

1949

Volumen XVIII 19

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA  
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL  
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la  
Asociación Médica Hondureña



Director:  
Dr. J. Gómez Márquez Gironés

## SUMARIO

<i>Página del Director.</i> —El Problema de la Enseñanza médica en Honduras .....	935
Tratamiento conservador de los abscesos apendiculares .....	938
<i>Dr. Virgilio Banegas M.</i>	
Embarazo ovárico silencioso .....	943
<i>Dr. Juan Montoya Alvarez</i>	
Problemas de la catarata en Honduras .....	951
<i>Dr. J. Gómez-Márquez Gironés</i>	
Los ocitócicos .....	957
<i>Dr. Juan Montoya Alvarez</i>	
Revisando el canje .....	965
<i>Dr. Humberto Diaz B.</i>	
Crónica de sesiones .....	967
<i>Dr. J. G. M. G.</i>	
Informaciones Diversas .....	973

Enero y Febrero de 1949

**MIEMBROS DE LA ASOCIACION  
MEDICA HONDUREÑA  
SOCIOS HONORARIOS**

Dr. Mejía Colindres Vicente	San José, Costa Rica.
Dr. Lowsley Oswald S.	New York, E. U. A.

**SOCIOS EN TEGUCIGALPA**

Dr. Banegas M. Virgilio	Dr. Guilbert Henry D.
Dr. Bardales Armando	Dr. Larios Manuel
Dr. Bulnes Martín	Dr. Lázarus Roberto
Dr. Cáceres Vijil Manuel	Dr. Mejía Juan A.
Dr. Cáceres Vijil Marcial	Dr. Midence Alfredo C
Dr. Caminos D. Carlos	Dr. Midence Ignacio
Dr. Castillo Barahona Manuel	Dr. Montoya Alvarez Juan
Dr. Dávila José Manuel	Dr. Pereira J. Ramón
Dr. Díaz B. Humberto	Dr. Pineda Ugarte Abelardo
Dr. Díaz Bonilla Manuel	Dr. Reyes Soto Joaquín
Dr. Díaz Q. Mario	Dr. Sandoval h. José María
Dr. Durón José R.	Dr. Valenzuela Héctor
Dr. Gómez-Márquez J.	Dr. Valladares Ramón
Dr. Gómez-Márquez Gironés J.	Dr. Vargas Angel D.
Dr. Gómez Robelo Roberto	Dr. Zúñiga Gustavo Adolfo

**SOCIOS EN LOS DEPARTAMENTOS**

Dr. Bermúdez h. Antonio	Tela
Dr. Burgos Marco Tulio	Yuscarán.
Dr. Castellanos Plutarco E.	Comayagua.
Dr. Cárcamo Tito H.	San Marcos de Colón.
Dr. Fiallos J. Miguel	La Ceiba
Dr. Herrera Arrivillaga Victor	Progreso
Dr. Matute Eugenio	San Pedro Sula
Dr. Mejía h. Isidoro	Danlí
Dr. Mendoza José T.	La Ceiba.
Dr. Rivas Carlos	Olanchito, D. S.
Dr. Varela Fausto	La Paz.

**SOCIOS EN EL EXTRANJERO**

Dr. Agurcia Carlos	E. U. A.
Dr. Alcerro Castro h. Ramón	Madrid, España
Dr. Cantizano M. Blas.	San Salvador.
Dr. Gálvez Carlos M.	París, Francia.
Dr. Munguía Alonzo Luis	San José de Costa Rica.
Dr. Vidal Antonio	París, Francia.
Dr. Zúñiga Raúl Enrique	Tiquisate, Guatemala.

**SOCIOS FALLECIDOS**

Dr. Aguilar Manuel L.	Dr. Paredes P. Salvador
Dr. Andino Aguilar Rubén	Dr. Paz Barahona Miguel
Dr. Casco Juan Jesús	Dr. Ochoa Velásques José Ma.
Dr. Cervantes Lorenzo	Dr. Rodezno Virgilio
Dr. Gómez h. Pastor	Dr. Rodríguez Marco Antonio
Dr. Matute Francisco A.	Dr. Rosa Domingo
Dr. Morales Marco Delio	Dr. Sagastume Alfredo
Dr. Moncada Cornelio	Dr. Sánchez U. Francisca

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: J. GOMEZ-

MAKQUEZ GIRONES

Redactores:

DR. HUMBERTO DÍAZ B. DR. MARIO DÍAZ QUINTANILLA DR. ANCEL. D. VARGAS

Secretario: DR. JUAN MONTOYA ALVAREZ Administrador: DR. ARMANDO BARDALES

---

Año XIX | Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Enero y Febrero 1949 | N° 140

---

## PAGINA DEL DIRECTOR

### *El Problema de la Enseñanza Médica en Honduras*

*El estado de la enseñanza en nuestra Escuela de Medicina, es uno de los asuntos de más envergadura que tendrá que enfrentar en un futuro muy próximo la Asociación Médica Hondureña. Y decimos precisamente la Asociación, porque es ella por su largo historial y por su índole, la que está moralmente comprometida con la juventud hondureña, a elevar sus posibilidades al máximo, en todo lo que se refiera a su formación médica.*

*Los mil problemas que, en relación con nuestra Escuela de Medicina existen., van a tener que ser resueltos con gran espíritu crítico y con sentido revolucionario a la vez, pues de otra forma sería imposible que saliésemos del verdadero caos en que nos hallamos. Ha llegado el momento de tomar decisiones trascendentales, pues no es posible que nuestra Facultad de Medicina continúe en la desorganización actual, ni que nuestros planes de estudio y nuestros medios de enseñanza sigan siendo el reflejo de las orientaciones científicas de hace por lo menos medio siglo. Esta revisión, que como decimos se impone, comprendería tres puntos fundamentales: reforma del plan de estudios, organización de los medios de enseñanza y readaptación del profesorado.*

*Sería sumamente pretencioso, y desde luego muy por encima de nuestra preparación, venir aquí a trazar un programa de estudios, de acuerdo con las necesidades que el progreso continuo de la Medicina ha creado, pero al menos queremos destacar aquellos defectos básicos de nuestro Plan que por su magnitud, es imposible que pasen desapercibidos, a cualquiera, que en calidad de estudiante o de profesor, haya pasado por las Aulas de nuestra Facultad.*

*Nuestros jóvenes estudiantes, se encuentran hoy en día, con dos grandes grupos de materias, que perjudican seriamente su futura formación: estos dos grupos están formados, uno por una serie de asignaturas inútiles por uno u otro motivo y el otro por clases mal orientadas por diversas causas.*

*En el primero, recordamos para el caso, las clases de inglés y la de Materia Médica. nadie discutirá por supuesto, que todo estudiante de medicina, debe conocer, y cuanto más a fondo mejor el inglés, en el cual se escriben en nuestros días, tal vez los asuntos más interesantes y más modernos de la ciencia médica, pero a nadie escapa, y la práctica entre nosotros y en otros ambientes lo demuestra hasta la saciedad, que la inclusión en el Plan de Estudios Oficial, de dos años de inglés, no consigue más que robar un tiempo precioso a los estudiantes sin reportarles ningún beneficio. Estimúlese en hora buena, el estudio de este idioma, desde la primaria si es posible y hágasele ver desde un principio al futuro universitario la importancia que tiene el conocimiento de esta lengua para su formación científica, pero no asistamos por ningún modo a la trágica farsa de enseñarlo en dos años, sobrecargados de materias básicas, con unas horas de clase que se dan y se reciben a regañadientes. Apuntamos por otro lado, algo que se refiere a la Materia Médica: resulta absurdo que se exija una asignatura que se titula Botánica Médica en los primeros años de la carrera, que se insista teóricamente sobre los **mismos** tópicos al causar la Materia Médica y que se repita por tercera vez, en el segundo año de **Terapéutica**. . . por supuesto todo ello sin ver nunca una sola planta medicinal! Como estos dos casos, podría/nos citar una variedad de ellos y nos limitamos como muestra a citar éstos por ser tal vez los que más nos han llamado la atención.*

*En el segundo grupo, en el de las clases que consideramos mal orientadas recordamos inmediatamente, la Clínica Operatoria, La Terapéutica, las Clínicas y las Patológicas y las especialidades como Oftalmología, Ginecología, Urología y Otorrinolaringología. Se obliga al alumno a trabajar (cuando por casualidad se consigue un cadáver), en cuerpos acartonados, por entero desprovistos de las cualidades inherentes a un cuerpo humano y allí es donde ya el futuro médico, "aprende" a menospreciar :la cirugía y a convertirse en un carnicero en lugar de un artista del bisturí. Subestima, como es natural los problemas básicos de la cirugía, como la preparación operatoria, la asepsia y la antisepsia, la anestesia, la hemostasia y el post-operatorio. ¿No sería mil veces mejor, que sin abandonar el estudio de las técnicas quirúrgicas en cadáveres bien acondicionados, se diera la clase de Cirugía Experimental, que creemos ya que figura en nuestro Plan vigente, donde el alumno sería responsable de su "enfermo," y donde empezaría a sentir como cirujano, las amarguras del fracaso y las alegrías del éxito?*

*Por otra parte, y abarcando el campo del estudio de las Patologías y de las Clínicas tanto Quirúrgicas como Médicas, ¿no es absurdo que sólo sean dos años para cada una de estas asignaturas, que son por así decir la Medicina en suma? Reglamentemos estos estudios básicos; que se den tres años de clínica quirúrgica y otros tantos para la médica, reservando el primer año de las mismas, para la propedéutica correspondiente; por otro lado exijamos la coordinación imprescindible entre las clases teóricas de patología y las prácticas, de clínica, haciendo que sean servidas por un mismo profesor cada una de ellas y así, desaparecerá el hecho paradójico, de que el alumno estudie en quinto año la neumonía por ejemplo, para írsela a recitar al profesor, y que vaya a darse cuenta de cómo es en la práctica, en el séptimo año; es decir, alternese el estudio en el libro, de las enfermedades con el correspondiente en el enfer-*

mo, y entonces nuestros jóvenes, irán siendo cada día menos médicos de biblioteca para hacerse eminentemente prácticos.

*Y ¿qué decir de las Terapéuticas? ¿No habrá llegado aún el momento de relegar al olvido una serie de medicamentos absolutamente inútiles, para dedicarnos al estudio en serio de los que han sido reconocidos a través de los tiempos como realmente efectivos, amén de renovar diariamente los conocimientos con las últimas adquisiciones de la rama terapéutica, en continua evolución?*

*Digamos aún unas palabras a propósito de las especialidades: la oftalmología, la pediatría, la ginecología, etc., figuran en nuestro plan como clases meramente teóricas. De no ser por el buen criterio de algunos de nuestros profesores, estas asignaturas se darían con el librito en la mano. Si éstas sirven para algo, es precisamente para que el médico general del mañana, el médico práctico, posea los conocimientos básicos de oftalmología, de pediatría, de ginecología, etc., que lo van a ayudar a orientarse ante casos de esta índole, y ésto se puede únicamente conseguir, cuando se ha explorado muchas veces el aparato visual, un niño o el aparato ginecológico.*

*Nos referíamos como segundo punto de estas notas, a la organización de los medios de enseñanza: laboratorios, gabinetes de fisiología, de anatomía patológica, anfiteatros con un minimum de condiciones indispensables, etc. No se nos diga, que ello es imposible por la escasez de recursos; no vamos a pretender, cómo debemos perseguir para un futuro mejor, la instalación de grandes institutos, que son verdaderos centro de investigación, tal como se encuentran en los centros universitarios de muchos lugares de Europa y de los Estados Unidos, pero sí al menos algo, por modesto que sea, que sirva de base para que nuestros estudiantes reciban la preparación elemental a que tienen derecho. El aspecto monetario, es desde luego muy importante, pero no olvidemos que con entusiasmo y con ideales se puede ir muy lejos.*

*Terminaremos, diciendo unas palabras acerca de las readaptación del profesorado. Empiécese por la asignación de sueldos decorosos para nuestros profesores, que los hagan salir de la condición de profesores-proletarios en que se encuentran y que les permitan distraer una o dos horas del día, en la preparación y explicación de sus correspondientes asignaturas. Límitense el número de éstas para cada catedrático (unas dos como máximo); escójanse para cada materia a aquellos profesionales que más hayan sobresalido en su ramo y que más vocación docente tengan, uniendo a estas cualidades, su honradez y su rectitud, para que los alumnos aprendan deontología médica, en el ejemplo de sus maestros.*

*A la elección de un buen personal docente, hasta donde nuestros medios lo permitan, debería agregarse la democratización de nuestra Escuela: una Junta Directiva que trabaje, que se preocupe en la resolución de los mil problemas que tiene la Facultad; un claustro de Profesores que sea convocado con regularidad, para que sus componentes cambien impresiones, discutan los asuntos de la Escuela y que de todo ello salgan corrientes de progreso, del que tan sedientos estamos. Y lleguemos más adelante: dejemos oír la voz de nuestro estudiantado, por medio de sus representantes en las reuniones de Profesores, para que expongan las inquietudes de sus compañeros, como en justicia tienen derecho, que al fin y al cabo, ellos son los hombres, los médicos del mañana, en fin la esperanza de toda la sociedad doliente.*

## *Tratamiento Conservador de los Abscesos Apendiculares*

Por el Dr. Virgilio Banegas M.

