

---

# CONGRESO MEDICO

CELEBRADO EN LA

CIUDAD DE SAN RAMON

EL 17 DE DICIEMBRE DE 1938



1 9 3 9

IMPRESA Y LIBRERIA ESPAÑOLA  
SOLEY & VALVERDE. SAN JOSE

---

CONGRESO MEDICO

# CONGRESO MÉDICO

CELEBRADO EN LA

## CIUDAD DE SAN RAMON

EL 17 DE DICIEMBRE DE 1938



1 9 3 9

IMPRESA Y LIBRERÍA ESPAÑOLA  
SOLEY & VALVERDE. SAN JOSÉ

## LISTA DE LOS TRABAJOS QUE SE CONOCERAN

- I PRIMEROS CASOS DE DACRIOCISTORRINOSTOMÍA OPERADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, POR.... DR. ALEXIS AGÜERO
- II ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ARTRITIS BLENORRÁGICAS (ATROTOMÍA SIN DRENAJE) ..... DR. CARLOS LUIS VALVERDE
- III PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES ..... DR. FERNANDO QUIRÓS
- IV LAS DERMATOSIS YA NO SON ENFERMEDADES DE PIEL ..... DR. JULIO CÉSAR OVARES
- V COMENTARIO Y CONCLUSIONES SOBRE VEINTE CASOS DE EMBARAZO EXTRAUTERINO ..... DR. MARIANO PADILLA
- VI AMIBIASIS PULMONAR..... DR. RAÚL BLANCO CERVANTES
- VII APUNTES SOBRE OBSTETRICIA COSTARRICENSE ..... DR. RAFAEL A. GRILLO
- VIII SINDREME COLIBACILAR ..... DR. RICARDO CORNEJO
- IX DOS CASOS INTERESANTES DE CUERPOS EXTRAÑOS ALOJADOS EN LOS BRONQUIOS. MÉTODO OPERATORIO PARA ESTENOSIS LARINGEA ..... DR. GONZALO CUBERO
- X INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y COLELITIASIS..... DR. BENJAMÍN HERNÁNDEZ

El doctor don Alexis Agüero, quien preside la sesión,  
declara abierto el Congreso Médico y pone en el uso de  
la palabra al Doctor Figueres

*Dr. Figueres:*

*Cúmpleme el honor de llevar en estos solemnes momentos la voz cantante, en este apartado lugar de la República, no tanto ahora por motivo de la carretera, para significar a la Facultad de Medicina, el inmenso placer que ha ocasionado a los moradores de esta localidad el que se haya señalado la ciudad de San Ramón como Sede del Congreso Nacional Anual que acostumbra celebrar la Facultad de Medicina y el Cuerpo Médico de Costa Rica.*

*Muy complacidos todos los ramonenses. No esperaba yo nunca menos para que todos y cada uno de ellos prestaran su colaboración a fin de que la permanencia de tan distinguidos colegas hoy en esta localidad, sea lo más amena, lo más agradable posible. Y al efecto debo hacer pública manifestación de agradecimiento a la Honorable Corporación Municipal, a la Junta de Protección Social, a la Junta de la Escuela, y sobre todo de un modo especialísimo a los Comités formados por damas y señoritas que con tanto entusiasmo y tan buena voluntad han organizado todo, comités que constituyen la élite de la sociedad ramonense, que han puesto todo su esfuerzo a fin de preparar a los ilustres visitantes un alto placer y alegría entre nosotros.*

*Para todos los más sinceros agradecimientos y en nombre de todos y por ser el trabajo grande y el tiempo limitado, resumire así estas palabras:*

*Bien venidos seáis a este lugar de San Ramón y hago fervientes votos para que el esfuerzo que con tanto celo han desarrollado esas abnegadas damas y señoritas de esta localidad, plazca*

plenamente a todos ustedes durante el corto tiempo en que somos honrados con vuestra visita.

---

Y con el permiso de la Presidencia, voy a exponer la breve tesis, mi grano de arena que voy a aportar a este Congreso.

Se trata, señores, de corregir, de curar, sin intervención quirúrgica, una enfermedad bastante frecuente en Costa Rica y muy poco practicada entre nosotros. Se trata, señores, de la curación electrolítica del entropiom y del ectropion.

Gracias a los vastos conocimientos de un colega recientemente fallecido desgraciadamente, quien fue profesor mío en esta materia, que enseñaba hace ya bastantes años que el entropiom y el ectropion se corrigen con bastante facilidad sin intervención quirúrgica, sin ninguna señal ulterior, sin ninguna cicatriz después de corregido el defecto.

El procedimiento consiste sencillamente en introducir una aguja electrolítica a pocos milímetros del borde del párpado afectado, sea por el lado adentro, si es ectropion, sea por el lado afuera, si es entropion horizontalmente a pocos milímetros del borde y hacer pasar una corriente galvánica de unos cinco a ocho o a lo más diez mil amperes y por una estancia de unos ocho a diez minutos.

El efecto electrolítico que se produce es el siguiente:

Se provoca una escara tubular, escara tubular que por razón de ser el electrodo positivo provoca una cicatriz dura y retractil, a diferencia del polo negativo, que produce una escara blanda y poco o nada retráctil. Esa cicatriz que se provoca por medio de la electrolisis produce una rectificación del párpado, como todos ustedes comprenderán.

