REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

FUNDADA EN 1930

#178

VOL. 24 | Octubre, Noviembre y Diciembre 1955 | No. 4

IV Jornada Médica Hondureña y III Asamblea de la Unión Médica Hondureña
Santa Rosa de Copán, Agosto de 1957

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR

DR. CESAR A. ZUNIGA

REDACTORES:

RAÚL A. DURON M.

DR. EDGARDO ALONZO M. DR. RODRIGO GUTIÉRREZ

Secretario Administrativo

Dra. Eva Manhein

TEGUC1GALPA, D. C, HONDURAS, C. A. - APARTADO POSTAL No. 1

NOTAS EDITORIALES

Campaña Contra el Cáncer

Atendiendo antigua petición de un grupo de médicos capitalinos, el actual Ministro de Salubridad, Dr. Roberto Lazaras, ha fundado en Honduras la UNIDAD CANCEROLOGICA, primer paso de la lucha anticancerosa en nuestro país, campaña que se iniciará primero contra el cáncer ginecológico, neoplasia maligna número uno en frecuencia en nuestras mujeres. Expondremos a continuación el Anteproyecto de organización global de dicha campaña.

Los miembros de la UNIDAD CANCEROLOGICA se han dividido en dos grupos:

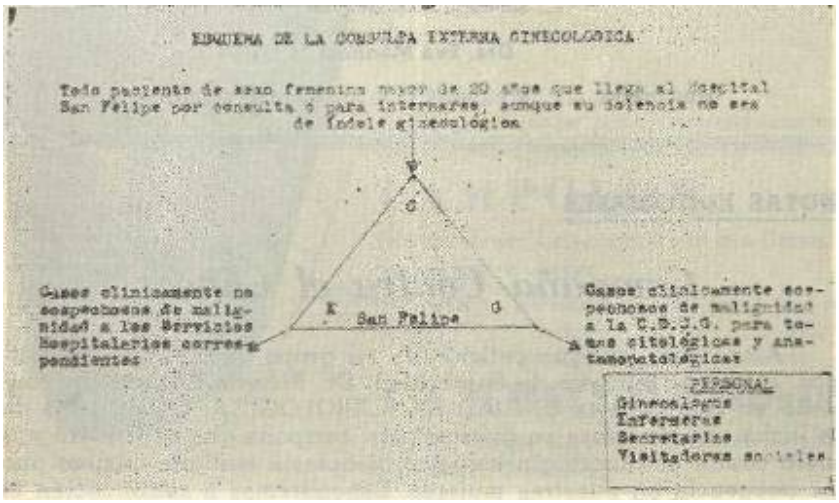
El **Team Diagnóstico y** el **Team Terapéutico.** El primero consta de Ginecólogos, Citólogos Y Patólogos. El segundo está formado por los Cancerólogos. Esta división solamente tiene por objeto dejar a cada team en libertad de organizar su sección correspondiente y nada más, ya que tratándose de una Unidad, no se concebiría el trabajo independiente de cada uno de ellos sin colaboración en conjunto. De esta manera, con el transcurso del tiempo y cuando la Campaña Anticancerosa se hubiese proyectado a todo tipo de cáncer, se podría decir que la Campaña en Honduras estaría unificada, con los beneficios subsecuentes de una campaña que se hace en esta forma centralizada.

No se ha querido tampoco organizar una campaña desligada del Hospital San Felipe, en primer lugar porque es en él donde se puede detectar el mayor número de casos de cáncer ginecológico, y en segundo lugar, porque la situación económica del país no permitiría la creación de una Unidad completamente aislada del Hospital,

el cual consta ya de valiosísimo material aprovechable para dicha campaña (Aparatos de Rayos X, Radioterapia, Sala de Operaciones, etc.) En tal forma se ha planeado dicha campaña, que comienza en San Felipe y termina en San Felipe. El ciclo de estudios de los pacientes a examinar comprende tres etapas que a continuación sumarizamos:

V CONSULTA EXTERNA GINECOLÓGICA

(C.E.G. Clínica Detectora **N* 1. —Cuadro Nº 1)**



CUADRO No. 1

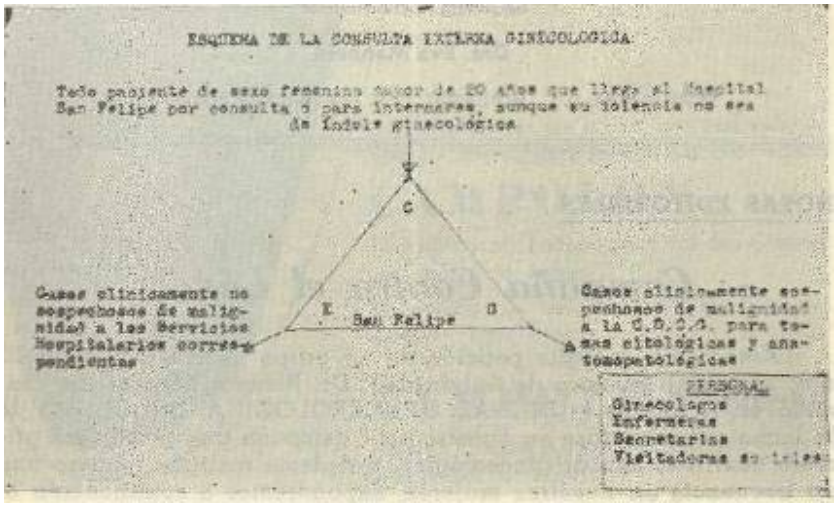
Sería ésta una Clínica funcionando en el Hospital San Felipe, la cual tendría por objeto examinar en ella desde el punto de vista ginecológico a todo paciente de sexo femenino mayor de veinte años que acudiese al Hospital por consulta o para internarse, no importando la índole de su dolencia, aunque ésta no estuviese relacionada con el área genital. Los ginecólogos encargados de hacer dicho examen harían una selección de pacientes sospechosos clínicamente de malignidad, los cuales serían referidos a la Clínica diagnóstica, de la cual hablaremos más adelante. Los pacientes clínicamente no sospechosos serían derivados a los servicios hospitalarios correspondientes (Dermatología, Oftalmología, Medicina, Obstetricia, Cirugía, etc.) Lo ideal sería que ninguna paciente fuera internada en el Hospital sin antes presentar una credencial de haber sido vista en la C.E.G. El personal de esta Consulta constaría de:

Ginecólogos
Enfermeras graduadas

el cual consta ya de valiosísimo material aprovechable para dicha campaña (Aparatos de Rayos X, Radioterapia, Sala de Operaciones, *etc.)* En tal forma se ha planeado dicha campaña, que comienza en San Felipe y termina en San Felipe. El ciclo de estudios de los pacientes a examinar comprende tres etapas que a continuación sumarizamos:

