



# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la  
Asociación Médica Hondureña



Director:  
Dr. Juan Montoya Alvarez

## SUMARIO

### SUMARIO:

Página del Director .....	821
Fistulas Vasicoaginales .....	823
<b>Por el Dr. Juan Montoya Alvarez</b>	
Un Caso de Ruptura de la Vejiga .....	833
<b>Por el Dr. Angel D. Vargas</b>	
Un Caso de Neurofibroma .....	837
<b>Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil</b>	
Sobre un Caso de Peliosis Reumatoidea o Púrpura Simple .....	841
<b>Por el Dr. Juan A. Mejía M.</b>	
Resultados Lejanos del Neumotórax Extrapleural en el Tratamiento de las Cavernas .....	846
<b>Por los Drs. Prof. Oscar P. Aguilar y Oscar Pizarro</b>	
Material de Sutura en Cirugía General .....	855
<b>Por el Dr. Virgilio Banegas M.</b>	
Técnica para Autopsias .....	859
<b>Por August Gast. Galvis, M. D. y Alfonso Méndez Lamaitre, M. D.</b>	
NOTAS .....	868
Tercer Congreso Mexicano de Medicina .....	869

Septiembre y Octubre de 1948

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña -

Director: DR. JUAN

MONTOYA ALVAREZ

Redactores:

DR. ALFREDO MIDENCE

DR. MARIO DÍAZ QUINTANILLA

DR. JUAN A. MEJIA M.

Secretario:

DR. JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ GIRONES

Administrador:

DR. ARMANDO BARDALES

---

Año XVI [ Tega., D. C, Hond., C. A., Septiembre y Octubre de 1948 ,] WSMÍ

---

## PAGINA DEL DIRECTOR

# LA EVOLUCIÓN SOCIAL DE LA MEDICINA

*Es un hecho de observación corriente, con el valor de una ley natural, que todo ser que sufre trata de librarse de tal situación de sufrimiento, leñemos un ejemplo en el animal que se hecha al agua para combatir el calor, y en el perro que se lame las heridas como medio de aliviar el dolor; llámese a ésto instinto, inteligencia o conciencia, pero es un hecho que la naturaleza ha impuesto a todos los seres terrestres.*

*De la misma manera el ser humano en los tiempos primitivos—prehistóricos—frente al sufrimiento siente la necesidad de aliviarse, y no puede hacer otra cosa que observar e imitar a la naturaleza—de que forma parte—y tomar hiervas como las cabras de Melampo para purgarse, enemas como la cigüeña y el ibis, sangrarse como el hipopótamo según cuenta la leyenda de **Plinio**,*

*Pero rodeado el hombre primitivo de fuerzas poderosas que le superaban, formóse de ellas—por no comprenderlas—una idea de misterio, de **sobrenaturalidad**. Y así la enfermedad se atribuía a fuerzas misteriosas con voluntad maligna, a espíritus, contra los cuales existía la práctica de sortilegios, amuletos, exorcismos, curas de palabra, etc., que llegó a ser el monopolio de los hechiceros, sacerdotes y demás oficiantes de la superstición, y de las religiones. En efecto, **G. Nijpels** demuestra por numerosos ejemplos que en el origen de todos los pueblos la Medicina está confundida no solamente con la religión y la filosofía, sino también con la hechicería y la magia. Valiéndose de leyendas Marroquíes, Indostánicas, Chinas, pone en evidencia que la Medicina no es solamente un factor de la historia, sino que la historia resulta con frecuencia un factor médico en tanto que origina sugerencias de efecto curativo.*

*Así vemos que en la prehistoria la Medicina es empírica, demoníaca, **animista**, mágica; en la Mesopotamia es astrológica y sacerdotal; en*

Persia y en la India, florecen las construcciones médico-metafísicas; en Extremo Oriente y en América precolombina, surgen sistemas de medicina escolástica. Pero los cultores de esa medicina sacerdotal—como una consecuencia de su contacto con los enfermos y su interés por aumentar sus conocimientos y sus prestigios—también supieron aprovecharse de la observación para constituir su experiencia, que tal era y no ciencia infusa o divina como hacían creer a sus ignorantes parroquianos. En efecto en el templo de Esculapio los enfermos dejaban exvotos con **la** relación de sus padecimientos, los síntomas, la evolución del mal, los remedios, etc., que constituían rudimentarias historias clínicas y que no fueron las fuentes fundamentales del saber de los sacerdotes de ese culto.

La medicina se adaptó a las necesidades sociales. En las naciones guerreras, se necesitaban individuos de constitución y fortaleza superiores, considerándose inútiles para la sociedad los seres tarados o enfermizos. Así, en Esparta se destruía a los niños que tenían alguna imperfección, y Esculapio, el Dios de la Medicina, "a los cuerpos de constitución poco sana no quiso prolongarles la vida y los sufrimientos. . . y su creencia fue la de que no era preciso tratar aquellos que no podían vivir el tiempo señalado por la naturaleza, porque dicho tratamiento no era ventajoso para ellos ni para el Estado".

"En el largo período medioeval hubo adelantos parciales, pero las tendencias dogmáticas, el principio de autoridad, la falta del libre examen, la erudición libresca, el mediocre interés por los hechos y el desprecio de los trabajos manuales de disección o cirugía, fueron causa de un retraso considerable en el progreso. Tales tendencias hubieran llevado a una situación casi estancada, pero felizmente en la época del Renacimiento se produjo un gran impulso renovador. Fueron los tiempos del descubrimiento de la imprenta, de la pólvora, de América, en que florecieron las artes y las ciencias mediante el estudio de **la** naturaleza".

La medicina, desde entonces, ha venido despojándose de la rémora **dogmática** y del empirismo primitivo, y se funda cada vez más en la observación de los hechos, en la experimentación y el raciocinio legítimo.

Sus métodos se perfeccionan continuamente y adquiere la dignidad de ciencia. Pero vemos que sus grandes adelantos se han debido a la introducción de nuevas técnicas y al concurso de varias ciencias adelantadas: Microscopio, Asepsia, Antisepsia, Rayos X, Radium, Laboratorio; he aquí seis <-osas que han hecho más por la Medicina en pocos años que la especulación teórica en muchos siglos. El microscopio, por ejemplo, fue inventado en la primera mitad del siglo XVII y, por supuesto, tuvo una inmensa influencia sobre la evolución de la ciencia, favoreciendo el desarrollo de la botánica, la zoología y la anatomía, y creando una nueva rama de la ciencia' médicas la bacteriología, Pasteur con él, descubre la existencia de los microbios, y con ello provoca toda una revolución en la Medicina, cotí la que principia la era microbiana.

Pero a pesar de los grandes adelantos de la Medicina como Ciencia -v como Arte, nunca hemos podido dar a la sociedad cuanto podemos y deberíamos dar; basta contemplar las angustias, penas, dolores y sufrimientos de las clases médico-sanitarias para que debamos comprender que es necesario orientar **a** la Medicina por el camino que pueda beneficiar a todas **las** clases sociales, dándoles de esta manera todo cuanto podemos y debemos.

## FISTULAS VASICOVAGINALES

Escribe: **DR. JUAN MONTOYA ALVAREZ,**  
Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General.

Nada nuevo he querido aportar al ocuparme de este difícil tema de Ginecología, simplemente quiero exponer mis experiencias en los pocos casos en que he tenido la suerte de accionar, ya en casos personales o en colaboración en casos de otros ginecólogos.

Para facilitar el desarrollo de este trabajo, lo he dividido en los siguientes subtítulos:

BREVE RESEÑA HISTORICA  
ETIOLOGIA  
SINTOMATOLOGIA  
DIAGNOSTICO  
HISTORIAS CLINICAS  
CONCLUSIONES  
BIBLIOGRAFIA

### Breve Reseña Histórica

Fué Ambrosio Paré quien por primera vez en el siglo XVI, se ocupó de este molesto estado morboso y propuso un método de tratamiento. Antes del descubrimiento del Forceps Obstétrico debe

---

*La Ciencia y Arte Médicos, conjunto de conocimientos y prácticas cuya elaboración se debe al concurso de una cadena infinita de hombres —de todas las épocas y todos los pueblos— que se valieron sucesivamente de las adquisiciones pretéritas y de los descubrimientos y de las técnicas contemporáneos, no podrían pertenecer a una clase social determinada ni siquiera a cierta Sociedad, y, por tanto, mucho menos constituir la propiedad de un individuo. No obstante, el ejercicio médico actual no es, en rigor, sino una explotación de la Medicina como una propiedad particular. Se trata, simplemente, de la apropiación arbitraria de un sistema de conocimientos y técnicas, del monopolio de una Ciencia y un Arte cuya creación es impersonal, colectiva. Podrá decirse que los médicos han adquirido tal derecho por sus estudios y sus erogaciones; pero una cosa que por su naturaleza no es de nadie en particular, sino de todos, de la Humanidad en general, no debe comprarse por la sencilla razón de que falta un propietario legítimo, autorizado para venderla.*

*Es necesario por consiguiente una transformación radical de la Medicina; la Medicina no puede persistir como una propiedad privada; debe convertirse en un servicio social; sólo por medio de la socialización de la Medicina, es que podremos obtener el mayor rendimiento posible en beneficio de la HUMANIDAD.*

Tegucigalpa, Octubre de 1948.

haberse presentado este accidente con mucha frecuencia, ya que entonces los únicos medios a que podía echar mano el partero para tratar los partos distócicos, eran unos cuantos instrumentos defectuosos para efectuar la craneotomía. Son tan conspicuos y enfadosos los síntomas de las fístulas véscicovaginales, que es imposible se pasen inadvertidos, y sin embargo de ello, pocas son las enfermedades a que está expuesta la, mujer, a que hayan dedicado tan poca atención los médicos de la antigüedad. Hasta la celulitis pélvica y otras enfermedades que sólo en tiempos recientes atrajeron la atención de los ginecólogos modernos, fueron descritas con claridad por los médicos de la escuela griega; en cambio, este estado morbozo tan molesto, que causa tanta infelicidad y hace desdichada la vida conyugal y que tan urgentemente demanda alivio, apenas fue mencionado.

La obra de Aetiios acerca de las enfermedades de la mujer y que contiene citas de Sorano, Aspasia, Galeno, Filomeno, Arquígenes, Leónidas, Rufo, Filagrio, Asclepiades y de todos aquellos escritores de neta, cuyas escrituras fueron guardadas en la biblioteca de Alejandría, que fue la sede de sus labores, en ninguno de ellos se hace mención de esta enfermedad. Como se ve, los escritores de las escuelas griega, romana y árabe, no tuvieron parte ni cooperación alguna en el tratamiento de la fístula véscicovaginal.

No es sino que hasta el año 1570, que Ambrosio Paré, propuso el cierre de la fístula véscicovaginal con ayuda del retináculo. En 1660, Roonhuysen, de Amsterdam, se valió del espéculo para reavivar los bordes de la fístula y unirlos con una aguja. En 1720, Vaelter, de Wurtember, aconsejó se emplease una aguja, un portaguja, hilo de seda o de cáñamo y una senda. En 1792, Fatio, de Basilea, hizo la sutura con un torzal, colocando a la paciente en la posición de litotomía. En 1812, Naegele, de Wurtember, reavivó con tijeras los bordes, los puso en coaptación con agujas y empleó la sutura de puntos separados. En 1817, Schreger, de Alemania, colocó a la paciente en decúbito ventral, reavivó los bordes e hizo la sutura con puntos separados. En 1825, Lallemand, de Francia, aplicó nitrato de plata a los bordes de la fístula y los unió con una "sonda erina" que pasó por entre la vejiga y logró curar cuatro pacientes de quince. En 1834, Gosset, de Londres, empleó la posición genuolecraneana, el espéculo elevador del perineo, la sutura con hilo metálico y la sonda de permanencia en la vejiga. En 1836, Beaumont utilizó la "sutura emplumada", o con pinzas. Jobert de Lamballe en 1837, recurrió a la autoplastia, trasplantando porciones de tejido de los labios vulvares, de las nalgas o de los muslos. Hatward en 1840, de Boston, dio cuenta de tres pacientes curadas por medio del reavivamiento de los bordes y de la sutura con seda. Este cirujano mejoró notablemente la técnica y cooperó al buen éxito de la operación, al reavivar no tan sólo<sup>1</sup> los bordes de la fístula, sino también las superficies vaginales contiguas. Pero es a Marión Sims, de los Estados Unidos de Norte América, a quien se *Cebe* el mérito de haber combinado los tres medios que son indispensables para alcanzar el buen éxito operatorio, tales son: el espéculo, la sutura y la sonda.

Los principios a que Sims tiene derecho, son:

1°—El método por cuya virtud pedía distenderse y explorarse la vagina.

2°—El método de sutura que no tenía probabilidades de provocar inflamación ni ulceración.

3°—La manera de conservar vacía la vejiga durante el proceso de cicatrización

### Etiología

Desde el punto de vista etiológico, se las divide en obstétricas, ginecológicas, traumáticas, propiamente dichas, actinogénicas, neoplásicas e inflamatorias.

Las fístulas véscicovaginales de tipo obstétrico se producen por diversos mecanismos; en el período expulsivo, la cabeza fetal es empujada a través de la excavación pelviana y las partes blandas del conducto útero vaginal se distienden al máximo, a la vez que son comprimidas, más o menos violentamente, pero en forma pasajera, en el parto normal. Si esta comprensión es más intensa y duradera, las partes blandas comprendidas entre la cabeza fetal y el pubis, son perturbadas en su circulación; ésta disminuye y la isquemia consecutiva compromete la vitalidad de los tejidos. Se forman así escaras que al eliminarse en la primera semana del puerperio dejan pérdidas de substancia de extensión variable y se constituye la fístula.

La necrosis puede producirse en la pared vaginal, en el tabique uretrovéscicovaginal y en el uréter, pero el órgano más expuesto es siempre la vejiga; de ahí que las fístulas más habituales determinadas por los traumatismos obstétricos sean las de tipo véscicovaginal.

Otras veces la fístula obedece a una desgarradura del tabique véscicovaginal consecutiva a un parto rápido y violento.

Finalmente, las fístulas véscicovaginales obstétricas pueden ser producidas por una operación relacionada con el parto: aplicación, de fórceps o cefalotribo, sinfisiotomía, etc., efectuadas con técnica incorrecta.