De manera, pues, que la técnica es tan sencilla que está al alcance de cualquiera de nosotros.

Esa práctica la he venido yo observando desde hace bastante tiempo en Costa Rica y muchos ejemplares podría yo presentar de casos perfectamente curados sin que se les note absolutamente nada de la intervención quirúrgica.

Hay aquí un individuo que es de Naranjo y actualmente reside en Palmares; persona que posiblemente algún colega de aquí lo conozca, me refiero a don Max Alvarez. Este individuo tuvo un

*accidente automovilístico que le produjo una herida de la cara y provocó un ectropion, el párpado quedó completamente vuelto. A esta persona la mandé llamar para presentarla a ustedes en este acto, pero a pesar de que me dijo que venía, no la veo: no sé por que motivo no ha llegado.*

*De todos modos este señor con este gran defecto, con el párpado completamente invertido con solamente tres sesiones de electrolysis logró enderezar completamente el párpado y se libró de todas las molestias que causan los defectos de esta naturaleza en los párpados.*

*He tenido oportunidad en San José, acompañado del doctor Corvetti, de tratar a muchos pacientes más o menos todos de la misma afección, los que voy a omitir por lo corto del tiempo.*

*Esta es, señores, la humilde, sencilla y corta tesis que yo he querido exponer al conocimiento de mis estimados colegas.*

---

*El doctor Agüero toma la palabra:*

*Unas pocas palabras con respecto a este trabajo. Pero antes quiero en nombre de la Facultad de Medicina de la República contestar al doctor Figueres diciendo que ésta se siente sumamente honrada y agradece a la culta ciudad de San Ramón las demostraciones de simpatía que ha hecho a este Congreso Médico.*

*Los ramonenses son conocidos por su carácter jovial, por su hospitalidad, y es así como hoy vemos que las autoridades locales, la Junta de Caridad, el señor diputado Gamboa, la localidad entera, todos los colegas de aquí se han reunido para darle el mayor realce a esta jornada médica.*

*Debo agradecer la presencia del doctor don Antonio Peña Chavarría, Secretario de Salubridad Pública, persona siempre lista para impulsar todo lo que sea apoyo para la medicina.*

*Y ahora, estimados señores, señoritas y colegas les suplico se pongan de pie y guardemos un minuto de silencio por la muerte trágica llena de simbolismo, de los doctores Moreno Cañas, Echandi, Tellini Lachuer y del doctor Manuel Rojas.*

*El Presidente sienta, para el orden en el Congreso Médico, la regla siguiente:*

*A lo más diez minutos durará cada trabajo, y a los ocho minutos se le tocará el timbre una vez, para que el orador sepa que no tiene más que dos minutos de tiempo.*

*Felicita al doctor Figueres por su trabajo y dice que los entropiomas y ectropiomas tienen infinidad de causas y el tratamiento debe variar de acuerdo con ellas.*

# Primeros casos de Dacriocistorrinostomía operados en el Hospital San Juan de Dios

*Trabajo presentado por el Doctor  
don Alexis Agüero Soto*

Las obstrucciones de las vías lagrimales han sido tratadas desde tiempos inmemoriales por métodos muy variados. En 1713 Annel ideó el cateterismo del canal nasal. Bowman, sin embargo en 1850 fue el verdadero precursor de esta técnica, introduciendo sondas por los puntos y canaliculos lagrimales hasta llegar a la desembocadura del canal nasal en el meato inferior de las fosas nasales. El cateterismo de las vías lagrimales ha estado en boga desde aquellos tiempos hasta nuestros días, presentando inconvenientes muy grandes sobre todo en los casos antiguos y rebeldes de obstrucciones lagrimales. En el año de 1868 Berlín puso en práctica la operación de la extirpación del saco lagrimal para el tratamiento de la Dacriocistitis y éste ha sido el método que ha predominado y que aún predomina en los tiempos modernos; con él se suprime la causa de la infección rebelde del ojo, no curada nunca mientras hubiera estacionamiento de pus en el saco lagrimal. Por otro lado se suprime, sin embargo, un órgano necesario para el buen funcionamiento de las vías lagrimales, dejando como consecuencia de por vida un defecto no corregible más, el *lagrimeo o epífora*.

Se ha intentado poner sondas metálicas permanentes en el canal nasal pero eran eliminadas poco tiempo después.

En el año de 1906 Toti ideó la operación de la Dacriocistorrinostomía, revolucionando con ello los métodos anteriores, y en el año de 1920 Dupuy Duteemps y Bourguet quedaron coronados de éxito, al practicar la Dacriocistorrinostomía con suturas de las mu-

cosas del saco lagrimal y la pituitaria. Infinidad de técnicas y modificaciones de oculistas de todo el mundo han tratado de cambiar su método, pero todas han convergido al mismo punto: la sutura muco mucosa, sin la cual la operación conduce al fracaso.

