Dr. Ignacio Alcerro.
Tegucigalpa.

No. 167 Año 24 Vol. XXIX

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

☆

NOVIEMBRE ★ DICIEMBRE ★ ENERO

1953-1954

SUMARIO

Pág.

Miositis Osificante Progresiva 529
Dr. César Zúniga.

Otros Comentarios sobre Sífilis en Honduras 533
Dr. Hernán Corrales P.

Consideraciones acerca de la Cirugía de la Catarata 536
Dr. J. Gómez-Márquez Gironés.

Síndrome de Loeffler 545
Dra. Eva Mannheim.

Encuesta Serológica y Educación Antivenérea Concomitante 550
Dr. Carlos A. Bendaña.

Sobre un caso de Linfogranulomatosis Venérea 561
Dr. Virgilio Banegas M.

Separatas 565

iievista iVlédica xlondureña
Órgano de la Asociación Médica Hondurena

Director: HERNÁN CORRALES R

Redactores: RAMÓN ALCERRO CASTRO
J. NAPOLEÓN ALCERRO
J. RABIÓN PEREERA

Secretario: ALEJANDRO ZUNIGA
Administrador: SALOMÓN MUNGUIA ALONZO

Año XXIV | Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Nov., Diciembre y Enero, 195J-1954 | 167

M1OS1TIS OSIFICANTE PROGRESIVA

Por el Dr. César Zúniga

Fue Patin en 1692 quien describió por vez primera la forma progresiva de la Mi.ositis y este autor venía interesado desde 1646 por haber encontrado una paciente la cual él describía «como haberse transformado tan dura como la madera». La enfermedad se encuentra comunmenle, en niños, asociada a deformidades de los dedos de los pies y de las manos, tales como Microdactilia Polidactilia, **etc.,** su curso es de un pronóstico grave y su terminación se ve a veces acelerada tanto por la distribución atómica de la misma o bien por una enfermedad íntercurrente. El compromiso de los músculos respiratorios sobre todo los intercostales conduce a la pérdida de elasticidad torácica resultando en insuficiencia respiratoria. La localización en miembros superiores o inferiores provoca disminución funcional y deformidades de grado variable.

La enfermedad puede pasar desapercibida por varios meses pero su curso eminentemente progresivo nos lleva al diagnóstico cuando se comprueba en el examen físico, induración muscular localizada, o generalizada a varios músculos de un miembro. En la Etiología no se ha aclarado nada y con mucha frecuencia los pacientes relatan un episodio traumático. Este tipo de osificación heterotópica tiene algunos caracteres tumorales, tales como: abundante proliferación del tejido fibroso de las aponeurosis, ligamentos, fascias, tendones y vainas musculares pero su verdadera naturaleza microscópica permanece aún obscura. Las formaciones óseas toman asiento en el tejido conectivo fibroso de los músculos, no hay transformación del músculo en hueso sino que por etapas la fibra muscular se atrofia, degenera y finalmente es substituida por proliferación de tejidos fibroso en el cual se establece la osificación que termina con la pérdida de elasticidad muscular.

Fig. N° 1

La observación cuidadosa un examen físico y funcional bien hecho y el examen radiográfico son de gran utilidad en el diagnóstico. Si bien es cierto que esta condición tiene un cuadro radiológico y clínico típico, a veces la diferenciación con neoplacias es difícil. Se debe recurrir a la biopsia aun con el riesgo de acelerar el proceso o dar lugar a la formación de mayores cantidades de osificación. Aun cuando los estudios Histológicos post-operatorios de casos que han evolucionado largamente, revelan tejido óseo normal, en algunas circunstancias, por su carácter de gran difusibilidad o apariencias netamente metastaciantes, la enfermedad puede considerarse desde un punto meramente clínico como una forma maligna lares y en los cuales se ha invocado como en el caso de Miositis osificación traumática que revisten este carácter de malignidad, justificada en su poder de dispersión por diferentes regiones musculares y en los cuales se ha invocado como en el caso de Miositis osificante progresiva un factor constitucional altamente formador de hueso.

En la terapéutica de esta rara e interesante enfermedad ninguno de los elementos ensayados parece haber dado buenos resultados. Hasta la fecha no hay tratamiento curativo. Como paliativo se han aconsejado, dieta de calcificantes libres de huevos, leche y

Fig. Nº 2

queso, y carbonato de magnesio a la dosis de ½ onza tres veces al día. Roentgenoterapia y Radioterapia no han dado muestras de ser recursos de ayuda. El tratamiento quirúrgico para remover las masas osificadas está contraindicada, puesto que estimula el proceso como ya se ha visto en algunos casos en los cuales se han visto nuevas osificaciones post-operatorias de mayor tamaño que las primitivamente extirpadas.

A continuación relatamos la historia de una niña de 4 años de edad que consultó por vez primera en el año de 1950.

G. M. A. de 4 años consulta porque en Septiembre de 1948 lo notaron engrosamiento progresivo con induración lenta, al principio indoloro, sensible después, de la pantorrilla izquierda. En los antecedentes personales y patológicos no hay datos contribuyentes. Se trata de una niña que pesa 26 lbs. y mide 36.5 metros, pálida y delgada. En cabeza, oídos, nariz y garganta: Negativos.

Cardiovascular: Negativo.
Gastrointestinal: Negativo.
Genitourinario: Negativo.
Broncopulmonar: Negativo.
Piel: Negativo.

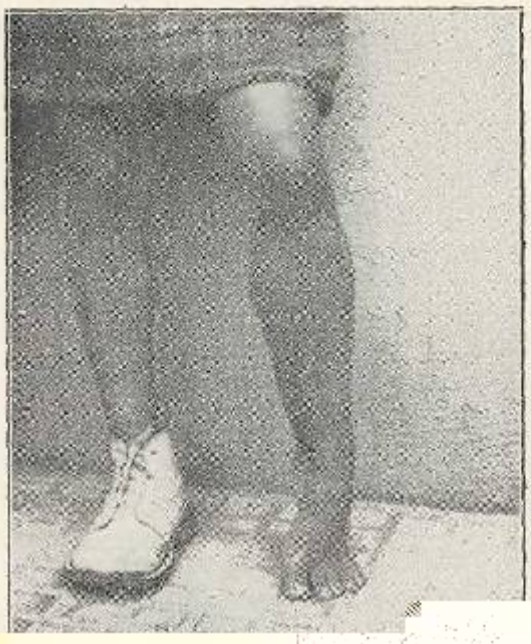


Fig. N° 3

Sistema Nervioso: Negativo

Examen local.

Pantorrilla izquierda. Se nota engrosamiento comparado con la del lado es 11 cm. más grue es duro y doloroso se palpan abolladu a dispu Aquiles esta retraído con una elevación de 2 Talón sobre el plano del suelo. No hay ausenc con alguna cojera apoyandose en la punta del nes de induración muscular en la cara inte quierda al nivel del adductores.

Sangre: Gr. 4 millones GB 8.000. Hgb. 85%

Orina: Normal.

Heces: Triconomas y Huevos de Ascárides.

Se toma biopsia en julio de 1950 donde un tipo traumático, constituido por tejidos fibrosos y infiltración inflamatoria y hemorragia múltiples

En agosto de 1953 la paciente consulta de formidad y más formaciones óseas musculares. su toma nueva biopsia y nodo bajo muy profun con el hueso. Obteniendo en esta etapa el diagn co de Miositis osificante progresiva.

Los familiares rehusaron internar la niña q sin conocerse su evolución ulterior.

Como este trabajo es una continuación del publicado hace dos años y en el cual no insertamos resumen para hacerlo en esta oportunidad, en que aportamos datos estadísticos de tres años, considérese el siguiente como el resumen de nuestras dos comunicaciones.

R E S U M E N

l[c]—El autor presenta un cuadro estadístico referente al número de pacientes exanimados en el Servicio de Dermatosifilología del Hospital General San Felipe de Tegucígalpa, durante los años 1951-52-53. En él se consignan el número de enfermos de sífilis cutánea, enfermos con reacciones serológicas positivas por sífilis y enfermos con reacciones falsas positivas.

1'-—Se consigna una incidencia baja de sífilis cutánea y se advierte que sería más baja de no ser que este porcentaje es deducido del número de pacientes hospitalizados (no del Consultorio Externo), advirtiéndose que todo paciente con sífilis cutánea encontrado en el consultorio externo, se hospitaliza para hacer este estudio.

3[C]—Se hace referencia a la incidencia de sífilis cutánea encontrada por el Dr. Arturo Romero en el Consultorio Dermatológico de Cartago, Costa Rica, en los años 1949-50-51 y en el Dispensario Dermatológico del Hospital San Juan de Dios de 1945 a 1951, sobresaliendo el hecho cíe la baja incidencia de sífilis cutánea encontrada también por aquel autor.

4[o]—Se hacen comentarios de la opinión que algunos autores tienen sobre la evolución de la sífilis que se aparta de lo común y se citan algunos factores a los que generalmente se atribuye tai cambio, pretendiendo explicar el fenómeno observado en Honduras como sujeto a una o varias de aquellas causas que determinarían en último término una alergia muy baja en nuestra población.

5"—El fenómeno no debe sorprender mucho por cuanto en Islandia, por ejemplo, la sífilis es muy rara. Se recuerda que muchas otras enfermedades iníecciosas son muy raras en Honduras.

B I B L I O G R A F Í A

I[o]—STOKES, BEERMAN, INGRAHAM.—Sifilología clínica moderna, 1949 Salvet, Editores S. A. Barcelona, 1949.

2[o]—URBACH C. BEERMAN H. M. D.—El estado actual de la inmunidad y alergia en la sífilis. Am. J. of. Syphilis Gonorrhea and Venereal Diseases 31: 2.192 March. 1947.

3[C]—QUIROGA M. í. y colaboradores.—Sífilis. Diagnóstico y Tratamiento, «El Ateneo», Buenos Aires, 1950.

4— SCHMIDT, F. R.— AB., M. D. Leishmaniosis cutánea. Posibilidad de nuevos métodos de tratamiento. Departamento de Dermatología Nortwestern University Medical School, Chicago, 1949.

5[C]—HAZEN H. H. M. D.—«Syphilis in the Negro», Howard University, Washington, D. C, 1942.

6[:]—ROMERO, L. A.—Incidencia de la Sífilis en el Consultorio de Dermatología de Cartago. Memoria del IV Congreso Centro-Americano de Veneorología. Pag. N[9] 89. Imprenta Ateneo. San José, Costa Rica. Junio de 1953.