En estos casos la fístula se constituye precozmente, determinando una incontinencia urinaria inmediata; en cambio, en las fístulas por partos distócicos, que tardan unos días en producirse, sobreviene la incontinencia más o menos tardíamente.

Las fístulas véscicovaginales de tipo ginecológico son consecutivas a operaciones sobre los órganos genitales como histerec-tomías ampliadas por vía vaginal o abdominal, correcciones de prolapso, etc., efectuadas con fallas de técnica, o determinadas por las condiciones locales de la afección: infiltración neoplástica del tabique véscicovaginal, en los tumores malignos del cuello uterino, vagina o vejiga.

Es posible también que el origen de la fístula sea un flemón o absceso abierto simultáneamente en vejiga y vagina, o un pesario o cuerpo extraño en la vagina, que hayan determinado una

ulceración o por lesión tuberculosa o sifilítica localizada en la vejiga o vagina.

Las fístulas véscicovaginales traumáticas propiamente (dichas, son rarísimas, pues dada la situación anatómica de dichos órganos es muy difícil que un agente vulnerante pueda herirlos.

Las fístulas véscicovaginales traumáticas dichas son aquellas, producidas por radio-necrosis por exceso de dosis, lo que entraña, un error de técnica, o por fusión neoplásica del tabique véscicovaginal consecutiva a la destrucción, por el radio de un carcinoma que ha infiltrado dicho tabique, o por hipersensibilidad tisular a las radiaciones.

De acuerdo con el asiento de la pérdida de sustancia, las fístulas véscicovaginales se subdividen en: a) véscicoureterovaginales, b) véscicocervicovaginales, c) véscicovaginales propiamente dichas y d) véscicouretrovaginales.

### Síntomatología

El síntoma fundamental es, naturalmente, la pérdida de orina por la vagina, que puede ser continua o intermitente.

Si la comunicación entre la vejiga y la vagina es amplia, la pérdida de orina es continua y la enferma no consigue una micción-voluntaria.

Cuando el calibre de la fístula es pequeño, la pérdida de orina es continuada: pero la vejiga puede retener cierta cantidad que permite a la enferma orinar voluntariamente.

En las fístulas pequeñas y bajas, la pérdida es intermitente, de acuerdo con la posición de la enferma; cuando está acostada, durante cierto tiempo no pierde orina, porque ella se acumula en las porciones más superiores de la vejiga, en cambio, durante la estación de pie la pérdida es permanente. Cuando la fístula está, situada más arriba, sucede lo contrario: la paciente pierde orina en la posición acostada y no en la vertical.

Las mujeres con fístulas véscicovaginales, en procura de un alivio transitorio recurren a ciertos artificios para transformar una pérdida permanente en discontinua, así por ejemplo: algunas adoptan la posición acostada o de pie, otras el decúbito ventral, y, finalmente, algunas consiguen retener en la vagina cierta cantidad de orina, contrayendo los muslos y los músculos del suelo pelviano.

Cuando la paciente expresa que la orina se escapa permanentemente y que no tiene ninguna emisión voluntaria, se trata de una fístula uréter o vaginal bilateral, o de una fístula véscicouterina, o, lo que es mucho más probable, de una gran fístula véscicovaginal. Si en cambio la enferma manifiesta que tiene micciones normales además de la incontinenia, se tratará de una pequeña fístula véscicovaginal o de una fístula uréterovaginal unilateral que vuelca la orina en la vagina en tanto que el uréter indemne la elimina en la vejiga.

### Diagnóstico

Es muy fácil en la mayoría de los casos por los antecedentes del parto o de la intervención **obstetroginecológica** y por la pérdida de orina manifestada por la enferma y comprobada por el médico. Hay que evitar el error de tomar por una fístula la incontinencia de orina debida a parálisis del cuello vesical que suele observarse en las púerperas. En este caso, el examen revelará la integridad del tabique véscovaginal y que la orina sale por el meato uretral.

Diagnosticada la fístula, es necesario **reconocer** exactamente su localización, sus dimensiones, así como las lesiones concomitantes.

Cuando la fístula data de algún tiempo, la pérdida incesante de orina, al principio tolerada por la vagina, y la vulva, acaba por irritarlas y se producen escoriaciones, lesiones inflamatorias, y en ciertos casos verdaderas ulceraciones. La vagina es estrecha, y en la vulva y regiones vecinas es constante el eczema y el olor urinoso que mortifica a las enfermas y puede llegar a impedirles la vida de relación. Las **diversas** lesiones asociadas que suelen observarse complican el cuadro determinado por la fístula, y al modificar los tejidos entorpecen la cicatrización postoperatoria. Por otra parte, sino se trata la fístula, sobrevienen procesos inflamatorios crónicos que pueden comprometer a la vejiga y a la parte más alta del árbol urinario, con las consiguientes serias consecuencias.

Las pacientes deben ser cuidadosamente examinadas con valvas, y en ciertos casos es necesario colocarlas en posición genupectoral o en decúbito lateral de Sims. En los casos favorables la fístula se visualiza como un orificio más o menos grande, redondeado, ovalado o estelar, de bordes rojizos que corresponden a la mucosa vesical ectropionada. En las **fístulas** viejas los bordes están espesados y **esclerosados**. La inyección en la vejiga de líquidos coloreados, como el permanganato de potasio o azul de metirreno, permitirá conocer la localización de la fístula al ser **eliminados** les por ella a través de la pared vaginal si se trata de una **fístula** véscovaginal pequeña o del orificio cervical si es una fístula véscouterina, mejor dicho, véscocervical.

Cuando se consigue obtener cierta cantidad vesical obturando el orificio fistuloso con un balón pequeño introducido en la vagina, es posible practicar una cistoscopia, la cual, al mostrar las características de la fístula y revelar el buen funcionamiento de los uréteres, permite descartar su lesión. El examen cistoscópico permite averiguar igualmente la existencia de inflamación vesical y su localización, asunto de gran importancia, ya que si **tal** cosa se comprueba, debe instituirse el tratamiento adecuado, antes de resolver cualquier intervención.

### Historias clínicas

En los últimos tres años de mis labores hospitalarias **he tenido** la suerte de observar diez casos de fístulas véscovaginales.

En dos casos actué en colaboración con el Prof. Dr. Juan A. Mejía M., se trataba de dos enfermas cortadoras de fístulas véscicovaginales consecutivas a partos prolongados por distocias pélvicas, asistidas dentro de los límites de la obstetricia primitiva. Mujeres jóvenes primigéatas veían al iniciarse en el cumplimiento del noble deber de la maternidad que la naturaleza les había impuesto; truncado su bienestar personal y su felicidad conyugal, convirtiéndose en desdichados seres presos de desesperación, miseria, y sufrimiento, por causas de una fístula véscicovaginal incurable.

En una de ellas el cuadro se hacía más doloroso, pues a la fístula véscicovaginal, se agregaban las molestias de una fístula, rectovaginal.

En estas enfermas el Profesor Mejía, intentó la reparación ensayando las mejores técnicas descritas en los tratados de Ginecología, pero los resultados siempre fueron nulos.

En vista del constante estado de desesperación que su estado causaba a las pacientes, y de la insistente petición de operación por parte de ellas, y dadas las condiciones irreparables de dichas fístulas, ya que la abertura de la vejiga era tal, que permitía la penetración de la mano en la cavidad a través de la vagina, y de la destrucción casi total de la uretra en ambas enfermas, decidióse el Prof. Mejía por una implantación de ambos uréteres en el rectosigmoideo.

Fue así cómo después de un preoperatorio apropiado que nos constituimos en la sala de operaciones, con objeto de hacer la operación siguiendo la técnica de Coffey de la implantación simultánea de los uréteres. Los resultados demás está decirlo que fueron buenos desde el punto de vista mediato, pues las enfermas mejoraron y el recto convertido en receptáculo funcionó perfectamente. De estas enfermas se han tenido noticias después de diez meses, y su estado, continuaba siendo aparentemente normal.

El tercer caso es personal, se trata de María Herminia Cerrato, de 24 años de edad, soltera, vecina de Maraita, que ingresó al servicio de Ginecología el día 23 de octubre de 1947, quejándose de una incontinencia de orina consecutiva a un parto laborioso.

Enferma secundípara de pelvimetría normal, cuya distocia fue debida probablemente a un exceso de volumen de la cabeza fetal, ya que su parto anterior había sido normal; nos contó la enferma que unos cinco días después del parto, sintió que le fluía la orina por la parte y que desde entonces no volvió a sentir deseo de orinar, mojando continuamente sus ropas.

Por el examen ginecológico pude comprobar que la orina fluía continuamente por la vulva, el tacto combinado me puso de manifiesto la existencia de la ruptura de la vejiga en una extensión como de ocho centímetros, pudiendo por consiguiente introducirse cuatro dedos en su cavidad, la ruptura era muy baja, casi al nivel del cuello de la vejiga, además por el cateterismo de la uretra se puso de manifiesto la ruptura de ésta a nivel del cuello vesical, pues se veía salir por este punto la extremidad de la sonda introducida por el meato urinario.

La observación demostró también irritaciones y trastornos inflamatorios del periné y regiones circunvecinas de la vulva, consecutivas a la constante irritación por la crina. Con estos datos senté el diagnóstico de fístula véscicouretrovaginal.

Después de un cuidadoso preoperatorio apropiado dado que su estado general era bastante malo, decidí operarla el tres de noviembre de 1947. Elegí el método de reparación en dos planos por despegamiento de las dos paredes vesical y vaginal y luego reconstrucción por simple sutura continua, - con catgut crómico N<sup>o</sup> 1 para la pared vesical y N<sup>o</sup> 2 para la pared vaginal. Simultáneamente reconstruí los dos extremos de la uretra seccionados por anastomosis terminoterminal hecha con sutura a puntos separados con catgut crómico N<sup>o</sup> 1. La intervención, demás está decirlo, fue muy laboriosa.

Una vez terminada la operación coloqué una sonda permanente, y a través de ella hago unas instalaciones de azul de metileno, advirtiéndome con sorpresa que no hay escape a través de las suturas.

En estas condiciones es trasladada la enferma al servicio, en donde va bien durante una semana, al cabo de la cual el escurrimiento reaparece.

Después de cuatro semanas y perdidas las esperanzas de reparación espontánea, ya que la fístula era de regular proporción, daba cabida a un dedo; decido nueva intervención, y así el ocho de diciembre de 1947, le hago la segunda operación, siguiendo el procedimiento anterior, nueva prueba con azul de metileno al finalizar la intervención, y satisfecho del resultado inmediato, hago trasladar la enferma al servicio.

Después de doce días de encarnamiento absoluto, el escurrimiento hace su reaparición, pero para entonces una cantidad de 900 a 100 gramos de orina es eliminada por la sonda permanente, siendo pequeña diferencia la que se escurre por el orificio fistuloso.

Un nuevo examen practicado tres semanas después de esta última operación, nos pone de manifiesto la presencia de un pequeño orificio — 3 milímetros de diámetro — a través del cual se infiltra la orina de una manera, continua gota a gota.

Con fecha 5 de enero llevé de nuevo la enferma a la sala de operaciones, e intenté la oclusión haciendo un orificio circular alrededor del orificio circular fistuloso, para luego suturar sus bordes y a continuación traslapé la pared de la vagina sobre esta última sutura vesical. El resultado fue malísimo, pues la enferma presentó el escurrimiento desde el segundo día de la intervención.

Considerando como un fracaso esta última intervención, decidí el 27 de febrero de 1948 una cuarta intervención; para entonces principié por hacer el despegamiento del orificio fistuloso y de la vagina, a continuación sorgeté circularmente dicha fístula infundibulizando a continuación dicho orificio fistuloso; en seguida sorgeté nuevamente dicha infundibulización, con objeto de hacer nueva infundibulización, y por último sorgeté la parte correspondiente de la pared vaginal anterior.

Después de esta cuarta y última intervención, la enferma

no presentó escurrimiento durante el tiempo que permaneció encamada —20 días— pero luego que le quité la sonda permanente y se le permitió la deambulacion notó que se mojaba liberamente, —sobre todo después de mucha ejercicio—, pero ya para entonces la enferma tenía micciones espontáneas.

Al hacer nuevo examen ginecológico es imposible por la simple inspección encontrar el orificio fistuloso; y, no fue sino después de haber llenado completamente la vejiga de una solución de suero fisiológico con azul de metileno, y de ordenar a la enferma a hacer esfuerzos de micción, que se logró descubrir dicho orificio en uno de los pliegues de la vagina. Entonces encamé a la enferma con sonda permanente durante un mes, haciéndosele instilaciones de 20 cc. de una solución de Argirol al 10 % cada tres días, luego la enferma fue levantada, estando para entonces completamente<sup>1</sup> curada.

En el tercer caso, también personal, se trata de Gertrudis Ortiz, de 23 años de edad, casada, primigesta, procedente del departamento de Olancho, quien ingresó al servicio de Ginecología el día 12 de febrero de 1948- a curarse de una incontinencia de orina.

Más o menos un mes antes de su ingreso al servicio,—según referencias que nos hizo la enferma—, tuvo un parto distócico por estenosis pélvica; cinco días después de este parto laborioso —cuatro días en trabajo, que dio como resultado la expulsión de un feto muerto—, notó que la orina le fluía por la parte y desde entonces no ha vuelto a sentir deseos de orinar.

El aspecto de la enferma es de desnutrición acentuada, acompañada de una debilidad general que le imposibilita valerse de sí misma para el cumplimiento de sus necesidades fisiológicas y de la vida de relación.

Enferma pirética, taquicárdica, toxémica El examen de bajo vientre nos pone de manifiesto la presencia de una masa semi dura, que se extiende hasta cuatro traveses de dedo por encima del pubis y que es dolorosa a la palpación.

Al examen ginecológico se nota por la simple inspección de la vulva, la fluidez continua de la orina, y en las regiones circunvecinas de los órganos genitales externos, se<sup>1</sup> notan excoaraciones y procesos inflamatorios.

El sondeo de la vejiga nos muestra la ruptura de la vejiga en la vagina en una extensión de 10 centímetros.

Por el tacto abdomino vaginal es fácil introducir varios dedos en la cavidad vesical. Los fondos de saco uterinos, están ocupados y dolorosos.

Con todos estos datos se hacen los diagnósticos siguientes: peritonitis pélvica y fístula vésicouretr vaginal de origen obstétrico.

