II JORNADA MEDICA HONDUREÑA
San Pedro Sula — Septiembre 22-25, 1955

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA
FUNDADA EN EL AÑO DE 1930

SUBSCRIPCION L 6.00
~~VOL. XXIII~~ No. 171
Año XXV

PUBLICACION TRIMESTRAL
Tegucigalpa, Honduras, C. A.

NUMERO SUELTO L 2.00
Noviembre
Diciembre, Enero 54/55

LIBRERIA "SAN ANTONIO"
CALLE DEL CINE PALACE
TEL. 35-58
TEGUCIGALPA, HONDURAS, C. A.

Siempre al servicio de todos los profesionales y estudiantes del país.—La única que ofrece sus obras con grandes facilidades de pago.
LEA TAMBIEN LA SECCION ESPECIAL DE LIBROS
PAGINA 770

Revista Médica Hondureña
Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR

DR. CESAR A. ZUNIGA

REDACTORES:

DR. J. ADÁN CUEVA

DR. ARMANDO VELASQUEZ **DR. RODRIGO GUTIÉRREZ**

Secretario Administrativo:

DR. ARMANDO PAVÓN A.

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

REPORTE PRELIMINAR SOBRE BOCIO ENDÉMICO EN HONDURAS

POR EL DOCTOR ERNESTO A. BORJAS V.
Jefe del Departamento de Nutrición. Dirección General de Sanidad Pública.

Honduras, C. A., Diciembre de 1951.

HISTORIA:

El Bocio Endémico se ha observado en todos los pueblos del mundo. En Europa, por ejemplo, está propagado en Los Alpes, y no es raro encontrarlo en otras regiones como Thürigen, Suiza, Los Cárpatos, Los Pirineos, Los Alpes Austríacos, El Tirol, etc. Varios países americanos se han empeñado en resolver este problema, y algunos estados de Norte América han logrado grandes progresos. En la República Argentina el bocio es conocido desde la época de la conquista, siendo endémico en la parte central del país, en la zona llamada precordillera y en las provincias del norte en donde se le designa con el nombre de «coto». La Ciudad de Trujillo, en Venezuela, conoció esta dolencia desde los tiempos coloniales. Los conquistadores lo llamaron «las paperas de los indios», y se cuenta que los piratas se divertían atravesando estas paperas con sus bayonetas. En un busto erigido a Sancho Briceño, que adorna una de las calles de dicha ciudad, se nota en el cuello el alto relieve de las «paperas». Un censo practicado en el Distrito Federal de la República de México, reveló 60.000 casos distribuidos en 55 poblados al sur de la Capital, y en una encuesta verificada por la Sección del Bocio, del Departamento de Sanidad, señaló a 350 municipios como bociosos, calculándose en 500.000 el número de personas afectadas.

En Perú, Colombia, la Región del Amazonas y Chile, no están libres de bocio.

Aquí en Honduras, creo que la primera encuesta que se haya' practicado sobre esta importante enfermedad carencial, fue la verificada por mi ex-compañero de estudios médicos Dr. Miguel Humberto Coello, en su pueblo natal de La Venta, en el año de 1941, y cuyo trabajo presentó en aquella época como tesis para su graduación de doctor en medicina y cirugía. De dicha tesis he sacado algunas referencias para el presente reporte.

En los demás países centroamericanos se están practicando actualmente encuestas para sacar los índices de incidencia sobre el bocio endémico y hacer las correspondientes recomendaciones. Revisando la tesis de graduación que el doctor guatemalteco Carlos Pérez Avendaño, preparó con la colaboración del INCAP en junio del corriente año, vemos que en aquella República, de 9.197 personas examinadas, se encontró que el 44% padecen de bocio.

BOCIO SIMPLE:

Se conoce por bocio simple o bocio no tóxico, la enfermedad caracterizada por el agrandamiento de la glándula tiroides. Se presenta como enfermedad endémica, esporádica, y, más raramente, como un brote epidémico. La primera forma es la más importante por el alto porcentaje de personas que afecta y por las secuelas a que da lugar.

Es común en muchas regiones montañosas alejadas del mar, pero se la observa también en regiones cercanas al océano. El bocio simple en su forma endémica se le encuentra en Europa, Asia África. En Norte, Centro y Sur América, la endemia también se manifiesta y en algunas regiones se presenta en forma realmente alarmante.

ETIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA:

La causa del bocio simple es el insuficiente aporte exógeno del yodo al organismo. Vale decir, a la falta de yodo en el agua de bebida y en los alimentos. Por excepción, la causa puede ser debida a una falta de utilización endógena del yodo; o a la acción de causas bociógenas de distinta naturaleza, entre las que cabe precisar el abandono de las tierras de cultivo, el pauperismo de las gentes, el abandono sanitario, la alimentación insuficiente, el parasitismo intestinal, etc.

Las modificaciones anatómicas en la tiroides son de distinto tipo según se trata de bocio simple difuso, o nodular. En el primer caso existe una marcada Hiperplasia con gran distensión de los folículos, repletos de substancia coloide pobre en yodo y con aplastamiento de epitelio. En el segundo caso, que suele ser una etapa ulterior de la forma difusa, se forman nódulos circunscritos constituidos ya sea por parenquima con igual apariencia que en las altera-

ciones difusas, o bien por formaciones quísticas. En bocios de larga evolución estos quistes se fibrosan, osifican o calcifican.

SINTOMATOLOGIA:

El síntoma fundamental es el bocio o «güegüecho», como corrientemente se le llama. En las zonas endémicas se presenta con una amplia variedad de tamaño y configuración en personas de todas las edades. El bocio difuso es un agrandamiento homogéneo de la glándula que puede sobrepasar en varias veces su tamaño normal. Toda la tiroides está hiperplasiada, pero habitualmente el lóbulo derecho es el más grande. En los casos que podríamos llamar moderados, sólo existe una mayor procidencia de los lóbulos que cuesta diferenciar de los individuos normales que en las zonas endémicas tienen una tiroides más grande que en las no endémicas. En los casos pronunciados, la glándula puede alcanzar el tamaño de la cabeza de un niño. En estos casos de bocio difuso, el agrandamiento es regular y la consistencia es blanda.

El bocio nodular, a veces, se presenta como un solo nódulo de tamaño variable; otras veces, se trata de nódulos múltiples de todo tamaño que producen una gran deformación. En estos casos, el agrandamiento es irregular y la consistencia más dura que en el bocio difuso.

En su expansión anormal, la tiroides puede comprimir la tráquea, el esófago y los vasos y nervios del cuello. Esto ocurre más frecuentemente y con mayor intensidad en las formas nodulares que en las difusas. La compresión de la tráquea produce desplazamiento y estenosis, con dificultad respiratoria permanente o paroxística. La compresión del esófago, mucho más rara que la de la tráquea, se traduce en sensación de cuerpo extraño y en disfagia. La compresión del vago, del simpático o del recurrente, produce trastornos cardíacos, pupilares, accesos de tos y paresia o parálisis de las cuerdas vocales. La compresión de los vasos del cuello produce, por parte de las carótidas, vértigos; y por parte de las yugulares, cefaleas, congestión, cianosis o edema cérvico-facial.

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN:

Para los fines de este estudio clasificamos como bocio toda tiroides que está aumentada más de 4 a 5 veces su tamaño normal; sabiendo que cada lóbulo tiene las dimensiones de una habichuela grande en adultos sanos. Con este criterio dividimos el Bocio Endé mico en: Difuso y Nodular o Adenoma, llamando difuso al aumento regular, consistente en uno o ambos lóbulos o del istmo de la glán dula, y Nodular o Adenomatoso al caracterizado por la presencia de uno o más nódulos en su parénquima. Además se sabe perfecta mente que la presencia de Bocio Nodular en una persona es índice invariable *que* desciende de bociosos, lo que epidemiológicamente es de mucho valor.

En cada una de las dos categorías, Difuso y Nodular, hacemos tres grupos: I, II y III. **GRUPO I** comprende:

a) Bocio Endémico Difuso I, caracterizado por: Tiroides 5 veces mayor de lo normal, palpable, superficie lisa, consistencia uniforme y no visible.
b) Bocio Endémico Nodular I, con uno o más, caracterizado por: Tiroides con nódulos en su parénquima, y aumentada de tamaño, palpable y no visible.

GRUPO II comprende:

a) Bocio Endémico Difuso II, se diferencia del Grupo I, en que es ya visible, es más grande lo mismo que el Nodular II, nódulos y glándula más grande y visible.

GRUPO III comprende:

Bocios Difusos y Nodulares francamente visibles a distancia.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

INSPECCIÓN: Denuncia la presencia de bocio grado II y más.
PALPACIÓN: Con ambos pulgares se palpa la región suave y cuidadosamente debiendo apreciar la tiroides:

1º. —Localización (a veces tiroides sumergido tras del esternón, o fuera de sitio normal).
2º. —Tamaño (Lóbulos normales, tamaño de habichuela grande).
3º. —Consistencia: suave, dura o irregular con nódulos.
4°. —Forma regular, irregular, (sólo un lóbulo, etc.)
5º. —Se hace deglutir saliva al paciente para confirmar algunos de los datos anteriores.
6º.—Además, en casos dudosos, se hará la palpación con los dedos índices y medianos de ambas manos, colocándose el Médico de pie y atrás del paciente, cuidando de que éste no contraiga los músculos del cuello, lo que se consigue fácilmente, si los pulgares del Médico mantienen la cabeza del paciente en posición correcta (ni en extensión, ni flexión). Se hace deglutir y se palpan los anillos de la tráquea.

COMPLICACIONES:

A pesar de la tolerancia o indiferencia con que se soporta un gran tumor tiroideo, especialmente en regiones endémicas, el bocio simple puede conducir a alguna de las siguientes condiciones:

1. —Crecimiento inmoderado, con gran deformidad, que afecta no sólo la estética sino también la actividad del individuo.
2. —Accidentes de compresión, crónica o aguda, por el crecimiento progresivo o por hemorragia intrafolicular con aumento brusco de tamaño.
3. —Mixedema o grados más moderados de hipotiroidismo cuando se agota la restringida capacidad productora de hormona de la glándula.

4. —Hipertiroidismo, por haber evolucionado el trastorno hacia la hiperproducción de hormona.
5.—Degeneración neoplásica maligna.
6.—En la mujer embarazada, puede producir: abortos, partos prematuros; y en el niño de tales mujeres, malformaciones congénitas y retraso físico y mental.

Cualesquiera de estas posibilidades obliga a encarar el problema del bocio endémico en toda localidad para proceder a su control.

INCIDENCIA Y PORCENTAJES DE BOCIO ENDÉMICO EN HONDURAS

A principios del mes de febrero del corriente año de 1951, vino de Guatemala a esta capital, el Director del INCAP, Dr. Nevin S. Scrimshaw, con el objeto de iniciar en este país la encuesta sobre Bocio Endémico. Al efecto, y con la cooperación de los Doctores Manuel Bueso y Federico Baltodano del Departamento de Epidemiología e Higiene Escolar, dependiente de esta Dirección General de Sanidad, comenzamos la encuesta en las escuelas primarias públicas de este Distrito Central, habiendo examinado en dicha oportunidad un total de 2.S72 personas, resultando 1.169 positivos, es decir, un 40.7%. Según se observa en detalle en el cuadro N^{9} 1 de este reporte, la mayor parte de positivos son Difuso I y II de la clasificación, siendo más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino, y en las edades de 6 a 12 años que en adultos en los que se encontró los 6 casos de forma adenomatosa o Nodular.

Nunca sospechamos encontrar una incidencia tan alta de bocio aquí en la capital puesto que aparentemente no se observa con frecuencia a simple vista, de allí la importancia de practicar siempre el examen físico por medio de la palpación para diagnosticar los casos que como he dicho, aparentemente son negativos siendo en realidad positivos y en un estado de más fácil control por la terapéutica específica.