ACERCA
DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

Particularidades de ia misma en Honduras

(Trapajo presentado en la Asociación Quirúrgica Hondurena)

Por el Dr= I. GOMEZ-MABQUE2 GIBÓLES, JeJe

del Servicio de Oftalmología del Hospital General

Ningún problema existe en cirugía ocular que sea tan apasionante como la extracción del cristalino opacificado. Apesar de los progresos de la cirugía del aparato visual en diferentes órdenes, la extracción de la catarata es siempre la que suscita el máximo interés y ©lio se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que por una parte es un gran número de enfermos los que presentan este padecimiento y por otra parte, que apesar de los grandes progresos que sobre la misma se rían hecho y de la gran cantidad de autores ilustres que se han dedicado a su perfeccionamiento, existen aún numerosos problemas pendientes, de **tal forma** que cada cirujano con suficiente experiencia personal se declara partidario de determinada técnica Y naás allá no se limitan a ésto sino que con frecuencia establecen su sistema propio. Los primeros pasos que se dieron para extraer el cristalino opacificado fueron, como todos aquellos que se I dan en el período inicial de los grandes acontecimientos, difíciles y sumamente vacilantes. Eran los tiempos, por cierto aún no muy le- I janos, en los que no se efectuaba más que la quistitomía, o sea la simple extracción del núcleo de la catarata, dejando en el interior la cápsula de la misma, en la que al principio se usaba exclusivamente anestesia local, superficial del globo ocular; en la que no se conocía ningún procedimiento que paralizara los movimientos del ojo y de los párpados; época por lo tanto en la que si bien es cierto que se legraba devolver el precioso don de la vista a muchos enfermos, no **I**

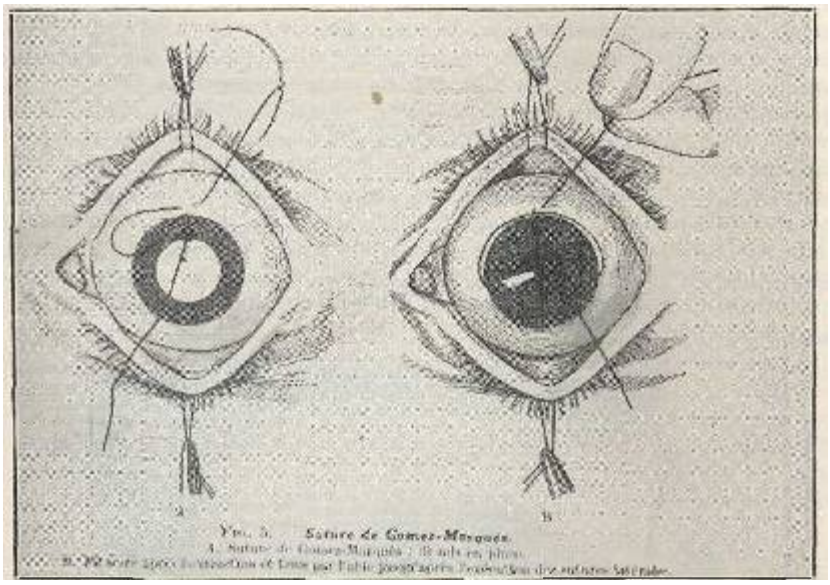
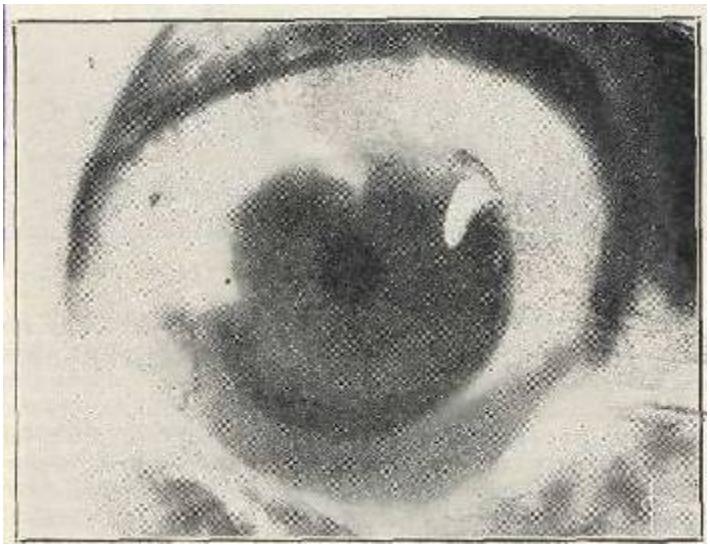


Fig. 3. Sutura de Gomez-Marquez.

se estaba en capacidad de ofrecer muchas garantías ni de obtener habitualmente resultados perfectos. Nosotros no deseamos en el curso de este pequeño trabajo extendernos sobre este antiguo procedimiento que hoy en día no tiene más que ciertas indicaciones precisas y que, desgraciadamente, aún la usan como técnica do elección ciertos oftalmólogos por falta del adiestramiento adecuado o por falta de convencimiento de las excelencias del nuevo procedimiento o sea el de la extracción intracapsular de la catarata sobre la cual hablaremos a continuación, adaptando nuestro lenguaje al propio del auditorio que tenemos, es decir cirujanos generales. Este procedimiento ha tenido que librar una batalla sumamente ardua hasta llegar a ocupar el puesto que tiene, es decir el procedimiento de elección para la extracción de la catarata. Según los datos que poseemos, el mérito de sor el iniciador, aunque en forma rudimentaria de la extracción total, le corresponde a Baranger, de Burdeos, Francia, quien en 1757 publicó un método por medio del cual lograba la expresión total del cristalino a través de una herida operatoria y valiéndose de la presión digital. A partir de aquel momento y aunque no en una forma continua se sucedieron los procedimientos encaminados a lograr la extracción total de la catarata y la causa de la tardanza que se popularizara rápidamente, se debió a la ausencia de una técnica reglada y a una instrumentación adecuada. Se comprende fácilmente que teniendo la operación de la extracción intracapsular de la catarata por objeto la extracción de ésta, rompiendo las inserciones lenticulozonulares y dejando por lo tanto el vitreo al descubierto, se requería una serie de procedimientos que permitieran al opera-

dor trabajar sin provocar dolor al paciente, sin ocasionar reacciones como movimientos extemporáneos del ojo o de los párpados, y un método que permitiese extraer el cristalino sin romper la cápsula cuya consistencia bien podría compararse con el de un papel de fumar mojado y que por otra parte estuviera exento en lo posible de violencias que fueran susceptibles de conseguir la expulsión del cristalino, y del contenido ocular detrás de él. En tanto estos requisitos no fueron llenados, las extracciones totales de catarata que ineludiblemente llevan consigo la abertura del globo ocular al nivel del limbo esclerocorneal, iban seguidas de grandes desastres especialmente consecutivos a las grandes pérdidas de vitreo porque a mitad de la operación, cuando el ojo estaba abierto, un movimiento



Ojo operado de la catarata según la técnica descrita

intempestivo del globo o de los párpados provocaba la ruptura de 1; hialoides y la pérdida dle vitreo concomitante, ps por esto que deb< considerarse que ninguna de las técnicas que más adelante se des cribirán hubieran podido progresar sin los siguientes requisitos:

a) Anestesia profunda y aquinesia del globo por medio de la inyec ción retrobulbar.

b) Parálisis facial, con el objeto de inhibir la acción del músculc orbicular del ojo.

c) Prehensión del músculo recto superior.

Cada uno de estos requisitos serán descritos oportunamente a hablar de la técnica operatoria que nosotros seguimos. Nos bast;

por el momento señalarlos y hacer hincapié en que sin ellos no hubieran sido posibles ninguno de los tres procedimientos de extracción total de catarata que en una forma más o menos extendida están hoy día en boga, es decir el procedimiento de presión de Smith, la tracción sobre la cápsula anterior por medio de una pinza especial y el de la prehensión de esta cápsula por medio de una ventosa.

El procedimiento de extracción extracapsular de la catarata, no tiene en general más que una ventaja: su fácil realización, reduciendo los peligros a un mínimum. La herida esclerocorneal es pequeña, la operación se realiza sin romper el tabique zónulo-capsular que separa formalmente la cavidad posterior del ojo, con su contenido vitreo, de la cámara anterior y por ende del exterior; se limita a llevar a cabo mediante un instrumento especial en forma de gancho, la rasgadura de la cápsula anterior del cristalino; una vez llevada a cabo esta maniobra, el núcleo está en condiciones de ser expulsado al exterior mediante una comprensión sobre el globo, produciéndose así un «parto» del núcleo lenticular a través de la brecha operatoria. Como teóricamente, lo que se opacifica, es el núcleo, esta intervención realizaría el objeto deseado, es decir suprimir la masa opacificada, representada en este caso por el núcleo de la catarata, que se interpone a la penetración adecuada de los rayos luminosos excitantes de nuestra retina. Las cosas sin embargo, suceden de muy distinta manera después de una de estas operaciones: en primer lugar la cápsula y otras masas cristalinianas no nucleares, se opaci-ciíican posteriormente, formándose lo que se llama una catarata secundaria y el enfermo debe sufrir nuevas intervenciones con el fin de hacer desaparecer por uno u otro medio estos obstáculos; por otra parte la presencia de cápsula en el interior del ojo, resulta un factor de irritación continua y desencadena con facilidad brotes de iritis, haciendo el restablecimiento del paciente lento y complicado y además con este procedimiento sólo pueden ser operados los que tienen cataratas llamadas «maduras», es decir aquellos en los que la catarata ha llegado a un estado tal que presenten un gran núcleo, y una cápsula fácilmente desprendible del mismo. Esto es un gran inconveniente porque un número de personas, no llegan a madurar sus cataratas apesar de tener una visión incompatible con sus quehaceres habituales y se veían condenados muchos de ellos de por vida a una ceguera parcial, sin que hubiese manera de obviarla.

Estos inconvenientes hicieron pensar a los oftalmólogos en la necesidad de crear procedimientos que lograran la remoción de toda la catarata, con cápsula y iodo.

Smith, médico militar inglés residente en Calcuta, describió en el año de 1910 un procedimiento, que estaba basado ya en algo de tipo primitivo descrito con anterioridad por Mulroney y Fink en el año de 1894. La operación consistía en hacer una herida esclerocorneal con un cuchíllete Graeff por transfixión y provocar después la expulsión del cristalino opaciíicado por la simple presión con ayuda de un gancho adecuado. La intervención como se vé es brutal y se comprende fácilmente que si bien se observaban casos de éxitos completos, había también infinidad de ellos que «perdían» su catara-

ta y su vitreo también. Sin embargo, dadas las condiciones sumamente primitivas que existían y aún existen en la India en el campo de la cirugía oftalmológica, el procedimiento lograba rescatar a un gran número de personas de las tinieblas en que vivían y el Coronel Smith estaba muy satisfecho con su procedimiento. Pero cuando este cirujano inglés llegó, creemos que por el año de 1919 a Barcelona con el fin de llevar a cabo sesiones operatorias de tipo demostrativo de su técnica operatoria, se asombró él mismo al darse cuenta de la ineficacia de su procedimiento ya que todos sus operados sufrieron grandes pérdidas de vitrio. Smith intentó explicar este fracaso y muy probablemente estaba en lo cierto al decir que las zónu-las de los indios eran mucho más laxas que las de los europeos y que por lo tanto las presiones que tenía que ejercer sobre el globo en la India, eran muy inferiores a las que tenía que ejercer con sus pacientes en Barcelona. Sea como sea, el procedimiento está hoy en día prácticamente abandonado.

'Otros autores, entre ellos Kalt, Elschning, Stanculiano y Knapp, entre los años de 1909 y 1914 idearon una serie de pinzas que lograban extraer la catarata por medio de tracción sobre la cápsula sin desgarrar. Este procedimiento perfeccionado hoy de una manera considerable, tiene para muchos el inconveniente de romper con cierta facilidad la cápsula, haciendo por lo tanto que la operación no consiga la extracción total. Según las informaciones de tipo estadístico que leñemos a mano, los mejores cirujanos han logrado con estos procedimientos hasta un ochenta por ciento de extracciones totales.

Siempre ingeniándose íormas de extraer el cristalino opacificado sin romper la cápsula, Ignacio Barraquer de Barcelona, inventó una ventosa que aplicada a la cara anterior del cristalino lograba su extracción. El procedimiento ha tardado mucho en abrirse campo; si bien los resulta_dos en manos de cirujanos suficientemente adiestrados son magníficos, hay muchos aún que no se deciden a usarlo por el hecho de que los riesgos son mayores y probablemente el entrenamiento para su manejo es más difícil de adquirir. Sin embargo los resultados son tan excelentes que nosotros creemos que bien vale la pena luchar hasta conseguir la experiencia necesaria según nuestros informes, las mejores estadísticas hablan de un noventa y cinco por ciento de extracciones totales.

