

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

Fundada en 1930

Vol. N° 2

Celebrando su XXV aniversario

SUBSCRIPCION L 6.00

VOL XXIII No. 172

Año XXV

PUBLICACION TRIMESTRAL

Tegucigalpa, Honduras, C. A.

NUMERO SUELTO L 2.00

Febrero

Marzo y Abril 1955



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 846

SUMARIO

	<u>Página</u>
Resultado de la Radiomanometría en la Patología Biliar	857
Por el Dr. Edgardo Alonzo Medina	
Encuesta Nutricional en Niños Escolares de Honduras	871
Por el Dr. Ernesto A. Borjas	
Comentarios sobre la Queratoplastia Parcial Penetrante y sus Problemas	887
Por el Dr. José Gómez Márquez Gironés	
Otros Comentarios sobre Amibiasis en Honduras	894
Por el Dr. Armando Pavón	
Conferencia Clinicopatológica No. 3	902 ✓
Por los Doctores J. Adán Cueva y Raúl Durón.	
Páginas del Presidente	908
Por el Dr. José Gómez Márquez Gironés	
Reglamento de publicaciones de la REVISTA MEDICA HONDUREÑA	912
Informe de la Facultad de Medicina	915
Informe de la Facultad de Química y Farmacia.....	917
Congresos Médicos Anunciados	919
Libros y Revistas recibidos	920
Índice de Anunciantes	926

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. O., HONDURAS, C. A. - APARTADO POSTAL No. 1

RESULTADO DE LA RADIOMANOMETRIA EN LA PATOLOGÍA BILIAR

Condensado de la Tesis presentada por el

DOCTOR EDGARDO ALONZO MEDINA

a la Facultad de Medicina de París, para el diploma de

Asistente Extranjero a los Hospitales de Francia,

Junio de 1954

Durante estas últimas décadas, el estudio fisiológico de las vías biliares ha sido objeto de numerosas investigaciones tendientes a esclarecer los delicados problemas de naturaleza orgánica y funcional, relativos a este importante sistema de excreción.

Los anatomistas, desde hace ya varios siglos, se interesaron en el estudio de las causas que impedían el reflujo intestinal al colédoco. Vesalio hizo remarcar en 1543, la disposición particular de la parte terminal de colédoco, Glisson fue el primero en describir en 1681 el esfínter muscular de la extremidad distal del colédoco. Según Testut, Oddi demostró en 1877 la existencia de un anillo contráctil por disecciones practicadas sobre animales. A partir de 1920, se inicia, con el descubrimiento de Meltzer y Lyon, del tubaje duodenal, un importante capítulo de la fisio-patología de las vías biliares. En nuestros días, el problema ha tomado una importancia más grande, desde los trabajos efectuados sobre el llamado Tubaje Minutado y el tubaje Colecistográfico de Várela Fuentes y Colaboradores de la República Uruguay, así como también por Carolí sobre el tiempo de excreción de la Bromosulfataleina a través de la vía biliar principal.

Abel y Rowtree habían demostrado el 1909, que los derivados tetraclorados inyectados por vía hipodérmica, eran casi totalmente eliminados de la sangre por la bilis, sus experiencias con-

dujeron a las del empleo de la Tetrachlorophenoltaleina y de otros productos del mismo género en el estudio del funcionamiento hepático.

En 1924, Graham y Colé, según Bockus, se inspiraron en estos trabajos y tuvieron la idea de buscar la eliminación por la bilis de una substancia opaca a los rayos X que permitiera ver la vesícula biliar y sus conductos de excreción. Lo lograron empleando la Tetraiodophenoltaleina sódica, administrada por vía endovenosa. Fue la iniciación de la Colecistografía. Más tarde este método fue abandonado debido a la toxicidad de esta substancia, así como sales bromadas y calcicas, hasta el día en que se logró purificar la Tetraiodophenoltaleina sódica y administrarla por vía oral.

En 1921, Carnot y Blamouthier estudiaron radiológicamente una fístula biliar con la ayuda de la lechada baritada: fue entonces el comienzo de la Angiocología.

Mirizzi, en la Argentina, realiza a partir de 1930, importantes trabajos sobre el estudio colangiográfico per y post-operatorios de las vías biliares. Presentó en el Congreso de Cirugía de 1931 sus primeros trabajos y en 1932 a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.

En 1935 Francois dio parte de sus conclusiones sobre la Colangiografía. Y en 1937 Carnot aconsejó a Carolí practicar la Angiocología bajo control manométrico de la misma manera que en las histerosalpingografías.

La radiomanometría fue pues instituida como un método de importancia considerable en el estudio de la fisiopatología biliar. En 1914 Carolí dio parte de sus primeras conclusiones al Bulletin Med. Acad. Chirurgie y su alumno Debouvry presentó su tesis a este respecto a la Facultad de Medicina de París.

La perfección alcanzada por Carolí en Radiomanometría resulta de una serie de investigaciones llevadas a cabo por Carnot, Blamouthier y Cotte, Mirizzi y Francois hicieron investigaciones sobre la angiocología. En América, Best, Hickens, Douvillei, MacGoman, etc., hicieron importantes estudios sobre las técnicas de perfusión en el enfermo acostado y que se mostraron de utilidad especial¹

En lo que concierne al progreso del estudio fisio-patológico de las vías biliares hasta nuestros días, es necesario tomar en cuenta especialmente la Colangiografía Laparoscópica de Marcelo Royer en la Argentina. Tuvo la idea en 1940, de hacer las vías biliares visibles inyectando una substancia opaca directamente en la vesícula, bajo control laparoscópico. Presentó su primer informe en 1951 en la Sociedad Argentina de Gastro-Enterología.

Kapandji, de manera muy interesante hace las vías biliares visibles, bajo control manométrico utilizando el método conocido bajo el nombre de Colangio-Radiomanometría Transparieto-Hepática.

Hace más o menos un año, con el advenimiento de un nuevo producto Schering, la Biligrafina, exenta de la toxicidad de ciertas sales yodadas, ha sido posible la visualización de las vías biliares intrahepáticas y de la vía biliar principal. Este notable adelan-

to es una verdadera promesa para esclarecer de manera sencilla un buen número de los problemas biliares.

En este trabajo, será puesto de manifiesto esencialmente la Radiomanometría de Carolí. He tenido, en efecto, la ocasión de estudiar seriamente dicho método en el Servicio de Gastro Enterología del autor Dr. Jacques Carolí, de Saint Antoine, bajo la celosa vigilancia del Dr. J. Pequignot, encargado de la Radiomanometría.

**APARATO RADXOMANOMETRICO DE CAROLI,
MODIFICADO POR FOUBES:**

Es el empleado actualmente, en razón de su precisión y de su maniabilidad. Tiene la ventaja de poder ser adaptado fácilmente a la mesa de operación o de radiología, lo mismo que a la mesa

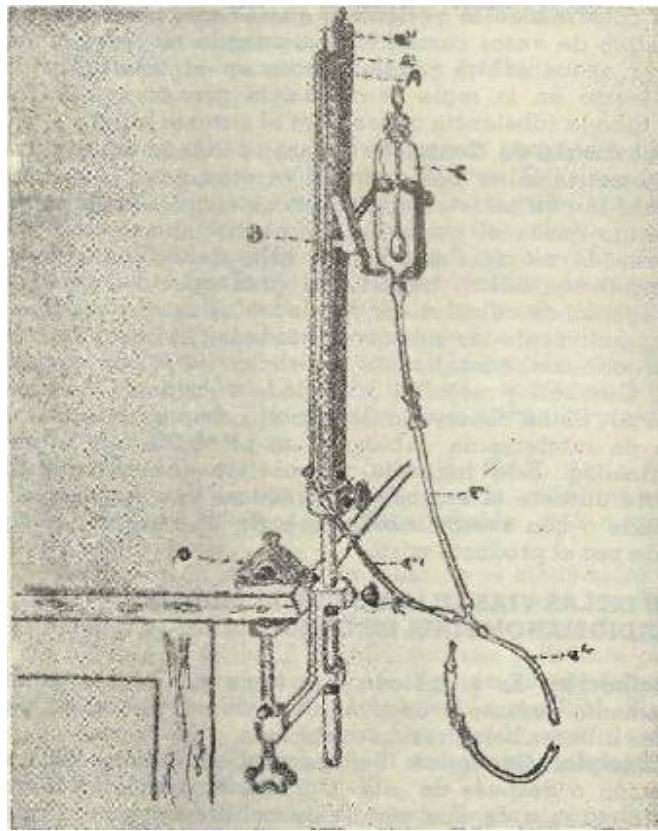


Figura N° 1 Aparato de
Radiomanometría de Carolí.

de curaciones cerca del lecho del enfermo. Consiste en una regla metálica A (esquema N° 1) graduada hasta 75 cm. y ancha de 1 cm..

al costado de la cual se adapta un tubo de vidrio a' de 5 milímetros de diámetro en el cual el líquido opaco se elevará según la presión que se le comunicará para pasar por las vías biliares. A uno de los extremos laterales de la regla graduada, una regleta a" acanalada y fija; un dispositivo muy particular B, deslizable fácilmente: cumple la doble función de mantener suspendido el frasco C que contiene la suficiente substancia opaca para todo el examen, y de ceder a una simple oscilación lateral para subir o bajar según las necesidades. El operador puede así regular la presión sin dificultad. Un sistema de resorte a lámina le mantiene a la altura deseada. En el extremo inferior del tubo de vidrio y del frasco, están adaptados los tubos de goma de 5 mm. de diámetro que se reúnen en un tubo intermediario de vidrio en forma de Y. La rama inferior de este tubo en Y llevará un tercer tubo de goma que se juntará a la sonda colocada en la vesícula o en el canal colédoco. En virtud del principio de vasos comunicantes, cuando se eleve el frasco, la substancia opaca subirá paralelamente en el tubo de vidrio; podrá así leerse en la regla graduada, la presión comunicada. Por el tercer tubo la substancia opaca pasa al sistema biliar.

Substancia de Contraste: El aceite iodado es inutilizable en radiomanometría biliar por su excesiva viscosidad. Algunos lo emplean para los estudios colangiográficos simples bajo manometría. Sin embargo desde el punto' de vista estrictamente radiológico se le reprocha de no mezclarse con la bilis dando lugar a imágenes de interpretación difícil; también su gran opacidad puede enmascarar imágenes de cálculos. Es por todas estas razones que utilizamos preferentemente las substancias iodadas hidrosolubles tales como el di-iodo-methanesulfonate de sodio (68,6 por cien de iodo, Tenebryl Guerbet) y mejor el 3,5 di-iodo 4 Piridone (Diodone Guerbet al 35%). Se ha observado usando el primero, desagradables reacciones de intolerancia debidas a su pH ácido u a otras causas indeterminadas. Está indicado, cuando se observa una reacción muy fuerte durante el examen, de practicar uno nuevo, con la bilis del enfermo o con suero fisiológico a fin de eliminar la irritación provocada por el producto mismo.

EXAMEN DE LAS VÍAS BILIARES POR EL MÉTODO DE LA RADIOMANOMETRIA DE CAROLI:

Definición: Es el método que tiene por objeto estudiar radiológicamente durante y después del acto operatorio, la perfusión de las vías biliares bajo presión controlada.

Principios Generales; Se examina el enfermo sea durante la operación o después de ella. Durante la operación a través de una aguja curva o de una cánula de calibre apropiado que se introducirá en la vesícula o en el colédoco. Esta aguja será unida al aparato por un tubo de goma. En el Servicio de Cirugía de Vías Biliares del Hospital Saint Antoine, la mesa de operaciones está provista de un sistema radioscópico que permite al radiólogo acostado en una cabina especial, ubicada bajo la mesa de operaciones, tomar

los clichés a medida que la radioscopia le indica el pasaje de la substancia de contraste. Cuando la mesa de operaciones no está provista de este aparato es posible emplear un aparato radiológico portátil adicionado a una cámara oscura, donde se puedan desarrollar inmediatamente los clichés, de manera que el operador pueda interpretarlos lo más pronto posible. La técnica es la misma en todos los casos.

La radiomanometría post-operatoria se practica en los primeros quince días después de la intervención. Se utiliza la sonda de drenaje colocada durante la operación para hacer pasar el líquido de contraste, ya sea la sonda de Petzer vesicular o bien el tubo en T coledociano o drenaje de Kehr.

En la práctica distinguiremos:

La presión de relleno vesicular o coledociano
La presión de pasaje del cístico. La presión de pasaje del esfínter de Oddi. La presión residual.

La presión de relleno es la presión más pequeña bajo la cual el líquido comienza a pasar a las vías biliares. Debe ser inferior a 10 cm. de agua. No depende mas que de la posición buena o mala del drenaje, de la aguja o de la cánula en la vesícula o en la vía biliar principal. Si la presión de relleno está elevada, es que el drenaje, la aguja o la cánula no están ubicadas de manera conveniente. En estas condiciones el método no tiene ningún sentido. Solamente las constataciones radiológicas tienen valor.

La presión de pasaje del cístico, es la presión más baja bajo la cual el líquido perfundido en la vesícula comienza a penetrar en la vía biliar principal. Esta presión están normalmente comprendida entre 12 y 15 cm. de agua.

La presión de pasaje del esfínter de Oddi, es la más baja presión bajo la cual el líquido perfundido en la vía biliar principal, comienza a pasar en el duodeno. Esta presión está comprendida entre 10 y 12 cm. de agua.

Se llama presión residual, la leída en el manómetro después de cerrada la pinza del tubo c'. En estas condiciones las vías biliares no están más en relación que con el manómetro. Se vacían en el duodeno hasta que el tonus esfinteriano sea suficiente para oponerse al vaciado. En ese momento el líquido se ha bajado en el manómetro hasta el mínimo que es la presión residual. El establecimiento de esta presión es más o menos rápido, casi siempre menos de 5 minutos. Se admite que el tiempo necesario no puede exceder de 15 a 20 minutos.

En el transcurso del examen, puede llegarse a perfundir bajo presiones superiores las presiones de pasaje con el fin de obtener una opacificación suficientemente completa de las vías biliares. Cuando se alcanza una presión de 25 a 30 cm. de agua, se provoca normalmente un dolor del tipo del cólico hepático, es el «dolor provocado». Es muy importante en ciertos casos de hacer precisar

al enfermo si este dolor es parecido o no, a los dolores espontáneos que haya podido presentar anteriormente.

Técnica:

- a) Se admite que el plano del colédoco se encuentra en la parte media entre la pared abdominal anterior y el plano de la mesa. Se regula el cero del aparato a la mitad de esta distancia.
- b) Es necesario vaciar el aire del tubo.
- c) Es necesario vigilar de no introducir burbujas de aire con el líquido introducido. En efecto, se realizarían así imágenes indistinguibles de las de los cálculos. Para evitar eso, es necesario:
 - 1) En radiomanometría per-operatoria, limpiar con el más gran de cuidado el tubo antes de adaptarlo a la aguja o a la cánula.
 - 2) En radiomanometría post-operatoria, puncionar la sonda muy cerca de su penetración en la pared abdominal. De esta manera, el aire contenido en la sonda se escapa por la aguja a medida que ella se llena del líquido de contraste. Cuando el líquido sale por la aguja, todo el aire ha escapado. Se quita entonces la aguja.
- d) Se aumenta progresivamente la presión de centímetro en centímetro a partir de una presión inicial de 7 u 8 cm. Se toma una o varios clichés desde que el relleno de las vías biliares comienza.

Se toman uno o varios clichés desde el momento de franqueo del cístico o del pasaje duodenal.

Se toma en seguida uno o varios clichés bajo presiones mas elevadas que pueden estar comprendidas entre 20 y 40 cm. de agua para obtener una opacificación mas completa de las vías biliares intrahepáticas. Se corta en seguida la alimentación, cerrando la pinza *c'* para medir la presión residual.

