



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Juan Montoya Alvarez

SUMARIO

Páginas de la Dirección, Dr. Juan Montoya Alvarez	627
Figuras Médicas, Dr. Juan Montoya Alvarez	633
Gastrectomía Parcial por Cáncer del Estómago, Dr. Juan Montoya Alvarez	635
Contribución al estudio del desprendimiento de la Retina; sus características diferenciales en Honduras, Dr. José Gómez Márquez h.	638
Sífilis Pulmonar Atípica, Dr. José Gómez Márquez h.	643
Relación patogénica entre la membrana ileo-ceco-apendicular y los procesos de la válvula ileo-cecal y la Apendicitis. — Breves consideraciones quirúrgicas de esta membrana y del Apéndice, Dr. Angel D. Vargas	648
Indicaciones de la Radioterapia en el Tratamiento del Cáncer, Dr. A. C. Midence M. D.	655
El "Caso de Guardia" en Cardiología, Dr. Miguel Joselevich	659
Resúmenes de Revistas. J. M. A.	663
Notas Varias	666

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Directo:

DR. JUAN MONTOYA ALVAREZ

Redactores:

DR. ALFREDO MIDENCE

DR. MARIO DÍAZ QUINTANILLA

DR. JUAN A. **MEJIA M.**

Secretario:

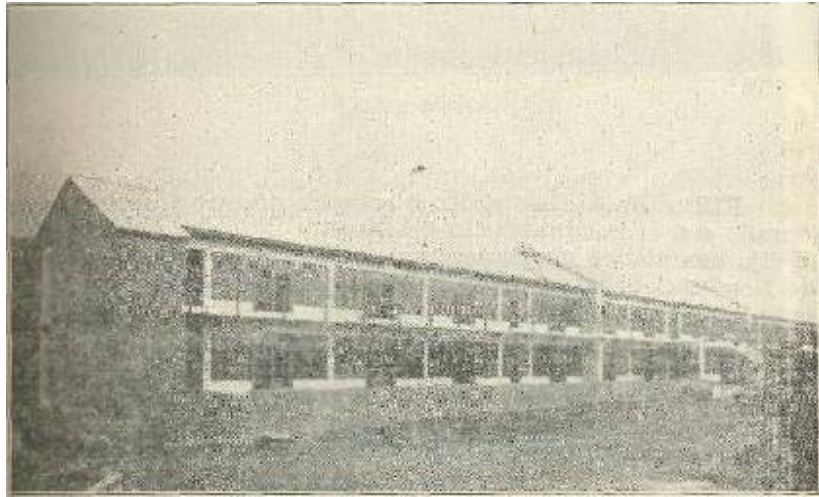
DR. JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ GIRONES

Administrador:

DR. ARMANDO BARDALES'

Año XVI | Tega., D.C., Hond., C. A., Enero y Febrero de 1948 I No. 214

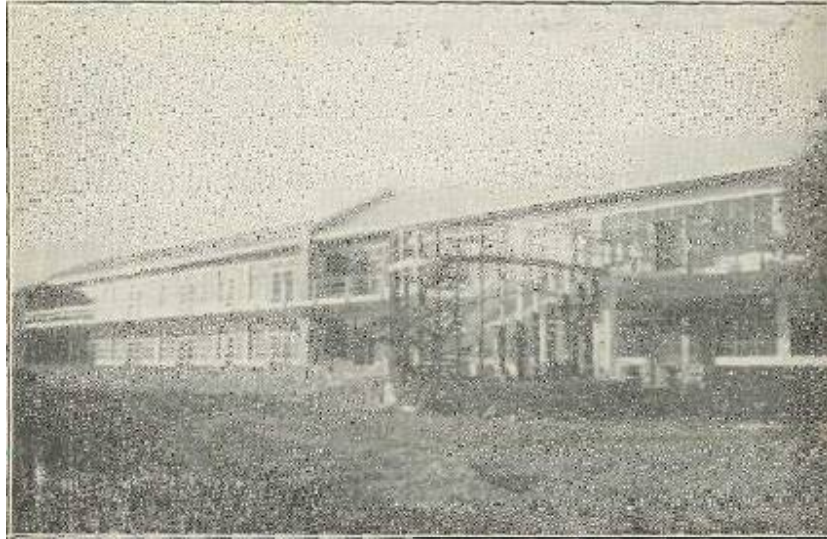
PAGINAS DE LA DIRECCION



Vista General de la Fachada Sur

El 17 de enero próximo pasado el Gobierno de Honduras con la cooperación del Gobierno de los Estados Unidos de Norte América por medio del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, inauguraron el Sanatorio Nacional para Tuberculosos.

Estuvieron presentes en tan solemne acto numerosos elementos del Estado y del Cuerpo Diplomático, así como distinguidos miembros de la Asociación Médica Hondureña y numerosas personas de nuestro mundo social y público en general.



fachada Sur

El Doctor «**Alfredo** Midence consocio nuestro y quien ha sido honrado con el nombramiento de Director de dicho establecimiento, dijo una plática muy interesante, remarcando el acertado paso que Honduras daba en favor de la salud de sus hijos; cuyas son las palabras siguientes:

"Honduras luce ya por su progreso y por sus ideales en marcha. Progreso es fuerza incontenible y, manifestación elocuente de su benéfica influencia es la animación entusiasta de la conciencia nacional, aplicando sus caudales materiales en luchas nobles de superación, tal es la conservación de la salud; de sus conciudadanos."

Y, efectivamente, la salud del hombre en el mundo merece especial atención tanto en el campo internacional, como nacional* la labor de protección de la salud, debe acentuarse cada día ya que los factores que actúan en su centro son múltiples poniendo en peligro el bienestar de las colectividades.

"He aquí a nuestra Patria continuó diciendo el consocio Doctor Midence, en los albores de una lucha magnánima en la que su Gobierno, consciente de la enorme magnitud de la tarea se dispone a entrar en la brega, con el denuedo de quien sabe batir palmas de vencedor. Y la lucha es de siglos.

Dios ilumine a las generaciones que nos sucedan y colme su ánimo de espíritu valeroso y constante, para mantener vivos **los** ideales que inspiraron este conjunto armónico de arte y cien-

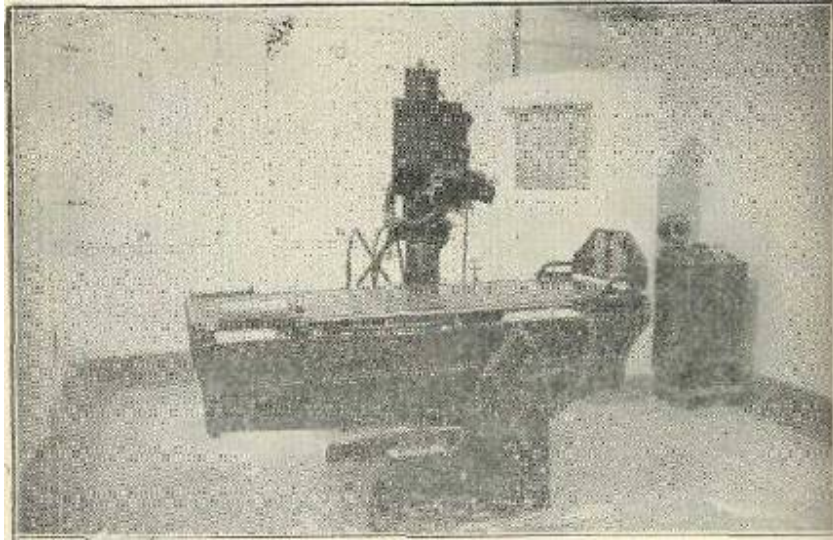


Entrada Principal

cia, donde renacerán a mejor vida, de entusiasmo y optimismo, los que al él lleguen en busca de su más preciado bien, la salud perdida!"

"Si. La lucha será de siglos. Porque se ha de combatir un enemigo alevoz y procaz, que ataca en asecho y causa daños en el organismo de su víctima, quien a su vez transmite a tantos otros más, en períodos relativamente cortos, el factor etiológico de tan nefasto mal, antes de que hayan podido instituirse las disciplinas terapéuticas y de rehabilitación que consumen no semanas, o meses, sino años de penoso y perseverante esfuerzo, y paciencia apostólica, para restituir a su medio social cuerpos sanos y ánimo jubiloso."

"Afortunadamente en nuestra época y nuestra Patria, la filosofía política dominante y los adelantos de la ciencia médica imponen la tarea de salvaguardar la salubridad pública. Mas, es necesario recordar, que si bien es cierto que las tareas relacionadas con la Salud Pública, se convierten gradualmente en parte cada vez más importante de la administración general del Estado, porque el campo de la Salubridad Pública se ha extendido y evolucionado de siglo en siglo, hasta predominar, en algunos casos, la función gubernativa, y porque tienden a desaparecer las divisiones entre la medicina preventiva y la curativa; y porque la protección y la salud del pueblo y la lucha contra las enfermedades, son tareas de tal magnitud, que no pueden llevarse a cabo sin el poder del Estado."



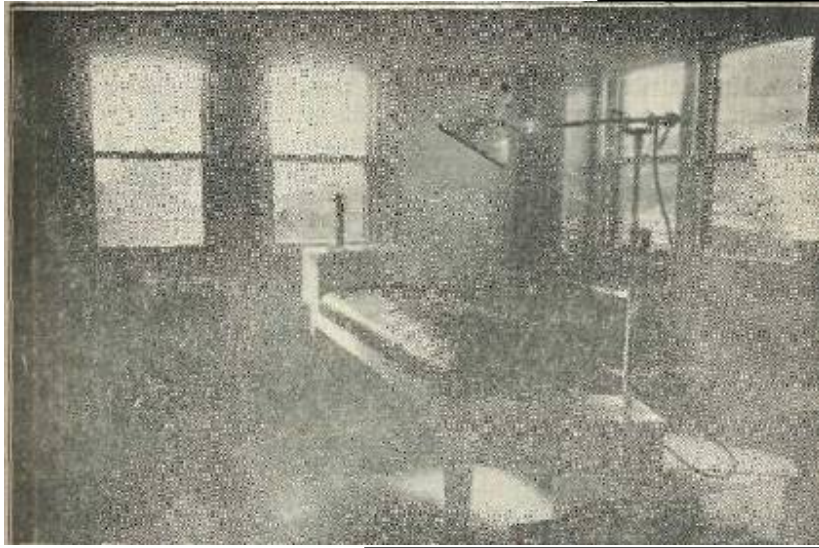
Cuarto para Rayos X

La lucha por la SALUD, como muy bien lo ha dicho el consocio Midence, no es un problema individual, no es un problema colectivo, es un problema nacional, continental, mundial, así lo ha comprendido la Asociación de las Naciones Unidas al reunirse en una Conferencia Interamericana de la Salud en la ciudad de New York, para establecer una Organización Mundial de la Salud, durante los meses de junio y julio de 1946. En su sesión inaugural se emitieron conceptos tales como: "el derecho y dudados médicos apropiados, la posibilidad de alcanzarlos y de gozar de una buena salud, deberán ponerse al alcance de todos los hombres."

La salud del hombre en el mundo, merece especial atención, la labor de protección de la salud debe de acentuarse cada día, ya que los factores que actúan en su contra son múltiples poniendo en peligro el bienestar de las colectividades.

En la actualidad, después de la asombrosa hecatombe provocada por la última guerra, hay latentes deseos de mejoramiento étnico, cultural social y económico, a fin de que los pueblos en el mundo al entrar en la era de la paz, procuren alcanzar máximo progreso material y un eficiente rumbo cultural, bases indispensables para que impere la armonía internacional e intercontinental

Y luego — le oímos a nuestro consocio Doctor Midence decir: "la cooperación social debe de ocupar un puesto de vanguardia en nuestra lucha, manteniendo el principio básico de nuestra religión, de amar al prójimo como a si mismo y hacer por otros lo que quisiéramos que se haga por nosotros, levantando al caído sin



Cuarto para Pneumotórax

humillarlo y sosteniendo y defendiendo los principios de la dignidad humana, sin distinción de jerarquía. La cooperación social es la que, en su fase legítima lleva como estandarte glorioso el bellísimo concepto de la reafirmación de los dogmas religiosos y sociales, y tiene la enorme belleza de que en su ritual, las sacerdotizas, es decir, nuestras mujeres, madres, hijas, esposas y hermanas, donan generosamente parte de su alma, de su tiempo y su dinero, sin miras interesadas."

