandad las enfermedades..... La miseria en fin, no sean! lo suficientemente poderosos para arrancar al niño de su beatitud, del milagroso equilibrio con que contrarresta las fuerzas del mal que le circundan. Pareciera según lo que afirma el gran pensador de la Iásnaia Poliana, que la naturaleza —en su inmensa sabiduría— al colocar al niño en los caminos del mundo, le abroquela el espíritu de manera admirable contra las fuerzas del mal. Y así, bajo la racha

helada de las calles, casi desnudo, semidescalzo (o descalzo del todo), falleciente de hambre, se le ve entregarse de cuerpo entero a los juegos de su edad, y convertir en esta clase de juegos —es decir en gimnasia maravillosa— su ambulancia ocupación de vendedor de periódicos. El niño pues, como los pájaros, a pesar del peligro que le rodea, cumple fielmente pragmática del regocijo y la alegría irrenunciable del vivir.

Sin embargo, aun cuando muchos psicólogos y pedagogos han confirmado la parte de verdad que puede caber en la afirmación del gran escritor ruso, hemos visto y seguimos viendo, aun en países de cultura más avanzada, niños tristes deambular por las calles, víctimas del hambre y de la enfermedad; hemos visto y seguimos viendo niños tristes dormidos en el duro piso de los portales o en el quicio de una puerta al lado de canes vagabundos, tristes y hambrientos también, como los que nos pinta Ciro Alegría en unas de sus páginas más vigorosas.

Ante esa realidad palpitante, ante ese cuadro de contornos tan rudos, la sociedad, estando en plena conciencia de su finalidad suprema, no puede, no debe —so pena de traición a los más elementales principios de la humanidad— dejar al niño confiado únicamente a ese equilibrio que le defiende, a ese poder de adaptación que le protege a manera de una virtud congénita, y cruzarse de brazos en actitud contemplativa, desde un ángulo netamente idealista. La sociedad está obligada a velar por él, como es de todos sabido, aun antes del nacimiento, antes de la concepción; así como también, a fundar y a sostener estas instituciones que han servido y sirven para protegerlo y modelarlo después de que ha caído en el desamparo, después de que ha estado expuesto a caer en brazos de la prostitución, en brazos del vicio del crimen; mientras

se llega por caminos más justos, más elevados y más eficaces a conjurar el factor etiológico primordial de esa desnudez, de esa orfandad, de esa miseria; causa principal que no quiero dejar de mencionar: EL DESEQUILIBRIO ECONÓMICO.

Por eso la "Asociación Médica Hondureña," al ser invitada para tomar participación en la celebración conmemorativa del primer siglo de existencia de nuestra Alma Máter, ha creído que nada más oportuno que el ofrecer este modesto esfuerzo de asistencia social que atiende a la solución de uno de tantos problemas nuestros, y lo cual puede significar también, un llamamiento a la Centenaria y benemérita institución para que, canalizando sus actividades a través de un sistema filosófico más avanzado, y que esté por lo tanto, acorde con el momento en que vivimos, salga al encuentro de la humanidad y pueda llenar así, en forma más completa y satisfactoria, la trascendente misión histórica que le está encomendada.

Yo aprovecho esta feliz oportunidad, para formular mis mejores votos porque en un futuro muy próximo, nuestra Universidad Nacional remozada y fortalecida en las aguas lústrales de una nueva orientación, realice plenamente la función que le compete llenar en nuestro medio social.

Señores:

Despojad mi palabra de todo viso de adulación, quiero, antes de terminar —en nombre de mis compañeros— y como un acto de verdadera justicia, dejar constancia del agradecimiento de nuestra agrupación al Sr. Presidente de la República General Don Tiburcio Carias Andino y al Soberano Congreso Nacional, por su ayuda oportuna y eficaz, A doña Emma v. de Bonilla, por su valioso y generoso aporte.

Queda pues, inaugurado este edificio del Hogar Infantil. Que la niñez desamparada de Honduras encuentre en él todo el calor, todo el amor y toda la dulzura que no pudieron darle sus progenitores; y que —superándose cada día más— sea también un bello taller, un incomparable taller en el cual principie a modelarse en los troqueles del bien, del estudio, del trabajo y de un sentido más humano de la vida, la personalidad de los futuros ciudadanos de Honduras.

Señores:

Esa visión magnífica y esa esperanza, han comenzado a ser ya nuestra mejor recompensa.

Discurso Pronunciado Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil en Nombre
de la Facultad de Medicina y Cirugía en el Acto Con Que
Esta Facultad Conmemoró el 1er. Centenario de la
Universidad de Honduras

Señores:

Cumpliendo los deseos del Sr. Decano de la Facultad de Medicina y Cirugía, vengo a decir las palabras preliminares para abrir las sesiones de Cirugía, Medicina, Pediatría, Fisiología, y Radiología, con motivo de la celebración del primer Centenario de nuestra Universidad Central, por ser el día de hoy destinado a la Facultad de Medicina y Cirugía para conmemorar tan grandioso acontecimiento.



Vista parcial del edificio del Hogar Infantil

¡Loor! al Doctor Juan Lindo, y al presbítero José Trinidad Reyes que tuvieron la idea luminosa de la creación del "Alma Mater" la casa augusta donde todos hemos aprendido los cánones de la ciencia, ¡Loor! a ellos que con espíritu visionario forjaron, venciendo todos los obstáculos, el templo sagrado que debía de dar vida a la enseñanza Universitaria.

Cien años hace que ese templo sagrado de Minerva ha abierto sus puertas para dar entrada a tantas generaciones que han llegado hasta su seno a beber en el ánfora divina los misterios sublimes de la ciencia.

En nuestros días la Clínica, la Cirugía, las Especialidades, la Anatomía, la Fisiología, La Química Biológica, etc., son ciencias majestuosas que constituyen cada una un tesoro de sabiduría; de sabiduría que es un don precioso que purifica y ennoblece el dolor de vivir.



Desde Hipócrates, padre de la Medicina y que fue el Médico más famoso observador, investigador y jefe de la escuela más ilustre de su época, cuyo juramento que es un Himno Sectario, que evidencia el nivel moral a que había llegado la medicina de la Grecia del siglo de Pericles, hasta nuestros días esta ciencia ha pasado por una serie de etapas en que se ha hecho resaltar la investigación y la experiencia.

Celso el más ilustre de los escritores Médico-latino, Galeno que introdujo la experiencia anatómica y fisiológica sobre animales y abrió nuevos horizontes a la Medicina.

El renacimiento científico de la Medicina no pudo coincidir cronológicamente con el renacimiento Social, Artístico y Literario de la Humanidad. Fue necesario algún tiempo para que mediante la imprenta, la Ciencia Médica perpetuara y difundiera sus conquistas antiguas para que viniera la renovación. Es la etapa de Leonardo da Vinci, que se consagró fervorosamente al estudio de la Anatomía, de Vesalio, Falopio, Cesalpino, William Harvey descubridor de la circulación de la sangre, para Celso; y en el siglo dieciséis brilla el buen sentido de Ambrosio Paré.

El siglo diecinueve se vincula al nombre de Luis Pasteur que demuestra el mecanismo de la fermentación y funda su teoría de los gérmenes. Es el siglo de las conquistas fundamentales de la ciencia Médica, el siglo de Claudio Bernard y de Virchow, una de las figuras más representativas de la Historia de la Medicina y paladín de la teoría de la patología Celular; y el siglo XX es el siglo magnífico que en cada instante y en cada momento se hacen nuevos descubrimientos y se dan nuevas teorías a la medicina y a la Cirugía señalando un porvenir promisor de un era venturosa.



Distinguidas personas que concurrieron a la Sesión de la Asociación Médica Hondureña el día 25 de Septiembre de 1947, fecha en que se inauguró el edificio del Hogar Infantil

En la historia de la Medicina de nuestra patria podemos decir que antes de la independencia no habían Médicos Titulados que se dedicaran al ejercicio de su profesión. La medicina estaba en manos de personas que sin tener ningún conocimiento básico aprovechaban la ignorancia del pueblo para darles brebajes para cualquier enfermedad. El Licenciado don Cornelio Lazo lo vemos aparecer en el año de 1842 dedicando la mayor parte de su vida a la humanitaria profesión. Médico Graduado en la República de Guatemala, lo mismo que Manuel Gamero y Cornelio Moneada. El presidente José María Medina organizó por el año de 1869 el Protomedicato de la República y tomando en cuenta los conocimientos **del** Lic. Lazo le dio el nombramiento de primer protomédico.

No fue sino hasta la llegada del Dr. Marco Aurelio Soto a la presidencia de la República que tomó nuevos rumbos la Medicina en Honduras con la creación del Hospital General el 27 de agosto de 1882 y con la organización de la Facultad de Medicina el 14 de Febrero del mismo año, siendo el primer decano el Dr. Carlos E. Bernard.

En ese mismo tiempo se organizó la escuela de Medicina, siendo los primeros catedráticos los doctores Carlos E. Bernard, Manuel Molina **Vijil**, Antonio Ramírez Fontecha.



De izquierda a derecha, nuestros queridos consocios Dres: Manuel Cáceres Vijil, Humberto Díaz B. y Martín A. Bulnes, Fiscal, Presidente y Tesorero de la Asociación Médica Hondureña, respectivamente, y el caballero Ing. don José Valle, Arquitecto constructor del edificio del Hogar Infantil.

En los años de 1890 al 1892 egresaron de la Facultad los primeros Médicos siendo ellos Julián Baires, Isac Reyes, Miguel Martínez y Trinidad Mendoza.

En el año de 1894 se nombró nueva directiva de la Facultad tomando participación en ella los doctores Miguel Ugarte, Alonso Suazo, Valentín Durón y Alejo Lara. Miguel Ugarte fue creador de la Cirugía en Honduras, poseedor de serios conocimientos adquiridos en la República de Guatemala, los puso en práctica en nuestro hospital implantando las primeras reglas de asepsia, hasta entonces desconocidas, dando con un juicio claro y severo los diagnósticos quirúrgicos y haciendo las primeras operaciones de alta cirugía. De esa misma época es también el Dr. Alonso Suazo, escritor de altos relieves, orador insigne y brillante clínico cate-

drático de clínica médica, quien a la cabecera de un enfermo disertaba con lucidez ante sus alumnos sobre las observaciones y diagnósticos más enmarañados de la Patología Médica.

Actualmente la Facultad de Medicina y Cirugía trabaja con todos sus esfuerzos para que salgan de su seno Médicos actos en beneficio de la Humanidad y en el Hospital General cuenta con una buena sala de operaciones, magníficos servicios de Oftalmología, Niños, Radiodiagnóstico, Radioterapia profunda, y otros servicios y con un personal que trabajaba eficientemente.

Bendigamos hoy a nuestra "Alma Mater" que nos ha dado un título académico, pensemos en los abnegados maestros que escribieron con sus vidas ejemplares las primeras páginas de la historia de nuestra Facultad de Medicina; y hoy recuerdo a mis viejos profesores de los cuales algunos aquí presentes, otros viven en el retiro del hogar y otros bajaron a la tumba, recuerdo a todos mis maestros que han ido a la quietud de su retiro o al silencio de la muerte con la dignidad de un sol en el ocaso y dejando huellas de luz en nuestro espíritu.

Septiembre 22 1947

Estimado Doctor:

La vacunación oral de lactantes a adultos es muy fácil en el tratamiento de las infecciones intestinales por ser la más directa. Al administrarla a lactantes e infantes en sus alimentos no trae reacción indeseable alguna, y sí facilidad máxima en su aplicación. No tiene sabor. Por ello le ofrecemos:

Lysocaldo vacuna Anticolibacilar (Ampula oral)

Lysocaldo vacuna Antidisentérico (Ampula oral)

Lysocaldo-vacuna En tero-Cali- Intestinal (Ampula oral)

Lysocaldo vacuna Para-Tifo-Coli (Ampula oral)

Laboratorio Químico Central S. A. México, D. F. Rivera
& Compañía — Tegucigalpa, D. C. — San Pedro Sula

Conferencia Leída Por su Autor, Doctor Marcial Cáceres Vijil, en el Hospital San Felipe el Día 22 de Septiembre de 1947, Fecha en Que Tocó a la Facultad de Medicina y Cirugía Conmemorar el Centenario de Haber Sido Fundada la Universidad Nacional

Distinguidos Colegas,
Jóvenes estudiantes:

Motivo de íntima satisfacción es para mí, presentar este trabajo en este día que toca a nuestra Facultad de Medicina, Cirugía y Dentistería celebrar el primer Centenario de la fundación de nuestra Universidad Nacional.