Ya con la experiencia de la encuesta en el Distrito Central, el suscrito, solo, procedió al examen por bocio en la población escolar de varios municipios y ciudades del país, cuyos resultados están resumidos en los cuadros que se acompañan a este informe preliminar. En algunos de dichos lugares se examinaron sin embargo algunos adultos, por ejemplo en Zambrano, La Villa de San Antonio y Ajuterique.

Analizando los cuadros en referencia, observamos lo siguiente:

Cuadro 2. — Zambrano, Altitud 3 500 pies, (Departamento de Francisco Morazán). En un total de 208 examinados, encontró 74 positivos, es decir, un 35.5%. De estos positivos la mayor parte corresponde a las formas DI y DII, siendo más frecuente en preadolescentes y adultos lo mismo que su mayor incidencia corresponde al sexo femenino. Las formas nodulares, en número de 4 se observaron en adultos.

Cuadro 3.-—Villa de San Antonio, altitud 2.500 pies, (en el Valle de Comayagua). Se examinó un total de 187 personas, resultando positivos 59, o sean un 31%, de los cuales corresponde la mayor parte a pre-adolescentes y adolescentes, observándose aquí, que tanto hembras como varones están en igual proporción de positivos, aunque el número de personas examinadas en ambos sexos fue casi igual. Es de observar que aquí no se encontraron formas nodulares a pesar de haber examinado adultos y ancianos.

Cuadro 4. —La Paz, altitud 1.930 pies, (en el Valle de Comayagua). Se examinó únicamente la población escolar en un total de 382, resultando 67 positivos, o sea un 17.5%, con mayor incidencia en el sexo femenino y casi únicamente con la forma DI, siendo la mayoría de casos en pre-adolescentes.

Cuadro 5. —Tejamaní, altitud 2.000 pies, (en el Valle de Comayagua). Como en el caso anterior, únicamente se examinó la población escolar en un número de 55, dando un total de 42 positivos, o sea un 76.3%. Este alto porcentaje de positivos corresponde a las formas DI y DII, y casi en su totalidad en pre-adolescentes, siendo igual su incidencia tanto en el sexo femenino como en el masculino. .y Cuadro 6.—Ajuterique, altitud 2.000 pies, (en el Valle de Comayagua). En este lugar se examinó tanto la población escolar como la extraescolar, en un total de 163 personas, habiendo resultado positivos 119, o sea un 69.9%, de los cuales corresponde su mayor parte a pre-adolescentes y adultos, y, hecho contrario a lo normalmente observado, más frecuente en el sexo masculino. Es de notar que la incidencia en este pueblo es aproximadamente igual a la de Lejamaní, explicándose esto por la proximidad entre dichos poblados, pues solamente distan el uno del otro como uno o dos kilómetros, por consiguiente sus condiciones alimentarias y de abastecimiento de agua son las mismas.

Cuadro 7.— Comayagua, altitud 2.000 pies (en el Valle del mismo nombre). En esta ciudad, antigua capital de Honduras, se examinó la población escolar en un total de 449, habiendo resultado positivos 59, o sea el 13.1%, que en su mayoría corresponden al sexo femenino y a las edades de pre-adolescencia y a la forma DI.

Es de notar la relativamente baja incidencia de bocio tanto en esta ciudad como en la ciudad de La Paz, pudiendo ser atribuido esto al hecho de que en ambas poblaciones existe un moderno sistema de abastecimiento de agua potable.

Cuadro 8. —Guaimaca, altitud 2.500 pies, (en el Departamento de Francisco Morazán). Este poblado también se encuentra como los anteriores, situado en la región central del país. Fueron examinados 77 niños escolares de ambos sexos, habiendo encontrado un total de 12 positivos, es decir un 15.6%, porcentaje este, relativamente bajo a pesar de carecer dicho pueblo de un abastecimiento de agua potable. La totalidad de los positivos corresponde a la forma DI; la mayor parte al sexo femenino, y la casi totalidad se encontró en pre-adolescentes.

Cuadro 9. —La Venta, altitud 2.015 pies (en el Departamento de Francisco Morazán). En este pueblo, situado en la región sur del

país, fue en donde por primera vez se efectuó una encuesta parcial por bocio endémico, en el año 1941, por el Dr. Miguel Humberto Coello, cuyo trabajo presentó en aquella fecha como tesis de graduación para Doctor en Medicina y Cirugía, como menciono al princípio de este informe. En aquella época; el .Dr. Coello examinó 16 familias en dicha región con un total de 99 personas, de las cuales presentaron bocio de las diferentes formas de la clasificación en número de 91 positivos, es decir, el 92% siendo más frecuente en el sexo femenino y en las edades de adolescencia y adultez. En esta época, 10 años después del Dr. Coello, yo examiné un total de 179 personas de ambos sexos y todas las edades, habiendo encontrado un total de 116 positivos, es decir el 64.8%, correspondiendo la mayor parte al sexo femenino lo mismo que a las formas DI y DII. Unicamente aparecen en el cuadro 5 formas D3 encontrados en adultos y ancianos, lo mismo que un caso forma MI y 7 N2 y 7 N3 que corresponden en su mayor parte a adultos y ancianos, y en igual proporción para ambos sexos. Como se ve, la incidencia de bocio ha disminuido considerablemente en este lugar desde la introducción del agua potable.

Cuadro 10. —Nacaome, altitud 115 pies (en el Departamento de Valle); Esta ciudad, situada en la región sur del país, se encuentra a una distancia aproximada de 9 kilómetros del Océano Pacífico. Fueron examinados aquí un total de 305 escolares de ambos sexos, habiendo encontrado 111 positivos, o sea un 36.3%, de los cuales corresponde la mayor parte al sexo masculino, inversamente a lo generalmente observado; solamente fueron observados formas DI y DÍI, y más frecuente en pre-adolescentes, habiendo mayor incidencía, en adolescentes del sexo masculino. Es de notar la alta incidencia de bocio en esta región a pesar de su proximidad al mar, sin embargo esto no es extraño, pues ya otros investigadores han observado lo mismo, en Panamá por ejemplo.

Cuadro 11. —Choluteca, altitud 158 pies (en el Departamento del mismo nombre). Esta ciudad dista del Océano Pacífico aproximadamente unos 20 kilómetros. Fueron examinados 597 escolares de ambos sexos, habiendo diagnosticado 196 positivos, o sea un 32.6%, que corresponden en su mayor parte al sexo femenino, a las formas Di y a la edad de pre-adolescencia, sin embargo se encontró apreciable incidencia en adolescentes. Comparando los porcentajes de esta ciudad con los de la anterior, Nacaome, se observa que son aproximadamente iguales, siendo en Choluteca un poco menos a pesar de encontrarse esta ciudad más retirada del mar, que Nacaome. RESUMIENDO. —Los datos analizados en los cuadros anteriores, tenemos, que: han sido examinados hasta la fecha por bocio endémico en esta República de Honduras, un total de 5.474 personas de ambos sexos y de todas las edades, principalmente pre-adolescentes y adolescentes, habiendo encontrado un total de 2.025 positivos, o sea un 37%, de los cuales positivos, corresponden, en el sexo femenino, a las formas DI: 1.230, DII: 134, NI: 4, N2: 12, y N3: 3; y en e! sexo masculino, a las formas: DI: 556, DII: 62, D3: 3, NI: 1, N2: 3,

y N3: 4. También se observó mayor incidencia en las edades de pre-adolescencia y adolescencia.
De los datos anteriores se desprende que: 1) Que el Bocio Endémico en este país, es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino; 2) Que es más frecuente en las edades de pre-adolescencia y adolescencia; 3) Que las formas más frecuentes en estas edades son la DI y DII en ambos sexos; 4) Que las formas nodulares o adenomatosas, se observan con más frecuencia en los adultos y ancianos, también en ambos sexos; y 5) Que la incidencia en general del bocio endémico en este país, de 37%, es bastante elevada; y desde que el bocio endémico es considerado como un problema de salud pública cuando su incidencia es mayor del 10%, un porcentaje como el que arroja el presente estudio, indica una importante fragilidad en la salud, la cual debe ser atendida como se merece.

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS:

En los Estados Unidos de Norte América, Me. Collum y Simons, observaron en 1929, que en algunos estados del Norte de la Unión, muchos de los hombres, la mayor parte mujeres y niños, tenían hipertrofiada la glándula tiroides. Como un resultado del aprovisionamiento del yodo, era como sal alimenticia, la mayor parte de este mal está actualmente corregido. Se sabe también que la sal natural de los manantiales locales contiene una pequeña cantidad de yodo en forma de yoduro de sodio o de potasio. Estos mismos observadores comprobaron que en Charleston la comunidad toda usaba antes del año 1900 la sal natural tal como la obtenían de las minas y la población estaba prácticamente libre de bocio, pero después de esta fecha señalada, esta sal natural fue desplazada por la sal de mesa refinada, desde luego desnaturalizada, y desde entonces una gran proporción de los niños de escuela empezaron a mostrar un agrandamiento paulatino de la glándula tiroides. En 1923 Me. Clendon y Williams relacionaron el yodo contenido en el agua potable con la frecuencia del bocio, y al efecto establecieron en los Estados Unidos cuatro zonas así: en las regiones donde el yodo se presenta en la proporción de 0.01 a 0.10 partes por billón de agua, el número de casos de bocio es de 15 a 30 por mil personas; a 0.15 a 1,20 partes de yodo por billón de agua corresponden 5 a 15 casos de bocio; para 0.60 a 6 partes por billón de agua pertenecen 1 a 5 casos; y para una taza de 14 a 10 partes por billón, el bocio aparece en menos de un caso por mil habitantes. Me. Clendon, Barret, y Canniff en 1934 suministraron otro dato muy ilustrativo: en el Estado de Minnesota examinaron el contenido de yodo en las patatas y obtuvieron el siguiente resultado: en la región oriental de dicho Estado encontraron 85 partes de yodo por billón y 226 partes en la sección occidental. En la primera región aparece en una proporción de 19 casos por mil correspondiendo 7 casos a la segunda. Marine y Kimball, pensando que si la frecuencia del bocio es debida a la carencia de yodo, este sería prevenido administrándolo a los niños durante la edad en la cual el bocio empieza

a desarrollarse ordinariamente. Obtuvieron permiso para ensayar los procedimientos clásicos en las escuelas públicas de Ohio. Administraron yoduro de sodio en el agua de tomar. Halagador fue el resultado obtenido, pues de 2.000 niños tratados solamente 5 presentaron un ligero engrosamiento del tiroides, mientras que un número similar de niños, de la misma edad, pero que no recibieron tratamiento alguno, 500 mostraron hipertrofia tiroidea. De aquí se dedujo que el 99% del bocio simple de esta región podría ser prevenido por el yodo suministrado a la generalidad de la población. Nosotros aquí en Honduras estamos administrando en las poblaciones escolares encuestadas, 1 gota a la semana de solución saturada de Yoduro de Potasio con el objeto de combatir y prevenir el bocio endémico en dicha población.

CONCLUSIONES:

1º. —De 5.474 personas de ambos sexos y de todas las edades, examinadas hasta la fecha en este país, 2.025 resultaron positivas por bocio, dando un porcentaje de 37% que es ya muy elevado.

2°. —Es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, y en ambos sexos predominan las formas DI y DII.

3°. —Es asimismo más frecuente en las edades de pre-adolescencia y adolescencia, principalmente en las formas mencionadas anteriormente.

4º. —La administración de yodo, ya sea en solución, en forma de sal yodada, o consumiendo alimentos ricos en yodo, previene la formación de bocio, lo cual hace que ésta sea la enfermedad de más fácil profilaxis.

5º.—Por consiguiente el bocio endémico es una enfermedad carencial por deficiente ingestión de yodo, que puede retrasar el normal desarrollo físico, mental y sexual, pudiendo llegar, según el tiempo de su evolución, hasta la sordomudez y cretinismo, a la prematuridad y estado de abortos repetidos, y, en una palabra, a la degeneración de la raza.

RECOMENDACIONES:

1º. —Completar la encuesta de bocio endémico en toda la República.

