

No. 169

Año 24

Vol. XXII

REVISTA MEDICA HONDUREÑA



MAYO



JUNIO



JULIO

1954

SUMARIO

	Pág.
Analgesia y Anestesia Obstétricas (Concluye)	641
Dr. Selim Castillo Handal	
Estudio Nutricional en Presos de la Penitenciaría Central	663
Charla sobre Fiebre Amarilla	670
Dr. Manuel Cáceres Vijil	
Adelantos y tendencias en el Serodiagnóstico de la Sífilis	674
Síndrome de Sjogren	681
Dr. Hernán Corrales P.	
Dr. Manuel Bueso	
Dr. Raúl Durón M.	
Resoluciones aprobadas por el Quinto Congreso Centroamericano de Venereología, celebrado del 27 al 30 de mayo de 1954 en Tegucigalpa. Honduras, Centro América	688

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: HERNÁN
CORRALES P.

Redactores: RAMÓN
ALCERRO CASTRO

J. NAPOLEÓN ALCERRO

J. RAMÓN PEREIRA

Secretario:

Administrador:

ALEJANDRO ZTJNIGA

SALOMÓN MUNGUIA ALONZO

IMPRENTA CALDERÓN — TEGUCIGALPA, HONDURAS, C. A.

Año XXIV | Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Mayo, Junio y Julio, 1954 | 169

ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTERICAS

Di. Selim Castillo Handal

(Continuación)

ANESTESIA EN «SILLA DE MONTAR»

El objeto de esta anestesia es insensibilizar la región que tiene los siguientes límites: Por delante el borde inferior de la sínfisis púbica, por detrás el vértice del pliegue interglúteo y a los lados se extiende la anestesia sobre la cara interna de los muslos como a unas seis pulgadas debajo del pliegue genitocrural. La región comprendida en estos límites es la que se pone en contacto con la montura durante la equitación, debido a este detalle es que a este bloqueo se le da el nombre mencionado.

El área comprendida en estos límites está inervada por las ramas inferiores del plexo sacro y para lograr una anestesia selectiva de esta región, lo que se debe hacer es agregar al anestésico un vehículo pesado que lo haga descender.

Con este objeto se emplea una «solución pesada» (hiperbara) de Nupercaína que tiene un peso específico superior al del líquido cefalorraquídeo. Introducida en el conducto raquídeo presenta la tendencia a dirigirse al punto más declive. Si esta mezcla es aplicada a la paciente estando ésta en posición sentada se dirige en sentido inferior hacia el extremo caudal de la médula. Cuando se hace la inyección estando la paciente acostada y se le hace adoptar inmediatamente la posición de Trendelenburg, la corriente del anestésico tiende a ascender hacia la cabeza.

El grado de esta extensión ascendente parece depender de la cantidad de líquido inyectado y del tiempo que se conserva la posición de Trendelenburg. La altura exacta de la anestesia y su extensión pueden regularse con precisión, observando estrictamente las varias técnicas que a continuación se describen.

contracciones uterinas. Este fenómeno es debido indudablemente al efecto anestésico espinal primario de la epinefrina.

La pontocaína 5 mg. y la procaína 40 mg. han sido también sometidas a pruebas clínicas con resultados satisfactorios.

CONTRAINDICACIONES GENERALES DE LA RAQUIANESTESIA:

ABSOLUTAS:

- 1°—Afecciones del sistema cerebro-espinal, como meningitis, hemorragia craneal, tumores, poliomiélitis.
- 2°—Pacientes moribundos.
- 3°—Infección sanguínea.
- 4°—Anemia perniciosa con síntomas funiculares.
- 5°—Artritis, espondilitis y otras enfermedades de la columna vertebral que hace imposible la punción raquídea. La presencia de tuberculosis o de lesiones metastásicas en la columna vertebral constituye también una contraindicación.
- 6°—Infecciones piógenas de la piel o de los alrededores de la región de la punción.

RELATIVAS:

- 1°—Histerismo o tensión nerviosa excesiva. Esta dificultad puede vencerse frecuentemente administrando antes de [a operación demerol 100 rag. escopolamina 0.3 mg. o un barbiturato como el Amytal sódico.
- 2°—Dolores crónicos de espalda. Los pacientes pueden acusar tras la raquianestesia una exacerbación de los síntomas, bien inmediata o tardía.
- 3°—Dolores de cabeza post-operatorios de larga duración o antecedentes de hemicránea. Exacerbación de los síntomas o consecutiva a la raquianestesia.
- 4°—Hipersensibilidad medicamentosa. La Nupercaína puede ser frecuentemente usada en pacientes que muestran sensibilidad a la procaína. Sin embargo, en todos los pacientes en que se sospecha una sensibilidad medicamentosa, se deberá hacer un «test cutáneo» practicando una inyección intradérmica con una dosis reducida (0.1 cm^3) de Nupercaína y al mismo tiempo una inyección intradérmica de una pequeña cantidad (0.1 cm^3) de solución fisiológica de cloruro sódico como testigo. La reacción puede ser local (enrojecimiento) o general (disnea, agitación). El uso del anestésico está absolutamente contra indicado en caso de reacción local, así como cuando hay antecedentes de idiosincrasia medicamentosa.
- 5°—Posibilidad de hemorragias graves durante la operación. Para juzgar en este caso deben tenerse en cuenta las proporciones de la hemorragia, la altura de la anestesia que se produce y las facilidades de que se dispone para dominar el shock
- 6°—Shock. Todas las formas de anestesia producen deficientes resultados en los enfermos de shock. La presión sanguínea sistó-

lica debe ser aumentada por lo menos a 105 mm. de Hg. antes de pensar en la operación. Como quiera que la «solución pesada» de Nupercaína no produce por lo general más que un descenso moderado de la presión sanguínea, puede ser utilizada cuando la operación es de urgencia, implicando menos peligros que la mayoría de los demás anestésicos.

- 7°—Hipotensión. En casos no debidos a enfermedad de Addison o asociados con shock grave, tiene una importancia relativamente pequeña, teniendo en cuenta la eficacia de la efedrina para establecer la normalidad de la presión y la controlabilidad de la «solución pesada» de Nupercaína.
- 8°—Líquido raquídeo hemorrágico. Siempre que no se obtenga un líquido raquídeo claro, deberá retirarse la aguja y hacer la punción en otro espacio intervertebral. Esto es importante para evitar la posibilidad de inyectar el anestésico intravenosamente.
- 9°—Descompensación cardíaca, derrames pleurales intensos aumento marcado de la presión abdominal, como en la ascitis considerable y en los tumores.

CONTRAINDICACIONES DEL BLOQUEO EN SILLA DE MONTAR EN OBSTETRICIA

- 1°—En aquellos casos en que está contraindicada la raquianestesia en general.
- 2°—Estrechez o desproporción céfelo pélvica.
- 3°—Placenta previa.
- 4°—Desprendimiento prematuro de la placenta.
- 5°—Cabeza fetal no encajada.
- 6°—Necesidad de manipulaciones intrauterinas, como la versión podálica.

COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

1°—Respiración". La interrupción de la respiración puede presentarse por penetrar la corriente del anestésico en la región cervical. Este incidente puede evitarse con seguridad, siguiendo la técnica descrita. También ocurre esto a causa de la anoxia medular con colapso circulatorio consiguiente en la hipotensión grave.

Tratamiento: Intubación para asegurar un conveniente acceso del aire. Respiración artificial, oxígeno. Coramina (5-15 cm.³ por vía intravenosa, repitiendo la dosis si es necesario).

2°—**Hipotensión.** El descenso de la presión sanguínea que se produce en la raquianestesia, es debido a numerosos factores de los cuales los más importantes son los siguientes:

- a) Rápida vasodilatación, que se presenta en la parálisis de las fibras vasomotoras simpáticas.
- b) Pérdida del tono muscular con descenso de la presión venosa, circulación venosa de retorno y rendimiento cardíaco. El grado

del descenso depende por esto del número de los segmentos afectados, siendo máximo en la raquianestesia alta y prácticamente inapreciable cuando el efecto se limita solamente al área perineal. La facilidad con que «solución pesada» de Nupercaína puede quedar exclusivamente limitada al área de la operación, reduce a un mínimo el peligro de la hipotensión. En diversas comunicaciones se indica que la Nupercaína no

ejerce la presión sanguínea una influencia como la producida por la procaína en igualdad al grado de anestesia.

Tratamiento: Algunos autores recomiendan el uso profiláctico de 25 mg. de efedrina por vía intramuscular antes de inyectar el anestésico. En las raquianestesis bajas puede prescindirse de ello. Además deberá administrarse una dosis adicional intravenosa de 25 mg., si el descenso de la presión sanguínea llega a 100 mm. de Hg., esta dosis puede ser repetida, pero en total no debe exceder de 100 mg.

Cuando se presente una hipotensión grave, se administrarán por vía intravenosa líquidos, plasma o suero sanguíneo. En los casos obstétricos se alzarán las piernas en posición vertical, constituyendo ésta una medida inicial muy eficaz para elevar la presión sanguínea; y deberá administrarse oxígeno para aumentar la tasa de éste, en beneficio del niño.

3°—**Dolores de cabeza post-anestésicos:** Estos son debidos comúnmente a la salida de líquido cefalo-raquídeo, incidente que es debido a faltas de técnica.

Profilaxia: Debe ser usada una aguja de Pitkin de estrecho calibre, no mayor del número 22 o 24. Algunos autores recomiendan agujas especiales: Una aguja del N° 24 con bisel corto para perforar la dura-madre, con lo cual se logra que la punción sea ínfima; con el bisel se obtiene que la solución a inyectar no sea derramada fuera del conducto. La aguja deberá dejarse en su sitio durante algunos segundos después de la inyección, para dejar tiempo a que se equilibre la presión.

Tratamiento: En caso de presentarse éste se usa 20 cc. de solución hipertónica de glucosa por vía intravenosa y 2 tabletas de sulfato de dexedrina como profiláctico. Venda abdominal ajustada, hidratación del paciente con líquidos -por vía oral o intravenosa. Un cm³ de pituitrina quirúrgica o 100 mg. de efedrina. Se consigue un alivio rápido mediante la inyección espinal o caudal de 30 cm³ de solución de cloruro sódico estéril.

4°—**Náuseas y vómitos:** Pueden presentarse por causas psíquicas, descenso de la presión sanguínea o manipulaciones intraabdominales.

Tratamiento: Cuando están causados por hipotensión, las inhalaciones de oxígeno al 100%, asociado a un vasopresor, pueden dar resultados eficaces. El ciclopropano ligero o un barbiturato aplicado por vía intravenosa pueden dominar este síntoma, en tanto sea debido a manipulaciones intra-abdominales.

5°—**Parálisis.** Alguna que otra vez se han comunicado parálisis nerviosas transitorias que generalmente afectan al motor ocular

externo. Esta complicación verdaderamente rara se presenta por lo común durante la segunda semana y desaparece hacia la tercera o cuarta semana. Después de la raquianestesia puede presentarse mielitis trasversa temporal o permanente. Véase más abajo la advertencia correspondiente.

6~—**Meningitis.** Con una técnica aséptica debe quedar excluida prácticamente la aparición de esta complicación. Después de la raquianestesia se han observado meningitis aséptica o meningismo, comunmente de curso rápido y benigno, pero esta complicación se ha observado también en casos en los que no se había practicado la punción lumbar. Lundy ha llamado la atención sobre el hecho de que las meningitis que se presentan consecutivamente a la raquianestesia, es posible que no tengan relación con el método, sino que sean debidas a metástasis patológicas de focos distantes. Sin embargo, existe la remota posibilidad de esta complicación, la cual impone la necesidad de una técnica estéril.

7"—**Idiosincrasia medicamentosa.** Con el uso de la Nupercaína es excepcional este incidente. No obstante, los pacientes que tienen antecedentes de hipersensibilidad medicamentosa, deben ser sometidos a un test cutáneo.

Tratamiento: La aparición de excitación motora exige utilizar la acción anticonvulsivante de un barbiturato administrado por vía intravenosa.

ADVERTENCIAS:

1*—La Nupercaína es un anestésico extraordinariamente potente y por esta razón debe ser usado en dosis mucho más bajas que las de otros anestésicos locales.

1'—La fijación de la solución concentrada de clorhidrato de Nupercaína o de otro anestésico en el cono terminal puede causar lesiones nerviosas irreversibles. En consideración a esto el paciente no debe ser dejado en posición sentada más de un minuto después de la introducción del agente anestésico en el conducto raquídeo.

3³—Lo mismo que con cualquier otro anestésico raquídeo, el anestesista debe permanecer en constante alerta. Debe disponer de efedrina y oxígeno para combatir eficazmente un brusco descenso de la presión sanguínea que pudiera presentarse. De la misma manera, debe tenerse a mano un barbiturato de rápida acción para poder combatir inmediatamente todo signo de toxicidad que se manifiesta por excitación.

4^c—Los pacientes con antecedentes conocidos de sensibilidad medicamentosa, deben ser sometidos a un test cutáneo antes de usar cualquier anestésico local.