La cooperación social efectivamente desempeña un papel importante en la lucha por la Tuberculosis, pero es el Estado quien está encargado de realizar esta obra de gran envergadura, es el Estado quien por medio de la creación del Seguro Social Obligatorio Antituberculoso, puede hacer sentir sus beneficios, es el Estado el que está en la obligación de hacer que estos beneficios lleguen en forma obligatoria a todos los enfermos independientemente del rango o posición social, los enfermos no solamente tienen el derecho de acogerse a estos beneficios, sino que por el hecho de su enfermedad estarían en la obligación de hacerlo; es el Estado quien está en la obligación de financiar¹ y dirigir técnicamente este Seguro Social Antituberculoso y ser responsable de su eficaz funcionamiento; es el Estado quien tiene el derecho de exigir y obligar a todo tuberculoso a acatar, aceptar y someterse a las disposiciones específicas que el Seguro Social Antituberculoso señale.

Amor a la gloria que impulsa a quienes lo sienten y aplasta a quienes se le oponen.

En la historia de los pueblos civilizados los regímenes políticos podrán sufrir muchas variantes; las creencias religiosas fluctuarán entre polos opuestos; las condiciones físicas raciales podrán ser influenciadas por factores económicos y sociales, pero a través del tiempo, quedarán incommovibles las figuras de esos hombres, que puestos, al servicio de un ideal, de una causa noble, con mente clara, con espíritu veleroso, con pasión y amor, contribuyen a formar la estructura moral de las nuevas generaciones que buscan en ellos un ejemplo y una conducta.

Dr. Juan MONTOYA ALVAREZ

Gastrectomía Parcial Por Cáncer Del Estómago

Escribe: Dr. Juan MONTO YA ALVAREZ

El día 12 de Noviembre del presente año, fui llamado con urgencia para atender a la señora Juana Lozano, quien estaba en estado de suma gravedad. Al encontrarme junto a su lecho, comenzó por contarme que hacía un año le había principiado la enfermedad por un dolor sordo en la región epigástrica, dolor continuo, que presentaba con mucha frecuencia períodos de exacerbación: al mismo tiempo sentía llenuras y aversión para los alimentos grasos, la ingestión de éstos aumentaba dicho dolor. Falta de apetito y pérdida de peso han sido síntomas de aparición simultáneos.

De seis meses a esta parte la intensidad de estos síntomas ha aumentado gradualmente, en tal forma que la enferma ha tenido necesidad frecuente de provocarse vómitos para sentir bienestar: vómito que actualmente es espontáneo y casi continuo, pues vomita la mayor parte de los alimentos. Desde esta última fecha, notó la presencia en el epigastrio de un tumor que ha crecido gradualmente, siendo poco doloroso, tanto espontáneamente como a la palpación. Además los vómitos le han aumentado en tal forma que le hacen imposible la alimentación sólida, pudiendo alimentarse únicamente con líquidos y a cucharadas. Acusa estreñimiento desde el principio de la enfermedad, evacuando cada seis días materias negruzcas.

Desde el principio ha estado bajo tratamiento médico, "con uno de esos mal llamados médicos judíos," que nuestra Facultad tiene ejerciendo con permiso indefinido, quien la tuvo sometida a medicamentos de charlatanería. Después de seis meses de criminal farsa, la enferma es declarada incurable, y entonces va en consulta con nuestro consocio Doctor Pereira, quien le diagnostica radiológicamente un cáncer en el estómago y le aconseja intervención quirúrgica.

En el momento del examen me encuentro con una enferma completamente desnutrida, que tiene 15 días de estar vomitando, todo líquido que toma, y más de un mes de no tomar alimentos sólidos, los vómitos son alimenticios y mucosos, más que vómitos son rejurgitaciones de todas las secreciones estomacales. En el epigastrio se palpa un tumor del tamaño de una naranja, de consistencia dura, poco doloroso, de superficie lisa y bastante móvil, que puede desplazarse en toda la zona comprendida entre una línea que va del punto cístico al ombligo y la línea medio epigástrica.

El examen de los demás órganos y aparatos no revela nada de anormal.

Los antecedentes personales y familiares, no dan ningún dato interesante.

Después de este examen, hago saber a la enferma, que tiene un tumor en el estómago, y que el vómito, para lo que reclama insistentemente una medicina, es debido al obstáculo que le produce el tumor al paso de los alimentos, que la única medicina para ella no es más que la intervención quirúrgica, ofreciéndome a practicarla gratuitamente en mi servicio del Hospital General. En estas condiciones es internada dos días después en el Hospital en donde se le hace nuevo examen físico, de órganos y aparatos sin encontrar nada especial.

Como antecedentes genitales, encuentro: primera menstruación a los 13 años, tipo 28/3; menopausia hace 5 años: 3 embarazos a término.

Ginecológicamente: matriz en retroversión, fondo de saco de Douglas y laterales libres.

Exámenes complementarios: Por no prestar ayuda el servicio de rayos X (los que se encontraban descompuestos), me vi privado de una investigación radiológica reciente; conformándome con el diagnóstico radiológico hecho hacía seis meses por el Doctor Pereira, quien había diagnosticado Cáncer del estómago.

El examen del contenido gástrico fue positivo por sangre .oculta, marcando notable disminución del ácido clorhídrico total.

La reacción de Khan, negativa.

Su orina normal química y microscópicamente.

La cantidad de glóbulos rojos de tres millones.

La de blancos 6.800

La cantidad de hemoglobina de 65 %

El tiempo de coagulación de 6 minutos.

La fórmula Leucocitaria:

P. N. 66%

L. 30%

G. M. 4%

La úrea en la sangre 20 miligramos%

Su presión arterial Mx 110-Mn 60

Diagnóstico **preoperatorio**: con estos datos hago el diagnóstico de cáncer del estómago, y decido hacer una exploración operatoria. Después de un preoperatorio a base de antianémicos tónicos, hemostáticos y sedantes: la paciente es llevada a la sala de operaciones el 18 del mes de noviembre pasado: decido operarla con raquianestesia, con una presión arterial antes de inducir la anestesia de 110 para Mx y 60 milímetros de mercurio para Mn. Presión que se **sostiene** durante el acto operatorio, comprobada cada diez minutos. Inmediatamente después de inducir el anestésico, se le hace una transfusión de 350 gramos de sangre citratada disuelta en igual cantidad de suero Ringer por el método de goteo continuo. Luego hago una incisión supra-umbilical de la punta del apéndice xifoides al ombligo, y al solo abrir el peritoneo me encuentro con un tumor del tamaño antes dicho, localizado sobre todo en la cara anterior y curvatura mayor del estómago; el tu-

mor está libre y es fácilmente exteriorizable. Al nivel de la curvatura menor y del antro pilórico, se pueden observar varios ganglios infartados, pero el hígado, el ombligo, y demás órganos vecinos no presentan lesiones metastásica macroscópicas.

Hasta este momento no había hecho **elección** del procedimiento a seguir, aunque tenía en mi mente las diferentes técnicas descritas para tal fin, fue entonces cuando decidí por hacer un Billroth II Retrocólico-Oral, también llamado operación de Polya que consiste como todos ustedes saben, en la resección parcial del estómago, seguida de la oclusión del duodeno y de una: gastroyunostomía terminolateral retrocólica.

Mediante este procedimiento pude hacer la extirpación del **tumor**, llevándome dos terceras partes del estómago, terminando con una minuciosa enucleación de las propagaciones ganglionares. El acto operatorio duró dos horas quince minutos, sin accidentes de ninguna naturaleza: siendo trasladada la enferma al servicio, en donde con excepción de un vómito que tuvo las primeras seis horas, su pos-operatorio fue notable. 24 horas después se le hizo nueva transfusión sanguínea y durante cuarenta y ocho horas se le inyectó suero fisiológico y cuatrocientas mil unidades de Penicilina. Luego empezó a alimentarse, levantándose el sexto día, dándole su alta doce días después ya bastante restablecida. El día de ayer 5 del presente fue citada con objeto de hacerle un control radioscópico, y el informe del Radiólogo Doctor Alfredo Midence, fue que la boca Anastomótica funcionaba perfectamente bien. Hoy tuve ocasión de ver fluoroscópicamente dicha enferma y pude apreciar que el bario pasa sin dificultad ninguna del estómago al Yeyuno.

Comentarios: Todos los médicos sabemos que la base principal del tratamiento satisfactorio del cáncer del estómago, estriba en el diagnóstico precoz; en el caso presente el diagnóstico fue hecho bastante tarde, y la exploración operatoria más tarde aun todavía, esto fue debido, a que a la enferma no se le trató de hacer saber su estado de gravedad, y siempre fueron complacientes con ella al hacerle terapéutica paliativa; yo creo que estamos en la obligación de hacerles ver a nuestros enfermos la gravedad de sus casos, y negarnos a seguirles prestando cuidados médicos cuando nuestras indicaciones no son atendidas, pero nunca complacerlos satisfaciendo sus deseos con medicamentos paliativos en perjuicio de su salud.

Desde el punto de vista del diagnóstico **nosotros** estamos en la obligación de desplegar todos nuestros conocimientos, de valernos de todos los métodos de exploración, laboratorios, Rayos X, etc., con el fin esencial de identificar el cáncer en sus fases iniciales o en sus formas obscuras para no tener que vernos en el doloroso caso de intervenir enfermas en estados avanzados.

El médico competente no espera que aparezcan síntomas definidos, de un cáncer del estómago para efectuar exploraciones radioscópicas o gastroscópicas, sino que las efectúa a la menor

Contribución al Estudio del Desprendimiento de la Retina; sus Características Diferenciales en Honduras

(Trabajo leído ante el Ser. Congreso Panamericano de Oftalmología por el Dr. José Gómez Márquez h.)

Intentar decir algunas palabras acerca del desprendimiento de la retina, sin caer en repeticiones, sería desde luego un esfuerzo muy por encima de nuestras capacidades. Únicamente hemos querido aprovechar la feliz circunstancia de ejercer en un país como Honduras, todavía virgen desde el punto de vista oftalmológico, para recoger una serie de observaciones que juzgamos interesantes sobre el desprendimiento de la retina- Revisando unas 10.000 fichas de enfermos del Servicio del Hospital General de Tegucigalpa, nos hallamos con un hecho realmente sorprendente: no hay entre ellas un solo caso de desprendimiento esencial de la retina. Emplear aún el término de "esencial," podrá parecer algo arcaico, puesto que el número de ellos va disminuyendo conforme se van estudiando mejor los casos, pero siempre nos vemos obligados a usarlo para todo desprendimiento, aparentemente no relacionado con un trastorno general o local manifiestos. La ausencia de desprendimiento esencial; a primera vista inexplicable, es por lo tanto digna de ser estudiada.

sospecha; en el caso presente estos exámenes fueron practicados tardíamente, ya cuando el tumor estaba gritando "Aquí estoy"; pues la enferma tenía más de un año de padecimientos gástricos, para los que consultó varios médicos que le hicieron los diagnósticos más disparatados, tales como: apendicitis, colitis, etc., sin que ninguno de ellos sospechara la enfermedad, y tratara de hacer ni siquiera exámenes de laboratorio cuanto¹ menos una radioscopia; es vergonzoso confesarlo, pero muchos de nuestros colegas hacen todavía medicina empírica anti-hipocrática, y a ellos se deben la mayoría de los errores diagnósticos, contribuyendo en esta forma al desprestigio en que se nos tiene, y constituyendo una la-cra para la sociedad.

Al hacer la exploración operatoria en esta enferma, no abrigaba la esperanza, de extirpar el tumor, más bien mi propósito era el de hacer una Gastroyeyunostomía, para aliviarle en esta forma el síntoma vómito y proporcionar¹ e una muerte más tranquila; pues tomando en cuenta la evolución: tan larga de la enfermedad y el tamaño del tumor lo creía inextirpable; no fue sino hasta que tenía abierto el abdomen eme decidí su resección.

Me abriga la esperanza de que esta enferma pueda tener una supervivencia de varios años; pues repisando estadísticas Norteamericanas se ha visto supervivencias de más de tres años

Según el Profesor Arruga de Barcelona, de un total de 7.941 miopes examinados, 682 tenían desprendimiento de la retina, dando un 5,9%; por otra parte, según el mismo autor, el 58,3% de los desprendimientos eran miopes. En Honduras, al contrario, la miopía es rarísima y cuando llega a presentarse es sumamente ligera. Se deduce inmediatamente, que de existir una relación directa entre desprendimiento esencial y miopía, los hondureños. deben tener por lo menos un 50% menos que los demás. Resulta sin embargo, que tampoco vemos el otro 50%. Es nuestra intención relatar que es *lo* que a este aspecto resulta en Honduras.

Sobre un total de 3.241 casos estudiados por nosotros, se observó que en 237 habían lesiones activas o cicatriciales de un proceso coriorretínico y que de éstos, 34, presentaban desprendimiento retiniano, cuyas características serán analizadas posteriormente. Según ello, en un 14,3% de enfermos con coriorretinitis había desprendimiento o sea un 1% del total de pacientes estudiados. Hay pues, desprendimiento en Honduras, pero todos ellos son el resultado de un proceso coriorretínico visible y sus peculiaridades, como veremos, son totalmente distintas del desprendimiento esencial.