Es bien conocido que el único tratamiento para la apendicitis aguda es la intervención quirúrgica con extirpación del apéndice, pero resulta que algunas veces por múltiples causas ésta no se lleva a cabo, y la enfermedad evoluciona, por uno de los caminos que puede seguir, hacia el absceso.

Es indudable que la frecuencia de los abscesos apendiculares ha disminuido mucho en nuestros días, y ya sería tiempo que desapareciera de la patología, si no fuera porque un ataque de apendicitis se deja evolucionar hacia el absceso por las razones siguientes :

1<sup>o</sup>—Ignorancia de los pacientes para buscar tratamiento médico en el principio del ataque, el cual ellos mismos clasifican con los términos de "cólico," "indigestión," etc., tratándose empíricamente por el ya famoso "purgante," que los lleva a la muerte por peritonitis o más afortunadamente a la ruptura del apéndice con la formación del absceso. 2<sup>o</sup>— Falta de Médico en los pueblos, case-ríos o aldeas, de manera que dejan pasar dos o tres o más días para llevarlo al lugar más cercano en donde se le pueda suministrar los cuidados médicos necesarios, es por esta causa que los pacien-tes se presentan a los Hospitales o Clínicas con el clásico plastrón en el cuadrante **inferior** derecho del abdomen. 3<sup>o</sup> —La falta de ca-pacidad del médico de reconocer una **apendicitis** o bien lo complejo que puede presentarse el cuadro clínico y los exámenes del Labo-ratorio, que la enfermedad pase desapercibida aun por los más en-tendidos y 4<sup>o</sup>, rehusar la intervención quirúrgica.

Las razones antes expuestas, además de causar la frecuencia de los abscesos apendiculares, son la consecuencia de la mortalidad aun existente de la apendicitis aguda.

Antes del descubrimiento de los antibióticos, era clásico el que todo absceso necesitaba para su curación la abertura y dre-naje; cierto es que dicha conducta ha salvado muchísimos pa-cientes, pero un porcentaje de ellos ha sido víctimas de la secuela de tal medio quirúrgico, esto es, fístulas supurativas y fecaloi-deas, las primeras muchas veces renuentes a los raspados y las segundas con necesidad de operaciones de más alta embergadura, verificadas en un terreno harto difícil por las fuertes adherencias que han dejado las lesiones que las produjo. Desde la aparición de la penicilina y estreptomina, la evolución de los abscesos ha cam-biado, los medicamentos antes mencionados han obrado milagros en lo que antes fatalmente tenía que llegar a la supuración con la consiguiente abertura espontánea al exterior o al interior de los diversos órganos si no se intervenía quirúrgicamente. Hacemos la salvedad que algunas veces por lo avanzado de la enfermedad y

sin tratamiento previo, la conducta quirúrgica es la que está indicada.

Resumiendo, podemos decir que toda apendicitis aguda que ha evolucionado al clásico plastrón localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, debe ser tratado de una manera conservadora a base de antibióticos. Los dos casos que a continuación relataremos, es lo que nos ha hecho hacer estas consideraciones sobre el tratamiento conservador de los abscesos apendiculares.

En el mes de Junio de 1946, intervenimos un niño de 8 años de edad, quien se presenta al Hospital General con un plastrón en la fosa ilíaca derecha, dándonos la historia de un dolor agudo, localizado en el mismo lugar desde hacía un poco más de 72 horas. Se lleva a Sala de Operaciones, hacemos una apendectomía previa abertura de un absceso y finalmente se deja un dreno. Teniendo que ausentarnos del país, dejamos el paciente aun supurando por la herida operatoria después de tres semanas de haber sido intervenido.

En agosto de 1948, el destino nos trae nuevamente a nuestras manos el mismo niño, padeciendo de una fístula fecaloidea en la fosa ilíaca derecha. ¿Qué había pasado con este chico durante el lapso comprendido entre Junio de 1946 y Agosto de 1948? A nuestras preguntas nos informan lo siguiente: Después de la apendectomía, el niño quedó padeciendo de una fístula supurada que se hizo renuente a la cicatrización después de un raspado; meses más tarde, una nueva intervención que dio por resultado la aparición de materias fecales por la fístula; después de algún tiempo se hace una laparotomía y se encuentra una masa de adherencias que hacía casi imposible reconocer la anatomía de la región, finalmente se identifica que ciego, sigmoide e ilio terminal forman parte de la patología, & se disecciona el ilio y pese a lo cuidadoso de la liberación, se rompe y es necesario hacer una anastomosis late-ro-lateral; debido al pésimo estado general del paciente, se suspende la operación no sin antes intentar cerrar la fístula, que reaparece días después. Estos son, pues, los informes que recogimos de personas enteradas de la evolución de la enfermedad.

Ahora, después de más deudos años de haberse verificado la apendectomía, tenemos presente un niño de 10 años de edad, pésimamente nutrido, padeciendo de una fístula estercorea en la fosa ilíaca derecha, que radiológicamente se comprueba ser una fístula del sigmoide.

Con un pre-operatorio bastante intenso, nos disponemos intervenirlo el 11 de agosto, con la impresión de que nos veríamos con algo muy serio, lo cual se hizo notar en cuanto abrimos la cavidad abdominal a través de una laparotomía media. Tras una minuciosa exploración, reconocemos que el sigmoide, parte del colon descendente y el ciego, formaban parte de una gran masa de adherencia en el cuadrante inferior derecho del abdomen, hacemos una laboriosa disección del sigmoide, en el cual venía el trayecto fistuloso compuesto de dos bocas intestinales, una grande por donde se expulsaban las materias fecales y una pequeña que mantenía

una fístula supurada a pocos centímetros de la anterior. No queriendo llevar a un choque más grande al paciente, no hacemos la sigmoidectomía y nos contentamos con hacer la sutura del mismo con la técnica corriente de una enterorrafia.

Nos sentíamos contentos y optimistas con la operación que habíamos verificado, quedaba rota toda relación entre intestino y pared abdominal, por lo que esperábamos una cura radical del doloroso padecimiento que este niño venía sufriendo por más de dos años.

Todo marchó bien en los primeros dos días post-operatorios, el tercero aparece una resistencia abdominal con caída notoria del estado general, el cuarto, el paciente presenta un cuadro de peritonitis generalizada con la expulsión de materias fecales diarreicas por el punto más débil de la pared abdominal, que era el lugar donde existía la fístula, así fue como lo llevamos a una segunda intervención, ya sin esperanzas y nos encontramos con lo que habíamos pensado, la sutura del sigmoide que correspondía a la pequeña perforación que mantenía la fístula supurada, había fallado y las materias diarréicas invadieron la cavidad abdominal. ¡El paciente fallece momentos después del intento por cerrar nuevamente el sigmoide!

Esta es la historia sucinta de un paciente que llevó un calvario después de la abertura y drenaje de un absceso apendicular.

El caso que a continuación exponemos, se trata de una mujer de 40 años de edad, que en la ciudad de Choluteca, es presa de un ataque agudo de apendicitis, el cual parece que no fue reconocido con certeza; dos semanas después del principio de la enfermedad, ingresa al Hospital General de esta ciudad.

Somos llamados en consulta y nos presentan a una paciente delgada, pálida, desnutrida, con una temperatura que estaba fluctuando entre 37 grados centígrados y 39.8 como máxima, pulso entre 80 y 120 por minuto, presión arterial: Máxima, 95, Mínima 60, a través del examen físico, nos encontramos con una mujer francamente anémica, con un corazón dentro de los límites normales, pulmones limpios, abdomen con un plastrón fijo, doloroso y no adherido a la pared abdominal, situado en el cuadrante inferior de recho del abdomen; al examen ginecológico nos encontramos en el fondo de saco derecho una masa dolorosa que no guarda relación con los movimientos imprimidos al útero, el cual es movible en todas direcciones. El laboratorio nos informa de una orina con los caracteres de normalidad, heces positivo por huevos de ascárides, sangre con reacción de Kahn negativa glóbulos rojos..... 2.800 000, blancos 10.900, neutrófilos 80% y hemoglobina 70%.

Llegamos al diagnóstico de absceso apendicular y siguiendo la conducta conservadora, indicamos el tratamiento siguiente: 1.000 ce. solución 5% glucosa, 1000 ce. solución salina normal diarios por vía intravenosa, bolsa de hielo en el abdomen, penicilina 50.000 unidades cada cuatro horas, complejo de vitamina B, extracto de hígado y Vitamina C, además, se le hacen dos transfusiones de sangre total, a la vez que recomendamos estricta vigilancia por

el temor de que el absceso se rompiera y provocara una peritonitis generalizada.

En dos semanas, la temperatura estaba corriendo alrededor de los 37 grados centígrados y notamos cómo el plastrón de la fosa ilíaca derecha iba reduciendo paulatinamente de tamaño, el que -en cuatro semanas de tratamiento estaba reducido a una pequeña morcilla y desapareciendo por completo en seis semanas. Durante este tiempo, el estado general del paciente había mejorado notablemente, su apetito bastante bueno y sus movimientos intestinales, se volvían **regularmente** diarios, mientras el recuento globular había ascendido a 3.845.000 rojos, reportándose los blancos en 8.550 y una hemoglobina de 85%. A estas alturas de lo único que se quejaba el paciente, era de dolores intermitentes en el cuadrante inferior derecho.

El 27 de Septiembre (10 semanas más tarde del principio de 3a enfermedad) la intervenimos, haciéndole la extirpación del apéndice a través de una laparotomía para-rectal externa en condiciones inmejorables, existiendo aproximadamente un tercio del apéndice rodeado de débiles adherencias que hicieron una operación nada laboriosa. El paciente sale del Hospital diez días después en buenas condiciones.

Es bien notorio el éxito que obtuvimos en el caso que acabamos de relatar con el tratamiento que instituímos, podía criticarse diciéndose que requiere larga hospitalización, pero se lo comparamos con el tratamiento quirúrgico precoz, vemos que cuando se abre y drena un **absceso** apendicular, ya que la apendectomía es por lo general imposible de hacerla al mismo tiempo, el paciente para salir curado, tiene que pasar un término medio de 4 semanas de hospitalización y volver meses más tarde para verificar la apendectomía.

En el caso anterior, la paciente bien pudo salir del Hospital -en cuatro semanas sin ser víctima de los riesgos post-operatorios que primeramente hemos hecho ver, teniendo siempre que regresar \*n el término indicado a operarse de su apéndice en las condiciones que antes hemos expuesto.

Resumiendo, podemos decir lo siguiente:

1<sup>o</sup>—En toda apendicitis aguda que evoluciona hacia el absceso (esto sucede generalmente después de las 72 horas de su comienzo) es sabio indicar un tratamiento médico a base de antibióticos, dieta del alto valor colérico y un balance en los líquidos del organismo.

2<sup>o</sup>—Evitar la abertura y drenaje de un absceso hasta donde sea posible.—Y

3<sup>o</sup>—El tratamiento conservador da la oportunidad de hacer una apendectomía en condiciones inmejorables y sin ninguna complicación.

## *Embarazo Ovárico Silencioso*

**Por el Dr. Juan Montoya Alvares**

Ex-Jefe del Servicio de Obstericia y Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General "San Felipe". Con comentarios por los doctores Juan A. Mejía M. y Virgilio Banegas M.

Los pocos casos de embarazo ovárico registrados en la literatura médica, han sido hallazgos operatorios hechos al intervenir con diagnósticos erróneos, o revelaciones radiográficas al investigar las causas de un complejo agudo o determinar una relación tumoral.

Pero tal vez esta misma facilidad con que se les desconoce sea una colaboración del azar en beneficio de la vida materna, pues relogando la operación hasta una época próxima o excedida del término del embarazo, en la que generalmente se produce el deceso fetal, ella puede realizarse sobre una placenta muerta, ya degeneradas las vellosidades que, de otro modo, serían focos de hemorragias gravísimas.

La enferma que motiva esta comunicación presentaba, cuando llegó al servicio, un tumor localizado en la parte media y mitad derecha del vientre, con una evolución de 15 meses, que coincidió al principio con una suspensión de reglas de 9 meses.

El crecimiento de dicho tumor fue progresivo, de una manera similar al crecimiento del embarazo tóxico, en tal forma que dicha enferma creyó estar embarazada. No se presentaron trastornos simpáticos de gestación.