Se toma un cliché cuando la presión residual está establecida y algunas veces un cliché después de la evacuación, es decir con supresión de toda conexión entre el aparato y las vías biliares, el líquido de contraste escapándose libremente hacia fuera. De esta manera se puede obtener imágenes de débil impregnación algunas veces muy útiles.

A medida que el examen se prosigue se anotan las presiones correspondientes a los diversos clichés y las reacciones del enfermo anotando el dolor provocado identificado o no por él, de los dolores espontáneos que haya podido presentar anteriormente. En ciertos casos se completa el examen utilizando modificadores de comportamiento de las vías biliares (Atropina, Nitrito de Amilo, comida grasosa, etc.)

SEMIOLOGÍA RADIOMANOMETRICA

Como lo hemos indicado anteriormente, en el árbol biliar normal los datos obtenidos por la manometría son los resultados de numerosos trabajos de investigación que han sido realizados sobre la fisiología del sistema biliar durante estos últimos años.

Es necesario obtener el relleno vesicular a baja presión, por debajo de 10 cm. para que las constataciones manométricas sean válidas. El cístico es normalmente franqueado a una presión comprendida entre 12 y 15 cm. de agua. Sin embargo, se debe anotar que la exploración transvesicular es frecuentemente difícil e inútil a causa de un obstáculo calculoso o inflamatorio de ese canal. El franqueo de la ampolla Vater se obtiene generalmente a una presión más baja, entre 10 o 12 cm. de agua, lo que corresponde a la presión normal de la excreción biliar hacia el duodeno. Es por eso que presiones más altas que las normales superpuestas a imágenes radiológicas de defecto de pasaje de la substancia opaca se interpretarán como normales y serán los primeros datos que obtendremos de la exploración.

Desde el punto de vista radiológico, cuando la exploración, se efectúa por intermedio de una sonda de Petzer en una colecistostomía la substancia comienza por distender la vesícula y hacer netos sus contornos, en seguida aparece la imagen del cístico de calibre reducido con ondulaciones de su trayecto que corresponden, a los puntos de implantación de las válvulas de Heister y que alcanza la vía biliar principal en su tercio medio.

El colédoco se dirige hacia el centro y hacia abajo, rectilíneo en su parte media y ligeramente incurvado en su parte inferior. Ligeramente cilíndrico con su diámetro un poco más grande en su parte media, lo que le *da* un aspecto fuselado (Royer).

Otras veces toma la forma de arco de círculo más acentuado en su extremidad superior. Puede enderezarse presentando la forma de S alargada (Carolí). Una tercera variedad corresponde al colédoco de trayecto angular, su cambio de dirección corresponde al borde superior del Páncreas y cuando este ángulo es muy marcado puede ser causa de estasis y de infección. Esta angulación es más evidente en los clichés tomados de perfil y es la causa, según la interpretación Ranty, Paulhac y Carolí de la aparente imagen de contracción del colédoco tan largamente sostenida por Mirizzi; según este autor se puede admitir que la vía biliar principal tiene verdaderos movimientos peristálticos basándose en clichés en los cuales la densidad de la columna opaca no es homogénea. Royer y sus colaboradores han demostrado que tales imágenes radiológicas eran debidas a la falta de miscibilidad de la bilis y del aceite iodado utilizado por Mirizzi.

Su extremidad superior con sus ramificaciones intrahepáticas (2 o 3 ramificaciones) pueden aparecer a presiones normales, esto es debido según Kapandji, Carolí, etc., ya sea debido al ángulo que forman en ciertos casos el colédoco con la vía biliar principal o a la desembocadura alta del cístico que favorecería su relleno en ciertas posiciones como el Trendelenburg por ejemplo o bien la acentuación de la lordosis por un balón inflado bajo la región dorsolumbar. Este signo que es considerado como patognomónico de hiperkinesia de las vías biliares, pierde pues su importancia ante tal razonamiento.

Si la exploración se hace a través de un dreno de Kehr, des-

pues de la colecistectomía, seguida de colédocotomía las ramas de esta sonda ocupan el tercio medio de la vía biliar principal que se dibuja con sus bordes rectilíneos y hacia arriba y hacia abajo, las mismas imágenes descritas anteriormente.

FMLA

En el curso de una operación por litiasis obstructiva del árbol biliar, la R.M. nos aporta signos perfectamente conocidos que son de ayuda inestimable para el cirujano permitiéndole descubrir

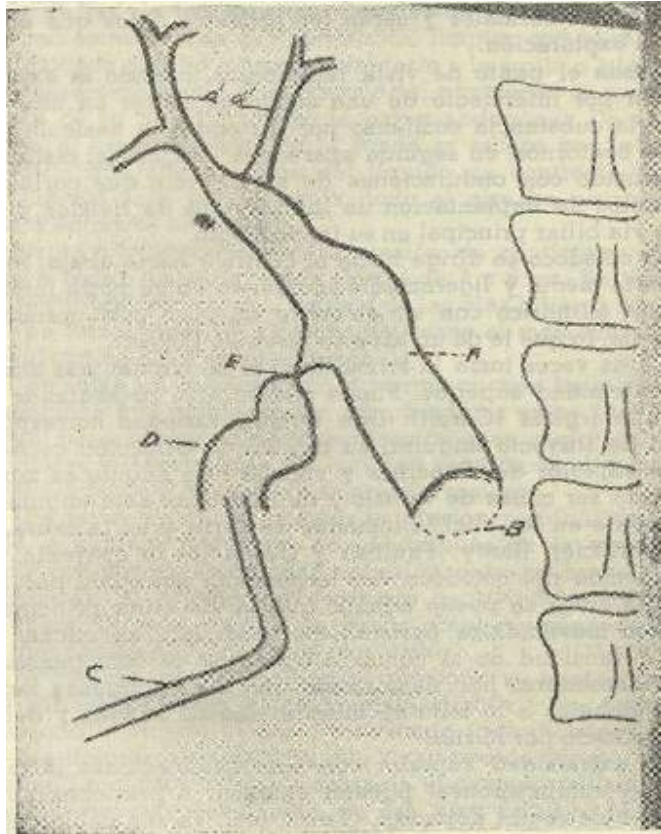


FIGURA N' 2

B. Cálculo enclavado en la porción inferior del colédoco (A) que se presenta dilatado y con sus ramas intrahepáticas, visibles. La sonda (C) llega a la vesícula (D) normal.

la presencia de cálculos no descubribles a la exploración quirúrgica simple.

En el Cálculo del Colédoco: el colédoco y las ramas intra-hepáticas están dilatadas. Las presiones de perfusión están elevadas. Si el cálculo obstructivo es de grosor suficiente para ocupar todo el calibre, el colédoco presenta en su parte inferior, un aspecto cupuliforme de concavidad inferior. Cuando el cálculo está adosado a una de sus paredes se obtiene una imagen lacunar característica que impide el relleno completo del colédoco. O bien se pue-

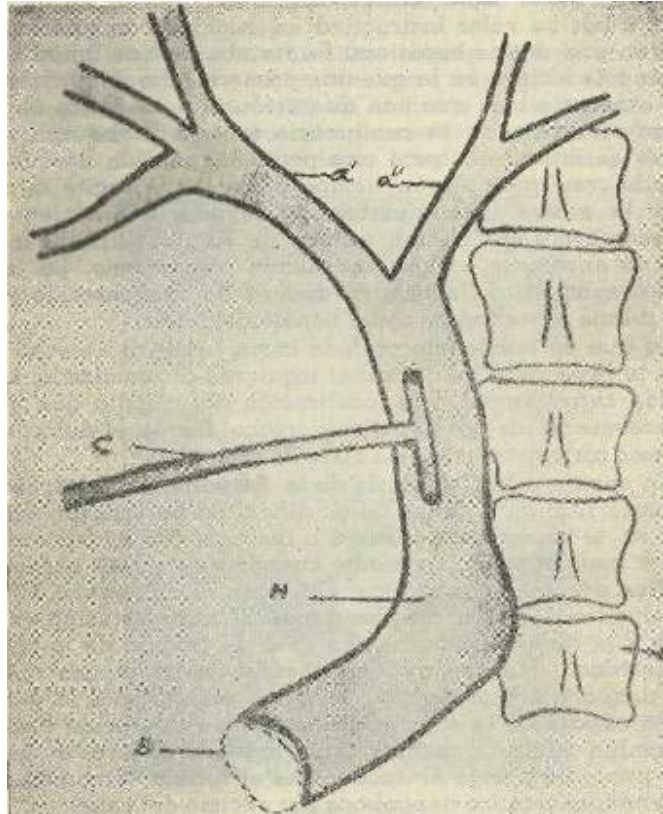


Figura N° 8

Imagen semejante a la anterior después de coleoistectomía.
Dreno en T después de coledocotomía.

de tratar de una calculosis múltiple con empilamiento de cálculos en todo lo largo de colédoco, o bien los cálculos están dispersos en diversos sitios de la vía biliar principal. En todos los casos, la imagen de defecto de relleno se repite. Hay que hacer notar que un exceso de substancia opaca puede enmascarar la presencia de cálculos y se debe evitar el relleno demasiado rápido, tomando los

clichés desde el comienzo del relleno y de no utilizar una sustancia demasiado opaca. Las causas de error son frecuentes, principalmente debidas a la purga ineficaz de las burbujas de aire contenidas en el aparato o bien a sombras adjuntas del intestino. Es por eso que sólo las imágenes repetidas, superpuestas, pueden afirmarnos la presencia de cálculos. Esquemas Nos. 2 y 3 (*)

En **las Ramas Intrahepáticas:** La presencia de un cálculo se traduce por un aspecto de detenimiento cóncavo hacia lo alto, sin relleno de la parte suprayacente. Mallet-Guy y Col. citan un caso interesante por su valor instructivo en relación con una calculosis residual en uno de los hepáticos. Se trataba de una mujer operada de litiasis coledociana en la que una primera serie de clichés no ponían en evidencia mas que una dilatación de uno de los hepáticos; en la parte externa de su confluencia se encontraba una mancha débil que se interpretó como una pequeña pérdida de substancia en el lecho vesicular. Algún tiempo después, se repite el examen que deja la misma incertidumbre. Sobreviene una violenta crisis del Hipocondrio Derecho con ataque de Angiocolitis. Es reoperada y se le encuentra un grueso cálculo coledociano. En las nuevas radiomanometrías, la imagen dudosa ha desaparecido y en su lugar se dibuja el verdadero canal hepático dilatado.

Lo que se había interpretado como hepático derecho no era mas que la rama derecha del canal izquierdo dicotomizado. La mancha citada correspondía a la localización del cálculo que obstruía completamente la luz del hepático derecho. Según el autor, el 10% de los casos correspondería esta clase de dicotomía.

En cuanto a la **Calculosis de la Ampolla de Valer**, se observa la misma reserva a causa de su dificultad de interpretación. En esta región, la exploración manual o instrumental es frecuentemente infiel e ineficaz particularmente cuando existe una participación pancreática edematosa o crónica. Entonces, el entrecruce bilio-pancreático-duodenal es un magma donde la interpretación es difícil mismo con la radiomanometría. En caso de cálculo de la parte baja del colédoco, Mallet-Guy describe diferentes signos radiológicos del comportamiento de este: nosotros señalaremos la detención brusca en cúpula de la substancia opaca con dilatación hacia arriba; la sombra de un pequeño cálculo rodeado de substancia opaca sobre el punto de pasaje al duodeno es el reflujo Wirsuniano cuando ese canal pancreático desemboca por encima del canal.

En la Litiasis del Cístico, causa del síndrome ictero-obstrutivo descrito en primer lugar por Fiessinger y sus alumnos, la radiomanometría descubre la localización particular del cálculo enclavado en la desembocadura del cístico en el colédoco, trayendo una compresión de éste. Basándose en su experiencia radiométrica, Carolí concluye que esta eventualidad de localización es en realidad rara y que se exagera su frecuencia como mecanismo productivo de obstrucción.

Se ha preferido esquematizar los hallazgos Radiomanométricos para facilitar la publicación. Para mayor información del interesado leer el trabajo original en la Facultad de Medicina, Tegucigalpa, Honduras.

LA RADIOMANOMETRIA EN LAS PANCREATITIS CRÓNICAS

La manera de comportarse de la Vía Biliar principal en las Pancreatitis Crónicas ha sido perfectamente estudiada por Carolí y Nora en un importante comunicado presentado al Tercer Congreso de Sociedades Nacionales de Gastro-Enterología de Boloña en 1952. Las anomalías que sufre el árbol biliar se resumen en dos tipos principales: Tipo I y Tipo II.

En el Tipo I, se encuentra una ectasia cie todo el árbol biliar suprapancreático con detención de forma cónica en el borde superior de la glándula; se necesita un aumento de la presión de perfusión para llenar el colédoco retropancreático, rígido, de bordes paralelos, afecto de un estrechamiento longitudinal difuso. Solamente

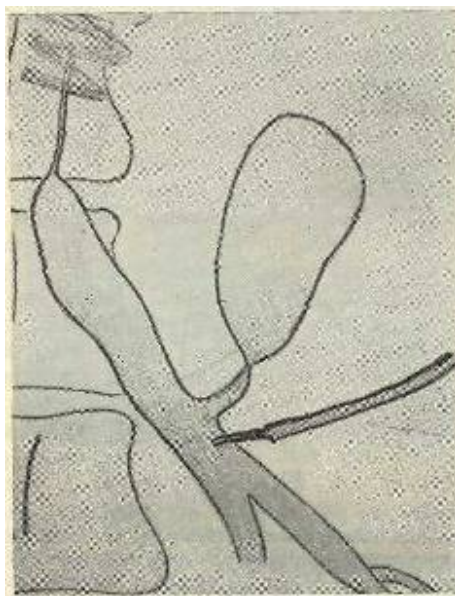


Figura N* 4

Pancreatitis Crónica. Obsérvese la vía biliar dilatada y el estrecho desfiladero a través del proceso constrictivo de la glándula, que conduce a la substancia opaca hasta el duodeno.

a presión elevada se obtiene el franqueamiento de la porción intrapancreática que se dibuja como un desfiladero en relación con la antedicha dilatación de la porción retropancreática. La radiomanometría alcanza una de sus mejores indicaciones cuando se posa el diagnóstico diferencial per-operatorio entre las formas pseudo-

neoplásicas de las pancreatitis y las verdaderas neoplasias de la cabeza del páncreas. En efecto, el aspecto macroscópico de la glándula, la palpación de consistencia aumentada, casi leñosa, la dilatación vesicular y coledociana, hacen pensar en un cáncer de localización pancreática. Los datos obtenidos por la radiomanometría son idénticos al comienzo, en ambos casos: la misma dilatación, la misma detención brusca a nivel del borde superior del páncreas, sólo un hecho es diferente y es que a fuerte presión, en los casos de naturaleza neoplásica el antedicho estrechamiento es infran-



Figura N° 5

Cáncer de la Cabeza del Páncreas. El colédoco fuertemente dilatado se detiene bruscamente a nivel del borde superior del páncreas, sin lograr alcanzar el duodeno, a las más fuertes presiones. Las vías biliares intra-hepáticas están dilatadas, lo mismo que la vesícula biliar.

queable. Los autores agregan; sobre una experiencia de más de 12 años, no conocemos excepción a la regla. (Esquema N° 4)

En el Tipo II, se encuentra una dilatación moderada pero total del colédoco, con estrechamiento de la parte ampular con reflujo wirsungiano, que trae consigo una pancreatitis secundaria de estasis. La presión de perfusión está aumentada.

