

Fachada del Hospital General "SAN FELIPE"

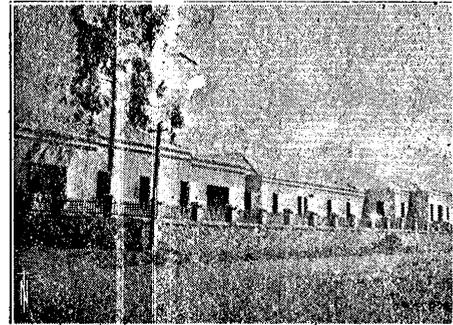
ANALES DEL HOSPITAL "SAN FELIPE"

Director:

Dr. JUAN A. MEJIA M.,

Redactor:

ESTEBAN RODRIGUEZ FLORES



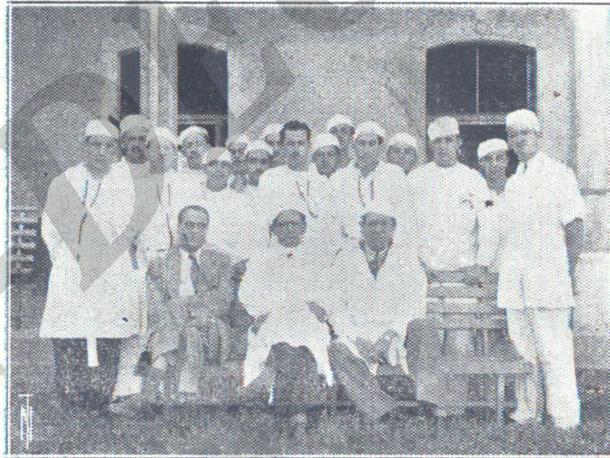
Conjunto de la fachada de los nuevos pabellones
del Hospital "CARIAS"

SUMARIO:

Nómina de los principales empleados.
Editorial.....
Acuerdo N° 591.....
Informe anual y cuadros complementarios.....
a) Sala Primera, Cirugía de Hombres.....
b) Sala Segunda, Cirugía de Hombres.....
c) Sala Cirugía de Mujeres.....
d) Sala de Ginecología.....
e) Sala de Pensionado.....
f) Sala de Oftalmología.....
g) Sala de Maternidad.....
h) Sala de Medicina de Hombres.....
i) Sala Primera Medicina de Mujeres.....
j) Sala Segunda Medicina de Mujeres.....
k) Sala de Niños.....
l) Asilo de Indigentes.....
m) Laboratorio.....
n) Consulta Externa.....
ñ) Sala de Operaciones.....
o) Sala de Odontología.....
p) Sala de Rayos X.....
q) Farmacia.....
r) Cuadro General de Estadística.....
s) Cuadro General del Movimiento Administrativo.....
t) Ante-Proyecto de Presupuesto para 1945 a 1946.....
Anotaciones en los Servicio del Hospital, por el Dr. Juan A. Mejía M. ...
Carcinoma Primitivo del Pulmón, por el Dr. Humberto Díaz.....
El Aborto durante un año económico en el Hospital, por el Dr.
Salvador Paredes P.
Historias Clínicas del Servicio de Niños, por el Dr. Antonio Vidal..
Varios Casos Clínicos del Primer Servicio de Medicina de Mujeres,
por el Dr. Manuel Cáceres Vijil.....
Acción Ponzofosa de la casampulga (*Latrodectus Mactans*), por el
Dr. Martín A. Bulnes B.....
Aplicación del Procedimiento Henrotay en el tratamiento de losvómitos
incoercibles rebeldes en el embarazo, por el Dr. Abelardo
Pineda U.
Los «Enrojecimientos» Oculares Recidivantes de Honduras, por el
Dr. José Gómez Márquez.....
Primera Aplicación de la Penicilina en el Servicio de Pensionado,
por el Br. Virgilio Banezas M.
Un caso interesante de iridocoroiditis supurada del ojo izquierdo. (Ob-
servación recogida en el servicio de Oftalmología, a cargo del
Dr. José Gómez Márquez).....
Resultados obtenidos con el tratamiento del Profesor H. Gougerct
en la Uretritis Gonocócica, por el Br. Dagoberto Majano.....
El paludismo congénito, por el Dr. Martín A. Bulnes B.....
Nota de Agradecimiento.....
Noticias Informativas.....



**Cuerpo Médico que presta sus servicios en el
Establecimiento**



**Centro: Dr. Juan A. Mejía M , Director; izquier-
da, Dr. Abelardo Pineda Ugarte, Médico Interno;
derecha, Dr. José Gómez Márquez, Jefe del
Servicio de Oftalmología y de pie, Cuerpo de
Practicantes Internos del Establecimiento**

ANALES DEL HOSPITAL "SAN FELIPE"

DIRECTOR:

Dr. Juan A. Mejía M.

REDACTOR:

Esteban Rodríguez Flores

AÑO I

Tegucigalpa, D. C.—Honduras, C. A.—Julio de 1944

Núm. 1

EDITORIAL

PARTÍCIPES de las inquietudes de los nuevos tiempos y amigos de la evolución científica, creamos esta revista ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE», cuyos propósitos son, de avances médicos y demostrativos de lo que se hace durante el año en el Establecimiento que tenemos el honor de dirigir.

Este Hospital se sostiene única y exclusivamente con fondos del Estado; pero no ha habido mayor interés de parte de los gobiernos, sino hasta que el Sr. Presidente Doctor y General don Tiburcio Carías Andino (Gobierno Nacionalista), se hizo cargo de dirigir la nave del Estado. Sus primeros acuerdos, por medio de su Ministro de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia, Ing. y General don Abraham Williams, fueron tomar inmediatamente a su cargo este Hospital y dotarlo de cuanto fuese necesario; antes estuvo en manos de la Asociación Médica y Sociedad de Tegucigalpa, quienes en un gesto hermoso y humanitario, se hicieron cargo de él para evitar que cerrara sus puertas, porque el Gobierno Liberal del Dr. Vicente Mejía Colindres (Médico y Cirujano) decía estaba incapacitado para sostenerlo, razón por la cual los enfermos estaban faltos de todo.

Gracias al apoyo decidido del actual Gobierno, el Hospital se remozó hoy y dentro de poco se adjuntará al cuerpo del Establecimiento, el Hospital «CARIAS» con sus notables dotaciones de Rayos X y que se compondrá de: Servicio para Radio-diagnóstico, Radioterapia superficial y profunda, Servicio de Fisioterapia; hermosas Salas para Niños y Niñas, Sala de Madres con Niños, Servicio de Ojos, Servicio de Maternidad y Sala Dental; con lo cual ya podrá figurar como uno de los mejores de Centro-América, capacitándose para recibir un gran porcentaje de enfermos.

Este Hospital «CARIAS» lo está construyendo el Señor Presidente Doctor y General Carías Andino, con su propio peculio y el donativo de sus amigos y correligionarios que forman la mayor parte del pueblo hondureño, cuyos fondos fueron dados para que se construyera una estatua en el cerro «El Picacho», honor que el General Carías modestamente declinó, pidiendo que esos fondos se los cedieran para ayudar a la construcción de este notable edificio que dentro de poco prestará sus servicios para albergar a la humanidad doliente.

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE» se complace en saludar a la prensa en general, a las revistas médicas y, en especial, a sus análogas de los Hospitales.

LA DIRECCION

ACUERDO No. 591

LA DIRECCION DEL HOSPITAL GENERAL
Y ASILO DE INDIGENTES,

Considerando: que el Hospital General «San Felipe» no posee una revista o periódico como medio de divulgación científica, y para dar a conocer el movimiento anual de la Institución,

ACUERDA:

1º—Pedir la autorización correspondiente a la Superioridad para publicar una revista anual que se denominará "ANALES DEL HOSPITAL GENERAL "SAN FELIPE", y

2º—Excitar a los señores médicos Jefes de Servicio y Practicantes Internos, estudiantes del séptimo año de medicina, para que colaboren en dicha revista con artículos científicos de casos especiales observados en las dependencias a su cargo.

Tegucigalpa, D. C., 15 de julio de 1944.

Comuníquese y Cúmplase.

Dr. JUAN A. MEJIA M., Director.

I N F O R M E

OFICIO N° 39

Tegucigalpa, D. C., 14 de agosto de 1944.

Señor Ministro:

Tengo el honor de enviar a Ud. para su conocimiento el informe anual del movimiento científico, administrativo y del estado del Hospital General "San Felipe" y Asilo de Indigentes, durante el año económico del 1º de julio de 1943 al 30 de junio de 1944, dando cumplimiento a lo prescrito en el Reglamento General de los Hospitales y atendiendo a su orden especial de remitir en esta fecha el informe en referencia.

Durante el tiempo a que se refiere este informe hubo en el Establecimiento que tengo el honor de representar y de dirigir, orden perfecto y disciplina y todo el trabajo que fué encomendado se cumplió a entera satisfacción; el buen trato y la asistencia esmerada a los enfermos, no dejó qué desear tanto en lo científico como en lo que corresponde a su cuidado, limpieza y alimentación, la cual fué buena y suficiente hasta donde lo permitieron las circunstancias, procurando que sus alimentos fueran sustanciosos con las vitaminas suficientes para sostener y fortalecer a los enfermos, no olvidando siempre, que es el Estado el que sostiene en un todo a la Institución y que no vienen grandes donativos como se estilaban en la mayoría de los países donde la Sociedad tiene presente a estos necesitados; sin embargo hubo unos pequeños regalos consistentes en cierta cantidad de ropita para los niños, que bondadosamente se sirvieron obsequiar algunas Asociaciones, sobresaliendo en-

tre ellas "Women Volunteer Unit", las "Damas Leonas" y las "Damas Rotarias", a quienes mucho agradecemos.

Los señores Jefes y empleados del Centro, cumplieron con todo interés sus obligaciones.

Es muy satisfactorio para mí, consignar el solícito cuidado desplegado en favor de esta Institución por el Excmo. Sr. Presidente de la República, Dr. y Gral. don Tiburcio Carías Andino, procurando su engrandecimiento y eficiencia; y asimismo el de su Excelencia el señor Ministro de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia, quienes siempre han prestado toda su atención y buena voluntad en los asuntos que se relacionan constantemente con este Hospital y nos han dado su valiosa ayuda para que sean satisfechas todas las necesidades de este Centro.

Continuamente afluyen enfermos de todas las latitudes de la República al Establecimiento, quedando probado con esto, irrefutablemente, que la Institución ha ganado en el concepto público, dándole éste toda su confianza, pues este hospital no tiene distingos políticos y acoge a todos en general, con cariño y buena voluntad. Debido a esto, las salas del Establecimiento están continuamente llenas de pacientes, que en muchas ocasiones, muy a nuestro pesar, dejamos de alojar a algunos de ellos que no presentan gravedad, pero entonces se hacen examinar en la Consulta Externa y se les da su receta respectiva, supliéndole la medicina cuando el enfermo es pobre de solemnidad.

Enfermos que entraron durante el año comprendido del 1º de julio de 1943 al 30 de junio de 1944;

Enfermos, entraron	5.051
Niños nacidos.....	214
Niñas nacidas.....	184
Enfermos que salieron curados	2.984
Enfermos que salieron mejorados	1.620
Hombres que fallecieron.....	249
Mujeres que fallecieron.....	147
Estancias	168.057

Se hicieron 655 operaciones, las cuales se dividen así:

Operaciones de alta cirugía... ..	278
Operaciones de pequeña cirugía..	377

Operaciones especiales:

Oftalmología.....	68
Operaciones de cirugía plástica..	28

Anestésias:

Generales con éter.....	314
Generales con Dorico soluble....	3
Generales por vía rectal.....	1
Generales por vía endovenosa....	3
Raquideas con novocaína.....	179
Regionales con novocaína.....	1
Locales con novocaína	125

Tuvimos una exigua mortalidad que puede verse en los estados de cada sala, advirtiendo que los servicios de cirugía casi no tienen mortalidad, ésta se encuentra en mayor grado en los servicios de Medicina, anotando muy especialmente, que muchos enfermos llegan a estos últimos en estado agónico. Es honroso para mí como Director y como Jefe del Servicio de Ginecología, consignar la ínfima mortalidad habida en los servicios de cirugía, gracias al cuidado especial dado para cada enfermo por los cirujanos del Establecimiento.

Se dieron consultas externas en cantidad de 5.505 habiéndose hecho curaciones en gran parte de ellas, lo mismo fué puesto gran número de inyecciones y esto pone de manifiesto la importancia de la Consulta Externa en el Establecimiento.

Se hicieron extracciones dentarias en el servicio externo en número de 8.346, en el servicio interno 2.235, lo que da un total de 10.581; comprobando con este número la importancia y necesidad de esta Sala Dental. Se practicaron en algunas personas pequeñas intervenciones quirúrgicas bajo anestesia local.

En el Departamento de Rayos X, se hicieron trabajos de distintas regiones, en número y forma siguiente:

Radiografías de distintos órganos.....	633
Fluorospías de distintos órganos.....	117
Diatermias de distintos órganos.....	384

Se hicieron algunas electrocoagulaciones y fulguraciones de algunos enfermos de los servicios del hospital.

En el Laboratorio se efectuaron exámenes con un total de 15.770, en el que van comprendidos los trabajos siguientes:

Investigaciones de hematozoario.....	1.472
Recuentos globulares.....	1.998
Fórmulas leucocitarias.....	1.892
Dosificación de hemoglobina.....	1.746
Tiempos de coagulación.....	133
Gliscemia.....	2
Tiempo de sedimentación.....	3
Tiempo de sangramiento.....	4
Eritrogramas.....	4
Reacción de Velch-Stuard.....	34
Reacción de Kahn.....	2.154

Exámenes varios:

<i>Líquido cefalorraquídeo:</i>	
Reacción de Kahn.....	39
Físico, químico y microscópico....	133
Curva de acidez gástrica.....	12
Secreción conjuntival por gonococos...	35
Secreción conjuntival por bacilo de Morax.....	19
Secreción conjuntival por bacilo de Koch-Weeks.....	8
Pus vaginal por gonococos.....	112
Pus uretral por gonococos.....	76
Líquido prostático por gonococos.....	3
Pus chaneroso por bacilo Ducrey.....	4
Pus Gran positivo.....	19
Pus por bacilo de Koch.....	20
Espuito por bacilo de Koch.....	442
Líquido pleural.....	17
Líquido de Acitis.....	8
Líquido de hidrocele.....	3
Vómito.....	1
Exudado laríngeo por Vibrión séptico y estreptococo.....	1
Bilis.....	7
Exámenes de orina.....	2.734
Exámenes de heces.....	2.603

Se practicaron en varias salas, transfusiones de sangre y de plasma con personas de dentro del Establecimiento.

En la Sala de Alienados se asistieron 192 pacientes.

Se atendieron en el "Pensionado" 62 enfermos.

Durante el año se presentaron y fueron asistidos los siguientes partos:

Partos a término.....	363
Partos prematuros.....	46
Partos gemelares.....	10
Abortos.....	8
Niños que nacieron vivos.....	215
Niñas que nacieron vivas.....	186
Niños que nacieron muertos.....	18
Niñas que nacieron muertas....	3
Niños que murieron.....	21
Niñas que murieron.....	12
Madres que murieron.....	8

El porcentaje de los muertos se encuentra un poco crecido, por la razón de que en muchas ocasiones vienen las pacientes de la calle, en estado de suma gravedad en donde han recibido anteriormente asistencia de mujeres no preparadas para el oficio de maternidad.

En la sala de Oftalmología, se atendieron en el servicio interno 58 enfermos; en la consulta externa, se hicieron: exámenes 711, curaciones 4.339, inyecciones 3.213 y operaciones 65.

En la Farmacia se despacharon recetas en número de 27.274, con un valor total de L 19.676.53.

Queda constancia en el archivo del establecimiento de los trabajos verificados en los varios servicios del mismo.

Por los gastos administrativos del Hospital General y Asilo de Indigentes, me permito adjuntarle un cuadro demostrativo sobre el particular con un total de L 107.310.56.

Se hicieron algunas mejoras en el Establecimiento durante el año; al principiar el invierno fueron revisados los techos del edificio, practicando los trastejos y reparando las goteras. Se hicieron refacciones de pisos y aceras, lo mismo que de paredes en partes del Establecimiento.

Se compusieron algunos desagües que continuamente son obstruidos por los mismos enfermos y se arreglan en repetidas ocasiones las paredes, mochetas y aceras del Departamento de Alienados, porque éstos continuamente las destruyen, lo que nos motiva para que haya continuamente un albañil encargándose de esos trabajos.

Se han hecho reparaciones de gran número de camas de hierro.

Actualmente y por disposición especial del señor Presidente, se está pintando todo el establecimiento, se han reparado muchas puertas y ventanas proveyéndolas de tela metálica.

Se han comprado filtros para todas las salas, se dotaron de neveras para la preparación del hielo y conservación de las vacunas.

Se hicieron varios pedidos de productos químicos, medicamentosos, de cirugía, instrumentos quirúrgicos y de material de Laboratorio, de los cuales llegaron algunos y otros han sufrido retrasos debido a los trastornos que ha provocado la actual guerra mundial.

En el costado Este del Establecimiento continúan los grandes trabajos de construcción de hermosas salas hospitalarias que el Sr. Presidente Carías Andino, con su propio peculio y la donación que hizo el pueblo para una estatua que debía ser erigida en El Picacho como una muestra de reconocimiento al Benemérito de la Patria, honor que él modestamente declinó y pidió a sus amigos y ciudadanos que le permitieran edificar con esos fondos un hospital (Hospital Carías), en donde habrán: Sala para Radioterapia profunda, de Rayos X, Servicios eficientes para Niños y Niñas, Servicios eficientes para madres con niños enfermos, Servicio eficiente en Oftalmología, Servicio eficiente de Materni-

dad, Servicio eficiente de Dentistería, servicios todos éstos, que vendrán a engrandecer nuestro viejo Hospital y en donde encontrarán asilo más de mil quinientas personas. Es este el mejor monumento que puede construirse el Gobernante que quiere con acendrado cariño a su país. Esta será la mejor obra del Gobierno nacionalista de la fórmula Carías-Williams.

Otras obras nuevas vendrán a enaltecer a nuestro querido Gobernante, y son: el Sanatorio para Tuberculosos que en connivencia con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública (SCISP), está en vías de principiar su construcción. También se construirán tres salas para tuberculosos incurables: hombres, mujeres y niños, trabajos que están pronto a iniciarse.

Aun tenemos todavía otras necesidades de imperiosa urgencia y por las cuales me permito cortesmente excitar al Supremo Gobierno para que construya un departamento especial para Jefes militares, soldados, policías y reos que se presentan diariamente al Establecimiento por falta de un hospital militar.

Tenemos también necesidad de salas para enfermos infecto-contagiosas, para leprosos, un sifilocomio especial. Asimismo tenemos necesidad de una lavandería moderna y de un departamento especial, tanto para internos como para enfermeras del Establecimiento.

Ya tenemos funcionando en el Hospital desde el año pasado la Escuela de Enfermeras, habiendo obtenido un gran éxito en sus exámenes de Primer Curso; ya la mujer hondureña tendrá otra oportunidad de mejorar su vida nacional.

Adjunto se servirá Ud. encontrar todos los cuadros que detallan las enfermedades tratadas en las diferentes salas del Establecimiento; lo mismo que las operaciones de grande y pequeña cirugía que fueron practicadas; también los cuadros demostrativos de la labor que se ha realizado y la de los gastos habidos en el año que finaliza el 30 de junio de 1944.

Las Salas del Hospital están repartidas de la manera siguiente:

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA:

Primer Servicio de Hombres, a cargo del señor Dr. José Ramón Durón y de su Interno Br. Antonio Bermúdez h.

Segundo Servicio de Cirugía de Hombres, a cargo del señor Dr. Manuel Castillo Barahona y de su Interno el Br. Rafael Ruiz López.

Servicio de Cirugía de Mujeres, a cargo del señor Dr. Salvador Paredes P. y de su Interno el Br. Ignacio Midence.

Servicio de Ginecología, a cargo del señor Dr. Juan A. Mejía M. y de su Interno el Br. Virgilio Banegas M.

Servicio de "Pensionado" atendido ad-honorem por el señor Dr. Juan A. Mejía M. y su Interno el Br. Virgilio Banegas M. (Aquí sólo se reciben enfermos o enfermas con orden del

Sr. Presidente de la República y de los señores Ministros).

Servicio de Oftalmología de hombres y mujeres, creado especialmente por orden del Sr. Presidente de la República, Dr. y General Carías Andino, atendido por el señor Dr. José Gómez Márquez y su Interno el Br. Edas G. Maradiaga.

Servicio de Maternidad, a cargo del señor Dr. Abelardo Pineda U. y de su Interno el Br. Antonio Flores Chirinos.

Médico Interno del Establecimiento, encargado de las operaciones de urgencia, el Dr. Abelardo Pineda U.

Servicio de Cirugía Plástica, a cargo del señor Dr. Enrique D. Guilbert. (Este servicio lo hace gratuito el señor Dr. Guilbert, a quien agradecemos mucho)

DEPARTAMENTO DE MEDICINA:

Servicio de Hombres, a cargo del señor Dr. Humberto Díaz B. y de su Interno el Br. Dagoberto Majano.

Primera Sala de Mujeres, a cargo del señor Dr. Manuel Cáceres Vijil y de su Interno el Br. Carlos Agurcia M.

Médico agregado al Primer Servicio de Medicina de Mujeres, con trabajo ad-honorem, el señor Dr. Martín A. Bulnes.

Segunda Sala de Medicina de Mujeres, donde se asisten madres con niños enfermos, siempre que estén amamantados por la madre y si es ella la enferma también se le asiste, a cargo del señor Dr. Carlos M. Gálvez y de su Interno el Br. Miguel Villela Vidal.

Servicio de Medicina y Cirugía de Niños y Niñas, a cargo del señor Dr. Carlos M. Gálvez y de su Interno el Br. Miguel Villela Vidal. La atención quirúrgica ha estado a cargo del señor Dr. José Ramón Durón, ad-honorem.

Servicio de Alienados y de Indigentes, tanto de hombres como de mujeres, a cargo del señor Dr. Ramón Alcerro C. hijo, representado por el señor Dr. Abraham Riera H. y de su Interno el Br. Manuel Armando Paredes.

Servicio de Laboratorio y Anatomía Patológica, a cargo del señor Dr. Antonio Vidal M., encargado interinamente el señor Dr. Abraham Riera H. y de su Interno el Br. José Gómez Márquez.

Servicio de Consulta Externa, a cargo del señor Dr. Francisco Durón Girón y de su Interno el Br. Sergio Bendaña.

Servicio de Sala de Operaciones, a cargo del Practicante Interno Br. Joaquín Reyes Soto.

Servicio de Odontología, a cargo del señor Dr. Wilfredo Raveneau.

Servicio de Rayos X, a cargo del señor Dr. Manuel Larios C. y de su Interno el Br. Juan Miguel Fiallos.

Servicio de Transfusiones de sangre, a cargo de los señores Practicantes Internos del Establecimiento.

La Dirección de la Institución, tiene establecido el servicio de guardias, haciéndolo día

y noche dos Practicantes Internos de año superior, una Hermana de la Caridad y dos Enfermeras, teniendo como Jefe inmediato al señor Médico Interno del Establecimiento, quien atiende inmediatamente todo caso urgente.

La Administración del Centro, está a cargo del señor Tenedor de Libros don Eligio Elvir Quiñónez, quien presentó el cuadro administrativo del movimiento habido durante el año y el cual me permito acompañarle.

La Secretaría y Teneduría de Libros, a cargo del señor P. M. don Esteban Rodríguez Flores.

El Servicio de Farmacia, a cargo del Lic. don Víctor García Matamoros y de sus Internos los Brs. Miguel Andoníe Fernández, Fruto Canales C. y Ricardo A. Romero.

La Institución cuenta con la ayuda que nos prestan diez Hermanas de la Caridad, que sirven con interés y cariño a los enfermos asilados.

Adjunta va la estadística anual de este Hospital General y Asilo de Indigentes del presente año económico, elaborada por Sor Idile Viravaw, Honorable Superiora del Establecimiento y Jefe de las Hermanas, a quienes, como en otras ocasiones, presento mis votos de gratitud y admiración por su abnegada atención a nuestros enfermos.

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento al Supremo Poder Ejecutivo, porque no obstante la crisis porque atraviesa nuestro país, crisis que es mundial por motivo de la guerra, no ha dejado de llenarse en ningún momento las necesidades del Establecimiento, razón por la cual hemos podido atender de la mejor manera posible a todas las reclamaciones de la Institución.

Aprovecho esta oportunidad asimismo, para expresar mi gratitud a todo el personal científico y administrativo, con quienes he tenido el honor de colaborar, ayudándome a llenar mejor mi cometido como Jefe de este Establecimiento.

Finalizo, excitando con todo respeto al Supremo Poder Ejecutivo y al Honorable Poder Legislativo, para que, como hasta hoy, continúen prestándonos su apoyo decidido para el buen funcionamiento de este Hospital y Asilo de Indigentes, establecimientos que dan honor a la Patria y que ayudan a devolver la salud al pueblo enfermo que se presenta a las puertas del Establecimiento. Aprovecho la oportunidad de presentar el Proyecto de Presupuesto que se servirá Ud. encontrar adjunto y que está calcado en las necesidades de este Hospital.

Protesto al Sr. Ministro, mis respetos y consideración, quedando su muy atento S. S.

DR. JUAN A. MEJÍA M.,
DIRECTOR.

Al Sr. Ministro de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia.—Su Despacho.

HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INDIGENTES

A

ENFERMOS ASISTIDOS EN LA 1ª SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES, DURANTE EL AÑO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Apendicitis gangrenosa y perforación intestinal.....				1	1	
Apendicitis crónica.....	8		1		9	
Apendicitis subaguda y absceso parietal de la fosa iliaca derecha.....	1				1	
Apendicitis subaguda.....	4				4	
Adenitis inguinal supurada.....	2	2			4	
Adenitis inguinal derecha.....	2	1			3	
Adenitis cervical.....	2	1	1		4	
Adenitis del triángulo de escarpa.....	1				1	
Adenoflemon región cervicolarteral.....	2				2	
Adenoma prostático.....			2		2	Pidieron el alta
Aneurisma de la subclavia derecha.....			1		1	
Artritis tibiotalarica derecha.....			1		1	Pidió el alta.
Artritis tiotarciana sifilitica izquierda.....	1				1	
Artritis de la muñeca izquierda.....	1				1	
Absceso dentario.....	1				1	
Absceso hepático.....	1				1	
Absceso caliente del codo y pierna izquierda.....	1				1	
Absceso cubefinteriano.....	1				1	
Absceso caliente de la región glútea.....	1				1	
Absceso caliente de la región submaxilar.....	1				1	
Absceso caliente de la rodilla.....	1				1	
Absceso dentario y adenoflemon consecutivo.....	1				1	
Absceso caliente de la región lumbar.....	1				1	
Absceso caliente del muslo.....	2				2	
Absceso caliente de la región abdominal y acronial izquierda.....	1				1	
Absceso caliente del hombro izquierdo.....		1			1	
Absceso caliente del codo.....	1				1	
Absceso caliente izquiorrectal derecho.....	1				1	
Absceso amigdalino.....	1				1	
Absceso frío perineal anterior.....		1			1	
Amigdalitis crónica.....	2				2	
Angina pseudomembranosa.....			1		1	Pasó al Pensio nado.
Accidentes sifilíticos secundarios.....		2			2	
Antrax de la región escapular derecha.....	1				1	
Adherencias heploicas consecutivas a herida penetrante del abdomen.....		1			1	
Balanopostitis.....	1				1	
Bocio quístico.....	1				1	
Bocio aberrante.....	1				1	
Contusión de la cadera derecha.....	1				1	
Contusión renal.....	1				1	
Contusión del brazo izquierdo y pie derecho.....	1				1	
Contusión del pie derecho.....	2				2	
Contusión.....	2				2	
Contusión de primer grado de la región glútea y torácica derechas.....	1				1	
Contusión de primer grado del muslo.....	1				1	
Van.....	52	9	7	1	69	

**PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH**

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

7

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	52	9	7	1	69	
Contusión de primer grado de las regiones braquial y parietal derechas.....	1				1	
Ciática izquierda.....		1	1		2	
Chanero blando y adenitis consecutiva.....	1	1			2	
Celulitis del muslo derecho.....				1	1	Entró en estado agónico.
Carcinoma pilórico.....			1		1	
Cistitis crónica.....	1				1	
Colecistitis.....		1			1	
Cuerpo extraño de la pared anterior del esófago.....	1				1	
Consolidación viciosa de los dedos 3º y 4º del pie derecho.....	1				1	
Colelitiasis.....	1				1	
Colitis aguda.....	1				1	
Estrechez uretral.....	1				1	
Estenosis laríngea.....		1			1	
Espasmo laríngeo.....			1		1	
Empiema torácico izquierdo.....				1	1	
Ectima vulgar.....	1				1	
Esporotricosis de los antebrazos.....	1				1	
Esporotricosis de la cara.....	1				1	
Esporotricosis de la región glútea.....		1			1	
Epitelioma del labio inferior.....		1	1		2	El no mejorado pidió el alta.
Epitelioma del labio superior.....		1			1	
Epitelioma del tercio superior de la pierna izquierda.....	1				1	
Edema angioneurótico de la laringe.....			1		1	
Estafilosquisis.....		1			1	
Erisipela de repetición de ambas piernas.....		1			1	
Eritrodermitis universal.....			1		1	
Estomatitis mercurial.....		1			1	
Epulis.....		1			1	
Epitaxis.....	1				1	
Esplenomegalia palúdica.....		1			1	
Eczema seco de la región glútea.....		1			1	
Eczema seco de la cara.....			1		1	Pidió el alta.
Fractura del tercio inferior del radio izquierdo.....		1			1	
Fractura expuesta del quinto dedo del pie izquierdo.....	1				1	
Fractura del tercio superior del fémur derecho.....		2			2	
Fractura de la clavícula izquierda en su tercio medio.....		1			1	
Fractura de la clavícula derecha en su tercio medio.....	2				2	
Fractura intertrocanterea y del tercio medio de la tibia.....		1			1	
Fractura de Pouteau-Colles-Dupuytren.....		1			1	
Fractura del tercio superior del cúbito.....		1			1	
Fractura del radio y del cúbito en su tercio medio.....	1				1	Salió con su aparato. Pidió el alta.
Fractura de la primera falange del primer dedo.....			1		1	
Fractura del tercio inferior del radio.....	1				1	
Fractura supraepitrocLEAR y luxación posterior del codo.....		1			1	
Fractura conminuta del peroné en su tercio inferior y medio, y de la tibia en su tercio medio.....	1				1	
Van.....	71	30	15	3	119	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

8

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	71	30	15	3	119	
Fractura del tercio externo de la clavícula izquierda.....			1		1	Pidió el alta.
Fractura conminuta del tercio superior del húmero.....	1				1	
Fractura de la extremidad superior del cúbito y subluxación del codo.....		1			1	
Fractura de la parte externa del hueso iliaco derecho.....	1				1	
Fractura del trocanter derecho.....	1				1	
Flemón difuso de la pierna izquierda.....	1				1	
Flemón del dorso del pie.....	1				1	
Flemón gaseoso del muslo.....				1	1	
Faringitis aguda.....	1				1	
Fístulas izQUIORRECTALES.....	1				1	
Fístula rectoperineal.....	1	1			2	El no mejorado pidió su alta.
Fístula anorrectal.....	1				1	
Fístula abdominovesical.....		1			1	
Fístula tucerculosas múltiples.....				1	1	
Fístula extercorácea escrotal.....				1	1	
Fístulas perineales tucerculosas.....			1		1	Pasó a la Med. de Hombres.
Fisuras anales.....		1			1	
Fimosis adquirida.....	1				1	
Gangrena senil del pie derecho.....	1				1	
Herida por arma de fuego del pie izquierdo.....	1				1	
Gastroenteritis aguda.....				1	1	
Herida por arma de fuego del pie derecho.....	1				1	
Herida por arma de fuego del muslo izquierdo.....	1				1	
Herida por arma de fuego de la pierna izquierda en su tercio inferior.....	1				1	
Herida por arma de fuego de la región subclavicular derecha.....	1				1	
Herida por arma de fuego de la pantorrilla.....	1				1	
Herida por arma de fuego penetrante del tórax, antebrazo derecho y muscul izquierdo.....	1				1	
Herida por arma de fuego penetrante del cráneo.....				1	1	
Herida por arma de fuego penetrante del tórax.....	1				1	Pasó a la Med. de Hombres.
Herida contusa del tercio inferior de la pierna derecha.....	1				1	
Herida contusa del maleolo interno derecho.....	1				1	
Herida contusa del borde externo del pie derecho.....	1				1	
Herida contusa de la región tibiotarsiana derecha.....	1				1	
Herida contusa de la región dorsal del pie derecho.....	1				1	
Herida contusa de la región frontal izquierda.....	1				1	
Herida contusa del tórax y antebrazos.....	1				1	
Herida contusa de la región parietal izquierda.....	1	1			2	
Herida contusa del tercio medio de la pierna derecha.....	1				1	
Herida contusa del pie izquierdo.....	1				1	
Herida contusa del pie derecho.....	1	1			2	
Herida contusa del tercio superior del brazo derecho.....		1			1	
Herida contusa del antebrazo derecho.....	1				1	
Van.....	102	37	17	8	164	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL FDH-DEGT-UNAH

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

9

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Mue- tos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	102	37	17	8	164	
Herida contusa de la pierna izquierda.....		1			1	
Heridas contusas de los dedos meñique, anular e índice.....	1				1	
Heridas contusas de los dedos anular, índice y medio.....	1				1	
Herida contusa del índice derecho.....	1				1	
Heridas contusas de los dedos de la mano iz- quierda.....		1			1	
Herida contusa del pulgar izquierdo con frac- tura de la primera falange.....	1				1	
Herida contusa del muslo izquierdo.....				1	1	Gangrena ga- seosa.
Herida por arma cortante de la región del- toidea.....	1				1	
Herida por arma cortante del tercio inferior del brazo izquierdo y región occipital.....	1				1	
Herida por arma cortante de la mano izquierda.....	1				1	
Herida por arma cortante del pie izquierdo.....	1				1	
Herida por arma cortante del pliegue del codo derecho.....		1			1	
Herida por arma cortante del pie derecho.....	1				1	
Herida cortocontundente del pie.....	1				1	
Heridas penetrantes del abdomen, de la región maxilar inferior, del antebrazo y del pie del mismo lado, por arma de fuego.....				1	1	Ingresó en es- tado agónico.
Herida penetrante del abdomen por arma cor- topunzante.....	1				1	
Herida penetrante del tórax por arma corto- punzante.....				1	1	
Herida cortopunzante del codo.....		2			2	
Heridas cortocontundentes de los dedos de la mano.....		1			1	
Heridas cortocontundentes de la palma de la mano, muñeca, brazo, antebrazo, tórax y cara.....	1				1	
Herida cortocontundente del cuero cabelludo.....		1			1	
Herida cortopunzante, no penetrante del he- mitórax derecho.....	1				1	
Herida cortopunzante penetrante del abdomen.....	1				1	
Herida de la región lateral del cuello, por arma de fuego.....	1				1	
Herida cortante de la región lateral del cuello (izquierda).....	1				1	
Herida cortocontundente del quinto dedo dere- cho.....	1				1	
Herida penetrante toracoabdominal.....				1	1	
Herida cortopunzante de la cara externa del muslo izquierdo, en su tercio medio.....		1			1	
Herida cortocontundente del pie derecho.....	1				1	
Herida cortocontundente del pulgar.....	1				1	
Herida penetrante del tórax por arma corto- punzante.....				1	1	
Herida penetrante por arma cortopunzante.....	1				1	
Herida de la frente por arma cortante.....	1				1	
Herida por arma cortante de la región sub- maxilar y el cuello.....	1				1	
Herida por arma cortante del dorso de la nar- riz y región superciliar.....	1				1	
Van.....	125	45	17	13	200	

**PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH**

10

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	125	45	17	13	200	
Herida cortopunzante de la región maxilar izquierda.....	1				1	
Herida por arrancamiento de los dedos índice y pulgar, mano derecha.....	1				1	
Hematoma de la región parietofrontal derecha.....	1				1	
Hematocele del escroto.....	1				1	
Hidrocele.....	1				1	
Hemorroides.....	4		1		5	
Hemorragia dentaria consecutiva a extracción.....	2				2	
Hiperclorhidria.....		1			1	Pasó a la Med. de Hombres.
Hipertrofia prostática.....			1		1	
Hernia inguinal bilateral.....	1	1			2	
Hernia inguinoescrotal.....	2				2	
Hernia inguinoescrotal bilateral.....	1				1	
Hernia inguinal izquierda.....	1				1	
Hernia del vacío izquierdo.....	1				1	
Hernia inguinal derecha.....	1				1	
Infiltración pseudogranúlica del pulmón derecho.....			1		1	
Ileo paralítico.....				1	1	
Inyección infectada de la región glútea.....	1				1	
Invaginación intestinal.....	1				1	Salió con ano contra natura.
Luxación subcoroicoidea derecha.....			1		1	
Lepra mutilante.....			1		1	
Lues terciaria.....		2			2	
Lulación posterior del codo.....	1				1	
Linfosarcoma submaxilar.....	1				1	
Lipoma de la región escapulo-humeral derecha.....	1				1	
Labio leporino.....			1		1	Pidió el alta.
Lipoma de la nuca.....		1			1	
Lumbago.....	1				1	
Liposarcoma del antebrazo.....		1			1	
Lipoma de la región lumbar en su parte media.....	1				1	
Litiasis renal.....			1		1	
Luxación del hombro izquierdo.....	1				1	
Mordedura de serpiente del pie derecho.....		1			1	
Mal de Pott.....			1		1	Pidió su alta.
Miasis nasal.....	1				1	
Mialgia del muslo derecho.....		1			1	
Mastoiditis aguda supurada derecha.....	1				1	
Necrosis del maxilar inferior en su porción media.....			1		1	
Neumonía lobar.....	1				1	
Neoplasia de la planta del pie.....		1			1	
Onixis bilateral del primer dedo del pie izquierdo.....	1				1	
Osteosarcoma del maxilar superior derecho.....			1		1	
Osteitis de la segunda falange del pulgar, consecutiva a panadizo.....	1				1	
Ortitis media supurada y tuberculosis testicular.....		1			1	
Orqupididimitis tuberculosa.....			1		1	Pidió el alta.
Orquitis tuberculosa.....		1			1	
Otitis media aguda supurada.....		1			1	
Osteoartritis tuberculosa de la muñeca izquierda.....		1			1	
Osteomielitis del índice de la mano derecha.....	1				1	
Van.....	157	58	28	14	257	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

11

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	157	58	28	14	257	
Otitis media crónica supurada.....	1				1	
Osteomielitis de la sexta costilla izquierda.....	1				1	
Paludismo agudo.....	1			1	2	
Peritonitis.....				1	1	Ingresó en estado agónico.
Perforación intestinal consecutiva a fiebre tifoidea.....	1				1	
Pleuresía serofibrinosa enquistada de la pleura derecha.....	1				1	
Pleuresía purulenta derecha.....			1		1	
Periostitis del tercio inferior de la tibia.....			1		1	Pidió su alta.
Periostitis generalizada.....				1	1	
Parafimosis.....	1				1	
Panadizo de la segunda falange del anular.....	1				1	
Paludismo y úlcera de la pierna.....	1				1	
Panadizo del pulgar de la mano derecha.....	1				1	
Parasitismo intestinal.....	2				2	
Poliartritis aguda.....	1				1	
Quiste del labio superior.....	1				1	
Quemaduras de 2º grado de la cara, cuello y mano.....	1				1	
Quemaduras de 2º grado de la cara y ambos brazos.....	1				1	
Quemaduras de 2º grado del pie.....	1				1	
Reumatismo articular agudo.....		1			1	Pidió el alta.
Rinitis crónica.....		1			1	
Rinoscleroma.....		2			2	
Subluxación del escaroides izquierdo.....	1				1	
Sinusitis frontal.....	5				5	
Sarcomatosis generalizada.....			1		1	
Sarcoptiosis infectada.....	1	1	1		3	
Sífilis (accidentes secundarios).....		1	1		2	Pidieron el alta
Sinusitis frontomaxilar.....	1				1	
Tétanos.....	2				2	
Toxadermia mercuriales.....	1				1	
Úlcera del duodeno.....			2		2	Uno pidió el alta.
Úlcera simple de la pierna.....	2	4			6	
Úlcera sífilítica.....		2			2	
Uretritis gonocócica aguda y fractura de las costillas undécima y duodécima.....	1				1	
Uretritis gonocócica aguda.....			1		1	
Varicela.....	1				1	
TOTAL.....	188	70	36	17	311	

Mortalidad: 5.466%

J. R. DURON,
Jefe del Servicio.

A. BERMUDEZ H.
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJIA M.,
Director.

B

ENFERMOS ASISTIDOS EN LA 2ª SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES, DURANTE EL AÑO DE 1943 1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Artritis tibiotalar derecha.....	2				2	
Alcoholismo agudo.....	1				1	
Artritis crónica rodilla derecha.....		1			1	
Artritis tibiotalar y metacarpofalángica del quinto dedo (gonocócica).....	1				1	
Accidentes secundarios sífilíticos.....	1	1			2	
Absceso del tercio medio de la pierna derecha.....	3				3	
Absceso caliente del pie derecho.....	3				3	
Absceso caliente de la rodilla.....	1				1	
Absceso dentario.....	1				1	
Absceso caliente de la región geniana.....	1				1	
Absceso caliente de la región suprapúbica.....	1				1	
Adenitis supurada del triángulo de Scarpa.....	3				3	
Adenitis inguinal supurada.....	6	3			9	
Adenitis cervical tuberculosa.....			6		6	
Adenitis cervical supurada.....	1				1	
Afasia.....		1			1	
Anquilosis de la rodilla izquierda.....	1				1	
Angioma telangiectásico de la región maxilar derecha.....	1				1	
Caquexia palúdica.....				1	1	
Contusión de la región occipital.....	1				1	
Contusiones de 2º grado de las regiones frontal, occipital y pierna izquierda.....	2				2	
Contusiones de 4º grado de la región malar derecha.....	1				1	
Contusiones de 2º grado del hombro derecho.....	2				2	
Contusiones de 2º grado del tórax.....	1				1	
Contusiones abdominales de 2º grado.....	1				1	
Contusiones de la región lumbar.....	1				1	
Contusiones de 1º grado de las articulaciones de la muñeca y del codo.....	2				2	
Contusiones del talón derecho.....	1				1	
Contusión cerebral.....	1			1	2	
Condilomas sífilíticos anorrectales.....		1			1	
Dactilitis específica.....		1			1	
Ectima vulgar.....	4				4	
Esguince de la región articular tibiotalar.....	1				1	
Epitaxis.....	1				1	
Eczema seco generalizada.....	1				1	
Eczema húmedo del conducto auditivo externo.....	1				1	
Esplenomelagia palúdica.....	1				1	
Fractura patológica del tercio inferior del fémur.....	1				1	
Fractura del extremo superior del cúbito.....	2				2	
Fractura doble del antebrazo derecho en el tercio medio.....	1				1	
Fractura del tercio inferior del húmero.....	1				1	
Fractura del tercio inferior del cúbito y radio de ambos lados.....	1				1	
Fractura del tercio medio del fémur.....	1				1	
Fractura del cuello anatómico del húmero.....		1			1	
Fractura de la epitroclea humeral.....	1				1	
Van.....	57	15		2	74	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	57	15	2	74	
Fractura del tercio medio de la clavícula.....	1	1	
Fractura expuesta del tercio inferior del peroné y consecutiva a ésta: Tétanos.....	1	1	
Fractura conminuta de la bóveda del cráneo región frontoparietal.....	1	1	
Fractura de la bóveda irradiada a la base.....	1	1	
Fractura de la rama horizontal del Pubis.....	1	1	
Fractura del tercio inferior del fémur.....	2	2	
Fractura del tercio inferior de la tibia.....	1	1	
Fistula anorrectal.....	1	1	
Fistula hepática.....	1	1	
Furúnculo de la región glútea.....	1	1	
Granuloma inguinal.....	2	2	
Gangrena seca de la extremidad inferior derecha.....	1	1	
Gangrena seca de las extremidades.....	1	1	
Hernia inguinal.....	4	4	
Hernia epigástrica.....	1	1	
Hernia inguinoescrotal izquierda.....	1	1	
Herida por arma cortante del 2º dedo del pie derecho.....	1	1	
Herida por arma cortante del dorso del pie derecho.....	4	4	
Herida por arma cortante del dorso de la mano derecha.....	2	2	
Herida por arma cortante del hombro y región tenar derecha y antebrazo izquierdo.....	1	1	
Herida penetrante del pliegue del codo derecho.....	1	1	
Herida por arma cortante de la cara anterior del cuello.....	1	1	
Herida punzante de la pierna derecha.....	1	1	
Herida por arma de fuego del tercio medio del antebrazo izquierdo.....	2	2	
Herida por arma de fuego de la región axilar derecha.....	1	1	
Herida por arma de fuego del muslo izquierdo.....	2	2	
Herida contusa del dorso del pie izquierdo.....	5	5	
Herida contusa de la pierna izquierda.....	3	3	
Herida contusa de la región occipitoparietal derecha.....	4	4	
Herida por arrancamiento de la mano derecha.....	1	1	
Herida contusa de la región frontoparietal derecha.....	2	2	
Herida contusa de la región costal izquierda.....	1	1	
Hemorroides.....	1	1	
Hidrosadenitis.....	1	1	
Miositis del cuádriceps femoral.....	1	1	
Noma.....	1	1	
Oclusión intestinal por bridas peritoneales.....	1	1	
Ostomielitis del tercio inferior del fémur.....	1	1	2	
Ostomielitis de la pierna izquierda.....	1	1	2	
Ostomielitis generalizada.....	1	1	
Papilomas del recto.....	1	1	
Papilomas de la región anal.....	1	1	
Proyectil alojado a nivel Coxis.....	1	1	
Periostitis del tercio medio de la tibia.....	1	1	
Quemadura de tercer grado.....	3	3	
Van.....	117	19	1	7	144	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	117	19	1	7	144	
Quiste sebáceo de la región superciliar derecha	1				1	
Quiste del cordón izquierdo	1				1	
Queloides de la cara externa del tercio inferior del muslo y tercio superior de la pierna derecha	1				1	
Sarcoptosis infectada	3	1			4	
Sífilis (accidentes secundarios)	1	1			2	
Sífilis (accidentes terciarios)		2			2	
Tétanos				1	1	
Úlceras simples del miembro inferior	5		1		6	
Úlcera sífilítica de la cara y de los glúteos	1				1	
Úlcera sífilítica del dorso del pie			1		1	
Várices de ambas piernas	1				1	
Total de Cirugía General.....	131	23	3	8	165	
VÍAS URINARIAS						
Adenoma prostática	1	5	1		7	
Adenitis inguinal superada	9				9	
Absceso caliente del escroto	1				1	
Absceso periuretral	1				1	
Balanopostitis	1				1	
Cáncer del pene	2				2	
Calcinoma de la próstata		2			2	
Cistitis crónica	1	2			3	
Chancro blando del glande y fimosis consecutiva	7	1			8	
Chancro blando de la cara inferior del pene y accidentes terciarios sífilíticos	1				1	
Chancro blando del prepucio	3				3	
Chancro blando	22	6	3		31	
Chancro fagedénico del glande	2				2	
Chancro fagedénico			2		2	
Chancro fagedénico del prepucio	1				1	
Chancro fagedénico del meato	1				1	
Chancro mixto, fimosis consecutiva y sífilis papilomatosa anorrectal	1				1	
Chancro mixto	1		1		2	
Chancro duro y accidentes secundarios		1			1	
Chancro duro	1		1		2	
Estrechez uretral	7	1			8	
Fimosis adquirida (1 Embolio)	7		1	1	9	
Fimosis consecutiva a chancro blando	7	1	1		9	
Fimosis consecutiva a chancro duro	1				1	
Fimosis adquirida y papilomas del glande	1				1	
Fimosis congénita	5		1		6	
Fistula uretroperineal		1			1	
Gangrena del pene y del escroto				1	1	
Van.....	215	43	14	10	282	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

15

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	215	43	14	10	282	
Hidrocele del lado izquierdo.....	1				1	
Hemetoma del testículo izquierdo e hidroce derecho.....			1		1	
Orquiopididimitis blenorragica.....	6	3			9	
Parafimosis.....	2				2	
Papilomas del glande.....	2				2	
Poliartritis gonocócica.....		1			1	
Sifilis del testículo.....		1			1	
Uretritis gonocócica sub-aguda.....	1				1	
Uretritis gonocócica crónica.....	5	3			8	
Uretritis gonocócica aguda.....	22	1			23	
TOTAL.....	254	52	15	10	231	

Mortalidad: 3.02%

M. CASTILLO B.,
Jefe de Servicio.

R. RUIZ,
Practicante Interno

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M
Director.