Pasados 9 meses, sus reglas reaparecieron y se normalizaron, en cambio, el tumor no tuvo más que una pequeña regresión. Además, casi desde el principio de sus dolencias, dicha enferma fue presa de períodos irregulares de dolores localizados en el bajo vientre para los cuales estuvo sometida a tratamiento médico sin lograr mejoría. Ante el fracaso de esta terapéutica inductiva y aconsejada por su último médico, decide ingresar a este Servicio.

**Datos personales y familiares.**—Secungestante de 38 años, casada, nacida en Meámbar, departamento de Comayagua. Madre viva, padre muerto. Otros datos, sin importancia.

**Datos de la niñez y pubertad.**—Época de la marcha y de la dentición; a los doce meses. Primera menstruación: a los quince años. Enfermedades: Sarampión, parotiditis, viruela y tosferina.

**Datos de la edad adulta.**—Función menstrual. Periodicidad, normal. Cantidad, regular. Duración, tres días. Dolor, sí. Además, nerviosidad, astenia y abulia,. Última regla, del 19 al 22 de Diciembre de 1948.

Patológicos generales.—Gripe, sarna y paludismo.

**Daten obstétricos.**—Edad del primer embarazo, 31 años; parto, espontáneo prematuro de siete meses; producto, una niña que murió a las doce horas.

**Estado actual de la enferma.**—Aspecto general, bueno; piel, morena; panículo adiposo, escaso; edemas, no; sistemas muscular y óseo, bien formados.

Aparato circulatorio: Corazón tonos normales en todos los focos. Pulso igual, frecuencia normal, amplio, rítmico. Oscilometría, Mx. 110, Mn. 60.

Aparato respiratorio, normal; bucodental, normal; digestivo, normal; urinario y nervioso, normales; marcha, normal.

Examen Ginecológico.—Vulva y vagina, normales; cuello del útero, retraído y desviado hacia la izquierda; fondos de saco: posterior y lateral derecho, ocupados por una masa de consistencia semidura; el anterior, ocupado por el cuerpo del útero, el que se encuentra además en marcada anteversión y cuyos movimientos no son transmitidos a la tumoración; así como tampoco los movimientos de ésta no movilizan el cuerpo de la matriz; lateral izquierdo, libre. El mismo tacto abdomino-vaginal nos pone de manifiesto la gran movilidad del tumor, pudiéndose con ligeras presiones cambiarlo de posiciones en el bajo vientre e hipogastrio.

Por el tacto abdominal-vagino-rectal, comprobamos (n una manera precisa que dicho tumor ocupa por su extremo inferior, la mayor parte de la excavación pélvica, infiltrándose además, en gran extensión, hacia el ligamento ancho del lado derecho.

El examen separado del abdomen nos da los datos siguientes: Inspección, en la parte media y lateral derecha del hipogastrio, se nota una elevación de la pared: la palpación, comprueba el tumor, que presenta los siguientes caracteres: tamaño, el de una cabeza de feto a término; consistencia, semidura; movilidad, bastante doloroso, no; la auscultación es negativa.

Análisis de laboratorio.—Reacción de Kahn, negativo; hemograma, glóbulos rojos, 4.100.000; glóbulos blancos, 8.400; linfocitos, 34%; eosinófilos, 2%; grandes mononucleares 4%; pelinucleares neutrófilos, 60%; hemoglobina, 60%; tiempo de coagulación, 9 minutos y medio; tiempo de sangramiento, 2 minutos; orina, examen físico-químico, normal; microscópico, células epiteliales escamosas, sí; cristales de oxalato de calcio, sí; bacterias, sí; cilindros, no; hematíes, no; pus, no; otros parásitos, ninguno; heces, negativo.

Diagnóstico.—A su ingreso al Servicio, y sobre la base, de los antecedentes y de este primer examen, se creyó que se trataba de un tumor del ovario derecho, pensando que el teratoma adulto o quiste dermoidé, por su dureza, evolución y frecuencia, encajaba bien en este caso. Bajo esta impresión, fue referida dicha enferma al Prof. Juan A. Mejía M., quien nos había solicitado un caso para una sesión operatoria, y, quien, después de haberla examinado, estuvo con nosotros en lo referente a, que dicho tumor era del ovario, pero no en cuanto a su naturaleza, pues él creía que más bien podía tratarse de un fibroma del ovario, opinión que no compartimos, en vista de la poca frecuencia con que se presentan los tumores conjuntivos de dicho órgano.

**Diagnóstico Diferencial.**—Como dejo dicho, mi primera impresión en este caso, fue la de un teratoma adulto del ovario; no creí en la naturaleza conjuntiva del tumor, en primer lugar, porque presentaba partes duras alternando con blandas, y en segundo lugar, porque estos tumores son poco frecuentes, pues no constituyen más que el 2,5 % de los tumores del ovario. Tampoco creí en que podía tratarse de un Blastomá epitelial de naturaleza maligna (edad, evolución, unilateralidad, falta de ascitis, etc.)

En cuanto, al embarazo ovárico, variedad rara de gestación ectópica, hallazgos operatorios o radiológicos, de los que según Courtiss, solamente se han publicado datos de 89 casos auténticos, no tuve la menor impresión, a pesar de que me llamó sobremanera la atención los nueve meses de suspensión de reglas que acusaba la enferma.

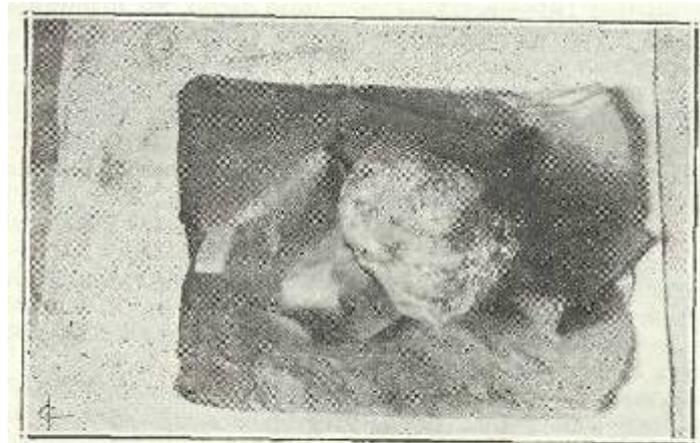
**Operatorio.**—Se decide la intervención.—Operador: Prof. Juan A. Mejía M.; ayudantes: Dres. Virgilio Bañeras Montes y Juan Montoya Alvarez. Se practica una laparotomía infraumbilical (Fig. N° 1), y aparece en plena cavidad abdominal un tumor casi libre



(Fig. 1)

Momento en que se está practicando la laparotomía infraumbilical; Operador: Dr. Juan. A. Mejía M.; Asistentes: Drs. Virgilio Bañeras Montes, Juan Montoya Alvarez y el Bachiller **Federico Fiallos**

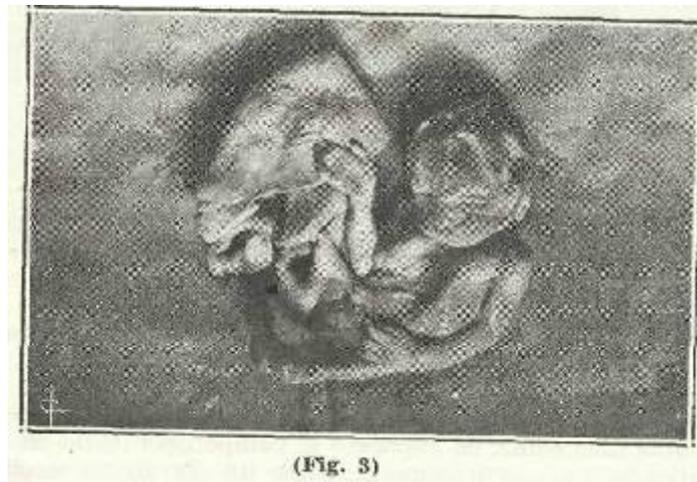
con adherencias laxas al intestino, epiplón y excavación pélvica; una vez liberadas éstas, es expuesto al campo operatorio en donde es identificado macroscópicamente como un Teratoma adulto del Ovario derecho; bajo esta impresión es ligado su pedículo y apartado del campo operatorio, tal como puede verse en la Fig. N° 2.



(Fig. 2)

El presunto Teratoma adulto tal como fué extraído después de ligado y seccionado su pedículo

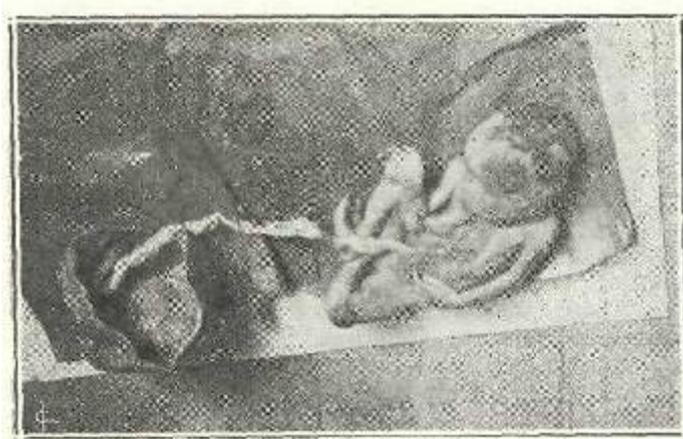
*Terminado el acto quirúrgico, el Prof. Mejia, ya bajo la impresion de que tenia en sus manos un teratoma adulto del ovario, procedio a su abertura, y aquí, fue cuando tuvimos la sorpresa de ver que nos encontrábamos frente a un embarazo etopico a termino y en su variedad mas rara: EMBARAZO DEL OVARIO, figuras n3 y 4.*



(Fig. 3)

El feto, una vez extraído de su emboltura ovárica, en donde se encontraba como enrollado sobre sí mismo

Pos-Operatorio.—Norma!. La enferma fue dada de alta al desamo día, completamente restablecida, Fig. N<sup>o</sup> 5.



(Fig. 4)

Otro aspecto en donde puede apreciarse perfectamente la inserción del cordón umbilical a la cavidad del ovario



(Fig. 5)

La enferma completamente restablecida, 10 días después de la intervención

Comentarios.—Como ya dije al principio, los raros casos de embarazo ovárico o de embarazo abdominal, son hallazgos operatorios o revelaciones radiográficas al investigar relaciones tumorales; y es precisamente debido a su poca frecuencia, así como también, a la vaga sintomatología que presentan, a lo que se debe el hecho de que pasen desapercibidos. Muy raros son los casos en que dicho diagnóstico se ha sospechado por la clínica, y sobre esta base se han hecho exámenes radiográficos que los han confirmado; y muy frecuentes aquéllos en que la clínica los ha igualmente sospechado, pero que los exámenes radiográficos no han confirmado.

Como ejemplo de lo primero, narraré un caso del Prof. Alberto Peralta Ramos: Se trataba de una primeriza de 32 años, que en el séptimo mes de su embarazo, tuvo una metrorragia abundante e indolora, como primer accidente de una gravidez que, hasta entonces, había evolucionado sin trastornos. Internada en un hospital, todavía continuó durante dieciséis días con la pérdida genital; durante este tiempo estuvo sometida a tratamiento médico, sin ningún éxito. Al cabo de este tiempo dejó de percibir los movimientos fetales, notando además que su vientre disminuía de volumen, así como también que sus senos se hinchaban.

En estas condiciones fue vista por el Prof. Peralta Ramos, quien después de un primer examen y dados los antecedentes, creyó que se trataba de un embarazo uterino con feto muerto y retenido, y como no habían pérdidas genitales, ni temperatura, ni latidos fetales, se la dejó en reposo esperando la evolución espontánea de su embarazo malogrado.

A los dos meses de estada, ya cumplido el décimo de su gravidez, y persistiendo siempre en el error, se inicia una inducción por el método de Mateas, que procura ligeras pérdidas sanguíneas oscuras y algunos dolores durante el día. Una semana después, se repite la inducción con análogos resultados. En tales circunstancias se la vuelve a examinar más prolijamente y se verifica un cuello uterino escondido en el fondo de saco posterior, donde se percibe también una tumoración grande, de consistencia desigual; se palpan segmentos fetales inmediatamente por debajo de la pared abdominal, con una zona de crepitación hacia la izquierda y arriba del ombligo. Con estos datos se sospecha la presencia de un embarazo eh tópico, y se ordenan los exámenes radiográficos que lo confirman.

Se decide la intervención—Operador : Prof. Peralta Ramos; ayudantes, Dr. Sosa y Sánchez. Se practica una laparotomía y aparece en plena cavidad abdominal un feto casi libre, con adherencias laxas, en situación transversa, que por su tamaño corresponde a siete meses. Inmediatamente por debajo del feto y por encima del útero, se observa una tumoración oscura con adherencias a éste, al intestino, y al epiplón, que permite levantarla y extirparla previa ligadura y sección de aquéllas. Desde esta masa carnosa sale el cordón, que recorre una buena distancia antes de su inserción abdominal.