El avance más resonante llevado a cabo en estos últimos años en lo que a operación de catarata se refiere, ha sido llevado a cabo por el inglés Ritley, que ha llegado a substituir el cristalino extraído por un cristalino plástico que queda alejado dentro del ojo. Esie procedimiento podría llegar a tener la enorme ventaja de llegar a perfeccionarse, de hacer innecesarios los anteojos a los operados de catarata. Es un procedimiento aún en ciernes. Muchos autores consideran que por ahora la operación debe considerarse únicamente como un experimento ya que la presencia de un cuerpo extraño in-tra-ocular lleva consigo muchas veces reacciones desagradables ta- \ les como retardo en la cicatrización, brotes de iritis y para muchos resultados visuales mediocres. No creemos prudente emitir un juicio

acerca de esta intervención, en primer lugar por no haber tenido ocasión aún de practicarla y en segundo lugar porque apenas si se están empezando a dar los primeros pasos para reglamentarla.

Nosotros usamos actualmente una técnica sistematizada y que vamos a dar a conocer a continuación exponiendo en una forma general los resultados obtenidos en relación con el material humano de que disponemos.

PREPARACIÓN DEL EHFEEMO

Exámenes generales y complementarios rutinarios. Corte de las pestañas. Investigación de la permeabilidad de las vías lagrimales. Una cápsula de nembutal media hora antes de la operación.

ANESTESIA

Nosotros trabajamos **constantemente** con anestesia regional con novocaína y los distintos tiempos de la misma nos parecen absolutamente básicos para el éxito de la intervención y consta de la siguiente:

a) Inyección reirobulbar por medio de una aguja hipodérmica que mide exactamente tres centímetros y medio de longitud. Estas dimensiones han sido fijadas de acuerdo con una serie de pruebas en el ser vivo y en el cadáver y su objeto es el de que permita la llegada de la anestesia hasta el ganglio ciliar sin que por otra pari:e exista el peligro de que penetre en la cavidad craneal. La inyección se hace bruscamente al nivel de una muesca que existe en la parte externa del reborde orbitario inferior dirigiendo la aguja de adelante atrás, de abajo arriba y de fuera adentro. La solución de novocaína empleada es al 4%. Esta anestesia de ganglio ciliar logra la anestesia profunda y la aquinesia del globo. Acto continuo procedemos a otro tiempo importantísimo que consiste en el bloqueo del nervio facial que inerva como es sabido el músculo orbicular. Este bloqueo se efectúa haciendo una infiltración con una solución de novocaína al 2% en ángulo recto uno de cuyos lados, el vertical corre a lo largo de la comisura externa del ojo y el otro, el horizontal a lo largo del reborde orbitario inferior. De esta manera se consigue la parálisis completa del músculo orbicular y se evitan por lo tanto las contracciones involuntarias y peligrosas de los párpados durante el acto operatorio. Completamos esta anestesia regional con una ligera infiltración del párpado superior. La anestesia es terminada mediante la instilación de Butyn al 4% y adrenalina al 1 por mil, con lo cual se consigue la anestesia superficial del ojo.

FIJACIÓN DEL O¡O

La separación de los párpados la obtenemos haciendo pas.^r unos hilos a través del párpado superior e inferior respectivamente fijando los cabos libres con una pinza de Kocker. Este tipo de ble-

farostato ingeniado por el Proíesor Gómez-Márquez tiene la enorme ventaja de conseguir un excelente campo operatorio y evitar las compresiones sobre el globo que produce inevitablemente todos los bleíarostatos metálicos y además se puede suprimir a voluntad cuando hay tendencia a la profusión del vitreo, mediante la simple maniobra de soltar las pinzas antes mencionadas. A continuación se hace la prehensión del recto superior mediante una pinza de disección corriente, la cual se introduce cerrada en dirección de abajo para arriba hasta el fondo de saco superior; en este momento se abre la pinza y se intenta agarrar el globo; éste se escurre entre las dos ramas de las pinzas y lo que queda entre ellas es el tendón del recto; éste se fija mediante un hilo que se pasa por medio de una aguja curva. Estos dos hilos son asimismo fijados por medio de una pinza de Kocher. Ya tenemos por lo tanto hecha la anestesia superficial y profunda del ojo, la paralización del mismo la parálisis de los párpados, la separación de los mismos por un procedimiento sencillo, seguro y atraumático y el ojo fijo por el recto superior, lo cual nos permite llevar a aquél por donde querramos. Ya no hay lugar a temer movimientos intempestivos del ojo o de sus anexos por parte del paciente; si todos estos tiempos se llevan a cabo correctamente, estamos trabajando como si estuviéramos ante el ojo de un cadáver. La intervención propiamente dicha puede iniciarse.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se hace un colgajo conjuntival semicircular en la parte superior del globo, teniendo dicho colgajo una anchura de unos tres milímetros aproximadamente. Se hace una minuciosa disección hasta poner al descubierto el limbo esclero-corneal. En este momento se colocan tres suturas esclero-corneales previas tal y como fueron descritas por el Profesor Gómez-Márquez así como aparece en la Enciclopedia Oftalmológica Francesa, tomo Vil, Pág. 696 (Fig. N' 1). La única diferencia entre nuestra técnica y aquélla consiste en que el mencionado Profesor usaba un punto esclero-corneal único y nosotros empleamos uno a las doce, otro a las dies y otro a las dos. Este sistema que fue iniciado ya por el Proíesor Gómez-Márquez en sus últimos años de trabajo, fue abandonado después por haber encontrado grandes dificultades debido al gran número de hilos que quedaban sobre el campo operatorio, creando una maraña en la cual difícilmente se podía trabajar. Nosotros comprendiendo las excelencias de este procedimiento en principio hemos vuelto a trabajar en él y hemos llegado a simplificarlo en una forma notable pudiendo trabajar con toda comodidad. Nos ha. bastado para ello cortar el hilo restante después del nudo y reducir las asas del hilo a las dimensiones estrictamente necesarias para que nos permita abrir cómodamente el colgajo corneal. En esta forma las suturas esclerocorneales mente el colgajo cornea). Creemos firmemente que el uso de estas suturas previas son un factor de seguridad enorme, ya que por una parte no necesitamos hacer compresión sobre el globo ocular una

vez abierto éste, con el objeto de colocar suturas en partes tan duras como la córnea y la esclerótica; por otra parte, el hecho de tener tres suturas en vez de una nos permite llevar a cabo un cierre perfecto de la herida operaiórca facilitando con ello la cicatrización y haciendo más difícil el encarcelamiento del iris especialmente en los casos en que pretendemos mantener intacto el esfinter pupilar y por último porque la disposición de la sutura central permite el cierre rápido del ojo mediante una simple tracción del hilo correspondiente evitándose así pérdidas de vitrio que en otras circunstancias serían inevitables. Estas suturas no tienen a nuestro modo de ver más que un inconveniente y es la dificultad que presenta el tallado del colgado corneal, ya que la sección tiene que llevarse a cabo en el espacio comprendido entre los dos cabos de hilo, espacio que habitualmente no es mayor de un milímíeítro. Iniciamos la sección entrando con un queratomo a las 12 del limpo esclerocorneal y ampliando después con tijeras. Acto continuo se observa la amplitud del mismo que debe ser aproximadamente de una semicircunferencias. Habitualmente hacemos una iridectomía periférica. La extracción del cristalino la llevamos a cabo mediante el procedimiento de succión con el erisífaco de Barraquer.

Anudamos después los puntos esclerocorneales y completamos: la sutura con punios conjuntivo conjuntivales. A continuación instilamos eserina y colocamos un ungüento de penicilina. Se coloca un vendaje binocular y si se han conservado la integridad del esfínter pupilar hacemos la primera cura a las 24 horas con el objeto de instilar atropina. Los puntos no son removidos sino en el caso en que no se caigan instantáneamente y ésto al cabo de varias semanas de la operación.

No pretendemos exponer aquí datos estadísticos porque el estudio de nuestros casos en este sentido dadas las deficiencias del Servicio Estadístico Hospitalario, requeriría un tiempo y un trabajo muy superior al que disponemos. Es por eso que nos referimos brevemente a un pequeño número de casos, 43 en total.

Número de enfermos: 32.
Operados de ambos ojos: 11.
Operados de un sólo ojo: 21.
Edad: de más de 40 años: 26. De menos de 40 años: 6.
Número de operaciones: 43.
Extracciones intracapsulares: 32,
Extracciones exíracapsuíares: 11.
Pupilas con irídectomía periférica: 24. ■ ■.
Pupilas con iridectomía total: 19.
Pérdidas de vitreo: 9.
Reacción de Kahn: Negativos: 24. Positivos: 8 (25%).
Extracciones con Erisífaco: 31.
Extracciones con pinza Arruga: 8.
Extracciones con asa: 4.
Extracciones con Ersífaco: 31. Extracciones intracapsulares: 26

(84%). Extracciones extracapsulares: 5 (16 %).

Extracciones con pinza de Arruga: 8. (Extracciones intracapsulares: 3. Extracciones extracapsulares: 5.

Tenemos la impresión y esta era también la del Profesor Gómez-Márquez que el material humano de que disponemos es sumamente malo, ya que nuestros enfermos desarrollan con facilidad iritis post-operatorias, presentándose con frecuencia también hifemas que nosotros en principio atribuimos a fragilidad capilar. Las malas reacciones que presentan nuestros enfermos probablemente es debido con mucha frecuencia a la sífilis más o menos latente que presentan nuestros enfermos y tenemos fuertes razones para sospechar que aparte de las reacciones de Kahn positivas comprobadas existen otros muchos pacientes en que la infección luética es también una realidad.

Esta es en síntesis la que os podemos decir acerca de las técnicas quirúrgicas que para la extracción de la catarata estamos siguiendo hoy en día y de los problemas que los enfermos de catarata presentan con frecuencia entre nosotros.

LA POLICLINICA, S. A.
COMAYAGÜELA

EL AHORRO HONDURENO, S
COMPAÑIA DE SEGUROS

Y CAJA DE AHORROS

Se complace en anunciar que la mayoría de los señores Médicos, así como la de los demás profesionales de la República, están protegidos por sus pólizas de Seguro sobre la Vida y contra Accidentes

SÍNDROME DE LOEFFLER

Caso presentado a la Conferencia Médica del Baltimore City Hospital, en junio de 1953, por la Doctora EVA MANNHEIM (de Honduras)

A. T-, mujer de raza negra, de 22 años, monja, fue admitida a la división de tuberculosis del Baltimore City Hospital el 9 de marzo de 1953.

Refiere la paciente que se encontraba en perfecto estado de salud hasta noviembre de 1952, época en que empezó a quejarse de tos, expectoración, ligeras elevaciones térmicas y disnea de esfuerzo. En esta época íué vista por su médico general quien le hizo tratamiento sintomático, no se hizo uso de ningún antibiótico.