West en los Estados Unidos, ideó el cateterismo por vía endonasal y después resección de la pared osea por esta misma misma vía. Los oculistas españoles y entre ellos el famoso y bien reputado don Hermenegildo Arruga, modificaron la técnica de Dupuy Detemps abriendo el hueso con trépanos especiales, accionados por un motor eléctrico y es éste el método que yo he empleado y con el que he operado los casos que tengo el honor de presentar en este Congreso.

Las lágrimas son vertidas en el ojo por la glándula lagrimal, situada en la parte supero externa de la órbita y al través de canaliculos que se abren en el fondo conjuntival superior, lubrican el ojo y lo mantienen en estado de limpieza, arrastrando consigo las impurezas que suelen formarse en su superficie. Se acumulan luego, aquellas que no se han evaporado en la superficie ocular, en el lago lagrimal, pequeño espacio triangular situado en el ángulo interno del ojo y cuya superficie está ocupada totalmente por la carúncula lagrimal y hacia afuera por el pliegue semilunar.

Del lago lagrimal las lágrimas son absorbidas por los puntos lagrimales, orificios diminutos, uno inferior situado muy poco hacia afuera del otro superior y cuya colocación hace que estén siempre sumergidos en el lago lagrimal. Estos puntos en el momento del parpadeo y mediante la contracción del músculo de Horner, hacen efecto de ventosas y aspiran las lágrimas que siguen su curso al través de los tubérculos lagrimales, pequeñas eminencias cónicas continuación de los puntos lagrimales. De los tubérculos lagrimales pasan a los canaliculos lagrimales superior e inferior, estos se unen después y forman un solo canal que se abre en la pared externa y hacia atrás del saco lagrimal. El saco lagrimal es como si dijéramos el tanque de captación de las lágrimas y sus impurezas; de forma ovalada aplastada transversalmente, tiene su cara externa dirigida hacia el globo ocular del que lo separa la bifurcación del tendón directo y reflejo del orbicular de los párpados, en ella se abre el canal lagrimal de que ya hablamos. La cara anterior corresponde al tendón directo del orbicular, a fibras musculares de este último y a la facia palpebral interna. Todas estas formaciones van a insertarse en la cresta lagrimal anterior. La cara posterior está

separada de la grasa retro-bulbar por el tendón reflejo del orbicular, reforzado hacia atrás por el músculo de Horner que se extiende de la cresta lagrimal posterior a los tubérculos lagrimales. La cara interna, la que más nos interesa, está en contacto adelante con la apófisis ascendente del maxilar superior y atrás con el unguis; en esta porción posterior es muy frecuente que se encuentre en contacto con celdillas etmoidales prolongadas hacia adelante, esto tiene mucha importancia en el momento de la operación a que me voy a referir en breves instantes. El vértice está hacia arriba y termina en fondo de saco. El extremo inferior penetra en el maxilar superior y se continúa sin interrupción con el canal nasal. El canal nasal se dirige abajo, afuera y poco hacia atrás y se abre en el meato inferior de las fosas nasales debajo casi de la cabeza del cornete inferior. Al llegar allí las lágrimas se evaporan sin sentirlo siquiera y sin que haya en los casos normales salida de ellas hacia el exterior de la nariz. En caso de llanto o de cualquier causa que aumente la secreción lagrimal, el cornete inferior se llena de lágrimas, no hay tiempo de que se evaporen y entonces se deslizan al exterior junto con mucosidades nasales. En el caso contrario de una obstrucción de las vías lagrimales, si ésta tiene lugar antes del saco lagrimal el lagrimeo es constante, las lágrimas, o el líquido de prueba, pasan por un canalículo lagrimal y salen por el otro sin que el saco aumente de volumen. Estos casos son los más desfavorables y en los que la Dacriocistorrinostomía no tiene efecto, pero por suerte son muy raros. Cuando la obstrucción se encuentra después del saco, entonces las lágrimas se acumulan en él, se descomponen y forman con la secreción de su mucosa un líquido espeso hilante como clara de huevo, se constituye entonces el mucocele del saco lagrimal. Comprimido éste se ve salir, aunque con dificultad, su contenido a través de los puntos lagrimales. Si alguna infección se suma a la obstrucción, entonces el mucocele se transforma en un empiema del saco lagrimal, tumefacción sumamente dolorosa y cuyo resultado final, la mayor parte de las veces, es la abertura al exterior dejando tras sí una fistula lagrimal si no se extirpa el saco o se logra hacer una Dacriocistorrinostomía cuando la inflamación haya cedido. Al pasar cualquier líquido por los puntos lagrimales, éste se regresa al ojo por el punto opuesto y el saco se abulta más. Las radiografías con sustancias opacas como el lipiodol, dejan ver claramente el sitio de la obstrucción y si se opera y obtiene éxito se puede apreciar claramente el paso de las sustancias hacia la nariz.

Para combatir las obstrucciones lagrimales contamos con diversos procedimientos dependientes ellos de la edad del enfermo, urgencia del tiempo, del sitio de la obstrucción, del instrumental que posee el cirujano, pero se puede decir a priori que el único método que restablece el curso normal de las lágrimas en un porcentaje del ciento por ciento, cuando la operación ha sido ejecutada correctamente y que elimina totalmente el fastidioso lagrimeo, es la Diacriocistorrinostomía.