El examen oftalmoscópico de estos casos evidencia lo siguiente: a través de un vítreo más o menos cargado de cuerpos flotantes se ve en un punto cualquiera del fondo, un foco activo o cicatricial de coriorretinitis y en otro cualquiera una o varias bolsas de desprendió. No existe aquí predilección por los sectores superoínterno o superoexterno como es de regla en el desprendimiento esencial sino que pueden ocupar desde un principio cualquier sector de la periferia. Las bolsas, insistimos que con frecuencia son varias, presentan un tono grisáceo, son poco móviles y presenta un desgarro típico, generalmente único pero con cierta frecuencia, *múltiple*, en criba, lo que indica que la retina presenta un estado degenerativo bastante avanzado; no es raro encontrar desinserciones del ora serrata. Continuando la observación atenta, se verá que de las inmediaciones de la bolsa, parten una serie de pliegues de color gris, a veces con tonos nacarados, que

,en el 20% de operados, independientemente de la extensión de la enfermedad en el momento de la resección. Y se ha observado igualmente que el 49% de los operados continúan bien después de tres años en aquellos casos en que la enfermedad está limitada al estómago. En el caso presentado no encontré metástasis de los ganglios supraclaviculares, del peritoneo de la vaina rectal, del fondo de saco de Douglas, ni del recto, que por su orden son las más frecuentes.

Para terminar Quiero dar las gracias al consocio Doctor Agurcia, quien gentilmente sé me ofreció corno ayudante durante el acto operatorio y a todos los presentes *por* la deferencia que me han prestado con su atención.

se desprenden en diversas direcciones, y entre las cuales se ve una retina salpicada de acúmulos pigmentarios, situados en la parte más anterior de la retina, como lo demuestra el hecho de que los vasos de la región al pasar por esta zona, se pierden momentáneamente: esta zona corresponde a una reaplicación ya efectuada. En efecto, si continuamos la observación del enfermo durante un tiempo prudencial, comprobaremos que el desprendimiento, en lugar de continuar su marcha inexorablemente progresiva, se detiene, y la reaplicación continúa; la bolsa se aplana, siendo substituida por una nueva zona de pliegues como los descritos precedentemente. La curación espontánea del proceso se ha llevado a cabo por lo tanto, gracias a los focos de coriorretinitis, que cerno ya se dijo, se habían formado alrededor de la bolsa, presentándose a nuestra vista como acúmulos pigmentarios. Por otra parte, examinando la superficie de la bolsa propiamente dicha, se ve que ésta presenta un color blanco-amarillento sucio, surcada a trechos por vasos tortuosos; en una de las partes se ve un amplio desgarramiento a través del cual es posible ver la coroides desnuda. El colgajo de la retina desgarrada, tiene la forma de un pico de pato y presenta exactamente la forma del desgarramiento; de su extremo libre, flotante en el vítreo, parten una serie de cordones, condensaciones del vítreo, que se dirigen hacia el ora serrata donde se pierden; la base del colgajo se confunde con el resto de la superficie de la bolsa.

Resumen del cuadro oftalmoscópico: no predilección de las bolsas por los sectores superoexterno o superointerno; multiplicidad de las bolsas; independencia competitiva de una con otra; presencia de focos coriorretínicos alrededor de la base de la bolsa que provocan su reaplicación y por lo tanto la curación espontánea del proceso; cordones vítreos que parten de la extremidad del colgajo y presencia constante de un foco activo o cicatricial de coriorretinitis. Estos cinco factores, son los puntos salientes del desprendimiento post-coroideico en Honduras y los que se prestan a deducciones más interesantes.

La multiplicidad e independencia de las bolsas, así como la no tendencia a la progresión, hace pensar que el espacio virtual coriorretiniano, estuviera cerrado. Según esta hipótesis formulada por el Prof. Gómez-Márquez, debería existir un estado previo en estos ojos, que hiciera desaparecer el mencionado espacio. Y así resultó que el citado Prof., después de haber estudiado el fondo del ojo de gran número de hondureños, comparándolo mentalmente con los vistos en Europa y con los descritos por los tratados de Oftalmología, llegó a formular la suposición de que estos fondos eran diferentes en cuanto a la distribución del pigmento. Examinando las periferias de estos fondos, se pone efectivamente en evidencia, que el atigrado normal de estas regiones está profundamente alterado, llegando a un estado que mi maestro califica de anarquía pigmentaria; y así resulta que por una gradación insensible se llega desde una anarquía pigmentaria ligera hasta la

placa de coriorretinitis típica. Se supuso que el mencionado estado de la coriorretina, podría eventualmente ser debido a un proceso de coroiditis crónica o coroidosis, que fuera causado por un agente endógeno y que actuando lenta pero incesantemente a través de los años, llegara a provocar la adhesión íntima de las dos membranas internas del ojo; a este supuesto proceso le designó el Prof. Gómez-Márquez con el nombre de coroidosis anquilosante por efectuar la adhesión de la articulación coriorretiniana.

Ya se comprenderá hasta que punto es imponderable este cuadro coroidósico, puesto que insensiblemente, se pasa de lo absolutamente normal a lo supuestamente patológico. Si esta hipótesis se llegara a confirmar, tendríamos la explicación de la ausencia del desprendimiento esencial entre nosotros y asimismo se comprenderían las particularidades de nuestro desprendimiento poscoroidítico. Creemos que viene en apoyo de estas ideas, lo que se dice en el Tratado de Oftalmología de Wecker y Landolt, tomo IV, Pág. 156: "Es excesivamente extraño encontrar desprendimientos consecutivos o coroiditis crónicas y sólo por la falta de otras informaciones etiológicas se admite su presencia en tales estados inflamatorios crónicos; pero se olvida que los procesos inflamatorios del tractus uveal, tienden esencialmente a tomar el carácter de formas adhesivas de inflamación y a confundir la retina con la coroides subyacente."

Dos constataciones más, hacen particularmente interesante el estudio del desprendimiento en Honduras: la presencia de los cordones vítreos y la de los focos coriorretínicos, que circunscribiendo la bolsa, determinan la reaplicación de ésta. Lo primero no es sino una confirmación de la teoría patogénica de Leber y Gonin, el primero de los cuales supuso y el segundo demostró como los cordones haciendo tracción al retraerse de una parte de la retina, previamente fijada por un minúsculo foco de coriorretinitis, determinaba el desgarramiento de la misma; la clínica en nuestros casos ha permitido ver una y otra vez estas formaciones, que corroboran una vez más las geniales concepciones del maestro de Lausanne.

En cuanto a la aparición de los focos de coriorretinitis alrededor de las bolsas, parece como si el factor endógeno que ocasionó la coriorretinitis primitiva y tal vez la coroidosis anquilosante que el ojo ya presentaba desde hacía tiempo, provocase un nuevo brote en un lugar de la retina particularmente excitado por las tracciones que sobre él se han efectuado, como es la base de la bolsa. Aquí también pareciera que la naturaleza hace espontáneamente lo que Gonin ideó hacer con su termocauterío para tratar los desprendimientos esenciales, ya que la serie de foquitos coriorretínicos que circundan la bolsa no pueden menos de hacernos recordar las cicatrices coriorretínicas dejadas por el cauterio. Es así como el tratamiento de la enfermedad pareciera comprobarse espontáneamente en nuestros enfermos.

Unas palabras, por último acerca de la etiología de la su- puesta coroidosis anquilosante y de la coriorretinitis, íntimamente- relacionadas con nuestro desprendimiento. Lo complejo de este problema hace que sólo nos pedamos mover en el terreno de la hipótesis. Es cierto que la coriorretinitis, es prácticamente la única enfermedad del fondo del ojo del hondureño y que de 3.241 individuos examinados, por lo menos 237 presentaban lesiones activas o cicatriciales de coriorretinitis de igual aspecto oftalmoscópico, es decir un 7.3,% del total de enfermos. E' aspecto de las lesiones es idéntico al de la coriorretinitis heredolúética, pero su presencia no guarda una relación constante con los hallazgos del examen clínico general y con las reacciones serológicas. Así en presencia de un enfermo con coriorretinitis, se encuentra unas veces estigmas aislados, como malformaciones óseas, distrofias dentarias,, asimetrías faciales; otras, manifestaciones claras de lúes y aun en otros no se encuentra en ellos mismos, pero sí en los familiares. Según una frase del Prof. Gómez-Márquez, que juzgamos muy afortunada: "el cuadro de la lúes congénita está íntegro pero no repartido en el cuerpo del individuo sino diluido entre los individuos que forman el cuerpo social." Por lo que a la serología se refiere, el panorama es igualmente confuso: no existe una relación constante entre la positividad de la reacción y la presencia de coriorretinitis; según nuestros datos, de 150 casos estudiados, con coriorretinitis, encontramos, 32 reacciones positivas y 118 negativas, dando por lo tanto un 29.5% de positivas y un 70.5% de negativas, siendo sin embargo los cuadros oftalmoscópicos idénticos. De las 32 positivas, 24 correspondían a lesiones activas.

Ante tales hechos contradictorios cabe guardar reserva en lo que a etiología de estos cuadros se refiere. Debido a esta incertidumbre, se ensayaron en un principio múltiples tratamientos: leche, sulfas, penicilina, mercuriales, bismúticos y arsenobenzoles, siendo estos tres últimos combinados los únicos que constantemente han dado resultado, ya que los focos coriorretínicos, han cedido siempre, incluso con docilidad, aunque no naturalmente los desprendimientos que siguen su curso que como ya se dijo era favorable.

Consideramos de interés dejar como resumen constancia de lo siguiente:

- a).—La ausencia en Honduras del desprendimiento esencial de la retina.
- b).—La presencia únicamente de un desprendimiento post-coroidítico, cuyas características se han mencionado.
- c).—Hipótesis que se refiere a la existencia en la mayor parte de los hondureños de un proceso de coroidosis anquilosante, que provoca el cierre del espacio virtual **coriorretiniano**, dando lugar a que el desprendimiento esencial no exista y que cuando se presenta el post-coroidítico, sea frecuentemente de bolsas múltiples independientes entre sí.

SÍFILIS PULMONAR ATÍPICA

Por el **Dr. José GÓMEZ**

MÁRQUEZ h.

El tema de la sífilis del pulmón, no es desde luego nuevo entre nosotros; muchos colegas han tenido ya ocasión de observar casos de esta naturaleza y hasta algunos, como los Doctores y consocios Manuel Larios y Humberto Díaz, han hecho descripciones detalladas de estos casos y están publicados en nuestra Revista. Sin embargo, el número de los casos reportados es siempre relativamente pequeño, las formas bajo las cuales se presenta es bien diferente de unos a otros; todo ello, y el interés que tiene la localización pulmonar de la lúes desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, motivan esta comunicación.

El enfermo que nos ocupa, es S. E., de 39 años de edad, natural de San Buenaventura y se presentó en la Policlínica el 9 de octubre del pasado año. En su anamnesis próxima figura únicamente que hacía un mes y medio, había tenido una pirexia precedida de escalofríos, que continuó en los días siguientes; concomitantemente, tos con expectoración mucopurulenta. El proceso febril cedió a los 22 días espontáneamente pero la tos ha continuado y a ella se han venido a agregar además disnea de reposo y adinamia bien marcadas. Sus antecedentes personales así como la bien anamnesis familiar no ofrecen ningún interés.

Al examen general del enfermo encontramos que se trata de un individuo de 1.76 m. de altura, con panículo adiposo extraordinariamente reducido y que pesa únicamente 120 libras. Tinte subictérico generalizado; hombros encogidos hacia adelante con marcado incorvamiento del tórax; el abdomen abombado presenta una ascitis libre de mediano volumen con circulación suplementari de la pared que abarca toda la mitad derecha del abdomen. Las piernas considerablemente aumentadas de volumen, presentan un edema bastante duro, que deja fóvea a la presión del dedo.

El examen de aparatos da los siguientes datos:

Ap. circulatorio

Pulso: 124 por minuto; igual, pequeño y despresible. Corazón normal.

Tensión arterial: Max: 105 Min: 88

<j),—Que el desprendimiento entre nosotros cura espontáneamente merced a unos focos de corriorretinitis que se forman alrededor de las bolsas, hasta tal punto que en el curso de ocho años no ha habido necesidad de llevar a cabo una sola operación de desprendimiento.

Ap. digestivo

Como anormal únicamente lo relacionado con la exploración hepática. Esta nos muestra, que el límite superior del hígado está en el quinto espacio intercostal derecho en la línea medio-clavicular, pero por su parte inferior, sobresale unos tres traveses de dedo por debajo del reborde costal y es posible palpar allí una masa algo dura, francamente dolorosa y mate a la percusión.

Ap. respiratorio

Pulmón derecho: Espiración soplante y pectoriloquia áfona en el vértice; en los dos tercios inferiores, disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes abundantes.

