

Revista Médica Hondureña

Orginodela Asociación Médica Hondureña

Director: DR. RAMÓN AI-CERRO CASTRO h.

Redactores:

DR. MARCIAL CACERES VIJIL

DR. CARLOS M. CALVEZ

*** DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

Secretario:

Administrado

r:

DR. J. RAMÓN PEREIRA

DR. MARTIN A. BULNES B.

Año XVI Tegucigalpa, D. C, Hond., C. A-, Nov. y Dic. de 1945 No. 121

Editorial

Página de la Dirección

REVISTA MEDICA HONDURENA inicia con este número su XVI año de labores, esta vez bajo la Dirección más moza e imperita. Anima, sin embargo, a la Dirección, la probable suavidad de su labor; ya que sabe que está respaldada por el vigoroso entusiasmo de los miembros de la ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA, matriz de R. M. H.

Durante el XII año de publicidad se decidió en Asamblea General de la A. M. H., que como artículos totales se publicaran en su Revista solamente los de los socios. Esto obligaba y obliga a un esfuerzo de producción que está en provecho de la literatura médica de Honduras. Esta no ha sido muy abundante y quizá poco productiva. Refleja al parecer, entre otras cosas, el escaso desarrollo de la investigación en nuestro medio. Esta capacidad y deseo de investigación y producción tiene de seguro mucho de individual e innato; pero bastante hay también en ella que pueda ser el resultado de la habituación. En ésta formación de hábitos para la investigación médica tendrán necesariamente gran influencia la huella y el índice de la carrera estudiantil; la manera como la Escuela nos haya moldeado e impresionado y el sendero que nos haya trazado. Y me parece que hay tres ciencias básicas que grandemente preparan el entusiasmo para esta disciplina a la vez que hacen más fácil la comprensión de todo otro estudio aunque no esté directamente en su campo. Me refiero a la Fisiología, la Bioquímica y la Anatomía Patológica. Todas ellas necesitan mucha más extensión práctica en nuestro medio: si se nos enseñara bien a conocerlas amaríamos más la medicina.

La Fisiología se aprende casi toda a través de lecciones teóricas y a base de la auto-observación de algunos fenómenos muy aparentes.

Los fundamentos de gran número de fenómenos fisiológicos **que habría** que hacer **que** el estudiante "viviera" y no solamente

"entendiera" desde su banco, abrirían, nuevos caminos emocionales en el deseo de meterse más en el conocimiento del funcionar normal y patológico humanos. Y si vivir esos mecanismos es abridor de surcos, abono para la semilla intelectual es el escudriñar la integración y transformación química de sus diversas etapas. Después, cada vez que nos encontremos ante lo patológico, nuestras memorias vagarán rápidas -recogiendo lo tan magnífica y hondamente vivido y presentarán precioso material para que nuestras capacidades de síntesis parcial contribuyan con efectividad en la continuación de los fenómenos mentales que llevarán a la opinión última sobre el hecho que estudiemos. Y, contribución efectiva a esa última etapa ha de ser la base que dé a nuestra elaboración el conocimiento de las transformaciones orgánicas y tisulares e histológicas que lo morboso haya impuesto a nuestro soma. Hay que aseverar que solo un amplio conocimiento teórico-práctico de la Anatomía Patológica dará fundamento estable a ese conocimiento. Un profesor de nuestra Escuela ha referido que al interrogar a sus alumnos sobre temas de Anatomía Patológica, ellos han contestado que "eso no toca"; y mal podrá tocar a un enfermo quien no ha sido tocado por esta fundamental ciencia médica.

Yo estoy seguro que muchos entusiasmos investigadores se derivarían a través de estos senderos. Otros continuarán como hasta ahora en la revisión literaria de ésta o esto otra entidad patológica, y otros —los menos por supuesto— tendrían alguna vez el privilegio de proponer nuevos puntos de vista en la interpretación de problemas íntimos de nuestra medicina; o llegar a la creación, tan secularmente distante en sus apariciones.

Pero ya sea con la relación sencilla de un caso observado aquí o allá; con la exploración de un capítulo viejo o nuevo de nuestro amplio campo, actualizándolo exponiendo otros puntos de vista con respecto a él; anunciando el cambio de dirección de alguna corriente del pensamiento médico, etc., etc., REVISTA, MEDICA HONDUREÑA continuará plena de esperanzas al encuentro de su XVII cumpleaños. ;

La Radioterapia en la Leucemia

Por el Dr. J. Ramón Perciba

Hace algunos meses, y con ocasión de mi ingreso como miembro de la Asociación Médica Hondureña, leí un pequeño trabajo que intitulé "La Radioterapia Menor". Ahora, quizá por seguir el mismo orden de ideas o por un renovado interés despertado por algunos casos tratados en el Hospital General, quiero hacer referencia a un capítulo trágico de la Patología Hemática.

LA LEUCEMIA

No quiero ahondar la discusión de si la Leucemia es una neoplasia, una enfermedad infecciosa, carencial, etc. Parece que la teoría neoplástica va ganando cada día más adeptos. Se tiende a aceptar que la patología reside en los órganos leucopoyéticos y que las manifestaciones de la sangre periférica sólo son un síntoma (muy importante por cierto). Asimismo, el criterio "cuantitativo" de la leucemia va cediendo terreno al "cualitativo" y son las manifestaciones morfológicas y estructurales de los glóbulos blancos quienes dan lo fundamental en el diagnóstico. Dicho esto, veamos ante todo cómo actúan los Rayos X en la sangre y en los órganos hematopoyéticos normales para la mejor comprensión del asunto.

ACCIÓN DE LOS RAYOS X SOBRE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEVIATOPOYETICOS NORMALES

Se sabe que una corta exposición a los Rayos X destruye linfocitos en pequeña cantidad; pero que muy pronto vuelven a la tasa normal. Irradiaciones cortas pero repetidas tiene una influencia más manifiesta. La acción acumulativa de esas pequeñas dosis repetidas a plazos cortos que no dan lugar a que se haga la reparación, determinan una leucopenía, y el recuento diferencial muestra una linfocitosis. Esto es frecuente en los Radiólogos y personal del servicio de Rayos X. Cuando no se toman las medidas de protección necesarias, el efecto de la radiación puede trastornar a tal grado la leucopoyesis que puede degenerar en una verdadera leucemia.

La acción sobre los glóbulos rojos es menos manifiesta. Pequeñas irradiaciones no afectan el cuadro eritrocítico; pero cuando se trata de irradiar tumores cancerosos, por ejemplo, para los cuales la cantidad de "r" (Unidad de radiación) se cuenta por miles, el descenso cuali-cuantitativo de glóbulos rojos y su hemoglobina es tal, que casi anula el final perseguido en cancelología. El paciente sucumbe a veces por su anemia.

El bazo normal disminuye de tamaño, lo mismo los ganglios linfáticos. Histológicamente se encuentran fenómenos dege-

nerativos en los folículos esplenicos y linfáticos. La médula ósea sufre también una influencia notable; primero se manifiesta en sus elementos linfocitarios y poco después se afecta el elemento mieloide. La irradiación del bazo puede provocar el aumento de la función de la médula ósea.

En cuanto al tiempo y modo de aparecer las manifestaciones hemáticas de la radiación, difieren según se trate de los elementos linfoides o de los multinucleares. Los linfocitos se destruyen hasta una hora después de la irradiación. Los elementos leucopoyéticos sanos experimentan una reacción irritativa primero, una leucocitosis ("Pousse leucocitaire") y después viene una leucopenia. Si la dosis administrada no es letal, la restitución a la normalidad se opera en unas dos o tres semanas.

EFFECTO DE LOS RAYOS X SOBRE LOS TEJIDOS LEUCÉMICOS •

En principio el efecto de la radiación sobre los órganos hematopoyéticos es parecido al descrito para tejidos normales. Hay aquí, sin embargo, dos elementos que/ modifican la evolución ulterior:

1° La radiosensibilidad de los infiltrados leucémicos.

2° La reacción leucocitaria no comienza por una destrucción de linfocitos y ligero aumento de los neutrófilos, sino que en la Curva Leucocitaria Total (podemos observar tres períodos así:

a) PERIODO DE FLUCTUACIONES INICIALES que se ha explicado por una afluencia masiva a la circulación periférica de elementos sanguíneos patológicos procedentes de los órganos invadidos.

b) PERIODO DE DESCENSO DEFINITIVO en el cual la cantidad de leucocitos casi llega a la normal, pues a menudo se observan números superiores a ésta. En la forma Mieloide se destruyen en forma predominante los Mieloblastos; los Neutrófilos aumentan, pero hay siempre tendencia a la linfocitosis. En la forma Linfoide la fórmula, diferencial muestra siempre un predominio en el porcentaje de linfocitos. Este cuadro "Subleucémico" del segundo período, que es el de "remisión", es característico, y

c), PERIODO DE RECIDIVA en el cual el cuadro subleucémico observado durante la remisión, comienza a modificarse con la aparición, para el tipo mieloide, de mielocitos primero, y mieloblastos y demás elementos después.

INDICACIONES Y CUIDADOS A SEGUIR DUKAJVTE EL TRATAMIENTO

De lo dicho anteriormente se desprende la importancia que tienen los exámenes seriados de la sangre durante el tratamiento con Radioterapia. Nunca será posible fijar de antemano

la dosis que habrá de emplearse, ya que solamente el estado del paciente y el cuadro hemático podrán ir dando la pauta a seguir. Sin embargo, a grandes rasgos se puede decir que: Los casos con una cantidad de leucocitos muy grande y un porcentaje muy alto de mielocitos y mieloblastos requieren una acción terapéutica lenta. Pequeñas dosis de radiación tienen a veces efectos tan marcados que pueden persistir durante días y' hasta semanas (!) Nada es más peligroso ¡que, una caída brusca de la curva leucocitaria! Si se logra una disminución lenta, una caída suave de la "curva blanca" y al mismo tiempo un aumento de los eritrocitos, un ascenso de la "curva roja; si las dos **curvas** se cruzan, el pronóstico será muy favorable.

Si se ha logrado cualitativamente el estado de **remisión** habrá que suspenderse el tratamiento con Rayos X aun cuando el número de glóbulos blancos permanezca todavía alto. Es prudente no bajar más allá de 20.000" **glóbulos** blancos por milímetro cúbico; pero la decisión acerca de terminar una serie de Radioterapia o comenzar otra, no la da solamente el estado hemático actual, sino también, el estado del enfermo. Hay pacientes con 100.000 leucocitos que se sienten fuertes y sanos. Otros con apenas 10 o 12.000 glóbulos blancos tienen cualitativamente una fórmula malísima con un porcentaje grande de formas anormales.

Hay que recordar, además, que la Radioterapia no es un arma curativa en sí misma, sino que ayuda a las defensas normales del organismo. Los estados de caquexia quedarán excluidos de la terapia por Rayos X. Que esta enfermedad tiene unas remisiones a veces largas, aun sin Radioterapia y que ésta no es un tratamiento excluido. Hay que ayudar al anémico y levantar al deprimido.

RESULTADOS QUE SE OBTIENEN CON LA RADIOTERAPIA

En la Leucemia, la Radioterapia obtiene resultados pasajeros que no prolongan mucho la vida del enfermo. Durante los períodos de remisión, el paciente tiene la sensación de estar curado y puede dedicarse a sus quehaceres. Desgraciadamente estos períodos se van acortando cada vez más y llega un momento en que apenas se logra una débil respuesta al tratamiento. Pero si todo esto se compara con el cuadro triste de un enfermo que debe guardar cama, sufrir un estado de debilidad extrema y demás trastornos propios de la enfermedad y s'n la menor esperanza de curación, puesto que hasta hoy no se ha descubierto nada mejor, se comprenderá claramente por qué la Radioterapia ocupa un lugar preponderante en el tratamiento de la Leucemia.

CONTRAINDICACIONES

Un estado general bueno, con sólo ligero aumento del bazo o **hipertrofia de los ganglios linfáticos no deberá radiarse. Hay**

Notas sobre las Epilepsias

—Dr. E. Alcerro-Castro h.

Entre los síndromes neurológicos que más frecuentemente observamos en Tegucigalpa, se encuentra —sin lugar a dudas— el de Las Epilepsias. Entre la población total del Departamento de Neuro-psiquiatría del Hospital General, los síndromes rotulados de tales, representan un total de sobre 19%. Yo me propongo hacer a través de estas Notas, y en diferentes números de esta Revista, una revisión de algunos conceptos de los más importantes capítulos neuropsiquiátricos, con el único fin de hacer esos conceptos más, populares en nuestro medio.

Epilepsia es una palabra derivada del griego (Epilambanein), que significa asir, coger, prender. Conviene entender como tal la tendencia a la recurrencia de "un] estado producido por una anormal y excesiva descarga neuronal del sistema nervioso central" (Penfield and Erickson) que se conoce con el nombre de crisis paroxística o ataque epiléptico. En este concepto no entra la relación etiológica, que puede ser' varia, pero sí la tendencia a la recurrencia, ya que una sola de tales descargas neuronales no constituye Epilepsia. Teniendo en cuenta que aunque la causa fisiopatológica de todos los ataques de este tipo es la misma (descarga neuronal excesiva), pero que su, etiología es varia, se habla causalmente de Las Epilepsias.

