

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

Socios Honorarios-

Dr. Vicente Mejía Colindres Dr. San José, Costa Rica
José María Ochoa Velasquez Comayagua.

Socios activos en Tegucigalpa

Dr, Salvador Paredes	Dr. Humberto Díaz
Dr. Ramón Valladares	Dr. Juan A. Mejía
Dr. Antonio Vidal	Dr, Manuel Cáceres Vijil
Dr. Héctor Valenzuela	Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Trinidad E. Mendoza	Dr. José R. Durón
Dr. Manuel Larios C.	Dr. José María Sandoval h.
Dr. Manuel Castillo Earahona	Dr. Martín A. Bulnes
Dr. José Manuel Dávila	Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Abelardo Pineda U.	Dr. Carlos M. Gálvpz.
Dr. Marcial Cáceres Vijil	Dr. Blas Cantizano M.
Dr. Isidoro Mejia h.	

Socios fuera de Tegucigalpa

Dr. Rafael Martínez V	La Lima
Dr. Juan V. Moneada	La Ceiba
Dr. Guillermo Pineda	Trinidad, Santa Bárbara
Dr. L. R. Fletcher	Quiriguá, Guatemala
Dr. Emilio Gómez Roveló	La Ceiba
Dr. Roberto Gómez Roveló	Danlí
Dr. Roberto Lázarus	Limón, Costa Rica
Dr. Gabriel Izaguirre	San Juancito
Dr. Salomón Paredes R.	La Lima
Dr. Luis Munguia	Costa Rica
Dr. Gabriel Aguilar	°roerreso
Dr. Eugenio Matute	San Pedro Sula
Dr. José Mendoza	La Ceiba
Dr. plutarco E. Cástranos	Comayagua

REVISTA MEDICA HONDURENA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: **DR. CARLOS M. GALVEZ**

Redactores:

**DR. HÉCTOR VALENZUELA — DR. SALA ADOR PAREDES —
DR. MANUEL LARIOS C.**

Secretario de Redacción:

DR. MARCIAL CACERES VIJIL

Administrador:

DR. MARTDV A. IJTJLNES B.

Año XI Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., **Nov.** y Diciembre de 1941 i N° 97

Notas Editoriales

Durante el periodo que corresponde al ano de 1942 me toca, por honrosa designación de la Asociación Médica Hondureña, dirigir la publicación ¡de nuestra Revista. Labor ésta, que si bien puede proporcionar algunas horas de trabajo adicional, es en sí una tarea interesantísima, por cuanto, obligando a revisar todo el canje de publicaciones médicas, pone al revisor en contacto con las últimas adquisiciones científicas y con las variadas y, a veces, sorprendentes experiencias clínicas de todos los colegas ¡del continente. Lo que hace que, no sólo intelectualmente, sino además desde el punto de vista utilitario, sea en verdad una ocupación agradable y provechosa.

Deseando, pues, llenar mi cometido con la eficiencia de los distinguidos colegas que me han precedido en la dirección de nuestra publicación, trataré de recoger los materiales más selectos y de reproducir del gran número de publicaciones médicas que nos llegan, aquellos trabajos que, por su novedad doctrinaria o clínica puedan ser de utilidad inmediata para nuestros practicantes y médicos en sus tareas cotidianas.

En este primer número bajo mi dirección, además de los interesantes y útiles trabajos de mis colegas de redacción, he tenido a bien reproducir: "La conciencia quirúrgica. ¿Qué es?" del eminente cirujano Dr. Rodolfo Matas; y el artículo: "Acerca del dolor de hombro y de espalda en la práctica dispensarial" del Dr. J. Jaso Roldan, de la división de Tisiología de la Policlínica de Caracas. Artículo de una utilidad práctica cotidiana en todo servicio hospitalario y de cualquier consultorio en general.

Carlos M. GALVEZ.

Diciembre de 1941.

Discurso pronunciado por el Dr. Ttlanuel Cáceres Uijil en el momento de ser inhumados los restos del Dr. Pastor *Qórae* h.

Señores:

La Facultad de Medicina, Cirugía y Dentistería, La Asociación Médica Hondurena y los Miembros de la Casa de Salud La Policlínica, me han designado para que en el momento en que baja a la tumba el Distinguido Profesional Dr. Pastor Gómez h. le demos el postrer Adiós en nombre del Alma Máter y de los compañeros de la profesión, hoy aquí reunidos y consternados ante un suceso tan deplorable y a la vez imposible de remediar.

Las aulas Universitarias y las salas de nuestro viejo Hospital aun sienten la presencia del Dr. Gómez de los que fuera un excelente alumno y Practicante solícito y más tarde un distinguido maestro, querido y apreciado por sus alumnos que hoy lloran con nosotros su desaparición.

Pasan los recuerdos de la vida estudiantil, de las largas vigili-
as ante los enfermos que agotados por el sufrimiento necesitaban un bálsamo para su dolor, no solamente en la medicina requerida, sino en la palabra animadora y familiar; de las discusiones sobre las lecciones diarias: recuerdos éstos en los que tiene un lugar especial y quizá único, nuestro querido compañero el Dr. Pastor Gómez h., quien con su risa franca y espontánea hacía mejorar el estado de ánimo de los pacientes y con su palabra fácil ayudaba a resolver las dudas sobre la materia en estudio.

Quién nos hubiera dicho que estaba reservado a nosotros decir estas pocas palabras sobre su tumba abierta?

El Dr. Gómez h. hizo sus estudios desde el Bachillerato hasta el grado Universitario con nosotros, sabiendo distinguirse siempre por su carácter afable, netamente servicial, por su cariño hacia la profesión que optó por verdadera vocación y que había de ejercer con el más amplio desprendimiento, sin el más pequeño interés de lucro, como lo saben prometer y cumplir aquellos que hacen honor a su título, hecho éste que ha quedado plenamente demostrado por su popularidad y cariño que hoy palpita por él en todos aquellos lugares donde ejerciera la profesión: en Amapala, donde fuera Delegado de Sanidad, y Tegucigalpa, especialmente, donde los libros recetarios de las Farmacias encierran gran número de copias de sus recetas con las que mitigó dolores y curó enfermedades sin esperar remuneración alguna: su palabra amiga y cariñosa era manifestación de su espíritu selecto y de su gran corazón y una dádiva al pobre enfermo que no hallaba cómo compensar sus favores.



DOCTOR PASTOR GÓMEZ h.

A estas cualidades del inolvidable amigo debe agregarse su entrañable amor filial y su dedicación a su hogar, donde fuera excelente padre y amante esposo.

Larga fue la actuación profesional y social del Dr. Pastor Gómez h., larga y provechosa para el país: como Diputado al Congreso Nacional, sus iniciativas fueron siempre atendidas, teniendo la característica del patriotismo y la Escuela de Medicina fue una

de sus preocupaciones a la que trató de crearle nuevos fondos para la construcción de su edificio y presentó proyectos para un nuevo plan de estudio, con la aprobación de la Junta Directiva de la Facultad de Medicina, de la cual fue Vice-Decano por varios años. Como Hermano Masón, basta decir que obtuvo el Grado de Maestro en la República Argentina, a donde fuera a estudiar la Especialidad de Anatomía Patológica, habiendo llegado a ser Venerable Maestro de la Logia Igualdad N.º 1 de esta capital. Como Médico además de haber llegado a tener gran clientela por sus merecimientos, fue uno de los organizadores de la Casa de Salud LA POLICLÍNICA, y además escribió interesantes artículos sobre Higiene Escolar en diferentes Revistas del país. En la Asociación Médica actuó como Vocal y Fiscal dejando siempre dignas y meritorias huellas de su actuación.

Todos aquellos hombres que pasan por la vida llenando plenamente su misión, teniendo por precepto invariable hacer el bien; todos los que sintieron hondamente el dolor ajeno tratando de mitigarlo; los que buscaron en el necesitado a un amigo a quien servir; los que transformaron con su alegría un cuarto oscuro y pobre en uno nimbado de luz; los que no sintieron los días que se fueron porque en ellos rindieron todo su ser y energía; los hombres excepcionales, por muchos conceptos, sin pretenderlo, no mueren: viven en el corazón de los que sirvieron, en el alma del pueblo, en los hogares que ayudaron aunque parezca que sobre ellos, como sobre la mayoría de los que se van para no volver, el olvido doloroso y fatal ha de caer infaliblemente.

Para nosotros el Dr. Pastor Gómez h. no ha muerto: su vida de compañerismo será recordada todo el tiempo.

Al decir adiós al amigo se contrista el alma y el frío desconuelo penetra en nuestro corazón. La reflexión no existe ante el dolor. Con un gran esfuerzo que agota nuestro escaso valor, apenas podemos decir cristianamente: Descanza en Paz!

Pastor: ayer no más recibí tu carta última, expresión del cariño que como hermanos nos tuvimos, escrita con mano temblorosa y cuyos rasgos daban a comprender que estaba próximo el momento de tu partida del mundo de los vivos; hoy vengo, derramando lágrimas, a cubrir con flores la barca que te conduce hacia la Eternidad, hasta donde han de llegar nuestras plegarias, agitando nuestros, blancos pañuelos del Recuerdo. — Dije.

Dr. Manuel CACERES VIJIL.

Carcinoma Primario del Pulmón

Por el Doctor HUMBERTO DÍAZ

El cáncer primitivo del pulmón, no es entre nosotros una enfermedad rara, y suele presentarse a menudo con una sintomatología variada y engañosa, capaz de simular diversas afecciones que, sobre todo al principio, desorientan por completo el diagnóstico.

Mucho de lo apuntado hay en el caso que damos hoy a la publicidad, el cual es el siguiente:

E. A. S., de 43 años, sortero, Profesor de Enseñanza Primaria, originario de San Francisco de La Paz y residente en Tegucigalpa, ingresó al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital San Felipe, el 28 de Febrero de 1941 quejándose de "IMSOMNIO Y SENSACIÓN DE PESO EN EL CORAZÓN."

Nos cuenta el paciente que hace quince días empezó a sentir los trastornos apuntados, agregándosele después, dolores lumbares y sobre el hipocondrio izquierdo, los cuales le han impedido el sueño. Dos días antes de su ingreso, se sumó a las molestias anteriores, una sensación continua de opresión precordial acompañada de palpitaciones dolorosas. Tratando de aliviar su malestar ingirió considerable cantidad de alcohol, llegando en muchas ocasiones hasta la embriaguez. No tuvo asistencia médica antes de internarse.

ANAMNESIA LEJANA.—Como, único dato se obtiene que en 1923, después de ingerir semanalmente 14 litros de cerveza, durante un período de tres meses, padeció de precordialgia, palpitaciones dolorosas y astenia generalizada, lo cual le duró 23 días poco más o menos. Para esto recibió asistencia médica en un hospital de la costa norte del país.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES.—Apetito y sed normales; está estreñido y tiene insomnio.

TRASTORNOS FUNCIONALES EN LOS DIVERSOS APARATOS.—Aparato Cardiovascular: Los ya apuntados (Sensación de Opresión precordial y palpitaciones dolorosas).—Aparato Digestivo: Estreñimiento. —Sistema Nervioso: Insomnio, dolores lumbares y dolor a nivel del hipocondrio izquierdo. —Aparato Respiratorio y Génito-urinario: Ninguna alteración funcional.

GENERO DE VIDA.—Se ha dedicado generalmente a trabajo de oficina. Su alimentación ha sido más o menos buena. Desde la edad de 18 años ha ingerido bebidas alcohólicas y fumado tabaco.

ANAMNESIA FAMILIAR.—Como único dato de importancia podría citarse el hecho de que su ex-esposa (es divorciado) tuvo siete abortos en el término de 5 años, logrando procrear una niña después de tratamiento médico que se le practicó en la República de El Salvador, ignorando él en qué consistió éste. Afirma, eso sí, que los abortos fueron sin causa aparente.

De los conmemorativos relatados, pueden establecerse como conclusiones los hechos siguientes: 19—Alcoholismo desde hace 25 años.

29—Aparecimiento de ALGIAS diversas (precordialgias, dolores lumbares, etc., etc.), lo mismo que palpitations dolorosas, sensación de opresión cardiaca y astenia generalizada, coincidiendo con dos períodos de agudización alcohólica (1923-1941). 39—Siete abortos de su ex-esposa, jen el término de 5 años, quien legra concebir y dar a luz, a término, una niña, después de haber recibido tratamiento médico.