2º.—Continuar con la medida profiláctica hasta ahora en uso, consistente en la administración de una gota a la semana de solución saturada de Yoduro de Potasio, mientras el Gobierno de la República obliga a los salineros a la elaboración exclusiva de sal yodada para consumo en toda la República.

3°.—Por último sólo me queda anotar aquí, las recomendaciones de la Segunda Conferencia Internacional sobre el Problema de la Nutrición en la América Latina, que tuvo lugar en Río de Janeiro en junio de 1950, y que a la letra dicen: 1.—Que los Gobiernos de los países en los cuales el Bocio Endémico es un problema de salud, tomen las medidas necesarias para la yodización de toda la sal comestible.

2.-Que la cantidad de yodo sea una parte de esta substancia por 10.000 partes de sal.

3. —Que no se use el término «Sal Yodada» porque puede significar la idea de que es una medicina. Si toda la sal para consumo humano en un.país se yodiza, no es necesario que se dé un nombre especial a esa. sal, pero sí un nombre distinto como el de «Sal enriquecida» o «Sal Standard»

4. —Que la O.M.S. suministre asistencia técnica a los gobiernos para solucionar los problemas relativos a la yodización de la sal cruda.

5. —Que la dirección apropiada de la FAO ayude a estudiar el problema del bocio y su prevención en el ganado de los países de la América Latina.

Cuadro Nº 1

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

Tegucigalpa, D. C.

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	993	1	1	0	624	35	0	1.654	39.9
F	13 a 18	198	0	0	0	210	20	2	421	52.9
F	19 a más	47	1	2	0	15	4	0	69	31.8
Total		1.238	2	3	0	840	59	2	2.144	42.2
M	6 a 12	396	1	0	0	196	11	0	604	34.4
M	13 a 18	69	0	0	0	51	4	0	124	44.3
Total		465	1	0	0	247	15	0	728	36.1
Gran Total		1.703	3	3	0	1.087	74	2	2.872	40.7

Cuadro 2

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

Zambrano (Departamento de Francisco Morazán)

Sexo	Edad Año	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	36	0	0	0	11	1	0	48	25.0
F	13 a 18	8	0	0	0	6	1	0	15	46.6
F	19 a más	37	1	3	0	19	3	3	66	43.9
Total		81	1	3	0	36	5	3	129	37.1
M	6 a 12	24	0	0	0	12	0	0	36	33.3
M	13 a 18	8	0	0	0	5	0	0	13	38.4
M	19 a más	21	0	0	0	8	1	0	30	30.0
Total		53	0	0	0	25	1	0	79	32.9
Gran Total		134	1	3	0	61	6	3	208	35.5

Cuadro 3

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

Villa de San Antonio (Departamento de Comayagua)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	36	0	0	0	17	1	0	54	33.3
F	13 a 18	12	0	0	0	4	2	0	18	33.3
F	19 a más	11	0	0	0	4	0	0	15	26.6
Total		59	0	0	0	25	3	0	87	32.1
M	6 a 12	40	0	0	0	12	2	0	54	25.9
M	13 a 18	16	0	0	0	13	3	0	32	52.0
M	19 a más	13	0	0	0	1	0	0	14	7.1
Total		69	0	0	0	26	5	0	100	31.9
Gran Total		128	0	0	0	51	8	0	187	31.0

Cuadro 4

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

La Paz (Departamento de La Paz)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	134	0	0	0	25	0	0	159	15.7
F	13 a 18	24	0	0	0	15	0	0	39	38.4
Total		158	0	0	0	40	0	0	198	20.2
M	6 a 12	147	0	0	0	15	1	0	163	9.8
M	13 a 18	10	0	0	0	11	0	0	21	52.3
Total		157	0	0	0	26	1	0	184	14.6
Gran Total		315	0	0	0	66	1	0	382	17.5

Cuadro 5

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

Lejamaní (Departamento de Comayagua)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	9	0	0	0	16	3	0	28	67.8
F	13 a 18	0	0	0	0	1	1	0	2	100.0
Total		9	0	0	0	17	4	0	30	70.0
M	6 a 12	4	0	0	0	15	4	0	23	82.6
M	13 a 18	0	0	0	0	1	1	0	2	100.0
Total		4	0	0	0	16	5	0	25	84.0
Gran Total		13	0	0	0	33	9	0	55	76.3

Cuadro 6

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDÉMICO
Ajuterique (Departamento de Comayagua)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	18	0	0	0	18	16	1	53	66.
F	13 a 18	5	0	0	0	7	14	1	27	81.4
F	19 a más	1	0	1	0	4	2	3	11	81.8
Total		24	0	1	0	29	32	5	91	72.5
M	6 a 12	9	0	0	0	17	7	0	33	72.7
M	13 a 18	1	0	0	0	1	1	0	3	66.6
M	19 a más	10	0	0	0	18	8	0	36	72.2
Total		20	0	0	0	36	16	0	72	72.2
Gran Total		44	0	1	0	65	48	5	163	69.9

Cuadro 7

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO
Comayagua (Departamento de Comayagua)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	159	0	0	0	30	1	0	190	16.3
F	13 a 18	32	0	0	0	7	4	0	43	25.5
F	19 a más	2	0	0	0	1	0	0	3	33.3
Total		193	0	0	0	38	5	0	236	18.2
M	6 a 12	172	0	0	0	12	0	0	184	6.5
M	13 a 18	25	0	0	0	4	0	0	29	13.7
M	19 a más	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total		197	0	0	0	16	0	0	213	7.4
Gran Total		390	0	0	0	54	5	0	449	13.1

Cuadro 8

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO
Guaimaca (Departamento de Francisco Morazán)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	26	0	0	0	7	0	0	33	21.2
F	13 a 18	2	0	0	0	1	0	0	3	33.3
Total		28	0	0	0	8	0	0	36	22.2
M	6 a 12	32	0	0	0	4	0	0	36	11.1
M	13 a 18	5	0	0	0	0	0	0	5	0
Total		37	0	0	0	4	0	0	41	9.8
Gran Total		65	0	0	0	12	0	0	77	15.6

Cuadró 9

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDÉMICO

La Venta (Departamento de Francisco Morazán)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	13	0	2	0	17	4	0	36	63.8
F	13 a 18	3	0	0	0	9	3	0	15	80.0
F	19 a más	15	1	2	3	15	3	3	42	64.2
Total		31	1	4	3	41	10	3	93	66.6
M	6 a 12	18	0	0	0	17	1	0	36	50.0
M	13 a 18	1	0	0	0	4	4	0	9	88.8
M	19 a más	13	0	3	4	13	6	2	41	68.2
Total		32	0	3	4	34	11	2	86	62.7
Gran Total		63	1	7	7	75	21	5	179	64 8

Cuadro 10

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

Nacaome (Departamento de Valle)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	76	0	0	0	42	8	0	126	39.8
F	13 a 18	11	0	0	0	5	1	0	17	35.2
Total		87	0	0	0	47	9	0	143	39.1
M	6 a 12	96	0	0	0	33	5	0	134	28.3
M	13 a 18	11	0	0	0	16	1	0	28	60.7
Total		107	0	0	0	49	6	0	162	33.9
Gran Total		194	0	0	0	96	15	0	305	36.3

Cuadro 11

ENCUESTA SOBRE BOCIO ENDEMICO

Choluteca (Departamento de Choluteca)

Sexo	Edad Años	Normal	Aden. 1	Aden. 2	Aden. 3	Dif. 1	Dif. 2	Dif. 3	Total	Porcentaje Positivo
F	6 a 12	208	0	1	0	89	7	0	305	31.8
F	13 a 18	22	0	0	0	20	0	0	42	47.6
Total		230	0	1	0	109	7	0	347	33.7
M	6 a 12	147	0	0	0	61	1	0	209	29.6
M	13 a 18	24	0	0	0	16	1	0	41	41.4
Total		171	0	0	0	77	2	0	250	31.6
Gran Total		401	0	1	0	186	9	0	597	32.6

TRATAMIENTO LOCAL DE URGENCIA DEL ESTASIS PAPILAR

Por el Dr. losé Gómez-Márquez Gironés

(Trabajo presentado a la Asociación Médica Hondureña en la Sesión Ordinaria del mes de enero)

Empecemos por decir enfáticamente que la paternidad de este trabajo no me pertenece en absoluto. Todas las ideas originales que en él se vean (y son muchas) pertenecen a un estudio que hizo aproximadamente en el año de 1935 el que fue mi padre y maestro. Profesor Gómez-Márquez. Fue uno de los últimos que produjo en España y con él, hizo el ingreso a la Asociación Médica Hondureña. Hubiera sido lógico que en el curso del mismo se exponen, hubieran sido llevadas a cabo en el transcurso de los años. Sin embargo no fue así; embebido por los aspectos tan interesantes que le ofrecía al Prof. Gómez-Márquez, la patología ocular hondureña, no prosiguió algo que posiblemente hubiera sido de gran valor. Fácilmente se comprende por lo tanto, las razones de que yo desentierre hoy este tema; hay desde luego motivos sentimentales y hay también otros de orden científico, como son los de actualizar un procedimiento quirúrgico para el tratamiento del éstasis papilar que puede ser muy beneficioso en nuestro medio.

Como todos sabéis, el éstasis papilar es la repercusión sobre el nervio óptico de un proceso hipertensivo intracraneal. No es por lo tanto en si una entidad nosológica de tipo local, sino el efecto en el aparato visual de un estado que incumbe mucho más al médico general y al neurólogo que al oftalmólogo. Sería prolijo enumerar todas aquellas causas capaces de provocar fenómenos hipertensivos intracraneales, pero si es interesante recordar que ellos pueden ser debidos a causas traumáticas, infecciosas y tumorales. Estos últimos son especialmente los mayores responsables del éstasis papilar. Así en los tumores del cuarto ventrículo, Babonneix y Kauffmann lo han encontrado en un 100% de los casos; en los del cerebelo entre 88 y 90% según los trabajos de Gibbs, Stahli y Martín; para los de epífisis, Uthof da un 75%; los del lóbulo occipital 78%; 85% según Martín para los de las regiones parietales; para los de los lóbulos temporales, un 53% y para los de la protuberancia un 68%. Solamente, como es de todos sabido, los tumores bacilares dan un índice de éstasis papilar muy pobre.

El cuadro del éstasis papilar es bien popular para el médico general: prominencia del disco papilar, difusión de los bordes papilares, estrechez de las arterias, engrosamiento de las venas, tortuosidad de unos y otros y hemorragias. Sin embargo, antes de llegar a este cuadro claro, el nervio pasa por dos fases previas: la de la simple hiperemia y la del edema papilar. Por demás está decir que lo ideal es poder hacer el diagnóstico, cuando no se ha alcanzado aún el cuadro del éstasis franco, ya que entonces las lesiones que se han verificado sobre las fibras del óptico, son con frecuencia tan graves que pueden considerarse irreversibles. No es posible establecer cuanto tiempo después de haberse establecido un éstasis empiezan a sobrevenir los transtornos visuales, ya que ello varía radicalmente de un caso a otro, pero sí podemos afirmar que con demasiada frecuencia, el proceso es rápido y que cuando llega a hacerse el diagnóstico etiológico de la hipertensión intracraneal y se lleva a cabo la terapéutica correspondiente es ya demasiado tarde y el nervio se ha atrofiado, condenando al paciente, si es que sobrevive, a una ceguera absoluta.