1º CONSULTA EXTERNA GINECOLÓGICA

(C.E.G. Clínica Detectora N° 1. —Cuadro N° I)



CUADRO No. 1

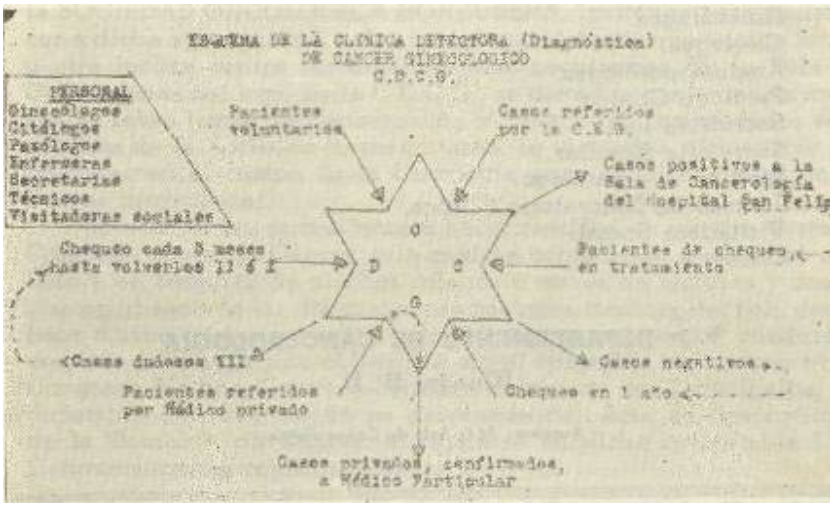
Sería ésta una Clínica funcionando en el Hospital San Felipe, la cual tendría por objeto examinar en ella desde el punto de vista ginecológico a todo paciente de sexo femenino mayor de veinte años que acudiese al Hospital por consulta o para internarse, no importando la índole de su dolencia, aunque ésta no estuviese relacionada con el área genital. Los ginecólogos encargados de hacer dicho examen harían una selección de pacientes sospechosos clínicamente de malignidad, los cuales serían referidos a la Clínica diagnóstica, de la cual hablaremos más adelante. Los pacientes clínicamente no sospechosos serían derivados a los servicios hospitalarios correspondientes (Dermatología, Oftalmología, Medicina, Obstetricia, Cirugía, etc.) Lo ideal sería que ninguna paciente fuera internada en el Hospital sin antes presentar una credencial de haber sido vista en la C.E.G. El personal de esta Consulta constaría de:

Ginecólogos
Enfermeras graduadas

Enfermeras prácticas auxiliares
Secretarias
Visitadoras sociales

2? *CLWICA* DIAGNOSTICA DE CÁNCER GINECOLÓGICO

(C.D.C.G., Clínica Detectora N* 2—Cuadro N° 2)



CUADRO No. 2

Sería ésta una Clínica funcionando dentro de la ciudad y tendría por objeto descartar o confirmar la sospecha clínica de malignidad en los pacientes que llegase a ella. Dichos pacientes, en su mayor parte, serían referidos por la C.E.G., que funciona en San Felipe. También, como consecuencia de una propaganda prudencial, recibiría pacientes que llegaran a ella por su propia voluntad y los referidos por otros médicos. Como consecuencia de los exámenes practicados a iodos estos pacientes (citológicos y anatomopatológicos), se obtendrían tres tipos de resultados. **Les positivos,** éstos serían referidos al Departamento de Cancerología para estudios ulteriores y tratamiento. Estos mismos pacientes continuarían siendo chequeados por la C.D.C.G., a intervalos X para constatar el progreso de la terapia instituida; los casos positivos referidos por médicos particulares ajenos al Staff de la Unidad Cancerológica, serían retornados a dichos facultativos con sugerencias de tratamiento, procurando no herir suceptibilidades; **los negativos:** A estos pacientes se les instruiría para que volviesen a la C.D.C.G. periódicamente, cada año, para chequeo; por último, **los casos** dudosos (Citología III que no amerita biopsia) continuarían siendo chequeados cada 3 meses hasta volverlos ecológicamente II o I.

En esta Clínica funcionarían los siguientes Departamentos:

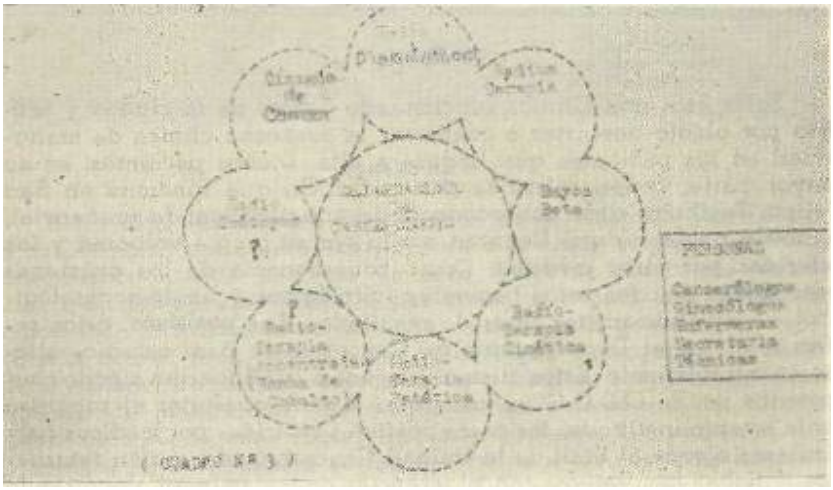
1. —Administración y Archivos.
2. —Consulta Ginecológica.
3. —Laboratorios: Citología, Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico.
4. —Sala de Conferencias y Biblioteca.

El personal de la misma sería:
Administrador. Ginecólogos. Citólogos.
Anatomopatólogos. Patólogo Clínico.
Secretaria Jefe. Secretaria Auxiliar.
Técnico Cito-patólogo. Técnico de
Laboratorio Clínico. Visitadora Social.
Conserje.

3? DEPARTAMENTO DE CANCEROLQGSA

(Cuadro Nº 3)

Esquema de la Sala de Cancerología



Se reorganizaría en el Hospital San Felipe el Departamento de Cancerología para tratar a todo paciente referido por la C.D.C.G. y todo otro tipo de paciente canceroso. Constaría de las siguientes secciones: Radioterapia, Radioumterapia, Radiodiagnóstico, Rayos

Beta, Radioisótopos, Cirugía de Cáncer y una sala de, aproximadamente, 30 camas para pacientes bajo observación. El personal sería:

3 Cancerólogos.
3 Ginecólogos (los mismos de las C.E.G. y C.D.C.G.)
1 Enfermera graduada.
1 Enfermera práctica auxiliar.
2 Técnicas de radioterapia.

