

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Doctor Manuel Larlos

Doctor Manuel Cáceres Vijil

Doctor José R. Burón

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Doctor Humberto Díaz

Doctor Henry D. Guilbert

Año V | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Mayo de 1935 | N° 55

Las Bodas de Oro profesionales del Dr. Miguel Paz Baraona

Motivo de viva complacencia es para la Asociación Médica Hondureña celebrar llena de -júbilo intenso el día 8 de mayo, 50 aniversario de haber recibido don Miguel Paz Baraona la investidura de Médico-Cirujano en la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, en 1885.

Honrando a los justos nos honramos a nosotros mismos, reza el viejo proverbio; nada más adecuado para el caso actual.. Se trata de colocar en el sitio que sus merecimientos han conquistado en cincuenta años de una labor honrada, digna, solícita y plena de una ilustración, competencia y desinterés incomparables, a un hombre humilde que desde la cuna, en la obscura aldea de Pinalejo en Santa Bárbara, hasta las alturas del Solio Presidencial, ha recorrido con resplandores inigualados marcando los moldes, abriendo los surcos donde las generaciones actuales y venideras deberán caminar si quieren alcanzar su gloria y la de Honduras.

Médico de quilates sin cuento, adquiridos en las rudas faenas del estudio, en las lejanas épocas de su mocedad, aumentados y afirmados con los frutos de la experiencia y de continuos y prolongados viajes por Europa y Estados Unidos, el Dr. Paz Baraona es el más alto exponente de la cultura médica del país, porque a los conocimientos de la ciencia de entonces une los presentes gracias a la perenne lectura de los últimos adelantos de la medicina..

Colmado de afectos y de respeto fue llamado un día por el pueblo hondureño a ocupar la Presidencia de la República.. Y entonces aquel hombre nominado por los adversarios 'despectivamen-

te médico de pueblo, demostró con obras inmarcesibles que en su cerebro y en su alma habla algo más que la medicina y caridad, habla el recio espíritu de un grande hombre pletórico de valor, de talento y de justicia.

Un exquisito y excelente diplomático mejicano, psicólogo por naturaleza y por estudios profundos en todas las partes del globo, me decía en cierta ocasión a propósito del Dr. Paz Baraona: pocos hombres he conocido de semejante estructura y como mandatario, ninguno. Resumía aquel amigo en esas palabras toda su admiración por nuestro compatriota sintiéndose orgulloso de contarle entre los de la Rasa, y del Continente Americano.

Con el calificativo de Padre de la Democracia bajó las gradas de la Presidencia cuando entregó el mando al legítimo sucesor después de unas elecciones que hicieron época en la Historia del país.

Socio Honorario de nuestra Asociación desde el momento de su creación, ha aportado con el prestigio de su nombre y buenos consejos, magníficos servicios.

Ministro Plenipotenciario actualmente en Wasningto7i y Delegado a las Conferencias de Montevideo el año pasado, el Dr. Paz Baraona es el representante genuino del sentir nacional y de la hidalguía de este pueblo heroico.

Por tantas razones, nuestra agrupación acordó enviar el homenaje que aparece en otra página y dedicar el presente número ae la Revista a la figura gloriosa del Procer Dr. don Miguel Paz Baraona.

S. PAREDES P.

EL DR. MIGUEL PAZ BARAONA

Dos características perfectamente delineadas ofrece la personalidad del Doctor Miguel Paz Baraona: la del Médico y la del Ciudadano.

Hace hoy precisamente cincuenta años que el Doctor Paz Baraona entró a la vida profesional; con tal motivo, nosotros, que tantas y tan sabias enseñanzas hemos recibido de él, queremos consagrar un recuer-

do al Maestro, en frases saturadas de cariño, de gratitud y de admiración.