C

ENFERMOS ASISTIDOS EN EL SERVICIO CIRUGIA DE MUJERES, DURANTE EL AÑO ECON. 1943-44

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curad s	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observac iones
Absceso perinefrítico asifluente.....		1			1	
Absceso frío del tórax.....		1			1	
Absceso caliente de la nalga derecha.....	4				4	
Absceso caliente mama derecha y cuello sos- pechoso.....	1				1	
Absceso caliente del talón derecho.....	1				1	
Absceso caliente región occipital.....	1				1	
Absceso caliente región parietal.....	2				2	
Absceso caliente región lateral derecha del tórax.....	1				1	
Aborto ovular.....	14				14	
Aborto embrionario.....	29				29	
Aborto fetal.....	1				1	
Adantinoma del maxilar inferior.....	1				1	
Adenitis cervical aguda.....	1				1	
Adenitis cervical crónica.....	1				1	
Adenitis cervical tuberculosa.....		1			1	
Adenitis cervical y axilar derechas.....			1		1	
Adenitis tuberculosa y embarazo de 5 meses.....				1	1	
Adenitis inguinal específica.....	2				2	
Adenoiditis e hipertrofia de los cornetes infe- riores.....	1				1	
Aguja incrustada del talón derecho.....	1				1	
Van.....	61	3	1	1	66	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	61	3	1	1	66	
Amenaza de aborto.....	11	1	12	
Amigdalitis aguda supurada.....	1	1	2	
Amigdalitis crónica hipertrófica.....	3	1	4	
Apendicitis aguda.....	4	4	
Apendicitis crónica.....	24	24	
Apendicitis crónica y metritis hemorrágica.....	1	1	
Artritis gonocócica de la rodilla.....	1	1	
Artritis gonocócica muñeca izquierda.....	1	1	
Artritis gonocócica hombro izquierdo.....	1	1	
Artritis gonocócica coxofemoral.....	1	1	
Artritis supurada del codo derecho y flemón del antebrazo.....	1	1	
Artritis de la cadera izquierda.....	1	1	
Bartolinitis crónica.....	1	1	
Bocio adenomatoso.....	1	1	
Botón epiteliomatoso cicatriz vagina.....	1	1	
Cáncer del cuello uterino.....	3	3	6	
Cáncer del útero con metastasis al estómago.....	1	1	
Cáncer de la mama.....	3	3	
Cáncer de la mama con metastasis al pulmón.....	2	2	
Cáncer del recto.....	1	1	
Carcinoma del estómago con metastasis a la pared abdominal.....	1	1	
Celulitis cervico-craneana.....	1	1	
Celulitis del cuello.....	1	1	
Celulitis de la pierna derecha.....	1	1	
Celulitis del piso inferior de la boca.....	1	1	
Cervicitis crónica.....	3	1	4	
Cervicovulvovaginitis aguda.....	1	1	
Cistocele.....	1	1	
Cistocele y rectocele.....	1	1	
Cicatrización viciosa labio inferior.....	1	1	2	
Colecistitis.....	2	2	4	
Cólico hepático.....	3	3	
Cólico nefrítico.....	1	1	
Colitis crónica.....	2	2	
Colitis crónica amibiana.....	3	1	4	
Colitis crónica e infiltración base del pulmón izquierdo.....	1	1	
Colitis aguda amibiana.....	1	1	
Colitis a tricomonas.....	1	1	2	
Contusiones múltiples.....	6	6	
Cuello sospechoso.....	1	1	
Chancros blandos de la vulva.....	1	1	
Dacriocistitis izquierda.....	1	1	2	
Desgarro del periné y pared posterior de la vagina.....	1	1	
Ezema de la nalga y pierna derecha.....	1	1	
Ezema húmedo de la región glútea derecha.....	1	1	
Ezema húmedo de la cara.....	1	1	
Ezema húmedo generalizado.....	1	1	
Ezema húmedo de la mama izquierda.....	1	1	
Ezema seco.....	1	1	
Ezema seco de ambas mamas.....	2	2	
Edema de la pierna izquierda por antigua flebitis.....	1	1	
Embarazo de 5 meses e hiperestesia vesical.....	1	1	
Van.....	92	22	13	1	128	

**PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH**

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

17

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	92	22	13	1	128	
Embarazo de 5 meses y vaginitis aguda.....	1				1	
Epulis del maxilar inferior.....	1				1	
Epistaxis por hipertensión arterial.....	1				1	
Epistaxis por paludismo.....	2				2	
Epitelioma de la nariz.....		1			1	
Erisipela de la pierna derecha.....	2	1			3	
Erisipela de la pierna izquierda.....	2				2	
Esfacelo del muslo derecho consecutivo a inyección de suero glucosado.....	1				1	
Esguince de la garganta pie izquierdo.....	1				1	
Escrófulas región cervical derecha.....		1			1	
Eventración y bronquitis crónica.....			1		1	
Fibromatosis uterina.....	6		1		7	
Fibromatosis uterina y salpingoovaritis bilateral.....	1				1	
Fibrosarcoma de la mejilla izquierda.....	1				1	
Fibroma del músculo oblicuo mayor.....	1				1	
Fistulas región postero-superior del muslo derecho.....	1				1	
Fistula de la región glútea izquierda.....	1				1	
Fistula vesico-vaginal.....			1		1	
Flemón región sub-maxilar derecha.....	1				1	
Flemón de la pierna izquierda.....	1				1	
Flebitis bilateral puerperal.....		1			1	
Fractura 2º, 3º y 4º metatarsianos.....	1				1	
Fractura extremidad inferior del radio y apófisis estiloides del cúbito.....	2				2	
Fractura de la clavícula derecha.....	1		1		2	
Fractura de la tibia y peroné izquierdos.....	1				1	
Fractura de Puteau-Colles.....	2				2	
Fractura 3º inferior fémur izquierdo.....	1				1	
Fractura 3º inferior pierna izquierda y subluxación tibiotarsiana.....	1				1	
Fractura del 3º inferior del antebrazo.....	1				1	
Fractura del fémur izquierdo.....	1				1	
Gangrena gaseosa miembro superior izquierdo.....	1				1	
Gangrena senil del pie izquierdo.....		1			1	
Hernias: inguinal bilateral y umbilical.....	1				1	
Hernias: inguinal derecha, crural izquierda y umbilical.....	1				1	
Hernia inguinal bilateral y apendicitis crónica.....	1				1	
Hernia crural derecha.....	1				1	
Hemorragia gingival.....	3				3	
Hepatitis crónica.....		1			1	
Herida de la pelvis por arma de fuego.....	1				1	
Herida contusa del antebrazo izquierdo.....	1				1	
Herida contusa de la rodilla derecha.....	1				1	
Herida contusa región dorsolumbar derecha.....	1				1	
Herida contusa región frontal.....	1				1	
Herida por arrancamiento.....	1				1	
Herida pie derecho por arma cortante.....	2				2	
Herida de ambas piernas por arma de fuego y osteomielitis tibia izquierda.....	1				1	
Herida contusa de la pierna izquierda.....	1				1	
Herida muslo derecho por arma de fuego.....	1				1	
Herida contusa del pie izquierdo.....	1				1	
Herida penetrante del tórax.....	1				1	
Van.....	208	28	17	1	253	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL FDH-DEGT-UNAH

18

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	208	28	17	1	253	
Hidrosalpingitis bilateral.....	1				1	
Hiperémesis gravídica.....	1				1	
Hipertrofia del cornete derecho.....		1			1	
Infarto lácteo.....	1				1	
Ingestión de cuerpo extraño.....	1				1	
Impétigo de la cabeza.....		1			1	
Impétigo de ambos antebrazos.....	1				1	
Intoxicación arsenical.....	1				1	
Labio leporino.....	1	1			2	
Lipoma de la región interescapular.....	1				1	
Litiasis biliar.....	1				1	
Luxación posterior del codo izquierdo y fractura de la extremidad inferior radio.....	1				1	
Lumbago palúdico.....	1				1	
Mastitis aguda.....	6				6	
Mastoiditis aguda.....	1	1			2	
Metástasis de cáncer uterino.....			2		2	
Metritis hemorrágica.....	3				3	
Metritis hemorrágica post-aborto.....	1				1	
Metritis crónica.....	1	1			2	
Metritis y apendicitis crónica.....			1		1	
Metrorragia por insuficiencia ovárica.....	1				1	
Metrorragia de origen desconocido.....	2				2	
Metrosalpingitis aguda.....	2				2	
Miasis nasal.....	3				3	
Neoplasia de la vesícula biliar.....			1		1	
Neoplasia maligna del ligamento redondo con invasión al colon transverso.....	1				1	
Neumonía doble.....			1		1	
Neuralgia intercostal.....		1			1	
Neuralgia facial.....	1				1	
Obstrucción ureter derecho (región lumbar).....		1			1	
Osteomielitis del húmero derecho.....	1				1	
Osteomielitis del peroné derecho.....	1				1	
Osteomielitis 3º inferior del fémur.....				1	1	
Otitis media supurada.....	1				1	
Otitis media supurada y mastoiditis.....	1	1			2	
Panadizo óseo del dedo medio izquierdo.....	1				1	
Paludismo agudo.....	1				1	
Parasoriasis y especificismo.....	1				1	
Pelviperitonitis.....	3			1	4	
Perforación velo del paladar por miasis nasofaríngea.....	1				1	
Piorrea alviolar.....		1			1	
Placas mucosas buco-faríngeas.....		1			1	
Poliartritis gonocócica.....	1				1	
Pólipos mucosos nasales.....		1			1	
Prolapso rectal.....			1		1	
Prolapso genital.....	2		2		4	
Prolapso uterino y eventración.....	1				1	
Quemaduras de 2º grado.....	2				2	
Quemaduras de 3er. grado.....		1	2		3	
Quemaduras de 4º grado.....				1	1	
Quiste cebáceo infectado.....	1				1	
Quiste cebáceo cola de la ceja.....	1				1	
Quistes dermoideos de ambos ovarios y metritis hemorrágica.....	1				1	
Van.....	259	40	27	4	330	

**PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH**

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

19

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Cu ados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	259	40	27	4	330	
Quiste de la Glándula de Bartolino.....	1				1	
Quiste seroso del tiroides.....	1				1	
Quiste sinovial de la muñeca izquierda.....	1				1	
Quiste del ovario.....	2				2	
Quiste hemático del tiroides.....	1				1	
Recidiva de cáncer uterino.....			3		3	
Rectocolitis amibiana.....		1			1	
Rinitis hipertrófica.....	2		1	1	5	
Rinoscleroma.....		2			2	
Ruptura tubárica.....	3				3	
Ruptura de la vagina.....	1				1	
Salpingitis crónica bilateral.....	5				5	
Salpingitis aguda bilateral.....	3				3	
Salpingitis aguda izquierda.....	2	1			2	
Salpingitis aguda derecha.....	1				1	
Salpingitis crónica derecha.....	1		1		1	
Sarcoma en ambas mamas.....	1				1	
Septicemia.....				1	1	
Septicopuhoemia.....	1				1	
Siflides cutáneas.....	1				1	
Sífilis (accidentes secundarios).....	3	3			6	
Sífilis (accidentes terciarios).....	1	1		1	3	
Sinusitis frontal izquierda.....		1			1	
Sinusitis frontal, maxilar y etmoidal anterior izquierda.....	1				1	
Sinusitis frontal y maxilar bilateral.....	1				1	
Tétano crónico apirético.....	1				1	
Torsión trompa derecha y quiste hemático del ovario.....	1				1	
Tromboflebitis.....	1	1			2	
Tumor cerebral.....				1	1	
Tumor periuretral.....			1		1	
Úlcera específica de la pierna izquierda.....	3				3	
Úlcera específica de ambas piernas.....	2				2	
Úlcera simple de ambas piernas.....	2				2	
Úlcera varicosa de la pierna derecha.....	1				1	
Úlcera de la planta del pie izquierdo.....		1			1	
Úlcera traumático del pie izquierdo.....		1			1	
Úlcera traumático del pie derecho.....	3				3	
Úlcera traumático de ambas piernas.....	2	1			3	
Útero fibroso y salpingitis crónica bilateral.....	1				1	
Varicela infectada.....	1				1	
Vulvovaginitis crónica.....	1				1	
Vulvovaginitis gonocócica.....	1				1	
TOTAL.....	314	54	33	8	409	

Mortalidad: 1.95%

S. PAREDES P.,
Jefe del Servicio.

I. MIDENCE,
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M
Director.

D

ENFERMOS ASISTIDOS EN LA SALA DE GINECOLOGIA, DURANTE EL AÑO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Aborto vulgar	2				2	
Absceso caliente de la pared abdominal	1				1	
Adenosarcoma de la mama derecha	1				1	
Apendicitis crónica	5				5	
Bartolinitis crónica		2			2	
Bartonilitis aguda	1				1	
Cáncer del útero	3		1	2	6	
Chancro fagedénico de la vulva	1				1	
Chancro blando de la vulva	4				4	
Cervicitis crónica	2				2	
Cistocele y rectocele	5				5	
Colecistitis			1		1	
Embarazo tubario	2				2	
Estrechez vaginal	1				1	
Fibromatosis uterina	3				3	
Fiebre puerperal				1	1	
Fisura del ano y fiebre tifoidea				1	1	
Hematosalpinx	1				1	
Insuficiencia ovárica		2			2	
Metritis crónica	29	11			40	
Metritis aguda	2				2	
Pólipo uterino	3		1		4	
Prolapso uterino	6		2		8	
Papilomas de la vulva	2				2	
Pelvipertonitis			1		1	
Paludismo agudo	1				1	
Quiste del ovario	2				2	
Rectocele	1				1	
Retroflexión uterina	2				2	
Retroversión uterina	2				2	
Salpingitis crónica	13			1	14	
Sífilis, accidentes secundarios	45	14			59	
Tuberculosis miliar de trompas		1			1	
Tuberculosis de la vulva		2			2	
Vulvovaginitis aguda	11				11	
Vulvovaginitis crónica	6	3			9	
Vaginocervicitis	1				1	
TOTAL	158	35	6	5	204	

Mortalidad: 2.4%

DR. JUAN A. MEJÍA M.,
Jefe del Servicio.

V. BANEGAS M.,
Médico Interno.

E

ENFERMOS ASISTIDOS EN EL SERVICIO DE PENSIONADO, DURANTE EL AÑO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Absceso caliente del pie derecho.....	1				1	
Absceso caliente de la nuca.....	1				1	
Absceso caliente de la región pectoral.....	1				1	
Absceso caliente del escroto.....	1				1	
Absceso caliente de la pared abdominal.....	1				1	
Alcoholismo agudo.....	1				1	
Amigdalitis crónica.....	3				3	
Apendicitis aguda.....	2				2	
Apendicitis crónica.....	1				1	
Arteriosclerosis cerebral.....		2			2	
Avitaminosis.....				1	1	
Cáncer del ovario derecho.....			1		1	
Cáncer del estómago.....		1			1	
Derrame pleural de la base derecha.....	1				1	
Estrecheces uretrales.....	2	2			4	
Endometritis puerperal.....	1				1	
Fibroma de la mano derecha.....	1				1	
Fractura del extremo inferior del cúbito.....	1				1	
Fibromatosis uterina.....	2				2	
Fiebre tifoidea.....	1				1	
Gastritis aguda.....	1				1	
Gastroenteritis crónica.....	1				1	
Grippe, forma torácica.....	2				2	
Herida de mano izquierda (mordedura).....	1				1	
Hernia inguinal.....	2			1	3	
Hepatitis alcohólica.....	1				1	
Hemorroides externas.....	1				1	
Hipertrofia de las amígdalas.....	1				1	
Latero-desviación uterina.....	1				1	
Metritis crónica.....	3	1			4	
Metropelviperitonitis.....	1				1	
Neuritis lumbar.....	1				1	
Paludismo agudo.....	1				1	
Paludismo crónico.....	1				1	
Parasitismo intestinal.....	4				4	
Parálisis facial a frigore.....		1			1	
Quiste del ovario derecho.....	1				1	
Reumatismo muscular.....		1			1	
Retinitis pigmentaria.....			1		1	
Salpingitis aguda bilateral.....	1				1	
Salpingitis crónica bilateral.....	1				1	
Sífilis, accidentes secundarios.....	1				1	
Sífilis, accidentes terciarios.....		1			1	
Tuberculosis pulmonar.....			1		1	
Varicela.....	1				1	
TOTAL.....	48	9	3	2	62	

Mortalidad: 32%

DR. JUAN A. MEJÍA M.,
Jefe del Servicio.

V. BANEGAS M.,
Médico Interno.

F

ENFERMOS ASISTIDOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DURANTE EL AÑO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Atrofia óptica bilateral			1		1	
Atrofia del 2º par			2		2	
Aniridia parcial y sub-luxación del borde nasal del cristalino		1			1	
Coriorretinitis y hemorragia en ojo izquierdo			1		1	
Cataratas seniles	3				3	
Cataratas nucleares embrionarias	1				1	
Cataratas juveniles	1				1	
Catarata senil en ojo izquierdo	1				1	
Catarata bilateral glaucomatosa	1				1	
Catarata bilateral	2				2	
Coriorretinitis ojo izquierdo		1			1	
Ciclitis crónica derecha		1			1	
Coriorretinitis bilateral cicatricial		1			1	
Conjuntivitis catarral	1				1	
Cuerpos extraños en córneas	2				2	
Desprendimiento retiniano bilateral idiopático		1			1	
Desprendimiento posterior coriorretinico en ojo izquierdo		1			1	
Desprendimiento de retina			1		1	
Endoftalmitis idiopática		1			1	
Endoftalmitis izquierda	1				1	
Endoftalmitis	2				2	
Epitelioma limbo esclerocorneal	1				1	
Escleritis derecha	1				1	
Escleritis		1			1	
Herida contusa del párpado inferior con arrancamiento nivel ángulo interior	1				1	
Hipermetropía			1		1	
Hemorragia intraocular		1			1	
Iridociclitis bilateral hipertensiva		2			2	
Iridociclitis ojo derecho		1			1	
Jaqueca oftalmopléjica	1				1	
Leucomas adherentes			1		1	
Leucoma bilateral		1			1	
Leucoma central bilateral			1		1	
Neurorretinitis luética			1		1	
Panoftalmia en ojo izquierdo	1				1	
Panoftalmia en ojo derecho	1				1	
Pterigiones bilaterales	4				4	
Queratitis parenquimatosa	1	2			3	
Queratitis fimica		1			1	
Retinitis pigmentaria			2		2	
Retinitis proliferante		1	1		2	
Seclusión y oclusión pupilar en ojo derecho			1		1	
Úlcera catarral de córnea	1				1	
Glaucoma secundario ojo izquierdo	1				1	
TOTAL	28	17	13	58	

SERVICIO DE OFTAEMOLOGÍA

Vienen.....

Consulta Externa:

Curaciones.....	4.339
Inyecciones.....	3.213
Exámenes.....	711
Operaciones.....	65
TOTAL.....	8.328

Mortalidad: 0%

JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ,
Jefe del Servicio.

EDAS G. MARADIAGA,
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

G

*Informe del movimiento habido en el Servicio de Maternidad durante
el año económico de 1943-1944*

Partos a término.....	363
Partos prematuros.....	46
Partos gemelares.....	10
Abortos.....	8
Niños nacieron vivos.....	215
Niñas nacieron vivas.....	186
Niños nacieron muertos.....	18
Niñas nacieron muertas.....	3
Niños murieron.....	21
Niñas murieron.....	12
Madres murieron.....	8

Tegucigalpa, D. C., 30 de junio de 1944.

A. PINEDA U.,
Jefe del servicio.

ANTONIO FLORES CHIRINOS,
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

H

ENFERMOS ASISTIDOS EN MEDICINA DE HOMBRES EN EL AÑO ECONOMICO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Anemia secundaria		3			3	
Avitaminosis compleja	4	1	1	36	42	
Asma bronquial		2			2	
Atonía gástrica			1		1	
Beriberi	2	1			3	
Bronconeumonía				1	1	
Bronquitis crónica	2				2	
Caquexia palúdica				1	1	
Cirrosis atrófica del hígado			3	3	6	
Colecistitis crónica		1			1	
Carcinoma del estómago			2	1	3	
Colerín	1				1	
Cirrosis hipertrófica del hígado		1			1	
Disentería amibiana aguda	27	3		12	42	
Disentería amibiana crónica				4	4	
Disentería balantidiana		1			1	
Disentería a tricomonas	3				3	
Demencia senil			1		1	
Epilepsia larvada			1		1	
Epilepsia esencial			1		1	
Epilepsia jaksoniana			1		1	
Fiebre tifoidea	13			2	15	
Fiebre biliosa hemoglobinúrica				1	1	
Fiebre paratifoidea			1		1	
Fiebre perniciosa		1		2	3	
Gripe forma toráxica	6				6	
Gastritis crónica	1				1	
Gastritis aguda	1				1	
Insuficiencia cardíaca		3		6	9	
Insuficiencia mitral		1			1	
Impotencia sexual		1			1	
Intoxicación aguda (Acido Clorhídrico)	1				1	
Intoxicación medicamentosa (ajo)	1				1	
Insuficiencia hepática				1	1	
Ictericia catarral	1				1	
Intoxicación subaguda por el plomo				1	1	
Laringitis catarral aguda	1				1	
Mal de Pott dorsal			1		1	
Meningitis cerebro-espinal	1			3	4	
Miocarditis crónica		1			1	
Neumonía traumática				1	1	
Neumonía lobar	14			3	17	
Nefritis crónica		3	2		5	
Neuritis del plexo braquial		1			1	
Neurastenia		1			1	
Nefritis hidropígena		2			2	
Otitis media supurada bilateral			1		1	
Paludismo agudo	215	12	1	7	235	
Paludismo crónico	18	34	3	1	56	
Peritonitis tuberculosa				1	1	
Paludismo agudo (forma perniciosa)	2			8	10	
Pericarditis seca	1				1	
Pleuresía costodiafragmática	2			1	3	
Van.....	317	73	20	96	506	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	317	73	20	96	506	
Pleuroneumonía	2		1	2	5	
Pleuresía purulenta a neumococos.....				2	2	
Parasitismo intestinal.....	5				5	
Pleuresía serofibrinosa.....		1			1	
Parálisis facial periférica (a frigore).....	1				1	
Pleuresía bilateral con derrame.....		1			1	
Psilosis.....		1			1	
Parálisis infantil.....			1		1	
Reumatismo articular crónico.....		2			2	
Reblandecimiento cerebral.....		1			1	
Sífilis accidentales secundarios.....	2	15	2		19	
Sífilis accidentales terciarios.....		4			4	
Sífilis cerebral.....	1				1	
Síndrome pelagroide.....		1			1	
Sinusitis maxilar aguda.....		1			1	
Sífilis hereditaria.....		1			1	
Síndrome de Parkinson.....		1			1	
Sarampión.....	3				3	
Tuberculosis pulmonar.....		11	12	30	53	
Temblores senil.....		1			1	
Tuberculosis intestinal.....				1	1	
Uremia.....				1	1	
Varicela.....	4				4	
Vértigo.....			1		1	
TOTAL.....	335	114	37	132	618	

Mortalidad: 21.35%

HUBERTO DÍAZ B.,
Jefe del Servicio.

DAGOBERTO MAJANO,
Practicante Interno.

Vº Bº JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

ENFERMOS ASISTIDOS EN LA 1ª MEDICINA DE MUJERES, DURANTE EL AÑO 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Adenoma del tiroides		1			1	
Amenaza de aborto	1				1	
Anemia palúdica	1	5			6	
Asma esencial		3	1		4	
Aracneidismo	1				1	
Avitaminosis	4	2		8	14	
Bronquitis aguda	6	2			8	
Bronquitis crónica	5	6			11	
Bronquiectasia		1	1		2	
Bronconeumonía	2		1		3	
Caquexia palúdica				1	1	
Ciática	1	1			2	
Congestión pulmonar aguda	1				1	
Colitis crónica	2	2			4	
Cólera nostros	2			1	3	
Disenteria amibiana	17	11	1	3	32	
Disenteria a tricomonas		2			2	
Dispepsia flatulenta	1	1	1		3	
Epilepsia esencial		4	1		5	
Eczema	1		1		2	
Eritema infeccioso	1				1	
Enteritis aguda	1				1	
Enteritis crónica		3			3	
Enteritis coleriforme				2	2	
Esclerosis lateral amiotrófica			1		1	
Escrofulosis			1		1	
Esplenomegalia palúdica		1			1	
Estomatitis mercurial	1				1	
Enfermedad de Parkinson			1		1	
Enfermedad de Basedow			1		1	
Flebitis crónica			1		1	
Fiebre tifoidea	1				1	
Fiebre perniciosa palúdica	2			7	9	
Fiebre remitente biliosa				1	1	
Fibroma uterino			1		1	
Gastritis aguda		1			1	
Gastritis alcohólica	2				2	
Gastroenteritis aguda	1				1	
Gripe	1	2			3	
Hiperclorhidria	1		1		2	
Histerismo		2			2	
Ileo-paralítico				1	1	
Intoxicación aguda (fósforo)	1				1	
Insuficiencia ovárica	2	2			4	
Insuficiencia mitral		2			2	
Insuficiencia tricaspídea				1	1	
Laringitis sifilítica	2				2	
Laringitis aguda	1				1	
Leucemia linfoide				1	1	
Miocarditis aguda				2	2	
Miositis crónica			1		1	
Nefritis aguda	3	1		2	6	
Nefritis crónica		4		1	5	
Van.....	65	59	15	31	170	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	65	59	15	31	170	
Neumonía lobular.....	5	1		3	9	
Neumonía lobular doble.....	1			6	7	
Neumonía.....		1			1	
Neoplasia maligna del estómago.....				1	1	
Neoplasia maligna del ligamento ancho.....				1	1	
Paludismo agudo.....	276	60	4	10	350	
Paludismo crónico.....	29	12	1	3	45	
Parálisis facial.....	1	1			2	
Pleuresía serofibrinosa.....	3	2		1	6	
Pleuroneumonía de la base derecha.....	1			1	2	
Pleuroneumonía de la base izquierda.....		1			1	
Parasitismo intestinal.....	5	3		1	9	
Parótidas.....	1				1	
Ptosis gástrica.....		2	1		3	
Reumatismo articular agudo.....	1				1	
Reumatismo articular crónico.....	3				3	
Reumatismo muscular crónico.....	1	2			3	
Rectocolitis.....	1				1	
Sífilis (accidentes secundarios).....	1	2			3	
Sinusitis frontal catarral.....	1				1	
Seudo-reumatismo infeccioso.....		1			1	
Spruo.....	1				1	
Tuberculosis pulmonar.....		3	19	19	41	
Tuberculosis ganglionar.....				1	1	
Tifo malaria.....	3	1		1	5	
Tuberculosis intestinal.....				1	1	
Trastornos del embarazo.....		1			1	
Trastornos menstruales.....		1			1	
Trastornos menopáusicos.....			1		1	
Urticaria tóxica.....	1				1	
Úlcera del estómago.....				1	1	
Varicela.....			1		1	
TOTAL.....	400	153	42	81	676	

Mortalidad: 11.98%

MANUEL CÁCERES VIJIL,
Jefe del Servicio.

CARLOS AGURCIA M.,
Practicante Interno

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

J

ENFERMOS ASISTIDOS EN LA 2ª MEDICINA DE MUJERES, DURANTE EL AÑO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curatos	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Avitaminosis compleja.....		1		1	2	
Amigdalitis aguda.....	3				3	
Absceso caliente del muslo.....	1				1	
Absceso caliente de la nalga.....	1				1	
Absceso de mama.....	3				3	
Abscesos varios.....	4				4	
Artritis de la rodilla.....	1				1	
Anemia secundaria.....		1			1	
Atrepsia.....				3	3	
Anexitis crónica.....			1		1	
Adenitis inguinal supurada.....	1				1	
Angina aguda.....	1				1	
Bronquitis aguda.....	17	1	1	1	20	
Bronquitis crónica.....	2				2	
Bronconeumonía aguda.....				1	1	
Cervicitis gonocócica.....		1			1	
Colecistitis crónica.....		1			1	
Caquexia hidrica.....				1	1	
Catarata senil bilateral.....			1		1	
Cirrosis biliar.....			1		1	
Conjuntivitis aguda.....	1				1	
Conjuntivitis angular.....	2				2	
Coqueluche.....	1				1	
Contusión de la cadera izquierda.....	1				1	
Cistocele.....	2				2	
Diarrea diséptica.....	32	5		2	39	
Disenteria ambiana.....	22	3		1	26	
Diarrea.....	1				1	
Dispepsia hipoclorhídrica.....	1				1	
Dispepsia hiperclorhídrica.....	1				1	
Erisipela de la cabeza.....	2				2	
Erisipela de los miembros inferiores.....	2				2	
Edemas carenciales.....	2				2	
Escorbuto.....		1		1	2	
Endometritis crónica.....		3			3	
Estomatitis.....		1			1	
Enterocolitis aguda.....	2			1	3	
Eritema tóxico.....	1				1	
Escrófula.....			1		1	
Embarazo gástrico.....	1				1	
Enteritis hemorrágica.....				1	1	
Eczema.....	1				1	
Fiebre tifoidea.....	2				2	
Fiebre paratifoidea.....	1				1	
Fiebre puerperal.....				1	1	
Fibroma uterino.....	1		1		2	
Gastroenteritis aguda.....	3		1	3	7	
Gastralgias.....	2				2	
Hidrocele.....	1				1	
Hemorragia umbilical.....				1	1	
Heredolues.....		1			1	
Herida contusa de la nariz.....		1			1	
Herida contusa de la mama.....	1				1	
Van.....	120	20	7	18	165	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	120	20	7	18	165	
Hemorroides.....			1		1	
Hernia inguinoescrotal.....			1		1	
Impétigo.....	5	1			6	
Indigestión.....	3				3	
Intoxicación alimenticia.....				1	1	
Infección intestinal.....	1				1	
Jaqueca oftálmica.....	1				1	
Labio leporino.....		1			1	
Laringitis aguda.....	1				1	
Metritis.....		1			1	
Mastitis aguda.....	4	1			5	
Mastitis crónica.....		1			1	
Meningitis sífilítica.....		1			1	
Menigocele occipital.....			1		1	
Meningitis aguda.....				1	1	
Mal de Pott.....			1		1	
Neumonía.....	2				2	
Neumonía lobar.....	4			1	5	
Neumonía de la base izquierda.....	1				1	
Nefritis aguda.....				1	1	
Otitis media supurada.....	1	1			2	
Orzuelo.....			1		1	
Paludismo agudo.....	137	7		5	149	
Paludismo crónico.....	2	1			3	
Parasitismo intestinal.....	7	6			13	
Psicosis.....			1		1	
Psilosis.....	5	3			8	
Pneumotórax derecho.....	1				1	
Pólipos nasales.....	1				1	
Pleuroneumonía derecha.....	1				1	
Punta de hernia inguinal derecha.....			1		1	
Quemaduras de segundo grado.....	1				1	
Quiste del ovario derecho.....	1				1	
Reumatismo articular agudo.....	2	1			3	
Sífilis, accidentes secundarios.....		6			6	
Sarcoptosis.....	6	4	1		11	
Toxicosis.....				1	1	
Tifomalaria.....				1	1	
Peritonitis aguda.....				1	1	
Tuberculosis pulmonar.....			2		2	
Tumor maligno parotídeo.....			1		1	
Úlcera de la pierna.....		2			2	
Varicela.....	1		1		2	
Vulvovaginitis gonocócica.....	4	1			5	
Vómitos alimenticios.....	1				1	
TOTAL.....	313	58	19	30	420	

Mortalidad: 7.14%

Por el Dr. CARLOS M. GÁLVEZ,

OCTAVIO VALLECILLO,
Jefe de Servicio.

MIGUEL VILLELA,
Practicante Interno.

Vº Bº--JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

K

ENFERMOS ASISTIDOS EN 1ª SALA DE NIÑOS, DURANTE EL AÑO 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Amigdalitis aguda.....		1			1	
Ascariidiosis.....	1				1	
Absceso del muslo.....	1				1	
Absceso de la cara.....	1				1	
Abscesos calientes.....	2				2	
Abscesos de la mama.....	1				1	
Adenitis inguinal derecha.....	1				1	
Adenopatía cervical.....		1			1	
Avitaminosis.....	11	2	1	7	21	
Atrepsia.....				1	1	
Bronquitis crónica.....	1				1	
Bronquitis aguda.....	2				2	
Bocio adenomatoso.....		1			1	
Balanopostitis.....	1				1	
Caquexia hídrica de los trópicos.....				12	12	
Coxalgia derecha.....		1			1	
Cicatriz viciosa de la axila.....	1				1	
Coqueluche.....	3	2			5	
Colitis crónica.....	1				1	
Conjuntivitis aguda.....	3				3	
Cuerpo extraño en el oído.....	1				1	
Contusiones del tórax, cuello y mentón.....	1				1	
Contusión del codo.....		1			1	
Contusiones leves.....	1				1	
Contusión mejilla derecha.....	1				1	
Diarrea diséptica.....	2	1			3	
Disentería amibiana.....	8	1		1	10	
Disentería a tricomonas.....	2	1			3	
Epistaxis.....	1				1	
Escorbuto.....				2	2	
Erisipela de las piernas.....	1				1	
Eczema generalizado.....	2				2	
Edemas carenciales.....	10				10	
Escrófula.....			1		1	
Estafiloma corneal derecho.....	1				1	
Elefantiasis.....		1			1	
Estomatitis.....	1				1	
Fractura del húmero.....	1				1	
Fractura de la tibia.....	1				1	
Fimosis.....	2				2	
Gangrena del dedo pequeño derecho.....	1				1	
Gastroenteritis aguda.....				1	1	
Gangrena de la cara.....				1	1	
Gangrena húmeda.....		1			1	
Glaucoma infantil.....			1		1	
Herida contusa de la cara.....	1				1	
Hemiplejía específica.....		1			1	
Herida por arma cortante.....	1				1	
Infiltración del vértigo izquierdo.....	1				1	
Impétigo.....	15	1	1		17	
Incontinencia de orina.....	1				1	
Indigestión.....	1				1	
Meningitis aguda.....	1			1	2	
Van.....	88	16	4	26	134	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	88	16	4	26	134	
Meningitis tuberculosa.....				1	1	
Mal de Pott.....				1	1	
Nefritis aguda.....	1				1	
Ocena sifilitica.....		1			1	
Osteomielitis.....	1				1	
Parasitismo intestinal.....	23	9	2		34	
Paludismo agudo.....	93			2	95	
Paludismo crónico.....	4	2			6	
Pielitis.....	1				1	
Parálisis infantil.....		1			1	
Prolapso rectal.....	4				4	
Panadizo.....	1	1			2	
Psicosis postencefalítica.....			1		1	
Piodermitis.....	1				1	
Quemadura de tercer grado.....				1	1	
Quemaduras de primero y segundo grados.....	1				1	
Quemadura de segundo grado.....				1	1	
Retención de orina.....	1				1	
Rinitis crónica.....	1				1	
Sarampión.....	1				1	
Sarcoma del hígado.....				1	1	
Sarcoptiosis.....	3				3	
Sífilis, accidentes secundarios.....		2	1		3	
Sarcoma del ojo izquierdo.....			1		1	
Tuberculosis pulmonar.....		2	1		3	
Tetania.....	2				2	
Tétanos.....			1		1	
Tracoma.....		1			1	
Varicela.....	3				3	
Vulvovaginitis gonocócica.....	1				1	
Vaginitis.....	1				1	
Xerodermia pigmentosa.....			1		1	
TOTAL.....	231	35	12	33	311	

Mortalidad: 10.61%

Por el Dr. CARLOS M. GÁLVEZ,

ANTONIO VIDAL,
Jefe del Servicio.

MIGUEL VILLELA,
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

**PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH**

32

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

L

ENFERMOS ASISTIDOS EN EL ASILO DE INDIGENTES, DURANTE EL AÑO DE 1943-1944

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Alcoholismo agudo.....	5			1	6	
Alcoholismo crónico.....	2				2	
Absceso caliente de planta.....	2				2	
Absceso caliente del cuello.....	1				1	
Avitaminosis compleja.....				2	2	
Bronquitis crónica.....	2	2			4	
Cáncer inoperable del útero.....				1	1	
Cáncer de la laringe.....				1	1	
Cáncer inoperable de la vejiga.....			1	1	2	
Ceguera completa.....		1	2		3	
Contusión simple del codo.....	1				1	
Cuadriplejía.....		1			1	
Cuadriplejía carencial.....	1				1	
Cretinismo.....			1		1	
Colitis a tricomonas.....	1				1	
Cirrosis atrófica.....		1			1	
Demencia senil.....		1	5		6	
Demencia precoz.....		1	1		2	
Delirio alucinatorio esencial.....		1			1	
Disenteria amibiana aguda.....	1			3	4	
Ebefrenia.....		1			1	
Epilepsia esencial.....		23	1	3	27	
Epilepsia bravais-jacksoniana.....		1		1	2	
Elefantiasis erisipelatoide.....			3		3	
Enteritis bacilar.....				2	2	
Esquizofrenia.....		7	1	2	10	
Fiebre perniciosa cerebral.....				1	1	
Fiebre tifoidea.....	1		1		2	
Fractura del fémur derecho.....		1			1	
Histerismo.....			1		1	
Gastritis aguda.....	1				1	
Idiocia congénita.....			2		2	
Lepra mutilante.....			1		1	
Micosis cervicofacial.....	1				1	
Manía aguda.....			1		1	
Manía circular.....		2			2	
Nefritis hidropígena.....				1	1	
Neumonía lobar aguda.....	1			1	2	
Nefritis crónica.....		2	1		3	
Otitis seca.....			1		1	
Pludismo agudo.....	24			2	26	
Paludismo crónico.....	2	1		3	6	
Psilosis.....				3	3	
Psicosis amenorreica.....	1				1	
Síndrome maniaco.....		2	1		3	
Psicosis alcohólica.....			1		1	
Psicosis palúdica.....	3	3			6	
Sprue.....				2	2	
Sarcoma del maxilar superior.....				1	1	
Sífilis, maningo cerebral.....		7	2	1	10	
Sífilis, accidentes secundarios.....		2			2	
Sífilis, accidentes terciarios.....		1			1	
Parasitismo intestinal.....	4				4	
Van.....	54	61	27	32	174	

ENFERMEDADES OBSERVADAS	Curados	Mejorados	No mejorados	Muertos	TOTAL	Observaciones
Vienen.....	54	61	27	32	174	
Paraplejía congénita e idiocia.....			1		1	
Paranoia.....		1			1	
Parálisis agitante.....				1	1	
Reumatismo articular agudo.....	1				1	
Reumatismo articular crónico.....		1			1	
Síndrome depresivo.....		2			2	
Síndrome cerebeloso.....			2		2	
Tuberculosis pulmonar.....			3	1	4	
Úlcera traumática de la pierna.....		3			3	
Úlcera fagedénica de la pierna.....	1	1	1		3	
TOTAL.....	56	69	34	34	193	

Mortalidad: 17.61%

Por el Dr. RAMÓN ALCERRO C. (hijo),

A. RIERA H.,
Jefe del Servicio.

M. A. PAREDES,
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

M

*Informe del movimiento habido en el Laboratorio del Hospital General y Asilo de Indigentes,
durante el año económico de 1943 a 1944*

	Positivos	Negativos	TOTAL
<i>Exámenes de Sangre</i>			
Hematozoarios.....	623	849	1.472
Recuentos globulares.....			1.998
Fórmulas leucocitarias.....			1.892
Dosificación de hemoglobina.....			1.746
Tiempos de coagulación.....			133
Glicemia.....			2
Tiempo de sedimentación.....			3
Tiempo de sangría.....			4
Eritrograma.....			4
Reacción de Welch Stuart.....	14	20	34
Reacción de Kahn:			
Más uno.....	150		
Más dos.....	124		
Más tres.....	145		
Más cuatro.....	213	1.522	2.154
Van.....			9.442

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

34

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

	Positivos	Negativos	TOTAL
Vienen			9.442
<i>Exámenes Varios</i>			
Líquido cefalorraquídeo:			
Reacción de Kahn.....	8	31	39
Físico, químico y microscópico			133
Curva de acidez gástrica.....			12
Secreción conjuntival por gonococos.....	13	22	35
Secreción conjuntival por bacilo de			
Mórax	5	14	19
Secreción conjuntival por bacilo de			
Kock-Weeks	1	7	8
Pus vaginal por gonococos.....	32	80	112
Pus uretral por gonococos.....	48	28	76
Líquido prostático por gonococos.....	1	2	3
Pus chancroso por B. Drucrey.....	3	1	4
Pus Gram positivo.....	16	3	19
Pus por B. de Koch.....		20	20
Espujo por B. de Koch.....	68	374	442
Líquido pleural.....			17
Líquido de ascitis.....			8
Líquido de hidrocele.....			3
Vómito.....			1
Exudado laríngeo por Vibrión séptico			
y estreptococo.....	1		1
Bilis.....			7
<i>Exámenes de Orina</i>			
Cualitativos			2.734
Cuantitativos			32
<i>Exámenes de Heces</i>			
Ascárides.....	451		
Tricocéfalos	493		
Uncinarias	326		
Amibas	221		
Quistes de amibas.....	267		
Tricomonas.....	240		
Guardia Lamblia.....	58		
Tenias	21		
Oxjuros.....	12		
Bacilo de Koch.....	1		
Anguilulas	3		
Balantidium Coli.....	5	505	2 603
Total de exámenes.....			15.770

ABRAHAM RIERA H.,
Jefe del Servicio.

JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ h.,
Interno del Servicio

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director

N

Informe del movimiento habido en la Consulta Externa del Hospital General, durante el año comprendido entre Julio de 1943 y Junio de 1944

Amigdalitis aguda.....	37	Vienen.....	3.551
" crónica.....	5	Espasmo idiopático del esófago.....	1
Apendicitis ".....	3	Epilepsia esencial.....	2
Autohemoterapia.....	25	" Jacksoniana.....	1
Adenitis cervical.....	10	Epulis.....	1
Adenitis inguinal supurada.....	27	Enteritis aguda.....	16
" " crónica.....	1	Especifismo.....	6
" " axilar supurada.....	1	Examen de sangre.....	24
Absceso caliente.....	56	Fimosis.....	4
Amputación índice izquierdo.....	1	Furúnculo.....	10
Alcoholismo agudo.....	1	Fractura de costillas.....	1
Ambiasis.....	5	" " clavicula.....	2
Anemia secundaria.....	2	" " falange.....	3
Adherencias postoperatorias.....	1	" " radio.....	1
Aborto ovular.....	3	Flegmón.....	2
Amenaza de aborto.....	3	Gangrena del orjejo mayor.....	1
Artritis gonocócica.....	2	Gripe.....	1
Ascariidiosis.....	6	Heridas contusas.....	12
Adenitis submaxilar.....	1	" con arma de fuego.....	3
Bronquitis aguda.....	13	" simples.....	22
" crónica.....	15	Hepatitis palúdica.....	3
Bocio adenomatoso.....	1	Hidrosadenitis.....	3
Blenorragia.....	9	Hematoma de la mano.....	1
Bocio exoftálmico.....	1	Hipogalaxia.....	1
" simple.....	2	Hiperhidrosis.....	1
Bartholinitis aguda.....	1	Hematoma infectado del cuero cabelludo.....	1
Curaciones.....	2.874	Inyecciones.....	1.285
Consultas.....	310	Impétigo de la cara.....	1
Contusión de la región parietal.....	1	Instilaciones uretrales.....	40
" " frontal.....	6	Jaqueca oftálmica.....	1
" " del tórax.....	6	Lavados uretrales.....	45
Colitis ambiana.....	8	" de oídos.....	49
Cuerpo extraño del brazo.....	2	" vaginales.....	28
" " de la mano.....	4	Luxación de la muñeca.....	2
" " " conjuntiva.....	1	" " " cadera derecha.....	1
" " " nariz.....	1	Lipoma de la cara.....	1
" " del oído.....	1	Laringitis aguda.....	1
" " de la región plantar.....	1	Mastoiditis aguda.....	1
Celulitis del cuello.....	2	Mastitis crónica.....	1
Ciática.....	2	" aguda.....	3
Chancro blando.....	38	Metritis crónica.....	9
" duro.....	5	" hemorrágica.....	1
Disenteria amibiana.....	21	Nefritis aguda.....	1
Dispepsia.....	3	" crónica.....	5
Desarticulación de índice izquierdo.....	1	Neuralgia intercostal.....	1
Dismenorrea.....	1	Neuritis del ciático.....	1
Dilataciones uretrales.....	8	Nefritis hidropígena.....	1
Escrofulosis.....	3	Otitis media supurada.....	19
Espermatorrea.....	1	" externa.....	1
Eczema.....	3	" seca.....	2
Erisipela.....	9	Ocena.....	1
Estrecheses uretrales.....	1	Orquistis gonocócica.....	4
Extracción de cuerpo extraño de la nariz.....	1	Paludismo agudo.....	78
" " " del brazo.....	1	" crónico.....	40
Extirpación de quiste sebáceo de la mano.....	1	Parotiditis.....	3
" " " la falangeta.....	1	Panadizos.....	44
Estomatitis mercurial.....	2		
Van.....	3.551	Van.....	5.344

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Vienen.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">5.344</td> </tr> <tr> <td>Parasitismo intestinal.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Papilomas de pene.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Parálisis facial periférica.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Periostitis de la tibia.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Quiste sinovial.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td> „ sebáceo de la cabeza.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Quemaduras de segundo grado.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Queratitis intersticial.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Quiste sebáceo de la cara.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Reumatismo articular.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td> „ muscular.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Retroversión uterina.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Sección del frenillo.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Sarcoptiosis.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Salpingitis.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Van.....</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">5.396</td> </tr> </table>	Vienen.....	5.344	Parasitismo intestinal.....	10	Papilomas de pene.....	3	Parálisis facial periférica.....	3	Periostitis de la tibia.....	1	Quiste sinovial.....	4	„ sebáceo de la cabeza.....	1	Quemaduras de segundo grado.....	9	Queratitis intersticial.....	1	Quiste sebáceo de la cara.....	4	Reumatismo articular.....	2	„ muscular.....	1	Retroversión uterina.....	1	Sección del frenillo.....	4	Sarcoptiosis.....	6	Salpingitis.....	2	Van.....	5.396	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Vienen.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">5.396</td> </tr> <tr> <td>Sífilis (lesión primaria).....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Sífilis (lesión secundaria).....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>Sinusitis frontomaxilar.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis pulmonar.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Toques amigdalinos.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Torticolis.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Tosferina.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Trastornos menopáusicos.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Uretritis gonocócica aguda.....</td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> <tr> <td>Uncinariasis.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Úlcera de la pierna.....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Vulvo vaginitis.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Varicela.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Várices.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Vulvitis aguda.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">TOTAL.....</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">5.505</td> </tr> </table>	Vienen.....	5.396	Sífilis (lesión primaria).....	13	Sífilis (lesión secundaria).....	31	Sinusitis frontomaxilar.....	2	Tuberculosis pulmonar.....	5	Toques amigdalinos.....	8	Torticolis.....	1	Tosferina.....	1	Trastornos menopáusicos.....	1	Uretritis gonocócica aguda.....	20	Uncinariasis.....	4	Úlcera de la pierna.....	12	Vulvo vaginitis.....	5	Varicela.....	1	Várices.....	1	Vulvitis aguda.....	4	TOTAL.....	5.505
Vienen.....	5.344																																																																				
Parasitismo intestinal.....	10																																																																				
Papilomas de pene.....	3																																																																				
Parálisis facial periférica.....	3																																																																				
Periostitis de la tibia.....	1																																																																				
Quiste sinovial.....	4																																																																				
„ sebáceo de la cabeza.....	1																																																																				
Quemaduras de segundo grado.....	9																																																																				
Queratitis intersticial.....	1																																																																				
Quiste sebáceo de la cara.....	4																																																																				
Reumatismo articular.....	2																																																																				
„ muscular.....	1																																																																				
Retroversión uterina.....	1																																																																				
Sección del frenillo.....	4																																																																				
Sarcoptiosis.....	6																																																																				
Salpingitis.....	2																																																																				
Van.....	5.396																																																																				
Vienen.....	5.396																																																																				
Sífilis (lesión primaria).....	13																																																																				
Sífilis (lesión secundaria).....	31																																																																				
Sinusitis frontomaxilar.....	2																																																																				
Tuberculosis pulmonar.....	5																																																																				
Toques amigdalinos.....	8																																																																				
Torticolis.....	1																																																																				
Tosferina.....	1																																																																				
Trastornos menopáusicos.....	1																																																																				
Uretritis gonocócica aguda.....	20																																																																				
Uncinariasis.....	4																																																																				
Úlcera de la pierna.....	12																																																																				
Vulvo vaginitis.....	5																																																																				
Varicela.....	1																																																																				
Várices.....	1																																																																				
Vulvitis aguda.....	4																																																																				
TOTAL.....	5.505																																																																				

Tegucigalpa, D. C., 30 de junio de 1944.