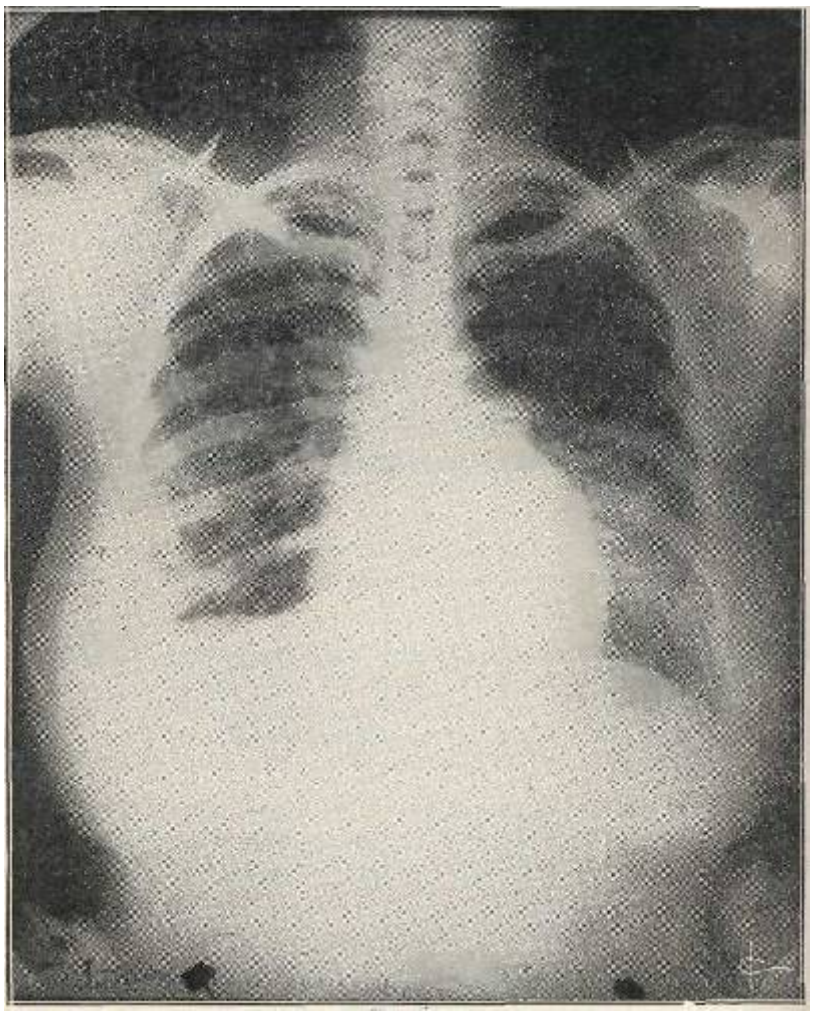
El 24 de diciembre del mismo año la paciente tuvo un ataque asmático típico, el primero en su vida; en esta ocasión fue atendida en una clínica de la localidad, recibió una inyección con lo cual.se sintió mucho mejor.

Por la persistencia de malestar general, sibilancias, poca tos y disnea se ordenó radiografía pulmonar en enero de 1953; ésta reveló infiltración de arabos vértices por lo que la paciente íué enviada a nuestro servicio.

Su historia pasada no revela nada de importancia, excepto por un proceso que fue diagnosticado como neumonía atípica en noviembre de 1950. En esta ocasión fue tratada con penicilina, las lesiones que se localizaban en las bases pulmonares evolucionaron favorablemente. No tenemos datos de los exámenes complementarios que se practicaron en esta ocasión.

La historia familiar es negativa por tuberculosis y enfermedades contagiosas.

Historia de contacto: la paciente trabajó en 1951 en un hospital para enfermos mentales, entre ellos había algunos tuberculosos.



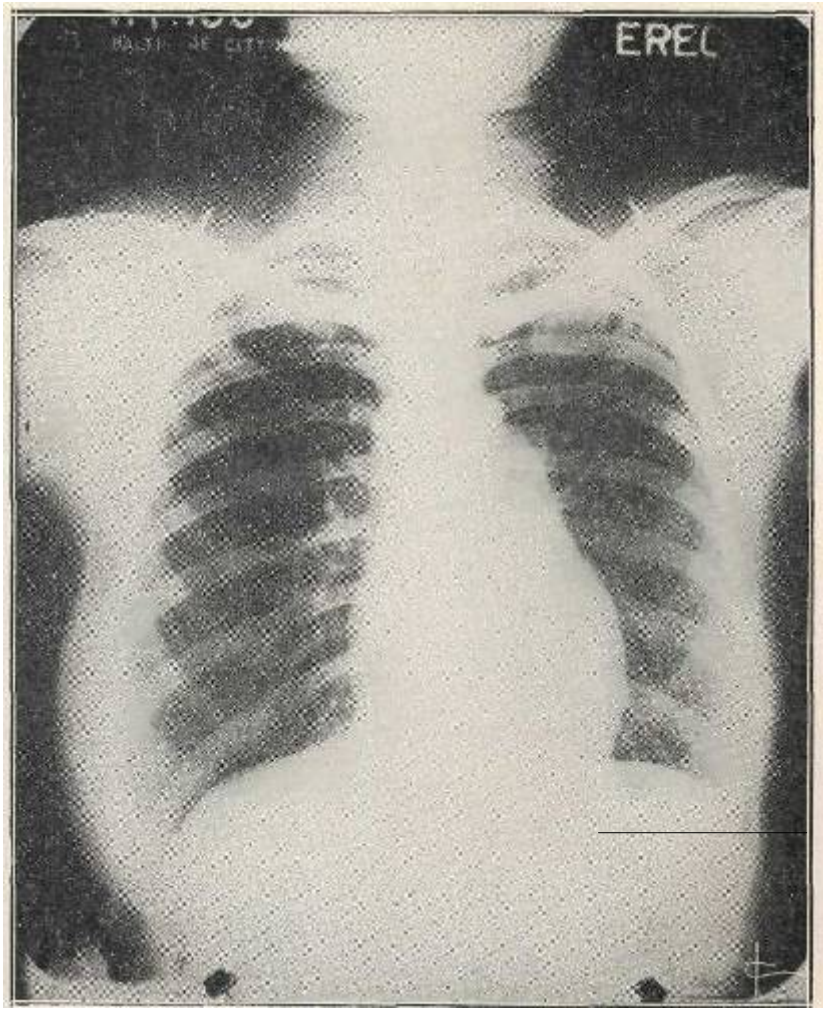
Radiografía tomada el 8 de Diciembre de 1950, cuando la páctente tuvo lo que se suponía ser una neumonía atípica. Nótese la infiltración localizada en ambas bases pulmonares

Al examen físico la paciente aparece en buen estado general, I no parece encontrarse aguda ni crónicamente enferma.

Es obesa, pesa 168 libras el día de la admisión. Temperatura 37, I pulso 80, respiraciones 22, presión arterial 110/80.

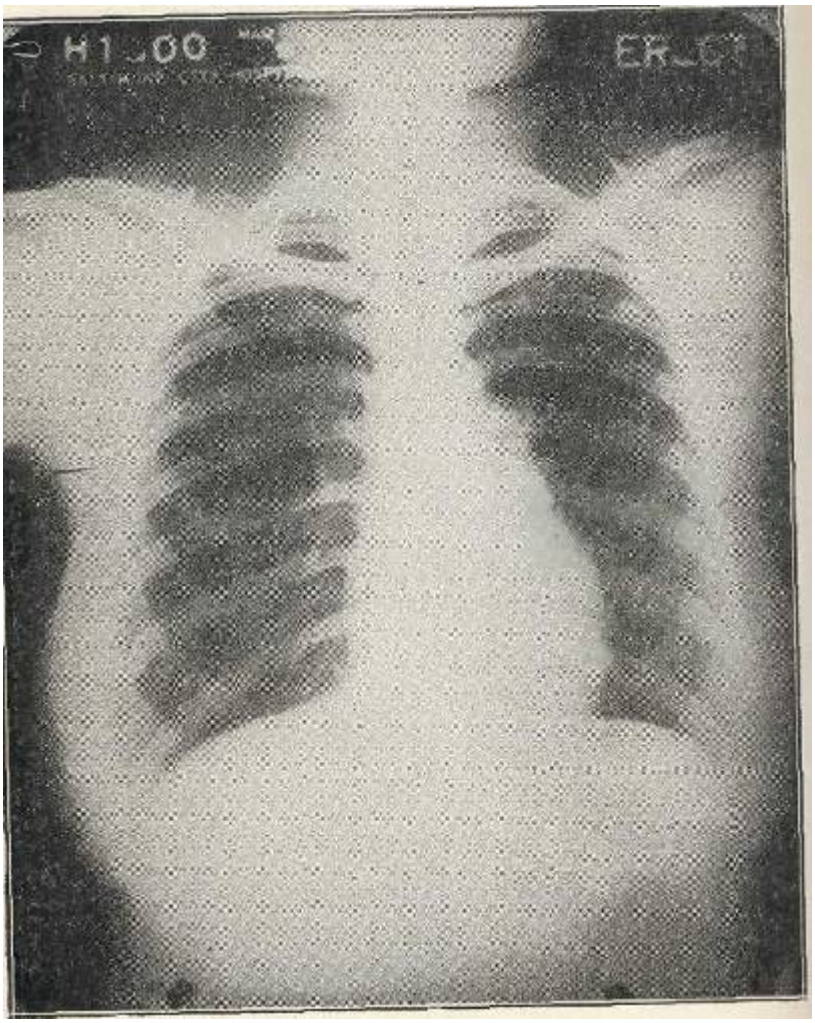
El examen físico es completamente negativo, excepto por sibi- I lancias expiraforias que se perciben sobre la región anterior del he- I mitórax izquierdo.

Exámenes de laboratorio hechos el día de admisión:



Radiografía tomada el 9 de marzo de 1953, el día en que la paciente fue admitida al hospital. Nótese la infiltración localizada en ambos vértices

Sangre: Glóbulos blancos 4.500, Hg. 16 gm. hematócrito 48, velocidad de sedimentación 50 mm., neutrófilos 46, eosinófilos 22, basófilos 5, linfocitos 26. Química sanguínea: normal. Kahn: negativo. Esputo examen directo y homogenizado negativo por bacilos de Koch. Heces: negativo por huevos y parásitos. Prueba serológica para descartar moninucleosis infecciosa fue negativa. Aglutinas frías: negativo. Pruebas de aglutinación para tifoidea y paratifoidea: negativas, lo mismo que para riquetsias y brucelosis.



Radiografía tomada el 15 de marzo de 1953, 6 días después de haber ingresado la paciente. Las infiltraciones han desaparecido casi completamente, solamente se observa pequeñísima infiltración localizada en el primer espacio intercostal anterior izquierdo

Electrocardiograma: normal.

Se hizo broncoscopía el 11 de marzo de 1953, solamente se encontró el bronquio superior derecho enrojecido y con alguna secreción.

La radiografía de admisión mostraba infiltración apical bilateral más acentuada en el vértice izquierdo.

Curso seguido en el hospital: La paciente permaneció durante toda su hospitalización en excelente condición general, asintomáíica y completamente aíebril.

Tuberculina (P.P.D. primera y segunda concentración) resultó negativa.

Exámenes de esputo en serie (directo y cultivo) permanecieron negativos.

Sucesivos recuentos mostraron una consistente eosinoíilia que oscilaba entre 22 y 34%, la fórmula leucocitaria permaneció normal.

En el frotis de secreción nasal se encontraron dos eosinófilos. Recuento total de eosinóíilos hecho el 24 de marzo de 1953 mostró 1.319 eosinófilos.

En vista de que la paciente no sufría de tuberculosis pulmonar, fue dada de alta el 28 de marzo de 1953. Las radiografías que se tomaron en el curso de su hospitalización mostraron una gradual desaparición de los infiltrados, la radiografía que se tomó poco antes de darle el alta, solamente mostraba infiltración muy tenue del primer espacio intercostal anterior izquierdo.