Pulmón izquierdo: Matidez y disminución del murmullo vesicular en todo el campo pulmonar.

Aps. urinario, genital y sistema nervioso ...

Normales. Sistema

ganglionar

Infarto de los ganglios inguinales, supraepitrocleares, **axi-**lares y submaxilares de ambos lados.

Después de hecho el examen físico del enfermo, hacemos el diagnóstico de extensa infiltración probablemente tuberculosa de ambos pulmones. Con este diagnóstico, se envía al Departamento de rayos X. Y se ordena un examen de esputo investigando Bacilo de Koch.

En honor a la verdad, hemos de decir que hasta ese momento, no sospechamos en este caso, nada que se saliera de la rutina diaria y esperamos tranquilamente a que tanto los Rayos X como el Laboratorio confirmaran nuestro diagnóstico clínico, con el fin de evaluar hasta donde sería posible establecer una **terapéutica**.

Vino a sacarnos de nuestra indiferencia el Doctor Larios, I quien nos **llamó** para enseñarnos la radiografía que hoy tengo el gusto de mostrarles a mi vez, y de la cual el Doctor Larios, dio el siguiente informe:

"Tórax asimétrico. Hay desviación del mediastino y de la tráquea hacia la derecha. Campo pulmonar derecho presenta viejas lesiones del vértice, en la base congestión. El pulmón izquierdo muestra atelectasia del vértice y la mitad superior. En la mitad inferior se nota una sombra densa, de borde externo redondeado y el interno se confunde con la sombra cardíaca. El corazón está desviado hacia la derecha. Estos cambios indican un proceso de consolidación de la base izquierda con un proceso obstructivo de la parte superior que se traduce **por** atelectasia. Respecto a la I

etiología se debe pensar en el orden de posibilidades, primeramente en la tuberculosis, un neoplasma bronquial y la lúes. El neo explicaría muy bien la desviación de órganos la atelectasia y la sombra densa tumoral. La lúes no tiene cuadro característico."



(Fig. 1.)

El resultado de los demás exámenes complementarios, no da nada interesante por lo que a la orina, a las heces y al recuento globular se refiere. El examen de sangre por reacción de Kahn fue positivo más tres y *el* esputo fue repetidamente negativo por Bacilo de Koch, a pesar de que las muestras eran magníficas para tal examen.

En estas circunstancias, teniendo en cuenta el cuadro radiológico tan atípico, la negatividad del esputo, se empezó a pensar en que podía tratarse de un neo pulmonar. Sin embargo, como hacer el diagnóstico era sinónimo de abandonar al enfermo al curso de su enfermedad que forzosamente debía de ser fatal, y teniendo en cuenta el examen de Kahn, se le aconsejó un tratamiento específico intenso.

El paciente, cuyo estado iba empeorando por momentos, aceptó la terapéutica. Se inició ésta con cianuro de mercurio y Neo-Arsán, llegando de las primera? a una dosis total de 30 cgr. y 5 grs. del segundo. El resultado se dejó ver pasada la primera semana y fue realmente dramático: disminuyó considerablemente la disnea, la tos se calmó, se desematizaron las piernas, desapareció la ascitis, el estado general mejoró notablemente y empezó el aumento de peso. Este que era de 120 libras subió al terminar

el tratamiento a 145. Posteriormente se le hizo una cura de bismuto, usando el producto Stabisol; se intentó una cura de yoduro potásico pero hubo intolerancia para el medicamento y fue necesario suspenderlo. Actualmente el enfermo está en magníficas condiciones físicas, restablecido completamente desde el punto de vista del examen clínico. Por lo que a la parte radiológica se refiere, el cambio favorable ha sido notable como se puede observar en esta segunda radiografía, de la cual informó el radiólogo lo siguiente:



(Fig. 2).

"Se observa franca regresión de las lesiones observadas en la radiografía anterior. La sombra tumoral de la base izquierda ha desaparecido observándose en su lugar un espesamiento de la pleura diafragmática con adherencias en formas de estrias fibrosas. La atelectasia del vértice izquierdo y las lesiones congestivas de la base derecha también han desaparecido. La desviación del mediastino ha disminuido considerablemente. Persiste todavía algo de desviación mediastinal y espesamiento de la pleura en el vértice izquierdo. En vista de la evolución y modificación radiológica de las lesiones se descarta la posibilidad de una etiología neoplásica y se acentúa más la impresión de la etiología luética."

El cuadro que acabamos de relatar, nos parece que puede considerarse, por la forma magnífica en que cedió a la terapéutica específica, por los hallazgos radiológicos y por los datos del La-

boratorio, como un caso de sífilis pulmonar pseudotumoral, debiendo agruparse entre los llamados pseudocirróticos, como dice Stokes, en su libro, "Modera Syphüologie," porque las lesiones pulmonares al comprimir la vena cava inferior, provocan un serio obstáculo a la circulación del retorno y en consecuencia dan lugar a la congestión hepática, a la ascitis, a la circulación suplementaria de la pared abdominal y al edema de las piernas. Sin embargo, por muy interesante que pueda parecer la publicación de un caso más de sífilis pulmonar, de cuadro atípico, como es éste, creemos que no está ahí la importancia del problema. Lo que juzgamos como realmente fundamental, es que se haga hincapié una vez más en el hecho de que la lúes pulmonar no es un cuadro tan excepcional como se pudiera creer, y por lo tanto hay que intentar encontrarla entre los diversos cuadros pulmonares que a diario se nos presentan. Ya hace bastante tiempo, corno dijimos en un principio, los Doctores Larios y Díaz, publicaron trabajos muy interesantes sobre este problema. El primero de ellos daba cuenta de una serie de estudios particularmente interesantes, sobre varios casos, de los que daba la historia detallada de cuatro, en los cuales los individuos en cuestión presentaban cuadros que tanto desde el punto de vista clínico como radiológico debían hacer pensar en la tuberculosis, pero que no obstante tenían exámenes de esputo negativos, con una reacción de Kahn constantemente positiva. A todos estos enfermos se les aplicaba el tratamiento específico y curaban; el autor dice desde luego, que no era posible hacer afirmaciones absolutas, sobre la etiología de tales estados en vista de la ausencia de autopsias, pero que la prueba terapéutica parecía ser bastante concluyente. Por su parte, el Doctor Humberto Díaz, presentó el estudio de un caso de sífilis pulmonar de forma esclerósica.

Para nosotros, el asunto de la sífilis pulmonar en nuestro medio, es particularmente interesante. Creemos firmemente que todo caso pulmonar crónico, cuya etiología tuberculosa no pueda ser sentada de una manera rotunda, tanto por los medios clínicos, radiológicos y bacteriológicos, debe ser incluido entre los sospechosos lúes, imponiéndose su investigación en razón de nuestras posibilidades en este sentido. Para ello, es preciso tener en cuenta una vez más, el *valor* solo relativo que tiene la reacción de Kahn y similares; no estará de más recordar lo que todos sabemos: que una serorreacción de esta naturaleza, cuando es positiva, afirma (salvo algunas excepciones), la presencia de lúes más o menos latente pero que el resultado negativo no niega absolutamente nada. En consecuencia que un determinado cuadro pulmonar no tuberculoso, puede ser sifilítico aunque las reacciones serológicas lo nieguen aparentemente. Quizá podrá parecer pueril, insistir tanto en esto, pero *es* muy cierto, que con demasiada frecuencia, el médico general da una importancia decisiva al examen del Laboratorio, menospreciando tal vez los hallazgos de la clínica y los resultados del tratamiento de

Relación Patogénica Entre la Membrana Ileoceco-Apendicular y los Procesos de la Válvula Ileocecal y la Apendicitis. Breves Consideraciones Quirúrgicas de Esta Membrana y del Apéndice

Por el Dr. Ángel D. VARGAS

DESARROLLO:

- A).—Anatomía de la membrana íleo-ceco-apendicular, que por sus iniciales se la ha llamado MICA.
- B).—Consideraciones patogénicas de esta membrana con los procesos de la fosa ilíaca derecha, especialmente con los de la válvula íleo-cecal y del apéndice.
- C).—Cirugía de la MICA y del apéndice.
- D).—Conclusiones.
- E).—Historias clínicas.
- F).—Bibliografía.
- AJ).—Anatomía de la MICA.

El peritoneo al pasar del íleon al ciego, al apéndice y al mesoapéndice, da origen al repliegue que se designa con el nombre de íleo-apendicular o membrana íleo-ceco-apendicular. Este repliegue o membrana, que arranca hacia arriba del borde libre del íleon y que va a fijarse hacia abajo en el lado interno del ciego y en el borde superior" del apéndice, limita con su borde libre, rectilíneo o semilunar y con el mesoapéndice la entrada de la fosilla cecal inferior.

Entrando nuevamente en el caso que nos ocupó hace unos instantes, consideramos, que el tratamiento antilúético hubiera estado indicado aunque el Kahn hubiera sido negativo, puesto que habiendo descartado, al menos en principio, la tuberculosis, no podríamos elegir más que dos etiologías: la sífilis y la neoplasia, y al paso que la primera cede con una docilidad pasmosa como hemos visto y como lo relatan todos los clásicos, la segunda, significa perder toda esperanza. Es preciso recordar además, nuestro retraso, desgraciadamente aun patente, en ciertos medios de investigación auxiliar, como por ejemplo el estudio microscópico de las células cancerosas en el esputo, que constituye indudablemente un fuerte medio de investigación en el curso de los carcinomas pulmonares. Si tenemos en cuenta por lo tanto, que desde el punto de vista radiológico y clínico, es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial entre carcinoma y lúes pulmonar (al menos en algunas de sus formas), llegaremos a la conclusión, que se puede conside-

Esta fosilla cecal inferior o íleo-cecal inferior de Waldeyer, Treves y **Tuffier**, o íleo-apendicular de **Jonnesco**, está situada debajo de la fosilla cecal superior de Waldeyer, Treves y Tuffier, en la parte inferior del Angulo íleo-cecal; tiene la forma de una pirámide triangular, con una base, un vértice y tres paredes. La base o entrada de la fosilla mira hacia abajo y a la izquierda; su vértice hacia afuera, estando situado en 3a parte inferior del ángulo **íleo-cecal**; la pared superior está formada por la cara inferior del íleon, la posterior por el mesoapéndice y la anterior por la membrana íleo-ceco-apendicular (M. I. C. A.).

Esta fosilla es perfectamente visible, **llevando** al íleon hacia arriba y al apéndice vermicular hacia abajo.

La membrana íleo-ceco-apendicular o MICA, al estado normal contiene algunos vasos ya descritos por Waldeyer, Bochdaleck y Tuffier, vasos de pequeño calibre siempre y a los que se les ha negado tener influencia en la formación de este repliegue **peritoneal**. Treves *negó* la existencia de estos vasos, sin embargo, en mis casos personales la encontré muy vascularizada.

Además de los vasos, el espesor de este repliegue peritoneal tiene cierto número de fibras musculares lisas, fibras descritas por Luchska. Basándose en la presencia de estos elementos musculares en el feto y observando además su conexión con la túnica muscular del intestino, es que Toldt cree que la MICA no es sino una porción del peritoneo del íleon que en el curso del desarrollo ha sido arrastrado hacia abajo por el crecimiento del apéndice y reforzado por un manojito de fibras musculares.

rar como un deber ante tales casos dudosos, usar la terapéutica de prueba como único medio de aclarar el diagnóstico y en caso positivo, salvar al paciente.

De la recopilación de este anterior estudio, consideramos particularmente interesante:

1°—La posibilidad que entre los cuadros pulmonares no muy claros que vamos en nuestra práctica, haya más lúes pulmonares de las que se admiten.

2°—Que la sífilis pulmonar ofrece cuadros absolutamente atípicos que pueden simular la tuberculosis como el carcinoma.

3°—Que la lúes pulmonar cede con facilidad al tratamiento específico.

4°—Que en los casos en que no se puede sentar claramente el diagnóstico de tuberculosis pulmonar o en los que se piensa en supuestos procesos neoplásicos, debe instituirse, el tratamiento antisifilítico como piedra de toque, incluso cuando las reacciones serológicas sean negativas.

Yo he estudiado las experiencias del doctor Guillermo Bosh Arana, publicadas en la Semana Médica de Buenos Aires, No. 46 de 1936, y he comprobado sus afirmaciones en diez de mis apendicectomizados del Hospital de Occidente en Santa Rosa de Copan, de los cuales describo tres observaciones.

El eminente Cirujano Suramericano dice que ha comprobado en enfermos operados de apendicitis que la membrana entra muchas veces como factor determinante de ataques apendiculares y de estancamientos ileales y cecocólicos con la consiguiente exaltación de la virulencia microbiana. Así, en efecto, ha encontrado MICAS hasta con una inserción de 15 cm. sobre el íleon, congestivas, en banderola, en espiral, que provocaban acodaduras en el íleon; todas ellas fueron extirpadas y los pacientes mejoraron de sus padecimientos. Ha visto MICAS intensamente congestivas, con red capilar dilatada, otras blanquecinas, lechosas, como también la variedad, esto es, con red congestiva en netas arborizaciones y con tejidos fibrosos, en forma de bridas que estrangulaban la válvula y ocasionaban indirectamente el cuadro apendicular.