Como se ve, se trataba en el caso del Prof. Peralta Ramos, de un embarazo abdominal primitivo muy bien sobrellevado; en el que en ningún momento de su evolución se manifestaron los síntomas que hacen sospechar su existencia.

En nuestro caso, la evolución de esta gestación ectópica fue también silenciosa, y en ningún momento de su evolución; se produjo la irritación peritoneal que hace los dolores intolerables, desgarrante, sincopades y que suelen poner al Medico en la vía de estos diagnósticos! difíciles.

### A GUISA DE COMENTARIO

Por el Dr. JUAN A. MEJIA M.

Haciendo relación a la observación de mi estimado colega, el Dr. Juan Montoya Alvarez, la cual en verdad es algo extraordinario, tengo la pena de discrepar con mi estimado colega, cuando él llama a su observación embarazo ovárico silencioso, yo diría,, embarazo ovárico con final silencioso y, es que el grito de alerta debió de darnoslo, la suspensión de regla por nueve meses, en una mujer bien reglada y bien constituida y es factible que si se registra más la enferma, se habrían encontrado algotros síntomas que hubieran confirmado el embarazo; esto sería bastante para que pudiéramos insistir en aclarar un diagnóstico y nos prueba una vez más que si seguimos una observación detenida y ordenada, la clínica no engaña; que si hacemos diagnóstico errado de una enfermedad es porque algo nos faltó tomar en cuenta y que debemos en todos estos casos auxiliarnos de los otros exámenes, que se indican y aquí hubiera sido el de Rayos X, lo cual nos hubiera dado la verdad del caso que comentamos hoy. Humano es: errar. Yo senté diagnóstico únicamente por un examen local, pues; el caso me fue presentado como un quiste del ovario y confieso que no paré mientes en su historia, habiendo hecho por sólo el examen local el diagnóstico de fibroma, porque al palpar la cavidad vaginal sentí en el fondo posterior y justamente detrás del cuello de la matriz, un objeto duro y redondo que no podía ser un quiste y que, después de la operación pudimos comprobar que aquel objeto duro no era más que la cabeza del feto, el tumor estaba fuertemente apelotonado y desde luego no podían descubrirse miembros fetales y tal fue así que aún sacándolo del fondo de saco de Douglas y teniéndolo en la mano, lío creímos, ni siquiera pensamos, que tuviéramos ante nuestros ojos en aquella bola redonda un feto enrollado sobre sí mismo. Todo salió bien y correcto y la operación fijé justamente lo indicado, lo que tenía que hacerse aún con el diagnóstico verdadero. El diagnóstico, pues con que se operó esta enferma, fue falso y esta es una severa lección para que, jamás pasemos un caso a la ligera sin que no haya sufrido un examen concienzudo que pueda satisfacer al médico más minucioso y que, todo caso por sencillo que parezca, siempre tendrá algo que enseñarnos.

Dr. Banegas: Los comentarios que hago al respecto del extraño caso relatado, no tienen ningún valor diagnóstico porque desafortunadamente para mí, no examiné la paciente previamente a su operación, pero invitado por el cirujano, el Dr. Mejía M., lo asistí en la intervención, la cual revistió una importancia grande por el hallazgo operatorio

Personalmente creo que los diagnósticos hechos por mis colegas, Dres. Mejía M. y Montoya A., son bastante lógicos y razonables y en este caso en particular solamente el examen radiológico hubiera sido capaz de darnos el diagnóstico acertado, examen que no se hizo por no haberse pensado en embarazo ectópico a término.

El embarazo ovárico, como nos informa el Dr. Montoya A., es bastante raro, máxime si llega a término. Fue Maurice quien lo describió en el año de 1682 y no fue sino hasta 1902 que Thompson con pruebas irrefutables, demostró la preñez primitiva del ovario.

En cuanto al diagnóstico post-operatorio de embarazo primitivo del ovario, no nos cabe la menor duda por las razones que a continuación exponemos;

1º—La trompa del lado derecho estaba intacta macroscópicamente y adherida a la pared del saco ovular.

2º—El saco fetal ocupaba la posición del ovario, y

3º—Estaba en conexión con el útero por el ligamento útero-ovarico.

Divulgaciones oftálmicas

• f

*¿os Problemas de la Catarata en Honduras***Por el Dr. JOSKJÓMEZ-MARQUEZ GIRONES**

Subjefe del Servicio de Oftalmología del Hospital General.

**(Trabajo presentado a la Asociación Médica Hondureña en la sesión ordinaria de Enero).**

Hemos podido observar en los últimos tiempos, un afán muy digno entre todos nosotros, para estudiar los problemas concernientes a nuestra propia patología, desde el **momento en que** se ha ido reconociendo que ella tiene una serie de características peculiares, no reconocidas, desde luego, por los tratados extranjeros. Ya son vanos los colegas que se han preocupado en el seno de nuestra Asociación de ir exponiendo algunos de estos problemas en relación con los campos de la Medicina, más próximos a su práctica diaria. Nosotros mismos, hemos tenido ocasión de disertar **en** algunas ocasiones, sobre aspectos muy particulares de nuestra patología ocular, cuando nos hemos referido a los enrojecimientos oculares recidivantes en Honduras y a las coriorretinitis tan sumamente frecuentes entre nuestros pacientes oculares. Sin embargo, todos nos hemos preocupado esencialmente de asuntos de Patología Médica, como si con nuestro silencio diéramos por descontado, que la Patología Quirúrgica fuera aquí lo mismo que en otros lugares. Ahora bien, esto no es probablemente cierto: si los cirujanos nos ponemos a recordar, cuáles son las entidades morbosas que se nos presentan o las intervenciones quirúrgicas que con mayor frecuencia tenemos que practicar, constataremos que en general nuestra variedad patológica no es muy grande; por otra parte, una revisión de las complicaciones, que suelen presentársenos en el curso post-operatorio de nuestros enfermos, nos suministrará datos bien diferentes en cuanto a cantidad y calidad, de los que nos proporcionan los tratadistas universales. Quiere ello decir, que también en el campo de la cirugía tenemos mucho que estudiar de nuestros problemas, Unas, veces por la ausencia de una serie de entidades morbosas, otros por la presencia de algunas, que o no existen o son sumamente raras en otras latitudes y en fin, en otras ocasiones, porque nuestros pacientes tienen reacciones diferentes a las estudiadas clásicamente: algunas veces en pro y otras **en** contra.

El objeto de este preámbulo es especialmente hacer hincapié, en lo que se refiere a la necesidad de preocuparnos también por nuestra Patología Quirúrgica, bien sea ésta abdominal, urinaria, ginecológica, otorinolaringológica, oftálmica, etc., estudiando minuciosamente los cuadros que con mayor frecuencia se nos presentan, para analizarlos en cada una de sus partes, tanto en lo que se refiere a su sintomatología como a su terapéutica y pronóstico.

Nosotros, queremos por ello, abordar hoy un tema, que aunque en un campo bien circunscrito como es el de la Oftalmología, puede ser como una señal de alarma, para que se investiguen hechos análogos en otros terrenos de la Cirugía General.

Sería nuestro deseo, entrar de lleno en materia, pero el hecho de hallarnos ante un auditorio algo heterogéneo, quiero decir, compuesto por compañeros que se dedican a las ramas más diversas de la medicina, me obliga a hacer algunas referencias previas, que serían absolutamente innecesarias, ante un auditorio compuesto exclusivamente de oftalmólogos.

En cirugía oftálmica, la extracción de la catarata es por muchas razones una de las intervenciones que con más frecuencia se efectúan, y donde el globo ocular sufre uno de los mayores traumatismos. Muy interesante, por lo tanto, tiene que ser el estudio de los siguientes problemas. ¿Es la catarata entre nosotros, tan frecuente como en otros lugares? ¿Se presentan las mismas formas e igual cantidad de cataratas? ¿La edad de los pacientes de cataratas es igual a la de otros lugares? ¿Qué cantidad existen de cataratas patológicas (ciclíticas, diabéticas, luéticas, etc.)? ¿El tratamiento quirúrgico de la catarata es igual? ¿El pronóstico es idéntico?

Es muy posible que no podamos hallar una diferencia clara entre el número de enfermos con cataratas que observamos en Honduras, del que se observa habitualmente en otras partes del mundo; sin embargo, aunque no poseemos datos estadísticos suficientemente exactos, creemos factible aventurar, que tal vez hay más casos de catarata entre nosotros, debido a que el número de cataratas seniles es probablemente igual al de otros lugares, pero a él tenemos que agregar una gran cantidad de cataratas patológicas, como posteriormente veremos, especialmente cataratas ciclíticas.

En cambio, sí podemos presentar peculiaridades bien manifiestas, por lo que a la clase de nuestras cataratas se refiere. Por el hecho anteriormente ya apuntado, de la heterogeneidad del auditorio, nos vemos precisados ante todo, a presentar aunque sea en forma sumamente rápida, las distintas especies de cataratas que habitualmente se estudian.

1°—Cataratas progresivas, cuyo tipo es. la catarata senil, y que se dividen en catarata cortical y catarata nuclear. En la primera de ellas, se observa al hacer el examen de 3a iluminación pupilar, una serie de radios negros que de la periferia se dirigen hacia el centro. En la segunda, en la nuclear, se observa mediante el mismo examen, una mancha redondeada obscura en el centro del campo pupilar, que corresponde al núcleo opaco. Ambas formas, llegan en el curso de algún tiempo a formar la catarata total.

2°—Las cataratas estacionarias, que casi siempre son congénitas. Entre éstas tenemos la catarata capsular anterior, debida al parecer, a una hipertrofia con opacidad del epitelio que cubre la cara interna de la cristaloides anterior. La catarata capsular posterior, que es debida habitualmente a depósitos acumulados sobre la cristaloides posterior y que en ciertas ocasiones es debida &.

la persistencia de la red pericristalina, dependiente de la arteria hialoidea del embrión. En la catarata zonular la opacidad es de la membrana del núcleo, de tal manera que quedan transparentes las partes central y periférica del cristalino.

3?—Las cataratas ciclíticas, consecutivas, a graves alteraciones de las membranas vasculares del ojo, como en las iridocilicis, corioretinitis y miopia alta, en la cual el cuerpo ciliar enfermo, no puede nutrir en forma conveniente el cristalino y provoca su opacificación. Esta clase de cataratas, dan habitualmente una imagen muy característica, consistente en la opacificación de las capas posteriores de la corteza en forma de estrella. Existe además otra catarata análoga a la anterior, debida al depósito de exudados por detrás de la cápsula posterior como se observa con frecuencia en las ciclitis.

49—Catarata constitucional debida a una diátesis como la diabetes, nefritis, sífilis, etc.

Con arreglo a esta clasificación, debemos decir, que entre nosotros existen un tanto por ciento sumamente elevado de cataratas ciclíticas y polares posteriores, todo lo cual, como se comprenderá, constituye una serie de circunstancias desfavorables para la operación de las mismas.

En la edad de nuestros pacientes de catarata observamos habitualmente también notables diferencias. Un gran porcentaje de ellos están por debajo de los 40. Ello se comprende fácilmente, si tenemos en cuenta, como decíamos antes, que buena parte de las cataratas que observamos, son ciclíticas o polares posteriores, y que por lo tanto, dependen de un estado patológico de las membranas vasculares del globo ocular, que trastornando la nutrición del cristalino, provocan su degeneración. Este factor de la edad, tiene importancia tanto desde el punto de vista etiológico como terapéutico. Bajo el primer punto de vista, queremos insistir en lo que la mayor parte de los tratadistas dicen al respecto, esto es, toda aquella catarata, que aparece en un individuo, no senil, es decir, en uno que no ha pasado de los 50 años, debe en general, considerarse como una catarata patológica, ocasionada por lo tanto, por una diátesis, en la que pueden intervenir, la diabetes, la lúes, la nefritis, la tetania (en los niños), etc. En el segundo aspecto, la aparición de cataratas en una edad temprana, constituye un contratiempo notable para la intervención quirúrgica. Como ya algunos de ustedes, habrán tal vez tenido ocasión de formarse idea con la lectura de nuestro trabajo en el último número de esta Revista, la intervención ideal, la que por muchas razones debe considerarse como técnica de elección en la operación de catarata, es la extracción total y más particularmente, la facoerisis. Ahora bien, como esta técnica consiste en la extracción de todo el cristalino opacificado, se comprende fácilmente, que ella será tanto más viable cuanto más débiles sean las inserciones zonulares de la lente, que va en razón directa con la edad del individuo: en otras palabras, lo corriente es que las zónulas sean tanto más débiles cuanto más anciano es el individuo y más fuertes, más resistentes cuan-

tos más joven es él mismo. Una zónula resistente, compromete seriamente la extracción total, puesto que las tracciones que deben ejercerse para romper las inserciones zónulo-cristalinas, pueden llegar a tener que ser tan fuertes, que provoquen la ruptura de la cápsula antes que la de las inserciones mismas. Esto convierte, por lo menos, una extracción total en una incompleta, con la presencia de masas en la cámara anterior, que son un factor muy serio en el curso post-operatorio, por alargar el curso del mismo y por provocar fácilmente iridociclitis traumáticas, que aparecen aún con mayor facilidad en nuestros enfermos, afectos en general de cuerpos ciliares patológicos, como ya insistiremos más adelante. Ello no quiere decir, sin embargo, que la extracción total sea imposible, con el procedimiento de la facoerísis por ejemplo, y se ha llegado incluso a la extracción total en enfermos de 17 años de edad, mínima, según nuestros informes.