Prescindiremos de recordar las diversas teorías que se han emitido inmediatamente para explicar la patogenia del éstasis papilar, y pasaremos a meditar acerca de cómo el edema del nervio óptico (segunda fase del proceso hipertensivo intracraneano), llega a producir el éstasis papilar, la estrangulación del nervio y por ende, la atrofia del mismo con sus fatales consecuencias funcionales. Si observamos los esquemas correspondientes a la Fig. N^9 1, veremos que en un primer estadio el nervio edematoso apenas si cabe en el interior del anillo esclerocoroidal o sea la entrada del nervio mismo en el interior del globo; en una segunda fase, la vaina continúa su ensanchamiento, al mismo tiempo que el anillo esclerocoroideo, rígido e inextensible no puede ceder, lo cual da lugar a que la papila empiece a hacer prominencia; en un tercer estadio, la incompatibilidad entre el grosor del nervio y el anillo tantas veces mencionado, provoca una verdadera luxación de la papila hacia el interior del globo: la estrangulación está en marcha y más tarde, la atrofia. Supongamos ahora, en plan de mera hipótesis, que el anillo esclerocoroidal no existiera, que la esclerótica y la coroides se interrumpieran mucho antes de llegar al polo posterior del globo: ¿Cuál sería la consecuencia lógica? La Fig. N^9 2 nos aclarará rápidamente esta pregunta: el nervio se enchancharía por el edema como en el caso anterior pero faltando el agente constrictor, es decir el anillo esclerocoroideo, no habría más que edema, no produciéndose el éstasis y por lo tanto, tampoco la atrofia. Ahora bien, lo que acabamos de exponer no se trata hasta cierto punto de un caso meramente hipotético; la clínica nos muestra una serie de casos en los que el anillo esclerocoroideo está reducido a una mínima expresión por lo menos en lo que a resistencia y rigidez se refiere. En efecto, es un hecho comprobado que en los niños, el éstasis papilar es sumamente raro, cuando hay procesos intracraneanos hipertensivos y ello forzosamente lo tenemos que relacionar con la realidad de que en él, la esclerótica, como todos los demás tejidos de su organismo

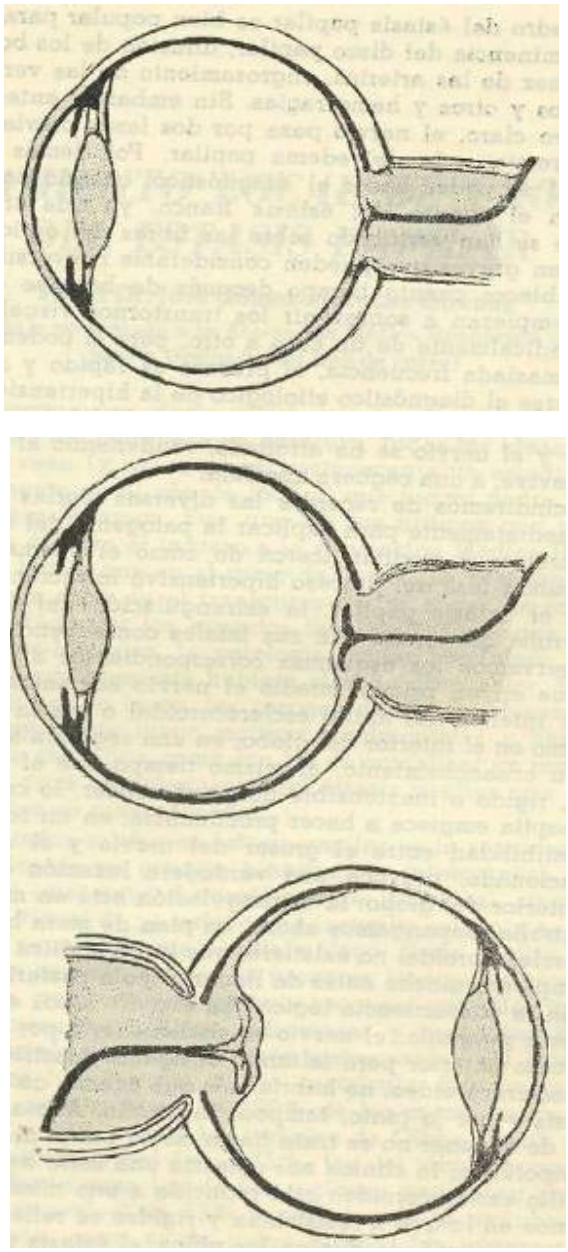
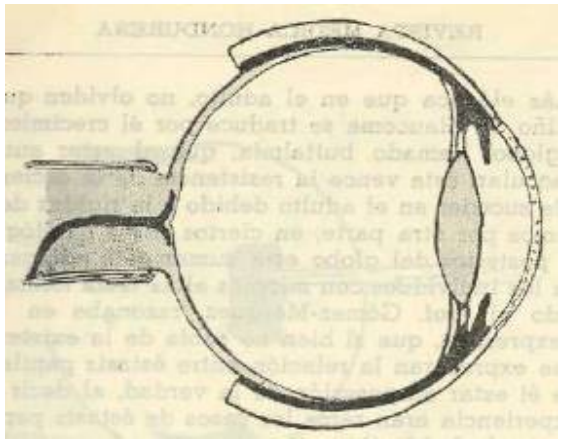
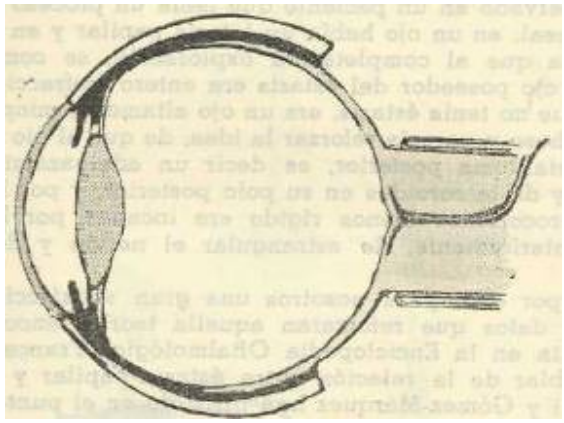


Figura N? 1





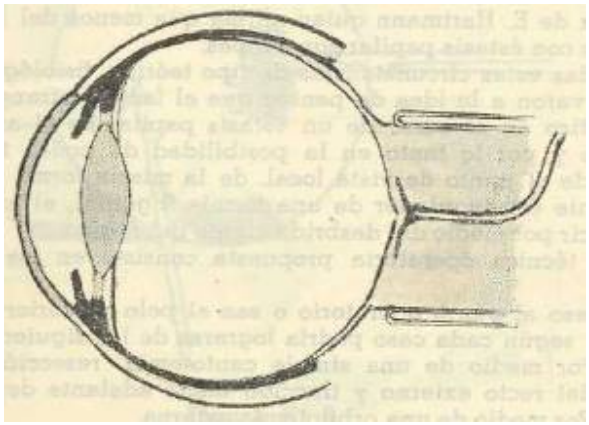


Figura Nº 2

es mucho más elástica que en el adulto, no olviden que así también en el niño, el glaucoma se traduce por el crecimiento desmesurado del globo, llamado buttalmia, que al estar aumentada la presión intraocular, ésta vence la resistencia de la esclerótica, cosa que no puede suceder en el adulto debido a la rigidez de la misma.

Pensemos por otra parte, en ciertos casos patológicos en los que el polo posterior del globo está sumamente adelgazado, como es el caso en los individuos con miopías altas (esta forma posterior).

Cuando el Prof. Gómez-Márquez, razonaba en 1935 sobre este punto, expresaba, que si bien no sabía de la existencia de estadísticas que expresaran la relación entre éstasis papilar y miopía alta, sí creía él estar en posesión de la verdad, al decir que según su propia experiencia eran raros los casos de éstasis papilar en los miopes. Es más, le había llamado extraordinariamente la atención un caso observado en un paciente que tenía un proceso hipertensivo intracraneal: en un ojo había un éstasis papilar y en el otro no; pero sucedía que al completar la exploración, se comprobó que mientras el ojo poseedor del éstasis era entero (refracción normal) el otro el que no tenía éstasis, era un ojo altamente miope. Esto era muy sospechoso y parecía reforzar la idea, de que el ojo miope, que tenía un estafiloma posterior, es decir un adelgazamiento de la esclerótica y de la coroides en su polo posterior, y por lo tanto un anillo esclerocoroideo menos rígido era incapaz por las razones aducidas anteriormente, de estrangular el nervio y de provocar el éstasis.

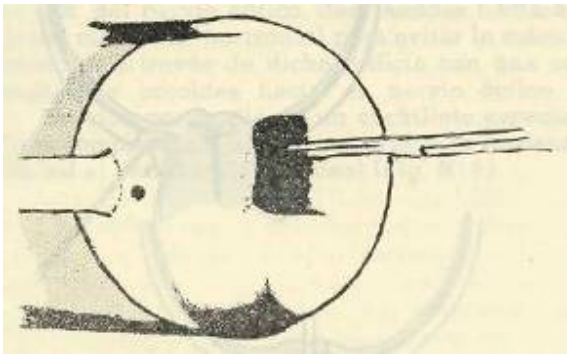
Fue por ello, para nosotros una gran satisfacción, cuando recopilando datos que reforzaran aquella teoría, encontramos la siguiente cita en la Enciclopedia Oftalmológica Francesa del año 1939 al hablar de la relación entre éstasis papilar y refracción: «Marchesani y Gómez-Márquez han insistido en el punto de que si hay desigualdad de refracción en los dos ojos, el ojo miope es el que sufrirá el éstasis menos intenso». Y más allá se publica una estadística de E. Hartmann quien afirma que menos del 14% de los individuos con éstasis papilar son miopes.

Todas estas circunstancias de tipo teórico, fisiológico y patológico, llevaron a la idea de pensar que el factor estrangulador del nervio óptico en el curso de un éstasis papilar es el anillo esclerocoroideo y por lo tanto en la posibilidad de poder tratar estos casos desde el punto de vista local, de la misma forma que se trata el agente estrangulador del una hernia inguinal, el anillo inguinal, es decir por medio del desbridamiento del mismo.

La técnica operatoria propuesta consiste en los siguientes tiempos:

1º.—Acceso al punto operatorio o sea al polo posterior del ojo, lo cual según cada caso podría lograrse de las siguientes formas:

a) Por medio de una simple cantotomia, resección temporal del recto externo y tracción hacia adelante del globo.
b) Por medio de una orbitotomía externa.
c) Por medio de una operación de Kronlein (resección temporal de la pared orbitaria externa).



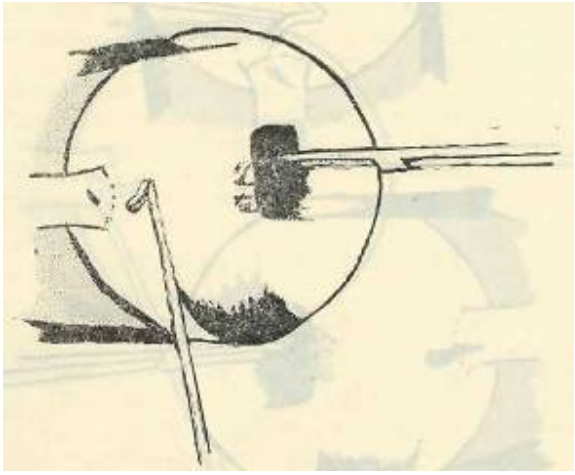
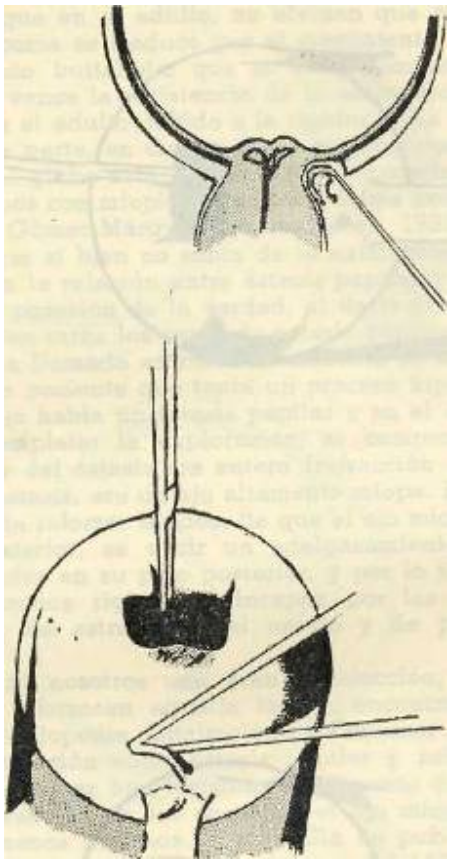


Figura N? 3



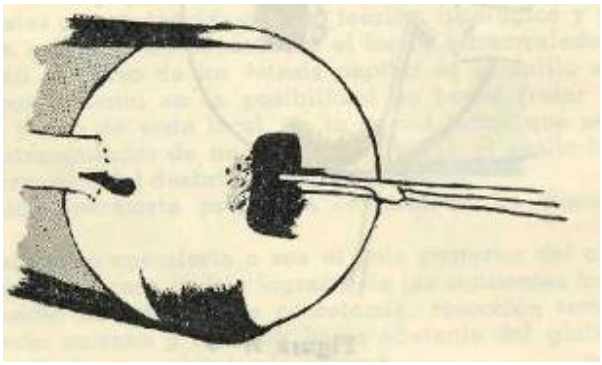


Figura N? 4

2?.—Perforación de la esclerótica por medio de un trépano de Elliot a dos mm. del nervio óptico, desviándose hacia arriba o hacia abajo del meridiano horizontal para evitar la mácula (Fig. N° 3).