Se procede a les exámenes de laboratorio y se encuentra en un primer examen de sangre:

Glóbulos rojos, 2.010.000.

Glóbulos blancos, 10.000.

Hemoglobina, 40%

Fórmula leucocitaria:

P. N., 70%.

L., 24%.

G. M., 3%

E., 3%.

Hematozooario, negativo.

T. de C, 10 minutos.

T. de S., 8 minutos.

Reacción de Kahn, negativa.

Se ordena un tratamiento antianémico, dietético tónico general; y el 28 de febrero se le hace una trasfusión de 350 gramos de sangre citratada.

Un nuevo examen ordenado una semana después de la trasfusión nos reportan:

Glóbulos rojos, 2.620.000.

Glóbulos blancos, 6.700.

Hemoglobina, 65%

Cinco días después nos dan el siguiente resultado, a nueva riqüisición:

Glóbulos rojos, 3.280.000.

Glóbulos blancos, 10.700.

Hemoglobina, 65%.

Fórmula leucocitaria:

P. N., 78%.

L., 19%.

G. M., 2%.

E., 1%.

Hematozooario, negativo.

T. de C, 6 minutos 30 segundos.

T. de S-, 5 minutos.

Después de un tratamiento médico eficiente a base de reposo absoluto, bolsa de hielo, quimioterapia por las sulfas y penicilinoterapia sin lograr el beneficio esperado, resuelvo intervenir su **pelviperitonitis** quirúrgicamente.

Con este objeto es llevada la enferma a sala de operaciones el 12 de marzo de 1948, en donde es laparotomizada infraumbilicalmente; luego de abrir el absceso pélvico y de liberar las adherencias, precedo a la extirpación de las trompas, acto que acompaño de histerectomía fúndica y ovariectomía bilateral, en vista de las graves lesiones que interesaban estos órganos.

El abdomen fue drenado mediante cigarros, y durante el acto operatorio fueron transfundidos 300 gramos de sangre citratada diluidas en suero Rínger.

Diez días después la enferma está completamente restablecida de esta primera intervención.

Con fecha 25 de abril del mismo año, resuelvo su primera intervención de reparación de su fístula, y, con tal objeto, elijo el procedimiento del desdoblamiento y sutura de las dos paredes—vesical y vaginal—independientemente; reconstruyendo además en el mismo acto operatorio, la ruptura de la uretra.

El fracaso no se hizo esperar, la enferma siguió emitiendo orina desde el primer momento, y un examen practicado una se-

mana después, nos demostró la presencia de la fístula y la inutilidad del acto operatorio.

El 3 del mes siguiente, intento nueva reparación, siempre por vía vaginal, usando el mismo procedimiento, pero en este acto operatorio dadas las condiciones de la región a operar—vulva pequeña, periné duro e inextensible— y con objeto de **ampliar el in-tríto** para facilitar las maniobras, decido hacer dos episiotomías oblicuas, derecha e izquierda.

A pesar de todo esto, las dificultades fueron extremas, y después de varias tentativas infructuosas, consideré imposible un afrontamiento verdadero de las dos paredes vesical y vaginal.

Perdidas las esperanzas de reparación por vía vaginal, y después de una espera **prudencial**, que aproveché para seguir reforzando las defensas de la enferma, decidí una tercera intentona de reparación; pero ya para entonces quise aprovechar la vía abdominal para practicar la operación de Legué.

Fué así, cómo el 17 del siguiente, mes me constituí en la sala de operaciones y por laporatomía infraumbilical abordé la vejiga; la operación resultó muy difícil, pues con gran dificultad pude llegar al orificio fistuloso.

Como resultado de esta última intervención obtuve la reparación de la vejiga; quedándome todavía el problema de la uretrorrafia, la que tengo pendiente para próxima intervención; dada la urgencia con que es solicitado este trabajo, me fue imposible informar sobre el resultado final de esta enferma, de quien tendré el gusto de informar en artículos siguientes.

Los otros casos de fístulas véscicovaginales a que hago referencia, han sido casi siempre de origen neoplásico, y, en ellas, no he hecho más que, honradamente hablando, diagnosticarlas.

#### Conclusiones

1°—Las fístulas véscicovaginales, constituyen uno de los más difíciles problemas a resolver, por la mayoría de los ginecólogos.

2°—Excepto las fístulas genitales de origen neoplásico, en las que el ginecólogo moderno no tiene nada que hacer; en las fístulas genitales de otras etiologías, siempre — dados los progresos de las técnicas ginecológicas—, encontraremos un tratamiento apropiado a cada caso, con el que beneficiaremos notablemente nuestras enfermas.

3°—En nuestra práctica hospitalaria hemos encontrado siempre predominando como causa etiológica de este molesto mal, el parte: es en el momento de cumplir con el noble y grande deber de la maternidad, que la naturaleza ha impuesto al sexo débil, que nuestras mujeres corren el riesgo de adquirir una fístula genital, tronchando en flor de esta manera su dicha conyugal, y teniendo que arrastrar a través de su existencia el drama oculto, el callado martirio de una fístula genital refractaria a toda intervención reparadora.

4°—Con los adelantos de las técnicas ginecológicas, siempre es posible, revistiéndose de un poco de paciencia y buena voluntad,

# UN CASO DE RUPTURA DE LA VEJIGA

Por el Dr. ÁNGEL D. VARGAS

## Desarrollo:

A—ANATOMÍA DE LA VEJIGA B—  
FISIOLOGÍA DE LA VEJIGA C—  
HISTORIA CLÍNICA D—  
CONSIDERACIONES DEL CASO E—  
BIBLIOGRAFÍA.

### A—Anatomía de la vejiga

La vejiga es un reservorio muscular, la cual sirve para recoger la orina que se va formando en los riñones. Cuando está vacía descansa casi enteramente en la pelvis; cuando distendida asciende, ocupando la cavidad **abdominal**, pudiendo llegar hasta el ombligo. En el niño la vejiga es alargada y angosta y cuando hay retención de orina se extiende relativamente alto en la cavidad - abdominal. La capacidad media es de medio litro en el adulto, capacidad que es un poco más grande en la mujer. El vértice de la vejiga está unido al ombligo por medio de un cordón fibroso, el uraco, el cual puede ser el sitio de tumores o quistes de origen embrionario. El cuello de la vejiga se continúa con la uretra y en el hombre está rodeado por la próstata. Las arterias de la vejiga provienen de las ilíacas internas y de la hemorroidal media. Los linfáticos acompañan a las venas y terminan en los ganglios hipo-

hacer mucho con estas desdichadas enfermas poseedoras casi siempre de distocias pélvicas, y asistidas en sus partos por medios primitivos; y cuando hayáis aliviado una de estas enfermas, estar seguro que el reconocimiento por parte de ella será eterno, aparte de la legítima vanidad que sentiréis de haber hecho un bien apreciable.

5<sup>o</sup>—Pero es precisamente evitando que se produzcan, cómo - debemos combatir tan molesto mal; y es por medio de la, observación rigurosa de las reglas de 3a obstetricia moderna, en el momento de trabajo de parto de nuestras futuras madres, cómo veremos desaparecer del **campo** de la ginecología las fístulas genitales de origen obstétrico, con lo que habremos alcanzado un grado más de evolución en los progresos de la medicina.

### Bibliografía

Crossen & **Crossen.**, Ginecología Operatoria Crossen & Crossen, Enfermedades Genitales de la Mujer. Calatroni-Ruiz, Terapéutica Ginecológica. Christopher, tratado de Patología Quirúrgica.

gástricos. Los nervios vienen de dos fuentes: los segmentos sacrosuplen los nervios pélvicos y los segmentos lumbares superiores las fibras hipogástricas.

#### B—Fisiología de la vejiga

La vejiga, así que se llena gradualmente, se contrae rítmicamente, y estas contracciones se amplían a medida que la vejiga se va llenando. Cuando la capacidad de la vejiga es alcanzada, se verifica una contracción y luego un reflejo nervioso, el cual si es atendido por los centros, la contracción se intensifica provocando la abertura de los esfínteres vesicales. Si la contracción primera no logra estimular los centros, entonces la vejiga llegará a un nivel alto de tensión. Como una regla, los niños orinan después que el primer estímulo alcanza los centros espinales reflejos. En el adulto estos centros espinales están enteramente bajo el control o influencia de la corteza cerebral. Después que los centros superiores han ganado control, los centros espinales, aun estimulados, no actúan hasta que los centros corticales suspenden su influencia inhibitoria. Cuando los niños no han alcanzado un control voluntario, ellos pueden orinarse durante el sueño. Significa esto que los "mecanismos" inhibitorios superiores no han ganado completo control sobre los centros inferiores, como sucede en el adulto.

La pérdida de función de uno de los esfínteres vesicales, no resulta en incontinencia de orina. La función de ambos esfínteres; tiene que estar abolida antes de que la incontinencia se establezca. Muy a menudo en la sífilis medular, la vejiga pierde su sensibilidad, de tal modo que los impulsos para vaciarla no son recibidos, sobreviniendo una dilatación vesical. Parte de la orina es expulsada: de rato en rato, causando la incontinencia paradójica, incontinencia con vejiga llena.

#### C—Historia clínica

La siguiente observación es de un paciente operado de urgencia.

L. M. L., de 29 años, soltero, labrador mestizo, hondureño, originario de San Juancito. ingresó al Hospital San Felipe el 16 de marzo de 1948, a curarse de un dolor del vientre.

Histeria de la enfermedad,—Refiere el enfermo que el 15 de marzo del presente año, como a las dos y media de la tarde y después de estar ingiriendo aguardiente con un amigo, éste le dio un fuerte puntapié en el vientre, que lo lanzó a tierra, produciéndole un fuerte dolor en el hipogastrio, acompañado de insoportables deseos de orinar, y que con cierto esfuerzo se levantó para orinar, haciéndolo sin dificultad. Al momento sintió exacerbación del dolor, optando por irse a su cama y una vez en ésta quiso incorporarse para orinar, pero no pudo, desvaneciéndose y perdiendo el conocimiento, lo cual, al parecer, le duró poco. Después no podía moverse porque sentía un fuerte calambre doloroso que se irradiaba del hipogastrio a la región pectoral y axilar derecha; tem-

prano de la noche fue examinado por el médico del lugar, practicándole un cateterismo vesical que provocó la salida de sangre, "pura sangre", según palabras del enfermo, y viendo que la hematuria no cesaba, indicó se trasladara al contundido al Hospital San Felipe lo más pronto posible.

Enfermedad actual.—Nuestro paciente se presenta con un aspecto de suma gravedad, la apariencia de un intoxicado. El pulso es filiforme y acelerado, cara pálida y estado ansioso. A la inspección, el abdomen se nota un tanto abombado. A la palpación hay dureza abdominal, dolor más marcado en el hipogastrio. Hay presencia de sangre en el meato. No ha orinado. Al tacto rectal se percibe distendido, renitente y doloroso el fondo de saco rectovesical. Con esta sintomatología y sin hacer ninguna exploración intravesical se hizo el diagnóstico de "ruptura intraabdominal de 3a vejiga". El recuento de glóbulos blancos que se hizo inmediatamente fue de 15.700. Pocos minutos después se le traslada a la sala de operaciones para ser intervenido.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nada digno de mención.

Estado actual:

Cabeza y cara: normales.

Cuello: normal.

Tórax: normal.

Abdomen: buena prensa abdominal. Dolor y contractura en todo el abdomen.

Hígado: normal.

Bazo: normal.

Riñones: no se palpan. Anuria y presencia de sangre en meato.

Temperatura: 38.2.

Examen labora tonal:

R. de Kahn: positivo más cuatro.

G. R.: 3.450.000

G. B.: 15.700

N.: 64%

L.: 16%

Gm.: 16%

E.: 4%

Hb.: 50%

Hematozoalo: negativo.

Tiempo de coagulación: 9 minutos.

Heces: abundantes colibacilos.

Operación.—Anestesia etérea —Posición en Trendelenburg. —Incisión infraumbilical. abertura de la hoja aponeurótica anterior del recto derecho, a medio cm. de la línea alba, retracción del recto hacia fuera, abertura de la hoja posterior con el peritoneo. Al sólo caer en la cavidad abdominal se ve gran cantidad de líquido sanguinolento; se coloca un rollo para apartar la masa intestinal de la cavidad pélvica, y aspirar el líquido presente; por el olor se comprueba que es orina mezclada con sangre. Explórase la vejiga, encontrándose una ruptura de su cara posterior, orientada en el

## UN CASO DE NEUROFIBROMA

Por el Dr. MANUEL CACEKES VIJIL

PAULA JUANES CORTES, de 22 años de edad, mestiza, soltera, y de oficios domésticos, nacida en la aldea de El Carrizal, departamento de Francisco Morazán, residente en el mismo lugar, ingresó al Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital San Felipe el día 10 de abril de 1947, a curarse de parálisis de las piernas.

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

sentido de su eje longitudinal. Sutúrase en dos planos: músculo-muscular y sero-serosa. Sutúrase el peritoneo sin dejar dreno en la cavidad abdominal. Drénase la vejiga extraperitonealmente con sonda de Pezzer. Cierre de los planos con catgut. Déjase sonda uretral permanente.

Post-operatorio.—Suero glucosado isotónico intravena. Niketamida. Penicilina y sulfas. Tratamiento antilúético. A los nueve días se le quitaron los puntos; al décimo, la sonda de Pezzer, y a los 15 días la sonda uretral, haciéndole de antemano un lavado vesical antecéptico. Fue un post-operatorio feliz. Se le dio salida a los veinte días?

### D—Considera alones del caso

Este enfermo fue atendido en cuanto llegó al Hospital por el Practicante de Turno, Valenzuela, quien me llamó para consulta y quien sospechó una ruptura de la vejiga. Lo exploré, estando de acuerdo con el diagnóstico hecho. Demás está decir que un examen radiológico salía sobrando, pues el enfermo no hubiera resistido el tiempo que se toma para un examen de Rayos X. El sondeo, aun con la mejor asepsia, podía haber llevado una infección a la cavidad abdominal. Los conmemorativos y la exploración se impusieron en este bellissimo caso, satisfaciendo una vez más los esfuerzos hechos por salvar una vida.

### E—Bibliografía

Testut-Latarget.—Anatomía Humana.

Thorek.—Modern Surgical Technic.

James I. Farrell.—Text-book of Surgery, by Christopher. Y

Tegucigalpa, D. C, mayo de 1948.