Los miembros del staff de esta Unidad Cancerológica fundarían la SOCIEDAD ONCOLÓGICA HONDURENA, invitando para pertenecer a dicha agrupación a todos los colegas del país que en una forma u otra luchan contra las enfermedades neoplásicas. En la Sala de Conferencias del local de la C.D.C.G., se dictarían conferencias mensuales sobre temas de Cancerología y cuando las posibilidades económicas de la Sociedad lo permitieran, se invitarían eminencias extranjeras en el campo de la Oncología para recibir de ellos enseñanzas provechosas.

En esta forma, se comienza a hacer realidad en nuestra tierra la Campaña contra el Cáncer, a la cual ha contribuido el esfuerzo aislado y en conjunto de muchos colegas a través de lecturas y confecias en el seno de las diferentes asociaciones médicas del país desde hace mucho tiempo, y sobre todo, así el cuerpo médico hondureño empieza a cumplir una obligación moral contraída al finalizar el VI Congreso Médico Centro-Americano celebrado en Tegucigalpa, en diciembre de 1954, según se desprende del Acta de Resoluciones de la Comisión de Cáncer, al fundarse en dicha ocasión, la Liga Centroamericana contra el Cáncer.

Por la Unidad Cancerológica Hondureña:

DR. RAÚL A. DURON M.

V Congreso Centroamericano de Tisiología

, Se celebrará en Tegucigalpa, del 27 al 30 de junio del año en curso el V Congreso Centroamericano de Tisiología; dicho Congreso debió de haberse celebrado aquí hace dos años, pero por razones de todos conocidas repetidamente tuvo que posponerse.

Contamos con el apoyo del Ministerio de Salubridad, y por lo tanto, hemos podido hacer invitación oficial a todos los países centroamericanos, Panamá, Haití y República Dominicana; de cada uno de estos países asistirán tres delegados oficiales que serán huéspedes de nuestro Gobierno.

Se han designado como temas oficiales del Congreso, los siguientes:

1. —INFORME DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN CADA UNO DE LOS PAÍSES.
2, —ESTADO ACTUAL DE LA QUIMIOTERAPIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR.

3. —CIRUGÍA DE RESECCIÓN EN TUBERCULOSIS PULMONAR.

A sugerencia del Capítulo de Panamá, se incluirá como Tema Libre:

CATASTRO RADIOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN SUPUESTA SANA.

Asistirá al Congreso el distinguido profesor mexicano Dr. Luis Gómez Pimienta, quien presentará los siguientes trabajos:

1. —LA PATOGENIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR, y
2. —-EL TRATAMIENTO A CORTO PLAZO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Se ha elaborado ya un programa provisional para los tres días que dura el Congreso; las sesiones de trabajo se celebrarán en el Teatro Nacional que para entonces ya estará completamente reacondicionado; la clausura se proyecta hacerla en las Ruinas de Copan, lo que servirá de gran atracción. La comisión de actividades sociales está laborando activamente en un programa ameno y variado para hacer *la* estancia de lo más satisfactorio a los visitantes.

Una comisión de tisiólogos hondureños recientemente visitó los países centroamericanos Y Panamá, dándose cuenta del gran entusiasmo que reina entre los colegas de estos países hermanos por asistir al próximo Congreso.

La Asociación Médica Hondureña, nos ha dado muy útiles consejos para la mejor organización de nuestro Congreso, ya que los organizadores del VI Congreso Centroamericano de Medicina obtuvieron valiosa experiencia durante ese evento.

La Comisión Organizadora del V CONGRESO CENTROAMERICANO DE TISIOLOGIA, está trabajando activamente para que éste sea un éxito en todo sentido y para ello cuenta con el apoyo de las autoridades y gremio médico en general.

Por la Comisión Organizadora:

DRA. EVA MANNHEIN L.

CISTICERCOSIS EN HONDURAS

Trabajo presentado en la II Jornada Médica de San Pedro Sula

Dr. J. ABAN CUEVA (*)

Hemos creído oportuno traer a este Congreso Científico Nacional, la revisión de 7 casos de Cisticercosis Humana que en un período de 4 años se han coleccionado en el Instituto Patológico anexo al Hospital General de Tegucigalpa. Al traer un trabajo de esta índole no nos lleva el simple espíritu de curiosidad, sino la afirmación categórica que en nuestro país existe en forma frecuente el padecimiento de la Cisticercosis. Es ésta la primera vez que se presenta un trabajo de esta índole, ya que al revisar las publicaciones médicas nacionales no encontramos ningún estudio de la Cisticercosis ni desde el punto de vista clínico ni histopatológico.

Cuando tuvimos por primera vez la oportunidad de observar este parásito incrustado en los tejidos, fue tan clara y convincente la imagen que en **forma permanente** se nos fijaron sus características inconfundibles, al grado que en los sucesivos casos se nos volvió fácil su identificación. Debo advertir que la primera biopsia con fines a investigar la Cistisercosis nos fue remitida por el apreciable colega Dr. Napoleón Bográn, quien deseaba confirmar el diagnóstico clínico de Cisticercosis, ante la presencia de nodulos subcutáneos. A continuación damos un informe breve de cada caso con las anotaciones clínico-patológicas que nos ha sido posible recavar. De los siete casos en los que se verificó examen histopatológico, tres tocó diagnosticar al Dr. Raúl Durón Martínez y cuatro a este servidor de Uds.

CASO N? 1.—J. B., 40 años, soltero, obrero, de Tegucigalpa, D. C. Biopsia N'1 51.

Historia: El 20 de diciembre de 1949 consulta en clínica privada porque ese año se le han presentado por primera vez 8 ataques, en algunos con pérdida de conocimiento y sacudidas clónicas en mano izquierda. Que hace 4 años (1945) estuvo con parálisis (según su propia expresión), habiendo tenido una reacción de **KAHN** + + + +, recibiendo un tratamiento irregular. En julio del 49, consultó en el Hospital General en el servicio de Oftalmología por enrojecimiento y dolor del ojo izquierdo, encontrándole KAHN + + +, haciéndosele

(*) Patólogo. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras.

tratamiento con bismuto y arsénico por tres meses. Aproximadamente por esos días había notado la aparición de nodulos en el miembro superior izquierdo y cuello. El paciente cree que el tratamiento antiluético no le dio resultado. En enero y febrero de 1950 se le aplica estabizol, y se le prescribe fenobarbital, posteriormente la reacción de KAHN se volvió negativa, pero se ve obligado a ingerir fenobarbital diariamente por temor a que se presenten nuevamente los ataques. En repetidas ocasiones ha ingerido bebidas alcohólicas usando como complemento «para boca» chorizo crudo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—**Macroscopía:** Tumorcito quístico de 1 cm. de diámetro que contiene en su interior un líquido acuoso, de paredes blanquecinas y que visto por la cara interna muestra una zona más condensada que parece contener una vesícula tamaño mijo.