Analizado el interrogatorio en la forma expresada, pasamos después al estudio del estado presente del sujeto.

ESTADO GENERAL.—Tiene la facies francamente alcohólica: Abotagada, con la nariz y las mejillas rojas.

Corpulencia mediana, pesa 135 libras, mide 175 cms. de altura estructura ósea, musculatura y panículo adiposo proporcionalmente bien desarrollados.

Actitud y marcha, normales. Prefiere el decúbito lateral derecho, en el que sus dolores son menos intensos.

ESTADO ESPECIAL.—Aparato Respiratorio: Aparentemente normal. Aparato Cardiovascular: Normal. Aparato Digestivo Normal. Aparato Ganglionar: Normal. Aparato Gfénito-Urinario: Normal. Sistema Nervioso: Hay dolor en la zona inervada por los últimos intercostales, el dolor aumenta con la presión profunda.

El estudio del ESTADO PRESENTE, nos da los corolarios siguientes: 1?—Buen estado general del sujeto. 2<?—Facies francamente alcohólica. 39—Ausencia de signos físicos pl euro-pulmonares, y 49—Ausencia, a excepción del dolor torácico ya descrito, de otros síntomas funcionales, como tos y disnea.

Realizada la primera exploración clínica, se ordenaron los exámenes corrientes de laboratorio, y que se practican de un modq sistemático en todos los pacientes que ingresan a nuestro servicio; ■siendo los resaltado como sigue:

Sangre:	Glóbulos Rojos	4.280.000
	Glóbulos Blancos	8.550
	Neutrófilos	71 %
	Linfocitos	26 %
	Eosinófilos	1 %
	Grandes mononucleares	2 %
	Hemoglobina	80 %
	Hematozoario de Laverán:	Negativo.
	REACCION DE KAHN:	Negativa.
Orina:	Examen físico-químico y microscópico:	Normal.

Heces Fecales: Negativo.

El día 19 de Marzo se le suministra un purgante salino y se le indica un régimen desintoxicante. Se le prescriben hipnóticos de

**FIG. 1**

La flecha indica el primer foco **metastásico** que apareció en la pared torácica

modo restringido y se le da además cloruro de tiamina (Vitamina B1) por la vía endovenosa y por la vía oral.

Con el tratamiento anterior llegamos al 10 del mismo mes, sin obtener ninguna mejoría, por el contrario, las molestias han aumentado; el dolor es más intenso y persistente, se encuentra ahora claramente localizado en la región subaxilar izquierda, de donde se propaga a la subescapular correspondiente y a la región precordial.

Se practica una nueva exploración del tórax, con la que se obtienen los datos siguientes:

A la inspección: Ligeramente escoliosis dorsal, ligero abombamiento, de la base del hemitórax izquierdo. Hay 20 movimientos respiratorios por minuto,

A la palpación: Dolor provocado de la base izquierda. Abolición de las vibraciones vocales por debajo de una línea horizontal que pasara por debajo del ángulo inferior de la escápula del mismo

A la percusión: Macicez que corresponde con la zona de abolición de las vibraciones.

A la auscultación: Soplo pleurítico y pectoriloquia áfona, en la región antes indicada.

Todo esto -sin ir acompañado de tos, ni seca ni húmeda.

Se le diagnóstica PLEURESÍA CON DERRAME, de la base izquierda, lo cual fue ratificado por el examen fluoroscópico: en efecto, el informe del radiólogo dijo: "Pleuresía con '-derrame del lado izquierdo. Desviación acentuada de mediastino hacia el lado derecho."

Se practica una punción exploradora, y se extrae un líquido pleural de aspecto francamente hemorrágico, cuyo examen citológico dio: Glóbulos Rojos, 950.000; Glóbulos Blancos, 1.450; linfocitos, 96 %; neutrófilos, 4 % (Por milímetro cúbico).

Se ordena reposo absoluto, ventosas secas y posición de Fowler, se le administran expectorantes con el objeto de hacer examen de esputo, lo que no se pudo conseguir por la falta de expectoración.

Pocos días después se practica una punción- evacuadora, se extraen 1.000 c. c; se hace nuevo examen fluoroscópico inmediatamente después de la toracentesis y se comprueba únicamente una sombra densa que oscurece todo el hemitórax izquierdo; la desviación mediastinica es mucho más pronunciada. Este resultado fue el mismo en repetidas exploraciones que se le practicaron ulteriormente.

Con la última punción desapareció la disnea, y un nuevo examen del líquido reveló que, además de la presencia de los elementos figurados de ia sangre, se encontraban también en él células endoteliales de gran tamaño, sembradas de vacuolas, presentando varios núcleos irregulares.

A principios de abril le aparece a nivel del cuarto cartílago costal izquierdo, un nódulo doloroso, duro y que a la palpación no se desplazaba con los planos superficiales, aumentando rápida y progresivamente de volumen. Por este mismo tiempo se comprueba también, que la inoculación al cobayo con el líquido pleurítico no produjo lesiones tuberculosas ni de ningún otro género.

Los dolores se hacen cada día más intolerables, a tal grado, que hubo de recurrirse al uso prolongado de la morfina; aparecen nuevos nodulos de la pared torácica, algunos de ellos, se ulceran y se procede a un examen de las costras correspondientes, investigando micelios de hongos, con resultado francamente negativo.

A fines de mayo se tomó una radiografía, lo cual no había sido posible debido a la falta de material, comprobándose por medio de ella lo siguiente: Opacidad total del hemitórax izquierdo. Desviación considerable de la tráquea, del corazón y del mediastino hacia el lado derecho. La imagen sigue siendo más o menos la misma que se ha observado en los exámenes anteriores.

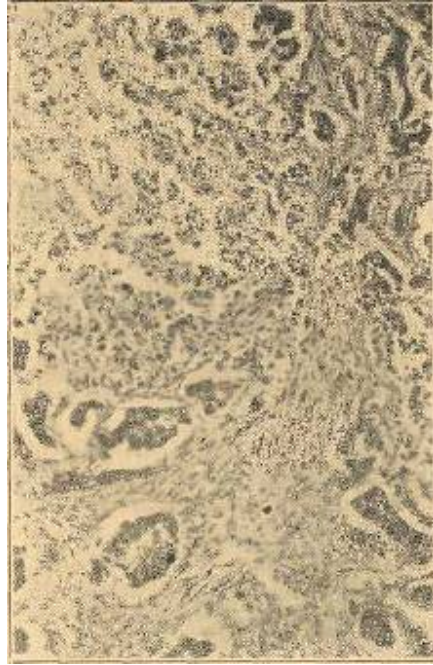


FIG. 3

Tin aspecto Mstopatológico del **nodulo** a tñue
se **refiere** la ¡Fig. 1.

La temperatura de este enfermo, durante el 19 y 29 mes de observación osciló entre 36? y 37.39 grados centígrados, y del tercer mes en adelante entre 369 y 389. El pulso, que fue al principio de 80 por minuto, subió a 100 a partir del 3er. mes.

Murió en estado de caquexia el día 9 de septiembre del año en curso- habiéndosele extaído un fagmento de una de las lesiones parietales, que se fijó en piro-formol y fue enviado al Hospital Panamá (Rep. de Panamá), para su examen histopatológico.

De la evolución de este caso y del resultado de los exámenes coñiplentarios que se practicaron, se pueden establecer los hechos siguientes:

- 19—Fracaso absoluto del trat^riiento desintoxicante y vitamínico dirigido cntra las algias, les cuales empeoraron de un modo rápido y progresivo.
- 29—Comprobación de signos físicos de PLEURESÍA CON DERRAME, algunos días después de su ingreso; lo cual fue ratificado

- por el examen fluoroscópico, y cuya naturaleza hemorrágica se demostró por la punción exploradora.
- 30—Aparecimiento a principios de Abril, de un nódulo doloroso a nivel del 4º cartilago costal izquierdo, que fue aumentado rápidamente de volumen y al cual siguió la aparición de otros más.
- 4?—Comprobación al examen fluoroscópico de una sombra densa, que ocupa, la mayor parte del nemitórax izquierdo, acompañada de desviación considerable del corazón y de la tráquea, cuya densidad no se modificó a pesar de las punciones, previas al citado examen.
- 5¹?—Caquectización del sujeto y aparecimiento de nuevas lesiones de la pared torácica, algunas de las cuales se ulceraron.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Por la relación historial, queda establecido que se trata de un individuo con antecedentes de alcoholismo, tanto próximos como remotos, quien, se nos presenta aquejando síntomas de orden nervioso: Pre cor di algia con sensación de pesantez retroesternal, dolores lumbares e insomnio, y con ausencia de trastornos funcionales y de signos físicos respiratorios; huelga decir por qué nos inclinamos inmediatamente a pensar que todos sus trastornos, podían referirse a una sola causa: EL ALCOHOLISMO; de ahí que hubimos instituido, sin pérdida de tiempo un tratamiento desintoxicante y a base de vitamina B1, cuyos resultados absolutamente negativos nos obligó á encaminar la investigación por un rumbo distinto.

Así, el aparecimiento del dolor torácico requirió una nueva exploración, comprobándose los signos de una pleuresía con derrame del lado izquierdo, cuya naturaleza hemorrágica fue evidenciada por la punción exploradora.

Nos encontrábamos, pues, desde ese momento, frente a una PLEURESIA HEMORRAGICA, cuya significación diagnóstica tenía que ser establecida; así que hubimos de recordar su valor semiológico: Relativamente frecuente en el recién nacido, muy rara en los niños mayores, se la encuentra más a menudo en el adulto y en el anciano, en los que representa alrededor del 5 % de la totalidad de los derrames pleurales líquidos. Sus causas, principales son la TUBERCULOSIS y el CÁNCER, pero también la podemos encontrar en el Reumatismo, la Fiebre tifoidea, la Neumonía, el Mal de Bright en ciertas enfermedades hemorrágicas como la Viruela, el Sarampión, la Púrpura, el Escorbuto, etc., etc. Además

en algunas enfermedades de la sangre como las Leucemias y la Enfermedad de Hodgkin; lo mismo que en las Cirrosis Hepáticas, del tipo Laennec principalmente.

Por el interrogatorio y el examen somático del enfermo, fácil fue descartar todas las enfermedades infecciosas, ya agudas, ya crónicas, capaces de originar un síndrome pleurítico hemorrágico. No se comprobó además ninguna manifestación de Escorbuto, y el cuadro hemático lo mismo que la no alteración del aparato ganglionar habló en favor de la ausencia de las leucemias y de la Enfermedad de Hodkin.

El resultado del examen de las orinas fue normal y no se descubrió ninguna manifestación de nefritis crónica y, por otra parte, pese a su condición de alcoholista, este paciente no presentó trastornos funcionales ni signos físicos que hicieran pensar en una cirrosis hepática.

Quedaban en pie tres factores etiológicos: La Tuberculosis, el Cáncer y la Sífilis.

Para descartar la tuberculosis pulmonar recurrimos a la inoculación del coDayo, con el líquido pleural; prueba que resultó completamente negativa. Aun cuando por el examen somático y serológico de la sangre, no encontramos en este sujeto ninguna manifestación de sífilis, hay en sus colaterales un dato que tiene mucha importancia: Los siete abortos de su ex-esposa, quien logró concebir y dar a luz, a término, una niña que a la fecha cuenta con 9 años de edad, y es sana, después de haberse sometido a tratamiento médico, ignorando él en qué consistió éste.

La Sífilis no es la causa única del aborto, pero sí la más frecuente, sin embargo, no nos fue posible comprobar en nuestro paciente, como acabamos de afirmar, ninguna huella de lúes. Por otra parte, si bien es cierto que la sífilis puede dar pleuresías hemorrágicas, tanto en el período secundario como en el terciario, esto constituye un hecho sumamente raro; por nuestra parte podemos afirmar que, entre el crecido número de sífilíticos que hemos observado y tratado durante doce años "e práctica profesional no hemos descubierto jamás tal afección. Además, el terreno lúético no descarta en manera alguna el desarrollo de un proceso neoplásico; ya sífilis hace la cama del cáncer, según el decir de un gran maestro francés.