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

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

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

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

Anamnesia lejana.—Ha padecido de sarampión, paperas, calenturas, tos y catarros.

Funciones orgánicas generales.—Apetito normal. Insomnio con frecuencia; polaquiuria y micciones involuntarias. Impotencia funcional en los miembros inferiores con abolición de las sensibilidades.

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

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

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

Exploración física.—Estado general: Enferma en decúbito supino con desplazamiento al decúbito lateral a voluntad aunque con alguna dificultad. Puede sentarse si se le ayuda; no puede mantenerse en pie ni mucho menos caminar. Piel, morena y pálida, con discromías cicatrizales secuelas de quemaduras; descamación epitelial de ambas piernas. Cabello abundante, Facies normales: Psiquismo, normal; la enferma sostiene una conversación sin ninguna dificultad. No hay disartria ni disfonía. Estatura mediana; sistema osteoarticular, normal; panículo adiposo, uniformemente distribuido; miembros inferiores, ligeramente atrofiados. Marcha imposible. Temperatura: 37°, pulso 80 por minuto. Sistema nervioso: enferma que yace en decúbito supino, si se le sienta mantiene esta posición si se le ayuda, y para ello no siente ningún dolor y es imposible ponerla de pie, porque al intentarlo hay flexión en ambas piernas con rigidez en esta posición. La marcha es del todo imposible.

Examen de aparatos.—Aparato digestivo.—Boca con dentadura incompleta y en mal estado. Lengua aframbuesada y con fi-

suras. Pirosis después de las comidas. No hay vómitos. Exoneraciones normales. Hígado normal. Bazo percutible. La palpación no se puede llevar a cabo porque el abdomen está contracturado.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato respiratorio:—Tórax con **incursiones** costales normales, adelgazamiento sin ninguna deformación manifiesta. Pulmones normales. Aparato urinario. Micciones en número de cinco al día en poca cantidad, algunas de ellas involuntarias, sin ardor ni dolor al verificarse la micción. Se le hizo cateterismo de la vejiga y se le extrajo regular cantidad de orina, de un color amarillo intenso.

Aparato **genital**: Normal.

Sistema linfático.— Micropoliadenopatías inguinales bilaterales.

Sistema nervioso.—Enferma en decúbito dorsal desde hace cinco meses aproximadamente.

Exploración. —Miembros superiores: No hay dismetría, asinergia ni cinecia, no hay incoordinación motora. Motilidad activa, normal; motilidad pasiva, normal. Sensibilidad superficial, normal. Sensibilidad profunda, normal. Sensibilidad térmica y al dolor, normales. Reflejos: bicipital y masetérico, normales. EpitrocLEAR un poco disminuido.

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

Tronco. —Cara anterior: sensibilidad superficial, normal hasta el nivel de la novena costilla, lo mismo las sensibilidades térmicas y al dolor. De la novena costilla hasta la última están abolidas las sensibilidades, lo mismo en el abdomen. Reflejo abdominal abolido. Músculos con fracturados que dificultan la exploración manual.

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

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

Motilidad activa: abolida. Motilidad pasiva: abolida.

Reflejos. —Tendinosos: rotuliano exagerado y aquiliano exagerado.

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

Signos de Gordon y Oppenheim: positivos.

Clónulo de la rótula: negativo.

Clono del pie: positivo.

Reflejo dorcuboideo de Mendel **Betchterew**: negativo.

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

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

Exámenes de Laboratorio.—Examen de sangre: recuento globular:

Glóbulos rojos: **3.200 000**

Glóbulos blancos: 10.900

Homoglobina 55%

Hematozooario: negativo

Fórmula leucocitaria: N., 92%; L. 6<sup>ª</sup> Á ; P. E. 2%.

Examen de orina: color ámbar, densidad 1010, reacción ligeramente alcalina. Leucocitos y hematíes, 9 por campo (se hace la observación de que la enferma estaba con su regla).

Reacción de Kahn: negativa.

Punción Lumbar: líquido transparente, muy escaso y sumamente hipótenso, por lo que se extrajo muy poca cantidad. Prueba de Quequen Stookey: negativo.

**Mielografía.** —12 de abril de 1947. —La investigación en el descenso del lipiodol mostró que éste **se detiene brusca y totalmente** entre la 4a. y 5a. vértebras dorsales. Al mismo tiempo se observa una sombra de contornos redondeados netos que partiendo del lado derecho del **mediastino** avanza sobre el campo pulmonar medio del mismo lado. Por otra parte existe destrucción de la 6a. y 7a. costillas en su porción posterior y de la apófisis transversas y pedículos de las vértebras 6a. y 7a. dorsales. No hay desviación del mediastino.

Impresión.—Neoplasia originada en el tejido conectivo probablemente en el periostio de las costillas o en el sistema ligamentario o perióstico de las vértebras (Sarcoma).

**Diagnóstico:** Comprensión medular por tumor.

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

Autopsia.—Tumor a nivel de la 5a., 6a., 7a. y 8a. vértebras dorsales con destrucción de los cuerpos vertebrales y de las costillas del lado derecho en su parte posterior. Tumor del tamaño de una naranja mediana, encapsulado, Heno de un tejido sólido de aspecto gaseoso y marrilento, no había secreción en el interior y

## SOBRE UN CASO DE PELIOSIS REUMATOIDEA O PURPURA SIMPLE

Por el Dr. JUAN A. MEJIA M.

PABLO LÓPEZ, de 22 años, soltero, militar nacido en Santa Rosa de Copan y domiciliado en Tegucigalpa, ingresa al Pensionado Militar el dos de febrero de 1948 a curarse un dolor en el hueco epigástrico.

Antecedentes próximos: Refiere el enfermo que su mal data desde hace diez días aproximadamente, Comenzándole por fuerte dolor en el epigastrio, y radiándose hacia el hipocondrio izquierdo, dolor que le sobrevino sin causa aparente y que aumentaba con la ingestión de alimentos; este dolor fue acompañado de vómitos biliosos, evacuaciones diarreicas y elevación térmica; el enfermo continúa en ese estado durante cuatro días más, hasta que tomó un purgante salino y el día siguiente 30 gotas de elixir paregórico con lo cual obtuvo una mejoría. El dolor pierde sus caracteres de intensidad, pero no desaparece del todo, conservándose siempre débil. Nos cuenta además que un día antes de la aparición del dolor en el epigastrio notó la presencia de pringas rojas en las piernas acompañadas de dolor en las mismas, prolongándose hasta en los pies, dolor que le impedía apoyar los pies en el suelo; al mismo tiempo sintió dolores en todos los huesos lo mismo que en las encías, presentándose una que otra vez pequeñas hemorragias gingivales ligeras.

Antecedentes lejanos: En su infancia, sarampión, varicela, tos ferina, viruela; en la edad adulta, paludismo, blenorragia, chancro duro hace dos años.

Antecedentes familiares: Padre vive y es aparentemente sano; madre murió al parecer de hemorragia cerebral; tuvo seis hijos no hay historia de aborto.

Antecedentes colaterales: Sin importancia.

Antecedentes específicas: Sumbido de oídos, cefaleas frecuentes, dolores de garganta, dolores osteocopos, chancro duro hace dos años, examen de Kahn más cuatro, hace un mes.

Funciones orgánicas generales: Anorexia, sed aumentada, defeca 4 a 5 veces al día, más o menos de carácter normal, 5 o 6

---

no se pudo apreciar si el tumor dependía de la médula, de las meninges o de los huesos, debido a lo friable de los tejidos.

Footis del exudado del tumor: negativo por Basilo de Koch.

Del estudio de la pieza enviada al Doctor Marcial Fallas, Anátomo Patólogo del Hospital "San Felipe de Dios", de San José de Costa Rica, resultó que el tumor era un Neurofibroma. T

Tegucigalpa, D. C, mayo de 1948.

micciones diarias. No ha practicado deportes, presta servicio militar, pero no ha estado nunca en guerra.

Género de vida: Trabajo suave, alimentación buena, fuma diez o doce cigarrillos diarios, ingiere bebidas alcohólicas moderadamente,

Estado presente: Expresión y mirada triste, sensorio y psiquismo despejado, arquitectura ósea normal, musculatura y pániculo adiposo normal, piel trigueña, presenta en el tórax, abdomen y piernas, pequeñas manchas de color rojo oscuro, redondeadas, de diferente tamaño, estando en unos puntos separados y en otros confluentes.

Talla: 1.70, peso 130 libras, temperatura 38.5. Aparato digestivo: Boca, mucosa rosada, piezas dentarias faltan algunas, lengua saburral, amígdalas ligeramente hipertrofiadas, faringe y esófago normal.

Abdomen: Plano, depresible, a la exploración, punto epigástrico doloroso; cuadro cólico doloroso; hígado ligeramente disminuido; bazo percutible.

Aparato respiratorio: Normal, 22 respiraciones por minuto-

Aparato cardio vascular: Normal, tensión arterial, M.X., 102; M. N., 60.

Sistema venoso: Normal.

Sistema linfático: Micropoliadenopatías inguinales bilaterales. Adenopatías epitrocleares y cervicales.

Aparato uro-genital: Punto renales, ligeramente dolorosos-

Órgano de los sentidos: Normales. Sistema nervioso: Normal.

Examen complementario: Sangre: G. R., 3.600.000; G. B. 5.000; N., 58%; L., 25%; G. M., 1%; E., 1%, H.O.; Tiempo de coagulación, 8 minutos, tiempo de sangría, 2 minutos. Examen de Kahn: Más 4.

Hemograna: G. R., 5.000.000; G. B., 5.850; 80%; H. G. en gramos por cien, 12.80'r ; Hematíes empacados por ciento 54; valor globular 0.80: volumen globular medio, 108, concentración de H. G. globular, 23 gramos; H.G. globular medio, 24 microgramos H. G. globular real, 15 microgramos.

**Fórmula** leucocitaria: N. 68%; L., 25% ; M., 8%; E., 2%; diagnóstico: Normositosis macrocítica, normocrómica normoconcentrada.

Examen de orina: Color ámbar, olor suigéneris; aspecto turbio; sedimento floclentos, reacción acida; densidad igual 1.032, glucosa 0; albúmina 0; examen microscópico: *no* hay nada anormal.

Examen de heces: Abundantes colibacilos y huevos de unicinaria.

Diagnóstico: La triada sintomática que encontramos en el enfermo: petequias en las piernas, trastornos gastro-intestinales y dolores articulares, nos condujeron al diagnóstico de púrpura simple o peliosis reumatisal de origen anafiláctico, producido por la leche y lúes en 2o. grado.

Haciendo un sucinto estudio sobre dicha enfermedad, re-

cordamos que se da el nombre de PURPURA a manchas rojas que no desaparecen a la presión, debida a una hemorragia intersticial cutánea que se produce espontáneamente y que nunca se borran bajo la presión del dedo; las manchas son lenticulares o puntiformes, llevando el nombre de petequias y otras manchas extendidas con placas equimóticas, cuya coloración cambia a medida que se envejecen; pueden aparecer en todo el cuerpo, pero lo corriente son en los miembros inferiores y raras veces en los superiores, como en el caso presente? pueden ser confluentes en los casos más serios y discreta en los casos benignos, por lo regular las manchas simétricas, las mucosas raras veces son atacadas en pequeña escala y la erupción se hace por brotes sucesivos. Cuando se trata de púrpura simple, éste es el principal síntoma, pero cuando se trata de púrpura hemorrágica, se adjuntan hemorragia de las mucosas y hemorragias viscerales.

El capítulo de las púrpuras es extenso y comprende, púrpuras primitivas o que parecen serlo y púrpuras secundarias, las cuales aparecen en el curso de una afección ya diagnosticada que viene a ensombrecer el pronóstico. Entre las púrpuras primitivas las hay agudas, de evolución febril muy frecuentemente mortales, encontrándose corrientemente el meningococo. Otras veces puede ser sub-agudas, presentando menos gravedad, con esperanzas mayores de curación.

Hay también una púrpura crónica, la afección es claramente individualizada con sus caracteres clínicos y hematológicos especiales, lo mismo que sus indicaciones terapéuticas; es una enfermedad crónica de la adolescencia, que evoluciona también por brotes durante años y que sólo cura por la esplenectomía fue Werlhof, quien la descubrió en 1735 y que la diferenció del escorbuto; Emilio Wall, en 1922, e Iseh Wall, en 1926, aportaron mayores datos sobre la enfermedad, llamándola, hemogenia, caracterizada por hemorragias capilares cutáneas y mucosas y por taras sanguíneas específicas; prolongación del tiempo de sangramiento, mientras que la coagulación se efectúa en tiempo normal e irretractibilidad del coágulo sanguíneo, con ausencia o gran disminución de los hematoblastos.

Entre las púrpuras subagudas benignas habitualmente, encontramos las llamadas púrpuras reumatoideas, cuyo nombre dio Albert Mathiew y Schonlein, la llamó peliosis reumatismal; sus síntomas clínicos dan una triada sintomática que consiste en una erupción purpúrica predominando en los miembros inferiores en la vecindad de las articulaciones, algunas veces en el tórax y miembros superiores, pero respetan siempre la cara; dolores articulares suaves localizados en el cuello del pie, raras veces en las rodillas, pero sin tumefacción aparente en las articulaciones, perturbaciones gastrointestinales manifestándose por dolores gastro-intestinales fuertes, algunos vómitos y diarreas: los dolores han semejado mucho a los ataques de úlcera del estómago y apendicitis, habiendo sido algunos casos operados por equivocación y sólo se encontraron gran número de petequias sobre los intestinos.

No hay hemorragia de las mucosas y si se presenta es una

cosa muy leve; hay algunas veces ligeras fiebres y el estado general es poco afectado; el signo de Lazo es negativo.

Como etiología de las púrpuras se han señalado estados **infecciosos** y tóxicos y el Prof. Glasman después de algunos estudios califica a las púrpuras como accidentes anafilácticos; nuestro caso nos ha confirmado esta teoría y hemos hecho las pruebas consiguientes consiguiendo siempre en este enfermo provocar la púrpura y detenerla con sólo prohibir el uso de leche, substancia causante de la sintomatología que presentó nuestro enfermo de **la** observación que hace un momento tuve el honor de leerles y cuya curación fue después de dilatada observación obtenida, suspendiendo de su alimentación la leche.