En niños el cateterismo seguido de lavado de las vías lagrimales es suficiente en la gran mayoría de los casos para hacer desaparecer la obstrucción.

La obliteración de los puntos y tubérculos lagrimales por medio del cauterio o la diatermia se emplea cuando hay urgencia de hacer una operación en el globo del ojo, o se trata de combatir rápidamente una úlcera corneal, sobre todo en los ancianos o personas débiles ó con un mal estado general.

El cateterismo en los adultos es muy doloroso aun anestesiando previamente, tiene que repetirse numerosas veces y los resultados casi siempre son infructuosos.

La extirpación del saco lagrimal es la operación más universalmente usada y la que yo siempre había empleado hasta ahora. De ejecución fácil, de corta duración y que no necesita de un instrumental muy variado. Con ella se quita el foco infeccioso y sus consecuencias; pero el escollo infranqueable es el lagrimeo que deja de por vida.

La Diacriocistorrinostomía es la operación de elección; quita la infección y restablece el curso de las lágrimas a la nariz. Los inconvenientes que presenta son los de ser de una técnica muy complicada, de duración larga y se requieren instrumentos más delicados. Es la siguiente:

Anestesia local y regional abarcando el nasal, el sub-orbitario, la piel del ángulo interno del ojo y la mucosa de la nariz en el lado que se opera. Incisión de tres o cuatro centímetros, recta primero y curva hacia afuera y abajo abarcando un centímetro encima y el resto abajo del tendón interno del orbicular de los párpados, disección de la piel hacia adentro, teniendo cuidado de disecar la vena angular y de ligarla entre dos pinzas. Se busca el tendón nacado del orbicular, se hace un ojal en él y se levanta su porción interna hasta llegar al hueso, se raspa el periostio hacia adelante y luego hacia atrás sobre el apófisis ascendente del maxilar superior

hasta llegar a la cresta lagrimal anterior, se prolonga el levantamiento del periostio poco hacia atrás hacia el unguis. Se separa entonces la cara interna del saco junto con el periostio y se retraen bien hacia afuera sin lastimar el saco. Se trepana entonces con el trépano de Arruga sobre la parte inferior de la cresta lagrimal anterior hacia el orificio de entrada del canal nasal, se continúa la trepanación lentamente para no lesionar la pituitaria, se quita la rondela del hueso y se pulen más o menos los bordes del orificio. Se hace entonces una incisión en la pituitaria en forma de H con un colgajo, anterior más angosto y otro posterior más ancho y otra longitudinal de arriba abajo en la cara interna del saco guiándose sobre una sonda introducida por el canaliculo lagrimal. Se procede entonces a la sutura de las mucosas, tiempo sumamente delicado; se ponen dos puntos posteriores y dos anteriores con catgut crómico afrontando los dos colgajos posteriores de la pituitaria y del saco y los dos anteriores respectivamente. Se sutura con catgut el tendón del orbicular tratando de levantar el saco junto con dicho tendón, se sutura por último el periostio, el orbicular y la piel con puntos profundos de seda que abarcan las tres estructuras al mismo tiempo. Vendaje compresivo por tres días, no se deja drenaje. Debe recomendarse al enfermo no estornudar ni sonarse la nariz para evitar una hemorragia. Los hilos superficiales se quitan el sétimo día y al octavo o noveno día se hace pasar agua hervida por los puntos lagrimales para ver si hay permeabilidad completa en la brecha operatoria. Tan pronto como las lágrimas encuentran este nuevo rumbo que seguir, cesa el lagrimeo y el ojo se aclara completamente de su hiperemia que casi siempre coexiste.

## CASOS CLINICOS OPERADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

M. E. M. 12 años. Cartago. Escolar. Desde hace como dos años le llora el ojo derecho, se ha hecho cuanto ha sido recetado por oculistas sin obtener resultado. Ingresó al Hospital el día 11 de Octubre de 1938. Se le practicaron todos los exámenes: Wassermann, Prueba de Mantoux, orina, y fueron negativos. Radiografía de las vías lagrimales con lipiodol, mostró obstrucción del canal lagrimal casi inmediatamente debajo del saco. Hecho el lavado del

saco con solución boricada, salió mezclada con mucus y difícilmente al través del punto lagrimal superior. Operada el 15 de Octubre de Dacriocistorrinostomia. Los hilos superficiales fueron retirados el 22; el día 24 se procedió a pasar agua hervida y ésta fluyó abundantemente por la nariz derecha. La niña ha estado viniendo repetidas veces y la permeabilidad es siempre completa.

P. R. 58 años. Santa Ana. Oficios domésticos. Desde hace como tres años lagrimea del ojo izquierdo. Inflamación del ojo de cuando en vez, Entró al Hospital el 18 de Octubre, practicados los exámenes todos negativos, la radiografía no pudo hacerse por estar el saco muy retraído e imposible de pasar el lipiodol. Operada el día 22. Dacriocistorrinostomia. Se retiran los hilos el día 29 y se pasó el agua el 31, con permeabilidad completa.