En su artículo "Sincronización quirúrgica, apendicectomía," habla de que las ectopias de ceco-colon, por su mal-formación, acodaduras, torsiones sobre su eje, etc., pueden presentar una MICA anómala, como ha podido constatar en muchos de sus enfermos; con la particularidad de que tuercen y tironean la desembocadura del íleon en el ciego, haciéndolo girar 180° y estrechando su luz.

La fosilla cecal inferior o íleo-cecal inferior, puede a veces desaparecer por verificarse soldaduras de la membrana al mesoapéndice, debido a procesos fibroadhesivos, y debido a los mismos puede estar dividida en bridas o tabiques. La variedad de estas alteraciones es muy diversa en cuanto a posición y a intensidad de las lesiones, pero es bueno recordar que todas ellas repercuten sobre la evacuación intestinal y la función valvular, trayendo disfunciones de ésta por contractura o dilatación del esfínter.

Recordaremos el trabajo de Rogelio Brouca sobre "Válvula íleo-cecal; su concepto esfinteriano," en que estudia el funcionamiento y papel de la válvula íleo-cecal. En él nos demuestra en experiencias sucesivas practicadas sobre animales de laboratorio, la suficiencia verdadera de la válvula para el aire inyectado a regular tensión, mientras que para los fluidos las válvulas se mostraron suficientes a buena presión, a condición de mantener la oblicuidad íleo-cólica, haciéndose más y más insuficientes al ir rectificando dicha oblicuidad.

Los procesos proliferativos de la MICA la llevarían a la esclerosis casi completa, provocando tironeamientos y mo-

dificaciones de la oblicuidad íleo-cólica con las consiguientes alteraciones en el tránsito intestinal y en el funcionamiento de la válvula de Bauhin.

En base a estas consideraciones, es que se debe ejecutar como un tiempo complementario importante la extirpación de la MICA después de la amputación del apéndice, con el fin de facilitar la evacuación ileal y cólica, siempre perturbada en las disfunciones valvulares.

El Doctor Rodolfo Sammartino ha encontrado, en estudios anátomo-patológicos, al lado de lesiones de apendicitis crónicas lesiones proliferativas de la MICA, así como a las de apendicitis agudas, lesiones inflamatorias agudas.

C). Cirugía de la MICA y **del** apéndice cecal

1.—Incisiones. Todo Cirujano sabe que la incisión de McBurney es ideal cuando se trata de apendicitis crónicas, cuando el apéndice tiene su localización normal y siempre que el diagnóstico sea incontrovertible. Pero cuando se trata de casos agudos y supurados, de anormales localizaciones, adiposidad, del paciente, duda en el diagnóstico, etc., esta incisión no sirve, quedando relegada a la Historia, por cuanto da poca luz y en la necesidad de prolongar la incisión se tiene fogosamente que sacrificar los músculos.

Hoy en día se hacen grandes incisiones con la idea de explorar órganos vecinos, tales como la vesícula biliar, estómago, órganos pélvicos, etc., traumatizando así mucho menos los tejidos, actuando con comodidad por tener un mejor campo operatorio, controlándose con la vista todos los movimientos del escalpelo. Las incisiones que se prestan para este objeto son las paramedias, transrectales y pararectales, de las cuales las dos primeras se aplican a las mujeres en su inmensa mayoría, porque con ellas se puede tratar cualquier patología pélvica, y la última a los hombres. Todas estas incisiones dan buena consistencia abdominal, se pueden ampliar hacia arriba o hacia abajo, sin sacrificar músculos ni nervios y vasos de importancia. (

2.—Exploración de la MICA y del divertículo de Meckel. Si se exploran órganos vecinos distantes, imperioso y obligatorio es ver estos órganos, membrana e íleon, para descartar cualquier otro proceso añadido a la apendicitis.

3.—Técnica de la resección de la MICA y del apéndice. La resección de esta membrana se hace haciendo la hemostasia y sección de la inserción ceco-apendicular y luego la hemostasia y sección progresiva de la inserción **ileal**.

En cuanto a las técnicas de la apendicitis, están:

- a). —Amputación y ligadura del muñón sin inversión,
 - b). —Amputación y ligadura del muñón con inversión.
- Amputación sin ligadura del muñón con inversión

Estas tres técnicas se llevan a cabo con mucha frecuencia. En una estadística aparecida en Archives of Surgery sobre el porcentaje de fistulas aparecidas en los apéndicectomizados por apendicitis agudas, son más numerosas en los casos en que el muñón ha sido ligado e invertido y en los que ha sido **ligado** sin inversión. Ellos explican que en el primer caso se forma una cavidad cerrada, propicia a' que se forme una **bolsa** de secreciones con flora microbiana virulenta, dando lugar a la fistula. En el segundo caso la ligadura de catgut se absorbe pronto o se afloja, viniendo a formarse la fistula.

Con la inversión sin ligadura, drenando libremente el muñón en la cavidad cecal, se han observado fistulas, pero en mucho menor número que con los otros métodos. La hemorragia que puede sobrevenir con este método se salva pasando el hilo de lino al hacer la jareta por debajo de la arteria apendicular, con lo que jamás podrá lamentarse nada, salvo que la jareta se soltase.

D). Conclusiones

- 1.—En todo cuadro apendicular pensar en la membrana ileoceco-apendicular.
- 2.—Estudiar y aplicar la incisión que mejor convenga.
- 3.—En toda apendicectomía reseca la MICA conforme a la Técnica descrita anteriormente.
- 4.—En toda operación abdominal, cuando no haya contraindicación, extirpar el apéndice y la MICA profilácticamente.

E). Historias clínicas.

Nº 1.

J. M. S-, de 31 años, casado, originario de Inglaterra, vecino de Santa Rosa de Copan, ingresó el 12 de marzo de 1945 al pensionado del Hospital de Occidente para ser operado por **apendicitis**, agudizada.

Enfermedad actual. Refiere, que hará, poco más o menos año y medio que empezó a tener dolor a la derecha del ombligo y en la boca del estómago, irradiándose a la pierna del mismo lado, aumentando con e' ejercicio- En dos ocasiones esta sintomatología se acompañó de náuseas y vómitos. El 11 de marzo de ese año lo examiné, diagnosticándole apendicitis aguda e indicándole intervención quirúrgica.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Nada digno de mención.

Estados actual. Cabeza y cara: otitis media crónica seca.

Cuello: normal.

Tórax: aparato respiratorio, normal. Corazón, normal.
Abdomen: tipo plano. Buena prensa abdominal. Móvil con la respiración. Dolor exquisito en el área apendicular. Signos de Rovsing, Blumberg, Jacob y Meltzer-Lyon: positivos.

Hígado: normal.

Bazo: normal.

Riñones: no se palpan.

Temperatura: 37.6¹⁵

	Recuento leucocítico	10-000
Examen laboratorial	Neutrófilos	78%
	Tiempo de coagulación	6 m

Operación. Anestesia etérea. Incisión pararectal. Abierto el vientre, se exterioriza el ciego con el índice y medio derechos, encontrando un apéndice adherido a la cara interna del ciego por la membrana ileo-ceco-apendicular, dejándose ver el mesoapéndice por debajo de ella; el apéndice parece hiperemiado y abultado en su vértice. Estando muy próximos el mesoapéndice y la MICA, se seccionan al mismo tiempo, haciendo varios puntos separados.

La MICA aprisionaba, más que todo, la parte media del apéndice. La extirpación del apéndice la hice siguiendo el procedimiento de las tres pinzas, sin ligar el muñón e infundibilizándolo, haciendo dos jaretas. En la primera debe tenerse el cuidado de pasar el hilo de lino por debajo de la arteria apendicular, porque si se pasa por encima puede venir hemorragia consecutiva. La segunda es muy simple y a la cual se une al muñón mesoapendicular. Cierre del vientre por planos. Sutura de la piel con lino.

P. S. M., de 21 años de edad, soltera, Profesora, de Santa Rosa de Copan, ingresó el 28 de septiembre de 1945 al Pensionado del Hospital de Occidente para ser operada por apendicitis aguda.

Enfermedad actual. Refiere que hace 8 meses viene padeciendo de edemas en las piernas, dolorosos, *os que disminuyen por la tarde y aumentan por la mañana, con ocasiones notaba que el tendón de Aquiles se enrojecía, volviéndose doloroso. Esos edemas le subían hasta por abajo de la rodilla. Había notado simultáneamente con los edemas ligeros calambres en la fosa iliaca derecha, aumentando cuando se doblaba hacia adelante. A veces décimos de temperatura, atribuyéndolos a paludismo. Últimamente se presentaron náuseas, vómitos, dolor marcado en la región apendicular, calambres en las piernas.

Antecedentes hereditarios. Su padre tiene desprendimiento de la retina. Su madre es palúdica.

Antecedentes personales. Nada digno de mención.
 Estado actual. Cabeza y cara, miopía ligera.
 Cuello. Normal
 Tórax. Normal.
 Abdomen. Móvil con la respiración. Dolor exquisito
 en la fosa ilíaca derecha.
 Hígado. Normal
 Bazo. Normal.
 Riñones. No se palpaban.
 Temperatura. 37.9°

	Recuento leucocítico ..	11.200
Examen laboratorial	Neutrófilos	82%
	Glóbulos rojos	3.500.000
	Tiempo de coagulación	H'35"

Operación anestesia etérea. Incisión pararectada abierto el vientre se exterioriza el ciego con el índice y medio derechos, encontrándose un apéndice enteramente cubierto por la MICA. Resección del mesoapéndice y de la MICA. Amputación del apéndice por el método de las tres pinzas. Cierre del vientre por planos. Sutura de la piel con lino.

N* 3

L. B., de 20 años, soltera, enfermera, de Santa Rosa de Copan, ingresó el 4 de septiembre de 1946 al Pensionado del Hospital de Occidente para ser operada por apendicitis agudizada.

Enfermedad actual. Desde hace como dos meses viene notando edemas en ambas piernas, dolorosos, aumenando por las tardes; a veces enrojecimiento maleolar izquierdo. Ninguna mejoría con salicilato de sodio y con sulfas. A los veinte días de estos síntomas, aparece dolor en la fosa ilíaca derecha, con vómitos, aumento de los edemas y del dolor con décimos de temperatura.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.
 Antecedentes personales. Sin importancia.
 Estado actual. Cabeza y cara: normal.
 Cuello. Normal.
 Tórax. Normal.
 Abdomen. Móvil con la respiración. Dolor agudo en el
 área apendicular.
 Hígado. Normal.
 Bazo. Percutible.
 Riñones. Normales.
 Temperatura 37. 7⁹

Indicaciones de la Radioterapia en el Tratamiento del Cáncer

A. C. Midence, M. D.

La radioterapia tiene indicaciones primarias definidas en el tratamiento del cáncer, de preferencia, o a exclusión de otras formas de terapia. La radioterapia curativa, de la manera como se aplica en el tratamiento del cáncer, es un procedimiento formidable, colmado de riesgos enormes. Es una empresa en la que, para llevar a cabo a buen éxito el esfuerzo, deben anticiparse, a toda costa, resultados positivos, para cuya obtención, la alternativa concluyente debe ser todo o nada, pues el tratamiento incompleto es, inevitablemente ineficaz. Bien merece este método llamarse, según Buschke, RADIOTERAPIA RADICAL y compararse, en su magnitud e importancia, a las intervenciones quirúrgicas drásticas, diferenciando de ellas en resultados, solamente por su carácter conservador.

La selección de enfermos con lesiones localizadas, en los que se decida aplicar la radioterapia, requiere una evaluación seria; 1o. de la radiosensibilidad del tumor en cuestión; 2o. de la posibilidad material de obtener una distribución de la cantidad de radiaciones en la totalidad del tumor; 3o. de la existencia de un margen de seguridad, que asegure la continua viabilidad de los tejidos circundantes, y, finalmente, dar seria consideración a la posibilidad de que otras formas de tratamiento ofrezcan los mismos o mejores resultados y que sean, por supuesto, de expedita aplicación y practicables con menos riesgo.

	Recuento leucocítico ..	6.700
Examen laboratorial	Neutrófilos	68%
	Glóbulos rojos	3.470.000
	Tiempo de coagulación	8'25"

Operación. Anestesia raquídea. Incisión BcBurney, Abierto el vientre se exterioriza el ciego sin ninguna dificultad. Apéndice aparentemente normal. MICA aparece un tanto fibrosa y tirando del íleon. Resección de la MICA y amputación del apéndice. La exploración del íleon fue negativa. Cierre del vientre por planos. Sutura de la piel con lino.