Dos hechos vinieron a disipar, por lo menos en su mayor parte, nuestras dudas: 1^o—El resultado del examen citológico del líquido pleural, en el que se comprobó la presencia de células, cuyo tipo morfológico reveló su probable naturaleza cancerosa, y 2^o—El apareamiento del nódulo duro y doloroso, al cual se alude en la 3^a conclusión formulada con respecto a la evolución del caso, y que consideramos desde un principio como un foco metastásico de la pared torácica. Nuevas lesiones similares a ésta, aparecieron posteriormente y llégarn muchas de ellas a ulcerarse, y, como ya se dijo, el examen de las costras correspondientes resultó negativo por MICELIOS DE HONGOS.

Estábamos, pues, evidentemente, en presencia de un proceso canceroso. Ahora bien, era un cáncer primitivo o secundario del pulmón? Era un cáncer primitivo de la pleura? Habla ausencia absoluta de síntomas funcionales y de signos físicos que hicieran pensar en un cáncer visceral extratorácico (estómago, esófago, hígado, riñon, bazo, próstata, etc., etc.); y, por otra parte, el buen estado de salud del paciente al presentarse el síndrome pleural unido a la ausencia de manifestaciones sintomáticas bronquiales, nos inclinaron a pensar que el punto de partida de la neoplasia había sido la pleura; así, formulamos el diagnóstico de CÁNCER PRIMITIVO DE LA PLEURA, que posteriormente hubo de propagarse a la pared torácica y al perénquima pulmonar.

Sin embargo, el examen histopatológico indicó después, pese a nuestro razonamiento apuntado, que el tumor era de naturaleza epitelial y cuyo punto de origen estuvo en el árbol brónquico; en efecto, el resaltado de dicho examen efectuado por el Dr. Icaza, jefe del laboratorio del Hospital Panamá, en un fragmento que se tomó de uno de los nodulos, dio el resultado siguiente: "Se observa invasión y proliferación de células neoplásicas de origen epitelial, las cuales forman alveolos irregulares en un estroma denso y fibrótico. Estas células de carácter cuboide, que presentan diferencias de afinidad tintorial, con cambios irregulares de forma y mitosis, son aparentemente de origen metastásico bronquiogénico. La escasa vascularización y la presión del tejido fibrótico y compacto han causado áreas de necrosis celular en el centro del tumor.

DIAGNOSTICO: Carcinoma metastásico de origen bronquiogénico." i ' ■ '

CONSIDERACIONES FINALES

- 1&—Muestro error diagnóstico, en cuanto se refiere al punto de partida de la neoplasia, se explicará- fácilmente si se recuerda que, en muchos casos, un cáncer de origen pulmonar puede evolucionar de una manera completamente silenciosa, siendo además compatible con el buen estado general del paciente, y no es sino al llegar a la pleura que el cuadro sintomático hace explosión.
- 2?—El dolor es el síntoma más constante y a la vez el más variable, puede presentar numerosas modalidades, no sólo bajo el punto de vista de su forma e intensidad sino también de su localización. Puede ser precoz o tardío; localizarse bajo el aspecto de una punta de costado; generalizarse a todo un hemitórax o ser bilateral aún tratándose de formas circunscritas; poseer propagaciones en sentidos diversos: Hacia el hombro, hacia el brazo, hacia una mitad del cráneo, hacia el abdomen, seguir el trayecto de cualesquiera de los nervios intercostales simulando una neuralgia banal. Y, por último, acantonarse en la región precordial con la apariencia de una verdadera angina de pecho.
- 3a—Entre los elementos auxiliares de diagnóstico, que nos hicieron falta en el estudio del presente caso, figuran los siguientes:
- a). (La broncografía, que no pudo realizarse por falta de material.
 - b). ¡La broncoscopia, importantísimo recurso de diagnóstico, precoz sobre todo, puesto en práctica por Chevalier-Jackson, Kisklin, Moersch y otros más, que no es aún factible en nuestro medio hospitalario.
 - c). La TOMO GRAFÍA, llamada también ESTRATIGRAFÍA o PLANIG-RAFIA, método que consiste en lo que pudiéramos llamar, la disociación o disección de las sombras radiológicas, que permite el estudio de la densidad del parénquima pulmonar en planos diferentes, y
 - d). La inclusión en. parafina, del desgajo de los esputos, lo ■cual no es sino una verdadera biopsia, practicable, naturalmente, en los casos donde hay expectoración. Se recomienda, además, desde hace algunos años, la TORACOTOMIA EXPLORADORA que, según sus partidarios, es inocua o mucho menos peligrosa que una laparotomía; pero hay que advertir que a ella se ha recurrido y se ocurre sólo en casos de diagnóstico muy osicuro.

Tegucigalpa, D. C, 2 de Diciembre de 1941. "

SÍFILIS UTERITIA

No existe en ningún texto un capítulo especial para el estudio completo de la sífilis uterina y tubo-ovariana al contrario de la enorme extensión concedida a la sífilis vulvo-vaginal en sus diversas manifestaciones y estados evolutivos.

En vez de 'censurar los tratadistas de Ginecología, meditando un poco la cuestión, se llega a convenir en la dificultad de establecer cuadros clásicos clínicos con su debida comprobación anatómica; es a ello sin duda que debe achacarse esa ausencia y no a descuido o ignorancia.

Sin embargo, desde principios de este siglo empiezan a publicarse observaciones de sífilis de los genitales abdominales; Jeanne de Ruen presenta al Congreso de Ginecología de 1904 en esa ciudad el caso de una enorme salpingo-ovaritis que cedió al mercurio y yoduro de potasio; recidiva meses después cede también rápidamente con igual tratamiento. Pinard cita el caso de empastamiento periuterino tratado con éxito por el mercurio. Se citan pacientes sufriendo de hemorragias, útero abollado, voluminoso con aspecto de fibromioma, piorrea, curados con el tratamiento específico. Historias de metrorragias en la pubertad atribuidas a heredo-sífilis por su curación pronta, y por los estigmas encontrados.

En vista de la multiplicidad de formas que afecta la sífilis genital interna los autores han establecido una clasificación sencilla a efecto de facilitar su mejor conocimiento; 4 tipos clínicos afecta la forma terciaria de sífilis:

19—Sífilis gomosa del útero-hemorragias y nodulos de apariencia fibrosa.

2?—Infiltración del tejido celular pélvico y de las trompas, especie de sifiloma difuso con vagas apariencias gomosas.

39—Ovaritis esclerosa o esclero-gomosa con menorragias abundantes y prolongadas y ovarios esclero-quisticos fácilmente accesibles a la palpación y tacto vaginal.

49—Metrorragias sin lesiones caracterizadas, en relación con una angio-esclerosis acentuada de los vasos útero-ováricos.

Se han señalado también anomalías de desarrollo genital y distrofias esclerosas, atribuidas a sífilis hereditaria.

Nada remoto es que existan también placas mucosas en la uterina y tubárica pero no hay pruebas contundentes.

Fácil es imaginar que sólo haciendo exámenes sistemáticos de úteros y ovarios en piezas de sífilíticas fallecidas y en las extirpadas a pacientes específicas con historias clínicas de padecimientos genitales podrá algún día escribirse el completo capítulo de **sífilis** útero-tubo-ovárica.

En mi experiencia de veinte años de continua ginecología sólo he podido observar dos Casos claros a pesar de vivir ejerciendo en medio bastante sifilitizado.

El primero se refiere a una comerciante sexual de extraordinaria hermosura que atendí en mi servicio del Hospital General en 1928; llegó esta paciente por una abundante y prolongada menorragia, la primera en su vida; al examen se encuentran antecedentes francamente sifilíticos y un útero voluminoso, cuerpo y cuello, ninguna L^eñal de aborto o infección gonocócica reciente.

Reacción de Kahn fuertemente positiva. Se instituye tratamiento específico con magnífico resultado; las hemorragias desaparecen antes de una semana y creyéndose curada la enferma pide su alta; jse le pusieron dos inyecciones de 0.60 gr. de 914 y 8 de cianuro de mercurio. A los 4 meses regresa con un cuadro semejante más una úlcera del cuello uterino; nuevo tratamiento semejante pero menor, pues la enferma se marcha a la semana. Dos meses después reingresa en el más deplorable estado: las hemorragias no habían cesado un instante, profunda anemia, enflaquecimiento marcadísimo, tinte amarillo terroso, el tacto vaginal muestra una estupenda coliflor que concluye con la paciente en dos meses. Era un carcinoma injertado en un útero sifilítico.

El otro caso está actualmente en mi servicio del Hospital General.

E. V. de 37 años, soltera, de oficios domésticos, de Comayáuela, ingresa el 8 de Octubre por hemorragias genitales.

Cuenta que el 3 de Agosto le vino su regla y desapareció el 5 de Septiembre volvió el 10 del mismo y no cesó la hemorragia sino hasta el 17 de Octubre.

Padeció sarampión y varicela a los 13 años, otitis media en 1937, disentería en 1935, menstuo a los 14 años, perdió toda la dentadura desde ios 14, fuera de dolores, osteócopos de la cara no existe otro antecedente de especificismo; sufre de resfriados. En 1938 le encontraron un Kahn 3 cruces y le inyectaron 6 ampollas de 914. Trataron sus hemorragias con extracto de hígado, vitamina C y calcio, sin resultado alguno.

Mujer de buena constituirán física no encontramos al examen más que una profunda anemia de 3 millones y 64 % de hemoglobina, el resto del hemograma normal. Reacción de Kahn, 4 cruces.; tensión arterial, 90/50; no hay temperatura; pulso, 80; otros exámenes, normales. Ningún embarazo.

Antecedentes familiares: sin importancia.

En vista de que no hay más que un síntoma, hemorragia, pienso en tres posibilidades: metritis hemorrágica, hemorragias de origen anémico y sífilis uterina.

No encontrando fuera de la sífilis causa que justifique la anemia y habiendo sangrado abundantemente 62 días, me parece más

lógico admitir que la anemia es producida por las hemorragias y no las hemorragias por la anemia.

Para descartar la metritis hemorrágica le hago un raspado uterino el 11 de Octubre, la hemorragia continúa como si nada se le hubiera hecho: instituyó 914 y Yodobismitol el 12 y el 17 no había más sangre.

Se continúa ese tratamiento y no vuelve a sangrar sino hasta el 10 de Noviembre durante seis días, los habituales de su menstruación. En estos momentos está con su período de Diciembre.

Creo haber curado las hemorragias de esta enferma con el tratamiento específico y no con el raspado.

Sólo de esta manera ha sido posible a varios autores comprobar la existencia de sífilis uterina.

S. PAREDES P.

ACCIDETITES ARSENICALES

El arsénico ha ocupado y seguirá ocupando el primer puesto en la terapéutica de la sífilis, sin embargo, debemos aceptar que dicho medicamento no es siempre inofensivo, dado que puede ocasionar accidentes de importancia considerable. Algunas veces son accidentes pasajeros y de carácter benigno; otras veces revisten tal gravedad que la existencia del paciente puede pasar a mejor vida, tal el caso que relataré, cuya observación es la siguiente:

F. R., de 44 años, de oficios domésticos y vecina de Comayagüela, ingresó al primer servicio de medicina del Hospital San Felipe, a cargo del Dr. Manuel Caceras Vijil, el 5 de febrero de 1940, con examen serológico positivo (Reacción de Kahn cuatro más) dicho examen fue practicado en los Laboratorios de la Dirección General de Sanidad. Ratificado dicho examen por los Laboratorios del Hospital y establecido el diagnóstico de sífilis, (antecedentes secundario) se prescribió tratamiento por inyecciones de cianuro de mercurio y neo-salvarsán; se aplicaron tres inyecciones de cianuro de mercurio y tres de neo-salvarsán, todas ellas, bien toleradas; exigió su alta y se retiró del servicio, quedando de esta manera incompleto el tratamiento.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD .—El día 27 de marzo del mismo año ingresa otra vez al servicio en referencia; la paciente dice; diez días después de haber recibido la tercera inyección de neo-salvarsán, (0.45) se inició rubicundez pruriginosa, intensa en la cara, con proceso inflamatorio en los labios y orejas, con mucha tensión dolorosa en la piel, además de erupción, la cual se presenta en forma de pequeñas pápulas, rojas y distribuidas en toda la cara como si hubiera sido víctima de las avispas o se hubiera friccionado con mostaza. En los días siguientes, el prurito se generalizó y era tan-intenso que le impedía el reposo y el sueño. La erupción cada día ganaba terreno por aparición de nuevas manifestaciones papulosas que llegaron a formar grandes placas **eritematosas**. Muy pronto fueron invadidas las extremidades superiores, siendo más notorio en los pliegues de los codos, axilas, tórax, abdomen, pliegues glúteos y extremidades inferiores. En quince días, la dermatitis había alcanzado el máximo de su desarrollo y progresaba con todos los caracteres de una ERITRODERMIA TOXICA. La piel, en grandes extensiones estaba erosionada y en viva carne, con abundante exudación serosa, de olor nauseabundo. Posteriormente aparece conjuntivitis con abundante lacrimo y manifestaciones de estomatitis; con lengua roja y seca; reluciente y tumefacta; salivación abundante y fétida, además de oliguria, disuria, anorexia y **estreñimiento**. Esta enferma revela un grado bastante acentuado de tristeza, de preocupación marcada por su situación actual y su desesperante prurito.