Este síndrome lo consideran los autores citados como más antiguo que el hombre mismo, ya que lo padecen otras especies del remo animal. Es historiable hasta tiempos muy remotos. Los primitivos griegos ya hablaban de él,, atribuyendo su origen a causas divinas. Hipócrates protestó contra esta concepción e hizo ver el papel de la herencia. La primera descripción del aura se atribuye a Pelops, maestro de Galeno. Este último no hizo contribución de importancia a su estudio, y parece que sus muchos escritos sobre el tema crearen alguna confusión. Avicenna le dio el nombre de Epilepsia. En la edad Media se puso ésta bajo las protección de diversos Santos, y fueron patronos de los epilépti-

que pensar que cada irradiación disminuye la "radiosensibilidad" y "radiatorresistencia" equivale a decir muerte. Cuanto más se pueda posponer esta "radiatorresistencia", tanto mejor para el paciente. Los casos informados como "remisiones largas" han sido aquellos que fueron tratados con dosis mínimas y con intervalos tan largos como fue posible. Constituyen además, contraindicaciones, la anemia grave, diátesis hemorrágica, hematuria fiebre y leucemia aguda.

Tegucigalpa, D. C. Nbre. de 1945.

J. Ramón Pereira

cos, San Miguel, San Vito, San Cornelio, San Valentín, San Gil, etc. En este tiempo se la consideró contagiosa. Durante el Renacimiento, Jean Fernal reconoció la existencia de diversas categorías de ataques. Willis reconoció el asiento cerebral de los mecanismos que llevan a la convulsión y Boerhaave se empeñó en demostrar las condiciones predisponentes: cerebrales, emotivas (emotividad de la preñez, miedo) anormalidades craneales, cambios meníngeos, intoxicaciones (mercurio), y hacía la diferenciación entre Petit Mal, Histeria y Simulación. La era que Penfield y Erickson califican de moderna, comienza con Bravais, quien en 1827, en su tesis de Doctoramiento, presentada a la Universidad de París, hacía notar el mejor pronóstico de ciertas formas focales de Epilepsias. Hall, en 1850, escribió sobre la influencia de mecanismos reflejos, y después Brovin Séquard, sobre Epilepsia Espinal. Hubo también en estos años estudios sobre probables cambios vasculares relacionados con las convulsiones. La interesante contribución de Hughlings Jackson marcó un gran progreso en Neurología en general y en Epilepsias en particular. A estas las dividió en unilaterales y bilaterales, llegando a la conclusión de que las primeras se debían a una descarga de las circunvoluciones del hemisferio cerebral opuesto al lado en que ellas se verificaban. Gowers en 1881, publicó un libro de relevante mérito por su consideración clínica del problema. Después de esta fecha, comienza el período contemporáneo.

Los aspectos psíquicos del enfermo epiléptico fueron estudiados sucesivamente por Hipócrates, Areteo (siglo 1), Zacchias (siglo XVII), Pinel, Esquirol, Calmeil, Cazauvielh, Morel, Falret, Magnan, Fournier, Féré, Jackson y Janet.

Clasificaciones.— Desde el punto de vista etiológica hay que hacer la gran división de las Epilepsias en a) aquellas con causa reconocible, las cuales constituyen el grupo de las Sintomáticas; y b) la o las otras sin causa descubrible al presente y que forman el grupo de la Epilepsia Idiopática, Esencial o mejor Criptogénica. Puede uno también atenerse a clasificaciones cronológicas aproximadas. Según el sector neuro-psíquico afectado en mayor proporción se puede hablar de ataques somáticos (motores, sensitivos, viscerales) y psíquicos. Los siguientes cuadros, traducidos de Penfield y Erickson, abarcan con bastante extensión las diversas posibilidades de cada caso.

TIPO CLÍNICO

LOCALIZACION

Somático Motor

1—Ataques generalizados (Grand Mal)	Motora total
2—Ataques Jacksonianos calizados)	(motores lo Gyrus pre-rolándico
3—Ataques masticadores	Rolándica baja

4—Ataques de torsión simple (1)	Lobular frontal
5—Ataques posturales tónicos (de descerebración, opistotónicos)	Mesocefálica

Somático Sensorial (Auras)

6—Ataques somatosensitivos	Gyrus post-rolándico
7—Ataques visuales	Occipital
8—Ataques auditivos	Temporal
9—Ataques vertiginosos	Temporal

TIPO MOTOR

LOCALIZACION

10—Ataques olfatorios	Infratemporal
Visceral	
11—Ataques autonómicos	Diencefálica
Psíquico	
12—Estados oníricos	Temporal
13—Petit mal	
14—Automatismo (durante y después del Ictus) 15—Estados psicóticos (secundarios)	
(1) Simple adersive seizure, en el original.	

**CLASIFICACIÓN ANATOMO-CUNICA DE LOS ATAQUES
EPILEPTICOS SEGÚN PENFIELD AND ERICKSON**

Las anteriores denominaciones hablan bastante claro de la forma de ataque en cada caso. Quizá convenga explicar únicamente las siguientes: a) ataques de torsión simple: consisten en una laterización marcada y sostenida del cuello, acompañada de desviación conjugada de los ojos hacia el lado de la flexión del cuello; b) Petit mal— pequeño mal, ausencia— caracterizado por interrupciones cortas del estado de conciencia; c) automatismo: privación del control de la conciencia, durante o después del ataque, a pesar de la vuelta del estado físico normal y debido a la localización de la descarga neuronal en los niveles más altos de integración psíquica.

A continuación el cuadro de clasificación etiológica:

A-Con lesiones cerebrales demostrables

Producidas por:

1—Lesiones expansivas	Neoplasmas, abscesos crónicos, etc.
2—Cicatriz cerebral	Traumatismo, infección
3—Atrofia cerebral local	Compresiones, isquemias, infecciones
4—Microgiria local	Comprensión infantil o isquemia
5—Quiste cerebral	Oclusión vascular o hemorragia

- 6—Enfermedad cerebral difusa Degeneraciones, infecciones
- 7—Enfermedad cerebral vascular difusa Arterioesclerosis, sífilis, etc.
- §—Varios Lesione congénitas, etc.
- B—Sin lesiones cerebrales demostrables
 - 1—Idiopática (criptogénica) Fisiología cerebral anormal
 - 2—Tóxica y febril Causas extra cerebrales
 - 3—Hipoglicémica Causas extracerebrales
 - 4—Varios (angioneurótica, de detención circulatoria, etc.)

CLASIFICACIÓN ETIOLOGICA DE LAS EPILEPSIAS, SEGÚN PENFIELD Y ERICKSON.

El anterior interesante cuadro es una importante guía en el estudio de todo caso particular de Epilepsia, en el que el fin será siempre llegar a establecer cual es lo preexistente a la manifestación de la descarga neuronal excesiva. Útil será también la indicación que de una manera general y aproximada pueda dar en relación a etiología, la cronología de aparición de los ataques. Penfield y Erickson, han elaborado el siguiente cuadro:

EDAD DE COMIENZO	CAUSA PRESUNTA
	años
Infancia	0 2 Traumatismo del nacimiento degeneración, congénita
	2 10 Trauma del nacimiento, trombosis febril.
Adolescencia	10 20 Criptogénica, traumatismo
Juventud	20 35 Traumatismo, neoplasma
Edad Media	35 55 Neoplasma, traumatismo, arterioesclerosis
Senectud	>... 55 70 Arterioesclerosis, neoplasma

CLASIFICACIÓN ETIOLOGICA DE LAS EPILEPSIAS, SEGÚN PENFIELD Y ERICKSON

Las Epilepsias, a pesar del gran estudio de que han sido y son objeto, presentan todavía muchos problemas por resolver, especialmente en lo que hace referencia a su interpretación patogénica. Está en primer lugar el numeroso grupo* de las todavía llamadas Idiopáticas o Criptogénicas, en las que no hay causa descubrible al presente. Se dice de estos casos— y ello también es aplicable dentro de un grado relativo a las otras epilepsias— que en ellos el individuo presenta un cambio de su fisiología cerebral;

- 6—Enfermedad cerebral difusa . Degeneraciones, infecciones
- 7—Enfermedad cerebral vascular difusa Arterioesclerosis, sífilis, etc.
- 8—Varios Lesione congénitas, etc.
- B—Sin lesiones cerebrales demostrables
 - 1—Idiopática (criptogénica) Fisiología cerebral anormal
 - 2—Tóxica y febril Causas extracerebrales
 - 3—Hipoglicémica Causas extracerebrales
 - 4—Varios (angíoneurótica, de detención circulatoria, etc.)

CLASIFICACIÓN ETIOLOGICA DE LAS EPILEPSIAS, SEGUN PENFIELD Y ERICKSON.

El anterior interesante cuadro es una, importante guía en el estudio de todo caso particular de Epilepsia, en el que el fin será siempre llegar a establecer cual es lo preexistente a la manifestación de la descarga neuronal excesiva. Util será también la indicación que de una manera general y aproximada pueda dar en relación a etiología, la cronogía de aparición de los ataques. Penfield y Erickson, han elaborado el siguiente cuadro:

EDAD DE COMIENZO	años	CAUSA PRESUNTA
Infancia	0 2	Traumatismo del nacimiento degeneración, congénita
	2 10	Trauma del nacimiento, trombosis febril
Adolescencia	10 20	Cripcogénica, traumatismo
Juventud	20 35	Traumatismo, neoplasma
Edad Media	35 55	Neoplasma, traumatismo, arterioesclerosis
Senectud	55 70	Arterioesclerosis, neoplasma

CLASIFICACIÓN ETIOLOGICA DE LAS EPILEPSIAS, SEGUN PENFIELD Y EKICKSON

Las Epilepsias, a pesar del gran estudio de que han sido y son objeto, presentan todavía muchos problemas por resolver, especialmente en lo que hace referencia a su interpretación patogénica. Está en primer lugar el numeroso grupo de las todavía llamadas Idiopáticas o Criptogénicas, en las que no hay causa descubrible al presente. Se dice de estos casos— y ello también es aplicable dentro de un grado relativo a las otras epilepsias— que en ellos el individuo presenta un cambio de su fisiología cerebral;

que manifiesta una predisposición especial, una tendencia epiléptica; que hay en ellos un factor convulsivo o una capacidad convulsiva. Estos factores facilitan la acción de noxas cerebrales irritativas epileptógenas. Pero en qué consiste ese factor y de dónde nace, no hay profundo conocimiento todavía. Se ha trazado claramente su condición hereditaria como factor recesivo y la potencialidad de la descarga anormal epiléptica es investigable por la electroencefalografía en los parientes de los epilépticos y en la población total; se estudian las posibilidades físico-químicas celulares de esos casos, pero todavía no se ha llegado a su esencia íntima.

Extenderé un poco estas notas sobre los factores extracerebrales de las Epilepsias, por ser este estudio menos conocido y más, controvertido. Un espíritu crítico más profundo se necesita en las investigaciones llevadas a cabo en este sector y la recomendación de precaverse contra excesos es de mayor significación aquí que en cualquier otra parte, puesto que como se ha advertido, síndromes de la frecuencia del de las Epilepsias y que; abarcan gran parte de la vida de los individuos afectados, por ellos, serán con gran facilidad relacionados en) función etiológica con cualquier afección que coincida con ellos en gran parte de su duración, o en el momento de una investigación dada. Otro punto a dilucidar en el caso en que se encuentre alteraciones de tal o cual órgano o sistema, será el de investigar—g una vez demostrada la relación de una a otra— su condición de causa *del* efecto.

En el sistema cardiovascular se ha encontrado alteraciones fisiológicas y anatomopatológicas concomitantes o subsecuentes a ataques y explicables por cambios ocasionados por ellos: Tales son los cambios del pulso—generalmente unilaterales—, los trazados electrocardiográficos que revelan oclusiones coronarias; y en las demostraciones anatomopatológicas la isquemia del miocardio y las cicatrices atribuibles a la causa antes citada (obstrucción coronaria). Las variaciones observadas durante e inmediatamente después del ataque sen también su secuencia y no su causa. Lo anterior no anula *el* hecho de que haya anomalías vasculares capaces; de provocar epilepsias. La anemia cerebral transitoria., por ejemplo, pueden provocar convulsiones (anemia cerebral del síndrome de Stokes—Adams, estenosis mitral hiperactividad del seno carotídeo, etc. etc.

Aseguran Penfield y Erickson que al presente no hay en la literatura médica datos convincentes que demuestren que el tractus gastrointestinal juegan algún papel en la etiología de las Epilepsias. La constipación se admite que obra como factor precipitante al igual que la atrofia hepática asociada a la hiponutrición. El autor argentino Bosch da, por el contrario, gran significación al tramo gastro-entero-cólico y a la insuficiencia hepática., La concepción etiopatogénica de las Epilepsias de Bosch es la siguiente:

- "1" Predisposición psico-somática, es decir, **constitución;**
- 2º Foco séptico crónico, cuya localización puede estar en distintos lugares del **tramo gastro-entero-cólico;**

3° **Insuficiencia hepática crónica** de distintos grados;

4° **Labilidad córtico rolándica convulsivante"**. (Malfati, Salva ti y Pabstleben).

Se observa en la **enfermedad renal hipertensiva** condiciones anatómicas cerebrales anormales que se conocen con el **nombre de encefalopatía hipertensiva**, habiéndose notado que las arterias cerebrales claudican antes del alza general de la tensión y dan lugar a la formación de condiciones favorecedoras de los ataques recurrentes. Siempre es posible que ellas no sean más que situaciones desencadenantes obrando sobre un terreno potencialmente epiléptico.