3?.—Penetración a través de dicho orificio con una espátula entre esclerótica y coroides hacia el nervio óptico (Fig. N? 4)- Sección por medio de un cuchíllete especial de! colgajo escleral comprendido entre el nervio y la trepanación, seccionando así el anillo esclerocorneal (Fig. N? 5).

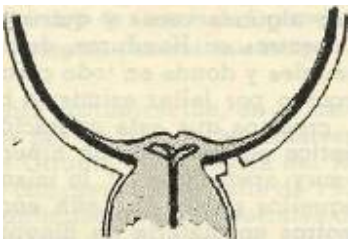
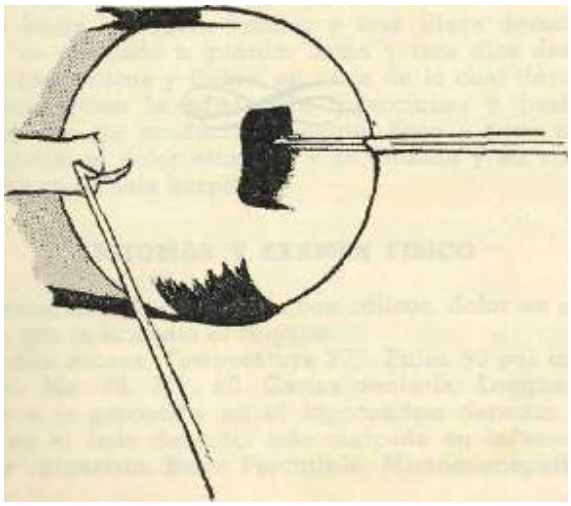


Figura N? 5

Con el objeto de facilitar el tiempo operatorio más arriba mencionado, el Prof. Gómez-Márquez hizo construir un instrumento adecuado, consistente en una espátula acanalada curva que presenta en su interior un cuchillete que es posible accionar mediante un dispositivo, en el mango del mismo.

El Prof. Gómez-Márquez y nosotros mismos, hemos realizado la intervención en cadáveres y estamos ahora tratando de experimen-



tar en animales con el fin de adquirir la destreza necesaria antes de operar en casos de enfermos con éstasis. Los riesgos quirúrgicos, **a**

primera vista, son los de posibles lesiones a los vasos y nervios filiares, a los vasos papilares y a las fibras ópticas. Es por ello que deseamos comprobar los efectos de la intervención en seres vivos antes de proceder a arreglar la operación debidamente.

No querríamos terminar sin hacer hincapié en que esta intervención debe considerarse única y exclusivamente como tratamiento de urgencia de los casos de éstasis papilar con el fin de evitar los efectos terriblemente nocivos de la hipertensión intracraneal sobre el nervio óptico mientras se establece el tratamiento causal, que puede ser médico algunas veces y quirúrgico en mayor parte de los casos. Entre nosotros en Honduras, donde la cirugía neurológica está aún en pañales y donde en todo caso, se llega a ella después de un largo proceso por faltar asimismo buen número de medios de diagnóstico, creemos que esta operación local, dedicada a proteger el nervio óptico en los casos de "hipertensión intracraneal puede rendir frutos muy apetecibles. Y lo mismo que en Honduras podemos decir de aquellos países que aún encuentran las mismas dificultades que nosotros en materia de diagnóstico neurológico y del consecuente tratamiento quirúrgico.

PERFORACIONES INTESTINALES POR PARÁSITOS

DOCTOR R. GUTIÉRREZ LÓPEZ
Del Servicio de Cirugía de Urgencia del
Hospital General San Felipe

Baso la presente comunicación, en el estudio de seis pacientes con perforaciones por parásitos intestinales, que nos tocó atender en el servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital General San Felipe, en el período comprendido de julio de 1954 a febrero de 1955.

Expondré a continuación los historiales de los enfermos estudiados, con hallazgos quirúrgicos, curso, etc., haciendo al final el comentario de los puntos de mayor interés.

FICHA *N°* 6.077.—Isidoro Alonso Vargas, de 40 años, labrador, soltero, nacido y residente en Comayagüela, D. C. Ingresa a la sala de Medicina de hombres el 12 de julio de 1954.

S. P.—Dolor en el hipocondrio derecho.

HISTORIA.—Refiere que hace doce días, principió su enfermedad, con dolor por debajo de las últimas costillas del lado derecho, sin irradiaciones y que se le acentuaba al respirar. Al día siguiente de su inicio, y después de una calma nocturna reaparece el dolor, ya más violento, y dándole sensación de una estocada irradiándose hacia la región lumbar y fosa ilíaca derecha, siendo continuo, se ve obligado a guardar cama y tres días después aparece diarrea con cólicos y fiebre, en vista de lo cual decide consultar un médico, quien le administra inyecciones y pastillas cuya naturaleza ignora sin producirle mejoría. Poco a poco se debilita, aparece anorexia, el dolor aumenta y se difunde y en vista de esto decide internarse en este hospital.

SÍNTOMAS Y EXAMEN FÍSICO

Anorexia, debilidad, diarrea con cólicos, dolor en el hipocondrio derecho que le aumenta al respirar.

Nutrición escasa. Temperatura 37°, Pulso 90 por minuto. Presión Arterial: Mx. 90, Mn. 80. Caries dentaria. Lengua: saburral. Tórax: dolor a la percusión en el hipocondrio derecho. Abdomen: Resistencia en el lado derecho, más marcada en la zona superior, fosa ilíaca y epigastrio. Bazo: Percutible. Microadenopatía inguinal bilateral.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: G. **R:** 4.000.000. G. B.: 16.500. Hgb.: 60%.
Fórmula leucocitaria: N: 72%. L: 22%. E: 6%.
Orina: sin particularidades.
Heces: Huevos de Ascárides y de Tricocéfalos.
Rayos X: Ligera elevación de la cúpula diafragmática derecha
Pulmones: Normales.

1°.—Colecistitis Aguda (Empiema).
2°.—Abceso Subfrénico.

Se le trata con antibióticos, depropanex, bolsa de hielo en el hipocondrio derecho y antianémicos, sin lograr mejoría. La fiebre continúa con grandes oscilaciones y el día 6 de julio, al ser llamados en consulta vemos con el Dr. Virgilio Banegas al paciente, y le encontramos marcada resistencia en la pared abdominal, tacto recial doloroso, etc.; es decir, un abdomen agudo típico que atribuimos a la ruptura de un probable empiema vesicular.

HALLAZGO QUZBURGICO

Al abrir la cavidad abdominal hay salida de gas fétido y presencia de líquido sero-purulento, todo el peritoneo está congestionado. Explorando, encontramos en el ciego, una tumoración que avanza hasta la mitad del colon ascendente, dura, irregular, pared nodulosa con dehicencias en algunos sitios que sólo los cubría la serosa. Habían también ganglios mesentéricos hipertrofiados. En el colon transverso y cerca del ángulo hepático encontramos otra tumoración con las mismas características que la anteriormente descrita, cubierta en parte por el epiplon, en la que, al liberar encontramos una perforación como de un centímetro de diámetro.

De inmediato nos parece encontrarnos con un carcinoma avanzado de colon y tomamos biopsia cerrando la perforación.

En el post-operatorio sigue la fiebre y a los dos días aparece diarrea que luego se torna sanguinolenta falleciendo el paciente a los seis días de operado.

INFORME ANATOMOPATÓLOGO© N* 1.641

Colitis amibiana. Ulceras y perforación de pared.

FICHA N° 4,855.—María Josefa Girón, de 45 años, oficios domésticos, nacida y residente en Talanga, Departamento de Francisco Morazán.

Ingresa el 3 de enero de 1-954 a la sala 1? de Medicina de mujeres.

S. P.—Diarrea y Edemas.

Desde hace 15 días, asientos frecuentes, líquidos, con muco-

sidades y a veces con sangre, acompañándose de cólicos y con una frecuencia de 15 a 20 en las 24 horas. Desde la misma fecha, vómitos biliosos y anorexia. A los dos días después de haberse declarado su enfermedad, notó edemas en los miembros inferiores que fueron ascendiendo progresivamente hasta generalizarse.

SÍNTOMAS

Debilidad, cefalea, anorexia, vómitos biliosos (pocos), diarrea con cólicos y edemas generalizados.

Estado general decae. Temperatura; 38°. Pulso: 100 por minuto, Presión Arterial: Mx. 60, Mn. 30. Conjuntivas: pálidas, edema palpebral; lengua: saburral un poco lisa; faltan piezas dentarias, y las que existen están en mal estado. Abdomen: distendido (no exageradamente), dolor a la presión, más marcado en la fosa ilíaca izquierda, peristaltismo abolido, macicez hepática borrada, hay edema marcado en la pared abdominal, ginecológico: dolor marcado al presionar fondos de saco, tacto rectal muy doloroso, miembros inferiores: marcado edema.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Heces: Tricomonas Activas, Huevos de Ascárides, Uncinaria.
Orina: Sin particularidades.
Sangre: Reacción de Kahn: Negativa.
Recuento Globular: G. R.: 4.520.000. G. B.: 14.750.
Fórmula Leucocitaria: N: 84%. L: 8%. E: 8%.
Rayos X: Signos de Peritonitis. Líquido libre. Probable perforación.

Se le traía durante doce días con soluciones salinas y glucosadas isotónicas, plasma, vitaminas, medicación antidiarreica y cloroestrep. Al duodécimo día se inicia un cuadro abdominal agudo por lo que somos llamados de la sala de Medicina donde encontramos la paciente con un cuadro franco de peritonitis, hacemos diagnóstico de ruptura intraabdominal de víscera hueca, trasladándola inmediatamente a la Sala de Operaciones; ya entonces no pudo medirse la Presión Arterial por no percibirse.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

Al abrir cavidad abdominal, hay salida de gas fétido y líqui do sero-purulento libre. Explorando encontramos una perforación en el colon Sigmoide, tomamos biopsia de los bordes de la úlcera que luego suturamos y se practica después Colostomía en el transverso.

INFORME ANATOMAPATOLOGICO N?

Ulcera Sigmoidea amibiana perforada.

La paciente fallece a los dos días después de operada.

FICHA Nº 1.496. —Emilio Fermín Cruz, de 27 años, alfarero, hondureño, nacido en Santa Ana y vecino de San José ambos en el Departamento de Francisco Morazán.

Ingresó el 22 de febrero de 1955 a la sala 1? de Cirugía de hombres.