La Conciencia Quirúrgica ¿Qué es?

A causa de que soy un veterano profesor y profesional de la Cirugía, muy a menudo, los jóvenes que aspiran a ser cirujanos, me preguntan cuáles son los requisitos indispensables para ser un buen cirujano.

Invariablemente respondo, que primeramente un cirujano debe poseer los necesarios conocimientos, y después la conciencia quirúrgica. Para poseer conciencia quirúrgica quiero dar a entender, *no* sólo el tener el sentido de discernir lo que esté bien o mal en las técnicas y métodos que aplicamos en nuestras operaciones, sino que me refiero también a los principios morales que las gobiernan. La conciencia quirúrgica es el fruto del saber, de la instrucción y de una larga especialización en la Ciencia y Arte de la Cirugía, la cual, hablando en sentido meramente técnico, puede ser sumamente cultivada y desarrollada.

Pero la conciencia moral, es algo intangible. "Esa pequeña voz" que surgiendo de lo más profundo y recóndito de nuestro interior, nos susurra sus amonestaciones cuando vamos por el mal camino. Es el espíritu de generaciones ancestrales, que bueno o malo, está alojado en nosotros, en su tránsito hacia nuestros sucesores. La conciencia es por lo tanto una herencia; y la semilla del bien o del mal está implantada en nosotros desde el mismo momento en que nacimos. Como todas las semillas, fructificará si se la cultiva debidamente, o puede por el contrario marchitarse y perecer, si plantada en un suelo estéril. Por consiguiente, tanto para lo bueno como para lo malo, está influenciada por las circunstancias y leyes que rijan a su medio ambiente. La mayoría de aquellos que nacieron de padres normales, sanos, honrados y decentes, tienen al nacer la buena semilla sembrada en ellos. Pero la conciencia es errática. En algunas personas falta por completo. Han nacido sin la chispa que la trae en existencia. En otras, es tan pequeña y está tan atrofiada, que llega a hacerse, como apéndice, un estorbo inútil y a veces hasta peligroso, que se podría muy bien extirpar radicalmente y para siempre. Algunas de las personas que la poseen, la escuchan, otras son sordas a ella y continúan dormitando, insensibles a su voz, permaneciendo como cuando suena el timbre de un molesto despertador. Otras en cambio, se despiertan y se levantan diligentemente, poniéndose al trabajo y haciendo las cosas por el buen camino. Cuando un hombre se despierta al campanileo de su conciencia y se pone a trabajar empezando a poner sus asuntos en orden, decimos entonces, que ese hombre tiene CARÁCTER. Ahora bien, el carácter es la voluntad de poner en acción lo que la voz de la conciencia ha despertado en el ser que la escucha. Conciencia sin voluntad para actuar sobre sus mandatos, es impotente y podría muy bien estar muerta.

Dispensario Antituberculoso Central. ^-Director Doctor Criollo"Ripas

ACERCA DEL DOLOR DE HOMBRO Y DE ESPALDA EN LA PRACTICA DISPENSARIAL

Por el Dr. L. JASO ROLDAN, de la División de

Tisiología de S.A.S. {Director, Doctor Baldó}

Uno de los síntomas que exhiben más frecuentemente los enfermos que acuden de un modo espontáneo a la consulta dispensaria! es el dolor de "hombro y de espalda" que, sin exageración, podemos decir que se presenta en el casi 90 % de los enfermos como lo demuestra esta cifra de 87 tomada al azar entre cien consultantes cualquiera.

El dolor lo refieren los enfermos al hombro y a la espalda, conjunta o separadamente y se acompaña de una sensación de ardor y de comezón al mismo nivel. Fuera de esta molestia, a veces intensa, que incluso les impide desempeñar sus ocupaciones, nada de particular declaran nuestros enfermos. En algunos este síntoma dolor se acompaña de molestias indeterminadas o imprecisas (dolores erráticos en otras partes del cuerpo, estreñimiento, cansancio, etc.), pero aún en estos casos, sigue siendo el dolor de hombro y de espalda el de más jerarquía dentro del conjunto del cuadro sintomatológico.

La frecuencia con que vemos este síntoma, y la convicción de que en las diversas consultas públicas de esta ciudad sucede lo propio, nos anima a dedicarle nuestra atención haciendo un resumen de todas las dolencias más importantes que son capaces de provocarlo.

Pero la armoniosa combinación de ambas, hace los hombres bien capacitados. Cuando un hombre carece de conciencia o de carácter, no puede ser un buen hombre y si no es un buen hombre no puede ser un buen cirujano.

Y no nos importa cuan habilidosamente extirpe apéndices o vesículas biliares, reseque estómagos o hernias y lleve a cabo otras finas operaciones quirúrgicas; es un hombre que no necesitamos y no debe por í.anto solicitar el entrar a formar parte de nuestra Hermandad.

Rudolph MATAS.

—Tomado de "Médicas," Revista ínter-Americano. ' de Selecciones de Medicina^ Cirugía y Especiando, - des. — Agosto de 1941.—

El hecho de que los enfermos acudan a un centro antituberculoso en busca de una exploración radioscópica del tórax, dice ya mucho a favor de la perspicacia de estos consultantes ya que, como es bien sabido, las dolencias pleuro-pulmonares son responsables de un gran número de sensaciones dolorosas que los enfermos refieren al hombro y a la espalda y que por su importancia vamos a analizar someramente.

La Escuela de Viena, que tanto se ha dedicado al estudio del pequeño detalle —tan importante siempre en Medicina— paró mucho su atención en el estudio de la sensibilidad al pellizcamiento, de los haces del músculo trapecio (signos de Porges) como medio diagnóstico, entre otros, de la tuberculosis apical. Muchos médicos hemos comprobado la utilidad de este signo al que se debe considerar más bien, según propone Neumann, como expresión de la participación de la pleura apical en el proceso patológico. Pero lo que aquejan los enfermos que concurren al Dispensario son dolores espontáneos, localizados en el hombro o en la espalda sin que se encuentre, aún a la exploración, radiográfica, el más pequeño trastorno pleuro pulmonar. Cuando se descubre alguna alteración de este tipo, el dolor se explica fácilmente, dado que, aún las pleuritis secas más leves, se acompañan de dolores algunas veces intolerables. Los procesos pulmonares agudos, neumonías y bronconeumonías cursan con el clásico dolor de costado en relación con la participación pleural (pleuroneimionías). En todos estos enfermos existe una relación entre la intensidad del dolor y los movimientos respiratorios que facilita el diagnóstico. Su confusión con otros procesos, como por ejemplo la neuralgia intercostal, sólo debe ocurrir si la exploración ha sido defectuosamente realizada.

Otra causa muy importante del dolor que estamos analizando, son las alteraciones cardio-vasculares, tan frecuentes en Venezuela como ya se sabe. Al hacer las radioscopias nos hemos visto sorprendidos a menudo por siluetas aórticas muy grandes o por alteraciones hipertróficas del corazón toleradas pasmosamente bien por el enfermo. La etiología de estas alteraciones es preponderantemente luética, como ha demostrado JAFFE anatomopatológicamente. La mayoría de las veces, se trata de grandes aneurismas de la aorta o de aortitis en los que el dolor, de carácter sordo o ardiente, se explica por las lesiones de periaortitis (HUCHARD) como lo demuestra la falta o rareza de los dolores en la esclerosis de la aorta, en la que las lesiones de la adventicia son mínimas o no existen.

■ Por lo que hace referencia al aparato digestivo hay que señalar los dolores irradiados al hombro derecho que se encuentran en las afecciones calculosas del colecisto, y en los procesos congestivos hepáticos que acompañan a la descompensación cardíaca. En este último caso el dolor se produce por distensión de la cápsula de Glisson con lo cual adquiere un carácter "espinal" dado que los

nervios que inervan la cápsula tienen este origen (MATTHES). Son también conocidos los dolores dorsales del ulcus gastro-duodenal, aún cuando en estos casos el dolor es más a *punta de dedo*, y los provocados por los descensos de los más diversos órganos abdominales, estómago, colon, riñones., etc.

Ahora bien, en ausencia de todas las alteraciones señaladas se presentan también dolores de espalda cuya génesis hay que buscarla en otros variados procesos. ■ Entre ellos merece señalarse el lumbago o *mal de brujas* consistente en una mialgia de los músculos psoas, cuadrado de los lomos, sacro lumbares y latísimo del dorso, cuyo diagnóstico debe hacerse siempre por exclusión, para evitar designar por este inofensivo nombre procesos de muy variada índole como son las enfermedades de las articulaciones vertebrales y sacroúiacas o la nefrolitiasis. etc., sin olvidar los dolores en cinturón de los tabéticos. El diagnóstico de lumbago no debe ser jamás un *cánete* (*liagnosen* según la expresión de BERGMANN).

Dolores parecidos al lumbago se presentan en los estados de fatiga muscular como ocurre, por ejemplo, en todas las personas— sobre todo en las mujeres— que por sus obligaciones profesionales están obligadas a permanecer de pie durante largas horas (cocineras, sirvientes en general, lavanderas, conductores del tranvía, cobradores, etc.). Como fácilmente se comprende la postura, a veces forzada, a que están sometidas estas personas, produce, a lo largo del tiempo, una fatiga de los músculos encargados de mantenerla, expresión de la cual son los dolores que traducen la intoxicación del músculo por las substancias ácidas originadas durante la contracción.

Por el mismo mecanismo se explican los dolores dorsales que padecen las mujeres que calzan zapatos con tacones muy altos. En estos casos la estática alterada del espinazo obliga a trabajar en exceso a los músculos fijadores de la columna vertebral, produciendo así las molestias dolorosas de la espalda. Aún no estamos informados debidamente acerca de la naturaleza de estos dolores musculares, calificados de *fibrositis* por los autores ingleses (STOCK - MAN y L'LEWELYN), pero, de todas maneras, su característica es la fugacidad de los mismos cuando se suprime la causa productora. A su misma clase pertenecen los, que se presentan como único síntoma de un proceso de supuración local, amigdalitis, periodontitis, sinusitis, etc. Su curación después de extirpar las amígdalas infectadas o de arrancar el diente, etc., dice a las claras su dependencia con dichas lesiones.

El pie plano o el simple aplanamiento de la bóveda del pie, es tan frecuente, hallazgo en la clínica, es otra de las causas más dignas de tener en **cuanta** para explicar muchos de estos dolores. El

mecanismo por el que actúa esta deformidad es a fin de cuentas el de la fatiga muscular ya explicado.

