

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Humberto Díaz

REDACTORES:

Dr. Antonio Vidal

Dr. Ricardo D. Alduvín

Dr. Salvador Paredes

ADMINISTRADOR: Dr.

Miguel A. Sánchez

Año III | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Septiembre de 1933 I No. 35

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

En el número anterior de esta revista dimos a conocer gráficamente a nuestros lectores, los notables progresos realizados por el dinamismo del Dr. Alduvín en nuestra Escuela de Medicina. Con un entusiasmo, con un optimismo y una energía dignos de todo encomio él ha logrado ya ofrecer a la juventud nuestra, un considerable campo de experimentación que por tantos lustros ha estado haciendo falta aquí en Honduras; ha conseguido sustituir en gran parte, los procedimientos abstractos, teóricos y por consiguiente antipedagógicos a los cuales ha estado subordinada nuestra Escuela, por algo que significa una enseñanza experimental, una enseñanza objetiva, que tendrá que dar indudablemente, una preparación científica más sólida a los futuros profesionales.

Esto en nuestro concepto, es uno de tantos modos de hacer patria, y si todos los hondureños poseídos de las ejecutorias necesarias en los diversos aspectos de la actividad humana y con la oportunidad de desempeñar un puesto importante en el engranaje administrativo del país, siguieran el ejemplo del Dr. Alduvín, no estaríamos tantos años atrás del minuto que viven los pueblos civilizados, y en ciento doce años de nuestra decantada vida independiente, quizás estuviésemos cosechando ya los opimos frutos de una labor altamente patriótica y altamente constructiva.

La Asociación Médica Hondureña, debemos declararlo para ser justos, ha auspiciado decididamente los nobles entusiasmos del Dr. Alduvín; del seno de esa noble agrupación han salido espontáneas voces de aliento, de aplauso y simpatía ofreciéndole a él, de esa manera, un precioso respaldo moral.

Dos Notas sobre Patología del Intestino

Por el Dr. Antonio VIDAL

SPEROQUETOSIS INTESTINAL

Se debe reservar el nombre de Spiroquetosis intestinal a la infección debida a los protozoarios spirilados, siendo el término de spirilosis intestinal aplicado en el caso de infección por bacterias onduladas.

Escherich en 1884 encontró spirilos en deyecciones de coléricos. — Kowalski (1893) hizo notar su frecuencia, Le Dantec (1900) individualiza la disentería spirilada.

Pecker (París 1920) y Delmare 1924 han publicado muy importantes trabajos a este respecto. — (Anales de Medicina).

Etiología. — El agente infeccioso más ordinariamente encontrado es la Spironema eurygyrata (Werner,) más o menos vecina de la spironema Vincenti. — Se encuentra también el Treponema Stenogyratum (Werner) muy vecino del Treponemo don-tium.

Numerosas son las Spiroquetosis intestinales observadas en el curso de las Anginas de Vin-

cent.

De hecho el número de parásitos crece con la intensidad de las colitis. — El terreno juega un papel de primer orden.

Syndromas clínicos. — Las Spiroquetosis pueden encontrarse en sujetos normales, o presentarse en los estados mórbidos extremadamente diversos.

Existen spiroquetosis en el curso de los estados sépticémicos; pero más comúnmente en los casos de colitis ó enterocolitis.

Cuando la spiroquetosis se encuentra asociada a gérmenes específicos, pasa en general a segundo plano, tal sucede en la fiebre tifoidea y en el cólera.

La sociación de la Spironema eurygyrata y de la Entameba disenterica es observada muy a menudo. Esta asociación es tan frecuente que se ha querido ver en la llamada disentería spirilar de Le-Dantec, una amibiasis insospechada. En todo caso las spirilas son factores de agravación.

En ciertos casos las Spiroque-

En el presente número tenemos el gusto de ofrecer a nuestros lectores otra serie de fotograbados, por los cuales se podrán apreciar varios aspectos más de las mejoras introducidas en nuestra Escuela, y de las que no dudamos la juventud estudiosa, sabrá aprovecharse debidamente por el bien de ella y por el bien de Honduras.

Sirvan estas cortas líneas para enviar un nuevo aplauso al Dr. Alduin y exhortarlo en nombre de la patria a que, al ocupar de nuevo el Decanato de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, continúe esa obra meritoria que ha empezado a desarrollar con tanto éxito.

tas se muestran asociadas a gérmenes banales ó nó: el bacilo fusiforme (sobre todos en el curso de la angina de Vincent), lamblias, flajelados diversos, levaduras.