Por lo que a la cantidad de cataratas patológicas se refiere, ya se ha visto, que hemos insistido mucho en la frecuencia de las cataratas cilíticas, por su frecuencia. Esta es, desde luego, mucho mayor *dé*, lo observable en Europa. Las opacidades del cristalino, por el contrario, en las cuales la diátesis causal, haya sido la diabetes, es extremadamente rara entre nosotros y en cuanto a la nefritis no hemos observado ni un solo caso, pudiendo decir lo mismo sobre la tetania. Volviendo sobre el punto de la diabetes, debemos decir, que en el curso de diez años, que hemos -tenido ocasión de trabajar con nuestro padre, habremos observado aproximadamente unos 6 casos de cataratas en diabéticos. Se dirá, que hablamos de cilitis en general, sin colocarle **ningún** calificativo. Lo hemos hecho expresamente porque el hablar de este tema nos llevaría a una discusión de otro mucho más amplio, que hemos tocado en algunas ocasiones en esta misma Casa. En efecto, las cilitis, es decir, la inflamación más o menos tórpida, como son generalmente entre nosotros, del cuerpo ciliar, no pueden considerarse en una forma aislada, sino formando la larga cadena, de las coriorretinitis, de la iritis, de las queratitis intersticiales, porque todas ellas afectan prácticamente una misma membrana del ojo, es decir, la membrana vascular, como es el iris, el cuerpo ciliar y la coroides y el parenquima corneano, cuyas conexiones vasculares son ampliamente conocidas de todos. Queremos agregar, que muchos de nuestros pacientes con catarata, presentan al estudio con el bio-microscopio, secuelas indudables de íridocilitis que pasaron en **algún** tiempo y también que en el curso de un examen de fondo de ojo, especialmente en las cataratas polares posteriores, se descubren lesiones cicatriciales de coriorretinitis, cuya etiología hemos discutido detenidamente en otras ocasiones.

El tratamiento de las cataratas entre nosotros, merece también algunas consideraciones. En primer lugar, la extracción total de la catarata, que en cualquier otro lugar del mundo, resuelve en forma sumamente ventajosa el problema, no lo hace aquí sino parcialmente. En efecto, como es sabido, y como hacíamos justamente referencia en el artículo que publicamos en el último número de

nuestra Revista, la extracción total, ofrece entre otras, la inmensa ventaja, de no dejar restos capsulares, que si con otro material humano, resulta sumamente desagradable por el curso post-operatorio lleno de complicaciones, debido principalmente a los brotes de iridociclitis, entre nosotros, resulta verdaderamente desastroso, porque como hemos apuntado ya, e insistiremos nuevamente, los ojos de nuestros pacientes, tienen iridociclitis latentes que se despiertan con facilidad ante el traumatismo operatorio. Sin embargo, la extracción total, aun siendo lo mejor, provoca asimismo serias dificultades, por el hecho de que el traumatismo que se ejerce sobre el cuerpo ciliar, en el acto de la desinserción de la lente opaca, irrita a éste en forma extraordinaria, con resultados, frecuentemente malos. Es decir, que la operación se presenta en nuestros pacientes, con un horizonte muy poco despejado. Por otro lado, la intervención se obstaculiza, en muchos casos por la presencia de sinequias posteriores, es decir, por adherencias del iris a la cara posterior del cristalino, que en algunas ocasiones, no es factible poner en evidencia, ni siquiera con el biomicroscopio, antes del acto quirúrgico. La presencia de tales sinequias,, que en ciertas ocasiones son sumamente densas, es causa, de que con motivo de la extracción total, se sumen estas inserciones patológicas, a las normales de la lente con 3a zónula, aumentando así la resistencia de la catarata a dejarse desprender y sometiendo al globo ocular ya abierto a una serie de tracciones intempestivas, que unas veces puede llegar a producir la ruptura de la cristaloides, convirtiendo la extracción completa en incompleta, o la pérdida de una parte de vitreo.

De todas las consideraciones anteriormente expuestas, se desprende fácilmente que el pronóstico de nuestras cataratas, no puede ser en general, lo favorable que es en otros medios, debido al pésimo material humano que poseemos. Como se ha dicho, no nos enfrentamos habitualmente a cataratas seniles sino a cataratas cíclicas y cuando éstas no lo son en el sentido estricto de la palabra, hay cuando menos, cuerpos ciliares enfermos, ojos con iridociclitis latentes, que se convierten en activas por el traumatismo quirúrgico. Ojos operados en forma correctísima, que al cabo de unas semanas, nos darían con otros enfermos, y mediante la corrección oportuna, un entero de visión para cada ojo, tardan meses y meses en curar; las iridocilitis, dan por resultado, la formación de adherencias del iris a la cara posterior del cristalino o al cuerpo vitreo, se forman exudados en la cámara anterior y el curso post-operatorio se vuelve tal vez peor que el que se observaría en cualquier país del mundo con una extracción incompleta. Ante esta serie de hechos tan desagradables y tan sumamente descorazonadores para el cirujano oftálmico, se ha pensado como poner remedio a la situación. Teniendo en cuenta, los conceptos etiológicos que hemos expresado en varias ocasiones, sobre nuestras coriorretinitis, iridociclitis y queratitis parenquimatosas, hemos administrado a ciertos enfermos tratamientos mixtos a base de arsenicales y bismuto antes y después de! acto quirúrgico, sin que, en general, los resultados

hayan sido favorables. Creemos, que el problema no es susceptible de ser resuelto cuando los enfermos llegan ya a nosotros con lesiones más o menos crónicas, sino que requiere más bien, un estudio previo de nuestros enfermos, desde el punto de vista general, es decir, un estudio de nuestra Patología, ya que los agentes causales de las iridociclitis, coriorretinitis, etc., son agentes endógenos y por lo tanto, su investigación, incumbe aún más que al oftalmólogo, al internista, al laboratorista, al anatomopatólogo. En otras palabras, aquí es absolutamente necesario una investigación a fondo con la colaboración de todos nosotros.

## LOS OCITOCICOS

Por el Dr. JUAN MONTOYA ALVAKEZ,  
Jefe del Servicio de Ginecología y Ex-Jefe del Servicio de  
Obstetricia del Hospital General "San Felipe."

Nunca se debe pretender precipitar con el empleo de los ocitócicos la marcha fisiológica del trabajo del parto. Siguiendo este principio fundamental es que la Obstetricia Moderna permite el empleo de estas sustancias, entre las que contamos como principales a los extractos solubles del lóbulo posterior de la glándula pituitaria, llamado comercialmente pituitrina.

El Dr. Oliver Kam, de los laboratorios de Investigación de la Parke Davis, ha podido aislar dos principios activos: un factor ocitócico al que ha llamado Pitocin, normalizado de modo que contenga 10 Unidades Internacionales por cada ce; y un factor vasopresor llamado Pitressin, que aumenta la tensión arterial y estimula el tono muscular especialmente el intestinal.

También disponemos entre otros ocitócicos de la quinina y sus derivados, tales como el clorhidrato y el sulfato, el cardiazol-quinina, calgluquina, etc. La Pituitrina constituye el ocitócico por excelencia, el más enérgico, aunque el más difícil de precisar en su empleo. Los derivados de la quinina son ocitócicos más manejables, aunque no están exentos de provocar complicaciones, similares a las que puede producir la pituitrina, cuando se emplean inadecuadamente. En efecto, el empleo oportuno, la dosis apropiada, la observación de la respuesta del organismo así como también el discernimiento de su contraindicación, son factores que muy a menudo se desconocen o desprecian, ocasionando estragos irreparables o complicaciones de difícil solución. No es raro encontrar médicos que, con criterio de comadrona, pretenden dar término a, un parto demorado, no se sabe por qué causa, con el uso y el abuso de los ocitócicos, provocando en orden ascendente de gravedad, la tetanización uterina, el sufrimiento fetal, la muerte del feto "in útero," el desprendimiento de la placenta, la ruptura de la matriz y aún la muerte misma de la parturienta; porque no es el ocitócico una droga inocua, muy por el contrario, es un arma de doble filo que así como puede resolver una dificultad obstétrica, puede también provocar los desastres mencionados. Antes de usarlo se debe de estar en capacidad de explicarse científicamente la oportunidad de su indicación, de precisar la dosificación, de valorar la respuesta del organismo y de corregir su intolerancia en caso ocurriera.

Del uso de los ocitócicos; y en particular de la pituitrina se ha abusado en todas partes; basta revisar las historias clínicas de cualquier Servicio de Maternidad para comprobar nuestro acierto, y son tan graves los riesgos que se corren con el uso inconsulto de estas drogas, aun en manos de especialista, que la mayoría de ellos llegan a proscribirla totalmente durante el tiempo de trabajo del parto. A este respecto nos enseña Williams: "Pronto se vio que-

el uso del extracto Pituitario no dejaba de tener graves peligros. .." "Además, si se administraba antes de que se hubiera producido la dilatación completa del cuello, o aun con dilatación completa cuando había obstrucción anormal insospechada, no era raro que se produjera la ruptura del útero. En ocasiones, en vez de estimular la producción de contracciones más fuertes y eficaces, se vio que producía contracciones tetánicas e inútiles. En otros casos, las contracciones uterinas, si bien regulares y de carácter útil, eran de una fuerza tan excesiva, de tan corto intervalo, que se menoscababa la circulación placentaria y sucumbía el niño por asfixia. Como resultado de esto el empleo del extrato pituitario antes de la expulsión del feto, ha sido abandonado por los parteros experimentados."

A pesar del abandono que han hecho de esta droga algunos parteros experimentados, el concepto general de los obstetras es el de que puede hacerse uso de ella, siempre y cuando se proceda con mucha ciencia y buen discernimiento; en los párrafos siguientes trataré de precisar su buen uso.

**Dosificación.**— Nunca debemos dejar pasar desapercibido lo que se refiere al factor potencia en esta droga, y no debemos olvidar que ésta varía según el producto. Por esta razón debe indicarse, en rigor, no por UNIDADES sino por MÍNIMAS, siendo la mínima; más o menos la mitad de una unidad. Es empírico indicarla por ampollitas, tal como la presentan las casas productoras para uso de la profesión médica; su indicación en esta forma es tanto más inadecuada, cuanto que las ampollitas pueden traer 5 o 10 UNIDADES del producto activo. La mejor manera de indicarla es disolviendo el contenido de la ampollita en agua destilada o, en suero fisiológico en tal forma que cada cc. contenga una unidad de 1% solución. En cuanto a la dosificación, en cada caso clínico depende de múltiples circunstancias, pero siempre se procederá con lógica iniciando su administración por MÍNIMAS o a la sumo por UNIDADES y controlando muy de cerca la tolerancia o la manera de responder de la matriz a su acción así como también su repercusión farmacodinámica general.

**Contraindicaciones.**— Es por toda la profesión médica aceptado que los ocitócicos por sí solos no desencadenan las contracciones uterinas, sino que estimula, refuerza o tetaniza las ya existentes. Por esta razón no debe emplearse cuando las contracciones uterinas han seguido un curso normal y son de intensidad y de regularidad convenientes; con mucha razón están contraindicados cuando las contracciones son demasiado intensas o muy frecuentes lo que, precisamente, puede haber traído como consecuencia una prolongación ineficiente del trabajo; será también contraindicación absoluta la existencia de obstáculos previos, aun cuando exista verdadera inercia uterina. Y debe *de* considerarse como tales la presencia de presentaciones distócicas tales como la de cara y frente y también la resistencia anormal de las partes blandas, en estos casos la matriz trabaja excesivamente para lograr el encajamiento de las presentaciones distócicas, forzarlas aún más con ocitócicos

sería ir en busca de la ruptura uterina. Es también contraindicación absoluta la matriz irritable y esto se hace evidente cuando han habido maniobras sobre el cuello, y muy especialmente cuando se han colocado dilatadores. La placenta previa es también una contraindicación porque lejos de disminuir la hemorragia, como lo creen algunos autores, la intensifica, ya que provoca un mayor desprendimiento. Está también contraindicada cuando ha habido cesárea anterior, o por lo menos debe de usarse (siempre que el trabajo evoluciona dentro de toda normalidad), con el máximo de cautela y en la mínima dosis. También está contraindicada en los síndromes hipertensivos y de consiguiente en la eclampsia, el eclampsismo y las toxicosis gravídicas en general.