La hipoglicemia, a través) de una serie de mecanismos uno de cuyos eslabones es la hidremia—siempre favorecedora de convulsiones—tiene como una de sus manifestaciones el síndrome convulsionante. De importancia práctica es la investigación de la relación con el metabolismo de las grasas, por cuanto las dietas ketogénicas han probado su utilidad en el tratamiento del síndrome. Su valor se debe (Keith) al poder anticonvulsivante del ácido aceto-acético y de su sal sódica. Mencionamos antes que la hidremia favorece las convulsiones. McQuarrie ha probado que **hidratación** excesiva provoca convulsiones en los epilépticos, pero no en los no epilépticos, e invoca una disfunción en la permeabilidad de las membranas celulares cerebrales. La alcalosis favorece los ataques y los aumenta; la acidosis interfiere con ellos. **Se afirma** que en las Epilepsias hay tendencia a la inestabilidad del metabolismo ácido—básico con desviación hacia lo alcalino. **Se ha encontrado** también un aumento del coeficiente de los iones **potasio y magnesio**, con un aumento del potasio sérico y disminución del magnesio aún entre dos ictus.

Los atrayentes trabajos experimentales sobre la relación con las **vitaminas** han quedado sin efecto al aplicarlos a la clínica humana. La relación con el **sistema** endocrino no es muy estrecha. Desde la antigüedad se ha tratado de relacionar las Epilepsias y muchas otras condiciones neuro-psiquiátricas con la actividad gonadal o la esfera sexual. En el Talmud está escrito (Pirkner) que: "Quien cohabite con la luz encendida procreará hijos epilépticos". El mismo efecto se suponía que tenían los coitos después de defecar, después de una sangría o con el esposo yaciendo sobre la espalda. La masturbación no se ha escapado de que se la considere relacionada a las convulsiones. El hecho de que en la mujer el primer ataque se verifique con frecuencia en un tiempo cercano a la primera regla, es probable que pueda explicarse por un cambio en ese tiempo en el balance acuoso.

El alcoholismo agudo puede obrar como factor precipitante, pero la relación entre alcoholismo crónico del padre y epilepsia de los hijos no ha encontrado base en la investigación.

Motivo de discusión es todavía el mecanismo del ataque epiléptico. Al lado de los que sostienen la teoría del estímulo celular cortical se encuentran quienes piensan que lo que sucede es **una descarga sobcortical provocada, por la liberación del freno de**

los centros superiores. Rosset cree que se trata de una liberación gradual descendente, así: Recepto-talámica; tálamo-cortical; pálido-estriada; pálido-cerebelosa; piramidal; cerebrelosa inferior y muscular medular.

Terminaré citando la inmensa ayuda que en el diagnóstico prestan la electroencefalografía y radiografía cefálica (radiografía craneal, Pneumoencefalografía y angiografía cerebral). Los electroencefalogramas ayudan a establecer si se trata de lesiones focales, bilaterales o difusas; dan indicación, sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos; ayudan a descubrir relaciones entre epilepsias y otras instabilidades **fisiológicas** cerebrales (problemas de la conducta en los niños, etc.) y contribuyen grandemente al estudio del papel de la herencia. La roengenografía cefálica, a su vez, permite descubrir huellas de la hipertensión intracraneal, existencia de lesiones expansivas, obstructivas o atroficas y guían también en el establecimiento de la conducta terapéutica.

Tegucigalpa, D. C, noviembre de 1945.

BIBLIOGRÁFICAS

A. Gareiso y F. Escardó: Manual de Neurología Infantil. El Ateneo. Buenos Aires, 1943.

M. G. Malfatti, A. T. Salvati, C. E. Pabstleben, Psiquiatría. El Ateneo. Buenos Aires, 1940.

W. Penfield y T. C. Erickson. Epilepsy and Cerebral Localization. C. C. Thomas. Springfield, **111**. 1941.

R. R. Grinker. Neurology. C. C. Thomas. Springfield, 111. 1944.

Erickson, T. C Erotomania, (Nymphomania) as expression of Cortical. Epileptiform Discharge. Abs. J. A. M. A. June 2, 1945. Vol. 128-5. Págs. 319-396.

Lennox, W. A. Nomenclature of Epilepsy (A letter to the Editor)., J. A. M. A. May- 5, 1945. Vol. 128, Págs. 1-64.

Caplan. G. Treatment of Epilepsy by Electrically Induced Convulsions, Preliminary report. Abs. J. A. M. A. July 14, 1945. Vol. 128-11, Págs. 775-838.

Embarazo Gemelar complicado con Polihidramnios y Oligohidramnios

Escribe el Dr. Juan Montoya A. Jefe del
Servicio de Obstetricia del Hospital General

A. V., de 36 años, casada, de oficios domésticos y originaria de San Buenaventura, ingresó al Servicio de Obstetricia del Hospital General, el 14 de Noviembre del presente año, a que le trataran un embarazo de 7 meses y un aumento excesivo del **vientre**.

Anamnesia Próxima.—Hace aproximadamente 3 meses, y cuando su embarazo marchaba hasta entonces sin ninguna anomalía, nos dice la enferma, viene sintiendo un sin número de malestares, como anorexia, raquialgia, insomnio, sensación de peso en el bajo vientre, y coccigodinia; pero lo que más le molesta psíquica y físicamente, y lo que la alarmó: tanto que la hizo buscar este centro hospitalario, fue "el crecimiento excesivo del vientre", acompañado de los trastornos de comprensión consecuentes, tales como dolor en el abdomen, espalda y muslos, disnea, accesos de sofocación al acostarse, náuseas y vómitos.

Anamnesia Lejana.—Nació de un embarazo a término, sin complicaciones, y tuvo lactancia materna; en su infancia padeció de! Sarampión, Tos Ferina y Parasitosis intestinal. En su adolescencia sufrió de Paludismo! por espacio de varios meses. Ya en su estado adulto, dice haber sido completamente! sana y no padecer más que de algunas pirexias, posiblemente de origen palúdico.

Anamnesia Familiar.— No tiene padres, murieron hace muchos años; su madre tuvo 12 hijos, de los cuales sólo viven 3. Han habido partos gemelares en sus familiares.

Antecedentes Genitales.—Menarquia a los 12 años, tipo 30 por 3 escasa e indolora. La función catamenial se ha presentado con toda regularidad, desde su apareamiento, hasta la fecha actual, no habiendo tenido suspensiones de ella más que durante sus embarazos, de los cuales ha tenido 10; siendo de ellos 9 de término y un aborto de 4 meses. Todos los embarazos., con excepción del aborto, han evolucionado normalmente, no habiendo sufrido tampoco complicaciones de ninguna clase durante los partos; sus niños viven y fueron alimentados al seno materno.

Antecedentes Luéticos.— Cefalagias, artralgias, dolores osteócopos, alopesia y trastornos visuales.

Funciones Orgánicas -Generales.— Insomnio, un poco de anorexia, sed regular, estreñimiento, micciones frecuentes. Temperatura, 38 grados.

Condiciones Generales de Vida.—Trabajo rudo, alimentación mediana, fuma, no es adicta a licores espirituosos.

Examen General.— Talla regular, panículo adiposo y **musculatura poco desarrollada, arquitectura ósea normal, piel more-**

na obscura, muy pigmentada a nivel de la cara, brazos y piernas, mucosas pálidas, marcado edema de las piernas, muslos vulva y abdomen; expresión de la cara demacrada.

Examen de Aparatos.—Respiratorio: disnea al menor esfuerzo, sobre todo en decúbito dorsal.

Circulatorio: Pulso, 80 por minuto, igual regular poco depresible. La punta late en el 5° espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. T. A. Mx. 118. Mn. 72. Digestivo.—Piezas dentarias en pésimo estado.—Urinario y Nervioso: nada de particular.

Examen Obstétrico	
Datos del Embarazo actual	<p>última regla, 15 de abril de 1945. fecha presunta del parto, el 22 de Enero de 1946. movimientos activos a los 4 meses.</p>
Examen Externo del Abdomen	<p>Inspección</p> <p>abdomen sumamente distendido, ombligo sobresaliente, estrias muy marcadas, extendidas por todo el vientre y cara externa de los muslos, el apéndice xifoides se ve levantado y el reborde costal ensanchado.</p>
	<p>Mensuración</p> <p>altura del útero, 48 centímetros; se extiende hasta un poco por encima del reborde costal, comprobándose por la mensuración el ensanchamiento del borde inferior del tórax; la circunferencia máxima a nivel del ombligo da 112 centímetros.</p>
	<p>Palpación</p> <p>vientre tenso y reitente, siendo imposible la percepción de partes fetales; los dedos a la presión dejan la fovea característica del edema, se puede comprobar la proyección hacia delante del apéndice xifoides. Se nota gran cantidad de líquido en el vientre, que no sufre desplazamientos con los cambios de posición.</p>
	<p>Auscultación</p> <p>Tonos y ruidos fetales, negativos. Se perciben soplos uterinos y un glú-glú al imprimir presiones al abdomen.</p>

Examen Genital Ext.	{ vulva grande, entreabierto, humedecida por un flujo leucorreico, grandes labios edematosos y varicosos, perine con numerosas cicatrices, vestigios de antiguos desgarros, hay Cistocele y Rectocele.
Tacto Vagino-Abdominal	{ cuello borrado, dilatado completamente, bolsa de las aguas en forma de vidrio de reloj a traves de ella y al imprimir presión con la otra mano en el fondo del útero, se siente que choca en el dedo que tacta un polo cefálico, el que sube inmediatamente que ceca la presión; se puede apreciar también que la cantidad de líquido amniótico es muy grande.
Diámetros externos de la Pelvis	{ Conjugado de Baudloque. 21 cm. Biespinoso 24 " Bicrestílico 30 " Bitrocantérico 32 "
Diá. Ext. de la Pelvis	{ Conjugado Diagonal 12 cm. Conjugado Verdadero Obstétrico. 11 "

Exámenes complementarios.—Orina: densidad, 1020, ácida, ligeras trazas de albúmina, células de pus, abundante colibacilos. Heces: negativo. Recuento: G. R. 3.74.000. G., B. 7.750; Neutrófilos 68%, Linfocitos 19%, grandes Mononucleares 12%, Eosinófilos 1%, Basófilos 0%, Reacción de Kahn positiva más uno.

Observación del Parto.

Principió la observación del parto a las diez de la mañana del día de su ingreso al servicio; para entonces la enferma lleva 20 horas de trabajo, notando en ella que las contracciones uterinas son muy suaves, poco dolorosas, irregulares y muy variables en su frecuencia y duración, pues se presenta cada veinte a treinta minutos y tienen una duración de! ocho a quince segundos. Este largo período del primer tiempo del parto, nos pone de manifiesto la inercia uterina y nos hace sospechar posibles complicaciones hemorrágicas post-partum; con el objeto de aumentar su energía, le ordeno 5 Unidades de Extracto Pituitario tópicamente.

mente en la mucosa nasal, y al cabo de diez minutos procedí a ruptura de la bolsa de las aguas por medio de un trocar y así di salida intermitentemente a un líquido claro más o menos lechoso (líquido amniótico), evaluando su cantidad en unos doce litros, sin tomar en cuenta la cantidad que se derramó; a continuación la presentación encajo en O. D. A.

En estas condiciones procedí a nuevo examen abdominal, en el que la inspección no reveló la disminución de volumen del vientre; la mensuración nos informó: sobre: altura uterina, 30 centímetros; circunferencia máxima, 90 centímetros; por la **palpación** pude apreciar: la pérdida de tensión del útero y a través del él, pude tocar el polo cefálico encajado en el estrecho superior y dos polos podálicos en el fondo de la matriz; por la auscultación percibí perfectamente un foco fetal situado en la parte media de la línea espino-umbilical derecha, con un ritmo normal y una frecuencia de 120 pulsaciones" por minuto; además, varios soplos uterinos en las partes laterales de la matriz.

Con todos estos datos pude llegar a la conclusión de que me encontraba frente *vía* EMBARAZO GEMELAR DE 7 MESES, COMPLICADO CON POIJHIDRAMNIOS CRÓNICO Y PARTO PREMATURO.

Después de la ruptura de la bolsa de las aguas y salida del líquido amniótico, la inercia uterina se acentuó a pesar de la aplicación del extracto pituitario; por este motivo ordené la aplicación intramuscular de 5 unidades más de dicha sustancia, sin lograr al cabo de 20 minutos nuestro objeto, motivo por el cual le fueron puestos al cabo de este tiempo 5 unidades más por la misma vía, observándose a los 10 minutos la reaparición de las contracciones uterinas de una manera regular y enérgica y pocos minutos después el desprendimiento del primer niño en O. D. A. a las 10. 45 a. m.

Después de la salida del primer niño, se presentó nueva inercia uterina y un poco de hemorragia, lo que le motivó la administración de nuevas cantidades de extracto pituitario, inyectando cada 10 minutos 2 unidades de dicha sustancia por vía intramuscular, y así pudimos lograr nuevas contracciones uterinas y el encajamiento del segundo niño en O. I. A. y después de la ruptura de la segunda bolsa de las aguas en donde no pudimos observar salida de líquido amniótico, se verificó el desprendimiento del segundo niño, cuarenta minutos después del primero. A continuación observamos la aparición de una hemorragia copiosa, viéndonos en la necesidad de hacer comprensión Aórtica y de inyectar extracto pituitario endovenosamente (2 u.) y al cabo de diez minutos fue expulsada la placenta cohibiéndose dicha hemorragia, para la que administramos, además, 0.20 de Ergotina por vía intramuscular.