He escogido corno tema para esta disertación "RESULTADOS DE LA FRENICECTOMIA ASOCIADA AL NEUMOPERITONEO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR," por considerarlo de gran importancia y de relativa actualidad ya que, hace escasos tres años fue puesto en práctica en los Estados Unidos de Norte América, y actualmente se discute su valor en varios países latino-americanos y, para no ir muy lejos, será una de las ponencias que a petición del Capítulo de Honduras, se discutirá en el mes de noviembre próximo en la ciudad de San Salvador, República de El Salvador, por la Sociedad de Tisiología Centroamericana, a la que tengo el honor de pertenecer.

En nuestro medio, donde recientemente se ha iniciado la Campaña contra la Tuberculosis pulmonar, es casi imposible poder presentar un trabajo científico perfectamente documentado. No contamos con un Laboratorio especializado en los exámenes de pacientes tuberculosos. Con relación al esputo, nos conformamos con el examen directo y homogenizado. Lo mismo con el examen del contenido gástrico. Sen indispensables los cultivos de estos espécimes, y la inoculación experimental al cobayo, ya que, la presencia del mycobacterium de Koch es a menudo sólo posible por la inoculación de les productos patológicos, en razón de que este método proporciona el máximun de sensibilidad y seguridad. Sin pretender negar todo su valor a la semiología clínica, debemos reconocer, con la mayoría de los Tisiólogos modernos, que la Roengenología es el método soberano, aunque corresponde asociarlo siempre con los demás para poder obtener los diagnósticos más exactos. I*as distintas técnicas radiológicas sen utilísimas en el diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar, tanto la fluoroscopia como la radiografía son necesarias y se complementan, y son las únicas que nosotros practicamos en el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad; no podemos efectuar la radiografía penetrante, que tiene tanta importancia cuando se desea disociar imágenes, lo mismo que la temografía, o radiografía por planos, con la que puede visualizarse cavernas no reconocibles en las

radiografías simples, ya sea por la falta de contraste, o bien por los procesos situados por delante o por detrás. La tomografía es también indispensable para asegurar o rechazar la existencia de cavernas, en los casos de imágenes pseudocavitarias.

He notado estos inconvenientes con los cuales tropezamos actualmente, con el propósito de que cualquier deficiencia que encontréis en la exposición de este trabajo, será debida a mi escasa experiencia, y a lo embrionario de nuestra lucha Anti-tuberculosa.

Como todos vosotros sabéis, no existe en los actuales momentos un tratamiento específico para la Tuberculosis pulmonar, de aquí que, es perfectamente razonable que siempre que se presente un nuevo método de tratamiento, debe ser estudiado y sometido a la práctica, ya que es imposible rechazar métodos terapéuticos sin tener experiencia en ellos, y menos aún, sin conocerlos.

La historia del Neumoperitoneo, asociado al aplastamiento del nervio frénico, en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar es muy reciente; anteriormente se usaban separados; el Neumoperitoneo fue empleado como método paliativo en la Enteritis tuberculosa, y la Parálisis frénica se conoce desde hace varios lustres como método de colapsoterapia en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar.

El método combinado fue estudiado y recibió la mayor atención en la Gran Bretaña, desde hace tres años. Y en el año de 1944 pude observar que en varios Sanatorios de los Estados Unidos de Norte América, esta forma de terapia de la Tuberculosis estaba muy difundida y se habían obtenido espléndidos éxitos. Aquí en Honduras fue conocido el método y puesto en práctica por primera vez, en el año de 1944, y cábeme la íntima satisfacción de haber sido el primero en usarlo en mi patria.

El principio en que se basa el Neumoperitoneo, es la alteración volumétrica del tórax y del abdomen. Con la introducción de aire, la cavidad abdominal aumenta en tamaño a expensas de la cavidad torácica la cual correspondientemente disminuye. Este cambio es debido a la alteración de posición del diafragma, el cual es fuertemente desplazado hacia arriba; la elevación máxima se obtiene, desde luego, en el hemidiafragma del lado en que ha sido practicada la Frenicectomía.

La disminución del volumen torácico favorece la retracción del tejido pulmonar, y esta retracción, como en todos los métodos de colapsoterapia pulmonar, facilita el cierre de cavidades y demás beneficios que se obtienen con este método.

El grado de retracción pulmonar, nunca puede ser comparado con el que se obtiene con un eficiente Neumotorax; sin embargo tiene una inestimable ventaja sobre el Neumotorax artificial y es, que se efectúa la retracción del tejido pulmonar, sin separación de las hojas pleurales lo que, en pacientes intensamente intoxicados por su proceso fímico, puede provocar las siguientes

complicaciones: Neumotórax espontáneos, Exudados pleurales, Fístula bronco-pulmonar, y una de las más terribles: el Empiema pleural.

INDICACIONES

Es difícil formular las indicaciones precisas del Neumoperitoneo en la tuberculosis pulmonar del adulto. El Neumoperitoneo será siempre de mayor utilidad cuando esté asociado al aplastamiento del nervio frénico o a un Neumotórax artificial. Los mejores resultados se han obtenido en las lesiones cavernarias bajas, en infiltrados exudativos altos y los peores en las lesiones del campo pulmonar medio, ya que la mayor retracción del tejido pulmonar se obtiene en la parte baja del órgano; sin embargo, se han obtenido espléndidos resultados en lesiones apicales, principalmente cuando no existen adherencias pleurales que dificulten la mayor elevación del diafragma. La razón de que los infiltrados de la zona media pulmonar sean los menos beneficiados, es que la parte baja del pulmón es relajada por el ascenso del diafragma, la parte alta no puede ascender más, porque llega a los límites de los efectos producidos por la disminución de la caja torácica y la zona media no recibe gran presión y no sufre cambios de importancia.

Una de las principales indicaciones del Neumoperitoneo es en los casos torácicos de tuberculosis pulmonar en que como dejé dicho, no es conveniente efectuar la separación de las hojas pleurales. Está asimismo indicado en los casos en que no se encontró espacio pleural libre para la inducción de un Neumotórax artificial. Para reducir la actividad de un estado agudo, como método previo al ataque más directo por el Neumotórax artificial. Como método coadyuvante asociado a un Neumotórax artificial establecido; en este caso es preferible efectuar, primero la Parálisis Frénica, para dirigir el efecto hacia el lado deseado, tal como se describe en una de las observaciones que acompañan este trabajo.

Indudablemente las cavidades de diámetros considerables se benefician con una toracoplastia, pero, si se efectúa el Neumoperitoneo, previo a la operación, resulta un valioso auxiliar, pues, reduciendo la toemia y el tamaño de la caverna hace necesaria una intervención más conservadora. En este caso el neumoperitoneo debe continuarse para evitar que la cavidad se agrande de nuevo al bajar el diafragma. Es indicado en aquellos pacientes rebeldes a los que es difícil hacerles comprender los grandes beneficios que se obtienen con el estricto reposo en cama, en este caso el neumoperitoneo actúa produciendo en el paciente un efecto psicológico.

Difícil es también decidir el tiempo que debe mantenerse un neumoperitoneo terapéutico. En mi concepto, establecer un criterio sistemático resulta tan imposible como en el caso del neumotórax artificial; es lógico suponer que, si al cabo de un tiempo

Pru-

dencial, las lesiones exudativas o cavernarias, han mejorado, lo mismo que el estado general del paciente, el método debe prolongarse, y si por el contrario, no ha dado los resultados apetecidos, es preferible suspenderle, para que otros métodos tales como, la toracoplastia, oleo tórax, etc., vengan a sustituirle. En los pacientes ambulatorios las reinsuflaciones del neumoperitoneo pueden efectuarse en un hospital o dispensario, lo mismo que el neumotórax artificial.

T É C N I C A

La técnica del neumoperitoneo es sencilla y encierra un riesgo mínimo. Se coloca al paciente en posición dorsolumbar. Son varios los lugares que han sido escogidos para efectuar las insuflaciones. Unos consideran como más apropiado a unos 2 y medio cms., por debajo y hacia adentro de la extremidad del noveno cartílago costal izquierdo. Otros prefieren la región situada a tres traveses de dedo del ombligo en la región lateral y otros, y es el sitio donde nosotros practicamos la inducción, a 4 traveses de dedo de los hipocondrios o en la parte media de la línea costo-umbilical. Después de efectuar una antisepsia de la piel, con tintura de yodo y alcohol o con marthiolate, se protege con campos estériles el campo operatorio. La aguja que se emplea es de la misma clase que se usa para practicar el neumotórax artificial, de 2 y media pulgadas de longitud. Es necesario practicar la anestesia de la piel de la región con una solución al 2% de novocaína, después la anestesia de las masas musculares y el peritoneo, se introduce la aguja, unida a una jeringa vacía, comprobado que aspirando sale el émbolo de la jeringa sin mayor resistencia se conecta el aparato de neumotórax a la aguja y se deja pasar el aire que, al fluir fácilmente, pruébase ésta en lugar apropiado; por lo general, el manómetro no registra presiones con cantidades de algunos ce. de aire, hasta después de inyectar 100 o más ce, las presiones son francamente positivas. Existe dos importantes signes que indican la introducción correcta de aire en la cavidad abdominal: 1°—La desaparición de la macicez hepática durante la introducción de aire y 2°—El fuerte dolor en el hombro. En la primera sesión deben introducirse más o menos 600 ce. de aire, efectuándose reinsuflaciones semejantes dos veces por semana por dos o tres semanas y después una vez cada siete u ocho días. La elevación del diafragma debe controlarse a fluoroscopia. Con relación a si la frenicectomía debe preceder al neumoperitoneo o lo contrario, las opiniones están divididas. Unos creen que el Neumoperitoneo debe efectuarse dos o tres semanas después de haber sido practicado el aplastamiento del frénico, en espera de que el hemidiafragma, correspondiente se haya elevado hasta su máximo; otros prefieren iniciar primero el Neumoperitoneo, con el objeto de llevar a un grado satisfactorio la elevación del borde diafragmático, y paralizarlo a esta altura.

COMPLICACIONES

Las complicaciones del neumoperitoneo son muy escasas, es decir, son mucho más raras que las que se presentan con el Neumotórax artificial. Una de las más frecuentes es el dolor intenso en el hombro, el que se presenta durante y después de la insuflación de aire; es pasajero y se calma en pocas horas con una dosis de aspirina o piramidón. Se han citado casos de Enfisema subcutáneos. Muy raramente se han observado estado sincopales, lipotimias, vómitos, etc. Se han comunicado también, casos de perforaciones del intestino y de peritonitis consecutivas, pero, deben ser consideradas como excepcionales, sin embargo, pueden presentarse, en casos de tuberculosis intestinal, o cuando fuertes adherencias fijan el intestino a la pared abdominal, por estas razones se contraíndica el método cuando el paciente ha sufrido intervenciones abdominales o ha padecido de peritonitis. En mi experiencia personal, y después de haber efectuado 3,000 insuflaciones peritoneales, sólo he tenido que lamentar dos ascitis benignas que se presentaron después de algunos meses de tratamiento y las que, después de haber suspendido el tratamiento se reabsorvieron sin dejar secuelas de importancia. Otra complicación grave que ha sido comunicada es la embolia gaseosa y la que es rara y por último la descompensación cardíaca y la que se presenta en aquellos pacientes que tienen una degeneración del miocardio o alteraciones valvulares del corazón.

OBSERVACIONES

Observación N^o 1.

L. de R. de 29 años, casada, de oficios domésticos, de este Distrito Central, fue fichada en el Departamento de Tuberculosis el día 7 de diciembre de 1944.

HISTORIA.—Manifiesta la enferma que en febrero de 1943, tuvo hemoptisis de tres días de duración, desapareciendo con tratamiento médico. Dos meses después, nueva hemoptisis de dos días de duración, la que desapareció del mismo modo que la anterior. Desde entonces adelgazamiento rápido, pérdida de energía y falta de aptitud para el trabajo. Un año después de la primera hemoptisis, se presenta tos con expectoración escasa, elevaciones térmicas vespertinas; el adelgazamiento y la debilidad persisten.

