



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Virgilio Banegas M.

SUMARIO

	Pág.
Página del Director	51
Shock y Hemorragia Interna Post-Operatoria	53
Dr. Juan Montoya A.	
Informe Presentado por el Doctor J. Napoleón Alcerro, Delegado Oficial al Segundo Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, Celebrado en Montevideo, Mar del Plata y Buenos Aires, del 8 al 21 de Enero de 1950	59
III Congreso de Venereología	67
Dr. Carlos Bendaña	
Trabajos Presentados al III Congreso de Venereología.—Normas Generales de Tratamiento de la Sífilis	69
Dr. José Amador Guevara	
Bases Preliminares para la Uniformización de los Registros Epidemiológicos en Centro América	75
Dr. Alberto Aguilar Rivas y Dr. Juan Allwood Paredes	
Revisando el Canje	79
Sección a cargo del Dr. Joaquín Reyes Soto	
Crónicas de Sesiones	81
Informaciones	84
Lecciones de Patología Interna	91
Dr. Martín A. Bulnes B.	

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

• •

Director : Dr. VIRGILIO

BANEGAS M.

Redactores:

Dr. MANUEL CACERES VIJ1L

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Dr. CARLOS A. BENDAÑA

Secretario.

Dr. J. GÓMEZ MÁRQUEZ C1RONES

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

Año XX] Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Mano y Abril 1950] N 147

Página del Director

En sesión extraordinaria celebrada por la Asociación Médica Hondureña el día 13 de Abril del corriente año, fui designado por la Asamblea General para ocupar el honroso puesto de Director de esta Revista. No contamos con la experiencia suficiente en estos asuntos, para que se pueda creer que haremos una labor extraordinaria; pero nos sentiremos muy satisfechos si logramos llevarla a cabo tanto como alguno de mis antecesores, quienes han dado un tñete de hondureñidad a este órgano de publicación.

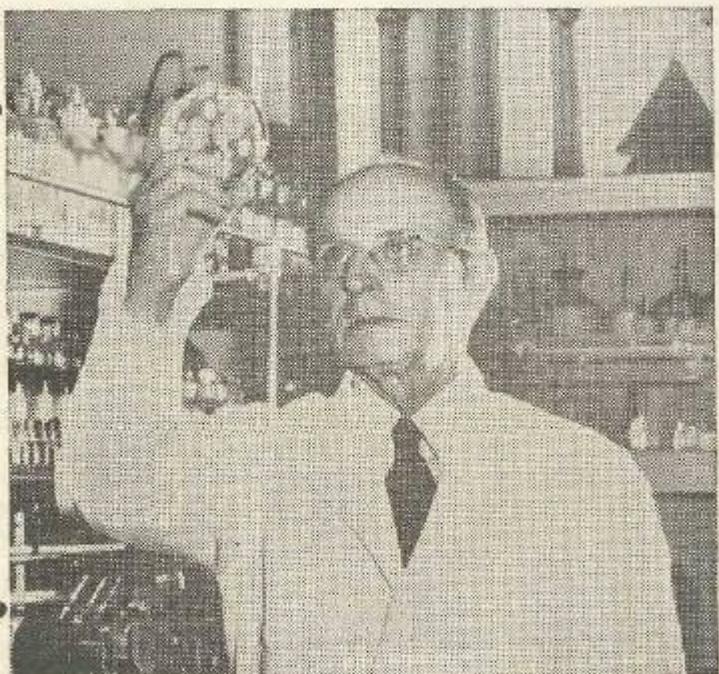
El escollo principal con que se cuenta, es la falta de cooperación de los asociados, en el sentido de que no facilitan el material necesario para que esta revista salga con artículos exclusivamente nuestros. Esperamos que estas palabras sean una excitativa muy atenta para todos los consocios dentro y fuera de la Capital para que nos presten su cooperación enviándonos trabajos científicos o de interés general.

Hemos notado que la participación activa en nuestra asociación de los socios que están fuera de la ciudad, tanto los de los Departamentos como los que residen en países extranjeros, es nula. La culpa no es solamente de ellos sino de todos nosotros, y ya más de algunos de nuestros consocios han expresado opiniones para que este problema sea resuelto, sin embargo, hasta el momento nada o casi nada se ha hecho. Para resolver en parte ese estado, incluiremos en los números de este órgano, una sección, que ya anteriormente se había publicado, pero que por razones que no conocemos, se ha interrumpido en los últimos números, esta sección es un extracto de las sesiones ordinarias y extraordinarias en donde se da, a conocer los proyectos y los asuntos más importantes que resuelva la Asociación Médica Hondureña, lo mismo que de las actividades culturales de la misma. En esta forma, nuestros socios que están ausentes, se darán perfectamente cuenta de lo que pasa en el seno de la institución.

Por otra parte, daremos a la publicidad en nuestros próximos artículos, noticias estrictamente verdaderas, que no vayan contra los intereses y la seriedad de la Asociación Médica Hondureña, o bien, opiniones

personales sobre temas de interés profesional o general, pero nunca aseguraremos cosas que están muy lejos, por uno u otro motivo, de ser reales.

Saludamos muy atentamente a nuestros consocios y esperamos su colaboración para esta revista, órgano de publicación de la Asociación Médica Hondureña.



Aquí tenemos al Dr. Benjamín M. Duggar, descubridor de la aureomicina, mostrando esa nueva droga que ha sido usada con éxito por los médicos de las principales instituciones médicas de Estados Unidos para el tratamiento de las infecciones graves en los seres humanos que no respondan al uso de la penicilina o de la estreptomicina. La aureomicina, el último miembro de la familia de los antibióticos, se obtiene de un hongo del género "streptomyces", pariente del moho del suelo que produce la estreptomicina. La nueva droga es obtenida en los Laboratorios Lederle, una de las divisiones de la Compañía Americana del Cianuro, en Pearl River, Estado de Nueva York. Se dice que la nueva droga es eficaz contra los estafilococos y otros organismos semejantes que atacan los ojos, y también contra algunos virus y algunas formas de ráquitis. (USIS).

Shock y Hemorragia Interna Post-Operatoria

Dedicado a los Practicantes de Guardia del Hospital General San Felipe, por el Doctor JUAN MONTOYA ALVAREZ, Jefe del Servicio de Ginecología del mismo centro.

El shock y la hemorragia interna postoperatoria es una de las complicaciones que entra en los diagnósticos de urgencia del abdomen, implicando uno de los problemas más difíciles de resolver en la práctica.

En efecto, después de operaciones abdominales en que no se ha dejado drenajes, puede soltarse la ligadura de un vaso importante, constituyéndose una hemorragia interna que se instala lentamente hasta matar al enfermo, si no se adopta rápidamente una decisión quirúrgica para ligar el pedículo soltado o efectuar un taponamiento de la zona hemorrágica.

Esa decisión quirúrgica de reoperar un enfermo que horas antes fue laparotomizado, llega generalmente tarde por la dificultad de un diagnóstico categórico, por la gravedad sorprendente del cuadro y por la esperanza de que la hemorragia se detenga.

Por otro lado es un trance muy duro, un trance shockante, podríamos decir, para el cirujano, decidirse a reabrir horas después el abdomen; la incomprensión de los familiares que ven en ello una mala operación, inhibe su acción.

Hoy en día, con los progresos de la técnica, con la preparación perfecta preoperatoria quirúrgica, es muy raro observar una hemorragia interna importante postoperatoria que obligue a reoperar de inmediato.

Pero aun después de operaciones impecables y en manos quirúrgicas privilegiadas, el accidente puede producirse y es entonces el diagnóstico oportuno y la reoperación inmediata la única probabilidad de curación.

Después de colecistectomías, de histerectomías y menos frecuentemente de gastrectomías salpinguectomías o de apendicectomías, la ligadura de un vaso importante que creíamos perfectamente colocada, se suelta y la hemorragia se instala.

En ese momento es necesario demostrar que no se trata de shock operatorio.

¿Cómo se llega al diagnóstico de hemorragia interna postoperatoria?

La ficha operatoria tiene gran valor: el cirujano repasará en su mente qué dificultades tuvo durante la operación y sabrá si le quedó temor sobre alguna ligadura y cuál podría ser el pedículo capaz de sangrar.

Es conveniente e imprescindible observar bien al enfermo una vez terminada toda laparotomía; a veces, el acumulo de trabajo y otras circunstancias hace que se descuiden esos detalles de tanta importancia.

Se deberá anotar el tiempo que duró la operación, si ella fue simple o si hubieron manipuleos groseros o dificultades técnicas, si hubo mucha hemorragia durante la intervención. Por otro lado, el tipo de operación realizada tendrá mucha importancia; por ejemplo: grandes exéresis.

Es necesario entonces, inmediatamente a toda la paratomía, anotar:

Cuánta anestesia se empleó.

Si fue laboriosa.

Color de la piel y mucosas antes y después de iniciada la anestesia.

Pulso y tensión arterial.

Respiración, número de respiraciones y si eran superficiales o profundas.

Cuánto tiempo tardó el paciente en despertarse y recobrar su conocimiento; si se usó anestesia general.

Condiciones orgánicas del operado: agotamiento, desnutrición, intoxicación, etc.

Cuando se usa anestesia raquídea, es común que el enfermo salga pálido de la operación, con pulso pequeño, hipotensio, poco frecuente; pero en estado de colapso periférico cede rápidamente a la efetonina, afedrina, adrenalina o cafeína.

Tiene también importancia el tipo de anestesia complementaria empleada; por ejemplo: en los que se utilizó escopolamina la tensión baja mucho, produciéndose en ciertos casos un estado de colapso que puede inducirnos a diagnósticos erróneos.

Es conveniente, en cuanto ese postoperatorio inmediato deje la menor duda, ver a los enfermos cada hora, pues si se trata de una hemorragia interna, como ésta se instala progresiva y lentamente, sin mayor sintomatología, puede pasar desapercibida y recién se verá al enfermo cuando ya está con anemia aguda, en gravísimo estado.

Durante la primera hora del postoperatorio de una intervención importante, hay siempre un ligero grado de shock operatorio que pasa rápidamente si se hace una buena atención inmediata a la terminación del acto quirúrgico.

Pasada esta hora y si el enfermo, no mejora, deberá entonces sospecharse en el shock operatorio serio.

El paciente no impresiona bien desde el primer momento. Llama la atención la palidez de la cara y en cambio las mucosas y las extremidades están azuladas. Hay enfriamiento.

El enfermo está indiferente, insensible. Acostado en decúbito dorsal, no habla, no se queja. Si se le hace sentar, le cuesta mucho. Lo único que no es alarmante es la respiración frecuente,

pero regular; sin presentar la disnea tóxica de los peritoneales; ni la angustia ni la sed de aire de la hemorragia interna.

El pulso es pequeño, hipotenso, débil, se palpa la arteria contráida (espasmo), generalmente es frecuente, pero puede ser lento.

Temperatura sub-normal.

Ausencia de reflejos.

Como se ve, el cuadro clínico del postoperatorio responde al cuadro del colapso periférico y debe lucharse rápidamente contra él. Si persiste y se va agravando, debe pensarse en la hemorragia interna a pesar de que se haya realizado una operación correcta y satisfactoria, por cuanto la ligadura de un vaso importante puede soltarse.

La hemorragia interna debe sospecharse con más razón cuando durante el acto operatorio no han existido las causas enumeradas como responsable del shock; más difícil es orientarse si ellas han estado presentes, pudiendo aparecer los dos cuadros: el del shock y el de la hemorragia.

Para que la pérdida de sangre sea importante como para dar síntomas requiere que haya habido tiempo para que la arteria sangre y por eso el cuadro de hemorragia no se presenta a veces claro hasta después de seis horas de una operación.

El enfermo, que impresionó bien inmediatamente de operado, entra poco a poco en estado de gravedad. Está intranquilo, se mueve.

Hay palidez general, especialmente en las mucosas; lo mejor es buscarla en las conjuntivas oculares.

Si se hace expresión suave desde la extremidad proximal de la yema del dedo como queriendo llevar la sangre hacia la punta, en un sujeto normal se lo ve enrojecer y bajo la uña se aprecia el color rojo normal. Por el contrario, cuando hay hemorragia, se lo ve pálido, anémico.

Se ve igualmente pálido el pabellón de las orejas y aunque se le caliente y se haga presión hacia el lóbulo, no se ve aparecer el rojo normal.

El pulso es frecuente y se va apreciando gradualmente un aumento de pulsaciones. Hay hipotensión. La arteria no se percibe, está vacía; las venas están exangües y se les nota achatadas.

Los enfermos respiran profundamente, con la boca abierta; piden aire, tienen sed de aire.

Pueden aparecer zumbidos de oídos.