Microscopía (Fígs. 1 y 2): Pequeño tumorcito quístico con una

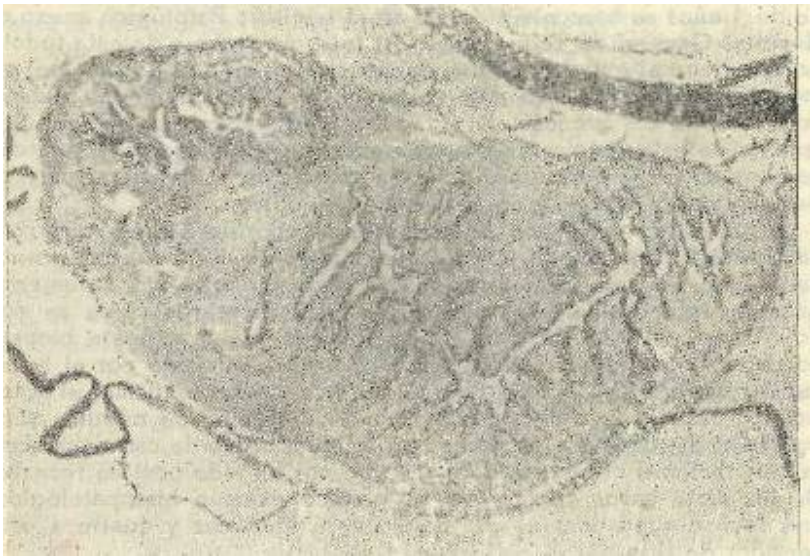


Fig. No. 1 (35X) H y E

pared fibrosa e infiltrados linfocitarios Y plasmocelulares; por su parte externa se continúa con fibras musculares estriadas, entre las cuales hay algunos acúmulos de linfocitos; por su parte interna hay una banda de tejido fibroso con ausencia de núcleos que limitan una pequeña cavidad en la cual se encuentra adherido a uno de los extremos una formación papilar parasitaria en la que es posible reconocer la presencia de ganchos y una ventosa.

DIAGNOSTICO: Cisticerco subcutáneo.

CASO N? 2.—G.E.T., 21 años, casado, labrador de Valle de Angeles, Francisco Morazán.

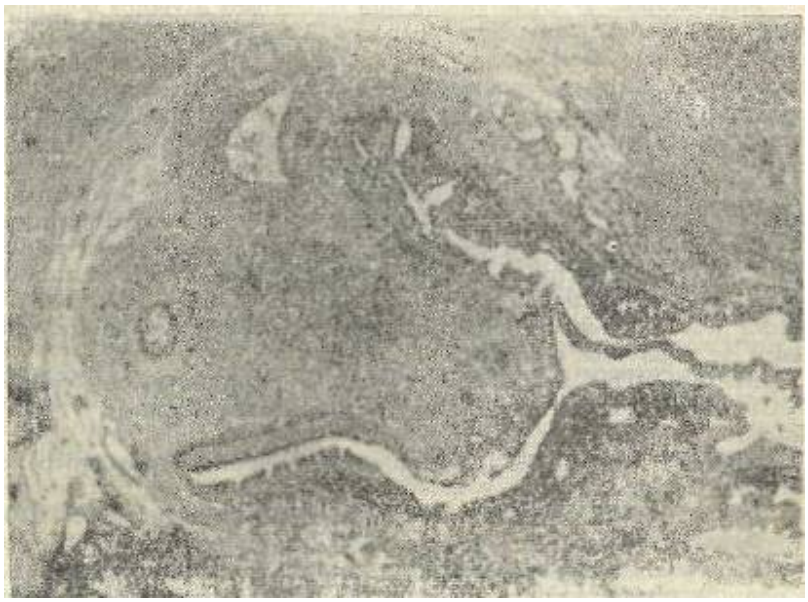


Fig. No. 2 (450X) H y E

Biopsia N* 8. Ficha clínica N° 52-362. Sanatorio Nacional.

Historia: Ingresa el 28 de julio de 1952 y refiere que su mal data de hace un mes en que se presentó un ataque gripal, con tos seca, pirexias ligeras, luego tos productiva con expectoración mucopurulenta, después hemoptisis, anorexia, insomnio y debilidad general. Signos positivos: Aumento de las vibraciones vocales en vértice derecho, submacicez y respiración ruda en vértice derecho. Radiográficamente se observa zona de infiltración- diseminada desde vértice hasta el tercer espacio intercostal anterior derecho. DIAGNOSTICO: T.B.C. pulmonar moderadamente avanzado tipo exudativo. La última baciloscopía positiva se registró el 25 de febrero de 1953 y después de todos los exámenes reglamentarios fue operado el 12 de enero de 1954. Operación: Excisión local primer segmento apical derecho y segundo segmento lateral del lóbulo medio.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En la hoja de remisión se indica: 1) Excisión local del segmento apical derecho- 2) Quiste del lóbulo medio segmento lateral y nódulo linfático del segmento lateral del lóbulo medio.

Macroscopia: Envío en dos frascos: 1) Fragmento de tejido compacto tamaño avellana, el cual se incinde Y no presenta particularidades. 2) Nodulito de tejido pulmonar tamaño pimienta y grisáceo y formación quística de contornos regulares, blanquecino, encapsulado con substancia semi-líquida en el interior, midiendo 0.7 cms- de diámetro.

Microscopía: 1) Observamos que numerosos alveolos contienen substancia serosa y que entre las paredes de éstos hay tejido conectivo esclerosado. Domina en iodos los sitios la esclerosis con zonas francamente hialinas, encontrándose algunos islotes linfocitarios e histiocitarios. No se pone de manifiesto una lesión típica tuberculosa, sin embargo, su morfología indica la posibilidad de lesiones cicatrizadas. 2) El quiste del lóbulo medio se presenta con una delgada pared histiocitaria y escasos linfocitos, siguiendo hacia dentro se encuentra otra delgada membrana con poca selectividad tintoreal, que limita una formación de papilas concéntricas rodeadas por células que forman un rodete hialino muy eosinófilo. El otro nódulo del mismo sitio presenta islotes redondeados de tejido conjuntivo rodeados por una reacción histiocitaria con abundantes células cargadas de pigmentos negruzcos.