Otro gran capítulo, al que nos hemos referido más arriba, responsable de gran número de dolores dorsales son las afecciones vertebrales, tanto inflamatorias como degenerativas: espondilitis, espondiloartritis-anquilopoyética; espondilosis deformante; artrosis de las articulaciones intervertebrales, en especial de la articulación lumbosacra y sacroilíaca; la cifosis senil por lesión de los meniscos; la cifosis de los adolescentes, por alteración de las placas cartilaginosas de oclusión, etc. Estas alteraciones se presentan en muchos trabajadores adquiriendo por su frecuencia el carácter de enfermedades sociales. El discriminar hasta qué punto son realmente debidas a accidentes profesionales constituye muchas veces un intrincado problema de difícil resolución. No quiero dejar de señalar por su importancia, los dolores de espalda que se presentan en los períodos de comienzo de las más diversas enfermedades infecciosas agudas (faringitis, gripe, tifoidea, etc.), y crónicas como el paludismo y la lúes a la cual nos hemos referido hace un momento al tratar de las alteraciones cardiovasculares. Creemos que estas dos enfermedades —paludismo y sífilis— son responsables de muchos de los dolores que aquejan los enfermos de pensión. No es este lugar, ni tenemos bastante autoridad para tratar detalladamente de cada una de estas enfermedades, pero es bien conocido que la lúes produce en el período de invasión dolores óseos y articulares, aparte de cefalalgias y alteraciones del estado general que desaparecen rápidamente al establecer un tratamiento adecuado. Por lo que se refiere al paludismo, cabe en lo posible que cualquier clase de dolores sean debidos al mismo —paludismo larvado HEGIER y JOOHMANN— aunque no se debe caer en el error de atribuir a esta etiología todos los trastornos dolorosos que padezcan los antiguos palúdicos. En la mujer son muy importantes, para explicar la causa de los dolores de espalda, las más diversas afecciones del aparato genital como ya expuso detalladamente JACKES. Aparte la dismenorrea, de tan frecuente presentación, el dolor se presenta también en diversos padecimientos ginecológicos (desviaciones uterinas, prolapsos, pelviperitonitis, etc.), en los cuales, se explica por las tracciones a que está sometido el plexo sacro.

Creemos haber enumerado a grandes rasgos las causas más frecuentes de dolores de espalda dando de lado otras que como el raquitismo del adulto, la enfermedad de Paget y la osteomalacia no son frecuentes en estas latitudes.

—Tomado de la "Revista de la Policlínica de Caracas.—

Ueuritis del Pneumogástrico en los recién nacidos q niños de pecho [t]

(APRECIACIONES CLÍNICAS)

Por el Dr. C. E. SALOM.

Existe en Medicina Infantil una terrible enfermedad que resta considerable número de niños a nuestras comarcas, la cual hasta la fecha no hemos visto descrita en ninguna de las obras clásicas sobre enfermedades de los niños que conocemos, ni tampoco citada por prácticos nacionales o extranjeros que han tratado extensamente la materia.

Dicha enfermedad se inicia de ordinario en los primeros días que siguen al nacimiento con una gastroneurosis, caracterizada por constipación pertinaz, tenesmo rectal, y heces de color verde en gran número de casos; y en otros de color amarillo en el momento en que el niño evacúa, pero que luego al secarse los pañales fñi tornan en verde; y sobre todo, que nunca las hace el niño espontáneamente.

Algunos días después se atenúan los síntomas anotados y al cumplir los cuarenta días, y algunas veces más tarde, pero nunca después de los cuatro meses, se le presenta de golpe el cuadro sintomático de una neuritis del pneumogástrico semejante al que se observa en esta ciudad, en los beribéricos de forma fulminante o cardíaca, tal como lo describiremos al tratar de la sintomatología.

Por el contrario, hay casos en que al quinto día se presentan confundidos en uno de los dos períodos de dicha enfermedad. Estos son los casos de pronóstico sombrío porque la muerte es quien generalmente cierra la escena.

Dominio geográfico en el Estado.—En todas las comarcas que forman los distritos Heres, Piar y Roscio del Estado Bolívar hemos tenido ocasión de observar la enfermedad en cuestión; pero donde más hemos seguido su evolución ha sido en esta capital y en Guasipati que son las poblaciones en que más; hemos ejercido. En los otros dos distritos debe existir también, lo mismo que en el resto de la República, porque las causas que la producen se encuentran no sólo en Venezuela sino en muchas naciones del globo.

Etiología.—La causa primordial del proceso morboso sobre el cual escribimos hoy, es en nuestro humilde concepto un estado de decadencia orgánica congénita en el niño engendrado por otro

(1o.) Este trabajo fue leído por su autor en la sesión' ordinaria de la Sociedad de Médicos de Ciudad Bolívar de 26 de agosto de 1916.

estado igual a los padres, debido al **neuro-artrismo**, al **herpetismo**, alcoholismo o **sífilis**, cuyo mecanismo biológico es digno de estudiar detenidamente porque clínicamente observado parece depender de una insuficiencia o escasez de fosfatos en el organismo del niño, que la leche materna, único alimento que de ordinario toma en esa edad, no puede suministrarle por encontrarse en igualdad de circunstancias.

Las razones en que fundamos nuestras sospechas sobre el particular son las siguientes:

19—Que dicho proceso morboso no se observa sino, como ya lo hemos dicho, en los hijos de **neuro-artríticos**, herpéticos, alcohólicos o sífilíticos, nutridos al pecho.

20—Que no lo hemos visto nunca en los mismos niños nutridos con una alimentación mixta (leche materna y leche de burra o leche de vaca ligada con agua azucarada) en proporción a la edad del niño;

21—Porque tampoco lo hemos visto en los niños cuyas madres han tomado durante su embarazo preparaciones fosfatadas.

22—Porque con la administración del fosfato de soda desde el momento en que las heces del niño se hacen verdes, éstas cambian en amarillas, y la enfermedad se detiene, y

23—porque muchas veces hemos tenido ocasión de observar que con sólo establecer la alimentación mixta de que ya hemos hablado, el niño se pone bueno.

Ahora en cuanto a causas ocasionales que puedan precipitar la enfermedad en los que estén ya predispuestos, está la funesta costumbre que tienen la generalidad de las madres de dar a sus hijos el pecho cada momento, con lo cual se les interrumpe la digestión, dando lugar a que se desarrolle en ellos una toxi-infección gastro intestinal, que les abrevia la aparición del proceso.

Patogenia.—La patogenia de esta afección infantil presenta al práctico diferentes fases según el modo de pensar que tenga sobre el principio de la infección inicial en las enfermedades. Así por ejemplo, si piensa como la mayoría de los sectarios de la Escuela Organicista de París, que no admiten sino que el principio morboso se inicia en el órgano, la encontrará hecha girones y su criterio se inclinará a localizarla en la viscera o visceras que realmente parecen ser el sitio del flagelo; pero, si por el contrario se inclina a ver las cosas como lo hacen los de la Escuela Vitalista de Montpellier, que estudian o solicitan el origen de toda afección morbosa en la fisiología del órgano y no en su estructura, basados en aquel gran principio biológico "la función crea el órgano," hallará que las diferentes fases que le presenta, no son sino partes de un gran todo, en una palabra, que lo que hay en escena es un verdadero síndrome capaz de engendrar trastornos funcionales y lesiones materiales en órganos diversos, y cuya fuente de origen es la misma.

Paso a paso hemos seguido el proceso durante años en este último sentido, y he aquí nuestro criterio sobre el particular: el niño nace neurasténico por las razones expuestas en la etiología. Su neurastenia se acentúa día por día debido a que la leche materna como anteriormente hemos dicho es insuficiente para nutrirlo; y se localiza entonces en el aparato digestivo, donde engendra una gastroneurosis, que **en** nuestro concepto es lo que constituye el período prodrómico o mejor dicho el primer período de la enfermedad. Esa **gastro-neurosis** haciéndole lenta y laboriosa la digestión da lugar a que se desarrolle en su aparato digestivo una **toxi-infección** gastro intestinal, a raíz de la cual estalla el segundo período, o sea una verdadera neuritis ascendente del pneumogástrico con todo su cortejo de síntomas gastro intestinales y cardio pulmonares.

Pasamos ahora a ocuparnos de las formas que puede revestir la enfermedad, las cuales en nuestro concepto dependen del período en que ésta se encuentra y de la rama o ramas del pneumogástrico en que se haya localizado. Así, pues, si la enfermedad está en el período de gastro-neurosis, tendremos al niño con su constipación pertinaz, *sus* heces de color verde y su tenesmo rectal.

Si la enfermedad ha entrado en el período de neuritis, pero se ha localizado en la rama abdominal del pneumogástrico, tendremos entonces los síntomas mencionados en el párrafo anterior, más un dolor intenso en el abdomen, de forma intermitente o continua, que simulará al práctico el cuadro sintomático de una oclusión intestinal.

Si está en el período de neuritis y localizada en la rama torácica que anima el corazón habrá en escena el cuadro de síntomas de la cianosis o enfermedad azul.

Si la rama torácica invadida es la que va a distribuirse en el pulmón, nos presentará fenómenos respiratorios semejantes- a los que se observan en las bronquitis.

Y, por último si ha invadido todas las ramas del pneumogástrico hallaremos el conjunto de síntomas anotados en los párrafos anteriores con muerte por asfixia del niño en corto espacio de tiempo.

SINTOMATOLOGIA: El cuadro sintomático con que hemos visto evolucionar la mayoría de los casos ha sido el siguiente: constipación pertinaz, de tal manera que el niño no depone sino con enemas; heces de color verde, en la gran mayoría de los casos; y en algunos de amarillo en el momento que el niño evacúa, pero al secarse se tornan en verde; y tenesmo rectal. Estos tres síntomas constituyen el período de gastro-neurosis o primer período de la enfermedad. Luego se atenúan dichos síntomas simulando un estado de aparente salud en el niño y en seguida se inicia el segundo período, o sea la neuritis del pneumogástrico propiamente dicho con una cardialgia intensa que arranca gritos desesperados a la criatura. Tiene además gran inquietud, meteorismo bien pronunciado,

coloración azul de la piel y de las uñas, lividez de la cara y respiración anhelante. En veces acceso de tos, ligero movimiento febril {38,7 y 38,2} ; y muerte por asfixia del niño, como dijimos al principio, con los mismos síntomas que se observan en los beribéricos de forma fulminante o cardíaca.

No en todos los casos se observan por completo los síntomas que acabamos de narrar; así como también en los que terminan por la curación, o son menos acentuados desde el principio, o van desapareciendo poco a poco hasta que el enfermito vuelve al estado normal. También hemos observado que los casos apiréticos son los más graves. Lo mismo que cuando la cardialgia 'se presenta por accesos (una o dos veces al día) es menos grave que cuando reviste la forma continua, en la cual la regla es que al cesar el dolor el niño entra en la agonía.

Diagnóstico: Las enfermedades con que puede confundirse el práctico en esta afección infantil son las siguientes: la oclusión intestinal, la cianosis o enfermedad azul y la bronquitis capilar.

Con la oclusión intestinal se puede establecer el diagnóstico así: la oclusión intestinal sea por obstrucción o invaginación se presenta siempre d'emplée con sus síntomas clásicos: dolor, constipación, timpanismo y vómito.

Se presenta tanto en los recién nacidos como en cualquiera otra edad.

El dolor se limita a un punto del abdomen, en donde por medio de la palpación se puede limitar la porción del intestino obstruido.

No hay movimiento febril, ni tampoco el niño muere por asfixia como sucede en la neuritis del pneumogástrico de los recién nacidos y niños de pecho, en que el dolor es una cardialgia intensa.

No se encuentra ninguna dureza en el abdomen.

Hay ausencia de vómitos.

El niño tiene un ligero movimiento febril y sus heces son de color verde antes de estallar la enfermedad.

En la cianosis o enfermedad azul no hay cardialgia, ni ligero movimiento febril, ni tampoco va precedida de los trastornos digestivos (constipación, heces verdosas y tenesmos) que se observan en la neuritis del pneumogástrico en los niños de pecho. El único síntoma común entre estas dos enfermedades es la coloración azul de las uñas y de los tegumentos. Y con respecto a la bronquitis no hay fuera de la tos síntoma alguno que pueda confundirlas, pues la fiebre es mucho más intensa en las bronquitis, y también mucho más marcados los síntomas que suministra la auscultación. En una palabra, la *neuritis del pneumogástrico en los recién nacidos y niños de pecho*, es un síndrome bien claro, compuesto, de un período de gastro-neurosis y otro de neuritis, separados ordinariamente por un estado aparente de salud en el niño; y que el clínico versado

puede, reconocer con facilidad, cualquiera que sea el periodo en que se encuentre la enfermedad y la forma que le presente.

Pronóstico: El pronóstico de la afección que hemos, venido describiendo en esta monografía debe ser siempre reservado, por que aún en los casos más benignos, el niño puede gravarse de un momento a otro y morir rápidamente. Sin embargo el práctico puede generalmente deducir el pronóstico basado en la época en que se presente el periodo de neuritis con respecto a la edad del niño, pues, mientras más pequeño sea éste más grave será el pronóstico.

Tratamiento: El tratamiento de esta afección comprende dos partes; la profilaxia, o sea las medidas higiénicas que hay que observar para impedir que se desarrolle la enfermedad o atenuar su gravedad; y la medicación que es necesario instituir, o sea el tratamiento propiamente dicho. . . .