El abdomen se distiende y se abomba poco a poco, sobre todo a nivel del hipogastrio.

A la presión existe algo de dolor. Si se percute con cuidado puede notarse maticez en los sitios de declive, dato que debe de buscarse con prolabilidad, pues tiene gran valor.

Hay sed, a veces intensa.

Temperatura sub-normal

Con todo, cuando existan causas operatorias que han motivado al mismo tiempo el shock quirúrgico, el diagnóstico, que tanto interesa resolver, es difícil.

Inclinarse al diagnóstico de hemorragia interna cuando ella produce un cuadro tan grave implica a decidirse a reoperar para ligar el vaso que sangra.

El análisis de sangre bien hecho, buscando el número de glóbulos rojos, su aspecto y el título de hemoglobina es primordial para afirmar el diagnóstico. La sangre que se va derramando en peritoneo libre puede ir a ocupar el Douglas. Es difícil por tacto vaginal o rectal asegurar la existencia de un derrame libre. Cuando se puede practicar la punción del Douglas como en el embarazo ectópico, debe realizarse. No pudiendo hacerse la punción del Douglas, puede realizarse la punción abdominal. Se coloca al enfermo en posición de Fowler y se hace una punción con una aguja larga y de 9 a 10 mm. de ancho (de preferencia de platino) a nivel de la fosa ilíaca izquierda. La aspiración en caso de hemorragia grave, permite extraer con facilidad sangre de color rojo claro, notándose a veces pequeños coagulitos, y si la hemorragia lleva ya unas horas tendrá un color más oscuro.

Para combatir el shock se puede ejecutar el siguiente plan:

Calentar al enfermo: Bolsas calientes, envolturas algodonosas de los miembros. Si se tiene a mano el horno de Bier, será muy útil.

Posición de Trendelenburg.

Estimular el corazón: No hay que emplear ni digitalina, ni hipofisina, ni adrenalina.

Son recomendadas: La estricnina, 0,001 Gr. cada hora.

Cafeína, 0,25 Gr. y aceite alcanforado, 5 c. c.

Atropina, 0,001 Gr. cada 4 horas.

Llenar la circulación: cuando ha habido gran pérdida sanguínea puede recurrirse a la inyección endovenosa de suero fisiológico o glucosado.

Si no han existido pérdidas abundantes, el suero puede hacerse subcutáneo pero no en los muslos ni brazos, pues allí la circulación es escasa; debe hacerse en la exila, por debajo de la mama o en el abdomen.

Generalmente el shock mejora lentamente, la conciencia vuelve, reaparecen los reflejos. Si el estado general empeora, debe recurrirse a la transfusión de sangre, plasma o amino-ácidos (Amigen), y generalmente después de una de estas inyecciones se verá, que la transición entre el estado de gravedad y mejoría es rápido.

Si el diagnóstico de hemorragia interna se impone, se prepara al enfermo para reoperarlo y se recurrirá a la transfusión de sangre o plasma durante la operación, que va rápidamente en busca del vaso que sangra.

Si el cuadro de anemia aguda es grave y se ha instalado rápidamente, no hay que contar con la detención de la hemorragia

y en cuanto se noten progresar los síntomas, la laparotomía se impone con todo el pesar que el cirujano tiene ante esta tan desagradable complicación, hoy de rara observación, afortunadamente, gracias al perfeccionamiento de la técnica operatoria.

La falta de decisión oportuna es el motivo de que se pierdan generalmente estos enfermos.

Del Doctor F. H. Martín, de Chicago, he tomado el siguiente cuadro de diferenciación entre el Shock y la Hemorragia postoperatorias :

SHOCK

1. Después de operaciones prolongadas, muy traumáticas.
2. Más probable en aquellos que han estado gravemente enfermos, que están débiles o agotados.
3. Síntomas que aparecen desde la operación. Colapso rápido cuando son enfermos ya debilitados.
4. Síntomas que tienden a mejorar.
5. Paciente apático, inmóvil, en decúbito dorsal.
6. No hay dolor abdominal.
7. Piel blanca, fría, pegajosa.
8. Cara pálida.
9. Mucosas blancuzcas.
10. Unas de los dedos azuladas. Se pueden enrojecer apretando la yema hacia el extremo.
11. Ojos cerrados, sin reflejos.
12. Aparición de sincope que se repite (a menudo).
13. Temperatura baja, por debajo de lo normal.
14. Pulso pequeño, débil y frecuente. La arteria está llena,

HEMORRAGIA

1. Considerando la duración y carácter de la operación, se deduce su importancia.
2. Condición anterior del paciente.
3. Síntomas desarrollados gradualmente algunas horas después de la operación. Se ha despertado de la anestesia.
4. Síntomas con tendencia a empeorar.
5. Inquietud; el enfermo se mueve de un lado para otro, ansioso, angustiado.
6. Abdomen dolorido, a veces intensamente. Blando, pero puede haber tensión de la piel muy pálida, fría, pegajosa.
7. ^g ^ blanca
^í Mucosas blancuzcas.
m Uña g lvid nO se
12. ídem, frecuente
13. Temperatura por debajo de lo normal.
14. Pulso débil y oscilante; rápido. No se palpa la cuerda arterial.
^

- | | |
|--|--|
| 15. Respiración rápida y superficial. | 15. Respiración laboriosa, profunda, habriendo la boca (sed de aire). |
| 16. No se quejan de desmayos; desvanecimientos. | 16. Desvanecimientos y zumbidos de oídos. |
| 17. No tiene sed. | 17. Mucha sed. |
| 18. venas superficiales llenas de sangre. | 18. Venas superficiales colapsadas. |
| 19. Hemoglobina normal. Examen de sangre normal. | 19. Moderada o alta leucocitosis, con rápido descenso de los glóbulos rojos y de la hemoglobina ; aumento de la coagulación de la sangre. La hemoglobina y los glóbulos rojos bajan paralelamente. |
| 20. El tratamiento estimulante mejora el pulso. | 20. El tratamiento estimulante es ineficaz, aumentando la gravedad y la hemorragia. |
| 21. Hematócrito: hemoconcentración. | 21. Hematócrito: Hemodilución creciente. |

Recomiendo el estudio y aprendizaje de este interesante cuadro a los guardias del Hospital General San Felipe, para que así, haciendo, el oportuno diagnóstico de hemorragia interna postoperatoria, puedan ayudar a los Jefes de Servicios de Cirugía a resolver estos desagradables problemas.

(Continuará)

*Informe Presentado por el
Doctor J. Napoleón Alcerro,*

*Delegado Oficial al Segundo Congreso
Panamericano de Otorrinolaringolo-
gía y Broncoesofagología, Celebrado
en Montevideo, Mar del Plata y Buenos
Aires, del 8 al 21 de Enero de 1950*

Señor Ministro de Educación Pública, Dr. Carlos
M. Gálvez Su Despacho.

Señor Ministro:

Al presentar el informe de las labores desarrolladas en el Segundo Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, que se celebró en Montevideo, Mar del Plata y Buenos Aires, del 8 al 21 de enero pasado, quiero patentizar mi sincero agradecimiento al señor Presidente de la República, Doctor Juan Manuel Gálvez y al señor Ministro, por haberme honrado con la representación de mi país a ese magno Congreso, y por haberme concedido beca, para que a continuación permaneciera tres meses más, haciendo estudies y prácticas Otorrinolaringológicas, en hospitales de aquellas ciudades del Sur, accediendo así a la invitación especial que me hiciera el Doctor Julio C. Barani, Secretario del Exterior de dicho Congreso, a su paso por Honduras en agosto de 1949.

En el Primer Congreso Panamericano de Otorrinolaringología que se celebró en la ciudad de Chicago en 1946, se designó a Montevideo para sede del Segundo a celebrarse en enero de 1950, y no pudo haberse hecho mejor escogencia, dado el estado de adelanto científico, cultural y social de esa bella ciudad. Los uruguayos no hicieron ningún esfuerzo por mostrarse amables; la amabilidad y la cultura es innata en ellos, y supieron hacer gala de esas virtudes, dejando en todos los asistentes al Congreso, recuerdos imperecederos de gratitud y cariño.

No menos grandes y sinceras fueron las atenciones que el gran país Argentino, nos brindó a través de los colegas y de las autoridades, durante la parte de la celebración, que correspondió a ciudades de Mar del Plata y Buenos Aires. Los argentinos nos mostraron todos los adelantos Otorrinolaringológicos que han logrado obtener en su lucha de superación.

La sesión inaugural tuvo lugar en el Palacio Legislativo de Montevideo, el día domingo 8 de enero a las 10 a. m. Ante una

numerosa concurrencia compuesta de Ministros de Estado, Delegados Oficiales e invitados particulares, el señor Presidente de la República Uruguaya, don Luis Batlle Berres, declaró solemnemente inaugurado el Congreso; en su nombre, el señor Ministro de Instrucción Pública don Osear Secco Ellauri, hizo la salutación y dio la bienvenida a los congresales. Seguidamente y bajo la Presidencia del Doctor Justo M. Alonso, la sesión continuó con la presencia en la mesa de honor de los doctores: Juan Manuel Tato, I Presidente de la Delegación Argentina; Chevalier L. Jackson, Joao Marinho y Ricardo Fernández Tapia, Presidentes Honorarios y Pedro Regules, Secretario. Cada uno de los jefes de las Delegaciones Oficiales, hicimos uso de la palabra para saludar al señor Presidente de la República y pueblo uruguayo, y a todos los colegas reunidos. En todos los discursos se puso de manifiesto el fervor patriótico, y el deseo vehemente de superación científica de todos los pueblos de América, que en ese instante se unían en abrazo fraternal, gracias a la Otorrinolaringología.

La sesión inaugural terminó a las 12:30 p. m., con la entrega a los Delegados de insignias, programas e invitaciones para los I actos sociales.

El día lunes a las 8 a. m., se iniciaron las sesiones científicas en el local de la Agrupación Universitaria, en el cual se destinaron tres salas para la presentación y discusión de los temas y films, y otras dos para exposiciones científicas y de Instrumental quirúrgico y de diagnóstico. Es de destacar la exposición de piezas anatomo-patológicas conservadas, mostrando la diversidad de formas de cáncer laríngeo extirpadas por laringectomías parciales o tétales; estudios radiográficos y tomográficos completos, dando a conocer las técnicas perfectas para el descubrimiento de las distintas enfermedades otorrinolaringológicas accesibles a los Rayos X; audiómetros norteamericanos, europeos y argentinos, para exámenes de audición, y variedad de instrumentos quirúrgicos para las nuevas técnicas introducidas en la especialidad.

Por falta de tiempo no fue posible que se presentaran todos los temas que estaban programados, a pesar de que se celebraban dos o tres sesiones simultáneamente. La lista que a continuación presento, corresponde a los temas que tuve el placer de escuchar de sus propios autores; también nomino los films que se exhibieron en el curso de las sesiones.

Lunes 9 por la mañana:

"La conclusión del seno en el tratamiento de la sinusitis frontal supurada crónica". Doctor Antonio Raúl Bergara, Catedrático de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

"Sulmio método endo-esterno nel trattamento chirurgico delle sinusiti fronto-etmoidale purulente chroniche". Doctor Pie-1 tro Clicetti, Profesor de Bologna, Italia, invitado de honor.

"La abertura del seno frontal en la vía transmaxilar", doctores Ermiro de Lima, brasileros y Mario Rius, uruguayo, presentado por este último.

"Nuevas técnicas de la cirugía del frontal por relleno de grasa en la cavidad sinusal. Técnica e indicaciones" Doctores Juan Manuel Tato y Orestes Bergaglio, Profesor y Asistente respectivamente de la Cátedra Libre de Otología, de Buenos Aires, presentado por el Doctor Tato.

"Algunas consideraciones sobre el mucocele del seno frontal". Doctor Emilio Liveriero.

"Tres casos de senusitis frontal producidos por el manejo intempestivo del escoplo y martillo en la nasoplastia". Doctor Ramón Palacio Posse, argentino.

"Distrofia fibrosa del hueso frontal y esfenoides". Doctores L. Forschner y J. A. Ghersi, presentado por el primero.

"Enfermedades del oído, nariz y garganta". Film presentado por el Doctor Paúl H. Hollinger, norteamericano.

"Cirugía Plástica nasal. Hundimiento del dorso nasal". Film presentado por el Doctor Reinaldo de Villiers, cubano.

Lunes 9 por la tarde:

Curso de perfeccionamiento:

"Estado actual de la endoscopia peroral". Doctor Chevalier L. Jackson, norteamericano.

"Fisiología y Patología de la obstrucción bronquial". Doctor Paul H. Hollinger.