Las lesiones anátomo-patológicas están caracterizadas por infiltración de la sangre en el dermis, comprobándose en el examen histológico glóbulos rojos fuera de los vasos, estando éstos por lo regular dilatados.

En la superficie del estómago, intestino, hígado, riñones, peritoneo, se observan a menudo manchas **equimóticas** semejantes a las cutáneas.

Como complicaciones de las púrpuras pueden venir nefritis; raras veces se atacados otros órganos, en cuyo caso dan una sintomatología de gravedad.

#### Diagnóstico

Es fácil reconocer una mancha purpúrica recordando **su sintomatología** no debiendo confundirse con petequias o picaduras de pulga que se ve corrientemente en las gentes sucias, sobre todo en los niños descuidados; la picadura de pulga tiene en el centro de la mancha un punto negro. Las equimosis pueden ser tomadas por equimosis traumáticas, si se observan en las petequias aunque sean en pequeño número y si hay equimosis gingival o palatina puede diagnosticarse púrpura, pero hay ocasiones en las cuales es difícil pronunciarse y son estos casos en medicina legal donde se pueden cometer errores, se citan casos en que fue necesario laparotomizarlos para buscar manchas purpúricas en el peritoneo y aún citan alguno que quedó indeciso diagnóstico.

Con la hemofilia, el diagnóstico podrá equivocarse con las púrpuras crónicas, pero en la hemofilia no hay lesión globular y si hay retardo de la coagulación y además la hemofilia es hereditaria.

El tratamiento de las púrpuras dependerá naturalmente de las causas etiológicas; para obtener la **curación** en todos ellos la transfusión de sangre total, se ha intentado en algunas de ellas con éxito. En nuestro caso lo importante fue haber llegado al descubrimiento de su etiología que era la alimentación por la leche.

#### Conclusiones

Todo caso de púrpura necesita de un estudio detenido para poder descubrir el origen que la haya provocado.

# Resultados Lejanos del Neumotorax Extrapleural en el Tratamiento de las Cavernas

(Concluye)

Cuidados preoperatorios. — Lo requieren sólo los enfermos muy nerviosos y pusilánimes que debemos calmar amante la vísera con cualquier hipnótico. No operamos en caso de existir una infección crónica en la zona operatoria por la posible complicación séptica que pueda determinar, que en esta intervención es más seña que en otras. Desde hace poco tiempo hemos indicado el tratamiento preoperatorio con estreptomina.

Anestesia. — Se ha utilizado siempre anestesia local con novocaína al 0,50% previa morfina y atropina.

Posición operatoria. — En decúbito lateral con el enfermo echado sobre el lado sano, un poco de bruceas, dejándole caer el brazo del lado a operar; asegurado por el brete de R. Finochietto y H. Aguilar con ligera **posición** de Trendelenburg invertida.

**Incisión.** — Preferentemente usamos la paravertebral clásica y la paradójica sin secciones musculares de F. Finochietto y O. Vaccarezza; ésta la empleamos solamente en los sujetos flacos con el objeto de obtener una perfecta reparación de la brecha torácica.

---

En el caso que he tenido el honor de presentarles, estuvimos batallando mucho tiempo con un tratamiento sintomático, sin que pudiéramos tener ningún éxito y no fue sino hasta después de que descubrimos que uno de los alimentos provocan la púrpura para que nosotros prontamente pudiéramos tener el éxito al suspender inmediatamente la leche que era la causa original de esta púrpura. Tuvimos ocasión de probar y comprobar la veracidad de los hechos provocando la púrpura sistemáticamente al dar el alimento y retirarla desde el momento en que se retiraba por completo toda alimentación que pudiera llevar leche en su composición.

Un mes después he vuelto a examinar al enfermo y al preguntarle si le ha aparecido la enfermedad me manifestó que no, porque ha tenido presente que no debe tomar leche, según la **indicación** dada.

## Bibliografía

Tratado de Enfermedades Internas, por Cecil. Enfermedades de la piel, por J. H. Sequeira: Nouveau Traité de Pathologie Interne, por Enriques Laffitte Vincent y Laubry. Pratique Médico-Chirurgical, por Couvelaire Leniere et Lenormant.

Resecamos generalmente la cuarta costilla en una extensión subperióstica de 8 cm. más o menos, a partir de un centímetro por fuera de la punta de la apófisis transversa.

Neumólisis extrapleural. — A través del plano que aparece después de investigar el nervio intercostal correspondiente a la costilla, reseca, comenzamos el desprendimiento extrapleural que debe ser amplio, concéntrico, en dirección al hilo, de adelante atrás, de atrás hacia adelante, de fuera adentro y de arriba abajo; esto se consigue siempre que se despegue la pleura mediastínica hasta el cayado de la ácigos y de la aorta, es decir, hasta el límite superior del hilo pulmonar. Siempre bajo control visual, seguido sin maniobras cruentas, tratando de sobrepasar la zona lesionada. *Luego* de terminada la neumólisis el pulmón subyacente tiene o no tendencia a permanecer colapsado. Hay pulmones blandos colapsables y otros cuyo vértice permanece erguido y las cámaras son difíciles de mantener.

Hacemos el aseo de la cavidad creada sin lavarla con suero ni con soluciones antisépticas, a veces colocamos polvo de sulfanilamida o penicilina y por excepción una sonda perdida a la manera de Alarcón. Cerramos la pared por planos, herméticamente para evitar el enfisema subcutáneo y la hernia del pulmón,

#### CURSO POSTOPERATORIO

Colocamos al paciente en posición semisentada, suministrándole sedante de la tos. Calmamos el dolor, la primera noche con sedantes y analgésicos del grupo de la morfina o sus derivados y luego con sellos o supositorios de aspirina y codeína. Corrientemente indicamos penicilina por vía parenteral durante los 3 ó 4 primeros días luego de la operación. Se podrá inyectar estreptomycinina.

Algunos de nuestros casos tuvieron un postoperatorio febril que cedió a los pocos días, otros se mantuvieron apiréticos.

Al día siguiente de la operación practicamos una radioscopia o radiografía si el caso lo requiere. Si la cantidad de líquido es abundante, se extrae por punción y se contempla la posibilidad de inyectar o *no* aire en la cámara extrapleural; si la cantidad de exudado es escasa se verifican las presiones inspiratorias y espiratorias; si son negativas inyectamos aire hasta volverlas positivas.

Durante el primer mes controlamos muy de cerca radiológicamente a los operados, por lo menos dos veces por semana. Verificamos manométricamente las presiones de la cámara extrapleural e inyectamos aire siempre que se encuentren disminuidas o si existe tendencia de la bolsa a reducirse de tamaño. Estabilizada la cámara extrapleural, realizamos las insuflaciones cada 10, 12 ó 15 días, inyectando entre 150 y 300 cm. de aire. No hemos convertido ningún neumotorax extrapleural en oleotórax.

## COMPLICACIONES

Cualquiera de los métodos quirúrgicos que se emplean en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, ocasiona un cierto porcentaje de complicaciones, sin que por ello se desista en su aplicación. No dejamos de reconocer, sin embargo, que ellas se presentan con mayor frecuencia en el neumotorax extrapleurales, siendo algunas muy graves. Por considerarlo útil, creemos que no debe ser abandonado, debiéndose luchar contra esas complicaciones en busca de su patogenia y tratamiento correspondiente, tratando de eliminar todos los peligros que determinarían la pérdida de la cámara creada por la neumólisis.

Dividimos las complicaciones en operatorias y postoperatorias.

Complicaciones operatorias. — 1°) La más importante de todas ellas y de graves consecuencias es la efracción del parénquima y preferentemente de la caverna.

Esta complicación puede evitarse si durante el acto operatorio se emplean maniobras correctas, exigiendo que las radiografías muestren entre la caverna y la pared costal el parénquima sano o poco lesionado. Esta complicación determina la aparición de un empiema, muy séptico, que puede terminar con la vida del paciente en pocos días, evolucionando a veces en forma subaguda y otras hacia la cronicidad. La toracoplastia practicada en estos casos no da buenos resultados, sino por excepción. En ninguno de nuestros enfermos operados se produjo esta complicación. Schmidt, en el año 1938, sobre 300 casos operados, tuvo solamente en uno esta complicación.

2°) La apertura de la pleura. — Durante el acto operatorio es de una frecuencia mayor y los trastornos que acarrea son variables. Se presenta cuando se practica un neumotorax extrapleurales sobre uno intrapleurales inferior. El peligro consiste en que la cámara extrapleurales se infecte por un proceso tuberculoso y se propague a la cavidad pleural, trayendo aparejada la pérdida de la cámara extrapleurales. Reid en 1946, cita un caso de perforación pleural, aconsejando no suturar el orificio creado sino destruir el tabique de separación hasta comunicar ampliamente ambas cámaras en una sola. En esta forma se consigue que la cámara extrapleurales no se pierda. Uno de nuestros primeros casos hizo esta complicación que condujo a la muerte del paciente.

3°) El enfisema subcutáneo se presenta en forma casi constante, inmediatamente después de la intervención o durante los primeros días. Se localiza habitualmente en las regiones interescapulovertebral supra e infraespinal, siendo por regla general muy pequeño y desapareciendo por completo a las 24 ó 48 horas; sólo por excepción se reproduce. A veces toma una extensión mayor. Reid cita un caso que alcanzó al escroto. La intensidad del enfisema subcutáneo depende: 1°) del cierre perfecto o no de la herida; 2°) de la laxitud del tejido celular; 3°) de la presión con que quedó el aire en la cámara; y 4°) de que el enfermo tosa o

no luego de la intervención. En estos casos, suministramos durante las primeras 48 horas pequeñas dosis de "heroína, aconsejando al enfermo silencio absoluto.

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: ..Hemorragia de la cámara.** — Por lo general se presenta inmediatamente luego de la operación o también bruscamente al final de la primera semana. La hemorragia se produce por no haber ligado un vaso, importante o por la caída precoz de la ligadura que deja abierta la luz vascular. Es provocada generalmente por los vasos mamarios internos, los intercostales o por los existentes en el interior de las adherencias, que a veces ponen en peligro la vida del enfermo. Schmidt admite que se trata casi siempre de hemorragias por diapedesis contra las cuales falla toda maniobra hemostática. Adelberger pensó en la intervención de ciertos factores **atmosféricos**. Tapia admite que es producida por alteraciones de la crisis sanguínea, ya sea por el proceso tuberculoso mismo o bien por otra enfermedad intercurrente.

Por esta razón muchos autores, especialmente Schmidt, aconsejan la necesidad de vigilar constantemente la paciente, para diagnosticar precozmente esta complicación que traduce los síntomas de la hemorragia aguda: sensaciones subjetivas (angustia, sudores fríos, estado lipotímico) taquicardia, que a veces se presenta como único síntoma (caso de nuestra observación número 3) aumento del número de respiraciones, disnea, palidez o cianosis, etc. En caso sospechoso se hará recuento de hematíes y dosificación de la hemoglobina.

La creación del espacio extrapleurales se consigue destruyendo tejidos, que corresponden a la fascia endotorácica, de naturaleza conjuntiva y la sección de los vasos sanguíneos neoformados y linfáticos del tejido **peripleural**, que determinan en casi todos los casos la aparición de un exudado hemorrágico, linfático y seroso; este último aparece debido a la inflamación que ocasiona el trauma operatorio.

Este exudado serolinfohemorrágico debe diferenciarse de la hemorragia propiamente dicha, que da lugar a un derrame constituido casi exclusivamente por sangre; esta complicación puede ser de gravedad o sin importancia; el diagnóstico se hace extrayendo y analizando el exudado, en todos aquellos casos en que la enferma presenta algún síntoma sospechoso y el líquido tienda a reproducirse rápidamente luego de la punción.

Pasamos a referir la proporción en que se presenta este exudado hemorrágico o gran hemorragia, de acuerdo a las estadísticas últimamente mencionadas por Tapia.

Schmidt, en el año 1938, 10 % de hemorragias entre los 200 primeros operados, incluyendo los pequeños exudados y las hemorragias graves.

Belsey, en 1938, entre 33 casos, encontró exudado hemorrágico en todos, que se reabsorbieron espontáneamente. Fue el exudado abundante en pocos casos, en 2 decidió y en 4 la hemorragia fue persistente. Tuvo 1 solo caso mortal. Overholt y Tubbs citan

tres casos en que la cámara extrapleural se llenó de coágulos. Rehberg, nunca observó glandes hemorragias. Gernez-Rieux en 1939, entre 19 operados, en 15 encontró exudado hemorrágico, pero en la mayoría se reabsorbió espontáneamente entre 2 semanas y 2 meses. Benjamín, en 1941, en 39 casos tuvo 2 hemorragias graves que fallecieron. Paxton, Churchill y Skellen no han tenido casos graves. Davidson y Furk en 29 casos tuvieron 1 solo caso grave. Heidelberg, en 1941, sobre 55 neumotorax extrapleurales, en 16 casos la cámara creada quedó seca (29 %) y en 39 sobrevino derrame (71 %); casi todos fueron pequeños y desaparecieron espontáneamente en 3 ó 4 semanas. En este último grupo tuvo 3 casos de hemorragia intensa. Geany: tuvo 2 casos de grandes hemorragias que se salvaron. Reid en 1946: tuvo 1 solo caso de hemorragia intensa. Tapia: refiere 73 casos operados, distinguiendo 6 grupos:

1°) Aquellos en que no aparecen rastros de exudado alguno, 5 casos (10,95 %).

2°) Aquellos en que aparece muy pequeña cantidad de exudado en el fondo de la cámara, que siempre se reabsorbe rápidamente, 2 casos (2,74 %).

3°) Casos con exudado hemorrágico pequeño que no pasa de y-A de volumen de la cámara extrapleural, 19 casos (16 % del total).

4°) Derrames hemorrágicos medianos, que son aquellos que llenan la mitad de la bolsa, 39 casos (53,4 %).

5°) Derrame» hemorrágicos abundantes, 4 casos, es decir, (5,47 %).

6°) El tipo de hemorragia masiva aguda con síndrome grave; 1 solo caso (1,36 %).