Las medidas profilácticas que se deben poner en práctica son de dos naturalezas: las que hay que tomar durante la vida intrauterina del niño, y las que hay que aconsejar después que aquél ha nacido y sobre todo al iniciarse los primeros síntomas de la enfermedad.

Entre las que se deben tomar durante la vida intrauterina del niño, son de rigurosa necesidad las que siguen:

19--Aconsejar a toda mujer que se encuentre en estado de gestación que tome durante su embarazo preparaciones fosfatadas que le regeneren la astenia nerviosa de que sufren la mayor parte debido al desgaste orgánico que le ocasiona nuestro ardiente clima tropical.

29—Abstenerse por completo de toda bebida espirituosa, llámese aperitivo, estimulante, etc.

39—Procurar que la alimentación sea lo mejor posible, y más vegetal que animal.

49—Persuadir a toda mujer que se encuentre en estado de gestación en quien se sospeche una de las causas de que hemos hecho mención en la etiología que es necesario tratársela porque de otra manera el niño nacerá enfermo.

Después de nacido el niño siempre hemos aconsejado a los padres los cuidados que en seguida anotamos:

Vigilar atentamente la alimentación del niño, no dándole de comer sino cada dos horas y media, sea con el pecho que se alimenta o con una alimentación mixta.

Tener cuidado que el niño deponga diariamente.

Observar cuidadosamente las deposiciones del niño, que deben ser siempre de color amarillo, tanto en el momento que las hace como al secarse los pañales.

Tan pronto como las heces del recién nacido se pongan verdes, instituir la alimentación mixta, es decir, leche maternal y leche de burra, o leche de vaca; con agua azucarada, pero vigilando la limpieza del biberón.

En caso de que la leche de burra sea la escogida, ésta se le puede dar pura a dosis de cincuenta a sesenta gramos cada dos horas y media alternando con la de la madre siempre que el niño sea de poca edad; y aumentando la dosis a medida que avance en edad o no quede satisfecho al tomar el biberón. Ahora si la leche es de vaca la proporción será la siguiente: una parte de leche y tres de agua azucarada para los niños que no pasen de cuatro meses, partes iguales desde el cuarto mes y pura después del sexto.

Hacer el examen químico de la leche materna siempre que sea posible y administrar a los niños el fosfato de soda en solución al uno o dos por ciento.

La medicación que hemos indicado a nuestros enfermos y de la cual hemos obtenido el más completo éxito ha sido ésta:

Durante el período de gastro-neurosis, fosfato de soda y ácido láctico en la forma siguiente y alternando las pociones.

Rpe.

Agua destilada.....	85.00
Fosfato de soda	1.00
Jarabe de Azahares	15.00

M. Cucharaditas: una cada dos horas.

ítem.

Agua destilada.....	-	80.00
Acido láctico.....		1.00
Jaxabe de azahares.....		20.00

Rpe.

Agua destilada.....	85.00
Fosfato de soda	1.00
Tintura de beleño (ocho) ., VIII a XV gotas	
Tintura de badiana..... XV a XX gotas	
Tintura de castóreo	VaX gotas
Jarabe de azahares.....	15.00

M. Cucharaditas: cada dos horas.

Pero si el dolor es muy fuerte prescindimos, del ácido láctico y administramos esta última poción de hora en hora; substituyendo en los niños que ya van a cumplir el cuarto mes, la tintura de beleño por la de belladona, en dosis menores. Hacemos cubrir el vientre al niño con cataplasma de linaza y le mandamos poner después, ace'te alcanforado o bálsamo tranquilo tibio sobre la misma región.

Los trastornos cardio-pulmonares los combatía v con la siguiente fórmula: Rpe.

Tintura de Convalaria	
Tintura de Valeriana	
Licor de Hoffmann	5.00

M. Gotas: dos a diez tres veces al día según la
■del niño.

La tos y los fenómenos bronquiales con benzoato de soda en proporción a la edad del niño.

La constipación con enemas glicerinadas mañana y tarde.

Si sospechamos que hay avariosis en el niño le ordenamos hacer una fricción diaria con 0,25 a 0,50 -de unguento mercurial doble.

Si la diátesis que predomina es el neuro-artritisismo o herpetismo, administramos a la madre preparaciones arsenicales (licor de Pearson) para que el niño al mamar las aproveche.

Si el factor etiológico es. el alcoholismo, las preparaciones fosfatadas (glicerofosfato de cal, lactofosfato de cal, etc.) aunque estos medicamentos los aconsejamos siempre a las madres durante la lactancia en previsión del desgaste que pudieran tener los rigores del clima o cualquiera otra causa.

Las compli caciones que puedan presentarse las combatimos con los medios apropiados procurando que no haya contraindicación con el tratamiento de fondo de la enfermedad.

Terminamos estas apreciaciones que hemos elaborado sin pretensiones de ninguna especie, pidiendo mil excusasi a los honorables colegas que se han pres-tado gustosos a oír-su lectura, por lo rudo del estilo en que han sido escritas y el poco material científico que ellas puedan encerrar; no privando en nuestro ánimo otro deseo, sino que sean de utilidad general, sobre todo a la parte menesterosa de la población, por quien vela sin cesar la Sociedad de Médicos de Ciudad Bolívar, con su altruista institución, la Clínica de Niños Pobres.

Ciudad Bolívar: 22 de agosto de 1916.

—Tomado de 1) «Gaceta Médica de Ciudad Bolívar».—

El Hombre en la Edad moderna

El Dr. Gueniot, hablando de él mismo dice: "a los setenta y siete años de edad perdí súbitamente el tejido adiposo. Mis sienes llegaron a adherirse al temporal, mis ojos y mis mejillas se hundieron, mis manos se hicieron huesudas y hasta un pequeño quiste sebáceo, con gran sorpresa mía, desapareció. Esta crisis que se inició con un malestar general notable, me hizo experimentar un resurgimiento que duró varios meses en el cual me sentí rejuvenecer, y este segundo florecimiento tuvo todavía cuatro etapas de siete años.

Aunque indudablemente que se trata de casos raros, los ejemplos de extraordinariamente viejos no son difíciles de encontrar, aunque mucho nos impresionemos de lo contrario porque, vemos caer a nuestro alrededor a los jóvenes. Existen, sin llegar a la época prediluviana, casos históricos. Glissey en sus estudios históricos franceses, 1735, relata 'el caso del Cardenal D'Armañac que vio a un viejo de 81 años de edad llorando en el umbral de su puerta, y le preguntó la causa. Con asombro supo que gemía porque su padre le había pegado. Sorprendido penetró a la casucha donde vio a un viejo muy fuerte todavía, pues tenía 113 años y al que preguntó por qué había golpeado a su hijo, recibiendo esta contestación: "porque pasó frente a mi padre sin saludarlo." El Cardenal, estupefacto, se hizo conducir frente al abuelo, de quien supo tenía 143 años. Y como este caso tenemos muchos. En Inglaterra, a pesar de cuanto se diga del whisky, Thomas Parr murió de 152 años y contrajo matrimonio a los 120, cumpliendo sus deberes conyugales hasta los 140, y hubiera vivido más tiempo, si no hubiera sufrido las durezas de un viaje largo que efectuó para ir a ver a Carlos I, que lo llamó.

-Harvey, el célebre fisiólogo, cuando hizo su autopsia le encontró órganos normales. Henry Genkis, de Yorkshire, alcanzó la edad de 149 años, prestó juramento en un tribunal, donde los médicos y sacerdotes dieron fe de que estaba bien de sus facultades mentales; a los 150, pescaba y nadaba en el mar, y murió a los 169 años.

El autor Bufelanü habla de una observación propia con un anciano inglés de 116 años, a quien le brotaron dientes nuevamente, y varios médicos y yo en particular hemos visto aquí en México, el caso del General Mac.Kinney, a quien a los 67 años han salido dientes nuevos, que ha tenido necesidad de hacerse extraer para usar su dentadura postiza. Como estos casos podrían contarse enormes cantidades.

DIVERSAS TEORÍAS

Como prueba de los esfuerzos que la humanidad ha hecho **veremos** lo que los médicos y filósofos han dicho sobre la cuenta de la vida:

Aristóteles creía que dependía de la duración del desarrollo; muchos siglos después, Buffon, también, siguiendo esta teoría, decía que la vida de! hombre debía ser cinco veces el tiempo que necesitaba para su desarrollo completo, que tiene lugar a la edad de 21 años. Así la vida, según él, constaba de 15 periodos de 7 años cada uno, o sea 105 años.

Hufeland y Fleurens, exponentes de la antropología moderna, aceptan este límite de vida humana, pero Valois observa que estos investigadores, toman como punto de partida la vida de los animales mamíferos en los que la degeneración comienza con la desaparición de la actividad sexual; que en esa virtud, al hombre prehistórico o al aislado de toda civilización, si cabría encerrarlo en ese cálculo, ter.iendo que desaparecer en consecuencia a los 60 años, pero que en el hombre actual, debido al mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vida en general, se aumenta el término final de ls existencia.

LOS HECHOS

La verdad es que la frase bíblica de que "los hombres no pasaran de 120 años," después de haber descendido Noé del arca, es justa, pues aun cuando hemos visto casos excepcionales estos no hacen sino confirmar la regla; pero también lo es que desde el tiempo en que han podido hacerse estadísticas hasta hoy, la duración normal de la vida ha aumentado, y ésta parece según esos datos, no ser menor de 12 periodos de siete años, en los hombres que no están en contacto con la civilización, pero que si en cambio reciben sus beneficios, o para hablar más claramente, en los que no viven en las ciudades y sí tienen atenciones médicas.

La superficialidad, la intranquilidad, el hastío, la motilidad y la emotividad de la vida moderna, actuando sobre la interdependencia somática y psíquica, sobre el cuerpo y el espíritu, sobre el individuo y la personalidad, males de los cuales no puede evadirse el hombre moderno que vive en las ciudades, son factores que van en contra de la teoría del Dr. Henry S. Simms, que parecen a propósito para hablar de sueños a niños de primeras letras o a estudiantes de medicina que tienen fe ciega en los conocimientos de sus-maestros.

Las causas más fuertes y directas en contra de la vitalidad son:

- a.—La herencia..
- b.—Las enfermedades infecciosas crónicas,
- d.—La oxigenación insuficiente,
- e.—La falla de ejercicio moderado,
- f.—La deficiencia funcional del sistema neurovegetativo,
- g.—El estreñimiento,
- h—-Los trastornos endocrinos,
- i.—La mala digestión, >
- j.—El meao antihigiénico en la vivienda, taller u oficina,

- k.—La falta de limpieza de la piel, o la limpieza exagerada de las mucosas,
- l.—La falta de sueño,
- m.—El abuso del alcohol y otros tóxicos más fuertes, como en las narcomanías.
- 9.—Los trastornos producidos por una mala educación, entre los que cuentan como principales, la ira, la envidia, el odio, y la pasión desordenada por las riquezas y honores.
- ñ.—La falta de personalidad que obliga al individuo mediocre a seguir "las modas impuestas por los anunciantes o por los comerciantes interesados, lo mismo en vestidos que en paños, f.n medicinas que en alimentos, y que determinan invariablemente esfuerzos fuera de la capacidad económica y física.
- o.—Los trastornos genésicos en duración, calidad y cantidad, buscando sólo el placer o multiplicando las situaciones y medios en desproporción con la edad, procurando por exceso o por defecto, la prolongación del acto, disociando el complejo, placer y función.
- p.—El exceso de trabajo.

x x x

En este estudio del Dr. Simms, hay factores, de equivocación. En efecto, las compañías de seguros, dígame cuanto se quiera, no aceptan riesgos pasados de los 60 años, y muchas enfermedades que ineluctablemente conducen a la muerte, y que antes eran patrimonio de los hombres maduros y de los viejos, como el cáncer, aparecen hoy en los jóvenes aumentando la mortalidad.

Al mismo* tiempo vemos hoy una serie de enfermedades cuya existencia no se sospechaba antes y que han hecho su aparición progresiva a medida que el hombre ha avanzado sobre diversas regiones del orbe con que antes no hacía comercio, o a las que hoy acude por la fiebre del turismo y de la curiosidad.