FRANCISCO DURON G.,
Jefe del Servicio.

S. BENDAÑA,
Practicante Interno.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

N

INFORME DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL GENERAL
Y ASILO DE INDIGENTES, DURANTE EL AÑO ECONOMICO COMPRENDIDO DE JULIO 1º
DE 1943 AL 30 DE JUNIO DE 1944

<p><i>Servicio de Pensionado y Ginecología</i> <i>Cirujano: Dr. Juan A. Mejía M.</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Apendicectomías.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">37</td> </tr> <tr> <td>Amigdalectomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Abertura de absceso caliente de la nuca.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Amputación del seno derecho.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Amputación del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Cauterización del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Cauterización de condilomas de la vulva.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Cauterización y raspado uterino.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cauterización de papiloma.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cauterización de condilomas anales.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cauterización de placas mucosas.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Colporraña anterior.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Colpoperineorrafia con sutura de los elevadores.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Colpoperineorrafia.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Colpohisterectomía.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Colpotomía anterior.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cura de fistula intestinal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cura de fistula abdominpl.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cura de fistula recto-vaginal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Van.....</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">81</td> </tr> </table>	Apendicectomías.....	37	Amigdalectomía.....	1	Abertura de absceso caliente de la nuca.....	1	Amputación del seno derecho.....	1	Amputación del cuello uterino.....	3	Cauterización del cuello uterino.....	5	Cauterización de condilomas de la vulva.....	4	Cauterización y raspado uterino.....	1	Cauterización de papiloma.....	1	Cauterización de condilomas anales.....	1	Cauterización de placas mucosas.....	3	Colporraña anterior.....	9	Colpoperineorrafia con sutura de los elevadores.....	2	Colpoperineorrafia.....	6	Colpohisterectomía.....	2	Colpotomía anterior.....	1	Cura de fistula intestinal.....	1	Cura de fistula abdominpl.....	1	Cura de fistula recto-vaginal.....	1	Van.....	81	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Vienen.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">81</td> </tr> <tr> <td>Cura de fistula véscico-vaginal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cura de eventración.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cura de hernia inguinal izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cistostomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Desprendimiento de adherencias.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Dilatación y punción del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Dilataciones rectales.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Escisión y electrocoagulación de rinoescleroma.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación de adenoma de la mama.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación de pólipos vaginal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación de fibroma uterino.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación de ovario quístico sarcomatoso.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación de quiste del ovario.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación de quiste dermoide.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extirpación y cauterización de papilomas.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Extracción de cuerpo extraño del antebrazo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Electrocoagulación de amígdalas.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Van.....</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">98</td> </tr> </table>	Vienen.....	81	Cura de fistula véscico-vaginal.....	1	Cura de eventración.....	1	Cura de hernia inguinal izquierda.....	1	Cistostomía.....	1	Desprendimiento de adherencias.....	1	Dilatación y punción del cuello uterino.....	1	Dilataciones rectales.....	1	Escisión y electrocoagulación de rinoescleroma.....	1	Extirpación de adenoma de la mama.....	1	Extirpación de pólipos vaginal.....	1	Extirpación de fibroma uterino.....	1	Extirpación de ovario quístico sarcomatoso.....	1	Extirpación de quiste del ovario.....	1	Extirpación de quiste dermoide.....	1	Extirpación y cauterización de papilomas.....	1	Extracción de cuerpo extraño del antebrazo.....	1	Electrocoagulación de amígdalas.....	1	Van.....	98
Apendicectomías.....	37																																																																														
Amigdalectomía.....	1																																																																														
Abertura de absceso caliente de la nuca.....	1																																																																														
Amputación del seno derecho.....	1																																																																														
Amputación del cuello uterino.....	3																																																																														
Cauterización del cuello uterino.....	5																																																																														
Cauterización de condilomas de la vulva.....	4																																																																														
Cauterización y raspado uterino.....	1																																																																														
Cauterización de papiloma.....	1																																																																														
Cauterización de condilomas anales.....	1																																																																														
Cauterización de placas mucosas.....	3																																																																														
Colporraña anterior.....	9																																																																														
Colpoperineorrafia con sutura de los elevadores.....	2																																																																														
Colpoperineorrafia.....	6																																																																														
Colpohisterectomía.....	2																																																																														
Colpotomía anterior.....	1																																																																														
Cura de fistula intestinal.....	1																																																																														
Cura de fistula abdominpl.....	1																																																																														
Cura de fistula recto-vaginal.....	1																																																																														
Van.....	81																																																																														
Vienen.....	81																																																																														
Cura de fistula véscico-vaginal.....	1																																																																														
Cura de eventración.....	1																																																																														
Cura de hernia inguinal izquierda.....	1																																																																														
Cistostomía.....	1																																																																														
Desprendimiento de adherencias.....	1																																																																														
Dilatación y punción del cuello uterino.....	1																																																																														
Dilataciones rectales.....	1																																																																														
Escisión y electrocoagulación de rinoescleroma.....	1																																																																														
Extirpación de adenoma de la mama.....	1																																																																														
Extirpación de pólipos vaginal.....	1																																																																														
Extirpación de fibroma uterino.....	1																																																																														
Extirpación de ovario quístico sarcomatoso.....	1																																																																														
Extirpación de quiste del ovario.....	1																																																																														
Extirpación de quiste dermoide.....	1																																																																														
Extirpación y cauterización de papilomas.....	1																																																																														
Extracción de cuerpo extraño del antebrazo.....	1																																																																														
Electrocoagulación de amígdalas.....	1																																																																														
Van.....	98																																																																														

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">Vienen.....</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">98</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Histerectomías totales.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Histerectomías subtotales.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Histerectomía fúndica.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Histeroligamentopexias.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Herniorrafía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Legrado uterino.....</td> <td style="text-align: right;">18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ligamentopexia.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laparotomía exploradora.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oforosalpinguectomías.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ovariectomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ovariectomía parcial.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Punción de ovario escleroquistico.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raspado uterino y sutura del cuello.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stomatoplastia.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Salpingoovariectomía bilateral.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Salpinguectomía bilateral.....</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Salpinguectomía derecha.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Salpinguectomía izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Salpingoovariectomía izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sutura del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uretrotomía interna.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>Operaciones de alta cirugía.....</td> <td style="text-align: right;">102</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operaciones de pequeña cirugía.....</td> <td style="text-align: right;">77</td> <td style="text-align: right;">179</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Servicio de Maternidad y Cirugía de Urgencia</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Cirujano: Dr. Abelardo Pineda Ugarte</i></td> </tr> <tr> <td>Apendicectomías.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación de la pierna izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación de los dedos segundo y tercero de la mano derecha.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación del tercio medio del muslo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación del tercio inferior del muslo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cesárea abdominal.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de neodeligamento redondo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extracción manual de placenta.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Legrado uterino.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laparotomía exploradora.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miorrafía del vasto externo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ovariectomía derecha.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resección intestinal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reducción de intestino por eventración postoperatoria.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reducción de fractura.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Salpinguectomía derecha.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sutura de perforación intestinal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Traqueotomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Versión podálica con gran extracción de nalgas y maniobra de Mauriceau.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>Operaciones de alta cirugía.....</td> <td style="text-align: right;">16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operaciones de pequeña cirugía.....</td> <td style="text-align: right;">23</td> <td style="text-align: right;">39</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Servicio de Cirugía de Mujeres</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Cirujano: Dr. Salvador Paredes P.</i></td> </tr> <tr> <td>Apendicectomías.....</td> <td style="text-align: right;">47</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amigdalectomía bilateral.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Abertura y drenaje de absceso de la mama.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación del tercio medio del brazo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Abertura de flemon.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ano ilfaco artificial.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amputación de la mano y vaciamiento ganglionar de la axila.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cura de hernia inguinal bilateral.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cura de hernia umbical.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cura radical de hernia crural.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cauterización del cuello uterino.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cura de fístula y la región glútea.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colpoperineorrafía.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colporrafía anterior y colpoperneorrafía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colporrafía anterior.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cura de fístula véscico-vaginal.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colpotomía posterior.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cauterización cornete nasal derecho.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cistostomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colecistectomía.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desarticulación metatarsofalángica.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desarticulación de la falangeta media derecha.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de la glándula de Bartolino izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de trayectos fistulosos de la región posterior del muslo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de trayectos fistulosos de la región glútea.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de pólipos nasales.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de lipoma.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de quiste seroso del tiroides.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de ganglios cervicales.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de trayecto fistuloso.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de quiste sinovial.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de cáncer del seno.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de quistes del ovario.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de tumor de la aponeurosis del oblicuo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de tumor de la mejilla izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de adenoides.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de sarcoma de ambos senos.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extirpación de quiste sebáceo de la cola de la ceja.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Flebectomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Histerectomía total.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Histerectomía subtotal.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Legrado uterino.....</td> <td style="text-align: right;">29</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mastectomía radical.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Osteosíntesis de la clavícula.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otorosalpinguectomía derecha.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otorosalpinguectomía bilateral.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Punción del ovario.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resección del cúbito.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resección del peroné.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raspado de trayecto fistuloso.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>Van.....</td> <td></td> <td style="text-align: right;">165</td> </tr> </table>	Vienen.....	98		Histerectomías totales.....	10		Histerectomías subtotales.....	2		Histerectomía fúndica.....	1		Histeroligamentopexias.....	8		Herniorrafía.....	1		Legrado uterino.....	18		Ligamentopexia.....	2		Laparotomía exploradora.....	1		Oforosalpinguectomías.....	5		Ovariectomía.....	1		Ovariectomía parcial.....	1		Punción de ovario escleroquistico.....	1		Raspado uterino y sutura del cuello.....	1		Stomatoplastia.....	1		Salpingoovariectomía bilateral.....	4		Salpinguectomía bilateral.....	7		Salpinguectomía derecha.....	3		Salpinguectomía izquierda.....	6		Salpingoovariectomía izquierda.....	5		Sutura del cuello uterino.....	2		Uretrotomía interna.....	1					Operaciones de alta cirugía.....	102		Operaciones de pequeña cirugía.....	77	179				<i>Servicio de Maternidad y Cirugía de Urgencia</i>			<i>Cirujano: Dr. Abelardo Pineda Ugarte</i>			Apendicectomías.....	4		Amputación del cuello uterino.....	1		Amputación de la pierna izquierda.....	1		Amputación de los dedos segundo y tercero de la mano derecha.....	1		Amputación del tercio medio del muslo.....	1		Amputación del tercio inferior del muslo.....	1		Cesárea abdominal.....	2		Extirpación de neodeligamento redondo.....	1		Extracción manual de placenta.....	1		Legrado uterino.....	13		Laparotomía exploradora.....	4		Miorrafía del vasto externo.....	1		Ovariectomía derecha.....	1		Resección intestinal.....	1		Reducción de intestino por eventración postoperatoria.....	1		Reducción de fractura.....	1		Salpinguectomía derecha.....	1		Sutura de perforación intestinal.....	1		Traqueotomía.....	1		Versión podálica con gran extracción de nalgas y maniobra de Mauriceau.....	1					Operaciones de alta cirugía.....	16		Operaciones de pequeña cirugía.....	23	39				<i>Servicio de Cirugía de Mujeres</i>			<i>Cirujano: Dr. Salvador Paredes P.</i>			Apendicectomías.....	47		Amigdalectomía bilateral.....	3		Amputación del cuello uterino.....	2		Abertura y drenaje de absceso de la mama.....	1		Amputación del tercio medio del brazo.....	1		Abertura de flemon.....	1		Ano ilfaco artificial.....	1		Amputación de la mano y vaciamiento ganglionar de la axila.....	1		Cura de hernia inguinal bilateral.....	4		Cura de hernia umbical.....	3		Cura radical de hernia crural.....	1		Cauterización del cuello uterino.....	4		Cura de fístula y la región glútea.....	1		Colpoperineorrafía.....	2		Colporrafía anterior y colpoperneorrafía.....	1		Colporrafía anterior.....	3		Cura de fístula véscico-vaginal.....	3		Colpotomía posterior.....	1		Cauterización cornete nasal derecho.....	1		Cistostomía.....	1		Colecistectomía.....	2		Desarticulación metatarsofalángica.....	1		Desarticulación de la falangeta media derecha.....	1		Extirpación de la glándula de Bartolino izquierda.....	2		Extirpación de trayectos fistulosos de la región posterior del muslo.....	1		Extirpación de trayectos fistulosos de la región glútea.....	1		Extirpación de pólipos nasales.....	3		Extirpación de lipoma.....	1		Extirpación de quiste seroso del tiroides.....	2		Extirpación de ganglios cervicales.....	3		Extirpación de trayecto fistuloso.....	1		Extirpación de quiste sinovial.....	1		Extirpación de cáncer del seno.....	1		Extirpación de quistes del ovario.....	2		Extirpación de tumor de la aponeurosis del oblicuo.....	1		Extirpación de tumor de la mejilla izquierda.....	1		Extirpación de adenoides.....	1		Extirpación de sarcoma de ambos senos.....	1		Extirpación de quiste sebáceo de la cola de la ceja.....	1		Flebectomía.....	1		Histerectomía total.....	9		Histerectomía subtotal.....	9		Legrado uterino.....	29		Mastectomía radical.....	1		Osteosíntesis de la clavícula.....	1		Otorosalpinguectomía derecha.....	1		Otorosalpinguectomía bilateral.....	1		Punción del ovario.....	1		Resección del cúbito.....	1		Resección del peroné.....	1		Raspado de trayecto fistuloso.....	1					Van.....		165
Vienen.....	98																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Histerectomías totales.....	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Histerectomías subtotales.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Histerectomía fúndica.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Histeroligamentopexias.....	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Herniorrafía.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Legrado uterino.....	18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ligamentopexia.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Laparotomía exploradora.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Oforosalpinguectomías.....	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ovariectomía.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ovariectomía parcial.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Punción de ovario escleroquistico.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Raspado uterino y sutura del cuello.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Stomatoplastia.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Salpingoovariectomía bilateral.....	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Salpinguectomía bilateral.....	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Salpinguectomía derecha.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Salpinguectomía izquierda.....	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Salpingoovariectomía izquierda.....	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Sutura del cuello uterino.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Uretrotomía interna.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Operaciones de alta cirugía.....	102																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Operaciones de pequeña cirugía.....	77	179																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<i>Servicio de Maternidad y Cirugía de Urgencia</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<i>Cirujano: Dr. Abelardo Pineda Ugarte</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Apendicectomías.....	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación del cuello uterino.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación de la pierna izquierda.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación de los dedos segundo y tercero de la mano derecha.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación del tercio medio del muslo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación del tercio inferior del muslo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cesárea abdominal.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de neodeligamento redondo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extracción manual de placenta.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Legrado uterino.....	13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Laparotomía exploradora.....	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Miorrafía del vasto externo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ovariectomía derecha.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Resección intestinal.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Reducción de intestino por eventración postoperatoria.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Reducción de fractura.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Salpinguectomía derecha.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Sutura de perforación intestinal.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Traqueotomía.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Versión podálica con gran extracción de nalgas y maniobra de Mauriceau.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Operaciones de alta cirugía.....	16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Operaciones de pequeña cirugía.....	23	39																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
<i>Servicio de Cirugía de Mujeres</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<i>Cirujano: Dr. Salvador Paredes P.</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Apendicectomías.....	47																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amigdalectomía bilateral.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación del cuello uterino.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Abertura y drenaje de absceso de la mama.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación del tercio medio del brazo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Abertura de flemon.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ano ilfaco artificial.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Amputación de la mano y vaciamiento ganglionar de la axila.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cura de hernia inguinal bilateral.....	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cura de hernia umbical.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cura radical de hernia crural.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cauterización del cuello uterino.....	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cura de fístula y la región glútea.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Colpoperineorrafía.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Colporrafía anterior y colpoperneorrafía.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Colporrafía anterior.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cura de fístula véscico-vaginal.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Colpotomía posterior.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cauterización cornete nasal derecho.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cistostomía.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Colecistectomía.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Desarticulación metatarsofalángica.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Desarticulación de la falangeta media derecha.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de la glándula de Bartolino izquierda.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de trayectos fistulosos de la región posterior del muslo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de trayectos fistulosos de la región glútea.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de pólipos nasales.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de lipoma.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de quiste seroso del tiroides.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de ganglios cervicales.....	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de trayecto fistuloso.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de quiste sinovial.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de cáncer del seno.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de quistes del ovario.....	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de tumor de la aponeurosis del oblicuo.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de tumor de la mejilla izquierda.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de adenoides.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de sarcoma de ambos senos.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Extirpación de quiste sebáceo de la cola de la ceja.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Flebectomía.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Histerectomía total.....	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Histerectomía subtotal.....	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Legrado uterino.....	29																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Mastectomía radical.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Osteosíntesis de la clavícula.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Otorosalpinguectomía derecha.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Otorosalpinguectomía bilateral.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Punción del ovario.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Resección del cúbito.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Resección del peroné.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Raspado de trayecto fistuloso.....	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Van.....		165																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">Vienen.....</td> <td style="text-align: right;">165</td> </tr> <tr> <td>Resección del recto.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Secuestrotomía del húmero.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Salpingoectomía derecha.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Salpingoovariectomía bilateral.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Salpingoovariectomía izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Salpingoovariectomía derecha.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Salpingoectomía y ovariectomía parcial izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Salpingoectomía izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Trepanación y drenaje de osteomielitis del húmero.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Trepanación descompresiva del cráneo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Trepanación del tercio inferior del fémur.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Trepanación de la mastoides.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Tiroidectomía parcial.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operaciones de alta cirugía.....</td> <td style="text-align: right;">106</td> </tr> <tr> <td>Operaciones de pequeña cirugía.....</td> <td style="text-align: right;">89</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Van.....</td> <td style="text-align: right;">195</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 10px;"><i>Servicio de Primera Cirugía de Hombres y Casos Quirúrgicos de (Madres con Niños) Cirujano: Dr. José Ramón Durón</i></td> </tr> <tr> <td>Apendicectomías.....</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>Amigdalectomías.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Abertura y drenaje de absceso de la región glútea.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Abertura y drenaje de absceso de la muñeca izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Abertura y drenaje de absceso caliente.....</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Abertura y drenaje de absceso del maxilar inferior.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Abertura de hematoma frontal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Amputación del muslo derecho.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Artrotomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Amputación del muslo izquierdo.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Amputación de la pierna izquierda.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Amputación del brazo derecho.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Abertura y drenaje de empiema del tórax.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Biopsia.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Circuncisión.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Cura radical de hernia inguinal.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Cura radical de hernia inguinoescrotal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cura operatoria de fistula vesical.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Colporrafia anterior.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cauterización de tumor nasal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Colpoperineorrafia.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cauterización.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Cauterización de rinoscleroma.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cistostomía.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cistoscopia.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Cierre del ano parenteral.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Desarticulación de la rodilla derecha.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Desarticulación de la articulación metatarsofalángica.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Desarticulación del dedo meñique.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Desarticulación de la primera falange pulgar.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Van.....</td> <td style="text-align: right;">62</td> </tr> </table>	Vienen.....	165	Resección del recto.....	1	Secuestrotomía del húmero.....	1	Salpingoectomía derecha.....	4	Salpingoovariectomía bilateral.....	2	Salpingoovariectomía izquierda.....	10	Salpingoovariectomía derecha.....	3	Salpingoectomía y ovariectomía parcial izquierda.....	1	Salpingoectomía izquierda.....	3	Trepanación y drenaje de osteomielitis del húmero.....	1	Trepanación descompresiva del cráneo.....	1	Trepanación del tercio inferior del fémur.....	1	Trepanación de la mastoides.....	1	Tiroidectomía parcial.....	1	 		Operaciones de alta cirugía.....	106	Operaciones de pequeña cirugía.....	89	Van.....	195	<i>Servicio de Primera Cirugía de Hombres y Casos Quirúrgicos de (Madres con Niños) Cirujano: Dr. José Ramón Durón</i>		Apendicectomías.....	18	Amigdalectomías.....	2	Abertura y drenaje de absceso de la región glútea.....	1	Abertura y drenaje de absceso de la muñeca izquierda.....	1	Abertura y drenaje de absceso caliente.....	7	Abertura y drenaje de absceso del maxilar inferior.....	1	Abertura de hematoma frontal.....	1	Amputación del muslo derecho.....	1	Artrotomía.....	1	Amputación del muslo izquierdo.....	1	Amputación de la pierna izquierda.....	1	Amputación del brazo derecho.....	2	Abertura y drenaje de empiema del tórax.....	1	Biopsia.....	1	Circuncisión.....	2	Cura radical de hernia inguinal.....	6	Cura radical de hernia inguinoescrotal.....	1	Cura operatoria de fistula vesical.....	1	Colporrafia anterior.....	1	Cauterización de tumor nasal.....	1	Colpoperineorrafia.....	1	Cauterización.....	2	Cauterización de rinoscleroma.....	1	Cistostomía.....	1	Cistoscopia.....	1	Cierre del ano parenteral.....	1	Desarticulación de la rodilla derecha.....	1	Desarticulación de la articulación metatarsofalángica.....	1	Desarticulación del dedo meñique.....	1	Desarticulación de la primera falange pulgar.....	1	Van.....	62
Vienen.....	165																																																																																																			
Resección del recto.....	1																																																																																																			
Secuestrotomía del húmero.....	1																																																																																																			
Salpingoectomía derecha.....	4																																																																																																			
Salpingoovariectomía bilateral.....	2																																																																																																			
Salpingoovariectomía izquierda.....	10																																																																																																			
Salpingoovariectomía derecha.....	3																																																																																																			
Salpingoectomía y ovariectomía parcial izquierda.....	1																																																																																																			
Salpingoectomía izquierda.....	3																																																																																																			
Trepanación y drenaje de osteomielitis del húmero.....	1																																																																																																			
Trepanación descompresiva del cráneo.....	1																																																																																																			
Trepanación del tercio inferior del fémur.....	1																																																																																																			
Trepanación de la mastoides.....	1																																																																																																			
Tiroidectomía parcial.....	1																																																																																																			
Operaciones de alta cirugía.....	106																																																																																																			
Operaciones de pequeña cirugía.....	89																																																																																																			
Van.....	195																																																																																																			
<i>Servicio de Primera Cirugía de Hombres y Casos Quirúrgicos de (Madres con Niños) Cirujano: Dr. José Ramón Durón</i>																																																																																																				
Apendicectomías.....	18																																																																																																			
Amigdalectomías.....	2																																																																																																			
Abertura y drenaje de absceso de la región glútea.....	1																																																																																																			
Abertura y drenaje de absceso de la muñeca izquierda.....	1																																																																																																			
Abertura y drenaje de absceso caliente.....	7																																																																																																			
Abertura y drenaje de absceso del maxilar inferior.....	1																																																																																																			
Abertura de hematoma frontal.....	1																																																																																																			
Amputación del muslo derecho.....	1																																																																																																			
Artrotomía.....	1																																																																																																			
Amputación del muslo izquierdo.....	1																																																																																																			
Amputación de la pierna izquierda.....	1																																																																																																			
Amputación del brazo derecho.....	2																																																																																																			
Abertura y drenaje de empiema del tórax.....	1																																																																																																			
Biopsia.....	1																																																																																																			
Circuncisión.....	2																																																																																																			
Cura radical de hernia inguinal.....	6																																																																																																			
Cura radical de hernia inguinoescrotal.....	1																																																																																																			
Cura operatoria de fistula vesical.....	1																																																																																																			
Colporrafia anterior.....	1																																																																																																			
Cauterización de tumor nasal.....	1																																																																																																			
Colpoperineorrafia.....	1																																																																																																			
Cauterización.....	2																																																																																																			
Cauterización de rinoscleroma.....	1																																																																																																			
Cistostomía.....	1																																																																																																			
Cistoscopia.....	1																																																																																																			
Cierre del ano parenteral.....	1																																																																																																			
Desarticulación de la rodilla derecha.....	1																																																																																																			
Desarticulación de la articulación metatarsofalángica.....	1																																																																																																			
Desarticulación del dedo meñique.....	1																																																																																																			
Desarticulación de la primera falange pulgar.....	1																																																																																																			
Van.....	62																																																																																																			

 | | | |------------------------------------------------------------------|------------| | Vienen..... | 62 | | Desarticulación de la segunda falange del pulgar..... | 1 | | Desarticulación de la segunda falange cuarto dedo del pie..... | 1 | | Dilataciones uretrales..... | 1 | | Extracción de proyectil del muslo izquierdo..... | 1 | | Extirpación de lipoma..... | 1 | | Extirpación de linfosarcoma..... | 3 | | Enterorrafia..... | 1 | | Enteroanastomosis..... | 1 | | Extirpación de pólipos nasales..... | 1 | | Extirpación de hemorroides..... | 5 | | Extirpación de épulis..... | 1 | | Extirpación de fibroma nasofaríngeo..... | 1 | | Extirpación de fibroma nasal..... | 1 | | Electrocoagulación de amígdalas..... | 1 | | Extirpación de sarcoma del antebrazo..... | 1 | | Extirpación de adenoides..... | 1 | | Extirpación de quiste gingival..... | 1 | | Extirpación de quiste mucilaginoso del hueco poplíteo..... | 1 | | Extirpación de cicatriz viciosa..... | 1 | | Extirpación de epiteloma del labio inferior..... | 1 | | Exploración laringea..... | 1 | | Electrocoagulación de carcinoma de la próstata..... | 1 | | Extirpación y cauterización de epiteloma del labio inferior..... | 1 | | Fijación y vaginación del testículo derecho..... | 1 | | Histerectomía total..... | 2 | | Herniorrafia..... | 3 | | Inversión de la vaginal..... | 2 | | Invaginación para drenar..... | 1 | | Legrado uterino..... | 1 | | Laparotomía exploradora..... | 2 | | Legrado de fistula izQUIORRECTAL..... | 1 | | Laminectomía..... | 1 | | Laringotomía exploradora..... | 1 | | Laringoscopia..... | 1 | | Mastoidectomía radical..... | 2 | | Ovariectomía total..... | 1 | | Osteosíntesis..... | 1 | | Pleurotomía con resección de la séptima costilla..... | 1 | | Peritoneorrafia y miorráfia..... | 2 | | Resección de la vaginal..... | 1 | | Reducción de invaginación ileocecal y ano iliaco..... | 1 | | Resección de la sexta costilla izquierda..... | 1 | | Reducción de luxación del codo..... | 1 | | Resección intestinal..... | 1 | | Reducción cruenta de fractura..... | 4 | | Resección ósea..... | 1 | | Resección de epiplón..... | 1 | | Raspado del fémur..... | 1 | | Resección de fistula uretropeneana..... | 1 | | Reparación de una sonda uretral..... | 1 | | Reducción de fractura de la extremidad inferior del radio..... | 1 | | Van..... | 129 | |

Vienen.....	129	
Sutura parcial de ano iliaco.....	1	
Sutura de herida.....	1	
Secuestrectomía.....	1	
Tenorrafía y sutura de herida.....	1	
Tiroidectomía parcial.....	1	
Taponamiento de herida.....	1	
Trepanación.....	1	
Traqueotomía baja.....	1	
Uretrotomía externa.....	2	
Uretrrorrafía.....	1	
Operaciones de alta cirugía..	41	
Operaciones de pequeña cirugía.....	99	140
<i>Servicio de Segunda Cirugía de Hombres</i>		
<i>Cirujano: Dr. Manuel Castillo Barahona</i>		
Amputación del muslo.....	3	
Amputación del antebrazo.....	2	
Amputación de la pierna izquierda.....	1	
Amputación de la pierna derecha.....	1	
Abertura y drenaje de absceso caliente.....	7	
Amputación del brazo derecho.....	1	
Circuncisión.....	36	
Cura radical de hernia inguinal.....	11	
Cistostomía.....	2	
Cauterización de papilomas del glande.....	3	
Cauterización de ántrax.....	2	
Cauterización de angioma.....	1	
Cura operatoria de fistula anal.....	1	
Curetraje de la tibia.....	1	
Desarticulación del segundo dedo del pie.....	1	
Desprendimiento de adherencias intestinales.....	1	
Extirpación de ganglios inguinales.....	6	
Extirpación de quiste sebáceo.....	1	
Emasculación total.....	2	
Legrado y cauterización de granuloma inguinal.....	1	
Hemorroidectomía.....	1	
Inversión de la vaginal.....	1	
Meatotomía.....	1	
Osteotomía.....	1	
Prostatectomía transvesical.....	1	
Raspado de la tibia.....	1	
Raspado de adenitis inguinal.....	1	
Reconstrucción prepuccial.....	1	
Trepanación del cráneo.....	1	
Trepanación del fémur.....	1	
Tenorrafía.....	1	
Uretromía interna.....	5	
Uretroplastía.....	1	
Trepanación de la tibia.....	1	
Operaciones de alta cirugía..	13	
Operaciones de pequeña cirugía.....	89	102

Servicio de Oftalmología

Cirujano: Dr. José Gómez Márquez

Cura de ectropión (P. Pannas).....	1
Cura de ectropión senil espasmódico.....	1
Cura de pterigión.....	10
Extirpación de quiste sebáceo del párpado inferior.....	1
Extracción total de catarata.....	23
Extirpación de quiste dermoide.....	1
Evisceración.....	6
Extracción de cristalino.....	1
Extracción de catarata (Barraquée modificado).....	1
Extirpación de pterigión.....	2
Extirpación de tumor esclerocorneal.....	1
Extirpación de saco lagrimal.....	4
Extracción intracapsular de catarata.....	1
Excentración de la órbita por tumor maligno.....	1
Extracción total y sinectomía del ojo derecho.....	1
Extirpación de pterigión con injerto conjuntival.....	1
Extirpación de tumor orbitario.....	1
Iridectomía antiglaucomatosa y antiflogística.....	1
Iridectomía previa y antiglaucomatosa.....	2
Iridectomía antiglaucomatosa y extirpación total del cristalino.....	1
Iridectomía antiglaucomatosa y extirpación total de catarata.....	1
Iridectomía óptica.....	5
Plastia palpebral.....	1
Operaciones de cirugía especial....	68

Servicio de Cirugía Plástica

Cirujano: Dr. Enrique D. Guilbert

Autoplastia facial.....	1
Eliminación de un colgajo.....	1
Movilización de colgajo para plastia.....	4
Preparación de colgajo externo.....	2
Plastia de la mejía.....	1
Queiloplastia.....	4
Queilometoplastia.....	1
Queilorrafia.....	2
Rinoplastia.....	4
Trasplante de cartilago de oreja a la nariz.....	1
Uranoestafileoplastia.....	2
Uranoplastia.....	3
Uranorrafia.....	2

Operaciones de cirugía especial.... 28

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL FDH-DEGT-UNAH

40

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

RESUMEN

	Alta Pequeña		
	Cirugía	Cirugía Especial	
Dr. Juan A. Mejía.....	102	77	
Dr. Abelardo Pineda Ugarte.....	16	23	
Dr. Salvador Paredés P.	106	89	
Dr. José Ramón Durón	41	99	
Dr. Manuel Castillo Barahona	13	89	
Dr. José Gómez Márquez			68
Dr. Enrique D. Guilbert			28
Totales	278	377	96

ANESTESIAS

Generales con éter.....	314
Generales con dorico solubbe.....	3
Generales por la vía rectal	1
Generales por la vía endovenosa.....	3
Raquideas con novocaína	179
Regionales con novocaína.....	1
Locales con novocaína.....	125
Total de anestésias.....	626

JOAQUÍN REYES SOTO,
Encargado de la
Sala de Operaciones.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

Tegucigalpa, D. C., 30 de junio de 1944.

Sr. Director del Hospital General.
Su Despacho.

Tengo el honor de poner en su conocimiento el movimiento habido en la Sala Dental a mi cargo durante el año económico de 1943 a 1944, así:

MESES	Extracciones Externas	Extracciones Internas	TOTALES
1943			
Julio.....	502	154	656
Agosto.....	943	145	1.088
Septiembre.....	862	152	1.014
Octubre.....	782	220	1.002
Noviembre.....	781	121	902
Diciembre.....	728	211	939
1944			
Enero.....	368	42	410
Febrero.....	522	133	655
Marzo.....	647	132	779
Abril.....	759	257	1.016
Mayo.....	797	311	1.108
Junio.....	655	357	1.012
TOTALES	8.346	2.235	10.581

Soy de Ud. muy atento S. S.

WILFREDO RAVENEAU,
Jefe del Servicio.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

Meses	Recetas	Valor
Vienen	14.086	L 11.440.63
1944		
Enero	2.212	1.584.76
Febrero.....	2.168	1.328.06
Marzo.....	2.235	1.386.69
Abril.....	2.144	1.244.03
Mayo.....	2.265	1.414.59
Junio.....	2.164	1.277.77
Totales.. ..	27.274	L 19.676.53

Soy del señor Director, su muy atento S. S.,

VÍCTOR GARCÍA MATAMOROS,
Jefe de la Farmacia.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

R

Cuadro demostrativo del movimiento estadístico habido durante el año económico, comprendido del 1º de julio de 1943 al 30 de junio de 1944:

Enfermos que entraron	5.051
Niños nacieron.....	214
Niñas nacieron.....	184
Enfermos salieron curados.....	2.984
Enfermos salieron mejorados.....	1.620
Hombres fallecieron.....	249
Mujeres fallecieron.....	147
Estancias.....	168.057

Tegucigalpa, D. C., 30 de junio de 1944.

De Ud. muy atento S. S.,

SOR IDILE VIRAVAW,
Superiora del Establecimiento.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.

S

MOVIMIENTO GENERAL DE CAJA HABIDO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL Y ASILO DE INDIGENTES, DURANTE EL AÑO FISCAL DE 1943-1944

I N G R E S O S	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTALES
Tesorería General de la República . . .	L 7,621.52	L 7,821.52	L 7,750.00	L 7,351.52	L 7,753.03	L 7,821.52	L 7,321.52	L 7,016.00	L 7,321.52	L 7,753.03	L 7,905.00	L 7,754.22	L 98,455.08
Concesiones	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	150.00	450.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	1,000.00
Dividendos Banco de Honduras	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	180.00	1,800.00
Reventas	10.00	2.00	2.00	14.00	75.00	17.00	2.00	17.00	3.00	3.00	3.00	3.00	145.00
Productos de Rayos X	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	80.00
40% Lotería Nacional	1,388.80	1,388.80	521.97	487.50	790.00	2,426.23	790.00	1,194.00	1,194.00	1,482.50	1,233.02	1,374.70	11,721.48
	L 8,119.52	L 8,300.37	L 8,375.00	L 8,433.02	L 8,735.03	L 10,414.80	L 9,249.52	L 7,733.05	L 9,426.52	L 9,346.52	L 9,590.22	L 9,250.98	L 107,310.58
E G R E S O S													
Almacén	L 771.00	L 1,218.41	L 580.85	L 1,531.65	L 698.96	L 1,303.00	L 1,622.20	L 1,194.65	L 406.08	L 1,076.04	L 1,385.98	L 1,072.19	L 11,142.21
Alimentación	5,701.49	6,555.50	6,888.50	5,982.00	3,539.50	5,444.75	5,918.25	5,828.50	5,054.00	6,393.50	5,931.25	5,775.50	71,222.74
Gastos Diversos	1,585.15	1,595.72	904.08	920.72	1,375.80	1,644.12	925.19	341.43	1,108.33	496.12	1,148.48	998.18	12,816.12
Cuentas Corrientes	1,297.25	2,067.75	504.00	2,346.25	850.45	704.00	1,448.00	9,377.79
Arrendal Quirógrafico	2.30	7.75	15.00	00.00	84.35
Gastos de Rayos X	1,953.64	1,953.64
Corresponsales	87.28	849.12
Premios	90.76	303.08
	L 8,119.04	L 9,300.63	L 9,373.53	L 8,434.37	L 8,723.71	L 10,413.27	L 9,251.43	L 7,733.58	L 9,416.26	L 9,350.28	L 9,590.50	L 9,234.87	L 107,310.58

V9 B9—JUAN A. MEJÍA M., DIRECTOR.
Tegucigalpa, D. C., 30 de junio de 1944.
E. ELVIR QUINÓNEZ, ADMINISTRADOR.

T

ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO PARA 1945 A 1946

DEPARTAMENTO DE BENEFICENCIA

CAPITULO I

HOSPITALES Y ASILOS

SECCION 1ª

HOSPITAL GENERAL

	Por mes	Por año
1 Director Médico encargado del Asilo.....	L 400.00	L 4.800.00
2 Administrador.....	220.00	2.640.00
3 Tenedor de Libros.....	75.00	900.00
4 Médico Interno.....	175.00	2.100.00
5 Cinco Médicos de las Salas de Cirugía, Obstetricia y Ginecología, a L 80.00 cju.....	400.00	4.800.00
6 Cuatro Médicos de las Salas de Medicina, a L 80.00 cju.....	320.00	3.840.00
7 Cirujano Dentista.....	80.00	960.00
8 Médico de Consulta Externa.....	80.00	960.00
9 Ayudante de la Sala de Operaciones.....	12.00	144.00
10 Encargado de la Sala de Operaciones.....	32.00	384.00
11 Escribiente.....	40.00	480.00
12 Gastos de escritorio.....	25.00	300.00
13 Jefe de Farmacia (Farmacéutico titulado).....	125.00	1.500.00
14 Sirviente de Farmacia.....	20.00	240.00
15 Tres Ayudantes Internos de Farmacia, a L 32.00 cju.....	96.00	1.152.00
16 Médico Jefe del Laboratorio y Anatomía Patológica.....	100.00	1.200.00
17 Un Bacteriólogo.....	150.00	1.800.00
18 Once Practicantes Internos, a L 32.00 cju.....	352.00	4.224.00
19 Ecónoma.....	56.00	672.00
20 Ayudante de Ecónoma.....	32.00	384.00
21 Portero.....	30.00	360.00
22 Once Enfermeras, a L 20.00 cju.....	220.00	2.640.00
23 Diecinueve Ayudantes de Enfermería, a L 18.00 cju.....	342.00	4.104.00
24 Tres Sirvientes de Aseo para el Médico Interno y Practicantes, a L 18.00 cju.....	54.00	648.00
25 Tres Costureras, a L 20.00 cju.....	60.00	720.00
26 Ocho Sirvientes de Aseo, a L 15.00 cju.....	120.00	1.440.00
27 Mozo para mandados.....	20.00	240.00
28 Ayudante de Estadística y Profesora Primaria.....	40.00	480.00
29 Ayudante para el manejo autoclave.....	28.00	336.00
30 Mozo quiebra maíz.....	16.00	192.00
31 Dos Aplanchadoras, a L 16.00 cju.....	32.00	384.00
32 Cocinera.....	20.00	240.00
33 Once Lavanderas, a L 16.00 cju.....	176.00	2.112.00
34 Diez Molenderas, a L 12.00 cju.....	120.00	1.440.00
35 Dos Colchoneras, a L 12.00 cju.....	24.00	288.00
36 Dos Veladoras, a L 16.00 cju.....	32.00	384.00
37 Tres Panaderas, a L 12.00 cju.....	36.00	432.00
38 Tres Ayudantes de cocina, a L 12.00 cju.....	36.00	432.00
39 Dos Choferes a L 60.00 cju.....	120.00	1.440.00
40 Jefe del Servicio de Radiología en el Departamento de Radiodiagnóstico.....	120.00	1.440.00
41 Dos Ayudantes para el Servicio de Radiodiagnóstico, a L 32.00 cju.....	64.00	768.00
42 Jefe del Servicio de Radiología en los Departamentos de Terapéutica, Física y Oncología.....	350.00	4.200.00
43 Practicante Ayudante para el Servicio de Tráfico y Oncología.....	32.00	384.00
Van.....	L 00.000.00	

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

46

ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE»

Vienen		L	00.000.00
44 Dos Enfermeras para el Servicio de Terapéutica, Física y Oncología, a L 30.00 ctu.	L	60.00	720.00
45 Sirviente del Servicio de Radiología.....		20.00	240.00
46 Gastos del Servicio de Radiología.....			1.500.00
47 Ayudante del Laboratorio.....		32.00	384.00
48 Dos Sirvientes del Laboratorio, a L 15.00 ctu.....		30.00	360.00
49 Gastos del Laboratorio.....			600.00
50 Un Carpintero.....		60.00	720.00
51 Un Albañil.....		60.00	720.00
52 Materiales y accesorios de automóvil.....			1.500.00
53 Para alimentación de enfermos y empleados.....			80.000.00
54 Para medicinas.....			18.000.00
55 Gastos extraordinarios.....			1.600.00
56 Para mejoramiento del Arsenal Quirúrgico del Hospital General.....			1.980.00
Suma.....		L	166.908.00

SECCION II

SALA DE TISIOLOGÍA

57 Médico Jefe del Servicio.....	L	100.00	L	1.200.00
58 Ayudante del Jefe, estudiante del VII Curso de Medicina.....		50.00		600.00
59 Enfermero.....		20.00		240.00
60 Enfermera.....		20.00		240.00
61 Para Tuberculinas y otros gastos.....		100.00		1.200.00
62 Para compra de aparatos neumotórax.....				300.00
Suma.....			L	3.780.00

SECCION III

63 Hospital del Norte.....	L	1.800.00	L	21.600.00
64 Hospital de Copán.....		1.800.00		21.600.00
65 Hospital de Comayagua.....		1.350.00		16.200.00
66 Junta de Beneficencia de La Ceiba.....		1.150.00		13.800.00
Suma.....			L	73.200.00

SECCION IV

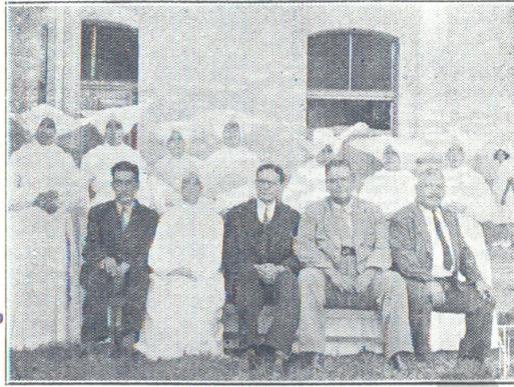
ASILO DE INDIGENTES

67 Médico Alienista.....	L	80.00	L	960.00
68 Practicante.....		32.00		384.00
69 Dos Enfermeras, a L 20.00 ctu.....		40.00		480.00
70 Costurera.....		20.00		240.00
71 Dos Ayudantes de Enfermeras, a L 18.00 ctu.....		36.00		432.00
72 Dos Lavanderas, a L 16.00 ctu.....		32.00		384.00
73 Cocinera.....		16.00		192.00
74 Dos Molenderas, a L 12.00 ctu.....		24.00		288.00
75 Aplanchadora.....		16.00		192.00
76 Encargada de la Despensa.....		16.00		192.00
77 Gastos de escritorio.....		4.80		57.60
78 Gastos de medicinas, alimentación, vestuario y otros gastos, a L 68.49 diarios.....				25.000.00
Suma.....			L	28.801.60
Suma del Capítulo y del Ramo.....			L	272.689.60

Tegucigalpa, D. C., julio de 1944.

E. ELVIR QUIÑÓNEZ,
Administrador del Hospital General
y Asilo de Indigentes.

Vº Bº—JUAN A. MEJÍA M.,
Director.



**Personal Administrativo y Hermanas
de la Caridad**



**Sentadas: al centro, la Sra. Doña Zoila Gloria
de Saavedra, Profesora y Jefe del Cuerpo de
Estudiantes de Enfermería, dependiente de la
Facultad de Medicina y Cirujía con práctica
hospitalaria en este Centro**

Anotaciones en los Servicios del Hospital

Primeras Anotaciones:

Cuál es la enfermedad más corriente en nuestro servicio de Ginecología? Pasando revista a toda las papeletas de salida durante varios años, encontramos uno que otro cáncer, una que otra enfermedad rara como Esthiomena de la vulva, uno que otro caso de tuberculosis anexial, algunos fibromas, muy frecuentemente desplazamientos de la matriz, mucho accidente luético; pero sobre todo, un alto porcentaje de metritis gonocócica, de anexitis bilateral y de pelvipерitonitis invariablemente de origen gonocócico en mujeres en plena juventud, de quienes habría que esperar fuesen madres de muchos niños sanos. Da tristeza condenar a un gran número de estas mujeres a una esterilidad perpetua a consecuencia de que las lesiones de sus órganos reproductores no permiten el tratamiento conservador como sería de desear, porque siempre llegan éstas con su enfermedad muy avanzada. Juzgo que ésto es corriente por lo menos en todos los hospitales de Centro América. Qué remedio podríamos recomendar?: uno sobre todas las cosas, hacer comprender por todos los medios posibles a nuestras mujeres de los pueblos, que sus flujos deben ser curados, exigiendo a sus médicos tratantes que su curación sea verdadera y no aparente y que si no están capacitados para dar un tratamiento completo, cumplir con el deber profesional de enviar a esas enfermas a quién se dedique con mejores conocimientos y práctica a esa clase de enfermedades; sólo así podremos salvar muchas jóvenes, futuras madres y recomendar mayor interés a las Autoridades Sanitarias en la lucha por las enfermedades venereas, porque éstas son las causantes de la despoblación de todos estos países.

Segundas Anotaciones:

Con motivo de servir la clase de Puericultura de las Enfermeras que estudian en este Hospital, hemos podido constatar: que los niños que nacen en el Servicio de Maternidad, tienen constitucionalidad de sus cuerpos más o menos perfecta a su nacimiento, no obstante de nacer de nuestras mujeres humildes, en quienes su alimentación es deficiente, su higiene es defectuosa y carecen de todos los cuidados durante su estado de embarazo. Del estudio que hemos hecho de 100 niños cogidos al acaso, comprobamos que todas las medidas de éstos, más o menos corresponden a los pesos y medidas que se leen en los libros de Pediatría; tomaremos unas de estas observaciones para conocimiento:

Niño: Julio Elvir, hijo de María Elvir; nacido el 4 de junio de 1944; estudiado a los cuatro días de nacido; sus medidas son:

Peso	4 kilos
(Talla) altura	50 cm.
Perímetro torácico	34 cm.
Cabeza, circunferencia	35 cm.

Niña: Olga Marina Andino, hija de Albertina Andino, nacida el 2 de agosto de 1944; estudiada el primer día de su nacimiento; sus medidas son:

Peso	3 kilos
(Talla) altura	46 cm.
Perímetro torácico	36 cm.
Cabeza, circunferencia	33 cm.

Niño: José Gustavo Raudales, hijo de María Viera, nacido el 17 de julio de 1944; estudiado 13 horas después del parto; sus medidas son:

Peso	2.880 gramos
(Talla) altura	54 cm.
Perímetro torácico	34 cm.
Cabeza, circunferencia	33 ½ cm.

Niño: José del Carmen Argeñal, hijo de Eulalia Argeñal, nacido el 15 de junio de 1944; estudiado 3 días después de su nacimiento; sus medidas son:

Peso	3.360 gramos
(Talla) altura	53 cm.
Perímetro torácico	39 cm.
Cabeza, circunferencia	34 cm.

Niña: Georgina Díaz, hija de Marta Lidia Díaz, nació el 23 de junio de 1944; estudiada 28 horas después de su nacimiento; sus medidas son:

Peso	2.400 gramos
(Talla) altura	43 cm.
Perímetro torácico	33 cm.
Cabeza, circunferencia	34 cm.

Niño: Luis Alberto Juárez, nació el 24 de junio de 1944; estudiado 19 horas después de su nacimiento; sus medidas son:

Peso	3.131 gramos
(Talla) altura	49 cm.
Perímetro torácico	36 cm.
Cabeza, circunferencia	36 cm.

Niña: Rosa Vilma Rodríguez, nació el 12 de septiembre de 1944; estudiada a los tres días de nacida; sus medidas son:

Peso	3.840 gramos
(Talla) altura	52 cm.
Perímetro torácico	35 cm.
Cabeza, circunferencia	34 cm.

Etc., etc.

Dos gemelos, prematuros de 7 meses: Virgilio Funes, hijo de Dolores Funes, nació el 19 de septiembre de 1944; estudiado 6 días después de su nacimiento; sus medidas son:

Peso	960 gramos
(Talla) altura	48 cm.
Perímetro torácico	24 cm.
Cabeza, circunferencia	30 cm.