S. P.—Dolor abdominal y vómitos.

HISTORIA.—Desde hace cuatro meses nota que al ingerir bebidas alcohólicas se le presentan cólicos y diarreas. Estos accesos dolorosos se han repetido con intervalos de aparente calma. Hace dos meses, nuevo y fuerte ataque doloroso con diarrea que desapareció con unas inyecciones de emetina que le pusieron en la Sanidad. Al mes reaparecen los trastornos y hace dos días aparece violento dolor en todo el abdomen, continuo, con algunas exacerbaciones, acompañado de diarrea muco-sanguinolenta, durando esta última sólo algunas horas, pero el dolor aumenta por lo que decide internarse en este Hospital.

SÍNTOMAS

Debilidad, cefalalgia, anorexia, náuseas, vómitos, disnea, dolor agudo generalizado en el abdomen continuo y con algunas exacerbaciones, retención de materias fecales y gases desde hace 40 horas.

SIGNOS

Estado general decae. Temperatura: 38°. Pulso: 100 por miminuto, débil. Presión Arterial: Mx. 50. Facies peritonítica, piel untuosa, mucosas secas dentadura incompleta y con caries, ruidos cardíacos: débiles. Abdomen distendido, doloroso aún a la palpación superficial, peristaltismo abolido, la macicez hepática ha desaparecido totalmente, tacto rectal sumamente doloroso.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Recuento Globular. G. R.: 3.720.000. G. B.: 7.700.

T. de C: 3 minutos.

Fórmula Leucocitaria: N: 69%. L: 22%. E: 9%.

Heces: Colibacilos, Células de Pus.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

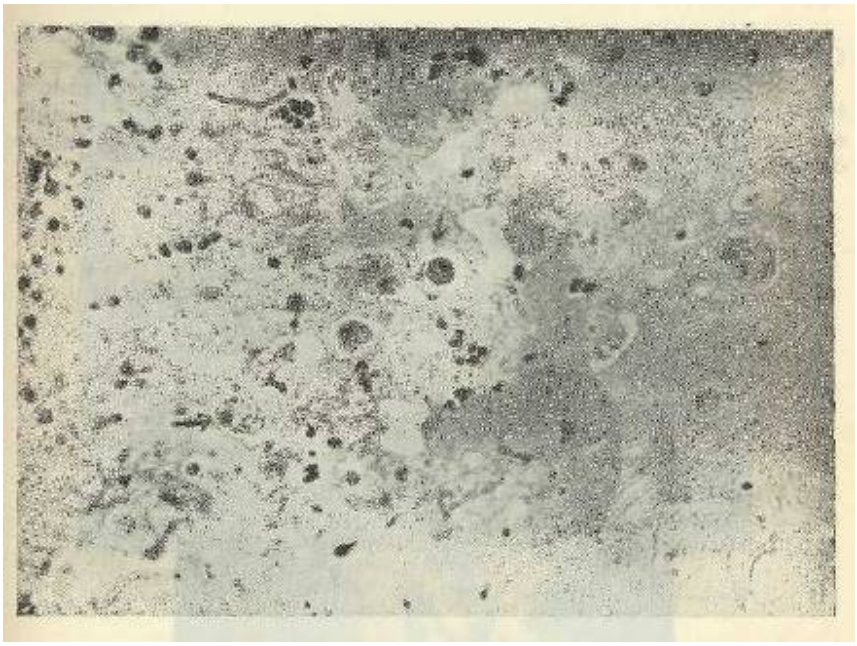
Al abrir cavidad abdominal hay salida de gas fétido y líquido sero-purulento. Al hacer limpieza y explorar, encontramos una perforación en el colon Sigmoide de un centímetro de diámetro.

alrededor de esta úlcera el colon está sumamente friable se toma biopsia del borde de la úlcera y se sutura practicando después una colostomía en el transverso.

INFORME ANATOMOPATOLOG1CO N* 2.191

Ulcera amibiana del Sigmoide perforada.

Al segundo día del post-operatorio funciona su intestino pero el estado general del paciente no mejora y muere al cuarto día.



Corte de Colon de una *de* nuestras pacientes. Véase las amibas en gran abundancia en las paredes de este

FICHA N? 7.684.—Pablo Moneada Hernández, de 35 años, albañil, soltero, nacido en Guatemala y residente en Comayagüela, D. C, Barrio «La Chivera».

Ingresa el 12 de septiembre de 1954.

S. P.—Dolor Abdominal.

HISTORIA.—Hace 46 horas después de la comida de la tarde, sintió fuerte dolor en la región umbilical, que luego se generalizó en todo el abdomen; poco después aparecieron vómitos, los que, al igual que el dolor, persistieron aumentando en intensidad y en vista de ello disponen darle en su hogar un brevaje que le prepararon en Teupasenti (un curandero), después de lo cual el paciente se siente desmayado y pierde el conocimiento; en esas condiciones es traído a este Hospital.

EXAMEN FÍSICO

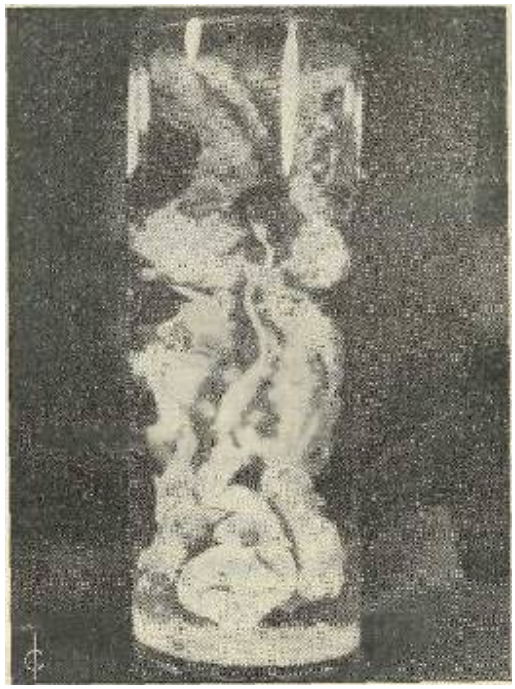
Al ingresar el paciente presenta un estado general precario, facies peritonitica, marcada polipnea, pulso 130 por minuto filiforme, temperatura: 36.8°, no e-s posible medir la.tensión arterial.

Al examen loca] encontramos: ligera distensión y rigidez de madera en el abdomen, silencio a la auscultación del mismo, desaparición de la macicez hepática a la percusión y tacto rectal sumamente doloroso.

EXÁMENES **COMPLEMENTARIOS**

Sólo se practica recuento globular que nos da: G. R. 4,830.000, G. B. 6.650 y T. de C: 2 minutos.

Con el vago diagnóstico de Abdomen Agudo, se traslada a la Sala de Operaciones, donde se le administran 500 c. c. de sangre que se complementan durante la. operación con 1.000 c. c. de cloruro de sodio.



Tenia que causó perforación y oclusión intestinal. (Pieza del museo Anatomo-Patológico de Tegucigalpa

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

AI practicar celiotomía, hay salida de gas fétido y gran cantidad de líquido sero-purulento, el cual retiramos en parte por as-

piracíón. Las asas intestinales están cubiertas de membranas blanquecinas friables. Explorando encontramos en el íleon a unos 90 centímetros de su porción terminal, una masa formada por invaginación **ílio-ileal** y por encima de ésta una perforación. Reducimos **con** facilidad la intususección y suturamos la perforación. Al proceder **a** la completa limpieza del líquido libre de la cavidad abdominal, encontramos en el fondo de la pelvis una tenia, la que extraemos comprobando que se encuentra completa.

El paciente fallece el día 13 de septiembre de 1954.

Tenia encontrada en la pelvis, después de haber perforado **el Ilion Terminal**

FICHA N? S.353. —Rosa Romero Núñez, de 16 años, soltera, nacida y residente en **Talanga, Departamento** de Francisco Morasan, ingresa el 18 de noviembre de 1954.

S. P,—=-Dolor abdominal agudo.

HISTORIA.—Refiere que hace tres días después de la comida del mediodía, sintió moderado dolor en la fosa Ilíaca y flanco izquierdos que fue aumentando en intensidad hasta hacerla guardar cama; ese mismo día, tuvo vómitos alimenticios y por la noche le administraron un purgante de aceite de ricino. El siguiente día, los vómitos se tornaron porraceos y el dolor se acentuó, dándole nuevamente otro purgante de la misma naturaleza. Su estado fue cada vez más delicado y por la madrugada del siguiente día le administran un tercer purgante de sulfato de magnesia, pero siguiendo cada vez peor, deciden traerla a este Hospital al tercer día de haberle empezado su enfermedad.

SINTOMAS **Y SIGNOS**

Sed intensa, retención de materias fecales y gases desde hace tres días, el dolor abdominal y vómitos antes mencionados.

Constitución general precaria, marcada palidez, facies peritonítica, piel untuosa, mucosas secas, pulso filiforme y ruidos cardíacos débiles. Abdomen: Distensión, rigidez de la pared, dolor a la palpación, más marcado en la fosa ilíaca y flanco del mismo lado, a pesar de la rigide2 se percibe vagamente una masa móvil en el lado izquierdo, silencio abdominal a la auscultación. Por el tacto rectal, el cual es doloroso, se palpa una masa en el hipogastrio hacia el lado izquierdo que al moverla exacerba el dolor.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Recuento globular. G. R.: 2.900.000. G. B.: 28.050. T. de C.: 1 minuto 10 segundos.

Rayos X: Flat de Abdomen: Evidencia de masa abdominal en el lado izquierdo. íleo paralítico reflejo.

Con diagnóstico de oclusión intestinal es trasladada a la Sala de Operaciones.

HALLAZGOS QUIRÚRGICO?

Al practicar celiotomía hay salida de gas fétido y encontramos la cavidad llena de trasudados sero-sanguinolentos. Explorando encontramos un asa del íleon distal, retorcida y necrótica y comprobamos en ella la presencia de tres ascárides que habían perforado la pared a nivel de su borde libre, presentado más de la mitad de su cuerpo fuera del intestino. En la parte inferior del asa necrosada encontramos una intususección. Se reseca el asa y se practica entero-anastomosis. Cuando abrimos la pieza operatoria comprobamos en ella la presencia de ascárides.

INFORME ANATOMGPATQLOGICO

Ascáridiasis intestinal. Perforación, gangrena, vólyulus e intususección intestinal. La paciente fallece el 17 de noviembre a las 2 a. m.

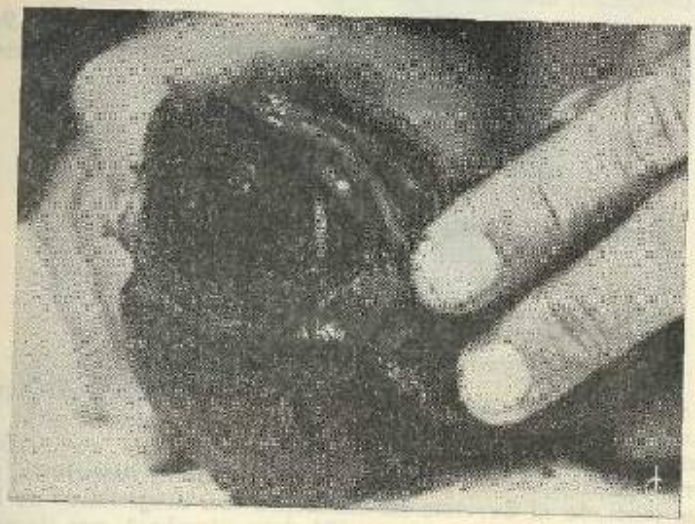
FICHA N? 10.062.—Ventura Anariba Hernández, de 54 años, labrador, casado, nacido y residente en Comayagüela, D. C.

Ingresa el 19 de noviembre de 1954.