De los niños, el primero nació vivo, muriendo 24 horas después, el segundo presentó un síncope azul, siéndonos imposible hacerlo respirar. Tomamos de ellos los datos siguientes:

Sexo: Masculino			
Peso del 1º, 4 libras; del 2º, 3 libras			
Longitud del 1º, 40 centímetros; del 2º, 36 centímetros.			
Prin. Diá. de cabeza	{	Occipito-frontal del ... 1º	8.5. del 2º 7
		Occipito-mentoniano del 1º	10 del 2º 9
		Biparietal del 1º	7 del 2º 6.5
		Bitemporal del 1º	6 del 2º 5.5
Anexos			
Placenta	completa	Peso	5 lb
Cordón	doble	Longitud	46 cent.
Membranas	completas	Estado	buenas

por cada 200 embarazos.

- 4º En el caso presente la cantidad de líquido amniótico era exagerada, fue evaluada en 12 litros, sin tomar en cuenta la cantidad que se derramó en la cama y el suelo; las cantidades más grandes que registran la literatura Obstétrica oscila entre 15 y 30 litros, considerándolos como casos raros.
- 5º La tardanza del período de dilatación (20 horas), y la hemorragia post-partum, consecuencia de la inercia uterina, cedió perfectamente al uso de extracto pituitario.
- 6º Considero este polihidranios come* de origen ovular (embarazo uniovular), descartando por consiguiente su lúes como causa probable.

Noviembre 30 de 1945.

Un Caso Exitoso de Cirugía

Observación presentada a La Asociación Médica/ el 1º. de Diciembre de 1945, por el socio activo Dr. Juan A. Mejía M., en la sesión ordinaria que tuvo lugar ese día

Honorables Consocios:

Tengo¹ el gusto de presentar a Uds. un caso que no reviste, nada novedoso y especial, sino solamente, un éxito operatorio, el primero si no estoy mal informado, que tiene lugar en este Hospital de Tegucigalpa, y no tengo ningún dato que se haya verificado esta operación con éxito, en ningunas de las casas de salud de la ciudad; por esa razón, molesto a Uds. su atención en presentar un caso, de cirugía estomacal, tan raros de encontrar y. raros también en el éxito operatorio, por el estado en que se presentan d'chos enfermos.) cabiéndome a mí, la suerte, asociado de mis ayudantes los Drs. Juan Montoya, Banegas y mi interno Fiallos, de haber salvado este enfermo y que van a conocer Uds. en este momento:

FLORENCIO IRÍAS de 65 años de edad, casado, militar, originario de Yuscarán, residente en La Venta ingresa al servicio de "Pensionado Militar" el 9 de octubre de 1945, a curarse según dice él del estómago: Anamnesia próxima: desde hace dos años, está padeciendo de falta de apetito, digestiones retardadas, náuseas después de las comidas, con eructos ácidos entre ellos, vómitos alimenticios en ayunas, con alimentos mal digeridos y olor a manteca rancia, y otros da carácter bilioso ; presentaba; sobre todo en ayunas una sensación de peso en el vientre y fue de cierto tiempo acá que empezó a sentir dolor en el epigastrio y en el punto vesicular, notó al mismo tiempo que venía adelgazando progresivamente y sufría también de flatulencias y estreñimiento.

Resumiendo: el paciente se quejaba primero, de anorexia, segundo trastornos digestivos, consistiendo en malas digestiones, náuseas con. eructos ácidos y agrios, vómitos alimenticios y biliosos, repulsión de los alimentos cualquiera que fuese, sensación de peso en el estómago en ayunas, dolor en el epigastrio y punto vesicular, flatulencias, estreñimiento y un continuo adelgazamiento.

Anamnesia lejana: Paludismo, disentería, gripe.

Enfermedades venéreas, ninguna.

Antecedentes genitales, ha tenido varias mujeres y ha hecho excesos de relaciones sexuales.

Funciones orgánicas generales: aparato digestivo anorexia, polidipsia, evacuaciones tardías.

Aparato circulatorio: palpitaciones, angustia, opresión.

Aparato respiratorio: algunas veces accesos del tos sin que halla ningún esputo.

Aparato genito-urinario: **normal.**

Sistema nervioso: normal.

Órganos de los sentidos: visión disminuida posiblemente por la edad.

Olfación: normal.

Gustación: muchas veces sensación de sequedad en la lengua.

Audición: normal.

Peso: anteriormente pesaba 160 libras, en la actualidad pesa 109 libras, habiendo perdido paulatinamente en dos años 51 libras.

Género de vida: se dedica a la agricultura y trabaja en la Milicia, sin que tenga un exceso de trabajo. Se alimenta regular.

Anamnesia familiar: Madre muerta ignorando la causa, tuvo varios hijos sanos. Padre muerto también de una afección hepática.

Antecedentes: colaterales sin importancia.-

Estado presente. Examen general: expresión de la cara; viva, sensorio despejado.

Psiquismo: normal.

Constitución personal: musculatura, débil y panículo adiposo muy escaso, estructura ósea normal; estatura, 1 metro 68 cm.; peso a su ingreso, 109 libras; marcha lenta y se siente débil caminando, piel trigueña, mucosas pálidas, no hay edemas, ni exantemas; cicatriz por arma de fuego en la pierna derecha.

Estado especial.

Aparato respiratorio: ligera congestión de ambas bases pulmonares por haber sufrido hace poco un ataque gripal.

Aparato circulatorio: diagnóstico anterior, radiológico de ligera dilatación aórtica sin signos clínicos; presión máxima: 10.8, presión mínima: 6.8; pulso, 80 por minuto.

Aparato digestivo: boca, se hicieron extracciones de raigones de muelas por estar en mal estado, mucosa y labios ligeramente pálidos, lengua limpia, lisa; amígdalas- normales, esófago normal.

Abdomen: a la inspección es plano, a la palpación, depresible y flácido, no hay ninguna tumoración a la percusión timpanismo generalizado. Localizando órganos: estómago, a la inspección nada de particular, a la palpación hay un dolor en la región epigástrica y en el punto pancreato-coledocciano, siendo este dolor solamente provocados, hay una sensación de basuqueo en el estómago muy marcada al pasar bruscamente de la estación de decúbito dorsal a la supina; ala persecución hay un timpanismo generalizado en las regiones epigástrica-umbilical e hipogástrica, deteniéndose a la altura de una línea que pasa horizontalmente por las dos espinas ilíacas anteriores y superiores, los hipocondrios y fosas ilíacas no presentan nada de particular; todo este examen se hizo estando el enfermo *en ayunas*.

Examen del hígado, hay una ptosis; examen del intestino, hay una ptosis; examen del vaso, normal; examen del sistema nervioso normal; el sueño es interrumpido frecuentemente por pesadillas.

Sistema ganglionar: normal.

Sistema muscular: debilitado y flácido.

Sistema Oseo: Normal.

Aparato Uro-genital: normal.

Examen de Laboratorio: heces negativo, examen de jugo gástrico, ácido clorhídrico libre 0.584; ácido clorhídrico combinado 0.310; ácido clorhídrico tola 0.894; microscopio; colibacilos; y estreptobacilos. Sangre oculta; reacción de Weber, negativa, examen de sangre: reacción de Kahn negativa; recuento globular, glóbulos rojos 3.560:000, glóbulos blancos 7.100; fórmula leucocitaria; neutrófilos 60%, linfocitos 26%, MG. 14%, B. 0%, FT. 0%, hemoglobina 80%, hematosuario negativo, tiempo de coagulación 7', tiempo de sangría 1' Glicemia 78 miligramos por mil; urea 0.167 por mil. Orina ligeras trazas de albúmina.

Diagnóstico clínico: con los datos que anteceden se sentó el diagnóstico de una posible úlcera pilórica con estenosis y una ptosis gastro-intestinal.

Examen en ayunas por los Rayos X: estómago dilatado, atómico y ptótico, cuyo fondo se encuentra a 6 traveses de dedo, debajo de las crestas ilíacas, píloro parcialmente obliterado por estenosis orgánica; bulbo duodenal deformado.

Eh vista del diagnóstico clínico que se hizo, comprobado después por los exámenes radiológicos, le hice ver al enfermo, que no podría haber tratamiento médico que pudiera tener éxito y le indiqué que sólo el tratamiento operatorio era capaz de curarlo; después de algunos días, el enfermo se resuelve a ser operado y fijo la operación para el doce de noviembre corriente. Comienzo su pre-operatorio, el 25 de octubre, ordeno en vista de la obstrucción parcial del píloro, sólo alimentación líquida, jugo de frutas, caldo desgrasado, caldo de verduras, leche, atoles; además por vía subcutánea sé pone suero de Ringer, suero glicosado, extracto de hígado, transfusión de sangre total, las vécese que se pudiera; lavado de estómago diario en ayunas. Antes de la operación se le hizo un nuevo recuento celular sanguíneo, que arrojó glóbulos rojos 4.500.000. tiempo de coagulación! 5'30, tiempo de sangría 1'; hemoglobina 80%. Durante el día y la noche, anterior a la operación se administraron tónicos cardíacos y sedantes nerviosos y un hipnótico ligero, nembutal, para poder conciliar el sueño que había estado en las noches anteriores muy escaso.

En estas condiciones, resolví, el día doce, hacer la intervención, y es llevado a la sala de operaciones, habiéndole puesto antes un centígrado de morfina, habiéndole dado también una hora antes, una cápsula de nembutal, para que el enfermo fuese más tranquilo. La operación la hice, bajo anestesia raquidia alta, administrándose durante la intervención, varios tónicos cardíacos, adrenalina, cafeína, esparteína, aceite alcanforado, porque durante la intervención, la presión arterial tuvo muchas oscilaciones, viniendo balando paulatinamente, hasta que hubo un momento que no marcó más presión el aparato. Se puso: Suero de Ringer, continuamente por vía subcutánea. Durante la operación se vigió continuamente, la presión arterial y así fue posible asistir al enfermo, con toda atención, en las alteraciones que tuvo la presión arterial.

El enfermo se mantuvo sereno y consciente durante toda la intervención, que duró cinco horas; tuve con ayudantes durante la operación a los Drs. Juan Montoya y Virgilio Banegas, y al practicante Interno Juan Miguel Fiallos.

La intervención, que llevé a cabo, dado el diagnóstico clínico que se había hecho, y previo examen de inspección, en todos los organismos, fue GASTRECTOMIA PARCIAL, llevándole más de la mitad del estómago y, una Pilocrectomía, haciendo el corte, en la mitad de la primera porción duodenal; comió el duodeno fuera muy reducido en su luz, no era posible hacer una gastro-duodenostomía, y entonces, cerré esa porción del duodeno y resolví hacer una gastro-yeyunostomía por el procedimiento de POLYA. La pieza operatoria al examinarla, mostraba una estrechez pilórica, que no dejaba entrar la punta del meñique y que probada la salida de líquidos (agua) salía gota a gota, no había ningún tumor, pero había un engrosamiento de toda la pared adyacente al piloro, y en éste, había hipertrofia, teniendo una consistencia dura y leñosa; al abrir esta cavidad se mostró la mucosa pilórica con una pequeña ulceración a un lado, y una úlcera cicatrizada en el antro pilórico; la estenosis era bien marcada, y al partirlo con el bisturí, el tegido mostró una consistencia fibrosa., las fibras musculares del píloro eran muy escasas pero no hube ningún* tumor que pudiese hacer sospechar un Neo. Como el enfermo había sufrido grandes acideces, resolví quitar ampliamente la parte estomacal donde se encuentran las células ácidas. La operación finalizó bien, y el enfermo regresó con ánimo tranquiló a su cuarto de residencia.

Post-Operatorio: Primer día, noviembre 12; inmediatamente de la salida de la sala de operaciones, se le hizo una transfusión de sangre total de doscientos cm. cúbicos; Suero Fisiológico, con glucosa, formando una mezcla, inyectándosele en cantidad de cuatro litros por vía subcutánea, Suero de Ringer un litro por la misma vía y suero glucosado un litro por vía rectal, gota a gota; tónicos cardíacos y en la noche un centímetro de morfina. Debido al estado delicado del paciente, el enfermo es vigilado por los Internos de guardia durante toda la noche, tomándole la tensión arterial, que después que salió de la Sala de Operaciones se mantuvo la máxima a 11cm. y la mínima en 7, el pulso; era rápido, regular tenso, con una frecuencia de 120 por minuto; la temperatura bajó, sosteniéndose a 35.6 décimos; durante este tiempo se presentan vómitos de carácter bilioso e hipo y entonces a las 11 de la noche, ordené un lavado de estómago con sonda gástrica, usando suero fisiológico, tibio, mejorando el enfermo después de este lavado. Este día, de la operación, a las cuatro de la tarde ordené 100.000 U. de Penicilina, dividiéndose en cuatro dosis subcutáneas,

2° día, noviembre 13, durante las 24 horas de este día las condiciones del paciente fueron las mismas que las expuestas arriba, con la excepción de que el vómito y el hipo desaparecieron, se le hizo otra transfusión de sangre total de doscientos cc.; mezcla de suero fisiológico y glucosado, 3 litros, suero de Ringer un litro por vía subcutánea y suero glucosado un litro por vía rectal, gota

a gota, y además se ponen 100.000 U., más de penicilina; se usa tónicos cardíacos y sedantes otra vez por la noche.