Nosotros tuvimos un caso de coagulación masiva del exudado hemorrágico existente en la cámara extrapleural que se presentó luego de dos punciones previas. Clínicamente la enferma sintió ligeros mareos y palidez discreta, llamando la atención la taquicardia persistente que se instaló inmediatamente después de la intervención. Nos obligó a utilizar los coagulantes comunes, practicarle transfusión sanguínea y actuar de inmediato quirúrgicamente extrayéndole los coágulos por vía axilar, operación que la enferma toleró sin inconvenientes. Luego se siguió insuflando la cámara extrapleural que se pudo conservar durante todo el tiempo necesario.

Incluimos también dentro de este tipo de complicación otro de nuestros casos, que corresponde a una concreción fibrino hemática pediculada, dispuesta en el fondo del espacio extrapleural, descubierta por radioscopia un mes después de la intervención. También aquí tuvimos que extraer la concreción hemática en acto quirúrgico por vía axilar, a causa de los trastornos generales que desmejoraban a la enferma en forma paulatina (temperatura, dolor persistente, inapetencia y pérdida de peso): la cámara se mantuvo durante un año obteniéndose la curación de la enferma.

y últimamente estreptomina; terminamos el procedimiento inyectando aire en la cantidad que creemos conveniente. Así hemos procedido en dos de nuestros casos que presentaron esta complicación tardíamente, con buen resultado.

**LA INFECCIÓN PIOGENA:** Procede casi siempre del exterior, ya sea por fistulización a través de la herida, por defectuosa consolidación, por infección de la herida a nivel de los puntos de sutura o durante las punciones que se efectúan para reinsuflar la cámara. Más raramente la infección procede del pulmón, constituyendo la causa fundamental la perforación de la caverna determinada por la isquemia y esfacelo consecutivos de la pared debidos al colapso.

Los empiemas sépticos son actualmente poco frecuentes debido al uso de los modernos antibióticos: penicilina y estreptomina, que se utilizan generalmente antes, durante y después de la intervención; además, para evitarlos debe procederse en cada una de las punciones con rigurosa asepsia.

#### OTRAS COMPLICACIONES

1º) FÍSTULAS BRONCOEXTRAPLEURALES. — Admitimos % tipos:

- 1º) Las producidas por perforación de una caverna; y
- 2º) Las pequeñas fisuras seguidas o no de infección del espacio extrapleural.

Las lisuras se diagnostican radiológicamente por la reducción gradual de la luz de la cámara que se observa en sucesivos exámenes. La prueba del azul de metileno, que consiste en inyectar 1 cm<sup>3</sup> de la solución al 1 % del colorante dentro del espacio extrapleural, confirma su existencia si aparece en la expectoración del enfermo 24 horas después de la inyección. Comprobado el diagnóstico debe interrumpirse el colapso. No está indicado el oleotórax extrapleural porque existe el peligro de una infección o su eliminación por vómica.

Si el paciente presenta baciloscopia positiva y el tiempo de colapso ha sido insuficiente para curar las lesiones, se propondrá una toracoplastia, previo descolapso completo del muñón pleuropulmonar; se espera la sínfisis de la neocavidad y retracción fibrosa de las lesiones.

2) ATELECTASIA DEL MUÑÓN. — No es frecuente y ello se explica por la diferente manera de actuar el neumotorax extrapleural sobre los bronquios en comparación con los otros procedimientos colapsoterápicos. Cuando se establece un neumotorax intrapleural que despega todo el pulmón, además de la atelectasia electiva que corresponde a una reacción espática perilesional, el colapso modifica la estática bronquial ocluyendo los gruesos bronquios enfermos, cuyas paredes son poco resistentes.

En la toracoplastia participan aún los bronquios sanos que aparecen desviados y a veces obstruidos, con mayor frecuencia si están enfermos. En el muñón extrapleural a veces se establece

una atelectasia local determinada por la presión positiva del muñón que ocluye el bronquio del lóbulo superior; su aparición es favorable, pues acelera la curación de las lesiones.

3) **DISEMINACIÓN DEL PROCESO TUBERCULOSO.** — Con este procedimiento son menos frecuentes que en la toracoplastía, las siembras pulmonares y extratorácicas del proceso, por que el neumotórax extrapleural se indica generalmente en lesiones más localizadas y el colapso con cierre de la caverna se establece **rápidamente** en la mayoría de los casos. Pensamos que cuando ellas **ociaren**, se deben principalmente a una disminución de la resistencia inmuno biológica, originada por una eventual complicación, frecuentemente el empiema en el curso del neumotorax extrapleural

4) **SINFISIS Y PERDIDA PRECOZ DEL COLAPSO.** — No se producen si se sigue atentamente la evolución del neumotorax extrapleural bajo el control radiológico durante el primer mes. Favorecen la sínfisis y la pérdida precoz del colapso: la gran hemorragia de la cámara, los empiemas y la fístulas.

## RESULTADOS

De los 47 casos tratados hasta el momento actual, hemos podido actualizar para esta presentación solamente 14 enfermos; los demás se hallan ausentes de la Capital Federal y otros no han respondido a nuestras citaciones.

De los 14 casos actualizados, 13 han sido tratados con neumotorax extrapleural unilateral y uno con bilateral.

En cuanto al tamaño de la caverna, doce han sido pequeñas, una mediana y otra grande; para esta clasificación hemos considerado caverna pequeña aquella cuyo tamaño aparente en la radiografía frontal no excede el ancho de un espacio intercostal o de una costilla; mediana: desde el límite de las pequeñas hasta el ancho de un espacio intercostal con sus 2 **costillas** correspondientes; grande: desde el límite anterior hasta el ancho de 2 espacios intercostales con sus 3 costillas correspondientes.

Todas ellas han tenido una localización suapical más o menos alejada de la superficie pulmonar.

En cuanto a su carácter anatómorradiológico, todas las cavernas han sido elásticas; con parénquima circundante sano en 11 casos y con parénquima enfermo en 3 casos.

**Duración del neumotorax extrapleural:** En 5 casos se ha matenido el colapso durante 2 años y medio; 2 años en 2 casos; 1 año y medio) en un caso; 1 año en tres casos; y durante 8 meses, 7 meses, y 6 meses en un caso respectivamente.

Tiempo de observación después de haberse suspendido el neumotorax extrapleural. — Seis años y medio en un caso; 5 años en un caso; 3 años y 8 meses en un caso; 2 años y 10 meses en un caso; 1 año y 8 meses en un caso; 1 año y 5 meses en un caso; 1 año en 2 casos; 5 meses en un caso, 4 meses en un caso y en 5 casos se mantiene el colapso en la actualidad.

---

Clasificaremos los resultados de los enfermos que han podido ser actualizados, en los grupos siguientes: curados, mejorados y no influenciados. Consideraremos curados, a los enfermos con caverna cerrada, en los cuales el proceso tuberculoso no presenta ningún signo de actividad. La baciloscopia es negativa al examen directo, cultivo e inoculación. Mejorados, aquellos enfermos en quienes el proceso se ha detenido, sin haber desaparecido los bacilos de la expectoración o del contenido gástrico. No influenciados, los casos en que el proceso tuberculoso siguió su agravación progresiva. Entre éstos también figuran los fallecidos.

En nuestros 14 casos actualizados, hay 11 curados, uno mejorado y dos no influenciados.

El caso mejorado, corresponde a un enfermo con lesiones bilaterales excavadas, bien circunscriptas al lóbulo superior. Se lo trata hace un año y cinco meses con neumotorax extrapleural derecho, habiéndose obtenido una amplia cámara que colapsa totalmente la lesión. Se espera el momento oportuno para proceder en la misma forma sobre el pulmón izquierdo, con el fin de lograr su cura definitiva.

Dos casos no han sido influenciados por este procedimiento quirúrgico; en uno de ellos el foco tuberculoso sufre una lenta agravación; el otro paciente falleció a causa de una hemoptisis copiosa, proveniente de su lesión contralateral. La autopsia permitió demostrar la curación anatómica de la caverna que fue colapsada con el neumotorax extrapleural.

## CONCLUSIONES

1º) El neumotorax extrapleural es un procedimiento colapsoterápico quirúrgico, sucedáneo del neumotorax, intrapleural, que tiene sus indicaciones precisas en el tratamiento de los procesos ulcerados no evolutivos que se localizan en el tercio superior del parénquima pulmonar.

2º) Constituyen sus indicaciones electivas, las cavernas pequeñas o medianas, alejadas de la superficie pulmonar, en las que no es aplicable el neumotorax de Forlanini por la existencia de sinfisis pleural. Los procesos activos, pero con tendencia a la estabilización, que se acompañan de cavidades elásticas con regular cantidad de parénquima circundante sano o poco alterado, son los que más benefician de este tratamiento. Las limitaciones que imponen el estado del pulmón opuesto, son las mismas ya establecidas para el neumotorax intrapleural.

3º) La intervención consiste en la resección parcial posterior de la 4a. ó 5a. costilla y en la ejecución de una apicolisis concéntrica extensa en el plano extrapleural, hasta el hilio pulmonar, creándose una cámara aérea que luego será mantenida con insuflaciones sucesivas.

4º) El postoperatorio de este procedimiento debe ser seguido en estrecha colaboración del tisiólogo con el cirujano, para hacer frente oportunamente a cualquiera de sus complicaciones (he-

---

# Material de Sutura en Cirugía General

Por el Dr. Virgilio Banegas M.

Con los albores de la cirugía nació el uso de hilos fabricados de diversas materias necesarias para ligar los vasos sanguíneos y para la aproximación de los labios de las heridas a fin de controlar la hemorragia y de mantener los tejidos en relación anatómica durante el período de cicatrización respectivamente. Con dicho objeto se han experimentado los más diversos materiales de sutura, los cuales son bastante numerosos pudiendo emplearse todos ellos a condición de que sean perfectamente estériles.

Debido a su absorción se han dividido en dos clases: Hilos resorbibles e hilos no resorbibles. Los primeros generalmente conocidos para ligadura de vasos sanguíneos, sutura de mucosas, planos profundos y de los diversos órganos; los segundos se reservaban hasta no hace mucho tiempo para las suturas superficiales pero que ahora debido a los adelantos de la asepsia y antisepsia, lo mismo que la acuciosa experimentaron, se están em-

---

morragias, coagulación masiva del exudado, desviación del mediastino, infección, etc.). Para la vigilancia de la cámara en este período, es imprescindible el examen radiológico frecuentemente repetido.

5º) Las punciones sucesivas necesarias para la conservación del colapso, deben ser hechas con rigurosa asepsia y los derrames hemáticos, frecuentes en el primer período, serán evacuados con la frecuencia necesaria para evitar la pérdida de la cámara.

6º) El empleo de los antibióticos: sulfamidas y penicilina, ha reducido notablemente los peligros de infección de la cámara extrapleural y el reciente uso de la estreptomina probablemente afianzará aún más las posibilidades de este método de tratamiento.

7º) La duración del tratamiento dependerá del carácter de las lesiones tratadas y del resultado obtenido en cuanto al cierre de la caverna y la desaparición de los signos de actividad tuberculosa. En general convendrá mantener la cámara extrapleural durante un término medio de 2 años.

8º) Los resultados que se obtengan dependerán de la exactitud de las indicaciones, de la correcta ejecución de la técnica operatoria y de la conducta cuidadosa postoperatoria en la conservación de la cámara extrapleural. Sus éxitos en la esterilización de las lesiones, son más inmediatos que en el neumotorax de Forlani, por la rapidez y electividad con que se logra el colapso de la zona enferma. Los resultados lejanos de este método, nos autorizan a considerarlo como un recurso efectivo de gran valor para la curación de las cavernas del lóbulo superior,

pleando indistintamente en los diversos tiempos de los actos operatorios, descartando por consiguiente, el mito de que causaban infección sólo por el hecho de ser cuerpos extraños. Como decíamos anteriormente, son un tanto numerosos los hilos que hasta hoy se han empleado. Nos concretaremos a mencionar los más conocidos; el tipo de hilos resorbibles es el catgut fabricado con intestino delgado del carnero y usado desde los tiempos de Lister. También se han fabricado hilos resorbibles de la aorta de buey, aponeurosis lumbar de los mismos, peritoneo parietal del caballo, piel de anguila, cola de canguro y tendones de reno.

Existen diferentes grosores de catgut destinados según la importancia de los vasos que se ligan o de las condiciones de los tejidos a suturar; haciéndose entre los mismos la división de simple y crónico; este último es catgut simple que ha sido tratado con ácido crómico para retardar su absorción.

En los últimos años los maestros de la cirugía han ido descartando paulatinamente el catgut y sobre todo los de mayor grosor, de manera que se ha venido a comprobar que no hay razón para usar este material en un número mayor que el 1. Los números 0, 00 y 000 son los que propiamente deben tomar parte en las suturas-

Catgut más grueso nunca debe emplearse porque es la causa de la excesiva congestión local, dando consecutivamente extensas inflamaciones y mayor flujo sanguíneo en la herida para poder reabsorber este material; de estas congestiones resulta un retraso en la cicatrización y no pocas veces termina en la formación de abscesos, lo cual viene a ser un importante factor en prontas eventraciones que hacen necesaria una nueva reparación o ya en hernias post operatorios. En incisiones amplias (una de las bases en cirugía moderna) es mejor no emplearse exclusivamente catgut, si es que se desea usar este hilo, porque una pronta absorción de las suturas puede dejar las heridas operatorias sin soporte alguno y máxime si a esto coadyuva una infección o se han colocado drenos que dan consecutivamente cicatrices débiles. "Reacción Inflamatoria y Retardo en la Cicatrización están en razón directa de la cantidad de catgut empleada" —dice el profesor D. J. Leithauser.

Entre los hilos no resorbibles tenemos la seda en diferentes formas y clases, el lino de algodón, nylon, crines de Florencia e hilos metálicos.

Hasta hace unos pocos años el uso de hilos resorbibles estuvo limitado a unas pocas indicaciones, pero recientemente el estudio más concienzudo de los materiales de sutura han dado por resultado que los más grandes cirujanos de Norte América empleen más extensamente los hilos no resorbibles. La seda presenta el minimum de irritación en los tejidos, se expende en el comercio en forma retorcidas o trenzada, blanca o negra; es debido a Halsted el uso generalizado de la seda, pues, fue uno de los que

primeramente emplearon este material en sus trabajos quirúrgicos.

El lino fabricado de fibras vegetales es bien tolerado e inatacable por los humores y jugos digestivos, preconizado por los franceses Quenú y Pauchet tiene su más grande propaganda en las manos de Kocher y Stiles, quienes lo emplean en gran cantidad.