"Segmentos Broncopulmonares". Doctor Chevalier L. Jackson.

"Segmentos Broncopulmonares". Doctor Juan S. Scandroglio, uruguayo.

Miércoles 11 por la mañana:

"Fisiología de la secreción bronquial". Doctor Paul H. Hollinger.

"Bronquitis por cuerpos extraños vegetales". Doctor Carlos Arauz, argentino.

"Aspectos broncoscopicos de la enfermedad fibroquística del páncreas". Doctores Paul H. Hollinger y George Anison, presentado por el primero.

"Laringo-Tracheo-Bronchitis". Doctor Joao de Araujo, brasiler.

"Tumores del nasofarinx". Doctor C. Franco Torres, paraguayo.

Tres trabajos sobre afecciones micóticas en Otorrinolaringología, presentados por los Doctores Alfredo Célis P., venezolano; Franz Conde Jahn, venezolano y José Américo, de Argentina.

"Clínica Broncoscópica". Film presentado por el Doctor Paul H. Hollinger.

Miércoles 11 por la tarde:

"Cirugía reconstructora de la nariz por pérdida parcial subtotal. Demostración de una nueva técnica de colgajo frontal". Doctor John Marquis Converse, norteamericano.

"Indicaciones y resultados de la cirugía transmaxilar en las senusitis". Doctor Ermiro, de Lima.

"Diagnóstico del cáncer laríngeo". Doctor Justo M. Alonso, Presidente del Congreso, uruguayo.

"Conducta operatoria del cáncer laríngeo. Sus resultado;". Doctor Chevalier L. Jackson.

Jueves 12 por la mañana:

"Tratamiento de los epitelomas extensos faringo-laríngeos". Doctor Luis A. Samengo, argentino.

"Sui procedimenti conservativi nella chirurgia laríngea, in particolare col método di Alonso". Doctor Pietro Calicetti.

"Nuestra experiencia en la cirugía conservadora de Alonso". Doctores Jaime del Sel y Carlos Aráuz, argentinos.

"Fundamentos y resultados de las operaciones parciales vertical y horizontal para cáncer laríngeo". Doctor Justo M. Alonso.

"Tratamiento radio terápico del cáncer laríngeo. Dosis tumor en Unidades R.". Doctores Orlando Daumy Amat y Carlos G. Ramírez, de Cuba, presentado por el primero.

"Enfermedades del esófago". Film presentado por el Doctor Paul H. Hollinger.

Jueves por la tarde:

"Técnica quirúrgica de la sinusitis etmoido-frontal crónica". Doctor Pietro Calicetti.

"Reconstrucción total del oído externo por una nueva técnica. Arquitectura prefabricada y refrigerada". Film presentado por el Doctor John Marquis Converse.

Con las conferencias y films de esa tarde, se clausuraron las sesiones en Montevideo. Por la noche salimos para la ciudad de Mar del Plata, a donde llegamos el viernes por la tarde.

El sábado 14 a las 8 a. m., y en la Auditorium del Casino de la bella ciudad turística Argentina, el Intendente Municipal, Doctor Juan José Pereda con brillante discurso, declaró inaugurada la segunda parte del Congreso; inmediatamente las sesiones científicas continuaron su desarrollo, esta vez Presididas por el Doctor Juan Manuel Tato. Se presentaron los siguientes trabajos:

"Síndrome de Meniere". Profesor J. Lindsay, norteamericano.

"Función del Oído". Film presentado por el Profesor H. Koberak, norteamericano.

"Observaciones clínicas en la anulación del sumbido del oído". Profesor Alfredo Dubb, uruguayo.

"Terapéutica de los acúfenos". Doctor Alfredo Chiarino, uruguayo.

Acufenometría, importancia clínica y algunos aspectos de la misma". Doctor Guido Calicetti, italiano.

"Etapas del examen y del diagnóstico en las hipoacusias". Doctor Mario Rius.

"La audiometría en el medio escolar de Mar del Plata". Doctor Jorge M. Couzo, argentino.

"Objective hearing test, con proyecciones y films". Professor H. Kobraak.

Sábado por la tarde:

"El abordaje transmeátrico, según Cornelli, en la cofocirugía". Doctor Renato Segre, argentino.

"Resultados obtenidos en la cirugía de la Otoesclerosis". Doctor Mario Rius.

"Criterio Quirúrgico para la mejor función auditiva en la operación radical". Doctor Pompeyo A. Haedo, argentino.

"Aporte de nuestra experiencia en las fenestraciones por Otoesclerosis". Doctor Pompeyo A. Haedo.

"La prueba de Kobraak en la determinación de la operabilidad de las hipoacusias mixtas por Otoesclerosis". Doctor Juan Manuel Tato.

"Técnica de la fenestración". Doctor Waldemir Salem, brasileño.

"Principios que rigen el cierre osteogénico de la fenestra". Doctor George E. Shambaugh, norteamericano.

Domingo 15 por la mañana:

"La prueba de la fatiga acústica. Crítica". Doctor M. Coceo, argentino.

"La oclusión de las perforaciones timpánicas y la audición". Doctor David Tieffenberg.

"Prueba de la fatiga auditiva efectuada con la grabación del ruido en el sitio de trabajo". Doctor Juan Manuel Tato.

"Estudio de la vía ósea en sujetos normales con conducto auditivo libre, ocluido y lleno de agua". Doctor Alfredo Alfaro, salvadoreño.

"Reclutamiento". Doctora O. de Alba, argentina.

Domingo 15 por la tarde:

"Enfermedades del oído medio, especialmente otitis serosa", con proyecciones. Doctor Víctor R. Alfaro, norteamericano.

"Técnica personal de la fen estracción", Doctor George Shambaugh.
"Tratamiento médico y quirúrgico de la sordera". Doctor George Shambaugh.

Con la conferencia anterior, terminaron las sesiones científicas del Congreso, y por la noche en un magnífico banquete, el I Intendente de Mar del Plata, Doctor Pereda, en un brillante discurso que mereció calurosos aplausos, clausuró el Congreso y felicitó a la Delegación cubana por haber conquistado el grande honor para su país, de que la ciudad de La Habana fuera la sede del Tercer Congreso Panamericano que se celebrará en septiembre de 1953. Por Cuba habló el Doctor Cabrera Calderini, quien rindió las I más sinceras gracias en nombre de sus compañeros, por el honor I que se les había concedido, y por las innumerables atenciones que I recibieron durante el desarrollo del Congreso.

En la madrugada del lunes 16 salimos de regreso a Buenos Aires en donde continuaría la celebración del Congreso, con un I programa especial de demostraciones quirúrgicas en los diversos hospitales municipales de aquella ciudad.

Asistí durante la semana a los siguientes actos:

Martes 17 por la mañana al Hospital, Rivadavia, en donde el Doctor Tato y sus ayudantes los doctores Alfaro y Bergaglio practicaron dos fenestraciones. La Doctora O. de Alba dictó conferencia sobre audiometría y nos mostró la técnica, con el aparato Maico Americano y Pasaron Argentino.

El miércoles 18. al Hospital Fernández, en donde el Doctor Ermiro de Lima practicó una trepanación fronto-ethmoido-esfenoidal, con su técnica transmaxilar. El Doctor Atilio Viale del Carril hizo una mastoidectomía radical y extirpó las amígdalas a dos pacientes con una técnica, personal muy práctica.

El jueves 19, el Doctor Juan Manuel Tato en el Hospital I Rivadavia, practicó una operación de plástica de oído por agenesia I del conducto externo. El Doctor Tato y el Doctor Ermiro de Lima hicieron la operación transmaxilar bilateral, con la técnica del primero.

El viernes 20, el Doctor Luis Samengo en el Instituto de Medicina Experimental, practicó dos laringuectomías totales con invaciamento ganglionar, por cáncer laríngeo.

El sábado 21, el Doctor Juan Manuel Tato, practicó en el Hospital Rivadavia, una destrucción del canal membranoso horizontal; también hizo dos exámenes vestibulares.

Con las demostraciones del sábado se dio por clausurado el I Segundo Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, después de dos semanas de intenso trabajo científico y de inolvidables momentos de confraternidad americana. Todos los trabajos presentados, merecieron el aplauso y la aprobación unánime, y si hubo alguna crítica para unos pocos, no se hizo cambio esencial en ellos. Los films fueron magníficos por la maravillosa técnica y por el color natural; los norteamericanos supieron captar hasta el más mínimo detalle en las Esófagos copias y

Broncoscopias, mostrándonos además el delicado funcionamiento fisiológico del oído en la audición.

Los actos sociales conque nos obsequiaron en Montevideo, Mar del Plata y Buenos Aires, fueron tan bien escogidos y adaptados al programa, que pudimos admirar las bellezas naturales, el arte y la cultura de esos dos grandes países, e hicieron que nuestra permanencia fuera plenamente grata.

Se tomaron los siguientes votos:

1.—Que se enviara una circular a las autoridades competentes de cada país, para la creación en los hospitales de su dependencia, de por lo menos un Departamento de Oxigenoterapia con todos los adelantos modernos. Se tomó la siguiente determinación, en vista del crecido número de pacientes que mueren anualmente de afecciones broneopulmonares, por falta de oxígeno administrado a tiempo.

2).—Se eligió a la ciudad de La Habana, Cuba, para sede del Tercer Congreso que deberá celebrarse en septiembre de 1953.

3).—Se otorgó al Doctor George Shambaugh un premio por su trabajo en dibujos presentados en la exposición científica.

Conclusiones personales:

1).—El Segundo Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, es uno de los más importantes que se ha celebrado en la especialidad, tanto por la presencia en él de grandes personalidades científicas de América y Europa, como por el gran número de trabajos presentados y discutidos, que han dejado un saldo provechoso de nuevas teorías, nuevos tratamientos y nuevas técnicas quirúrgicas, en provecho de la humanidad.

2).—Son tan grandes los conocimientos científicos, sociales y culturales que obtienen en Los Congresos, que el Gobierno no debe perder la oportunidad siempre que se le invite, de enviar por lo menos un delegado oficial a dichos certámenes.

3).—La Otorrinolaringología es una especialidad tan importante, y ha alo izado tantos progresos, que en los países más avanzados se ha dividido en sub-especialidades para facilitar su práctica: Otología, Laringología, Endoscopia, etc., y ha habido necesidad de formar técnicos para estudios audiométricos, educación y re-educación foniática, etc.

4).—Es necesario mandar médicos seleccionados a países extranjeros, a hacer estudios de especialización, y crear en los hospitales del Estado, Departamentos de Otorrinolaringología, Endoscopía, Audiometría y Oxigenoterapia, para auxiliar de la mejor manera a la medicina general y a la cirugía.

Tegucigalpa, D. C, mayo 10 de 1950.

3. NAPOLEÓN ALCEKRO,
Delegado Oficial del Gobierno de Honduras

El Tercer Congreso de Venereología

Por el Dr. CARLOS A. BENDAÑA

En la ciudad de San Salvador, República de El Salvador, tuvo lugar del 4 al 7 del presente mes, el III Congreso Centroamericano de Venereología, con asistencia de los representantes de Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras y El Salvador; estando con carácter de "Observador" miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana.

A las tres de la tarde del jueves cuatro del presente y en el Salón de Actos de la Dirección General de Sanidad fue solemnemente inaugurado el Congreso por el Jefe de la Junta Revolucionaria del Gobierno de El Salvador, Mayor Bolaños y con asistencia del señor Ministro de Sanidad Pública, Doctor Barrientos y otros altos funcionarios del Gobierno de aquel hermano país.

Todos los participantes en el Congreso asistimos inspirados en un espíritu de recíproca comprensión y en una comunión de ideales que podemos resumir en: Presentar un plan de campaña lo más científico y práctico posible para aminorar, y si es posible, extinguir, el terrible flagelo de las enfermedades venéreas y sus lamentables consecuencias en la vida social de nuestros pueblos.

Las sesiones del Congreso se caracterizaron por un ambiente de sana armonía, en donde cada uno de los Delegados quiso patentizar su esfuerzo científico y su experiencia práctica al servicio de una noble causa como lo es, desterrar del ambiente dichas enfermedades.