Coronados sus estudios en la Facultad de Medicina de Guatemala y deseoso de ampliar sus conocimientos para servir mejor sus ideales de hombre y de profesional, pasó a lEuropa, recibiendo cursos de perfeccionamiento en París y Londres; en la capital de Francia, a donde



DR, MIGUEL PAZ BARAONA

*JSx-Presidente de la República de Honduras — de 1925 a 1929.
Actual Ministro Plenipotenciario en Washington — desde 1933
Socio Honorario de la Asociación Médica Hondurena —
desde su fundación en 1929.*

ha estado varias veces en vía de estudio, visitando aulas, clínicas y hospitales, conoció y mantuvo contacto con Alcarrán, Farabeuf, Dieulafoy, Widal y otros gloriosos Maestros de la escuela francesa; convivió en aquella Facultad con varios de los médicos que han sido figuras prominentes de la medicina en diversas partes del mundo y que estuvieron en París aumentando el caudal de sus conocimientos. En el Instituto de Enfermedades Tropicales de Londres, hizo estudios muy extensos, tanto de laboratorio como de clínica y terapéutica, gracias a la facilidad que ofrecían los hospitales coloniales, continuamente llenos de enfermos traídos de las posesiones inglesas ubicadas en el trópico. En América ha visitado varias veces las clínicas y hospitales de New York y New Orleans. Su dominio sobre los idiomas inglés y francés lo han mantenido siempre en contacto con las escuelas inglesa, francesa y americana. En su biblioteca profesional, la más extensa que hemos conocido en Honduras, además de las publicaciones periódicas, figuran un número considerable de obras médicas que contienen desde las clásicas y nunca superadas lecciones de Trousseau, de Patriek Mansson, hasta las obras modernas que encierran los últimos adelantos de la medicina; figuran también entre sus libros predilectos, voluminosos textos de Historia, especialmente de Historia de Francia, de Sociología, de Filosofía y de Moral, pues el Doctor Paz Baraona, no solamente se ha cul-

tivado como iMédico, sino también como humano, asimilando todo conocimiento o toda idea que él aprecia necesaria para llenar cumplidamente su misión de profesional y de ciudadano hondureño.

En sus diversos viajes de estudios, ha hecho cursos especiales de Urología, Ginecología Médica, Obstetricia, Pediatría, Bacteriología, Enfermedades del Trópico, Oftalmología y Dermatología.

Su radio profesional ha comprendido los departamentos de Cortés y Santa Bárbara, en los cuales ha mantenido sus actividades por espacio de unos cuarenta y cinco años. Fue el primero que en estos lugares aplicó el microscopio al estudio de la flora parasitaria del intestino, llegando a caracterizar con precisión las lesiones determinadas por estos agentes. Siempre han sido notorios sus empeños por establecer un laboratorio bacteriológico para el estudio de la sangre en ciertos estados infecciosos comunes en estas zonas, a muchos de los cuales les atribuye una patogenia de origen intestinal, propiciada por los traumatismos que determinan los parásitos en la mucosa intestinal. Ha sido también el primero en caracterizar diversos estados patológicos como el Spru, que se presentan en algunas localidades de los citados departamentos y que han pasado desapercibidas para los demás médicos.

La Clínica Médica es su fuerte; sus variados conocimientos y una experiencia profesional raras veces igualada, le dan una

precisión en el diagnóstico, que en ocasiones parece que estuviera auxiliado por especiales fuerzas intuitivas. Sus conocimientos terapéuticos, tan variados como minuciosos, que en tantas ocasiones aplica con no igualada paciencia, le han valido éxitos sorprendentes. Nadie como él en Honduras posee *ex forma* tan perfecta las tres cualidades que caracterizan a un verdadero Médico: ciencia, paciencia y experiencia.

Dos altos principios norman en la práctica de la vida profesional del Doctor Paz Baraona; el primero: "el Médico no es más que un simple ayudante de la naturaleza"; y el segundo: "Primum non nocere." De acuerdo con ellos, sus métodos de tratamiento se fundamentan en el reclamo orgánico, operando siempre dentro del margen disponible de tolerancia hacia los agentes medicamentosos. Los tratamientos incendiarios, los procedimientos drásticos, los ensayos aventurados de agentes no probados definitivamente, no entran en manera alguna en su caudal terapéutico. Es un Médico que libra concienzudamente su batalla con armas de seguridad, y si la pierde queda satisfecho de no haber favorecido los avances del estado morbo, restando o inhibiendo las defensas naturales con procedimientos de violencia o recursos terapéuticos de dudosa eficacia. Sus prescripciones tienen la sencillez que imponen en sus fórmulas los Maestros consagrados, sin desatender el uso de los agentes de la naturaleza, eficaces, seguros y siempre in-

ofensivos. Devoto del arte de formular, no repudia los patentados, pero los usa, a base del exacto conocimiento de sus componentes, con mano segura y precisa.