En el caso anteriormente descrito se hizo el diagnóstico de síndrome de Loeffler, por ser las lesiones pulmonares de carácter pasajero, la consistente eosinofilia y los síntomas característicos de este síndrome que se presentaron al principio de la enfermedad. Se comprende el daño que se le hubiera hecho a esta paciente de haber permanecido en la división de tuberculosis, pero desde el momento en que se descubrió que su tuberculina era negativa, fue aislada del resto de los pacientes y se trató de hacer todas las investigaciones lo más rápidamente posible para llegar a un diagnóstico.

Infiltraciones pulmonares pasajeras acompañadas de eosinofilia fueron descritas por primera vez por Loeffler en 1932, desde entonces varios casos han sido reportados en la literatura.

La etiología de este síndrome ha sido discutida, la mayoría de los autores se han inclinado fuertemente hacia la alergia, se le ha dado gran importancia al parasitismo intestinal, otros parecen creer que existe influencia estacional.

Sonderling reporta acerca de una epidemia que se presentó en Shanghai en 1935, ésta coincidió con la polinización de una planta llamada Privet.

Generalmente el enfermo es asintomático, o los síntomas si los hay, son muy pocos: Se pueden observar malestar general, tos, asma, disnea y ligeras elevaciones térmicas.

El curso de la enfermedad es generalmente benigno durando aproximadamente unas tres semanas.

Recientemente un caso de síndrome de Loefíler consecutivo a penicilinoterapia ha sido reportado.

En cuanto a tratamiento se han usado antialérgicos y antibióticos sin influencia apreciable sobre el curso de la enfermedad. En el caso que nosotros reportamos no se hizo ningún tratamiento.

CUADRO N° 5

Población Urbana de Comayagua de 12 a 50 años clasificada en grupos específicos

Población de 12 a 50 años 3.200	Escolares	%	Masculino	%	Femenino	%
	309	9.6	147	4.6	162	5
	Colegiales	%	Masculino		Femenino	%
	91	2.8	33	1	58	1.8
	Escuela Rural	%	Masculino	%		
	95	3	95	3		
	Maestros	%	Masculino	%	Femenino	%
	26	0.8	6	0.2	20	0.6
	Militares	%	Masculino	%		
	55	1.7	55	1.7		
	Trabajadores de Caminos	%	Masculino	%		
	331	10.3	331	10.3		
	Reos	%	Masculino	%	Femenino	%
	122	3.8	120	3.7	2	0.06
	Meretrices	%				
	19	0.6				

LOCALIDAD INVESTIGADA

Comayagua está ubicada en un Valle que se extiende de Sur a Norte en una longitud de 42 kilómetros, ¡imitada orográficamente al Oriente por la Sierra de Comayagua y al Sur-Oeste por la Sierra de Montecillos. Todos los barrios de la localidad son transitables en carro, la población se compone de comerciantes, estudiantes y agricultores que se dedican al cultivo de maíz, frijoles, café, algodón, etc. Comayagua se encuentra unida a la capital de la República, Tegucigalpa, D. C, por una carretera de tierra, cuyo recorrido se hace en dos horas y media y tiene una longitud de 105 kilómetros. Su clima es variable del cálido al fresco y está situada a una altura de 606 metros sobre el nivel del mar.

Plano de la ciudad de Comayagua indicando los lugares donde nos situamos para hacer la extracción de sangre.

I-Brigada de Sanidad. **2-Escuela** de Niñas. 3-Escuela de Niños. 4-Colegio. 5-Escuela Rural

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Las diversas fases del programa fueron las siguientes: ¡"—INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PUBLICO. 2°—EXTRACCIÓN DE SANGRE. 3º—DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. 4º—EXAMEN CLÍNICO DE LOS CASOS POSITIVOS. 5?__TRATAMIENTO. 6?—INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

El cuadro «B» muestra el total de reacciones serológícas positivas y porcentaje del cuadro N" 5.

CUADRO «B»

Escolares	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
309	29	9.3	147	13	8.7	162	16	9.8
Colegiales	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
91	2	2.2	33	0	0	58	2	3.4
Esc. Rural	Positivos	%	Masculino	Positivos	%			
95	6	6.3	9E	6	6.3			
Maestros	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
26	4	15.3	6	4	66	20	0	0
Militares	Positivos	%	Masculino	Positivos	%			
55	25	45.4	55	25	45.4			
Trab. Caminos	Positivos	%	Masculino	Positivos	%			
331	43	13	331	43	13			
Reos	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
122	20	16.3	120	40	16.6	2	0	0
Meretrices	Positivos	%						
19	12	63						

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS

Con verdadera satisfacción puedo decirles que todas las personas examinadas serológicamente, recibieron sus resultados personalmente, habiendo tratado en esta forma el 100% de los casos positivos. El tiempo trascurrido entre la toma de sangre y el informe del Laboratorio fue de 48 horas. Es interesante hacer notar la puntualidad e interés demostrado por todas las personas al presentarse a reclamar el resultado del examen de sangre, ésto se debió en gran parte a la previa campaña educadora, así como a la decidida cooperación de las autoridades y más que todo a la respuesta satisfactoria del pueblo de Comayagua.

EXAMEN CLÍNICO DE LOS CASOS POSITIVOS

Todos los casos positivos descubiertos fueron sometidos posteriormente a un cuidadoso examen clínico. Las personas con reacciones serológicas positivas acusaban antecedentes de infección venérea 81% y evidencia clínica de infección sifilítica 20%.

Las formas clínicas de sífilis descubiertas fueron las siguientes:

SIFILIS ADQUIRIDA

Reciente	%	Sintomática	%	Latente	%
126	39	62	19	64	20
Tardía	%	Sintomática	%	Latente	%
164	50.3	0	0	164	50.3

SIFILIS CONGENITA

36	%	Sintomática	%	Latente	%
Tardía	11	2	menos del 1 por ciento	34	10

Tres exámenes al campo obscuro, con resultado negativo.
Cuatro casos de falsas Biológicas positivas.

Otras enfermedades Venéreas: 4 casos de gonorrea y 3 casos chancroide.

TRATAMIENTO

Se trató el 100% de los casos positivos con PAM, siguiendo el esquema recomendado por el IV Congreso Centroamericano de Venereología celebrado en San José de Costa Rica.

Sífilis reciente; sintomática y latente, una inyección de dos millones cuatrocientas mil unidades el primer día, una segunda inyección de 1,200.000 unidades el tercer día y otra dosis igual tres días después hasta hacer una suma total de 4,800.000 unidades.

Sífilis tardía latente: el mismo esquema anterior más una dosis adicional de 1,200.000 unidades tres días después hasta hacer una suma total de 6.000.000.

Sífilis congénita tardía, igual tratamiento que para el de la sífilis adquirida. No se observaron reacciones focales o generales al uso de este antibiótico.

El cuadro «C» indica el total de personas tratadas por sífilis y porcentaje.

CUADRO «C»

Total de casos positivos	Total de casos tratados	%
330 +	326	100

+ Cuatro resultaron falsas positivas.

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La investigación epidemiológica se realizó en todos los casos positivos. Los contactos sexuales, familiares o extraíamiliares fueron todos tratados, aún cuando no presentaban la mayoría de ellos evidencia clínica de infección. Todas las mujeres embarazadas de la localidad fueron examinadas para prevenir la sífilis adquirida inútero, así sobre un total de 1,014 mujeres sometido a examen serológico 51 resultaron embarazadas o sea 5,02% y de ellas 3 resultaron positivas o sea 5.8%.

COSTO

El costo total de la encuesta fue de Lps. 2,365.00 incluyendo todos los gastos: personal, drogas, hojas impresas, gastos de laboratorio, etc. El costo percápita de tratamiento incluyendo el gasto adicional de los contactos sexuales, familiares o extrafamiliares tratados fue de Lps. 2.79.

SUMARIO

1?—Se detallan las principales características de la zona de trabajo, observando que se operó sobre la población urbana de 5,444 habitantes, donde están incluidos un grupo de población especifica de 1,038 personas clasificadas entre escolares, colegiales, escuela rural, maestros, militares, trabajadores de caminos, reos y meretrices. Se describe someramente la localidad investigada.

2"—Se enumeran las diferentes fases del programa, destacando que únicamente el análisis serológico de las muestras no se realizó en el lugar de la encuesta, y que a pesar de esto en el término de 48 horas fue posible informar al público sobre la importancia-social de combatir las enfermedades venéreas, y extraer la sangre, examinar clínicamente los casos positivos y administrarles la primera dosis del tratamiento a base de PAM.

3-—Se destaca la labor de información y educación del público con anterioridad y durante el desarrollo de las fases del programa, por medio de: circulares, placas en el teatro de la localidad, cuñas en los periódicos de mayor tiraje en la República, hojas sueltas, charlas en colegios y en escuelas y pláticas previas a la toma de sangre.

4C—Se indica la forma en que se hizo la extracción de sangre, 150 muestras en el lapso de una hora y cuarto, haciendo notar que el 100% de la. población se presentó voluntariamente.

5?—Se demuestra que el promedio de personas comprendidas entre los 12 a 50 años que por primera vez se practicó un examen serológico llegó al 100%.

6'—Se consigna por medio del cuadro «A» que el 78% de la. población sexualmente activa fue examinada y que el 13.7% de esa población tiene reacciones positivas.

7~—Se demuestra por medio del cuadro «B» los diferentes porcentajes de positividad obtenidos en los grupos específicos, predominando en las meretrices 63%, y militares 45.4%; disminuyendo a 2.2% en los colegiales.

8C—Se hace notar el interés y la puntualidad de las personas para reclamar su examen de sangre, pues a pesar de lo prolongado del tiempo entre la toma de sangre y la distribución de resultados el 100% de ellos fueron reclamados voluntariamente.

9°—Se hace constar que todos los casos positivos descubiertos, fueron examinados con posterioridad clínicamente y clasificados en los diferentes tipos de sífilis, resultando 70% sífilis adquirida latente, reciente y tardía. 20% de sífilis adquirida sintomática, reciente y tardía. 11% de sífilis congéniia. Menos del 1% de otras enfermedades venéreas y de falsas biológicas positivas.

10-—Se consigna que el 100% de los casos positivos fueron tratados conforme a los esquemas recomendados por el IV Congreso Centroamericano de Venereología, consignado en el cuadro «C» que de 326 casos positivos el 100% de ellos fueron tratados.

11?—Se hace notar que se practicó una minuciosa investigación epidemiológica, localizando de preferencia a las mujeres embarazadas, resultando 51 en este estado, sobre un total de 1,014 mu-

jeres examinadas y saliendo positivas por sífilis 3 de ellas o sea un 5.8%.

12?—Se hace notar el bajo cosió global y per-cápita de la encuesta serológica que costó un total de Lps. 2.365.00 y per-cápiía

CONCLUSIONES

1?—La realización del programa del control de las enfermedades venéreas con Educación Anti-venérea concomitante se llevó a cabo en la zona urbana de Comayagua.

2°—El 78% de la población sexualmente activa comprendida entre los 12 y 50 años íué examinada serológicamente.

3'—El 13.7% de la población examinada resultó positiva,

4º—El 100% de los casos positivos fueron examinados clínicamente y tratados con PAM.

5°—El examen serológico fue practicado por primera vez en masa a una población urbana en Honduras.

6°—El 100% de la población comprendida entre los 12 y 50 años realizó por primera vez un examen serológico.