3° día, noviembre 14, el mismo estado del enfermo que el anterior, sosteniéndose siempre la máxima de 11 y la misma de 7 con una frecuencia de pulso de 110, la temperatura ha subido ya un poco y marca el termómetro 37.4 décimos; se le administró otra trasfusión de sangre de 200 cc, la misma cantidad de sueros, tónicos cardíacos y por la noche nembutal, el enfermo logra dormir ya, algunas horas. ,

4° día, noviembre 15, el estado del enfermo es mejor, el pulso tiene una frecuencia de 100 pulsaciones, la temperatura 37.2, tensión arterial se conserva la misma que la anterior, se hace otra trasfusión de sangre, se aplican sueros, tónicos cardíacos y por la noche sedantes, este día se prueba al enfermo haciéndolo tomar por la mañana medio vaso de agua tibia azucarada, el enfermo se conduce durante el día perfectamente bien y ya por la tarde se le dá un vasito de leche mezclado en partes iguales con agua de vi-chy y comienza a tomar también por la boca, vitamina total disueltas en; agua azucarada.

5° día, noviembre 16, el enfermo está mejorando, la tensión arterial no ha habido variación, la temperatura oscila un poco y sube a 37.5, con una frecuencia de pulso de 110; volvió otra vez a ponerse suero fisiológico y glucosado mezclado por vía subcutánea, suero glucosado rectal y tónicos cardíacos, en la noche toma siempre nembutal y puede dormir un poco mejor.

6° día, noviembre 17, tensión arterial en las mismas condiciones, temperatura 37.8 con pulso de 110, respiración normal, se vuelven a poner los sueros del día anterior; como alimento, se dá un poco de café con leche y unas rodajas de pan dulce, este día aparecieron evacuaciones diarréicas, muy amarillentas, no fétidas,

7° día, noviembre 18, tensión arterial la misma, temperatura 37 grados, pulso 100, respiración tranquila, se le administra mezcla de sueros 1.000 ,gr. por día subcutáneos, suero glucosado gota a gota 500 gr. La alimentación continúa de igual manera, dándole cada cuatro horas, media tacita. Las evacuaciones diarréicas continúan, entonces, indico, una limonada láctica y se le permite al enfermo que pueda moverse a voluntad en su cama.

8° día, noviembre 19, tensión arterial, temperatura y pulso de igual manera que la anterior, se le administran siempre sueros, se le dio alimento,, atole de maicena y leche mezclada, y sus tres vitaminas totales.

9° día, noviembre 20, las mismas condiciones que el día anterior, aumentándose un poco su alimentación; este día las evacuaciones diarréicas se vuelven semisólidas, de olor fétido y de color negrusco, no hay sangre en la materia fecal.

10° día, 21 de noviembre, igual que el día anterior, se le dá la misma alimentación y jugo de frutas, hace dos evacuaciones con los mismos caracteres.

11" día, 22 de noviembre, iguales condiciones¹ que el día anterior, las evacuaciones cambiaron de color, volviéndose amarillentas y sólidas, hubo dos en el curso del día.

12" día, noviembre 23, las mismas condiciones que el día anterior, aumentándose su alimentación con caído desgrasado, verduras, leche con avena, jugo de frutas, sus vitaminas totales; este día se le quitaron, los primeros puntos de la herida operatoria, quedando en buenas condiciones. La posición de Fowler en que había estado en los días pasados, fue cambiada por la posición supina completa, el enfermo se siente contento y se le permitió sentarse en la cama.

13", 14" días, pasa bien el enfermo y está en buenas condiciones.

15° día, noviembre 26, las mismas condiciones que el día anterior; únicamente las evacuaciones perdieron su coloración normal volviéndose blancas; se le administraron sales biliares compuestas con páncreas.

16" día, las; mismas condiciones que el anterior, mejoran las evacuaciones tomando su color normal otra vez; se le quitaron los puntos restantes de la piel, quedando la herida operatoria completamente concluida y bordes perfectamente coaptados, se ordena la alimentación cada cuatro horas, en pequeñas cantidades cada vez, se le empieza a administrar inyecciones de extracto de hígado concentrado y complejo vitamínico B.

17° día, noviembre 28; el enfermo está en buenas condiciones se ha desayunado a las 7 de la mañana y a las 11 pensando que se habría vaciado completamente su estómago, como en realidad así fue, se le llevó a la sala de Radiología, para darle una comida de control, y verlo a la pantalla.

El enfermo ha continuado bien, y' tengo el gusto de presentárselos, lo mismo que; las radiografías que le fueron sacadas antes y después de la operación.

Tegucigalpa, D. C, diciembre de 1945.

El Certificado Médico Pre Nupcial

Para ser feliz, la raza humana debe procurar reproducirse elevando progresivamente todas las facultades físicas y mentales del hombre, tanto desde los puntos de vista de la salud y de la fuerza corporal, como desde los sentimientos, de la inteligencia, de la voluntad, de la imaginación creadora, del amor al trabajo, de la alegría de vivir, y del sentimiento de la solidaridad social. AUGUSTO FGREL.

El matrimonio, medio por el cual se perpetúa¹ la especie humana legalmente, ha dejado de ser un problema psíquico de sentimentalismo y económico, para convertirse en un problema social o mejor dicho, Médico Social, ya que él; da origen a los seres que constituirán las Sociedades del Futuro, los nuevos **dirigentes de la Sociedad**, la fuerza pensante y dinámica de los pueblos; y como tal, lógicamente deben ser lo suficientemente sanos y fuertes para que puedan dar los frutos que de ellos se esperan.

Observando la tendencia de la conciencia humana a¹ su perfeccionamiento, encontramos que desde la más remota antigüedad, y en casi; todos los pueblos de ese entonces, se han dictado leyes y principios de eugenesia tendientes al mejoramiento o por lo menos a la conservación de una especie sana; y a la formación de una clara conciencia del papel que tienen que desempeñar en la vida en beneficio de la comunidad. Entre los hebreos por ejemplo, no se permitía el matrimonio de los epilépticos, de los leprosos, de los tuberculosos ni de los alcohólicos. El Código de MANU, prohibía las uniones entre personas atacadas de Lepra, de Epilepsia y de Tuberculosis. Los griegos conocían perfectamente la influencia del alcoholismo en la herencia; y nos refiere la historia, que estando Epicuro observando un niño idiota lanzó sobre él, esta sabia sentencia: Qué ebrio estaría tu! padre cuando tu madre te engendró. Platón decía: que los descendientes de los degenerados, debían ser relegados a sitios misteriosos y desconocidos; y exigía que se reglamentara el matrimonio, de modo que los mejores hombres, se unieran con las mejores mujeres.

También encontramos que otros pueblos de aquella época, carentes de los conocimientos necesarios sobre la herencia, la higiene y la profilaxis, dictaban leyes, tendientes todas ellas, a conservar sanos y fuertes a sus habitantes, preparándole de esa manera para cumplir con el deber que se les había encomendado, es decir, el de luchar por la independencia y grandeza de sus respectivas nacionalidades, ya que vivían en tiempos de conquista, y que la ley del más fuerte, era la única que prevalecía. Todos conocemos cómo se organizaron las legiones de la Antigua Roma, que fue poseedora de un vasto imperio que se extendía a dos o tres continentes; y no se nos escapan los Espartanos, quienes eliminaban a **todo niño débil o inválido que naciera, constituyendo en esa**

forma, el famoso ejérecto que, aunque vencido, se cubrió de gloria en la batalla de "Las Termopilas".

En los tiempos modernos, las naciones civilizadas del orbe, **empapadas** en el imperioso deber de preparar sus hijos para luchar por su existencia, dueños ya de los muchos adelantos científicos que en materia de higiene, profilaxis, se han llevado a cabo; y de los conocimientos de las leyes de la herencia, lo mismo que de la Etiología de muchas enfermedades, Tuberculosis, Gonorrea, etc., cuyo carácter contagioso está suficientemente estudiado, no han perdido el tiempo en dictar leyes y disposiciones; tendientes a salvaguardar la salud de sus habitantes, defendiendo la de sus progenitores sabedoras que gran porcentaje de los niños nacen, con las enfermedades que carcomen, a sus padres o por lo menos tienen en su organismo la predisposición para adquirirlos, como sucede en la Tuberculosis.

Al criterio de ninguno se escapa que si siembra en un terreno desnutrido, lleno de plagas por la misma pobreza en áonos, una semilla débil y enferma, la planta nacerá débil y enferma y el fruto será infaliblemente malo. Por eso, la principal preocupación que todo Gobierno que se interesa por el bienestar y salud de sus gobernados, ha sido la de promulgar medidas adecuadas de eugenia, evitando en lo posible que aquel hombre y aquella mujer que van a gozar de los placeres del himeneo, engendren hijos enfermos y degenerados, que sólo constituirán una carga pesada para la Sociedad que los alberga; para lo cual han estatuido el Certificado Médico, requisito legal indispensable para poder autorizar un matrimonio.

La Alemania Nazi, alardeando de una fementida superioridad racial, quiso encontrarlo, no por los medos civilizados, sino, practicando la esterilización en epilépticos, enejados mentales, etc., o practicando la Eutanasia en aquellos individuos que creyeron inútiles en el conglomerado germano. Todo eso tendiente a conservar la pureza y virilidad de la raza, que según sus teorías exóticas es la superior.

Otros países, persiguiendo la elevada finalidad de evitar las enfermedades incurables o contagiosas entre sus habitantes, han legislado muy efectivamente, dictando medidas de eugenia, amoldadas cada una a la idiosincracia, género de vida, educación, etc., del pueblo que las dicta. Y así tenemos¹ la gran Nación Soviética, que está a la vanguardia en la campaña de protección de la niñez, por medio de sus llamadas Ciudades Infantiles, que han visto colmadas en parte sus aspiraciones, dando soldados para la contienda mundial recién pasada, de una resistencia y virilidad ilimitables; tienen en su legislación lo siguiente: Art. 132 del Código Soviético: "El que inscribe el matrimonio deberá presentar los documentos que acrediten su personalidad, que no existe el impedimento señalado en el Cap. 1" parte 2" de este Código: **recíproco informe del estado de salud mental y físico con referencia a las enfermedades venéreas y pulmonares.**

Finlandia, en la ley matrimonial de 1929, señala en su Art. 12 como impedimento para el matrimonio, la Epilepsia y las enfermedades sexuales en período contagioso; en el Art. 16 estipula la obligación de presentar a la autoridad respectiva, el certificado Médico de no padecer* de las enfermedades antes dichas, mientras en el 68 estima como causa para el divorcio la existencia de una enfermedad contagiosa incurable que se hubiera ocultado antes del matrimonio. Bulgaria: Art. 26 queda prohibido el matrimonio no sólo a los dementes, sino, a los epilépticos y sifilíticos.

En los Estados Unidos de Norte América, en New Jersey, se estipula que las licencias para contraer matrimonio, se extenderán 48 horas después de presentarse los contrayentes, y no se extenderán dichas licencias a los que padezcan de enajenación mental, de cierta, enfermedad contagiosa o que estén bajo la influencia del alcohol o drogas. New York: las licencias para contraer matrimonio, deben obtenerse del empleado designado al efecto, quien exigirá el certificado de salud y' de buena, conducta. México: el Código Civil para toda la República, dice: De los actos del matrimonio. Art. 98. La solicitud matrimonial se acompañará de un Certificado suscrito por un médico titulado que asegura bajo protesta decir verdad, que los pretendientes no padecen Sífilis, Tuberculosis ni enfermedad alguna crónica e incurable, que sea además contagiosa y hereditaria. En la República de Guatemala, refiriéndose a la constancia de Sanidad, dice: Art. 90. El que pretende contraer matrimonio, podrá exigir de la otra parte, Certificado de Sanidad, expedido por un médico autorizado para ejercer su profesión en la República. Art. 91. Igual facultad tendrán las personas a quienes corresponda dar su consentimiento para el matrimonio de los menores de edad; en lo referente a la Constancia de Sanidad) se hará mención de la impotencia absoluta o relativa para cumplir los fines del matrimonio, etc. Panamá: Art. 92 del Código Civil reza así: No pueden contraer matrimonio: los que con anterioridad a la celebración del matrimonio adoleciesen de impotencia física absoluta o relativa de una manera patente para consumarlos o sufriera de una enfermedad contagiosa de carácter grave, tales como las venéreas, Tuberculosis, Lepra, Cáncer, Epilepsia, etc., etc.

En los países Sud Americanos, no se ha demorado la **obligación** que tienen de cuidar de la salud de sus habitantes y de la pureza de sus descendientes; y así se ve, que en Chile, Ecuador, Venezuela y otros, es requisito indispensable para el matrimonio el no padecer de enfermedades contagiosas, e incurables.