En los lugares en donde ha ejercido su profesión, el Doctor Paz ha sido el Maestro de consulta en todos los casos delicados; y los que hemos tenido el honor y la satisfacción de considerarnos sus discípulos, olmos con devoción sus doctos consejos, frecuentemente ilustrados con citas de casos semejantes que han recibido su atención y sus cuidados; tolerante, discreto y benévolo, nunca trata de imponer un diagnóstico o un tratamiento; se concreta a emitir su opinión reservadamente ante el colega, en forma culta, generosa y paternal, tratando siempre de justificar la actuación del colega de cabecera ante el paciente.

A pesar de sus indiscutibles capacidades clínicas, de su ilimitada paciencia y de su incansable dedicación al ejercicio de la medicina, el Doctor Paz no ha derivado ni grandes ni pequeños beneficios económicos de su trabajo profesional. Es notoria su predilección por atender a las clases pobres, suministrándoles corrientemente la medicina, contribuyendo en muchas ocasiones hasta para el sustento de los enfermos, ha sido un Médico muy humano, desprendido hasta de sus propias comodidades, un filantrópico de cuerpo entero, para quien tiene mayor mérito el reconocimiento de la gratitud de sus semejantes a quienes tantas veces ha

quincuagésimo aniversario de mi investidura de Médico y Cirujano, se ha servido enviarme, nítidamente impresa, por el digno medio de Uds.

Aprecio, en todo lo que vale, tan cumplida muestra de simpatía y al dirigir a los distinguidos colegas de la Asociación Médica Hondureña la expresión de mi sincero agradecimiento, me es grato formular los mejores votos por el éxito de tan importante Sociedad y por el bienestar personal de cada uno de sus estimables miembros.

Con el testimonio de mi aprecio, soy de Uds., estimados colegas, atento servidor y amigo,

M. PAZ BARAONA.

Las sombras en radiografía urinaria

Todo médico general está obligado a interpretar siquiera las lesiones gruesas urinarias mostradas por la radiografía, actualmente indispensable en el diagnóstico de muchas enfermedades del aparato urinario; la litiasis calculosa en primer término. Pero no debe creerse que este solo examen sea suficiente para sentar con absoluta certeza el diagnóstico; en repetidas ocasiones sombras de difícil interpretación no serán calificadas como cálculos sino por el estudio concienzudo de los diversos síntomas por separado y en sus íntimas relaciones. Familiarizarse con la situación anatómica de los riñones, uréteres, vejiga y con el aspecto de los cálculos para distinguirlos, de las falsas sombras es nuestro deber.

Toda radiografía urinaria debe ordenarse sobre todo el aparato urinario siempre. El dolor de un riñón o de la vejiga no significa que ellos sean los enfermos, con frecuencia los

cálculos se encuentran en el lado opuesto; otras veces un cálculo del basinete de un lado coexiste con uno del parenquima renal del lado opuesto; un cálculo de la vejiga coexiste con cálculos renales. Radiografiar siempre la totalidad de las vías urinarias. En los hospitales se acostumbra hacer una gran placa que va desde la extremidad superior de la casilla renal hasta la base de la vejiga, pero no es lo mejor; el ideal es radiografiar el aparato urinario segmento por segmento: dos clichés para los dos riñones, dos para los dos uréteres y un quinto para la vejiga y uréteres pélvicos tomados con un localizador representado por un cono compresor interpuesto entre la ampolla y el enfermo por cuyo interior pasa el haz de rayos que va impresionar el film.