Segundo niño: Julio Funes, nacido 4 horas después del primero, estudiado 6 días después de su nacimiento, sus medidas son:

Peso	990 gramos
(Talla) altura	48 cm.
Perímetro torácico	24 cm.
Cabeza, circunferencia	28 cm.

Estos niños vivieron.

Niños mayores que vinieron enfermos a la Sala de Niños de este Hospital:

María Bustillo: nació en junio de 1943; examinada a los 16 meses; sus medidas son:

Peso	6.246 gramos
(Talla) altura	75 cm.
Perímetro torácico	41 cm.
Cabeza, circunferencia	43 cm.

José Zacarías Pérez: de 16 meses de edad; su examen dió:

Peso	6.720 gramos
(Talla) altura	82 cm.
Perímetro torácico	45 cm.
Cabeza, circunferencia	45½ cm.

Ernesto Valle: dos años de edad; su examen dió:

Peso	6.246 gramos
(Talla) altura	82 cm.
Perímetro torácico	41 cm.
Cabeza, circunferencia	47 cm.

Porfirio Cárcamo: de 3 años de edad; su examen dió:

Peso	7.680 gramos
(Talla) altura	81 cm.
Perímetro torácico	46 cm.
Cabeza, circunferencia	45 cm.

Priscila Burgos: de 3 años de edad; su examen dió:

Peso.....	10.560 gramos
(Talla) altura.....	80 cm.
Perímetro torácico.....	53 cm.
Cabeza, circunferencia.....	47 cm.

Y así sucesivamente, podríamos presentar un gran número de observaciones, sacando estas dos conclusiones:

Primera: Los niños nacidos en la Sala de Maternidad de este Hospital, hijos de mujeres de este Distrito Central, tienen a su nacimiento una constitucionalidad más o menos perfecta, respondiendo sus cuerpecitos a los pesos y medidas que señalan los libros de Pediatría.

Segunda: Que suponemos en vista de esta primer premisa, que es en el curso de la crianza de los niños, que éstos, por la mala reglamentación de su alimentación o porque ésta sea escasa o defectuosa, o de las malas condiciones de higiene en que viven; que son pasto de las enfermedades y entre ellas el raquitismo con todas sus consecuencias, trayendo desde luego esa gran mortalidad de niños que sufre el país.

Llamamos la atención a la "Asistencia Social" de la Cruz Roja Hondureña, para que ayude a salvar estos niños que son las futuras esperanzas en que descansa la República.

Terceras Anotaciones:

Tenemos a la vista 117 papeletas de internamiento de este Hospital General, tomadas de otras tantas que corresponden a los años de 1943 y 1944, de mujeres que fueron asistidas en sus partos, en el Servicio de Maternidad. De las investigaciones respecto de la forma y dimensiones en sus pelvis, encontramos las medidas siguientes:

Diámetros externos.....	8 casos.
Diámetro Baudeloc.....	21 cm.
„ Bi-espinozo, variando de.....	25 a 29 cm.
„ Bi-crestilio, „ „.....	26 a 30 cm.
„ Trocanterio, „ „.....	29 a 33 cm.

Todas estas mujeres tuvieron parto normal.

Diámetros externos.....	7 casos.
Diámetro Baudeloc.....	22 cm.
„ Bi-espinozo.....	24 cm.
„ Bi-crestilio, variando de.....	24 a 28 cm.
„ Trocanterio, „ „.....	29 a 34 cm.

Todos fueron partos normales.

Diámetros externos.....	20 casos.
Diámetro Baudeloc.....	20 cm.
„ Bi-espinozo, variando de.....	22½ a 27 cm.
„ Bi-crestilio, „ „.....	26 a 30 cm.
„ Trocanterio, „ „.....	28½ a 33 cm.

Todos partos normales, habiendo uno gemelar.

Diámetros externos.....	55 casos.
Diámetro Baudeloc, variando de.....	18 a 19½ cm.
„ Bi-espinozo, „ „.....	22 a 26 cm.
„ Bi-crestilio, „ „.....	25 a 30 cm.
„ Trocanterio, „ „.....	28 a 32 cm.

Hubo una aplicación de forceps y seis extracciones de placenta, los demás normales.

Diámetros externos.....	22 casos.
Diámetro Baudeloc, variando de.....	16½ a 17½ cm.
„ Bi-espinozo, „ „.....	22 a 28 cm.
„ Bi-crestilio, „ „.....	25 a 28½ cm.
„ Trocanterio „ „.....	28 a 34 cm.

Hubo Episiotomías y algunos desgarros del periné, pero los partos fueron normales.

Un caso con presentación de nalgas incompleto:

Diámetro Baudeloc	30	cm.
.. Bi-espinozo	12	cm.
.. Bi-crestilio	27½	cm.
.. Trocanterio	17	cm.

Estrechez pélvica.

Diámetros externos..... 4 casos.

Diámetro Baudeloc, variando de.....	15	a 16¼	cm.
.. Bi-espinozo,	22	a 24¼	cm.
.. Bi-crestilio,	24½	a 28	cm.
.. Trocanterio,	28	a 31¼	cm.

Partos normales: Hubo una Episiotomía y una extracción de placenta.

Mayoría de presentaciones OIIA después OIDA, muy raras presentaciones posteriores.

Conclusión: Las mujeres que llegan al Servicio de Maternidad de este Hospital y que corresponden al departamento de Morazán, tienen conforme a las medidas de los diámetros externos que acabamos de ver, la constitución de la pelvis más o menos regulares como las que señalan los libros de Obstetricia, y por esta razón las aplicaciones de forceps y las operaciones cesáreas son muy raras en nuestro hospital.

Sería de desear que se conociera la constitución anatómica, siquiera las dimensiones de los diámetros externos de la pelvis de la mujer, por lo menos de las que viven en lugares donde hay Hospitales, y de aquí podríamos sacar el conocimiento de la pelvis de la mujer hondureña.

Hacemos esta excitativa a los Jefes de Hospitales de la República, quienes podrán mandar los informes a este Centro, en donde podremos publicar datos tan importantes como será conocer la pelvis de la mujer de nuestro país.

Cuartas Anotaciones:

Leyendo la «Revista Médica Hondureña,» órgano de publicidad de la Asociación de Médicos en esta Capital, escribe nuestro consocio el Dr. Humberto Díaz comentando sobre lo escrito por el Dr. Charlin, quien señala los vicios de la interpretación de muchos médicos modernos, quedando de acuerdo que se olvida la clínica para dar un lugar preferente al Laboratorio; nosotros también compartimos la misma idea y señalamos además otro vicio corriente, el del abuso del radio-diagnóstico, olvidando en un todo la sintomatología que nos enseña la Clínica, vicio éste sobre todo peligroso en la cirugía, que por su no observancia ha sido motivo de graves consecuencias para el paciente y debemos confesar que no sólo aquí sufrimos de este mal, también en el extranjero se «cucen habas». tuvimos ocasión de ver un fracaso de un notable cirujano, que sin decir nombre el Dr. Marión que operaba un riñón en quién el radiólogo había encontrado una litiasis que resolvieron intervenir, comprobando después el citado cirujano con elegantes cortes, que nada tenía el ya mencionado órgano y que sólo había sido mala interpretación de unas manchas que presentó la radiografía. ¿Fue falta de su Jefe de Clínica? Por acá, por casa, algo parecido pasó.

Conclusión: Debemos dar el verdadero lugar a las ramas auxiliares de la Clínica y recordar en todo caso, que hay síntomas presentes en toda enfermedad y que si pasan desapercibidos a nosotros, es que nuestra inteligencia no ha estado apta para apreciarlos en su verdadero valor..... la Clínica está sobre todo.

DR. JUAN A. MEJÍA M.

CARCINOMA PRIMITIVO DEL PULMON

Por el Doctor HUBERTO DIAZ

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

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

E. A. S., de 43 años, soltero, Profesor de Enseñanza Primaria, originario de San Francisco de la Paz y residente en Tegucigalpa, ingresó al Servicio de Medicina de hombres del Hospital San Felipe, el 28 de febrero de 1941, quejándose de «INSOMNIO Y SENSACIÓN DE PESO EN EL CORAZÓN».

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

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

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

TRASTORNOS FUNCIONALES EN LOS DIVERSOS APARATOS.—Aparato Cardiovascular: los ya apuntados (sensación de opresión precordial y palpitaciones dolorosas). Aparato Digestivo: estreñimiento. Sistema Nervioso: insomnio, dolores lumbares y dolor a nivel del hipocondrio izquierdo. Aparato Respiratorio y Génito-urinario: ninguna alteración funcional.

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

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

De los conmemorativos relatados, pueden establecerse como conclusiones los hechos siguientes:

1.—Alcoholismo desde hace 25 años.

2.—Aparecimiento de ALGIAS diversas (precordialgias, dolores lumbares, etc., etc.), lo mismo que palpitaciones dolorosas, sensación de opresión cardíaca y astenia generalizada, coincidiendo con dos periodos de agudización alcohólica (1923-1941).

3.—Siete abortos de su ex-esposa, en el término de 5 años, quien logra concebir y dar a luz, a término, una niña después de haber recibido tratamiento médico.

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

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

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

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

ESTADO ESPECIAL.—Aparato Respiratorio: aparentemente normal. Aparato Cardiovascular: normal. Aparato Digestivo: normal. Aparato Ganglionar: normal. Aparato Génito-urinario: normal. Sistema nervioso: hay dolor en la zona inervada por los últimos intercostales, el dolor aumenta con la presión profunda.

El estudio del ESTADO PRESENTE, nos da los corolarios siguientes: 1º—Buen estado general del sujeto. 2º—Facies francamente alcohólica. 3º—Ausencia de signos físicos pleuro-pulmonares, y 4º—Ausencia, a excepción del dolor torácico ya descrito, de otros síntomas funcionales, como tos y disnea.

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

Sangre: Glóbulos rojos.....	4.280.000
Glóbulos blancos.....	8.550
Neutrófilos.....	71%
Linfocitos.....	26%
Eosinófilos.....	1%
Grandes mononucleares.....	2%
Hemoglobina.....	80%

Hematozoario de Laverán: Negativo.
REACCIÓN DE KAHN: Negativa.

Orina: Examen físico químico y microscópico: Normal.

Heces fecales: Negativo.



El día 1º de marzo se le suministra un purgante salino y se le indica un régimen desintoxicante. Se le prescriben hipnóticos de (HAY UNA FOTOGRAFIA) modo restringido y se le da además cloruro de tiamina (Vitamina B1) por la vía endovenosa y por la vía oral.

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

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

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

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

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

A la auscultación: soplo pleurítico y pectoriloquio áfona, en la región antes indicada.

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

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

Se practica una punción exploradora, y se extrae un líquido pleural de aspecto francamente hemorrágico, cuyo examen citológico dió: Glóbulos rojo, 950.000; Glóbulos blancos, 1.450; Linfocitos, 96%; neutrófilos, 4% (por milímetro cúbico)

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

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

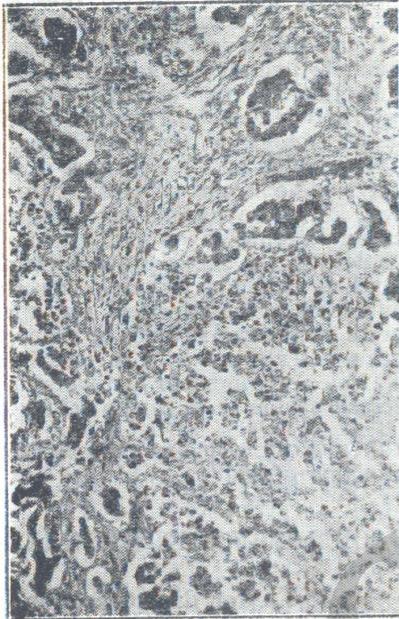
Con la última punción desapareció la disnea, y un nuevo examen del líquido reveló que, además de la presencia de los elementos figurados de la sangre, se encontraban también en él células endoteliales de gran tamaño, sembradas de vacuolas, presentando varios núcleos irregulares.

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

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

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

menos la misma que se ha observado en los exámenes anteriores.



La temperatura de este enfermo, durante el 1º y 2º mes de observación osciló entre 36° y 37.3° grados centígrados, y del tercer mes en adelante entre 36° y 38°. El pulso, que fué al principio de 80 por minuto, subió a 100 a partir del 3er. mes.

Murió en estado de caxequia el día 9 de septiembre del año en curso, habiéndosele extraído un fragmento de una de las lesiones parietales que se fijó en picro-formol y fué enviado al Hospital Panamá (República de Panamá), para su examen histopatológico.

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

1º--Fracaso absoluto del tratamiento desintoxicante y vitamínico dirigido contra las algias, las cuales empeoraron de un modo rápido y progresivo.

2º--Comprobación de signos físicos de PLEURESÍA CON DERRAME, algunos días después de su ingreso; lo cual fué ratificado por el examen fluoroscópico, y cuya naturaleza hemorrágica se demostró por la punción exploradora

3º--Aparecimiento a principios de abril, de un nódulo doloroso a nivel del 4º cartilago costal izquierdo, que fué aumentando rápidamente de volumen y al cual siguió la aparición de otros más.

4º--Comprobación al examen fluoroscópico de una sombra densa, que ocupa la mayor parte del hemitórax izquierdo, acompañada de desviación considerable del corazón y de la tráquea, cuya densidad no se modificó a pesar de las punciones, previas al citado examen.

5º--Caquetización del sujeto y aparecimiento de nuevas lesiones de la pared torácica, algunas de las cuales se ulceraron.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

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

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

Nos encontrábamos, pues, desde ese momento, frente a una PLEURESÍA HEMORRÁGICA, cuya significación diagnóstica tenía que ser establecida; así que hubimos de recordar su valor semiológico: Relativamente frecuente en el recién nacido, muy rara en los niños mayores, se la encuentra más a menudo en el adulto y en el anciano, en los que representa alrededor del 5% de la totalidad de los derrames pleurales líquidos. Sus causas principales son la TUBERCULOSIS y el CÁNCER, pero también la podemos encontrar en el Reumatismo, la Fiebre Tifoidea, la Neumonía, el Mal de Bright en ciertas enfermedades hemorragíparas como la Viruela, el Sarampión, la Púrpura, el Escorbuto, etc., etc. Además, en algunas enfermedades de la sangre como las Leucemias y la Enfermedad de Hodgkin; lo mismo que en las Cirrosis Hepáticas, del tipo Laennec principalmente.

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

El resultado del examen de las orinas fué normal y no se descubrió ninguna manifestación de nefritis crónica y, por otra parte, pese

a su condición de alcoholista, este paciente no presentó trastornos funcionales ni signos físicos que hicieran pensar en una cirrosis hepática.

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

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

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

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

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

que posteriormente hubo de propagarse a la pared torácica y al parénquima pulmonar.

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

DIAGNÓSTICO: Carcinoma metastásico de origen bronquio-génico"

CONSIDERACIONES FINALES

1º—Nuestro error diagnóstico, en cuanto se refiere al punto de partida de la neoplasia, se explicará fácilmente si se recuerda que, en muchos casos, un cáncer de origen pulmonar puede evolucionar de una manera completamente silenciosa, siendo además compatible con el buen estado general del paciente, y no es sino al llegar a la pleura que el cuadro sintomático hace explosión.

2º—El dolor es el síntoma más constante y a la vez el más variable, puede presentar numerosas modalidades, no sólo bajo el punto de vista de su forma e intensidad, sino también de su localización. Puede ser precoz o tardío; localizarse bajo el aspecto de una punta de costado; generalizarse a todo un hemitórax o ser bilateral aún tratándose de formas circunscritas; poseer propagaciones en sentidos diversos: hacia el hombro, hacia el brazo, hacia una mitad del cráneo, hacia el abdomen, seguir el trayecto de cualesquiera de los nervios intercostales simulando una neuralgia banal. Y, por último, acantonarse en la región precordial con la apariencia de una verdadera angina de pecho.

3º—Entre los elementos auxiliares de diagnóstico, que nos hicieron falta en el estudio del presente caso, figuran los siguientes:

- a) La broncografía, que no pudo realizarse por falta de material.
- b) La broncoscopia, importantísimo recurso de diagnóstico, precoz sobre todo, puesto en práctica por Chevalier-Jackson, Kissel, Moersch y otros más, que no es aún factible en nuestro medio hospitalario.

- c) La TOMOGRAFÍA, y la ESTRATIGRAFÍA o PLANIGRAFÍA, método este último que consiste en lo que pudiéramos llamar, la disociación o disección de las sombras radiológicas, que permite el estudio de la densidad del parénquima pulmonar en planos diferentes. y.
- d) La inclusión en parafina, del desgarro de los esputos, lo cual no es sino una verda-

dera biopsia, practicable naturalmente, en los casos donde hay expectación. Se recomienda, además, desde hace algunos años, la TORACOTOMIA EXPLORADORA que, según sus partidarios, es inocua o mucho menos peligrosa que una laparotomía; pero hay que advertir que a ella se ha recurrido y se recurre sólo en casos de diagnóstico muy oscuro.

A B O R T O

El aborto durante un año económico en el Hospital General.

De 314 pacientes asistidas en mi servicio de cirugía de mujeres durante el año que principió el 1º de julio de 1943 al 30 de junio de 1944, el 15% llegaron por fenómenos de interrupción del embarazo.

11 tuvieron solamente por amenaza de aborto, consistente en dolores uterinos y metrorragia, todas curaron con simple tratamiento sintomático prescribiéndoseles al salir tratamiento causal y vitamina E.

14 realizaron un aborto ovular. 29 aborto embrionario y 1 aborto fetal.

Los viejos parteros autores de obras clásicas sientan como principio general de tratamiento de abortos el siguiente: aborto ovular, reposo por 5 días; aborto fetal como si fuera un parto normal; aborto embrionario, extraer siempre los restos placentarios.

A primera vista parece lo más lógico y natural que en el aborto ovular nada deba hacerse puesto que sencillamente se expulsa el huevo; eso no trae consecuencias serias. Igual cosa sucede con el fetal donde ya existe una placenta bien constituida y el aborto se hace a semejanza de un parto. Así debiera ser en efecto, pero desgraciadamente la mayor parte de las veces no sucede de tan favorable manera. Casi siempre, excepcionalmente no, persiste una hemorragia después de la expulsión del huevo o del feto que requieren intervención inmediata o tardía.

Los abortos embrionarios siempre son abundantemente sangrantes y requieren a la mayor brevedad posible la intervención médica.

¿Cómo deben tratarse estas hemorragias post-abortum? Los mismos clásicos no están de acuerdo sobre el mejor tratamiento. Algunos aconsejan abstención absoluta en todo caso, cualquiera que sea la intensidad de la hemorragia. Otros que sólo ha de intervenir en los casos alarmantes, y los últimos que debe operarse siempre. Prescriben reposo, hemostáticos, hormonas hipofisarias, hielos sobre el vientre, ergotina, etc.

Durante una larga práctica sobre la materia en referencia en calidad de Médico interno de varios hospitales he aprendido que la mejor conducta a observar es la siguiente:

cualquiera que sea la calidad del aborto, si no hay hemorragia, prescribir reposo absoluto y expectativa armada para intervenir en el momento requerido; si hay hemorragia intervenir siempre.

Mucho se me ha criticado por demasiado intervencionista; prefiero pecar por exceso de celo que por falta. Lo primero no sólo cura radicalmente la hemorragia sino previenen las graves complicaciones de anemia aguda y después crónica sino las peores aún de la infección: metritis aguda y crónica, salpingitis, pelvi-peritonitis, peritonitis general, septicemia, septicopiohemia y sus consecuencias de localización en el pulmón, el hígado, el bazo, el corazón, el cerebro, que conducen casi fatalmente a la muerte.

En cambio la abstinencia sistemática si bien puede conducir a la curación muchas veces, la mayor parte no es así y entonces toda la responsabilidad de la mala andanza recae exclusivamente sobre el médico tratante.

Yo insisto en practicar, enseñar y aconsejar a los colegas mi modo de proceder. Nunca me he arrepentido. En cambio cuando he tenido que tratar pacientes tardamente sea porque el médico de cabecera era del tipo abstinentista y porque la enferma no quisiera someterse a una operación precoz bien porque en un principio el caso no revestía ninguna alarma, cuando el caso no ha sido mortal a corto término, he debido recurrir en la desesperación a la histerectomía y no siempre con el resultado deseado. Llegar hasta tal extremo por una simpleza que pudo evitarse es suficientemente justificativo de la operación precoz.

Qué clase de operación debe hacerse? Aconseja la mayor parte de autores el legrado uterino con la mano, es decir, la extracción de restos placentarios introduciendo la mano o si no los dedos en la cavidad uterina. Me parece de perlas tal técnica, pero declaro que en la casi totalidad de los casos me ha sido imposible emplearla por la sencillísima razón que no podía introducir la mano ni las extremidades digitales en la cavidad, debido a que el cuello no lo permitía por la escasa dilatación, muy al revés de la retención placentaria después de un parto. Entonces pese a mi buen deseo he

recorrido al curetaje con tal resultado que jamás he tenido que lamentar algún accidente serio fuera de unas 6 perforaciones sin consecuencias en centenares de raspados. Cuando alguna paciente murió no fué por la operación sino por el extremo grado de anemia o de infección.

Es entendido que al legrado ha de seguir el tratamiento médico para combatir esas nefastas compañeras de multitud de abortos.

Entre los abortos observados en mi servicio el mayor número se debió a la gran endemia nuestra, el paludismo, en segundo término la sífilis, luego a las enfermedades infecciosas reinantes—gripa, tifoideas, pneumonía, fiebres eruptivas, escasos traumatismos, poco aborto habitual y ningún aborto criminal ni terapéutico.

En varios casos es imposible adjudicar la causa a una sola de las enfermedades mencionadas por existir a un mismo tiempo dos o más: paludismo y sífilis, paludismo y gripa, sífilis y tifoidea, sífilis, paludismo, gripa y traumatismo, etc.

En la clínica privada el número de abortos atendido es casi el doble del observado en el

Hospital General; allí concurren además de los de causa vana, los criminales y terapéuticos que bien ascienden a unos 10 por año.

Como la profilaxis del aborto es la de sus causas y éstas son de tal manera abundantes y de tan difícil erradicación, yo no encuentro un medio mejor no de prevenir sino de tratar e impedir las terribles consecuencias del abandono sino el diagnóstico precoz del aborto y la intervención inmediata de acuerdo con el principio enunciado cuya exactitud he comprobado en más de un millar de casos.

Tan sencilla operación debe saberla hacer todo médico general. El anestésico de acuerdo con las reglas generales de sus indicaciones y cuando todos estén contraindicados hacerlo sin él, la morfina media hora antes es suficiente por lo menos para conseguir alguna tranquilidad.

El post-operatorio se desarrolla dentro de la más perfecta normalidad.

En conclusión aconsejo en toda clase de abortos expectativa armada cuando no hay hemorragia y raspado uterino inmediato cuando existe.

S. PAREDES P.

Historias Clínicas del Servicio de Niños del Hospital General

COMENTARIOS

De cuando en cuando, deseo publicar una serie de historias clínicas del Servicio de Niños, recogidas por mis ayudantes, con el objeto de que sirvan de guía para los futuros internos. En ellas expondré con toda sinceridad tanto los éxitos como los fracasos, pues ambos pueden servirnos para perfeccionar nuestros métodos de diagnóstico y nuestro criterio en una vasta rama de la ciencia médica, como es la Pediatría.

Las actuales observaciones fueron tomadas por mi Interno Miguel Angel Villela.

La primera se refiere a un niño que llegó a este servicio con el cuadro de un abdomen agudo y al cual no intervenimos inmediatamente por haber encontrado en su sangre una gran cantidad de Plasmodium Falciparum. En el pasado hemos visto casos similares simulando peritonitis, debidas a la malaria, las cuales cedían tan pronto que fué instituido un tratamiento apropiado, es decir, a base del medicamento específico, la quinina.

En este caso el estado general mejoró con el tratamiento químico; pero los síntomas de apendicitis se mantuvieron, por lo cual nos vimos obligados a intervenir, encontrando ya un grave estado del apéndice y el ciego, no teniendo más remedio que drenar y esperar las consecuencias, es decir, la fistula ileo-cecal. Dichosamente el pequeño paciente se salvó, pronto la fistula se cerrará espontáneamente.

o la cerraremos y esperamos darle su alta completamente curado.

En este paciente me parece que el hematozooario obró irritando y traumatizando las lesiones de una vieja apendicitis crónica, hasta producir las graves lesiones contempladas en el acto operatorio.

Lo que me reprocho en este caso fué no operar inmediatamente; sin embargo, en descargo de mi conciencia, creo que mi juicio fué correcto en cuanto a instituir previamente un tratamiento antipalúdico.

La segunda observación se refiere también a un caso de abdomen agudo, en el cual nos abstuvimos de operar, porque el laboratorio no demostró en el primer contaje 38 mononucleares y en el segundo 40, no obstante estar el número total de ellos aumentado. La constatación de numerosos parásitos intestinales, tales como amibas, tricomonas, etc., y el tratamiento exitoso que fué la consecuencia, nos dió la razón y creo que hice muy bien en no operar.

La tercera observación se refiere a una enfermedad rara de la piel, cuya rareza en nuestro medio, constituye su importancia.

A continuación copio las observaciones que han sido objeto de este corto comentario.

Observación Nº 1

JUAN ANGEL LUNA, de cinco años de edad, nacido en Tegucigalpa, D. C., ingresó al servicio de Pediatría el 22 de agosto de 1944, a curarse de dolor en el abdomen.

Historia de la enfermedad.—Refiere su padre que hace seis días su hijo fué presa de un dolor agudo y violento que presentó sin pródromos; este dolor era continuo día y noche, acompañándose de elevación de temperatura, vómitos y haciéndose imposible la marcha, teniendo que permanecer en cama; durante este tiempo pasó sometido a remedios caseros.

Antecedentes personales.—Nacido a los ocho meses y quince días, siendo sano, los primeros dientes le aparecieron a los siete meses y los primeros pasos los dió a los catorce, no hubo ningún accidente durante el embarazo y puerperio de la madre. Alimentación: se alimentó al pecho materno hasta los cuatro meses y medio por haber muerto su madre, alimentándolo con leche Klim. Desde la edad de un año se le dió en su alimentación frijoles, queso, carne, pan, café, etc. Enfermedades que ha padecido: a los 16 meses sarampión, trastornos gastrointestinales, consistiendo en anorexia, vómitos, diarrea y calenturas con carácter periódico.

Exploración física.—Inspección general: se encuentra postrado en decúbito dorsal, los tegumentos son de color moreno subido, no se observa ninguna anormalidad.

Aparato digestivo.—Piezas dentarias en buen estado. Mucosa buco-faríngea y amígdalas, normales; hígado normal; bazo percutable; no hay diarrea.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato cardiovascular.—Punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo en la línea mamilar; ruidos cardíacos normales, con una frecuencia de noventa por minuto.

Aparato génito-urinario.—Nada qué notar.

Exámenes complementarios. Examen de sangre el día de su ingreso: Rojos, 4.510.000; blancos, 38.750; N 66%, L 21%, G. M. 3%, E 3%, B 0%; Hematozoario; Plasmodium falciparum. A los siete días de la fórmula leucocitaria bajó a 12.000; heces fecales, positivo por amibas activas.

Evolución de la enfermedad.—Ingresó al servicio con un cuadro agudo de apendicitis, y el examen de sangre dió 38.750 leucocitos y hematozoario falciparum; el examen de heces fecales dió amibas activas; en vista de estos exámenes se le inyectó quinina y emetina, la temperatura cayó de 40.5° a 38°, la leucocitosis bajó a 12.000, el cuadro agudo se enfrió, pero como tuviera su leucocitosis y dolor atenuado en el punto apendicular, se dispuso intervenirlo; la operación fué difícil, pues el apéndice estaba adherido al ciego, con el cual formaba una masa como del tamaño de una naranja, de color rojo violáceo con esfacelo de una parte del intestino, la operación de apendicectomía fué imposible por las fuertes adherencias a la región retrocecal, por lo que se convino en drenar y poner sulfamidyl en polvo.

El niño ha mejorado, su herida operatoria cada día se reduce más, se ha formado una fistula estercorácea, el estado general del niño es bueno, no hay temperatura y sus asientos lo hace por el ano.

Observación N° 2

MARÍA MAGDALENA LANZA, de diez años de edad, nacida en Tegucigalpa, ingresó al Servicio de niños, el día sábado 23 de septiembre de 1944, a curarse de un dolor en el abdomen.

Historia de la enfermedad.—Refiere la madre que hace más o menos seis días después de un ataque de tos, su hija manifestó sentir un fuerte dolor, primero generalizado a todo el abdomen y al tercer día localizado en la fosa ilíaca derecha, espontáneo, irradiándose al epigastrio y por debajo del reborde costal derecho; este dolor se acompañó de adormecimiento y calambres en el muslo y pierna derecha, imposibilitándole la marcha, viéndose obligada a guardar cama; al mismo tiempo le apareció vasca, vómitos, unas veces alimenticios y otras biliosos y elevación de temperatura; durante este tiempo permaneció en su casa sometida a remedios caseros.

Antecedentes personales.—Es nacida a término, empezó a caminar a los nueve meses, los dientes le empezaron a salir a los siete meses y habló al año, el puerperio de la madre fué normal. Enfermedades sufridas: a los diez meses, sarampión, al año asma la cual ha pasado al estado crónico, teniendo accesos periódicamente; a los dos años paperas; ha sufrido de trastornos gastrointestinales y paludismo.

Antecedentes hereditarios.—Su madre padece de jaquecas, su padre es alcohólico, fumador y hace vida libre.

Exploración física.—Inspección general: niña delgada y pálida, se le encuentra postrada en decúbito dorsal, la coloración de los tegumentos y mucosas, es pálida, presenta en la fosa ilíaca derecha, una ligera resistencia de la pared abdominal y dolor espontáneo, y dolor provocado en todo el cuadro cólico.

Aparato digestivo.—Piezas dentarias en buen estado; mucosas rosadas; amígdalas hipertrofiadas. Hígado y bazo normales.

Aparato respiratorio.—Asma.

Aparato cardiovascular.—Punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo en la línea mamilar; ruidos cardíacos normales con una frecuencia de 110 por minuto.

Aparato génito-urinario: normal.

Exámenes complementarios: Heces fecales, positivo por ascárides, tricomonas, amibas y tricocéfalos. Sangre: rojos, 2.350.000; blancos, 15.000, N 62%, L 36%; G. M. 2%; E 0%; B 0%; Hematozoario, negativo; Orina: normal.

Evolución de la enfermedad.—Esta niña fué recibida por el practicante de turno, quien en

vista del cuadro sintomático que presentaba hizo diagnóstico de apendicitis aguda, confirmado por una leucocitosis de 15.000. El examen de heces salió positivo por amibas, tricomonas, ascárides y tricocéfalos; al día siguiente, el Jefe del Servicio al examinar la paciente, el cuadro de apendicitis aguda se había enfriado, presentando la enfermita escaso dolor en el punto apendicular y más acentuado en todo el cuadro cólico; en vista de esto se pensó en un ataque de parasitismo intestinal simulando una apendicitis aguda. La enfermita quedó en reposo con bolsa de hielo en el abdomen, se le administró sulfadiazina y luego su tratamiento para los parásitos, saliendo curada de su afección el cinco de octubre del presente año.

Observación N° 3

TULIO FONSECA, de siete años de edad, nacido en Potrerillos, departamento de El Paraíso, ingresó el 28 de julio de 1944 al Servicio de Pediatría del Hospital General.

Historia de la enfermedad.—Refiere la madre que su hijo se encontraba gozando de buena salud, hasta que un día después de haber tomado un purgante de píldoras de Reuter pasó todo un día expuesto a una fuerte lluvia; al tercer día al levantarse, no podía caminar, teniendo los pies hinchados apareciéndole luego un eritema generalizado a todo el cuerpo, parecido a la sangre resfriada, según comparación de la madre; después esta erupción se transformó en flictemas llenas de un líquido amarillento, reventando espontáneamente y dando lugar a ulceraciones de tamaño variable y acompañadas de prurito, por la noche al acostarse. Como tratamiento, remedios caseros.

Antecedentes personales.—Nació a término, despedido a los 20 meses, los dientes le principiaron a salir a los ocho meses, caminó al año; alimentación, después del destete, variada. Enfermedades que ha padecido: sarampión, tos ferina a los seis años, paperas y trastornos gastrointestinales.

Exploración física.—Inspección general, a la inspección se comprueba un niño bien nutrido, los tegumentos son de color moreno pálido, cubiertos por numerosas cicatrices de color blanco rosado, secuelas de la erupción, por lo demás no se observa nada anormal.

Aparato digestivo.—Mucosa bucofaringea: normal; no hay hipertrofia de las amígdalas; dientes, algunas piezas cariadas; abdomen: normal; hígado y bazo normales; no hay diarrea.

Aparato cardiovascular.—Punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo en la línea mamilar; ruidos cardíacos normales, 100 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio y génito-urinario: normales

Exámenes complementarios: Sangre: rojos, 3.420.000; blancos, 17.750; N 48% L 30% G. M. 12% E 1% B 0%; Heces, positivo por ascárides; orina: normal.

Evolución de la enfermedad.—Se comenzó el tratamiento, el veintinueve de julio con pincelaciones de todas las ulceraciones, con solución acuosa de azul de metileno al 5%, pincelaciones de linimento oleocalcáreo; oralmente se le administraron quince pastillas de sulfatiazol de 0.50 grs., diez autohemoterapias; diez ampollas de calcio intramuscular y una pomada de Ictiol, bismuto y óxido de zinc; el enfermo mejoró bastante de su afección, desapareciendo las flictemas y las ulceraciones; pero a los diez días la enfermedad volvió a hacer su aparición, tal como ingresó de su casa; se le hizo un nuevo tratamiento, comenzando por fijarle un régimen alimenticio consistiendo en líquidos y verduras, al mismo tiempo se le pusieron doce ampollas de extracto de bazo combinado con extracto de hígado, las ulceraciones se tocaron con una solución acuosa de resorcina al 3% y la erupción desapareció casi por completo.

Tomando en cuenta la evolución y el aspecto de la enfermedad, se ha hecho el diagnóstico de pénfigo infeccioso recidivante o enfermedad de Dering.

ANTONIO VIDAL

VARIOS CASOS CLINICOS

1er. Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital General a cargo del Dr. Manuel Cáceres Vijil

1er Caso.—Concepción Cruz, de 25 años de edad, soltera, originaria del pueblo de Güinope y vecindada en Tegucigalpa, ingresa al Servicio a curarse de vómitos.

A. P.—Desde hace tres años la enferma sufre de vómitos alimenticios que se presentan 20 minutos poco más o menos después de las comidas; al principio no eran frecuentes, ahora, desde hace unos cuatro meses los tiene siempre que come y últimamente han ido acompañados de sangre. Estos vómitos son

algunas veces precedidos de náuseas, no hay síndrome hiperclorhídrico.

A. L.—Coriza, gripe y paludismo.

F. O. G.—Conserva el apetito, pero no come mucho por temor al vómito el cual está en proporción con la cantidad de alimentos que ingiere ya sean sólidos o líquidos. Sueño normal. Evacuaciones albinas en pequeña cantidad y una vez al día. Hace tres años empezó adelgazar.

Examen funcional. — Respiratorio, Circulatorio y Organos de los sentidos: normales. Digestivo: lo apuntado.

Examen Físico. — Respiratorio: normal. Circulatorio: normal. Digestivo: inspección, palpación, percusión: normales. Hígado y bazo normales. Cuadro cólico: no doloroso. Temperatura 36.8. Pulso 76.

Estámenes de Laboratorio:

Sangre: 3.000.000 de glóbulos rojos. Blancos, 7.000.

Reacción de Khan y examen por malaria: negativos. Orina: ligeras trazas de albúmina.

Sin haber ningún síntoma de hiperclorhidria, ni dolor espontáneo ni provocado, pensamos que podría tratarse de una Ulcera Gástrica y con ese diagnóstico mandamos a la paciente al Servicio de Rayos X, que nos informó de Pto-sis Estomacal, irregularidades de la mucosa en la parte media, estómago en forma de reloj de arena. Con cuyo informe hicimos el diagnóstico de Poliposis Gástrica, tumores benignos del estómago, relativamente raros y que representan menos del uno por ciento de todos los neoplasmas del estómago.

Como las hemorragias eran repetidas, le aconsejamos a la enferma el tratamiento quirúrgico, pero no aceptó y pidió su alta.

2º Caso.—J. O., de 54 años de edad, vecindada en Tegucigalpa, soltera, ingresa al Servicio a curarse de dolor en el hígado.

Antecedentes P.—Hace como doce meses tuvo deposiciones líquidas de coloración amarillenta algunas veces y otras sanguinolentas en número de seis a diez al día, acompañadas de dolores cólicos, este cuadro desapareció a los ocho días con tratamiento médico. Quince días después le apareció un dolor agudo en el hipocondrio derecho con sensación de pesantez en el mismo lado y con elevación de la temperatura. Ha tenido vómitos alimenticios y sudores nocturnos. En el Servicio se presenta con dolor espontáneo agudo en el hipocondrio derecho, defensa muscular en el mismo lado. 39o de temperatura en la tarde. Pulso: 100 por minuto. Vómitos alimenticios.

Antecedente a L.—Sarampión, Gripe y Disenteria por amibas.

Examen funcional. — Respiratorio: disnea poco acentuada. Circulatorio: pulso acelerado (100 por minuto). Digestivo: vómitos alimenticios. Sistema Nervioso y órganos de los sentidos: normales. Estado presente: Piel de coloración morena, húmeda, con pániculo adiposo y musculatura poco desarrollada.

Examen Físico. — Inspección: Abdomen normal. Palpitación: defensa muscular en el hipocondrio derecho, dolor en el mismo lado más exagerado en el borde del hígado. Cuadro cólico: doloroso. Percusión: borde superior del hígado en el sitio normal; borde inferior descendido hasta tres veces de dedo del reborde costal. Bazo normal.

Respiratorio: estertores sibilantes en la base del pulmón derecho

Circulatorio: normal. Sistema Nervioso y órganos de los sentidos: normales.

Examen de Laboratorio:

Heces: positivo por amibas histolíticas activas y quistes.

Sangre: Rojos 3.200.000. Blancos, 16.000 con neutrofilia y ausencia de los cosinófilos.

Orina: albumina, ligeras trazas.

Khan y Malaria: negativos:

Por la sintomatología dolorosa, la defensa muscular, el aumento del hígado, la presencia de histolíticas activas en las heces, el aumento de leucocitos con predominio de los polinucleares, la ausencia de los cosinófilos, la fiebre cotidiana con escalofríos y sudores y ausencia del Hantozoario de Laverán en la sangre, diagnosticamos Absceso Hepático de origen amibiano. Tratamiento: le indicamos inyectables de Emetina y Urotropina, bolsa de hielo permanente. Seguramente el absceso comenzaba a formarse y por eso cedió al tratamiento médico, y la enferma salió curada.

He de hacer notar que desde hace dos años a esta parte se están presentando casos de Abscesos Hepáticos con más frecuencia que anteriormente habiendo sido siempre elevado el porcentaje de enfermos de Colitis Amibiana.

3er. Caso.—M. H., de 20 años de edad, vecina de Tegucigalpa, ingresa al Servicio a curarse de un dolor en el estómago y vómitos.

A. P.—Desde hace como un mes después de desayunarse tuvo un dolor en el epigastrio que se le irradió hacia la parte posterior e inferior del hemitórax izquierdo acompañado de vómitos alimenticios; ese dolor fué agudo y le obligó a guardar cama. Siempre que ingiere alimentos los arroja consiguiendo con esto que su dolor disminuya en intensidad sin desaparecer por completo. Ha presentado fuera del Hospital tres hematemesis siempre después de haber ingerido alimentos. Desde el día de la aparición del cuadro anteriormente descrito, la enferma se ha puesto ictericia y presenta síntomas de hiperclorhidria.

Fuera del Hospital no ha tenido tratamiento.

Funciones Orgánicas generales: sueño interrumpido, repugnancia por la carne y las grasas. Evacuaciones albinas de coloración blanquecinas en escasa cantidad. Orina: cantidad disminuida.

Examen funcional.—Circulatorio y respiratorio: normales. Digestivo: dolor en el epigastrio, vómitos alimenticios, hiperclorhidria. Sistema Nervioso y órganos de los sentidos: normales.

Examen Físico.—Aparato Circulatorio: 65 pulsaciones por minuto. Aparato Respiratorio: normal. Aparato Digestivo: a la inspección nada anormal. Percusión: nada anormal. palpación: punto epigastro doloroso: punto vesicular, doloroso, pero no tan intenso como el anterior. Bazo normal.

Sistema Nervioso y órganos de los sentidos: normales.

Ha presentado pequeñas elevaciones de temperatura.

Exámenes de Laboratorio:

Sangre: recuento rojos: 2.800.000: blancos, 10.000. Khan y Malaria: negativos. Orina: pigmentos biliares y ligeras trazas de albúmina.

Por todos los síntomas y signos anteriormente descritos pensamos que se trataba de una úlcera gástrica complicada con una obstrucción del conducto coledoco por cálculo y con ese diagnóstico enviamos a la enferma al Departamento de Rayos X que nos informó: A la fluoroscopia el bario llega al estómago sin

dificultad pero no se reparte uniformemente, acumulándose en el fondo mayor y provocando acto continuo un peristaltismo bastante fuerte. El bario no pasa al duodeno lo que se presume haya una estrechez del píloro de causa extrínseca.

Estando en malas condiciones la enferma, dispusimos inyectarle suero glucosado por vía subcutánea y rectal con el objeto de pasarla a un Servicio Quirúrgico para someterla a un tratamiento operatorio adecuado, pero desgraciadamente la paciente murió y le fué practicada la autopsia, resultando un Cáncer del duodeno.

Acción ponzoñosa de la Casampulga

LATRODECTUS MACTANS

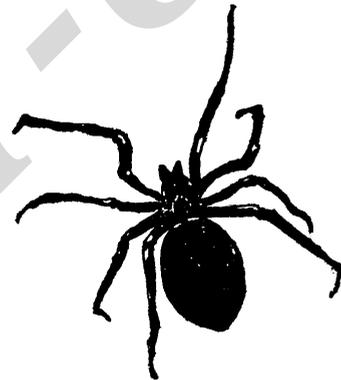
Por el Dr. MARTIN A. BULNES B.

Presento el segundo caso de intoxicación por un arácnido venenoso, la CASAMPULGA, llamada también ARAÑA BOTÓN, ARAÑA CAPULINA y VIUDA NEGRA, bautizada por diferentes autores con el nombre científico de LATRODECTUS NACTANS, cuya observación relato:

Eugenia Láinez, de 20 años de edad, soltera, de oficios domésticos y vecina de esta ciudad, ingresó al primer servicio de medicina, sección de señoras del Hospital General, quejándose de temblor y agudo dolor torácico.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD. La enferma refiere que, en la noche del 17 de abril del corriente año, fué picada por una casampulga en la región glútea derecha, lo cual le ocasionó un dolor lancinante, con irradiaciones hacia los miembros inferiores, abdomen y tórax. Al examinar a la enferma de referencia, apreciamos el dramático cuadro siguiente: en el lugar de la picadura, ligero eritema, además de abotagamiento en la cara, edemas palperables, epifora, edemas en las manos, piernas y pies, piel humedecida por abundante sudoración, dolores agudos en todo el cuerpo y con sensación de quemadura; temblor generalizado y a veces convulsiones clónicas, dolor y angustia precordial, disnea, taquicardia, sialorrea, estado hipotérmico, insomnio y dificultad para hablar, vómitos acuosos y oliguria, además de intensa excitación nerviosa y preocupación marcada por su situación actual.

Otros autores, entre ellos Somer y Greco, modificaron la clasificación anterior, aceptando tres grandes formas: "1º Araneidismo cutáneo hemolítico (araneidismo linfo-hemático, araneidismo hemolítico, fetero hemolítico, araneidismo gangrenoso, mancha gangrenosa). 2º Araneidismo exantomático (eritema polimorfo arañético, araneidismo escarlatíniforme). 3º Araneidismo neuromiomopático (tarantulismo, latrodectismo, neuroaraneidismo neurotóxico)". En cambio, el Dr. Houssay, establece dos tipos esenciales más frecuentes: Uno, debido a los *Latrodectus*, caracterizado por síntomas nerviosos; y otro, cuya etiología



es menos precisa, que abarca las formas gangrenosas con casos leves o graves, con síntomas generales intensos, delirio, hemorragias, fiebres, ictericia. El autor llama la atención sobre el hecho importante de que los venenos inoculados no son hemolíticos *IN VITRO* Y SÓLO TIENEN PROPIEDADES HEMOLÍTICAS LOS HUEVOS Y ABDOMEN DE LAS ARAÑAS.

En relación a la ponzoña de estos arácnidos, los Drs. Puga Borne, Houssay y Negrete, Escomel y Vellard, demostraron que el cobayo es muy sensible a la picadura del *LATRODECTUS NACTANS*. En experiencias de 16 animales picados por una araña, el 50% murieron dentro de las 24 horas. En el cobayo se observó la siguiente sintomatología: "1º Un tipo de evolución aguda, con bronco espasmo e intensos síntomas nerviosos desde el comienzo del emponzoñamiento. La totalidad (13 cobayos) de los animales murieron; 2º Un tipo de evolución prolongada con síntomas nerviosos iniciales y poca sintomatología respiratoria, los que si bien mejoraron, murieron más tarde (3 cobayos); 3º Un tipo con síntomas iniciales (inquiétude, hiperexcitabilidad, temblor y polipnea) del cual curaron (3 co-

bayos); 4º Un grupo de animales asintomáticos. Ningún cobayo picado por dos arañas sobrevivió. La sintomatología provocada por la ponzoña en el perro difiere de la observada en el cobayo. Predominan en el primero, en los órganos digestivos: náuseas, vómitos y diarrea, y si la dosis es muy grande, excitación, temblores y aullidos. La picadura en un perro por 50 arañas provocó la muerte en el quinto día por BRONCONEUMONÍA”

Con las experiencias practicadas en diferentes animales, los autores de referencia, apreciaron la acción farmacológica de la ponzoña del LATRODECTUS NACTANS, la cual fué analizada como una NEUROTOXINA DE ACCIÓN DIFUSA SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. Los fenómenos eléctricos registrados en el músculo después del emponzoñamiento, desaparecen en las zonas privadas de inervación. Provocan un ascenso de presión arterial en el perro, gato y rata, probablemente debido a una acción directa de la ponzoña sobre los centros reguladores de la presión arterial, además de alterar los movimientos respiratorios al provocar contracturas musculares y temblores.

Con estas experiencias quedó demostrada la acción tóxica de la ponzoña de este arácnido, además de apreciarse el cuadro clínico del LATRODECTISMO, lo cual despertó entusiasmo y avivó el ingenio de los investigadores argentinos, entre otros, el Dr. Sampeyo y colaboradores, en relación con el tratamiento específico de estos accidentes. Estos investigadores inmunizaron un equipo por vía subcutánea,

utilizando como antígeno UNA SUSPENSIÓN DE CEFALOTÓRAX TRITURADOS EN SOLUCIÓN FISIOLÓGICA. PARA LA PRIMERA INMUNIZACIÓN UTILIZARON 1.436 CEFALOTÓRAX DISTRIBUIDOS EN CATORCE SEMANAS, Y PARA LA SEGUNDA 820 EN SIETE SEMANAS. ESTE SUERO ANTI-LATRODECTUS TIENE ALTO PODER PREVENTIVO Y CURATIVO.

Entre nosotros, algunos médicos que han tenido oportunidad de observar casos similares, recomiendan SOLUCIÓN ACUOSA DE AMONÍACO, HORCHATAS DE SEMILLAS DE LIMÓN O DE FREJOLAS DE CASAMPULGA y reconocen su eficacia en estos accidentes; otros recomiendan el CLORURO O EL GLUCONATO DE CALCIO AL 10% O EL SULFATO DE MAGNESIA AL 25%, VÍA ENDOVENOSA, Y EL SUERO DE CALMETTE. En cambio, el Dr. Sampeyo, indica como tratamiento efectivo para estos accidentes, el SUERO ANTI-LATRODECTUS por vía subcutánea, una ampolla de 10 cc., dosis suficiente, ya que cada cc. neutraliza tres mil dosis mínimas mortales. En los casos de extrema gravedad, podrá utilizarse la vía endovenosa, después de haber determinado la sensibilidad del sujeto por vía intradérmica. En los pocos casos, en los cuales hasta ahora se ha aplicado el suero, por el autor de referencia, el éxito ha sido notable.