Al ingresar en el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad, presentaba pésimas condiciones físicas. Peso 102 libras. Temperatura elevada. Un examen del esputo practicado el día 13 de diciembre de 1944 fue positivo por Bacilo de Kock. Informe radiológico del día 5 de diciembre de 1944: lado derecho: hay infiltración de vértice, extendida hasta el segundo espacio intercostal anterior, con caverna de 2 y medio por 1 y medio cms., de diámetro, situada entre el primero y segundo espacio

intercostal anterior. Lado izquierdo negativo. Examen físico del tórax. Hay sub-macidez al nivel del vértice, aumento de las vibraciones vocales, pecterloquia áfona y estertores crepitantes en el espacio interesápulo vertebral derecho. Impresión diagnóstica: proceso tuberculoso de tipo exudativo-cavitario del lóbulo superior derecho, moderadamente avanzada.

TRATAMIENTO.—Se le inició neumotorax artificial derecho el día 15 de diciembre de 1944. Pero en vista de la inefectivo del colapso pulmonar, fue suspendido el método. Habiéndole sido practicada a la paciente una frenectomía derecha en el Hospital "San Felipe", antes de su ingreso al Departamento de Tuberculosis, se le inicia neumoperitoneo el día 23 de agosto de 1945, continuándose dicho tratamiento ininterrumpidamente hasta la fecha. Desde los primeros meses de tratamiento se notó mejoría en el estado general de la enferma, habiendo desaparecido la tos y la expectoración, desapareció la fiebre y aumentó 15 libras de peso. Seis exámenes de esputo verificados en distintas fechas han sido negativos. Dos exámenes homogenizados del contenido gástrico, han sido así mismo negativos. Una radiografía tomada el día 26 de agosto de 1947 nos da el siguiente informe: En comparación con la radiografía tomada el 28 de enero de 1947 se observa cámara aérea sub-diafragmática debida al neumoperitoneo terapéutico. La caverna descrita en el lóbulo superior derecho no es visible; hay fibrosis al nivel del primer espacio intercostal anterior derecho.

En vista de la efectividad del tratamiento, de haber desaparecido los síntomas funcionales que presentaba la paciente y de los exámenes de esputo y del contenido gástrico negativo, la paciente L. de R. ha sido declarada aparentemente curada.

Observación N^o 2.

B. de C., de 42 años, casada, de oficios domésticos, nacida en Minas de Oro, Departamento de Comayagua, vecindada en Tegucigalpa desde hace 2 años, fue admitida en el Departamento de Tuberculosis el día 24 de mayo de 1945.

HISTORIA.—En octubre de 1944, gripe torácica de 22 días de duración, al cabo de los cuales desaparecieron todos los síntomas, sin embargo, notó la enferma que se resfriaba con frecuencia; asimismo, tenía Anorexia, insomnio y adelgazamiento; también dolor en las espaldas. Manifiesta no haber tenido elevaciones térmicas, ni hemoptisis, y sí sudores nocturnos.

ANTECEDENTES PERSONALES.—En la primera infancia adoleció de sarampión, tos ferina y varicela. Unos meses antes de haber sido admitida en este Departamento estuvo sometida a tratamiento anti-sifilítico, por haber tenido un Khan positivo más S. Después de este tratamiento intensivo, la sangre se ha negativizado.

ANTECEDENTES GENITALES.—Menarquia a los 15 años, regular e indolora. Ha estado embarazada en 3 ocasiones, terminando en partos prematuros de 7 meses los tres.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sin importancia.

ANTECEDENTE COLATERALES.—Sin importancia.

PUNCIÓNES ORGÁNICAS GENERALES.—Sueño tranquilo, apetito normal, micciones normales, sed normal.

APARATO DIGESTIVO NORMAL.—Aparato circulatorio normal. Sistema nervioso normal.

ESTADO PRESENTE.— Talla mediana, panículo adiposo regularmente desarrollado., arquitectura ósea normal.

Examen del aparato respiratorio.—Inspección-normal. Palpación : aumento de las vibraciones vocales en ambos vértices pulmonares. Percusión: ligera sub-macidez en ambos vértices, más acentuado en el izquierdo. Auscultación: estertores crepitantes y pectoriloquia áfona en ambos vértices.

Exámenes complementarios: rayos X. Radiografía tomada el 24 de mayo de 1945 "tórax asimétrico por retracción costal del hemotórax izquierdo. Sombra mediastínica y base izquierda de contornos irregulares. Base derecha normal. Lado derecho: hay infiltración del vértice y primer espacio intercostal anterior. Lado izquierdo: se observa infiltración del vértice y de los dos primeros espacios intercostales anteriores, hay zona de rarefacción subclavicular de 3 y medio por 3 cms. de diámetro. Impresión diagnóstica: probable proceso tuberculoso bilateral.

Seis exámenes directos del esputo, y un examen del contenido gástrico efectuado el 15 de julio de 1945, fueron negativos. Un nuevo examen homogenizado del contenido gástrico efectuado el día 31 de julio de 1945 fue positivo por Bacilo de Koch.

Diagnóstico: proceso tuberculoso de ambos campos pulmonares superiores, clasificación: moderadamente avanzada.

Tratamiento.

Se le intenta Neumotórax izquierdo el día 8 de agosto de 1945, no habiéndose encontrado espacio pleural libre. El 18 del mismo mes y año, se le inicia Neumotórax en el lado derecho. Después de algunos meses de tratamiento, se nota mejoría en los síntomas funcionales y del estado general. El informe radiográfico del día 10 de enero de 1946, dice. "Se observa cámara aérea de Neumotórax artificial en el lado derecho, con colapso selectivo del lóbulo superior del mismo lado. Las lesiones descritas en el lóbulo superior izquierdo persisten sin sufrir cambios de importancia. Hay desviación del mediastino hacia el lado izquierdo."

En vista de la actividad de las lesiones izquierdas y que un examen directo del esputo practicado el 18 de enero de 1946 resultó positivo por B. de Koch, se indica freneectomía izquierda, la que fue practicada sin complicaciones el día 20 de enero de 1946 y el día 4 de febrero del mismo año se inicia Neumoperitoneo tera-

peútico. La enferma continuó mejorando notablemente; hubo aumento de 18 libras de peso, mejoró el apetito y un nuevo informe radiológico del día 2 de abril de 1946 dice: "Se observa igual grado de colapso del pulmón derecho; hay elevación del hemidiafragma izquierdo hasta el nivel de la 4^a costilla anterior y se observa cámara aérea sub-diafragmática provocada por Neumoperitoneo terapéutico. Las lesiones del lóbulo superior izquierdo se han clarificado manifiestamente."

Múltiples exámenes directos homogenizados del esputo y dos del contenido gástrico han sido negativos. Una eritrosidimentación practicada el día 21 de mayo de 1947 fue de 7 milímetros por hora.

Observación N^o 3.

J. L., de 20 años, soltero, nacido en San Juancito, consulta en el Departamento de Tuberculosis el día 25 de abril de 1946.

Historia.— en febrero del mismo año, temperaturas vespertinas terminadas por diaforesis nocturna, adelgazamiento rápido, anorexia, debilidad general, tos con expectoración muco purulenta y a veces hemotoica.

ANTECEDENTES PERSONALES: resfríos frecuentes.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y COLATERALES: sin importancia.

Una radiografía tomada el día 27 de abril de 1946, dio el resultado siguiente: "Hay infiltración del vértice y 2^o espacio intercostal anterior derecho, con caverna de 4 x 4 cms., de diámetro entre la 1^a y 2^a costilla anterior.

Resto del parenquima y pulmón izquierdo: negativo. Impresión diagnóstica. Proceso Tuberculoso del pulmón derecho. Moderadamente avanzado. El examen del esputo verificado el día 29 de abril de 1946 resultó positivo por B. de Koch.

DIAGNOSTICO: Proceso Tuberculoso del lóbulo superior derecho, tipo Caseo-cavitario. Clasificación: moderadamente avanzado. (Peso al ingreso: 114 libras).

TRATAMIENTO.—Se inicia Neumotórax terapéutico en el lado derecho el día 21 de junio de 1946, abandonándose el 22 de agosto del mismo año por inefectivo, pues, la caverna aparecía incolapsable al examen fluoroscópico, en tal virtud, se indica frenicectomía derecha, la que fue practicada sin complicaciones el día 14 de septiembre del mismo año, iniciándole neumoperitoneo 22 días después, es decir, el día 4 de octubre. Pocos meses después de iniciado el tratamiento combinado se notó mejoría en el estado general del paciente, desaparecieron las temperaturas, la tos y la expectoración y comenzó a ganar peso, y el examen del esputo un mes después se hizo negativo. Una radiografía tomada el día 28 de octubre de 1946 dio el resultado siguiente: "Se observa elevación del hemidiafragma derecho cuyo límite superior llega al nivel del tercer espacio intercostal anterior debido a frenicectomía. Hay cá-

mara aérea sub-diafragmática provocada por Neumoperitoneo. La caverna descrita en la región sub-clavicular derecha, no es visible. Lado izquierdo persiste negativo."

El estado del paciente es inmejorable ha ganado 7 libras de peso. Repetidos exámenes de esputo y del contenido gástrico, homogenizado han sido negativos por B. de Koch. El paciente continúa bajo tratamiento en el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad.

Observación N^o 4.

J. R., de 20 años, soltera, de oficios domésticos fue fichada en el Departamento de Tuberculosis el día 29 de junio de 1946.

HISTORIA.—Desde hace un mes pérdida de peso, anorexia, temperaturas vespertinas, dolor en la espalda y tos con expectoración muco-purulenta.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y PERSONALES. — Sin importancia.

ANTECEDENTES COLATERALES.—Un hermano de la paciente murió de Tuberculosis pulmonar, estando ella en contacto con él durante un año.

Una radiografía del tórax tomada el día 29 de mayo de 1946, dio el resultado siguiente: "Lado derecho: se observa infiltración del vértice y del primer espacio intercostal anterior; hay posible caverna de 3 por 3 cms. de diámetro entre la primera y segunda costilla anterior. Lado izquierdo: Parénquima negativo. Impresión diagnóstica: Proceso Tuberculoso del lóbulo superior derecho. Clasificación: Moderadamente avanzada." Examen del esputo verificado el día 30 de mayo de 1946 fue positivo por B. de Koch.

TRATAMIENTO.— Se inicia neumotórax artificial ambulatorio en el lado derecho el día 6 de junio de 1946. En vista de su inefectividad, ya que al control fluoroscópico la caverna descrita permanecía incolapsable debido a adherencias, se indica Frenicectomía derecha la que fue practicada el día 17 de julio del mismo año.

RESULTADO.— A los dos meses de iniciado el método combinado, los síntomas funcionales desaparecieron, el apetito fue normal, aumentó de peso y el estado general de la paciente mejoró notablemente. Una radiografía tomada el día 21 de noviembre del mismo año dio el resultado siguiente: "Se observa elevación acentuada del hemidiafragma derecho, el que llega al nivel del tercer espacio intercostal anterior, provocada por frenicectomía y hay cámara aérea de Neumoperitoneo (Sub-diafragmática.) La caverna descrita en el lóbulo superior derecho no es visible, observándose fibrosis al nivel del primer espacio intercostal anterior. Lado izquierdo persiste negativo.

La enferma se encuentra en magníficas condiciones. Ha aumentado 30 libras de peso. Repetidos exámenes de esputo direc-

tos y homogenizados y del contenido gástrico han sido negativos. Posteriormente, nuevos exámenes radiográficos del tórax nos han dado resultados halagadores, encontrándose fibrosis en el primer espacio intercostal anterior derecho; en vista de lo cual hemos suspendido el Neumoperitoneo después de un año de tratamiento, declarando la enferma aparentemente curada y bajo control periódico.

Observación N° 5.

J. U. P., de 18 años, soltero, labrador y vecino de esta ciudad, consulta en el Departamento de Tuberculosis el día 10 de diciembre de 1946.

HISTORIA.—En noviembre del mismo año, catarro nasal, tos y temperatura de una semana de duración. Después el paciente se sintió relativamente bien, quedándole únicamente trastornos gástricos y dolor en el hemotórax derecho; no había adelgazamiento, temperaturas ni anorexia.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Sin importancia.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y COLATERALES.—Sin importancia.

Una radiografía del tórax practicada el día 13 de diciembre de 1946 dio el resultado siguiente: "En el campo pulmonar derecho se observan sombras difusas hasta nivel de la 3ª costilla anterior, resto del parénquima y campo pulmonar izquierdo: negativo." Tres exámenes de esputo, practicados los días 14, 15, y 16 de diciembre fueron negativos: uno con fecha 17 del mismo mes resultó positivo por B. de Koch. Al examen físico del tórax: sub-macidez del vértice derecho. Aumento de las vibraciones vocales en el espacio inter-escápulo-vertebral derecho.