S. P.—Diarrea, Hemorroides y dolor en el Abdomen.

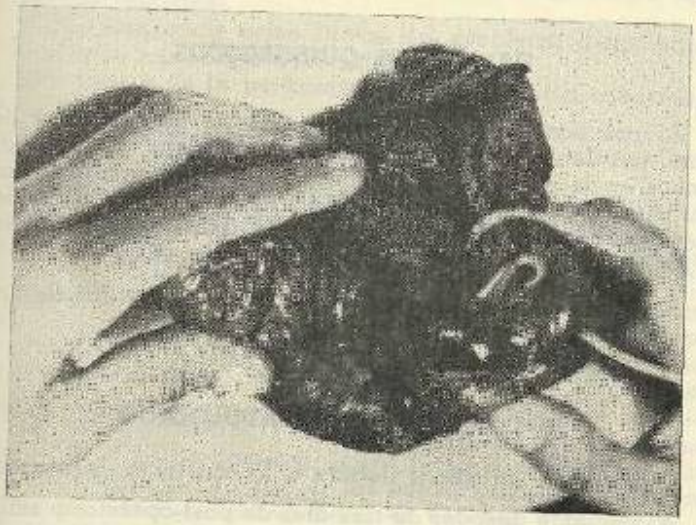
HISTORIA.—Refiere que hace 15 días principió su enfermedad con diarrea acompañada de retortijones y tenesmo; tomó varias medicinas caseras y bismuto, sin lograr mejoría; poco antes de ingresar a este centro defecó negro y un poco de sangre fina, por lo

que dispuso tomar un purgante, y después de ésto sintió aumentar sus molestias y decidió ingresar en este Centro. También nos dice que desde hace 12 años viene padeciendo de cuadros similares de



Ilion mostrando invaginación y ascaride intraluminal

manera periódica y hasta fue operado (apendicectomía) en uno de estos ataques dolorosos, recayendo al poco tiempo (15 días después).



Ilion mostrando 3 ascarides que tenían más de la mitad de su cuerpo fuera del intestino

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Debilidad, anorexia y diarrea que antes mencionamos.

Paciente adinámico, desnutrido, temperatura: 37.5°. Pulso: 100 por minuto a la palpación dolor en el epigastrio y punto cístico, moderado dolor en el cuadro cólico, hemorroides externos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Reacción de Welch Stuart: Negativo.
G. R.: 4.000.000. G. B.: 12.050.
Fórmula Leucocitaria: N: 68%. L: 30%. E: 2%.
Heces: Huevos de Ascárides y de Tricocéfalos.
Orina: Sin particularidades.
Impresión diagnóstica: Hemorroides.

El enfermo permanece en la Sala 1° de Cirugía de Hombres cinco días, se le practican exámenes complementarios y se le da tratamiento sintomático para la diarrea. El 23 de noviembre los trastornos aumenta, hay tuerte dolor abdominal y disenteria; por lo cual se traslada al Servicio de Medicina con diagnóstico de Disentería Amibiana. Al día siguiente (24 de noviembre), nos llaman del Servicio de Medicina y le encontramos un abdomen agudo típico que atribuimos a perforación de viscera hueca intra-abdominal e inmediatamente se traslada a la Sala de Operaciones.

HALLAZGOS QUIHURGICOS

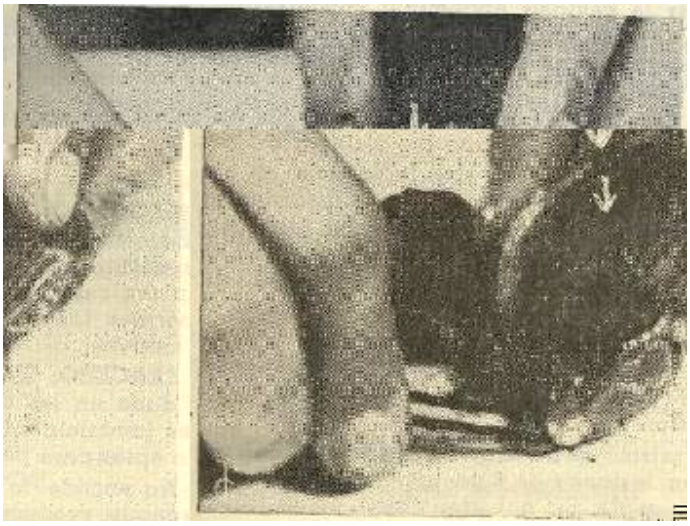
Al practicar celiotomía hay salida de gas fétido y líquido sanguino-purulento que extraemos por aspiración. Explorando encontramos en la parte distal del íleon, una masa necrótica formada por intususección íleo-ileal e inmediatamente por encima de ella una perforación como de un centímetro de diámetro aproximadamente. Se extirpa el asa y se practica entero-anastomosis.

Al abrir la pieza operatoria encontramos, ovillos de Tricocéfalos que obstruían prácticamente la luz intestinal.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Perforación Intestinal debida a Tricocéfalos. Intususección.

El paciente después de tres días de post-operatorio satisfacto rio, presenta diarrea rebelde a todo tratamiento y fallece a los 15 días (11 de diciembre de 1954).



Las flechas señalan el logar de la perforación y un ovillo de Tricocéfalos en La Luz Intestinal

COMENTARIOS

Como puntos de interés en el presente estudio se destacan:

1º—La frecuencia de la perforación corno complicación del parasitismo intestinal.
2º. —Dicha frecuencia como índice del problema social que el parasitismo representa en nuestro país.
3º—Mecanismo de la perforación e intususección concomitante
4º. —La Letalidad. 5º.—Su frecuencia en adultos. 6º.—Terapéutica a seguir.

PRIMERO: Con solo los casos presentados, se prueba de manera categórica que nuestro pueblo masivamente parasitado, es frecuente la más rara y más peligrosa complicación del parasitismo intestinal. «LA PERFORACIÓN», y que debemos pensar en ella y tenerla en mente, siempre que se nos presenten cuadros abdominales agudos de obscura etiología.

Vale la pena apuntar que se han presentado otros casos, que aunque no los incluyo de manera formal en este estudio por falta de datos estadísticos, sí dejaré constancia de algunos de ellos, entre otros: una perforación y oclusión intestinal por Tenia encontrada por el Dr. Virgilio Banegas, (cuya pieza se encuentra en nuestro museo de Anatomía Patológica) las encontradas por él Dr. José Ramón Durón, Lázarus, Gómez-Márquez Girones y otros que por el momento a nuestra mente escapan; y finalmente mencionaré el. caso de un cadáver destinado a la enseñanza de técnica quirúrgica, que,

sería de suponer que por la alta incidencia del parasitismo infantil, debería ser en ellos más frecuente la Perforación.

SEXTO: En cuanto a la conducta terapéutica a seguir en el post-operatorio y refiriéndose exclusivamente a la encaminada a combatir los Helmintos poco o nada nos dicen nuestros libros, de ahí, nuestra indecisión de aplicar terapéutica antihelmíntica al presentarse estos casos.

En uno de estos pacientes discutimos con el Jefe del Servicio de Cirugía acerca de si sería o no beneficioso, administrarle preparados á base de Papaína, pero la inseguridad tardo nuestra decisión y vimos morir el enfermo 15 días después de operado, sin haber probado un medicamento que tal vez hubiera podido evitarlo.

BIBLIOGRAFIA

Koury y Basnuevo'--Helmintología, Tomo 2.

F. H. Manson-Bahr.—Parasitología, F.

Christopher.—Patología Quirúrgica. ■

N. Héning. —Nociones de Gastroenterología.

Kantor. —Sinopsis de las Enfermedades del Tubo Digestivo.

Berman.—Sinopsis de Cirugía. .< || .

P. Krause.—Diagnóstico Clínico dé las Enfermedades Internas.

Hardy.—Sinopsis de Diagnóstico Quirúrgico de las enfermedades agudas del abdomen.

. Compendio Médico N" -53 de Julio y septiembre de 1949, Página 6. - ■

Tratamiento Ambulatorio de la Tuberculosis

Consideraciones Acerca de su Estado Actual en Honduras

Trabajo presentado por el

DOCTOR CARLOS CAMINOS D.,

Jefe del Dispensario Anti-Tuberculoso de la Dirección General de Sanidad de Honduras, ante el VI Congreso Médico Centroamericano, celebrado en la ciudad de Tegucigalpa, D. C, del 1* al 5 de Diciembre de 1954.

La tuberculosis constituye uno de los problemas de mayores proyecciones en el desenvolvimiento y desarrollo de los pueblos, tanto como problema médico, como por ser uno de los más graves y complejos problemas socio-económicos.

Abordar el tema T.B. en cualesquiera de sus aspectos, es y será por mucho tiempo, una actividad que tendrá por objeto procurar sentar pautas que normen y contribuyan a la resolución de una plaga social, que para mayor desgracia ataca a individuos en plena actividad vital, y por consiguiente son la esencia y eje en donde gira la economía de los pueblos. Quiero con este pequeño ensayo acerca del tratamiento ambulatorio de la T.B. pulmonar, exponer conceptos que aunque ya conocidos por vosotros en algo contribuirán al mejor desarrollo de la lucha anti-tuberculosa en Centro América. Así como aprovechar esta oportunidad para hacer algunas consideraciones acerca del estado actual del tratamiento ambulatorio de la tuberculosis en Honduras y obtener de vosotros ideas orientadoras a fin de poder realizar una campaña más efectiva.

En el tratamiento de la T. B. debemos considerar 2 etapas: la era PRE-antimicrobiana y la era anti-microbíana, de todos es conocido el viraje favorable que ha tomado el tratamiento de la T.B. con el advenimiento de los productos anti-microbianos; los que han venido en gran manera a mejorar el futuro de los pacientes *bac*ilares, ya sea por su acción directa, ya haciendo posible el uso

de métodos quirúrgicos que de no ser por ellos, no nos sería posible realizarlos; o la realización de los mismos sería a costo de riesgos difíciles de controlar.

En el tratamiento ambulatorio de la T.B. pulmonar, que es un aspecto del tratamiento de la T.B. en general, debemos considerar los siguientes factores a los cuales se deben, según su organización y desarrollo del trabajo, los resultados obtenidos.

a) Coordinación de la lucha anti-tuberculosa por la centralización de la misma.
b) Personal especializado
c) Equipo y medicinas
d) Educación y cooperación de las trabajadoras sociales, y visitadoras de salud pública.
e) Factor económico.

Coordinación de la lucha por centralización; de todos es conocido que para obtener mejores resultados, en la lucha contra la T.B. es necesario hacerla por medio de organismos autónomos o semi-autónomos que se encarguen de realizarla, tanto en el aspecto médico como en el administrativo, llevándola a cabo de un modo centralizado, ésto es, que exista un núcleo central del cual emanen las medidas que se tomen en la lucha, así como que, se encargue de controlar las actividades de los distintos centros dedicados a ella; con el objeto de ahorrar tiempo, dinero, energías y obtener el máximun de beneficios que de otro modo serían mediocres.

Personal especializado, es un factor de los más importantes en una campaña de esta naturaleza, en la que todo debe marchar de un modo sincronizado y cada elemento que tome parte en ella debe, no sólo cumplir con su deber sino poner toda su capacidad y entusiasmo en su desarrollo, observar su marcha, analizar su desarrollo y ver la manera de mejorar los métodos en uso a fin de lograr un mejor rendimiento en ella. Lo anterior nos da la pauta para desechar el personal empírico, que se concreta únicamente a cumplir las instrucciones que se le dan sin contribuir en nada al mejor desempeño de su labor y mejores resultados de la campaña.

Equipo y medicinas: el equipo debe de ser completo y debidamente distribuido, en las distintas zonas en que se divida el territorio, para evitar aglomeración en las que estén bien equipadas, por aflujo de pacientes de las otras zonas mal equipadas; ésto causa molestia e irregularidad en la organización y gastos innecesarios e incomodidades al público. Las medicinas deben ser distribuidas con regularidad y en cantidades suficientes, de modo que se pueda disponer de ellas de acuerdo con las necesidades que se presenten tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales, ya estén éstas cerca de centros de gran población y con buenas vías de comunicación, ya estén alejadas y aisladas por falta de las mismas; en las primeras por la aglomeración y por consiguiente mayor número de pacientes y en las segundas por la dificultad de abordarlas; todo - ésto en consideración a que un tratamiento mal dirigido e instituido de modo irregular, lejos de beneficiar al paciente puede dar resul-

tados negativos exponer a éste, a graves consecuencias poste riores.