EN LOS CANCERES DE LAS VÍAS BILIARES:

El diagnóstico de los cánceres de vías biliares, en la mayor

parte de los casos, no puede ser afirmado, mismo durante el acto operatorio. Cuando se trata de una masa de volumen reducido o bien cuando tiene una localización alta, en el confluente de los hepáticos o en los mismos conductos hepáticos por ejemplo, su apreciación es extremadamente difícil. Asimismo la autopsia puede pasar de lado si un corte no atraviesa la zona en donde está, localizado el pequeño mamelón neoplásico.

La Radiomanometría puede dar interesantes datos al registrar una presión de pasaje elevado o una detención completa de la substancia opaca con imagen de un mamelón en la luz misma del colédoco, que es en sí diferente a la compresión extrínseca del mismo (Mallet-Guy). Excepcionalmente puede verse un estrechamiento difuso de casi todo el árbol biliar correspondiente a una neoplasia difusa de éste. (Carolí).

Algunas veces es difícil encontrar el colédoco durante el acto operatorio, debido a que se encuentra vacío a causa de un estrechamiento en sus porciones superiores, en estos casos la punción del mismo para efectuar el estudio radiomanométrico es imposible.

En el Neo de la ampolla de Vater no hay signo angiocolangiográfico característico. En principio la vía biliar está dilatada, la vesícula distendida. Es la regla en la neoplasia de esta localización. El obstáculo está localizado en la parte baja a 5 o 10 cm. del borde superior del páncreas y la dilatación coledociana es entonces global. La columna opaca se detiene bruscamente y se comporta de dos maneras:

- a) El obstáculo es infranqueable, aún a fuerte presión y no llega a alcanzar el duodeno. La extremidad inferior de la substancia de contraste dibuja una convexidad y en el antiguo trayecto del colédoco se adivina una pequeña saliente en forma de divertículo debido a la insinuación de la substancia opaca a fuerte presión. Solamente en esos casos podemos ser categóricos y afirmar que se trata de una neoformación cancerosa de la ampolla, de la variedad intramural mas que de la forma duodenal.
- b) El obstáculo es franqueable sea por una presión elevada y sostenida, generalmente a 50 centímetros de agua, sea por la acción vasodilatadora del Nitrito de Amilo o de la atropina. El diagnóstico de la vateritis simple se elimina sabiendo que muy excepcionalmente una presión tan alta es necesaria para Franquear el obstáculo.

En resumen podemos decir que en un cáncer de la ampolla, el obstáculo es infranqueable o franqueable solamente a muy alta presión, a 50 centímetros de agua generalmente o con antiespasmódicos.

- 1.—**Abel et Rowntree.** Cit de Bockus, L. H. *Trat de Gastroenterologie.* Pag. 514, 1951.
- 2.—**Bérard et Mallet-Guy.** Le syndrome d'hyperkinésie vésiculaire des estenoses yuxta-vatériens incompletes du cholédoque. *Journal de Chirurgie,* 42: 161, 1933.
- 3.—**Bérard et Mallet-Guy.** *Exploration fonctionnelle de voies biliaires et chirurgie.* París, Masson, 1932.

- 4.—Carnot, Blaumoutier et Cotte. L'Exploration radiologique de voies biliaires après l'injection de lipiodol à la suite de cholécystostomie et de cholécystectomie. Bull et Mem. Sec. Nat. de Chir. de Paris, 1925, 759, 767.
- 5.—Caroli J., et Maury L., Etude clinique et pathogénique des angio. cholites icterigènes. Importance de l'examen radiolipiodolé. Paris Médical, 1,441, Mai 1937.
- 6.—Caroli J. et Nora J., L'hépatocolédoque dans les pancréatites. La Sem. des Hos. 29, 12, 1953.
- 7.—Caroli J., et Tanasoglu. Le tem d'apparition de la Bromosulfonephtaleine dans la bile. La Sem. des Hop. 29, 12, 1953.
- 8.—Caroli J. Physiopathologie des voies biliaires. Sem des Hop. 17, 1950.
- 9.—Caroli J., in Bergeret A., et Debouvry Radiomanométrie Biliaire. Contribution à la physiopathologie des voies biliaires. Revue de Chirurgie. 1941.
- 10.—Caroli J., Hepp J., et Mercadier M. La coudure douloureuse intermittente du col de la vésicule. Variété fréquente des dyskinésies biliaires pures. Demonstration radiomanométrique. Sem. des Hop. 1948, 17526, 531.
- 11.—Caroli J. Traité de maladies des voies biliaires. Ed. Flammarion 1951.
- 12.—Caroli J. Les Dyskinésies biliaires. 1 vol. Vigot Frères Ed. 1949.
- 13.—Caroli J. Les papillites icterigènes primitives 1 vol. Vigot Frères Ed. 1950, 80 pag.
- 14.—Caroli J., et Debouvry J., Radiomanométrie Biliare. Contribution à la physiopathologie de Voies Biliaires. These Paris, 1914, Press Universitaire Ed.
- 15.—Doubillet, Mac-Gowan et Walter. Clinical studies on the influence of certain drugs in relation to biliary pain and the variations in intrabiliary pressure. Surg. Gynec and Obst. LXIII 1936, 1199. Cit de Ferracani, Pag. 71; La colangiomanometria post-operatria. 1945.
- 16.—Clisson. Cit de Bockes. Traité de Gastroentérologie, pag. 496, 1951.
- 17.—Grahn et Cole. Cit. de Bockus. Traité de Gastroentérologie. Pag. 514. 1951.
- 18.—Kapandji M. Technique de la ponction transpariété-hepatique de la vésicule biliaire et radiomanométrie transhépatovésiculaire preopératoire. Revue de Chirurgie, Mai etc. 1950
- 19.—Mallet-Guy P., et Marion P. Lithiase de Cholédoque et hypertonie du sphincter d'Oddi, après cholécystectomie. Soc. Chir. Lyon, 3 F'vr. 1944, 763, 748.
- 20.—Mallet-Guy P., Jean Jean R., et Feroldi J. La maladie du sphincter d'Oddi (hypertonie sphinctérienne, oddite sténosante) Lyon Chir. 40, 5553-586, 1945.
- 21.—Mallet-Guy P. Collenet J., Calculs enclavés de 1" ampoule de Vater, (à propos de 13 observations personnelles) Lyon Chir, 40, 37, 60, 1945.
- 22.—Mirizzi P. L. La cholécystectomie sans drainage. Masson 1933.
- 23.—Mirizzi P. L. Cholangiography during operation— results of second series on one hundred operations. Bull. et Mem. Soc. Nat. Chirg. 61, 349, 1935.
- 24.—Mirizzi P. L. Colangiografía durante las operaciones de las vias biliares Bol. y trat. Soc. de Cir. de Bs. As. 16, 1133, 1932.
- 25.—Royer M. La cholangiographie laparoscopique. Cholangiographie directe. La Revue du Soie. Tome LX, 3, 1950.
- 26.—Royer M. and Solari A. V. Radiological Anatomy of the normal terminal choléduchus. Gastroenterology, Vol. 2, 3, 1944.
- 27.—Royer M. Solary A. V. y Lemus Garcia M. La Colangiografía no quirúrgica en la batiasis vesicular. A rech. Arg. de Enf. del Ap. Dig. y de la Nut. XXI, N° 1, 1946.
- 28.—Royer M. and Solari A. V. Cholangiographie Performed with the help of peritoneoscopy. Gastroenterology. Vol. 8, 5, 1947.
- 29.—Testut Cit-de Ferracani. La Colangiografía post-operatoria, 1, 13, 1945.
- 30.—Vesallo Cit, de Ferracani. La Colangiomanometria post-operatoria pag. 13, 1945

ENCUESTA NUTRICIONAL EN NIÑOS ESCOLARES DE HONDURAS

**Electo de un suplemento dietético administrado en
forma de proteína animal y vitamina A**

CONTENIDO

I—Introducción II—Hallazgos Físicos
III—Curvas de Peso y Estatura IV—
Exámenes de Sangre V—Hallazgos
Parasitológicos y Urinarios VI—Bocio
Endémico VII—Sumario

Por el Doctor ERNESTO A. BORJAS
Jefe del Departamento de Nutrición

Dirección General de Sanidad Pública de Honduras con la
colaboración del personal del INCAP

I.—INTRODUCCIÓN

El problema del niño es trascendental; en cada una de sus etapas evolutivas tiene diferencias esenciales que también implican cuidados diferentes y necesarios para favorecer en él su desenvolvimiento armónico, tanto físico como psíquico.

La vigilancia de la salud del niño debe orientarse principalmente, podemos decir, sobre su desarrollo normal psicosomático, realizable esto, con una oportuna corrección de las perturbaciones nutritivas que pueden presentarse, mediante una correcta y bien balanceada alimentación, pues ha sido demostrado con elocuencia la estrecha relación entre la calidad y la cantidad de la alimentación y el crecimiento del niño.

Es por lo tanto particularmente importante el estudio del factor alimentario en uno de los períodos de la vida que comprende a seres entre 6 y 14 años, por constituir la edad escolar, edad que tiene exigencias especiales y que deben ser tenidas en cuenta para no influir desfavorablemente, por su desconocimiento, sobre el crecimiento y el desarrollo de estos seres en formación cuya ac-

tividad funcional es mayor comparada con la actividad funcional del adulto.

Las necesidades nutritivas del niño en edad escolar están supeditadas a su metabolismo y este a su vez, está condicionado por varios factores como son: 1) crecimiento y desarrollo, 2) grado de actividad.

Por consiguiente, cualquier perturbación de la nutrición en este período de la vida, explica claramente las manifestaciones tanto somáticas como psíquicas que suelen encontrarse, y *de ahí* la importancia del conocimiento del estado nutricional y de los requerimientos alimentarios del niño en esta etapa de su vida, para regular su salud, crecimiento y desarrollo normales.

Para el estudio a. que este trabajo se refiere, se seleccionaron al azar cuatro grupos de niños escolares, comprendidos entre las edades de 7 a 10 años, de condiciones económico-sociales más o menos iguales. Dos grupos (masculino y femenino) han servido de muestra. A estos grupos se les ha servido un refrigerio escolar consistente en leche descremada con dos tajadas de pan con margarina fortificada; los otros dos grupos, sin refrigerio escolar, han servido de control. Se han escogido estas edades porque su crecimiento y peso en esta edad, es más o menos paralelo e igual, en varones y mujeres. El estudio dio principio en el mes de julio del año de 1950 en las escuelas públicas «República Argentina», «Lempira» y «República de Panamá», en el Distrito Central. Se comenzó por tomar a cada niño en estudio, teniendo la ayuda del pariente más cercano que viviera, una historia médica más o menos completa. Inmediatamente y con la ayuda de la enfermera graduada, señorita María Cristina Romero, se practicó el primer examen físico-médico completo de cada uno de los niños, haciendo hincapié de preferencia sobre los signos de deficiencia nutricional, y usando los métodos y aparatos clásicos para este fin; únicamente para el examen microbiológico del ojo se usó la lámpara de Endadura (Slit Lamp). Al mismo tiempo, se chequeó y registró el peso y talla, y desde entonces se han venido registrando cada mes hasta la fecha del presente reporte. En la misma fecha de practicado este primer examen, se recogieron, de cada niño, muestras de sangre venosa repartida (15 cc.) en dos tubos, uno con anticoagulante (3 cc.) y el resto de la sangre en otro sin anticoagulante; el primero servía para hacer un hemograma, practicado este por el Hematólogo-Parasitólogo, señor Porfirio Barahona, ayudado por la Técnica, Profesora Gladys F. de Borjas, en el Laboratorio de la Unidad de Campo de Honduras. El suero del segundo tubo se recogía para, con una porción de él, determinar proteína total y hacer alícuotas para determinación de vitamina C, y el resto se ponía en una ampolla que se cerraba a la llama y ambas preparaciones se mandaban debidamente refrigeradas, a los laboratorios centrales del INCAP en Guatemala para los correspondientes análisis sobre las diferentes vitaminas, minerales, etc. Además, se recogieron las primeras muestras de heces fecales y orina, para su análisis por los laboratoristas arriba menciona-

dos, en la Unidad de Campo del INCAP de Honduras. Los positivos para parásitos intestinales han sido tratados debidamente y se ha mantenido un chequeo constante sobre este asunto lo mismo que sobre cualquiera otra enfermedad intercurrente a fin de mantener a cada uno de los niños estudiados, hasta donde fuera posible, fuera de cualquier «factor condicionante» que pudiera interferir en su estudio nutricional.

Como un mes después de iniciado este estudio, las señoritas Emma Reh, Consejera Nutricionista del INCAP y empleada de la FAO y Gloria M. Fajardo, estudiante nutricionista de la Unidad de Campo de Honduras, iniciaron una encuesta dietética y durante 7 días estudiaron los hábitos alimenticios y recogieron datos socioeconómicos de algunas familias e individualmente de algunos niños de los grupos en estudio. Todo este trabajo efectuado por las referidas trabajadoras ha sido tabulado y analizado debidamente por ellas mismas.

Las señoritas Reh, Fajardo y Audrey Johnson, también Nutricionista al servicio del INCAP, han recogido varias muestras de alimentos de los que han consumido las familias de los niños en estudio. Dichos alimentos, previamente estabilizados para evitar la pérdida o alteración de alguno de sus nutrimentos, han sido minuciosamente analizados para determinar los diferentes elementos nutritivos, tanto en calidad como en cantidad, que cada uno de ellos contiene.

Un mes antes de finalizar el año escolar, en el mes de enero de 1951, se procedió a efectuar un segundo examen físico-médico completo usando los mismos métodos y técnicas del principio del estudio. Igualmente se tomó una segunda muestra de sangre por venipuntura, de cada niño en estudio, y se procedió con ella en la misma forma que con la primera muestra. Asimismo se hizo con nuevas muestras de orina y heces fecales.

En la primera quincena del mes de febrero de 1951, ya para finalizar el año escolar, se tomaron radiografías de las rodillas y muñecas de cada niño, por el Técnico, Sr. Lucha, al servicio del INCAP, así como fotografías en blanco y negro, de frente y de perfil, de cada niño, por el señor Antonio Guerrero.

II.—HALLAZGOS FÍSICOS

Una vez tabulados los resultados de los exámenes físicos practicados en los 100 niños que sirvieron como muestra, distribuidos en dos grupos de 50 niños para cada sexo y comprendidos entre las edades mencionadas de 7 a 10 años, se aprecia fácilmente la incidencia marcada de patología nutricional en la piel y sus anexos y las mucosas oral y ocular.

Los hallazgos positivos encontrados, cuando su etiología se puede suponer más o menos con exactitud, se deben generalmente a deficiencia de vitamina A o de alguno o varios miembros del complejo B. Del resto, algunos de ellos encontrados con incidencia bastante significativa, no se les ha asignado hasta hoy una etiología específica.

La piel mostró despigmentación blanca en 72%, xerosis en 52% e hiperqueratosis folicular en 46% de los niños. Los dos últimos signos como se sabe se deben a deficiencia de vitamina A. Pelo seco, signo de etiología desconocida (deficiencia de proteínas ?) se observó en 47 % de los casos.

En los **ojos**, la pigmentación amarilla de la conjuntiva bulbar, de supuesta etiología por deficiencia de Vitamina A, se presentó en 76% de los niños. Otros signos no tuvieron tan alto índice de frecuencia, pero su presencia tiene un significado definido como el engrosamiento de la conjuntiva bulbar o la invasión capilar de la córnea que son signos debidos el primero a deficiencias de vitamina A y el segundo a deficiencia de riboflavina. Esta última deficiencia es responsable también de la fisuración vertical de los labios que estaba presente en el 31% de los casos.

Las lesiones que en la lengua se observan en forma de fisuras, hipertrofia, atrofia y fusión de las papilas, debidas a deficiencia de uno o varios factores del complejo B, llegaron a tener alta incidencia al observarse en 51 % de los casos.