CASO N° 1

G. O. V. De veinte años de edad, de oficios domésticos, soltera. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 3 de mayo de 1954 a las 8 p.m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos: Lactada con leche materna.

Menarquia: Puesta a los 16 años, carácter: regular, escasa e indolora; duración 4 días, ciclo 4/30.

b) Patológicos: En su infancia: padeció sarampión y tosferina; en su edad adulta: sana.

Último período menstrual el 25-VII-53, penúltimo período menstrual el 26-VI-53.

Movimientos estimados: A los cuatro meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: solamente anorexia.

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón: normal, pulmones: normales, miembros superiores: normales, miembros inferiores: con várices.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: normal, periné: normal, útero: ocupado. **Fecha de espera 4-V-54.**

PELVIMETRIA: I-E 24 cm. I-C 27 cm. I-T 31 cm. Conj-Exte. 17 cm. Arco-P 60°. Bi-Es (Ciático) 8 cm. Bi-Isq 10 cm. C-D 12 cm. C-V 10 cm. Sag-P 9 cm.

Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECOMENDACIONES: Episiotomía y fórceps de salida.

REGISTRO DEL TRABAJO

Admitida: 3-V-54 a las 8 p.m.

Primígesta.

SÍNTOMAS: Pérdida acuosa por la vulva; dolores débiles e irregulares que empezaron a las 4 p.m.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Ninguna.

EXAMEN ABDOMINAL: Fondo uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición: O-I-D-A. Variedad: D-A. Ene].: Si.

Peso estimado del feto: 7 lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de Dilatación. Principia el día 4-V-54 a las 4 p.m.

Entrada al cuarto de trabajo el 4-V-54 a las 8 p.m.

Dilatación completa: a la 1:10 a. m. Estación + 3. Duración del P. D. 9:10'hs.

Medicación Especial: **Demerol 100 mg. Escopolamina 0.3 mg.**

La paciente a los diez minutos se tranquiliza, duerme en el intervalo de las contracciones, la cara adquiere un aspecto congestivo. Las contracciones disminuyen moderadamente tanto en intensidad, como en duración y frecuencia; latidos fetales, pulso y presión arterial tienen variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal.

La progresión del trabajo no se altera.
 Ruptura de las membranas el 5-V-54 a las 3 p. m.
 Ruptura artificial con dilatación completa.
 Líquido amniótico claro.

Período de Expulsión: Empezó a la 1:10 a. m. Terminó a las 3:50 a. m. (5-V-54). Duración: 2 horas 40 minutos.

Medicación Especial: **Etileno y Oxígeno.**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada (Rutura artificial de las membranas).

Examen vaginal reveló cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición D-O-T. estación + 4.

Fue practicada una episiotomía medio-lateral izquierda.

Rotación manual de D-O-T a O-P (O-A)

Acto continuo fue aplicado fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 cc. de Ergotrate por vía intravenosa.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 3:50 a. m. y terminó a las 3:55 a. m.

Placenta: Extracción manual; completa e intacta presentándose por su cara fetal: cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento 200 gr. Altura del útero después del alumbramiento 13 cm.

Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

SECUNDINAS: Completas sin ninguna particularidad.

Duración total del trabajo: 11 horas 55 minutos.

INFANTE: Sexo: masculino. Madurez: 40 semanas. Nació en buenas condiciones, lloró y respiró espontáneamente a los 20 segundos. Peso del niño al nacer G lbs. 8 onzas.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PARTOS:

Ambos en buenas condiciones.

PUERPERIO: Apirético y con involución uterina normal.

Presentó esta paciente los cuatro primeros días retención urinaria por lo que, se le sondeó y se le administró Estricnina, al quinto día la paciente verifica sus micciones normalmente.

SALIDA: El 24-V-54. Ambos en buenas condiciones.

PROGRESIÓN DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Bolsa	A. Esta- rico	Cuello,	Presentación,	Posición,	Rot.
54	4 p. m.	R	Int. — 2	Cx: Borrado,	2 cm. dilatación;	cefálica.		
	7 "	R	"	0 "	"	"	5-6	
	9 "	R	"	0 "	"	"	7-8	
	11 "	R	"	+ 1 "	"	"	8-9	
5-V-54	1 a. m.	R	"	-j- 3 "	"	"	completamente dilatado.	

NOTAS SOBRE EL PROGRESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. c. F.	Pulso:	P. Arteria!	Intervalo,	Duración de las conts. Trat.
4:30 p.m.	130	70	120/70	Cada 7'x30"	débiles.
5:30	"	"	"	"	5x30"
6:30	"	"	"	"	5'x30" fuertes.
7:30	"	"	"	"	5x40"
					DÉMÉROL 50 mg.
					ESCOPOL AMINA 0.3 mg i-m.
8:30	128	"	110/60	Cada 5'x30"	moderadas, Pt. dormida fuera de las contracciones.
9:30	144	"	130/70	Cada 4'x30"	moderadas,
10:30	"	"	"	"	"
11:30	136	92	"	"	" fuertes.
					DÉMÉROL 50 mg.
					ESCOPOL AMINA 0.3 mg. j-m.
12:30	144	76	"	"	Paciente dormida.
					Cada 3'x40" moderada.
1:30 a. ni.	136	80	120/60	"	"
2:30	"	"	"	"	2'x40."
3:30	"	"	"	"	2'x50" fuertes.
					«ÉTILENO Y OXIGENO»

RESUMEN:

Paciente de veinte años de edad, primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 3-V-54 a las 8 p. m.

Motivo de Ingreso: En trabajo de parto.

Se examina la paciente a las 4 p. m. del día 4-V-54.

Examen Físico: Normal.

Examen Obstétrico: Ultimo período menstrual el 25-VII-53.

Abdomen globuloso, útero ocupado, diámetros normales, pelvis tipo ginecoide. Al practicar el tacto rectal a las 7 p. m. encontramos el cuello borrado, con una dilatación de 5-6 cm.; presentación: vértice, posición: O-I-D-A, variedad D-A estación: O., latidos cardíacos fetales: 130 por minuto, contracciones uterinas fuertes con un intervalo de 5 minutos y una duración de 30 segundos. Presión Arterial 120/70. Pulso 70 por minuto.

A las 7:30 p. m. las contracciones son fuertes y se suceden cada 5 minutos con una duración de 40 segundos, por lo que la paciente se encuentra quejumbrosa; en este momento le suministramos 50 mg. de Demerol y 0.3 mg. de Escopolamina.

A los quince minutos la paciente duerme en el intervalo de las contracciones, se tranquiliza, cae en un estado de letargo, la cara adquiere un color rosado debido a la acción de la Escopolamina. Las contracciones tanto en su intensidad, frecuencia y duración casi no varían.

El estado del feto sigue normal.

La dilatación progresa como se puede ver en el cuadro de la progresión del trabajo más o menos un centímetro por hora.

A las 11:30 p. m. las contracciones vuelven a ser fuertes, la paciente ya no se encuentra bajo la acción del Demerol y de la Escopolamina, motivo por el cual repetimos la misma dosis, las contracciones se hacen moderadas. A la 1 a. m. de día 5-V-54, la dilatación es

completa, una hora más tarde la paciente se encuentra nuevamente excitada, decidimos darle durante cada contracción Etieno y oxígeno con buenos resultados, mantenemos en estas condiciones a la paciente hasta la conclusión total del parto.

La paciente fue preparada, vestida y cateterizada. Se rompieron artificialmente las membranas.

El examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición D. O. T. se hace una rotación manual, y se convierte en O-P. estación + 4.

Se le hace una episiotomía medio-lateral izquierda, completamente indolora. Seguidamente hacemos una aplicación de fórceps de salida con poca fuerza. El niño nació en buenas condiciones, el que lloró y respiró espontáneamente al minuto.

Extracción manual de placenta, completa e intacta, pérdida sanguínea 200 gr. Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló: cervix intacto lo mismo que el canal del parió.

Episiotomía fue reparada con catgut N° 00 crómico, sutura continua para planos musculares y fascia, lo mismo que la mucosa vaginal. Sutura subcuticular para la piel con catgut crómico N° 00.

La episiotomía se abrió y curó por segunda intención debido a que usamos catgut no de muy buena calidad, lo que nos obligó a emplear seda en las próximas reparaciones.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente, el pulso y la presión arterial no sufrieron modificaciones apreciables.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal. Durante los cuatro primeros días presentó ligera retención urinaria.

Tanto la madre como el niño salen del Servicio el 28-V-54 en buenas condiciones.

CASO N° 2

O. P. J. De veintiocho años de edad, de oficios domésticos, soltera. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 10-V-54 a las 10:40 p. m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Padres viven y son sanos.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos, fue lactada con leche materna. Menarquia: Puesta a los 16 años; carácter: regular, abundante y dolorosa; duración 4 días, ciclo 4/30.

b) Patológicos: En su infancia: Parotiditis, Sarampión, Tosferina y Viruela, en su edad adulta: sana.

Ultimo Período menstrual el 5-VIII-53, penúltimo período menstrual el 4-VII-53.

Movimientos estimados: a los cuatro meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: vómitos, mareos y calambres.

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón normal, pulmones: normales, miembros: normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: normal, periné: normal, útero, ocupado. **Fecha de espera 10-V-54.**

PELVZMETRIA: I-E 24 cm. I-C 28 cm. I-T 32 cm. Conj-Ext. 20 cm. Arco-Pub. 70° Bi-Es (Ciático) 9 cm. Bi-Isq. 9 cm. C-D 12 cm. C-V 10 cm. Sag-P 9 cm. Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECOMENDACIONES: Episiotomía y fórceps de salida.

REGISTRO DEL TRABAJO

Admitida: 10-V-54 a las 10:40 p.m.

Primigesta.

SÍNTOMAS: Dolores débiles e irregulares que empezaron a las 2 a. m. (10-V-54).

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Ninguna.

EXAMEN ABDOIVÜNAL: Fondo Uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición; O-I-D-A. Variedad: D-A. Encj.: Si.

Peso estimado del feto: 7 lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de dilatación. Principia el día 10-V-54 a las 2 a. m.

Entrada al cuarto de trabajo el 10-V-54 a las 3 p. m.

Dilatación completa: a las 3:35 p. m. Estación + 1. Duración del P. D. 13:35 horas.

Medicación Especial: **Demerol 50 mg. Escopolamina 0.3 mg.**

La enferma se encuentra tranquila y aletargada minutos después de la inyección, el parto sigue evolucionando normalmente, latidos fetales 140. Ruptura de las membranas el 10-V-54 a las 5:30 p. m. espontánea con dilatación completa.

Líquido amniótico claro.

Penoso de Expulsión: Empezó a las 3:35 p. m. Terminó a las 5:52 p. m. (10-V-54) Duración: 2.17' horas.

Medicación Especial: **Nupercaina pesada (Dexfrosada) 2.5 mg. (Anestesia en «silla de montar»).**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

Examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, Posición O-P (O-A), estación + 4.

Fue practicada una episiotomía medio-lateral izquierda.

Acto continuo fue aplicado fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 c.c. de Ergotrate por vía intravenosa.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 5:52 p. m. y terminó a las 5:57 p. m. Altura del útero sobre el pubis inmediatamente después de la salida del feto 19 cm.

Placenta extraída por simple expresión, presentándose por su cara fetal. Cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento 100 gr. Altura del útero después del alumbramiento 17 era.

Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

SECUNDINAS: Completas sin ninguna particularidad.

La episiotomía fue reparada con catgut crómico N° 00 empleamos sutura por puntos separados y por planos, la piel por puntos separados con hilo N° 40.

Duración total del trabajo: 15 horas 22 minutos.

INFANTE: Sexo; masculino, madurez: 40 semanas. Nació en buenas condiciones, lloró y respiró espontáneamente a los 40 segundos.

Peso del niño al nacer 6 lbs.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PARTOS:

Ambos en buenas condiciones.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal, los puntos de hilo de la episiotomía fueron retirados a los cinco días encontrándose aquella en perfecta condición.

SALIDA: El 18 de mayo de 1954. Ambos en buenas condiciones.

PBOGBESSON DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Bolsa	A. Esta- ción	Cuello, Presentación, Posición, Rot.
10-V-54	11 a. m.	R	Int.	0	Cx: borrado, 4 cm. dilatación.
	1 p. m.	R	"	0	" 5-6
	2 "	R	"	0	" 7-8
"	3:35	R	"	+ 1	" Completamente dilatado Cefálica; O-I-D-A

NOTAS SOBHE EL PHOGBESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. c. F.	Pulso:	F. Arterial	Intervalo, Duración de las conts, Trat.
11 a. m.	130	72	130/70	Cada 5'x50" fuertes. DKMEROL 50 mg.
12 m.	"	80	"	ESCOPOLAMINA 0.3 mg. Cada 5'x50" moderadas, Pt. se encuentra dormida en los intervalos de las contracciones.
1 p.m.	140	70	"	Cada 3'x40" moderados.
2 "	"	76	"	" 3'x50" fuertes.
3 "	"	SO	140/70	" 2'x 1"
3:35 "	"	"	"	" «Nupercaina pesada 1 ce. (2.5 mg-.) (Anestesia en «silla de montar»).