La porción donde va a tomarse la radiografía debe ser inmobilizada y comprimida, la primera adalgaza y la segunda impide las imágenes veladas; am-

librado del dolor y de la muerte, La "Asociación Médica Sampedrana" en su sesión del 6 de enero y en atención a los altos méritos del colega ilustre, acordó nombrarle su Presidente Honorario.

Vayan para el querido y admirado Maestro estas humildes

frases justicieras que deseáramos mantener perennemente encendidas en devoción, como una antorcha de gratitud,

P. CENTENO,

San Pedro Sula,
8 de mayo de 1935.

La Asociación Médica Hondureña

rinde al Dr. don Miguel Paz Barahona, socio honorario, con motivo de cumplirse hoy el 50 aniversario de su investidura de Médico y Cirujano, homenaje de admiración, simpatía y afecto, a que es acreedor por los relevantes méritos en los campos de la medicina y la vida ciudadana.

Tegucigalpa, 8 de mayo de 1935.

S. PAREDES P.
Presidente.

HUMBERTO DIAZ,
Secretario.

G. R. AGUILAR,
Secretario.

Respuesta del Dr. Paz Baraona

Legación de Honduras,
Washington, D. C.

Mayo 8 de 1935.

Señores Doctores

«S. Paredes P., Humberto Diaz y G. R. Aguilar,
Presidente y Secretarios, respectivamente de la
Asociación Médica Hondureña, Tegucigalpa,
República de Honduras.

Muy estimados señores y amigos:

Honda satisfacción he experimentado al recibir de la Asociación Médica Hondureña la atenta felicitación que, con motivo del

bas se consiguen con el Potter-Bucky.

El enfermo debe ser preparado convenientemente: la víspera un purgante de 15 gr. de aceite de ricino y un lavado rectal el propio día.

Métodos especiales se usarán a veces como la colocación de una sonda opaca en el uréter, la radiografía de perfil, la insuflación perirenal de Carelli.

Se considera una radiografía urinaria como buena cuando se distingue claramente la 11 y la 12 costillas, las vértebras y los límites óseos de la pelvis; la sombra triangular, de borde externo que proyecta el psoas. Un cliché es malo cuando muchos gases llenan los intestinos e impresionan el film.

El primer segmento que enfoca el riñon contiene la 12 vértebra y las dos primeras lumbares, la 11 y 12 costillas y la sombra triangular del psoas. En ese cuadro aparece la sombra del riñon en 3/4 de casos, más frecuentemente con el Potter. A menudo sólo el polo inferior del riñon se perfila. Si una mancha homogénea aparece en ese cliché se le situará sea en el parenquima renal o en la pelvis renal; la forma triangular cuyo vértice mira hacia abajo, al origen del uréter es característico de un cálculo de la pelvis. Una sombra coraliforme que se amolda en los cálices y la cavidad piélica no puede estar situado sino en el parenquima renal. Por desgracia no siempre la forma de la imagen es característica, entonces debe recurrirse a ciertos puntos de reparo para situar la posi-

ción exacta. Moyrand y Bazy han trazado un cuadrilátero limitado arriba y abajo por dos líneas horizontales pasando la superior por el medio de la primera vértebra lumbar y la inferior por el centro de la segunda, adentro por los cuerpos vertebrales y afuera por una línea perpendicular pasando a 5 cm. de la línea media. Este cuadrilátero sólo tiene valor cuando el riñon está en posición normal.

Cuando el riñon aparece abajo y existe una sombra redonda u ovalar adentro de 5 cm. de la línea media deberá concluirse en la presencia de un cálculo de la pelvis renal. En cambio cuando el riñon no sea visible habrá que distinguir la sombra de un cálculo con la de uno lumbar, ía sonda opaca en el uréter y la pielografía harán el diagnóstico.

Toda sombra formada por un cálculo que no está situada en el cuadrilátero de Moyrand-Bazy, el riñon en posición normal, deberá considerarse como localizada al parenquima renal, y de la pelvis cuando el riñon caído, pero visible, si la sombra está situada dentro de 5 cm. de la línea media.