Los otros signos como gingivitis, caries dentales, mala implantación, probablemente se deban en gran parte a una higiene oral defectuosa.

En tablas adjuntas se podrá apreciar con mayor detalle la incidencia de los signos restantes, así como su distribución por sexos, que parecen no tener preferencia alguna.

Signos físicos del 2° examen

9 meses después, durante los cuales se administró un refrigerio de leche descremada al grupo de niños de las escuelas «Argentina» y «Lempira», se hizo un nuevo examen físico nutricional cuyos resultados se muestran en la tabla 2.

Al comparar los resultados obtenidos en los dos exámenes, se nota la incidencia mayor de hiperqueratosis folicular y xerosis en el grupo de niños que recibió refrigerio y el poco o ningún cambio en la incidencia de dichos signos en el grupo control.

Estos hallazgos vienen una vez más a corroborar el hecho ya observado que la ingestión de proteínas aumenta el requerimiento de vitamina A, hecho que en este caso se manifiesta como un aumento en la incidencia de los signos que la deficiencia de esa vitamina produce.

Respecto a los otros signos no se observa mayor cambio entre la frecuencia con que se presentaron en el examen anterior y el practicado 9 meses después, a pesar de la administración que de riboflavina se hacía al dar el refrigerio en forma de leche. Ello puede explicarse al recordar que muchos de esos signos físicos son manifestaciones de deficiencias múltiples que no se corrigieren con la ingestión de leche descremada.

SIGNOS FISICOS — PRIMER EXAMEN

(Mayo 1950)

		Refrigerio		Control		Total
		+	-	+	-	
Cabello	1—Seco	15	15	10	7	47
	2—Escaso	3	7	1	2	13
Cuero cabelludo	3—Escamoso	—	1	1	2	4
Piel y anexos	4—Hiperqueratosis folicular avascular suave	7	8	18	13	46
	5—Hiperqueratosis folicular áspera	—	—	1	1	2
	6—Despigmentación blanca	23	14	17	18	72
	7—Xerosis	11	15	15	11	52
	8—Uñas quebradizas	13	8	1	6	28
Ojos	9—Pestañas disminuidas	—	3	2	1	6
	10—Engrosamiento conjuntiva bulbar	5	8	2	1	16
	11—Aumento vascular conjuntiva bulbar	1	2	6	6	15
	12—Pigmento amarillo conjuntiva bulbar	18	20	23	15	76
	13—Invasión capilar a la córnea	1	—	2	1	4
	14—Fotofobia	—	—	1	—	1
	15—Estrabismo	2	—	—	—	2
Labios	16—Aumento fisuras verticales	7	7	9	8	31
	17—Queilosis	1	1	1	2	5
Encías	18—Gingivitis marginal crónica con retracción	21	23	21	18	83
	19—Gingivitis marginal crónica con resección	2	10	11	7	30
	20—Gingivitis marginal crónica con hemorragia a la presión	2	7	4	7	20
Lengua	21—Fisuras linguales	9	11	20	11	51
	22—Fusión de la papila filiforme	7	13	9	9	38
	23—Atrofia de la papila filiforme	4	10	6	5	25
	24—Atrofia de la papila fungiforme	—	1	1	—	2
	25—Hipertrofia de la papila fungiforme	—	3	5	3	11
Faringe	26—Hipertrofia de las amígdalas	21	5	10	5	41
Dientes	27—Caries	13	10	19	17	59
	28—Mala implantación	5	11	10	7	33
	29—Incisivos con bordes aserrados	6	19	—	2	27

Cuello	30—Bocio simple	1	2	7	2	12
Pulmones	31—Estertores bronquiales	—	3	5	4	12
Corazón	32—Soplos inorgánicos	2	3	2	1	8
Abdomen	33—Sensibilidad	8	9	10	7	34
Sistema ganglionar	34—Micropoliadenitis inguinal bilateral	19	17	24	17	77
	35—Adenitis cervical crónica.....	10	6	13	4	33
	36—Adenitis epitroclear crónica.....	5	1	—	—	6
	37—Adenitis axilar crónica.....	1	—	6	1	8
Bazo	38—Esplenomegalia	—	1	—	—	1
Sistema muscular	39—Desarrollo retrasado	4	10	—	—	14
Genitales	40—Fimosis	2	—	1	—	3
Sistema óseo	41—Genuvalgum	6	13	6	6	31
	42—Genuvarum	—	—	1	—	1
	43—Escápula alada	4	3	3	1	11
Oídos	44—Perforación del tímpano.....	4	—	—	—	4
Sistema nervioso	45—Reflejos rotulianos aumentados	2	2	4	4	12
	46—Reflejos rotulianos disminuidos	4	2	1	4	11
	47—Reflejos cutáneos aumentados	12	2	4	4	22
	48—Reflejos cutáneos disminuidos	1	—	—	1	2
NUMERO DE ALUMNOS EXAMINADOS.....		25	25	25	25	100

SIGNOS FISICOS — SEGUNDO EXAMEN

(Febrero 1951)

		Refrigerio		Control		Total
		+	—	+	—	
Cabello	1—Seco	1	6	4	1	12
	2—Escaso	—	3	—	1	4
Cuero cabelludo	3—Escamoso	1	3	—	—	4
Piel y anexos	4—Hiperqueratosis folicular avascular suave	19	19	14	9	61
	5—Hiperqueratosis folicular avascular áspera	—	—	2	1	3
	6—Despigmentación blanca	18	16	13	17	64
	7—Xerosis	19	22	14	18	73
	8—Uñas quebradizas	1	8	—	—	9

Ojos	9—Pestañas disminuídas	—	—	1	—	1
	10—Engrosamiento conjuntiva bulbar	1	3	—	—	4
	11—Aumento vascular conjuntiva bulbar	9	5	5	2	21
	12—Pigmento amarillo conjuntiva bulbar	23	23	17	19	82
	13—Invasión capilar a la córnea	1	—	—	—	1
	14—Fotofobia	—	1	—	1	2
	15—Estrabismo	2	—	—	—	2
Labios	16—Aumento fisuras verticales	5	8	5	5	23
	17—Queilosis	1	—	—	—	1
Encías	18—Gingivitis marginal crónica con retracción	18	19	17	19	73
	19—Gingivitis marginal crónica con resección	5	9	5	9	28
	20—Gingivitis marginal crónica con hemorragia a la presión	—	8	—	2	10
Lengua	21—Fisuras linguales	12	13	16	13	54
	22—Fusión de la papila filiforme	10	15	10	3	38
	23—Atrofia de la papila filiforme	5	13	6	5	29
	24—Atrofia de la papila fungiforme	—	—	—	—	—
	25—Hipertrofia de la papila fungiforme	1	2	2	1	6
Faringe	26—Hipertrofia de las amígdalas	10	7	8	3	28
Dientes	27—Caries	11	13	15	17	56
	28—Mala implantación	12	10	10	9	41
	29—Incisivos con bordes aserrados	3	8	4	—	15
Cuello	30—Bocio simple	—	2	5	2	9
Pulmones	31—Estertores bronquiales	3	3	2	4	12
Corazón	32—Soplos inorgánicos	—	—	—	1	1
Abdomen	33—Sensibilidad	5	3	4	8	20
Sistema ganglionar	34—Micropoliadenitis inguinal bilateral	23	21	19	18	81
	35—Adenitis cervical crónica	3	6	5	2	16
	36—Adenitis epitrocLEAR crónica	—	—	—	—	—
	37—Adenitis Axilar crónica	7	4	3	1	15
Bazo	38—Esplenomegalia	—	—	—	—	—
Sistema muscular	39—Desarrollo retrasado	—	1	—	—	1
Genitales	40—Fimosis	8	—	2	—	10
Sistema óseo	41—Genuvalgún	6	8	3	5	22

	42—Genuvarun	1	—	—	—	1
	43—Escápula alada	2	1	1	—	4
Oídos	44—Perforación del tímpano	1	—	—	—	1
Sistema nervioso	45—Reflejos rotulianos aumentados	5	3	3	1	12
	46—Reflejos rotulianos disminuidos	4	1	1	3	9
	47—Reflejos cutáneos aumentados	1	—	1	—	2
	48—Reflejos cutáneos disminuidos	—	—	—	—	—
NUMERO DE ALUMNOS EXAMINADOS		23	23	23	20	89

III.—CURVAS DE PESO Y ESTATURA

Siguiendo las medidas y observaciones tomadas de los niños en estudio, para evaluar su estado nutricional bajo los efectos de los programas de alimentación, nada supera a la simple determinación de talla y peso. Cuando los standards son obtenibles, la reducción en talla y peso por debajo de dichos standards, es particularmente interesante. Desafortunadamente, tales standards no son hasta la fecha obtenibles para la América Central en general, ni para Honduras en particular. La obtención de esos standards es uno de los objetivos del INCAP.

La tabla 1, muestra la estatura promedio de los niños bajo estudio clasificados según el sexo y el grupo experimental a que pertenecían. Por los resultados puede apreciarse que no existe diferencia alguna entre los dos sexos y que la estatura del niño de escuela pública en Honduras es 10 cms. más baja que la estatura del estandard estadounidense de la misma edad. Esos 10 cms. corresponden al incremento que en el curso de dos años un niño normal tiene. Dicho en otras palabras, los niños en estudio con una edad promedio de 7.6 años tenían la altura de un niño estadounidense de 5.6 años o sea dos años menos.

TABLA I

VARONES Grupo	Edad Promedio	Estatura x	Cms. x abajo estandard
Refrigerio	7.2	111.8 cms.	10.2
Control	7.8	116.4 cms.	9.6
MUJERES			
Refrigerio	7.6	113.5 cms.	11.5
Control	7.6	115.8 cms.	9.2

De igual manera se reportan los promedios de peso en la tabla 2, como en el caso anterior no muestra mayor diferencia según los sexos. El niño de la capital hondureña de escuela pública, presenta un peso promedio que está 11 libras por abajo del estandard estadounidense, lo que corresponde al incremento que un niño normal tiene en un periodo de 1 año 9 meses.

Es decir, que el niño hondureño de la posición socio-económica descrita y de 7.6 años de edad, tiene el peso de un niño estadounidense de 5.9 años.

Después de 9 meses de prueba experimental los niños fueron pesados y medidos nuevamente. Una vez tabulados los datos, no se encontró diferencia que desde el punto de vista estadístico tuviera algún significado. El grupo que recibió refrigerio y el grupo control como puede observarse en la tabla 3, mostraron el mismo aumento en peso y estatura.

Sexo	Grupo	Edad	Peso	Libras x abajo estandard
VARONES.....	Refrigerio	7.2	41.1	10.9
".....	Control	7.8	43.4	11.6
MUJERES.....	Refrigerio	7.6	44.8	9.2
".....	Control	7.6	43.0	11.0

TABLA III

TABLA II

Grupo	Aumen- to de pe- so % pro- medio x mes	Aumen- to de Esta- tura % pro- medio x mes
Refrigerio	0.86	0.4 [^]
Control.....	0.85	0.46

IV.—EXAMENES DE SANGRE

a. Hallazgos hematológicos

Hemoglobina, hematocrito, recuento de glóbulos rojo, fueron determinados en niños de las escuelas que reciben el refrigerio de leche descremada con dos tajadas de pan con margarina fortificada y de las escuelas de control, en el mes de marzo de 1950, antes de comenzar el programa de refrigerios escolares Y de nuevo en el mes de enero de 1951 antes de que los niños se fueran a sus-

En estos datos no hay indicación de una influencia de dicho refrigerio, por cuanto a los cambios observados fueron similares en las escuelas *con* refrigerio y en la de control.

Al principio del estudio, los varones y mujeres en la escuela de control «República de Panamá» tuvieron un ligero descenso en el valor de la hemoglobina en comparación con las escuelas de demostración (Tabla I). Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Al tiempo del segundo examen, la hemoglobina tuvo un ascenso significativo en los niños de ambas escuelas (de muestra y de control). Es bastante interesante el hecho de que haya subido más en el grupo de control y que el valor final sea ligeramente más alto en el grupo de control que en el grupo con refrigerio escolar (Tabla II). Parece ser razonable asociar este aumento en hemoglobina, con el tratamiento contra parásitos intestinales recibido por los niños de ambos grupos escolares al principio del año y toda vez que su muestra de heces fecales fuera positiva, aunque pueda haberse debido a normales fluctuaciones estacionales.

Una tendencia opuesta se observó en el caso del recuento de glóbulos rojos (Tabla II). Una pequeña pero significativa caída ocurrió entre el primero y segundo examen. Ninguna diferencia entre los dos grupos fue observable sobre su primero o segundo examen. La elevación de la hemoglobina (Tabla III) con la caída en la cuenta de glóbulos rojos, puede solamente ser debida a un cambio en el *t*: *maño* promedio de los glóbulos rojos; en este caso una disminución en la cantidad de microcitos.

La microcitosis está asociada con la anemia por deficiencia de hierro, a la cual contribuye grandemente la infección parasitaria.

Parece que el tratamiento antiparasitario ha resultado o contribuido para el mejoramiento en el cuadro sanguíneo, no solamente aumentando la hemoglobina, sino que también a través de un retorno de los glóbulos rojos a su tamaño normal.

En la tabla IV el índice de volumen corpuscular medio muestra este cambio como una cosa cierta. Sin embargo, el grado de microcitosis fue inicialmente menor en la escuela de control y el hematocrito más alto como se demuestra en la Tabla III.

El grado de microcitosis, como lo indica la Tabla IV fue evidente e inicialmente mucho menor en el grupo control que en el grupo experimental o de muestra, y no está del todo reflejado en el hematocrito del grupo control, en el primero y segundo examen. El otro, hemoglobina corpuscular media y concentración hemoglobínica corpuscular media, reflejan cambios discutidos arriba.

En resumen, puede ser establecido que los niños examinados padecen de una anemia microcítica hipocrómica, que a pesar de ciertas diferencias iniciales en las escuelas experimentales y de control, no hubo diferencias importantes en la hemoglobina, hematocrito, y en los valores de la cuenta de glóbulos rojos al final de un período de 13 meses. Esto también se aplica a lo relacionado con los índices VCM, HCM y GHCM. Esto puede so-

lamente significar que el refrigerio no fue un factor importante en el mejoramiento ocurrido. Ha sido postulado que el mejoramiento fue debido al tratamiento contra parásitos intestinales recibido por los niños, en estudio, por varias ocasiones, aunque un cambio estacional no puede ser descartado todavía. Los próximos exámenes podrán probar esta duda.

TABLA I

		Julio 1950	Mayo 1951
HEMOGLOBINA	Control	9.1	10.6
"	Refrigerio	9.4	10.4

TABLA II

		Julio 1950	Mayo 1951
GLOBULOS ROJOS	Control	4.5	4.2
"	Refrigerio	4.45	4.3

TABLA III

		Julio 1950	Mayo 1951
HEMATOCRITO	Control	40	40
"	Refrigerio	35	40

TABLA IV

		Julio 1950	Mayo 1951
V. C. M	Control	89.1	95.7
" " "	Refrigerio	79.5	93.4
H. C. M	Control	20.6	25.9
" " "	Refrigerio	25.1	24.4
C. H. C. M	Control	23.5	27.3
" " " "	Refrigerio	27.7	26.2

b. Proteínas

Las proteínas totales son dosificadas rutinariamente en todos los sueros de los niños bajo estudio. Esta dosificación se hace por medio del tubo de densidades progresivas, según el meto-

do de Lowry y Hunter (1), que permite numerosas dosificaciones en un mínimo de tiempo con un máximo de exactitud en cantidades de suero no mayores de .02 .03 cc. Los valores descritos en la tabla I de esta sección, están todos dentro de los límites normales, tendiendo a estar la mayoría en el extremo superior de la distribución. Valores de este tipo en Centro América han sido descritos en trabajos previos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (2). También estos valores están de acuerdo con lo postulado anteriormente por Scrimshaw, Guzmán y Méndez (2) ya que no hay diferencia aparente en los niveles proteicos del suero con variaciones relativamente pequeñas en la dieta de estos niños.