EESÜMEN:

Paciente de veintiocho años de edad, de oficios domésticos, soltera. Primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 10-V-54 a las 10:40 a. m. Motivo del ingreso: En trabajo de parto.

Se examina la paciente a las 11 a. m. del día 10-V-54.

Examen Físico: Normal.

Examen Obstétrico: Ultimo período menstrual el 5-VIII-53.

Abdomen: globuloso, útero: ocupado, diámetros: normales, pelvis: tipo ginecoide. El examen rectal nos reveló cuello borrado, con una dilatación de 4 cm. presentación vértice, posición O-I-D-A, variedad D-A, estación O., latidos cardíacos fetales 130 por minuto, contracciones uterinas fuertes con un intervalo de cinco minutos y una duración de cincuenta segundos, presión arterial 130/70, pulso 80 por minuto.

A esta hora se le administró 50 mg. de Demerol y 0.3 mg. de Escopolamina, minutos después la paciente se tranquiliza y cae en un estado de somnolencia, la cara adquiere aspecto rosado.

Las contracciones disminuyeron moderadamente tanto en intensidad, pero no en duración y frecuencia; latidos fetales, pulso y presión arterial tuvieron variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal.

La progresión del trabajo no se alteró.

El estado del feto siguió siendo normal.

La dilatación se completa a las 3:35 p. m.

La bolsa de las aguas se rompe espontáneamente a las 5:30 p. m, derramando un líquido amniótico claro.

En este momento le practicamos la anestesia en «silla de montar» con Nupercaina pesada 1 ce. (Dextrosada).

La enferma no vuelve a sentir contracciones, pero el parto sigue progresando de manera normal.

La paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

El examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición O-P (O-A), estación + 4.

Se le hace una episiotomía medio-lateral izquierda, completamente indolora.

Seguidamente hacemos una aplicación de fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez liberado el hombro anterior administramos intravenosamente un c.c. de Ergotrate.

El niño no presentó ningún signo de sufrimiento; al nacer lloró y respiró espontáneamente.

Placenta extraída por simple expresión, presentándose por su cara fetal. Pérdida sanguínea durante el alumbramiento 100 gr.

Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló: cervix intacto lo mismo que el canal del parto.

La episiotomía fue reparada plano por plano con catgut N° 00 puntos separados planos profundos y mucosa vaginal, la piel con hilo N° 40 por punto separado.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente, el pulso y la presión arterial no sufrieron modificaciones apreciables.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal. Los puntos de la piel fueron removidos a los cinco días, encontrándose la herida en perfectas condiciones de cicatrización.

Tanto la madre como el niño salen el 18 de mayo de 1954 en buenas condiciones.

CASO N° 3

A. M. E. De diecinueve años de edad, soltera de oficios domésticos. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 8-V-54 a las 8 a. m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos: Lactada con leche materna. Menarquia: Puesta a los 14 años, carácter: regular, escasa e indolora; duración 3 días, ciclo 3/30.

b) Patológicos: En su infancia: padeció sarampión, viruela, paludismo; en su edad adulta: sana.

Último período menstrual el 1-VIII-53, penúltimo período menstrual el 2-VII-53.

Movimientos estimados a los cinco meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: Náuseas, anorexia y mareos-

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón: normal, pulmones: normales, miembros: normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: normal, periné: normal, útero: ocupado: **Fecha de espera el 8-V-54.**

PELVIMETRIA: I-E 23 cm. I-C 26 cm. I-T 29 cm. Conj-Ext. 18 cm. Arco-P 70° Bi-Es. (Ciático) 8 cm. Bi-Isq. 8 cm. C-D 13 cm. C-V 11 cm. Sag-P 8 cm. Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECOMENDACIONES: Episiotomía, fórceps de salida.

Admitida: 8-V-54 a las 8 a. m.

Primigesta.

SÍNTOMAS: Pérdida acuosa por la vulva; dolores débiles e irregulares que empezaron a las 2 a. m.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Ninguna.

EXAMEN ABDOMINAL: Fondo uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición: O-I-D-A. Variedad: D-A. Encj.: Si.

Peso estimado del feto: 6½- lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de Dilatación: Principia el día 8-V-54 a las 2 a. m.

Entrada al cuarto de trabajo el 8-V-54 a las 4 p. m.

Dilatación completa: a las 4 p. m. Estación + 1. Duración del P, D. 14 horas.

Medicación Especial: **Demerol 50 mg. Escopolamina 0.3 mg.**

La paciente después de la inyección se encuentra tranquila y duerme en los intervalos de las contracciones, estado del feto ñor-

mal. La progresión del trabajo no se altera.

Ruptura de las membranas el 8-V-54 a las 8 p. m. espontánea con dilatación completa.

Líquido amniótico claro.

Período de **Expulsión**: Empezó a las 4 p. m. Terminó a las 8 p. m. Duración: 4 horas.

Medicación Especial: **Nupercaína pesada (Dexitrosada) 2,5 mg. A. en «silla de montar».**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

Examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica. Posición: O-P (O-A). Estación + 4.

Fue practicada una episiotomía medio-lateral izquierda.

Acto continuo fue aplicado fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 cc. de Ergotrate por vía intravenosa.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 8 p. m. y terminó a las 8:10 p. m. Placenta: Extraída por simple expresión, presentándose por su cara fetal. Cantidad de sangre perdida durante el período de alumbramiento 100 gr. Altura del útero después del alumbramiento 15 cm. Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

SECUNDINAS: Completas sin ninguna particularidad.

La episiotomía fue reparada con catgut N° 00 empleando sutura por puntos separados para planos profundos y mucosa vaginal; para la piel puntos separados con hilo N° 40.

Duración total del trabajo: 18 horas 10 minutos.

INFANTE: Sexo: masculino, madurez: 40 semanas. Nació en buenas condiciones, lloró y respiró espontáneamente a los 30 segundos.

Peso del niño al nacer 6 lbs.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PARTOS

Ambos en buenas condiciones.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal, los puntos de hilo de la episiotomía fueron retirados a los cinco días encontrándose la herida en perfectas condiciones de cicatrización.

El 20-V-54. Ambos en buenas condiciones.

PROGRESIÓN DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Boba	A. Esta- ción	Cuello,	Presentación,	Posición, Rot.
8-V-54	11 a. m.	R	Int.	0	Cx:	Borrado, 4 cm. dilatación	
	2 p.m.	R	„	0	„	6-7	
	4 „	R	„	+ 2		Completamente dilatado, Cefálica. O-I-D-A.	

NOTAS SOBRE EL PROGRESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. c. F.	Pulso:	P. Arterial	Intervalo, Duración de las contrs, Trat.
11 a. m.	140	90	120/60	Cada 6'x30" fuertes. DEMEROL 50 mg. ESCOPOLAMINA 0.3 mg.
12 m.	130	80	110/60	Cada 5'x30" moderadas.
1 p.m.	120	80	120/60	" " "
2	"	"	"	" " "
3	"	72	"	" 5'x40" fuertes.
4	"	"	130/70	" " "
5	136	80	"	" 5'x50"
6	140	"	"	" 4'x50"
7	142	90	"	" 3'x 1'
8	146	90	"	" 2'x 1'

Nupercaina pesada 1 ce. (2.5 mg;.)
(A. «silla de montar»).

BESUMEN:

Paciente de diecinueve años de edad, soltera de oficios domésticos. Primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 8-V-54 a las 8 a. m.

Motivo del ingreso: En trabajo de parto.

Se examina la paciente a las 11 a. m. del día 8-V-54.

Examen Físico: Normal.

Examen Obstétrico: Último período menstrual al 1-V-53. Abdomen: globuloso, útero: ocupado, diámetros: normales, pelvis tipo ginecoide. El examen rectal nos reveló: cuello borrado, con una dilatación de 4 cm. Presentación: vértice, posición: O-I-D-A, variedad: D-A, estación: O. latidos cardíacos fetales: 140 por minuto, contracciones uterinas fuertes con un intervalo de seis minutos y una duración de treinta segundos, presión arterial: 120/60, pulso: 90 por minuto.

A las 11 a. m. la paciente se encuentra excitada, con mucho dolor y quejumbrosa, le administramos 50 mg. de Demerol y 0.3 de Escopolamina por vía intramuscular minutos después la paciente se encuentra aletargada, la cara adquiere un aspecto congestivo.

Las contracciones no se alteran; latidos fetales, pulso y presión arterial tienen variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal. La dilatación se completa a las 4 p. m.

La bolsa de las aguas se rompe espontáneamente a las 8 p. m. derramando un líquido amniótico claro.

En este momento le practicamos la anestesia en «silla de montar» con Nupercaina 2.5 mg. (Dextrosada).

La paciente no percibe las contracciones desde el momento del bloqueo, pero el parto sigue progresando de manera normal.

La paciente fue preparada vestida y cateterizada.

El examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición O-P, estación + 4.

Se le hace una episiotomía medio-lateral izquierda, completamente indolora. Seguidamente hacemos una, aplicación de fórceps de salida con poca fuerza. El niño no presenta ningún signo de sufrimiento; a los 30 segundos respiró y lloró espontáneamente.

Placenta extraída por simple expresión, presentándose por su cara letal, pérdida sanguínea en el período del alumbramiento 100 gr. Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló: cervix intacto lo mismo que el canal del parto.

La episiotomía fue reparada plano por plano con catgut crómico N° 00 (planos profundos y mucosa vaginal) sutura continua, la piel por puntos separados con hilo N° 40.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal. Los puntos de la piel fueron removidos a los cinco días, encontrándose la herida en perfectas condiciones.

Tanto la madre como el niño salen el 20 de mayo de 1954 en buenas condiciones.

CASO N° 4

G. D. C. De diecinueve años de edad, soltera de oficios domésticos. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 12-V-54 a las 12:30 p. m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos: Lactada con leche materna, Menarquía: Puesta a los 14 años, carácter: regular, escasa e indolora; duración 3 días, ciclo 3/30.

b) Patológicos: En su infancia: Parotiditis, Viruela y Sarampión; en su edad adulta: sana.

Último período menstrual el 6-VIII-53; penúltimo período menstrual el 5-VII-53.

Movimientos estimados a los cuatro meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: Náuseas, mareos, vómitos. Cefalalgias, Sialorea y Pirosis.

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón: normal, pulmones: normales, miembros: normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: pequeña, periné; corto, útero: ocupado. **Fecha de espera el 13-V-54.**

PELVIMETRIA: I-E 23 cm. I-C 27 cm. I-T 30 cm. Conj-Ext 17 cm. Arco-P 60° Bi-Es (Ciático) 8 cm. Bi-Esq 8 cm. C-D 11 cm. C-V 9½ cm. Sag-P 8 cm. Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Distocia partes blandas.

RECOMENDACIONES: Episiotomía y Fórceps de salida.

REGISTRO DEL TRABAJO

Admitida: 12-V-54 a las 12:30 p. m.

Primígesta.

SÍNTOMAS: Pérdida acuosa por la vulva; dolores débiles e irregulares que empezaron a las 6 a. m.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Distocia partes blandas.

EXAMEN ABDOMINAL: Fondo uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición: O-I-I-A. Variedad: I-A. Encj.; Si.
Peso estimado del feto: 7 lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de Dilatación. Principia el día 12-V-54 a las 6 a. m.

Entrada al cuarto de trabajo el 12-V-54 a las 5 p. m.

Dilatación completa a las 9 p. m. (12-V-54).

Estación + 1. Duración del período de dilatación 15 horas.

Medicación Especial: **Demerol 50 mg. Escopolamina 0.3 mg. intramuscular.** A los 10 minutos después de la inyección la enferma se tranquiliza cae en un estado de somnolencia, la cara adquiere un aspecto congestivo. Las contracciones disminuyen moderadamente tanto en intensidad, como en duración y frecuencia; latidos fetales, pulso y presión arterial tienen variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal.

La progresión del trabajo no se altera.

Ruptura de las membranas el 12-V-54 a las 12 p. m., espontánea con dilatación completa.

Líquido amniótico claro.

Período de Expulsión: Empezó a las 9 p. m. Terminó a las 2 a. m. (13-V-54). Duración 5 horas.

Medicación Especial: **Nupercaína pesada (Dextrosada) 2.5 mg. Anestesia en «silla de montar».**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

Examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición O-I-P. estación + 2. Espinas ciáticas sumamente pronunciadas. En vista del sufrimiento fetal se hace episiotomía mediana.

Se trata de hacer rotación manual para convertir la posición pero fallamos, luego tratamos de emplear maniobra de Scanzoni, pero fallamos nuevamente y no nos queda otro recurso que hacer la aplicación de Fórceps en mento-pubica.