F). Bibliografía

Bosh Arana. Sincronización Quirúrgica.
 Gley. Fisiología Humana.
 Testut. Anatomía Humana.
 Thorek. Modern Surgical Technic.

Un concepto, íntimamente ligado a la radioterapia es lo que consierne a la radiosensibilidad de los tejidos vivos, en la aplicación de radiaciones con miras terapéuticas. La idea de radiosensibilidad de los tejidos, a la acción de las radiaciones, puede parecer, o interpretarse como algo fácil y de inocua aplicación en el tratamiento de los tumores; es decir, que a la radiosensibilidad puede creérsele sinónimo de radiocurabilidad. Aducir en tal sentido, conduciría a conclusiones erróneas que harían pensar que algunos tumores curarían fácilmente, por su radiosensibilidad; los otros, ocuparían, en grado descendente de ésta, jerarquía especial y determinada en la gama radioterapéutica. Los unos, según esta interpretación, cederían fácilmente a las radiaciones, considerándose, por esto, curables; a los otros, por el contrario, se les reservaría un pronóstico ineludiblemente sombrío. En realidad, las cosas suceden de distinto modo y hay muchos factores que considerar los cuales, por su importancia, discutiremos oportunamente, en capítulo especial, con la profusión de detalles que requieren.

En la radiosensibilidad hay que tomar en cuenta elementos diversos; componentes complicados, a los que varios factores modifican y cuya expresión clínica varía, según la evolución del proceso que se trata, su extensión, el lugar que ocupa, los tejidos vecinos, el tipo de proliferación celular, etc..... Vale muy bien el esfuerzo de explorar más detalladamente su verdadero significado. Bástenos hoy decir, que a todos los tejidos, sean neoplásicos o normales, les afectan las radiaciones, derivándose de ello que radiosensibilidad es un término relativo.

En el caso de tumores de radiosensibilidad elevada, tales como el linfosarcoma, linfoepitelioma, seminoma, mieloma, y el sarcoma de Ewing, la administración adecuada y oportuna de radiaciones, es la forma indisputada de tratamiento curativo.

En los tumores de moderada radiosensibilidad, como el carcinoma basocelular de la piel y el carcinoma epidermoide de las membranas mucosas, de las comisuras, pliegues o puntos de transición mucocutáneos, la radioterapia puede ser el método más eficaz, pero la decisión sobre este u otro método de tratamiento debe tomar en consideración otras circunstancias, concomitantes, además de la radiosensibilidad favorable. Un carcinoma basocelular de la piel, pequeño, puede ser tratado pronto y eficazmente, con una amplia escisión. La radioterapia cede paso a la cirugía en el tratamiento del carcinoma de los bronquios, pues la radioterapia adecuada en esta entidad clínica, implica posible perforación y gangrena; al carcinoma epidermoide, que origina del tejido cicatricial de una quemadura, no puede dársele suficiente cantidad de radiaciones, sin peligro de necrosis de los tejidos atroficos del área quemada; de suerte que, en este caso, lo indicado y más eficaz es una escisión generosa, seguida de injerto. En el carcinoma del labio inferior, aunque radiocurable, la escisión quirúrgica facilita la remoción de metástasis accesibles, en el área operatoria. El carcinoma epidermoide que invade el tejido óseo no se vuelve radiore-

sistente ni siquiera menos radio-sensible; en realidad, los carcinomas de los senos maxilares son curables con la radioterapia, a pesar de la extensa invasión y destrucción del tejido óseo (Regato); pero la invasión del hueso disminuye el margen de seguridad entre la destrucción del tumor y el daño a los tejidos circunvecinos, particularmente si se toma en cuenta que a la invasión se asocia, frecuentemente, la infección secundaria. Puesto que en estos la esterilización del tumor, por medio de radiaciones, puede causar una eliminación dilatada y dolorosa de secuestros, la remoción quirúrgica de estos, cuando sea posible, puede ser menos mutilante y más fácilmente tolerada. Las metástasis de los ganglios linfáticos provenientes de un carcinoma epidormoide, no son menos radiosensibles que la lesión primaria, pero lo más frecuente es que sean múltiples y diseminadas en una superficie más o menos extensas, siendo necesario la administración de una cantidad adecuada de radiaciones a un sólo campo, que por lo grande, raramente es posible; así es que, la disección quirúrgica de estas lesiones metastásicas es la forma preferible de tratamiento; pero cuando una disección es imposible, o cuando implique deformidad marcada, como la parálisis facial en la escisión de los ganglios linfáticos pre-auriculares, la radioterapia puede aventurarse, si hay seguridad razonable de que la metástasis está limitada a una área pequeña, capaz de tolerar radioterapia intensa.

Otro grupo de tumores moderadamente radio sensibles, los adenocarcinomas, pueden o no, ser radiosensibles, dependiendo del sitio de origen. El adercarcinoma del cuello uterino es tan fácilmente esterilizable por medio de radiaciones, como lo es el carcinoma epidormoide en la misma región. El adenocarcinoma del endometrio puede ser curado por medio de radioterapia solamente; pero se admite, generalmente, que a las radiaciones debe seguir la histerectomía, siempre que sea posible, para asegurar una mayor posibilidad, de un control permanente. El adenocarcinoma de la mama puede, algunas veces, controlarse por medio de radiaciones,, pero siempre a expensas de extensos daños a los tejidos circunvecinos; la radioterapia en esta lesión no es justificable, a no ser que se considere inoperable. El adenocarcinoma del tacto gastrointestinal puede presentar grados variables de radiosensibilidad pero no es radiocurable, estas lesiones son más lógicamente tratadas por medio de la cirugía radical, que asegura el tratamiento simultáneo de la lesión primaria y de la potencial y frecuentemente extensa, área-metastásica. Los adenocarcinomas de las glándulas endocrinas, como regla general no son radiocurable, aunque ocasionalmente suelen observarse largas remisiones con el uso de las radiaciones.

Los tumores poco radiosensibles o los radioresistentes, tal como los sarcomas de los tejidos blandos, los sarcomas del hueso y los melanomas malignos, no son radiocurables.

Además de las indicaciones de la radioterapia, como forma curativa de tratamiento, existen indicaciones definidas de radioterapia paliativa, en los casos avanzados o incurables del cáncer;

sin embargo, ni la invasión extensa de un proceso neoplástico, ni la conclusión clínica de que por su extensión sea inoperable o incurable implica, automáticamente, que la radioterapia está indicada. Los que parecen más incrédulos ante las posibilidades de la radioterapia curativa, con frecuencia exigen de ella verdaderos milagros, cuando otros métodos de tratamiento han sido impotentes o han decididamente fallado. Causan, con frecuencia, inmerecido descrédito a la radioterapia, los que insisten en hacer de ella una panacea, o en asociarla con lo incurable. Y no se tilde de exagerado lo dicho, cuando manifestamos que existen tales, que casi esperan se obtengan con ella milagros de resurrección. Por muy lisonjero que sea para el radiólogo, a quien se pide que emplee este poderoso medio terapéutico, con el simple propósito de Psicoterapia debe reflexionarse que, como dijo Lampe, el transitorio beneficio psicológico, obtenido en el caso incurable, al pesarse contra el daño físico que eventualmente acarrea muestra desventaja al compararse con los beneficios netos que se observan, cuando la radioterapia se usa en quienes el método es aplicado, sometándolo a los principios de su estricta indicación. Es entonces que rinde los resultados positivos que de ella se esperan.

La radioterapia paliativa puede requerir el formular de antemano serios planes; un tratamiento incompleto, o tratamientos esporádicos no causan necesariamente alivio y mucho menos curación. Una variedad de condiciones incurables, tales como la leucemia, enfermedad de Hodgkins, neoplasias recurrentes, o metástasis de tumores tributarios de la cirugía; todos pueden justificar el uso de la radioterapia, como medida terapéutica. En la enfermedad de Hodgkins y la leucemia, la radioterapia adecuada resulta indisputablemente en decidido confort y una supervivencia que, por cortos que sean, halagan al ambiente hogareño y son, al mismo tiempo, alentadores, aún con el conocimiento pleno de los interesados en la evolución del proceso y del pronóstico fatal que le depara. En otros casos la radioterapia se aplica localmente para evitar ulceraciones de un tumor recurrente e impedir infección secundaria. La radioterapia de lesiones metastáticas del hueso, particularmente de la cabeza del fémur y de las vértebras, se usa para prevenir fracturas o paraplegias y contribuir a un efecto analgésico definido, aunque transitorio. Fuera de estos y otros pocos ejemplos, la radioterapia no se justifica en los enfermos cuya condición ha pasado los límites de la curabilidad.

Radioterapia pre y post-operatoria. Las cualidades que caracterizan la eficacia de la cirugía y de la radioterapia, en el tratamiento del cáncer, puede algunas veces combinarse para producir un efecto complementario ventajoso¹. Una vez inoperable; siempre inoperable es un dogma de usanza corriente entre cirujanos, que parece justificado por la inmensa mayoría de los casos en que se constata su comprobación en la clínica. Hay casos, sin embargo, que están en los umbrales de la operabilidad. La radioterapia, algunas veces, tal como en el carcinoma del endometrio, tiene su

El "Caso de Guardia" en Cardiología

Conferencia dictada por el **Dr.**

MIGUEL JOSELEVICH (1)

Deseo ante todo agradecer a la "Asociación de Practicantes del Hospital Alvarez" por la invitación que me formulara para participar en este ciclo de conferencias y a su presidente por las amables palabras que acaba de pronunciar. Además, y antes de entrar en materia, deseo también explicar el significado del título de esta disertación y establecer la amplitud que me propongo dar a la misma.

Cuando tuve que resolver el tema que habría de desarrollar, me pareció conveniente elegirle entre los que pudieran ser de interés para los practicantes, dado que es a ellos que considero especialmente destinada esta conferencia. Y si bien "el caso de guardia" en Medicina* Interna es también un "caso de urgencia," considero que uno y otro no son exactamente iguales.

En efecto, el practicante puede ser llamado para atender a un cardiópata en cuatro circunstancias diferentes: en la vía pública, en el domicilio del enfermo, en el servicio de la guardia o en una de las salas del hospital. Algunas de esas circunstancias plantean situaciones de solución relativamente cómoda: el que se enferma en la vía pública es recogido y trasladado al hospital; el enfermo traído a la guardia puede ser examinado en caso necesario por los compañeros y el médico de turno; el internado tendrá su correspondiente historia clínica.

En cambio cuando se trata de un llamado a domicilio, la situación será muy diferente: el practicante deberá resolver el caso por sí solo, sin ayuda de nadie, sin los recursos y los conocimientos del médico, pero con igual y aun mayor responsabilidad que este último. De lo que haga en ese momento¹ dependerá a me-

indicación pre-operatoria, y causa indudablemente mejoras en los resultados finales de la cirugía. En un pequeño grupo de casos de lesiones inoperables de la mama y el tracto gastrointestinal, la administración de radicales resulta en una disminución de la infección secundaria e inflamación, y en reducción del tamaño del tumor el cual se convierte en una lesión técnicamente operable; pero esto raramente contribuye a mejorar el penoso pronóstico de estas lesiones.

Después de la intervención quirúrgica, pueden haberse quedado fragmentos microscópicos o inaccesibles al tacto, del tumor en el área operatoria, posibles metástasis regionales; pero la administración post-operatoria de una cantidad suficiente, de radiaciones, para esterilizar el tumor, es raramente posible, sobre áreas extensas y todo lo que sea menos de una dosis suficiente, será fútil in-

nudo la vida del enfermo; no podrá como el médico, solicitar una consulta o volver al cabo de unas horas'. Vernos, pues, que como lo dijimos, no es lo mismo hablar de "caso de guardia" y "caso de urgencia."

Así comprendido, nuestro tema resultaría tan amplio que excedería los límites de tiempo de una sola disertación. Para tratarlo convenientemente, deberíamos hacerlo, por lo menos, en un cursillo, por lo que nos concretaremos a exponerlo en forma general, destacando solo lo que consideramos indispensable conocer para el buen desempeño ante el "caso de guardia." Nos proponemos hablar en resumen de la actitud que debe asumirse ante ecos enfermes.

La conducta que corresponde en esas circunstancias, no se aparta mayormente de la habitual ante todos los pacientes: se debe interrogarlos, recogiendo así todos los antecedentes del caso; luego debe procederse al examen, tratando después de establecer el diagnóstico, formular el pronóstico y, por último, indicar o aplicar el tratamiento. Todo ello con las limitaciones que imponen las circunstancias y la urgencia del caso.