E. V. de 33 años. San José. Lagrimeo como desde hace cuatro años. Entró al Hospital el 16 de Octubre por un empiema del saco lagrimal derecho con inflamación grande del ojo. Exámenes negativos, extraídos muchos dientes cariados, inyección de antiptiógeno, la inflamación cedió y se procedió a operarla el día 29 de Octubre, los hilos se retiraron el día 5 de Noviembre, se pasó el agua el 7 y fluyó completa por la nariz.

S. E. de 55 años. Sabanilla de Alajuela. Ingresó al Hospital el 4 de Noviembre con fístula lagrimal en el ojo izquierdo desde hacía un año. Ojo rojo, con círculo peri-querático muy marcado; por la fístula pasaba mucho pus. Exámenes negativos, salvo por parásitos intestinales y algunos dientes cariados que fueron extraídos. Operada el día 12 de Noviembre. Cuatro días después edema grande de la herida operatoria y de la cara. Se procedió a inyectarle vacunas polivalentes sin tocar ninguna de las suturas. La inflamación cedió paulatinamente y el día 21 se quitan los hilos, se pasó el agua el 22 y había completa permeabilidad. La fístula cerró sin ningún tratamiento y la enferma se encuentra completamente curada hasta la fecha 10 de Diciembre.

## Algunas observaciones sobre el Tratamiento quirúrgico de las Artritis Blenorragicas [Artrotomía sin Drenaje]

*Trabajo presentado por el Dr.  
don Carlos Luis Valverde*

Estimados colegas:

Al presentar este trabajo ante Uds. no tengo pretensión alguna de originalidad. Siendo nuestros medios de investigación escasos y pobres, los estudios bibliográficos casi imposibles por la carencia de una biblioteca con sus correspondientes archivos, creo de más afanarme en estas explicaciones. Si resolví presentar estas observaciones fué convencido de prestar servicio útil a muchos enfermos procurando la mayor divulgación de un método terapéutico que, aunque no de reciente aparición, sí puedo asegurar que no ha tenido en el país todo el favor que merece.

Muy a menudo se presentan a nuestros servicios hospitalarios o a nuestros consultorios, pacientes sufriendo anquilosis, de la rodilla sobre todo, a quienes una intervención quirúrgica mínima hubiera salvado de tan tremenda invalidez.

¿Quién de nosotros no ha tenido uno de esos casos de artritis blenorragica en que no se sabe con entereza y seguridad por donde iniciar el tratamiento y cuyo futuro es un enigma angustioso casi siempre epilogado por una anquilosis?

¿Quién no ha ido a consultar en esos momentos sus más recientes tratados para volver desconcertado ante la multiplicidad de métodos terapéuticos aconsejados, multiplicidad ésta que no hace sino probar lo incierto y a menudo inútil de lo aconsejado. Estos métodos en boga son: cuidados urológicos del foco de infección, sencillamente; inmovilización, movilización, masaje, aire caliente, punciones con o sin drenaje; medicamentos químicos (centenares de va-

riedades), díaterno-terapia, corriente galvánica, ultratermia, radioterapia, radium-terapia, proteino, terapia, vacunoterapia, etc., etc., y tratamiento quirúrgico.

Todos esos sistemas curativos han sido sucesivamente exaltados con exceso y abandonados poco a poco dejando como antes dijimos inseguridad y confusión en el espíritu del médico practicante ante una enfermedad que exige precisamente precocidad en la acción terapéutica.

En las discusiones de la Sociedad de Cirugía Francesa en 1926, Tuffier, Rouvillois y Arrou pusieron en evidencia la importancia de las lesiones anatómicas de las artritis blenorragicas y la absoluta necesidad de contemplarlas, al instituir el método curativo.

Esas lesiones pueden ser: de la sinovial únicamente; de la sinovial y los cartílagos y de los tejidos peri-sinoviales y a veces participan también los tejidos periarticulares. La sinovial puede ir desde la simple congestión con o sin líquido sero-fibrinoso hasta su espesamiento con formaciones plásticas y líquido francamente purulento. Los cartílagos van hasta su destrucción, con desnudez de las extremidades óseas y reacción de espesamiento de las epífisis. Esta simple enumeración de las lesiones anatómicas de las articulaciones aclaran singularmente el problema y nos hacen comprender por qué algunas artritis blenorragicas curan fácilmente con simple vacuno-terapia o inmovilización; otras necesitan de la cirugía para la obtención de un buen resultado funcional y algunas, las menos, dichosamente, van fatalmente hasta la anquilosis a pesar de todos los medios curativos empleados.

Es nuestro propósito dije antes, contribuir a la mayor divulgación en Costa Rica, de un método, que empleado en momento oportuno da en casi todos los casos, excelentes resultados; ME REFIERO A LA ARTROTOMIA CON EVACUACIÓN DEL DERRAME Y SUS GRUMOS, LAVADO CON ETÉR Y SUTURA INMEDIATA SIN DRENAJE. Esta simple intervención tiene a mi manera de ver múltiples ventajas: PRIMERO: previene la anquilosis, terminación de muchas artritis; SEGUNDO: calma inmediatamente los horribles dolores que padecen esos enfermos; TERCERO: disminuye considerablemente la duración de la enfermedad; CUARTO: evita las amiotrofias, secuela frecuente de las artritis tratadas por otros medios.