La aplicación fue de Fórceps bajo una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 cc. de Ergotrate por vía intramuscular.

Nace un infante de sexo masculino con bolsa sero-sanguínea muy pronunciada, en estado asfíctico, el cual lloró y respiró dentro de cinco minutos, necesitó de cateterización traqueal.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 2 a. m. y terminó a las 2.5 a. m. Placenta fue expulsada por simple expresión, completa e intacta.

Cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento 200 gr.

Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

Examen vaginal reveló: extensión de la episiotomía hasta el recto. Se sutura plano rectal invirtiendo la mucosa, y luego dos planos más infundibulizando al anterior; la mucosa vaginal se sutura con puntos separados, con catgut N° 00, la piel puntos separados con hilo.

Duración total trabajo: 20 horas 5 minutos.

INFANTE: Sexo: masculino; madurez: 4Q semanas. Niño nace asfíctico, el que requiere cateterización traqueal, extrayéndose mucosidades y líquido amniótico.

Peso del niño al nacer 6 lbs.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PASTOS:

Ambos en buenas condiciones.

PUERPERIO: Apirético; involución uterina normal.

Cicatrización de la episiotomía, mala, se formó una fístula recto-vaginal como del tamaño de un centavo de lempira.

SALIDA: El 20 de mayo de 1954. Niño en buenas condiciones, pero la madre sale con la fístula; rehusó tratamiento.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Bolsa	A. lista- ción	Cuello, Cx:	Presentación, Posición, Rot.
12-V-54	2 p. m.	R	Int.	— 1	50% borrado, 3-4 dilatado.	
5 "	7 "	R		0	100% "	6-
"	9 "	R	..	0	"	7-8
"	12 "	R	..	+ 1		Completamente dilatado.
				+ 2		Presentación cefálica, Posición O-I-P.

NOTAS SOBRE EL PROGRESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. C. F.	Pulso:	P. Arterial	Intervalo,	Duración de las conts, Trat.
2 p. m.	140	80	125/60	Cada 20x20"	Suaves.
3 "	144	"	"	" "	"
4 "	140	"	"	" "	"
5 ..	13S	84	120/60	" 15'x20"	"
					DÉMEROL Y ESCOPGLAMINA.
6 "	140	"	"	" 20'x20"	"
7 "	130	70	110/60	"	"
8 "	136	"	"	Pt. dormida durante los intervalos de las contracciones. Cada 20'x20" suaves.	
9 "	140	"	"	"	suaves.
10 "	144	80	120/60	" 10'x20"	"
11 "	140	"	"	"	fuertes.
					DÉMEROL Y ESCOPOLAMINA.
12 "	• 144	"	"	Cada 5'x30" moderadas, Pt. dormida en el intervalo de las conts.	
13-V-54					
1 a. m.	140	"	"	Cada 2'x50" fuertes.	
					Nupercaina pesada A. Silla de Montar ■

RESUMEN:

Paciente de diecinueve años de edad, primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 12-V-54 a las 12:30 p. m.

Motivo de Ingreso: En trabajo de parto. Sé examina la paciente a las 2 p. m. del día 12-V-54. Examen Físico: Normal. Examen

Obstétrico: Último período menstrual el 6-VIII-53.

Abdomen: globuloso, útero: ocupado, diámetros normales, pelvis tipo ginecoide. Al practicar el tacto rectal encontramos el cuello con el 50% borrado, y una dilatación de 3 a 4 centímetros; presentación vértice, posición O-I-I-A., variedad I-A, estación — 1, latidos cardíacos fetales: 140 por minuto, contracciones uterinas: suaves con un intervalo de 20 minutos y una duración de 20 segundos, presión arterial 125/60, pulso 80 por minuto.

A las 5 p. m. la paciente se encuentra excitada y quejumbrosa, le suministramos por vía intramuscular una inyección de Demerol 50 mg. y Escopolamina 0.3 mg. A los diez minutos la enferma se tranquiliza, cae en un estado de somnolencia, la cara adquiere un aspecto congestivo las contracciones tanto en intensidad, frecuencia y duración casi no varían.

Repetimos la misma dosis de Demerol y Escopolamina a las 11. p. m. es decir 6 horas más tarde.

La dilatación progresa más o menos un centímetro por hora, siendo completa a las 9 p. m.

A las 12 p. m. se rompe la bolsa de las aguas espontáneamente, derramando un líquido amniótico claro.

Al practicar nuevamente el tacto rectal encontramos la cabeza en estación + 2, posición O-í-P.

En estas condiciones le fue practicada una anestesia en «silla de montar» con Nupercaina pesada 2,5 mg.

La paciente fue preparada, vestida y cateterizada, el examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación: cefálica, posición: O-í-P, estación: + 2, espaldas ciáticas sumamente pronunciadas, expulsión de líquido amniótico teñido con meconio; se aconseja parto rápido en vista de sufrimiento fetal.

Fue practicada una episiotomía media, acto seguido tratamos de hacer rotación manual para convertir la posición, pero fallamos, luego tratamos de emplear maniobra de Scanzoni, pero fallamos nuevamente y no nos queda otro recurso que hacer la aplicación de Fórceps en mento-púbica.

Nace un infante de sexo masculino con bolsa sero-sanguínea

muy pronunciada, en estado asfictico, el cual lloró y respiró dentro de cinco minutos, necesitó de cateterización traquial.

Placenta fue expulsada por simple expresión, completa e intacta, pérdida sanguínea 200 gr.

Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló; que la episiotomía se prolongó hasta el recto. Se suturó plano rectal invirtiendo la mucosa, y luego dos planos más infundibulizando ni anterior; la mucosa vaginal se suturó con puntos separados, con catgut N° 00, la piel puntos separados con hilo.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente, el pulso y la presión arterial no sufrieron modificaciones apreciables.

Puerperio: Involución uterina normal. La cicatrización de la episiotomía fue mala, motivo por el cual se formó una fistula recio vaginal como del tamaño de un centavo de lempira.

Salen el 20 de mayo de 1954. El niño en buenas condiciones, pero la madre por motivo que rehusó tratamiento sale con la fistula.

ESTUDIO NUTRICIONAL EN PRESOS DE LA PENITENCIARIA CENTRAL (*)

CONTENIDO:

- I—Introducción.
- II—Hallazgos Físicos.
- III—Hallazgos Hematológicos.
- V—Niveles de Proteína, Vitaminas, y Fosfatasa
- IV—Análisis Parasitológicos.
Alcalina en el suero sanguíneo
- VI—Resumen.

Tegucigalpa, D. C, Marzo de 1952.

Dr. Ernesto A. Borjas V.

Jefe del Departamento de Nutrición, dependiente de la
Dirección General de Sanidad Pública y Jefe de la
unidad de Campo del INCAP.

Sección 1

INTRODUCCIÓN

A fin de conocer hasta donde nos sea posible el estado nutricional de grupos representativos de población, hemos seleccionado al azar, para su estudio, un grupo de 25 presos de la Penitenciaría Central, comprendidos entre las edades de 19 a 55 años.

El presente estudio incluyó: Historia Médica, exámenes físicos detallados sobre signos y síntomas de deficiencia nutricional, estudios hematológicos y parasitológicos, determinación de niveles de vitaminas en la sangre, determinación de proteína total en el suero y evaluación del consumo diario de alimentos.

En las páginas siguientes se detallan los resultados de estas observaciones.

(*) *Se agradece la colaboración en este estudio, de las siguientes personas: Sr. Porfirio Barahona F., Hematólogo-Parasitólogo; Profesora Gladys F. de Borjas. Técnica de laboratorio; Señorita María Cristina Romero, Enfermera Graduada, todos del Departamento de Nutrición, dependiente de la Dirección, General de Sanidad Pública; Dr. Nevin S. Scrimshaw y Bioquímico Miguel A. Guzmán, Director y Jefe del Departamento de Microdeterminaciones del INCAP en la ciudad de Guatemala, respectivamente.*

Sección 2

HALLAZGOS FÍSICOS

En esta sección se hace un intento de interpretación de los signos físicos encontrados en el presente estudio, basándonos en noventa y dos signos físicos con relación posible a deficiencias nutricionales, o de interés médico intrínseco, los que se encuentran codificados en la lista internacional respectiva. Haremos a continuación un ligero comentario sobre aquellos signos que se presentaron con más frecuencia, de acuerdo con la tabla 1:

Sequedad aumentada del cabello: se encontró dieciséis veces en grado moderado. Se atribuye este signo a una posible deficiencia de vitamina A.

Fotofobia: aunque solamente se encontró en dos casos y en grado «poco», este es un signo muy significativo de la deficiencia de alguno de los factores del complejo vitamínico B y aún de avitaminosis A.

Engrosamiento de la conjuntiva: este signo de mucho valor para el diagnóstico de deficiencia de vitamina A, se presentó en quince de los veinticinco individuos examinados, es decir, en un 60%.

vascularización de la conjuntiva: puede ser considerada, ya sea como el efecto de una acción traumática o de una deficiencia de vitaminas del complejo B. Se presentó diez veces y en grado moderado.

Pigmentación de la conjuntiva tipo A: este signo se considera relacionado con una deficiencia de vitamina A, habiéndose observado en grado moderado veintiuna veces, o sea en el 84% de los casos estudiados.

Limbo corneal café: hasta la fecha no se ha llegado a un acuerdo en la interpretación real de este signo. No se sabe si pueda tener como base un factor avitaminósico, hipoproteínico, climático o racial. En el presente estudio se observó diez veces, en grado severo.

Gingivitis local: se observó diez veces en grado moderado y siete veces en grado severo. Este signo se puede atribuir más bien a una mala higiene bucal, que a una verdadera deficiencia por vitamina C.

¿?cesión gingival: una consecuencia del signo anterior, fue observado diecisiete veces en grado moderado.

Lengua fisurada: fue observada dieciséis veces en grado moderado y seis veces en grado severo. Este signo, como los demás signos linguales observados en el presente estudio, pueden interpretarse como una deficiencia de uno o más factores del complejo vitamínico B, aunque en algunas ocasiones son interpretados o atribuidos por algunos autores, a un factor hereditario. También pueden ser observados en casos de carencia de algunos de los aminoácidos esenciales en la dieta diaria.

Caries dentaria: se encontraron en los grados: poco, moderado y severo, dos, nueve y diez veces, respectivamente, y se pueden atribuir más bien a una mala higiene oral que a una verdadera deficiencia de vitaminas C y D, o de los minerales, calcio, fósforo y fluor.

Bocio endémico: cuatro en grado mínimo (ID) y uno en grado poco (2D). Este signo se atribuye a una deficiencia de yodo en los alimentos o en el agua bebida.

Xerosis cutánea: se observó once veces en grado moderado. Este signo está en relación con una deficiencia de vitamina A.

Hiperqueratosis folicular de la piel: como el signo anterior, delata una deficiencia de vitamina A y se observó siete veces en grado moderado.

Disminución de grasa subcutánea: se presentó este signo de desnutrición, en grado poco, ocho veces y tres veces en grado moderado.

Reflejo patelar: se encontró en grado aumentado en trece sujetos. Este signo está relacionado con una deficiencia de vitamina B1.

Peso bajo lo normal: en grado regular se observaron doce casos; en grado malo, cuatro; y en grado muy malo, cuatro casos, lo cual indica, de una manera general, el mal estado nutricional del 80% de los individuos estudiados.

Resumiendo, y basados en la diversidad de signos físicos observados en los individuos que componen este grupo estudiado, podemos concluir que el nivel nutricional a que están sujetos los presos de la Penitenciaría Central es deficiente.