Impresión diagnóstica: Proceso Tuberculoso del lóbulo superior derecho.

Clasificación: moderadamente avanzado.

TRATAMIENTO.—Se intenta Neumotórax artificial derecho el día 28 de diciembre de 1946, no encontrándose espacio pleural libre a pesar de habersele intentado en fechas posteriores. En vista de lo anterior y de que el estado del paciente empeoraba se indica Frenicectomia derecha la que fué practicada en La Policlínica, el día 14 de enero de 1947, y el día 29 del mismo mes y año se inicia, sin complicaciones, Neumoperitoneo.

RESULTADO.—Durante los primeros meses de tratamiento combinado hubo marcada mejoría del estado general del paciente. Una radiografía tomada el día 13 de marzo de 1947 dio el resultado siguiente: "Se observa elevación del hemidiafragma derecho provocada por Frenicectomia. Hay cámara aérea sub-dia-fragmática debida a Neumoperitoneo. Las lesiones descritas en el lóbulo superior derecho, se han clarificado un poco. Lado izquierdo persiste negativo." El esputo se negativizó en mayo del corriente año; posteriormente cinco exámenes de esputo han sido nega-

tivos y un examen homogenizado del contenido gástrico, practicado el día 3 de septiembre de 1947, resulto asimismo negativo. El paciente continúa bajo tratamiento en el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad.

CONCLUSIONES

No intentamos sentar conclusiones de nuestra experiencia del método combinado de la Frenicectomía y el Neumoperitoneo en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, por dos razones vitales: la primera por ser muy pocos los casos que tenemos bajo ese tratamiento en el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad y la segunda porque consideramos que este método de tratamiento daría más halagadores resultados en el medio Sanatorial u Hospitalario, pero, expondremos cuales son las ventajas que presenta el método y haré una comparación con los otros métodos de colapso terapia.

En nuestro concepto el Neumoperitoneo, asociado a la frenicemia es un método de colapsoterapia en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar que no debe ser despreciado. No debe ser considerado superior a un eficiente Neumotórax artificial o a otros métodos quirúrgicos indicados en el tratamiento de la enfermedad fímica, pero, debe reconocérsele su inestimable ayuda en ciertos casos en que por una u otra razón no se puede instituir otro tratamiento. Los factores básicos de reducción del volumen pulmonar y las limitaciones del movimiento respiratorio, son obtenidos, sin la separación del pulmón de las estructuras protectoras, y las complicaciones que pueden sobrevenir con la introducción de aire en la cavidad peritoneal, nunca son comparables, ni en frecuencia, ni en seriedad con las que se presentan con la introducción de aire en el espacio pleural. Otras de las ventajas que tiene el método combinado es que se puede seguir, por medio de radiografías en serie la marcha progresiva o regresiva del proceso tuberculoso, mientras que en los pacientes tratados por el Neumotórax artificial, las radiografías no revelan claramente las áreas de la enfermedad; —con el método combinado se puede estudiar a cielo abierto los campos pulmonares.— Finalizado el tratamiento, el órgano respiratorio recobra su volumen primitivo y su función; mientras que con el neumotórax, el paciente siempre está expuesto a la no reexpansión de su pulmón. Cuando en lugar de practicar la frenicectomía, se practica el aplastamiento del frénico, el que, dicho sea de paso no lo hemos efectuado por carecer de pinza apropiada, el hemidiafragma correspondiente recobra su función después de aproximadamente seis meses de su aplastamiento y recobra, asimismo su posición normal. El método combinado es un medio razonablemente satisfactorio, desprovisto de serias complicaciones, para obtener el colapso pulmonar en los pacientes tuberculosos pulmonares, en los casos en que las lesiones no son rígidas ni muy antiguas. Un número bastante crecido de pacientes tuberculosos, en los que se

ENSEÑEMOS NUESTRA PROPIA PATOLOGÍA

Por el Dr. José Gómez Márquez h.

Les médicos que tenemos aún poco tiempo de haber salido de las aulas universitarias recordamos probablemente los demás tedas aquellas deficiencias que se observan en el curso de la enseñanza de la carrera y me parece, por lo tanto, que es un verdadero deber, el que seamos precisamente nosotros los que vayamos intentando corregir en lo que cabe, esas lagunas, con el objeto de que aquellos jóvenes que nos sucedan en el arduo estudio de la Medicina, salgan más capacitados, para. así ser más beneficioso a la colectividad.

Desgraciadamente son aún demasiados los defectos de que adolecemos y por ello estamos muy lejos de ponernos a un nivel, sino igual, al menos parecido, al de ciertos países americanos y europeos. Gran número de estos problemas no se podrán solucionar en muchos años ya que tienen como causa, deficiencias de orden económico. Así resulta, para el caso, que mientras los estudiantes de Medicina de otros países, tienen que pagar anualmente matrículas muy elevadas así como cuotas para el mantenimiento de Gabinetes de Anatomía Patológica, Fisiología Experimental, Química Biológica, etc., los estudiantes hondureños prácticamente tienen la enseñanza gratuita. De no ser así, sería imposible que recibieran instrucción médica más de la mitad de los actuales alumnos, pues desgraciadamente su nivel económico es tan bato, que con frecuencia tienen que dedicarse a las actividades más dispartes, simultaneando así el estudio y el trabajo, para subvenir a sus necesidades más elementales.

Pero bien, todas estas dificultades, si bien es cierto que cabe la esperanza, de que se vayan subsanando en un futuro más o menos lejano, no está en nuestra mano allanarlas de la noche a la mañana. Pero hay otras que sí se pueden suprimir con un poco de trabajo, de buena voluntad, de espíritu desinteresado y de sacrificio. Y por raro, que ello parezca, creemos sinceramente, que las lagunas mayores que aparecen en nuestra enseñanza, son precisamente las comprendidas en este último grupo, es decir, las que sí podemos corregir o al menos mejorar.

haría habitualmente una toracoplastia, con la consiguiente pérdida permanente de porciones importantes de pulmón funcional, puede curarse por medio de la parálisis frénica y el Neumoperitoneo sin apenas sacrificar tejido pulmonar normal. El método combinado puede restringir el empleo del Neumotórax terapéutico en pacientes que presentan lesiones mínimas o en aquellos que presentan extensas adherencias.

Y es aquí, donde entramos al nudo del problema que deseamos abarcar hoy y poner coto de una vez a la desorientación que sufren los estudiantes de Medicina de nuestra Facultad. Y, ¿cuál es la causa de esta desorientación? mi modo de ver, una por encima de todas, es decir, el no haber querido darnos cuenta de que toda la Patología de Honduras, presenta una serie de características, que la hacen totalmente diferente a la que con los mismos nombres estudiamos en los libros clásicos de Estados Unidos o Europa. Hace unos días, hablando de estos asuntos con un estudiante de Medicina, me preguntó: "Dígame doctor, que enfermedades cree usted que no son aquí iguales al resto del mundo?" Y me vi forzado a contestarle: "Mejor inviértame la pregunta, es decir, cuales son las enfermedades que aquí son iguales al resto del mundo." Y al contestar así, no había hecho sino exponer en una forma concisa, toda la inquietud que a este respecto ha tenido desde que inicié mi contacto con los enfermos como estudiante de Medicina, y que de inquietud se ha convertido en certidumbre, conforme me he ido adentrando como profesional en la práctica de la Medicina.

Aún no están lejanos los días, en que como alumno de las diferentes clases de clínica, efectuábamos nosotros, o lo veíamos practicar a otros compañeros, interrogatorios de los enfermos. Lo que allí sucedía era la demostración de la desorientación de los estudiantes cuando intentaban adaptar lo que habían aprendido en los libros a los casos vivientes que tienen ante sí. Pongamos para el caso que se está haciendo el interrogatorio de un paciente en el cual se sospecha una sífilis secundaria; como los textos que hemos estudiado, es decir, escritos por los autores que han estudiado la sífilis secundaria en Francia, en Alemania, en Estados Unidos, en España, pero desde luego no en Honduras, nos dicen en tre otros síntomas que existen dolores osteócopos y alopecias, el examinador novato se encuentra forzado, digámoslo así, a encontrarlos también en nuestros enfermos y lo peor del caso es eme las "halla" aún no existiendo ya que prácticamente ambos síntomas son extraordinariamente raros entre nosotros. Pero se medirá: y ¿cómo es posible entonces que aparezcan en las anamnesias? Es muy sencillo; no hay más que falsear un poquito la verdad y admitir para el caso, como dolores osteócopos, parestesias más o menos fugaces, y como alopecia sífilítica, la afirmación del enfermo de que se le cae el cabello cuando se peina En otras ocasiones se trataba de examinar un enfermo cuya sintomatología estaba en favor de una fiebre tifoidea, tal vez ya con reacción de Welch-Stuart o de Widal, positivas, pero nos "faltaba" algo Para redondear el cuadro a la europea: las famosas manchas lenticulares. En lugar de buscarlas con espíritu ecléctico, para ver si realmente existen o no en la mayoría de nuestros pacientes tifoides, muchos se empeñan en encontrarlas "a la fuerza." pero como honradamente no las ven, se decide llamar manchas lenticulares a cualquier hiperchromia que se presenta en la piel y cuyas dimensiones sean apropiadas "para el caso". No son ni dos ni dos-

cientos los ejemplos que a este respecto se podrían poner, pero para terminar estos símiles quiero recordar el martirio en que se coloca al estudiante de medicina cuando se encuentra ante una enfermedad vascular; como universalmente estos trastornos obedecen en primer lugar al reumatismo articular agudo, nos empeñamos en encontrar en el interrogatorio, el paso de esta enfermedad y al no encontrarla (ya se va reconociendo que entre nosotros ésta enfermedad es una excepción), catalogamos de tal a unos dolores articulares de origen desconocido, que tuvo el enfermo en tal o cual época

Ahora bien: ¿a dónde se va a parar con esta manera de proceder? En primer lugar el estudiante, que no puede hacer encajar los cuadros patológicos que tiene ante sí con lo que acaba de estudiar la noche anterior, se acostumbra a falsear la verdad clínica, a inventar síntomas que no existen, a mentir inconscientemente a sus compañeros cuando les expone un caso clínica, y lo que es mucho peor, y consecuencia obligada, acaba por mentirse a sí mismo. Es un proceso muy natural, pues si para el que empieza a iniciarse en Medicina, no hay más verdad:- que la escrita en letras de molde por aquellos sabios norteamericanos y europeos, no es posible (a menos que se lo aclaren), que él entienda porque no encuentra los síntomas que "debía" encontrar. Le surge la duda de si será que tal vez no sabe encontrarlos y es así como poco a poco se comienza a pervertir su mente; es así como va cayendo en el vicio de poner y quitar síntomas El resultado de estos defectos no se hacen esperar mucho; el hoy estudiante novato, es mañana el profesional que asume la responsabilidad de la vida de sus enfermos.

Sin embargo, por trágico y desesperante que parezca el cuadro que acabamos de pintar, tiene sus remedios, o mejor dicho, no hay más que uno: enseñar al estudiante *de* Medicina de Honduras, la patología de su país, haciéndole ver la ausencia de un gran número de enfermedades, la presencia de otras desconocidas en el resto del mundo y las modificaciones que las enfermedades clásicas sufren en nuestro ambiente. Ello no quiere decir que preconicemos el abandono del estudio de la Patología Universal, sino todo lo contrario, que se estudien las dos para que la comparación se pueda hacer en mejores condiciones.

Y aquí llegamos al problema de orden técnico: ¿cómo conseguir que nuestros estudiantes puedan documentarse en Patología criolla? Lanzando al mercado textos escritos por médicos hondureños, para que cada cual en su rama vaya exponiendo las características, que durante su práctica ha tenido ocasión de observar.

La Asociación Médica Hondureña, a nuestro modo de ver, tiene el deber moral de encauzar por estas vías, a las nuevas generaciones de estudiantes, y sus socios deberían hacer un esfuerzo, libre de todo afán de lucro personal, para iniciar lo más rápidamente posible esta campaña en pro de la Medicina de Honduras.

BANQUETE ENDOCRINICO

Por el Dr. Martín A- Bulnes B.

Un día, el neurasténico Tiroides convidó a sus compañeros a comer en su casa: asistieron las hermosas gemelas de los Ovarios, del brazo de los picaros Testículos; las distinguidas damas las Suprarrenales en compañía de su hermana, la Hipófisis; el viejo sabio, don Hígado; don Páncreas se excusó por estar elaborando INSULINA.