PROTEÍNAS EN EL SUERO

ELEMENTO EN EL SUERO	CONTROL		REFRIGERIO	
	1er. examen	2º examen	1er. examen	2º examen
	Proteína Total gms/100 ml.	7.05	7.13	7.19

1er. examen: Julio-Agosto, 1950
2º examen: Enero-Mayo, 1951

c. Vitaminas Hidrosolubles

De este grupo se incluyó en la rutina de determinaciones en el suero la riboflavina libre y el ácido ascórbico. La riboflavina libre se determinó por el método de Burch, Bessey y Lowry, (IV). Los valores de riboflavina reportados en la Tabla I de esta Sección, están dentro de los límites de lo considerado normal en los Estados Unidos de Norte América. Los valores parecen indicar que la escuela «República de Panamá» que sirvió de grupo control, estaba compuesta de niños en condiciones menos ventajosas que las de los niños en las escuelas «Lempira» y «República Argentina» que sirvieron como grupo experimental y recibieron el refrigerio. La diferencia entre los dos grupos es de significado estadístico como se puede ver en la Tabla II de esta sección. Al término del período que aquí se reporta, ocurrió una elevación en la concentración de riboflavina en ambos grupos, siendo mayor esta elevación para el grupo de control que para el grupo de refrigerio. La elevación de riboflavina posiblemente sea de origen estacional ya que es aparente en ambos grupos y al mismo tiempo debe haber sido intensificada en su magnitud por el tratamiento antihelmíntico. La elevación en el grupo de control posiblemente fue mayor debido a que estos niños no recibieron ningún refri-

- (1) - Lowry, O. W., y Hunter, T. H. «The Determination of Serum Protein Concentration with a Gradient Tube». J. Biol. Chem., 159:465, 1945.
(2) ■ Scrimshaw, N. S., Guzmán, M., y Méndez de la Vega, J. "Interpretación de los valores proteicos del suero humano en la América Central y Panamá». Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol, XXX, N° 5, Mayo, 1951.

gerio y por consiguiente, no tuvieron un aumento en la demanda de riboflavina. También es aparente que al final del tiempo reportado, la diferencia de concentración sérica de riboflavina entre el grupo experimental y el grupo de control ha disminuido.

La dosificación de ácido ascórbico se hizo por el método de Lowry, López y Bessey (2).

Todos los valores que se reportan en la Tabla I de esta sección para ácido ascórbico están sobre lo que ha sido considerado normal en Inglaterra y los Estados Unidos. Esta elevación de la concentración de ácido ascórbico en el suero de individuos en áreas tropicales, es debida primariamente a una ingestión alta del mismo, ya que las frutas son abundantes durante casi todas las épocas del año. Tampoco debemos olvidar que en gran parte esta elevación sobre lo normal pueda ser debida a requerimientos más bajos de ácido ascórbico causados en el organismo por dietas pobres en proteínas de buena calidad o de alto valor biológico.

	CONTROL	REFRIGERIO	CONTROL	REFRIGERIO
Riboflavina Libre mcgs / 100 ml.	2.01	2.10	1.42	1.64
Acido Ascórbico mgs/100 ml.	2.18	2.28	3.08	2.03

VITAMINAS HIDROSOLUBLES

1er. examen: Julio-Agosto, 1950

2° examen: Enero-Mayo, 1951

ELEMENTOS EN EL SUERO	CONTROL		REFRIGERIO	
	1er. examen	2° examen	1er. examen	2° examen
d. Vitaminas Liposolubles				

De este grupo de vitaminas, se dosificaron rutinariamente en el suero de los niños bajo estudio la vitamina A, Carotenos, y vitamina E. Como medio de estudiar el estado nutricional de vitamina D y el metabolismo de calcio, también se determinó la actividad de Fosfatasa Alcalina en el suero. La vitamina A se dosi-

(1) Burch, H. B., Bessey, O. A., Lowry, O. H. «Fluorometric Measurements of Riboflavin and its natural derivatives in small quantities of blood serum and cells». J. Biol. Chem., 175:457, 1948.

(2) Lowry, O. H., López, J. A., Bessey, O. A. «The Determination of Ascorbic Acid in Small Amounts of Blood Serum». J. Bio. Chem. 160:609, 1945.

ficó según el método de Bessey, Lowry, Brock y López (1). La vitamina E y el caroteno fueron dosificados según el método de Quai-fe, Scrimshaw y Lowry (2), y la actividad de Fosfatasa Alcalina fue determinada por el método de Bessey, Lowry y Brock (3).

Según puede verse en la Tabla I de esta sección hubo una baja en los niveles de Vitamina A en el grupo control. El poco o ningún cambio en el caso del grupo experimental es debida a que este grupo recibe con su suplemento alimenticio una cantidad de margarina fortificada con vitamina A, que es suficiente para prevenir una baja significativa desde el punto de vista estadístico, pero hay una elevación de caroteno, debida tal vez a la conversión deficiente del caroteno o provitamina A a la vitamina A. Aparentemente en el grupo de control la eficiencia de conversión de la provitamina (caroteno) se mantuvo, ya que no hubo cambio marcado en el nivel de caroteno. En ambos casos los niveles de caroteno cambian consistentemente de acuerdo con la hipótesis ya formulada.

Ni el metabolismo ni los requerimientos de vitamina E son suficientemente comprendidos como para poder explicar el significado de los cambios de concentración en el suero al presente. Los valores reportados para vitamina E en la Tabla I de esta sección están dentro de los límites de lo reportado como normal en otras partes del mundo.

Los valores de actividad de la enzima Fosfatasa Alcalina se encuentran elevados en casos de raquitismo, de deficiencia de metabolismo de calcio, o en la deficiencia de vitamina D. En los grupos aquí estudiados, los valores reportados están dentro de los límites considerados normales, lo que indica que no hay evidencia de deficiencia en el metabolismo de calcio ni la formación de hueso, ni evidencia de deficiencia de vitamina D.

INDICES DE VITAMINAS LIPOSOLUBLES				
	1er. examen: Julio-Agosto, 1950			
	2º examen: Enero-Mayo, 1951			
ELEMENTOS EN EL SUERO	CONTROL		REFRIGERIO	
	1er. examen	2º examen	1er. examen	2º examen
Caroteno (mcgs/100 ml.)	65	62	49	68
Vitamina E (mgs/100 ml.)	.75	.64	.59	.68
Vitamina A (mcgs/100 ml.)	29.7	23.6	27.7	26.2
Fosfatasa Alcalina (u.m.m. x l. x hr.)	5.23	7.04	5.34	5.96

(1) Bessey, O. A., Lowry, O. H., Brock, M. J., López, J. A. «The determination of vitamin A and carotene in small quantities of blood serum». *J. Biol. Chem.* 166:177, 1946.

(2) Quai-fe, M. L., Scrimshaw, N. S., Lowry, O. H. «A micromethod for assay of total tocopherols in blood serum». *J. Biol. Chem.* 180:1,229, 1949.

(3) Bessey, O. A., Lowry, O. H., Brock, M. J. «A Method for the rapid determination of alkaline phosphatase with five cubic millimeters of serum». *J. Biol. Chem.* 164:521, 1946.

V.—HALLAZGOS PARASITOLÓGICOS Y URINARIOS

Parte de la encuesta nutricional hecha a los niños consistió en el análisis de materias fecales y de orina a cada uno de ellos. Las materias fecales fueron examinadas para buscar la incidencia de parásitos intestinales lo cual puede observarse en la primera columna de la tabla correspondiente.

La segunda columna reporta los resultados obtenidos nueve meses después, cuando a cada niño se les había administrado tratamiento antiparasitario específico.

TABLA		
	Julio 1950	Noviembre 1950
Niños examinados	95	60
Positivos	77	49
INCIDENCIA PARASITARIA		
<i>Ascaris lumbricoides</i>	61	13
<i>Trichuris trichiura</i>	27	14
<i>Endamoeba histolytica</i>	23	17
<i>Trichomonas intestinalis</i>	18	—

Aunque el porcentaje de materias fecales positivas no tuvo cambio alguno después del tratamiento, ello puede explicarse considerando la incidencia de infestación con *Endamoeba coli* y otros parásitos que no responden fácilmente a la terapéutica antiparasitaria.

Sin embargo, se comprueban fácilmente el efecto satisfactorio que se obtuvo con el tratamiento contra los cuatro parásitos que presentaban mayor incidencia.

Como se dijo anteriormente, hemos procurado tener a todos los niños en estudio, libres de parásitos intestinales, mediante la administración de medicamentos específicos.

Solamente hemos de mencionar en este informe, que se practicaron los correspondientes análisis de orina en todas las escuelas en estudio, pero sus resultados fueron todos normales.

VI.—BOCIO ENDÉMICO

En la Tabla I que se inserta a continuación se dan los resultados obtenidos en las escuelas de Tegucigalpa. La identificación del bocio se verifica siguiendo el método palpatorio y clasificándolo según la escala adoptada en el Congreso Nutricional de Caracas. Casi todos los bocios reportados en la Tabla I son del tamaño uno, tipo difuso, habiendo muy pocos del tamaño dos.

BOCIO ENDÉMICO

ESCUELAS	Total Examinados	Con Bocio	%
Niñas	2.050	838	40.9
Niños	804	298	37.1

El bocio endémico es considerado como un problema de salud pública cuando su incidencia es mayor del diez por ciento. Una incidencia que varía entre el 37 al 40.9% como se observa en la Tabla I, hace que en este caso, el bocio endémico sea un problema de tal clase, que la yodización de la sal en Honduras, que es la manera más fácil de controlar tal problema, sea una medida de salud pública urgentísima.

VII—SUMARIO

A.—Cien niños escolares de ambos' sexos divididos en dos grupos iguales (experimental y control) fueron estudiados desde el punto de vista nutricional y para conocer el efecto de la proteína animal y la vitamina A, administrada en forma de refrigerio.

B.—Los signos físicos nutricionales debidos a la deficiencia de vitamina A y de alguno o varios miembros del complejo B, fueron encontrados con frecuencia significativa. El examen físico hecho después del período de experimentación demostró el aumento de las lesiones debidas a deficiencia de vitamina A.

C.—Los niños estudiados mostraron una estatura y un peso que estaban 10 cm. y 10 Lbs. por abajo del estándar estadounidense. No se registró ningún cambio después de los 9 meses de la experiencia.

D.—El cuadro sanguíneo mostró anemia microcítica hipocrómica que mejoró muy ligeramente después de tratamiento antiparasitario.

E.—Los valores séricos de proteínas, fosfatasa alcalina, ácido ascórbico, vitamina E y riboflavina libre fueron normales. Estos valores permanecieron inalterables después de la experiencia.

El caroteno y la vitamina A siempre estuvieron por abajo de lo normal. Únicamente el caroteno mostró ligera alza al final sin acompañarse de alza correspondiente para vitamina A.

F.—Alta incidencia de parasitismo intestinal sobre todo debida a *Ascaris lumbricoïdes* que mejoraron después del tratamiento se observó en la experiencia.

G.—La incidencia de bocio endémico fue de 39%.

Tegucigalpa, D. C., Abril de 1954.

Comentarios sobre la Queratoplastia Parcial Penetrante y sus Problemas

Por el Dr. José Gómez-Márquez Girones

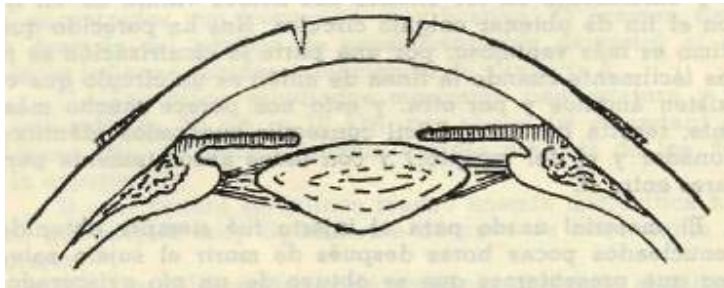
En el año de 1948 tuvimos oportunidad de realizar por primera vez una operación de queratoplastia parcial penetrante y tuvimos así la oportunidad de iniciar en Honduras un nuevo tipo de cirugía oftálmica. Desde entonces hemos tenido oportunidad de llevar a cabo un cierto número de estas operaciones que según las estadísticas que hemos podido consultar, llegan a 34, si bien tenemos razones para creer que posiblemente han sido algunas más. Desde entonces también hemos ido cambiando ciertos aspectos de la técnica seguida, la más de las veces siguiendo las enseñanzas de los autores y en otras ocasiones a instancias de nuestro propio criterio. La inmensa mayoría de los casos fueron intervenidos siguiendo la técnica de Castroviejo del colgajo cuadrangular y únicamente en los últimos nos hemos valido de un trépano con el fin de obtener colgajo circular. Nos ha parecido que este último es más ventajoso: por una parte la cicatrización se realiza más fácilmente cuando la línea de unión es un círculo que cuando existen ángulos y por otra, y esto nos parece mucho más importante, resulta bastante difícil conseguir cuadrados idénticos (el del donador y el del receptor) y con lados absolutamente perpendiculares entre sí.

El material usado para el injerto fue siempre obtenido de ojos enucleados pocas horas después de morir el sujeto salvo en el caso que presentamos que se obtuvo de un ojo eviscerado por una herida penetrante del globo. El tiempo que medió entre la enucleación del globo y la operación osciló entre 4 y 24 horas aproximadamente y entre la defunción del donador y la operación 6 y 36 horas.

El medio de conservación fue siempre el mismo: mantenimiento del globo en una atmósfera húmeda y colocación del recipiente en la refrigeradora.