Esta operación, realizable aún con anestesia local es de una gran simplicidad; se practica una incisión de cinco a seis centímetros en la región latero-interna o latero-externa de la rodilla. La sinovial,

una vez abierta, se practica una evacuación cuidadosa y completa del líquido y de los bloques fibrinosos que allí ordinariamente se encuentran; se hace un amplio lavado con éter y se sutura en dos o tres planos sin dejar drenaje alguno. La movilización de la articu-



lación puede comenzarse desde el tercer día; si en ese intervalo se observara reproducción de líquido, una simple punción lo hace desaparecer ordinariamente al quinto o sexto día. El paciente dá sus primeros pasos desde el décimo al doceavo día y del décimo quinto

en adelante es corriente la obtención casi completa de la flexión y de la extensión del miembro.

*¿Cuáles artritis benefician de este tratamiento?* Las de la rodilla sobre todo cuando presentan derrame sero-purulento o francamente purulento y a condición de que no haya formaciones plásticas o lesiones destructivas de los cartílagos, en otras palabras, *las artritis recientes*. Las artritis envejecen muy pronto dicen Arrou, Walther, Rouvillois y Lenormand. Si bien es cierto que en algunos casos una

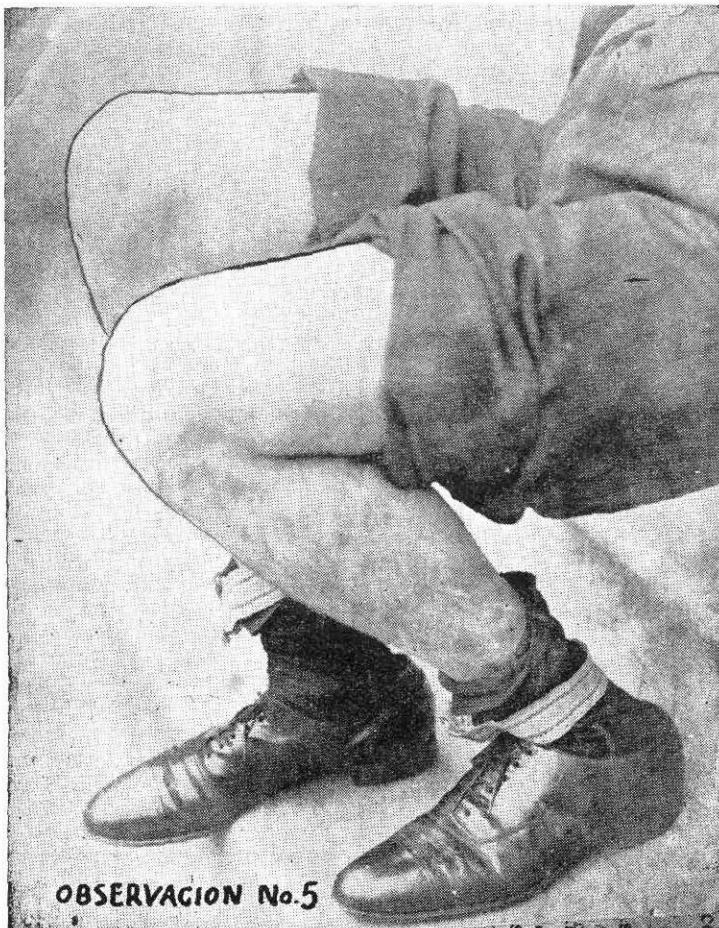


evolución de veinticinco días no es obstáculo para la intervención, cuando la radiografía no muestra grandes modificaciones de las interlíneas articulares.

Los mejores resultados se obtienen, según nuestra personal observación, *antes del doceavo día*.

La técnica propiamente de esta intervención ha sufrido modifi-

caciones en manos de algunos cirujanos; por ejemplo, el profesor Leriche de Estrasburgo practica una pequeña incisión de dos o tres centímetros, evacúa la articulación; lava con éter y suturando los bordes de la sinovial distendida a la piel produce una constante filtración del líquido que pudiera reproducirse. Personalmente, el temor de una

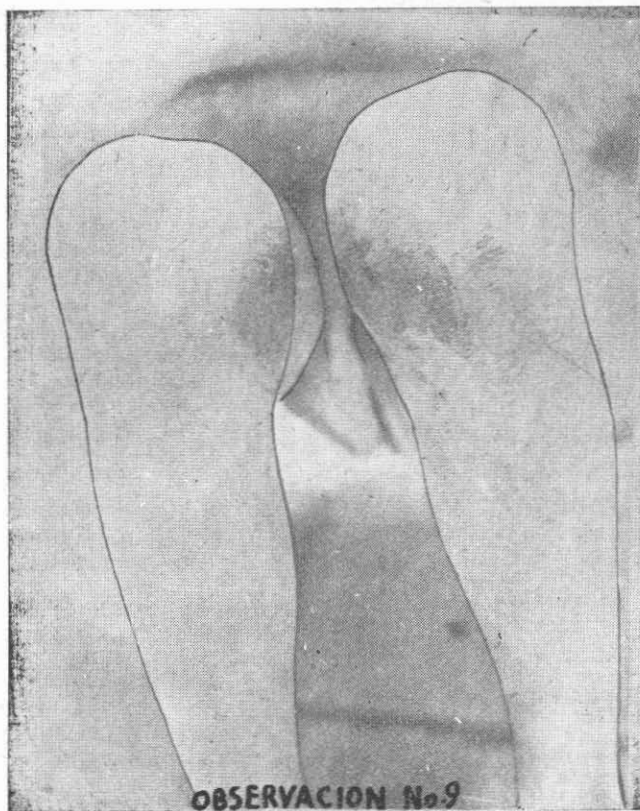


infección secundaria en una articulación dejada abierta nos ha hecho preferir la técnica aconsejada y practicada durante largos años por el Profesor Mondor.