Se ha dicho y parece demostrarse, que las mujeres viven hoy más que antes y esto pudiera ser verdad para aquellas a quienes esta vida de holganza y de derechos del sexo débil, pero de deberes y trabajos para el hombre, principalmente en Estados Unidos, la han sorprendido después de los 25 años; pero aquellas que han crecido en el medio del cine, del deporte, del cambio incesante. del vestido obligado por la moda, descubriendo gran parte del cuerpo, de la embriaguez a base de cocktails hechos, con bebidas baratas; del baile excitante, y de la falta de las relaciones sexuales formales, del uso de los anticoncepcionales; aquellas mujeres que pasan la

noche jugando, bebiendo, fumando y bañándose, creyendo que con esa vida han llegado al final de la civilización, creo que darán datos estadísticos, dentro de muy poco tiempo, muy distintos de los que nos presentan las pasadas generaciones, como hemos tenido oportunidad ya de confirmarlo, en la falta de fuerzas vitales para la maternidad y para la crianza de los niños, que poco a poco va dejándose a las incubadoras y a los productores de harinas, que con el tiempo se encargarán de proporcionarnos una juventud sin la energía hormonal sintonizada, que presentan los seres que no han recibido la alimentación materna, que carecen de resistencia a las infecciones y son amorfos en muchos aspectos.

Igualmente veremos el fracaso de las viejas, que por hacerse jóvenes, siguen esta vida, y a quienes las grasas y las materias de reserva no ayudarán a ocultar los estragos de la vida, por más que los encubran con pinturas de todos los tonos, y en todas las regiones de su cueroo.

*Por el Dr. E. TEYSSIER,
(Fragmento).*

-Tomado de "Nuevas Ideas."—

INFORTUNE presentado por el Tesorero de la Asociación Médica Hondurena

Tegucigalpa, D. C, Noviembre 1º de 1941.

Sr. Secretario de la Asociación Médica Hondurena.
Presente.

Ai finalizar el año, tengo el honor de informar a usted, el movimiento habido en la Tesorería de la Asociación Médica Hondurena, durante Noviembre de 1940 a Octubre de 1941, cuyo detalle es el siguiente:

<i>I N G R E S O S</i>			
Saldo anterior	L.	15.01	
Por cuotas de los socios		1,039.00	
Por anuncios publicado en la Revista Médica „		528.50	
Por admisión de socios		100.00	
Por retiros del Banco de Honduras		364.04	
SUMA TOTAL DE LOS INGRESOS		L.	2,046.58
<i>E G R E S O S</i>			
<i>SECCION REVISTA MEDICA</i>			
Edición Revista Médica	L.	700.00	
Fotografados para la misma Revista		81.00	
Apartado postal hasta el 3 de agosto de 1942 „		20.00	
Encuadernación siete tomos Revista Médica „		13.50	
Tiketes para el canje de la Revista		12.00	
Tres botes de goma	3.00 L.		829.50
<i>SECCION SECREARIA</i>			
Diplomas para los doctores José María Ochoa			
Velásquez y don Trinidad E. Mendoza	L.	14.60	L. 14.60
<i>SECCION TESORERIA</i>			
Pago de Conserje	L.	180.00	
Honorarios por la Escritura de la casa del médico al Abogado Jerónimo Sandoval „		17.85	

Gastos de escritorio	8.50	
Sellos para uso de correo	1.14	
Libreta auxiliar para contabilidad	0.70 L.	208.19

SECCION BIBLIOTECA

Alquiler casa a la Srta. Fiallos	L. 140.00	
Abonos al Dr. Paredes por la casa del médico	400.00	
Madera y hechura de estantes	43.31	
Traslado de muebles y archivo a la casa del médico	5.00	
Colocación del Rótulo de la Biblioteca	2.00	
Gastos de escritorio	1.72	
Depósito en la Tesorería de agua y luz eléctrica	19.00	
Material para instalar luz eléctrica	19.36	
Dos focos	1.10	
Pago por servicio de agua y luz	13.70	
Construcción cerco de la casa del médico	19.97	
Cantidad depositada en el Banco de Hon- duras	322.83 L.	987.99
SUMA TOTAL DE LOS EGRESOS	L. 2.040.28	
SALDO EN CAJA	L. 6.30	

BALANCE

INGRESOS L. 2.046.58 — EGRESOS L. 2.046.58

CUENTAS DEL BANCO DE HONDURAS EN RELACION CON LA
TESORERIA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDURENA

Saldo anterior	L. 287.01
Cantidades depositadas en el año	322.83
SUMA TOTAL	L. 609.84

RETIROS DEL BANCO

Cantidades retiradas en el año	L. 364.04
SALDO PARA NOVIEMBRE	L. 245.80

Con toda consideración me suscribo de usted, como su más atento y seguro servidor,

Vº Bº

Martín A. BULNES B.,
Tesorero y Administrador.

Manuel CACERES VIJIL,
Presidente de la Asociación.

Tumores Benignos del Esófago

*Por el Dr. Roberto C. FERRARI,
de Buenos Aires, Argentina.*

(Concluye)

La radiología muestra imágenes distintas, según los casos: unas veces, será la imagen de una estenosis del esófago, - otras la detención de la comida opaca a un nivel determinado. En otras ocasiones se verá que el líquido opaco ingerido se divide en dos corrientes para seguir a uno y otro lado de un tumor que forma prociencia en la luz del esófago. Finalmente, en otros casos afortunados podrá verse la imagen lacunar causada por el relieve del tumor sobre una sombra opaca. En la mayoría de los casos, los contornos de la imagen lacunar o de las estenosis serán lisos, formadas por arcos de círculos regulares o líneas curvas simples. No se tendrá la imagen irregular, desfleada, algodonosa, frecuente en los neoplasmas malignos y propia de la destrucción o de la infiltración de la mucosa.

Es verdad que en muchos otros casos la imagen radiológica será normal o bien se verá solamente la dilatación de la luz esofágica. Pero si bien en algunas ocasiones el estudio radiológico permitirá hacer el diagnóstico de una lesión endoesofágica, permanecerá en la duda la naturaleza de la enfermedad. Sólo el estudio esofagoscópico permitirá en muchos casos, no en todos, apreciar la situación y la relación del tumor. La situación submucosa del mismo, la existencia de mucosa sana cuando se trata de tumores sésiles, son datos de importancia. Otras veces, cuando se trata de tumores pediculados, el esofagoscopio permitirá constatar la existencia de este pedículo, observar su implantación y sus relaciones y aun hacer la toma de una muestra para el estudio histológico del tumor.

PRONOSTICO.

Si bien desde el punto de vista histológico estos tumores son benignos, su pronóstico ofrece a veces algunas reservas, ya sea: 1º, porque puede producirse una degeneración maligna; 2º, porque los trastornos que ocasionan llegan a tener importante repercusión y aun provocan la muerte. Una antigua estadística de Minski reconocía diecisiete muertes en diecinueve casos.

Un tumor puede producir la muerte súbita por asfixia, como en los casos de Stoerk o de Weyrich en que el tumor pediculado se introdujo en la laringe. En el caso de Stocker, se produjo la compresión de la tráquea. En el de Patterson (48), el quiste de origen con-

génito produjo la oclusión de la tráquea por compresión y la muerte por asfixia y bronconeumonía.

La inanición puede llevar a la muerte por obstrucción del esófago: tal es los casos de Fahr, tumor pediculado insertado a nivel de la embocadura del esófago que llenaba todo el órgano; en el de Hall, fibromioma difuso que obstruía su luz. La muerte se produjo, asimismo, en el caso de Grümberger y Pijper (17); en la autopsia pudo comprobarse que se trataba de un leiomioma. Es verdad que en estos casos no se había efectuado tratamiento y la inanición fue la causa de la muerte.

En el caso de Lund, se trataba de un niño de un mes con un tumor quístico de la cara anterior del esófago que cubría la entrada de la laringe. La punción del mismo determinó la muerte súbita con cianosis.

■ Si bien la muerte se ha producido como una complicación mecánica en estos casos y en otros de la literatura, en cambio en muchos el tratamiento adecuadamente conducido, ha podido curar a los enfermos. No se oculta que debe efectuarse, sea por vía natural a través del esofagoscopio, sea a través de una toracotomía, y que 0110 comporta todos los peligros de uno y otro tipo de operaciones.

En algunos casos, la curación puede efectuarse espontáneamente por ruptura del pedículo y expulsión del tumor (casos de Levy, de Vater).

TRATAMIENTO.

En la mayoría de los casos, los tumores benignos pueden extirparse a través del esofagoscopio; esta es la vía de elección que había sido aconsejada por Lotheisen en 1899 y que no tiene más inconveniente que los naturales de esta clase de cirugía. Por supuesto que requiere un personal particularmente entrenado.

Si se trata de tumores sésiles, pueden ser extirpados con la pinza de biopsias. La hemostasia puede efectuarse con el asa galvánica o de preferencia con electrocoagulación. Debe tenerse cuidado en este caso, como en todos los de esta cirugía endoscópica, de no lesionar la túnica muscular del órgano.

Los papilomas múltiples pueden extirparse en forma parcial con la pinza de biopsias. Si bien esta operación es solamente paliativa, es compatible con la vida y la salud del paciente debido a su benignidad. A falta de un recurso mejor, necesitará ser efectuada en ocasiones repetidas.

Los tumores pediculares pueden tratarse por sección del pedículo o por electrocoagulación de su base. Este último es el tratamiento de elección. Los quistes pueden ser punzados por la vía natural (caso de Lund). Los angiomas obedecen al tratamiento con radium. Los tumores voluminosos pueden ser tratados, sea por fa-

ringotomía, como en el caso de Chitty (10), sea por gastrostomía (caso de Ogle), o por toracotomía transpleural (caso de Ohsawa) (57).

Los tumores benignos que no pueden ser extirpados a través del esofagoscopio, raramente causan suficientes trastornos como para justificar la operación cruenta por vía cervical o torácica. No obstante, hay casos relatados en la literatura en que se refieren esos tipos de operación. Ohsawa (37), operó un hombre de cuarenta y tres años, que sufría desde veinticuatro años antes de disfagia parcial. Por una toracotomía transtorácica izquierda extirpó un mioma que comprometía la pared muscular del órgano. No hubo necesidad de abrir la mucosa y se pudo suturar la musculosa. El caso es enteramente semejante al de Cabot (6) referido antes. Este cirujano abordó el esófago por vía transpleural derecha y pudo extirpar de la pared del esófago una masa fibrosa, dura, encapsulada, cuyo aspecto histológico era el de un neurofibroma. La luz del órgano no fue abierta.

Otro caso semejante fue operado por Krauss (30); se trataba de un fibromioma encapsulado, del tercio inferior del esófago, que fue extirpado por vía abdominotorácica. En este caso hubo necesidad de abrir la luz del esófago, por lo cual hubo¹ de efectuarse una sutura. El cirujano agregó una esófagogastrostomía por temor a una estenosis y una yeyunostomía para alimentar temporariamente al enfermo. El estudio posterior demostró que la anastomosis no hubiera sido necesaria porque la temida estenosis no se produjo.

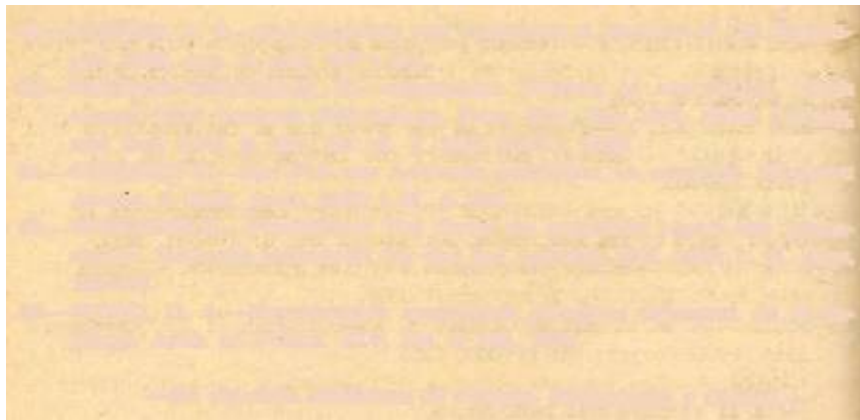
Churchill (1) extirpó recientemente por toracotomía un pequeño fibroma que pudo ser fácilmente enucleado sin abrir la mucosa.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.—BARRET No. 3.—Fibroma of the oesophagus. The Journal of Thoracic Surgery. Vol. 9. No. 6, agosto 1940, págs. 672-678.
- 2.—BEZZA, P. I.—Miomii dell'esofago. Pathologica, 15 fév. 1932.
- 3.—BRODERS, A. C., VINSON, P. P., and DAVIS, P. L.—Hemangio-endothelioma of the esophagus. Report of a case. Arch. of Otolaryngol. 18: 168-171, 1933.
- 4.—BUTTENXEISER.—Zeitschrift für Kinderh. 1922, t. 32, p. 352.
- 5.—CABOT.—Leiomyosarcoma of the Distal Third of the Esophagus with Extension into and Ulceration of the Mediastinal Lymph Nodes, New England J. Med. 213: 1194-1196, 1935.
- 6.—CABOT.—Neurofibroma of Esophagus, New England J. Med. 217: 955-958, 1937.
- 7.—CARNOT, RACHET et DELAFONTAINE.—Hématémese mortelle par naevus artériel de l'oesophage juxta-cardiaque, Bull. et mémoires. Soc. méd. d. hop. de Paris 53: 538-541, 1929.