Los cambios más radicales que hicimos en nuestra técnica se refiere a las suturas. Al principio, empleamos el método de fijación mediante hilos que pasaban de un extremo a otro de la cor-

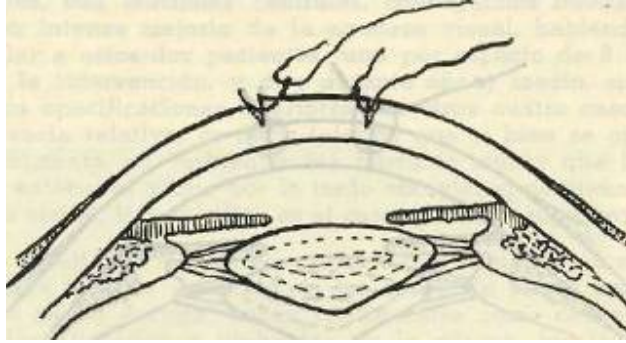
nea del enfermo, por encima del injerto pero sin comprender a éste; quedaba por lo tanto el fragmento de córnea injertada, sujeta exclusivamente por una especie de red. Este procedimiento fué capaz de mantener en buena posición el injerto sin sufrir movilizaciones, si bien en algunas ocasiones tuvimos que lamentar mínimas profusiones del mismo; el principal inconveniente lo encontramos en la huella que los hilos dejaban sobre la superficie del injerto, percance éste que se logró atenuar notablemente mediante el uso de membrana amniótica de huevo de gallina. Muy pronto sin embargo recurrimos a la sutura de borde a borde (córnea residual e injerto), que obvió indudablemente muchas de las desventajas anteriores, es decir, da muy buena fijación al colgajo y resuelve el problema de las huellas que los hilos nos dejaban sobre el injerto. El gran inconveniente que presenta, a nuestro juicio, es el de la dificultad que presenta en sí la sutura, es decir el paso de la aguja a través del delicado injerto. Todo lo que sea prensar el injerto con pinzas, por muy delicadas que éstas sean, tiene forzosamente que llevar consigo, magullamiento del tejido corneal y llegar a constituir por lo tanto una causa de enturbiamiento posterior del mismo. Es necesario, valerse de algún procedimiento, para evitar el pinzamiento del colgajo a injertar. Nosotros hemos estado usando últimamente un método a base de suturas previas. Con el trépano, hacemos una sección en la córnea donadora, que profundiza hasta aproximadamente la mitad del espesor del tejido corneal (Fig. N° 1). Una vez hecho esto, pasamos cuatro suturas en



Se observa la **trepanación** no perforante llevado a cabo en la córnea del donador

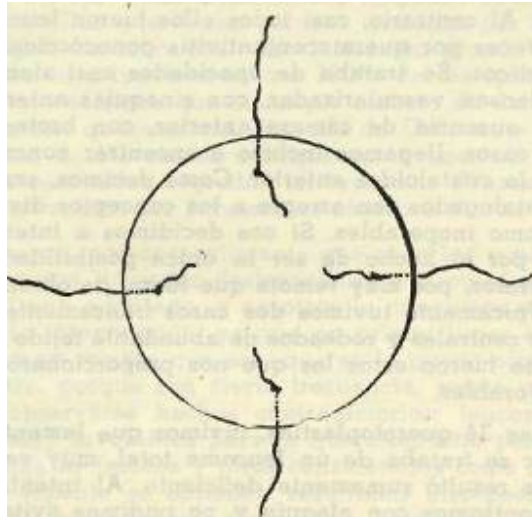
puntos diametral mente opuestos del futuro injerto, utilizando para ello agujas muy finas, como son, por ejemplo, las de Grieshaber. Como quiera que el colgajo aún está fijo al resto de la córnea, no es necesario utilizar ningún medio de fijación (pinzas o cualquier otro instrumento) para pasar la aguja; nosotros nos ayudamos para simplificar esta fase de suturas con nudo-tope en su extremo, tal y como se emplea en la sutura Gómez-Marques de la operación de catarata. Una vez pasadas las cuatro agujas como muestra la fi-

gura N^o 2, se procede a completar la sección del colgajo corneal mediante tijeras curvas (nosotros preferimos la del tipo Castroviejo de catarata). Ya tenemos por lo tanto tallado nuestro injerto corneal con las suturas debidamente colocadas sin haber prensado



Se muestra el paso de las agujas con nudo-tope en el espesor de la cornea donadora

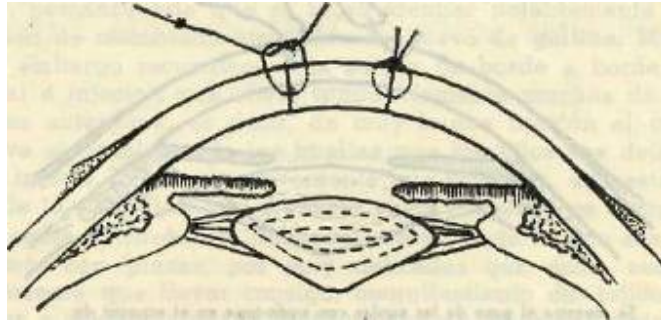
para nada hasta el momento mismo. Se comprende fácilmente que pasar después las agujas con los bordes de la córnea receptora no es en absoluto ningún problema (Fig. N^o 3). Es más, si las cuatro



El injerto circular ya ha sido completamente seccionado y está provisto de cuatro suturas con nudo-tope

suturas no fueran suficientes, es posible, después de haberlas anudado, pasar otras suplementarias sin usar pinzas para fijar el injerto.

Hemos de hacer notar no obstante, que parece ser una condición primordial para usar suturas borde con borde, el que el injerto sea algo grande, probablemente no menor de 6 mm., porque de lo contrario las cicatrices dejadas por las suturas pueden llegar a constituir un serio problema para la transparencia del colgajo.



El injerto ha sido colocado ya en la cornea receptora. Una de las suturas ya ha sido anudada y la otra se está anudando

En nuestros 34 casos, no hubo posibilidad de hacer ninguna selección. Al contrario, casi todos ellos fueron leucomas provocados unas veces por queratoconjuntivitis gonocócicas o a la acción de cáusticos. Se trataba de opacidades, casi siempre totales, sumamente densas, vascularizadas, con sinequias anteriores y posteriores, con ausencia de cámara anterior, con brotes hipertensivos; en tres casos, llegamos incluso a encontrar concreciones calcáreas sobre la cristaloides anterior. Como decimos, eran casos que debían ser catalogados con arreglo a los conceptos divulgados ampliamente, como inoperables. Si nos decidimos a intervenirles fue simplemente por el hecho de ser la única posibilidad que había para los enfermos, por muy remota que fuera, de obtener una cierta mejoría. Únicamente tuvimos dos casos francamente favorables, con leucomas centrales y rodeados de abundante tejido corneal normal. Asimismo fueron estos los que nos proporcionaron los resultados más favorables.

En estas 34 queratoplastias, tuvimos que lamentar la pérdida de un ojo: se trataba de un leucoma total, muy vascularizado, cuya amnesia resultó sumamente deficiente. Al intentar la operación nos encontramos con afaquia y no pudimos evitar una gran pérdida de vítreo, teniendo que terminar con evisceración. En un enfermo tuvimos una movilización parcial del injerto, que sin embargo no fue obstáculo para que se lograra ocluir la brecha corneal, si bien, desde luego con opacificación del injerto. Tuvimos la suerte de no observar nunca esíacelo del injerto así como tampoco infecciones de ninguna clase, cosa que es muy digno de ha-

cer hincapié ya que las enucleaciones hubo que hacerlas constantemente en un anfiteatro, que como el de nuestro Hospital General, no es precisamente un modelo de higiene. Los resultados obtenidos en cuanto a la transparencia de los injertos fueron sumamente mediocres. Solamente en los dos casos que clasificamos como favorables, con leucomas centrales, conseguimos buena transparencia con intensa mejoría de la agudeza visual, habiendo podido controlar a estos dos pacientes, uno por espacio de 8 meses después de la intervención, y otro durante año y medio, sin que observáramos opacificaciones ulteriores. En otros cuatro casos hubo transparencia relativa, es decir injertos que si bien se opacificaron parcialmente, su turbiedad fue bastante menor que las de sus córneas anteriores y que por lo tanto obtuvieron pequeños progresos en su visión. Uno de ellos es el caso que nos ocupa hoy.

Estos resultados mediocres, creemos que se deben en su mayor parte, a la falta de selección de los casos. En efecto debemos recordar que según Arruga, deben considerarse como causas desfavorables las alteraciones profundas de la córnea, los leucomas totales, las vascularizaciones intensas, las sinequias anteriores y posteriores, la afaquia y la hipertensión. Este mismo autor considera que en los casos desfavorables, entre los cuales figuran 32 de nuestros 34 pacientes, el porcentaje de transparencias es de 0% y el de semi-transparencias del 20% únicamente, considerando por otra parte que en los casos francamente juzgados como irreparables, es decir aquellos que tienen córneas formadas por tejido conjuntivo, con hipertensión o con vascularización propia de la córnea, la opacifeación sobreviene en un 100% de los operados. Max Fine por otro lado sostiene que el mayor número de éxitos los obtuvo en sujetos con queratocono, distrofia de Groenouw o en queratitis disciforme, de los cuales nosotros no tuvimos un solo caso; agrega que los resultados logrados en leucomas densamente vascularizados o provocados por sustancias cáusticas fueron mediocres.

Sin embargo, por decepcionante que sean los resultados obtenidos en los casos llamados desfavorables o supuestamente irreparables, es criterio adoptado, y nosotros lo apoyamos en un todo, no desistir de la intervención, ya que en primer lugar es la única esperanza por muy remota que sea, que se le puede ofrecer al paciente y por otra, porque con cierta frecuencia, según muchos autores, suelen observarse hechos contradictorios: leucomas considerados como muy favorables para la queratoplastia parcial penetrante, en los que se fracasa y otros considerados como muy malos en los que de repente se obtienen resultados insospechadamente buenos.. En parte así podríamos considerar el siguiente caso:

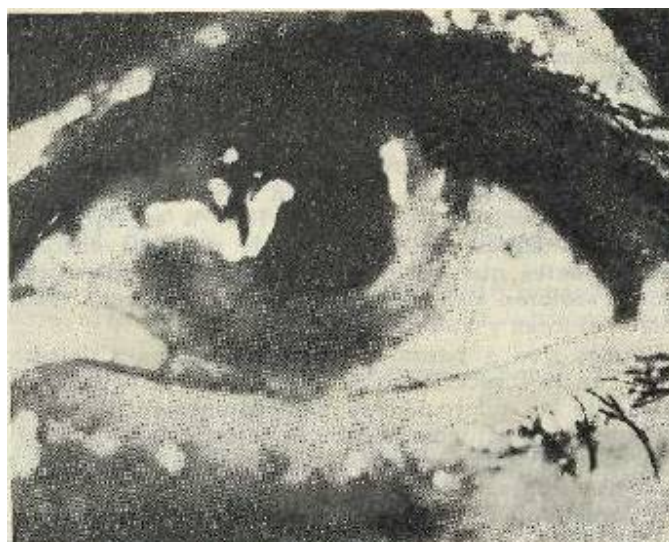
P. L. C. de setenta y dos años de edad, había sido operado hacía unos seis años de cataratas en ambos ojos. En sus exámenes preoperatorios se había encontrado una reacción de Kahn positiva más cuatro y se había hecho previamente un tratamiento específico. Según los datos que pudimos recoger ambas intervenciones ha-

bían transcurrido sin accidentes, mas sin embargo, el postoperatorio en ambos lados fue sumamente borrascoso. Desarrolló fuertes brotes de iridociclitis con hipertensión y posteriormente las córneas se fueron opacificando hasta quedar instalados en ambos lados leucomas totales, sumamente densos y vascularizados. En el momento de ser examinado por nosotros, la visión en el ojo derecho está reducida a percepción luminosa sin proyección de la luz y el aspecto del polo anterior es el que presenta la figura N° 4. El aspecto exterior del leucoma en el lado izquierdo era aún más acen-



tuado que en el derecho pero existía percepción y proyección luminosa. Hay sin embargo hipertensión; el tonómetro Baillart nos indica una tensión que oscila entre 35 y 40 mm. Una nueva serorreacción por Kahn nos arroja otra vez una Kahn positivo más cuatro. Se trata de nuevo al paciente desde el punto de vista luético y se combate la hipertensión ocular mediante eserina y pilocarpina hasta lograr controlarla. En estas condiciones, tan sumamente desfavorables se planea la intervención con mínimas esperanzas: la densidad y la totalidad del leucoma, su vascularización, la hipertensión y la afaquia, son evidentemente factores poco alentadores. Obtuvimos una córnea de un ojo eviscerado 13 horas antes por herida penetrante. Como quiera que la córnea ya estaba tallada, seguimos siempre el procedimiento de las suturas previas pero colocando la córnea sobre un tapón de corcho. Cada aguja perforaba la córnea y se hundía en el corcho, quedando fija por las mismas agujas; después una por una se acabó de pasar cada una de ellas, tras haber sacado el extremo de las agujas hundidas

en el corcho. El resto de la técnica fue como quedó descrito anteriormente. Se comprobó el grosor de la córnea leucomtosa, francamente exagerada. A pesar de la afaquia no hubo más que pérdida de I o II gotas de vitreo. El postoperatorio fue bueno. A las 3 semanas de operado se mantenía con una transparencia bastante aceptable, como nos lo muestra la fotografía que consta en la figuras N° 4. La visión mejoró hasta el punto de que el enfermo está en capacidad de distinguir algunos detalles del rostro, contar dedos y percibir colores. Actualmente, dos meses después de la intervención, existe una suave opacidad superficial que ocupa una pequeña franja en el lado temporal del injerto, pero que ha permanecido estacionaria desde hace 10 días. La pupila se ilumina débilmente.



Como se verá no se puede ni mucho menos considerar el resultado óptico satisfactorio, pero teniendo en cuenta los factores fuertemente desfavorables de este ojo, sí debe catalogarse como uno de esos casos contradictorios, en los que los resultados son mejores de los que cabe esperar. Por otra parte, el paciente que se consideraba irremisiblemente condenado a la ceguera completa, tiene hoy la satisfacción de percibir aunque en una forma muy precaria algo del mundo que lo rodea. Es de cualquier forma un caso más que nos obliga a usar la queratoplastia en aquellos ojos lógicamente considerados irreparables.

OTROS COMENTARIOS SOBRE AMIBIASIS EN HONDURAS

Por el Doctor **ARMANDO PAVÓN**
Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles
Dirección de Sanidad

Publicamos nuestro trabajo «Comentarios sobre Amibiasis en Honduras» (Pavón A., Revista Médica Hondureña, Vol. XXII, N° 168, Febrero, Marzo y Abril, 1954) hace varios meses y que dimos a conocer a la Asociación Médica Hondureña en aquella época.

Hablábamos de la frecuencia de la Amibiasis en nuestro medio, con un promedio de 7.69% en niños de 4.343 casos observados con 334 casos de Amibiasis y 10.57% en adultos de 3.235 con 342 casos. Expusimos una serie de síntomas encontrados en nuestros pacientes que no han sido observados por otros autores, tales como: dolores tipo reumatoideo, dismenorreas, amenorreas, opresión en el tórax y sialorrea.

Dijimos que a pesar de los tratamientos sistemáticos que se realizan en la Dirección General de Sanidad, la amibiasis sigue siendo una de las enfermedades más comunes en nuestro medio.

Prometimos entonces continuar nuestro trabajo y es así que damos a conocer ahora, algunos datos sobre tratamiento con Plewin en 20 casos observados.

El objeto de esta comunicación ■ es únicamente buscar un tratamiento que mejore en menor tiempo y sin molestias para los pacientes, de todo el cuadro sintomático que a menudo se presenta en la amibiasis nuestra.

HISTORIAS CLÍNICAS

Síntesis de 20 Casos

Caso N° 1.—N. L. Z. de 17 años de edad, sexo femenino, estudiante, vive en zona céntrica con aguas corrientes y servicios sanitarios, procedente de Juticalpa, Departamento de Olancho.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por E. Histolytica aditivas y presentando a su vez huevos de tricocéfalos.

Eosinófilos 4%,

Diagnóstico Semiológico: **Síndrome** Digestivo: estreñimiento

alterno con asientos normales, dolor en el epigastrio, náuseas y mareos.

Tratamiento: Plewin, 3 tabletas diarias durante 7 días.

Evolución: Mejoría notoria de sus manifestaciones digestivas.

Control quince días después, de sus heces fecales, dio negativo por *E. Histolytica*, persistiendo los h. de tricocéfalos, por lo que se le indicó un purgante salino previa ingestión de cinco cápsulas de Crystoids.

Caso N° 2.—L. de V. de 21 años' de edad, sexo femenino, costurera, vive en zona céntrica con agua corriente y servicios sanitarios.

Hace varios meses fue tratada con Emetina por presentar *E. Histolytica* activas y quejándose únicamente de malestar general con taquicardia (120).

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolyticas* activas, quistes, tricomonas activas y h. de tricocéfalos.

Diagnóstico Semiológico: solamente náusea y ligero vómito por la mañana; taquicardia siempre en 120 con 37.3° de Temperatura.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días, al terminar las cuales se le administró Crystoids.

Evolución: la paciente mejoró notablemente de sus síntomas.

Control, después de dos meses del tratamiento anterior: heces negativo, estado general bueno, pulso 78.