Con el anfitrión, o dueño de casa, estaba lleno el número, que los griegos requerían para el buen humor de sus banquetes. Ni más que las Musas, ni menos que las Gracias. Se brindó el buen vino hemático y el sabroso guaro linfático. La Orquesta de la Caja del Tímpano, los Cornetas de la Nariz y la Trompa de Eustaquio ejecutaron en bellas notas musicales el **HIMNO DE LA ARMONÍA**.

Con hermosas y elocuentes frases, el anfitrión ofreció el banquete a sus compañeros de labores, además de manifestar que la armonía existente en la familia endocrina era obra de su sabia dirección. Todos Uds., conocen mi actuación en el campo de la ENDOCRINOLOGIA. En el mundo social represento varios tipos: En dramas y tragedias como en **ROMEO Y JULIETA**, drama que siempre inspira profundo interés en la humanidad. Porque hasta cierto punto todos somos **ROMEOS Y JULIETAS**, todos pasaremos por sus experiencias, si no hemos pasado ya.

Soy por excelencia la personalidad de la rapidez, de vivacidad, de la actividad y con el nombre de **TIPO ASTENICO** recorro el mundo entero, como viejo de complexión recia, seco de carnes, enluto de rostro, y gran madrugador, ropaje con que me pinta el glorioso **MANCO DE LEPANTO EN SU "INMORTAL DON QUIJOTE**.

Al igual que los médicos, mis amigos, ostento muchos nombres: emoción, angustia, pasión, inestabilidad de carácter; sin embargo, soy sensible al calor, al frío, al dolor y al cansancio. Por todo lo expuesto he sido designado en el mundo médico como "**EL DIRECTOR DE ORQUESTA DEL CONCIERTO ENDOCRINO**."

Tanto como eso, no, dijeron las Damas: nosotras representamos al obrero, músculo fuerte de los pueblos, por su fuerza, resistencia y actividad incansable.

Con nuestro jugo cortical, **LA COLESTERINA**, defendemos al hombre de los venenos de la fatiga y con nuestro precioso líquido medular, **LA ADRENALINA**, estimulamos el simpático y tonificamos el corazón, además de actuar como **HEMOSTATICAS**. Con nuestra hermana, **LA HIPOFISIS**- controlamos la longitud y el grosor de la **CABEZA, MANOS Y PIES**.

Rióse gravemente don Hígado y dijo: eternamente contrariado con **BORRACHINES Y BORRACHOS** siempre procedo co-

UN QUISTE DEL OVARIO

Por el Dr. Carlos Agurcia

F. V., de veinte y cinco años de edad, originaria y vecindada en Tegucigalpa, ingresa al Servicio de Ginecología el doce de septiembre de éste año, a curarse un dolor en el vientre.

Anamnesia próxima.—Desde hace poco más o menos dos años, la enferma refiere que su abdomen ha empezado a aumentar de volumen, no de manera continua, sino intermitente, hasta el grado que hoy presenta; desde entonces siente una sensación de peso en su abdomen, la que no le impedía seguir en sus ocupaciones domésticas, tenesmo rectal de vez en cuando y retención de orina por cuatro veces con intervalos de tres o cuatro meses y de unas doce a catorce horas de duración. Ha presentado un dolor suave en su vientre, no continuo que no la obligo a buscar médico.

No es hasta el día trece que presenta un dolor no muy agudo en la fosa ilíaca izquierda, con irradiación a la región lumbar y miembro inferior del mismo lado, cefalea intensa, náuseas, malestar general y elevación de la temperatura. Su dolor aumentó en intensidad y extensión abarcando ahora todo el abdomen; éste cuadro ha coincidido con suspensión de las deyecciones y de gases por el ano.

Con esta sintomatología entra al servicio.

Tratamiento.— El tratamiento que siguió fue casero, y consistió en un purgante de laxol, el que no le produjo ningún efecto.

Anamnesia lejana.—Sarampión y tos ferina cuando niña. Paludismo edad adulta, hace dos años y medio.

mo persona juiciosa y económica, acaparo en forma de glucógeno el azúcar y la vierto en la corriente hemática, según las necesidades inmediatas de nuestras actividades. Además embodego el hierro producto de la destrucción de los glóbulos viejos. Elimino por la bilis, transformo en ácidos biliares, LA COLESTERINA, excreto numerosos fermentos agentes activos de la nutrición. Destruyo el ácido úrico y el ácido oxálico y como químico convierto en úrea el amoniaco de la digestión de los albuminoides, y neutralizo los venenos alimenticios. Sov, por excelencia, "EL GENIO DE LA ASIMILACIÓN, PROVEDOR Y DIRECTOR DE LA NUTRICIÓN."

Los Genitales gritaron: nosotros representamos a la juventud, el porvenir de los pueblos, mantenemos la llama sexual, impulsamos al hombre en la propagación de la especie, además de intensificar todas las actividades fisiológicas, mentales y espirituales. "Demostrado está que ningún EUNUCO ha llegado jamás a ser gran filósofo, un gran sabio, ni siquiera un gran criminal. Engendramos la audacia, la violencia y la brutalidad, las cualida-

Antecedentes ginecológicos.—Menarquia a los catorce años, siendo su tipo cuatro sobre treinta, los dos primeros días abundante y dolorosa. Refiere no haber tenido suspensión, ni retraso en su menstruación. Ha estado embarazado cinco veces. Tubo un aborto de tres meses hace tres años. Su último hijo tiene cinco años de edad.

Antecedentes específicos.—Cefalea y dolores osteócopos. Ha estado bajo tratamiento médico (específico).

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes colaterales sin importancia.

Actitud.—Prefiere la posición de Fowler.

Funciones orgánicas generales.—Apetito irregular, sed normal. Sueño interrumpido. Evacuaciones lo dicho. Nervioso calambre en extremidades inferiores. Organos de los sentidos normales.

Género de vida.—Vida regular, ocupación, oficios domésticos. No hace uso de bebidas alcohólicas ni de tabaco.

Examen físico.—Temperatura 38⁹. Pulso 120. Respiración de tipo torácico y 18 respiraciones por minuto.

Cabeza.—Nada anormal.

Boca.—Faltan algunas piezas dentarias y otras en mal estado.

Tórax.—Pulmones. Disminución del murmullo vesicular y de las vibraciones vocales en ambas bases. Corazón normal. Presión arterial, máxima 120, mínima 70.

Abdomen.—Esta aumentado de volumen y da la sensación visual de un embarazo de siete meses. Defensa muscular en pared abdominal. Por la: palpación y percusión que son dolorosas se logra apreciar una tumoración que alcanza el ombligo, redondeada y una matidez en toda la extensión del tumor excepto en las partes declives, hipocondrios y vacíos. Se logra apreciar también una oleada, la que no es muy franca.

des que distinguen AL TORO DE LIDIA, del buey que arrastra el arado a lo largo del surco."

Con honda tristeza los Ovarios dijeron: no queremos EUNUCOS, para ellos no existe la mujer, demostrado está que sin GENITALES NO HABKA HUMANIDAD.

Suenan graves y solemnes las doce campanadas de la media noche, el banquete ha terminado, los convidados se retiran a sus casas hondamente impresionados.

Octubre de 1947.

Fiesta Anatómica por Victor Posada
Estados Endocrinos por L. Pascault

Examen ginecológico.—Cistócele, cuello uterino ligeramente aumentado de volumen, manando de él un flujo de coloración blanco amarillenta. Fondos de saco sensibles a la presión. Con el tacto combinado con la palpación abdominal se pone de manifiesto que los movimientos impresos al tumor no se comunican al útero, hay pues independencia entre éstas dos partes.

Exámenes de laboratorio.—Orina **normal**. Sangre, por reacción de Kahn, más tres. Recuento de glóbulos. Rojos, 3.500,000. Blancos, 12,600.

Fórmula leucocitaria.—Neutrófilos 88, basófilos 0, Eosinófilos 0, grandes mononucleares 22 por ciento.

Diagnóstico.—Se trata de una mujer que llega presentando una tumoración que ocupa todo el abdomen, dando la sensación visual, como dije anteriormente de un embarazo de siete meses, con cara ansiosa, rasgos estirados, ojos hundidos, quejándose de un dolor intenso en el vientre, que le principió en la fosa ilíaca izquierda, el que luego se le generalizó a la otra fosa, hipocondrías y vacíos. El abdomen se encuentra doloroso a la presión y palpación. El pulso es frecuente, pequeño y depresible, 120 pulsaciones por minuto. La temperatura es superior a la normal, 38°. No hay vomites, solamente náuseas. La enferma ha presentado retención ester corácea y no ha expulsado gases por el ano por más de doce horas. La evolución de la tumoración es de dos años y no guarda relación con el útero.

Pienso en una anexitis aguda izquierda, que coincide con la tumoración que al producir un acceso de peritonitis, determina la parálisis intestinal. Pero es más factible pensar que se trata de la torción del pedículo de un quiste del ovario, o bien en la supuración del mismo, que al determinar un acceso de peritonitis dio lugar a la parálisis, intestinal.

Evolución.—La enferma se deja a la expectación armada, se le prescriben 200,000 unidades de penicilina, bolsa de hielo y reposo.

Durante las doce horas siguientes el estado de la enferma mejora notablemente, hace dos deyecciones de materias fecales y es llevada a la Sala de Operaciones donde se le practica una laparatomía exploradora y se encuentra un quiste en el ovario izquierdo, con adherencias al ligamento ancho, asas intestinales delgadas y calón sigmoide.

Tiene la forma y dimensiones de una cabeza de recién nacido. Se seccionan las adherencias, y se extirpa el quiste. Hay como veinte centímetros cuadrados de epiplón inflamado. La laparatomía estuvo a cargo del Doctor Juan Montoya. La pared del quiste en unos lados es delgada y en otros gruesa, presentando en su parte externa vegetaciones, las que tienen el aspecto de coliflor, siendo duras algunas « otras blandas, de coloración amarillenta, son confluentes.

Tratamiento de la Meningitis Por Hemophilus Influenzae

Estado Actual de la Cuestión. — Nuevas Perspectivas de Pronóstico. — Asociación Sulfamida -Penicilina.

Prof. Dr. José Bonaba,

Director del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio". Montevideo, Uruguay

{De la Revista Pediatría de las Américas}

(Continúa)

La sulfadiazina se da durante estas primeras 24 horas por vía intravenosa a la dosis de 0 gr. 30 por kilo diluida en suero Ringer; luego se da por vía oral a la dosis de 10 centigramos por kilo, hasta 7 días después de la esterilización del líquido. Es interesante el porcentaje de curaciones según la edad:

9 casos de 3 a 7 meses.	—22 %	de curaciones.
11 casos de 7 a 12 meses.	—82 %	de curaciones.
19 casos de 1 a 2 años.	—89 %	de curaciones.
20 casos de 2 a 3 años.	—75 %	de curaciones.
6 casos de 3 a 4 años.	—83%	de curaciones.
7 casos de 4 a 5 años.	—100%	de curaciones.
3 casos de más de 5 años	— 66%	de curaciones.

TOTAL. — 75 casos con 57 curaciones. (76%). Promedio de los mayores de 7 meses: 82% de curaciones.

Para explicar esta notable influencia de la edad en el pronóstico, Alexander considera como factor principal las dificultades del diagnóstico' de meningitis en el lactante menor, lo que ocasiona el retardo en la intervención terapéutica, cuando las lesiones son ya irreparables. No cree que se trate de una vulnerabilidad mayor de los lactantes tiernos, ni de su incapacidad de utilizar los anticuerpos administrados con su suero.

Además presenta 18 enfermos que recibieron este tratamiento después de varias semanas de haber sido tratados con sulfamida exclusivamente o asociada con suero de caballo: de estos 18 enfermos curaron 12. La autora ha visto en varios casos una reaparición de la fiebre y un aumento de las células y albúmina en el líquido céfalo-raquídeo que permanece estéril y cuya

glucosa y cloruros persisten normales; estos episodios pasan en pocos días; los consideran como reacciones localizadas de las meninges producida por el suero.

La autora cree que en los niños el tratamiento óptimo es el tratamiento combinado con sulfadiazina y anticuerpos específicos en suero de conejo.

Experimentalmente el poder de protección del ratón contra el hemophilus influenzae por la sulfanilamida es inferior al de la sulfadiazina; la sulfadiazina y el suero Alexander no difieren apreciablemente en su acción; la asociación de los dos agentes, sulfadiazina y suero, es muy superior a la de cualquiera de ellos usado exclusivamente.