- 8.—CARRARA, N.—Sopra un caso d'emangio-endoteloma perivascolare dellesofago. Gazz. inter. Med. 1910, t. 13, pág. 117.
- 9.—CAUTLEY.—British Journal of Children Diseases, 9117, t. XIV, pág. 1.
- 10.—CHITTY, E. C.—A Case of Oesophageal Polypus Accompanied by a Tumor of an Accessory Thyroid Gland. Brit. J. Sur. 26: 193-197, 1938.
- 11.—CHURCHIL, E.—New England Journal of Medicine, 1937, t. 217, pág. 955. (Citado por Barret, 1).
- 12.—DUDFIELD ROSE J. D.—Myomata of the Oesophagus, «The British Journal of Surgery» 24: 297-308, 1936.
- 13.—DYKE, S. C.—Benign Polyp of the Oesophagus of Great Size. The Journal of Laryngology and Otology 1927 t. 42 pág. 588-592.
- 14.—FARR T.—Klin. Wochenschrift, 1923, t. 2, 2348.
- 15.—GARRETSON, W. T. and HARDIE G. G.—Another case of pedunculated lipoma of the esophagus. The Journal of Am. Assoc., 1928, t. 90, pág. 1373-1374.
- 16.—GINSBURG, L.—Multiple Papillomas of the Esophagus, Arch. of Otolaryng. 14: 570-574, 1931.
- 17.—GRUNBERGER y PIJPER.—A caso of leiomyoma of the oesophagus. Acta Otolaryngologica, t. V, 1923, pág. 26.
- 18.—GUIZEZ, J.—Angioma de l'oesophage traité avec succes par le radium. La Presse Medicale, 1913, t. 21, pág. 474.
- 19.—GUIZES, J.—Des tumeurs bénignes de l'oesophage. Bulletin d'O. R. L. et broncho-oesophagoscopie, t. XXIV, No. 3, mai 1926, pág. 81-89.
- 20.—GUTHRIE, D. and PATTERSON, R. D.—Tumeurs bénignes de l'oesophage. Royal Society of Medicine, in Bronchoscope, No. 1, p. 99, janvier 1937.
- 21.—HACKER, V. y LOTHEISEN, G. — Chirurgie der Speiserochreoverxe Deutsche Chirurgie, t. 34, 1926.
- 23.—HEUMANN.—System of Pediatri, vol. pág. 409.
- 24.—HICGUET et JOURDAIN.—Un cas d'adénome de l'oesophage. Le Scalpel, 1933, t. 26, pág. 231.
- 25.—HUNT, W. M.—Multiple Papilloma of the Esophagus: Case Report, Ann. of Otol. Rhin. and Laryng. 46: 752-753, 1937.
- 26.—JACKSON CHEVALIER. — Tracheo-broncoscopie, esophagoscopy and gastroscopy. St. Louis Laryngoscope Company, 1907.
- 27.—KERMAN, J.—Three unusual endoscopic cases. Laryngoscope, 1927, t. 37, p. 62.
- 28.—KRAMER, R.—Multiple fibrolipomata of the hypopharinx and esophagus. Report of a case. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, 1934, vol. 43, págs. 881-883.
- 29.—KRAMER R.—Fibro-lipomes multiples de l'hypopharynx et de l'oesophage. Bronchoscope, etc., 1935, No. 2, p. 179.
- 30.—KRAUSS, H.—Fortschritte der speiserocherenchirurgie, über gelungene Eingriffe (Resentionen) an Brustteil der Speiseroehre. Med. Klin. 1933, t. 29 ps. 1543-1546.

- 31.—KRIEGELSTEIN, F.—Tumeur polypoïde de l'oesophage dont une partie se presentit sous la forme du «sarcome gigante-cellulaire». *Frann Z. Path.*, 50, 1-9, 1935.
- 32.—Mac KINNEY, R.—Papilloma of the lower end of the esophagus in a child. *Annal of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, t. 40, 1931, páginas 918-921.
- 33.—MENNE, F. R. and BIRGE, R. F.—Primary Leiomyosarcoma of the Upper Therd of the Esophagus, *Ab. Digest. Dis.* 3: 848-851, 1937.
- 34.—MINNHUNER.—Kyste oesophagien d'origine glandulaire. *Giornale Veneto de Sr. Med.*, No. 9, septembre 1936.
- 35.—MOERSCH, H. J. and BRODERS A. C.—Adenoma of the Esophagus, *Arch. of Otolaryng.* 21: 168-171, 1935.
- 36.—NUNZI, A.—Les tumeurs bénignes de l'oesophage, en particulier le lipome. *II Valsalva mai* 1933, No. 5.
- 37.—OHSAWA.—The surgery of the oesophagus. *Arch. Jap. of Surgery*, tomo X, pág. 680 y sig.
- 38.—PAPE y SPITZNAGEL.—Myomas of the Esophagus. *Radiology*, 1931, XVII, 571.
- 39.—PATTERSON, E. J.—Multiple papillomata of the esophagus. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 1927, t. 36, pág. 1169.
- 40.—PATTERSON, E. J.—Benign Neoplasms of the Esophagus, Report of a case of Myxofibroma. *Ann. of Otol., Rhin., and Laryng.* 41: 942-950, 1932.
- 41.—PATTERSON, E. J.—«Benign neoplasmas of the esophagus», *Pennsylvania M. J.* 36: 244-246 (Jan.) 1933.
- 42.—PATTERSON, E. J.—Kyste congénital de l'oesophage. *Société américaine e bronchoscopie*, Congress annuel, 11 juin 1934.
- 43.—PATTERSON, E. J.—Congenital kyst of the oesophagus: report of a case. *Annal of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*. Vol. 43, 1934, pág. 884-886.
- 44.—PHELPS KENETH A.—Congenital anomalies of the esophagus with a report of nine cases. *Annal of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, t. 39, 1930, pág. 375.
- 45.—SAUERERBUCH et FICK.—Operativ Beseitigung einer. *Bbl. für Chirur., Kongenitalen Cyste der Speiseroehse* No. 47, 1931, p. 2938-2941.
- 46.—STEWART, J. D., Jr.—Myoma of the Esophagus with Associated Diverticula: Report of 2 Instances, *Archives of Pathology*, t. 12, p. 77-84, 1931.
- 47.—TERRACOL.—Les tumeurs bénignes de l'oesophage, in *Les Maladies de l'oesophage*. Terracol y otros. *Maasson y Cia.*, Paris, 1938, págs. 459-472.
- 48.—VINSON.—A pedunculated lipoma of the esophagus. *Collected Papers of the Mayo Clinic*, 1922, t. 14, p. 9.
- 49.—VINSON, P. P.—A pedunculated lipoma of the esophagus. *The J. of Am. Med. Ass.* t. 78, 1922, p. 801.
- 50.—VINSON, P. P., MOORE, A. B. and BOWING, H. H.—Hemangiome of the esophagus. Report of a case. *The Am. Journ. of the Medical Sciences*, september 1926, t. 172. págs. 416-418.
- 51.—VINSON, P. P.—Polipy of the oesophagus. *J. A. M. As.* 1927, t. 88, p. 923.



- 52.—; VINSON, P. P.—The diagnosis and treatment of diseases of the Esophagus. 1939, cap. X, pág. 152 y sig. 53.—WATSON-WILLJAMS. E.—«Specimen: Polypus of esophagus which caused fatal tracheal obstruction», Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Laryng, and Sect Otol. p. 54), 28: pt. 2, 1574 (Oct.), 1935. 54.—WEIGERT C.—Ein Fall von Adenoma poliposum un esophagi. Virchows Archrv. f. patih. Anat. 1876, t 67, p. 516 55.—WEYRICH G.—Ploetzlicher Tod duren ein gestieltes Lipom der Speiseroehre. Deutsche Zeitschrift fur der ges. gerichtl Med. 1933, t. 21. págs. 164-167. 56.—WOOD, D. A.—Hypertrophie musculaire primitive sténosant de l'oesophage. Arch. of Pathol. XIV, No. 6, déc. 1932

—De «Revista Mexieanal de Ciílugía, Ginecología y Cáncer.—

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

Socios **Honorarios**

Dr. Vicente Mejia Colindres Dr. San José, Cosa Rica
José María Ochoa Velásquez Comayagua

Socios activos en Tegueigalpa

Dr. Salvador Paredes
Dr. Ramón Valladares'
Dr. Antonio Vidal
Dr. Héctor Valenzuela
Dr. Trinidad E. Mendoza
Dr. Manuel Larios C.
Dr. Manuel Castillo Barahona
Dr. José Manuel Dávila
Dr. Abelardo Pineda U
Dr. Marcial Cáceres Vijil
Dr. Isidoro Mejía h.

Dr. Humberto Díaz
Dr. Juan A. Mejía
Dr. Manuel Cáceres Vljil
Dr. Henry D. Guilbert
Dr. José R. Durón
Dr. José María Sandoval h.
Dr. Martín A. Bulnes
Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Carlos M. Gálvez,
Dr. Blas Cantizano M.

Socios fuera de Tegucígaipa

Dr. Rafael Martínez V
Di\ Juan V. Moneada
Dr. Guillermo Pineda
Dr. L. R. Fletcher
Dr. Emilio Gómez Rovelo
Dr. Roberto Gómez Rovelo
Dr. Roberto Lazaras
Dr. Gabriel Izaguirre
Dr. Salomón Paredes R.
Dr. Luis Munguia
Dr. Gabriel Aguilar
Dr. Eugenio Matute
Dr. José Mendoza
Dr. Plutarco E. Castellanos

La Lima
La Ceiba
Trinidad, Santa Bárbara
Quiriguá, Guatemala
La Ceiba
Danlí
Limón, Costa **Rica**
San Juancito
La Lima
Costa Rica
Progreso
San Pedro **Sula**
La Ceiba
Cornayagua

Socios Fallecidos

Dr. Rubén Andino Aguilar	Tegucigalpa
Dr. Alfredo Sagastume	Tegucigalpa
Dr. Francisco A. Matute	La Ceiba
Dr. Lorenzo Cervantes	La Paz
Dr. Marco Antonio Rodríguez	Santa Rosa de Copan
Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
Dr. Virgilio Rodezno	Ocotepeque
Dr. Juan Jesús Casco	Tela
Dr. Cornelio Moncaaa	San Pedro
Dr. Francisco Sánchez U.	Tegucigalpa
Dr. Miguel Paz Barahona	San Pedro Sula
Dr. Manuel L. Aguilar	Choluteca
Dr. Marco Delio Morales	Tegucigalpa
Dr. Pastor Gómez h.	Tegucigalpa

SUMARIO

Páginas

Notas editoriales. — Las Avitaminosis	53
Por el Dr. Carlos M. Gálvez	
Blastomycosis en Honduras	55
Por el Dr. Antonio Vidal	
Empleo del Prontosil en Inhalaciones.....	79
El uso del Plasma Sanguíneo Humanó en el tratamiento de los Edemas Carenciales.....	81
Por los Drs. Jasé Ciro Brito, Gilberto Vásquez y con la colaboración del Br. Antonio Zaldaña	
Algunas consideraciones en un caso de enfermedades de Hirschs- prung	91
Por el Dr. Jesús R. Amado	