Por todo lo expuesto apreciamos que el tratamiento específico del LATRODECTISMO ya no es un problema.—Octubre de 1944.

BIBLIOGRAFIA. — «Acción ponzoñosa y tratamiento de la picada por el *Latrodectus Mactans*», por el Dr. Rafael Sampeyo. «El Día Médico», de noviembre de 1943.

LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE HENROTAY EN EL TRATAMIENTO DE LOS VÓMITOS INCOERCIBLES REBELDES EN EL EMBARAZO

Para el tratamiento de los vómitos incoercibles rebeldes hasta la fecha no se conoce ningún remedio específico; pues la verdadera etiología de este síndrome no está completamente dilucidada y por consiguiente no se puede establecer un tratamiento que combata la causa directa.

Sin descartar todos los factores etiológicos invocados hoy en día (psíquico, infeccioso, tóxico, endocrino, embarazo, etc.) los más aceptados son los vómitos de origen neurótico y los de origen tóxico. A este respecto Stander dice: “Creemos hoy día que todos estos vómitos tienen algún origen toxémico”; por el contrario Beck dice: “Son raros los vómitos perniciosos tóxicos”; casi todos los vómitos perniciosos se curan si se tratan como de origen neurótico, consistiendo la mayor dificultad en conocer el momento en que un vómito neurótico se convierte en tóxico.

En tres pacientes en que fueron agotados todos los medios indicados para su tratamiento (reposo, encamamiento, aislamiento de los enfermos, reposo absoluto del estómago, sedantes, grandes cantidades de glucosa, vitaminas, etc.), sin ningún resultado, fué indicado el procedimiento de Henrotay, el cual con-

siste en administrar a las 21 horas una enema de cloral (1½ a 2 gramos) y cuando va a dormirse se le da la sopa de Fochier (Sopa de pan espesa y salada, 250 gramos); inyectando insulina una hora antes de la sopa y suero glucosado en protocolo (unas XI gotas por minuto); esta indicación se puede seguir por varias noches hasta tanto no se devuelvan los alimentos.

En las tres enfermas a que me refiero dió magníficos resultados esta indicación, pues en dos de ellas fueron suficientes tres noches de aplicación, y la tercera resistió tomar sus alimentos hasta después de la octava noche.

Ahora bien, con una buena profilaxis se pueden prevenir muchos vómitos incoercibles consistente ésta en minuciosos cuidados prenatales, en lograr diferenciar a su debido tiempo los vómitos de origen neurótico de los de origen tóxico, lográndose ésto viendo si resulta o no el tratamiento adecuado, el cual después de ensayarlo por tiempo razonable, sino da resultado se debe pensar en los vómitos de origen tóxico; los cuales los verdaderos vómitos tóxicos no se curan si no se recurre a su debido tiempo a hacer el aborto terapéutico.

DR. ABELARDO PINEDA U.

Los «Enrojecimientos» Oculares Recidivantes de Honduras

Por el Dr. JOSE GOMEZ-MARQUEZ.

Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Honduras
y antes de la de Barcelona (España)

GENERALIDADES (1)

Son muy comunes; a la observación clínica superficial y aun en la vida social ordinaria aparecen difundísimos; a la oftalmológica se ofrecen en tal abundancia, que puede afirmarse «en principio» que, *prácticamente*, afectan a la totalidad de la población.

Estos enrojecimientos son permanentes, o pasajeros y recidivantes; y entre los últimos se distinguen según su intensidad y duración tres categorías o grados: violentos y tenaces, moderados y cortos; ligerísimos y muy fugaces.

Los de carácter permanente y los pasajeros de la primera categoría, se aprecian respectivamente en muy numerosas personas; son los que «saltan a la vista» en Clínica general e impresionan por su notable extensión y frecuencia.

Los fugaces de las categorías segunda y tercera (vistos o conocidos de ordinario por el Oftalmólogo solamente) constituyen, no obstante la innegable difusión de los del anterior grupo, la gran masa de los «enrojecimientos» oculares hondureños.

Entre los de la segunda (más numerosos que los de la primera sumados a los permanentes), unos son de apreciación objetiva inmediata; otros no se perciben en el momento de la exploración; pero todos forman parte de las quejas de los pacientes y no pocas veces son ellos la causa única que les nueve a consultar.

Los de la tercera, los más difundidos (quizás afectan ellos solos, al cincuenta por ciento del total de la población), son muy discretos y suelen pasar desapercibidos, porque las personas en quienes recaen tienen habitualmente los ojos blancos, y éstas mínimas hiperemias rara vez molestan. Se aprecian generalmente

con ocasión de exámenes visuales efectuados por otras causas; por simple inspección, si coinciden con éstos, y por interrogatorio cuando no se ven; la ratificación o rectificación del diagnóstico en este último caso, y por consiguiente la valoración de la frecuencia de los enrojecimientos de esta categoría, depende mucho de la cautela con que se practique el interrogatorio; si se pregunta por enrojecimientos—«enfermedad», estas personas (que en su mayoría consultan para que se les dé «el número» de unos lentes) contestan negativamente, y la información resulta involuntariamente falsa; pero si les pedimos nos digan si se les enrojecen «los ojos» cuando fijan la vista en el «cine» o en un libro y sobre todo cuando se «desvelan», responderán que sí, aunque hayan negado antes; porque saben que lo mismo les pasa a los demás «sin estar enfermos de la vista»; contestan, pues, a éste «segundo modo» libres de prejuicios; y creyendo referirse a fenómenos de orden normal, dicen correctamente lo que les pasa, evitándonos al propio tiempo errores de apreciación.

La enorme difusión de estos enrojecimientos demanda que se les estudie con el mayor interés:

La hiperemia de «los ojos», permanente o pasajera, y cualquiera que sea su grado de intensidad, representa «siempre» (excepción hecha de ciertos estados fisiológicos—llanto, estornudo, bostezo y esfuerzos en general—) la existencia de un estado morboso. No es nunca por sí sola una enfermedad; constituye simplemente un signo vulgar y común, a muchos estados patológicos. Su presencia acusa la de cualquiera de éstos, pero jamás la de «uno» determinado; es pues, un signo de grupo, y en nuestro caso, del extraordinariamente amplio que forman, por su reunión los frecuentísimos defectos ópticos, capaces de hiperemiar el ojo, y los numerosísimos y no menos frecuentes padecimientos inflamatorios con localización habitual en su polo anterior, y en los órganos superficiales que le son anexos.

La hiperemia de las partes visibles del ojo carece de significación precisa «a fuerza de tener tantas»; pero a su vez no es «concebible sin la presencia de uno o varios de los muchísimos procesos que la originan.

Los enrojecimientos oculares «hondureños» tanto permanentes como pasajeros, y dentro de estos últimos los de sus tres categorías, tienen necesariamente que ser ocasionados por uno o muchos de aquellos.

Estudiando estos enrojecimientos en algo más de ocho mil oftálmicos atendidos en total

(1) La índole de este trabajo exige que sus ilustraciones sean documentos fotográficos en colores; dificultades de orden tipográfico nos impiden presentar aquí las muy numerosas que poseemos sobre los diversos tipos clínicos a que nos referimos en el Texto.

Para suplir, sólo en parte, esta deficiencia, nos servimos de un cierto número de esquemas en negro que debemos a la amabilidad del alumno de Oftalmología de esta Facultad, don Diagoerto Majano; todos ellos han sido tomados por observación directa de casos de la Clínica; y aparecen tal y como él mismo los ve; la interpretación es bastante correcta. Le agradecemos desde aquí tan útil colaboración.

por causas diversas, durante los casi ya seis años que actuamos en Honduras, hemos podido apreciar lo que sigue:

1º—No son achacables a los agentes *extrínsecos*, productores de *hiperemias oculares simples* «en gran escala», tales como la exposición al fuego y a otras radiaciones, o al contacto con gases y vapores irritantes como los que actúan en ciertas industrias; el país es esencialmente agrícola y no las tiene.

2º—No muestran relación alguna con los provocadores *intrínsecos locales* de *hiperemia simple* «al por mayor»; es decir, con los *defectos ópticos del ojo* que por obligar a su musculatura a excesivos esfuerzos compensadores, son causa de las tan frecuentes congestiones paraciliares con localización en el polo anterior de ambos ojos y en los bordes palpebrales; el ojo de los criollos hondureños es inexplicablemente «perfecto» (1), y sus insignificantes anomalías ópticas insuficientes en absoluto para determinar astenopias; y prueba que ello es así, el que corrigiendo, sus mínimos astigmatismos, las *rubicundeces* no sufren la menor atenuación en intensidad ni ritmo.

3º—No puede establecerse tampoco conexión alguna entre estas hiperemias y las blefaritis vulgares; prácticamente no son de apreciación en esta Clínica y en ninguna de sus formas.

4º—En igual caso se encuentran las *conjuntivitis microbianas* y las *estrecheces* y *obstrucciones crónicas* de las vías lagrimales con sus frequentísimas y graves complicaciones *corneales*; la RAREZA de todas ellas es verdaderamente sorprendente; y su *benignidad* en los pocos casos que se ven de las mismas es tal, que respetan como regla la córnea; y, hasta la terrible *gonococia conjuntival* (más frecuente, sin serlo demasiado, que todas las conjuntivitis y decriocistitis juntas), se manifiesta la mayoría de las veces como una *afección banal* e incapaz de ulcerar o de ulcerar gravemente, aquella membrana.

5º—Los padecimientos oculares *locales hiperemiantes* propios de las *zonas tropicales* (astenopia tropical de Elliot, pápula conjuntival de Herbert, queratitis tropical de Wethoff, macular de Kirpatrick etc.), y las *manifestaciones y complicaciones oculares* de las *enfermedades generales de «igual condición»* (queratoconjuntivitis de la disentería bacilar; oftalmías de la peste, tularemia, cólera; oftalmitis parasitarias, por hidátides, triquinias, cisticercos, tripanosomiasis y filariosis diversas—incluida la oncocercosis vecina, etc.), no se padecen en este país.

En resumen:

Los tan generalizados y comunes *enrojecimientos conjuntivales* «hondureños», no dependen de los factores *extrínsecos* o *intrínsecos* que en clínica «universal» determinan de ordinario las *hiperemias oculares simples*.

No tienen su origen tampoco, en las *afecciones inflamatorias* de causa *endógena* que afectan al *pelo anterior del ojo* (1) y a sus *anexos superficiales*.

Uno o varios casos de *hiperemias oculares simples* de causa «universal», y otros tantos o el doble de *rubefacciones* oculares «sintomáticas» de *procesos inflamatorios vulgares* y comunes en las clínicas «cosmopolita» o «tropical», no harían más que confirmar, como *excepciones*, la veracidad y justeza de la regla general; la *inexistencia* o *rareza* de tales estados está tan a la vista, como su *extraordinaria difusión* para los enrojecimientos «autóctonos». Una simple ojeada a la clínica local basta para penetrarse de estas bien evidentes verdades; en uno y otro caso, se puede hablar, como lo hacemos, *sin recurrir al apoyo de las tantas veces falaces y siempre fatigosas pruebas estadísticas*.

Nos encontramos, pues, en presencia de dos órdenes de hechos de observación, evidentemente contrapuestos:

Enrojecimientos conjuntivales, sorprendentemente generalizados, que acusan la existencia en el país de uno o muchos de los conocidos *procesos inflamatorios o simplemente hiperemiantes* que se manifiestan en las superficies oculares visibles; los ojos no enrojecen «normalmente», y las *hiperemias oculares «esenciales» no existen*.

«Ausencia» constante y paralela, de los estados y afecciones que, según la Oftalmología, habrían de producirlos.

Estas realidades clínicas, son sin duda de interpretación muy difícil; pero nos cuadre o no hemos de tomarlas tal y como se nos ofrecen: «LOS HECHOS SON MUY TERCOS», ha dicho alguien (2), para justificar sus éxitos sobre las masas, a pesar de no hacer discursos; y aquellos que hemos señalado como de apreciación común en clínica hondureña son *permanentes e inmutables*; si por discrepar de los conocimientos oftalmológicos, *actualmente «standard»* se pretendiese negarles o desconocerles, ellos mismos con su insigne *terquedad* acabarían por imponerse.

De lo hasta aquí expuesto resulta, que la vulgarísima y común *hiperemia ocular*, que, como al principio decíamos no significa *universalmente* nada "a fuerza de tener tantas sig-

(1) Las *segmentitis anteriores* de causa *endógena* con su fenomenología hiperémica característica no están ausentes de esta clínica; son más bien procesos frecuentes; las *rubicundeces* que determinan no pueden en ningún caso confundirse con las que nos ocupan; no obstante trataremos de ellas en el momento oportuno; si las mencionásemos en el texto en lugar de en esta nota, produciríamos confusiones que debemos evitar. Las citamos sin embargo, para que no parezca que ocultamos deliberadamente hechos que asemejan no con venir a nuestra tesis.

(2) No citamos al Autor de la frase, para evitar sugerencias políticas ajenas a nuestros fines.

(1) Véase: Dr. José Gómez-Márquez, *Revista Médica Hondureña*. Nº 112, Pág. 475. Mayo y Junio, 1944.—«Los Contratos de la Clínica».

nificaciones", constituye en Honduras un fenómeno singular y muy expresivo; decir en clínica «cosmopolita» *rubicundez* de las superficies oculares pretendiendo señalar así un padecimiento oftálmico determinado, sería un despropósito; en la hondureña, en cambio, aquella misma palabra evoca necesariamente las rubicundeces «autónomas»; *no hay otras*; sucede en este caso como ocurriría con los padecimientos febriles por ejemplo, si en una zona geográfica o país sólo existiese uno, y siempre el mismo, de esta categoría; podríamos denominarlo «la fiebre» sin que ello produjese confusiones; pero fuera de aquel lugar, más que erróneo sería ridículo y absurdo el empleo de aquella expresión.

Estas circunstancias y la necesidad de llamar de algún modo a un proceso que *no es asimilable* a ninguno de los descritos y ya titulados en Oftalmología, permiten y aconsejan darle una denominación propia; la de «Oftalmía roja», parece convenirle especialmente: porque expresa con brevedad el signo que mejor lo caracteriza, el órgano en que se manifiesta, y el área geográfica en donde se observa, *sin prejuzgar su etiología, naturaleza y patogenia*. Tiene además la ventaja, que consideramos muy estimable, de incitar por sí misma y en cada caso, al control y a la crítica de cuantos clínicos la usen: la expresión «Oftalmía roja» encierra una perenne afirmación de negaciones o ausencias y rarezas de entidades morbosas que exige una muy amplia revisión; de la ratificación o rectificación en alta escala de nuestras afirmaciones depende el valor que en lo teórico y en lo práctico puedan tener éstas.

La describiremos, pues, por las susodichas razones bajo el título mencionado.

LA «OFTALMIA ROJA» EN HONDURAS (1)

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Como en la nota que va al pie se expresa, «la oftalmía roja» no es *propia y exclusiva* de Honduras; ni tampoco *una anomalía* «aislada» o *circunscrita* a las superficies oculares, según para hacer más fácil la exposición, habíamos dejado entender; digamos ahora ya que su fenomenología clínica que hemos venido representando por *un solo signo, la hiperemia*, consta en realidad de *otros varios*; hagamos notar, finalmente para precisar ideas, y evitar

confusiones en lo sucesivo, que aun considera sólo en Honduras, en su aspecto puramente ocular, y dentro de éste en relación con el signo único «rubicundez», es decir, en su más simple y esquemática expresión, la «Oftalmía roja» es una entidad clínica compleja y «anómala», cuyo estudio no puede ser emprendido sin fijar de antemano los términos en que haya de ser concebida; sus manifestaciones clínicas son de tal índole, que aún la simple definición y catalogación de las mismas como *expresiones fisiológicas o patológicas de la vida*, es poco menos que imposible.

Entre los *enrojecimientos* (y cuanto se diga de éstos es enteramente aplicable a todos sus «co-factores») *permanentes*, y aún los *intermitentes* de la *primera categoría*, y la *normalidad*, existen tantas gradaciones como habitantes tiene el país; no hay límites tangibles para los *permanentes* y los *fugaces*, ni para las *tres categorías* de éstos; y *menos aún*, para los más ligeros, poco durables, y de más largas intermitencias de la *tercera categoría*, y la *normalidad ocular*.

Mientras a los *permanentes* sumados a los *recidivantes* de la *primera categoría* (los abundantísimos que «saltan a la vista» en la *Clínica y en la sociedad*) se les puede llamar—sin prejuzgar su naturaleza ni su condición de *locales* o *subordinados* al estado general—«afección», «enfermedad», «padecimiento», o «proceso morbosos» indistintamente y *con propiedad*, repugna al espíritu emplear tales denominaciones para los numerosísimos casos de la *tercera categoría* que sin límites precisos se confunden con lo *fisiológico*; y lo mismo puede decirse en proporciones, naturalmente distintas, para los innumerables estados intermedios entre ambos extremos. Los vagos y muchas veces inadecuados términos que intencionalmente hemos usado para referirnos a la «Oftalmía roja» en conjunto, «irregularidad», «anomalía», «situación», «estado», y la parquedad en usar las expresiones «patológico» y «morboso», exteriorizan una situación de ánimo que no es *intrínsecamente vacilante*, sino exacto reflejo de las *oscilantes impresiones* de la clínica misma.

Estas dificultades, no pueden ser solucionadas, ni aún segregando del cuadro general, arbitraria y convencionalmente, las *hiperemias* del *tercer grado* que por ser las más numerosas y estar más próximas a la *normalidad* constituyen el verdadero escollo en la delimitación

(1) Referimos la afección a este país y a su aspecto puramente ocular, porque no dispnemos de espacio para tratar de ella con toda la amplitud que merece, ni nos proponemos ahora otra cosa que dar a conocer sus más destacados rasgos *locales* al Público Médico hondureño; en realidad la «Oftalmía roja» no pertenece exclusivamente a Honduras, sino a todos los países ribereños del Caribe. o *más correcta y concretamente a todos los oriollos caribeños*; tampoco es simplemente un *proceso ocular*; cuando menos «coexiste» constantemente con numerosos síndromes de localización diversa, entre los cuales ella misma destaca por su in-

variable presencia y gran visibilidad como la «estrella» de primera magnitud en una constelación sideral.

Esta asimilación, expresa con mayor propiedad, quizás, que cualquier otra, el carácter de las relaciones de la «Oftalmía roja» con sus «síndromes» *locales* y *generales*; siempre y cuando entendamos el término «constelación» como *coexistencia* de varios «cuerpos» o fenómenos, en el lugar, en el tiempo, y en el sentido de sus movimientos dentro de una órbita determinada, y cualquiera que en realidad sea el origen y naturaleza de las *sustancias* o *fuerzas* que respectivamente los integren.

tación y comprensión de la «Oftalmía roja»; porque ni las del «grado tercero» ni las de los otros dos, están respectivamente vinculadas a grupos «determinados» de personas; cada una de éstas, puede presentar, alternativa e irregularmente, en el curso de su vida «todas» las categorías de las *recidivantes*; bien sea en forma gradual de la tres a la una, para transformarse en *permanentes*, o bien, y esto es lo usual, «saltando» de la tres a la una o de ésta a la tres, para permanecer más o menos tiempo en la nueva o regresar al punto de partida, pasando o no por la intermedia. Tenemos, pues, *hiperemias* «permanentes» y «pasajeras»; y entre las últimas tres grados de *intensidad y duración* que corresponden con bastante exactitud a las características generales que anteriormente les fueron asignadas; pero no tenemos personas o grupos de ellas que estén sujetas a padecer rígida e invariablemente «*enrojecimientos recidivantes*» de una «determinada categoría», ni aun está bien definido el de las que presentan los «*permanentes*»; porque éstos adquieren tal carácter insensiblemente, y no existe límite de separación entre los que ya lo tienen, aunque poco ostensiblemente, y los «*recidivantes*» muy acentuados de la categoría primera.

Los diversos «modos» y categorías de los *enrojecimientos* «autónomos», no admiten, pues, disociaciones a pesar de sus notables diferencias, porque en lo «esencial» son idénticos; la «*reversibilidad*» *reciproca* de que gozan, determina y mantiene la continuidad entre unos y otros; son por consiguiente, partes de un «todo único». No representan o son expresiones de «estados» locales o generales distintos, sino manifestaciones de «uno solo» en *grados de intensidad diferentes*.

La condición de «portador» de «oftalmía roja» (nótese que decimos «portador» y no «enfermo») no la da el estar sujeto a *hiperemias* de tal o cual tipo, sino el que éstas sean *bilaterales y recidivantes*; no merecen menos el diagnóstico de «portadores» quienes presentan las imperceptibles raras y fugacísimas lindantes con la normalidad que aquellos otros que están pasando o han llegado a las de carácter *permanente*.

La «oftalmía roja» por lo que a sus *hiperemias* «autónomas» características se refiere, es *indivisible*; no puede ser estudiada por partes.

No se distingue tampoco, a lo menos cómoda y claramente, de la *normalidad*; porque entre las oscilaciones fisiológicas de la circulación en las superficies oculares y los menos perceptibles y durables *enrojecimientos* «esenciales» de aquella no hay diferenciación clínica posible.

La «oftalmía roja» que por uno de sus extremos es evidentemente un «proceso morboso» de localización ocular, constituye por el otro un fenómeno indiferenciable de los fisiológicos.

Toda ella en conjunto, y también sus «*co-síndromes*» *locales y generales*, acabalga, entre lo normal y lo patológico.

Esta visión constituye el eje de nuestra ideología sobre el particular; todo cuanto en apariencia nos separe en lo sucesivo de la misma, debe ser achacado a la impropiedad que, eventualmente tengan los términos que usemos para referirnos a sus accidentes diversos, pero no a *veleidades de concepto*; antes que establecer definiciones y clasificaciones que no armonicen con los hechos de la clínica ni con la razón, preferimos atenernos a la indiscutible realidad de nuestra propia ignorancia acerca de los mismos.

* * *

Los *enrojecimientos* «autónomos» que, como últimamente dijimos, no constituyen por sí solos la «oftalmía roja», van acompañados de otros factores que nos ocuparán seguidamente; anticipemos, para terminar de caracterizarla en conjunto, que todos ellos y cada uno presentan los mismos, rasgos generales que hemos atribuido a las *hiperemias*.

La «oftalmía roja» es, pues, una *expresión sindrómica* integrada por varios signos de la misma o distinta naturaleza, que se *manifiestan y mueven* en las superficies oculares; constituyen por consiguiente, una *verdadera «constelación» epioftálmica* en la cual las *hiperemias «autónomas» desempeñan el papel de estrella de primera magnitud en relación con los demás*.

La conexión entre esta última y sus acompañantes «satélites» es la misma que la que en la nota de la pág. 6, dijimos que existe entre la propia «oftalmía roja» y sus «*co-síndromes*» generales, *integrantes todos de la «constelación» COMPLEJO MORBOSO «FUNCIONAL» (1) CARIBEÑO que allí citamos*.

La expresión, «ENROJECIMIENTOS OCULARES «*RECIDIVANTES*» DE «HONDURAS», que hemos utilizado para encabezar el presente capítulo, es evidentemente impropia, porque no armoniza con el contenido de éste, ni los *enrojecimientos «recidivantes»* son exclusivos de Honduras. Reconocemos que así es; y añadimos que su elección no fué irreflexiva sino muy meditada; pero no supimos, ni sabríamos ahora encontrar otra menos defectuosa. Creemos que atenúa en parte esta irregularidad el hecho de que los *enrojecimientos*, sus co-factores oculares, y sus co-síndromes generales forman un todo inseparable; y ni podríamos tratar de cualquiera de ellos aisladamente, ni presentarlos todos a la vez, dado su extraordinario número y las insospechadas proyecciones que en su mayoría tienen sobre los campos de la Fisiología, Patología, y Oculística.

En todo caso el título de referencia es en cierto modo una *imitación* del modo de proceder de los numerosos Autores que describen la Patología por el método «del síntoma a la enfermedad»; y en ninguna otra ocasión podría realmente utilizarse mejor este sistema que en

(1) «FUNCIONAL», por oposición al «ORGÁNICO» no menos interesante que aquél, y que por el momento no hacemos más que mencionar.

la que nos ocupa; debemos nuestra propia iniciación a los *enrojecimientos*; y fué estudiándolos como llegamos paulatinamente a conocer sus co-factores oculares, y sus co-síndromes generales que después agrupamos bajo el ya mencionado título de COMPLEJO MORBOSO «FUNCIONAL» CARIBEÑO.

En cuanto a la «imputación» a Honduras de las *hiperemias recidivantes*, debemos decir que no es tan incorrecta como parece; repetimos que la «oftalmía roja» y sus «satélites» del COMPLEJO «FUNCIONAL», son *cuando menos*, de todos los países del Caribe; pero mientras en ellos los «síndromes» *todos* del COMPLEJO «FUNCIONAL» *están mezclados y confundidos con todos* los procesos funcionales y orgánicos, oftalmológicos y *generales de la Patología «universal»*, en Honduras se observan *aislados* y son tan claros y evidentes que ni aún hay que esforzarse en el diagnóstico diferencial; las *especies morbosas oculares* que pudiesen determinar confusiones, *no existen en este país «naturalmente»* (véanse pags. 3 y 4); y lo mismo que para los padecimientos visuales de *toda índole*, se puede decir *para los generales, de toda índole también*.

Referir, pues, la «oftalmía roja» a Honduras, es una *beneficiosa* incorrección; porque en definitiva, para aprender a diagnosticarla en los demás países, y para iguales fines en relación con la totalidad del COMPLEJO «FUNCIONAL», será indispensable *visitar la clínica hondureña*; y «entonces» quizás sean de alguna utilidad estos informes; mientras tanto creemos que ni éste ni ningún otro escrito podrán llevar al ánimo de nadie, que son rigurosamente exactas las extraordinarias singularidades clínicas de *todos LOS CARIBEÑOS*; será necesario para que ésto se admita, que sean muchos los que vean antes, con sus propios ojos, cómo se manifiestan en toda su *pureza en los criollos de Honduras*.

DESCRIPCION GENERAL

Para llevarla a cabo, estudiaremos en sucesivos párrafos:

1º—*El complejo ocular «superficial»* (1) en conjunto: «Oftalmía roja».

2º—Formas clínicas.

3º—Asociaciones *locales* frecuentes.

(1) «*superficial*», y añadimos *funcional*, *no obstante sus lesiones anatómicas*, para diferenciarle del *ocular «profundo»*, y *orgánico* que ni aun esquemáticamente apuntamos ahora en qué consiste, pero no provocar confusiones; bástenos decir que *constituye otra «constelación»—esta vez ocular—* (llamaremos «constelación» siempre, a cuantos *estados* veamos coexistir en cualquier región, mientras no «encajen» en los procesos conocidos y descritos, y carezcamos de pruebas suficientes de todo orden para considerarlos de una misma naturaleza) del más alto interés y que su signo eje, es una *coriopatía*, solamente diagnosticable por el examen oftalmoscópico muy atento, y cuyas características permiten imaginar con grandes probabilidades de acierto, que *ella misma es la causa de la extraor-*

4º—Diagnóstico. Los «signos de Lara» (enunciación).

5º—Co-síndromes generales «satélites» (enumeración).

6º—Etiología.

7º—Ideas etiológicas populares: «Oftalmía roja» y «pelos de venado».

8º Reflexiones y comentarios acerca de esta última.

9º Tratamiento actual.

10º Posibilidades terapéuticas en el porvenir.

* * *

1º—EL COMPLEJO OCULAR «SUPERFICIAL» EN CONJUNTO: «OFTALMÍA ROJA».

Como repetidamente hemos dicho, contribuyen a caracterizarla, varios signos o «factores» fundamentales que, combinándose entre sí en proporciones diversas para cada uno y en cada persona, dan lugar a la rica variedad de aspectos o cuadros clínicos que en la práctica presenta; estos signos o «factores», son:

a) *Enrojecimientos edematosos* de las superficies conjuntivales expuestas normalmente a la acción de los agentes exteriores.

b) *Fenómenos «subjctivos»* conjuntivales de tipo *reaccional agudo*.

c) *Espesamientos* y cambios de *coloración «permanentes»* en las zonas conjuntivales afectadas por los «enrojecimientos recidivantes».

d) *Neoformaciones conjuntivales* de tipo diverso, con *idéntica localización* que las hiperemias y engrosamientos, y constante *pero discreta invasión de la córnea*.

La fenomenología cambiante que de la asociación de los anteriores factores resulta, ofrece ciertas características generales y *comunes a todos los casos*, que conviene conocer, antes que la descripción general del proceso y el estudio de sus formas particulares.

Estas características o rasgos comunes son los siguientes:

La «oftalmía roja» *no existe en los niños*. Se *inicia* en las proximidades de la pubertad y se *atenúa* más o menos completamente hacia el *climaterio*. Es, pues, esencialmente *crónica*, dura tanto, cuando menos «en activo», como la *vida sexual* y se manifiesta claramente

diversa rareza del desprendimiento «esencial» de la retina en los «caribeños»; por eso la denominamos en publicaciones en prensa, LA CORIOPATÍA «ANQUILOSANTE» DE LOS CARIBEÑOS

La profusión de nombres y expresiones «nuevas» o poco usadas, que venimos empleando y emplearemos, puede inducir a creer que tratamos de hacer literatura, o que estamos invadidos por el infantil deseo de referirnos a las cosas con denominaciones extrañas en sustitución de las usadas en *terminología «universal»*; nada más lejos de nuestros propósitos; aspiramos simplemente a que se nos entienda, y es forzoso que llamemos de algún modo a lo que no tiene nombre; en un campamento, aún semi-permanente, se acaba por llamar de alguna manera (afortunada o no, a las calles que quedan entre los barracones.

te influenciada por los accidentes de ésta (lactancia, embarazo, menstruación, etc.)

Su curso es siempre muy irregular en cada individuo y presenta grandes variaciones de unos a otros.

No parece ser contagiosa, a pesar de su sorprendente difusión. Se manifiesta en cada individuo con entera independencia de los demás.

Los factores climatológicos no ejercen influencia directa en su aparición; las variaciones regulares (estacionales) e irregulares de los mismos, no intervienen en la «explosión» y marcha de sus manifestaciones.

Recae exclusivamente sobre los criollos de los Países ribereños del Caribe, siempre y cuando la ascendencia de éstos por las ramas paterna y materna, sea «criolla» o predominantemente tal, «hasta los cuatro abuelos». (1)

El proceso se manifiesta al principio, por crisis fluxionarias conjuntivales de corta duración («epibulbitis») que recidivan a intervalos más o menos largos; y después de unos cuantos meses, o al cabo de varios años, por alteraciones degenerativas («epibulbosis») de las propias zonas conjuntivales anteriormente sometidas a las fluxiones, que pueden proliferar e invadir la córnea en forma análoga al «pterigion», o como pterigions verdaderos.

Describiremos en ella separada o sucesivamente, las siguientes «fases» o periodos:

- A) Fase «roja», aguda, o crisis fluxionaria: «epibulbitis».
- B) Fase blanca o poco coloreada y fría: «epibulbosis».
- A) Fase «roja», aguda, o crisis fluxionaria: «epibulbitis». Síntomas subjetivos.

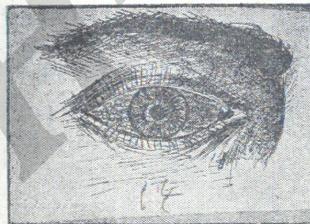
Son de iniciación brusca y a veces repentina, y consisten en picor, ardor, y sensación

(1) Véase: Dr. José Gómez-Márquez. «Los Contrastes de la Clínica», REVISTA MÉDICA HONDUREÑA, Nos. 105 (Marzo y Abril, 1943), y 111-112 (Marzo, Abril, Mayo y Junio, 1944).

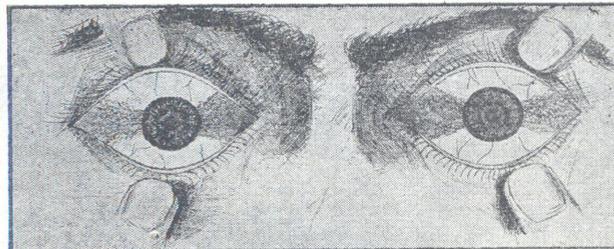
de cuerpo extraño que los enfermos expresan gráficamente diciendo, que tienen «como un arenero en los ojos»; se quejan también de dificultad para abrir éstos en el momento de despertar, como si los tuviesen pegados, pero nunca presentan secreción de especie alguna en el acto del examen; la «oftalmía roja» es una afección fundamentalmente «seca» por sí misma, y el interrogatorio cuidadoso permite comprobarlo; la dificultad que estos pacientes tienen para abrir los ojos en la mañana, es la común a todos los estados hiperémicos de la conjuntiva, y consiste en que la lubricación del ojo está disminuída; de aquí resulta que los párpados no pueden deslizarse bien sobre el globo cuando, como durante el sueño, están varias horas cerrados. Conviene informarse concretamente de si los ojos están «sucios» o con legañas al despertar; insistiendo sobre este punto veremos que muchas pretendidas secreciones son imaginarias; traducimos generalmente «pegados» por adheridos, y los enfermos también; esta confusión, puramente de palabras, debe ser eliminada; secreción y aglutinación, significan «conjuntivitis»; adhesión de los párpados al globo por deficiencias de lubricación expresa «hiperemia conjuntival», y secundariamente y como una de sus causas «oftalmía roja»; el uso indistinto y con idéntica significación de los términos «pegados» y «adheridos» en el caso que estudiamos, es quizás la causa más importante de que la «oftalmía roja» haya estado confundida hasta ahora y se confunda todavía a cada paso con las conjuntivitis vulgares, en las que los párpados se «pegan» o aglutinan a beneficio de la secreción.

Los anteriores signos se acompañan generalmente de fotofobia y lagrimeo moderados.

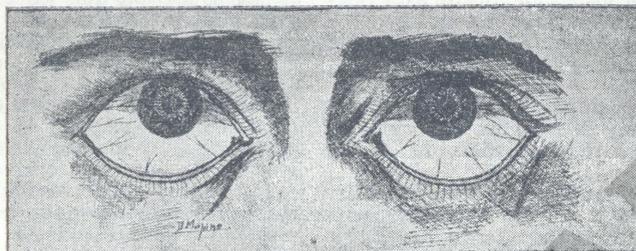
Síntomas objetivos.—Las conjuntivas bulbares enrojecen, pero de modo «exclusivo» en los espacios triangulares situados a cada lado de la córnea y normalmente expuestos a las influencias exteriores; las demás zonas de las conjuntivas bulbares y también las tarsales y de los fondos de saco, permanecen inalterables. (Fig. 1 y 1 BIS).



[FIG. 1]



[FIG. 1 BIS]



[FIG. 2]

El tránsito de las regiones hiperemiadas a las sanas es brusco, y basta hacer mirar al enfermo hacia arriba y abajo, mientras se retienen ligeramente los correspondientes párpados, para comprobar que la conjuntiva bulbar situada inmediatamente por encima y debajo del limbo está sana, y deja ver por transparencia el blanco-azulado normal de la esclerótica; en cualquiera de estas dos posiciones, el contraste entre las regiones normales y las afectadas es muy marcado, porque en las superficies así descubiertas se ven a la vez, las conjuntivas bulbares con su vascularización normal y las correspondientes a las zonas hiperemiadas. (Fig. 2-3).

El enrojecimiento es siempre bilateral, y aunque suele acentuarse hacia las regiones nasales, ocupa igualmente las temporales o externas; la intensidad de la coloración es sensiblemente igual para los dos ojos. (Fig. 1-3)

La hiperemia está constituida por vasos ingurgitados, gruesos y tortuosos, que siguen la misma dirección que el eje mayor de las aberturas palpebrales; pertenecen a la conjuntiva y se desplazan con ésta cuando se le hace deslizar sobre la esclerótica subyacente.

Las zonas enrojecidas asientan sobre bases invadidas por un edema difuso que no traspasa nunca los límites de las mencionadas regiones triangulares; a nivel del limbo se aprecia un ligero grado de quémosis.

Como dijimos, el proceso «no es segregante» y los frotis practicados con lágrimas son siempre negativos para gérmenes.

El vivo enrojecimiento de las zonas conjuntivales situadas a cada lado de las córneas, su

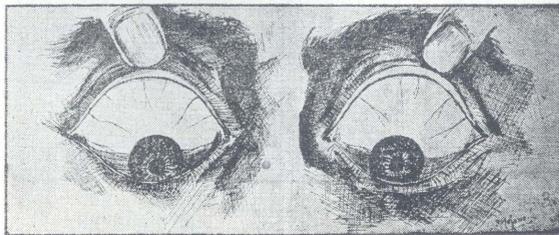
prominencia por efecto del edema difuso submucoso con el consiguiente pequeño quémosis, la intensidad de la coloración aproximadamente igual para ambos ojos, la escasa fotofobia y lagrimeo, la constante ausencia de secreción acumulada en la base de las pestañas y comisuras de los párpados, y el aspecto absolutamente normal del resto de las conjuntivas, constituyen un cuadro tan típico que, difícilmente se confundirá con el de otro proceso hiperemiante, si como es el caso se examina al sujeto en el momento de la crisis fluxionaria, y con un mínimo de atención.

CURSO Y EVOLUCIÓN DE LA FASE FLUXIONARIA

Después de unas horas o días a contar desde su aparición, la fluxión, cesa espontáneamente por lisis; los signos subjetivos y objetivos se desvanecen completamente, y todo parece indicar que la curación es perfecta y definitiva; esta situación de normalidad se prolonga a veces durante un año y más, o dura sólo ocho días; pero en ningún caso se observa después de una primera crisis, nada ocular que autorice a pronosticar que la fluxión volverá.

Al cabo de cierto tiempo, sin embargo, las fluxiones retornan tan sin razón aparente como surgió la primera; se caracterizan por iguales signos y presentan la misma o diferente intensidad y duración que tuvo aquélla.

Las recaídas se manifiestan con frecuencia variable, desde cada ocho o diez días a dos o tres veces por año, en ocasiones los intervalos se hacen más largos, y las crisis desaparecen



[FIG. 3]

por mucho tiempo; pero al fin vuelven, y sin ritmo fijo y con una constancia y tenacidad desesperantes, continúan molestando al enfermo durante toda su vida o lo persiguen implacablemente hasta la vejez.

Al principio los síntomas *subjetivos y objetivos* brotan y se *borran conjuntamente*; el estado de las conjuntivas es *normal* entre las crisis; los enfermos creen estar «propensos» a padecer *conjuntivitis vulgares*, pero en ningún caso se consideran afectados de un *proceso conjuntival «crónico» con agudizaciones*; por esto consultan sólo a *cada conjuntivitis*, y pasada ésta (fluxión crítica) no es posible retenerlos para continuar las observaciones: esto no se consigue más que cuando quedan a nuestro cuidado por otras causas.

Paralelamente a la repetición de las fluxiones, los síntomas *subjetivos y objetivos*, se *independizan y disocian*; los *subjetivos* siguen invariablemente la marcha descrita; los *objetivos tienden a persistir*; el enrojecimiento y edema de las zonas conjuntivales afectas, *subsisten* fuera de los accesos y las *conjuntivas comienzan a degenerar lentamente*.

Si las fluxiones continúan reapareciendo periódicamente, los procesos degenerativos conjuntivales se acentúan y visualizan cada vez más; si aquellas se atenúan o sus intervalos se hacen más largos, las degeneraciones apenas progresan; y si temporalmente desaparecen, el proceso degenerativo se detiene; *pero las alteraciones ya constituidas no retroceden jamás, y allí quedan para siempre como estigmas o huellas indelebles*.

Estas alteraciones conjuntivales *permanentes*, estacionarias, o lentamente progresivas a *compás del ritmo e intensidad que tengan las fluxiones*, son las lesiones que hemos denominado «epibulosis» y caracterizan por sí solas a la fase fría, *blanca*, o débilmente coloreada de la «oftalmía roja».

B) —FASE FRÍA. «BLANCA» O POCO COLOREADA:
«EPIBULOSIS»

Corresponde al estado en que se encuentran las conjuntivas durante los *intervalos fluxionarios*, y varía *constantemente en cada sujeto* y después de *cada crisis*; pero estos cambios ocurren de modo silencioso y no se aprecian más que comparando el aspecto de las conjuntivas en un mismo individuo entre fechas muy alejadas; *meses o años*.

La descripción de esta fase no puede ser tan precisa y acusada como lo fué la primera y con aplicación, excluidas las variaciones individuales de intensidad, a la generalidad de los casos; referiremos pues, las variaciones que sucesivamente presentan las conjuntivas a lo largo del tiempo, a Tipos «standard» en los cuales, podrán encajarse los pacientes según la diversidad de aspectos que ofrezcan sus lesiones.

TIPO I.—Las conjuntivas aparecen ligeramente *edematosas a cada lado del limbo*; su superficie en lugar de la lisura normal presenta *líneas rugosidades y pliegues*, más a menu-

do verticales, que la hacen brillar desigualmente; en ciertos lugares, estas superficies parecen mates; la pinguécula está engrosada y suele ser muy visible; la coloración de las zonas conjuntivales alteradas es *blanca, amarillenta, o rosada*; las lesiones son como en los Tipos siguientes *siempre bilaterales*, y pueden recaer sobre las regiones nasales solamente, o sobre éstas y las temporales a la vez; pero en estos últimos casos, que no son raros, están siempre más desarrolladas las nasales: lo contrario es excepcional. (Fig. 4).

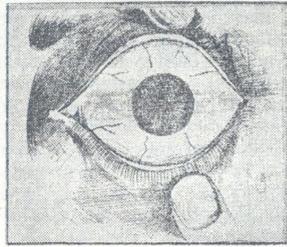
[FIG. 4]

La tenuidad a veces extremada de las lesiones en este Tipo I, pudiera ser causa de que no se hiciese el diagnóstico correcto, y esto debe evitarse a toda costa; el número de personas *portadoras* del mismo es extraordinario; y, como según ya se dijo, no está menos dentro de la «oftalmía roja» aquél en quien ésta se manifiesta en la forma discretísima que a este Tipo corresponde, que aquel otro en el cual se exterioriza por intensas reacciones fluxionarias recidivantes o por enrojecimientos *permanentes*, la no identificación de su mínima fenomenología traería como consecuencia el desconocimiento del 50% aproximadamente de los casos de la «epi-oftalmopatía» que estudiamos. La observación *sistemática* de las zonas látero-límbicas de todos los pacientes, permite siempre y fácilmente el diagnóstico; en la *variedad blanca* por las lesiones características generales descritas y porque el edema suele tener en ella un particular desarrollo; en las variedades *amarillenta y rosada* por aquellas mismas características y por las respectivas coloraciones.

TIPO II.—La conjuntiva se espesa irregularmente y mientras en ciertos puntos parece poco modificada, presenta en otros, engrosamientos de superficie morenuzca y amarillo sucia; las zonas alteradas se hallan invadidas por un edema difuso, sin límites claros, pero que no traspasa nunca a la altura del limbo los bordes libres de los párpados. (Fig. 5)

A la lámpara de hendidura, se ve bien el encharcamiento edematoso; la córnea es normal.

Con los progresos de la afección, la infiltración edematosa y las modificaciones de color, se acentúan y visualizan; los engrosamientos que antes mencionamos, parecen más consistentes.



[FIG. 5]

A nivel del limbo el quemosis que en los primeros tiempos sólo aparecía durante las crisis y se desvanecía con ellas, se ha hecho crónico y se manifiesta por una línea brillante, irregular y prominente, adosada a los lados de la córnea, dando a la mirada una expresión «vidriosa» desagradable, que en algunos casos recuerda a la de los tracomatosos y menos veces a los dacriocistíticos crónicos; en estas mismas zonas se ven uno o varios nódulos grisáceos semitransparentes como «tapioca cocida», que tienden a invadir las córneas.

La superficie degenerada, está salpicada en diferentes puntos de pequeñas placas irregulares mates y secas; son semejantes a las placas de Bitot tan frecuentes en el xérosis de la avitaminosis «A» con hemeralopia; pero en lugar de tener forma triangular con la base hacia la córnea, como aquellos, están constituidas por pequeñas burbujas blancas, espumosas, irregulares y confluentes, agrupadas entre sí a la manera de los islotes de un archipiélago.

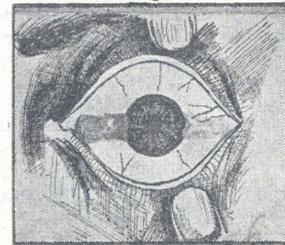
Los nódulos gelatinoides estén o no en el limbo, tienen forma redondeada u oval, son más prominentes que la zona quemótica en donde asientan, y ofrecen a menudo en su centro, un pequeño punto amarillento más o menos alejado de la superficie que parece ser su núcleo.

TIPO III. El epitelio corneal próximo al limbo participa en el proceso; adquiere una coloración grisácea, se opacifica en una extensión de dos a tres milímetros, y queda bruscamente limitado del lado de la pupila por una línea irregular; otras veces, la conjuntiva degenerada emite prolongaciones digitales de color amarillento y provistas de vasos que se continúan con los suyos propios; estas prolongaciones penetran en la córnea por debajo del epitelio, y se detienen uno o dos milímetros después; en ocasiones la neoformación invasora se halla constituida por un gran nódulo avascular, amarillento, y translúcido que se desliza bajo el epitelio corneal sin alterar su transparencia, deteniéndose como en el caso anterior después de un corto recorrido; al microscopio, el epitelio corneal desplazado hacia adelante, conserva su lisura y la neoformación presenta un bellissimo aspecto de bloque de cera. (Fig. 6).

Del lado de la córnea no siempre quedan las lesiones limitadas a la esclerosis epitelial

periférica anteriormente mencionada, o a la invasión subepitelial, en un corto trecho, del tejido propio de la misma; en no pocas ocasiones el tejido neoformado avanza, aunque con extraordinaria lentitud, por la superficie de la membrana y si bien ello es excepcional puede alcanzar la pupila y perturbar hondamente el ejercicio de la visión; en casos mucho más raros las neoformaciones nasales y temporales pueden invadir la pupila avanzando respectivamente desde los lados externo e interno, pero nunca llegan a fusionarse por delante de ella anulando la visión; a lo menos nosotros no hemos visto ningún caso en que ocurra esto.

Las neoformaciones que acaban sobre el limbo, pueden ser múltiples o solitarias; en el primer caso se disponen verticalmente y afectan la forma de rosario con cuentas de tamaño distinto; en el segundo, las porciones laterales del limbo situadas por encima y por debajo del módulo único, están normales y limpias; pero en uno y otro modo estos nódulos se continúan y funden con la conjuntiva y el tejido episcleral próximos, formando una masa prominente gelatinóide y más o menos vascularizada, más desarrollada del lado nasal, que muy pocos milímetros después se aplanan y sin dejar de formar cuerpo con la conjuntiva (que en estas zonas está edematosa, y más o menos alterada) la acompaña hasta la pinguécula en donde todas las transformaciones patológicas de aquella mucosa quedan desvanecidas. (Fig. 6).



[FIG. 6]

Cuando los nódulos son múltiples y están dispuestos en rosario irregular situado a los lados del limbo presentan el aspecto de pequeñas masas grisáceas y semitransparentes que recuerdan a las de la *limbitis primaveral*; pero no tienen su mismo aspecto ni sufren las ingurgitaciones estacionales propias de aquella; además la conjuntivitis primaveral a lo menos en sus formas *palpebral y mixta* sólo se observa por excepción en Honduras (dos casos entre 8.000 de nuestra estadística) (Fig. 6)

Los nódulos únicos en cambio, se asemejan bastante a la cabeza del pterigión; y por «pterigions» pasan, estos tres tipos de «epibulbosis» que venimos describiendo.

La denominación de pterigión es evidentemente impropia en el caso más general y debe ser rechazada. Su empleo rutinario dificulta

la identificación de la «oftalmía roja». Esto es no pocas veces causa de desorientaciones diagnósticas: como a su tiempo veremos las reacciones de los ojos «epibulbósicos» son muy distintas, ante un mismo proceso inflamatorio, de las que se originan en los ojos norma-

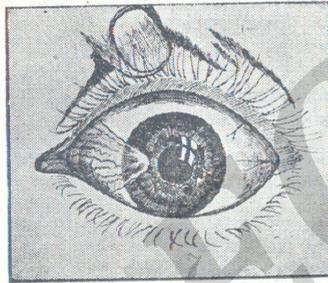
les y en los afectos de *pterigión verdadero*.

Para facilitar el diagnóstico diferencial entre éste y el tipo III de epibulbosis, único de estas con el cual podría confundirse, exponemos a continuación los principales rasgos distintivos de uno y otro.