Los síntomas que motivan la llamada de urgencia pueden ser divididos en dos grandes grupos: 1) los aparentemente debidos a una enfermedad cardiovascular y 2) los aparentemente debidos a una enfermedad nocardiovascular. En base a esos grupos, dividiremos nuestra exposición en dos partes, la primera de las cuales tendrá lógicamente una amplitud mucho mayor que la segunda.

tentó en remediar lo irremediable. De acuerdo con la experiencia clínica, una radioterapia post-operatoria minuciosa se aconseja en tumores de ovario y en liposarcomas, siempre que exista evidencia razonable de que hayan quedado restos de tumor.

BIBLIOGRAFÍA

- Bargonie, J. y Tribondeau L.: **Interpretations** de quelques résultats de la radiothérapie et essai de **fixation** de un **technique** rationnelle, Comptes Rendues de la Société de Biologie 143: 983-985-1906. Citado por Renato.
- de Broglie, M.: Les Rayons X. A. Blanchard. editores París. ,
- Clunet, J.: Recherches experimentales sur les tumeurs malignes, Thesis, Faculté de Médecine de París 1910
- fraila, G.:** Dosage in Radium Therapy, Amer, Journ. of Roentgenology, 8: 674-685. 1921
- Ivy, A.: Orndoff, B., Jacoby, A and whitlow, J. F. Studies of the effect of X Rays on Glandular activity, Journ of Radiology, 4: 189-199, 1922. .
- Lacassagne, A.: Etude Histologique et Physiologique des. Effets Produits Sur l'Ovaire Parles Rayons X, Thesis. Faculty Medicine Of Lyons, 1913.
- Lampe, L.: The Radiation Therapist in contemporary Medicine Radiology 43-181-183-1944
- del Regato, J. A.: Roent-Cancer. Saunders-1947.

Tegucigalpa, D. C, Febrero de 1948.

SÍNTOMAS APARENTEMENTE DEBIDAS A UNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Estos síntomas son: el dolor, la disnea, las palpitaciones, la opresión y la angustia; los tres primeros, mucho más importantes que los otros dos.

El dolor. Cuando somos llamados para atender a una enferma que ¿e queja de dolores precordiales, debemos descartar ante todo la posibilidad de que esos dolores hayan sido producidos por una afección ajena al aparato cardiovascular.

En/efecto, el dolor en el pecho puede ser una manifestación de enfermedades de la pared torácica (fibrositis, neurosis o neuralgias intercostales, etc.), de enfermedades del aparato respiratorio (traqueobronquitis aguda, corticoupleritis, neumonía pleuritis, pleuresía, neumotorax, etc.), de la espina dorsal (reumatismo vertebral), etc. También puede haber sido provocado por una afección abdominal (úlcera de estómago, colecistitis, pancreatitis, etc.).

No insistiremos sobre la manera de diagnosticar cada una de esas afecciones; su eliminación nos colocará en la segunda etapa del diagnóstico: establecer el origen de los dolores precordiales propiamente dichos. En ese sentido deberemos tener en cuenta dos posibilidades importantes: la insuficiencia coronariana y las afecciones pericárdicas, porque los dolores precordiales de origen aórtico (rupturas aneurisma disecante son poco frecuentes y los por insuficiencia ventricular izquierda paroxística) ya no se aceptan en la actualidad.

Consideraremos, pues, por separado, las precordialgias de origen coronariano y pericárdico, pero como la isquemia de miocardio, es también la causa de los otros' síndromes dolorosos — angina de pecho o> infarto— nos ocuparemos de estos últimos antes de hablar de las afecciones del pericardio.

El diagnóstico de la precordialgia simple suele presentar dificultades más o menos difíciles de vencer, por tratarse de una manifestación exclusivamente subjetiva. Aunque el enfermo presente antecedentes o signos de una afección orgánica que lo pudiera haber provocado, ese solo hecho no basta para afirmar la naturaleza también orgánica del dolor: suele hablarse de neurosis ante manifestaciones que después resultan ser de origen isquémico y otras veces se atribuye a esta última causa la responsabilidad de trastornos que en realidad son exclusivamente nerviosos.

Así es como Fishberg ha podido decir con razón: "No se podría hacer mayor daño a muchos enfermos que tratándolos como si todas sus molestias fueran de origen orgánico; la digital no cura el alma. Por otra parte, puede ser trágico, no sólo para el enfermo sino también para el médico, el pasar por alto las quejas bajo el demasiado fácil rótulo de un origen psicossomático; muchas trombosis coronarias se han presentado consecutivamente al veredicto que atribuía las molestias al nervosismo."

Resúmenes de Revistas

ABALEN

(Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana año 26 No. 7)

El Aralén es un bifosfato de cloroquina, que responde a la fórmula 7 cloro-4 (4-dietilamino-1-metibutilamino) quinolita bifosfato, tiene apariencia de polvo blanco cristalino, bastante soluble en el agua. El Aralén es muy activo contra las formas eritrocíticas del P. Vivax y del P. **Falciparum**, y como la quinina y la atebrina, no evita las recaídas del Vivax ni tampoco la infección cuando se administra como profiláctico. El tratamiento que me ha dado mejores resultados en los ataques agudos de malaria, consiste en la administración de una dosis total de 10 tabletas (2. 5. gm.) de la droga repartidos en tres días, cantidad que se ha comprobado como suficiente para hacer desaparecer rápidamente los síntomas y **laparasitemia**. Una dosis semanal de 0.5 gm. (2 tabletas) actúa eficazmente como supresivo. Las dosis mencionadas curativas o supresivas, son bien toleradas, sin presentar efectos tóxicos constitucionales, observándose solamente en algunos casos de cefalea, trastornos visuales y gastrointestinales, síntomas todos reversibles. Tiene además sobre la atebrina la ventaja de no colorear de amarillo la piel.

J. M. A.

Así considerada ¿qué es lo que debemos hacer al encontrarnos con una situación semejante? La piedra de toque suele resultar en esos casos la **nitroglicerina**: si las molestias desaparecen a los pocos instantes de haber ingerido el enfermo unas cuantas gotas de la clásica solución al uno por ciento o de haber inhalado el contenido de una ampolla de nitrito de amilo, deberá aceptarse que los dolores eran de origen coronario. En caso contrario, nos inclinaremos en favor del origen nervioso de las molestias; la determinación de los factores responsables de una y otra situación, así como el tratamiento ulterior, serán dejados al médico del paciente, a quien hemos sustituido en forma accidentada a raíz del episodio doloroso.

No deseo dar por terminada esta parte de mi exposición, sin antes recordar a los señores practicantes una situación que puede presentárseles en las salas hospitalarias: el llamado de urgencia para atender un enfermo que experimenta dolores **precordiales inmediatos a una inyección endovenosa de suero glucosado hipertónico**. El diagnóstico se formulará mediante la averiguación de las circunstancias en que se produjo el episodio doloroso, el que suele desaparecer espontáneamente y sin mayores consecuencias para el enfermo.

(Continuará)

ACIDO POLICO

(Editorial, J. A. M. A., Vol. 130. Pág. 496, 1946)

Day y sus colaboradores de la Universidad de Arkansas, informaron en 1935, que los monos rhesus jóvenes a los que se suministraba una dieta compuesta de caseína, arroz desea se arralado, trigo entero, mezcla salina, aceite de hígado de bacalao y ácido ascorbico desarrollaban un síndrome caracterizado por anemia, leucopenia, pérdida de peso, diarrea, y ulceración de las encías. La muerte se producía generalmente entre el 26 y el 100 días. El suplementar esta dieta con riboflavina, ácido nicotínico o clorhidrato de tiamina, soles o en combinación, no impide el desarrollo de esta enfermedad carencial mortal. Sin embargo si la dieta suficiente se complementa con 10 gm. de levadura de cerveza seca o dos gramos de extracto de hígado, no aparece el síndrome antes descrito. De estos experimentos parecía deducirse que la levadura y el extracto de hígado contienen una substancia desconocida esencial para la nutrición de los monos. Para este factor desconocido propusieron los clínicos de Arkansas el término de vitamina M.

Cinco años después Snell, y Peterson, de la Universidad de Wiscosin, mostraron que cierto factor que puede extraerse de la levadura o del extracto de hígado es esencial para el desarrollo del lactobacillus casei. Ulteriormente encontraron Day y sus colaboradores que este factor lactobacillus casei es curativo del déficit de vitamina M en los monos y necesario para el desarrollo normal y la formación de hemoglobina en los pollos. Un ácido fólico cristalino, al parecer idéntico a este factor 1. casei, fue recientemente sintetizado por Angier y sus colaboradores, y utilizado para ensayos clínicos.

Las semejanzas del síndrome del sprue en el hombre con las manifestaciones del déficit de vitamina M en el mono condujeron a Darby y sus colaboradores de la Universidad de Vanderbilt, a ensayar el valor terapéutico del ácido fólico sintético en tres casos humanos. Los tres casos eran de moderada gravedad y habían persistido durante un período tres a diez meses. Cada uno de ellos estaba caracterizado por molestias bucales, diarrea, debilidad y pérdida de peso de 15 a 17 kilogramos. Había aumento de grasa en las heces, anemia macrocítica y leucopenia moderada. Las observaciones clínicas satisfacían, por lo demás, todos los criterios generalmente aceptados para el diagnóstico de sprue no tropical. Estos pacientes recibieron inyecciones intramusculares diarias de 15 mg. de ácido fólico sintético como único agente terapéutico. Al cuarto día habían desaparecido los síntomas de glositis. Al noveno día se observó evidente mejoría hematológica, acompañada de regeneración de las papilas linguales, **disminución** de la diarrea y considerable aumento de peso. La rápida respuesta de estos pacientes condujo a Darby a confirmar la creencia de que el ácido fólico sintético o está estrechamente relacionado con la substancia del extracto hepático o es idéntico a éste

ya que es eficaz en el tratamiento del sprue. Otros experimentadores han demostrado que el ácido fólico administrado por vía parenteral u oral, produce notable respuesta hematopoyética en personas con anemia macrocítica de la pelagra, anemia perniciosa o embarazo. Siendo ineficaz en la anemia aplástica, en la anemia por déficit de hierro y en la asociada con leucemia. Los actuales datos clínicos no permiten por el momento determinar si el ácido fólico es, por lo demás capaz de sustituir, terapéuticamente, por completo, al extracto de hígado.

J. M. A.

TRATAMIENTO INTENSO *DE LA SÍFILIS EN LA PRACTICA PRIVADA*

(Publicado por el Departamento de Salud Pública y el Condado de San Francisco)

El factor principal en la administración de la penicilina en el tratamiento de la sífilis es mantener una concentración sanguínea satisfactoria por un período prolongado. En el pasado esto podía lograrse **con** solo administrar la **penicilina** sódica a intervalos de tres horas durante una semana o más.

Creemos que la aplicación de una sola inyección diaria de 300.000 mil unidades de penicilina calcica en aceite de cacahuate y cera de abejas al 4.8% daría lugar al mantenimiento de una concentración sanguínea satisfactoria.

Las observaciones actuales indican que es preferible para mayor beneficio terapéutico del paciente administrar arsenicales y metales con la penicilina.

En una declaración presentada por Romansky ante una convención reciente celebrada por la Asociación Médica Americana informa sobre el tratamiento de más de 70 pacientes sífilíticos. **Administró** tres millones de unidades de **penicilina** calcica en aceite de cacahuate y cera de **abejas** al 4.8% a cada paciente a razón de trescientas mil unidades diarias durante diez días. Durante el período de observación siguiente al tratamiento o sea el cempredido entre dos meses y un año, **observó un** promedio de recaídas de 3,3% en el tratamiento de la **sífilis** primaria y secundaria.

Las indicaciones actuales son que esta tercia intensa para la sífilis debe de emplearse **solamente** en **^ sífilis** primaria, secundaria y la sífilis latente precoz. La sífilis latente precoz se define como una sífilis de menos de cuatro años de duración. Si el **perico** incipiente de la enfermedad es desconocido, se considera que 1P Sífilis latente precoz está presente si el paciente es menor de 25 años de edad.

La penicilina calcica en aceite de cacahuate y cera de abejas al 4,8% debe de administrarse en una concentración de trescientas mil unidades por centímetro cúbico diariamente durante diez días haciendo un total de diez millones de unidades. Además de la penicilino terapia el paciente que pese más de 125 libras

(56,8 kilogramos) debe recibir en el primero, tercero, quinto, séptimo y noveno días del tratamiento, una inyección de 60 mgs. de Mafarsén o 67 mgs. de Arseclor, y un c. c. de subsalicilato de bismuto en aceite en el segundo, sexto y décimo días del tratamiento.

Es poco satisfactorio intentar la terapia intensa de la sífilis con una inyección diaria de penicilina sódica en vehículos emulsionados. Se sabe que una concentración sanguínea terapéutica de 3 a 5 horas puede mantenerse con estas emulsiones, dejando por supuesto al paciente fuera de concentración sanguínea terapéutica por un período de 19 a 21 horas.