7º—El 81% de la población con reacciones serológicas positivas tienen antecedentes de infección sifilítica.

8?—El 20% de la población con reacciones serológicas positivas tienen evidencia clínica de infección.

9?—Las meretrices y militares tienen el porcentaje más alio de sífilis 63% y 45% respectivamente.

10°—El tipo de sífilis latente es el predominante, 80% llegando la forma sintomática al 20%.

11?—El costo per-cápita en lempira, moneda nacional fue de L. 2.79 menor que el de otras encuestas realizadas en otros países.

12?—La Brigada Sanitaria de la localidad quedó organizada en la forma de que puede continuar haciendo el control médico-sanitario posterior de los casos de Enfermedades Venéreas, evitando así perder el trabajo inicial realizado en ese Sector de la República.

13?—El programa de control de las Enfermedades Venéreas, como dejo apuntado, es económico y de rápida ejecución dejando como saldo satisfactorio llenados uno de los objetivos sanitarios fundamentales de la Campaña Anti-venérea.

14°—Basado en la experiencia obtenida en la presente encuesta recomiendo la aplicación de este tipo de trabajo en las zonas urbanas que carezcan de asistencia médico-preventiva contra las Enfermedades Venéreas.

REFERENCIAS

±*v*—Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, mes de Agosto de 1953, Vol. XXXV, N* 2, página 132.

2"—Boletín Sanitario, Órgano de Difusión del Ministerio de Salud Pública, N" 75 correspondiente a los meses de Abril, Mayo y Junio de 1952, página N[11] 1, Asunción, Paraguay.

3? Memoria del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología. — San José de Costa Rica, página N[v] 50.

SOBRE UN CASO DE LINFOGRANULOMATOSIS VENÉREA

Poi el Dr. Virgilio Banegas *M,*

Para la sesión de este mes, se me designó que presentara un trabajo quirúrgico a la consideración de Uds. Voy a informarles sobre un caso de Abdomino-Perineal con la Técnica de Bacon, en una paciente que sufría de Linfogranulomatosis Venérea del Recto; dejando para el futuro un trabajo más amplio sobre el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

Las operaciones Abdomino-Perineal en nuestro medio son muy poco frecuentes y sobre todo las verificadas con la Técnica de Bacon; pareciera que los Cánceres del Recto son poco frecuentes y que los casos en los cuales se presenta, ya están muy avanzados y la operación por esta causa no se verifica.

Se trata de una paciente de 34 años de edad, casada, de oficios domésticos, nacida en esta ciudad, quien consulta a mi oficina a principios del mes de octubre de 1953, quejándose principalmente de dificultad para la defecación; síntoma que principió hace más de 3 años y que desde hace algún tiempo esta dificultad se asemeja a un estorbo que pareciera un tapón que le impide verificar la necesidad fisiológica mencionada en forma normal; estreñimiento acentuado, tiene que permanecer mucho tiempo en el inodoro, haciendo grandes esfuerzos para defecar; desde un principio ha estado usando enemas, los cuales le ayudan grandemente; las materias fecales son escasas, color amarillo oscuro, la mayor de las veces acompañada de salidas de sangre por el Recto y de forma acintada. En los últimos 3 meses sus síntomas se han acentuado y su estado general va cada día peor. Ha perdido alrededor de unas 40 libras desde el principio de su enfermedad, come muy poco por temor a la crisis dolorosa que le provocan las defecaciones.

La historia pasada se presenta sin ningún dato de importancia y en la revisión de síntomas generales, no se encuentra más que el

mencionado en la historia con excepción de un temperamento nsr-vioso bastante acentuado.

Menarquia a los 15 años, tipo 30 sobre 4, se casó a los 18 años, ha estado embarazada 4 veces, embarazos que han llegado a partos normales, el último hace 4 años. No hay trastornos menstruales ni flujos.

En el examen físico nos encontramos con una persona bastante nerviosa, delgada, con la cabeza, cuello y tórax normal, no hay signos pulmonares ni cardíacos un pulso de 70 por minuto, una temperatura de 37 grados y una presión arterial de 100 sobre 58.

Con los datos recogidos, creímos de que se trataba de una estrechez rectal por Cáncer o por una Linfogranulomatosis.

Propuesta a la señora un examen de Biopsia y anunciándole la probabilidad de verificársele una Colosíomía, se negó a toda intervención quirúrgica y temiendo que la Biopsia fuera una operación de mayor envergadura, no se presentó al Hospital en la fecha y hora indicadas. Perdí de vista la paciente por 2 meses y no íuó sino hasta que, en los primeros días del mes de diciembre del año recién pasado se presenta nuevamente a mi oficina, llevando consigo, examen radiológico de Pulmones y de Colón los cuales eran informados como normales además de un informe de Biopsia en los siguientes términos: Diagnóstico Macroscópico: Pequeño fragmento color blanquecino, sin particularidades. Diagnóstico Microscópico: Observamos zonas revestidas de tejido pavimenioso del ano con ligera hipertrofia inflamatoria, con una dermis colagenizada, y en ciertos sitios infiltrados granulosos inespecíficos probablemente proceso inflamatorio de tipo crónico. No hay células aiípicas, ni presencia de glándulas en el fragmento examinado. Resumen: Esclerosis consecutiva, probablemente a inflamación de tipo crónico. (í.) *J.* Adán Cueva.

Exigí a la paciente que ingresara a un Centro Hospitalario ya que la pérdida de tiempo representaba cada día un estado general peor. En el Hospital «Centro Médico Hondureno», se le reconoció clínicamente y no encontramos nada nuevo con excepción de que el timpanismo era un poco más marcado y que había perdido unas libras más de peso, en esta ocasión su peso era de 82 libras.

Se obtiene consulta con el Dr. Ramón Larios Contreras quien fue de opinión por una Colostomía temporal para ser en un segundo tiempo previa preparación la Recto Sigmoidectomía; explicándole a la paciente su estado y la necesidad de la Colostomía ella se negó rotundamente a la operación. Consultado el caso con el Dermatólogo Dr. Hernán Corrales P., nos informa lo siguiente: «Nos parece clínicamente una forma ano rectal infiltrativa sin edema ele-fantiástisco aún de Linfogranulomatosis Venérea- Haremos Reacción de Freí y discutiremos con el Dr. Banegas tratamiento». La He- 1 acción de Freí fue positiva y se concluyó definitivamente en que se trataba de un caso de Linfogranulomatosis del Recto.

Discutido el caso con los colegas mencionados, creímos que se I prestaba para una operación Abdomino-Perineal con la Técnica de I Bacon.

Previo tratamiento preoperatorio que la paciente requería se le llevó a la sala de operaciones el día 21 de diciembre de 1953, los exámenes complementarios nos habían indicado en un principio lo siguiente: Eritrocitos 2.690.0G0, Leucocitos 4.700, Hemoglobina 11, Fórmula Leucocitaria con Neutroíilos 36, Liníocitos 59, Mono-citos 1, Eosinóíilos 4, Reacción de Kahn negativo, examen de orina y materias fecales negativo, Nitrógeno no proteico y glicemia normales.

En la fecha mencionada se inicia la operación a las 8 de la mañana se termina a las 11 a.m. y durante ese tiempo se le transfundió 1.000 c. de sangre; la paciente sale en un estado precario, pero antes de seguir adelante, permítaseme hacer una descripción de la Intervención Quirúrgica.

Se abre el abdomen a través de una incisión oblicua izquierda a unos 6 centímetros por encima del arco de Poupart, extendiéndose desde un poco más afuera de la espina ilíaca antero superior hasta el nivel de la espina del pubis, se expone el Recto Sigmoide y lo encontramos libre en todas sus paredes con excepción de la anterior, la cual se encuentra bastante adherida a la pared posterior de la Vagina. Principiamos por hacer la incisión bastante amplia de la hoja izquierda del Meso-Sigmoide, llevándola hasta *e* íondo de saco Rectouterino y continuándola hacia arriba por la hoja derecha del mismo Meso; entre más amplia es esta incisión, mayor movilidad se obtienen del Sigmoide y parte terminal del Colon descendente. A través de la disección se expone el Uréter izquierdo y los vasos ilíacos con el objeto de no lesionarlos. Igualmente se diseca la mesentérica inferior y [sus] ramas y arcadas comunicantes. Se determinó perfectamente bien la hemorroidal superior, se ligó con hilo de algodón y tuvimos el cuidado de no hacerlo por encima de la rama Sigmoidea para evitar la neocrosis del extremo terminal del Sigmoide. Entonces nos fue fácil determinar por el latido de las arterias hasta que nivel el Sigmoide está irrigado y en ese lugar se coloca un punto de seda negra que nos indicará en el tiempo peri-neal hasta donde debemos cortar el Recio Sigmoide. Continuamos disecando con los dedos el espacio celular post-rectal lo mismo que a los lados del Sigmoide, haciéndolo lo más profundamente posible, con el objeto de que el tiempo perineal sea más sencillo. La disección de la pared anterior se hizo bastante laboriosa por la adherencia de la pared posterior de la Vagina y tuvimos que hacerla por medio de la tijera. Pusimos de relieve los ligamentos laterales del Recto los cuales cortamos previa ligadura y llegamos hasta la cara superior del músculo elevador del ano. Llevamos el Sigmoide a ocupar la cavidad de la pelvis menor y suturamos por encima las hojas perifonéales del Meso Sigmoide. Cerramos la pared abdominal por planos.

A continuación verificamos el tiempo perineal, colocando a la paciente en posición de Liiotomía, dilatamos el esfinter anal por medio de ambos índices y hacemos una incisión circular a nivel del límite de la mucosa con la piel, continuamos la disección de la mucosa ano rectal, descubriendo los esfínteres y al haber salvado estos elementos se sigue la disección hacia arriba, cerrando el oriíi-

ció anal por medio de una pinza, la que nos sirve de tracción para ayudarnos a la liberación del recto. Nos encontramos con los elevadores del ano, los cuales se pínzan, se cortan y se ligan; se tira el recto hacia afuera de la cavidad y entonces nos encontramos con el punto de seda que hemos colocado, durante el tiempo abdominal, en el límite de la irrigación sanguínea, se corta el recto Sigmoide a ese nivel, reparamos el suelo perineaí y se colocan algunos puntos que fijan el Sigmoide a los esíinteres del ano; colocamos dreno a la pelvis menor, sondas en la abertura del Sigmoide y ala Vejiga.

Durante este segundo tiempo, la paciente entra en shock y nuestra disección fue hecha con rapidez, por lo cual creemos que fue la causa de lesionar el esfínter interno del ano, como comprobamos la incontinencia de materias en el post-operatorio, durante el cual tuvimos como complicaciones la dilatación del estómago e ileo paralítico, el cual resolvimos con succión continua y Prostigmina inyectada intramuscularmente una ampolla cada 6 horas. A pesar de haber sido el post-operatorio un tanto dramático la paciente sale recuperada del Hospital a los 10 días presentando incontinencia de materias fecales, comprobando ia presencia y la acción del esfínter externo, por lo que le indicamos ejercicios diarios de contracción, lo que nos da por resultado que 4 meses después la paciente tiene alrededor de 3 asientos diarios, lo que le hace llevar una vida social más o menos perfecta, durante esos meses ha aumentado 30 libras de peso.

A pesar de las incontinencias que presentó la paciente en un principio, ya que ha sido controlado en parte por el buen manejo que se hizo del esfínter externo del ano, nos encontramos satisfechos si consideramos que Bacon en su primera serie de 5 casos, 3 murieron a consecuencia de Peritonitis, por trastornos circulatorios y los otros 2 quedaron incontinentes. Últimamente Bacon ha indicado con una Técnica más depurada y en una serie bastante grande que ha obtenido solamente un 5% de incontinencias.