Sección 2

Tabla 1

F'FSFr'ilFMf Ffl TSF ^filNOSE ¥"H F3TÍWif!tJF*j; FU^IfG^

Penitenciaría Central—Marzo de 1952

		GRADO					TOTALES			
		0	1	2	3	4	% %			
25 Examinados							+	+	+	%
1—Clave N?	1—Sequedad aumentada del pelo..	—	—	—	16	—	16	—	64	64
2—Clave N?	Is-Brillo del peJo.....	—	—	9	—	—	9	—	36	36
3—Clave N?	4—Descamación del cuero cabe lludo	—	—	2	—	—	2	—	8	8
4—Clave N?	7—Fotofobia	—	—	2	—	—	2	—	8	8
5^Clave N?	12—Engrasamiento de la conjuntiva	■	■	—	15	—	15	—	60	60
6—Clave N'	13—Manchas pigmento azul negro de la esclerótica.....	—	—	—	—	4	4	—	16	16
7—Clave N'	14—Vascularización general de Ja conjuntiva	—	—	1	—	—	1	—	4	4
8—Clave N?	15—Vascularización tipo A de la conjuntiva	—	—	—	10	—	10	—	40	40
9—Clave N'J	16—Pig. tipo A de la conjuntiva.....	—	—	—	21	—	21	—	84	84
10—Clave N°	18—Opacidad del limbo corneal	—	—	5	—	—	5	—	20	20
11—Clave N?	20—Limbo corneal café.....	—	—	—	—	10	10	—	40	40
12—Clave N?	21—Pterigión	—	—	3	—	—	3	—	12	12
13—Clave N?	22—Pigmentación suborbitaria.....	—	■	7	—	—	—	28	—	28
14—Clave N?	24—Folículos de la piel de la cara	—	—	—	4	—	4	—	16	16
15—Clave N'?	31—Estomatitis ang. de los labios....	—	1	—	—	—	—	4	—	4

16—Clave N* 33—Labios fruncidos	—	2	—	—	—	8	—	8
17—Clave N? 34—Gingivitis local	—	—	10	7	17	—	68	68
18—Clave N<> 35—Gingivitis generalizada	—	—	—	4	—	4	—	16 16
19—Clave Nv 37—Encias sangrantes	—	—	—	2	—	2	—	8 8
20—Clave N? 38—Recesión gingival	■	—	—	17	—	17	—	68 68
21—Clave N<> 39—Lengua roja	—	—	—	3	—	3	—	12 12
22—Clave N' 41—Palidez de la lengua	→	—	1	—	—	1	—	4 4
23—Clave N» 42—Lengua hinchada	—	—	—	2	—	2	—	8 8
24—Clave N? 43—Lengua fisurada	—	—	—	16	6	22	—	88 88
25—Clave N"i 44—Papilas linguales filiformes atrofiadas	—	5	4	—	—	4	20	16 36
26—Clave N* 46—Papilas linguales fungiformes atrofiadas	—	—	6	—	—	6	—	24 24
27—Clave Nf 48—Caries dentaria	—	—	2	9	10	21	—	84 84
28—Clave N? 49—Pérdida de dientes	—	—	—	10	6	16	—	64 64
29—Clave N? 50—Esmalte manchado	—	—	1	—	—	1	—	4 4
30—Clave N ¹ 51—Mala implantación dentaria	■	—	—	2	—	2	—	8 8
31—Clave N» 53—Bocio Endémico	—	4	1	—	—	1	16	4 20
32—Clave N ¹ ? 54—Xerosis cutánea	—	—	—	11	—	11	—	44 44
33^Clave N ¹ 56—Descamación furfurácea de la piel	—	—	—	1	—	1	—	4 4
34—Clave N* 57—Hiperqueratosis folicular de la piel	—	—	—	7	—	7	—	28 28
35—Clave Nv 58—Foliculosis de la piel	—	—	—	2	—	2	—	8 8
36—Clave No 59—Foliculitis de la piel	—	—	—	1	—	1	—	4 4
37—Clave N' 60—Hiperqueratosis folicular generalizada	—	—	—	3	—	3	—	12 12
38—Clave Ni 60—Disminución de grasa subcutánea	—	—	8	3	—	11	—	44 44
39—Clave N ¹ 66—Pérdida de turgencia de la piel	—	—	—	3	—	3	—	12 12
40—Clave N^ 70—Abdomen deprimido	—	—	—	1	—	1	—	4 4
41—Clave N"? 72—Manchas blancas de las uñas	—	—	—	1	—	1	—	4 4
42—Clave N ¹ ? 73—Estrías longitudinales de las uñas	—	—	—	4	—	4	—	16 16
43—Clave N? 74—Uñas quebradizas	—	—	—	5	—	5	—	20 20
44—Clave N? 77—Genuvalgum	—	—	—	1	—	1	—	4 4
45—Clave N? 78—Genuvarum	—	—	—	5	—	5	—	20 20
46—Clave Nv 80—Reflejo patelar	2	2	—	13	—	13	16	52 68
47—Clave N ¹ ? 86—Desarrollo muscular general	5	16	4	—	—	4	84	100
48—Clave N ¹ 87—Escápula prominente	—	—	—	5	—	5	—	20 20
4<) Clave N? 88—Postura general	—	21	4	—	—	4	84	16 100
50—Clave N? 89—Peso bajo lo normal	—	—	—	12	4	4	20	— 80 80
51—Clave N<> 91—Estado nutricional	L	19	3	2	—	5	80	20 100
52—Clave Ne 92—Otros trastornos	—	—	—	2	2	4	—	16 16

Sección 3

Tabla 1

HALLAZGOS HEMATOLOGICOS EN LAPENITENCIARIA CENTRAL

Marzo, 1952

casos	Góbulos rojos millones por milímetro cúbico		Hemoglobina gramos por ciento		Hematocrito por ciento		Dv.	St.	Dv.	St.
	N ¹ de	Promedio	St.	Promedio	St.	Promedio				
25	4.86	0.50	13.7	1.24	43.7	3.6				

Sección 3

Tabla 2

HALLAZGOS HEMATOLOGICOS EN LA PENITENCIARIA CENTRAL

Marzo, 1952

N ^o de casos	V. C. M.		H. C. M.		C. H. C. M.	
	Promedio	Dv. Sí.	Promedio	Dv. St.	Promedio	Dv. St.
25	9L8	61	2ÉT5	2.7	31.5	~L6

Como se puede observar en las tablas 1 y 2 de esta sección los valores promedios y desviaciones standards, tanto de la cuenta de glóbulos rojos, índice de hemoglobina y hematocrito, como de los valores volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media y concentración hemoglobínica corpuscular media, se encuentran dentro de los límites normales para esta área.

Sección 4

Tabla 1

INCIDENCIA DE PARÁSITOS INTESTINALES EN LA PENITENCIARIA CENTRAL

Marzo, 1952

N^o de casos

Ascarides lumbricoides	23
Trichinurus trichiura	2
Necator Americanus	0
Tezia Sugamara	2
Hyemon/ep/ia Nana	0
Strongiloides stercoraria	0
Giardia Intestinalis	2
Trichomonas intestinalis	1
Endamoeba Coli	0
Endamoeba Histolitica	5
Negativos	3
	9

Puede observarse en la tabla 1 de esta sección, que la mayor incidencia de parásitos intestinales corresponde a endamoeba coli, protozooario que no tiene significación patológica a menos que se encuentre en grandes cantidades en el intestino. Sigue en orden de frecuencia la endamoeba histolítica, la que sí es importante desde el punto de vista patológico y la que se encuentra con bastante fre-

cuencia en esta área; los casos aquí observados, se pueden catalogar como de portadores. El *Necator Americanus*, observado dos veces en el presente estudio, es un agente anemizante por excelencia. Sigue en importancia como expoliador, el *Ascárides Lumbricoides*, muy común en nuestro medio. En cuanto al *Strongyloides Stercolaris* y a *Giardia Intestinalis* se refiere, su patología es atenuada.

Sección 5

NIVELES DE PROTEINA, VITAMINAS Y FOSFATASA ALCALINA EN EL SUERO SANGUÍNEO

Proteínas: Si bien es cierto que el promedio reportado para este grupo es más bajo que los promedios reportados en otros grupos similares en Centroamérica, su importancia desde el punto de vista clínico es incierta, ya que se acostumbra considerar como normales los valores que caen dentro de los límites 6.00-8.00 gms. por ciento. El grado de variación no es pronunciado y se puede considerar este grupo tan homogéneo en lo que respecta a proteínas séricas, como otros similares. El hecho de que el promedio sea más bajo que los que usualmente se encuentran en Centroamérica es digno de mencionar, aunque su significado no sea claro.

TABLA 1

	Proteína gms %	B ₂ Libre mcg %	Vit. C mgs %	Carotina mcg %	Vit. A mcg %	Fosfatasa Alcalina u. mm. *
X	6.93	1.15	2.03 **	26	29.7	1.47
N	25	25	25	25	25	25
S	0.45	0.75	1.28	14	12.9	0.77

Vitaminas y Fosfatasa Alcalina: Los promedios reportados para Riboflavina y Fosfatasa Alcalina están dentro de los límites normales descritos para adultos en otras partes del mundo. El promedio de Vitamina C es elevado y similar a los promedios de Vitamina C descritos para otros grupos de población en Honduras.

Tanto el nivel de Carotina como el de Vitamina A están considerablemente más bajos que los considerados como adecuados para

* 1 u. mm = 1.79 unidades Bodansky aproximadamente.

** Al eliminar 6 casos excesivamente altas el promedio se convirtió en 1.41 mg % con un valor de 0.55.

poblaciones adultas. Otros estudios del Instituto de Nutrición, indican que en Honduras se encuentran niveles bajos de Carotina, con niveles casi normales de Vitamina A, sin embargo, este grupo demuestra valores reducidos de Carotina y valores sumamente bajos de vitamina A. Estos niveles bajos de Vitamina A son dignos de atención y hasta de tratamiento en algunos casos.

Octubre, 1952.

EL AHORRO HONDURENO, S. A.

COMPAÑÍA DE SECUROS

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

Charla Sobre Fiebre Amarilla

Por el Dr. Manuel Cáceres Vijil

En esta plática que daré el día de hoy sobre Fiebre Amarilla, por ser un tópico de actualidad, no me voy a referir a la sintomatología, anatomía-patológica, formas clínicas ni tratamiento de la enfermedad. Voy a tratar el asunto bajo el punto de vista epidemiológico, profiláctico que todos conocen, pero que les servirá para ejercitar la memoria y darles a conocer el trabajo que ha efectuado la Dirección General de Sanidad para evitar la terrible enfermedad.

La Fiebre Amarilla presenta dos formas epidemiológicas: la forma urbana y la forma selvática. La forma urbana es la que ataca las ciudades y pueblos donde se encuentra el mosquito *Aedes Aegypti*, y la transmisión se hace directamente de hombre a hombre por intermedio de ese mosquito. Esta es la forma que tantos estragos ha hecho en los países tropicales principalmente en el Brasil, Cuba y Panamá. En nuestro país no tenemos Fiebre Amarilla desde el año de 1919 que se presentó en la Costa Sur, y que fue un brote epidémico más suave que el que se presentó el año de 1906 en el Departamento de Cortés y que ocasionó una enorme mortalidad en algunas localidades especialmente en San Pedro Sula donde murió el Doctor Leonardo Martínez combatiendo la enfermedad.

La forma selvática se ha descubierto entre los animales de la selva. Los monos especialmente mantienen la enfermedad muriendo muchos de ellos y sobreviviendo otros. La Fiebre Amarilla selvática es transmitida al hombre por mosquitos del género *Haemagogus*, especialmente los individuos que están en contacto con la selva, quienes pueden ser infectados y traer la enfermedad a las poblaciones, y si en ésta hay *Aedes Aegypti*, pronto se disemina la enfermedad y de selvática que era se convierte en urbana.

Fue en la sesión del 14 de agosto de 1881 en que el Doctor Carlos J. Finlay presentó ante la academia de ciencias su gran descubrimiento de que la fiebre amarilla era transmitida por un mosquito, y sostenía en su tesis que tres condiciones eran necesarias para que la fiebre amarilla se propagará: 1°—Existencia de un enfermo de fiebre amarilla en cuyos capilares el mosquito pudiera clavar sus lan-

cetas e impregnarlas de partículas virulentas en el período adecuado de la enfermedad. 2^o—Prolongación de la vida del mosquito entre la picada hecha en el enfermo y la que debe producir la enfermedad. 3^o—Coincidencia de que sea un sujeto apto para contraer la enfermedad alguno de los que el mismo mosquito vaya a picar después.

El mismo Finlay dio a conocer en su tesis presentada en aquella memorable sesión que la fiebre amarilla no fue conocida en la raza blanca hasta después del Descubrimiento de América; y según Humboldt es opinión tradicional en Veracruz que allí ha existido esa enfermedad desde que vinieron a las playas los primeros exploradores españoles y que las razas más expuestas a padecer de fiebre amarilla son también las que sufren de la picada de los mosquitos, y que las condiciones meteorológicas que más favorecen al desarrollo de la fiebre son las mismas que acrecientan el número de mosquitos.

En el año de 1948 una ola de fiebre amarilla selvática empezó a extenderse a través de las selvas de Panamá con procedencia de un centro enzootico que se sabe ha existido al este del Río Boyano en la República de Panamá desde el año 1929. Desde el momento del brote inicial de la epizootia en la región Pacora-Tocumea entre el Río Boyamo y la Zona del Canal durante los meses de noviembre y diciembre de 1948 se temió que la enfermedad se extendiera a través de Panamá y posiblemente Centro América, México y Belice. Un brote apareció en Buena Vista y fue justificado con la muerte de un ser humano en el Distrito de Chagres al oeste de la Zona del Canal.

En 1951 la ola invade Costa Rica por el lado Sur de Punta Arenas en el Valle del Río Calagra, siendo bastante fuerte el brote epidémico, y habiendo fallecido más de 50 personas traídas de la selva al Hospital San Juan de Dios de San José de Costa Rica a consecuencia de fiebre amarilla.

Según el estudio del Dr. Norman W. Elton, Director de Laboratorio de Alcon Zona del Canal la velocidad de la ola del virus es de 13 millas por mes, así es que atravesando Costa Rica probablemente invadiría Nicaragua, Honduras, Guatemala, Chapas, Yucatán, Campeche, Quintana Roo y Belice, siguiendo exactamente el camino tradicional de la fiebre amarilla entre los Mayas, el antiguo Kekik del año de 1649.