También es inútil emprender el tratamiento intenso de la sífilis con inyecciones semanales de grandes cantidades de penicilina sódica. Prescindiendo de la cantidad de penicilina sódica que se administre en una sola inyección, la concentración sanguínea terapéutica no se mantendrá por un tiempo mayor de 2 a 4 horas. Como consecuencia tal práctica no tiene valor terapéutico en el tratamiento de la sífilis. Conduce a una falsa sensación de seguridad por parte del paciente y es también un desperdicio de la droga.

De acuerdo con los descubrimientos de Romansky debe emplearse una concentración no menor de trecientas mil unidades de penicilina calcica en 1 c. c. de aceite de cacahuete y cera. La concentración de la cera no debe ser menor de 4,8%.

La sífilis latente tardía y la sífilis tardía no deben tratarse con este tratamiento intenso de penicilina, arsenicales y bismutos.

Se cree que el tratamiento ambulatorio de la sífilis con penicilina en aceite y cera es un tratamiento eficaz con grandes esperanzas de cura equivalentes a las que se encontraron con el uso de una solución acuosa de penicilina sódica.

J. M. A.

TRATAMIENTO DE LAS CIRROSIS HEPÁTICAS CON COLINA Y CISTINA

Dr. A. J. Beams.—Journal American Medical Association

El tratamiento de la cirrosis ha sido casi exclusivamente sintomático. El autor del presente trabajo comunica la experiencia obtenida del tratamiento de 20 cirróticos, a los que administró una dieta compuesta de 110 grs. de proteínas, 50 a 70 grs. de grasas, 250 grs. de hidratos de carbono y 30 a 45 grs. de levadura; además recibían 1, 5 a 3 grs. de colina y la misma cantidad de cistina. De los 20 enfermos, 12 no tenían el hígado grande y en ellos no se observó ninguna mejoría. En cambio se observó en 7 de 8 tratados que si lo tenían; el estudio de quince cirróticos con hepatomegalia, tratados con la misma dieta, pero sin asociación de cistina y colina, reveló que estas sustancias son de indudable eficacia en el tratamiento de los cirróticos.

J. M. A.

NOTAS VARIAS

IX CONGRESO PANAMERICANO DEL NISO

Del 5 al 10 de Enero del presente año, celebróse en la ciudad de Caracas, en Venezuela, el NOVENO CONGRESO PANAMERICANO DEL NISO; la junta organizadora estuvo integrada por las siguientes personas:

Dr. Gustavo H. Machado, como Presidente.
 Dr. Ernesto Viscartondo, Vice-Presidente.
 Dr. Rafael Angel Camejo, Tesorero.
 Dr. Angel Francisco Brice, Vocal.
 Tte. Cnel. Julio Casañas, Vocal.
 Dr. E. Santos Mendoza, Secretario General.

Las siguientes Ponencias fueron puestas en el tapete de la discusión:

Organización de los Servicios Sociales Materno-Infantil	Estados Unidos de América, Honduras, El Salvador y Nicaragua.
Síndromes de Carencias	Guatemala, Costa Rica y Panamá.
Educación Progresiva	Cuba y México.
El Preescolar	Colombia y Ecuador.
La Educación en el Medio Rural	Chile y Perú.
El Niño en la Seguridad Social	Bolivia y Brasil.
Profilaxis de la T. B. C. Infantil	Venezuela. Informante: Paraguay.
El Código de Menores	Uruguay.
El Problema de la Infancia Abandonada	
Organización y Financiamiento de los servicios de Higiene Materno-Infantiles	Argentina.
Educación Vocacional	Canadá.
Protección y Distracción del Niño Fuera de la Escuela	Haití y Santo Domingo.

Los Delegados de Honduras brillaron por su ausencia; parece que los nombrados a efecto de hacer el estudio del Síndrome de Carencias, o no encontraron material, o no tuvieron el valor moral suficiente para no aceptar el encargo de un trabajo que nunca pensaron ejecutar.

QUINTO CURSO DE PERFECCIONAMIENTO TEORICO-PRACTICO

Durante los días 10, al 13 de Marzo de 1948, se desarrollará el QUINTO CURSO DE PERFECCIONAMIENTO TEORICO-PRACTICO, en el INSTITUTO DE FISIOLÓGIA «PROF. JUAN B. MORELLI» de la ciudad de Montevideo, en donde tratarán de Problemas actuales de Clínica Fisiológica; en el desarrollo de este curso, tendrán colaboración los Profesores siguientes:

Ginés, Arge F.—Profesor de Patología Interna y Director del Instituto de Control de Salud de Asunción (Paraguay).

Lasnier, Eugenio.—Director del Instituto y profesor de Anatomía Patológica. Director del Laboratorio Central de las Clínicas.

Caubarrère, Nicolás.—Asistente del Instituto de Radiología. Médico Jefe del Servicio de Rayos X del Servicio de Lucha Antituberculosa del M. de S. P.

Amargós, Alberto.—Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Pasteur.

Armand Ugón, Víctor.—Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Sanatorio Saint-Bois.

Bazzano, Héctor.—Jefe del Servicio de Radiología del Hospital Pedro Visca.

Terra Urioste, Conrado.—Subdirector del Servicio de Lucha Antituberculosa del M. de S. P. Director del Hospital Fermín Ferreira.

Velazco Lombardini, Roberto.—Jefe de la Policlínica Cardiológica del Hospital Maciel.

Victorica, Alejandro.—Ayudante del Servicio de Cirugía del Hospital Sanatorio Saint-Bois.

Y participando los miembros del Instituto:

Gómez, Fernando D.—Director.
Purriel, Pablo.—Subdirector.
Artigaveytía, Alejandro A.—Inspector de Dispensario.
Barani, Julio César.—Colaborador broncoscopista.
Brea, Raúl.—Jefe del Laboratorio Clínico.
Purgos, Raúl.—Colaborador en Estudio Funcional Cardiorrespiratorio.
Cancela Freije, José.—Jefe del Laboratorio Bacteriológico.
Crisel, Alfonso.—Jefe de Dispensario de Focos.
Epifanio, Cleopatra.—Jefe del Dispensario Antituberculoso Estudiantil y Pre y Postnata.
Gorlero, Rubén.—Colaborador Pediatra.
Ibarra, José.—Jefe de Cumca.
Marín Pittaluga, Ramón.—Tisiólogo de la Maternidad.
Nattino, Elbio.—Otorrinolaringólogo y broncoscopista.
Piaggio, Aristeo.—Jefe de Epidemiología.
Racine, René.—Subjefe de Epidemiología.
Rodríguez, Abelardo.—Radiólogo.
Scandroglio, Juan J.—Anatomopatólogo.
Schelotto, Felipe.—Jefe de Clínica.
Soto Blanco, Juan.—Cirujano.
Stáble, Américo.—Médico Obstetra.

PROGRAMA

LUNES 1o.

8	a	9	hs.: Clínica fisiológica.
9	a	11	hs.: Atenco.
11	a	12	hs.: Dr. R. Brea. —Sistema reticuloendotelial y tuberculosis.
15	a	17	hs.: Hallazgos radiológicos en el examen de los aparentemente sanos y práctica y lectura de microrröntgenografías 24×36.
17	a	17.30	hs.: Observación casística.
18	a	19	hs.: Prof. F. D. Gómez. —Ayuda económica al tuberculoso.

MARTES 2

8	a	9	hs.: Clínica fisiológica.
9	a	11	hs.: Dr. H. Bazzano. —Aspectos radiológicos de los cuadros respiratorios agudos de los niños.
11	a	12	hs.: Dr. R. Racine. —Reflexiones sobre las llamadas tuberculosis atípicas.
15	a	17	hs.: Observaciones sobre frénicoparálisis en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
17	a	17.30	hs.: Observación casística.
18	a	19	hs.: Prof. P. Purriel. —Diagnóstico diferencial de las adenopatías hilomediastinales.

MIÉRCOLES 3.

- 8 a 9 hs.: Clínica fisiológica.
 9 a 11 hs.: Ateneo.
 11 a 12 hs.: Prof. A. R. Ginés.—Anotaciones sobre la sensibilidad tuberculínica y evolución espontánea de la tuberculosis inaparente.
 15 a 17 hs.: Observaciones sobre toracoplastia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
 17 a 17.30 hs.: Observación casuística.
 18 a 19 hs.: Dr. A. Crisci.—El problema de la reinfección tuberculosa.

JUEVES 4.

- 8 a 9 hs.: Clínica fisiológica.
 9 a 11 hs.: Radiología de las vesículas de enfisema y quistes seríferos.
 11 a 12 hs.: Dr. J. P. Ibarra.—Valor de la bacterioscopia negativa en fisiología.
 15 a 17 hs.: Observaciones sobre tuberculosis, embarazo y puerperio.
 17 a 17.30 hs.: Observación casuística.
 18 a 19 hs.: Prof. A. Ståble.—Función menstrual en las tuberculosas.

VIERNES 5.

- 8 a 9 hs.: Clínica.
 9 a 11 hs.: Ateneo.
 11 a 12 hs.: Dr. R. Górfico.—Resultados de la calmetización en nuestro medio.
 15 a 17 hs.: Dr. A. Victorica.—Observaciones sobre lobectomía y neumonectomía.
 17 a 17.30 hs.: Observación casuística.
 18 a 19 hs.: Dr. A. Plaggio.—Doctrina de la readaptación y readaptación del tuberculoso.

SABADO 6.

- 8 a 9.30 hs.: Visita al taller para enfermos en el Hospital Fermín Ferreira.
 9.30 a 11 hs.: Dr. R. Burgos.—Pruebas funcionales y readaptación.
 11 a 12 hs.: Dr. C. Terra Urioste.—La obra de readaptación del tuberculoso en nuestro medio.
 13 hs.: Visita a los talleres para enfermos en el Hospital Saint-Bois.

LUNES 8.

- 8 a 9 hs.: Clínica fisiológica.
 9 a 11 hs.: Ateneo.
 11 a 12 hs.: Dr. J. Caneela Freije.—Micosis broncopulmonares.
 15 a 17 hs.: Observaciones sobre quiste y secuelas hidáticas.
 17 a 17.30 hs.: Observación casuística.
 18 a 19 hs.: Prof. J. Soto Blanco.—Reflexiones sobre el tratamiento del quiste hidático pulmonar y sus secuelas.

MARTES 9.

- 8 a 9.30 hs.: Dr. A. Rodríguez.—Segmentos broncopulmonares.
 9.30 a 11 hs.: Prof. E. Lasnier.—Anatomía macro y microscópica de los tumores broncopulmonares.

En las reuniones de Ateneo el personal del Instituto discutirá el diagnóstico y tratamiento de observaciones que presenten dificultades o particularidades especiales.

Condiciones generales del curso

Las lecciones prácticas y teóricas tendrán lugar en el Instituto de Tisiología (Hospital Fermin Ferreira).

La asistencia a las lecciones teóricas es libre, aquella a las prácticas queda limitada a los inscriptos al curso y personal del Instituto,

La inscripción está abierta para un máximo de treinta médicos y estudiantes de medicina que hayan ganado los cursos de Facultad.

A los inscriptos cuya asistencia sea asidua, se les otorgará un certificado.

Los pedidos de inscripción deben presentarse personalmente o por cartas a la secretaría del Instituto de Tisiología (Hospital Fermin Ferreira), Pabellón 17 Avda. Larrañaga, 1380, donde se hará efectiva la cantidad de \$15.00 (quince pesos)- que es la cuota establecida para los médicos. La concurrencia será gratuita para los estudiantes de medicina.

HONDURAS EN EL TERCER CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA

En el tercer Congreso Panamericano de Oftalmología, celebrado en La Habana, del 4 al 10 de los actuales. Honduras estuvo representada por los Dres. José Gómez-Márquez p. y Gómez-Márquez n. El primero presentó un trabajo titulado «Las conjuntivitis en América y en los americanos» y tomó parte en las discusiones de los siguientes trabajos: Clasificación de la hipertensión arterial ocular, por el Dr. Abreu Fialho, del Brasil.

Nuevo método para la extracción intracapsular de la catarata, por el Dr. Kirby de New-York.

Desprendimiento de la retina, por el Dr. Amendara, de Chile. Extracción intracapsular de la catarata por el Dr. Malbrán, de la Argentina.

El Dr. Gómez-Márquez h., presentó un trabajo que tituló, «Contribución al estudio del desprendimiento de la retina. Sus características en Honduras». Tomó además parte en la discusión del trabajo de su padre.

El principal interés de la Delegación de Honduras, fue poner de relieve ante el Congreso las características de la Oftalmología en Honduras, así como demostrar los progresos de la cirugía oftálmica en nuestro país.

NUEVO MEDICO INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL

Con fecha reciente fue nombrado tercer médico interno del Hospital General San Felipe, nuestro consocio, el Dr. Ángel D. Vargas, a quien felicitamos y deseármole -muchos éxitos en sus labores.