Al punto de vista clínico, los spiroquetos pueden observarse en toda enterocolitis desde la más benigna hasta la más grave.

La infección por spiroquetos puede ser por otra parte esporádica, familiar y epidémica.

En el caso de spiroquetosis crónica puede observarse que las heces son putrefactas, conteniendo de cuatro a ocho por ciento de amoniaco, en lugar de dos a cuatro cifra normal.

El examen coprológico revela además una insuficiencia gástrica ó gastro-pancreático. — Esta diarrea crónica puede presentar mejorías espontáneas y recaídas, y particularmente rebelde.

Cuando el análisis acusa colitis derecha, la infección a spiro-

quetos se muestra a menudo más grave que en las putrefacciones a izquierda.

Diagnóstico. — Es necesario sospechar siempre spiroquetosis intestinal en todo caso de diarrea monótona y rebelde.

Tratamientos. — Es absolutamente inútil ensayar tal o cual medicina recomendada para esta clase de diarrea, pues existe una medicina específica: el arsénico, bajo la forma de Stovarsol ó Treparsol.

Estas drogas se administran a dosis cotidianas de 0.25 a 0.75 (uno a tres comprimidos por día) según la intensidad del Síndrome, llegando a una dosis total de cinco a diez gramos.

La acción de estos medicamentos es eficaz en gran número de colitis, no presentando al examen elementos figurados, y deberá darse siempre que se ha fracasado con otros medicamentos.

Diagnóstico entre la disentería bacilar y la amibiana

DISENTERIA BACILAR

Enfermedad aguda con tendencia a extensión epidémica.

Período de incubación corto, **siete** días ó menos.

Aparición aguda.

Pirexia común.

Curso en días ó semanas.

Complicaciones: ningún síntoma hepático; poliartritis frecuente.

Muerte debida a:

a) Agotamiento.

b) Toxemia.

Signos: dolor generalizado a todo el ebdomen, más marcado en la flexura sigmoide.

Tenesmo muy intenso.

Patología: necrosis difusa aguda de la membrana mucosa del intestino grueso debido a toxinas del bacilo disentérico.

Úlceras: Cuando existen, en los bordes libres de los pliegues transversos de la membrana mucosa y distribuidas transversalmente al eje mayor del intestino.

De contorno serpiginoso **con** bordes desprendidos que comunican a menudo con úlceras vecinas; la base consiste en tejido de granulación.

Membrana mucosa hiperemiada. — Rara vez perforada. — No hay engrasamiento compensatorio de la pared intestinal.

Deposiciones: escasas, numerosas, de color rojo de sangre, gelatinosas, de moco viscoso, inodoras, semejantes a jalea roja.

Examen microscópico: células rojas numerosas, numerosas polimorfonucleares con núcleos anulares. — Las células macrófagas pueden ser numerosas. — Pocos microorganismos visibles.

DICENTERIA AMIABIANA

Enfermedades crónica endémica.

Período de incubación largo, 20-90 días por lo menos, a veces más.

Aparición insidiosa.

Pirexia rara, a no ser que haya complicaciones.

Curso ordinariamente prolongado.

Complicaciones: hepatitis, abscesos del hígado, más raramente en otros órganos.

Muerte debida a):

- a) Agotamiento.
- b) Perforación.
- c) Hemorragia.
- d) Abscesos hepáticos.

Signos: dolor local y engrasamiento, más marcado en la flexura sigmoide, colón transversal y ciego.

Tenesmo no acentuado.

Patología: lesiones locales limitadas solamente al intestino grueso, debidas a las úlceras características.

"Úlceras: comienzan como pequeños abscesos de la submucosa, distribuidas en el eje mayor del intestino.

De forma oval, de contornos regulares, en forma de ampolla a sección, comprendiendo todas las capas; la base está formada de esfacelo necrótico, negro, adherente.

La perforación no es rara; engrosamiento compensatorio de la pared intestinal. — Membrana mucosa en los intervalos no alterada.

Deposiciones: excrementos mezclados con sangre y moco, semejante a salsa de anchoas. — Muy fétidas, oliendo a sangre descompuesta; copiosas generalmente.

Examen microscópico: células rojas numerosas y en masas, células polimorfonucleadas muy alteradas, a menudo con los núcleos desprendidos. — Células macrófagas escasas; numerosos bacilos móviles, Entamoeba histolítica generalmente con corpúsculos rojos englobados. — Cristales de Charcot — Leyden comunes.