Al establecimiento o creación del Certificado Médico se le han hecho ya varias objeciones, de orden místico —como pudiéramos decir— unas; de orden económico y sentimental otros y de moral médica —las más. Las que oponen la inocencia y la castidad de la presunta cónyugue, que son las de orden místico— pueden ser **llamadas por las buenas razones fácilmente y el convencimiento que**

haga el médico otorgante, o la familia de la contratante, sobre la conveniencia del mismo, para evitar que los hijos que vengan de esa, unión, resulten enfermos o deformes.. Las de orden económico, que arguyen que cuando los matrimonios se efectúan por conveniencia monetaria y haya inconvenientes de salud en alguno de los contrayentes, prefieren unirse al margen de la ley, ya que el dinero *el* más poderoso que el amor. Por otra parte, dicen, el Certificado daría lugar a que médicos sin escrúpulos y a la vez sin clientela, establecieran monopolios e hicieran de esa manera un buen modo de vivir; pero para esos las leyes estatuyen los castigos merecidos por su falsedad al otorgarlos. Las que esgrimen razones sentimentales, y que dicho sea de paso son las más positivas, alegan que la niña que se presente en matrimonio, antes de ir a descubrir su cuerpo ante los ojos de un facultativo —persona extraña por decirlo así— prefieren entregarse al dueño de sus amores, libremente. Pero éstos argumentos si bien son ciertos en parte, irán desapareciendo poco a poco del medio con la educación que el pueblo vaya adquiriendo, pues, es bien sabido que toda innovación que se hace en el orden social, tiene sus opositores, los cuales desaparecen a medida que los beneficios de esa innovación se van palpando. Y, a ese propósito, debemos recordar, que hace pocos años, el examen de sangre por reacción de Wasserman; era, principalmente entre nuestras mujeres, no sólo temida, sino repudiado; pero en cuanto pudieran apreciar los beneficios que les proporcionaba dicho examen, ya, que pueden someterse a tratamiento antes de experimentar males mayores, es no sólo aceptado, sino que solicitado hasta de las más, humildes de nuestras campesinas.

Los obstáculos de moral médica, son en la actualidad los más inconsistentes. Estando el médico obligado moralmente a defender la salud pública, no incurre en ningún pecado de Deontología Médica al denunciar a un futuro cónyugue que padezca de Lepra, Sífilis, Blenorragia, Enagenación Mental, etc., etc., ya que por esa maldita unión matrimonial se ocasionará gran daño a una mujer pura y sana, además de que se van a echar al mundo seres enfermos y degenerados que vienen a constituir una vergüenza para la familia y para la sociedad. Por otra parte, la misma ley reeleva al profesional del secreto médico cuando se nos obliga a reportar a la Sanidad los casos de Tuberculosis, Lepra, Parálisis Infantil, etc., por su contagiosidad y ser causantes de la destrucción mental y física de nuestros semejantes, por qué no hacerlo con la Sífilis, Epilepsia Blenorragia, etc., para un acto de tanta trascendencia social y de donde saldrá el hombre del porvenir? Además, en este caso cabe la razón del JUSTO MOTIVO porque el hombre que, sabiendo que padece de una enfermedad contagiosa y hereditaria como la Sífilis, Tuberculosis; y además, se une con una mujer inocente y sana, comete un delito de Lesa Humanidad; y como dice Cazalis: "El día vendrá, v quizá esté próximo, en que se considerará lógico, necesario y muy sencillo pres-

tarse a un examen médico, antes de contraer matrimonio, como se encuentra lógico, necesario y muy sencillo aceptarlo cuando se quiere obtener un seguro de vida". (Contrato éste que no interesa) sino, al asegurador y al asegurado y quienes no tienen otro interés que el monetario). En nuestro medio, preñado de pueriles susceptibilidades y de inconscientes escrúpulos, y donde desfilan diariamente ante nuestros ojos, niños con ulceraciones de la córnea, con enormes glaucomas, que han perdido el sentido de la vista por la infección gonocócica en sus ojos, adquirida de su madre al nacer, niños con atrofia —papilar, con los estigmas característicos de la heredo— sífilis, del alcoholismo crónico; no se ha hecho absolutamente nada para defender nuestros descendientes, para procurar la salud mental y física de nuestros connacionales, y no será remoto que haya individuos carentes de toda humanitaria conciencia o de los más rudimentarios conocimientos sobre higiene y profilaxis que se opongan a que se legisle al respecto, pero la "ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA" empeñada como lo está en la magna cruzada de protección] infantil, tendrá que velar no sólo porque esos niños crezcan fuertes y con buena salud: que aprendan a alimentarse, a vestirse a calzarse, etc., sino que, porque nazcan sanos, velando por la salud de sus, progenitores.

Por las razones expuestas en este pequeño trabajo, vengo a proponer a esta honorable Asociación Médica los siguiente:

1" —. Que la Asociación Médica-reconozca la urgente necesidad de estatuir el certificado médico prenupcial.

2º.—Que todos los miembros de esta Asociación, nos comprometamos formalmente¹ a procurar a los pretendientes al matrimonio todas facilidades: posibles para adquirir el certificado médico pre-nupcial. Y 3º, que esta Asociación se dirija por medio de la Secretaria, al Congreso Nacional' solicitando la incorporación en nuestro Código Civil, la obligación del certificado pre-nupcial.

Y con ésto, estimados colegas, si logramos alcanzarlo, habremos dado un gran pasta hacia adelante en nuestra campaña de protección de la infancia y de nuestra cultura social

Tegucigalpa, D. C, Diciembre 1º de 1945.

;

Dr. J. JVI. Dávila

Historias Clínicas del Servicio de Niños del Hospital General

i Dr. Antonio Vidal.

—OBSERVACIÓN N° 1—

ESTENOSIS PULMONAR

Julio César García— 7 años de edad—. Nacido en Agua Fría, (Depto del Paraíso), y avecindado en Tegucigalpa. Ingres a este servicio a curarse de lombrices.

Historia.— Refiere la madre que el niño viene padeciendo, desde hace tres meses {a la fecha de su ingreso), del diarreas frecuentes, acompañadas de expulsión de lombrices y otros animalitos blancos que dan saltos, usando su prop^a expresión.— Etn^l concomitancia con estos accidentes tuvo catarro, tos y calenturas.— Este cuadro no ha sido continuo sino que ha presentado sus remisiones.— Hace como cuatro días tuvo un último episodio diarreico, en la misma forma que los anteriores, por lo que trajo al niño a internarlo en este servicio.

Anamnesia Lejana.— De un año, Gastro-enteritis.— A los tres años, Sarampión.— No da historia de otras afecciones infantiles, fuera de las ya mencionadas.— Por otra parte, hace tres meses, Adenitis Inguinal Supurada, la que conserva aún sin curar.

Nació a término, sin asistencia facultativa, con duración del trabajo de tres días.— Coriza nasal al nacer.— La madre confiesa no haber padecido de ninguna enfermedad durante todo el tiempo del embarazo.— Lactancia variada pero poco nutritiva.— Dentición: marcado retardo en su aparición, pues comenzó hasta los trece meses con emisión de los incisivos medios superiores.— Comenzó a andar a los dos años.— intercalamos aquí el hecho, motado por su madre, de que el niño se vuelve cianótico, presenta dificultad respiratoria y le sobrevienen accesos de tos, en ocasión de cualquier disgusto.

Antecedentes Familiares.— Del padre, como ocurre frecuentemente en nuestro medio, no sabemos nada.— Respecto a la madre, que a los siete años tuvo una fiebre con pérdida del conocimiento durante quince días.— Curó, quedando sin embargo, como secuela de este accidente, Parálisis del Motor Ocular Común Izquierdo y Paresia del Motor Ocular Externo Derecho (probablemente un **Ictus** Apoplético).— Ha tenido seis embarazos de los cuales el cuarto finalizó con un aborto de dos meses, espontáneo.— Otro nació muerto.— Los cuatro restantes nacieron a término, pero uno murió al año a consecuencia de una Gastro-enteritis aguda; dos más, de dos años, de Dispepsia Gástrica, quedando vivo únicamente el que es objeto de nuestra observación.

Aquí tenemos que hacer la observación de que, dado que el niño ingresó por una afección de carácter intestinal, no hicimos hincapié, en investigar con más detención, todas las afecciones de or-

den familiar o hereditario, que pudiera haber habido en sus antecesores, o familiares; decimos esto porque el objeto de esta observación es de; carácter cardíaco, distinto al motivo de su ingreso y cuyos signos solamente encontramos accidentalmente, merced al examen, sistemático que se lleva a cabo en todos los enfermitos de este, servicio.

Estado Presente.— Niño con expresión huraña, mirada viva, psiquismo normal.— Talla poco desarrollada, con relación a su edad; desnutrido, con peso de 22 libras.— Piel con tinte ligeramente cianótico, mucosas decoloradas.— Temperatura, 36 1/2 grados.— No hay edemas, exantemas, etc., presentando únicamente una herida operatoria a nivel del pliegue inguinal izquierdo, por Adentis Su purada.

Estado Especial.— A. Respiratorio normal (al principio, porque después presentó una sintomatología de bronco-neumonía. A. Digestivo.— Labios ligeramente cianóticos, lengua saburral, dientes en buen estado.— Amígdalas, estómago, normales; deposiciones diarréicas amarillentas, con evacuación de ascárides.— A. Uninario. Normal. Nervioso, normal.— Ganglios inguinales y cervicales.

Aparato Circulatorio.— Corazón— Inspección.— Aun cuando no debe ser intercalado en este aparato, hacemos notar cierta configuración en quilla del tórax.— Punta del corazón, late a nivel del 5° espacio intercostal izquierdo, por debajo de la tetilla {normalmente en los niños debe ser observado a nivel del 4°}.— Palpación.— Comprobación del dato anterior. No observamos estremecimiento catario ni ninguna otra anomalía.—

Perdición.— Aunque con bastante! dificultad, nos parece notar un aumento de las diámetros normales; el choque de la punta más abajo- de lo normal viene en muestra ayuda.— Auscultación.— Percepción de un soplo sistólico en el Poco Pulmonar (extremidad inferior del 2° espacio intercostal izquierdo), de tonalidad algo ruda, con propagación hacia la clavícula izquierda, y hacia tras parte superior del espacio inter-escápulo-vertebral izquierdo pero no a los vasos del cuello.— Ocorre, sin embargo, que este soplo no es de carácter permanente, pues en varias auscultaciones, algunas veces lo percibimos bien claro, pero en otras no se manifiesta.— Vasos.— Normales.— Pulso de 90 por minuto.

Cardiografía.— Imagen, demostrando un aumento de la sombra cardíaca en todos sus diámetros, a expensas del ventrículo izquierdo (corazón Mitral).

Exámenes complementarios.— Orina; cristales fosfato-amónico magnesianos y bacterias.— Heces: *Lambliia Giardia*.— Exámenes de sangre no se le verificaron.

Conclusiones Diagnósticas.— Con una sintomatología cardíaca, como la expuesta, en un niño de tan corta edad, cabe pensar en varias afecciones, de las cuales iremos eliminando de una en una, por exclusión, para quedarnos con lo más probable.— Y así tenemos:

Soplos Inorgánicos.— Podría hacernos pensar en esto, únicamente lo que referimos con respecto al carácter no permanente del

soplo, pero debemos recordar que los soplos inorgánicos, sin bien es cierto que se pueden presentar a nivel del foco pulmonar, su mayor frecuencia- no ocurre en este lugar, sino en la región meso-cardíaca y cerca de la punta; por otra parte, tienen una mutabilidad propia, es decir, que durante el curso de una misma auscultación, con solo los cambios de posición del paciente, varían de lugar de aparición; existen otros caracteres diferenciales, pero con estos basta.— Así pues, no.

Enfermedad de Roger.— Tampoco: Además de no haber cianosis el soplo radica a nivel del tercer espacio intercostal izquierdo, con propagación transversal, vibrante, y viene¹, acompañado de estremecimiento catado.

Persistencia del Agujero Botal.— Bastante difícil por no decir imposible diagnosticarla en clínica.

Nos quedan pues, por diferenciar la Insuficiencia Mitra! y la Estenosis Pulmonar.—

Nos referimos a estas dos afecciones en particular, porque aun cuando tienen un sustrato anatómico diferente, a veces se nos presentan, según algunos autores, con una **sintomatología** tan semejante, al grado del poderlas confundir.— Pueden presentar el soplo al mismo nivel, y verificar su propagación posterior hacia el espacio interesápulo vertebral: sin embargo, el foco de propagación posterior, en la Insuficiencia Mitral correspondería a la parte inferior del espacio, mientras que en la; Estenosis se localizaría en la parte superior. —Por otra parte, la propagación anterior, se verifica hacia la clavícula en esta última afección, mientras que ocurre transversalmente en las primera.

En nuestro caso particular, nos encontramos con que el soplo se propaga hacia la parte superior, del espacio interesápulo vertebral y hacia la región **subelavicular**: y aun **cuando** no existe estremecimiento **catarlo** (que por otra parte no es constante., así como el soplo, sobre todo cuando se trata de una Estenosis de la arteria y no sólo del orificio), y aun cuando el examen de rayos X, nos dé la impresión de un **corazón** mitral, nos inclinamos a creer que se trata de una Estenosis Pulmonar.—

Respecto a la etiología' diremos que basándonos en los datos que nos da la madre, con respecto a las enfermedades infecciosas de la infancia, 'padecidas por nuestro enfermito. capaces de producir una; complicación cardíaca (endocarditis), sólo nos refiere el sarampión que tuvo a los tres años y que curó pronto, según' ella manifiesta, descartamos que pudiera tratarse de una afección adquirida o secundaria.—

En cambio, la historia que sobre ella misma nos da., en relación con su vida sexual, durante la cual de seis embarazos que tuvo, hubo un aborto espontáneo de dos meses; otro niño que nació muerto, y el dato importante de que el niño, objeto de esta observación, padeció de coriza nasal al nacer (uno de los signos más frecuentes de heredo-lúes) nos inclinamos, a creer que este niño adolece de una Estenosis Pulmonar Heredolúética Congenital.