Alexander- insiste sobre el comportamiento semejante de los neumococos y hemophilus influenzae en cuanto a su mecanismo de acción patógena: los gérmenes están rodeados por una atmósfera de un polisacárido específico, que pasa a los líquidos orgánicos; el organismo forma contra él los anticuerpos específicos, necesarios para la neutralización y la curación. La neutralización del polisacárido del germen mediante el anticuerpo del suero da lugar al fenómeno de la tumefacción de la cápsula.

Los laboratorios de los hospitales de niños deberían estar provistos, según Alexander, de sueros específicos para el diagnóstico de los tipos de neumococo, meningococo y hemophilus influenzae.

Blumberg, Tannenbaum y Gleich publican la experiencia de 7 años de el Harlem Hospital de New York (1936 a 1940). Son 11 niños, cuya edad oscila entre 10 meses y 4V2 años; todos fueron tratados con sulfamidas; los 6 primeros enfermos fueron tratados además con suero anti-hemophilus por vía intra-raquídea, intravenosa o por ambas vías; todos fallecieron. Los 5 últimos fueron tratados por el método de rutina establecido en el Harlem Hospital: precozmente, inyección intravenosa continua de 5% de glucosa en suero fisiológico; una dosis total diaria de sulfadiazina sódica al 5% en agua destilada (20 centigramos de sulfadiazina sódica por kilo, fraccionados en dosis cada 4 horas, siendo la dosis inicial la mitad de la dosis diaria); la terapéutica intravenosa se continúa hasta mejoría, continuando luego la administración de sulfamida por vía oral; si no hay mejoría después de 48 horas, se agrega suero anti-hemophilus. De estos 5 enfermos, dos curaron mediante la sulfadiazina sódica exclusivamente: los otros tres curaron también con sulfadiazina y suero antihemophilus.

Mac Lemore, Wadded y Whitehead presentaron una estadística de 8 enfermos con 7 curaciones mediante suero específico tipo y sulfadiazina (salvo uno que recibió sulfatiazol); atribuyen la curación al suero específico y la muerte de uno de los enfermos al empleo tardío del suero y a la otitis purulenta bilateral.

R. Valledor (Febrero 1944) presenta 7 observaciones de meningitis por hemophilus con 2 curaciones. En los 5 primeros casos fallecidos utilizó la sulfanilamida, la sulfapiridina en dosis heroicas, el suero Sharp & Dohme más complemento y transfusiones repetidas. Uno de los casos curados fue tratado exclusivamente con sulfadiazina (peso 11 kgrs. 400; dosis total de sulfadiazina 372 gramos en 31 días). El segundo caso (niña de 7 años y 18 kilos) recibió 923 gramos de sulfadiazina en 115 días, 18 gramos de sulfanilamida, 27 gramos de sulfapiridina, 505 ce. de sulfapiridina sódica el 5% endovenosa y además 50 miligramos de suero Alexander, transfusiones repetidas e intensa hidratación.

Resumiendo la experiencia conocida hasta el presente sobre el tratamiento de las meningitis por hemophilus influenzae puede afirmarse que en el momento actual el mejor tratamiento de esta afección consiste en la administración precoz de la sulfadiazina a dosis suficiente y mantenida por vías intravenosa y oral, asociada a la administración de suero de conejo anti-hemophilus, a dosis conveniente, por vía de preferencia intravenosa. Este tratamiento ha producido el viraje de las estadísticas, desde más del 90% de mortalidad hasta el 82% de curaciones en niños mayores de 7 meses; 76% sobre el total de los niños de cualquier edad y el 22% de curaciones en los menores de 7 meses. Tal, es el balance que puede presentarse hoy.

He aquí las indicaciones del Informe de la Comisión de Procedimientos Terapéuticos para las Enfermedades Infecciosas de la Academia de Pediatría (Noviembre de 1943).

"A.—Pruebas: tipo B. Se encuentra el germen de la Influenza en frotis y cultivos; usar para el diagnóstico y el suero específico como en el método de Neufeld para identificar los neumococos."

"B.—Inmunización activa: no hay."

"C.—Inmunización pasiva."

"Tratamiento.—Dosis inicial masiva de sulfanilamida (2 miembros de la Comisión prefieren la sulfadiazina), suficiente para elevar la concentración en la sangre a 10-20 mgrs. por 100."

"Usar suero (conejo) Alexander específico anti-hemophilus influenzae tipo B, dosificado a 25 miligramos de nitrógeno anticuerpo precipitable por dosis. Dar una dosis de suero intrarraqúidea unas 4 horas después que la sulfanilamida ha sido iniciada. Aproximadamente una hora después, dar 2-3 dosis de suero de conejo en 300-500 ce. de solución Ringer en una inyección intravenosa continua y lenta. Practicar la reacción con el suero del enfermo unos 30 minutos más tarde para comprobar su capacidad de producir la tumefacción de la cápsula de cultivos de 4-6 horas en medio Levinthal. Si existen anticuerpos, no es necesario inyectar más suero. Si no, otra dosis por vía intravenosa debe ser emplea-

da 24-48 horas más tarde. Suspender la sulfamida ¡aproximadamente una semana después de que el líquido espinal se haya vuelto negativo."

"NOTA.—Se trata de un suero de conejo, el paciente debe ser examinado en cuanto a su sensibilidad. El suero de conejo tipo "B" para tumefacción capsular se envasa por separado en cajas de 3 tubos cada "una."

Empleo de la penicilina

No sabemos que la penicilina haya sido empleada para el tratamiento de la meningitis por hemophilus influenzae, antes de junio de 1944, fecha en que la utilizamos en un niño de 3 años, afectado de esta enfermedad. Desde el descubrimiento de la penicilina por Fleming en 1929, éste se sirvió de ella para separar fácilmente el bacilo de Pfeiffer, cuyo desarrollo permite, de otros gérmenes cuyo crecimiento impide; su primer trabajo se titula: "Sobre la acción antibacterérica de cultivos de Penicillum, con especial referencia a su empleo para el aislamiento del bacilo de la influenza." Brit. J. Exper. Path. 1929.

Todos los investigadores confirman luego esta insensibilidad del hemophilus influenzae para la penicilina; en los cuadros que clasifican los diversos gérmenes según su susceptibilidad a la penicilina, tales como los de Dawson, Hobby, Meyer y Chaffee; Herrell; Keefer, lo incluyen entre los gérmenes no sensibles a la penicilina. La penicilina no había sido utilizada todavía en esta afección y no parecía lógico ensayarla. Era, pues, una página en blanco.

Frente a un niño de 3 años, con una meningitis supurada, en cuyo líquido céfaloraquídeo existía el hemophilus influenzae, decidimos simplemente por vía de ensayo, utilizar, además de la sulfamida oral, la penicilina intrarraquídea. El niño curó. Damos a continuación su observación, resumida:

J. O.. 3 años, blanco, varón, prematuro, con madre asmática, ingresa al Instituto de Pediatría el 26 de mayo de 1944, presentando un cuadro infeccioso datando de tres días, apareciendo luego convulsiones generalizadas. Examen: síndrome meníngeo discreto, sensorio poco afectado, estrabismo interno izquierdo.

Su estado se agrava rápidamente durante las primeras horas de su estadía en sala, apareciendo una hemiparesia izquierda y alternativas de sopor acentuado y crisis de excitación. Primera punción lumbar (mayo 26) líquido francamente turbio con 5.600 elementos; 86% de polinucleares: hemophilus influenzae. Se inicia el tratamiento por sulfatiazol por vía oral a la dosis de 20 centigramos por kilo, aumentada luego a 40 centigramos por kilo; esta terapéutica exclusiva fue mantenida durante 8 días, sin obtener ninguna mejoría clínica: el número de las células del líquido descendió, pero se mantuvo la polinucleosis y el aumento de la albúmina.

Al noveno día, se inicia el tratamiento con penicilina (20,000 unidades diarias por vía intrarraquídea), continuando la administración de sulfatiazol a la dosis de 20 centigramos. A las 48 horas de iniciada la administración de penicilina ya se observa más tarde mejoría clínica seguida 48 horas más tarde de mejoría humoral.

En junio 10, o sea seis días después de iniciado el tratamiento con penicilina, el líquido cefalorraquídeo sólo presenta 170 elementos con predominio de los linfocitos. Esta mejoría clínica y humoral del enfermo se mantiene durante cinco días después de cesado el tratamiento con penicilina. En junio 18 se observa recaída que aparece no obstante no haberse cesado el tratamiento con sulfatiazol. Esta recaída es rápidamente yugulada mediante la nueva administración de penicilina por vía raquídea, pero en dosis menores (10,000 unidades diarias) y sólo durante cuatro días, yendo después a la curación absoluta.

He aquí lo que decíamos con nuestros colaboradores Sur-raco, Portillo y Scolpini, al presentar esta observación en la Sociedad de -Pediatria:

"Es nuestra impresión la de haber logrado éxito fundamentalmente debido al uso de la penicilina. Hacemos esta afirmación teniendo en cuenta los siguientes hechos: 1º—La rápida mejoría observada inmediatamente de iniciado el tratamiento con penicilina."

"2º—El hecho de haber observado una recaída después de cesado el tratamiento con penicilina y a pesar de haber continuado mientras tanto con la administración de sulfatiazol."

"3º—La ausencia de acción manifiesta que tuvo la administración exclusiva de sulfatiazol no obstante haber utilizado dosis elevadas."

"4º—La inmediata mejoría que se observó en la recaída después de la nueva administración de penicilina."

"Consideramos de interés la presentación de esta observación por las "siguientes razones: a) Por el interés general que presenta en el momento actual que toda observación clínica referente al uso de la penicilina."

"b) Porque no conocemos ninguna observación clínica frente al uso de la penicilina en las meningitis a Pfeiffer."

"c) Porque esta observación obligará a revisar la afirmación de orden experimental que coloca al bacilo de Pfeiffer en primer término entre los microbios insensibles a la penicilina, así como las observaciones de Flemming, Alexander y Mac Lean que han llegado a utilizar la penicilina precisamente como medio de elección para el mejor aislamiento de los bacilos de la influenza."

"La presumible acción terapéutica de la penicilina frente a este micro-organismo podría explicarse con diversas hipótesis."

"En primer lugar son bien conocidas las grandes diferencias individuales de sensibilidad a la penicilina de bacterias pertenecientes al mismo género bacteriológico y así como existen es-

tafilococos resistentes podrían existir bacilos hemófilos *influenzae* sensibles."

"Por otra parte hoy se conocen seis tipos distintos de bacilos hemophilus *influenzae*: a, b, c, d, e, y f, que se caracterizan por la diferente constitución química del polisacárido de la cápsula. En la mayoría de las meningitis estudiadas en Estados Unidos se aisló hemophilus *influenzae* tipo B. y es posible que en nuestro medio existan en forma prevalente algunos de los otros tipos o un nuevo tipo de hemophilus *influenzae* sensibles a la acción de la penicilina."

"Por último debemos decir que según los trabajos recientemente publicados en el *Journal of Neurology*, por Rake, Me Kee, Habré y Kouck, las bacterias que se hacen penicilino-resistentes serían menos virulentas y esta menor sensibilidad a la acción bacteriostática iría acompañada de una variación bacteriana en el sentido Smooth-Rough."

"Según trabajos de Pittman el bacilo de Pfeiffer posee una gran inestabilidad antigénica y de 97 cepas aisladas del hombre sólo quince eran S. Eso quiere decir que la mayoría de los bacilos de Pfeiffer que se encuentran en la rino-faringe serían R (penicilino-resistentes) y que cuando estas bacterias tienen acción patógena adquirirían cápsula y virulencia, es decir, variarían a la forma "S" (presumiblemente sensible a la penicilina)."

"Lejos está de nuestro espíritu sin embargo, el convencimiento absoluto de que la observación que hemos relatado nos permite afirmar haber curado un caso de meningitis a Pfeiffer con el uso de la penicilina. Bien presente tenemos el hecho de haber sido un caso que recibió sulfatiazol durante toda la evolución de la enfermedad (81 grs. en total) y bien sabemos también que tratándose de un niño de 3 años el pronóstico de la meningitis a Pfeiffer es menos grave que en niños menores. Por otra parte no debe olvidarse que la apariencia clínica de nuestra observación fue la de tratarse de un proceso meníngeo sin gran malignidad."

"Sólo la observación clínica y experimental posterior nos permitirá afirmar o no la influencia favorable de la penicilina en las meningitis a Pfeiffer. En consecuencia invitamos a los colegas Pfeiffer en los cuales la terapéutica sulfanaminada, pura o asociada con el suero anti-hemófilo, no haya demostrado su acción favorable."