El segmento del uréter lumbar comprende la 2, 3, 4 y 5 lumbares y parte del sacro el uréter es invisible y camina ya sobre el plano vertebral y a algunos centímetros del raquis. Los cálculos de este segmento no son frecuentes, su forma es ovalar alargada en el sentido del uréter. A veces las concreciones calcáreas se amoldan sobr,

el uréter siendo entonces muy características.

La quinta radiografía comprende la vejiga y uréteres pélvicos limitados por la pelvis menor. La visión clara del coxis y articulación sacro-ilíaca indica la excelencia de la radiografía. La forma de los cálculos semejante a los anteriores. Los vesicales son elípticos, ovalares o en forma de caracol. Son medianos en el hombre porque caen al fondo vesical; en la mujer laterales, al nivel de los cuernos uterinos.

Diagnóstico diferencial de las sombras: en los segmentos renales y ureterales lumbares, numerosas manchas pueden simular imágenes de cálculos, la

homogeneidad y claridad de contornos están en favor de cálculos; al lado derecho los errores son frecuentes por la vecindad de la vesícula biliar y del apéndice. La tuberculosis renal puede dar una imagen especial llamada riñon atigrado.

Las masas caseosas infiltradas de sales calcáreas dan sombras cuyo conjunto forma una mancha moteada; pálida, difusa de densidad desigual; por excepción se ven una o varias tan visibles como los cálculos, de los que se distinguen por la forma redonda; representan bolsas mástic, caseosa, infiltrada de fosfatos.

La osificación de los cartílagos costales se reconoce por su

continuidad con las costillas.

Los scylabos dan manchas oscuras, redondas, de límites imprecisos, alternando con manchas claras de los gases intestinales. Un buen purgante y una segunda radiografía eliminarán causas de error.

Cálculos intestinales y biliares caídos al intestino pueden confundir su imagen con los renales; la insuflación del colón desplazando la sombra y el segmento intestinal del cálculo hará el diagnóstico; lo mismo el enema de bario que envuelve los cálculos en todas direcciones.

Los ganglios calcificados se mejan a veces un calculo del uréter lumbar, pero su densidad es poco homogénea, como vacuolar y frambuesado; en la duda : adiografiar con sonda \ opaca uretral.

La mayor causa de eVfor.-es con los cálculos de la ve&qgflJ biliar. Pero un cálculo volum^ noso y redondo es rara vez renal. Los cálculos con facetas son característicos de la vesícula, por excepción puede encontrarse uno en la pelvis renal. La radiografía de perfil resuelve la cuestión: los cálculos renales se dibujan claramente detrás de las vértebras mientras que los vesiculares adelante, pero un riñon vasculado adelante o una vesícula retraída hacia atrás por adherencias inducirían al mismo error remediable por una pielografía de perfil. El desplazamiento de las sombras, forzando al enfermo a cambiar de actitud, y nuevas radiografías muestran los cambios de los cálculos biliares en direcciones varias y amplias

mientras que los renales sólo se desplazan en sentido vertical. Una mancha siempre situada en el mismo lugar de riñon debe interpretarse como cálculo del parénquima. El pneumoperitoneo es excelente método para separar las sombras hepáticas de las renales, con el inconveniente de ser desagradable para el enfermo.

En el trayecto del uréter pélvico y vesical se presentan muchas sombras pseudocalculosas que inducen a error: la homogeneidad y claridad de la sombra están en favor del cálculo. - E'lebolitos, ganglios calcificados. concreciones calcáreas en el proyecto de los ligamentos sacrotJíacos, ateroma de los vasos ilíacos, calcificaciones del ovario, rniomas calcificados, simuí an/ cal culos. Todos dan somlifem^poco homogéneas, de con-""tórnos difusos. La radiografía con sonda opaca uretral salva las dificultades. Sin embargo la sonda opaca puede aparecer muy lejos de la sombra calculosa si el uréter está muy dilatado o si se trata de cálculos que ocupan un divertículo ureteral; la pielografía lo muestra todo con claridad.

En caso de dudas por cálculos vesicales la cistoscopia las resuelve; pero si es negativa, la cisto-radiografía de frente y oblicua comparada con la simple radiografía mostrará la existencia de un cálculo en un divertículo.