Largos y concienzudos estudios fueron presentados en el Congreso, en todos ellos se reflejó un afán grande y sincero por contribuir en la lucha contra estas enfermedades. Pero, según mi criterio son dignos de especial mención los siguientes trabajos: "Análisis de sífilis Cardivascular en, el Hospital Santo Tomás", por el Doctor Mario Rognoni (de Panamá); "Estudio de dos años de tratamiento antisifilíticos en pacientes hospitalizados", por el Doctor Juan José Rodríguez (de El Salvador). "Tratamiento de la Sífilis aguda con una inyección de 300.000 unidades "Propenalate" y con tres inyecciones de 600.000 unidades de "Propenalate" cada una en días consecutivos", por el Doctor Robert D. Wright (de los Estados Unidos). "Prostitución y Enfermedades Venéreas", por el Doctor Joaquín Zeledón A. (de Costa Rica). "Consideraciones generales acerca del establecimiento de una nueva Legislación Antivenérea y *do* acción represiva contra la prostitución en El Salvador, Proposiciones para un Proyecto de Ley", por el Doctor Ricardo J. Peralta (de El Salvador). También quiero manifestar que los trabajos titulados: "Control del Pian en Panamá", estudio de los doctores José Amador Guevara y Alberto Espinoza (de Panamá) y "Etiología de la promiscuidad sexual en Panamá". Estu-

dio preliminar de los doctores José Amador Guevara y Lic. Guillermo E. Beleño (de Panamá), fueron quizás, los mejores que tuvimos oportunidad de conocer en el mencionado Congreso.

Esta breve reseña de las impresiones recibidas en el III Congreso de Venereología, he considerado oportuno hacerlas del conocimiento de esta honorable agrupación, por las grandes proyecciones que tendrá en el campo práctico y científico de las las actividades de nuestros Gobiernos en la lucha antivenérea. Y también para manifestar sinceramente, que la Delegación de Honduras asistió al referido Congreso con espíritu de honda confraternidad y verdadero deseo de ayudar a resolver el vasto e intrincado problema que confronta nuestro ambiente con las enfermedades venéreas.

**República de Panamá, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y
Salud Pública, Departamento General de Salud Pública,
División de Higiene Social**

Normas Generales del Tratamiento de la Sífilis

Por el Dr. JOSÉ AMADOR GUEVARA,
Epidemiólogo Encargado de la División de Higiene Social del
Departamento de Salud Pública, Panamá

A.—Propósito

La orientación de este trabajo es la de despertar, en el médico general, un mayor interés por los diversos problemas clínicos y sociales, que presentan las enfermedades venéreas.

Se pretende, asimismo, obtener la más amplia colaboración del Cuerpo Médico en los esfuerzos que realizan las autoridades sanitaria, para disminuir la incidencia y prevalencia de dichos procesos.

Debe decirse, una vez más, que sin la activa y entusiasta participación del médico general, no es posible adelantar con éxito en ninguna campaña de carácter médico-social. No debe perderse de vista que el médico, por encima de cualquier otra consideración, es ante todo, un sanitario, es decir, un servidor de la salubridad pública. *No debe existir*, pues diferencia alguna entre el médico que cura y el que promueve y defiende la salud.

Los conceptos aquí señalados no pretenden convertirse en normas rígidas y absolutas, sino que tienen más bien un carácter informativo.

B.—Orientación General)

Los principios generales que orientan, en términos generales, la terapia actual de la sífilis, se pueden sintetizar en la siguiente forma:

- 1) Condición sine-qua-non para el tratamiento de un enfermo sifilítico es la seguridad ciento por ciento diagnóstica.
- 2) El tratamiento debe realizarse a la mayor brevedad posible, a fin de controlar, rápidamente, el período de mayor transmisibilidad de la infección.
- 3) El tratamiento debe ser efectivo.
- 4) El tratamiento debe poseer un alto índice de seguridad para el paciente, ya que ningún tratamiento, por efectivo que sea, puede considerarse ideal si daña la salud, o pone en peligro de muerte, al paciente.

5) En la sifiloterapia moderna no hay lugar para los tratamientos de prueba. En sífilis no caben términos medios; se tiene o no se tiene sífilis.

6) Debe descartarse, asimismo, la práctica de las llamadas "reactivaciones" de la sangre.

7) Los esquemas terapéuticos intensivos y de corta duración, recomendados para el tratamiento de la sífilis, poseen un alto valor epidemiológico.

8) Tales esquemas, desde luego, obligan a prolongar el período de observación de los pacientes, ya que existe la posibilidad de un aumento en el porcentaje de relapsos clínicos y serológicos, y, a su vez, mayores posibilidades de reinfección.

9) Con los citados métodos intensivos se ha podido controlar, efectivamente, el alto porcentaje de abandonos de tratamiento (60%) observados, frecuentemente, en esquemas de larga duración. I

10) En relación con los innumerables esquemas terapéuticos, que se recomiendan hoy día, debe tenerse presente, que ningún esquema puede ser superior, jamás, al juicio crítico del profesional consciente y estudioso.

11) La standarización terapéutica puede aceptarse, en términos generales, en casos de sífilis primaria y secundaria, pero en casos de sífilis terciaria, la individualización se impone.

12) No es necesario tratar, indefinidamente, a los pacientes con el sólo objeto de negativizar la reacción serológica.

13) No hay razón para establecer períodos de descanso en la terapéutica de la sífilis, no importa la droga o el sistema que se adopte.

14) En algunos casos los arsenicales y bismúnicos, así como la Fiebre Artificial (Malaria —vacuna antitífica— inducto-pirexia) deben considerarse aún como elementos de valor en la terapia de la sífilis. No es necesario prolongar la terapia mixta arseno-bismútica más allá de 12 semanas. Los arsenicales administrados conjuntamente con la Penicilina, ejercen una acción enérgica sobre el treponema.

15) La orientación general debe ser, en síntesis: mayores facilidades para el tratamiento ambulante y menos oportunidades de hospitalización.

16) Antes de aceptar un esquema terapéutico definitivo en la diaria labor profesional, este deberá someterse a un cuidadoso análisis y estudio,

C.—Penicilino-terapia

1) La penicilina es, hoy día, la droga de elección en la terapia de la sífilis, ya que posee, a la par de un alto índice terapéutico un bajo índice de toxicidad.

2) La penicilina ha tenido el mérito de desterrar de la práctica, el uso de tratamientos intensivos a base de arsenicales, los cuales originaron un alto porcentaje de reacciones tóxicas.

3) Los preparados de penicilina de absorción lenta son preferibles, ya que suprinen el requisito de hospitalización necesario cuando se administra el antibiótico disuelto en solución salina.

4) La administración de la penicilina es sorprendente inócnua. El cuadro siguiente es demostrativo:

GRADO DE TOXICIDAD DE LOS ARSENICALES EN COMPARACIÓN CON LA PENICILINA

Drogas	Casos	Muertes
Penicilina	1000	000
Penicilina más arsénico (Esquemas 8-6-3)	1000 ,	023
Inyecciones múltiples de arsenicales	1000	053
Goteo intravenoso arsenical de 8 días	1000	081

5) La desaparición de los treponemas de las lesiones, así como la cicatrización de las mismas, se efectúan en un período menor que el requerido cuando se administran arsenicales.

6) En términos generales, la penicilina deberá administrarse como droga preferente en casos de sífilis primaria y secundaria.

7) La diversidad de esquemas que existen a base de penicilina, es clara evidencia de que aun no se ha llegado a establecer un criterio definitivo en cuanto:

- 1) Dosis óptima total-
- 2) Dosis parcial más conveniente en cada inyección.
- 3) Intervalos más recomendables entre cada dosis.
- , 4) Duración del tratamiento.
- 5) Mejor vía de administración.
- 6) Vehículo más conveniente.

D.—La penicilina -en los diversos períodos de la sífilis

a) Sífilis Primaria.— (Estado sero-negativo o sero-positivo). La dosis total no debe ser menor de seis millones de unidades de penicilina. (Cristalina G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%). Las dosis parciales pueden ser de trescientas mil a seiscientas mil unidades cada veinticuatro horas. Si se administra penicilina (G Cristalna en solución salina), la dosis total indicada deberá administrarse en dosis parciales de cuarenta mil a cincuenta mil unidades cada tres horas. Este último método requiere hospitalización.

b) Sífilis Secundaria.—Al igual que la sífilis primaria, la dosis total del antibiótico no deberá ser menor de seis millones. Las dosis parciales y el intervalo entre las mismas será igual que para la sífilis primaria.

c) Sífilis terciaria.—La penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) deberá ser administrada en una

dosis total no menor de ocho millones. Las lesiones terciarias cutáneas y óseas responden con sorprendente rapidez. La dosis diaria será de trescientas mil unidades.

d) Sífilis Nerviosa.—Los reportes sobre la terapia antibiótica en la neurosífilis son favorables. Parece más conveniente administrar dos cursos, repetidos a cortos intervalos, en vez de uno solo. Como dosis total se recomienda la de 9 millones de unidades de penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%). La dosis diaria conveniente es de trescientas mil unidades. El líquido cefalorraquídeo muestra notable mejoría (53 a 80%). La combinación penicilina-fiebre artificial es altamente efectiva en la Sífilis Nerviosa.

e) Sífilis Cardiovascular.—En la sífilis cardiovascular conviene administrar dosis bajas al principio. La intensa acción treponemicida de la penicilina (Cristalina G en solución acuosa) puede originar desagradables reacciones al principio. La dosis total no deberá ser menor de 4.800.000 a 9.600.000.

f) Sífilis latente temprana y tardía.—Los cursos repetidos a cortos intervalos de penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) produce mejor efecto. La dosis total de cada curso no debe ser menor de cuatro millones. A veces, aun con dosis muy altas, no es posible lograr la reversión serológica de estos casos. Tales pacientes deben ser controlados después del tratamiento mediante reacciones serológicas cuantitativas a intervalos regulares. Un aumento en los títulos cuantitativos mantenidos durante algunos meses (6 meses) demandan una terapia más fuerte y la administración de una terapia bismuto-arsenical.

g) Sífilis de la mujer embarazada.—La mujer embarazada sifilítica presenta perfecta tolerancia a la penicilina, aun aquellas con fragilidad renal. Es inmejorable "sobre todo en casos de mujeres sifilíticas intolerantes a los arsenicales o en aquellas arseno-resistentes. La dosis total de penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) no debe ser menor de 4.800.000 unidades en un período de ocho días, en dosis diarias de 600.000 unidades.

h) Sífilis adquirida "in útero".—La terapia con penicilina en la sífilis del niño se puede hacer utilizando uno u otro de los siguientes esquemas:

a) Penicilina (Cristalina G en solución acuosa) en dosis de 100.000 a 120.000 unidades por kilo de peso. La dosis total será dividida en 100 dosis y cada inyección se administrará cada dos o tres horas.

b) Penicilina (Cristalina G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) en dosis de 150.000 a 300.000 unidades divididas en tres dosis. El período de administración será de tres o cuatro días. En la sífilis adquirida "in útero" la administración de los arsenicales y bismúnicos conservan aún su aplicación.

E.—Reacciones de la Penicilina

La penicilina origina algunas reacciones debidas, ya a su acción como toxina directa e irritante primaria, bien a su acción antígenica, o ya sea como excitante del shock terapéutico, o bien al actuar, directamente, sobre los procesos patológicos.

La mayoría de los autores han atribuido a impurezas del antibiótico, un porcentaje elevado de reacciones, sobre todo en los primeros años de su fabricación. Entre esas manifestaciones tóxicas se han señalado las siguientes; escalofríos, fiebres, cefalea, rubor, eosinofilia, dermatitis, etc.

Como reacciones propias del antibiótico han sido reportadas, entre otras, las siguientes manifestaciones: urticarias, fiebre, reacciones del tipo de Herxheimer.

Para evitar este tipo de reacciones, es recomendable que las dosis iniciales sean bajas, sobre todo en casos en que están lesionadas estructuras vitales orgánicas, como por ejemplo, en el caso de la sífilis cardio-vascular. Una rápida cicatrización puede originar una severa descompensación en la mecánica vascular.

Otras reacciones señaladas son: edema angioneurótico, tromboflebitis, crisis gastrointestinales, dermatitis, etc.

Con el uso de la Procaína, se observan síntomas debido a la sensibilidad a esta droga, tales como reacciones de tipo circulatorio: palidez, taquicardia, dolor en el pecho, diplopia, visión borrosa, colapso rápido caracterizado por fracaso circulatorio. También reacciones de la piel en el sitio de la inyección.

F.—Esquema Mixto Arseno-bismuto-Penicilina

DÍAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
PENICILINA											3 — 6 Millones
300.000 — 600.000											
MAFARSEN	x	x	x	x	x						0.20 Gm.
0.04 — 006 Gm.											0.30 Gm.
BISMUTO	x	x	x								06 Gm.
02 G											

Este esquema es conveniente en los dispensarios de escasos recursos económicos, cuya población enferma la constituyen especialmente trabajadores, que dan el mayor porcentaje de abandonos de tratamiento, cuando se recurre a sistemas de larga duración.