EL PTERIGIÓN DE LOS AUTORES

Fig. 7 (copiada de Fuchs)

Neoformación membranosa, aplanada, no edematosa, vascularizada en «ala de insecto», y de forma triangular; base confundida con el repliegue semilunar y caruncula lagrimal, o fondo de saco conjuntival externo, y vértice agudo o *cabeza* implantado en la superficie corneal cercana al limbo; pequeña estrangulación o *cuello* a su paso por éste.

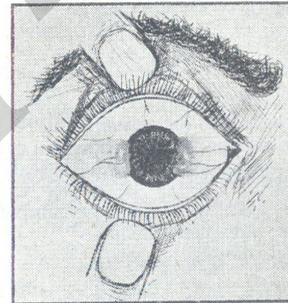


[FIG. 7]

LA «EPIBULBOSIS» EN EL TIPO III

Véase Fig. 6-8-9, temp. 12 n. O. D.

Engrosamiento edematoso con superficie abollonada, salpicada de nódulos gelatinoides islotes xeróticos, y manchas amarillomorenuzas; vascularización en «manguito» cilindroide horizontal; *nunca* alcanza las comisuras; se pierde en la pinguécula; nunca triangular: sin cuello; *policefalia*.



[FIG. 8]



[FIG. 9]

NUMERO

Excepcionalmente son dos en cada ojo; con frecuencia dos nasales; más a menudo *uno nasal*.

Siempre cuatro; los dos nasales bien visibles, y menos los temporales.

EVOLUCION

Crecimiento *relativamente rápido*; invasión *constante* de la córnea, y progresión habitual hasta alcanzar el área pupilar de ésta.

Crecimiento *lentísimo*; 95% no penetran en la córnea; 4% quedan estacionados a 2.3 mm. por dentro del limbo; 1% progresan despacio, hasta el nivel del borde pupilar; pero nunca alcanzan al centro.

PERTURBACIONES VISUALES

Muy frecuentes aunque no alcancen la pupila (astigmatismo por tracción).

Excepcionalísimas.

DOCILIDAD AL TRATAMIENTO

Un cierto número de éstos recidivan después de exeresis, y algunos varias veces.

Extirpación, raramente seguida de recidivas.

RESULTADOS DE LA EXTIRPACION

Desaparición de las molestias subjetivas y resultado estético bueno; curación o mejoría del astigmatismo por tracción; en casos de pupilas invadidas, mejoría visual dependiente de la relación entre el espesor de la cabeza y el grado de opacificación de la cicatriz corneal que la sustituye.

Resultado estético bueno.

Acción «nula» sobre la oftalmía.

Las crisis *fluxionarias* continúan apareciendo con la *intensidad y ritmo* de siempre; los fenómenos degenerativos progresivos de la fase «blanca» siguen su marcha; si el *climaterio* no atenúase la oftalmía y la «vida fuese más larga», todo se reproduciría igual.

ANATOMIA PATOLOGICA

La descrita en Oftalmología.

Desconocida (nuestro medio no es favorable a estas investigaciones).

En suma: la «epibulosis» aun considerada en un *solo momento* de su evolución se diferencia perfectamente del pterigión; en el 95% de los casos, sus lesiones características corresponden a los Tipos I y II, en los cuales las córneas no están invadidas; una simple ojeada basta, pues, para identificarlas.

Tomando como base de esta clasificación la frecuencia e intensidad de las crisis «epibulbóticas» y el grado de desarrollo de las «epibulbosis» consideraremos en la «oftalmía roja», tres formas clínicas: *ligera, mediana y florida*.

SINTOMATOLOGÍA SUBJETIVA

La «epibulbosis» en cualquiera de sus tres Tipos, carece de signos *subjetivos*; éstos aparecen sólo con ocasión de las crisis fluxionarias epibulbóticas que son comunes a todos, y se caracterizan por los síntomas subjetivo-objetivos que anteriormente describimos.

a) Forma ligera:

Los fenómenos fluxionarios son tan mínimos y fugaces (de pocas horas a un día) que pasan desapercibidos para el propio paciente y sus familiares, o se consideran como banales y sin importancia; los intervalos entre estas *micro-crisis* son de muy larga duración, meses y años; en consecuencia, cada una de ellas, si llega a atraer la atención parece un fenómeno «nuevo» y sin relación alguna con otros análogos anteriores que, o se olvidaron por su lejanía, o no se notaron realmente; las lesiones «epibulbóticas» tardan mucho en aparecer y evolucionan lentísimamente; nunca, pasan del Tipo I y pueden ser dentro de éste, *blancas, amarillentas, o rosadas*; más frecuentemente que en las demás formas, las «epibulbosis» son sólo de localización nasal; pero pueden también ser temporales *a la vez*, aunque apareciendo siempre mucho menos desarrolladas todavía en estas zonas; el diagnóstico de esta forma no es tan difícil como pudiera creerse, por la escasez de síntomas y su pequeño relieve, si, lo que no ofrece dificultades dada la abundancia de casos, se está familiarizado con el de las formas bien caracterizadas *mediana y florida*; en último término y al igual que en éstas, la coexistencia de los signos «epibulbóticos» sospechosos con los sín-

2º—FORMAS CLÍNICAS

Cualquiera que sea la intensidad que alcance en el individuo, la «oftalmía roja» desde que se inicia en las proximidades de la pubertad hasta que se atenúa, en parte, hacia el climaterio, se manifiesta según se dijo, por dos órdenes de fenómenos:

- Hiperémico—edematosos, agudos, o mejor críticos: «epibulbóticos».
- Degenerativos hiperplásicos y fríos: «epibulbóticos».

Estos dos grupos de fenómenos, siempre e invariablemente *bilaterales*, alternan entre sí a lo largo de la vida tan irregularmente y en tan diversos grados de intensidad y frecuencia, que sería muy difícil identificar la «oftalmía roja» en gran número de casos, si no la *visualizásemos* ahora presentándola brevemente en los diversos aspectos que ofrece en la *práctica* y tal y como anteriormente hicimos para los tres Tipos de «epibulbosis».

dromes generales constituyentes del COMPLEJO MORBOSO «FUNCIONAL» CARIBEÑO (1) del cual, como se dijo, forma parte la «oftalmía roja» con la categoría de síndrome «estelar» resolverá el problema diagnóstico.

Forma mediana:

Las crisis congestivas o «epibulbitis», son relativamente frecuentes, varias por año, y duran *cada vez* de uno a tres días; pero están lo suficientemente separadas entre sí para que el enfermo las considere como episodios aislados y sin relación alguna con otros semejantes anteriores; estas crisis son para él «conjuntivitis», y su repetición en el curso de meses y años le hacen creer que tiene para ellas una predisposición particular; las lesiones «epibulbósicas» son de aparición más temprana que en la forma anterior, se desarrollan con relativa rapidez, y alcanzan por lo general el Tipo II, y a veces el III; son más a menudo *cuádruples* que en la *forma ligera*, pero como en todos los Tipos están más desenvueltas en las regiones nasales; la sintomatología general correspondiente al COMPLEJO «CARIBEÑO», está también más acusada que en la primera forma.

Forma florida:

Es igual que la precedente, pero con mayor acentuación en la totalidad de su sintomatología: en ella las crisis epibulbíticas no es raro que comiencen entre los seis y ocho años; alcanzan el máximo de intensidad; duran *de tres a diez días*, y aunque sin regularidad; alguna es frecuente que recidiven *dentro de un mismo mes*; las lesiones epibulbósicas son precoces y muy a menudo llegan ya a ser entre los diez y veinte años del Tipo II bien caracterizado, y más excepcionalmente a esta edad, del III; en los años sucesivos y si el ritmo de las fluxiones no decrece, las neoformaciones conjuntivales invaden la córnea, preferentemente las del lado nasal, y no es extraño que hagan lo mismo las temporales.

Los co-síndromes generales del COMPLEJO «FUNCIONAL» alcanzan en estos pacientes gran relieve sobre todo en las mujeres; y de igual modo que presentan epibulbosis gigantes de los Tipos II y III, evidentemente nacidas y desarrolladas a impulsos de sus fuertes y recidivantes epibulbitis, ofrecen *hipertrofias de amígdalas y cornetes, sinusitis supuradas y colecistitis calculosas*, teniendo entre sus antecedentes largas historias de *rinitis, amigdalitis, sinusitis y catarros vesículo-biliares* banales, pasajeros y con análogo carácter crítico que sus propias

(1) Es el mismo que con el nombre de COMPLEJO MORBOSO CERVICOCOLITO-CERFÁLICO CENTRO-AMERICANO CON ASOCIACIONES GENERALES, hemos mencionado ya en otro trabajo (véase: Dr. José Gómez-Márquez: «Los Contrastes de la Clínica». —REVISTA MÉDICA HONDUREÑA, Mayo y Junio, 1944). El apellido «caribeño» que le damos hoy en sustitución del de «centroamericano», está más en armonía con la distribución geográfica que alcanza, según lo que sabemos hasta ahora.

epibulbitis; algo así como si las fluxiones recidivantes de aquellas mucosas fuesen (homólogas de las conjuntivales) y hubiesen determinado la pérdida de sus resistencias fisiológicas respectivas, y consecutivamente las hipertrofias mencionadas, homólogas de las epibulbosis; así se explicarían fácilmente la relativa frecuencia de sinusitis supuradas *tardías* en estos enfermos, *en contraste* con la escasez y moderación de los procesos supurativos en general en esta Clínica y también el relativamente alto porcentaje de calculosis biliares (por catarro vesicular crónico) en sujetos que *no padecen Diátesis calculosa*.

3º— ASOCIACIONES «LOCALES» FRECUENTES

Querato-conjuntivitis «yuxta-roja»:

Invade *constantemente* la superficie de las membranas conjuntival y corneal; pero, muy a menudo *aparenta* afectar separadamente a una u otra, manifestándose en cada caso por un cuadro clínico diferente; describiremos pues, dos formas: conjuntival y queratítica:

Forma conjuntival «pura»:

Se inicia bruscamente por lo general, y *al mismo tiempo en ambos ojos*, aunque puede ser *unilateral*, y sobreviene sin causa aparente ni relación con circunstancias ambientales de cualquier orden.

Síntomas subjetivos:

Son los comunes a todas las afecciones irritativas externas del ojo: picor, ardor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo y fotofobia moderadas; los pacientes manifiestan que amanecen con los ojos *muy sucios* y las pestañas aglutinadas por *abundante secreción purulenta*.

Síntomas objetivos:

Los párpados, principalmente los superiores están, aunque no siempre, moderadamente edematosos y en *grado igual* en ambos ojos, y la piel ligeramente eritematosa a lo largo de los bordes ciliares; se aprecia *secreción mucopurulenta* no muy abundante y acumulada hacia los ángulos internos; las conjuntivas están hiperemiadas *en toda su extensión*, pero «al revés» de lo que ocurre en las conjuntivitis generalizadas comunes de intensidad media, la zona que *mayor participación* tiene en el proceso es la *bulbar*, y el enrojecimiento de ésta en lugar de *atenuarse* el limbo se *acentúa* y forma á su *alrededor* un *manguito rojo y edematoso* que adquiere particular visibilidad y relieve a nivel de las *zonas látero-ímbicas «epibulbósicas»* (esq. 13 O. D.); la superficie de la conjuntiva puede ser lisa, pero más frecuentemente está erizada de *pequeñísimas vellosidades* especialmente abundantes sobre la conjuntiva ocular.

Con bastante frecuencia, y cuando, como es de regla, la afección es bilateral, la intensidad del enrojecimiento es *desigual* para ambos ojos (signo de Lara «complicado») y *éste reve-*

la que la *córnea* participa en el proceso en un ojo, o que participa en los dos, pero en *diferente grado*; la comprobación diagnóstica se hace fácilmente por la apreciación de los signos de la forma queratítica que describiremos después.

La *secreción*, tanto en esta forma como en la queratítica es *absoluta y constantemente amicrobiana* en los «frotis» examinados al microscopio.

No existen nunca complicaciones corneales de «distinta naturaleza». La afección dura cuanto más una semana y desaparece espontáneamente y sin dejar trazas; en algunos casos recidiva con iguales características, una o muchas veces, pero sin ritmo fijo.

Forma queratítica:

Sus características generales son las mismas que las de la conjuntival «pura», pero a diferencia de ésta puede ser y es con relativa frecuencia *unilateral*; su sintomatología propia, más la reacción epibulbítica que «provoca», son las causas más frecuentes del enrojecimiento de un ojo en contraste con la epibulbosis «fría» del otro (signo simple de Lara. Véase más adelante).

Signos subjetivos:

El ardor, la sensación de cuerpo extraño, el lagrimeo y la fotofobia, sin ser exagerados, se pronuncian más que en la forma conjuntival; en un pequeño número de casos existe una ligera *disminución de la agudeza visual*.

Signos objetivos:

El eritema hacia los bordes ciliares, el edema palpebral y la *secreción* que en diferentes grados de intensidad se ven en la forma conjuntival, no existen absolutamente en ésta.

El polo anterior del ojo está siempre *hiperemiado*, y el tipo de la *hiperemia* depende en cada caso de la *intensidad y topografía* de las lesiones corneales y del Grupo a que pertenece la epibulbosis *pre-existente*.

Cuando la afección es como sucede lo más a menudo *unilateral* se origina un «Lara simple», cualquiera que sea el tipo que afecte la *hiperemia*; pero en los casos de lesiones *mínimas* y localizadas en los *extremos límbicos* del meridiano horizontal de la *córnea*, que son *precisamente los más frecuentes*, el enrojecimiento se manifiesta como en el esq. 1 bis, es decir, exactamente igual al brote epibulbítico «esencial» de la «oftalmía roja»; ésto merece ser retenido: la *aparente* ausencia de toda lesión *objetiva*, y la disposición de la *hiperemia* llevan fácilmente a creer que hay *epibulbitis «esenciales» unilaterales*, lo que además de erróneo en cuanto al cuadro general de la «oftalmía roja», tiene como consecuencia el no diagnosticar debidamente la queratitis; porque una vez calificado el caso queda interrumpido el examen; y ésta exige una atenta exploración y aún a veces no puede ser descubierta más que a la lámpara de hendidura: repetamos una vez más, que el brote epibul-

bítico «esencial» de la «oftalmía roja», es *bilateral sin excepción*.

Las lesiones corneales se manifiestan a la exploración cuidadosa por *pequeñísimos enturbiamientos superficiales* de aspecto *achagrinado*, en los cuales aun a simple vista se aprecia un punteado finísimo, uniforme y grisáceo; estos enturbiamientos se sitúan de preferencia en las proximidades del limbo y rarisísimamente en el área pupilar, pudiendo ocupar pequeñas zonas independientes o confluir y fusionarse invadiendo la casi totalidad de la membrana.

Con la lámpara de hendidura y también con iluminación lateral y una lupa, se percibe con toda claridad este punteado granujiento de situación puramente epitelial y que por diafanoscopia presenta el clásico aspecto en gotitas de vapor de agua, característico del edema del epitelio de la *córnea*; durante esta exploración no es raro apreciar vestigios de queratitis epiteliales anteriores y análogas situaciones casi constantemente fuera del área de la pupila; estos vestigios aparecen con el mismo aspecto que los puntitos grisáceos activos, pero se ven *aplanados y secos*.

Al propio tiempo que estas placas de superficie granujienta gris y *seca*, no es raro encontrar otros también superficiales y al parecer igualmente inactivas de *coloración cobriza uniforme* en toda su extensión o en parte granujientas; están siempre situadas en el *limbo y nunca en la pupila*, y se continúan a nivel de aquél con un anillo melanósico perilímbo más o menos completo que es relativamente frecuente en esta clase de enfermos; estas últimas placas suelen ser hallazgos de exploración con ocasión de éste u otros exámenes; no tienen sintomatología propia, ni se encuentra en quienes las presentan, historia de queratitis epiteliales anteriores; desconocemos, pues, su significación.

Como la conjuntival, la forma queratítica de esta querato-conjuntivitis, tienen una *marcha subaguda*, dura una o varias semanas, cura por lisis y espontáneamente dejando o no las placas epitelioscas de que hemos tratado, y recidiva frecuentemente.

La querato-conjuntivitis yuxta-roja en cualquiera de sus dos formas clínicas, se asocia con relativa frecuencia, a la *querato-conjuntivitis angular*, resultando en este caso superpuestas las respectivas sintomatologías; el diagnóstico se hace no obstante sin dificultades por la apreciación del eritema angular, característico de esta última; por las placas catarrales redondeadas, superficiales y concéntricas al limbo que tan frecuentemente produce sobre la *córnea*, y sobre todo por el examen de la *secreción* al microscopio, con la subsiguiente comprobación del diplobacilo específico de Morax-Axenfeld.

Conjuntivitis vesiculosa:

Es, aunque muy en segundo término, otra de las afecciones que frecuentemente se superponen a la «oftalmía roja»; la circunstancia de ser a menudo *unilateral* y capaz por lo tan-

to de determinar hiperemias en un solo ojo, aconseja dedicarle una particular atención; esta conjuntivitis puede simular la epibulbitis unilateral con igual facilidad que la queratoconjuntivitis yuxta-roja.

Síntomas subjetivos:

Los comunes a todos los estados irritativos agudos de la conjuntiva (ardor, lagrimeo, etc.)

Se inician con tanta brusquedad como en la queratoconjuntivitis yuxta-roja y aparentemente también sin causa alguna; duran sólo dos o tres días y desaparecen espontáneamente y sin dejar reliquias; a veces la desaparición de uno de estos brotes coincide con el comienzo de otro; la sintomatología se recrudece, evoluciona del mismo modo, y cura por sí sola y sin que queden rastros; en casos excepcionales un tercer brote sucede inmediatamente a la cesación del segundo y evoluciona como los dos anteriores. Estas formas subintrantes son raras. Nunca provocan secreción.

Síntomas objetivos:

Reacción epibulbítica unilateral concordante por su aspecto con el número y la topografía de las lesiones. Estas afectan muy en primer término a las conjuntivas tarsales y fondos de saco (casi exclusivamente los inferiores), y al espacio intermarginal de los bordes libres de los párpados; mucho menos frecuentemente a las conjuntivas bulbares, en sus áreas epibulbóticas de preferencia, y sólo por excepción, y aun así con carácter inseguro, a la superficie de la córnea.

Consisten en pequeñas vesículas superficiales de forma redondeada u oval y de tamaño oscilante entre el límite de la visibilidad normal (1/10 mm.) y el de una cabeza de alfiler. Son semitransparentes, muy bien delimitadas, y se asemejan a las herpéticas, o a las ampollitas producidas por pequeñas quemaduras en segundo grado; el contenido de estas vesículas puede transformarse en purulento, pero lo más común es que se rompan antes de perder su condición serosa; en uno y otro caso la vesícula desaparece rápidamente por reaplicación de sus paredes al dermis subyacente. La zona conjuntival en donde se implantan está poco o nada enrojecida; en cambio no falta nunca la reacción epibulbótica.

Su número es variable para cada brote; a veces sólo se percibe una; otras se ven diez o doce; pero de ordinario se aprecian de tres a ocho. En el espacio intermarginal se distribuyen sin orden alguno; conviene no confundirlas con las pequeñas elevaciones en donde se abren las glándulas de Meibomio; la regularidad y situación de estas elevaciones evitará el error. Sobre las conjuntivas tarsales se disponen también irregularmente. En los fondos de saco aparecen alineadas en una sola fila a lo largo de los mismos. Hacia los ángulos del ojo no es raro que se presenten agrupadas «como los huevos en un nido». Sobre la conjuntiva bulbar suelen ser «solitarias» en las zonas no epibulbóticas; pero en estas son

múltiples, se distribuyen irregularmente por sus superficies y provocan intensas reacciones epibulbóticas.

La localización sobre la córnea es posible, pero no segura. En ocasiones se aprecia la aparición de alguno de estos elementos vesiculosos en la superficie de la membrana. El contenido se reabsorbe o la vesícula se rompe reaplicándose a su base; y todo esto ocurre sin apenas provocar fenómenos reaccionales, ni anestesia en la córnea, ni rastros cicatriciales. No se aprecian tampoco fenómenos generales de ninguna índole ni se encuentra por interrogatorio afección alguna aguda de vías respiratorias o digestivas altas.

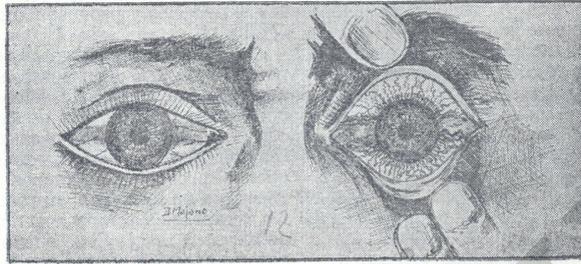
La queratitis dendrítica y el herpes zoster con sus respectivas sintomatologías descritas en los Tratados de Oftalmología general sin ser frecuentes no son raros en esta Clínica. La superposición de estos procesos al cuadro general de la «oftalmía roja» dificulta notablemente el diagnóstico; y muy particularmente cuando se trata de distinguir el herpes corneal febril de las posibles localizaciones en la córnea de la queratitis vesiculosa yuxta-roja.

Por esta circunstancia consideramos necesario multiplicar las observaciones antes de admitir que la conjuntivitis vesiculosa se localice aisladamente sobre la córnea e independientemente de los herpes febril y zoster.

4º.—DIAGNÓSTICO.—LOS «SIGNOS DE LARA»
(ENUNCIACIÓN)

Tanto en sus expresiones clínicas «calientes» como en las «frías» la bilateralidad congruente constituye el carácter eje de la «oftalmía roja»; ningún proceso hiperemiante o hiperplásico del polo anterior del ojo puede calificarse de «oftalmítico caribeño» si es unilateral y son normales las zonas látero-úmblicas del congénere; bilateralidad y congruencia significan aquí no solamente participación por igual de ambos ojos en el proceso y con lesiones degenerativas proporcionales a la intensidad y frecuencia de las fluxiones, sino sincronismo en la iniciación, grado de intensidad, duración, y terminación de las crisis hiperémicas y simetría en el desarrollo de las lesiones epibulbóticas; toda fluxión unilateral o bilateral pero más acentuada en uno que en el otro lado; toda epibulbosis manifiestamente más desarrollada en un ojo que en el congénere, constituyen fenómenos extraños a la «oftalmía roja» propiamente dicha y deben sugerir la idea de complicaciones.

Estas se observan con bastante frecuencia, y consisten precisamente en epibulbitis monoculares o bilaterales pero de distinta intensidad; y también en epibulbosis de tipos diferentes entre ambos ojos; fenómenos todos, en abierta oposición con las leyes de bilateralidad y congruencia que regulan inflexiblemente la sintomatología de la «oftalmía roja»; estos hechos realmente antagónicos, no son tan inconciliables como a primera vista parece y se explican, clínicamente, del siguiente modo:



[FIG 10]

Toda excitación del polo anterior del ojo, sea de origen *exógeno* o *endógeno* determina en los *portadores* de «oftalmía roja» una *reacción epibulbítica* idéntica a la *espontánea y bilateral* característica de las crisis fluxionarias e *independientemente* de éstas; si el agente excitante actúa *solo sobre un ojo* aparece en *primer término* la epibulbitis *unilateral* e inmediatamente después la sintomatología que que corresponda a la afección que aquél determine; si la afección *común irritante* recidiva varias veces en el *mismo ojo* o éste sufre en *diversas ocasiones* de enfermedades distintas y congestionantes de su polo anterior, la *epibulbosis preexistente* adquiere en él un grado de desarrollo mucho mayor que el que tenga en el congénere; y así es cómo se constituyen estas neoformaciones conjuntivales desiguales, a primera vista inexplicables. (Fig. 12 O. D.)

Por la gran transcendencia que todo esto tiene en la clínica, procuraremos aclarar conceptos mediante algunos ejemplos:

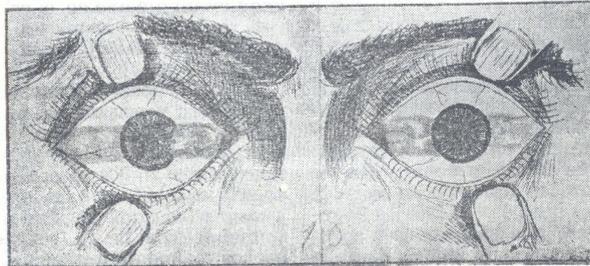
El simple frotamiento de un ojo *sano* determina como es sabido un enrojecimiento ligero y *uniforme* del polo anterior; este enrojecimiento tiene por base anatómica la hiperemia de los vasos de la conjuntiva bulbar, y si el frote fué muy enérgico la de la *totalidad* de los ciliares anteriores; este mismo frotamiento en un ojo *epibulbósico* en cualquiera de los tres Tipos, determina una *reacción epibulbítica* (epibulbitis «provocada») a nivel de las zonas conjuntivales alteradas, e *igual* enrojecimiento que en idéntico caso mostró el ojo *sano* en las

demás regiones de la conjuntiva bulbar. (Esq. 14 O. I.)

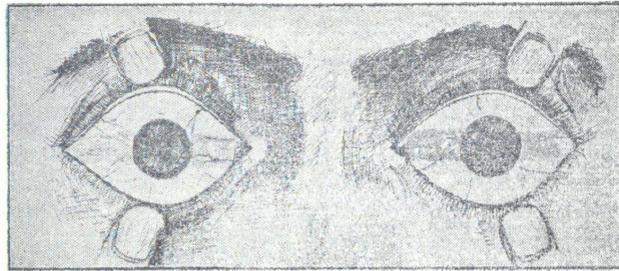
Un pequeño *cuerpo extraño* enclavado en la superficie de la córnea, una ligera erosión de ésta, una *flictena*, una *úlceras* catarral, que en los ojos *sanos* determinarían al igual que el frotamiento del ojo una ligera inyección periquerática y de los vasos de la conjuntiva bulbar *uniformemente distribuida* alrededor del *limbo esclero-corneal* y un poco más acentuada en el sector de este vecino a la implantación del cuerpo extraño, (flictena, úlcera, erosión, etc.), produce en los ojos hepibulbósicos el mismo cuadro, más una *reacción epibulbítica* en el «ojo afectado» con sus características manifestaciones hiperémico-edematosas látero-límbicas. (13 O. I. y 14 O. D.)

Una inflamación *unilateral* del iris o del parénquima de la córnea por causas *endógenas*, presentará en el ojo *epibulbósico* la sintomatología «universal» propia de éstas afecciones, pero irá acompañada en ambos caso de la *reacción epibulbítica unilateral* correspondiente con la consiguiente alteración de los respectivos cuadros clínicos. (13 O. I. y 14 O. D.)

Finalmente, las reacciones epibulbíticas *unilaterales* recidivantes «provocadas» por cualquiera de estas causas acaban por determinar a la larga epibulbosis exuberantes, *unilaterales* también; éstas, repitámoslo una vez más, son fenómenos extraños a la «oftalmía roja» *por cuanto no son engendradas por las irritaciones fluxionarias bilaterales y específicas* propias de ésta, pero a la vez le perte-



[FIG. 11]



[FIG. 12]

necen porque son hijas del «terreno» epibulbósico y deben su exagerado crecimiento al mismo mecanismo irritativo, (Esq. 12 lado m. O. D.)

En resumen: los cuadros clínicos correspondientes a las afecciones comunes hiperemiantes del polo anterior del ojo, están siempre alterados enmascarados y deformados en los ojos epibulbósicos, por superponérseles en todos los casos los signos propios de la epibulbitis que ellos mismos «provocan» al iniciarse; el estudio detallado de estas deformaciones sintomatológicas en relación con los escasos padecimientos hiperemiantes que aquí se padecen, ha sido realizado a nuestro ruego por el Dr. Juan Lara (alumno de Oftalmología de esta Facultad durante el curso de 1941-42 y actualmente becario en John Hopkins, Baltimore), quien fundándose en el principio esencial de que la epibulbitis específica de la «oftalmía roja» es siempre bilateral y de intensidad igual para los dos ojos, clasifica con singular acierto a los portadores de ésta en grupos diversos según el color que tengan sus conjuntivas accesibles a la simple inspección visual; y a partir de este principal signo llega con extraordinaria precisión al diagnóstico de «oftalmía roja» pura o «asociada» con otros padecimientos hiperemiantes del polo anterior del ojo, sean los habituales en esta clínica u otros infrecuentes o raros.

No podemos detenernos a describir en esta ocasión los «grupos de Lara» con la minuciosidad que merecen; pero como habremos de referirnos a ellos a cada paso en lo sucesivo,

conviene presentarlos ahora siquiera sea en forma esquemática:

Ya hemos dicho cuáles son los fundamentos de su clasificación; aclaremos por lo que toca al signo color que éste no hace referencia a las alteraciones cromáticas de tipo degenerativo propias de muchas epibulbosis; sino pura y simplemente a las características de los enrojecimientos en cada estado o proceso según la «intensidad y topografía» de los mismos y muy particularmente según la «participación» que en ellos tengan las redes vasculares «ciliar» y «conjuntival».

Los «grupos de Lara» son cuatro:

1º—Los dos ojos blancos; por simple inspección visual se aprecian en ambos alteraciones conjuntivales látero-límbicas de los Tipos epibulbósicos II y III; en ausencia de éstas, se perciben, también por inspección visual aunque más atenta que en el caso anterior las del Tipo 1 en sus variedades blanca, amarillenta o rosada: «oftalmía roja» en fase fría o epibulbósica. (Esqs. 11 y 12).

2º—Los dos rojos y con «igual» tonalidad y topografía en la coloración: «oftalmía roja» en fase aguda o epibulbítica. (Esq. 1 bi).

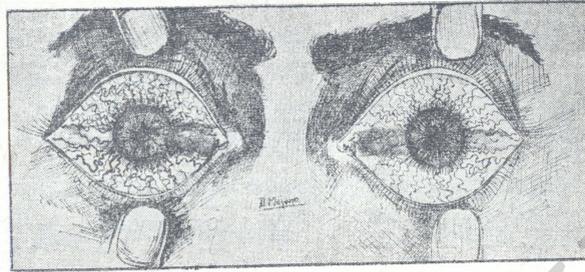
3º—Un ojo rojo y el otro blanco («signo simple de Lara»: (Esq. 10).

La rubicundez del ojo afectado puede estar circunscrita a la región látero-límbica, o extenderse todo alrededor del limbo, según los casos.

El ojo llamado blanco, tiene en realidad el color que corresponda al Tipo de epibulbosis



[FIG. 13]



[FIG. 14]

que presente. Si en éste no hay epibulbosis el sujeto *no es portador* de «oftalmía roja» y por consiguiente la rubicundez del congénere se calificará como corresponda en «clínica universal»; *sin epibulbosis en el ojo «blanco» no puede llamarse «signo simple de Lara» al enrojecimiento del «otro».*

El «signo simple de Lara», señala con certeza la presencia en el ojo enrojecido de una afección *sobreañadida* a la «oftalmía roja»

4º—Los dos ojos rojos pero en «grado desigual», por el color y la topografía («signo complicado de Lara»):

Como «el simple» revela con seguridad la existencia de una afección bilateral *sobreañadida*: o bien la de una crisis «esencial» coincidente con complicación «unilateral». (véase el texto, págs. 18-19 y esqs.)

En suma: la Patología ocular de «los caribeños», y particularmente de los de Honduras, es de una simplicidad y benignidad extremadas. En la mayoría de los casos, queda reducida a la propia «oftalmía roja» en sus formas y «fases» antes descritas. En los demás, se aprecian las también muy benignas afecciones de que hemos tratado bajo el epígrafe «Asociaciones frecuentes», y prácticamente y en el caso más común, ningunas otras de las numerosísimas que se describen en Oftalmología como «enfermedades oculares externas».

La pre-existencia de las lesiones epibulbóscas, en todos los caribeños en edad sexual, es causa de que tanto los banales y frecuentes padecimientos oculares externos antes citados, como cualesquiera otros de los exógenos que eventualmente pudiesen padecer, Y TAMBIÉN LAS SEGMENTITIS ANTERIORES DE CAUSA «ENDÓGENA» QUE SON MUY FRECUENTES EN ELLOS Y PARTICULARMENTE GRAVES (queratitis parenquimatosas, iritis, ciclitis, iridociclitis, escleritis) presenten una *sintomatología anómala* y especialmente favorable a confusiones diagnósticas: «todo proceso hiperemianté uni o bilateral de causa EXÓGENA O ENDÓGENA que recaiga sobre un «portador» de «oftalmía roja», tendrá la sintomatología propia que los Tratados le asignan, *más una epibulbitis provocada por él mismo»*

El «esquema» de Lara y sus «signos simple y compuesto», constituyen guías preciosas en

la evitación de desorientaciones diagnósticas, y son particularmente útiles para el Médico general por haber sido inspirados en la simple *observación clínica directa* y sin emplear aparatos especiales de exploración oftalmológica.

El diagnóstico de la «oftalmía roja», repetimos una vez más que en *todas sus formas y «fases»*, tiene aparte de su importancia local, un interés general de primer orden. Porque en *todos* los «portadores» de la misma, se observan más o menos desarrollados y alternando o coexistiendo con sus *crisis epibulbóticas* los síndromes constituyentes del COMPLEJO MORBOSO «FUNCIONAL» CARIBEÑO, que en el siguiente párrafo enumeramos.

Diagnosticar correctamente «oftalmía roja», no es, pues, simplemente colocarse en situación de juzgar con acierto acerca de la fenomenología ocular en cualquiera de sus «portadores». Es conocer por anticipado la existencia en ellos de numerosos trastornos *funcionales* que en la mayor parte de los casos constituyen *toda la patología* que tienen. Y estar prevenidos para *disociar* los «síndromes funcionales» de los diversos órganos y aparatos, de los *signos* correspondientes a las *afecciones orgánicas* que eventualmente pudiesen coexistir con ellos.

Una afección *orgánica* de causa *endógena* la queratitis parenquimatosa por ejemplo, presenta en los «portadores» su sintomatología «universal» propia, *más la epibulbitis* uni o bilateral que ella misma provoca. Los «signos de Lara», impiden la confusión.

Un cáncer del hígado provocará igualmente en los «portadores» el «síndrome hepato-biliar»; y los signos de éste se superpondrán a los que correspondan a la evolución de la neoplasia.

Creemos que para cada aparato deberían haber los correspondientes «signos de Lara».

5º—CO-SÍNDROMES LOCALES Y GENERALES SATÉLITES (enumeración)

a) *Sistema muscular*: algias de localización en todas las masas musculares, especialmente en las de los grupos de la *actitud*. Frecuentísimas en las de las regiones lumbares («dolores de los riñones»), y *constantes*

en las de la nuca (llamadas por los enfermos «dolores del cerebro»). Fuera de los accesos y hasta cuando por el interrogatorio no se encuentran, es fácil ponerlas de manifiesto por determinados puntos dolorosos a la presión que no podemos describir ahora; mencionaremos, sin embargo, los *retro-mastoideos* y *latero-cervicales*, uni o bilaterales que es rarísimo que falten.

b) *Sistema nervioso*: jaquecas vulgares u oftálmicas—*constantes*—, parestesias variadas sobre todo *adormecimientos, ardores y piquetazos* que «se riegan» por diversas partes del cuerpo, y van y vienen sin causas conocidas ni acompañarse de *signos congruentes* de afecciones orgánicas, sistematizadas o no, del sistema nervioso.

c) *Aparato respiratorio*: rinitis, sinusitis, asma bronquial.

d) *Aparato digestivo*: amigdalitis, faringitis, cólicos vesiculares, *inicialmente* no calculosos, colitis, apendicitis —?

e) *Vías ópticas*: astenopia, «*sinæ materiæ*».

Todos estos «co-síndromes» presentan como la «oftalmía roja» muchos «ciclos» durante la vida, y cada uno de ellos se compone como en las conjuntivas de dos fases: una aguda y con carácter crítico, y la otra fría y silenciosa. Los síndromes más constantes y típicamente asociados en régimen de coexistencias o alternancias, siempre muy irregulares, son la «nucalgia», «la oftalmía» y la «cefalalgia accesional»: más inconstantes en este enlace son los síndromes «asociados» con localización en otros órganos. Las iniciales de estos grupos síndrómicos, nos sirven para designar brevemente en Clínica al COMPLEJO MORBOSO «FUNCIONAL» CARIBEÑO con el «anagrama» N O C A (nuca-ojos, cabeza-asociaciones generales).

Los síndromes del N O C A no son siempre los mismos en número e importancia en todos los casos; cualquiera de ellos (a excepción del ocular) puede faltar o marcarse apenas, y también estar tan desarrollado y predominar de tal forma, que absorba toda la atención y oscurezca la restante sintomatología, dando la *impresión falsa*, de que él solo constituye toda la enfermedad.

La investigación clínica minuciosa mediante las exploraciones adecuadas, y la *exclusión de toda clase de pruebas de laboratorio que sin ilustrar nada «en este caso» desvían la atención*, conducirá sin vacilaciones al verdadero diagnóstico.

Aunque no con el carácter de co-síndromes y por consiguiente sin formar parte del N O C A propiamente dicho, conviene señalar ciertas particularidades de orden constitucional que concurren con extremada frecuencia en la mayoría de los sujetos que son sus «portadores», y permitirán dar una idea más completa de lo que son y representan ellos mismos en relación con aquél.

Estas particularidades, si no todas en su mayoría constitucionales, son las siguientes:

- 1º Trastornos en el desarrollo del sistema esquelético que se traducen por múltiples defectos de conformación más o menos ostensibles.
- 2º Extremada fragilidad del sistema dentario.
- 3º Hipofunción pluriendocrinológica; dis-endocrinias.
- 4º Distonia neuro-vegetativa.
- 5º Normo o hipotensión arterial.
- 6º Hipotonía del sistema venoso.
- 7º Disfunción hígato-digestiva.
- 8º Hipotonía del sistema muscular de fibra estriada.
- 9º Pequeñas pero frecuentísimas alteraciones del psiquismo, particularmente de la atención. Insomnios pertinaces y frecuentes.

6º—ETIOLOGÍA

Para tratar de ella nos referiremos, al igual que hicimos en la parte descriptiva, a nuestras propias investigaciones clínicas; la bibliografía médica general y la especial oftalmológica no dicen nada, en que podamos apoyarnos, a este respecto; consideramos, sin embargo, que exponiendo lo que hemos visto en relación con el aspecto etiológico de esta «epibulbopatía» contribuimos a dar una idea general más completa de la misma.

Examinaremos sucesivamente las *causas ocasionales* y las *etiológico-patogénicas*.

CAUSAS OCASIONALES

Según las gentes, los enrojecimientos a los que por lo general califican de «conjuntivitis» sobrevienen las más de las veces, a consecuencia de «desvelos»; entienden por tales la insuficiencia accidental en el número de horas dedicadas al descanso; pero no suelen emplear este vocablo en calidad de causa, cuando se trata simplemente de insomnio; el «desvelo» según creemos haber entendido, es algo más complejo que la simple disminución en las horas de sueño; se refiere más bien a la falta de reposo *con ocasión* de asistencia a espectáculos públicos, bailes, paseos y veladas nocturnas con la consiguiente fatiga material y espiritual que tales actos inhabituales suelen tener; comidas extraordinarias por el horario, cantidad y calidad de alimentos, permanencia en lugares cerrados con atmósfera impura y a menudo cargada de emanaciones irritantes principalmente humo de tabaco; excesos sexuales, y sobre todo ingestión de bebidas alcohólicas; es decir, toda una serie de factores que por su acción muchas veces concomitante es muy difícil resolver en qué medida intervienen en la producción de las *explosiones* conjuntivales, además de la falta del sueño; la palabra «desvelo» y el verbo «desvelarse» en el sentido y con la significación que en este caso le dan los hondureños, corres-

que es común a todas las pequeñas partículas que accidentalmente llegan a las superficies oculares, y pueden determinar como aquellas dos órdenes de reacciones defensivas: una brusca y tumultuosa, y otra lenta y de poco acusada sintomatología:

La aguda y violenta, responde a la acción de *contacto*, y se manifiesta inmediatamente, como es de vulgar conocimiento, por picor, ardor, lagrimeo, dolor, parpadeo frecuente y enrojecimiento del *polo anterior del ojo*; es decir, por una serie de fenómenos coordinados, que tienden a la expulsión del «intruso».

La lenta y más o menos silenciosa, entra en juego cuando por estar el cuerpo «indeseable» enclavado en las membranas oculares el mecanismo anterior, se muestra insuficiente para hacerlo salir del ojo; la hiperemia y edema crónicos, con agudizaciones más o menos intensas y frecuentes, la hipertrofia y las neoformaciones granulosas en los alrededores del intempestivo huésped, constituyen las manifestaciones características de este tipo de reacción, y tienden como en todos los tejidos vivos, en iguales circunstancias, a expulsar, enquistar, desmenuzar y disolver todas las partículas extrañas a la propia sustancia del organismo.

Acharcar a la acción de los «pelos de venado» sobre los «ojos», fenómenos reaccionales de cualquiera de los dos mencionados tipos, siendo abundantes aquellos animales como lo son en Honduras, y dominando en el país las fluxiones y «nacidos» conjuntivales, es perfectamente lógico, y está de acuerdo con la experiencia que «todo el mundo» tiene sobre esta clase de microtraumatismos oculares.

Resolver si realmente ocurre así, corresponde a la investigación clínica: más adelante daremos cuenta del resultado de la que en tal sentido hemos realizado personalmente.

LA CLÍNICA Y LOS «PELOS DE VENADO» COMO AGENTES DE EPIOFTALMOPATÍAS

Clínicamente, la congruencia entre la fenomenología morbosa que pueden originar los «pelos de venado» por su condición de cuerpos extraños, y la propia de las fluxiones y «nacidos» (absolutamente asimilables, repetimos, a las epibulbitis y epibulbosis, respectivamente, de la «oftalmía roja»), es perfecta, y esto para los dos tipos de reacción defensiva: el agudo *contra-contacto*, y el crónico *contra-permanencia*; el propio médico especializado cuando se encuentra ante aquéllas, lo primero que considera, es la posibilidad de un agente vulnerante como causa; porque fuera de la etiología micro-traumática, es imposible «encajar» dentro de las entidades morbosas descritas en oftalmología, el cuadro hiperémico edematoso acentuado que presentan aquellas, en ausencia invariable, de los transtornos *subjetivo-objetivos graves*, que son comunes a todas las afecciones capaces de originar tan acusadas reacciones *látero-límbicas*; no puede, pues, sorprender, ni parecer disparatado o motivo justificado de burla, que el pueblo en circunstancias análogas, haya pensado y piense en la etiología micro

traumática, y designe como agentes de ésta a los «pelos» del venado que tanto abunda en la República; y menos aún si se considera que las fluxiones conjuntivales o epibulbitis son *irregularmente recidivantes*, y que las corrientes de aire que aportarían los «pelos» a «los ojos», son *irregularmente intermitentes también*.

Atribuir, pues, a tenues cuerpecillos proyectados sobre «los ojos» por el viento, y a *intervalos variables*, las fluxiones conjuntivales *recidivantes* que en Honduras se padecen, es de tan buen sentido clínico, como imputar a la *retención permanente* de los mismos los «nacidos» o *neoformaciones* epibulbósicas; el Práctico más experimentado y culto de nuestra moderna época, no podría enjuiciar esta fenomenología más atinadamente de lo que lo viene haciendo ¡quién sabe desde cuantos siglos! el pueblo hondureño.

El razonamiento *clínico* es por consiguiente, tan favorable a las creencias populares sobre los «pelos» como el vulgar o común, según vimos anteriormente; la investigación clínica decidirá como en aquel caso, si lo que «a priori» es razonable, sucede o no realmente

LA OFTALMÍA HONDUREÑA DE «LOS PELOS» Y LA CIENCIA OFTALMOLÓGICA

La bibliografía médica desconoce a los «pelos de venado» como agentes capaces de determinar las hiperemias y neoformaciones conjuntivales crónicas que nos ocupan; pero el silencio de la misma en relación con aquellos y sus posibilidades morbosas para las superficies oculares normalmente apuestas al aire, está sobradamente compensado por lo bien y extensamente que trata de otros agentes similares a *nuestros «pelos»*, y de las lesiones que determinan en el ojo o sus anexos; un breve estudio de estos casos nos permitirá razonar *científicamente* sobre el nuestro, y valorarlo debidamente, *por analogía*.

Todos los Tratados de Oculística, desde el más elemental hasta las grandes obras enciclopédicas, hablan de una afección que sirve maravillosamente a nuestros propósitos; nos referimos a la «Oftalmía nodosa».

Esta, según la opinión universal, y tal como la describen Renard y Roger Nataf en el capítulo dedicado a ella en su excelente obra sobre «Enfermedades de la conjuntiva», publicada en 1939 (1), es una «epioftalmopatía» ocasionada por *partículas extrañas* proyectadas sobre los ojos desde el exterior.

Estas partículas tienen dos orígenes: unas son de procedencia y naturaleza animal (pelos de orugas, y entre ellos casi exclusivamente los desprendidos de las del género «Processionaria»); otras, son vegetales (espinas caídas de las cubiertas de los frutos maduros del «cactus opuntia», o higuera de Barbaria). Los «pelos» de oruga, son la causa habitual; las espinas del mencionado Cactus, actúan más raramente.

(1) G. Renard et Roger-Nataf, «Maladies de la conjunctive», Masson, Paris, 1939.

Unos y otras llegan a los ojos arrastrados por el viento y quedan débilmente implantados en las superficies querato-conjuntivales, o atraviesan éstas y aun penetran en el interior del ojo, según el grado de oblicuidad que tengan al llegar a aquellas y la debilidad o violencia de la corriente proyectora.

En el primer caso, los enérgicos movimientos palpebrales y el violento lagrimeo que por acción refleja provocan, son suficientes para expulsarlos del ojo y todo queda reducido a un pequeño accidente pasajero, con rápido retorno a la normalidad anterior; en el segundo, la retención de los pelos o espinas en la superficie o en el espesor de los tejidos oculares, da lugar a una serie de fenómenos reaccionales que en nada se diferencian de los que se originan en todos los órganos, cuando son afectados por la permanencia en su interior de cuerpos extraños.

Estos fenómenos reaccionales consisten en el caso que nos ocupa, en *fotofofobia, lagrimeo más o menos intenso, congestión crónica, espesamientos irregulares y neoformaciones nodulares de la conjuntiva «limitadas a las zonas de éstas situadas a los lados del limbo esclerocorneal»; y brotes hiperémico-edematosos irregulares e intermitentes.*

Para la mayoría de autores y notablemente para G. Renard y Roger Nataf, el cuadro sintomatológico de la «Oftalmía nodosa» sería fácilmente comprensible invocando la acción mecánica irritativa producida por los pelos o espinas, llegados al ojo a través de las aberturas palpebrales, con la consiguiente fijación de los mismos, bien en las superficies querato-conjuntivales, o bien en el propio espesor de estas membranas.

Este criterio es evidentemente demasiado estrecho; no explica ni satisface cuándo en la «Oftalmía nodosa» clínicamente cierta, no se demuestran los «pelos o espinas» ni a la lámpara de hendidura (1); no está en armonía no obstante ser de los más recientes el Tratado que venimos siguiendo, con las modernas concepciones etiológico-patogénicas.

En la mayoría de las ocasiones la irritación mecánica por sí sola, puede explicar evidentemente toda la sintomatología, e incluso sus agudizaciones aunque no lleguen al ojo nuevas remesas de agentes vulnerantes, pero en no pocos casos, tenemos que admitir «que los pelos y espinas tantas veces nombrados, deben poder originar la oftalmía nodosa» de alguna otra manera que no sea la acción directa de «sus propios» cuerpos sobre las conjuntivas».

Si las espinas y pelos como cuerpos «forínes» determinan la «oftalmía nodosa» contin-

diendo e hiriendo las conjuntivas, también sus restos «no visibles» pueden ser conducidos al ojo por el viento, y dar lugar en aquellas a traumatismos más pequeños o a irritaciones de orden químico o biológico que se traduzcan por iguales signos clínicos.

Esta hipotética concepción no es tan fantástica como pudiera parecer a primera vista; otras análogas, ya sancionadas científicamente y de especial aplicación al caso que estudiamos, han sido consignadas en la literatura médica universal.

El Dr. L. Genet, en su obra «Lesiones de la conjuntiva» por sustancias químicas de origen vegetal y animal publicada en 1939, dice a este propósito:

«La «oftalmía nodosa», es producida por pelos o espinas; los pelos de ciertas orugas, están provistos de un canalículo conteniendo veneno, y éste procede de la propia oruga cuya linfa es también venenosa; el simple contacto, dice Genet, de cualquiera de estos cuerpos («sólidos» y «líquidos»), y de otros y determinadas sustancias (no precisa el estado físico de éstas) con las conjuntivas, basta para irritarlas y determinar por acción mecánica, química o mixta la «oftalmía nodosa».