Alton Ochsner ha colocado el **hilo** de algodón entre los mejores materiales de la cirugía y así vemos cómo los profesores Max y Phil Thorek emplean este material en todas sus operaciones, desde la ligadura de los pequeños vasos de tejido celular subcutáneo hasta la de los grandes vasos; desde sutura del peritoneo hasta sutura de la piel.

El hilo de algodón como todos los demás, tiene diversos grosores, siendo los más indicados el número 100 para ligadura de vasos superficiales, los números 50, 40 y 24 para ligadura de vasos de mayor volumen y para suturas de peritoneo, aponeurosis, diversos órganos, etc., etc., de aquí que en toda cirugía desde cuello hasta extremidades vimos a los maestros Thorek usar hilos de algodón con la única excepción de suturas de las mucosas.

Demás está decir que los resultados son magníficos y que la presencia de algodón en los tejidos profundos no obra como cuerpos extraños que favorezcan la infección, como por muchos años se creyó.

Del hilo de nylon que pareciera ser muy ventajoso para sutura de planos profundos nada podemos decir, pues no hemos visto personalmente que dicho material se use en estas circunstancias, por el contrario, hemos leído que en un número de casos no mayor de 100 en que se usó nylon en planos profundos, cinco desarrollaron granulomas no infecciosas en pleno tejido muscular en incisiones de McBurney, siendo necesario llevar los pacientes a una segunda intervención. Sin embargo, el nylon muy delgado de 4 a 6 ceros tiene su mejor indicación en cirugía plástica.

Las crines de Florencia muy poco son usadas actualmente, pero algunos cirujanos las emplean para suturas de **retención** de la pared abdominal. No tenemos noticia alguna de que este material haya sido empleado más que para suturas de piel.

Los hilos metálicos son bien resistidos por los tejidos y tienen una bella indicación en la reparación de viejas hernias y en abdómenes de paredes débiles propensas a la eventración. Los hilos metálicos son fabricados de hierro, plata, aluminio y de diferentes formas de acero. Babcock es el pionero en el uso de hilo de acero para reconstrucción de la pared abdominal y asimismo lo recomienda aún en las heridas infectadas no causando ninguna interferencia con la cicatrización. La principal objeción que tienen los hilos metálicos es que son muy difíciles de manipularlos y una gran práctica y experiencia son necesarias para su rápido manejo.

En resumen, los hilos de seda, lino, algodón y metálicos son ya empleados en grandes proporciones, destituyendo casi completamente el catgut.

Algunos cirujanos contraindican el uso de estos materiales en la presencia de infecciones, a pesar de que otros lo usan en estos casos, pero podemos decir de una manera general que su empleo en estas condiciones no es el indicado.

En todo acto quirúrgico aséptico, los hilos no resorbibles pueden ser usados ayudando a mejores y más fuertes cicatrices que vienen a constituir una de los más importantes factores en la pronta deambulacion de los pacientes. Personalmente creemos que la seda es el mejor material de ligadura en suturas, teniendo el inconveniente de ser bastante cara; es por este motivo que nos inclinamos siguiendo a Ochsner y Thoreck a usar el hilo de algodón en nuestra cirugía. Últimamente hemos estado poniendo en práctica el hilo de algodón sin ningún inconveniente y por el contrario hemos notado menos reacción local y general en los pacientes en que dicho material se ha usado; esta pobre experiencia es reforzada por los cirujanos que hemos mencionado anteriormente, lo mismo que por cierto número de nuestros cirujanos, quienes han estado de acuerdo con el uso **ventajoso** del hilo de algodón.

Este material tiene un costo bastante bajo, lo que representa una gran economía, tanto en las casas de salud particulares como en nuestros hospitales de caridad. Así tenemos que en las operaciones corrientes de cirugía mayor no deja de gastarse de tres a seis tubos de catgut y una docena de este hilo viene costando en la plaza cerca de L. 15.00 y en vista de ello vemos como alújanos y ayudante pasan malos ratos haciendo ligaduras o suturas con hebras de hilo muy cortas con el objeto de economizar y estas dificultades aparte de que **quitan** belleza a la cirugía traen pérdida de segundos que al final del acto operatorio vienen sumando muchos minutos.

Por otra parte, un carrete de hilo de algodón de 500 yardas viene costando alrededor de L. 0.40 y suponiendo que en cada operación se gasten cinco yardas, un solo carrete servirá para cien operaciones, de manera que el material de sutura gastado viene costando mucho menos de L. 0.01, mientras que si empleamos catgut en igual cantidad, la suma llegará a L. 6.25.

Es muy recomendado que cuando se use hilo de algodón se haga sólo con punto separado y que no se dejen cabos sobrantes, esto es, que debe cortarse inmediatamente sobre el nudo. Creemos sinceramente que el empleo de hilos no resorbibles tiene las grandes ventajas que hemos mencionado sobre el catgut y que en vista de la no irritación, de mejores y más fuertes cicatrices, y de su gran economía, el hilo de algodón debe venir a colocarse en el número 1 de los materiales de sutura empleados en cirugía general.

## TÉCNICA PARA AUTOPSIAS

Por August Gast Galvis M. D. Anotomo-Patólogo del Instituto' Carlos Finlay y Alfonso Méndez-Lemaitre M. D. Anotomo-patólogo del Instituto de Radium

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la autopsia para el progreso de la medicina, nos proponemos hacer conocer una de las técnicas más usadas, así como también los cuidados que se deben tener con el cadáver para no mortificar el sentimiento de los familiares y así conseguir una mejor colaboración de parte del público. Una de las razones más poderosas que existen para oponerse a la práctica de autopsias es la ignorancia que reina sobre la finalidad que esta práctica persigue. La autopsia a más de contribuir a aumentar los conocimientos y la competencia del médico, esclarece muchos diagnósticos errados y a veces desconocidos y explica por qué el paciente estaba enfermo y la causa de su muerte..

Uno de los fines que persigue la Sociedad Colombiana de Anatomía Patológica es la de hacer una activa propaganda con el fin de obtener se practique un mayor número de autopsias en nuestros hospitales siguiendo un método que permita sacar de cada autopsia el provecho que se busca. Mientras que en nuestros hospitales no ténganlos una casuística numerosa de exámenes post-mortem completos, nuestras investigaciones y trabajos científicos no podrán ser tenidos en cuenta universalmente. Sería indicado establecer en nuestros hospitales que los pacientes aceptaran una cláusula en la cual autorizan al médico en caso de muerte a que se practique la autopsia si éste la juzga necesaria para esclarecer o confirmar un diagnóstico.

Una regla que es necesario seguir es: observar cuidadosamente antes de cortar y no cortar sin estar seguro de lo que se está observando.

Al practicar un protocolo de autopsia debe seguirse el siguiente orden, anotando en párrafos separados (que están marcados con la letra P), las divisiones de la descripción.

Nombre	Sexo
Edad	Profesión
Raza	Duración de la enfermedad
Diagnóstico clínico	Fecha y hora de la autopsia
Fecha y hora de la muerte	Médico que la practicó

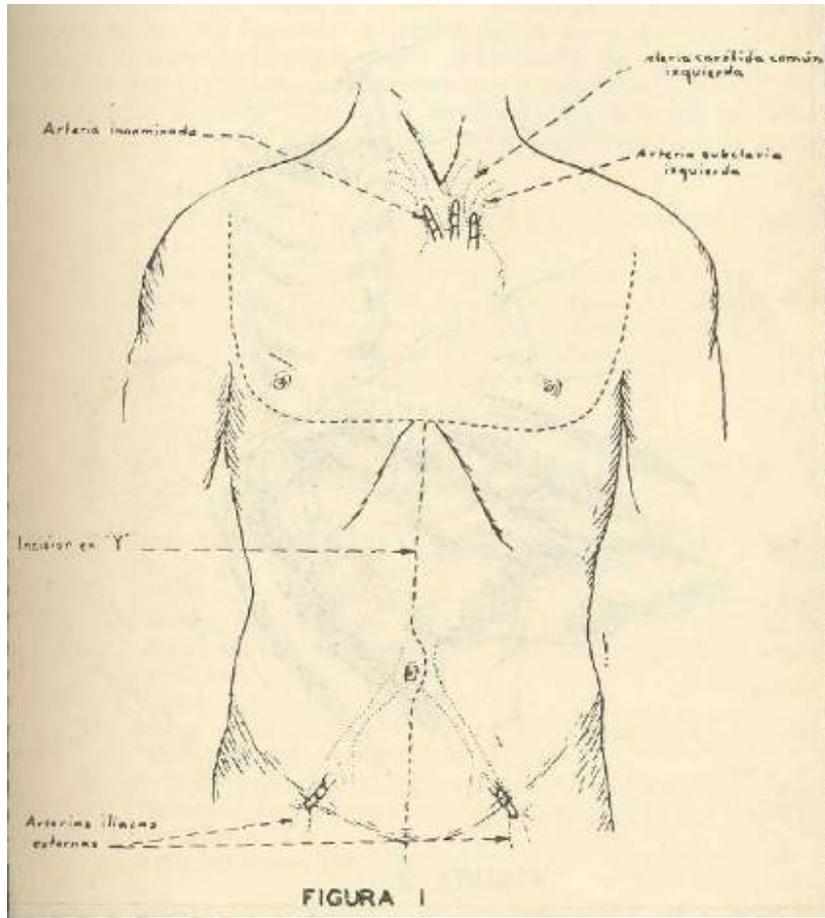
Examen externo del cadáver (P quiere decir párrafo aparte);

P Color  
 Peso  
 Longitud  
 Desarrollo (anatómico)  
 Estado de nutrición

- Tipo constitucional (hipoplástico, asténico, atlético)
- Rigor mortis
- Livor mortis
- Cianosis**
- Palidez
- Ictericia
- Pigmentaciones
- Lesiones o escaras de la piel, fracturas, quemaduras, heridas y edemas. P
- Cabeza - configuración
  - Color y distribución del pelo
  - Pupilas (tamaño, si son iguales y regulares)
  - Iris (color)
  - Esclerótica (heniorrágica o pigmentada)
  - Nariz
  - Oídos
  - Boca (labios, lengua, dientes)
  - Cuello P
- Tórax
  - Abdomen
  - Genitales
  - Extremidades
  - Señales especiales de identificación
- P Antes de iniciar la autopsia se debe sondear la uretra con un beniquet y anotar el número que fue posible pasar.

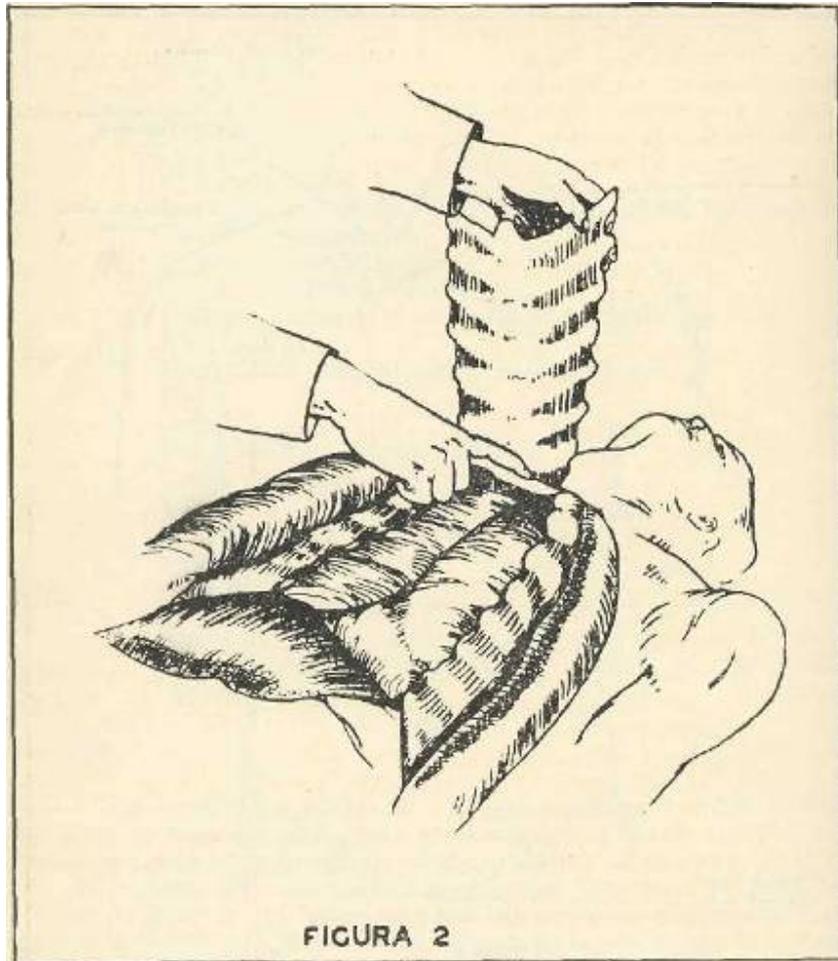
### Sección

La incisión en forma de "Y" tal cerno lo muestra la figura 1, es la más adecuada para ambos sexos: permite reparar convenientemente el cadáver, sin desfiguración y el examen completo de los órganos del cuello, tórax y abdomen. Es necesario tener especial cuidado de no hacer ninguna intervención que pueda desfigurar el rostro u otra parte del cuerpo. Una vez hecha la incisión se refleja la piel y el tejido celular subcutáneo del tórax en forma que permita el examen de los órganos del cuello. Se desarticulan las clavículas del esternón y se cortan los cartílagos costales cerca de su unión osteocondral, lo cual permita levantar un plastrón que pone al descubierto los órganos del tórax (fig. 2). La incisión abdominal debe pasar por la parte izquierda del ombligo. Hecha la inspección general de todos los órganos **in situ** y establecidas sus relaciones y el examen de las cavidades pleural, pericárdica y peritoneal para determinar la presencia de líquidos (sangre, derrames, etc.), se procede a la evisceración total. Para ello se ponen al descubierto los vasos que van a la cabeza y se ligan por sus dos extremidades la arteria innominada, la carótida común y la subclavia izquierda. Esto tiene por objeto facilitar la inyección de tales vasos si el cadáver es embalsamado. Luego se cortan la tráquea y el esófago y se van separando en masa todos los órganos



de sus inserciones torácicas y abdominales hasta llegar a la pelvis en donde se ligan también las arterias iliacas externas y el recto unos centímetros arriba del ano. Separada esta masa de órganos del cuerpo se inicia el examen de cada sistema anotando en cada órgano peso, dimensiones, color, consistencia, forma y aspecto exterior, en el orden siguiente:

P Piel  
 Mamas  
 Tejido celular subcutáneo  
 Músculos P Relación de  
 los órganos  
 Tórax



Abdomen  
 Líquido en las cavidades (cantidad, aspecto, **densidad\***  
 Adherencias.