Tratamiento,—Reposo.— Y cuando se presentaran complicaciones, el tratamiento indicado para cada una de ellas.

OBSERVACIÓN No 2

Infantilismo Tiroideo Hipofisiario

Ramona Vásquez, natural de Sacualpa, de 14 años de edad, ingresó a este servicio a curarse de hinchazón en la cara.

Anamnesia próxima.— Relata la madre que esta niña ha sido así desde que nació.— La enfermedad no ha progresado aparentemente, y no ha tenido ningún tratamiento hasta la fecha.

Anamnesia lejana.— Niña nacida a término, alimentada al pecho materno durante veinte meses.— Dentición retardada.— Le aparecieron los incisivos medios inferiores a la edad de un año; a continuación y con cortos intervalos que la madre no puede precisar, salieron los demás dientes en el orden ordinario, pero cariándosele varios de ellos también muy pronto.

Empezó a andar á los cuatro años; antes de este tiempo era una niña que permanecía sentada, inmóvil, en actitud de indiferencia, completa (ha sido siempre muy calladita, dice la madre), los miembros inferiores flácidos, los superiores normales.— Cuando comenzó a caminar lo hizo muy torpemente, sufriendo frecuentes caídas.— Empezó a articular algunas palabras, a los cinco años de edad y habló bien hasta mucho tiempo después; antes de los cinco años solamente decía mamá.— Padeció en la primera infancia de sarampión, viruela y coqueluche.— Con mucha frecuencia ha padecido de granos diseminados en todo el cuerpo.— Siendo muy pequeña le aparecieron en el tercio superior y cara interna de ambos muslos, unas mañanitas rojizas del tamaño de una moneda de veinte centavos, que pronto se hicieron más oscuras y después se levantaron en la superficie, trasformándose en ampollas que luego se abrieron dejando salir un líquido turbio.— Las ulceraciones que dejaron en su lugar tardaron mucho tiempo en cicatrizarse.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES.— Apetito, -sed, sueño y evacuaciones normales.— Organos de la respiración, circulación, del aparato digestivo, urinario y del sistema nervioso normales.— Organos genitales de tipo infantil.— Oído, olfato, y gusto normales.— Sensibilidad un poco exagerada al frío.— No se ha instalado aún el flujo catamenial.

GENERO DE VIDA.— Esta niña lleva una vida sedentaria, pues no se dedica absolutamente a ninguna actividad ni mental ni física.— Alimentación escasa y poco nutritiva.

ESTADO PRESENTE

Antecedentes hereditarios.— Madre vive, se encuentra actualmente **interna en el Asilo de Indigentes de este centro, curándose de**

una erisipela, que padece en ambos miembros inferiores desde hace un año.

Ha tenido 10 hijos, de los cuales han muerto 6 a una edad que oscila entre 2 meses y un año y medio, de catarro al pecho y lombrices, según ella dice.— No tuvo abortos.— Los cuatro restantes viven, y son, sanos.

El padre vive, es sano, muy adicto a las bebidas alcohólicas.

Tuvo 7 hermanos de los que han muerto dos, uno de 1 año de edad, a consecuencia de una pelota en la axila y el otro de fiebre, no puede especificar qué clase de fiebre.— Los restantes son sanos.

ESTADO PRESENTE

Estado general.— Expresión de la cara indiferente, mirada apagada, sensorio embotado, psiquismo retardado.— Corpulencia poca, peso 50 libras, arquitectura ósea normal musculatura poco desarrollado, panículo adiposo escaso, estatura 1 metro 13 centímetros.

Actitud del cuerpo indiferente, marcha lenta y como vacilante.— Color de la piel moreno, seca y con temperatura oscilando entre 36, y 36.5 grados c, no presenta exantemas, pigmentaciones ni cicatrices.»-- Últimamente ha tenido elevaciones de temperatura entre 37 y 39.7 grados c. debido al tratamiento a que ha estado sometida.

ESTADO ESPECIAL

Órganos de la respiración.— Tórax en quilla, es decir, abultado hacia adelante y aplanado: hacia los lados, ligeramente estrechado en sentido transversal y alargado en sentido vertical, más estrecho hacia la base que hacia el vértice.— Palpación, percusión y auscultación pulmonar negativos.

Órganos de la circulación.— Punta del corazón late en cuarto espacio intercostal izquierdo; con una frecuencia de, 80 pulsaciones por minuto.— Inspección, palpación y auscultación del área precordial negativas.— Inspección y palpación de los vasos, negativos.

Aparato digestivo.— Boca: dientes en posición y forma defectuosos, los incisivos medios superiores tienen una forma que recuerda ligeramente a los dientes de Huthcinson, los laterales están colocados hacia la cara anterior de la encilla y están cariados y reducidos a la raíz.— Varias piezas dentarias más' están en pésimo estado y en posición, forma y tamaño muy diversos. Lengua normal.— Amígdalas un poco enrojecidas y aumentadas de volumen.— Faringe normal.— Esófago, estómago, intestinos e hígado normales, vaso percutible.— Abdomen glubuloso, indoloro.— Evacuaciones en número de una diaria, normales.

Órganos urinarios normales.— Cantidad de orina en 24 horas: 1 litro.

Sistema nervioso.— Sensorio embotado.— Es de notar que se hace repetir siempre las preguntas, no porque sea sorda, sino porqué parece como que no las comprendiera de momento y además responde lentamente y como haciendo un gran esfuerzo.—

Cabeza alargadas en sentido antero-posterior y como terminada en punta roma.— Cabellos gruesos y poco abundantes.—

Reflejo abdominal, rotuliano y plantar normal.— Reflejos pupilares a la luz y acomodación normales.

Vista, -, oído, gusto y olfato normales.

Cuello.— A la inspección se nota que el cuello presenta una ligera incurvación hacia adelante de la parte medra.— La cara anterior es plana y las **laterales** ligeramente abultadas.

Al la palpación se nota una glándula tiroidea de dimensiones reducidas, de consistencia blanduja y superficie regular.— Los dos lóbulos laterales, que SCKI los que se palpan, son de forma redondeada.

La columpia vertebral a la inspección y palpación presenta una; exageración ligera de la curvadura lumbar y de la dorsal.— Hacia la región lumbar se nota una ligera escoliosis con la convexidad) hacia la izquierda.

Exámenes **complementarios**.— Sangre, recuento:.....
GR 2.650.00 GB 9.600; N 80% ; L 16% ;GM4%;B 0% ; B oo/o.—
Sangre por Khan, 0; Líquido cefalorraquídeo por Khan.— Resuento 2.10, Takata.— Ara 0, Nonne.— Appel 0.—

Orina; color amarillo claro, olor fétido, aspecto transparente, sedimentos abundantes, reacción ácida, densidad 1015, glucosa 0, albúminas 0, Pigmentos biliosos ligeras trazas.— Microscópico, **colibacilos** III Heces, positivo por **tirocéfalos**.— **Cantidad**, 300 grs. en 24 horas.

Radiografía del cráneo.— La silla turca presenta un tamaño prácticamente normal en relación con el tamaño del cráneo.— Dentro de ella se observan sombras de calcificaciones, lo **mismo** que en la glándula pineal.— Tanto los huesos del cráneo como los de la cara tienen las peculiaridades de acromegalia.

Resumen de los síntomas que llaman la atención.— Son en primer lugar la estatura de la enferma que la hace considerar como, una niña de unos 7 u 8 años aproximadamente; en efecto to- — mandóle la estatura y el peso se ve que están muy debajo del promedio normal, **pues** son de 1 m. 13 cm. de estatura y con 50 libras de peso, correspondiendo normalmente a esta edad, una altura de Im. 45 cm y un peso de 81 libras, aproximadamente.— En segundo lugar la facies de la enferma, es una facies como de preocupación, de aburrimiento, de abulia.— La cara chata, como edematosa, abotagada, la frente estrecha y con el entrecejo contraído, la mirada yaga e indiferente.— La piel del cuerpo es seca, fría, arrugada y de color pálido.— La musculatura es flácida.— Además hay una: sensibilidad exagerada al frío.— Luego la falta de desarrollo **sexual**, pues los órganos genitales externos y los senos son de aspecto **infantil**, no tiene pelos en el pubis ni en las axilas y no se le ha instalado el flujo catamenial.— La marcha es lenta y como vacilante.— La voz parece enronquecida y la palabra es lenta y como temblona, aunque perfectamente articulada.— El examen, radiográfico del cráneo y la cara que da por **resultado** : ' el qué ya **conocemos**.

El examen de la boca, muestra la disposición, forma y dimensiones tan anormales y la carie precoz de varias piezas dentarías.— Aumento de volumen de las amígdalas y además el vazo es percutable.

Diagnóstico.— Tomando en cuenta los datos anteriores, el diagnóstico es de Hipotireosis congénita con distrofia hipofisaria, en un terreno heredo-sifilítico.— Naturalmente, para sentar este diagnóstico con más seguridad, hubieran sido de mucho! valor algunos exámenes complementarios, como el metabolismo basal, el examen de sangre, orina y heces, investigando cantidad y manera de asimilarse y eliminarse la glucosa, el nitrógeno y el fósforo, lo mismo que la colesterinemia, exámenes que no pueden hacerse en! nuestro medio.

en este entro.— En cuanto al diagnóstico de heredo-sífilis, se apoya en los estigmas que presenta la enferma y además en que la madre es sifilítica.

El diagnóstico diferencial podría hacerse con una acromegalia, que aunque en esta enfermedad' hay detención en el desarrollo sexual, y órganos genitales extemo y trastornos tiroideos, estos últimos son generalmente manifestaciones de hipertiroidismo y aunque a veces pueden ser de hipotiroidismo, la enferma no presenta el desarrollo exagerado del esqueleto que caracteriza a esta enfermedad.

Con una tiroesis congénita, pero en este caso los trastornos son mucho más acentuados y es mortal en los primeros días de la vida. —Lo mismo puede decirse de la enfermedad de Simmond.— En esta enferma los síntomas son muy discretos, y no hay taquicardia ni manifestaciones tróficas greves.

Por el edema de la cara podría¹ pensarse¹ en una nefritis crónica, pero el edema de origen renal principia generalmente por las regiones maleolares, es blando y depresible y tiene tendencia marcada a generalizarse.— Esta enferma sólo presenta un edema muy discreto, localizado en toda la cara y es duro, no depresible y por otra parte no tiene esta enferma ningún otro síntoma que pueda hacer creer' en la existencia de una nefritis.

Por último, con una hipovitaminosis completa, pero los trastornos del sensorio, las facies, el retardo y lentitud de las actividades tanto físicas como mentales no hablan en su favor.— Además, si e« caso se halla presente y sobre añadida esta vitamino- sis, solo podría deslindarse la parte que le corresponde con un tratamiento de prueba.

Pronóstico.— Es reservado, pues el tratamiento debe continuarse durante toda la vida y además a veces no es efectivo y en cambio puede ser de manejo delicado y peligroso.

Tratamiento.— Administración oral de preparados tiroideos e hipofisarios.— Aunque mejor sería' administrar preparados pluriglandulares, pues como se sabe, estas glándulas tienen relaciones hormonales y consecutivamente, funcionales, dependientes unas de las otras y cuando una de ellas funciona mal, sea por aumento o por discinución de sus secreciones, las otras sufren las consecuencias de este desfuncionamiento.

Los preparados tiroideos se administran: preferentemente por vía oral, en forma de tabletas de preparados biológicamente valorados, de los cuales se administran de 0.05 a 0.10 gramos al día vigilando cuidadosamente el pulso, el metabolismo basal, el peso, las deposiciones, el sueño, etc. que serán las que regularán las dosis— Así se logra casi siempre el mejoramiento de todos los síntomas, así físicos como mentales.— También se puede administrar la tírotoxina a la dosis de 1 a 2 gotas diarias de una solución al 2 por 1000, tomando siempre las mismas precauciones.— Los preparados hipofisarios se darán, en la misma forma.

Continuará.

Revista de Revistas

Resúmenes del Canje

REVISTA MEDICA DE CHILE. Año LXXIII-N° 9-Septiembre 1945.

Consideraciones acerca de la Fisiopatología y Terapéutica de la Cirrosis Hepática. Drs. R. Yazigi, A. Jedlicky H. Vásquez, E. Cumsille y Sr. L. Spektor.

Emprenden los autores estas consideraciones al tener en cuenta que los conceptos; sobre fisiopatología y terapéutica de la cirrosis hepática, se han modificado enormemente en los últimos cinco años, gracias, sobre todo, a la escuela estadounidense, destacándose en el tratamiento el uso de los regímenes hiperproteicos; el de ciertos amino-ácidos (metionina y colina), el de las transfusiones de plasma, etc.

Consideran que el síntoma capital de la cirrosis es la ascitis, y tomando a ésta como punto de partida, analizan su fisiopatogenia. Tres son los factores principales que intervienen en la producción de la ascitis: 1°) Alteraciones humorales; 2°) Hipertensión portal, y 3°) Alteraciones de la permeabilidad capilar.