Creemos que la Técnica por él descrita no es conveniente para el tratamiento del Cáncer del Recto pero sí, es una bella intervención para tratar las estrecheces del Recto causadas por Linfogranuloma, Endometrioma o Diverticulosis de la región; como se comprenderá el hecho de no dejar una Colostomía Abdominal es un dato muy importante para el paciente, ya que le evita lo desagradable de la Colostomía.

Las complicaciones son las mismas que se presentan en los otros tipos de Abdomino-Perineales, agregando a la de Bacon la necrosis del Sigmoide terminal debido a errores cometidos durante las ligaduras de la arteria hemorroidal superior-.

Para terminar copio el informe Anatomía Patológica de la pieza operatoria:

DIAGNOSTICO MACROSCÓPICO: Pieza de unos 30 cm. de largo, envuelta en tejido fibro-adiposo, que incindida en su parte

media se presenta dura y con una luz rectal muy disminuida y rodeada, por un tejido fibroso de características inflamatorias, dicho tejido tiene un rodete de unos 2 cm. de anchura.

DIAGNOSTICO MICROSCÓPICO: El corte hecho hacia la parte media de la pieza, pone de manifiesto en primer lugar una metaplacia de tipo pavimenióso, las glándulas han desaparecido por completo, hacia el corión nos encontramos con intensa reacción hipertrófica fibromuscular y entre los haces infiltrados linfo-plasmociíarios (crónico). Le caracteriza la presencia de islotes epiteliodes con reacción giganto-celular de tipo macrofágico.

RESUMEN: Línfogranuloma venéreo del recto, (f.) J. Adán Cueva.

SEPARATAS

I

LA PRUEBA DE LA RANA PARA EL DIAGNOSTICO DEL EMBAKAZO

BIT, **¡ane E. Hodgson.**

Si. Paul, Minn.

De América Clínica — Volumen XXIV — N° 3. Marzo, 1954.

Durante los últimos años se ha descrito con frecuencia el procedimiento diagnóstico del embarazo con la utilización de la rana macho; aunque la mayoría de los artículos, por estar descritos por i patólogos, no eran lo bastante específicos para servir de guía a médico interesado en llevar a cabo la prueba en su propio consultorio. En las siguientes líneas se intenta precisamente facilitar las condiciones técnicas de este diagnóstico.

El fundamento general de la prueba es el hallazgo de elementos del esperma en la vejiga de la Rana pipíens macho, una vez inyectada con cierta cantidad de gonadotropina coriónica (aproximadamente una unidad por gramo del animal).

TÉCNICA

Las ranas machos adultas se conservan en un recipiente esmaltado cubierto, el cual se guarda en un refrigerador entre 0 y 10 I c, a esta temperatura las ranas quedan con letargo de invernada y no necesitan atención ni alimento. El sexo del animal deberá ser comprobado; el macho se distingue por tener dedos pigmentados y estar sus sacos aéreos dilatados, así como por su facultad de croar.

Peso de los Amma5es=—Como las ranas pueden pesar de 20 a 60 gm., es conveniente saber la cantidad que se les ha de inyectar. Nuestra dosis es de 1 ce. de orina o de suero por cada 10 gm. de peso.

Estudio preliminar **de la** orÍEia **de la rana-**—Después de trasladar al animal en un recipiente limpio con objeto de que se eleve su temperatura, se probará la ausencia de espermatozoos de su orina. La orina se obtiene por inserción de una pipeta capilar en la

cloaca. Se examina bajo microscopio, para eliminar la posibilidad de reacciones falsamente positivas.

Inyección de orina **humana.**—Se utiliza la. orina emitida por la mañana mientras la paciente está en ayunas. Se recomienda filtrarla, después de lo cual la densidad deberá ser por lo menos de 1.010. La cantidad necesaria de orina (1 *c.c.* per cada 10 gm. de rana) se inyecta entonces en la cavidad del peritoneo o en el saco linfático dorsal del batracio. Se cuidará de que no haya pérdida de líquido por orificio de entrada de la aguja liipodérmica. La rana se coloca entonces en un recipiente; entre los 30 minutos **y** las 3 horas que siguen se obtiene orina del animal y se examina para comprobar la presencia o la ausencia de espermatozoos. En el segundo caso será necesario confirmar la respuesta negativa con la concentración de la orina y su sucesiva inyección a oíros dos animales. Si entonces tampoco se obtiene resultado, se **considera la** respuesta como negativa. Si las pruebas negativas se han obtenido dentro del plazo de 15 días a partir de la última menstruación, se repetirá a la semana siguiente.

Inyección de suero humano.—Se centrifugan 20 c.c. de sangre sin oxalatar, el suero de la cual se inyecta a dos ranas a razón de 1 c.c. por 10 gm. de peso del animal. Se examina la orina de la rana para comprobar la presencia de elementos espermáücos en el período entre 30 minutos y 3 horas después de la inyección. La respuesta positiva en ambas representa una prueba de embarazo. Los resultados negativos antes del 42 día del ciclo imponen la repetición del experimento una semana después.

Las ventajas de emplear el suero son varias: (1) es menos tóxico para la rana; (2) elimina la necesidad de concentrar la orina en los casos de respuestas negativas; (3) se puede llevar a cabo la prueba en cualquier momento del día; Í4) se evita tener que llevar la orina a un laboratorio para su concentración.

UTILIDAD Y EXACTITUD DE LA PRUEBA

Como la respuesta de esta prueba se basa en la presencia de gonadotropina coriónica en la orina, el número de respuestas falsamente negativas será superior en los laboratorios en los **que** se emplee orina sin concentrar, en que el estado de salud de las ranas deje que desear, y en aquellos en que se tomen por definitivas las respuestas negativas obtenidas en los primeros días de la gestación. Con todas las precauciones del caso, la reacción puede considerarse exacta en un 98% de los casos. En gestaciones patológicas, como son el embarazo ectópico, el aborto inminente y la mola hidatiforme, la prueba de la rana es de extrema utilidad diagnóstica, en especial por la rapidez con que se obtiene la respuesta. Si en una mujer que presenta signos clínicos.de embarazo la prueba de la rana es negativa después del día 42 del ciclo, se puede predecir que la gestación es patológica y de evolución anómala. La utilidad de este procedimiento se reconoce hoy día en diversas circunstancias, ya que la madre moderna desea saber cuanto antes posible si

está en estado grávido, ya sea porque trabaja y necesita hacer planes con la necesaria anticipación, por tener problemas de vivienda, etc. La facilidad con que puede llevarse a cabo en el consultorio particular del médico hacen recomendable esta prueba, aparte e] hecho de que con la misma puede conocerse, en un momento precoz, la evolución de un embarazo patológico. La reacción con la rana es también de uso práctico como prueba de rutina antes de toda operación; cualquier cirujano está expuesto a descubrir un embarazo a la laparatomía, por lo que un método de laboratorio que elimine la posibilidad de este error ha de ser ciertamente bienvenido.

* * *

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES VASCULARES DEL CEREBRO

Dr. I. M. Nielsen. **Los Angeles,** California.

De América Clínica, Volumen XXIV, N? 3, Marzo, 1954.

Al hablar de estas lesiones se piensa ante todo en las trombosis, la embolia y la hemorragia, a pesar de pertenecer a la misma categoría do alecciones vasculares del cerebro la hemorragia subaracnoidea y el hematoma subdural. Las neoplasias deben entrar en consideración como elementos del diagnóstico diferencial.

Trcmbosis cerebral.—En la literatura de los últimos años se ha discutido extensamente el tratamiento de la trombosis cerebral con el bloqueo del ganglio estrellado o con la inyección intravenosa de procaína, pero no se ha puesto suíiciente énfasis en el hecho de que estos métodos no disuelven el coágulo del vaso cerebral, y, por lo tanto, son medios para combatir una amenaza de trombosis.

Se ha reconocido que en caso de ocurrir la lesión vascular arterioesclerótica, reumática o sifilítica, de los vasos cerebrales, el factor precipitante de la trombosis es la reducción general de la eficacia.circulatoria; por este motivo una obstrucción coronaria puede provocar la trombosis cerebral y lo mismo puede hacer una úlcera péptica sangrante o simplemente un trastorno emotivo.

Nuestros conocimientos actuales de la circulación cerebral se han perfeccionado en alto grado gracias a la angiografía. Se sabe por ejemplo, que la sangre tarda cuatro segundos y medio en pasar de la arteria carótida interna hasta la vena yugular. Antes de que ocurra la trombosis en una arteria cerebral, la circulación modera su velocidad considerablemente, lo que se manifiesta por pa- I restesias, paresias ligeras e incluso por alteraciones visuales. En algunos pacientes ocurren cinco o más de estos avisos antes de for-

marse el coágulo. Precisamente en esta fase todavía reversible serán útiles los tratamientos preventivos a base del bloqueo del ganglio estrellado o de la inyección endovenosa de procaína.

Si el paciente se observa a las pocas horas de presentarse las manifestaciones de lo que tiene aspecto de ser una trombosis cerebral, el médico deberá decidirse por uno de los dos métodos. Sí tiene habilidad en practicar el bloqueo del ganglio estrellado con novocaína, lo aplicará sobre el del lado opuesto a la hemiplejía. Si la inyección ha sido correcta, aparecerá un síndrome de Horner, con Ptosis palpebral y miosis a los 15 minutos. Si el Médico no domina este método, deberá administrar una infusión intravenosa de 500 mg. de procaína en 500 ce. de solución salina, en dos horas. Este último procedimiento no se debe recomendar si hay razón para sospechar una hemorragia cerebral.

Antes de instituirse el tratamiento indicado en la amenaza hay que confirmar el diagnóstico. Los datos siguientes son de considerable ayuda para ellos: (1) la trombosis suele ocurrir durante el descanso, por lo que es más frecuente en las horas de la noche; (2) no aparece bruscamente, como la hemorragia o la embolia; (3) en la amenaza de trombosis el líquido c.r. apenas presenta glóbulos rojos, en tanto que en la hemorragia éstos son abundantes. Hay que conceder que a veces, por falta de antecedentes precisos, puede creerse que una trombosis ha aparecido bruscamente y que, por el contrario, la hemorragia enquistada no ha mostrado aparecer elementos hemáticos en el líquido c.r. También es cierto que una neoplasia puede comprimir un vaso de modo que clínicamente dé la impresión de tratarse de una trombosis.

Embolia cerebral.—La embolia es un accidente brusco; si el vaso es de alguna importancia y queda obstruido, el sujeto cae como fulgurado. Al examen suele revelarse la fibrilación auricular y los soplos cardíacos. La infusión endovenosa de procaína se indica como medida inmediata, pero el origen del émpolo debe merecer ía consideración fundamental.

Hemorragia cerebral,—Hoy día está demostrado que es algo raro que ocurra una hemorragia masiva por rotura de un gran vaso. El concepto moderno es que casi siempre en la hemorragia traumática, hay parálisis vasomotora primero, de modo que la pérdida de sangre ocurre por diapédesis. La hemorragia masiva, menos frecuente pero posible, destruye la materia cerebral como lo haría una bomba, en tanto que la diapédesis deja a los tejidos con su características y meramente infiltrados de sangre.