DIAGNOSTICO: 1) Probables lesiones tuberculosas cicatrizadas. 2) Cisticerco del lóbulo medio. Nódulo linfohistiocitario y antracótico.

CASO N* 3.—E. D. M., 35 años, casada, de oficios domésticos, de La Lima, Cortés.

Biopsia N° 906. Ficha clínica Centro Médico Hondureño, Nº 1130.

Historia: Paciente que ingresa él día 11 de marzo de 1953, porque hace tres años sufre cefalalgia continua (fronto-occipital), que se acentúa por la mañana al levantarse y que al principio se acompañaba de náuseas, vómitos y mareos. Que hace 8 meses sufrió convulsiones, posteriormente a las cuales quedó con hemiparesia derecha. Se practican dos neumo-encelografías con resultados negativos. Se trata de hacer ventriculografía y después de la punción del ventrículo, por la aguja de punción se obtiene un espécimen membranoso que es enviado para examen anatomopatológico. En vista que la paciente continúa con su cefalalgia, se decide sedarla con demerol y zetalcaloide; diez minutos después de las inyecciones, presenta períodos de apnea entrecortadas por inspiraciones profundas, se recurre al oxígeno y más tarde es llevada al pulmón de hierro, donde fallece 4 horas después, el día 19 de mayo de 1953.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—**Macroscópico;** Pequeña membrana blanquecina ligeramente desgarrada, con 1 cm, en su diámetro mayor, forma irregular, con una zona blanquecina que da la apariencia de una condensación de la misma, la cual en su mayor parte es transparente con aspecto de encaje por algunas bridas blanquecinas que las surcan. En la hoja de remisión se indica que dicha muestra se evacuó detrás de la cánula, después de puncionar el ventrículo abordándose por el lóbulo occipital derecho.

Microscopía: Dentro de una cápsula, observamos dilataciones quísticas en número de 4; dos de ellas sin contenido, solamente en algunos sitios presenta una pared hialina, en otra hay una substancia amorfa, necrótica ligeramente basófila, y en la mayor, formaciones papilares revestidas por una banda de substancia hialina. El estroma en todos estos sitios está representado por un tejido fibrilar fino con núcleos ligeramente alargados y separados por la presencia de ligero edema del tejido histiocitario. Hay, además, extensas zonas

donde la arquitectura ha sido destruida por la formación de concreciones calcicas. Se observa la cabeza del scolex invaginada con dos ventosas y algunos ganchos.

DIAGNOSTICO: Cisticerco cerebral en vía de calcificación.

Caso Nº 4,-—E. P. B, 35 años, soltero, raza negra, aplanchador, nacido en Balfate, **Atlántida,** procedente de Comayagüela, D. C.

BiopsiaN[c] 1888. Ficha clínica 2992. Hospital General.

Historias Ingresa el 1º de febrero del 54. Refiere qu[e] desde hace tres años padece de una úlcera en la pierna derecha de forma crónica y sin repercusión general, que tiene períodos de cicatrización y de exacervación. Al examen general se aprecia una serie de nodulos subcutáneos, movibles, de consistencia cartilaginosa, distribuidos por el cuerpo en escaso número; se aprecian, además, trastornos cardiovasculares. La radiografíe, en su conclusión dice: Probable T.B.C. pulmonar mín[i]ma; 2[?] Aneurisma de la aorta ascendente con hipertrofia ventricular izquierda 70% del **diámetro** transtorácico.

Macroscopía: La muestra consiste en **un** nódulo de consistencia semidura que mide 1.3 por 1 por 0.4 cms. Al corte obsérvase pequeña cavidad quística.

Microscopía: Observamos fragmento muscular estriado que se continúa por una banda de tejido fibroso colágeno entre el cual **hay** un infiltrado inflama-torio representado por linfocitos, células plasmáticas y polinucleares, hay edemas regular cantidad de vasos de nueva formación; adherida a esta zona se observan papilar con un ribete bastante basófilo y con un estroma donde las células presentan, algunas, ausencia de núcleo, y otras, cariorrexis. En algunos sitios hay procesos de franca calcificación.

DIAGNOSTICO: Cisticerco muscular en vías de calcificación.

CASO N' 5,—N. M. U., 26 años, mestizo, jornalero, de Guaimaca, Departamento Francisco **Morazán.**

Biopsia N[9] 33. Ficha mádica 701.1 Sala Neuropsiquiatría de Hombres. Hospital General.

Historia: Paciente que ingresa a la Sala de Otorrinolaringología el 27 de julio de 1954, por cefalalgia de causa indeterminada: De esta sala es trasladado al Servicio de Neuropsiquiatría el *1°* de agosto por la mañana, donde falleció este mismo día a las 9 p. m. Informes obtenidos: A la Sala de Otorrinolaringología hizo su ingreso enviado por la consulta externa; se pensó en una sinusitis frontal, él Jefe del Servicio ordenó su **traslado** a Neuropsiquiatría por no encontrar nada de particular **y** con el fin de que en este servicio fuera estudiado; al momento de su ingreso desarrolló un cuadro súbito y profuso de diarrea, muriendo sin dar tiempo a ningún tipo de examen. El Jefe de Neuropsiquiatría no creyó que la manifestación gastrointestinal fuera causa de **muerte'** sino que sospechó la presencia de un tumor cerebral, posiblemente del ventrículo medio, que hubiera obstruido por mecanismo de válvula el acueducto de Silvio, causando rápida hidrocefalia con repercusión sobre los centros vitales del bulbo.

La hoja de pedido anatomopatológico después de las mismas generales antes apuntadas, dice: Material enviado: Masa encefálica y tumor aspecto quístico, tamaño guisante. Sitio preciso de la toma: ventrículo lateral. Síntoma predominante: Cefalalgia con síndrome de hipertensión endocraneal. Tiempo de evolución: 8 días. Diagnóstico clínico: Tumor cerebral?

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—**Macroscopía:** Cerebro pesa 1010 grms. Se recibió por separado una tumoración quística de forma ovoidea, de 0.8 cms., el cual viene fijado en solución de formol al 10%. La práctica de distintos cortes en cerebro, cerebelo, protuberancia y bulbo, no revelan anormalidades.