Preferible emplearlo en casos de sífilis primaria y secundaria. Si el médico lo estima conveniente se puede administrar después de terminar dicho esquema un curso de sub-salicilato de bismuto (12 dosis de 1 ce. (0.20) cada cinco días) o bien un curso de arsenical trivalente (24 dosis de Mafarsen o Arseclor) administrando una dosis cada tres a cuatro días).

variedad de climas, terrenos, razas y condiciones de vida, que vuelven indispensable y valioso al confrontar "epidemiológicamente la incidencia clínica, humoral o microbiológica de las infecciones venéreas con aquellas múltiples variables. Además, el problema del control rápido del caso contagioso se agudiza a medida que aumenta el comercio sexual, debido a las facilidades y rapidez de medios de transporte en toda Centro-América, "países que son, afortunadamente para la ciencia, aunque desgraciadamente para sus pueblos, un rico y vasto campo para la investigación de las Enfermedades Venéreas. Mediante un esfuerzo científico bien coordinado, estaremos en condiciones de retribuir en parte siquiera, para bien de la humanidad, nuestra deuda contraída con los investigadores de otros países, quienes nos han guiado en el estudio y la resolución del grave problema de las Enfermedades Venéreas.

La investigación epidemiológica es el campo más prometedor y más accesible a nuestros recursos; de ahí la importancia de establecer las bases comunes, para colecciónar información uniformemente definida, consignada e interpretada por todos los países centroamericanos.

Este trabajo lo intitulamos así: **Bases preliminares para la Unificación, etc.,** pero tal vez fuera preferible llamarlo: de Consideraciones Preliminares, por los siguientes motivos:

Es un estudio de gran trascendencia a la vez que difícil, cada uno de los países debe asegurarse ante todo, de si, esta convenido de la conveniencia de uniformizar el sistema de registro y luego de si está decidido a llevar a cabo el estudio en conjunto. Y esto debe de pensarse y medirse muy detenidamente, para poder obtener frutos prácticos y no teóricos.

La recomendación del II Congreso de Venereología dice: "Uniformizar reportes epidemiológicos". El término epidemiológico es amplio; no comprende sólo la incidencia de la sífilis, ni la prevalencia da la Temprana o Antigua Latente, ni la búsqueda de contactos, que es lo que en la práctica hacen los dispensarios antivenéreos, por lo menos en este país; comprende también la sífilis que incapacita; la cardiovascular, la nerviosa, etc., y la sífilis que mata. Por cierto que en nuestro país lo que menos sabemos es en qué cantidades incapacita la sífilis. Esta consideración lleva consigo dos preguntas: *Se quiere hacer un estudio epidemiológico de la sífilis que tratan los dispensarios antivenéreos?* o *se quiera efectuar un estudio epidemiológico completo de la sífilis?*

Caso de resultar afirmativo solamente la primera interrogación, debemos combinar un sólo tipo de ficha o registro; pero si el estudio ha de ser completo, las fichas deberán ser tres: 1^o—Para anotar los datos especiales de la sífilis sanitaria de los d's-pensarios; 2^o—Para la sífilis que se atiende en hospitales y asilos, es decir, la incapacitante y la que mata, y 3^o—La que consolidaría los datos de las dos anteriores, o sea la del estudio final.

Una vez decidido qué clase de estudio se desea, hay que considerar qué datos debe llevar la ficha. Es posible que los datos de identificación del caso: nombre o número, sexo, edad, residencia, etc., sean fáciles de uniformizar. Pero esa ficha llevará anotadas las pruebas serológicas que se hayan hecho al enfermo, lo que significa que debe existir un criterio uniforme acerca de las pruebas serológicas y sus resultados. Luego la clasificación de la enfermedad, punto clave para el estudio y que necesita especial consideración. En el I Congreso de Venereología, celebrado en Panamá en 1946, el Doctor José Amador Guevara propuso una "Nomenclatura Centroamericana de casos de sífilis". Indudablemente fue con la idea de iniciar en aquella fecha lo que hoy tratamos de comenzar nosotros; sin embargo, no se llegó a conclusión alguna sobre tan útil como magnífica ponencia, puesto que nada se dijo en las resoluciones y recomendaciones del mencionado Congreso; en otras palabras, hemos perdido cuatro años de experiencia.

En los dispensarios antivenéreos de la Dirección General de Sanidad, las fichas usadas siguen la clasificación de la Sanidad de los Estados Unidos de Norte América; en los centros de asistencia de este país no existe clasificación uniforme; puede que esto mismo ocurra en otros países.

La Organización Mundial de la Salud, como todos sabemos, adoptó una nueva clasificación estadística en Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, en 1948. En la lista "Intermedia", de 150 causas, la sífilis y sus secuelas está dividida en 10 rúbricas y la infección gonocócica y otras enfermedades venéreas, en 10 rúbricas también. Y en la lista Tabular de inclusión de sub-categorías de cuatro dígitos, la sífilis y sus secuelas comprenden 11 sub-categorías.

Indudablemente esta nueva clasificación de la O. M. S. induce a estudiar cuidadosamente qué nomenclatura se establecería al tratar de uniformizar las fichas en Centro América.

Al uniformizar una ficha "Centroamericana" d3 Enfermedades Venéreas, se escogerá un mínimo esencial de información, que facilite la colección de datos y el análisis estadístico. Se sugiere que el formato de la tarjeta sea del tipo "punch card" o perforada, en la cual, por medio de clave especial pueden incluirse los datos necesarios y se facilitaría su análisis.

Para llevar a cabo este estudio, cada país tendrá, un centro único coleccionador de tarjetas, por ejemplo, la División, Servicio o Sección de Enfermedades Venéreas de la Sanidad del referido país; este Centro, después de coleccionar y estudiar sus datos, enviarán las tarjetas al país u oficina designada para efectuar el análisis de todos los demás, análisis que debe ser presentado en el Congreso de Venereología. Se menciona una Oficina, teniendo en mente que todos los países Centroamericanos pertenecen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual tiene personal técnico viajero y facilidades para coordinar estos estudios.

Para terminar rogamos a los distinguidos congresistas expresar sus valiosas opiniones al respecto; y nombrar una comisión especial para que estudie este trascendental asunto y lleve su opinión preliminar conjunta a las resoluciones de este Congreso.

- 1.—Dr. Alberto Aguilar Rivas, Director de la División de Epidemiología.
- 2.—Dr. Juan Allwood Paredes, Director General.

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MÉDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.



Un "respirador" de tamaño pequeño, diseñado conforme al principio del "pulmón de hierro", el cual quizás resulte práctico para el tratamiento de ciertas formas de poliomielitis, ha sido construido por dos hombres de ciencia de la Universidad de Yale, New Haven, Estado de Connecticut, el Doctor Harold Lampert, asociado a las investigaciones de filosofía, y el Doctor Ralph C. Eichhorn, miembro de la Sociedad de Medicina Dazian y Kresge. Este modelo de "respirador", hecho con una tela ahulada que puede ser producida en masa y a un bajo costo, tiene 32 pulgadas de longitud y es de forma cilíndrica. Cuando está completamente inflado pesa menos de dos libras. El "pulmón" está construido como un termo con una pared interior y una exterior herméticamente cerradas al aire, teniendo la cavidad intermedia llena de aire a cierta presión. La fotografía muestra a los Doctores Lampert y Eichhorn, haciendo una demostración con el nuevo respirador, con un gato como paciente. (USIS).

Tema 2.—"Antibióticos en el tratamiento de la Tuberculosis". La experiencia acumulada muestra que la estreptomicina es un valioso agente terapéutico en el tratamiento de la tuberculosis. Los resultados obtenidos varían considerablemente, según la localización del proceso, forma clínica, modalidad patogénica y contigüedad lesional. La acción terapéutica se ejerce principalmente sobre las lesiones recientes de tipo miliar o focal exudativo.

En la Tuberculosis pulmonar la estreptomicina debe ser considerada como una medicación coadyugante, que será empleada con discriminación clínica y asociada siempre a los demás métodos terapéuticos. Su acción antibiótica es generalmente temporal, por la aparición del fenómeno de la estreptomicino-resistencia. Esta condición impone que se procure recoger el máximo de beneficio durante el período realmente activo de la medicación, variable, según los casos aplicando en momento oportuno los demás recursos terapéuticos que puedan estar indicados.

Las indicaciones en tuberculosis pulmonar siguen siendo esencialmente individuales y serán, en lo posible, establecidas por médico especializado, quien determinará la conveniencia y oportunidad de la estreptomicinoterapia.

Los agentes quimioterapéuticos antituberculosos (sulfonas y ácido par-amino-salicílico) se encuentran en nuestro medio en fase de experimentación. En ciertos casos parece ser útil su asociación a la estreptomicina y demás métodos terapéuticos.

Es de interés facilitar los medios que permitan el reconocimiento de la resistencia del bacilo tuberculoso a la estreptomicina y agentes quimioterapéuticos a cuyo efecto se capacitará a los centros tisiológicos, institutos bacteriológicos, etc., poniendo esta investigación al alcance de la práctica médica.

Tema 3.—"Tuberculosis de las serosas".

1) La localización tuberculosa en las serosas se registra con mayor frecuencia en la pleura y luego en orden decreciente en el peritoneo, las meninges y el pericardio. Cronológicamente la localización meníngea se observa con más frecuencia en la primera infancia, la pleural y peritoneal en la "puericia y juventud mientras que la del pericardio es más frecuente en la edad adulta.

2) Su aparición puede hacerse en cualquiera de los períodos de la tuberculosis.

3) Su patogenia más frecuente es por contigüidad y por siembra hematogena.

4) En cualquier localización serosa es necesario agotar el estudio clínico, bacteriológico y es indispensable el estudio radiográfico del tórax.

5) Su pronóstico general depende del tipo anatómico, la asociación en otras serosas u. otras localizaciones pulmonares o extrapulmonares y finalmente subordinado al tratamiento. Sigue siendo sumamente grave en la localización meníngea en la cual

Crónica de Sesiones

SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL 2 DE MAYO

Por atenta invitación que la Rectoría de la Universidad de Honduras hizo a la Asociación Médica Hondureña para participar en los actos culturales que se llevaron a cabo con motivo de la inauguración del año escolar 1950-1951, nuestra Asociación poniéndose en contacto con las autoridades de la Facultad de Medicina y Cirugía, acordaron celebrar en conjunto una sesión solemne el día martes 2 de mayo del año en curso, a las 7.30 p. m., en el Paraninfo de la Universidad.

Instaladas las mesas directivas y presididas por el señor Rector de la Universidad, Licenciado Jorge Fidel Durón, se abrió la sesión tomando la palabra el señor Decano de la Facultad de Medicina y Cirugía, Doctor Humberto Díaz, quién pronunció un pequeño pero conceptuoso discurso, expresando entre otras cosas, lo siguiente: "Yo espero que en actos venideros como el que celebramos hoy, cada una de nuestras Facultades universitarias podrá ofrecer algo más que las expresiones de orden teórico vertidas a través de los discursos. Necesitamos materializar urgentemente la resolución de numerosos problemas. Necesitamos medios de experimentación y de investigación; para que ésto, unido a una concreta orientación filosófica, haga posible que nuestra Alma Mater llene en el futuro —de una manera plena y satisfactoria— la alta misión social que le está encomendada". Seguidamente tomó la palabra en nombre del profesorado de la Escuela de Medicina y Cirugía el Doctor J. Gómez Márquez Girones, quien con sencillez y perfecto conocimiento del asunto desarrolló su tema acerca de

también depende de la edad, las modificaciones del líquido cefalorraquídeo y la precocidad diagnóstica y terapéutica.

6) Su tratamiento debe ser precoz e intensivo con estreptomicina asociada o no a la sulfona y al ácido para-amino-salícílico, con indicación absoluta de la localización meníngea, donde se debe instituir, antes de la confirmación bacteriológica, por la vía mixta, intratecal y paraenteral, contando cuando sea posible con la colaboración del neurocirujano y el oftalmólogo. También su indicación es absoluta en la poliserositis por siembra miliar generalizada, y en las localizadas al pulmón y el pericardio. La indicación es relativa en la localización pleural cuya evolución espontánea suele ser favorable.

(Tomado de la Revista Médica de Córdoba, Año XXXVIII. Volumen 38, número 2. Febrero de 1950)

"Consideraciones sobre el injerto de córnea. Experiencias en Honduras".

Tocó su turno al representante de la Asociación Médica Hondureña, Doctor Ramón Alcerro Castro, ocupando la atención por espacio de 30 minutos a la concurrencia con su interesante conferencia acerca de las "Consideraciones sobre el alcoholismo" que por su actualidad **permanente** lo publicaremos en el próximo número de ésta Revista. Ambos conferencistas fueron felicitados por sus magníficos trabajos. Para terminar éste significativo acto, el selecto y numeroso público qué asistió, tuvo la oportunidad de ver dos interesantes películas sobre motivos médico-científicos, resantes películas sobre motivos médico-científicos.

**Sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña, celebrada el
día 6 de mayo de 1950**

Se abrió la sesión a las 5 y 30 p. m., bajo la presencia del Doctor Juan Montoya, Tercer Vocal y actuaron en la Secretaría, los doctores Gómez Márquez Girones y Majano. Asistieron además los siguientes socios: Bulnes, Gómez Róbelo, Banegas, Reyes Soto, Mendoza y Bográn.

Se dio lectura al acta de la sesión anterior que fue aprobada sin modificaciones.

La Secretaría dio lectura a una invitación para el Tercer Congreso de Venereología, que iba a celebrarse en El Salvador. Se anunció que los consocios, Alcerro Castro h., Bendaña y Manuel Cáceres Vijil, asistirían al mismo-

Los doctores Bulnes, Banegas Gómez Márquez Girones y Majano, tomaron posesión de sus puestos y prestaron la promesa de ley correspondiente.

El Doctor José T. Mendoza, conferencista de turno, disertó sobre el tema "Observaciones a cerca de las etiología de las úlceras de la pierna". En el curso de su conferencia, el Doctor Mendoza, expuso las investigaciones llevadas por él a cabo durante varios años, con varios centenares de enfermos que presentaban úlceras de la pierna. Excluía de ellos, aquellos casos que presentaban una etiología clara, (sifilitica, micósica, etc.); sus estudios se dirigieron a aquellos que no tenían una causa manifiesta. Observó en ellos con mucha frecuencia, varias manifestaciones de trombosis de las venas profundas. Concluye, que en consecuencia, la gran mayoría de los casos de úlceras de la pierna sin etiología aparente, son debidas a la trombosis de las venas profundas de la pierna.

En el curso de la discusión de esta conferencia tomaron parte los siguientes colegas:

a) Doctor Gómez Márquez Girones: Para él es sumamente interesante el tema por tratarse de algo, con que tiene que tropezarse el médico a diario y por ser un problema para el mismo debi-

do a las dificultades poco menos que insuperables de orden terapéutico. Para él, sin embargo, aparecen algo confusos algunos de los puntos expuestos por el Doctor. Mendoza y pide la aclaración correspondiente.

b) Doctor Mendoza: Explica que su diagnóstico de trombosis profunda, se basa en ciertos síntomas que presentaban los pacientes, como edema y dolor en el miembro, agregando además que nunca pudo hacer flebografías.

c) Doctor Gómez Róbelo: Expone su punto de vista a cerca de las úlceras de la pierna tan comunes entre nosotros.

d) Doctor Bulnes: Para él, la trombosis de las venas profundas no es sino un factor entre los muchos que hay que considerar en la etiología de las úlceras de la pierna.

e) Doctor Montoya: Se muestra parcialmente de acuerdo con el Doctor Mendoza, pero no cree que todos los casos de úlceras de la pierna llamados esenciales, pueden ser atribuibles a trombosis de las venas profundas.

f) Doctor Reyes Soto: Refiere su experiencia sobre el uso del Angioxil en el tratamiento de las úlceras.

g) Doctor Mendoza: Hace algunas consideraciones a cerca del resultado de la simpaticectomía en las úlceras de la pierna.

El Doctor Montoya presentó a la consideración de sus compañeros un interesante caso, que se ha presentado en su Servicio de Ginecología del Hospital General. Se trata de una señora, que, después de un parto normal, tuvo loquios fétidos y metrorragias y poco tiempo después hizo su aparición una tumoración en el hipocondrio izquierdo, muy dolorosa que fiebre alta. Se encontró al examen ginecológico una cervicitis y en el examen general un tumor localizado en el hipocondrio izquierdo, sin conexión alguna con el hígado y que a la punción dio salida a un líquido purulento.

a) El Doctor Banegas hace un recuerdo de la anatomía topográfica de la región con el fin de hacer un diagnóstico diferencial. Recuerda la importancia de una exploración radiológica del riñón. Cree que existen posibilidades de que el tumor sea del bazo o de la cabeza del páncreas.

b) Doctor Majano: Se inclina por una peritonitis enquistada.

c) Doctor Gómez Márquez Girones: Recuerda la posibilidad de un absceso perinefrítico de evolución anterior y hace relación de un caso análogo observado por él recientemente,

d) Doctor Gómez Róbelo: Cree en la posibilidad de un absceso palúdico.

Al terminar la sesión, se discutió a cerca de la próxima apertura del Hogar Infantil.

"Consideraciones sobre el injerto de córnea. Experiencias en Honduras".

Tocó su turno al representante de la Asociación Médica Hondureña, Doctor Ramón Alcerro Castro, ocupando la atención por espacio de 30 minutos a la concurrencia con su interesante conferencia acerca de las "Consideraciones sobre el alcoholismo" que por su actualidad permanente lo publicaremos en el próximo número de ésta Revista. Ambos conferencistas fueron felicitados por sus magníficos trabajos. Para terminar éste significativo acto, el selecto y numeroso público que asistió, tuvo la oportunidad de ver dos interesantes películas sobre motivos médico-científicos, resantes películas sobre motivos médico-científicos.

Sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña, celebrada el día 6 de mayo de 1950

Se abrió la sesión a las 5 y 30 p. m., bajo la presencia del Doctor Juan Montoya, Tercer Vocal y actuaron en la Secretaría, los doctores Gómez Márquez Girones y Majano. Asistieron además los siguientes socios: Bulnes, Gómez Róbelo, Banegas, Reyes Soto, Mendoza y Bográn.

Se dio lectura al acta de la sesión anterior que fue aprobada sin modificaciones.

La Secretaría dio lectura a una invitación para el Tercer Congreso de Venereología, que iba a celebrarse en El Salvador. Se anunció que los consocios, Alcerro Castro h., Bendaña y Manuel Cáceres Vijil, asistirían al mismo.

Los doctores Bulnes, Banegas Gómez Márquez Girones y Majano, tomaron posesión de sus puestos y prestaron la promesa de ley correspondiente.

El Doctor José T. Mendoza, conferencista de turno, disertó sobre el tema "Observaciones a cerca de las etiología de las úlceras de la pierna". En el curso de su conferencia, el Doctor Mendoza, expuso las investigaciones llevadas por él a cabo durante varios años, con varios centenares de enfermos que presentaban úlceras de la pierna. Excluía de ellos, aquellos casos que presentaban una etiología clara, (sifilítica, micósica, etc.); sus estudios se dirigieron a aquellos que no tenían una causa manifiesta. Observó en ellos con mucha frecuencia, varias manifestaciones de trombosis de las venas profundas. Concluye, que en consecuencia, la gran mayoría de los casos de úlceras de la pierna sin etiología aparente, son debidas a la trombosis de las venas profundas de la pierna.

En el curso de la discusión de esta conferencia tomaron parte los siguientes colegas:

a) Doctor Gómez Márquez Girones: Para él es sumamente interesante el tema por tratarse de algo, con que tiene que tropezarse el médico a diario y por ser un problema para el mismo debi-

do a las dificultades poco menos que insuperables de orden terapéutico. Para él, sin embargo, aparecen algo confusos algunos de los puntos expuestos por el Doctor Mendoza y pide la aclaración correspondiente.

b) Doctor Mendoza: Explica que su diagnóstico de trombosis profunda, se basa en ciertos síntomas que presentaban los pacientes, como edema y dolor en el miembro, agregando además que nunca pudo hacer flebografías.

c) Doctor Gómez Róbelo: Expone su punto de vista a cerca de las úlceras de la pierna tan comunes entre nosotros.

d) Doctor Bulnes: Para él, la trombosis de las venas profundas no es sino un factor entre los muchos que hay que considerar en la etiología de las úlceras de la pierna.

e) Doctor Montoya: Se muestra parcialmente de acuerdo con el Doctor Mendoza, pero no cree que todos los casos de úlceras de la pierna llamados esenciales, pueden ser atribuibles a trombosis de las venas profundas.

f) Doctor Reyes Soto: Refiere su experiencia sobre el uso del Angioxil en el tratamiento de las úlceras.

g) Doctor Mendoza: Hace algunas consideraciones a cerca del resultado de la símpaticectomía en las úlceras de la pierna.

El Doctor Montoya presentó a la consideración de sus compañeros un interesante caso, que se ha presentado en su Servicio de Ginecología del Hospital General. Se trata de una señora, que, después de un parto normal, tuvo loquios fétidos, y metrorragias y poco tiempo después hizo su aparición una tumoración en el hipocondrio izquierdo, muy dolorosa que fiebre alta. Se encontró al examen ginecológico una cervicitis y en el examen general un tumor localizado en el hipocondrio izquierdo, sin conexión alguna con el hígado y que a la punción dio salida a un líquido purulento.

a) El Doctor Banegas hace un recuerdo de la anatomía topográfica de la región con el fin de hacer un diagnóstico diferencial. Recuerda la importancia de una exploración radiológica del riñón. Cree que existen posibilidades de que el tumor sea del bazo o de la cabeza del páncreas.

b) Doctor Majano: Se inclina por una peritonitis enquistada.

c) Doctor Gómez Márquez Girones: Recuerda la posibilidad de un absceso perinefrítico de evolución anterior y hace relación de un caso análogo observado por él recientemente.

d) Doctor Gómez Róbelo: Cree en la posibilidad de un absceso palúdico.

Al terminar la sesión, se discutió a cerca de la próxima apertura del Hogar Infantil.

INFORMACIONES

Información Médica Española Servicio de
la Academia ESCULAPIO Calle
Fuencarral, 113, MADRID 8-Mayo-1950.

SEGUNDO CONGRESO EUROPEO DE GASTROENTEROLOGIA. MADRID 3 AL 7 DE MAYO DE 1950

En el I Congreso Internacional de Asociaciones nacionales de Gastroenterología, celebrado en 1948 en Lausanne, se tomó el acuerdo de celebrar el II Congreso de esta especialidad en Madrid fijando como tema general a estudiar, el de las "Enfermedades de las vías biliares, excepto las litiasis y el cáncer".

El miércoles 3 del actual, se ha celebrado en Madrid la sesión inaugural presidida por el Ministro de la Gobernación y con asistencia de más de trescientos congresistas extranjeros y otros trescientos, de teda España.

La junta organizadora del Congreso estaba constituida por el doctor don Heliodoro G. Mogena, Presidente; Profesor Oliver Pascual, Vice-Presidente; Doctor Gutiérrez Arrese, Secretario General; Doctor Arias Velléjo, Vice-Secretario; Doctor Villalobos, Tesorero, y doctores González Bueno y Yagüe, Vocales.

La sesión de clausura ha tenido lugar el sábado 6, bajo la presidencia del Ministro de Educación Nacional, dándose a conocer la resolución de los Delegados de toda Europa, de celebrar el III Congreso, en 1952, en Italia, fijando como temas oficiales las enfermedades del páncreas y estreñimiento.

Los congresistas han sido obsequiados, con un vino de honor, al terminar la sesión inaugural; una recepción en el **Hotel Ritz** (por el Presidente del Congreso, Doctor Mogena; el Ayuntamiento invitó a los concurrentes, con una fiesta folklórica de danzas y bailes típicos españoles y una espléndida merienda, en el parque de El Retiro; la Diputación provincial de Madrid Los agasajó con una excursión a El Escorial, con una novillada en la que rejoneó un tero el duque de Pinohermoso y mataron dos novillos, **los** diestros Ortega y Bienvenida y una merienda en el Hotel Felipe II. El sábado 6 se celebró en el Palace Hotel, el Banquete de Gala y el domingo 7 efectuaron una excursión a Toledo para visitar el Alcázar, la Catedral y el antiguo Hospital Tavera.

La labor científica ha sido muy intensa, celebrándose siete sesiones. En las tres primeras se dio lectura de las ponencias oficiales cuyos temas y ponentes eran los siguientes:

"Fisiología de las vías biliares", por el Profesor Gregory, de Liverpool.

"Constitución de las bilis (jugo duodenal)", por el Profesor Henning, de Würzburg.

"Farmacología de las vías biliares", por el Doctor Revers, de Utrecht.

"Alteraciones bioquímicas del plasma en las enfermedades biliares", por el Profesor Jiménez Díaz y Doctor Castro Mendoza, de Madrid.

"Disquinesias biliares: Estudio clínico, fisíopatológico y radiomanométrico", por el Doctor Caroli, de París; "Diagnóstico clínico", por el Doctor Pavel, de Bucarest; "Tratamiento", por el Profesor Mallet-Guy, de Lyon y Profesor Odin, de Goteburgo.