No expresa Genet si en la palabra química incluye o no a los fenómenos anafilácticos, que como se sabe, obrarían en definitiva en el mismo sentido; pero está bien claro y basta para nuestros propósitos, que la «oftalmía nodosa» no es como generalmente se la considera una afección casi exclusivamente originada por la irritación mecánica que producen en las conjuntivas látero-límbicas los pelos de las orugas del género «Processionaria», sino que es causada también por otras diversas sustancias irritantes, formes o no, e indistintamente por acciones mecánicas químicas, o mixtas.

En la misma obra citada (1) y en relación con estos estudios, dice Genet textualmente:

1º—La acción ANAFILACTIZANTE de la madera de pino sobre el organismo humano, es entre las sustancias sensibilizantes, y concretamente entre las maderas, una de las más activas y mejor probadas.

2º—Igual sucede con «la injta de oruga» del mismo árbol.

Los anteriores datos no resuelven concretamente el problema, según debidamente anticipamos, de si los «pelos de venado» determinan o no las fluxiones o «nacidos» conjuntivales, que las gentes les atribuyen; pero ilustran lo suficiente sobre el poder patógeno de otros cuerpos semejantes y de las lesiones que determinan en el ojo, para que nos sea permitido imaginar con grandes probabilidades de acierto, el papel que desempeñan o son capaces de desempeñar en la génesis de los fenómenos morbosos que venimos considerando, y por

(1) En Barcelona muchos de cuyos grandes paseos y plazas están adornados con «cactus» gigantes, la «oftalmía nodosa», es frecuente durante la primavera y el otoño a la caída de las espinas; en numerosos enfermos no se alcanza a ver éstas, no obstante presentar iguales signos clínicos que aquellos otros, en los cuales fueron localizadas y extraídas al microscopio corneal y lámpara de hendidura.

(1) Lesions de la Conjonctive par Substances chimiques ou d'origine animal et vegetal.—L. Genet. Masson, Paris. 1939.

consiguiente en qué grado son sensatas desde el punto de vista científico las creencias populares acerca del poder patógeno de los mismos.

Sirviéndonos, pues, de las informaciones oftalmológicas transcritas, podemos aceptar «en principio» y dentro de la más pura ortodoxia científica, los siguientes extremos:

1º—Los «pelos de venado» son capaces de producir en «los ojos», fenómenos irritativos anti-contacto y anti-permanencia, según que sean rápidamente eliminados o queden englobados en los tejidos oculares.

2º—Los trastornos conjuntivales que se les atribuyen, fluxiones y «nacidos» respectivamente homólogos de las epibulbitis y epibulbosis de la «oftalmía roja», tienen, clínicamente grandes analogías con los fenómenos irritativos que provocan por contacto fugaz o permanencia en «los ojos», los cuerpos extraños de cualquier naturaleza, y también, y singularmente, con el cuadro sintomatológico subjetivo-objetivo característico de la «oftalmía nodosa».

3º—Los «pelos de venado» pueden determinar estas acciones, actuando en cualquiera de las siguientes formas:

- Como tales cuerpos *formes*, y por simple irritación mecánica.
- Mecánicamente también, pero por sus *de- tritus* pulverulentos impalpables e *invi- sibles*.
- En polvo, como en el anterior caso, pero mostrándose *meccánicamente* «inertes», y «activos» en cambio, por la *causticidad* de las sustancias *químicas* que los consti- tuyen.
- Como *alergenos*, y con entera independen- cia del *estado físico* y del carácter cáustico que *eventualmente* tengan sus elemen- tos *químicos* integrantes.
- Por dos o más de los mecanismos anterio- res a la vez: acción *compleja* o *mixta*.

La legendaria creencia hondureña acerca del origen de las fluxiones y «nacidos» conjuntivales, es según lo que antecede, tan respetable y merecedora de atención y estudio desde el punto de vista científico, como vimos lo era a la luz de la *clínica* y del *sentido común*; no obstante, y como ya varias veces se ha dicho, su valoración definitiva sólo puede hacerse conjugando los resultados de las pruebas anterio- res con los de una investigación clínica encaminada a obtener informaciones, cuando menos, sobre los siguientes puntos:

- Comprobación de la existencia *real* y cons- tante de los «pelos de venado», en las afec- ciones consabidas, y *no en ningunas otras*.
- Zona o zonas de «los ojos» en donde se *si- túan* o *implantan*.
- Confirmación, como contraprueba, de que no se les encuentra en las personas sanas.

d) Comprobación, caso de existir, de los efec- tos terapéuticos de su extracción.

La práctica de tales investigaciones, sobre- pasa ampliamente las posibilidades del Oftal- mólogo; la observación en clínica ordinaria, por minuciosa que sea es rotundamente des- favorable a lo que se *oye decir* sobre las tradi- cionales creencias populares; pero en realidad no se las conoce concretamente, y es muy di- fícil obtener informaciones precisas acerca de las mismas; los depositarios y expertos en ellas actúan clandestinamente, y no se dejan abor- dar; los propios enfermos, que en su mayoría han sido ya sometidos a la prueba de la ex- tracción de «los pelos», se muestran reservados por timidez o para no parecer incultos; pero la propia ignorancia acerca de las causas de la fenomenología morbosa conjuntival, eterna- mente repetida; la reiterada comprobación me- diante la exploración clínica detenida de que no existe nada objetivo que aliente aquella ideolo- gía; la meditación en el triple aspecto antes mencionado, y sobre todo, la *noción* de que el *ori- gen* de tales creencias se pierde a lo que parece en los tiempos y «no obstante se mantienen vivas y sin el menor descrédito», acaba por convencer de que en todo ello debe haber «algo» digno de ser conocido; y crean una determinación de *saber*, que allana todos los obstáculos, y lleva por fin al contacto con los *expertos* con la fina- lidad de «documentarse» y *aprender*; así lo hi- cimos nosotros, y a continuación exponemos el resultado de nuestras investigaciones, digno, creemos, de ser conocido y pleno de curiosidad e interés.

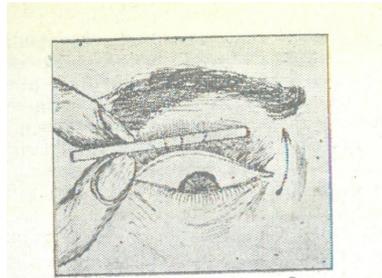
LA OFTALMÍA DE «LOS PELOS» Y SU TRATA- MIENTO VISTAS EN LA «ESCUELA» POPULAR HONDUREÑA

«Selección» de los casos:

En «principio», son rechazadas las personas afectas de «mal de ojos»; se *admiten* a *explora- ción*, las que «clínicamente» sufren «descen- sos», fluxiones y «nacidos»; pero ya se advier- te por anticipado que muy probablemente no se encontrarán «pelos» más que en las que presentan estos dos últimos procesos.

«Técnica exploratoria»:

La «técnica» para averiguar si existen o no «pelos de venado» implantados «en los ojos», es muy simple: consiste en aplastar toda la fila de pestañas contra la superficie de la piel del párpado (generalmente la *exploración* se efec- túa en el superior) mediante un fósforo o pal- lillo de dientes que se aplica a la raíz (Fig. 15); paralelamente al borde libre de aquella el fós- foro o palillo sin perder su contacto con el párpado ni desviarse de su posición horizon- tal, se desliza tangencialmente sobre la piel, hacia la ceja (párpado superior), o hacia la me- jilla (párpado inferior); a medida que el palillo de referencia se *aleja* del borde libre del pár- pado, las pestañas *más cortas* o *rigidas* se van

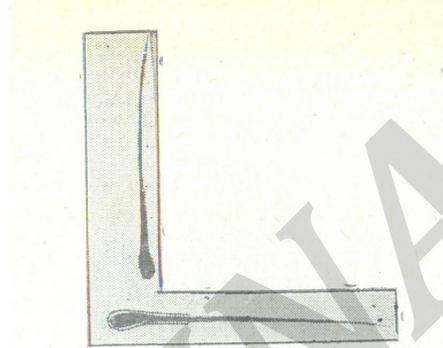


[FIG 15]

escapando por debajo del trocito de madera (u otra sustancia de igual forma y dimensiones) para volver a su posición natural; *estas pestañas que recobran primero su habitual dirección, son casi con seguridad los pelos de venado que se buscan*

Para cerciorarse de que no ha habido error, se extraen con unas pinzas o los dedos unas cuantas pestañas sospechosas, y se colocan sobre una hoja de papel blanco, o sobre la palma de la mano; entonces puede verse «que hay entre ellas dos clases de pelos»; unos, tienen su extremidad más gruesa o raíz de color negro y en forma de maza; otros presentan en su extremidad más gruesa también que *es más larga* que en los anteriores y de forma cilíndrica, una coloración blanquecina que se extiende hacia la punta del pelo aproximadamente, unos dos milímetros; los pelos abultados en su raíz con forma de maza y color negro, quedan *de pie o parados* sobre la palma de la mano o el papel como si hubiesen sido clavados en él; *estos son los «pelos de venado» que se buscan, y representan a las primeras pestañas que se escaparon de la compresión del palillo, cuando éste se deslizaba hacia la raíz del párpado; los de cabeza blanquecina y cilíndrica, quedan tendidas horizontalmente sobre la superficie en que se colocaron; estos pelos según los «expertos» son pestañas normales extraídas por error o deficiencias en «el instrumental», y corresponden igualmente a las pestañas que por su mayor longitud y flexibilidad, tardaron más tiempo en sacudir el yugo del palillo compresor (Fig. 16)*

La exploración queda limitada a la maniobra descrita; y tanto si se encuentran los pelos buscados como si no, ni siquiera se trata de investigar si existe alguna pestaña desviada; no se practica la exploración de las conjuntivas palpebrales y fondos de saco; no se examina la conjuntiva bulbar ni se buscan en ella «pelos» ni se toman nota de sus alteraciones; la córnea y pupila no merecen atención ni aun inspiran curiosidad; *el mal radica en las pestañas y en ningún otro sitio más, y depende de la simple «presencia» de los «pelos» y no de su implantación viciosa y mala dirección, con el consiguiente rozamiento de la superficie córnea-conjuntival*



[FIG. 16]

Características morfológicas de los llamados «pelos de venado»:

Ya se ha dicho que los bordes parpebrales están de ordinario sanos en estos enfermos; las pestañas están bien implantadas y tienen la disposición anatómica normal; nada extraño se advierte *en, ni entre ellas.*

Los «pelos arrancados», según se explicó en la técnica exploratoria, presentan los siguientes rasgos:

Macroscópicamente o a débiles aumentos, tantos aquellos de extremidad blanquecina y cilíndrica que yacen a lo largo de las superficies en donde se examinan, como los que presentan un corto abultamiento en la raíz y quedan *de pie o parados*, sobre aquéllas, son en nuestra opinión *pestañas absolutamente normales*; las pertenecientes al primer grupo deberían la coloración blanquecina y la forma cilíndrica de su raíz, a la propia vaina del pelo arrancada por la fuerza de la extracción al mismo tiempo que la pestaña; las del segundo grupo (*los pelos de venado*) serían también *pestañas normales* desprovistas de la mencionada vaina, menos adherida al pelo, por vejez u otra cualquier circunstancia. La propiedad de quedar *paradas o de pie* sobre una superficie cualquiera sería debida al mayor peso de la raíz en las pestañas que tienen ésta en forma de pequeña maza negra; algo así, como algunos juguetes muy en boga bastantes años atrás, que tenían, para los niños, la maravillosa cualidad de quedar *de pie o parados* cuando caían al suelo cualquiera que fuera la posición en que se les hubiera lanzado al aire; estos juguetes

llamados «tiesos» en España—, consistían en trocitos cilindro-cónicos de madera ligera representando muñecos diversos; una pequeña plancha de plomo cuidadosamente disimulada entre los pies del «pichingo» realizaba el «milagro», encanto de la chiquillería en aquellos tiempos, de que aunque se le tirara de cabeza contra el suelo, se levantara «él solo» y quedara *de pie, tieso o parado*. Por iguales razones las *pestañas normales* que conservan su vaina semitransparente y grisácea extendida en un par de milímetros hacia su extremidad libre, quedan extendidas o acostadas

sobre cualquier superficie; la *diferencia de peso* entre el bulbo y la punta del pelo en éstas, es mucho menor que en las que carecen de vaina —«pelos de venado» o en forma de maza— y por ello no quedan *paradas* como éstas.

Interpretación de los resultados exploratorios:

Depende dentro de un cierto margen, como la de todas las exploraciones, de la impresión del *operador*, de sus posibles prejuicios, y también de su buena o mala fe; como «vistos» una vez los «pelos de venado» se diferencian muy bien siempre de *las simples* pestañas por los caracteres antes descritos, es imposible negarlos, si existen, ni afirmar su presencia, cuando no se les encuentra; cuando hay muchos o son simplemente abundantes, el diagnóstico de «oftalmía por pelos» se impone; pero si son escasos uno, dos o tres—, la decisión acerca de su papel etiológico en el caso considerado, queda a juicio del «examinador».

El número de hallazgos *positivos* es igual al de enfermos examinados en cada lote, es decir 100%; lo único que cambia en cada caso es la *cantidad* de «pelos morbosos», y ésta depende a su vez del número de pestañas que se arranquen al mismo tiempo y también de que los «arrancamientos» diagnósticos se practiquen una o varias veces; así puede ocurrir que de cada diez casos se eliminen uno o dos, y que los excluidos resulten ser o no, los que previamente *diagnosticados* de padecer «descenso», se advirtió al seleccionar los casos que probablemente no tendrían, o tendrían muy pocos «pelos».

Resulta de aquí que *todos* los admitidos a la exploración objetiva padecen invariablemente, según se expresó al tratar de la selección de los casos, *fluxiones*, «nacidos» o «descensos»; el 90% de éstos, indistintamente, *fluxiones* y «descensos», *deben* su mal a los «pelos»; el 10% (desechados con *fluxiones* y «descensos» *igualmente*), tienen también de uno a tres «pelos».

El «tratamiento» y sus resultados:

Consiste exclusivamente en el «arrancamiento» de los supuestos «pelos de venado»; se practica simplemente con los dedos, y si el «práctico» es de los *elegantes* con pinzas de depilación; la primera «cura» se efectúa ya en el acto del reconocimiento, y se pasa y repasa el *palillo* en la forma que ya se explicó, hasta que ya no se ven más «pelos», o se acaba la paciencia del enfermo; la segunda «cura» debe practicarse a los ocho días si la curación no ha sobrevenido ya; otras veces y en casos que al «experto» le parecen especialmente graves, se repite diariamente o en días alternos.

En cuanto a los resultados de esta «terapéutica», no podemos referir los que hubieran sido en un lote completo de enfermos, si nuestra presencia no hubiese alterado su composición. Habíamos convenido previamente con los «preceptores» que todos aquellos pacientes

que a nuestro juicio pudiesen ser perjudicados por los arrancamientos de «pelos» o simplemente por la demora en someterse al tratamiento oftalmológico «ortodoxo», serían exceptuados de tales prácticas y sometidos a nuestros cuidados en el Hospital «San Felipe»; y que aquellos otros graves, y necesitados de vigilancia hospitalaria diaria durante el tratamiento, sólo serían sometidos a él, previo el cumplimiento cotidiano de este requisito; como consecuencia de tal convenio, los resultados de las pruebas terapéuticas fueron muy afectados y en sentido favorable; la segregación en cada lote, de las queratitis parenquimatosas e iridocelitis con manifiesta tendencia a la formación de sinequias posteriores, equivalía a reducirlo a las afecciones *espontáneamente* curables. *Espulgados*, así los varios grupos de enfermos que habían de ser sometidos a tratamiento, quedaron todos ellos integrados por la gama casi completa de las afecciones oculares externas que se aprecian de ordinario en esta clínica, es decir, fluxiones y «nacidos» uni o bilaterales, episcleritis perilímbricas ligeras, y un cierto número de queratitis parenquimatosas e iridocelitis subagudas de escasa intensidad, que vigiladas diariamente a la lámpara de hendidura, podían dejarse sin atropina ni grandes riesgos, durante varios días; digamos, sin embargo, a propósito de estas dos últimas afecciones, que en no pocos casos, leves inicialmente, nos vimos precisados a poner el veto a este «tratamiento»; la agravación manifiesta durante el mismo de los fenómenos inflamatorios, con el consiguiente riesgo, cuando menos, de la formación de sinequias si las aplicaciones de atropina no se instituían sin demora, nos obligó a proceder así; esto favoreció el éxito de las pruebas. Pero aún con tales incidencias que tanto valor demostrativo habían de restarles, hay que reconocer que el «método» se manifestó en la mayoría de los casos aita y hasta brillantemente eficaz; unos curaron en las primeras veinticuatro horas; bastantes pudieron ser dados de alta definitivamente *curados* al tercer día; algunos pocos tardaron 6 u 8; y un número muy reducido permaneció indiferente a los «arrancamientos» o empeoró ostensiblemente durante los mismos.

RESUMEN DE LOS HECHOS OBSERVADOS

1º— La «oftalmía de los pelos» no es una afección determinada sino una colección de padecimientos hiperemiantes del polo anterior del ojo, entre los cuales se encuentran *todos* los que habitualmente originan rubicundez ocular en esta Clínica, a excepción del «mal de ojos»; es decir, la «oftalmía roja» y sus comunes asociaciones, más las episcleritis, flictenas, y queratitis parenquimatosas e iridocelitis, calificadas, estas últimas por lo general de «descensos».

2º— En *todas* las personas examinadas, pre via la «selección» de que más arriba hablamos

se encuentran «pelos de venado»; las rechaza-
das *por tener pocos*, padecen *las mismas* afec-
ciones y en igual grado de intensidad que las
que se admiten como tributarias de esta etio-
logía *por tener muchos*.

3º—El examen clínico atento de todas estas
personas y en particular el realizado a la lám-
para de hendidura y microscopio corneal, *no*
permite descubrir «pelos de venado» o de cual-
quier otro animal, ni tampoco pestañas des-
viadas o simplemente dobladas, cuerpos extra-
ños de cualquier naturaleza, ni nada en fin,
que roce la superficie querato-conjuntival.

4º—Los llamados «pelos de venado», son
ciertamente pestañas *normales* desprovistas
de vaina bulbar por la fuerza del arranca-
miento.

5º—*En cualquier persona normal* pueden
extraerse por arrancamiento y en igual núme-
ro que en las enfermas, pestañas en maza o
«pelos de venado», y también de bulbo cilindri-
co blanquecino con la vaina conservada.

6º—Los «éxitos» del *tratamiento* se expli-
can por la *curabilidad rápida y espontánea* de
las afecciones tratadas. En el noventa por
ciento aproximadamente de los casos, éstas
son las epibulbitis «autóctonas» de la «oftalmía
roja», y las *provocadas* por las afecciones, ya
mencionadas, que frecuentemente se le aso-
cian. Y ya quedó dicho que tanto aquella en
sus fases críticas como éstas, surgen y desapa-
recen «por propia cuenta», o a lo menos con
entera independencia de todo agente, natural
o terapéutico, conocido.

REFLEXIONES Y COMENTARIOS SOBRE LA «TEORÍA PILÍFERA POPULAR»

Huelgan al parecer dada la rotunda conde-
nación que se desprende de la anterior encues-
ta. No es así sin embargo. Ciertamente que
no se encuentran «pelos de venado» en los pa-
cientes de aquella oftalmía ni en los de nin-
guna otra; y que los de tal modo llamados son
pestañas normales y, por consiguiente, están
correctamente implantadas en los bordes cilia-
res de todas las personas sanas y enfermas.
Es verdad, como ya «a priori» podía pensarse,
que no hay tales «oftalmías de los pelos», y
aún que, es absurdo y monstruoso creer que
existan. Pero también es innegable que junto
al enorme desatino que supone admitir la im-
plantación *electiva* y subsiguiente desarrollo
de pelos «muertos» de un animal en los bordes
palpebrales de los seres humanos, hay *en*
algunos aspectos de estas creencias no menos
enormes aciertos. Y esta contradicción es tan
escandalosa, que cometeríamos una torpe lige-
reza si no nos detuviésemos a reflexionar so-
bre ella.

La mezcla de cordura e insensatez que,
según nos hemos esforzado en poner de relie-
ve en anteriores páginas, encierra la *teoría*
etiológica popular de las «oftalmías autócto-

nas», debe hacernos sospechar que estamos
ante «algo anómalo» que conviene aclarar: si
ante los hechos que *formalmente la contradic-*
ten estamos obligados a *rechazarla*, no lo es-
tamos menos a *retener* los que se nos ofrezcan
como *correctos y aprovechables*; la delimitación
de unos y otros exige un nuevo análisis.

La *pulverización* en «cuatro días» de creen-
cias sustentadas «durante siglos», aunque por
gentes indoctas, no satisface al espíritu; es
demasiado fácil para ser acogida sin recelos.
Indocto era el pueblo que *desde siempre*, y sin
conocer el mecanismo, había creído en la *con-*
tagiosidad de la tuberculosis. *Doctos* eran
quienes por muchos centenares de años *pulve-*
rizaron aquellas ideas y se *burlaron* de ellas.
Aun no hace un siglo que la ciencia le dió la
razón sobre este punto, al escarnecido vulgo.
Toda la profilaxis y terapéutica de la tubercu-
losis descansa hoy en aquella «vulgar creencia»
Es demasiado aleccionador este ejemplo (y la
Historia de la Medicina está llena de otros
análogos), para que por *absurdas* que nos pa-
rezcan nos atrevamos a desechar en Clínica
las opiniones del pueblo sin un detenido y cau-
teloso análisis; bien o mal *interpretados* sus
conocimientos médicos son del más puro y
legítimo origen: la observación; y ésta es, ha
sido y será siempre la base de la Medicina.

El examen de nuestro caso a la luz de estas
ideas aclara suficientemente la cuestión y per-
mite conciliar bastante razonablemente lo que
parecía inconciliable.

Ya vimos que la sintomatología de las
fluxiones presenta notables analogías con las
reacciones *anti-contacto* que determinan los
cuerpos extraños que accidentalmente alcanzan
las superficies oculares, y también que la de
los «nacidos» ofrece iguales semejanzas con
las reacciones *anti-permanencia* que se origi-
nan si aquellos quedan englobados en las cu-
biertas del ojo; dejamos igualmente expuesto
que numerosas partículas, homólogas por su
naturaleza y morfología de los «pelos de venado»,
está reconocido universalmente que pue-
den dar lugar a oftalmías de marcha crónica
perfectamente asimilables por sus crisis fluxio-
narias y neoformaciones conjuntivales a la
«oftalmía roja», y que la afección conocida con
el nombre de «oftalmía nodosa» constituye la
realización práctica de tal posibilidad, y un
bello ejemplo y a la vez un argumento favora-
ble a que la «roja» obedezca a una etiología-pa-
togenia semejante; hicimos finalmente notar
que la «oftalmía nodosa» primitivamente consi-
derada como resultado de la *implantación* en
las superficies del ojo de «pelos de orugas» o
espinas de cactus, se admite hoy que puede ser
originada por el *simple contacto* de los «detrí-
tus invisibles» de estas mismas y otras sustan-
cias, entre las cuales figuran en primera línea
por su alto poder «amafilactizante» sobre el
«organismo» humano los productos de desinte-
gración del «pino y sus orugas».

Si ahora con esta síntesis de hechos y razo-
namientos congruentes a la vista, examinamos
de nuevo la «doctrina» popular hondureña de

los «pelos de venado», veremos que lo UNICO que tiene de absurdo, es haber asignado el poder patógeno a la PRESENCIA en los bordes ciliares de los CUERPOS DE LOS «PELOS». Salvado este error de interpretación, ya cometido por la propia Ciencia al declarar causa única de la «oftalmía nodosa» a la irritación mecánica, y no mayor que muchos otros que los médicos cometemos a diario, no obstante nuestra larga preparación profesional, todo lo que se encuentra en ella es admirable y constituye una maravillosa y correctísima anticipación, en ¡quién sabe cuántos siglos!, de la «sabiduría inmanente» del pueblo hondureño a la Ciencia de nuestros días.

Ya el hecho de haber llegado a nosotros habiendo tenido su origen en épocas indeterminables por su lejanía, revela que las oftalmías «enrojecedoras» se padecen desde siempre en Honduras y por todos o casi todo sus moradores. Sólo padecimientos que afecten a la mayoría y en toda época pueden atraer la atención general y retenerla a través de los siglos.

La captación, por simple observación directa y en ausencia de toda cultura general y médica, de las características generales del padecimiento y su habitualmente exacta identificación, a pesar de las numerosas variaciones que por su aspecto ofrece en los diferentes individuos, acredita a los hondureños como observadores clínicos finísimos.

Relacionar padecimientos difundísimos, simplemente hiperemiantes, leves, fugaces, irregularmente recidivantes en ocasiones distintas para cada individuo, y moderadamente neoformativos a la larga, con la acción de agentes ambientales que no obstante su constante presencia pueden manifestarse patógenos a intervalos desiguales en cada sujeto; y atribuir, finalmente, a sustancias acarreadas por el viento este papel intuyendo que no son patógenas por sí mismas sino «de concierto» con el estado de cada individuo en un determinado momento, es poseer un tesoro de sagacidad y aptitudes interpretativas que ya quisiéramos para nosotros mismos. Merece, pues, toda nuestra admiración y respeto, y es digna de ser disculpada en sus errores como justa compensación a sus aciertos.

La creencia popular en la acción patógena de los «pelos de venado» ÍNTEGROS, es, pues, falsa. Pero los detritus invisibles de estos mismos pelos o de otras sustancias desprendidas de los venados tan numerosos en el país, los de los «zopilotes» y «zanates» igualmente abundantes, los de los pinos y sus orugas generosamente esparcidos por toda la República, pueden llegar a los organismos humanos por intermedio del viento y sensibilizarlos actuando como alérgenos, según ya hoy se sabe que actúan algunas de éstas, y otras muchas sustancias análogas. Y esta sensibilización, de grado muy variable para cada sujeto y momento, se ha de manifestar necesariamente por signos iguales a los descritos para la «oftalmía roja», e idénticos fenómenos evolu-

tivos. Es decir: brotes reaccionales (crisis epibulbíticas) y periodos silenciosos o de aparente salud (fase fría: epibulbosis), irregularmente durables y escalonados desordenadamente a lo largo de la vida del sujeto.

Podrá la «oftalmía roja» ser o no de naturaleza alérgica (1); pero mientras no se lleven a cabo las investigaciones necesarias para precisar su verdadera índole, hemos de aceptar que dada su fisonomía clínica y características evolutivas, no es posible invocar para explicarla en el estado actual de nuestra Ciencia ninguna etiología-patogenia que supere ni aun iguale a la antígeno-alérgizante: es decir, a la que en «esencia» está indicada en la doctrina «pilijera» popular.

Si dirijimos nuestra atención ahora al N O C A en su conjunto, «constelación» sindrómica FUNCIONAL de la que como ya se dijo la «oftalmía roja» constituye el síndrome estelar «guía» o de primera magnitud, podremos comprobar que todos los «satélites» se manifiestan en los respectivos órganos y aparatos con iguales características generales que «el epi oftálmico-guía»; es decir, acentuada inocuidad, recidivancia irregular, «co-existencia» con otros «satélites» y fases alternativamente activas-críticas, y silenciosas, «blancas» o frías.

Las crisis jaquecoídes, con salud local y general entre las mismas.

Los «dolores del cerebro», (nucalgias «paroxísticas» de punto de partida cervical) sin lesiones óseas ni de nervios o centros, clínicamente apreciables entre los accesos.

Los «dolores de riñones», (algias musculares lumbares) también, clínicamente «mudos» fuera de los «paroxismos».

Los erráticos de las masas musculares de los miembros, jamás acompañados de trastornos generales, cardio-articulares, ni alteraciones de ninguna índole y en ningún aparato durante los largos periodos en que no se manifiestan.

Las rinitis accesionales a menudo calificadas de «gripe», (una forma de «gripe» subintrante que se repite muchas veces cada año y todos los años, a lo menos los que corresponden a la vida sexual) y que no obstante sus frecuentes recidivas dejan a los sujetos entre éstas en perfecto estado de salud general sin que eventualmente tengan otras consecuencias que determinar a la larga hipertrofias de la mucosa nasal (homólogas de las neoformaciones epibulbóticas de la conjuntiva en la «oftalmía roja»).

(1) Persona mente tenemos la convicción de que lo es en gran parte, y con ella todos los cosindromes del N O C A; pero creemos igualmente que junto a los probables factores alérgicos hay que tener en cuenta los constitucionales, climatológicos, dieléticos, etc., tan desconocidos hoy por hoy en lo que particularmente afecta a los «caribeños», como los supuestos alérgenos. Teorizar más o menos razonablemente sobre estas y otras cuestiones análogas, es lo único que puede hacerse hasta tanto no se hayan estudiado a fondo todos aquellos factores.

Las crisis *hépato-digestivas*, cuyos intervalos están desprovistos de los signos de todo orden correspondiente, a las afecciones orgánicas sistematizadas del hígado, y a las numerosas y graves alteraciones del estado general que éstas provocan. El hecho de que aquéllas no determinen en el transcurso del tiempo y en ciertos individuos otros trastornos *permanentes* que los propios de la calculosis cisto-hepática (probablemente por precipitaciones biliares catarrógenas, y en tal caso *homólogas*, como alteraciones mucosas a las hipertrofias de los *cornetes* y de las *conjuntivas*). Y el de que como todos éstos, los cosíndromes sinusal, amigdalofaringeo, cólico, etc., presenten iguales analogías en sus características sintomatológicas y en la irregularmente rítmica alternancia de sus respectivas fases críticas y frías, atestiguan que obedecen todos muy probablemente a la misma etiología y patogenia que la de la *siempre* concomitante «oftalmía roja»; y por consiguiente, que si se admite que la de ésta se haya comprendida en la doctrina de los «pelos de venado» habrá que admitir también que en ella estará igualmente indicada la correspondiente a todos los mencionados co síndromes aunque no se cite a cada uno de éstos expresamente.

La clínica y la razón conducen a la etiología patogenia antígeno-alérgica como la más adecuada para explicar y comprender la «oftalmología roja» y el N O C A del cual forma parte. Y esta noción que nos ha sido totalmente sugerida por la leyenda popular «de los pelos», creemos se haya contenida *de manera expresa* en ésta, no obstante el silencio que guarda respecto a otros órganos y la grotesca deformación que ha sufrido llegando a *personalizar* en los *cuerpos mismos* de los pelos el agente de las oftalmías y de sus contumaces recidivas.

La finura de las observaciones y el tino interpretativo sobre éstas, (solidísimos cimientos evidentemente de la doctrina popular de los «pelos de venado») no pueden haber venido a parar en las burdas y ridículas creencias y maniobras terapéuticas actuales, más que habiendo sufrido a lo largo del tiempo numerosas *mutilaciones* y deformaciones: sucede con la evolución del pensamiento igual que con la de las capas que forman la superficie terrestre; y así como cuando los geólogos en el curso de sus estudios sobre ésta al encontrar discontinuidades inexplicables ocupadas por franjas que ni tienen la misma composición química ni la misma orientación que las vecinas, dicen estar ante «fallas» con origen en cataclismos sísmicos, nosotros que escrutamos la regularidad en la evolución del pensamiento médico popular (y no por puro entretenimiento sino por utilidad práctica), hemos de decir que el aspecto que a nuestros ojos ofrece *hoy* el del pueblo hondureño, en relación con las oftalmías, es una verdadera «falla», y no la expresión o muestra de la *totalidad* del «terreno» que venimos explorando.

Reflexionando sobre estos hechos y con el afán de reivindicar para el pueblo hondureño el mérito (que en apariencia le roba ésta más que torcedura, quiebra o «falla») de haber apuntado desde siglos atrás la orientación etiológico patogénica que más conviene al «genio» de su patología habitual actual, aun examinando ésta a la luz de nuestras más modernas adquisiciones científicas, hemos llegado a establecer una hipótesis que aun no teniendo otra finalidad que satisfacer nuestras ansiedades espirituales, vamos a exponer: quizás ello sirva para excitar a quienes puedan, a sustituirla por otras más razonables.

Las reacciones de los primitivos hondureños ante los agentes cósmicos exteriores debieron ser, como las de los actuales, cualitativa y cuantitativamente proporcionales a la calidad de las excitaciones externas y a las características constitucionales de sus organismos.

Para reconstituir el aspecto patológico que nos interesa y careciendo de informaciones históricas sobre unas y otras, debemos *imaginar* ambas a base de lo que sobre ellas sabemos hoy.

El hondureño contemporáneo puede ser considerado, en líneas generales, como un elemento racial resultante del cruzamiento de los aborígenes con los españoles.

Ahora bien: sabemos que éstos *pueden ser individualmente* de constitución idéntica o muy parecida a la que *en masa* presentan los hondureños; pero también que ostentan como los demás europeos todas las variantes constitucionales que la Fisiología general describe. Ninguno, añadimos, por semejante que sea en sus rasgos constitucionales a las que en su gran mayoría presentan los hondureños, y por muchos que sean los años que resida en Honduras, sufre N O C A y por consiguiente «oftalmía roja». En cambio ésta y el N O C A, más o menos bien caracterizado, afecta a todos los hondureños.

Pero la «oftalmía roja» y el N O C A en totalidad que *podrán o no* «agudizarse o desencadenarse» por la acción de alérgenos, *no son enfermedades propiamente dichas*, sino disfunciones intermitentes con localización en distintos órganos y aparatos; y éstas no se desarrollan por igual en todos los organismos, sino en aquellos que *constitucional y hereditariamente* están expuestos a esta clase de desarreglos: los hipotónicos *hereditarios*; los que ofrecen la actualmente llamada «estigmatización vegetativa», caracterizada, según Barach, por hipotonía *hereditaria*, labilidad vascular, labilidad vegetativa, mano vegetativa, acrocianótica, sudorosa, tendencia a palpitaciones, presiones arteriales bajas, y en la mujer hipoplasia genital con reglas de aparición tardía, y ciclos cortos y sin regularidad... fenómenos todos que forman parte del sustratum constitucional de los hondureños; y muy especialmente el de la hipotensión arterial, el más heredable de los factores constitucionales según Müller. Si «por el hilo se saca el ovillo», podemos nosotros sacar de estas característi-

cas constitucionales de los actuales hondureños, que no son las de la rama española, sino las que muy probablemente predominaban en sus ascendientes aborígenes. Y admitido esto, podremos suponer con relativo acierto que eran tan hipotónicos y lábiles como los contemporáneos y que sus respuestas a los estímulos exteriores serían con escasas variaciones, las mismas que en igualdad de circunstancias vemos en éstos hoy.

Viviendo los hondureños como todos los hombres primitivos de la pesca y caza, y teniendo sus viviendas en las cercanías de los bosques (en su mayoría pinares), muy abundantes en venados; alimentándose de la carne de éstos y utilizando sus pieles para dormir, vestir y calzar, es razonable pensar que en la atmósfera que les rodeaba flotasen en mayor cantidad los pelos y otros detritus de los venados, que cualesquiera otros de los que forman los corpúsculos del aire; y por consiguiente que las partículas extrañas que el viento pudiese proyectar sobre sus ojos fuesen más frecuentemente «pelos de venado», que cuerpos de otra naturaleza. En el caso más común estos pelos se adherirían sin provocar trastornos a diversas regiones de la piel y también quedarían enredados en las pestañas que, como sabemos, constituyen órganos protectores de singular finura para el ojo. Tal y como sucede cuando se trabaja en el carbón y el yeso, o se manipula con la lana. Los pelos de venado retenidos por las pestañas pasarían habitualmente desapercibidos; pero cuando alguno o algunos de ellos llegasen a la superficie exterior del globo, o fuese ésta alcanzada por una partícula de cualquier otra naturaleza, a buen seguro que, encontrándose algo *dentro del ojo* o no, se tropezaría con frecuencia con los pelos «atrapados» en las pestañas; la frecuencia de tales hallazgos en ausencia del verdadero agente irritativo muchas veces expulsado ya en el acto de la exploración por el parpadeo y la abundante secreción lagrimal de defensa, pudo muy verosímelmente dar lugar a la creencia de que los inofensivos pelos entremezclados con las pestañas podían ser la causa de tales accidentes.

En «el principio» la causa habitual de molestias y enrojecimientos oculares *repentinos*, y desde luego la *única visible* fué la irrupción brusca en el ojo de pequeñas partículas y entre ellas de «pelos de venado», siempre presentes por las razones dichas, y *fuesen o no* el agente de las desazones. Pero con el tiempo los pelos y sus residuos invisibles y otras sustancias más, quizás las vegetales y animales desprendidas de los pinos, además de como cuerpos de irritación mecánica actuaron como alérgenos sensibilizando *entre otras* las mucosas oculares; quedando sin embargo, preñada toda la atención en éstas, por su gran visibilidad, la viveza de sus reacciones, y la analogía de éstas con las bien conocidas y provocadas por los cuerpos «formes». La sintomatología de las reacciones alérgicas vendría así a quedar confundida con la provocada

por excitaciones mecánicas, y esta confusión sería robustecida por la invariable ausencia de secuelas en ambos casos, y sobre todo porque a la exploración de las pestañas aparecían los «pelos de venado» con igual frecuencia en los dos estados; y también porque la separación de éstos conducía a la curación; en caso de cuerpo extraño verdadero porque en la mayoría de ocasiones éste es expulsado por las defensas naturales, y en el de reacción alérgica porque ésta desaparece espontáneamente y en poco tiempo; las maniobras sobre los pelos invariablemente seguidas de éxito, les dieron el prestigio que adquirieron y por iguales razones conservan hoy. En casos con sintomatología «clásica» no se encontrarían *a veces pelos*; pero la identidad del cuadro clínico llevaría al mismo diagnóstico y terapéutica, por la misma razón y con tan buen sentido clínico que nosotros diagnosticamos paludismo y tratamos con quinina a los individuos que en zonas maláricas tienen cuadros inexplicables y encontremos o no, el hematozoario en la sangre. Los pelos arrancados en tales casos, serían primero, quizás, algunas pestañas no bien pigmentadas, otras no del todo bien desarrolladas, y finalmente, y a falta de otras anormales «en alguna forma», las sanas como se hace hoy.

Creemos igualmente que la rinitis y amigdalitis de repetición con ciclos análogos a los oculares e igualmente inocuas después de los brotes, debieron merecer igual explicación, aunque no motivaran intervenciones especiales que hayan llegado a nosotros; porque las fosas nasales y las amígdalas ni son tan expresivas en sus respectivas sintomatologías como los ojos, ni se prestan por su disposición a intervenciones directas y sencillas; quizás la instintiva protección de boca y fosas nasales cuando hace viento y más si arrastra polvo, y el hábito de proteger la cabeza con una toalla cuando están enfermos, tan difundido hoy mismo entre los nativos sea el representante para las amígdalas y la pituitaria, de los arrancamientos de pelos en las epibulbitis. Quizás también el nombre de «pelillo» que se da a ciertas diarreas estivales tenga relación con todo esto....

9º TRATAMIENTO ACTUAL

Como se desprende de nuestra ignorancia acerca de sus causas carecemos de orientaciones terapéuticas científicamente cimentadas. La evitación en lo posible de supuestos agentes *desencadenantes*; la corrección óptica de los insignificantes defectos ópticos que suelen presentar estos enfermos; la protección contra la luz excesiva mediante vidrios suplementarios adecuadamente coloreados; la *abstención* del uso de los populares colirios de sulfato de zinc, mercurocromo, «sulfas» y pomadas de óxido amarillo de mercurio, todos ellos ineficaces y en muchos casos perjudiciales por irritantes, y el uso cuando más de las fomentaciones calientes de suero isotónico con las

lágrimas, deben ser por hoy, las bases del tratamiento local.

La ingestión de vitamina «A» (y solo «A», mientras no estén indicadas otras por razones diferentes) en cantidad de 25 a 50.000 unidades por día y durante largo tiempo parece ser particularmente útil en el sentido de acortar la duración de los enrojecimientos y alargar la de los intervalos de calma. Esto equivale a ponerse en cierta medida e indirectamente a la «progresión de las epibulosis». La experimentalmente demostrada acción trófica beneficiosa de la vitamina «A» sobre los epitelios; los innegables beneficios que procura en el xerocis de la conjuntiva (recuérdese que son xeróticas las placas «en archipiélago» propias de las epibulosis); su acción evidente como regenerador de la púrpura retiniana en la hemeralopia «esencial» y también aunque en menor grado en la sintomática de retinitis pigmentarias (estados ambos frecuentísimos entre «los caribeños»), hacen de la vitamina «A» (formas farmacéuticas o alimentos ricos en ella) una de las medicaciones más razonablemente recomendables en la «oftalmía roja», y aun en el N O C A en general. Creemos sin embargo, que ello debe ser ampliamente experimentado y comprobado.

Y como la ingestión, la aplicación local en instilaciones; siempre inocua, y según nuestra todavía corta experiencia, alentadoramente beneficiosa.

Los anteriores recursos y la exéresis quirúrgica de las neoformaciones epibulbósicas cuando excepcionalmente amenacen invadir la pupila y perturbar la visión o cuando por razones de orden estético la demanden los pacientes, constituyen el modestísimo arsenal terapéutico de que disponemos hoy para oponernos a la oftalmía roja.

10.—POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS EN EL PORVENIR

Son muy cuantiosas, pero a larguísimo plazo. Hemos visto que en el origen, accidentes evolutivos, y marcha general de la «oftalmía roja» y por consiguiente del N O C A, intervienen dos órdenes de factores: unos, cósmicos *exteriores*; otros, *intraorgánicos*, humorales, constitucionales.

Los cósmicos por sí solos, no tienen fuerza para engendrarla. Actúan *por igual* sobre todos los residentes en estos países, y el N O C A sólo se observa *en un grupo de ellos*: el que forman los «criollos caribeños». Si, como creemos, los o algunos de los factores cósmicos predominantes en la zona del Caribe, intervienen «en alguna forma» en la producción de «la oftalmía roja», es evidente que, no se muestren *activos* más que en presencia de las *particularísimas* características bio-químicas de «los caribeños». Frente a las propias de los «extra-caribeños» se manifiestan incapaces de determinar la «oftalmía roja».

Los agentes cósmicos propios del Caribe actuarían como *reactivos*, «precipitando en

rojo» con «los caribeños», y no dando «precipitado» con los que no lo son.

Faltaría saber si los «caribeños» sometidos en masa a los *reactivos* cósmicos de otras regiones del Globo, darían también el mismo «precipitado». Los «extra-caribeños», desde luego no lo dan: la «oftalmía roja» no existe, o a lo menos no ha sido descrita, fuera del Caribe. En nuestros treinta años de experiencia clínica anteriores a los seis que hemos adquirido en América no hemos visto nunca en Europa ni fuera de ella, nada que se parezca a la «oftalmía roja».

El conocimiento completo de ésta y del N O C A, en el cual va incluida, y por consiguiente el hallazgo de sus posibles agentes terapéuticos, exige el previo estudio de los dos órdenes de presuntos factores causales, y éste necesariamente ha de verificarse:

Para los cósmicos, en Gabinetes de investigación telúrica, meteorológica, climatológica, etc.

Para los constitucionales bio-químicos, en Institutos de Biología, Fisiología y Terapéutica experimentales, Alergenología especial, etc.

Estas instalaciones son inmensamente costosas. Sólo pueden crearlas los Gobiernos. Y éstos naturalmente, no tienen tales iniciativas más que a petición de los Médicos. Pero, ¿cuándo se harán estas demandas, que no representarán en suma otra cosa que la *tendencia* a empezar?

Apenas si existen indicios de iniciación de este movimiento. Ya en otro lugar (*Revista Médica Hondureña*.—Nobre, y Diebre., 1942) mencionamos las opiniones *verbales* favorables (y no rectificadas por ellos) de los Profesores S. Paredes (Honds.) O. Espada y C. Mora (Guatem.) De las escritas, conocemos solamente las que por lo vibrantes y expresivas transcribimos a continuación:

Doctor Carlos Martínez Durán, Profesor de Anatomía Patológica de la Universidad de Guatemala.—(«Las Ciencias Médicas en Guatemala»—estudio histórico.—Noviembre, 1941. Págs. 39-40).

«Casi nada sabemos de la tierra y ambiente que nos rodea. No conocemos nuestra Fisiología, nuestra Psicología, nuestra vida propia».

«No conocemos nuestras enfermedades y éstas no pueden aprenderse en los libros de texto extranjeros. Tenemos que estudiarlas por nosotros mismos. No queremos vitaminas imaginarias y análisis copiados de los libros... Si seguimos así, sólo viviremos en la historia que como dice Marañón es el consuelo y el único refugio de los afligidos».

Doctor José Ciro Brito, Profesor de Patología Interna de la Universidad de El Salvador. (Nociones de Hematología Tropical Centroamericana—Segunda parte—1942, pág. 6).

«Pretender escribir entre nosotros algo que se refiera a lo nuestro, es una audacia y una hazaña. Aquí en donde no se hace casi nada, donde nos gusta copiar tanto lo de fuera. Sin laboratorios de investigación, dotaciones apropiadas, facilidades económicas no puede pe-

dírsenos mucho. Pero sentimos sobre nuestros hombros el peso de la tremenda responsabilidad que recae sobre la clase médica, ante los tristes cuadros de nuestras tierras tropicales, y queremos serles útiles y provechosos antes de que nuestra pobre raza acabe de degenerar por sus terribles plagas...."

No tenemos noticia de que tales opiniones (ni las reiteradamente expuestas por nosotros en igual sentido en la Rev. antes citada 1942-1944) hayan provocado reacción alguna en círculos científicos. El movimiento es lentísimo y se comprende que así sea. Quizás contribuya a avivarlo la exposición de las causas de tal lentitud.

La atención médica está vuelta, mejor diríamos *torcida*, hacia Europa y Norteamérica.

Los tratados de ambas procedencias, y son éstos los que sirven a la formación universitaria de los Médicos locales, no dicen nada de «oftalmía roja», N O C A, ni de otras *particularidades* fisiopatológicas de «los caribeños». La Patología según aquellos, tiene un solo «actor», *el Hombre*, y dos «escenarios»: uno formado por Europa, y todas las zonas del Globo *isoclimáticas* con ella; otro, por las áreas «intertropicales» de los cuatro Continentes atravesados por el Ecuador.

En el primero «el Hombre» *representa* la Patología «universal»; en el segundo «la tropical».

No hay zonas ni hombres *intermedios*. O se padece «a la europea» (refrendada de «universal» por Norteamérica), o «a la tropical».

Todos los Médicos actuantes en los países del Caribe, saben, sin embargo, que las fiebres eruptivas se padecen en muchas de ellos, «a regaña-dientes» en extensión e intensidad; que no existen o son rarísimas la difteria, triquinosis, carbunco, quistes por hidátides....; que el tétanos, además de escaso, es anormalmente benigno; que la fiebre tifoidea está muy lejos de dar los cuadros que la Patología describe; que no hay reumatismo cardio-articular, ni tuberculosis quirúrgicas, ni formas regulares de sífilis... y que en la mayoría (Honduras uno), *no hay «una mala» enfermedad tropical*. Saben también que las anteriores singularidades (que ya como tales *hechos* merecen toda atención), son muy probablemente efectos favorables de las circunstancias climatológicas locales, pero que no es imputable a éstas sino a factores bio-químicos constitucionales *particularísimos*, el que la diátesis gotosa, por ejemplo, o la hipertensión arterial con sus numerosísimas, variadas y graves complicaciones, sean tan extraordinariamente raras como son en «los caribeños». Saben, en una palabra, que en el área del Caribe no se padece «a la europea» ni «a la tropical», como enseñan los Textos, sino «a la caribeña»: es decir, según las circunstancias climatológicas propias de la zona del Caribe, y según resulta de la presencia en este «escenario» de dos «actores» en vez de uno: el *Hombre de todas partes* y el «caribeño»: dos personajes *exteriormente* muy semejantes.

pero con «estilos» bien distintos en el modo de *representar* o padecer.

Esto no lo dicen los Tratados; y aunque está claro como la luz del día y todos lo ven, sólo se comenta en vagas conversaciones y se escribe tan raramente como en los citados casos anteriores: el círculo vicioso es completo. ¿Cómo escribir, *aparentemente* en contra, de «las tablas de la ley» dadas en Coos para los Médicos y tan sagradas para éstos como las dictadas en el vecino Sinaí para todos los hombres?

Es difícil y expuesto decidirse. Parece que tan atrevida acción debería fundamentarse en especiales investigaciones practicadas en bien dotados, prestigiados y lujosos laboratorios. Pero esto es erróneo.

Basta *para empezar* con lo que *ya está hecho*:

Que los Médicos europeos que aquí actúan comparen lo que vieron en la Clínica de Europa con lo que ven en la del Caribe, y *publiquen sus impresiones globales*: ¿son sensiblemente iguales o distintas?