En junio de 1952 se presentó el primer caso de fiebre amarilla en Muelle de los Bueyes, departamento de Zelaya en la República de Nicaragua, después en los Chorros, departamento de Chontales, el 25 de marzo de 1953 en la Mina Panamá departamento de Zelaya y el último caso humano fue en la comarca del Cabo.

Al tener noticias del Ministerio de Salubridad de la hermana República del Sur que habían aparecido monos muertos en el Río Huapuc, en Bocay y en el Portillo de Teotecasinte, presentimos que nuestro territorio sería prontamente invadido por la cuenca del Río Coco o Segovia por los departamentos de Colón, Olancho y El Paraíso.

El 10 de diciembre de 1953 la Dirección General de Sanidad

recibió un mensaje del Doctor Porfirio Sánchez comunicando que en la ciudad de Catacamas se habían presentado dos casos humanos de fiebre amarilla en individuos que venían de la montaña y que se ocupaban en los Cortes de café; inmediatamente se hizo salir una comisión integrada por los Doctores Gaspar Vallecillo, Manuel Bueso y el Bacteriólogo Alejandro Lara. Uno de los pacientes reportados por el Dr. Sánchez había muerto y no se le pudo hacer la autopsia por oponerse la familia; y en el otro, encontraron algunos síntomas y signos que concordaban con la enfermedad pero faltaban otros; este último paciente mejoró y cuando ya habían pasado las dos semanas indicadas para hacer la prueba de inmunidad no se le pudo encontrar en Catacamas ni cerca de ese lugar. Desde que se tuvo conocimiento que la fiebre amarilla estaba en la frontera con Nicaragua se le pidió al Ministerio de Gobernación orden para que los Alcaldes comunicaran cuando aparecieran monos muertos en cualquier lugar de la República. Y fue hasta en diciembre que las autoridades del departamento de Olancho avisaron que en la montaña de la Avispa, Río Tinto y Quebrada Seca lugares todos situados cerca de Catacamas estaban muriendo los referidos animales lo mismo que en Culmí donde la directora de la escuela comunicó que un indio paya había muerto de vómito negro.

Se avisó a la Oficina Sanitaria Panamericana la sospecha que tenía la Dirección General de Sanidad del apareamiento de fiebre amarilla selvática en el territorio hondureño, y esta oficina envió al Dr. Jorge Boshell, Director de la Escuela de Higiene de Bogotá para que investigara el brote epizootico, ya que él había verificado el mismo trabajo en la República de Nicaragua y Costa Rica. El Dr. Boshell se internó en las montañas del Municipio de Catacamas y sacó en conclusión por los datos que le dieron los habitantes de los caseríos aislados y por los esqueletos de los monos muertos que la fiebre selvática había aparecido desde el mes de septiembre. 140 sueros de estos animales extrajo para la prueba de protección en los ratones, que hace el Instituto Finlay para la confirmación de esa epizootia. El resultado de dichos sueros lo tendremos a más tardar dentro de ocho días. En todas las selvas sólo pudo capturar dos mosquitos *Hemagogus Equinus*, no encontrando el *Spegazzini Falco* y el *Iridicolor* que son los que se han señalado como transmisores de la fiebre amarilla selvática. El Dr. Boshell cree que la falta de estos dípteros se debe a que ya pasó en aquellas regiones lo fuerte o copioso de la estación de lluvias y por ese motivo supone que el brote se detendrá durante el verano para reaparecer el mes de mayo y que en ese tiempo siga por las cuencas de los Ríos Guayape y Sulaco invadiendo las montañas menores de 2.000 pies y amenazando los departamentos de Yoro, Cortés, parte norte del departamento de Francisco Morazán y el departamento de Atlántida, concordando esto con el estudio del Dr. Elton que predice que la fiebre amarilla aparecerá en La Ceiba en el mes de junio de 1954.

Desde el año de 1951 en que se tuvo conocimiento que habían casos de fiebre amarilla en la República de Costa Rica la Dirección General de Sanidad solicitó vacuna a la Oficina Sanitaria Panameri-

cana, enviando ésta dos clases de vacuna una de Dakar para usarla por el método de escarificación y otra de Bogotá para usarla por vía subcutánea; la primera o sea la de Dakar tuvimos que desecharla por las reacciones fuertes que producían habiéndose presentado hasta un caso de encefalitis producida por la vacuna en el pueblo de Salado en el departamento de Atlántida; prefiriendo la vacuna D 17 del Instituto Finlay de Bogotá por ser inocua y es la que continuamos usando. En el año de 1951 se vacunaron 27.000 personas en el departamento de Choluteca, 18.000 en el departamento de El Paraíso, 14.000 en Tegucigalpa y 12.000 en Cortés. En el año de 1952 se vacunaron 14.000 en el departamento de Olancho, 22.000 en Atlántida y 13.000 en Colón. A pesar de la cooperación de las autoridades en muchos de los pueblos de los departamentos referidos fue infructuosa la vacunación por la renuencia de los habitantes. Pero con la presencia de los casos sospechosos y la muerte de los monos en las montañas del departamento de Olancho la gente se ha alarmado y en toda la República se solicita la vacuna. Es así que tres Brigadas Sanitarias han vacunado en el departamento de Olancho 32.000 personas en menos de dos meses; la Brigada de Colón 10.000 y la de Yoro 11.000 que son los departamentos por el momento más amenazados, sin perjuicio de que se continúe vacunando en Atlántida, Cortés, Choluteca, El Paraíso y Tegucigalpa. El total de vacunados desde 1951 a la fecha asciende a más de 200.000 personas.

En cuanto a la destrucción de los agentes vectores de la fiebre amarilla puedo decir que la lucha contra el *Hemagogus* trasmisor de la fiebre amarilla selvática es imposible. Este mosquito tiene la particularidad de presentar una diversidad de colores con brillos metálicos, vive en la copa de los árboles de la selva a una altura no más de 2.500 pies y tiene una fase en su desarrollo que los Entomólogos no han podido descubrir y que consiste en desaparecer totalmente en la época del verano para reaparecer en la estación de las lluvias manteniendo en potencia el virus de la fiebre amarilla.

En cuanto a la erradicación del *Aedes Aegypti* o mosquito tigre, vector de la fiebre amarilla urbana es bastante factible. Este mosquito está caracterizado por tener un color oscuro, tiene pestañas en forma de lira en el dorso y patas con anillos blancos. La hembra puede picar durante el día y la noche, y el macho no tiene las partes bucales aptas para picar y se alimenta principalmente del jugo de las plantas; es un mosquito doméstico, nunca crece en los pantanos, se cría en los floreros con agua, latas abandonadas, etc. Desde que se comenzó la lucha contra este mosquito pudimos encontrar en los floreros y latas del Cementerio General de esta capital 300 criaderos de *Aedes Aegypti*. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública encargado del control de insectos con la ayuda del UNICEF y de la Dirección General de Sanidad ha podido negativizar del *Aedes Aegypti* 64 localidades en diferentes departamentos de la República.

ADELANTOS Y TENDENCIAS EN EL SERODIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS (1)

**Genevieve W. Stout, M.A. (2)
Ad Harris (3) Sidney
Olansky, KLD. Í4>**

Trabajo presentado al V Congreso de Venereología
celebrado en Tegucigalpa, D. C.,
del 27 al 30 de mayo de 1954.

Todos los procedimientos de diagnóstico que se siguen en el laboratorio sufren cambios frecuentes como resultado del perfeccionamiento de las técnicas, existentes y del desarrollo de nuevos métodos. El serodiagnóstico de la sífilis no es una excepción. Durante los últimos quince años hemos visto que los antígenos lipoideos, empleados en las pruebas ya establecidas para la sífilis, han sido reemplazados por los antígenos de cardiolipina, las pruebas de portaobjetos han tomado el lugar de las de tubos de ensayo, las pruebas cualitativas con suero reactivo son complementadas con informes cuantitativos, y se han solicitado cambios en la terminología empleada para informar los resultados de las pruebas. Los esfuerzos encaminados hacia el mejoramiento y la estandarización de los procedimientos que forman parte de estas pruebas han aumentado grandemente y demuestran resultados alentadores.

Los adelantos logrados en la serología de la sífilis han sido continuos desde que Wassermann y colaboradores realizaron las primeras pruebas en 1906 (1). Comenzando con la publicación de la prueba Kahn (2) en 1922, en Estados Unidos se han desarrollado numerosas pruebas serológicas. Se han llevado a cabo estudios internacionales y nacionales de evaluación para determinar la eficacia de los diversos métodos de prueba. La Conferencia de Sero-

- (1) Del Laboratorio de Investigaciones sobre Enfermedades Venéreas, División de Enfermedades Venéreas, Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, P. O. Box 185, Chamblee, Georgia.
- (2) Bacteriólogo, USPHS, Laboratorio de Investigaciones sobre Enfermedades Venéreas, Chamblee, Georgia.
- (3) Director Adjunto, Laboratorio de Investigaciones sobre Enfermedades Venéreas, Chamblee, Georgia.
- (4) Director, Laboratorio de Investigaciones sobre Enfermedades Venéreas, Chamblee, Georgia.

logía de Washington, se realizó en Washington, D. C, bajo los auspicios del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, con el objeto de evaluar los métodos originales. Los resultados obtenidos (3) corroboran la eficacia de los métodos de uso más generalizado en Estados Unidos; es decir, las pruebas de floculación de Eagle, Hinton, Kahn, Kline y Mazzini, y las pruebas de fijación del complemento de Eagle y Kolmer. En todos estos procedimientos se usan los antígenos lipoideos (extractos crudos de corazón de res).

En 1941 dio comienzo otra fase en el desarrollo de la serología de la sífilis cuando Pangborn (4) (5) aisló las sustancias responsables de la reactividad que muestran los extractos alcohólicos de corazón de res en las pruebas de sífilis: Pangborn aisló y purificó un fosfolípido no nitrogenado de corazón de res, al que dio el nombre de cardiolipina. Mezclando la cardiolipina con proporciones adecuadas de lícitina purificada, se prepararon antígenos que podían ser empleados en las pruebas de fijación del complemento y en las de floculación. En lo sucesivo nos referiremos a estos antígenos como antígenos de cardiolipina.

A continuación se enumeran, en orden cronológico, algunos de los informes más significativos relacionados al uso de los antígenos de cardiolipina tanto en los procedimientos de prueba existentes como en las pruebas nuevas:

LOS ANTÍGENOS DE CARDIOLIPINA EN LAS PRUEBAS PARA LA SÍFILIS

Año	Autores	Prueba	Informe del Uso de la Cardiolipina	Método Recomendado	Nueva Prueba
1944	Harris, Portnoy (6)	Kolmer, C. F.*	X		
	Maltaner,				
	Maltaner (7)	New York, C. F*		X	
1946	Rein, Bossack..... (8)	Rein-Bossack.....			X
	Kline..... (9)	Kline		X	
	Harris, et al (10)	Portaobjetos VDRL			X
	Kahn, et al (11)	Kahn	X		

El cambio ocurrido en Estados Unidos del uso de las pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis que emplean los antígenos lipoideos al uso de las pruebas con los antígenos de cardiolipina se ha producido en los últimos diez años. En 1946, Harris y Mahoney (19), del Laboratorio de Investigaciones sobre Enfermedades Venéreas (**Venéreas** Disease Research Laboratory) del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, Staten Island, Nueva York,

* Fijación del complemento.

informaron ante la Asociación Americana de Salud Pública que «la cardiolipina, como sustancia antigénica para las pruebas de la sífilis, ha sido utilizada en muy pocos laboratorios y en un período relativamente breve». En 1949, Arnold y Mahoney (20), del mismo laboratorio, informaron que «como componente antigénico, la cardiolipina ha asumido hoy día un papel destacado en la serología de la sífilis». Para 1954, cuando Hinton, Kline, Kolmer y Mazzini recomendaron el uso de los antígenos de cardiolipina en estos procesos, la única prueba comunmente usada en Estados Unidos en que aún se prefiriere un antígeno lipoideo es la prueba Kahn.

Con el informe que presentaron Nelson y Mayer (21) en 1949 sobre la Prueba de Inmovilización del *Treponema Pallidum*, se revivió el interés en las pruebas de serodiagnóstico que hacen uso del **Treponema pallidum** en calidad de antígeno. Cain (22), Hardy y Hollander (23), y McLeod y Magnuson (24) describieron la aglutinación específica del *Treponema pallidum*. Nelson (25) (26) informó en fecha más reciente sobre el Fenómeno de Adhesión y Desaparición, el cual podría tener aplicaciones prácticas. En la literatura estadounidense, D'Alessandro y Dardani (27) han explicado el aislamiento y la purificación de un antígeno proteico obtenido del *Treponema Reiter*. Hay numerosas investigaciones en curso cuyos resultados deben ser sumamente interesantes.