Caso N° 3.—D. F. G. de 36 años, sexo femenino, de oficios domésticos, vive en zona suburbana con agua corriente, sin servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolyticas* y h. de tricocéfalos.

Eosinofilia: 7%.

Diagnóstico Semiológico: Insomnio, nerviosidad, cefalalgia, estreñimiento, apetito caprichoso.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días, tiamina hip. 100 mg. diarios N° 10.

Evolución: 15 días después, heces resultó abundantes colibacilos mejorando notablemente de sus síntomas.

Un mes después la paciente se encontraba bien, indicándose un frasco de grageas de Foselite B.

Caso N° 4.—L. V. de 25 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona suburbana sin agua corriente ni servicios sanitarios.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolyticas* activas.

Eosinofilos: 2%.

Diagnóstico Semiológico: Dismenorrea, dolor en el cuadro cólico, sobre todo en la fosa ilíaca derecha, muy persistente, anorexia, sensación de hipertemia, dolor en los miembros inferiores y mareos.

Tratamiento: *Plewin*, 3 diarias durante 7 días.

Evolución: Ocho días después de haber comenzado el tratamiento, mejoría marcada de todos sus síntomas, persistiendo y en forma ligera el dolor en el cuadro cólico. Al noveno día se le ordenó examen de heces el que resultó negativo.

Un mes después, nuevo examen de heces resultó: Colibacilos, habiendo desaparecido toda la sintomatología por la que vino a consulta.

Caso N° 5.—H. A. de 30 años de edad, sexo masculino, pintor, vive en zona suburbana, con agua corriente sin servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolytica*. Diagnóstico Semiológico: recaída, dos meses después —por haber ingerido bebidas alcohólicas en exceso— de: opresión en el tórax, nerviosidad, cefalalgia, mareos, sensación de hipertemia; había sido tratado con Dyscural N° 6, amabagyl y Carbarsón mejorando notablemente.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días. Evolución: desaparición del cuadro sintomatológico que motivó su consulta.

No fue posible el control posterior.

Caso N° 6.—Y. G. de 20 años de edad, sexo femenino. Perito Mercantil, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: *Histolyticas* activas, quistes y h. de tricocéfalos.

Eosinofilia: 28%; G. B.: 5.900.

Diagnóstico Semiológico: Gripes frecuentes, adelgazamiento; peso normal 110 libras, en dos meses ha disminuido a 90 libras. Radiografía de Pulmones: Proceso de infiltración campo medio pulmonar izquierdo.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días, Ricolón N° 6, Somagen y Cápsulas Ledermón. Régimen alimenticio. Combiótico N° 6 de medio gramo cada una.

Evolución: 22 días después, control de Rayos X, desapareciendo el infiltrado; estado general bastante bueno. Heces: Negativo. 38 días después había aumentado 9 libras de peso, indicándosele en esa ocasión Cápsulas de Crystoids.

Caso N° 7.—G. de S. de 52 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: *E. Histolyticas*, lamblías activas y h. de ascárides.

Diagnóstico Semiológico: Cefalalgia, Síndrome Digestivo, forma intestinal, tipo espasmo doloroso, diarrea alterna con estreñimiento.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días, Donnatal en Elixir.

Evolución: 28 días después, mejor de su padecimiento; se le ordenó Crystoids. 48 días después de haberle instituido el tratamiento, el examen de heces dio pocos h. de ascárides, se repitió

nuevo purgante de Crystoids y la paciente entró en notable período de mejoría.

Caso N^o 8.—E. C. de 2 años y medio de edad, sexo masculino, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por quistes de Histolyticas.

Diagnóstico Semiológico: ataques disenteriformes desde hace un mes.

Tratamiento: Plewin, media pastilla tres veces al día durante 7 días.

Evolución: mejoró notablemente de su sintomatología. No se pudo controlarlo para indicar nuevo examen de heces. Caso N^o 9.—O. M. R., de 22 años de edad, sexo femenino, de oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicios sanitarios.

Diagnóstico Parasitológico: Heces: Strongiloides, h. de ascárides, quistes de histolytica.

Diagnóstico Semiológico: Dismenorrea, malestar general y flujo blanco abundante.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias, terramicina vaginal (muestra).

Evolución: quince días después, la regla se presentó poco dolorosa, el flujo blanco había disminuido y el estado general mejoró notablemente.

No se hizo control de heces.

Caso N^o 10.—J. P., de 30 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicios sanitarios.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por E. Histolyticas activas, con huevos de ascárides y de tricocéfalos.

Diagnóstico Semiológico: Anorexia, náusea, adormecimiento y dolor en las piernas, opresión del tórax, cansancio y taquicardia (105).

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días. Evolución: Después de doce días de aparente mejoría, presentó súbitamente: mareos, palpitations, taquicardia (120), síntomas que mejoraron con tratamiento sintomático.

A los 26 días de haber instituido el tratamiento con Plewin, se presentaron de nuevo las palpitations, acompañadas de nerviosidad marcada e insomnio, se le indicó 3 tabletas diarias de Wintodon por siete días y una de Aralen diaria por diez días, después de lo cual la paciente entró en período de mejoría notable. Quince días después de este segundo tratamiento la paciente se encontraba muy mejorada.

No fue posible control de heces.

Caso N^o 11.—E. E., de 30 años de edad, sexo masculino, agente viajero, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por E. Histolyticas activas, con huevos de ascárides y de tricocéfalos.

Diagnóstico Semiológico: Vértigos con caída violenta, sin

convulsiones; la última caída hace cuatro días le ocasionó una contusión de la región orbitaria izquierda por lo que vino a consulta.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días.

Evolución: Los vértigos han desaparecido; dos meses después el paciente se siente bastante mejorado.

No fué posible control de heces.

Caso N^o 12.—B. Z., de 33 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicios sanitarios.

Diagnóstico Parasitológico: Quistes de *E. Histolytica* y h. de tricocéfalos.

Diagnóstico Semiológico: Tos seca desde hace varios días y sensación de peso en el hipogastrio.

Eosinófilos: 4%.

Tratamiento: 3 tabletas de Wintodon diarias, durante 7 días y una de Aralen durante 10 días.

Evolución: mejoró de su sintomatología diez días después de haber instituido el tratamiento.

No se hizo control de heces.

Caso N^o 13.—E. de F., de 23 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: *Amiba coli*, h. de tricocéfalos y de ascárides.

Diagnóstico Semiológico: Cefalea, vómito, dolor en el cuadro cólico.

Tratamiento: Wintodon, 3 diarias durante 7 días y Aralen una diaria durante diez días.

Evolución; Desaparecieron los síntomas que motivaron su consulta una semana después de haber comenzado su tratamiento.

Caso N^o 14.—C. A. H., de 7 años de edad, sexo masculino, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolytica* Activa, quistes, huevos de ascárides y de tricocéfalos.

Diagnóstico Semiológico: Anorexia y dolor en el cuadro cólico, acentuado con el ejercicio.

Tratamiento: Media tableta de Wintodon, 3 veces diarias, durante 7 días y media tableta de Aralen diaria durante diez días.

Evolución: El niño mejoró de su padecimiento a los ocho días después de haber comenzado su tratamiento.

Caso N^o 15.—R. H., de 34 años de edad, sexo masculino. Perito Mercantil, vive en zona céntrica, con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Heces Negativo en dos exámenes sucesivos.

Eosinófilos: 5 %.

Diagnóstico Semiológico: Falta de memoria, malestar general, cefalea, prurito de ambas mejillas, sensación de hipertermia por la tarde. Dolor discreto a nivel de la zona apendicular por la palpación. Presión Arterial: Mx: 100 Mn: 60.

Tratamiento: Wintodon y Aralen.

Evolución: 15 días después el paciente llegó a nuestro consultorio mejorado notablemente de sus síntomas.

Caso N° 16.—A. G., de 39 años, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicios sanitarios.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolytica* Activas, quistes y lamblias.

Diagnóstico Semiológico: Cefalalgia y mareos.

Tratamiento: Plewin, 3 diarias durante 7 días.

Evolución: mejoró de sus molestias, una semana después de su tratamiento.

Caso N° 17.—L. A., de 34 años de edad, sexo masculino, carpintero, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolytica* activas y quistes.

Diagnóstico Semiológico: Urticaria.

Tratamiento: Wintodon y Aralen, Loción de Caladryl.

Evolución: a las 24 horas de tratamiento sintió alivio, mejorando en los días siguientes.

Caso N° 18.—L. F., de 28 años de edad, sexo femenino. Profesora de Educación Primaria, vive en zona céntrica con agua corriente y servicio sanitario.

Diagnóstico Parasitológico: Al tercer examen resultó h. de ascárides, al cuarto examen verificado ocho días después de la primera consulta resultó *E. Histolytica* activa.

Eosinofilos: 6%.

Diagnóstico semiológico: Nerviosidad, adormecimiento de los miembros, palpitaciones, taquicardia (94) moderada.

Tratamiento: Wintodon y Aralen.

Evolución: Mejoró notablemente de sus síntomas y signos, se le indicó *Crystoids* 14 días después de haber terminado su tratamiento. No se hizo control de heces.

Caso N° 19.—J. A., de 17 años de edad, sexo masculino, vive en zona suburbana con agua corriente y servicio sanitario, alternando por períodos regulares en vivienda en zona rural.

Diagnóstico Parasitológico: H. de tricocéfalos, *Chilomatix Mesnili*, quistes de amiba coli.

Eosinofilia: 10%. Los demás Exámenes de laboratorio normales.

Diagnóstico Semiológico: Tos seca desde hace varios meses.

La Radiografía de Pulmones indicó: recargo bronco-vascular en ambos pulmones.

Tratamiento: Wintodon y Aralen.

Evolución: Mejoría notoria de la tos a los once días de haber indicado el tratamiento. Se le ordenaron dos purgantes de *Crystoids* con ocho días de diferencia y hasta el momento de redactar esta comunicación, el paciente sigue en observación, bastante mejorado.

Caso N° 20. —C. P., de 62 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, vive en zona céntrica con agua corriente y servicios sanitarios.

Diagnóstico Parasitológico: Amibiasis por *E. Histolytica* activas y quistes.

Eosinofilia: 7%.

Diagnóstico Semiológico: Dolor en el epigastrio irradiado hacia la región lumbar; regurgitaciones ácidas, mareos, debilidad y náusea.

La radiografía de estomago resultó normal.

Tratamiento: Wintodon y Aralen.

Evolución: 14 días después de haber comenzado con el tratamiento, la paciente sintió mejoría marcada de los síntomas por los que vino a consulta.

Heces negativo por amibas 20 días después del tratamiento.

SIGNOS Y SINTOMAS OBSERVADOS EN 20 PACIENTES DE AMIBIASIS

Estreñimiento alterno con asientos normales	1
Dolor en el epigastrio	2
Náusea	4
Mareos	5
Vómito escaso	2
Insomnio	1
Nerviosidad	3
Cefalalgia	6
Estreñimiento	1
Apetito caprichoso	1
Dismenorrea	2
Dolor cuadro cólico	5
Anorexia	3
Dolor de los miembros inferiores	2
Opresión en el torax	2
Sensación de hipertermia	3
Debilidad	1
Adelgazamiento	1
Diarrea y estreñimiento alternos	1
Disenteria crónica	1
Malestar general	2
Adormecimiento de los miembros inferiores	1
Cansancio	1
Taquicardia	2
Palpitaciones	2
Vértigo	1
Tos seca	3
Sensación de peso en el hipogastrio	1
Falta de memoria	1
Prurito en ambas mejillas	1

Dolor región apendicular	2
Urticaria	1
Regurgitaciones	1

La fórmula leucocitaria practicada a los 20 pacientes demostró Eosinofilia en 8 casos.

RESULTADOS

Los clasificamos en dos grupos: Excelente y Bueno.

El primer grupo comprende 17 casos que respondieron de manera admirable con atenuación de la sintomatología que ocasionó la consulta de los pacientes.

El segundo grupo comprende 3 casos, en los que el Plewin, modificó favorablemente el cuadro clínico.

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES SEGUN LA EDAD:

Edad	Excelentes	Buenos	Total
De 1 a 10 años	2	—	2
De 11 a 20 años	3	—	3
De 21 a 30 años	7	2	9
De 31 a 40 años	4	—	4
De 41 en adelante	1	1	2
Total	17	3	20

RESULTADOS DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCION:

Evolución	Excelentes	Buenos	Total
De 1 a 15 días	1	—	1
De 16 a 30 días	5	1	6
De más de 30 días	10	3	13
Total	16	4	20

Se consigna el hecho de que no se presentaron inconvenientes de ninguna naturaleza en la administración del medicamento.

RESUMEN

Se consideran 20 casos de Amibiasis tratados con Plewin.

Se consignan los signos y síntomas encontrados, entre los cuales figuran: Náusea, mareos, vómito escaso, sensación de hipertermia, adormecimiento de los miembros inferiores, palpitaciones, tos seca, sensación de peso en el hipogastrio y prurito en las mejillas, manifestaciones que no las habíamos observado en nuestro trabajo anterior.

La Eosinofilia fue de 40%.

El autor llega a la siguiente conclusión: «El Plewin parece ser el amebicida de elección en cuanto a la eficacia y a la ausencia de reacciones secundarias, especialmente cuando los pacientes no pueden controlarse constantemente y donde no pueden practicarse frecuentes exámenes de heces ni recuentos sanguíneos».

CONFERENCIA CLINICOPATOLOGICA No. 3

Abril 30 de 1955

Por los Doctores

I. ADÁN CUEVA y RAÚL DURON

Del Servicio de Anatomía Patológica
del Hospital «San Felipe»

M. R. C, de 39 años, soltera y avecindada en San Buenaventura. Ingresó el 9 de abril y murió el 13 de abril de 1955.

Síntoma Principal.—Dolor en la pierna izquierda.

Historia de la Enfermedad.—Quince días previos al ingreso, tuvo una «postemía» seguida de dolor suave en la región epigástrica, que luego se agudizó, con sensación de inflamación en el estómago y vomitando los alimentos inmediatamente después de ingeridos. Durante 8 días hubo dificultad para defecar, siendo las materias fecales policrómicas (amarillo, verde y negro). También había dificultad para orinar, siendo la orina escasa y negruzca. Se le administraron medicinas patentadas y caseras sin experimentar mejoría, quedando debilidad general y cansancio. Tres días antes del ingreso al Hospital, sintió adormecimiento en la pierna y pie izquierdo con imposibilidad para caminar, con sensación de mordiscos en las masas musculares y dolor agudo en los huesos de la pierna y pie. Había también al comienzo, sensación de calor intenso en la zona afectada, siendo después substituida por sensación de frío en la misma. Al tiempo de ingreso la paciente también se quejaba de desvanecimiento, zumbido del oído izquierdo, disnea continua, palpitaciones precordiales y los seca.

Antecedentes.—El padre vive y es aparentemente sano. Madre muerta de causa ignorada. Tiene un hijo aparentemente sano, y otro que murió de causa ignorada. La paciente fue nacida a término. En su infancia fue aparentemente sana. En la edad adulta tuvo gripes frecuentes. En noviembre del 54, se practicó enucleación del ojo derecho en el Servicio de Oftalmología de este Hospital.

Examen Físico.—T 37.6. P 120. R 46. P. A. 140/80.