Cuando una hemorragia intracerebral queda limitada, y no hay invasión del espacio subaracnoideo o de un ventrículo, el líquido c.r. puede permanecer claro sin que aumente su presión. Los signos neurológicos en foco son parecidos a los que provocaría una neoplasia. Este tipo se presta al drenaje quirúrgico, pero si se deja, la sangre obra como cuerpo extraño e induce fácilmente la epilepsia.

La hemorragia cerebral masiva es un accidente tan grave, generalmente acompañado de coma, que poco puede hacerse por el

paciente. El líquido c.r. está muy mezclado con sangre. El paciente se mantendrá con la cabera levantada y se le colocará una bolsa de hielo en la cabeza para conseguir la vasocostricción.

No se recomienda repetir las punciones lumbares porque provocan la hemorragia. Si el paciente vive después de las primeras 24 horas, queda alguna esperanza. Si pasa de las 48 horas, el pronóstico es bueno por haber posibilidades de salvarle la vida, pero malo en lo que se refiere a la función cerebral.

Diagnostico **y tratamiento** del **aneurisma coneyáraülo** «Se los **vasos cerebrales.**—'Los aneurismas congénitos del polígono de Willis o las anomalías congénitas de esta región vascular suelen presentar síntomas antes de su rotura, y un síndrome particular si hay pérdida más o menos grande de sangre por las paredes de la lesión. Las anomalías se revelan de manera distinta según la región anatómica en que asientan, por esto no puede describirse un síndrome preciso. Por otra parte los aneurismas saculares del polígono de Willis suelen motivar cefalalgias que son muchas veces erróneamente diagnosticadas como jaqueca.

Si se recuerda que la jaqueca es un síndrome clínico debido a! espasmo o a la dilatación de un vaso cerebral, se comprende que pueden ocasionarla causas orgánicas entre las cuales puede contarse el aneurisma; otras son la enfermedad de Buerger, la afección reumática y la sífilis meningovascular. Las cefalalgias que siempre asientan en la misma zona son sospechosas de aneurisma, por lo que se justifica la angiografía.

Después de la rotura o del derrame de un aneurisma, el paciente presenta un síndrome completamente distinto. Generalmente se queja de intensa cefalalgia, limitada, con vómito, pérdida ocasional de la conciencia, estupor y rigidez de la nuca. Puede presentar una parálisis extraocular con diplopia; eí cuadro clínico es el de una meningitis. El líquido c.r. es sanguinolento y está hipertenso. Si el coma es profundo, es posible que el paciente no acuse rigidez ni signo de Kernig.

Se han operado casos de galucoma, de arteritis temporal, de tic doloroso y de tumor, con la creencia de que se trataba de un aneurisma.

Hematoma subdusraL—El antecedente de *este* síndrome comprende un traumatismo, pérdida inmediata del conocimiento con aparente vuelta a la_ normalidad, seguida de cefalalgia, estupor progresivo, pupila ipsilaíeral dilatada y de escaso reflejo, hemiplejía y señales de aumento de la presión intracraneal.

En los casos de embriaguez es difícil saber si el paciente se dio un golpe en la cabeza. De todos modos, incluso en aquellos en que el sujeto se halla sin conocimiento, el trauma pudo haber sido de poca importancia. El accidente grave puede aparecer después j de una semana del traumatismo, cuando las equimosis superficia-les ya han desap¿irecido. La historia de un golpe no siempre es demostrativa; éste puede haber sido causado al caerse el pacienle debido al accidente circulatorio.

El coma inicial no siempre aparece. Es frecuente que se recluyan estos pacienies como mentalmente enfermos. Respecto a la cefalalgia, la regla es que persista en el lado de la lesión pero muchas veces eí tipo de cefalea no ofrece ayuda diagnóstica.

En los casos clásicos, eí estado de las pupilas es en extremo característico. La que corresponde al lado de la hemorragia, empieza por ser miótica al principio de la evolución del accidente, cuando el tercer par está irritado; en cambio, más adelante es midriátíca, en el momento en que el nervio está paralizado. Entre los dos períodos las pupilas suelen ser iguales, pero, sea cual fuere su diámetro, la pupila del lado afecto no reacciona a la **luz** o, si lo hace, es muy lentamente.

La hemiplejía debida al hematoma subdural difiere de la que resulta de la hemorragia intracerebraí o de la trombosis por el hecho de ser espástica desde el principio, carácter que no se modifica en la evolución sucesiva. Algunas veces la hemiplejía es del mismo lado en que la pupila es lenta a la reacción por la circunstancia de que el cerebro se inclina hacía el lado opuesto por efecto de la presión de la hemorragia; así el pedúnculo cerebral del lado opuesto choca contra el borde del tentorio del cerebelo y por presión, quedan afectados las vías peduncuíares antes de *a* decusación. Por otra parte, la hemiplejía de la hemorragia intracerebraí, de la trombosis o de la embolia es inmediatamente flaccida y sólo se convierte en espástica al pasar varios días.

Los signos de presión intracraneal son característicos cuando se presentan, lo que no es siempre. Ante todo, el edema de la pupila tarda en aparecer; en segundo lugar, no puede uno fiarse de los datos obtenidos por la punción lumbar, pues con frecuencia sale líquido normal. En cambio, se pueden sacar deducciones de las características químicas del líquido c.r. En el hematoma subdural adquiere el líquido una coloración rosada debido a la lesión de la aracnoides. Siempre que el líquido tenga color anormal, deberá ser centrifugado. El dentellado de los glóbulos rojos y la xaníocromía indican que por lo menos ha transcurrido un día desde el comienzo de la hemorragia. Debe recordarse que el líquido céfalo-raquídeo en estas circunstancias puede ser claro y normal.

La radiografía de la cabeza suele tener valor porque muchos de los pacientes tienen ya edad de presentar calcificación de la glándula pineal, lo que sirve de punto de referencia para señalar la desviación de la linea media.

De la descripción anterior se deduce que los elementos for-I man el síndrome de hematoma subdural están a veces ausentes en tal medida que se hace difícil confirmar el diagnóstico, lo que es importante desde el punió de vista deí pronóstico, pues la **aíeccióii** puede evolucionar favorablemente si se instituye el tratamiento en eí momento oportuno. En buenas manos, la trepanación corno elemento de diagnóstico no será perjudicial, y significará el primer paso de la curación si éste es positivo.

Debido a las dificultades del diagnóstico, la conducta lógica a seguir en caso de hemiplejía, con' coma o con antecedentes poco-conocidos, es la siguiente: Se deberá practicar un examen físico,

una investigación neurológica y un análisis de laboratorio. A las pocas horas habrá de confirmarse o descartarse el diagnóstico de coma diabético o hipoglicémico. Se sabrán las características biológicas y químicas del líquido c.r., se habrán apreciado las reacciones pupilares y se habrá precisado si la hemiplejía es espástica o flaccida. En estas condiciones, si se deduce que un accidente vascular es la causa del coma y si el estado del sistema cardiovascular es compatible con la hemorragia, la trombosis o la embolia, todavía hay que considerar la posibilidad de hematoma subdural. Si el líquido está ligeramente teñido de rosa, la cuestión de la xaniocromía es importante porque, si el líquido que sobrenada es claro, indicará que se trata de un estado agudo, mientras que si es xantocrómico, quiere decir que ya había lesión antes de ocurrir la pérdida del conocimiento.

En estas circunstancias se podrá obtener una angiograma o proceder a la trepanación para descartar o demostrar el hematoma subdural. Si hay indicación de trombosis cerebral puede obtenerse beneficio más considerable con la inyección de procaína. El bloqueo del ganglio estrellado es igualmente eficaz, pero la inyección de procaína es un procedimiento más práctico por estar al alcance de todo médico.

* * *

EL PAPEL DE LA CORTEZA SUPRARRENAL EN EL METABOLISMO DE LOS LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS

F. T. G. Pruniy y Cois.

Brltish Medical ¡ournal.

Londres. 1.852-855, abrí!, 1353.

En casos de insuficiencia suprarrenal, el paciente es incapaz I de responder a la carga hídrica con una diuresis normal. Esto es I corregible en casos de enfermedad de Addison o de panhipopituita- I rismo, administrando cortisona en dosis de 100 mg. diarios por vía I intramuscular, aunque el volumen de excreción urinaria durante la I noche tiende a disminuir con este tratamiento. La administración I de ACTH produce los mismos efectos en caso de hipopituiiarismo, I pero no en la enfermedad de Addison.

La administración de ACTH, cortisona, o hidrocortisona (com- I puesto F) en un individuo con función normal de la corteza supra-J rrenal, suele provocar retención persistente de agua y sodio, con I aumento de peso en proporción a la cantidad de líquido retenida. I Esto pudo demostrarse en un paciente con artritis reumatoide, al I cual se administraron 25 mg. de ACTH por vía intramuscular cada I

seis horas. Después de suspender o reducir la dosis de . hormona se produjo diuresis, especialmente de sodio. Se observó que se puede provocar la producción de edema, sin retención evidente de líquido, lo cual indica que éste pasa de las células al espacio extracelular; esto se puede confirmar midiendo el espacio extracelular con inulina, y determinando el equilibrio de los cloruros.

En algunos casos la retención de sodio es transitoria; en otros ocurre una eliminación de agua y sodio, durante la administración de ACTH, y tal vez más aun después de suprimir esta droga; este efecto es quizás debido a la brusca y relativa insuficiencia de la corteza suprarrenal. En un enfermo de artritis reumatoide hubo pérdida persistente de sodio y agua durante el tratamiento con ACTH, continuando durante el período subsiguiente de cortisonterapia. Todavía no se ha determinado si la específica «hormona electrolítica» es segregada por la corteza suprarrenal. La cortisona y la hidrocortisona se parecen por muchas propiedades a la deoxicoríona. En pacientes con glándulas suprarrenales intactas sus efectos son similares, pues las tres hormonas aumentan la resorción de sodio por los ríñones, y pueden producir retención de agua y sodio al principio, pero el tratamiento prolongado con acetato de oxicortona (DCA) o con cortisona produce una diuresis expontánea. Además, después de una adrenalectomía total se puede mantener al paciente en buenas condiciones por medio de cortisona exclusivamente.

Sin embargo, los efectos de estas hormonas no son idénticos en la enfermedad de Addison. En este caso, la sobredosificación de DCA provoca edema y retención de sodio. En un paciente, la administración de 2,5 mg. por día produjo un equilibrio sódico positivo; durante la administración de 100 mg. de cortisona, al día, y por vía bucal, el equilibrio sódico se hizo negativo, aumentó el volumen urinario y el aporte de líquido, así como el nivel de sodio en el suero. Sin embargo, se ha aislado recientemente una sustancia de la sangre en la corteza suprarrenal, cuyos efectos sobre el metabolismo electrolítico son mucho mayores que los de la cortisona.

No se ha determinado exactamente la intervención de la hormona antidiurética del lóbulo posterior de la hipófisis, pero según los autores es más lógico considerar la falta de diuresis en la enfermedad de Addison, como debida a la falta de efecto glucocorticoide sobre los efectos de las hormonas corticoadrenales sobre el metabolismo de agua y electrolitos, en esta forma: la hormona adrenocortical causa una retención inicial de sodio y agua. Al mismo tiempo, el agua 'pasa de los tejidos al espacio extracelular, cuyo contenido de sodio suele aumentar. A la pérdida de agua de los tejidos se debe parte de la pérdida de potasio por la orina, y resultante descenso del nivel de potasio en el suero. El aumento de líquido extracelular provoca mayor aporte y excreción de agua. Después de cesar la acción de la hormona se produce una abundante eliminación de agua y sodio por la orina, procedente del líquido extracelular,