Educación y cooperación de las trabajadoras sociales y. visitadoras de salud pública-. En toda campaña se. necesita la-cooperación del público,- este en gran mayoría es analfabeta y no coopera por .ignorancia, otro no coopera por cierto sentido de irresponsabilidad, malicia y hasta cierto espíritu de maldad; de ahí la necesidad de la educación sanitaria, que se.encargara de hacer ver y comprender la necesidad de su cooperación en una lucha que es toda en su beneficio y que sin su apoyo perderá mucha de su eficiencia.

La trabajadora social tiene también un papel predominante en el desarrollo de las actividades de la campaña; ya que es la que debe abordar y resolver los múltiples problemas sociales y económicos que se le presenten y que agrávala situación,haciendo más difícil su curación; a este respecto debemos tomar en cuenta que en países pobres cómo los nuestras, debemos tratar de asociar las funciones de la trabajadora social con las de la visitadora de salud pública; un factor que he dejado por último y que es dé' vital importancia, es el factor económico, el cual no sólo debe ser aportado por el Estado sino que también por la sociedad en general, por medio de asociaciones civiles autónomas que se encarguen de allegar fondos, para ayudar en una lucha' que beneficia al pueblo en general:

Expuestos los Conceptos anteriores y tomando en cuenta su importancia veamos la clase de terapia a emplear; sin olvidar dé que lo ideal será que a cada paciente T.B. se le internara para su tratamiento en un Sanatorio; mas no siendo muchas veces posible hacerlo, sea por falta de camas, sea porque el paciente es cabeza de familia y no puede dejar de trabajar, para sostener a ésta o por cualquier otro motivo, debemos recurrir al tratamiento ambulatorio, para ello previo estudio radiológico,-estudio clínico y exámenes de laboratorio, instituímos el tratamiento que creemos más conveniente según el caso; usamos los productos anti-microbianos siempre combinados, la colapsoterapia gaseosa que generalmente es el Pneumoperitoneo, el cual en algunos casos ayudamos con una frénico-praxia; en cuanto al Pneumotórax artificial lo hemos abandonado casi del todo recurriendo a él sólo en raras oportunidad, es decir no abusamos de él, empleándolo en casos debidamente estudiados en -los cuales se le haya hecho una indicación previa; procuramos él mejor control de los pacientes, mediante las enfermeras visitadoras, logrando hacer llegar al consultorio el mayor número posible de contactos, impartiéndoles al mismo tiempo las instrucciones necesarias a fin de evitar hasta donde nos es posible, el contagio. De este modo en el Consultorio General de esta ciudad se han logrado los siguientes resultados:

a) En 20 pacientes tratados antes de la era anti-microbiana.
b) En 20 pacientes tratados durante la era anti-microbiana.

Los pacientes tratados antes de 1$. era anti-microbiana, fueron clasificados-así;

Lesión moderadamente avanzada	16	casos
Lesión muy avanzada	3	"
Lesión mínima	1	"

A todos se les hizo Pneumotorax, de estos, dos fueron bilaterales, se' les trató posteriormente con Pneumoperitoneo en sustitución del Pneumotorax cuatro casos, y se complicaron con adherencias pleurales 3 casos, con derrames de mediana consideración 5 casos, con derrames a la cúpula' 2 casos, con derrames y adherencias pleurales 6 casos, no hubo complicación en 4 casos. -

Todos estos casos fueron clasificados en los años de 1943' y 1944, su tratamiento por término medio ha sido de 5 años, obteniendo los resultados siguientes:

Aparentemente detenidos	4	casos
Activos mejorados	6	"
Activos empeorados	10	"

Quiero dejar constancia de que en la mayoría de estos casos los resultados inmediatos fueron satisfactorios y en muchos notables, pero complicaciones posteriores, falta de sección de adherencias, derrames y sínfisis pleurales dieron lugar a reactivación de las lesiones y en muchos casos extensión de los procesos infiltrativos, lo que nos viene a demostrar que el tratamiento ambulatorio realizado de esta manera no satisface las esperanzas puestas en él, ocasionando en muchos casos procesos de más difícil tratamiento que el anterior, al que se le había practicado.

Los 20 pacientes tratados durante la era antí-microbiana fue ron clasificados así:

Lesión mínima	3	casos
Lesión moderada	12	"
Lesión avanzada	5	"

lodos tratados con productos anti-microbianos combinados y de éstos 14 con Pneumoperitoneo de los cuales a dos se les hizo frénico-praxia, no hubo complicaciones y el resultado obtenido después de un tratamiento de uno a dos años ha sido el siguiente:

Detenidos	8	casos
Aparentemente detenidos	4	"
Activos mejorados	8	"

De los datos anteriores podemos llegar a las conclusiones siguientes: 1) El uso debidamente indicado del Pneumotórax artificial. 2} El uso en todos estos casos de los productos anti-microbianos combinados. 3) El uso en la mayoría de los casos del Pneumoperitoneo. 4) La restricción en el uso de la frénico-praxia y 5) El

empleo de la cirugía torácica únicamente en casos debidamente estudiados.

Como lo esencial en el tratamiento de la tuberculosis no es solamente tratar al paciente en sí sino evitar el contagio haciendo negativos aquellos casos de baciloscopía positiva y como ésto se logra con mucho éxito en la mayoría de los casos tratados de esta manera: consideramos al tratamiento ambulatorio como una imperiosa necesidad que se nos impone, debido a la falta de camas, protección social y económica; es un arma de la cual pedemos hacer uso en toda campaña anti-tuberculosa que se desee llevar a cabo en cualesquiera de los países centroamericanos.

Tegucigalpa, D. C., 2 de diciembre de 1954.

Páginas del Presidente

ANTE LAS SEGUNDAS JORNADAS MEDICAS

DR. GÓMEZ MÁRQUEZ

Resonaban aún en el espacio, las últimas palabras de los discursos de clausura del VI Congreso Médico Centroamericano, estaban aún frescas las enseñanzas que muchos colegas de más allá de las fronteras nos habían dejado y vibraba aún en nuestros corazones el entusiasmo que nos dejaba el espíritu de camaradería centroamericana que aquel evento nos había dado, cuando muchos de los que asistimos en una u otra forma a dicho Congreso, empezamos a hacer examen de conciencia y nos preguntamos íntimamente: ¿El Congreso Centroamericano de Medicina y Cirugía que se acaba de celebrar en Te-gucigalpa, ha sido realmente un éxito para Honduras como lo han repetido hasta la saciedad nuestros colegas de las otras Repúblicas Centroamericanas? Y la pregunta que cada cual se hacía al principio en su más recóndita intimidad, saltó bruscamente más allá de nuestras personas; para convertirse en la interrogación franca que hacíamos al compañero más cercano. Desde luego, que las discusiones que esta pregunta plantearon fueron resueltas por cada cual, de acuerdo con las peculiaridades reaccionales propias de cada mente. Y así, pudimos oír, que mientras unos colegas sostenían con énfasis que el cónclave había sido un éxito y se apoyaban para hacer tal aseveración en las declaraciones al parecer francas de los compañeros de Guatemala, Costa Rica, Nicaragua y El Salvador; oíros, tal vez con mayor espíritu de autocrítica, sostenían lo contrario, es decir que el Congreso había sido un fracaso para Honduras, por la pobreza científica que ésta había demostrado. Interesados, como

estábamos, por la responsabilidad que habíamos tenido en el evento en saber en realidad, si habíamos cumplido o no con la misión que en su día nos había confiado juntamente con otros compañeros, la Asociación Médica Hondureña, nos pusimos a evaluar las razones dispares que unos y otros aducían en su controversia. Y llegamos a la conclusión que probablemente unos y otros estaban en lo cierto. Por una parte. Honduras después de un compromiso que databa ya de 16 años, había sabido salvar todos aquellos obstáculos que se habían interpuesto en el camino,,y había podido hacer honor a su palabra; había logrado presentar una organización, que si bien imperfecta en muchos aspectos, había sido superior a la que sé había, exhibido en muchos otros conclaves, fuera de Honduras, bien hubieran sido ellos de Medicina y Cirugía en general o de especialidades. Era asimismo evidente que se logró acentuar, a través de un programa social la. camaradería entre los médicos del Istmo. Mas sin embargo por otra parte, y en ello tenían razón los pesimistas, era palpable que la demostración que habíamos dado los hondureños por medio de nuestra escasa cooperación científica, había sido sumamente pobre en cantidad y en calidad.

No obstante lo dicho en éstas últimas líneas, el Congreso Centroamericano sirvió para que el- cuerpo médico de Honduras sufriera una fuerte sacudida, para que, nos .diéramos, cuenta de que más de un país hermano que durante, años. habíamos considerado más o menos situado a un nivel científico semejante al nuestro, había dado un paso verdaderamente gigantesco en el último lustro, para que mediante un sano espíritu de autocrítica, palpáramos, que si otros habían progresado rápidamente y en cambio nosotros, continuábamos sumidos en la desorganización y en un bajo nivel médico, era porque ellos habían logrado limpiar, el camino que se oponía a su rápido ascenso, mediante la adquisición de una serie de factores imprescindibles a una real superación. El Congreso nos sirvió, sino para aprender, si al menos para recordar, qué sin servicios de estadística, que sin equipos de laboratorio clínico adecuados, que sin departamentos de anatomía" patológica, sin' equipo de fotografía clínica que sin la soltura que da al profesional su asistencia frecuente a reuniones nacionales é internacionales, no es posible estar *en* capacidad de codearse en un plan de igualdad con aquellos que si; están disponiendo desde hace ya años de todos éstos elementos.

Fue de esta manera como. Los médicos que tuvimos ocasión dé asistir, al tantas veces mencionado Congreso Médico Centroamericano al quedar .convencidos, de .-nuestro..estado momentáneo de inferioridad, nos comprometimos en nuestro fuero interno, poner de ahora en adelante, todo nuestro empeño, para que en la medida . que nuestro medio lo permita, !a Medicina en Honduras, salve asimismo siguiendo el ejemplo, de. nuestros hermanos salvadoreños por ejemplo, los obstáculos que, se levantan para su real ascenso.

Fue justamente en los últimos días del cónclave científico centroarnericano, cuando movidos; por un mismo espíritu de superación compañeros de la Asociación Médica Sampedrana y de la , Asociación Médica Hondureña de Tegucigalpa, se pusieran de acuer-

do, para que la lección, que-acabábamos de recibir, fructificara en alguna forma, para que todos a una, le diéramos un nuevo empellón a nuestro movimiento científico. Fue así, cómo nació idea de una reunión de los médicos de la República; que diera la ocasión de conocernos mejor, de plantear nuestros problemas comunes y buscar el camino de resolverlos. Fue así como nació la, idea de las Según das Jornadas Médicas Nacionales. . ,

Es a este propósito que la Asociación Médica Hondurena ha brindado todo su apoyo a los colegas de San Pedro Sula, para que su Asociación organice las Jornadas en el mes de septiembre próximo. Una delegación de Tegucigalpa estuvo en el mes de febrero * n San Pedro Sula con el .'fin de coordinar los esfuerzos para el mejor logro de la empresa. Y una delegación de San Pedro Sula habrá visitado probablemente ya cuando aparezcan estas líneas, nuestra capital con iguales fines.

Es necesario, que - siendo, la primera reunión Médica Nacional que se va a llevar a cabo en Honduras desde hace muchos años, concurran a ella el mayor número posible de compañeros y es mi y de desear, que haciendo un esfuerzo, la mayor parte de nosotros presentemos en ella nuestros problemas, nuestros éxitos y nuestros fracasos. Y no olvidemos.,que las Segundas Jornadas Médicas ce San Pedro Sula pueden ser el inicio de una nueva etapa en la historia de 1a Medicina patria, puede ser el principio de una rectificación imprescindible.