Hay, por lo tanto, tres tipos de pruebas para sífilis que tenemos que considerar y que utilizan antígenos lipoideos, de cardiolipina y de *Treponema*. Los antígenos lipoideos y de cardiolipina se usan corrientemente en las pruebas de la sífilis, según las ejecutan los laboratorios clínicos y de salud pública. En los actuales momentos, las pruebas con el antígeno de *Treponema* se emplean principalmente en los laboratorios de investigación como procedimientos experimentales para realizar estudios sometidos a control. Sin embargo, la Prueba de Inmovilización del *Treponema Pallidum* está usándose en un número muy limitado de laboratorios, como ayuda para el diagnóstico de casos selectos que están bajo estudio.

En muchos laboratorios todavía se usan los antígenos lipoideos en las pruebas de la sífilis. La prueba Kahn con antígeno lipoideo aún se emplea en forma bastante generalizada en Estados Unidos y en el resto del mundo. Cuando se ejecuta perfectamente, con controles adecuados, es y continuará siendo un procedimiento de prueba confiable. Las pruebas Eagle de Flocculación y Fijación del Complemento usan antígenos lipoideos, pero como Eagle ya no trabaja en el campo de la serología de la sífilis, no hay control para los antígenos que forman parte de esta prueba y son relativamente pocos los laboratorios que continúan utilizándola. Algunos laboratorios usan actualmente los antígenos lipoideos para las pruebas Hinton, Kline, Kolmer y Mazzini, pero a medida que se adquiera mayor experiencia con el uso de los antígenos de cardiolipina en estos procesos, sin duda alguna el número de estos laboratorios irá disminuyendo. Se han llevado a cabo muchos estudios comparativos, y deben continuarse antes que se decida la adopción de cambios.

Existe una marcada tendencia hacia la adopción de pruebas

con antígenos de cardioplipina. Sus ventajas principales consisten en la facilidad con que se pueden repetir los antígenos y en el hecho de que las pruebas que los utilizan son más específicas que las que usan antígenos lipóideos. Los antígenos que contienen cardioplipina y lecitina purificada pueden ser preparadas con cantidades conocidas de estos componentes y estandarizadas tanto química como serológicamente. La cardioplipina y el colesterol pueden ser usados en cantidades exactas, pero a causa de que los diferentes lotes de lecitina no se pueden repetir enteramente, se requieren variaciones en un margen limitado para lograr la estandarización serológica.

El aumento de especificidad de las pruebas que se realizan con los antígenos de cardioplipina probablemente se deba a que muchas de las impurezas antigénicas reactivas que están presentes en los antígenos lipóideos, no lo están en los antígenos de cardioplipina. El factor no específico que se encuentra en algunos antígenos lipóideos Kolmer, *se* halla ausente en los antígeno de cardioplipina utilizado en la prueba Kolmer (6). Se debe destacar, sin embargo, que a pesar de que se ha demostrado que las pruebas con antígenos de cardioplipina dan menos reacciones positivas falsas o no específicas, éstas no se podrán eliminar por completo.

La Prueba VDRL en Portaobjetos (10) es uno de los nuevos métodos que se han desarrollado para hacer uso de la cardioplipina y la lecitina como componentes antigénicos. La técnica de la prueba es sencilla, usando dos reactivos solamente, y la emulsión del antígeno puede ser empleada inmediatamente después de prepararla y puede seguir usándose durante todo el día. Las pruebas se llevan a cabo con rapidez, haciendo muchas a la vez en el portaobjetos de cristal, sometiéndolas luego a un corto período de rotación y observándolas en el microscopio. En numerosos estudios comparativos se ha demostrado la eficacia de los resultados, tanto en Estados Unidos como en otros países. En Centro América, por ejemplo, la Prueba VDRL en Portaobjetos ha demostrado ser un procedimiento muy práctico (28) en un grupo de población que tiene un alto potencial de reacciones positivas falsas. Actualmente, la Prueba VDRL en Portaobjetos es la que más ampliamente se usa de todas las diversas pruebas que utilizan antígenos de cardioplipina para determinar la presencia de sífilis en las muestras de sangre. La misma emulsión básica del antígeno puede ser utilizada en las pruebas realizadas con suero en tubos de ensayo (15) y en una prueba del líquido cefalorraquídeo (29). La prueba del líquido cefalorraquídeo también se usa extensamente y se ha demostrado que es comparable, en sensibilidad, con la prueba Kolmer de fijación del complemento (30), y con otras pruebas (31).

La Asociación Americana de Salud Pública nombró, en 1948, un Subcomité para Desarrollar Métodos de Referencia en la Serología de la Sífilis. La finalidad de este Subcomité, según se describe en su informe (32), era la de «hacer frente a la desconcertante situación existente con respecto a la sífilis, en que existen diversos métodos de laboratorio y hay una considerable falta de comprensión, por parte de los médicos, de las limitaciones relativas a las distintas

pruebas en uso, con la correspondiente necesidad de métodos standard o aprobados que puedan ser empleador como referencia». En 1951, este comité explicó la técnica de un «Método Standard para Ejecutar la Prueba de Microfloculación de la Sífilis», publicado en el **American Journal of Public Health** (32).

El nivel de reactividad del antígeno que debe usarse en este procedimiento no ha sido fijado en forma definitiva. En la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública de 1953, el comité informó que se había iniciado un estudio clínico, conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, mediante el cual se podría obtener la información necesaria a fin de seleccionar un nivel máximo de sensibilidad para este antígeno de referencia. Una vez establecido definitivamente el método de referencia, se espera que forme parte de los Procedimientos y Reactivos de Diagnóstico de la Asociación Americana de Salud Pública y que represente un método standard para comparar y evaluar los otros procedimientos.

La prueba es muy parecida a la Prueba VDRL en Portaobjetos. La emulsión antigénica se prepara en la misma forma, y la prueba propiamente dicha consiste en una reacción cuantitativa empleando emulsiones séricas y antigénicas en cantidades que vienen a ser el ochenta por ciento (80%) de las que se usan en la Prueba VDRL en Portaobjetos. Los resultados de las pruebas se deben clasificar como «reactivos» o «no reactivos», comunicándose los resultados «reactivos» en los términos de la dilución sérica más alta que produce aglutinación de las partículas antigénicas.

Las pruebas serológicas de la sífilis que emplean los antígenos de *Treponema* no están, por el momento, en situación de ser utilizadas como procedimientos corrientes de prueba. En un sinnúmero de laboratorios de Estados Unidos y de otros países se están llevando a cabo investigaciones con la Prueba de Inmovilización del *Treponema Pallidum* de Nelson (21), publicada en 1949. Un boletín (33) publicado recientemente por la Oficina de Medicina y Cirugía del Departamento de la Armada de Estados Unidos, comunica que actualmente hay veintiocho (28) laboratorios situados en doce (12) países diferentes realizando esta prueba.

En la Prueba ITP, el suero del enfermo se mezcla con una suspensión de **Trepe-nema pallidum** virulento y del complemento, bajo condiciones determinadas y en un período dado de tiempo. Al cabo de este período, el porcentaje de *Treponemas* que han quedado inmovilizados es tomado como índice de la presencia o ausencia de anticuerpos inmovilizadores en el suero del enfermo. Se sabe que este anticuerpo se halla presente en el suero de los enfermos que sufren de sífilis y de otras treponematosis, pero que generalmente no está presente en ausencia de la infección. Se ha demostrado que el anticuerpo inmovilizador es distinto de la reagina (21) (34) según lo han determinado las pruebas serológicas con antígenos lipoideos y de cardiolipina. Numerosos estudios han contribuido al conocimiento del comportamiento de la Prueba **ITP** en las distintas etapas de la sífilis (25-36), tanto en la sífilis tratada como en la que nunca se ha sometido a tratamiento. Se considera que la prueba tiene valor

para distinguir las reacciones positivas falsas en las pruebas standard de la sífilis de las reacciones francamente sifilíticas (25) (37) (38) (39). Sin embargo, en la evaluación de los resultados de la prueba deben tomarse en cuenta las limitaciones ya conocidas de esta prueba. El empleo de esta prueba se halla limitado por el hecho de que su ejecución es difícil, desde el punto de vista técnico, y porque toma mucho tiempo y es costoso.

Hasta el presente, las otras pruebas que hacen uso de los antígenos del *Treponema* han sido definidas aún con menos claridad. El Fenómeno de Adhesión y Desaparición explicado por Nelson (25) (26), la aglutinación específica del *Treponema* con suero sifilítico informada por Cain (22), Hardy y Hollander (23), McLeod y Magnuson (34), y los estudios italianos sobre el aislamiento y la purificación del antígeno proteico del síndrome de Reiter (27), son importantes.

Existe una tendencia bastante notable hacia la adopción de los procedimientos de prueba en portaobjetos. Se pueden obtener resultados confiables con las pruebas múltiples que se realizan en un sólo portaobjetos. Si se sustituyen las pruebas en portaobjetos con pruebas en tubos de ensayo, se pueden examinar grandes números de muestras en menos tiempo, con menos equipo y menos personas.

Los resultados de las reacciones cuantitativas en las pruebas serológicas de la sífilis han llegado a ser una importante ayuda para el médico que trata de evaluar la reacción al tratamiento en la terapéutica moderna de la sífilis. Por consiguiente, el análisis cuantitativo de todos los sueros reactivos ha llegado a ser un procedimiento generalizado. La mayoría de los laboratorios del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos (40) hacen una prueba cuantitativa con todos los sueros que resulten «positivos» o «reactivos» en las pruebas cuantitativas. La proyectada «Prueba de Microfloculación para la Sífilis» de Referencia (32), de la Asociación Americana de Salud Pública, es un método cuantitativo realizado en portaobjetos.

Al comunicar los resultados, los procedimientos de prueba más nuevos (8) (10) y las modificaciones de los procedimientos ya existentes (9) (16) emplean el término «débilmente positivo» en lugar de «dudoso». En una reunión del Consejo Nacional de Asesoramiento en Serología celebrada en 1953, se aprobó una resolución en el sentido de que se podían emplear los términos «reactivo», «débilmente reactivo» y «no reactivo» en lugar de «positivo», «dudoso» y «negativo». Esta práctica ha sido adoptada por varios Laboratorios Estatales de Salud Pública.

A fin de que los resultados de las pruebas del serodiagnóstico de la sífilis sean dignas de confianza, es preciso que se utilicen métodos de prueba cuyo valor ya haya sido probado y, además, que estas pruebas se realicen en una forma apropiada. Los resultados de la prueba nunca serán mejores que la ejecución de la misma. Esto se ha demostrado palpablemente en los numerosos estudios de evaluación de la serología de la sífilis que permiten establecer una comparación entre los resultados obtenidos por los labora-

torios participantes y los del laboratorio de control. Existen programas Internacionales, Nacionales y Estatales para estandarizar y mejorar las técnicas de prueba. Todos ellos hacen hincapié en los mismos principios fundamentales:

- 1.—Seguir estrictamente las recomendaciones hechas por el creador de la prueba respecto de la técnica.
- 2.—Emplear reactivos estandarizados.
- 3.—Usar controles adecuados, incluidos los sueros de control cuya reactividad ya ha sido establecida.
- 4.—Comunicar los resultados en la forma prescrita para el procedimiento que se haya utilizado.

En Estados Unidos, el Programa Nacional del Servicio de Sanidad Pública ha demostrado su eficacia, y la calidad de la ejecución de las pruebas por parte de los Laboratorios Estatales de Salud Pública es, en general, satisfactoria. Este programa ha comprendido la formación de personal, el mejoramiento cualitativo de los antígenos y reactivos que se usan en la prueba, servicios de asesoramiento, revisiones técnicas y Encuestas Nacionales de Evaluación Serológica.

SÍNDROME DE SJOGREN

Doctor Hernán Corrales P.

Del Departamento de Dermatología del
Hospital General San Felipe

Doctor Manuel Bueso

Del Departamento de Medicina Interna del
Hospital General San Felipe

Doctor Raúl Durón M.

Del Departamento de Patología del
Hospital General San Felipe

La siguiente es una comunicación de un caso de síndrome de Sjogren que fue traído a este Hospital por uno de nosotros y se ha estudiado con vistas a esta presentación.

Gracias a contribuciones casuísticas es como podemos llegar a buen conocimiento de nuestra patología. El interés reside en el hecho de que el cuadro está casi completo, siendo que la mayoría de los comunicados en la literatura mundial son incompletos y algunos hasta han resultado ser otra afección después de un análisis riguroso (Tolmach J. A. Sjogren's Syndrome? *Aren. Dermat. and Syph.* 68: 753. Dic. 1953.)

Nombre: C. R. P. Edad: 68 años. Ocupación: Oficios domésticos. Nació y reside: Tegucigalpa, D. C. Ingresa: 20 de diciembre de 1954.

Síntoma principal: Referida a la M. M. por el Dr. Dávila aquejando sensación de ardor en el cuero cabelludo, en la región occipital.