O. M.

Lo que el Médico no debe Hacer

(Continúa)

Diagnóstico.

- NO hagáis diagnóstico por el hecho de que habéis visto un enfermo. Fuera de los casos en que el enfermo os lo da o que el diagnóstico se hace solo, muchas veces o no hacéis ninguno o lo hacéis falso.
- NO prefiráis acertar, procediendo sin lógica, a errar procediendo conforme a ella.
- NO hagáis un proceso mental complicadísimo para llegar a un diagnóstico. El más sencillo es generalmente el más exacto.
- NO hagáis muchos diagnósticos en un mismo enfermo.
- NO os dejéis fascinar por los diagnósticos de excepción.
- NO olvidéis la epidemia reinante al hacer vuestro diagnóstico; pero no creáis que todo enfermo que véis, está atacado por ella.
- NO cometáis el error frecuentísimo de creer que todo enfermo que os consulta, padece de la enfermedad en que os habéis especializado.
- NO olvidéis que hay diagnósticos inútiles, cuya exactitud de nada sirve al médico ni al enfermo; necesarios y urgentes, de los cuales depende muchas veces la vida del enfermo.
- NO os apresuréis a dar vuestro diagnóstico al enfermo, que lo que necesita es el pronóstico y el tratamiento exactos.
- NO dejéis de solicitar el auxilio de un colega cuando no hayáis llegado a establecer un diagnóstico racional.
- NO os dejéis sugestionar por el último libro que habéis leído o por el último caso que habéis visto; haced que lo que véis os recuerde lo que sabéis y no que lo que sabéis os imponga lo que no véis.
- NO creáis que todo fenómeno que se presenta en el curso de una enfermedad aguda o crónica, obedece a esa enfermedad. No todas las enfermedades que aparecen en un sífilítico o un tuberculoso son necesariamente sífilíticas o tuberculosas.
- NO aceptéis sistemáticamente el diagnóstico hecho anteriormente por otro médico, pero tampoco lo rechazéis por sistema.
- NO deduzcáis el diagnóstico por la forma del síntoma, sino por las condiciones en que ha aparecido.
- NO olvidéis la edad del enfermo al hacer el diagnóstico; la parálisis del velo del paladar en un niño, os hará pensar en el origen diftérico; en un adulto, en una lesión bulbar; un abultamiento de la pared posterior de la faringe es probablemente un absceso retrofaringeo, si se trata de

- un niño; un sarcoma, si se trata de un adulto.
- NO lleguéis a la infalibilidad nunca; sin dar a conocer vuestra incertidumbre, dejad siempre amplio campo a la duda investigadora, que es más fecunda que la certeza irrazonada.
- NO hagáis diagnóstico de primera impresión; aun en las enfermedades más fácilmente reconocibles, es necesario un estudio detenido.
- NO os conforméis con haberle dado un nombre a la enfermedad de que padece vuestro enfermo. Determinad su período, su forma y la resistencia del enfermo. Diagnosticar simplemente tuberculosis es casi como no decir nada; si no determináis su forma, el período en que se halla y el estado del enfermo, os exponéis a poner en práctica un tratamiento inadecuado.
- NO os consideréis forzosamente obligado a hacer un diagnóstico; eso no siempre es posible; y más daños causa diagnosticar en falso, que posponer un diagnóstico.
- NO hagáis diagnósticos de excepción sistemáticamente; la mayoría de vuestros enfermos adolece de enfermedades comunes y corrientes.
- NO olvidéis el clima ni la estación del año en que os halláis, ni la epidemia reinante, al hacer vuestro diagnóstico, pero no creáis que todo enfermo que véis está forzosamente atacado de la enfermedad local, de la estación, o de la dominante.
- NO comunicuéis al enfermo ni a su familia los diagnósticos alarmantes, salvo cuando haya indicación especial.
- NO os conforméis con un examen negativo de laboratorio; hacedlo repetir en las enfermedades rebeldes, con lo que podéis descubrir la causa de ellas, o causas nuevas que se han venido a sumar a las anteriores.