Durante la última semana de agosto de 1944 ingresaron al Instituto de Pediatría tres lactantes de 13, 16 y 17 meses de edad, afectados de meningitis por hemophilus *influenzae*, dos de ellos en forma primitiva y el tercero con *micrococcus eataralis* y una sobreinfección por hemophilus Pfeiffer. Los tres curaron.

Sus observaciones fueron presentadas a la Sociedad de Pediatría en noviembre de 1944, en colaboración con Surraco, Caritat, Solovey y Fonseca. Decíamos entonces:

"Se trata de niños de 13, 16 y 17 meses de edad."

"Los tres comenzaron su proceso meníngeo en el curso de una rino-faringitis, con o sin complicaciones pulmonares, con o sin

otitis. El caso de José Julio R. tuvo la notable particularidad de injertarse el bacilo de Pfeiffer sobre una meningitis a micrococcus catarralis, coincidiendo este hecho con una importante agravación clínica y humoral; este niño ocupaba una cama en la vecindad inmediata de otro de los niños afectados de meningitis por hemophilus Pfeiffer."

"En los tres el síndrome meníngeo fue incompleto."

"En los tres la sulfamidoterapia inicial intensiva llevó a una franca mejoría y en especial a un enorme descenso de la citología del líquido cefalorraquídeo."

"En los tres casos hubo una falta de paralelismo entre las perturbaciones humorales (que llegaron a varios centenares de elementos por milímetro cúbico y a 0.20 gr. %° de glucosa en el líquido cefalorraquídeo)."

"A mediados del mes de septiembre de 1944 los tres niños se agravaron":

"José Julio R., por tener una sobreinfección a b. Pfeiffer."

"Carlos María P. y Amanda A. por recaídas."

"Estas recaídas fueron más humorales que clínicas. Llama la atención que en los dos niños, éstas tuvieron su comienzo unos diez días después de haber comenzado la mejoría humoral."

"En los primeros días de octubre José Julio R. también tuvo una agravación humoral, que también fue posterior en unos diez días a la mejoría."

"¿Qué relación hubo entre la terapéutica y la aparición de las recaídas? En el caso de Carlos María P. se había suspendido la penicilina durante 4% días, manteniendo la dosis elevada de sulfamidas."

"En el caso de Amanda A. hubo en ese tiempo una reducción de la dosis de sulfamidas (por sospechar fenómenos tóxicos) y luego un aumento gradual en la misma con suspensión de la penicilina durante 11% días. Por pensarse en una posible acción irritativa aséptica de la misma, dada la falta de paralelismo entre el estado clínico y el humoral)."

"José Julio R. recibió una dosis menor de sulfamidas, manteniéndose la penicilinoterapia."

Dos hechos nos llamaren la atención: a) La pobreza y la fugacidad de la sintomatología clínica durante el tratamiento, habiendo una franca disociación entre el estado clínico y el humoral, b) La aparición en los tres casos de una recaída (que también se produjo en el enfermo estudiado por Bonaba, Surraco, Portillo y Scolpiní a las 10 o 12 días de haber comenzado una franca mejoría humoral). Esta recaída ¿coincidió con ciertas modificaciones de la terapéutica o se debió a ellas?"

"En conjunto, la evolución de los tres enfermos nos impresionó como muy favorable. Dos de ellos están perfectamente bien desde el punto de vista clínico y sus líquidos cefalorraquídeos están próximos a la normalización. El tercero no ha normalizado todavía su recaída humoral pero tiene un excelente aspecto clínico."

"No podemos establecer conclusiones acerca del rol de cada uno de los dos medicamentos en la producción de este resultado final favorable. La mejoría inicial coincidió con la sulfamidoterapia exclusiva (A. A. y C. M. P.); las recaídas se produjeron cuando se había suspendido la penicilina en un caso, se había reducido la sulfadiazina en otro y se había hecho las dos modificaciones en el tercero."

"A pesar de no haber podido demostrar la influencia decisiva de la penicilina, nos inclinamos a favor de su empleo en las meningitis a Pfeiffer dado el altísimo porcentaje de mortalidad en estadísticas de casos tratados exclusivamente con sulfamidados en nuestro país. También llamamos la atención sobre la excelente tolerancia del lactante para dosis altísimas de sulfamidados (C. M. P. de 16 meses y de 9.800 kgs. de peso, ingirió 292 grs. (?) en el curso de 48 días)."

Sugerimos la posible conveniencia de intensificar la medicación al décimo día del comienzo de la mejoría humoral por haber sido éste el momento en que se produjeron las recaídas de nuestros enfermos."

Nuestros cuatro enfermos toleraron la penicilina en forma perfecta, habiendo recibido en total Júpiter, 206,000 unidades; Carlos María, 840,000 U.; Amanda, 495,000 U.; José Julio 1.100,000 U.

En la Sociedad Uruguaya de Pediatría, después de la presentación de nuestro primer caso, Pelfort presentó un caso de meningitis a Pfeiffer tratado con sulfamida-penicilina, que falleció: se trataba de un niño de tres meses, prematuro, distrófico, que después de una primera etapa favorable, empeoró progresivamente hasta la muerte. Carrau y Praderi presentaron a la misma Sociedad un caso de meningitis por hemophilus influenzae en un niño de 10 meses, con gran cantidad de pus conteniendo el mismo germen en la cavidad subduramearica: la terapéutica asociada sulfamida-penicilina logró esterilizar el pus y producir una notable mejoría clínica; la muerte se produjo más de dos meses más tarde a causa de hidrocefalia progresiva, secuela de su meningitis,

Ultimamente hemos tratado dos nuevos casos mediante la asociación sulfamida-penicilina, falleciendo el primero de 3[^] meses de edad y curando el segundo de 4[^] años. Van a continuación los resúmenes de sus historias clínicas.

Obs. V.—Miguel Ángel R.

Niño de tres meses y medio, en buen estado de nutrición, alimentado a pecho, sin antecedentes importantes, que ingresa por fiebre y somnolencia desde un día antes, luego de varios días de resfrío y tos y de deposiciones líquidas. No tuvo convulsiones.

En el examen: febril, deprimido, polipneico, hiperextensión de la cabeza sobre el tronco; fontanela tensa y saliente; cráneo-tabes; bazo palpable; hidrocele bilateral; rigidez de nuca. La

punción lumbar da líquido turbio con 4.80 gm. por mil de albúmina y 898 elementos a predominio polinuclear; bacteriológicamente negativo. Se hace tratamiento con sulfatiazol. En dos L. C. R. posteriores mejoraron las cifras siendo el examen bacteriológico directo negativo.

El L. C. R. de la segunda punción cultiva bacilos de Pfeiffer, por lo que se inicia tratamiento mixto con sulfadiazina oral y penicilina intrarraquídea. Pese al tratamiento el estado se agrava, persiste febril, desciende de peso, aparece un opistótonos que llega a ser marcadísimo e irreductible durante toda la evolución. El L. C. R. acusa cifras muy altas de albúmina y citológicas, observándose abundantes bacilos de Pfeiffer al examen directo. Se da sulfadiazina sódica intravenosa, (solución en agua destilada) a lo que sucede un estado convulsivo grave, por lo que no se repite. Las punciones lumbares se hacen muy difíciles por el opistótonos intensísimo, pareciendo haber tabicamiento.

Se hacen funciones fentanelares subaracnoideas una de las que da pus puro, que más tarde no vuelve a extraerse. Luego punciones ventriculares. Estas dan líquido menos turbio y de cifras no tan altas, pero en el que se observan bacilos de Pfeiffer.

Sólo un líquido obtenido por punción lumbar y dos por punción ventricular no mostraron ni cultivaron el hemophilus. Las cifras de albúmina y citológica llegaron a ser altísimas (23 grs. por mil; 20,000 elementos con 97% de polinucleares en una punción subaracnoidea). No se acusa ninguna mejoría. Algunos días antes del exitus hace crisis de cianosis y disnea. Aparecen dos abscesos de cuero cabelludo en el sitio de las punciones ventriculares, que son incindidos y drenan; en el pus se encontró bacilos de Pfeiffer. Finalmente fallece, al mes y medio del ingreso, con un peso de la albúmina entre gm. 1.30 gm y 1.10%; 5,600 kgs. (inicial 6.130 kgs.), deshidratado, completamente obnubilado, con un opistótono, que llega a ser marcadísimo, irreductible; durante la evolución se hizo una ventriculografía que fue normal y una radiografía de columna que sólo muestra modificaciones en las curvaturas.

Las cantidades totales administradas fueron: Penicilina intrarraquídea: 605,000 U. Intramuscular: 395,000 U. Intravenosa: 200,000 U. Subaracnoidea: 170,000 U. Intraventricular: 340,000 U. Total: 1.710-000.

Sulfadiazina: 150 gms.

Obs. VI.— (Presentada a la Sociedad Uruguaya de Pediatría.—Profesor José Bonaba, Doctor Juan Giampietro, Pte. Interno Kempis Vidal Beretervide).

Mary Carmen O., 4 años, uruguaya. Ingresó el día 4 de diciembre de 1944 por un cuadro meníngeo de suma gravedad clínica y humoral (inconciencia intensa rigidez de nunca, Kernig y Brudzinski. vómitos, temperatura alta; albuminorraquia alta, pleiocitosis, glucorraquia baja, examen bacteriológico positivo). El resultado de la primera punción lumbar fue: reacción de Pandy ■+++; reacción de Nonne +++; albúmina gm. 590 por mil; cito-

ruros gm. 7 por mil; glucosa gm. 0.10 por mil; citología 5,230 elementos por milímetro cúbico; polinucleares 88%, linfocitos 12%; examen bacteriológico directo: no se observan microbios. Cultivos: desarrollan bacilos Gram negativos con los caracteres del bacilo de Pfeiffer.

Durante este empuje se administran 40,000 unidades diarias de penicilina intrarraquídea, 20,000 unidades intramusculares, junto con sulfatiazol primero y luego sulfadiazina, en cantidades que oscilan entre 4 y 6 gms. por día. Se inicia la mejoría clínica y humoral, entrando la niña en apirexia y llegándose al líquido cefalorraquídeo del día 20 de diciembre (albúmina gm. 0.82%, cloruros gm. 1%, glucosa gm %, 62 citología 19 elementos por mm^3 ; polinucleares 37%, linfocitos 63%, examen bacteriológico negativo).

En la evolución se marca luego un segundo empuje de alta temperatura, de reagravación clínica y humoral, con reaparición de hemophilus en el líquido. Este empuje se desarrolló desde el 22 de diciembre hasta el 31 de diciembre. Entre el primer y segundo empuje la penicilina fue suspendida durante cinco días por vía intrarraquídea, dándose 20,000 unidades por vía intramuscular durante dos días. La administración de sulfadiazina no había sido alterada. Se reinicia el día 26 de diciembre el tratamiento con penicilina intrarraquídea e intramuscular. El líquido cefalorraquídeo, bacteriológicamente positivo los días 26 y 28 de diciembre, se hace negativo; los elementos llegan a 50 por mm^3 ; la albúmina desciende desde gm. 1.20 a gm. 0.68%; la glucosa sube de gm. 0.25% a gm. 0.62%. El cuadro clínico mejora mucho. Pasan así varios días en pleno tratamiento con penicilina y sulfadiazina. Apirexia entre el 31 de diciembre y 9 de enero. Aparece luego un tercer empuje de agravación clínica y humoral. Este período comienza el día 9 de enero, en pleno tratamiento por penicilina. Los elementos del líquido cefalorraquídeo pasan de 50 a 9,500 por mm^3 .

La glucorraquia desciende a la cifra de gm. 0.16 por ciento.

La albúmina llega a gm. 4.30%. El examen bacteriológico es negativo. Se rebaja la dosis de penicilina a la mitad. Hay luego un cuarto período de fiebre oscilante. La glucosa se mantiene entre gm. 0.35% y 0.50%; la albúmina entre gm. 1.30 gm. 1.10% los elementos suben de 100 a 1,380. Durante este período se hacía la misma dosis de sulfadiazina y 20,000 unidades de penicilina intrarraquídea. No se observan hemophilus. El día 20 de enero se suspende la **penicilina**. La temperatura cae al día siguiente de la supresión y no reasciende en lo sucesivo (apirexia definitiva). Los valores del líquido muestran una evolución favorable con tendencia a la normalización. Se llega al siguiente resultado: albúmina gm. 0.28%, cloruros gm. 6.90% \ glucosa gm. 0.43%, citología 15 elementos por mm^3 . polinucleares 0%, linfocitos 100 por ciento.