Historia: La paciente refiere que desde hace varios años padece de sensación de ardor en el cuero cabelludo en la región occipital, con irradiación difusa a la nuca, molestia que no se acompaña de otro síntoma.

Refiere además que desde hace 1 año notó que la piel de los miembros inferiores, cara y cuello se había cubierto por pequeñas manchas rojas, de diverso tamaño que oscilaban entre 2 mm. a 5 mm. de diámetro, las cuales desaparecían momentáneamente a la presión. Hace 10 meses comenzó a notar que ambas regiones parotí-

deas le aumentaban de volumen sin ningún pródromos ni malestares concomitantes, llegando en poco tiempo al estado actual en que se presentan como tumoraciones bilaterales, ovaladas, de 8 cms., de largo por 4 de ancho, no dolorosas.

Desde hace algún tiempo (8 meses) padece de sequedad de la mucosa oral y ardor de la lengua, epifora desde hace dos meses y rinorrea abundante. Tiene malestares gástricos con la ingestión de alimentos: sensación de llanura post-prandial y pirosis; náuseas desde hace 2 años, nunca acompañadas de vómitos.

Se lleva en consulta al Servicio de Dermatología de Mujeres.



Hipertrofia parotidea. Se observan telangiectasias en cara.

Examen Físico

Paciente asténica. Palabra lenta y gangosa. Brevilínea. Colabora bien al interrogatorio. Atención espontánea
P.A. 120/80 P; 75 x m' T: 36,8 R: 20
^ Hallazgos positivos: Ojos: epifora. Reflejos a la luz y acomodación: normales.

Fondo: Normal. Conjuntivas, secas.

Oídos: cerumen.

Nariz: secreción mucosa líquida; aparente sequedad de la mucosa.

Boca: ausencia de piezas dentarias. Lengua roja, escrotal. Faringe hiperémica. Amígdalas presentes, crípticas.

Región parotídea: Ocupada en ambos lados por tumoraciones simétricas, ovaladas de eje mayor vertical, que miden 8x5 cms. De consistencia renitente, no dolorosas, planos cutáneos movibles sobre ellas, poco fijas a los planos profundos. No hay alteraciones de la mucosa oral a éste nivel. Conducto de Warton permeables, hay salida de secreción salival a la expresión parotídea, aunque en poca cantidad.



Se observa hipertrofia bilateral de las parótidas y las telangiectasias en cara y manos.

Miembros: superiores: piel seca, con abundantes manchas rojas, redondas, algunas puntiformes que se identifican como telangiectasias, y que alcanzan un diámetro de 3 mm. las mayores.

Dedos cortos, con sequedad y agrietamiento de la piel, lustrosa y adelgazada. Uñas agrietadas y quebradizas.

Inferiores: sequedad y descamación de la piel.

El examen físico de los aparatos restantes fue normal.

DATOS DE LABORATORIO:

Sangre: 8 de noviembre de 1954.

Leucocitos:	9,500
Hematíes:	3.200.000
Hg.:	8%-13,5
gr.	
Valor Globular:	1.2
Fórmula Leucocitaria:	
Neutrófilos	60
Eosinófilos	1
Basófilos	1
Monocitos	6
Linfocitos	32



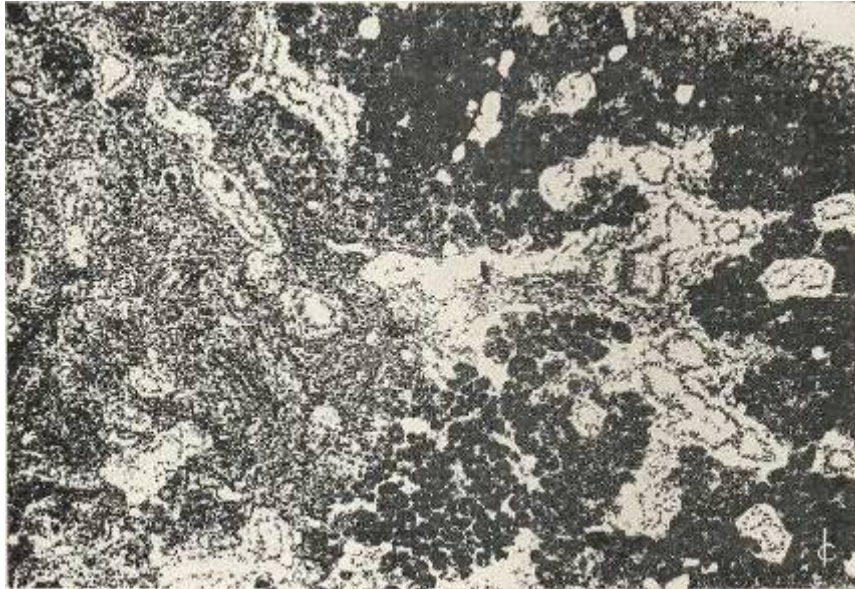
Los dedos se muestran atinados, lustrosos y con piel **atrófica** como un comienzo de esclerodermia.

Malaria: negativo.

10 de diciembre de 1954.

Leucocitos:	19.500
Hematíes:	3.000.000
Hg.:	11.2 grs,
Células empacadas:	38%
Volumen Corpuscular Medio:	126
Hg. C. M.	37
Concentración Hg. C. M.:	30%
Fórmula Leucocitaria:	
Neutrófilos	59
Eosinófilos	0

Basófilos	<0
Linfocitos	26
Monocitos	15
Plaquetas:	135.000
Eritrosedimentación:	48 mm. 1 h.
Indico Ictérico:	10 unidades
Heces: Histolíticas activas.	



Se observa de un lado la estructura normal de la glándula parótida y del otro la enorme invasión de tejido reticuloendotelial.

Orina:

Color: amarillo.
 Olor: suigeneris.
 Reac: Acida.
 Densidad: 1.013.
 Sedimento: floclento.
 Glucosa: Neg.
 Albúmina: ligerísimas trazas.
 Fosfatos: normales.
 Carbonatos: no hay.
 Pigmentos biliares: Neg.
 Cristales: Oxalato de cal.

CONSIDERACIONES

Fue Sjogren en 1933 quién describió un síndrome caracterizado por sequedad de mucosa debida a secreción inadecuada de las

glándulas interesadas, sobre todo lagrimales y salivares, así como a veces las glándulas de las mucosas del tracto respiratorio.

Al referirse Urbach (Skin Diseases, Nutrition and Metabolism, 1946 Pag 460, Gruñe and Stratton, New York) al síndrome opina que hay función lagrimal inadecuada que produce querato-conjuntivitis sicca y a veces disfagia.

Puede llegar hasta debilidad de la percepción de gustos y olores, poca transpiración y a veces aquilia.



Piel de un brazo en la que se observa infiltrado denso en derredor de un folículo piloso.

Ha sido informado un caso de Sheldon en el cual había también hiperqueratosis plantar con pigmentación de piernas y telangiectasias en cara y piernas.

Esta enfermedad aparece después de la menopausia y casi solo afecta a mujeres; es frecuente la anorexia y anemia. Signo muy interesante: inflamación bilateral de las parótidas.

Stahel y otros después, consideran este síndrome como una avitaminosis A. Ormsby y Montgomery (Diseases of the Skin Lea y Febiger, Philadelphia, 1948) lo colocan en el capítulo de las vitaminas en su tratado.

Ocasionalmente hay linfadenopatía y nódulos subcutáneos es probable que los infiltrados perivasculares de células redondas y cambios atroficos con fibrosis de las glándulas interesadas y arteritis necrotizante y proliferativa, tengan relación con la artritis reu-

matoidea que suele integrar el cuadro en forma más o menos preponderante (Anderson W. A. D., Pathology; C. V. Mosby Co., St. Louis, 1953).

Se ha llamado **Enfermedad** de Mikulicz a un cuadro integrado por alargamiento bilateral de glándulas salivares y lagrimales. Morgas y Castleman encontraron en dieciséis casos estudiados, tejido linfoideo, llenando los acinos del parenquima glandular y los conductos obstruidos por proliferación epitelial y mioepitelial. Los mismos autores encontraron no sólo coincidencia clínica de sus casos con los de Sjogren, sino que, estudiando los preparados histológicos de este autor, encontraron en ellos ístoles epimioepiteliales y concluyen que la enfermedad de Mikulecz, sólo es una variante del síndrome de Sjogren.

No hay que olvidar que se ha dado en llamar **síndrome** de Mikulicz a un agrandamiento de las glándulas salivares que ha resultado ser debida a diversas causas: leusemia, sarcoidosis, linfoma maligno, T. B. C. y otras afecciones sistémicas.

De tal manera pues, que tal como están las cosas hasta hoy, deben diferenciarse la enfermedad de Mikulicz del síndrome de Mikulicz en una forma análoga a como se diferencia la enfermedad de Rayneaud del Fenómeno de Rayneaud.

Hay que destacar en nuestro caso algunos hechos importantes: Primero: la paciente ha tenido artlagias de tipo artritis reumatoidea. Segundo: presenta un comienzo deacroesclerodemia como lo ilustra la fotografía de manos, en donde la piel se ha tornado lisa, lustrosa y atrófica. Tercero: la gran cantidad de telangetasias en miembros superiores. Cuarto: una epífora moderada por la eversión ligera del párpado inferior discretamente endurecido, sin que esto niegue la sequedad de las conjuntivis.

No está, pues, fuera del lugar creer que tal síndrome tenga conexión con la familia de las enfermedades del Colágeno y que observemos epífora cuando aún no hay atrofia marcada de las lagrimales. La esclerodemia suele acompañarse de epífora también. Debemos continuar la observación de esta paciente tanto como sea posible, porque no estamos en condiciones de decir si el fuerte infiltrado linfositario de las parátidas puede ulteriormente evolucionar hacia un linfoma maligno. Recordemos que muchos dermatitis crónicas infiltrativas, por ejemplo, con cuadro clínico definido de Poikilodermia y Dermatitis Exfoliativa evolucionan hacia el **granuloma fungoide**.

**Resoluciones aprobadas por el Quinto Congreso Centroamericano
de Venereología, celebrado del 27 al 30 de mayo de 1954 en
Tegucigalpa, Honduras, Centro América**

I, II, III, IV Y V: El Quinto Congreso Centroamericano de Venereología, vistas las recomendaciones presentadas por la Comisión de EL QUINTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGÍA, vistas las recomendaciones presentadas por la Comisión de Aspectos Sociales, integrada por los doctores: Joaquín Zeledón, de Costa Rica; Hernán Corrales P., de Honduras; Germán Castillo, de Nicaragua; Rubén Darío Fábrega, de Panamá; Roberto Avila M., de El Salvador; Carlos A. Bendaña, de Honduras. **CONSIDERANDO:** a) Que algunos países de Centroamérica han dado pasos encomiables para suprimir la reglamentación de la prostitución, pero no han llegado aún a obtener el alcance deseado; b) Que las recomendaciones del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología, en su capítulo de Aspectos Sociales, dictó acuerdos que tienen vigencia aún. **ACUERDA.** 1 —Dejar intactas las recomendaciones del Congreso aludido, relativas a Aspectos Sociales, y excitar muy respetuosamente a los Gobiernos de los países Centroamericanos para que hagan efectivas tales recomendaciones: **CONSIDERANDO:** a) Que a pesar de que en todos los Congresos Centroamericanos de Venereología, se ha recomendado con justificada insistencia a los Gobiernos de Centroamérica que deroguen todas las disposiciones reglamentarias existentes sobre la prostitución y eliminen de las oficinas sanitarias el control policiaco de la misma; b) Que en algunos países de Centroamérica se mantienen vigentes aún tales disposiciones reglamentarias, **ACUERDA:** Instar muy respetuosamente de nuevo a dichos Gobiernos, de manera formal y precisa, para que procedan a la abolición de tan infamante como inoficiosa práctica. **CONSIDERANDO:** Que la abolición del Reglamentarismo es inoperante sin la acción represiva concomitante de los centros y personas que la explotan en forma comercializada, y sin el respaldo de medios educativos y epidemiológicos. **ACUERDA:** 1°—a) Insinuar la urgencia de proceder a la clausura inmediata de prostíbulos y otros lugares que propicien el ejercicio de la prostitución, b) La aplicación de medidas represivas a todas las personas que en forma com-

probada auspicien, exploten o contribuyan al ejercicio de la prostitución. 2.—Que se asignen cantidades adecuadas en los presupuestos de salubridad Pública, a fin de mejorar y preparar el personal que haya de desempeñar la investigación de contactos, la educación de los pacientes y demás actividades de carácter epidemiológico. CONSIDERANDO: Que es importante conocer las causas coadyuvantes o determinantes de la prostitución. ACUERDA: a) Recomendar que se estimule el interés de la iniciativa privada o el de los Gobiernos de Centroamérica, a fin de que se proceda al estudio de tales causas, mediante la creación de Organismos de Higiene Social, que prevengan y combatan la prostitución; b) Recomendar que el tratamiento de un enfermo sifilítico implique, siempre que sea posible, el control clínico y serológico de los familiares y personas que conviven con él.

* * *