Existen también contraindicaciones de orden médico, tales como las cardiopatías descompensadas.

Indicaciones.— Los ocitócicos en la inducción del parto. Se ha siempre con preferencia seleccionado al pitocín o a la pituitrina cuando se desea provocar el parto en cualquier época del embarazo por métodos inductores o excitadores de la contracción uterina. En los distintos casos de óvito fetal — única indicación — en que he tenido la oportunidad de practicar estos procedimientos terapéuticos, he seleccionado siempre los Métodos de Matthews y De Lee, que son los siguientes:

Método de Matthews.— 1<sup>o</sup>, se administran 60 gr. de aceite de Ricinos; 2<sup>o</sup>, cuando está por hacer efecto, una hora después, se indica una enema jabonosa, y una dosis de sulfato de quinina de 0.60 gr.; 3<sup>o</sup>, media hora después, se comienza a inyectar pituitrina por vía intramuscular 5 MÍNIMAS o 2V<sub>2</sub> UNIDADES cada 20 minutos, hasta que se inicia el trabajo de parto. En mujeres hipertensas, se reemplaza la pituitrina por la pitocín.

Método de De Lee.— Según De Lee, el Extracto Pituitario puede ser empleado para provocar el parto, pero antes de recurrir a él se debe de intentar su provocación mediante la administración de 30 grs. de aceite de ricino, seguida dos horas después de la administración de un enema de agua jabonosa caliente y de la administración oral de dos cápsulas de quinina, cada una de 20 ctgrs., con una hora de intervalo entre las dos. Si seis horas después de iniciado el tratamiento no han empezado las contracciones uterinas, se inyectará una unidad de extracto pituitario cada 30 minutos, hasta seis dosis si fuere necesario. Si la primera dosis provoca contracciones uterinas, ya no se administrará más extracto, a no ser que cesen las contracciones, porque entonces está indicada una segunda dosis. La inyección se repite cada media hora sólo en el caso de que los dolores no sigan repitiéndose con intervalos más o menos regulares.

En mi concepto, la pituitrina debe ser usada para inducir el parto sólo cuando la presentación está insinuada el cuello blando y más o menos borrado; en otras condiciones, es preferible usar los métodos excitadores directos, tales los métodos de Aburel, García Valenzuela y el balón de Champetier de Ribes.

Pituitrina y Aborto Incompleto.— La pituitrina dosificada por MÍNIMAS, ha sido indicada en el aborto incompleto, tanto en el aborto simple como en el aborto séptico o infectado y se ha creído que beneficia en esta forma la contracción uterina. Nuestra conducta en estos casos ha sido sistemáticamente la de intervenir por curetaje para vaciar el útero de los despojos ovulares, taponando a continuación dicha cavidad con gasa empapada en tintura de Merthilato y tratar a continuación la infección por medio de la sulfanilamida o la penicilina.

Pituitrina y ruptura prematura de las membranas.— La ruptura prematura de las membranas, demora, el trabajo de parto, ocasionando graves peligros para la madre y niño la prolongación exagerada del huevo abierto; cuando las contracciones uterinas están paralizadas, está indicada la pituitrina para estimular el desencadenamiento de éstas; pero sucede que las más de las veces las contracciones existen en forma muy débil y su estímulo por la pituitrina expone a la aparición de las contracciones subintrauterinas y a la tetanización. Por tal motivo, la mayoría de los tocólogos contraindican su empleo, y aconsejan el uso de ocitócicos menos peligrosos como los derivados de la quinina. Nuestra conducta ha sido en estos casos la de emplear la pituitrina no por vía parenteral sino que por tapones en la mucosa pituitaria que se pueden quitar en el momento que las contracciones uterinas se regularizan, evitándose de esta manera los riesgos apuntados.

Extracto pituitario y atonía uterina.— La inercia o atonía uterina puede ser primitiva o secundaria; en la atonía primitiva se puede usar la pituitrina empezando por UNA MÍNIMA, y, según la respuesta de la matriz, se puede repetir hasta que los dolores se regularicen con intervalos de 30 minutos, una vez regularizadas las contracciones, no se deberá dar ninguna más, a menos que los dolores desaparezcan de nuevo. Si la inercia es secundaria, vale la pena justipreciar cuidadosamente las circunstancias por las cuales se ha llegado a tal estado. Porque cuando la matriz se ha fatigado después de un trabajo normal o muy intenso, es lo lógico permitirle el reposo y no espolear la actividad uterina, sino que por el contrario, estimular el reposo por medio de sedantes como la morfina, y se verá que después de una pausa más o menos larga, y después del reposo compensador, suele reaparecer el trabajo. Si a la inercia secundaria se ha llegado a causa de una resistencia anormal del cuello uterino, del periné o por efecto de una presentación distócica, sería absurdo emplear LOS extractos pituitarios. El concepto general de los obstetras experimentados es el de que la pituitrina está contraindicada en la inercia secundaria con tanta mayor razón si a tal eventualidad se acompaña la aparición de sufrimiento fetal o fatiga obstétrica por parte de la madre. En tales condiciones son otras las conductas indicadas, y nunca debe de considerarse a la pituitrina como el deciderátum forzoso para la terminación del parto.

Pituitrina y cuello dilatado con cabeza encajada y descendida.— En casos raros en los que el cuello está completamente bo-

rrado y dilatado, que se ha roto la bolsa de las aguas, que la cabeza descansa sobre el cuello del perineo y han cesado las contracciones uterinas, puede ser que la UNIDAD pituitrina estimule unas pocas contracciones uterinas, suficientes para la expulsión espontánea del feto. Sin embargo, nuestra conducta en estos casos, ha sido siempre la de terminar el parto con un fórceps a nivel del estrecho inferior. Esto lo hemos creído siempre menos peligroso que el empleo de extracto pituitario, porque esta droga puede actuar de manera desastrosa y en momentos cuando menos se espera, aún después de aplicar dosis minúsculas.

Pituitrina después del nacimiento de la criatura.— El extracto pituitaria ha sido usado después del nacimiento de la criatura. De 5 a 10 UNIDADES, administradas en el momento en que está saliendo el hombro anterior, habitualmente aceleran la separación de la placenta. Sin embargo, la inyección de extracto pituitario antes de que haya sido expulsada la placenta en la cavidad uterina, hace necesaria, algunas veces, una extracción manual. Por consiguiente, los médicos generales no deben administrar pituitrina sino hasta haber sido expulsada la placenta.

Pituitrina y Alumbramiento.— El peligro de la pituitrina usada antes de la expulsión fetal, no cesa del todo cuando aún queda por expulsarse la placenta; si se usa en altas dosis puede producir retracción exagerada y oclusión del cuello, así como también el desprendimiento parcial con las consecuencias de hemorragia, dificultad para la extracción de la placenta, retenciones parciales e incidencia de la revisión manual. Cuando se demora el alumbramiento por más de quince minutos sin que haya hemorragia que ponga en peligro la vida de la parturienta y obligue a intervenir en forma radical, se puede emplear la pituitrina, y aún más debe de emplearse si el alumbramiento se ha demorado por falta de contracciones.

Pituitrina después del Parto.— Después del parto y del alumbramiento es cuando la pituitrina puede usarse sin ningún peligro para evitar la hemorragia post-partum; algunos obstetras opinan por relegarla única y exclusivamente a tal indicación, nuestra conducta ha sido la del empleo sistemático después del parto y del alumbramiento asociada con el ergotrato o con el Neo-Ginergeno para prevenir las hemorragias después del alumbramiento.

Observaciones.— Numerosos son los casos que se podrían relatar sobre el uso y abuso de los extractos pituitarios y la numerosas complicaciones que se presentan durante el trabajo de parto como consecuencia del abuso de estas substancias y la gran mortalidad fetal a que exponen dicha administración; a continuación relataré algunas historias, escogidas al acaso, entre las muchas que observamos cuando desempeñamos nuestras funciones de Jefe del Servicio de Maternidad del Hospital General San Felipe.

A. L. R., de 38 años, casada, originaria de San Juancito, ingresó al servicio con 32 horas de trabajo de parto; enferma múltipara (12 partos normales), con presentación de Vértice en O.I A., cuello borrado con una dilatación de 4 cm., bolsa de las aguas ín-

tegra, contracciones atónicas, cada 10 minutos muy débiles y de corta duración, durante todo el período de trabajo de parto no han sido fuertes ni regulares, sino que por el contrario, cada vez han ido perdiendo su intensidad. Con estos datos sentamos el diagnóstico de inercia primitiva del útero y se ordena la administración parentérica de 2.5 UNIDADES de Pituitrina que se repetirán cada media hora hasta la regularización de intensidad y ritmo de las contracciones. Pocos momentos después de la administración de la segunda dosis, la enferma es presa de violento dolor en el bajo vientre, acompañado de síncope, palidez, taquicardia, sudores, hemorragia por la vagina y caída de la presión arterial; con estos síntomas hacemos el diagnóstico de ruptura uterina y procedemos acto continuo a intervenir quirúrgicamente en dicha enferma. Por laparotomía infraumbilical extraemos un niño a término que se encuentra en su mayor parte libre en la cavidad abdominal, encontrándose únicamente el tórax y cabeza en la cavidad uterina. La ruptura se extendía desde el segmento hasta los dos tercios inferiores del cuerpo del útero y estaba situada en la parte derecha de la cara anterior de la matriz. Debido a la extensión, consideré difícil y peligrosa la reparación de dicha ruptura, habiéndome decidido por practicar una Histerectomía supracervical. La enferma tuvo un post-operatorio feliz y diez días después abandonaba el servicio completamente restablecida.

La lectura de esta historia nos hace ver cómo la administración de 5 UNIDADES de Pituitrina fueron capaces de producir semejante accidente, que trajo por consecuencia el óvito fetal y puso en inminente peligro la vida de la madre y que sólo la rapidez con que fue sentado el diagnóstico y ejecutado el acto operatorio, que se debió que dicha enferma pudiera sobrevivir.

La historia siguiente, de mi clientela particular, es elocuente para demostrar la acción inconveniente del abuso de los ocitócicos.

A. A. de O-, de 32 años, tercigestante — dos partos anteriores a término y sin complicaciones—, dos horas después de haberse iniciado el trabajo de parto de su tercera gestación, le es administrada una ampolla de pituitrina de cuya dosificación no tuvo conocimiento, por vía parentérica, y como consecuencia de ello, se inicia una serie de contracciones tetánicas, con gran sufrimiento de la paciente, con retracción del cuello e iniciación de sufrimiento fetal, en estas condiciones soy consultado por el médico de cabecera y de común acuerdo, administramos antiespasmódicos y sedantes sin conseguir el resultado deseado, en vista de esto y dadas las condiciones del sufrimiento fetal, decidimos intervenir con anestesia por el éter, incidiendo el cuello para terminar con un fórceps del estrecho superior.

M. E. C., de 26 años, soltera, tercigestante — dos embarazos a término, el primero terminó por fórceps, el segundo fue espontáneo pero laborioso—, pelvis normal, embarazo a término que se inicia en trabajo el 20 de Agosto de 1948 a las 4 p. m., hora en que es internada en una clínica, marcha del parto regular durante 20 horas, al cabo de las cuales empiezas a presentarse los sínto-

mas de una atonía secundaria del útero, las contracciones se vuelven débiles, irregulares, arrítmicas, entrando el útero al cabo de 36 horas en un verdadero reposo, se le inicia entonces terapéutica ocitócica con extractos pituitarios, dosificados con criterio de comadrona, a los pocos minutos reaparecen las contracciones hasta regularizarse y son sostenidas en esta forma durante doce horas, para entonces la enferma cuenta ya con cuarenta y ocho horas de trabajo; en estas condiciones se me lleva en consulta dicha enferma, y la encuentro en estado avanzado de fatiga obstétrica, sin pulso radial, hipotensa, pálida, con los ojos hundidos, brillantes y con expresión angustiada; con la rapidez debida, hago el examen, observando un cuello completamente dilatado, bolsa de las aguas rotas, hemorragia profusa del útero, mezclada, con líquido amniótico y meconio, cabeza encajada en el estrecho superior, latidos fetales abolidos, útero en hiperargismo permanente, con estos datos concluyo lo siguiente: óvito fetal, desproporción céfalopélvica, atonía secundaria del útero. Después de hacer ver a los familiares el estado agónico de la parturienta, y de común acuerdo con ellos, hago una aplicación de cranioclasto, sacando por este medio un niño muerto de 4.000 grs. de peso; en el momento de hacer el alumbramiento manual, tuve el sentimiento de ver morir a la enferma.