Es finalmente dada de alta el 7 de febrero de 1945, con buen estado general, con 16 kilos de peso, apirética, sin trastornos neurológicos o psíquicos aparentemente.

El tratamiento fundamental fue: 1) Sulfadiazina, sustituida cuando no fue posible conseguirla por sulfatiazol, dándose dosis que oscilaron entre *gm.* 0.23 y *grn.* 0.35 por kilo de peso y por día, ininterrumpidamente durante más de dos meses. 2) Penicilina en dilución de 2,500 unidades por *cc.*, de 20 a 40,000 unidades dianas por vía intramuscular. En ocasiones se aumentó la dosis intramuscular por no poder administrarse intrarraquídea. En total se dio; penicilina: intrarraquídea 1,440.000; intramuscular 680,000; total 2.120,000. Sulfadiazina: total: *gm.* 190. Sulfatiazol: total *gm.* 100-

Se trata de un caso de precoz y considerable gravedad, en cuya evolución se distinguen, después de un período de marcada mejoría clínica y humoral, un empuje de reagravación clínica y humoral con reaparición del bacilo-en líquido cefalorraquídeo, en relación con la disminución de la dosis de penicilina intrarraquídea; luego, con la reanudación de las dosis anteriores, nuevo período de mejoría clínica y humoral; en pleno tratamiento sulfamido-penicilínico sobreviene una nueva reagravación clínica y humoral, sin reaparición de germen, con fiebre oscilante, que cede al día siguiente de la supresión de penicilina. Luego, mejoría hasta la curación completa, definitiva.

El último período de reagravación **¿fue** debido a una recrudescencia de la infección pre-existente, o denota una intolerancia a las inyecciones intrarraquídeas de penicilina a dosis elevadas y mantenidas durante largo tiempo?

La ausencia del germen en el líquido, la apirexia y mejoría definitiva, que siguen a la suspensión de la penicilina, nos inclinan hacia la segunda interpretación.

Obs. **VII** (Presentada a la Sociedad Uruguaya de Pediatría por J. Bonaba, L. M. Bosch y Z. Betancur).

Marta Nélide G....., de 14 meses, pesando 9.700 grs., presenta decaimiento, fiebre, vómitos; sin convulsiones, líquido cefalorraquídeo; albúmina 1.10 gr. c'oo, glucosa *bac.* de Pfeiffer. Se inicia el tratamiento a 0.40 *gm* o/oo; 660 elementos por *mm.*³; los 8 días, con 4 grs. diarios de sulfadiazina y penicilina, 60,000 U. por vía raquídea y 80,000 U. por la intramuscular, diariamente, durante doce días. Mejoría y luego **curación** completa.

Observ. VIII.—Luis Caries M....., de 14 meses; comienza con fiebre, otalgia, rigidez de la nuca observada por la madre. Al examen físico se comprueba **contracturas** generalizadas, signos de Kernig, vómitos. *Bac.* de Pfeiffer en el líquido cefalorraquídeo. Se inicia el tratamiento a los doce días: sulfonamidados, 4 grs. diariamente; penicilina: 20,000 U. intrarraquídea y 40.000-60.000 U. intramusculares, diariamente, durante 17 días. El opistótonos nunca mejoró. Aparecieron entrabismos, poliruria y disnea. Falleció.

Observ. IX.— (Presentada a la Sociedad Uruguaya de Pediatría, por J. Bonaba, R. C. Negro y M. Tolosa).—José P....., de 18 meses, pesando 7.500 grs., comienza con fiebre, irritabilidad, convulsiones; líquido cefalorraquídeo: albúmina, 3.10 gr. o/oo;

glucosa, 0.12 gr. o/oo; 6.000 elementos por mm.³. Bac. de Pfeiffer. Comienzo del tratamiento a los 12 días; penicilina: 30,000-60.000 U. diarias; sulfonamida: 3 grs. diarios. Curación.

Observ. X.—Ernesto S....., de 7 meses, enfermo con fiebre, decaimiento, anorexia, sin convulsiones; semionubilado, con quejidos, fontanela anterior distendida; Bac. de Pfeiffer en el líquido cefalorraquídeo. Como tratamiento, sólo se pudo hacer una inyección intrarraquídea de penicilina y otra intramuscular; de sulfonamida únicamente se pudo dar 1 gr. El niño falleció a las 4 horas de haber ingresado, a menos de 24 horas de la iniciación aparente de la enfermedad.

Observ. XI.—María Milka G....., de 2 años, pesando 12.300 grs.. Enferma con vómitos, fiebre y somnolencia. Ingresó con rigidez dolorosa de la nuca, Brudzinski de la nuca y Kerning; líquido cefalorraquídeo; albúmina, 1.05 gr. o/oo; glucosa, 0.35 gr. o/oo; 1.280 elementos por mm.³. Se inicia el tratamiento al 2^o día; penicilina, 60,000 U. por vía raquídea y 80,000 U. intramusculares diariamente. Sulfonamidas: 4 grs. diarios. Evolución favorable. Curación.

Sucesivamente, tomaremos en consideración los puntos siguientes: acción favorable de la asociación medicamentosa; acción favorable de las sulfamidas; acción favorable de la penicilina; frecuencia de las reagravaciones clínicas y humorales; reglamentación de la conducta terapéutica con utilización de la medicación asociada sulfamida-penicilina.

Acción favorable de la asociación medicamentosa.—Nuestros once casos, con ocho curaciones y una muerte, deponen en el sentido de que esta asociación es ventajosa y debe ser ensayada en la meningitis por hemophilus influenzae, máxime en nuestro país donde todavía no disponemos de suero Alexander, cuyo valor terapéutico ha sido demostrado. Lejos de nuestro espíritu está el pretender que el tratamiento que preconizamos permitirá, curar todos los casos de meningitis por bacilo de Pfeiffer; sólo aportamos una pequeña serie feliz y solicitamos que se le ensaye para someter a confirmación nuestros resultados. Desde luego que es lógico esperar que, como ha sido demostrado por las estadísticas, las meningitis de los niños pequeños y en general, menores de 7 meses, presentarán siempre con cualquier tratamiento, una mortalidad elevada; es así que en las recientes estadísticas de Alexander con su método, los niños mayores de 7 meses ofrecen una mortalidad de 18%, mientras que para los menores de 7 meses, la mortalidad es de 78%. es decir, cuatro veces mayor. No será motivo de sorpresa el comprobar que los lactantes del primer semestre paguen un pesado tributo a esta afección, cualquiera que sea la conducta terapéutica empleada.

Acción favorable de la sulfamida.—Es difícil precisar dentro de esta medicación asociada, el rol respectivo de cada uno de sus integrantes. Un hecho parece evidente: el resultado obtenido es superior al obtenido con la medicación sulfamidada exclusiva, que, si bien puede proporcionar cierto número de curaciones, éste

no es en general superior a una cifra vecina al 20 o 30%. Tenemos la impresión de que el sulfamido preferible es la sulfadiazina, a dosis suficiente y prolongada hasta después de obtenida la normalización clínica y humoral.

Acción favorable de la penicilina.—La acción favorable de la sulfamida y de la penicilina se superpone en tal forma que no es posible decir cuánto corresponde a la una y cuanto a la otra; en ocasiones se percibe indudablemente una acción favorable de la sulfamida, antes de la intervención de la penicilina; otras veces, vemos que una reagravación iniciada durante un período de medicación sulfamida exclusiva es reducida por la reiniciación de la penicilina y la intensificación de la sulfamida; otras veces la reagravación humoral y luego clínica, se ha producido en pleno tratamiento asociado y ha cedido a la continuación e intensificación de ambas medicaciones. La única conclusión prudente por el momento, es que la asociación es evidentemente útil, que debe ser iniciada lo más precozmente posible y continuada largo tiempo a fin de ponerse a salvo de la posibilidad de las reagravaciones.

Podemos afirmar también que la penicilina es perfectamente tolerada y no produce accidentes ni reacciones desagradables.

Frecuencia de las reagravaciones clínicas y humorales. — Las hemos observado en cuatro casos; la modificación humoral precede y es más importante que la reagravación clínica, pero ésta no tarda en producirse también. Su explicación es difícil; nos inclinamos a creer que corresponde más bien al ciclo biológico de la infección meníngea, pues ha sido comprobada por distintos observadores y mencionada por Alexander. Se produce en general de 10 a 12 días a partir de la iniciación de la mejoría franca y dura 4 a 6 días; luego con la reiniciación de la terapéutica asociada intensiva todo vuelve de nuevo a la normalidad (glucosa, albúmina, número de elementos). En estas reagravaciones se comprueba a veces la reaparición del germen.

Reglamentación de la conducta terapéutica.—De acuerdo con lo que hemos observado creemos que la terapéutica asociada sulfamido-penicilina debe regirse por las siguientes normas serprecoz, intensiva, reforzada en los momentos coincidentes con la reagravación frecuente y mantenida hasta pasada la completa normalización de estado humoral del líquido. Tan pronto como se establece el diagnóstico de meningitis supuradas, intervención de la sulfamidoterapia intensiva (0.20 gr. por kilo, por vía intravenosa de preferencia sulfadiazina sódica, u oral, 40 centigramos por kilo de preferencia sulfadiazina) y administración de penicilina (40 a 60,000 unidades diarias por vía intrarraquídea, en dos veces); esta terapéutica continuada durante 10 a 12 días, hasta franca mejoría; luego, disminución de la dosis de penicilina, a la mitad (20,000 unidades diarias), hasta los diez días de tratamiento, fecha en que volvemos, durante seis días, a la dosis primitiva de 40,000 unidades, manteniéndolas hasta la normalización completa del líquido. Con esta técnica no hemos observado recaídas.

Terapéutica complementaria.— Hidratación, plasmoterapia, vitaminas B y C-, etc.

Señalaremos después de los nuestros, los siguientes nueve casos de curación: Aleppo (3 casos); De los Santos (2 casos); Gardelle y otros (1 caso); Parke (1 caso); Scatamacchia y otros (2 casos).

CONCLUSIONES

1^o—La infección por *hemophilus influenzae*, con sus diversas modalidades y localizaciones (septicemias, riño-faringitis, neumo y pleuropatías, sinusitis, meningitis, etc.), ocupa un lugar de relativa importancia entre las infecciones de la infancia.

2^o—Las meningitis producida por este germen, sin ser tan frecuentes como para constituir una enfermedad social, lo son suficientemente como para ser una preocupación pediátrica importante, máxime teniendo en cuenta la gravedad extraordinaria de su pronóstico.

3^o—Se presentan en forma esporádica y de tiempo en tiempo constituyen empujes epidémicos.

4^o—La meningitis por *hemophilus influenzae* afecta predominantemente la edad infantil y dentro de ésta la primera infancia.

5^o—Antes de la terapéutica moderna (sulfamidas y sueroterapia) su mortalidad era sumamente grave (más del 90%).

6^o—La sulfamidoterapia ha permitido una reducción relativa de la mortalidad (hasta el 70 y el 80%), pero todavía su pronóstico es muy grave.

7^o—La asociación de la sulfamidoterapia y de la sueroterapia moderna (suero Alexander) ha brindado una considerable reducción de la mortalidad (hasta el 76% de curaciones).

8^o—Esta terapéutica, perfectamente codificada en el momento actual, para ser eficiente debe ser suficientemente precoz, intensiva y prolongada.

9^o—Sin embargo, la estadística demuestra que el factor edad es de gran importancia en el pronóstico, puesto que sometidos a la misma terapéutica anteriormente indicada, los niños menores de 7 meses fallecen en la proporción de 78%.

10^o—La asociación sulfamidada-penicilina, de acuerdo con los casos que hemos observado y analizando, puede ser curativa y debe ser ensayada (8 casos de curación sobre 11).

11^o—Consideramos que a pesar de la insensibilidad experimental del germen frente a la penicilina señalada por los investigadores, la penicilina, inyectada en las meníngeas, ejerce una acción favorable sobre la meningitis por *hemophilus influenzae*.

12^o—Esta acción parece manifestarse en forma más evidente sobre el niño mayor que sobre el menor de 6 a 7 meses.

13^o—En el momento actual, el tratamiento de elección de la meningitis, por *hemophilus influenzae* estaría constituido por la asociación sulfanamida-penicilina y suero Alexander, las tres medicaciones más activas.