"Colecistitis y colangitis no calculosas: Etiología", por el Doctor Kapp, de Basilea; "Clínica", por el Doctor Gallart Monés, de Barcelona; "Radiología", por el Profesor Santos, de Lisboa; "Anatomía patológica", por el Profesor Nicod, de Lausanne; "Tratamiento", por el Profesor Hernando, de Madrid y Doctor Douthwaite, de Londres.

"La importancia de la participación inflamatoria de las vías biliares en la ictericia catarral", por los Profesores Gasbarri y Soagi, de Bolonia.

"La enfermedad postcolecistectomía y su tratamiento", por el Profesor Boller, de Viena.

"Fístulas biliares", por el Profesor Demel, de Viena.

"Anomalías congénitas de las vías biliares", por los doctores Massion, Leonard y Votion, de Bruselas.

"Estenosis benignas adqueridas de las vías biliares", por los profesores Van Goidsenhoven y Appelmans, de Louvaina.

Como invitados se encargaron del estudio de: "La colangiografía operatoria" el profesor Mirizzi, de Córdoba (Argentina) y de "El sondeo duodenal", los doctores Benoechea y Velasco Suárez, de Buenos Aires.

Sobre temas relacionados con la ponencia oficial, se presentaron las siguientes comunicaciones:

Doctores Guy Albot, Poilleux y Libaude, de París. "Las formas de comienzo de las colecistitis no calculosas y su diagnóstico radiomanométrico".

Doctores Guy Albot, Sehlumberger y Dreslex, de París. "Datos patogénicos y bacteriológicos obtenidos del estudio de las formas iniciales de las colecistitis no calculosas".

Doctores Bunson y Chabrol, de París. "Los derechos de la clínica en la patología de las vías biliares".

Doctor Kapandji, de París. "La radiomanometría biliar transparietohepática preoperatoria".

Doctor Bernay, de Lyon. "Sobre la colecistitis no calculosa".

Doctor Buffard, de Lyon. "Farmocadinamía de la repleción vesicular".

Doctor Dubarry, de Burdeos. "Trastornos biliares de los hipertiroides".

Doctores Dubarry y Verin, de Burdeos. "Trastornos biliares de las ovariopatías".

Doctores Giraud y Buffart, de Lyon. "Las exclusiones vesiculares no litiasicas".

Doctor Guillet, de Lyon. "La replección vesicular".

Doctor Müller, de Saint Etienne. "Observaciones y reflexiones sobre los casos de ascaridiasis de las vías biliares".

Doctor Salambier, de Lille. "Fístula biliar con estenosis coledociana, fracaso de la operación de Walcker, prótesis con tubo de vitalio".

Profesor Alessandrini, de Roma. "Manifestaciones alérgicas de las vías biliares".

Doctor Baccaglini, de Verona. "La esfinterotomía transduodenal en el tratamiento de algunos síndromes dolorosos después de la colecistectomía".

Profesor Bonaides, de Roma. El componente psíquico de las disquinesias de las vías biliares".

Doctor Jacobelli, de Roma. "Sobre la colecistitis óddica".

Profesor Messini, de Roma. "La cura termal de Montecatini después de la colecistectomía".

Profesor Lange, de Utrecht. "La infección crónica de las vías biliares, por la brucellosis de Bang".

Doctor Paschoud, de Lausanne. "El enfriamiento quirúrgico abdominal y sus consecuencias".

Doctor Remouchamps, de Gante. "Tratamiento de la colecistitis tífica crónica por la cloromicetina".

Por su parte los especialistas españoles presentaron las siguientes comunicaciones:

Doctor Arias Vallejo, de Madrid: Colecistitis aguda tuberculosa. Colecistitis post-hepatitis infecciosa.

Doctor Arangüena, de Burgos: El reflejo de la pirámide anal en el diagnóstico de las obstrucciones de las vías biliares. Tratamiento de las disquinesias biliares. Tratamiento de las colecistitis no calculosas.

Dr. Calvo Melendro, de Soria: Quistes hidatídicos de hígado abiertos en vías biliares.

Dr. Casanova Seco, de Madrid: Sobre el tan discutido drenaje de Kehr (tuvo en T).

Doctor Chamorro, de Ciudad Real: Obstrucción del coléodo-co, por membranas hidatídicas.

Doctor Esteban Márquez, de Madrid: Colecistitis parasitarias.

Doctora Fernández de la Vega: Eficacia de las Aguas de Guitiriz (Lugo) en el tratamiento de las colecistopatias.

Doctor García Barón, de Santander: Un caso de extracción operatoria de fasciolas hepáticas del coléodo-co. Tratamiento de las vías biliares extrahepáticas heridas por arma de fuego. Lesiones operatorias de las vías biliares en la resección radical del ulcus duodenal.

Doctor García Moran, de Oviedo: Anastomosis biliodigestivas. Sus indicaciones.

Doctor González Galván, de Sevilla: Crenoterapia española de las enfermedades hepatobiliarias.

Dr. Galiacho, de Albacete: Nuestra experiencia en las colecistitis crónicas no calculosas.

Doctor Lloret Barber, de Barcelona: Colecistitis no calculosas. Fístulas biliares.

Doctor Morer Ramón, de ^Barcelona: Disquinesias cólicas y colecistopatia. Sondaje duodenal en las disquinesias vesicales. Anomalías congénitas de la vesícula biliar. Síndromes de postcolecitectomía.

Doctor Moxó Querí, de Barcelona: Importancia de los factores psíquicos en la génesis de las colecistopatías.

Doctor Ortega Spottorno, de Madrid: Sobrecarga por hemólisis, como prueba funcional hepática, en las colecistopatías.

Doctor Osuna Jiménez, de Granada: Colecistitis post-típica.

Doctor Pablos Abril, de Cáceres: Colecistitis de origen típico. Experiencia personal.

Doctor Pera, de Sevilla: Obstrucción del colédoco por pancreatitis crónica.

Doctores Reda y Perianes, de Madrid: Significación clínica y nosológica de las disquinesias biliares. Valor clínico y casuístico de las anomalías congénitas de las vías biliares.

Doctor Romero Callatayud, de Venecia: Un caso de vesícula de porcelana. La comida grasa como método de visualización de la vesícula biliar. Pseudocólicos iepáticos por hidatidosis. La llamada colecistitis por Tambias. La colecistitis alitiásica. Las dificultades del diagnóstico correcto de la denominada colecistitis crónica no litiásica.

Doctor Ruiz Martínez, de Vigo: "Colangitis y fiebre bilioséptica".

Doctor Ruiz Ruiz, de Madrid. Ileo biliar por áscaris lumbrioides.

Doctor Torres González, de Madrid: Estudio de la bilis en los trastornos funcionales orgánicos, no litiásicos de las vías biliares.

Doctor Vilaclara, de Barcelona: Colecistitis y diabetes. Problemas patogénicos que plantea su aparición simultánea.

Doctor Zamanillo, de Tarragona: El diagnóstico diferencial entre colecistopatia y ulcus duodenal, por las maniobras exploratorias.

Sobre tema libre fueron aportadas las siguientes comunicaciones.

Doctor Ackermann, de Lausanne: Dos casos de litiasis biliar.

Doctores Ackermann y Tecoz, de Lausanne: Algunas formas clínicas de gastroenteritis epidémicas.

Doctor Bernard, de Lille: Factores bioclínicos concernientes a la patología hepática.

Dr. Biava, de Roma: Colelitiasis asintomática.

Profesor Boller y Doctor Frank, de Viena: Diagnóstico radiológico y endoscópico de las enfermedades del estómago difíciles de descubrir.

Doctores Busson, Rachet y Arnous, de París: Interés de la técnica de las inyecciones intravenosas de prostigmina en radiología intestinal.

Doctores Dubarry, Rumeau y Duluc, de Burdeos: Diez y ocho meses de tratamiento de las úlceras digestivas por los extractos de mucosa gástrica o duodenal.

Doctor Gilbrin, de París: Equinooccosis alveolar.

Doctor Antico, de Ferrara: Un gran cálculo biliar emigrado al ciego con sintomatología dolorosa a la izquierda. Los aero-soles en las enfermedades del hígado.

Doctor Gozzoli, de Milán: Tratamiento de las úlceras gastroduodenales con extractos de mucosa gástrica y duodenal.

Doctor Gross, de Lausanne: Las duodenitis. Su importancia y su tratamiento.

Doctor Mazzarella, de Roma: La pequeña boca anastomótica en la gastroeyunostomía, después de resección gástrica.

Doctor Meier-Siem, de Hamburgo: Diagnóstico radiológico de la úlcera duodenal extrabulbar.

Doctor Schmid, de Viena: Los nuevos métodos de exploración de la mucosa del estómago.

Doctor J. FERNÁN PÉREZ ▼

Y ▼

Han ingresado a formar parte como socios activos de la Asociación Médica Hondureña los siguientes doctores: Napoleón Bográn, Octavio Vallecillo, Abraham Riera, Carlos Bendaña, Alejandro Zúniga y Rigoberto Alvarado; para todos ellos nuestro atento saludo y los mejores deseos porque sus actividades en ésta Asociación sean colmadas con el mayor de los éxitos.

Para la ciudad de Managua, Nicaragua, partió nuestro estimado consocio el Doctor Juan A. Mejía M., quien va investido del alto puesto de Embajador de Honduras ante el Gobierno de Nicaragua. La Asociación Médica Hondureña, despidió al Doctor Mejía con una cena fría servida en "La Casa del Médico" el pasado 10 de abril y le dio el nombramiento de Delegado al Consejo Directivo de la Zona Central de la Confederación Médica Panamericana. Con la ausencia del distinguido colega, la Asociación pierde temporalmente a uno de sus más activos e inteligentes colaboradores. Nuestros mejores deseos porque sus gestiones diplomáticas sean todo un éxito para honra del país y de ésta agrupación que tanto lo estima.

RESOLUCIONES APROBADAS POR EL III CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, CELEBRADO DEL 4 AL 7 DE MAYO DE 1950, EN LA CIUDAD DE SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

I

EL 1ERCEK CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA

ACUERDA:

Que en el futuro deberán entenderse comprendidos tácitamente por el adjetivo "centroamericano", todos los países del Istmo.

II

EL TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, vistas las conclusiones y recomendaciones presentadas por la COMISIÓN DE ASPECTOS SOCIALES, integrada por los doctores.

Ricardo J. Peralta, de El Salvador (Relator)

José Amador Guevara, de Panamá y

Guillermo Sámano, de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

ACUERDA:

RECOMENDAR A LOS GOBIERNOS DE CENTRO-AMÉRICA

- 1º Que deroguen cualquier disposición reglamentaria existente sobre prostitución.
- 2º Que eliminen de las oficinas sanitarias el control policial de la prostitución.
- 3º Que inicien gestiones a fin de elaborar con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, un plan de campaña de erradicación de las treponematosis humanas, dadas sus estrechas relaciones con la sífilis.
- 4º Que destinen dentro del presupuesto de Lucha Antivenérea, una suma no menor del 15% del mismo, para reforzar la educación sanitaria.
- 5º Que organicen, con la colaboración del Fondo de Socorro Internacional de Ayuda a la Infancia, de las Naciones Unidas, una intensa campaña de prevención de la sífilis adquirida "in útero".
- 6º El mejoramiento de la Estadística de Morbilidad y Mortalidad venéreas.

- 7⁹ Que destinen una suma no menor de \$ 5.000 o su equivalente en moneda nacional, para cubrir los gastos que haya de originar el Congreso de Venereología que en su oportunidad, se celebre en cada uno de estos países.
- 8⁹ Que destinen en sus presupuestos cantidades adecuadas para la campaña general contra las Enfermedades Venéreas, en relación con el problema que éstas constituyan. 9⁹ Que faciliten el intercambio del personal encargado de incrementar y mejorar la investigación y control de las Enfermedades Venéreas, a efecto de perfeccionar tal lucha en sus respectivos países.
- 10⁹ El cumplimiento de las recomendaciones, resoluciones y acuerdos aprobados en los tres Congresos Centroamericanos de Venereología celebrados hasta la fecha.
- II⁹ Recomendar al Cuerpo Médico de Centro-América, que no se extiendan certificados declarando a una meretriz exenta de Enfermedades Venéreas.
- 12⁹ Recomendar a las Oficinas de Sanidad que estimen la aplicación profiláctica prolongada de Penicilina a grupos de población seleccionados por su promiscuidad sexual, como una práctica todavía en su fase de investigación.