Microscopía: En la zona más exterior se aprecia una pequeña porción de tejido nervioso, luego una especie de cápsula fibrosa en la que apreciamos algunas masas hialinas. Hacia la parte interna de esta posible cápsula, se ven células de forma redondeada o poligonal con un citoplasma transparente algunas veces ligeramente basófilo. La superposición de estas células termina formando hacia el interior de la cavidad una serie de formaciones papilares con una capa de células básales de núcleo ligeramente ovoideo y picnótico. Hacia la porción libre quedan recubiertos por una substancia muy eosinófila, a veces con algunas hendiduras que le dan el aspecto serpiginoso. Hacia uno de los extremos se observan dos formaciones redondeadas de estructura distinta a la de las papilas, que representan la cabeza del scolex.

DIAGNOSTICO: Cisticerco del ventrículo lateral.

CASO *W* 6.—T.P.G., 26 años, soltero, labrador de Goascorán, Valle.

Biopsia 1846 y 1864. Servicio de Ortopedia y Dermatología. Ficha 8999, Hospital General.

Histeria: Ingresa al Servicio de Ortopedia el día 10 de octubre

mientos variables, hay zonas de acantosis donde algunas veces las papilas se pronuncian tanto, que toma todas las características papilomatosas. La hiperqueratosis y paraqueratosis son constantes y nosotros pudimos observar en la mayoría de los especímenes la formación de nodulos comineados que a veces contienen restos nucleares en la parte central. También es frecuente observar en la epidermis pequeñas zonas necróticas con una sustancia ligeramente basófila en la cual se observan células libres del estrato espinoso, en forma independiente y de aspecto globuloso. Los microabscesos intraepidérmicos y dérmicos suelen contener con alguna frecuencia las macrosporas en forma de vesículas diminuías de color amarillo tabaco, que se presentan solitarias y otras veces en mayor número, citándose hasta ocho, pero lo esencial de ellas es que adoptan forma de células fumagoides redondeadas o poliédricas divididas por septos perfectamente limitantes (Figs. 2 y 3). En el corión los infiltrados inflamatorios se hacen más numerosos, dando origen dicha reacción infla-

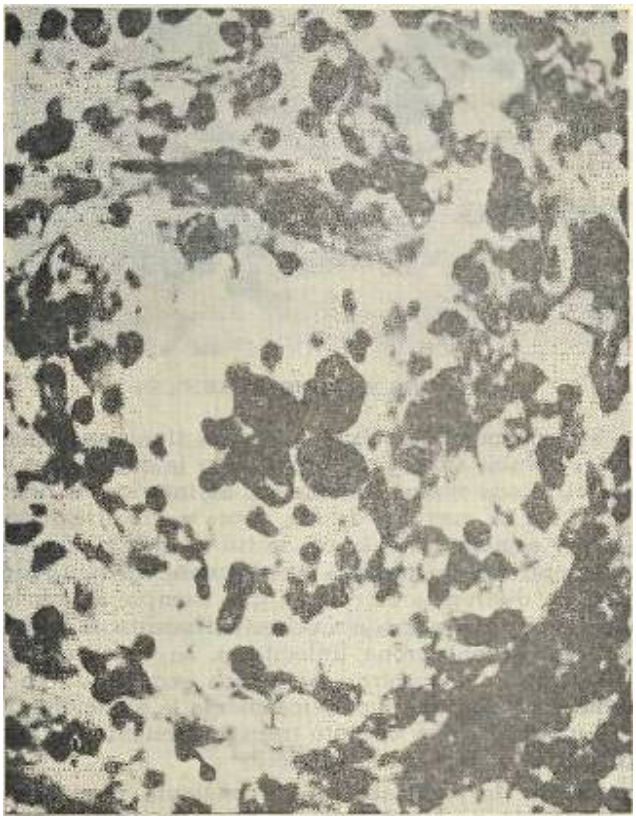


Fig. No. 2 (1000X) H y E

Fig. No. 3 (1GOOX) H y E

matoria a la formación de células gigantes tipo Langhans, con frecuencia estas células están muy próximas a la capa basal de la epidermis, por otro lado suelen contener en su interior los hongos antes mencionados. En la mayoría de las veces se realizan formaciones nodulares muy semejantes a los de la tuberculosis, nodulos con célula gigante central o periférica o simplemente con una reacción epiteliode, pero su diferencia estriba en que siempre se encuentran en medio de esta reacción pocos o muchos polinucleares y que hacia la periferia no presentan corona linfocitaria. La presencia de células gigantes es constante, nosotros las hemos encontrado en todos los casos estudiados y nos llamó poderosamente la atención el hecho de que aún en un eje papilar cortado transversalmente, se había realizado la formación de una célula gigante.

La presencia de plasmazellen es constante y no es difícil observar la formación de corpúsculos de Russel con sus características hialino-eosinófilas.

La coloración de tejidos con hematoxilina y eosina conforme las técnicas universales, nos parece suficiente para establecer el diagnóstico; sin embargo, en algunas circunstancias la coloración con Giemsa da buenos resultados porque hace resaltar los hongos con un anillo verde parduzco o azulado.

Es nuestra opinión que en los preparados en que sospechemos de principio una micosis, servirá de orientación para pensar en la CROMOBLASTOMICOSIS el numeroso infiltrado al nivel del corion con reacción gigantocelular.

Y como definitivos, la comprobación de las esporas, ya sea situados en los microabscesos o en cualquier sitio del infiltrado granulomatoso.

El tejido conectivo presenta la transformación habitual de las inflamaciones crónicas. El endotelio vascular no sufre modificaciones.

1.—Se pone de manifiesto la frecuencia una vez más en Centro América de la CROMOBLASTOMICOSIS, y se eleva a siete el número de casos comunicados de Honduras.

2.—Importancia de una profunda investigación en el estudio de los granulomas micóticos.

3.—Su semejanza microscópica "especialmente con la tuberculosis y sífilis.

4. —La orientación del diagnóstico ante un infiltrado con microabscesos intraepidérmicos *Y* dérmicos.

5. —Frecuencia de reacción gigantocelular predominantemente del corion.

6.—La frecuencia con que suele encontrarse la presencia de cromoblastos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Costero I. Tratado de Anatomía Patológica - Vol. II, 14 : 18, 1946. Edito rial Atlante, México, D. F.

(2) Corrales P., H. - Micosis Profundas en Honduras - Rev. Med. Hond. 23; ' 174; 1Ó55.

(3) Trejos A. - Romero A. - Cromoblastomicosis en Costa Rica y Cromoblastomicosis Experimental en Bufos Harimus - Rev. de Biol. Trop. Vol. 1 y 2 - 95 : 39.

(4) Baker K. D. - Histopathology of. The Mycoses. Pág. 31, Copyright 1945.