Diarrea.

- NO os conforméis con diagnosticar diarrea, sin determinar su causa.
- NO déis medicamentos en la diarrea infantil ligera, que no daña el estado general. Modificad la alimentación.
- NO dejéis de investigar la existencia de focos purulentos que provocan diarrea por la ingestión del pus: piorrea, abscesos dentarios, flegmones de la amígdala y retrofaringeos.
- NO olvidéis que la apendicitis crónica, el cáncer y la cirrosis, producen alternativas crisis de estreñimiento y de diarrea.
- NO olvidéis que las grandes autointoxicaciones diabetes, gota, uremia y la asistolia producen diarreas intensas.
- NO confundáis la diarrea emotiva con la de los neurasténicos.
- NO olvidéis que el bocio exoftálmico produce crisis de diarrea que aparecen y desaparecen bruscamente.

- NO combatáis la diarrea de los urémicos, los gotosos, los asistólicos, los indigestos, tíficos, y la de los exantemas febriles.
- NO déis purgantes en la diarrea de los recién nacidos.
- NO combatáis nunca la diarrea que produce la abertura de un absceso en el tubo digestivo.
- NO prescribáis ningún tratamiento sin regular la alimentación.
- NO prescribáis grandes dosis de opio, salvo en las diarreas coleriformes.
- NO déis opio en la enteritis mucomembranosa; preferid la belladona.
- NO déis jamás opio ni suero artificial en las diarreas de los urémicos; dad tonicardiacos y suero glucosado.
- NO inyectéis jamás suero artificial en las diarreas de los tuberculosos.
- NO déis leche de vaca a los niños de menos de 4 meses que tienen diarrea. No olvidéis que el cólera infantil no existe en los niños alimentados por su nodriza.
- NO dejéis de hacer la desinfección de la boca.
- NO déis bismuto, astringentes ni opio, sin haberos convencido de que no hay amibiasis.
- NO olvidéis que la insulina provoca diarreas intensas, que ceden con la suspensión del medicamento.
- las consecutivas a la amigdalotomía y a las cauterizaciones de las amígdalas.
- NO concluyáis que no hay difteria porque no hay angina diftérica.
- NO confundáis el crup diftérico con el acceso de laringitis estridulosa, que estalla violentamente en la noche, con un acceso de sofocación; el crup es progresivo y termina con la sofocación.
- NO confundáis el crup con el edema laríngeo, que generalmente solo se presenta en los adultos y provoca dispnea inspiratoria y disfagia.
- NO olvidéis que en el crup no diftérico no hay, generalmente, coriza ni adenopatía cervical, la fiebre es más elevada, las complicaciones pulmonares son más frecuentes y el suero no alivia en nada al enfermo.
- NO dejéis de buscar los ganglios submaxilares que están hipertrofiados constantemente en la difteria.
- NO olvidéis que, por lo menos al principio, la rinitis diftérica es unilateral y que su escurrimiento purulento exulcera el orificio nasal y el labio superior.
- NO dejéis de hacer la rinoscopia anterior que a veces permite descubrir pseudomembranas.
- NO dejéis de examinar la orina con frecuencia para descubrir la albuminuria.
- NO paséis inadvertida la peque-

Difteria.

NO confundáis las pseudomem-

- lidez y el abatimiento que acompañan la difteria.
- NO olvidéis que el crup puede aparecer sin que haya habido angina diftérica.
- NO dejéis de buscar el signo de Variot, que permite descubrir pseudomembranas de la epiglotis, al provocar la náusea.
- NO hagáis pronóstico sin tomar en cuenta la mortalidad reinante.
- NO olvidéis que el pronóstico de la difteria es muy grave en los recién nacidos, los adultos y los viejos.
- NO olvidéis que el crup secundario es más grave que el primitivo y el estreptodiftérico.
- NO hagáis pronóstico favorable porque la temperatura sea baja; generalmente la difteria no es hipertérmica.
- NO olvidéis que la oliguria y la albuminuria en la difteria imponen un pronóstico grave.
- NO dejéis de estudiar detenidamente el pulso; el pronóstico es gravísimo si hay pulso paradójico.
- NO dejéis de examinar cuidadosamente el corazón y los pulmones; la broncopneumonía y el desfallecimiento cardíaco son muy frecuentes en la difteria.
- NO paséis inadvertida la taquip-