III

EL TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLÓGÍA, vistas las conclusiones y recomendaciones presentadas por la COMISIÓN DE DIAGNÓSTICO, integrada por los doctores:

Joaquín Zeledón, de Costa Rica
 Alberto Aguilar Rivas, de El Salvador (Relator) y
 Carlos Amaya, de Nicaragua,

ACUERDA:

- I⁹ Recomendar que se uniforme el criterio de diagnóstico en Sífilis Cardiovascular.
- 2⁹ Recomendar el estudio de la incidencia de la Sífilis Cardiovascular en todos los hospitales de Centro América, lo mismo que su mortalidad.
- 3⁹ Declarar que la Penicilina debe ser usada en el tratamiento de la Sífilis Cardiovascular, en virtud de que no presenta peligro alguno.
- 1^o En vista de que en la actualidad algunos Departamentos de Sanidad y Médicos en su trabajo privado basan el diagnóstico de sífilis únicamente en los resultados serológicos: a)
 Recomendar que el criterio para formar diagnóstico se base en el estudio completo del caso y no sólo en el examen serológico;

(Continuará)

Apuntes de Patología Médica para Enfermeras

Por el Dr. MARTIN A. BULNES B.

LECCIÓN I G E N E R A L I D A D E S

Definición

Puede decirse que la patología médica es la ciencia que se ocupa de los cuadros morbosos especiales, en otras palabras, **de** las enfermedades; a diferencia de la clínica médica, que se ocupa del enfermo individualmente considerado. La patología médica describe los cuadros morbosos típicos, estudiando sus causas, patogenia, modo de reconocerlas y tratarlas, como entidades aisladas, con personalidad propia y distintas una de otra. Se ocupa de la enfermedad y no del enfermo.

Para comprender la naturaleza de la patología médica, es necesario recordar que el concepto que le da fundamento y justifica plenamente su existencia como ciencia, es que si bien no se refiere a un determinado enfermo, de neumonía, por ejemplo, sí se refiere a todos los enfermos de neumonía, es decir, a la entidad mórbida, como enfermedad, no de una persona determinada, sino como enfermedad de la especie humana. Este carácter de universalidad es precisamente lo que da a nuestra materia su carácter científico.

Antes de entrar en materia con los temas de nuestro programa, creo de importancia capital explicar algunos principios generales para la mejor comprensión de aquellos.

Salud y Enfermedad

Llámase salud al estado individual que resulta de la integridad y normal funcionamiento de los órganos y aparatos, dependientes a su vez de la integridad celular. Ella se manifiesta por una sensación de euforia o de bienestar que evidentemente experimenta el sujeto sano. En cambio, la enfermedad está caracterizada por el estado opuesto a la salud, o sea la alteración más o menos grave de las funciones de un órgano o de un conjunto de órganos.

Enfermedad y Afección

En relación a este particular debemos establecer una diferencia entre dos términos que se emplean frecuentemente como

sinónimos: enfermedad y afección. La enfermedad es el estado individual que resulta de cualquier alteración anatómica o fisiopatológica de sus órganos, o en otros términos: "Es el estado mórbido considerado en su evolución desde la causa que lo produce hasta sus últimas consecuencias".

En cambio, la afección es sólo un efecto de la enfermedad, una de sus formas, una de sus Localizaciones. Es el proceso mórbido que sólo se considera en sus manifestaciones actuales, haciendo abstracciones de la causa que lo produce. Por ejemplo: el reumatismo poliarticular, agudo o crónico, es una enfermedad y la endocarditis que puede producir es una afección.

Lo que mantiene en la práctica la confusión frecuente entre afección y enfermedad, es que ciertas afecciones, antes de que la causa se haya descubierto, han parecido constituir verdaderas enfermedades; de tal manera que parecían diferir entre sí. La distinción de las enfermedades y de las afecciones tiene, pues, un interés teórico; pero debemos reconocer que es de poca utilidad práctica y, en realidad, muy a menudo es descuidada en el lenguaje médico usual.

Evolución do las Enfermedades

Las enfermedades pueden tener una duración breve o larga; pueden terminar por la curación o, por la muerte; el curso puede ser regular o irregular; pueden tomar formas diversas; en su curso pueden presentarse complicaciones; pueden dejar huellas persistentes; pueden asociarse entre sí; pueden recidivar. Atendiendo a su duración, las enfermedades se dividen en la forma siguiente:

Enfermedades Agudas

Las enfermedades agudas, son relativamente cortas, duran algunos días, algunas semanas cuando más; ejemplo: la disentería, la tifoidea, etc.

Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas duran, cuando menos, algunos meses y a veces varios años, ejemplo: la tuberculosis, la lepra, el cáncer. Pero entre éstos dos grupos hay lugar para un grupo intermedio, el de las enfermedades subagudas.

Enfermedades subagudas

Se denominan así, a las enfermedades o más bien las formas de enfermedades que sólo duran algunos días y ofrecen una intensidad particular. Ciertas enfermedades se califican hasta de Fulminantes cuando aparecen bruscamente y matan en algunas horas.

Existen enfermedades que al principio son locales como el **Chancro sifilítico**, y luego se generalizan en todo el organismo como sucede en las sifílides papulosas del período secundario de la sifilis. Todas estas divisiones nada tienen de absoluto, pero proporcionan expresiones más cómodas que bastan para dar una idea de la manera seguida por la enfermedad.

La evolución de las enfermedades depende de dos órdenes de condiciones: unas se relacionan con la causa patógena, otras con el organismo sobre el cual obran. Así, se puede ver sucumbir por la tuberculosis aguda generalizada, en la forma llamada **graulia**, sujetos que no parecían tuberculosos, no solamente en los pulmones, afectos ya de lesiones crónicas, sino también en las serosas. En semejante caso, las cualidades del agente patógeno, es decir, al **Bacilo de Koch**, según sea más o menos abundante, más o menos virulento, desempeñan sin duda un papel en la forma y en la marcha de la enfermedad; pero lo que tiene mayor influencia son las cualidades propias del organismo, el grado de resistencia que ofrece, según esté o no debilitado por taras anteriores, alcoholismo, diabetes, etc., por una alimentación deficiente (avitaminosis). La manera cómo obra su intensidad, la duración o repetición de sus afectos, intervienen a menudo, de un modo predominante, en la evolución morbosa. La dosis de virus o veneno, por ejemplo, según sea mayor o menor, producirá efectos diferentes. Una dosis débil de estreptococos inoculada al conejo, sólo produce lesiones locales; una dosis elevada, la infección general. El alcohol, produce a dosis única y suficiente los trastornos agudos de la embriaguez, y a dosis menores, pero repetidas, las manifestaciones crónicas del alcoholismo, ocasionando accidentes agudos, como el **Delirium Tremens**. Igualmente la morfina, que a dosis única provoca el sueño, en cambio, a dosis repetidas produce los diferentes trastornos que caracterizan la intoxicación crónica y la **Morfinomanía**.

FASES DE LA EVOLUCIÓN MORBOSA

Ciclos morbosos

Con relación a la evolución general se pueden distinguir dos grupos de enfermedades: cíclicas o acíclicas.

Son enfermedades cíclicas todas aquellas que tienen una evolución fija y períodos circunscritos con caracteres determinados: tifoidea. En cambio, son enfermedades acíclicas, aquellas que no tienen período ni evolución fijos y que no se sabe si su duración será prolongada o no. Las enfermedades acíclicas son principalmente crónicas. Unas son así desde el primer momento; otras son agudas al principio y luego pasan al estado crónico. La tuberculosis es el tipo de estas enfermedades acíclicas, cuya larga evolución puede ser accidentada por brotes agudos y períodos de calma que hacen el curso completamente irregular,

Principio de la Enfermedad

No siempre es fácil precisar con exactitud el principio de la enfermedad. Es indudable que un traumatismo al herir brutalmente a un individuo sano crea inmediatamente un estado de enfermedad. Pero también se observa la aparición de enfermedades de un modo sorprendentemente súbito y en las cuales el individuo pasa bruscamente del estado de salud que parece perfecta al de enfermedad bien caracterizada. La dificultad estriba en que frecuentemente se toma como principio real de la enfermedad el principio aparente. El ejemplo siguiente puntualizará mejor el concepto: Un sujeto que bruscamente, en estado de salud, es atacado de dolor dilacerante en el epigastrio y el hipocondrio derecho: ésto es el principio de un cólico hepático producido por la migración de un cálculo biliar por el conducto colédoco; pero lo que comienza con esta prontitud dramática es solamente el accidente del cólico; la enfermedad es la **Litiasis Biliar** productora del cálculo, y esta enfermedad data a menudo de varios años, aunque no se haya revelado hasta aquel momento por ningún signo aparente. De lo expuesto fácil es deducir que la enfermedad real está constituida por la litiasis biliar, en cambio, la enfermedad aparente está representada por el cólico hepático.

Incubación

Lo que acabamos de decir acerca del principio aparente y del real demuestra que habitualmente transcurre algún tiempo entre el momento en que la causa patógena comienza a producir su acción sobre el organismo y aquel en el cual la reacción morbosa se manifiesta por trastornos apreciables. A este período en el que el organismo parece "empollar la enfermedad" se le designa con el nombre de incubación.

En las enfermedades infecciosas, en **las** cuales se aplica más particularmente este término, el período de incubación se extiende desde el momento en que el germe patógeno se ha implantado en el organismo en ocasión de un contacto infectante, hasta aquel en que se manifiestan los primeros indicios de la enfermedad. En este período, los microbios depositados en el organismo se han multiplicado; han penetrado en la intimidad del organismo, es decir, en sus tejidos y sus humores; han engendrado en estos, un foco de infección local, o una infección general de la sangre; han segregado toxinas en cantidad suficiente para envenenar al organismo.

Invasión

Al período de incubación sucede el período de invasión o principio de la enfermedad. Se designa con el nombre de **Prodromos** los primeros signos que preceden a la enfermedad. En los

procesos agudos estos trastornos son generalmente poco característicos; pero los más comunes son: dolor de cabeza, laxitud, bostezos, insomnio, diarrea, desvanecimientos, zumbidos de oídos, pálidez de la cara, pequeñas hemorragias.

Aunque vagos e inciertos por lo general, hay síntomas prodrómicos que corresponden más especialmente a ciertas enfermedades: así, por ejemplo, el lagrimeo y el estornudo preceden casi siempre a la coriza o al sarampión. En la fiebre tifoidea, estos prodrómicos consisten en dolor de cabeza, dolores musculares, astenia, insomnio, hemorragia nasal, fiebre progresivamente creciente. En las enfermedades crónicas, la invasión es gradual y es difícil determinar el límite entre la incubación, por una parte, y el período de enfermedad característico, por otra.

Feriado de Estado

El período de estado o de enfermedad confirmada que sigue a la invasión tiene por caracteres todo el conjunto de signos de la enfermedad, es decir, la reacción morbosa en su grado perfecto. En cierto modo la enfermedad está en su "Fase llena".

Período de Declinación

En el curso regular de una enfermedad el período de declinación sigue al de estado. Para las enfermedades febres consiste en la defervescencia, es decir, el descenso de la temperatura a su grado normal. Esta puede ocurrir de dos maneras: por lisis o por crisis.

La terminación por lisis tiene lugar cuando los síntomas de la enfermedad van descendiendo uno por uno, cuando la fiebre decrece poco a poco, hasta llegar a la normal; tal sucede en la fiebre tifoidea. La terminación por crisis, se efectúa cuando los síntomas y la fiebre desaparecen de una manera brusca y rápida. Algunas veces estos descensos son muy graves, como puede suceder en la neumonía; la enfermedad hace crisis y entonces se produce shock, desapareciendo los síntomas de improviso, lo cual a veces ocasiona el colapso. De aquí que en la neumonía, se atienda más al corazón que al pulmón.

Convalecencia

La curación es completa cuando el organismo ha llegado a recobrar su integridad fisiológica; de consiguiente, el período de convalecencia, es considerado por algunos autores como un estado intermedio entre la Salud y la Enfermedad, debe comprenderse en el cuadro que caracteriza la evolución curativa de los estados morbosos.

El retorno a la salud se hace progresivamente porque los desórdenes anatómicos y funcionales se van normalizando poco a

poco; la temperatura desciende lentamente, las fuerzas se van restituyendo. El apetito reaparece, e indica la necesidad que experimenta el organismo de reparar las pérdidas sufridas durante la enfermedad. La curación de una enfermedad es completa cuando el organismo retorna a las condiciones fisiológicas.

APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

Introducción al estudio de la Patología médica, Dr. Brandan. Elementos de patología General, Doctor Achard. Introducción al estudio de la medicina, Doctor G. H. Roger. Elementos de Anatomía, Fisiología e Higiene, Doctor Aspuro España. Medicina interna, Doctor A. Von Damarus. Patología General, Doctores Lusting y Galeotti.