Frecuencia de la Sífilis en sus Diversas Formas y su Tratamiento en el Dispensario Antivenéreo del Centro de Salud de Tegucigalpa

Trabajo preparado para el VI Congreso de Venereología Managua, Nicaragua, C.. A., septiembre de 1956

Dr. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA (*)

El objeto de este trabajo es presentar a la consideración de Uds. el resultado del análisis de 5.411 casos de sífilis, en sus diferentes formas, atendidos en el Centro de Salud de Tegucigalpa, D. C, abarcando la totalidad de los casos que lógicamente han sido clasificados como sifilíticos Y atendidos en el mencionado consultorio, durante los años de 1947 a 1955.

Durante ese período, la mayor cantidad de los casos de sífilis fueron clasificados conforme a la nomenclatura aceptada universalmente, la Cual incluye sífilis adquirida y congénita, con sus variaciones reciente o tardía, sintomática y latente. Como sífilis tardía adquirida, consideramos aquella que, sin o con lesiones aparentes, se manifiesta 4 años después del supuesto contagio, y reciente sintomática y latente aquella que, sin o con lesiones, se manifiesta durante los 4 años, a partir del contagio. Como sífilis congénita tardía, consideramos aquella que, sin o con lesiones aparentes, se manifiesta 2 años después del nacimiento y reciente congénita, aquella que se hace evidente inmediatamente después del nacimiento hasta los 2 años.

Como hicimos ver al principio, hay que hacer notar, que no todas las fichas revisadas fueron clasificadas conforme la nomenclatura mencionada, pues algunas de ellas, las más antiguas, **fue** necesario traducirlas a la clasificación aceptada en congresos anteriores; de tal manera, que los clasificados como sífilis primaria y secundaria, fueron involucrados en la sífilis reciente y la clasificación do sífilis terciaria, en el cuadro de la sífilis tardía.

En los casos en los que era impreciso el tiempo del accidente genital, por insuficientes datos obtenidos en la historia clínica, clasificamos como sífilis adquirida reciente, los observados en personas menores de 25 años y como tardía los enfermos mayores de esa edad.

(*) Subdirector General de Sanidad, Ex-Jefe del Dispensario Nocturno Antivenéreo. Tegucigalpa, D. C, Honduras.

TABLA 1

CASOS DE SIFILIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TEGUCIGALPA, D. C., DURANTE LOS AÑOS DE 1947 A 1955

(Clasificación según edades y sexos)

EDAD EN AÑOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	%	Nº
1	2	3	4	5	6	7
Menos de 11	4	0.16	16	0.54	20	0.36
De 11 a 15	101	4.07	142	4.83	243	4.49
„ 16 „ 20	576	23.22	713	24.32	1.289	23.82
„ 21 „ 25	615	24.79	738	25.18	1.343	24.81
„ 26 „ 30	465	18.75	505	17.22	970	17.92
„ 31 „ 35	235	9.47	298	10.16	533	9.84
„ 36 „ 40	195	7.86	241	8.22	436	8.05
„ 41 „ 45	90	3.63	101	3.44	191	8.52
„ 46 „ 50	82	3.30	98	3.34	180	3.32
„ 51 „ 55	44	1.77	34	1.15	88	1.62
„ 56 „ 60	35	1.41	28	0.98	63	1.16
„ 61 „ 65	24	0.96	9	0.30	36	0.68
„ 66 „ 70	5	0.20	5	0.17	10	0.18
„ 70 „ más	9	0.36	3	0.10	12	0.21
TOTAL	2.480	99.95	2.931	99.96	5.411	96.98

En ninguno de los pacientes se practicó examen de L.C.R., lo cual deja una laguna en nuestro trabajo, que no pudimos resolver por falta de medios Y por tratarse de enfermos ambulatorios.

En lo que a serología se refiere, usamos de rutina la reacción V.D.R.L., practicando también la reacción de Kahn Standard y en los sueros positivos se hizo serología cuantitativa de una manera sistemática.

Desde el punto de vista clínico, se consideró como sífilis adquirida reciente sintomática, aquellos casos con lesiones cutáneas y mucosas manifiestas, en las que el examen microscópico con fondo obscuro revelaron la presencia de T. pallidum en muestra obtenida de lesión genital o punción de ganglio.

El diagnóstico de sífilis tardía congénita, se basó en las deformidades encontradas e interpretadas como estigmas, así como también en los exámenes serológicos y antecedentes familiares.

Haciendo el estudio analítico de los 5.411 casos observados Y tratados en nuestro dispensario, se hace patente en la tabla 1, el predominio de la infección sifilítica entre los 16 a los 30 años, arrojando en ambos sexos cifras muy semejantes, 66.76% en los hombres, 66.72 % en las mujeres; apreciándose también, una disminución

de la frecuencia a partir de los 46 años, haciéndose aún menor, a partir de los 66 años. En las mujeres se observa mayor frecuencia de la sífilis, de los 16 a los 25 anos, decreciendo progresivamente a medida que avanza la edad.

En la tabla 2, se presenta las diferentes formas de sífilis clasificadas según el sexo y la incidencia de las formas clínicas. En ella se puede bien apreciar diferencias entre los hombres y las mujeres; en estas últimas, predomina la sífilis reciente sintomática, 6.10% centra 4.84% en los hombres. La sífilis reciente asintomática predomina en los hombres, 24.48% contra 14.68% en las mujeres. Lo mismo la sífilis tardía asintomática, se presenta con incidencia mayor en las mujeres, constituyendo el 70.42% contra el 66.21% en los hombres.

En la sífilis congénita, solamente tomamos en cuenta la sífilis tardía sintomática, y en la tabla 2 podemos apreciar, que esta variedad de sífilis tiene una incidencia bastante parecida en ambos sexos, 4.44% en las mujeres y 5.50% en los hombres.

Refiriéndonos al tratamiento, debemos **hacer** constar, que a partir del año 1947 al año 1952, no se trató ningún enfermo con Penicilina, haciéndoseles a todos, terapéutica arsenical y bismútica a base de Mafarside y Stabisol, que duraba un período de 6 meses.

A partir del año 1952 se iniciaron tratamientos a base de Penicilina, cuya posología y forma se fue modificando posteriormente de acuerdo con los más recientes congresos de venereología celebrados, sin interrumpirse definitivamente hasta la fecha.