Las Jornadas Médicas de 1935

En la sesión ordinaria del mes agosto quedó resuelto el temario para las Jornadas Médicas que han de celebrarse del 20 al 27 de julio de 1935. Fueron seleccionados puntos de interés general, siguiendo como en las anteriores, la misma norma de aportar el mayor contingente posible de conocimientos para el bienestar de la colectividad hondureña.

I.—Biología Hondureña:

- a) Talla, Peso, Superficie, Volumen del hondureño.
- b) Aparato Respiratorio.
- c) Aparato circulatorio.
- d) Sangre, Glóbulos, Hemoglobina.

II.—Régimen alimenticio del hondureño.

III.—Heridas penetrantes del abdomen.

Afecciones de la Vesícula Biliar Colecistografía

IV.—Demografía Hondureña.

V.—La Tifoidea en Honduras.

VI.—Temas Libres.

Podrán tomar parte en las Jornadas todos los médicos, farmacéuticos, dentistas incorporados en la Facultad de Medicina.

Las personas que deseen tomar participación deberán comunicarlo a la Secretaría de la Asociación Médica Hondureña a más tardar el primero de Junio, y quienes quieren publicar sus trabajos antes de las Jornadas, los remitirán antes del primero de mayo.

La extensión de los trabajos queda a voluntad de los autores, pero cuando su lectura dure más de media hora sólo se permitirá leer las conclusiones.

- nea, tipo inverso de la respiración e hipertermia, que indican la aparición de la broncopneumonia.
- NO olvidéis que la broncopneumonia es más frecuente en los niños traqueotomizados que en los entubados.
- NO creáis que con la seroterapia combatís la broncopneumonia; no es el bacilo de Löffler el que la produce.
- NO temáis las complicaciones tóxicas si habéis hecho la seroterapia oportuna.
- NO hagáis la entubación cuando haya un exceso de falsas membranas, dificultad para la introducción del tubo, cuando el niño lo expulsa frecuentemente y cuando la sofocación persista a pesar del entubamiento.
- NO hagáis la entubación, que puede fracasar, sin estar preparados para hacer la traqueotomía.
- NO hagáis la entubación bruscamente; podéis provocar una falsa vía.
- NO entubéis al paciente si no podéis vigilarlo de cerca; traqueotomizadlo.
- NO quitéis el tubo antes de que hayan desaparecido la polipnea, la fiebre y las falsas membranas.
- NO hagáis la traqueotomía inferior; preferid la cricotraqueotomía.
- NO esperéis el dictamen del laboratorio para inyectar el suero, en los casos dudosos. Toda angina acompañada de laringitis y de catarro con escurrimiento serosanguinolento, debe ser tratado como difteria.
- NO olvidéis la regla de la seroterapia: precoz, abundante y prolongada.
- NO inyectéis toda la dosis de suero bajo la piel; introducid la mitad en pleno músculo.
- NO suspendáis las inyecciones mientras haya síntomas locales y generales.
- NO dejéis de aplicar el suero si los accesos de sofocación se acentúan, aun cuando el cultivo sea negativo.
- NO dejéis de combatir el espasmo laríngeo ni descuidéis el estado general.
- NO hagáis toques, que son inútiles. Haced el tratamiento sérico local.
- NO dejéis de aislar al enfermo rigurosamente; su comunicación sólo debe ser permitida después de dos exámenes de laboratorio negativos.
- NO olvidéis la protección de las personas que rodean al enfermo.
- NO dejéis de hacer la prueba de Schick y de vacunar a las personas sensibles, si no podéis hacerlo con todas las personas que rodean al enfermo.
- NO dejéis de buscar a los portadores de gérmenes, muchos de los cuales reaccionan negativamente a la prueba de Schick.

Ricardo D. Alduvin.

(Continuará).