#### Órganos de! cuello

P **Tiroides** (peso, forma, consistencia, contenido en coloide)  
 P Paratiroides (peso, si están aumentados de volumen, tamaño y posición). P **Timus** (peso, forma y tamaño).

#### Aparato cardiovascular

Antes de retirar el corazón se debe abrir la arteria pulmonar con el fin de observar si existen coágulos en su cavidad.

Para exponer las cavidades del corazón se hacen dos cortes en el orden que sigue el curso de la sangre. El uno sigue el borde derecho del corazón, a través de la aurícula, válvula tricúspide y ventrículo hasta la punta del órgano, de allí regresa hacia arriba por la derecha del septum hasta desembocar en la arteria pulmonar. El otro sigue en la misma forma el borde izquierdo del corazón y regresa hacia arriba hasta desembocar en la aorta.

- P Corazón - Peso
  - Longitud (de la base a la punta y transversal en la base)
  - Pericardio parietal
  - Epicardio (superficie, grasa subpericárdica)
  - Miocardio (consistencia, color, describiendo tamaño, forma y localización de las lesiones observadas)
  - Espesor de las paredes de los ventrículos
  - Proporción de las cavidades
  - Condición de las columnas carnosas y de los músculos papilares
- P Válvulas - Circunferencia (describir la localización, tamaño y carácter de las lesiones)
  - Endocardio
  - Sistema de conducción - Obsérvese la posible relación la lesión con el sistema de conducción.
- P Arterias coronarias - Obsérvese si hay anomalías; anótese la localización exacta, tamaño y carácter de las lesiones abriendo su luz hasta sus pequeñas ramificaciones.
  - Venas coronarias
- P Aorta - Espesor de la pared, forma, carácter y localización de las lesiones, en la íntima.
- P Arteria pulmonar - Circunferencia (descripción de su tamaño, forma, carácter y localización de las lesiones)
  - Grandes venas
  - Arterias de mediano calibre

#### Sistema respiratorio

- P Pleura
- P Pulmones - Peso de cada pulmón; inspección por lóbulos, palpación por lóbulos, sección por lóbulos.
- P Laringe Tráquea Bronquios Vasos pulmonares Ganglios linfáticos períbronquiales y mediastinales-

#### Hígado y vesícula

- P Hígado - Peso, diámetros antero-posterior, supero-infe-

rior, transversal; inspección, palpación y aspecto del corte.

Vena porta - Inspección

Vesícula biliar y conductos biliares (observar si no están obstruidos, para lo cual se abre el duodeno y se presiona la vesícula con el fin de observar la salida de la bilis).

Bazo

Peso, Longitud, anchura, espesor, inspección y palpación.

### **Suprarrenales**

Peso, inspección.

Sistema genito-urinario

P Riñones - Peso de cada riñón, espesor de la corteza y del parenquima, longitud, anchura, espesor, inspección.

Obsérvese si la cápsula desprende con facilidad y qué aspecto tiene la superficie del órgano. Uréteres (observar si no están obstruidos). P Vejiga Uretra

P Genitales internos - Peso de cada testículo, **inspección** del testículo y epididimo.

Sistema gastro-intestinal

P Esófago

P Mesenterio y peritoneo

P Estómago - El estómago debe ser abierto siguiendo la gran curvatura. P

Intestino delgado

Intestino grueso

Apéndice

Describir la cantidad y aspecto del contenido en los varios segmentos del tubo- gastro-intestinal.

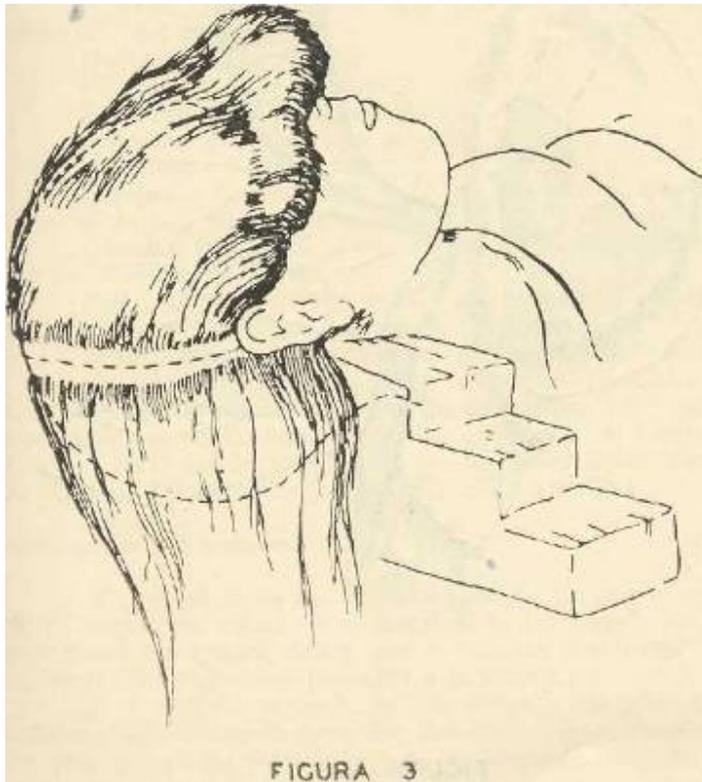
Cabeza

Cuando sea necesario el examen del cerebro se hace una incisión en la forma que se describe en la figura 3 y que permite reflejar hacia adelante y atrás el cuero cabelludo sin desfigurar la cara ni alterar la distribución del pelo y pone al descubierto la parte superior del cráneo que se sierra con el fin de poner al descubierto el cerebro (figura 4). La incisión del cuero cabelludo es transversal y se inicia unos dos centímetros arriba de las orejas-

- P Duramadre y senos venosos
- Oído medio y antro mastoideo
- (Frontal Senos
- (Esfenoidal
- (Etmoidiano P
- Pituitaria Pineal Ojos
- Leptomeninges
- Vasos cerebrales

### **Médula espinal**

adecuado. Para ello se hace una incisión en la línea me-P  
Para la médula espinal se necesita usar un instrumental. día que  
va de la cabeza al sacro. Piel, tejido celular subcutáneo y  
músculos se separan a cada lado para poder

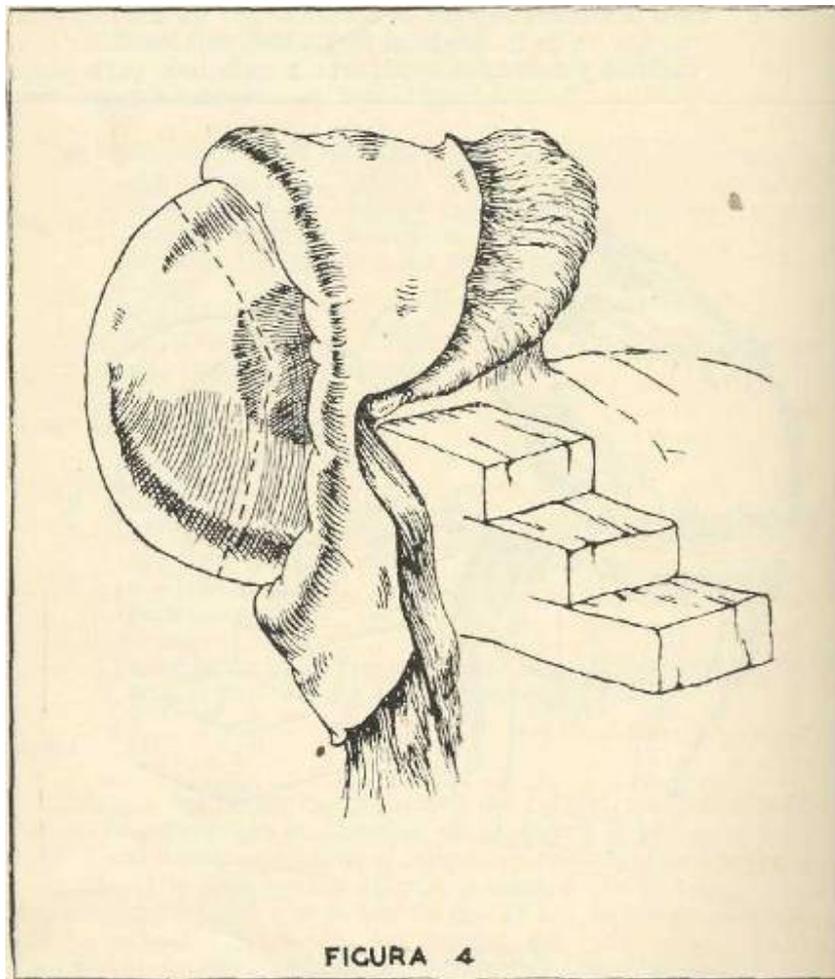


cortar las láminas vertebrales y así exponer todos los elementos de la médula. La médula se debe sacar completa y colocarla en un recipiente alto para que no se doble.

Una hoja especial sobre pesos y medidas cuyo modelo se intercala en este artículo, debe añadirse al protocolo, y cuando el caso lo requiera deben hacerse croquis en que se pongan de relieve la forma y localización de las lesiones. También se debe añadir un resumen de la historia clínica.

#### Secciones

Una vez hecha la descripción macroscópica del cadáver en el orden que hemos descrito se deben obtener fragmentos de los



siguientes órganos, los cuales deben ser de un tamaño que permita una buena fijación.

Las secciones se deben poner en una solución de formol al 10% y la cantidad de solución debe ser al menos el doble del tamaño de las secciones.

**Tiroides** - Un fragmento, incluyendo cápsula.

**Corazón** - Una sección del ventrículo izquierdo que comprenda toda la pared, otra del derecho y otra del septum (3 en total).

**Aorta** - Una sección del cayado.

**Pulmones** - Secciones de todos los lóbulos. Con el objeto de distinguirlos se pueden obtener en la siguiente forma: lóbulo izquierdo un círculo pequeño; lóbulo inferior izquierdo un círculo grande; lóbulo superior derecho una sección cuadrada; lóbulo medio derecho, triangular y del inferior un rectángulo. Es necesario tener cuidado de obtener pleura visceral con el fragmento. En total serían 5 secciones. Si hay algo anormal en los ganglios linfáticos obtener secciones de los mismos.

Hígado. - Una sección.

Bazo - Una sección.

**Suprarrenales** - Una sección cuadrada del lado derecho y otra triangular del izquierdo.

Riñones - Una sección cuadrada del riñón derecho y otra triangular del izquierdo.

**Esófago** - Una sección

Estómago - Una sección.

**Intestino delgado** - Una sección

**Intestino grueso** - Una sección

Apéndice - Una sección

Cerebro - Una sección de la corteza y otra que comprenda la pared de uno de los ventrículos.

Ganglios linfáticos - Deben enviarse varias secciones de ganglio de diferentes lugares.

**Piel** - Si hay lesiones tratar de obtener la muestra de piel en los sitios afectados. Por ejemplo: Petequias.

Músculos - Enviar una sección del músculo pectoral.

Cuando sea necesario hacer exámenes especiales e identificar una lesión en diversos lugares de un órgano, los fragmentos deben colocarse en frascos especiales en donde se rotula la procedencia y sitio del órgano. Todas las secciones deben ser colocadas en solución formol salina con el N° de la autopsia.

### Reparación del cadáver

El cuerpo debe ser cuidadosamente lavado y secado tanto en su superficie como en el interior de las cavidades torácica y abdominal las cuales deben ser rellenadas con papel absorbente (cellucotton) y después proceder a la sutura.

Si el cadáver procede de una persona que sucumbió de una enfermedad infecciosa debe ser limpiado con una solución desinfectante que puede ser solución de bicloruro de mercurio al 1:1000.

## NOTAS

Nueva Junta Directiva de la Asociación Médica Hondureña:

El primer sábado del presente mes de Octubre, en sesión ordinaria celebrada por la Asociación Médica Hondureña, y de acuerdo con lo previsto por los Estatutos de la Sociedad, se procedió a la elección de la nueva Directiva, que ha regir los destinos de la Agrupación durante el año 1948-1949, lo mismo que al personal de la Revista Médica, con el resultado siguiente:

### JUNTA DIRECTIVA:

Presidente .....	Dr. José Gómez Márquez p.
Vice-Presidente .....	Dr. Ramón Alcerro Castro h.
Vocal 1º .....	Dr. Roberto Gómez Robelo
Vocal 2º .....	Dr. Humberto Díaz B.
Vocal 3º .....	Dr. Juan A. Mejía
Secretario .....	Dr. Juan Montoya Alvarez
Pro-Secretario .....	Dr. Virgilio Banegas M.
Tesorero .....	Dr. Armando Bardales
Fiscal .....	Dr. Manuel Castillo Barahona

### PERSONAL DE LA REVISTA:

Director .....	Dr. José Gómez Márquez h.
Primer Redactor .....	Dr. Mario Díaz Quintanilla
Segundo Redactor .....	Dr. Angel D. Vargas
Tercer Redactor .....	Dr. Humberto Díaz

Una vez limpiada la cabeza, debe procederse a rellenar el cráneo con yeso, suturando el cuero cabelludo cuidadosamente y procurando hacer lo menos posible visible las ligaduras y conservando la distribución normal del pelo.

### BIBLIOGRAFIA

**Howard T. Karsner.** — Protocolo de autopsias. Instituto de patología de la Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

**W. G. Barnard.** — The technique of post-mortem examination. London Council. Public Health Department, Enero 1935.

**Otto Saphir.** — Autopsy. — Diagnosis & Technique. Paul B. Hoeber Inc. New York & London, pp. 49, 249-249, 1937.

**Alan R. Moritz M. D.** — Repair of the body after autopsy. Cleveland, Ohio.

**T. C. Laipply.** — Care of the body at autopsy in cooperation with the mortician. Archives of Pathology, 40: 408-412, 1945.

Dicha directiva tomará posesión de tan honroso cargo el primer sábado del próximo mes de Noviembre, acontecimiento que será celebrado con una suculenta cena.