En la tabla 3, se pueden apreciar las dos formas de tratamiento y nos parece interesante hacer observar, que de los 3.513 enfermos tratados con Mafarside-Stabisol, el 50.04% no terminaron el tratamiento y que únicamente el 9.25% de. los 1.898 enfermos tratados con Penicilina no llegaron al fin del tratamiento. Esto nos hace ver lo

FORMAS DE SIFILIS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	2	3	4	5	6	7
Reciente Sintomática	121	4.44	184	6.10	305	5.63
Reciente Asintomática	611	24.48	443	14.68	1.054	19.47
Tardía Asintomática	1.652	66.21	2.123	70.42	277	69.76
Congénita Tardía Sintomática	111	4.84	166	5.50	3.775	5.11
TOTAL	2.495	99.97	2.916	90.70	5.411	99.97

T A B L A 2

CASOS DE SÍFILIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TEGUCIGALPA, D. C, DURANTE LOS AÑOS DE 1947 A 1955

(Clasificados según formas **clínicas Y sexos)**

TABLA 3

CASOS DE SIFILIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TEGUCIGALPA, D. C., DURANTE LOS AÑOS DE 1947 A 1955

(Clasificación según la terminación del tratamiento)

TRATAMIENTO CON PENICILINA				TRATAMIENTO CON M. Y S.				TOTAL	
TERMINARON		NO TERMINARON		TERMINARON		NO TERMINARON			
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.397	25.79	501	9.25	805	14.87	2.708	50.04	5.411	99.95
GRAN TOTAL: 1.898				3.513				5.411	

TABLA 4

CASOS DE SIFILIS EN TODAS LAS FORMAS, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TEGUCIGALPA, D. C., DURANTE LOS AÑOS DE 1947 A 1955

(Clasificados según sexo y terminación o no del tratamiento)

ENFERMOS	TRATAMIENTO				AMBOS GRUPOS	
	TERMINADO		NO TERMINADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombres	1.143	50.64	1.384	43.88	2.527	46.70
Mujeres	1.114	49.35	1.770	56.01	2.884	52.18
TOTAL	2.257	99.99	3.154	99.99	5.411	98.88

frecuente que eran las interrupciones definitivas en los tratamientos prolongados y lo raro que son en la actualidad, en aquellos pacientes que se tratan con Penicilina.

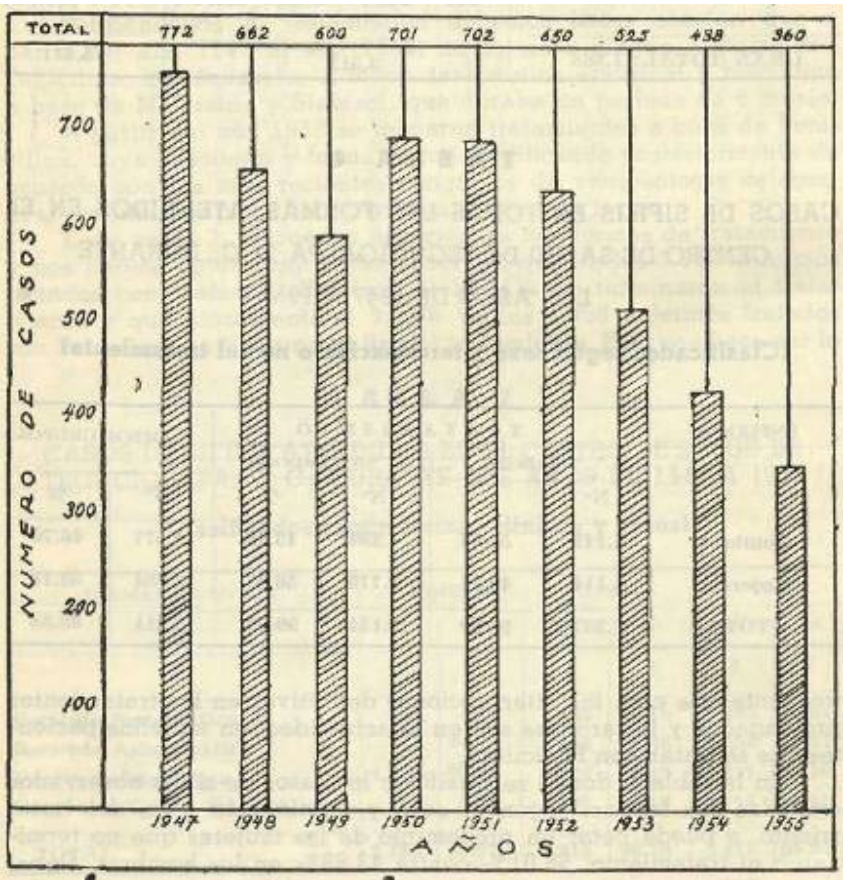
En la tabla 4, donde se clasifican los casos de sífilis observados en todas sus formas, según el sexo y terminación o no del tratamiento, e puede notar un predominio de las mujeres que no terminaron el tratamiento, 56.01% contra 43.88% en los hombres. Debemos señalar que, los tratamientos usados no fueron siempre los mis-

mos, pues en una época, debido a la escasez de Penicilina, usábamos también, cuando era necesario, Mafarside-Stabisol.

La incidencia de la sífilis a través de los años de 1947 a 1955 ha sufrido manifiestas variaciones, como se puede constatar en la tabla 5, donde se aprecia una disminución de su frecuencia, a partir de 1953, época en la cual se substituyó definitivamente el tratamiento de Mafarside-Stabisol por la Penicilina.

T A B L A 5

CASOS DE SÍFILIS TRATADOS EN EL DISPENSARIO ANTIVENEREO DEL CENTRO DE SALUD DE TEGUCIGALPA



R E S U M E N

Se analizan 5.411 casos de sífilis en sus diversas formas, de las cuales 2.495 pertenece a los hombres y 3.016 a las mujeres.

En el número total de casos de sífilis observada, únicamente se pudo constatar 305 casos de sífilis reciente sintomática, es decir, una proporción de 5.63%

La sífilis reciente sintomática tiene un predominio marcado en las mujeres, 6.10% contra 4.84% en los hombres.

Se analizan 277 casos de sífilis tardía congénita sintomática, de **los** cuales 111 pertenecen a los hombres Y 166 alas mujeres.

Tanto en los hombres como en las mujeres, la sífilis en sus diversas formas se presentó más frecuente de los 16 a los 35 años, decreciendo en ambos sexos conforme avanza la edad.

Se puede apreciar que la sífilis tratada en sus diversas formas, manifiestamente ha disminuido después del empleo de la Penicilina, que comenzó a usarse de manera sistemática a partir de 1953.

Se observa mayor frecuencia de abandonos definitivos del tratamiento en los pacientes tratados con Mafarside-Stabisol, que aquellos en los que se suministró terapia penicilínica.

Se aprecia una manifiesta disminución de la incidencia de lasífilis infectante, lo que hace ver, lo infrecuentes que son las manifestaciones cutáneo-mucosas en nuestro medio.