Paciente bien desarrollada, quejándose constantemente de dolor en la pierna derecha, cooperando escasamente al interrogatorio. En la región preauricular derecha se notaba una tumoración

pastosa e indolora; el ojo derecho estaba ausente. Las conjuntivas del ojo izquierdo eran amarillo pálidos. Había reacción pupilar. Las piezas dentarias estaban en mal estado. Lengua saburral. El lóbulo derecho del Tiroides estaba aumentado de volumen. Había adenopatía cervical posterior derecha. Las mamas estaban atrofiadas, palpándose nódulos subcutáneos diseminados e indoloros. Examen clínico del corazón era normal. Había aumento de las vibraciones en ambos vértices pulmonares y submacidez de ambas bases. Se oían estertores crepitantes diseminados en todos los campos pulmonares. El abdomen era globuloo, sin zonas dolorosas y marcado timpanis-rao. El hígado y el bazo no estaban aumentados de volumen. Ha-



Hígado: Metástasis de Melanoma maligno

bía dolor espontáneo y provocado a la palpación superficial y profunda, con limitación de los movimientos de la pierna y pie izquierdos, los cuales estaban hipotérmicos. También se observaba cianosis hasta el tercio medio de la pierna. El pie se encontraba en posición de equino varo. No se hizo examen ginecológico.

Laboratorio.—G. R. 2.940.000. G. B. 30.100. N90%. L 10%.

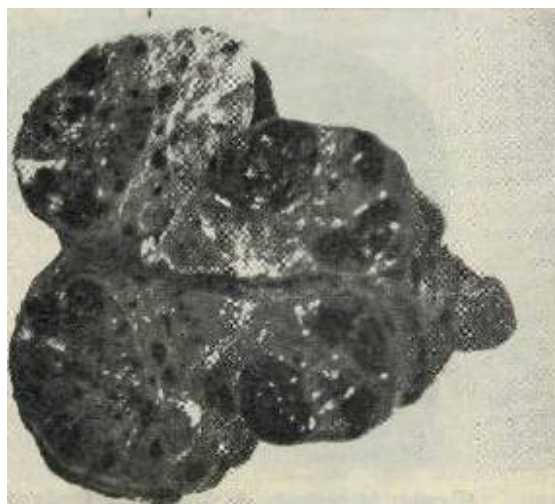
Orina, densidad 1.027, negativa por glucosa, fuertemente positiva por albúmina, al microscopio, abundantes células de pus. Rayos X: cambios pulmonares sugiriendo edema pulmonar. Arteriograma: sugiere obstrucción de arteria femoral superficial por debajo del triángulo de Scarpa.

Evolución Clínica.—Se hizo diagnóstico clínico de espasmo o embolia arterial y con este diagnóstico fue llevada a la Sala de Operaciones el 12 de abril a las 4 p.m., para hacerle resección del segmento arterial afectado. Durante la operación se constató la

impermeabilidad del segmento inicial de la femoral superficial, haciéndose resección de la misma en una longitud de 2 cm. Acto continuo se procedió a practicar una simpatectomía lumbar derecha extraperitoneal. Se notó a través del peritoneo, un aspecto «hemorrágico» de los órganos del mismo. El curso postoperatorio se complicó con shock, hipotensión y disnea, muriendo la paciente 14 horas después de la intervención quirúrgica, 4 días después de su ingreso.

DISCUSIÓN

Doctor Mario Díaz O.,—Como ven ustedes se trata de una paciente que ingresó al Servicio de Medicina de Mujeres con un síndrome de obstrucción arterial de la extremidad inferior izquierda,



Tiroides: Bocio coloide en el cual se implantaron metástasis de Melanoma maligno

practicándose una intervención de urgencia en el miembro afectado y simpatectomía lumbar, muriendo la enferma 14 horas después de la intervención.

Parece que el estado de gravedad y emaciación de la paciente no permitió hacer un historial más completo de su enfermedad.

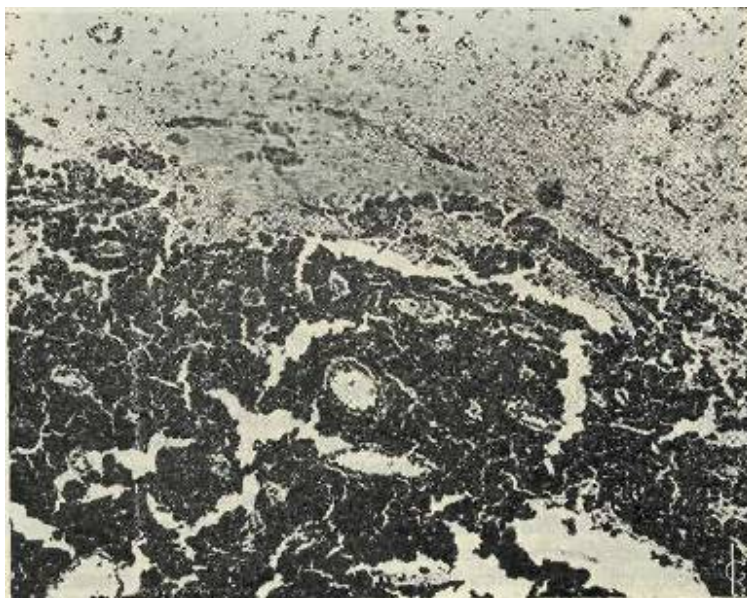
¿Se trataba de una embolia? ¿y si este fuera el caso de donde provino el émbolo? Consideremos en primer lugar la endocarditis bacteriana; pero en esta paciente no había soplos aunque síntomas de lesión orgánica del miocardio pudieron haber pasado desapercibidas en el examen. Además la radiografía pulmonar da solamente impresión de edema pulmonar. Pido la opinión de los radiólogos para nueva interpretación de la radiografía pulmonar.

Doctor Rigoberto Alvarado.—En ausencia de los radiólogos interpreto esta radiografía de la siguiente manera: se trata de lesiones bilaterales masivas diseminadas con presencia de dos cavernas una en cada base.

Doctor Díaz Q.—Según la explicación anterior, en el presente caso bien podría tratarse de una tuberculosis generalizada aunque no podría explicar por esta etiología el proceso vascular agudo de miembro inferior presentado por la paciente.

Otra posibilidad diagnóstica sería una triquinosis, pero no encontramos en nuestra paciente trastornos gastrointestinales ni dolores musculares característicos de la triquinosis pero sí nódulos subcutáneos.

Como última posibilidad hay que considerar la presencia de un tumor maligno diseminado con formación de émbolos; pero si éste fuera el caso no podría decir qué clase de tumor tendría la en-



Cerebro: Microfotografía

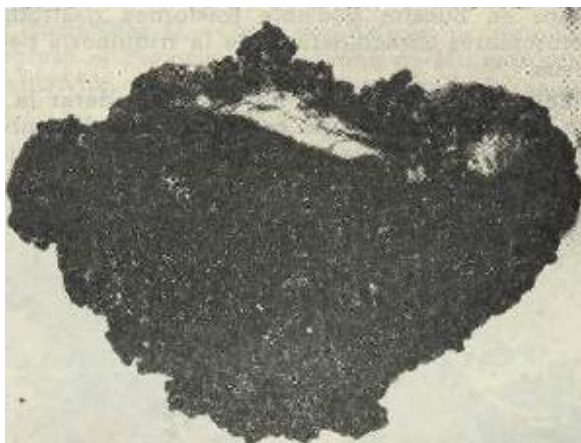
ferma y bajo qué mecanismo provocaría la sintomatología anotada.

En conclusión no creo que pueda llegar a ningún diagnóstico preciso.

Doctor Hernán Corrales Padilla.—Fui llamado en consulta por el Dr. Bueso encontrándonos con una enferma bastante grave, con un cuadro alarmante de la pierna izquierda. El Dr. Bueso suponía un proceso crónico pulmonar con repercusión en la arteria femoral, dando lugar a un espasmo o embolia arterial por lo que era

necesario recurrir a una embolectomía o a una simpatectomía. He de hacer constatar que cuando llevamos a la paciente a la Sala de Operaciones aún no habíamos obtenido ningún dato de parte del radiólogo. También noté en esta paciente lesiones de tipo nodular subcutáneo que me hicieron pensar vagamente en nódulos de tipo metastático.

Doctor Alvarado.—Ahondando más en las características de la imagen radiográfica bien podría tratarse de una tuberculosis



Mesenterio: Metástasis de Melanoma maligno

masiva, acompañada a su vez de lesiones cutáneas del mismo tipo. La orina obscura se explicaría por lesión tuberculosa del riñón. Pudo también tratarse de una micosis y he de hacer notar también que he observado imágenes radiológicas similares en caso de neumonía atípica.

Doctor Virgilio Banegas M.—Según los datos que se desprenden del arteriograma practicado por el Dr. Hernán Corrales P., que concuerdan con los datos clínicos, nos decidimos por practicar una simpatectomía lumbar, pero considerando que anteriormente se había hecho un bloqueo sin ningún resultado, decidimos incindir la arteria femoral, notando un estrechamiento de la misma por debajo del arco de Poupart, encima del cual las pulsaciones se percibían perfectamente, no así por debajo del mismo. Al incindir la arteria introdujimos un catéter el cual pasó a la femoral profunda pero que no fue posible hacerlo pasar por la femoral superficial. Mientras tratábamos de vencer el obstáculo, perforamos desgraciadamente la arteria y nos, vimos obligados a reseca el segmento interesado que fue enviado al Servicio de Anatomía Patológica. **A través** de la incisión practicada para la simpatectomía noté un **as-**

pecto azulado del peritoneo, no atreviéndome a abrir el mismo para no aumentar el shock traumático operatorio.

Doctor Carlos Delgado.—La leucocitosis y pulso acelerado me hace pensar en un proceso agudo, que sumado al aspecto azulado de las vísceras intraperitoneales podría muy bien interpretarse como una trombosis de los vasos mesentéricos.

Doctor Osorio Contreras.—Los procesos infecciosos agudos, la fiebre tifoidea, pueden ser perfectamente causa de trombosis.

Doctor José Gómez-Márquez Girones.—Es interesante en la historia el hecho de que a esta paciente se le practicó enucleación del ojo derecho seis meses antes en el Servicio de Oftalmología a mi cargo. Es de consignar que la enucleación de un ojo solo se practica en casos limitados, como por ejemplo, tumores malignos.

Doctor Ochoa Reina.—Premeditadamente he querido dar mi opinión por último puesto que fui yo quien vio a la paciente por primera vez hace seis meses en el Servicio de Oftalmología cuando presentaba una pequeña tumoración en el limbo paracorneal del ojo derecho, un fragmento del cual fue remitido al servicio de Anatomía Patológica, habiendo reportado el patólogo R. A. Durón un melanoma maligno, lo cual nos indujo a practicar la enucleación.

HALLAZGOS DE AUTOPSIA (Dr. J. A. Cueva)

Cadáver con tegumentos pálidos presentando dos incisiones quirúrgicas una en el hipocondrio izquierdo y otra en el tercio superior del muslo, cara interna. Hay ausencia del ojo derecho y en el cuello se palpa una tumoración movable tamaño mandarina (Bocio). Al practicar la incisión media hay exudación de líquido color caoba claro de la cavidad abdominal. En la revisión de órganos se constata una generalización metastática de un melanoma maligno que fue diagnosticado en noviembre de 1954, las metástasis son numerosas en los órganos siguientes; Amígdalas, pulmón, tiroides, corazón, hígado, páncreas, ovario, riñones, suprarrenales, estómago, intestino, mesenterio, útero, sistema ganglionar, serosas parietales, cerebro, cerebelo y médula. El esqueleto presentaba numerosas metástasis especialmente en las regiones esponjosas estando muy interesada la columna vertebral dorsolumbar. La revisión en los sitios operatorios no dio ninguna luz sobre el proceso espasmódico arterial. Los exámenes histológicos de todos los órganos antes citados mostraron típico Melanoma Maligno.

Páginas del Presidente

Un Nuevo Aniversario

Cuando el presente número vea la luz, la Asociación Médica Hondureña, habrá cumplido un año más; efectivamente, el 20 de julio nuestra Asociación habrá llegado a sus 26 años de vida, que son otros tantos años de continua lucha por el progreso científico de la Medicina en nuestro país, por la elevación del nivel cultural y material del médico hondureño y por la superación continua de nuestra clase profesional.

Este cumpleaños encuentra a nuestra Asociación haciendo honor a sus floridos 26 años: enérgica, decidida, llena de actividad, repleta de entusiasmo y de fe en el porvenir y remozada por las continuas transfusiones de sangre nueva que ha estado recibiendo bajo la forma del ingreso cons-



Dr. Gómez Márquez G.

stante de nuevos elementos que al terminar sus estudios en las aulas universitarias del país y del extranjero, nos traen ininterrumpidamente las corrientes cristalinas del avance científico del mundo y el empuje de los ideales de superación. Y es gracias a estas incorporaciones, que la Asociación Médica Hondureña, se encuentra en este año resolviendo una serie de problemas que hasta hace poco parecían irresolubles. Es así como nuestra Sociedad se ve acompañada hoy con un hijo que le es muy caro; la Asociación Quirúrgica Hondureña, en cuyo seno, los compañeros dedicados a cualesquiera de las ramas de la cirugía, encuentran un ambiente más favorable para la discusión de sus cuitas comunes. Es así como ella ha logrado ya, que su órgano de publicidad, nuestra Revista deje de estar bajo su patria potestad, al lograr su independencia económica y es así como también ha conseguido entrar en posesión de un terreno en las inmediaciones de Tegucigalpa, donde en un futuro muy cercano se levantará la nueva Casa del Médico, institución destinada no sólo a

albergar a nuestra Asociación, a cobijar a sus miembros en el momento de las sesiones científicas, sino también a constituir lo que su nombre indica: la prolongación del hogar de cada uno de nosotros, donde hallemos el esparcimiento necesario fuera de las horas de trabajo con la compañía agradable del colega y amigo, que es en realidad un hermano, porque hermanados debemos de estar en la tarea conjunta en que todos estamos empeñados.

Mas el hecho de que esta Agrupación se encuentre en estos momentos en situación tan privilegiada, el hecho de que muchas de sus actuales progresos se hayan obtenido por el esfuerzo tesonero de algunos de sus nuevos miembros, no debe en manera alguna servir de base para que estos últimos se sientan como los verdaderos artífices de esta realidad. Los auténticos constructores de esta Sociedad de la que hoy nos sentimos tan orgullosos, son los «otros», los «viejos», como creo que cariñosamente los llamamos; son los hombres que hace más de un cuarto de siglo, tuvieron la idea quimérica, así parecía, de agruparse al ritmo de las mismas inquietudes y de los mismos ideales. Son aquellos compañeros, que tuvieron que mantener en pie la Asociación Médica Hondureña, contra la incomprensión, sin respaldo económico, contra los perjuicios, en medio de las turbulencias políticas del país, enfrentándose a escisiones en su seno, a pesar de frecuentes desbandadas que dejaban a la institución solamente con el número justo de miembros para no desaparecer legalmente. Son esos hombres, los que supieron mantener contra viento y marea, en forma incólume, esta Sociedad; muchos de ellos ya fallecidos y olvidados, y otros simplemente olvidados.

Es a todo este puñado de colegas a quien la generación nueva, por así decir, de la Asociación Médica Hondureña, debe rendir homenaje y es con esta idea que en su vigésimo sexto aniversario la Asociación habrá dedicado un recuerdo, en primer lugar a sus miembros ya desaparecidos, desvelizándose sus retratos en el Salón de la Biblioteca y en segundo lugar, a sus socios fundadores que aún forman parte de ella, en una sencilla ceremonia en la que por acuerdo de la Asamblea General se dispuso hacer patente su agradecimiento al mismo tiempo que se les eximia de la obligación de asistir a sesiones.

Habrá sido en esta forma como nuestra Sociedad al cumplir sus 26 años habrá dicho a sus iniciadores: ¡Muchas gracias! Y será en esta forma como la generación de hoy le dirá a la de ayer: ¡Habéis cumplido con vuestra misión; dejad que os relevemos para cumplir con la nuestra!