Que los propios Médicos «caribeños», que a juzgar por nuestras informaciones se dan cuenta en su mayoría de la enorme discrepancia existente entre lo que dicen los Libros de Patología «universal» y «tropical» y lo que observan aquí a diario, desechen sus timideces y en lugar de comentar en voz baja tales diferencias, imiten a sus perspicaces y valerosos Profesores Universitarios Paredes, Espada, Mora, Martínez Durán y Brito, y las hagan conocer al mundo en la prensa profesional o el libro.

Que los Médicos integrantes de las Comisiones de «buenos vecinos» para el estudio de las enfermedades tropicales en los países del Caribe, digan sinceramente y por escrito si encontraron en ellos la Patología que vinieron a buscar o salieron decepcionados.

Que se manifiesten estas opiniones *ya elaboradas*, aunque naturalmente a título de *simples impresiones clínicas*, y se verá bien pronto que una gran mayoría conviene, cuando menos, en la necesidad de realizar extensas y profundas investigaciones encaminadas a poner en claro «este algo» de la Clínica caribeña que no «suenan» bien en el concierto general de la Patología en sus dos modalidades o sectores «universal» y «tropical».

Y una vez hecho esto los Gobiernos de los pueblos caribeños incitados y asesorados por una fuerte y homogénea opinión médica, proporcionarán los materiales necesarios para explotar la inmensa cantera de posibilidades terapéuticas que existe en estas tierras, no ya con aplicación al N O C A, y a toda la Patología de las mismas, sino a la de todos los lugares habitados del Globo.

* * *

Con el pensamiento puesto en la aceleración de este proceso, cuya «maduración» ha de producir, según creemos, tantos beneficios de interés general, hemos ideado abrir una encuesta acerca de estos problemas en todos los

periódicos profesionales de los países del Caribe. Aspiramos en otra etapa, a hacer lo mismo con todos los demás del Continente.

Siendo bien conocida la existencia de «oncocercosis» en ciertas regiones muy limitadas de Guatemala y México, así como también la de la enfermedad del «pinto» y sus similares dentro y fuera de la zona del Caribe, nos permitimos rogar para evitar confusiones, que al responder a la pregunta sobre *padecimientos tropicales*, o no se las mencione o se las cite *expresamente*. En Chiapas (México), coexisten la oncocercosis y el mal del pinto; aun no existiendo otras, podría decirse con propiedad que allí son habituales «las enfermedades tropicales»; y la Patología «tropical» encierra numerosas especies morbosas.

Rogamos a quienes deseen participar en esta encuesta, dirijan sus escritos al señor Director del Boletín del Hospital General «San Felipe», en Tegucigalpa, D. C. (Honduras) C. A.

ENCUESTA

1º—¿Considera plenamente representada en los Tratados generales de Patología la morbilidad habitual en ese país? (Número de especies morbosas, frecuencias respectivas,

intensidad media, aspecto clínico, características evolutivas, etc.)

En caso *negativo* exprésense las razones y menciónense los padecimientos o grupos de aquellos a quienes se refiere.

2º—¿Son habituales en esa localidad las entidades nosológicas que los Textos de Patología «exótica» describen como *propias* o particularmente predominantes en las zonas «intertropicales» de la Tierra?

Exprésese en caso *negativo* si se aprecian por excepción algunas, cuáles son, y si se ajustan por sus características clínicas a las que en los Libros se les asignan.

3º—¿Cuál es, en general, la morbilidad de todos los órdenes más corrientes en ese país?

4º—Cualquiera que sea la contestación a las anteriores preguntas y entendiéndose por «criollos caribeños» (arbitraria y convencionalmente, dada la imposibilidad de definir exactamente en cada caso el grado de mestizaje) a los «nativos» de estos países *que no tengan sangre europea en las dos generaciones anteriores*, ¿ha observado si la morbilidad habitual en esa región se manifiesta en ellos enteramente y en todos sus aspectos como en los «extra-caribeños» que en ella residen?

Precísese, caso de existir diferencias, cuáles son, en qué consisten, y a qué padecimientos se refieren.

Servicio de «Pensionado»

Primera Aplicación de Penicilina en el Hospital General y Asilo de Indigentes

Por el Br. VIRGILIO BANEGAS M. bajo la dirección del Jefe del servicio, Dr. Mejía M.

Se nos presenta la oportunidad de aplicar por primera vez en este establecimiento, el más famoso hoy día de los medicamentos, la PENICILINA, con resultados altamente halagadores, tratándose un caso no falto de interés clínico; nuestra observación corresponde a un paciente de 30 años de edad, de oficio zapatero, originario de La Esperanza, departamento de Intibucá, que ingresó al servicio de Pensionado del Hospital General el 25 de julio del año en curso, a curarse de fiebre y dolor en la mitad superior del muslo derecho

ANAMNESIA PRÓXIMA: El 20 de julio por la tarde, cinco días antes de su ingreso fué presa de fuerte escalofrío seguido de elevación acentuada de temperatura, por la noche se queja de fuerte dolor en el muslo derecho y principalmente sobre la región anterior; al día siguiente se encontró imposibilitado para deambular, su miembro superior derecho estaba en posición semiflexionada y no le era permitido extenderlo por completo porque se lo impedía el dolor en la región antes dicha; la fiebre que había descendido por la mañana, vuelve a elevarse por la tarde acompañada de cefalalgia intensa y malestar general; por la

noche fuerte diaforesis; en los días siguientes la fiebre se presenta en la misma forma, el muslo derecho se va haciendo cada vez más doloroso, al ingreso a este centro en la fecha arriba mencionada, presentando una temperatura de 38° 4.

ANAMNESIA LEJANA: Desde hace cinco meses venía padeciendo de disentería ambiana, presentando accesos agudos que alternaban con períodos de bienestar, fué tratada con diez ampollas de Clorhidrato de Emetina de 0.04 gr. cada una, con las cuales obtuvo mejoría; a su ingreso al Hospital presenta deposiciones normales. Hace un año sufrió de eripela en la región posterior del muslo derecho curando con sulfanilamida; cinco años antes padeció de una adenitis en el triángulo de Scarpa, desapareciendo con pomada mercurial. En 1940, paludismo agudo tratado con seis gramos de quinina por vía parenteral. En la infancia, varicela, disentería, sarampión y viruela.

ENFERMEDADES VENÉREAS: En 1933 chancro blando, esto motivó que el paciente se mandase a practicar examen de sangre por

reacción de Khan, habiendo obtenido un resultado positivo más dos; desde entonces se ha puesto cuatro series de Salvarsán, la última acompañada de doce centigramos de Cianuro de Mercurio y diez ampollas de Tiobismol.

ANAMNESIA FAMILIAR: Sin importancia clínica.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES: Anorexia, polidipsia, insomnio ocasionado por el dolor en el muslo, evacuaciones, normales; trastornos del aparato circulatorio: palpitaciones; del respiratorio: ligera disnea; del digestivo, ninguno; del sistema nervioso: cefalalgia; órganos urinarios y sexuales, normales.

HÁBITOS DE LA VIDA: Fumó una cajetilla diaria por lo menos, e ingirió aguardiente en la adolescencia; hace dos años que se abstiene en absoluto de ello.

ESTADO GENERAL: Se trata de un individuo de talla regular, con arquitectura ósea normal, musculatura y panículo adiposo regularmente repartido, en posición decúbito dorsal con el miembro inferior derecho en semiflexión; piel de color morena y con manchas hipocrómicas en el hueco poplíteo derecho y en la región anterior del muslo del mismo lado, cicatrices en la muñeca y la región anterior del muslo izquierdos ocasionadas por heridas de arma cortante.

EXPLORACIÓN DE APARATOS: Se hace la exploración detenida de todos los aparatos y no se encuentra ninguna particularidad morbosa.

REGIÓN ESPECIAL: Extremidad inferior derecha: Inspección: Posición semiflexionada, ligero aumento de volumen del muslo y especialmente del tercio superior. Palpaciones: Muslo doloroso más acentuado en el tercio superior, dolor exquisito en el triángulo de Scarpa en el cual se encuentra una masa de ganglios en el vértice, seguido hacia arriba de otros aislados, fijos a los planos profundos, de diferentes tamaños igualmente dolorosos que llenan por completo esta región; músculos aductores fuertemente contracturados y principalmente el medio, intensamente dolorosos; articulación coxofemoral libre, exploramos detenidamente órganos sexuales, pie y pierna del lado correspondiente y no encontramos puerta de entrada infecciosa que nos explicara la adenitis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Orina 24 horas 1.200 gramos: examen químico microscópico, nada de importancia; heces: quistes de amibas; sangre: glóbulos rojos 5.040.000, glóbulos blancos 16.350, fórmula leucocitaria: neutrofilos 66%, linfocitos 20%, grandes mononucleares 12%, eosinofilos 2%, basófilos 0, hemoglobina 70%, hematozoario negativo; reacción de Widal negativa por tífico y paratíficos, hemocultivo negativo; reacción de Khan negativa. Radiografía de la articulación de la cadera y fémur: no se observa lesión

ósea ni articular. Radiografía pulmonar: no se observa anormalidad del perenquima pulmonar.

DIAGNÓSTICO: Se trata de un paciente que presenta dos síntomas cardinales: 1º Fiebre que desciende en la mañana a 38° y se eleva por la tarde a 39° y más, y 2º Un proceso local inflamatorio cuyos caracteres son: miembro inferior derecho en semiflexión, ligero aumento de volumen del tercio superior del muslo, masa de ganglios en la mitad inferior del triángulo de Scarpa, mientras que en la mitad, superior ganglios aislados, fijos a los planos profundos de diferentes tamaños, todos fuertemente dolorosos, dolor generalizado a todo el muslo, contractura de los aductores y especialmente del medio; este cuadro encaja perfectamente bien en una adenitis y periadenitis, infectados por una puerta de entrada que anatómicamente estaría en la extremidad inferior, pero que desgraciadamente se escapa al examen clínico, por haber sido seguramente una lesión mínima; tenemos ya nuestro primer diagnóstico de adenitis y periadenitis aguda, un proceso infeccioso cuyo diagnóstico lo corrobora la leucocitosis que acusa el examen de sangre; ésta fué nuestra primera impresión pero en el curso de los días nuestro paciente fué perdiendo peso, el estado general cada día empeoraba y la temperatura adquiría mayores elevaciones algunas veces acompañada de intenso delirio, ya era demasiado marco para un cuadro de una sencilla adenitis que allí estaba sin presentar síntomas supurativos; en estas condiciones nuestra mente se inclinó en que ya existía una invasión bacteriana sanguínea, y a pesar de que un hemocultivo nos dió un resultado negativo, sentamos el diagnóstico de Septicemia; respecto a un hemocultivo cuyo resultado sea negativo debo recordar que no siempre se encuentran bacterias en la sangre en los casos de Septicemia, pues a menudo el paso de los gérmenes a la sangre es discontinuo.

CURSO EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO: Se inició su tratamiento con tabletas de Sulfatiazol en número de 36 tomando 6 al día, a la vez que se aplica unguento mercurial sobre la adenitis, seguido de revulsivos; algunos días después se repite el Sulfatiazol en número de 24 tabletas tomado en la misma forma que el anterior, pero no se obtiene ninguna mejoría, por el contrario el estado general va siendo cada día peor y la temperatura sube en algunas ocasiones a 41; sin embargo, un nuevo recuento de glóbulos blancos arroja 14.800 con una neutrofilia de 72%; viendo la gravedad del caso disponemos recurrir a la PENICILINA, nos proveemos de una extensa y variada literatura de dicho medicamento y acordamos administrar 100.000 unidades Oxfor diarias a dosis de refractas para mantener la debida concentración sanguínea del medicamento, utilizando las vías endovenosa e intramuscular; el día que principiamos el tratamiento, obtuvimos el cuadro hemático siguiente: glóbulos rojos

2.870.000, glóbulos blancos 17.350, neutrofilos 84%; linfocitos 9%, grandes mononucleares 7%, hemoglobina 70%; tres días después de haberlo iniciado la temperatura no llega a 39° y baja hasta 37°, el estado general mejora notablemente, los ganglios se fueron reabsorbiendo, haciendo cada día menos dolorosos, el miembro inferior empezó a tener movimientos extensos y el dolor generalizado a todo el muslo fué desapareciendo hasta perderse por completo; la última inyección de Penicilina se administró cuando el paciente no presentaba elevación térmica; debemos llamar la atención acerca de que la administración de este precioso medicamento no presentó intolerancia alguna en el paciente; cinco días después de haber faltado la pirexia los glóbulos blancos sumaban 9.350 y los neutrofilos 52%, los glóbulos rojos se mantuvieron en la cantidad de 2.800.000 durante la terapia penicilínica; 10 días se mantuvo la curva térmica normal, durante los cuales el estado general mejoró notablemente a la vez que el proceso infeccioso local sólo presentaba vestigios; el individuo lo creímos curado, pero desgraciadamente no fué así, y el paciente presentó fiebre de 38 que dos días después llegaba a 40° y más, mientras que no descendía a menos de 39°; un nuevo examen de sangre arrojó 12.850 glóbulos blancos, siendo la fórmula leucocitaria de 60%, neutrofilos 32%, linfocitos 8%, grandes mononucleares, no existiendo eosinófilos ni basófilos; en esta ocasión tomamos una muestra de sangre para un hemocultivo reportándonos el laboratorio positivo por estafilococos. El cuadro clínico que teníamos a la vista, era muy parecido al anterior agregándose nuevos síntomas: melenas graves y disociación entre el pulso y la temperatura, mientras que los ganglios inguinales y crurales derechos no presentaron síntomas inflamatorios, cosa que fué muy acentuada anteriormente.

Nuestra existencia en Penicilina se había terminado, y tuvimos que recurrir al Sulfatiazol, tomando tres gramos diarios durante seis días consecutivos a la vez que le inyectamos por vía endovenosa seis ampollas de Ambesid, administrando una diaria, pero la curva térmica no se alteró en lo más mínimo: 40 y 41 por la tarde, 39° por la mañana, el estado general

era pésimo, la desnutrición cada día más marcada y daba la impresión de que la muerte vendría en pocos días; nueve días después de haber principiado este acceso y habiéndosele hecho la terapéutica antes mencionada adquirimos nuevas cantidades de Penicilina y dirigimos la terapia en la misma forma que la habíamos hecho anteriormente: 100.000 unidades diarias a dosis refractas; después de ocho días en que inyectamos 800.000 unidades teníamos el paciente apirético y el estado general en un período de franca mejoría, mientras tanto tratábamos su anemia, un nuevo cuadro hemático nos informó un recuento de glóbulos rojos, de 3.120.000.000; blancos, de 4.850 y un porcentaje de hemoglobina de 80%; acusamos al tratamiento sulfanilamídico la leucopenia que presenta en este examen y no a la Penicilina, pues en la multitud de observaciones que se han dado a conocer no se informa que produzca tal cosa.

El día que pensábamos darle su salida del servicio, se presenta nueva elevación térmica, un hemocultivo en esta ocasión resulta estafilococos en pequeña cantidad, y disponemos administrar inmediatamente la Penicilina, 100.000 unidades diarias a dosis refracta; esta vez el cuadro clínico que presentó el paciente fué relativamente benigno comparado con lo alarmante que fueron los anteriores, posiblemente por la administración precoz del medicamento tantas veces mencionado; la temperatura osciló entre 37 y 38° y sólo en una ocasión 39°, cinco días permaneció febril, al cabo de los cuales la temperatura volvió a la normalidad habiéndose aplicado en esta nueva recidiva 600.000 unidades.

El caso ha sido sumamente grave, pero afortunadamente respondió al tratamiento que le indicamos y tenemos la convicción que sin la penicilino terapia no se hubiera salvado, desgraciadamente no podemos decir nada sobre el curso que seguirá el enfermo pues hasta el momento que escribimos esta observación sólo son cuatro días sin fiebre, pero por la benignidad de la última recaída nos atrevemos a decir que el enfermo saldrá dentro de pocos días completamente restablecido.

Tegucigalpa, D. C., octubre 1944.

Un caso interesante de iridocoroiditis supurada del ojo izquierdo

Observación recogida en el servicio de Oftalmología del Hospital General, a cargo del Dr. José Gómez Márquez

Publicamos este caso por ser uno de los que aún afectando a un órgano especial, como el ojo, reclaman siempre la atención del Médico General, al iniciarse y exigen que éste conozca bien sus secuelas para no caer en omisiones diagnósticas o en errores de interpretación que pudiesen costar la vida a algunos de sus enfermos.

Se trata, pues, de un caso oftalmológico, pero de conocimiento general esencialmente práctico, puesto que tanto al comenzar como mientras evoluciona, se desenvuelve bajo la competencia del médico de familia:

S. M., de nueve años de edad, del sexo femenino, nacida en Tegucigalpa, D. C.

Enfermedad actual: Manifiesta que hace ocho meses comenzó a sufrir de dolor y enrojecimiento del ojo izquierdo con lagrimeo y fotofobia que fué acompañado de cefalea y estado nauseoso; los síntomas oculares persistieron y aumentaron en intensidad, empezó a ver turbio con el ojo izquierdo pocos días después. Por fin se presenta a la consulta externa de Oftalmología el 3 de septiembre de 1944.

En el acto del reconocimiento se aprecia a la observación superficial: hipotrofia estatural, rostro senil; en posición de pie, de frente: cabeza inclinada hacia la derecha, pelo color castaño, un tanto abundante, seco y frágil. Frente estrecha sin ser prominente, asimetría facial muy ostensible (oreja izquierda más alta que la derecha, surco nasolabial desviado de la línea media, mitad derecha del maxilar inferior más prominente que la izquierda). Hombro izquierdo más elevado que el derecho, extremidad inferior derecha en ligera flexión y rotación interna. De espaldas: línea medioespinal considerablemente desviada hacia la derecha, región escapular derecha prominente.

Localmente: Ojo izquierdo: disminución de la hendidura palpebral, lagrimeo, inyección periquerática, conjuntival y paraconjuntival. Disminución del brillo y la transparencia corneal.

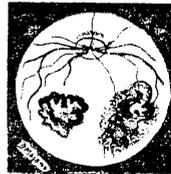
Practicando una investigación sobre sus antecedentes morbosos personales, resulta: que es una niña nacida a término, de un embarazo normal, que solamente ha padecido de corizas agudas frecuentes y fiebres de carácter palúdico.

Como antecedentes hereditarios y colaterales se obtienen las siguientes observaciones: la madre es de constitución normal y sana, niega haber sufrido de enfermedades venéreas ha tenido siete hijos más y un aborto del 5º mes, una de las niñas padece de supuración crónica de los oídos, los otros son sa-

nos y normalmente constituídos; padre sano, niega enfermedades venéreas.

Exploración ocular detallada: A la lámpara de hendidura: edema epitelial sin infiltración parenquimatosa alguna de la córnea, cámara anterior llena de espesos exudados membraniformes, adosados al iris y cara posterior de la córnea; pupila no vista. Examen de los medios transparentes del ojo y la oftalmoscopia, son imposibles por su edad y molestias en general y sobre todo la fotofobia. El 4 de septiembre, nuevo examen: los exudados se han coleccionado en hipopión, córnea más transparente, pupila no dilatada, la inyección ha disminuido. El mismo día se empieza a tratar con inyecciones de leche intramusculares; al día siguiente después de la segunda inyección desaparece el hipopión, pupila moderadamente dilatada, se observan numerosas petequias en el iris; el 28 de septiembre: hace algunos días que continúa la mejoría, ojo casi blanco, pupila irregular, tensión baja, poca cámara, fondo pupilar gris sucio en profundidad.

Ojo derecho: sano exteriormente, iluminación lateral y lámpara no dan datos. Examen funcional: visión 0.3, tensión normal. El examen oftalmoscópico y recta permiten apreciar placas de corioretinitis activas y en cicatrización.



Dibujo esquemático del fondo del ojo derecho

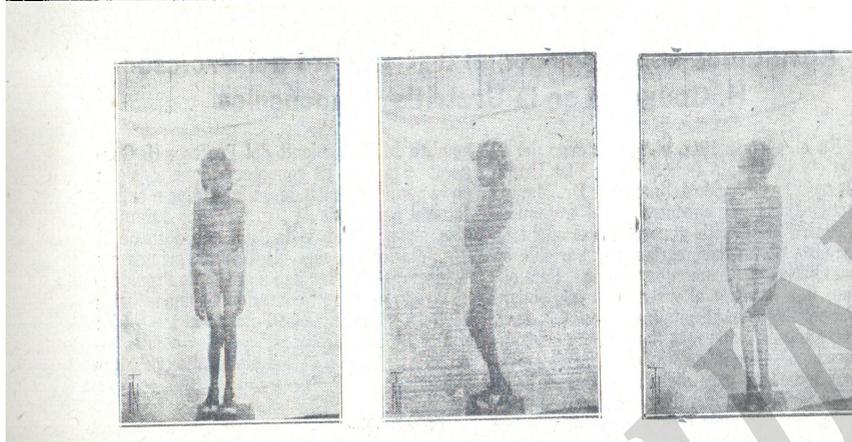
El dibujo adjunto representa un esquema de las lesiones de fondo del ojo derecho.

Examen de aparatos:

Aparato respiratorio: caja torácica globulosa, esternón desviado hacia la izquierda, la columna dorsal forma una curvatura de convexidad vuelta a la derecha, no hay trastornos funcionales y el examen físico nada anormal.

Aparato circulatorio: corazón un poco desviado a la derecha, sólo se encuentran intermitencias verdaderas muy fugaces.

Aparato digestivo: boca, bóveda palatina normal; mucosa bucofaringea pálida. Dientes: macrodontismo y separación exagerada de los cuatro incisivos superiores, de forma rectangular, el central derecho presenta dos pequeñas escotaduras en el borde cortante, el lateral derecho una escotadura en el mismo sitio. Caninos superiores: microdontismo, presentando el extremo inferior aplanado y recorrido por un surco antero-posterior, el derecho



(Nº 1)

(Nº 2)

(Nº 3)

S. M. Sujeto de la observación. —Nótese la actitud de los miembros inferiores y la deformación de la columna vertebral.

tiene además una caries negra en la cara externa cerca del cuello. Varios de los molares superiores cariados. Dientes inferiores: implantación normal, signo de Darrier unilateral (caries precoz de los primeros premolares) Los demás órganos del aparato digestivo son normales.

Aparato Urogenital: normal.

Sistema nervioso: normal.

Organos de los sentidos: normales, fuera de su padecimiento ocular.

Examen radiológico de la columna vertebral: Cifoescoliosis, anquilosis de los cuerpos de la duodécima dorsal, primera y segunda lumbares.

Exámenes de laboratorio: sangre por reacción de Kahn, resultó negativo; recuento globular y fórmula: glóbulos rojos, 3.680.000; blancos, 11.500; Neutrófilos 76%, linfocitos 20%, grandes mononucleares 2%, eosinófilos 2%, basófilos 0%; hematozoario: negativo. Líquido cefaloraquídeo: reacción de Kahn positiva; reacción de Taka-Tara positiva; reacción Non-Appelt positiva.

Consideraciones Diagnósticas

En vista de las malformaciones óseas, de la fragilidad y trastornos morfológicos de los dientes, el estado hipotrófico, rostro senil, asimetría facial, alteraciones de los cabellos y lesiones de corioretinitis del ojo derecho; consideramos que se trata de un caso de heredités, la reacción de Kahn en la sangre, resultó negativa; pero aun con ser la más sensible tiene un diez por ciento de error, las otras reacciones serológicas en el líquido cefaloraquídeo fueron positivas.

En presencia de un ojo doloroso, con aumento de la tensión, con fenómenos reaccionales escandalosos (fotofobia, lagrimeo, intensa inyección periquerática, conjuntival y paraconjuntival), presencia de exudados mem-

braniformes en la cámara anterior y los signos encontrados al examen con aparatos, nos conduce al diagnóstico de iridocoroiditis supurada del ojo izquierdo.

Diagnóstico etiológico: según Fucs, la causa de la iridocoroiditis supurada es siempre una afección endógena, que puede ser: la fiebre tifoidea, la gonococcia, apendicitis, amigdalitis, caries dentarias, etc. La fragilidad dentaria es tan común entre nuestra población, que todos o casi todos los enfermos que vemos en la Clínica Oftalmológica y que vienen a consultar por trastornos banales, tienen sus dentaduras en lamentable estado y no obstante los procesos supurados del ojo son muy raros; en el presente caso, el foco de origen de la supuración ocular, queda aun sin determinar, ya que la fragilidad dentaria no nos satisface plenamente.

Diagnóstico diferencial: el caso que nos ocupa no da lugar a confusión, porque en cuadro sintomático estaba relativamente claro a su llegada al Hospital, no obstante algunas veces puede ser confundida esta afección con los neoplasmas del globo. Según Fucs, cuando la marcha de la inflamación es tan lenta que todo síntoma exterior falta, el ojo es pálido, el iris normal, el humor acuoso y el cristalino, normales; pero el exudado acumulado en el cuerpo vítreo rechaza el cristalino y el iris hacia adelante y disminuye la profundidad de la cámara anterior.

La pupila se dilata, y deja ver el exudado vítreo, en el absceso vítreo se observa algunas veces bajo el reflejo pupilar, vivo y claro (ya sea blanquesino o amarillento) es el ojo del gato amaurotico. Fenómenos idénticos se observan en el neoplasma del vítreo, sobre todo en los gliomas que nacen en la retina.

La mayor frecuencia del glioma, es desde el nacimiento hasta los cinco años, y termina por la perforación de la esclerótica y la invasión de la órbita.

Pronóstico: grave, la visión se pierde fa-

Resultados obtenidos con el tratamiento del Profesor H. Gougerot en la Uretritis Gonocócica

En el año de 1942, siendo interno del 2º Servicio de Cirugía de hombres y Vías Urinarias bajo la dirección del profesor Dr. Manuel Castillo Barahona, encontré que el tratamiento contra la uretritis gonocócica era del todo inseguro, prolongado, carísimo y variable en cuanto a los medicamentos usados. Para obtener una curación el enfermo se veía obligado a permanecer hospitalizado uno, dos, tres, cuatro meses y aún más tiempo, administrándose la diversidad de productos medicamentosos indicados para dicha afección, se hacía un tratamiento, si no daba resultado se practicaba otro, después otro, etc., hasta que por fin lográbamos obtener el resultado deseado, pero hay que ver lo que un solo enfermo de uretritis gonocócica representaba económicamente para el establecimiento, pues su tratamiento resultaba más caro que cualquier otro.

Es cierto que algunos salían curados después de algún tiempo que nunca quizás fué menos de un mes y después de administrarles diversos medicamentos, pero sin poder dejar para los casos consiguientes un tratamiento específico para dicha enfermedad.

Doloroso era para nosotros ver llegar enfermos de todas las edades quejándose de «Gonorrea» y más doloroso era ver casi todas las camas de la sala ocupadas por enfermos de esta clase que ya hacía algún tiempo se encontraban en tratamiento, algunos de los enfermos después de perder la paciencia pedían el alta, diciendo que ya se sentían bien: en realidad la mejoría consistía en que había desaparecido cualquiera de las complicaciones con que habían llegado a la sala, pero la enfermedad aun persistía con la única diferencia que se había hecho crónica y la secreción purulenta había disminuído consistiendo en una gota por las mañanas, y así iban desfilando los enfermos por el Servicio, unos salían curados y agradecidos, otros curados de su complicación pero no de su enfermedad principal; otros enfermos salían protestando de la atención médica y a veces hasta del Hospital en general, no obstante haber llegado al Servicio después de haber gastado hasta el último centavo en medicinas prescritas por otros facultados fuera del Hospital.

Pero un día quiso la suerte que el Dr. Castillo Barahona obtuviera una pequeña literatura publicada en una revista Médica con el

nombre de Tratamiento del Profesor H. Gougerot en la uretritis gonocócica, que consistía en la administración de Sulfapiridina o el Sulfatiazol a la dosis de 4 grs. diarios durante 4 días, acompañándose de Salol a la dosis de 1½ grm. diarios en cáps. de 0.50; el primer día aconsejaba inyectar una ampolla de Propidón, un lavado de la uretra anterior con una solución débil de Permanganato Potásico al 1 × 7.500; el 2º y 3º día únicamente la dosis de Sulfatiazol y de Salol, y el 4º y el último día igual que el primero.

Resumiendo:

1er. día: 1 Ampolla de Propidón, lavado de la uretra anterior con solución de Permanganato Potásico débil al 1 × 7.500; 4 grm. de Sulfapiridina o Sulfatiazol, 1½ grm. de Salol, reposo absoluto, dieta Láctea Vegetariana.

2º y 3er. día: 4 grm. de Sulfatiazol, 1½ grm. de Salol, reposo absoluto, dieta Láctea Vegetariana.

4º y último día: 1 Ampolla de Propidón, lavado de la uretra anterior con solución débil de Permanganato Potásico al 1 × 7.500, 4 grm. de Sulfatiazol, 1½ grm. de Salol, reposo absoluto, dieta Láctea Vegetariana.

Decidimos poner en práctica dicho tratamiento por la posibilidad de poder obtener todos los medicamentos indicados con excepción del Propidón, que me parece no estar registrado en la Facultad de Farmacia; pero en cambio la sustituimos con cualquier vacuna antigonocócica. Escogimos para el caso de experimentación de dicho tratamiento un paciente con uretritis gonocócica aguda sin ninguna complicación con abundante secreción uretral fuertemente positivo por gonococos extra e intracelulares.

Se le indicó al enfermo que debía estar en reposo absoluto y que debía abstenerse de toda alimentación que no fuera indicada; el primer día se hizo todo lo indicado; el segundo día, cuál no sería nuestra sorpresa al oír al enfermo decirnos que la supuración había disminuído de una manera sorprendente, presentando solamente una gota por la mañana antes de verificar la micción; al 3er. día la sorpresa fué mayor al ver que la secreción había desaparecido por completo; al 4º día queriendo

talmente, el ojo marcha hacia la atrofia, los fenómenos reaccionales han desaparecido; pero su obra está consumada. Queda el ojo derecho cuya visión está comprometida por sus lesiones de coreoretinitis sifilítica en actividad.

Tratamiento: Durante los primeros cuatro días se le administraron inyecciones de leche.

por la vía intramuscular. Luego cuatro inyecciones de cianuro de mercurio de medio centigramo, cuatro inyecciones de glyvarsenyl de un c.c. y dos de medio c.c.

Tegucigalpa. D. C., 23 de octubre de 1944.

BR. M. A. PAREDES

convencernos del éxito obtenido se le practicó un masaje prostático haciendo un frotis con el líquido obtenido, habiendo sido reportado por el laboratorio «Negativo por Gonococos».

Dudando todavía del éxito obtenido dejamos al enfermo en observación durante una semana en el Servicio, al cabo de este tiempo, viendo que su curación había sido completa se le dió el alta, aconsejándole que llegara al Servicio cada 15 días para practicarle un nuevo examen de laboratorio; así se hizo dos veces saliendo nuevamente negativo por gonococos el líquido prostático. Después practicamos el mismo tratamiento en cuatro casos más, dos de ellos con complicación, uno con poliartritis gonocócica y otro con epididimitis gonocócica, y los dos restantes con uretritis aguda y los cuatro con examen de laboratorio positivo por gonococos en secreción uretral.

El resultado obtenido fué satisfactorio al 3er. o 4º día. Así de esta manera fué cómo se hizo de una manera sistemática y específica el tratamiento por el Profesor H. Gougerot en todos los casos de uretritis gonocócica llegados al 2º Servicio de Cirugía de Hombres y Vías Urinarias del Hospital General «San Felipe».

Naturalmente que como todos los tratamientos tiene sus ventajas y sus desventajas. Como ventajas podemos decir: 1º—La eficacia absoluta de dicho tratamiento. 2º—El poco valor monetario de todos sus componentes medicamentosos. 3º—La hospitalización que únicamente es por cuatro días. Representando esto una gran economía para el Hospital; pues comparado con todos los tratamientos anteriormente practicados con los cuales un enfermo permanecía uno, dos y tres meses y algunas veces más tiempo, representando todo este tiempo pérdida de dinero en medicinas, alimentación, ropa limpia, etc.

Nunca se vieron complicaciones tóxicas que alarmaran al enfermo aparte de la debilidad y algunas veces náuseas que acusaba el paciente, pero que desaparecían completamente al finalizar el tratamiento; nunca nos vimos obligados a suspender el tratamiento porque nunca tuvimos complicaciones.

Entre las desventajas solamente una encontramos que, únicamente en enfermos hospitalizados se pueden obtener los resultados por nosotros obtenidos, sencillamente porque el enfermo se puede someter a una vigilancia más estricta como el caso lo requiere; en cambio en la clientela particular se encuentra la dificultad con que el enfermo no se somete al reposo y la dieta.

Los enfermos fuera de vigilancia médica a veces no toman las dosis medicamentosas indicadas por el médico tal vez por temor o porque les producen náuseas o cualquier otro trastorno pasajero. No se someten al reposo porque temen que su enfermedad se divulgue o bien porque les es del todo imposible permanecer en cama por causas monetarias o sociales, etc. La alimentación, bien sabido es por todos lo difícil que es lograr someter a un enfermo a

dieta rigurosa, he aquí la razón por qué el tratamiento del Profesor H. Gougerot no da resultado en la clientela particular como los obtenidos en los enfermos hospitalizados.

Quiero hacer constar que la Sulfapiridina y el Sulfatiazol por sí solos no son los que curan y la mejor prueba que puedo presentar es la siguiente: cuando aparecieron las sulfas, la propaganda que se les hizo contra las inyecciones gonocócicas no podía ser más halagadora; por demás está decir que en muchos casos se experimentó el tratamiento con las sulfas sin obtener los efectos deseados y algunas veces se tuvo que suprimir el Sulfamidyl por sus efectos tóxicos como la urticaria, náuseas, vómitos, mareos, etc., que producían.

Algún tiempo después apareció el Sulfatiazol indicado como específico contra el gonococo; igualmente lo pusimos en práctica dosificado según las literaturas que lo acompañaban y algunas veces excediendo a dichas dosificaciones obteniendo en la mayoría de los casos una mejoría en su afección, pero nunca una curación completa. Pero bien, la culpa no era del Sulfatiazol de que no obtuviéramos las propiedades curativas sino que hasta entonces se desconocían sus complementos que ayudaban a combatir el gonococo como son el reposo y la dieta; le doy preferencia a estos dos factores y no a la vacuna antigonocócica o al Propión indicado por el Profesor H. Gougerot, porque algunas veces prescindí de ellas y obtuve siempre buenos resultados; en cambio, anteriormente que no sometíamos al reposo y la dieta, les inyectábamos variedades de vacunas antigonocócicas, como cuadyubantes del Sulfatiazol, nunca obtuvimos resultados que sean dignos de mención.

Sabido es por todos la popularidad que había logrado el Sulfatiazol entre los profanos comprándolo en las farmacias como quien compra «confites», en la creencia de que curarían su Blenorragia; produciéndoles intoxicación, viéndose en este caso, que consultar al médico no por la gonorrea sino por la intoxicación medicamentosa; y así los enfermos perdían su dinero y sus energías sin obtener la curación; y de esta manera el Sulfatiazol en vez de ser beneficioso resultaba perjudicial. Igual práctica hicimos con la Sulfapiridina pero sin obtener los buenos resultados deseados. En cambio si se administra bajo la forma que lo indica el Profesor H. Gougerot será tan específico como la Quinina en el Paludismo o la Emetina en la Amibiiasis.

Haré mención de los primeros casos sometidos al tratamiento por el Profesor H. Gougerot:

1er. Caso: L. A. T., soltero, de 19 años de edad, labrador, originario de Marcala, residente en Tegucigalpa. Ingresó el 15 de enero de 1942.

Exámenes: Sangre por Kahn: 0. Orina: 0. Secreción uretral: positivo por gonococos.

Diagnóstico: Uretritis aguda gonocócica.

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió curado el 23 de febrero de 1942

2º *Caso:* J. C., soltero, de 18 años de edad, labrador, originario de La Paz. Ingresó el 7 de febrero de 1942.

Exámenes: Kahn: 0. Orina: 0. Frotis: gonococos positivo.

Diagnóstico: Uretritis crónica gonocócica.

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió curado el 24 de febrero de 1942.

3er. *Caso:* A. E., soltero, de 22 años de edad, labrador, originario de Nacaome, residente en Tegucigalpa. Ingresó el 22 de enero de 1942.

Exámenes: Kahn: 0. Orina: 0. Frotis: positivo gonococos.

Diagnóstico: Uretritis crónica gonocócica.

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió curado el 24 de febrero de 1942.

4º *Caso:* L. P., soltero, de 30 años de edad, labrador, originario de Orica. Ingresó el 21 de febrero de 1942.

Exámenes: Kahn: 0. Orina: 0. Frotis: positivo gonococos.

Diagnóstico: Uretritis crónica gonocócica.

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió curado el 4 de marzo de 1942.

5º *Caso:* J. R. A., soltero, de 12 años de edad, labrador, originario de Güinope. Ingresó al Servicio el 28 de febrero de 1942.

Exámenes: Kahn: 0. Orina: pus. Frotis: positivo gonococos.

Diagnóstico: Uretritis crónica gonocócica.

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió el 7 de marzo de 1942.

6º *Caso:* J. C. M., soltero, de 20 años de edad, labrador, originario de San Pedro Sula, residente en Tegucigalpa. Ingresó el 4 de marzo de 1942.

Exámenes: Kahn: 0. Orina: 0. Frotis: positivo por gonococos.

Diagnóstico: Uretritis crónica gonocócica.

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió el 10 de marzo de 1942.

7º *Caso:* M. C., de 23 años de edad, soltero, militar, originario de Sabanagrande y residente en Tegucigalpa. Ingresó el 20 de mayo de 1943.

Examen clínico: Testículo y epididimo izquierdo notablemente hipertrofiado y doloroso. Hay flujo purulento uretral.

Exámenes: Heces: 0. Orina: 0. Pus uretral: positivo por gonococos. Kahn: 0.

Diagnóstico: Orquiepididimitis gonocócica

Tratamiento: Por el Profesor H. Gougerot.
Salió curado el 14 de junio de 1943.

En la estadística del Segundo Servicio de Cirugía de Hombres y Vías Urinarias adjunto, del Hospital General «San Felipe», se encuentran 61 casos más curados con el tratamiento del Profesor H. Gougerot.

DAGOBERTO MAJANO

EL PALUDISMO CONGENITO

Con este título, el Dr. R. R. Cohen, Tocólogo del Hospital Internacional, publica en la Revista de Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas, Nº 8, agosto de 1943, un bello trabajo sobre el tema de referencia, de cuyo estudio extracto los puntos más interesantes para ANALES DEL HOSPITAL GENERAL «SAN FELIPE». El autor de referencia afirma categóricamente la existencia de Paludismo Congénito fundamentando esta nueva forma clínica de paludismo en el hallazgo de hematozoarios en la sangre de las madres palúdicas embarazadas y de sus recién nacidos en múltiples casos observados en el servicio de maternidad del Hospital Internacional de la ciudad de Trujillo. Estamos de acuerdo con el Dr. citado y creemos que la presencia del hematozoario en la sangre de palúdicas en cinta y de sus niños recién nacidos es factor indiscutible para poder imponer el diagnóstico de paludismo congénito; sin embargo, se sabe que algunos autores niegan el paso del hematozoario al feto. Otros aceptan la presencia de parásitos en la placenta debido

al estancamiento de la sangre en los senos placentarios, pero no aceptan la transmisión hereditaria del paludismo.

A pesar de lo expuesto, el Dr. Cohen sostiene su criterio y demuestra con hechos la verdad de este fenómeno, la presencia de hematozoario en la sangre periférica, de la madre, sangre periférica placenta y cordón umbilical de los recién nacidos, factores más que suficientes para poder afirmar la existencia de paludismo congénito. Y por eso el autor de referencia, dice: Si no fueran suficientes mis observaciones para demostrar, de una manera concluyente, la realidad del paludismo congénito, podría citar las opiniones de BRINDEAU, BRUMP, DULOMARD, VIALLET, LAMAIRE, LAFRONT, TISSIER, y, recientemente, la de Manuel Luis Pérez; todas afirmativas en cuanto a la transmisión del paludismo de la madre al feto, además de apuntar otras formas interesantes del paludismo congénito como son las formas larvadas y latentes. Estas formas larvadas ofrecen gran interés en ser conocidas, especialmente por aquellos médi-

cos que ejercen en zonas palúdicas, y cuyo cuadro característico es el siguiente: Recién nacidos, hijos de madres palúdicas, que no ganan rápidamente su peso de nacimiento, que gritan mucho, que presentan diarreas sin que otra causa pueda explicar estos trastornos, los cuales desaparecen con el uso de la *Euquinina*; medicamento inofensivo y maravilloso. El autor ya mencionada prescribe la quinina a toda madre palúdica, y nunca ha observado trastorno alguno con esta droga, que no es *Ocitócica*, sino cuando el útero está en trabajo, pues la mayoría de autores aseguran que la quinina no es un medicamento abortivo, y por consiguiente será prescrita en toda palúdica embarazada aún con síntomas de aborto, pues en estos casos es usada como anti-abortiva en las mujeres palúdicas.

Como en medicina nunca sale sobrando la prudencia, desde luego, con la quinina hay que tener ciertas precauciones, especialmente en aquellas mujeres que presentan una autointoxicación gravídica y por consiguiente no prescribir dosis altas, no más de *noventa centigramos* al día. No debiendo prescribirse en las embarazadas que presentan síntomas de autointoxicación gravídica como edemas, tensión arterial alta o presencia de albúmina en la orina. Por las razones expuestas apreciamos que el paludismo congénito es una realidad,

además de existir formas larvadas de paludismo en el recién nacido; formas caracterizadas por gran pérdida de peso, diarreas, intranquilidad e insomnio, que curan perfectamente con euquinina.

El estudio del Dr. Cohen, nos recuerda las enseñanzas de nuestro querido maestro de clínica, Dr. Guillermo Trigueros, quien repetidas veces decía: "En mi práctica médica he observado muchos niños, recién nacidos, hijos de madres palúdicas, que al poco tiempo de vivir presentan accesos febriles, aún cuando no hayan sido picados por el zancudo infectante. Es por eso que en mi tesis de doctoramiento hablé del paludismo hereditario. Reconozco que este asunto es uno de los que más discusiones han motivado. Varios autores sostienen su realidad; pero muchos la niegan. Sin embargo, la observación clínica nos pone a veces frente a casos que parecen convincentes. El examen de la sangre investigando el parásito pudiera ser fundamento, en caso de ser positivo; pero se sabe muy bien qué difícil es encontrar el hematozoario an la sangre periférica del niño, y sin embargo, uso quinina y más quinina y por consiguiente aconsejo a todos ustedes, el uso de la quinina en estos casos"

M. BULNES B.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Para finalizar el recuento de nuestra labor desarrollada en la Institución durante el presente año, debemos hacer mención especial de la bondadosa y altruista cooperación aportada por varias de las agrupaciones femeninas que existen en esta capital, sobresaliendo entre ellas:

Club de Damas Leonas.
Women Volunteer Unit.
Damas Rotarias.
Mesa Redonda Panamericana, Sección de Honduras.
Damas de la Cruz Blanca.
Y particularmente a las siguientes personas:
Dr. y Gral. Tiburcio Carías A. y Sra.
Doña Marta Carías.
Lic. Marcos Carías Reyes y Sra.
Ing. Abraham Williams y Sra.
Doña María Josefa Laguardia de Mejía.
Doña Rosinda v. de Walter.
Dr. Salvador Paredes P. y Sra.
Dr. Manuel Cáceres Vijil y Sra.
Dr. Manuel Castillo Barahona y Sra.
Dr. Humberto Díaz y Sra.
Don Esteban Díaz y Sra.

P. M. Eligio Elvir Quiñónez y Sra.
Banco de Honduras.

Tanto las agrupaciones como los particulares ya mencionados, trajeron en una u otra forma, un poco de felicidad a nuestros pobres enfermos asilados, con especialidad a las madres del Servicio de Maternidad y Sala de Niños, favoreciéndolos con ropitas, juguetes y golosinas; demostrando con ello sus sentimientos humanitarios y comprobando que siempre existen personas nobles y buenas dispuestas a socorrer a los que sufren.

También queremos aprovechar esta oportunidad para presentar nuestras expresivas gracias al señor Director y colaboradores del diario «La Epoca», por las voces de aliento para sus servidores y por la valiosa ayuda aportada al publicar gratuitamente los estados mensuales del movimiento científico del Establecimiento. De igual manera lo hacemos con el señor Director de la Imprenta Nacional, por las facilidades que nos ha prestado para llevar a feliz término la publicación de esta revista.

LA DIRECCION

NOTICIAS INFORMATIVAS

Tuvimos el honor de ser invitados por el señor Ministro de Salud Pública de Méjico para asistir a un Congreso Regional en Administración y Organización de Hospitales que se celebró en aquella ciudad del 16 al 29 de enero del corriente año; durante el tiempo de las conferencias se desarrolló un curso especial, por el cual obtuvimos un título autorizado por dicho señor Ministro de Salud Pública y un grupo de distinguidos Profesores america-

nos y mejicanos a cargo de quienes estuvo la enseñanza.

* * *

En el año económico que finalizó el 30 de junio de 1944, esta Dirección presentó al Supremo Poder Ejecutivo un Anteproyecto de Presupuesto para 1945 a 1946, ajustado a las necesidades del establecimiento, el cual se encuentra actualmente en estudio y esperamos sea aprobado para llenar de mejor manera nuestro cometido.

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL
FDH-DEGT-UNAH

TALLERES TIPOGRAFICOS NACIONALES
TEGUCIGALPA, D. C. 1945

FDH-DEGT-UNAH

Derechos Reservados

PROCESAMIENTO TECNICO DIGITAL FDH-DEGT-UNAH

NOMINA DE LOS PRINCIPALES EMPLEADOS DEL HOSPITAL

Dr. Juan A. Mejía M.	Director.
P. M. Elvir Quinónez.	Administrador.
Dr. Abelardo Pineda Ugarte	Médico Interno.
P. M. Esteban Rodríguez F.	Tenedor de Libros.
Dr. Salvador Paredes P.	Cirujano del Servicio de Mujeres.
Dr. José Ramón Durón.	Cirujano 1º del Servicio de Hombres.
Dr. Manuel Castillo Barahona.	Cirujano 2º del Servicio de Hombres.
Dr. Antonio Vidal.	Médico del Servicio de Niños.
Dr. Humberto Díaz B.	Médico del Servicio de Hombres.
Dr. Octavio Vallecillo.	Médico de 2ª Medicina de Mujeres.
Dr. Manuel Cáceres Vijil.	Médico de 1ª Medicina de Mujeres.
Dr. Martín Bulnes.	Médico Agregado (ad-honorem).
Dr. Francisco Durón Girón.	Médico de Consulta Externa.
Dr. Wilfredo Raveneau.	Cirujano Dentista.
Dr. José Gómez Márquez.	Médico y Cirujano de Ojos.
Dr. Enrique D. Guilbert.	Cirujano Sección Plástica (ad-honorem).
Lic. Víctor García Matamoros.	Jefe de Farmacia.
Dr. Abraham Riera H.	Médico Jefe de Laboratorio.
Dr. Ramón Alcerro h. (Interino el Dr. Abraham Riera H.)	Médico del Asilo de Indigentes y Alienados.
Prof. Rosa Carías García.	Bacteriólogo.
Br. Sergio Bendaña.	Practicante Interno.
Br. Manuel Armando Paredes.	" "
Br. Antonio Bermúdez h.	" "
Br. Miguel Villela Vidal.	" "
Br. Dagoberto Majano.	" "
Br. Carlos Agurcia.	" "
Br. Antonio Flores Chirinos.	" "
Br. Virgilio Banegas M.	" "
Br. José Gómez Márquez.	" "
Br. Ignacio Midence.	" "
Br. Joaquín Núñez Ortiz.	" "
Br. Rafael Ruiz López.	" "
Br. Joaquín Reyes Soto.	" "
Br. Alejandro Cerna.	" "
Br. Juan Miguel Fiallos.	" "
Br. Miguel Andonie Fernández.	Ayudante de Farmacia.
Br. Fruto Canales C.	" "
Br. Ricardo A. Romero.	" "
Sor Odile Viravaw.	(Superiora) Ecónoma.
Sor Angela Castro S.	Ayudante de la Ecónoma.
Sor Rafaela Reyes.	Enfermera.
Sor Emilia Toc.	"
Sor Vicenta Moscoso.	"
Sor María Teresa Rojas.	"
Sor Mercedes Aguirre.	"
Sor María Rodríguez.	"
Sor Marta López.	"
Sor Josefina López.	"