Como se puede ver, la pituitrina fue usada indebidamente en este caso de atonía secundaria del útero, cuando lo que más bien estaba indicado era el reposo de este órgano y la aplicación debida de la terapéutica apropiada, que resumida en este caso, era: fórceps del estrecho superior antes del óvito fetal y cranioclasto después de éste.

A grandes rasgos he tratado de demostrar, con hechos, lo peligroso que es el uso de los extractos pituitarios, y, como para su indicación se requiere formarse un criterio completo, he ilustrado de cada caso para no obrar en perjuicio de la madre y del hijo; y que más vale prescindir de su acción que usarla, aún en mínimas cantidades, cuando no esté muy clara y precisa su indicación.

Mi mayor recompensa a este pequeño esfuerzo, sería la de que quedara por lo menos en la mente la convicción de lo delicado del uso de esta droga, y la necesidad imperiosa de utilizarla, cuando está indicada, siempre en dosis MINIMAS.

Tegucigalpa, Febrero de 1949.

#### B I B L I O G R A F Í A

- De Lee — Greenhill — Principios y Práctica de Obstetricia.  
J. Moragues Bernat — Clínica Obstétrica.  
Rafael P. Ramírez Merchán — Conductas Obstétricas Controvertibles.  
A. Peralta Ramos — Obstetricia, Ginecología y Puericultura.  
Williams — Prácticas de Obstetricia.

\*

## REVISANDO EL CANJE

Sección a cargo del Dr. HUMBERTO DÍAZ

**INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.**— Se ha publicado recientemente la conferencia que, acerca del interesante asunto de la inseminación artificial, el Prof. J. P. Greenhill dictó ante la Sociedad Argentina para el Estudio de la Esterilidad. El distinguido ginecólogo norteamericano, hizo una importante revisión del tema mencionado ; desde su aspecto histórico hasta las últimas técnicas adoptadas; haciendo, por último, hincapié en que se debe proceder va a emitir una legislación al respecto. "Obstetricia y Ginecología Latino-Americana".—Año VI.—Nº 9.—Vol. VI.—Septiembre de 1948.—Buenos Aires.

**LA SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA EN EL REINO UNIDO.**— El distinguido higienista e intelectual peruano, doctor Carlos Enrique Paz Soldán, ha publicado un interesante comentario acerca de lo que podría llamarse el gran acontecimiento médico-político-social, realizado en Inglaterra el día 5 de Julio del año recién pasado, al establecerse en el Reino Unido la socialización de la medicina.— "La Reforma Médica".— Nos. 528-529.— Agosto de 1948.—Lima, Perú.

**ESTADO ACTUAL DEL ESTUDIO DE LA ALERGIA TUBERCULINICA.**—Bajo este título, la Dra. Cleopatra Epifanio, del Instituto de Tisiología de Montevideo, **alude a** los novísimos conceptos que deben privar con relación a la alergia tuberculínica y, desde luego, su repercusión sobre el valor clínico y la correcta interpretación de las pruebas con la tuberculina.—"Hoja Tisiológica".—Tomo VUI.—No 3.—Septiembre de 1948.—Montevideo, Uruguay.

**LAS DIARREAS AGUDAS DE LA INFANCIA.—TRATAMIENTO POR LAS SULFADROGAS.**— Los Pediatras cubanos, doctores J. Díaz Rousselot, A. Castellanos, Roberto Valdez Díaz y Otto García, han dado a la publicidad un estudio muy bien documentado acerca del uso de las distintas clases de las sulfadrogas usadas en el tratamiento de las diarreas de la infancia en los trópicos, y el juicio crítico correspondiente; agregan a ésto, su experiencia personal realizada en el Hospital Municipal de la Infancia de La Habana, Cuba.—"Revista Cubana de Pediatría".— Tomo XX.—Nº 12.—Diciembre de 1948.—Habana, Cuba.

**LA EDUCACIÓN MEDICA EN LA AMERICA LATINA.**— "El Boletín del Colegio Médico de La Habana," nos trae la traducción de un artículo del Dr. Morris Fishbein, editor del "Journal of the American Medical Association," en el que hace un estudio crítico acerca de *la* educación médica, o mejor dicho, de la ense-

ñanza médica latinoamericana. El Dr. Fishbein analiza la evolución histórica de la enseñanza médica en nuestro continente, desde sus primeros tiempos hasta la época actual. El Dr. Fishbein ha visitado, si no todas, el mayor número de las universidades de Hispanoamérica.—"Boletín del Colegio Médico de La Habana".—Año XI.—N° 7.—Julio de 1948.

**SEUDOPOLIOMIELITIS.—CONTRIBUCIÓN AL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA PARÁLISIS INFANTIL.**— El Dr. Salvador Cervantes de Alva, de Guadalajara (Méjico), escribe un artículo acerca de los caracteres que reviste en México la Parálisis Infantil, no sólo en su aspecto clínico sino también en su carácter epidemiológico. El Dr. Cervantes de Alva hace hincapié en las posibles confusiones que pueden cometerse con otras entidades morbosas que, como el paludismo, son capaces de dar cuadros nosológicos del todo semejantes.

Por nuestra parte pensamos, que la Parálisis Infantil en Honduras—si es que su existencia ha sido probada científicamente—posee más o menos los mismos caracteres que la de México, según lo que afirma el Dr. Cervantes de Alva. Entre nosotros no ha constituido ni constituye todavía un problema sanitario de importancia.—"Pediatria de las Américas".—Tomo VI.—Cuaderno 12.—Diciembre de 1948.

**DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO DEL CÁNCER UTERINO.**— Tal es el título de un trabajo del Dr. Gonzalo Elizondo Martel en el cual, tomando como base un total de 1.675 ginecografías, hace un análisis de este procedimiento de exploración en cuanto a su valor clínico, para la localización y el diagnóstico del cáncer uterino. La experiencia del Dr. Elizondo Martel ha sido realizada en el Instituto del Radium, Hospital "Ntra. Señora de las Mercedes".—Habana.—Cuba.—"Archivos Cubanos de Cancerología".— Vol. 7.—N° 2.—Abril y Junio de 1948.

**EL USO TERAPÉUTICO DE ESTROGENOS EN AFECIONES NO GINECOLÓGICAS.**— En la "Revista Médica de Chile" aparece una traducción hecha por el Dr. Renato Gazmuri Ojeda, de un trabajo del Prof. Max Golzieher (Del "Hospital Santa Clara," de Nueva York), referente al uso de los estrógenos en afecciones no ginecológicas, administrados tanto por la vía local como por la vía general. Entre otras afecciones se citan: Rinitis Atrófica, queratoconjuntivitis seca, esclerosis senil de la piel, carcinoma de la próstata, calvicie común y cáncer metastásico del pecho en la mujer anciana. Se insiste además en dicho trabajo, en el concepto de que las hormonas son potentes agentes farmacológicos y en la idea de que utilidad va mucho más allá de la terapia sustitutiva.—"Revista Médica de Chile".—N° 10.—Octubre de 1948.

**TRATAMIENTO DEL SPRUE CON EL ACIDO FOLICO.**—

El Prof. Pedro B. Landabure y los Dres. Roberto D. López y Raúl Alcayaga, publican en "Revista de la Asociación Argentina de Die-

## CRÓNICA DE SESIONES

Por J. G. M. G. SESIÓN

### EXTRAORDINARIA DEL 11 DE DICIEMBRE, 1948

Asistencia: Dres. R. Alcerro Castro h., J. Reyes Soto, T. H. Cárcamo, A. Bardales, J. R. Durón, A. D. Vareas, J. A. Mejía, H. Díaz R. Pereira, M. Castillo Barahona, J. M. Dávila, J. Gómez-Márquez, J. Montoya, V. Banegas y J. Gómez-Márquez h.

1<sup>o</sup>—Se dio lectura al acta de la sesión anterior que, fue aprobada sin modificaciones.

2<sup>o</sup>—Se toma la promesa de ley al Dr. Tito H. Cárcamo.

3<sup>o</sup>—El Dr. Juan A. Mejía M., hizo una moción tendiente a que 3a votación para la admisión de socios, sea secreta.

Se puso a discusión y fue aprobada.

4<sup>o</sup>—Se puso a votación una solicitud de ingreso del Dr. Carlos Caminos D., apadrinada por los Dres. Virgilio Banegas y José Gómez-Márquez h., que fue aceptada.

5<sup>o</sup>—Se dio lectura a una carta dirigida por el Dr. Marcus H. Flinter al Sr. Presidente de la Asociación Médica Hondureña, en la que se pide la colaboración de la misma en las distintas actividades del S. C. I. S. P., entre ellas en el Sanatorio Nacional. Después de una discusión se resolvió, facultar al Sr. Presidente para que redacte la contestación y la presente oportunamente a la Asamblea para su aprobación.

6<sup>o</sup>—El Dr. V. Banegas hizo una moción, en el sentido de que en vista del excesivo trabajo que tiene actualmente la Asociación, se celebren dos sesiones mensuales, levantándolas a las 7 p. m. Se puso a discusión y por fin el Dr. Humberto Díaz, pidió al Dr. Banegas que retirara su moción y que él, como miembro de la Comisión encargada de revesar los Estatutos, la tendrá muy en cuenta al proponer la reforma de los mismos.

7<sup>o</sup>—Se levantó la sesión.

---

tología," un corto ensayo acerca de los resultados del tratamiento por el ACIDO FOLJCO en un caso de sprue no tropical, en el que rápidamente desaparecieron los edemas, la glositis, la anemia macrocítica; mejorando además notablemente el estado general, disminuyendo el volumen de las heces fecales, sin influir en nada dicho tratamiento sobre la excreación, de las grasas. Sería muy del caso estudiar, entre nosotros, hasta donde llega la acción benéfica de ese derivado del complejo B, en los indiscutibles casos de sprue que se observan en Honduras. "Revista Argentina de Dietología". —Nos. 21 y 22.

Tegucigalpa, D. C, Febrero de 1949

## SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL 18 DE DICIEMBRE, 1948

Asistencia: Dres. J. Montoya, J. Reyes Soto, R. Lázarus, H. Díaz, J. Gómez-Márquez h., J. M. Dávila, A. D. Vargas, C. Caminos, A. Bardales, C. Gálvez y R. Gómez Róbelo, quien la presidió en ausencia del Presidente, Dr. Gómez-Márquez.

1°—Se d'ó lectura al acta de la sesión anterior que fue aprobada sin modificaciones.

2°—8Q tomó la promesa de ley al nuevo socio, Dr. Carlos Caminos D.

3°—Se dio lectura a una carta del Sr. Presidente de la Asociación al- Dr. Marcus H. Flint, que fue aprobada.

4°—El Dr. J. M. Dávila, presentó un caso clínico para consulta. Se trata de un niño, que desde hace varios meses, presenta elevaciones térmicas vespertinas, adenitis cervicales que llegaron a supurar, can. buen estado general. El resultado de todos los exámenes clínicos como de Laboratorio, resultaron negativos, salvo una reacción de Welch-Stuart que fue débilmente negativa y una reacción positiva de tuberculina. Puesto a discusión el caso, el Dr. Gómez-Márquez h., opinó que aunque faltaban muchos datos para siquiera hacer una presunción diagnóstica, él pensaba en la posibilidad de una fiebre de Malta, por el curso que había seguido la temperatura. Los Dres. Lázarus, Caminos y H. Díaz, sugirieron al Dr. Dávila, que hiciera una historia detallada del enfermo y que la presentara en una nueva oportunidad.

5°—Se continuó la discusión del Proyecto del Reglamento Interior del Hogar Infantil, aprobándose los capítulos correspondientes al Director y a los Profesores.

6°—El Dr. Gómez-Márquez h., hizo moción en el sentido, de que debido a las fiestas de Navidad y Año Nuevo, se pospongan las sesiones hasta el 8 de Enero, considerando ésta como ordinaria. Se aprobó la moción y se levantó la sesión.

## SESIÓN ORDINARIA DEL 8 DE ENERO, 1949

Asistencia: H. Díaz, M. Bulnes, T. H. Cárcamo, A. D. Vargas, A. Bermúdez y Gómez-Márquez h.

¡Presidencia: Dr. Gómez-Márquez.

Secretarios: Dres. J. Montoya y V. Banegas.

1°—Se da lectura al acta de la sesión anterior que es aprobada sin modificaciones.

2°—El Dr. Humberto Díaz dio a conocer que había visitado al Dr. J. R. Durón por encargo del Sr. Presidente, para enterarse del curso de su enfermedad y que lo había encontrado ya restablecido.