1°) Alteraciones humorales: Existe hipoproteïnemia con inversión del índice proteico. La hipoproteïnemia tiene por causas la deficiente absorción del intestino, la incapacidad hepática de formar albúmina y la disminución de la ingestión. Las albúminas sanguíneas tienen importantes funciones: intervienen en el equilibrio ácido básico; mantienen la presión osmótica de la sangre y favorecen la suspensión de los glóbulos sanguíneos. Dos causas de hipoproteïnemia que se agregan a las citadas son la pérdida de albúminas» por las hemorragias y la pérdida por la ascitis. Es factor de gran importancia la incapacidad hepática para resintetizar la seroalbúmina, y es factor característico de la cirrosis porque no existe en otras enfermedades hepáticas ni en ascitis no cirróticas. Las variaciones de la seroalbúmina son de importancia pronóstica (Patek y Post). El pronóstico es siempre más grave cuanto menor es la cantidad de seroalbúmina. Las variaciones de tensión osmótica en la sangre, debidas a la disminución de proteínas, es causante de retención de líquidos en los tejidos.

2°) Hipertensión portal: La consideran los autores como de importancia secundaria y le conceden valor localizador únicamente del derrame en el peritoneo. Citan los datos experimentales de que la ligadura de la vena portal, no ha podido reproducir la ascitis, debido al poder de absorción del peritoneo, cuando las condiciones sanguíneas son normales. Clínicamente aducen que la ascitis mejora rápidamente por el alza proteica, sin que haya existido tiempo suficiente para la mejoría anatómica de las lesiones hepáticas. Por otra parte, creen que la ascitis sobreviene a veces cuando no hay hipertensión portal, debido a que la ruptura de las vari-

ces esofágicas o gástricas han provocado la caída de esa tensión. Y por último, la circulación colateral tiene un débito sanguíneo que supera al de la porta misma.

3° Alteraciones de la permeabilidad capilar; La presencia de albúmina en el líquido ascítico y por ende las dificultades de su reabsorción se explican por las alteraciones de la permeabilidad capilar puesto que los endotelios normales sólo dejan filtrar líquido exento de albúminas.

TRATAMIENTO. Se refieren los autores particularmente al tratamiento del síndrome ascítico, y refiriéndose a sus mecanismos, fisiopatogénicos en orden inverso a su importancia, tratan: 1°) Las alteraciones de la permeabilidad capilar por la supresión de los factores tóxicos; 2°) La hipertensión portal por la administración de colina o por medios quirúrgicos, favoreciendo la circulación colateral, y 3°) La hipoproteinemia. A propósito de ésta, se revisa en primer lugar los ensayos de su tratamiento con inyecciones de amino-ácidos y soluciones de albúminas; la terapéutica por las inyecciones de plasma (Jimenz Días y sus colaboradores), el uso de sustancias no, albuminoideas (goma arábica al 6%, diuréticos mercuriales) y luego las modernas dietas hiperproteicas, ya se trate de las hipercárneas o de aquellas otras en las cuales las proteínas administradas son las de la leche, huevos y vegetales. Creen que son mejores las de origen vegetal y las de la leche descremada y huevos porque contienen metionina o colina, sustancias que tienen un efecto protector sobre los cambios degenerativos del hígado. Se refieren luego al tratamiento por el líquido ascítico, y en uno de los párrafos finales del estudio referente a éste método, dice: "Comparando las cifras de protémia antes y después del tratamiento (No se ...) se observa un aumento constante de las albúminas totales, aumento de la serinemia, reducción de la seroglobulina y aumento del índice proteico después de la terapéutica. La mejoría de la proteinemia no siempre produjo mejoría de la diuresis y reducción de la ascitis, lo que significa, probablemente, la intervención de factores circulatorios portales en su etiología. Tampoco existe siempre un paralelismo entre el grado de aumento de la protémia y de la diuresis como se observa en el caso N° 3, hecho que no podemos explicar. Por último, los resultados obtenidos no siempre, guardaron relación con la cantidad de albúmina del líquido inyectado". Se refieren después a las transfusiones de sangre total, con la que han obtenido algunos resultados favorables. En los dos últimos párrafos de su Resumen y Conclusiones establecen: "Estos tratamientos no pretenden sustituir a ninguno de los actualmente preconizados. Su finalidad es tratar solo de compensar la enfermedad y mantener la función hepática, ya que la cirrosis no es afección susceptible de ser curada anatómicamente."

CONTRIBUCIÓN DEL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO DE LA BRUCELOSIS

Dr. Rodolfo Schawartz.

Revista Médica de Córdoba. Año XXII, Vol. 33, N° 9, Sep. de 1945.

El laboratorio presenta desde el punto de vista bacteriológico e inmuno-biológico datos de gran valor para el diagnóstico de la brucelosis. Unos procedimientos como el cultivo y la inoculación son capaces de poner en evidencia el germen, y los otros-aglutinación y fijación del complemento, la reacción alérgica y la capacidad opsónico-citofágica de la sangre, revelan específicamente la reacción del organismo frente a la infección brucelótica.

Las brúcelas cultivan sin dificultad. El medio preferido es el **agar** extracto de hígado. Los cultivos cuando son positivos se pueden hacer presentes desde las 48 horas; cuando esto no sucede así los tubos sembrados se mantienen en incubación por lo menos durante 30 días. La determinación de la especie se hace por el método de Huddleson. En general, el hemocultivo es capaz de revelar la existencia de la brúcela en la circulación en un alto porcentaje de casos, sobre todo cuando la enfermedad no ha entrado en su aspecto crónico. Los períodos febriles serían los momentos óptimos para el éxito de los hemocultivos, no sucediendo así en su intervalos, dado que entonces la presencia de brúcelas en la sangre sería inconstante.

La inoculación, siendo un método más sensible que el cultivo, no es muy utilizada en la práctica., Los **riesgos** que ella implica y los cuidados que requiere el mantenimiento de animales perfectamente aislados y en ambientes donde se trabaje exclusivamente con brúcelas hacen que sus ventajas no se vean explotadas. La inoculación se practica en cobayos machos, vía intraperitoneal o intramuscular. Desde la cuarta semana se hace reacciones de aglutinación. Después se comprueban las lesiones macroscópicas en la necropsia y después se aísla e **identifica** el germen en los órganos.

La seroaglutinación es-entre los medios que utilizan la reacción del organismo contra la infección, el método más extensamente empleado. Se usan dos procedimientos, uno lento, el, de Wright y otro rápido, el de Huddleson. La reacción de Wright se hace como una Widal para tifoidea. Se usa un solo antígeno, el O, somático. Se emplean diluciones crecientes de suero, partiendo de 1 por 50 hasta 1 por 500 y más. La incubación debe hacerse a 37°C durante 24 horas, o a 500¹C durante 4 horas, dejando a continuación, hasta el día siguiente, en la heladera, o como lo aconsejan los americanos, durante 42 horas a 37°C. La lectura debe ser macroscópica.

El método rápida! que se efectúa con el antígeno de Huddleson, tiene la gran ventaja de poder ser practicado sin las demoras que requiere el procedimiento anterior. En pocos) minutos la mezcla de cantidades convenientes de suero y una gota del antígeno, nos indica la existencia o no existencia de aglutininas. Las aglutininas de la sangre, aparecen alrededor de los 10 a 14 días de **iniciación de la enfermedad. El paso a las formas sub-agudas y eró-**

nicas es acompañado de una disminución del título aglutinante y éste en las formas crónicas llega a desaparecer, de donde se deduce que una reacción negativa no excluye en definitiva la existencia de brucelosis.

Se destaca el hecho de la existencia de aglutinias en pacientes tuberculosos, tíficos, etc. La realidad de ésto, merece una revisión.

La fijación del complemento es una prueba que confirma la aglutinación.

A medida que la enfermedad avanza hacia las formas crónicas, la aglutinación y el hemocultivo, van perdiendo terreno. Quedan entonces la alergia y la capacidad opsonocitofágica de la sangre. La penetración de la brucella en el organismo deja un estado reaccional especial del tipo alérgico. La prueba de investigación alérgica se hace al igual que una Mantoux para tuberculosis. Al igual que la prueba intradérmica tuberculínica positiva no implica la existencia de enfermedad.

Huddleson señaló en la sangre total citratada, la capacidad que tienen los polinucleares neutrófilos de aquellos pacientes que han mejorado del su brucelosis, para fagocitar brúcelas. Le llamó la atención que esa fagocitosis, en las mismas condiciones, sólo es de escaso grado en aquellos que se encuentran en plena actividad de infección o que nunca la han sufrido. En base a ello creó lo que se conoce con el nombre de prueba, "opsono-citofágica". La prueba tomada aisladamente no tiene valor diagnóstico.

RAC.

REVISTA DE LA SOCIEDAD DE PUERICULTURA DE BUENOS AIRES.

Tomo XI, N° 2. Abril Junio, 1945.

Importancia de la infección enteral en la etiología de los estados diarréicos agudos de la infancia. Drs. Carlos P. Montagna Artemio A. Rímodi. -

Después de establecer que la etiología de las diarreas de la infancia constituye uno de los problemas más discutidos en Pediatría, que a pesar de los progresos realizados, sobre todo en estos últimos años, no ha tenido aún, una ablución definitiva, los autores pasan revista a los diferentes conceptos que desde mediados del siglo XIX se han tenido sobre la cuestión; el infeccioso alimentario exógeno primero, el infeccioso saprofítico después, el dietético después de 1900 (nocividad de proteínas, grasas, sales, suero, etc., de las leches); la vuelta al infeccioso, después de la primera guerra mundial, pero atribuyendo esta vez gran importancia a la infección parenteral, para volver recientemente a la jerarquía de la infección enteral, que investigada y reconocen las escuelas Europeas y Americanas del Norte y Sur.

El material de estudio de la comunicación, lo constituyen 100 niños estudiados durante el verano 1943-1944. Los autores dedican especial atención a la investigación de las shigelosis y salmonelosis y al citar las cifras de enteritis de otros países (EE.

UU. AA. etc.) comentan que en la generalidad de los casos, las investigaciones se orientan hacia la búsqueda del bacilo d'sentérico sin aclarar nada con respecto al enorme grupo de enteritis que deben escapar a dicha etiología. En relación al % de shigelosis y salmonelosis expresan que las últimas predominan en Argentina, mientras las shigelosis lo hacen en Uruguay. Como formas clínicas consideran: 1°) las enterocolitis, de localización cólica; y 2°) las enteritis o diarreas del delgado, que comprenden: a) Diarrea simple, h) Diarrea- dispéptica, c) Diarrea coleriforme. Concluyen: 1°. En nuestras observaciones, el 35% de las diarreas agudas de la infancia son de etiología específica.

2°. Las enteritis salmonelósicas son más frecuentes; que las shigelósicas, 16 y 14%, respectivamente.

3°. La enteritis específica es una afección, de todas las edades, pero con un predominio marcado en el primer año, al que corresponde el 45% de todas las enteritis de la infancia.

4°. Las enteritis shigelósicas se observan con más frecuencia en los niños mayores de 2 años, 77,7%; por el contrario las salmonelósicas predominan en el primer año de edad, 78,5%.

5°. Las enteritis específicas son poco frecuentes en el lactante con alimentación específica exclusiva, 3,1% de nuestras observaciones.

6°. Los bacilos de ambos grupos pueden dar origen tanto a un cuadro de enterocolitis como a una- diarrea de tipo delgado. 7°. Las shigelas dan más frecuentemente el cuadro entero-eolítico, 57,1%, predominando éste en los niños mayores de 2 años. 85,7%; por el contrario el 100% de las formas enteríticas shigelósicas se observan en el primer año de edad.

8°. Las salmonellas originan con más frecuencia diarreas de Upo delgado 82,3%, siendo el porcentaje mayor en el primer año; de edad, 90%.

9°. Frecuentemente las shigelas y salmonelas originan enteritis cuya naturaleza infecciosa es imposible afirmar clínicamente; tan sólo por el examen bacteriológico de las materias fecales y la comprobación de aglutininas específicas en el suero sanguíneo, puede comprobarse que la enfermedad diarreica con los caracteres de una diarrea simple o de una dispepsia aguda es en realidad una enteritis shigelósica o salmonelósica.

RAC.

PENICILINA Y SÍFILIS. Una prevención

v

En una nota así intitulada se recuerda los peligros que tiene la precipitada interpretación del efecto curativo de la Penicilina en la sífilis, repitiendo que la cuestión de la curación de la sífilis debe de evaluarse por estudios de años y no de meses; y trayendo a cuentas la habilidad de *Treponema Pallidum* de permanecer dormido durante muchos años y aún manifestarse tardíamente en la segunda generación.

Abs. del "New York State Journal of Medicine, Vol 45-22 N°v- 15, 1945." RAC.

EL FACTOR PSICONEUROTICO EN LA PRACTICA OFTALMOLOGICA

Bahn, Charles A. Am. J. of Opht. 264, 1943

"El número de psiconeurosis en la práctica oftalmológica es de 75% comparado con 50% de la práctica general. Las psiconeurosis que afectan los ojos son esencialmente, debidas a desequilibrios del Sistema Neurovegetativo. Las manifestaciones sintomáticas son: visuales, sensoriales, secretoras, vasomotoras y disturbios motores. El elemento funcional de los síntomas es en general fácilmente separable de los elementos orgánicos. El único tratamiento práctico de ese elemento funcional es el de mantener hábitos higiénicos. Estos hábitos integran todos los fundamentos de la Higiene física y mental, en el tiempo adecuado, el orden apropiado y la manera más inteligente. Se detalla un programa de higiene básica y ^por medio de casos se explica e ilustra su adaptación."

Trad. de Abs. publicado en Ophthalmología Ibero-Americana, Vol, VI-3, 257-348. IV Trimestre 1944. RAC.