Los casos que tendremos el gusto de presentarles se refieren a

artritis de la rodilla, a veces bilaterales. No hemos tenido la oportunidad de operar otras articulaciones porque los casos observados han obedecido rápidamente a otros tratamientos. Quizás sea más benigna la afección en las articulaciones de menor capacidad.

E. S. F. 20 años. Empleado del Hospital. Ingresa a nuestro servicio por fístula osteomiélica del peroné izquierdo y blenorragia en vías de curación. Cinco días después de su ingreso violentos



dolores en ambas articulaciones de la rodilla que aparecen muy aumentadas de volúmen y dolorosas. Temperatura 38° y medio. El exámen físico revela la presencia de líquido en ambas.

Se procede a la artrotomia bilateral sin drenaje. Líquido seropurulento y gran cantidad de grumos fibrinosos. La evolución postoperatoria es normal. Sedación de los dolores. La temperatura cae al tercer día. Movilización en ese momento. Primeros pasos sin difi-

cultad el noveno día y abandono del hospital 17 días después de la intervención presentando flexión y extensión casi normales de ambas articulaciones.

H. B. 24 años. Zapatero. Ingresó a nuestro servicio del Hospital San Juan de Dios el 10 de octubre 1938 padeciendo desde hacía 24 días de artritis gonococcica de la rodilla izquierda. La articulación se muestra enormemente aumentada de volúmen; la impo-



tencia funcional es completa: sufre violentos dolores y presenta 39° de temperatura. El exámen de la rodilla muestra una abundante cantidad de líquido intra-articular. El interrogatorio revela una blenorragia uretral vieja de varios meses. La radiografía practicada inmediatamente muestra una interlínea articular ensanchada pero sin alteraciones, a pesar de los 24 días de la evolución de la enfermedad.

Se practica la artrotomía el mismo día de su ingreso. El líquido es francamente purulento y la cantidad de grumos evacuada es considerable. Sedación de los dolores desde el día siguiente. La temperatura cae al tercer día pero parte del líquido se reproduce sin que hubiera necesidad de evacuarlo por punción. Mobilización el 45°. El primero de octubre el enfermo abandona el hospital manejando su pierna casi normalmente. Actualmente la función de la articulación es absolutamente normal.

A. S. de A. Mujer 28 años. Casada. Es operada por un conocido cirujano en una clínica privada de artritis blenorragica de la rodilla izquierda el 25 de julio del 38. Evolucionaba desde hacia ocho días y había sido tratada con salicilato de soda y vacunoterapia anti-gonocócica. Los síntomas, según los informes que tengo, eran sumamente agudos. La intervención calma sólo en parte los dolores y la fiebre no desaparece totalmente. La movilización que trata de hacerse desde el octavo día es defectuosa por la pusilanimidad de la enferma. Se continúa el tratamiento con vacuno-terapia y la enferma sale de la clínica en esa condición, en los primeros días de setiembre. El ocho de setiembre del 38, es decir, 43 días después de la intervención, fuimos llamados a atender el caso. Presentaba fiebre de 38°; dolores violentos espasmódicos que se irradiaban al muslo y a la pierna. La articulación estaba aumentada de volúmen y profundamente dolorosa. La anquilosis en extensión comenzaba a establecerse. Ordenamos ese ingreso al hospital donde una radiografía nos muestra destrucción de la interlínea articular y comienzo de formación de puentes óseos. Prescribimos ultra-termia. Un compuesto de sulfanilamida para calmar sobre todo las manifestaciones urogenitales y nos afanamos en provocar la anquilosis total en buena posición, condición ésta que no logramos sino a duras penas, dos meses después. El caso de esta señora es un ejemplo típico de una artritis en que participaban al mismo tiempo la sinovial, los cartílagos y la totalidad de los tejidos peri-articulares. Esta participación total de los tejidos que da resultados malos sea cual fuere el tratamiento instituido se debe posiblemente a la virulencia del agente patógeno o a un estado de menor resistencia del organismo, y no debe desanimar al cirujano pues es la forma descrita como pseudo-flegmonosa por Brun desde fines del siglo pasado y comprendida entre los casos de artritis gonococcica de evolución fatal hacia la anquilosis total.

El caso de la Sta. L. C. Ch. de 26 años, operada por noso-

tros en el hospital San Juan de Dios el ocho de mayo del 37, es en un todo semejante al anterior.