3°—La Secretaría dio lectura a una carta del Dr. Ramón Alcerro Castro h., en la que participaba, su ausencia del país por unos meses, por lo que dejaba a la Asamblea en libertad de disponer lo que creyera oportuno en referencia al puesto de Vice-Presidente que venía desempeñando. Después de una larga discusión, el socio

J. Gómez-Márquez h., hizo moción en el sentido de que el puesto de Vice-presidente lo ocupara el Dr. Manuel Castillo Barahona y que el lugar de Fiscal fuera desempeñado por el Dr. Manuel Cáceres Vijil, siendo aceptada la moción.

4°—Se dio lectura a unas solicitudes de ingreso de los Dres. Manuel Díaz Bonilla y Juan Miguel Fiallos, las que puestas a votación, fueron aprobadas.

5°—El Dr. Gómez-Márquez pidió la compra de un mimeógrafo para los usos de la Asociación. Se entabló una discusión referente a la forma de pago del mismo. Por fin se aprobó la compra.

6°—El Dr. Gómez-Márquez pidió la reforma del artículo 84 del Reglamento Interior y después de discusión fue rechazada la petición.

7°—Se da lectura a una carta del Comité Organizador del Segundo Congreso Panamericano Médico-Social, en la que se pide el nombramiento por parte de la Asociación Médica Hondureña de sus delegados.

El Dr. Gómez-Márquez h., hace moción en el sentido de que se nombre como representantes de la misma, a los Dres. Humberto Díaz y Juan Montoya. Puesta a votación la moción, fue aprobada.

8°—El Dr. Gómez-Márquez h., como conferencista de turno, disertó sobre el tema "Problemas de la catarata en Honduras," basando su trabajo sobre las particularidades que presenta la catarata en nuestro país, desde el punto de vista etiológico, quirúrgico y pronóstico (Este trabajo es publicado en el mismo número de esta Revista).

Puesto a discusión el tema, tomó la palabra el Dr. Castillo Barahona para preguntar al disertante, si no creía que el factor climático podía desempeñar algún papel en los problemas que se mencionaban. El Dr. Gómez-Márquez se manifestó de acuerdo con el conferencista y amplió algunos puntos de la misma.

El Dr. Gómez-Márquez h., contestó al Dr. Castillo Barahona, que no creía que el clima tuviera nada que ver con las complicaciones del curso post-operatorio de la catarata entre nosotros, pero sin embargo, juzgaba que eran muchos los factores que podían intervenir, y que correspondía sus estudios más que al oftalmólogo al médico general, por tratarse de factores constitucionales de nuestros enfermos.

9°—El Tesorero dio lectura a su informe mensual.

### SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL 15 DE ENERO, 1949

Asistencia: Dres. H. Díaz, M. Díaz, M. Fiallos, C. Caminos, Manuel Cáceres **Vijil**, M. Castillo Barahona y J. M. Dávila.

Secretaría: Dres. Montoya y Banegas.

Presidencia: Dr. **Gómez-Márquez**.

1°—Se dio lectura al acta de la sesión anterior. El Dr. Gómez-Márquez h., pide la palabra, para expresar su disconformidad con la aprobación que se dio en la sesión anterior del informe del Sr. Tesorero, en lo que se refiera a varios socios morosos, que no han

contestado las notas de la Tesorería repetidas veces o lo han hecho en forma despectiva para nuestra Asociación. Pide que a estos socios se les aplique la ley y se les borre de la lista de los mismos.

El Dr. Montoya afirma que en otra ocasión el Dr. J. R. Durón se había ofrecido a arreglar el pago de uno de los socios deudores, pide por lo tanto, que se espere que el mencionado Dr. Durón esté presente para tomar esta resolución.

Los Dres. Gómez-Márquez y Caminos, se manifiestan de acuerdo con el Dr. Montoya.

Se manifiestan a favor de la moción Gómez-Márquez h., los Dres. H. Díaz, Vargas, Castillo Barahona, Bardales y Banegas, pidiendo el primero que se incluya en ella a aquellos que están en iguales condiciones.

Puesta a votación la moción, fue aprobada.

2°—Se toma la promesa de ley a los Dres. Castillo Barahona y Manuel Cáceres Vijil, quienes pasan a ocupar los puestos de Vice-Presidente y Fiscal, respectivamente.

3°—Se toma la promesa de ley a los nuevos socios, doctores Juan Miguel Fiallos y Manuel Díaz Bonilla.

4°—El Presidente manifiesta haber recibido una carta del Dr. Marcus! H. Flintner, invitándole a una conferencia que éste dará en el Instituto de Cultura Interamericano y a un buffet con ocasión de la misma. Los Dres. Montoya, H. Díaz, Gómez-Márquez h., Vargas, **Dávila**, Cáceres Vijil y Castillo Barahona, opinan que el Presidente bien puede aceptar la invitación sin la autorización expresa de la Asamblea y así se acuerda.

5°—<sup>g</sup>e continúa la discusión del Proyecto de Reglamento del Hogar Infantil que es aprobado hasta el inciso f) del artículo 28 sobre el Ecónomo.

#### SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL 22 DE ENERO, 1949

Asistencia: Dres. Lázarus, Gómez-Márquez h., Cárcamo, H. Díaz, M. Díaz, Gómez Róbelo, Vargas, Fiallos, Bardales, Reyes Soto y Dávila.

Presidencia: Dr. Gómez-Márquez.

Secretaría: Dres. Montoya y Banegas.

1°—Se dio lectura al acta anterior que fue aprobada sin modificaciones.

2°—Se pone a votación una solicitud de ingreso del Dr. Ignacio Midence, que fue aprobada por unanimidad.

3°—Se da cuenta de la gestión realizada por una comisión de la Asociación, que fue a visitar la Dr. Manuel Larios, quien se hallaba enfermo.

4°—Se da lectura a una carta del Instituto de Cultura interamericano en que se invita a la Asociación para que sus miembros dicten un ciclo de conferencias sobre temas medio-sociales. Después de larga discusión, se decidió que la Secretaría de la Asociación, se pusiera en relación con la del Instituto para arreglar los detalles de estas conferencias.

**SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL 29 5)E ENERO, 1949**

Asistencia: Dres. Gómez-Márquez h., Cárcamo, Díaz Bonilla, Gómez Róbelo, Fiallos, Caminos, Dávila, Vargas y Castillo Barahona.

Presidencia: Dr. Gómez-Márquez.

Secretaría: Dres. Montoya y Banegas.

1°—Se dio lectura al acta de la sesión anterior, que fue aprobada sin modificaciones.

2°—Se tomó la promesa de ley al nuevo socio, Dr. Ignacio Midence.

3°—Se dio lectura a una carta del Secretario del Instituto de Cultura Interamericano referente al ciclo de conferencias que deben dar los miembros de nuestra Asociación. El Dr. Gómez-Márquez mociona en, el sentido de que se nombre una comisión encargada de elaborar un plan de trabajo. Esta moción es ampliada por el socio Gómez-Márquez h., en el sentido de que se fije un plazo para que la comisión dictamine.

Después de una discusión es aprobada la moción. La Mesa nombró miembros de dicha comisión a los Dres. H. Díaz, I. Midence y V. Banegas.

4°—El Dr. Montoya hace moción en el sentido de que la primera conferencia en el Instituto de Cultura la dé el Dr. Gómez Robelo, ya que él se había ofrecido (anteriormente. Puesta a discusión, la moción fue aprobada.

5°—Se continuó la discusión del Proyecto del Reglamento del Hogar Infantil que fue aprobada hasta el Art. 36.

**SESIÓN ORDINARIA DEL, 5 DE FEBRERO, 1949**

Asistencia: Dres. Mejía, Bulnes, H. Díaz, M. Díaz, Durón, Guilbert, Gómez Róbelo, Caminos, Midence (Ignacio), Vargas, Gómez-Márquez h., Lázarus, Castillo Barahona y Dávila.

Presidencia: Dr. Gómez-Márquez.

Secretaría: Dres. Montoya y Banegas.

1°—Se dio lectura al acta de la sesión anterior, que fue aprobada.

2°—El Dr. Caminos presentó un Ensayo de Proyecto de Lucha Antituberculosa en Honduras. Puesto a discusión, el Dr. Montoya pidió que se nombre una comisión para estudiarlo, lo cual se acepta. Se nombra una comisión integrada por los Dres. Martín. Bulnes, Marcial Cáceres Vijil y Joaquín Reyes Soto.

3°—El Dr. Montoya leyó un trabajo sobre un caso de embarazo ovárico. Intervinieron en la discusión, los Dres. Mejía, Vargas y Banegas .(estas intervenciones se publican, así como el trabajo del Dr. Montoya, en otro lugar de este mismo número).

4°—El Dr. Midence, en nombre de la comisión correspondiente, presentó el plan de trabajo de las conferencias que dictará la Asociación en el Instituto de Cultura Interamericano, que dice así;

## Temas

- 1<sup>o</sup>—Problemas de las enfermedades venéreas.  
 2<sup>o</sup>—Problemas de las enfermedades tropicales más frecuentes en nuestro medio. 3<sup>o</sup>—Problemas del cáncer. 4<sup>o</sup>—Problemas de la tuberculosis.  
 5<sup>o</sup>—Problemas de la mortalidad **infantil** y nociones de puericultura.  
 6<sup>o</sup>—Problemas de la alimentación. 7<sup>o</sup>—Higiene del embarazo. 8<sup>o</sup>—Educación sexual. 9<sup>o</sup>—Aborto criminal. 10<sup>o</sup>—Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

## Disposiciones generales

- a).—Los temas anteriores serán opcionales para los miembros de la A. M. H.  
 b).—La escogencia del tema que desee abordarse deberá anunciarse previamente a la Asamblea,  
 c).—Deberá presentarse en una forma tal, que pueda ser fácilmente comprensible para el posible auditorio ante el cual debe exponerse.  
 d).—Comprometerse a dar una conferencia mensual.  
 e).—Hay obligación de parte de los miembros de la A. M. H. de hacer acto de presencia en las **pláticas** dadas por los compañeros en el Instituto de Cultura Interamericano.  
 f).—Los señores miembros de la A. M. H. están facultados para sugerir cualquier otro tema, fuera de los ya mencionados, y que se adapte a los fines culturales que la Asociación persigue.

Este plan, de trabajo fue aprobado por unanimidad.

5<sup>o</sup>—El Dr. Durón propone se festeje al Presidente, Dr. Gómez-Márquez por su reciente incorporación a la Facultad de Medicina y Cirugía de Honduras. La proposición del Dr. Durón fue aprobada por unanimidad. <\$>

## *INFORMACIONES DIVERSAS*

### **NUEVOS SOCIOS**

La Asociación Médica Hondureña continúa recibiendo una gran cantidad de solicitudes de ingreso, casi todas ellas pertenecientes a colegas recién egresados de las Aulas Universitarias, En los últimos meses, nuestra Agrupación ha visto engrosar sus filas con los Doctores Ignacio Midence, Manuel Díaz Bonilla, Juan Miguel Fiallos y Carlos Caminos D. A todos ellos nuestras cordiales felicitaciones.

### **TRASLADO DE UN CONSOCIO**

Nuestro querido compañero, el Dr. Juan Miguel Fiallos, acaba de ser honrado, con el nombramiento de Médico Radiólogo del Hospital D' Antoni, en La Ceiba. El Dr. Fiallos ha tomado ya posesión de su nuevo cargo. A este querido colega, le deseamos muchos éxitos en sus nuevas labores.

### **COMPAÑERO DE DUELO**

El Dr. Antonio Bermúdez h.. ha permanecido durante breves días en nuestra capital, con motivo del fallecimiento de su tío, el Dr. Luciano Milla Cisneros. REVISTA MEDICA HONDURENA, se asocia al pesar del Doctor Bermúdez.

### **SOBRE EL HOGAR INFANTIL**

Está próximo a finalizarse la discusión del Reglamento del Hogar **Infantil**, por parte de la Asamblea de la Asociación Médica Hondureña. Quiere ello decir, que dentro de un plazo breve, este Establecimiento podrá abrir sus puertas a cierto número de niños, que necesitan imperiosamente hogar, alimentos y educación.

### **NUEVOS PLANES DE SEGURO MEDICO**

A la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña han llegado ya los Reglamentos de la Mutual Médica de Barcelona, España. Estos documentos habían sido solicitados al Colegio de Médicos de Barcelona, que posee una de las mejores organizaciones del mundo, en lo que a seguro médico se refiere, Según las informaciones que poseemos hasta el presente, este seguro, cubre, mediante cuotas sumamente módicas, los casos de enfermedad, invalidez temporal y permanente y muerte. La Junta Directiva de nuestra Agrupación, tendrá ahora la tarea ante sí, de estudiar las condiciones de este seguro y ver la manera de adaptarlo a nuestro medio.