Niño M. G. Edad: 18 días. Aspecto general normal. Tres días después de su nacimiento, aparición de oftalmia purulenta del ojo derecho. Frote por gonococos: muy positivo. Tratado en el servicio de Oftalmología con grandes lavados de permanganato de potasio, instilaciones de nitrato de plata y proteinterapia intramuscular. El décimo día de la aparición de oftalmia fiebre a 39°, vómitos, tumefacción globuloso, dolorosa de la rodilla izquierda que da en ese momento la impresión neta de líquido intra-articular. Radiografía muestra apenas distensión del espacio interarticular.

El niño es operado por el Doctor Moreno Cañas, asistido por nosotros, el 18 de Agosto de 1938. Líquido francamente purulento y grumos espesos de color verdoso. Evolución post-operatoria normal. Desaparición de la Temperatura. El niño come y duerme bien. Ligera supuración de las suturas de la piel a los tres días. El 28 se le da de alta cuando la flexión y la extensión son casi normales.

J. L. G. M. 24 años. Julio de 1934. Dos meses después de una recidiva de blenorragia; aparición de una artritis de ambas rodillas; fiebre de 39°. Violentos dolores y todo el cortejo de síntomas de estas artritis. Operado por el Doctor Moreno Cañas. Asistido por nosotros. Seis días después de la aparición de los primeros síntomas. Sedación inmediata de los dolores. La temperatura cae al segundo día. Movilización el quinto y marcha el décimo cuando la extensión es completa y la flexión casi normal. Dos meses después el enfermo nos declara que juega perfectamente al fut-bol. La fotografía de sus piernas muestra el resultado cuatro años después.

Los casos de M. A. B., ingresado al hospital el 9 de setiembre del 1936.

D. O. C. u. ap. el 11 de noviembre del 35. El de J. H. M. el 17 de diciembre del 36.

El de H. R. G. el 6 de abril del 37.

El de J. S. B. el 28 de mayo del 37.

El de R. C. T. el 12 de julio del 37.

El de O. C. R. el 11 de noviembre del 37, etc., son casos operados con resultados magníficos cuyas observaciones me privo de leer ante Uds. por el tiempo limitado que nos ha sido impuesto.

Deseo sin embargo, presentarles el último caso operado hace

apenas seis días y cuya fotografía tendré el gusto de presentarles pues es la prueba evidente de un resultado magnífico en muy corto tiempo.

A. M. Z. joven estudiante de 16 años se presenta a mi despacho con una artritis de la rodilla derecha. A pesar de la gran distensión de la articulación por la presencia de líquido, los dolores no son tan acusados como habitualmente. Una punción nos revela un líquido francamente purulento que confirma el exámem citológico, pero cuyo cultivo practicado por el Jefe del Laboratorio de Salubridad, no revela absolutamente nada. Operado el diez de diciembre del 38. Extracción de gran cantidad de líquido purulento y grumos abundantes. Tres días después, comienzo de movilización. Desde ese momento la flexión se hace a 45°. Seis días después de la operación, o sea ayer, el enfermo da sus primeros pasos y manifiesta manejar sus miembros perfectamente bien.

La fotografía que muestro a Uds. fue tomada cuando el enfermo aún conservaba su apósito y se mantenía en cama (cuatro días después de operado).

**CONCLUSIONES:** La artrotomía sin drenaje en las artritis gonocócicas con derrame sero-purulento da magníficos resultados porque calma el dolor rápidamente; previene en casi la totalidad de los casos las anquilosis; acorta muy considerablemente la enfermedad y evita las amiotrofias.

2. Para la obtención de un buen resultado es necesario: a) que la artritis sea gonocócica realmente, b) que sea reciente o que una radiografía no revele lesiones de los contornos de las superficies articulares. c) que no haya un estado de menor resistencia en cuyo caso la totalidad de los tejidos articulares y periarticulares son invadidos.

3. Es preferible operar precozmente aún los casos que podrían curar con simples punciones u otros tratamientos, a dejar envejecer una artritis y exponerse a evoluciones con anquilosis.

---

*El Dr. Cordero dijo:*

El trabajo del Dr. Valverde es eminentemente práctico y muy útil; me recuerda el caso de una recién nacida a quien trataba en

la Clínica Oculística del Hospital San Juan de Dios por Oftalmia Purulenta y que presentó una artritis de la rodilla. Consultado el Dr. Moreno opinó que era necesaria la operación que ejecutó él ese mismo día auxiliado por el Dr. Valverde. No recuerdo de ningún otro caso que se haya presentado en mi práctica hospitalaria o privada y creo que estos casos son sumamente raros.

*El Dr. Valverde manifestó:*

Recuerdo perfectamente el caso de esa niña de diez días de edad; el resultado operatorio fue excelente y su observación la cito en este trabajo. Consultando la literatura francesa he encontrado que los casos de Artritis Gonocócica en recién nacidos son relativamente frecuentes y consideran los tratadistas que la afección es de un mal pronóstico por la frecuencia en que culminan en una septicemia gonocócica.

*El doctor Villalobos:*

Voy a felicitar al Dr. Valverde por su trabajo y voy a hacerle una pregunta: en todos los casos se recurre a esa intervención?

*El Dr. Valverde:*

La intervención está indicada en las artritis gonocócicas purulentas o cero purulentas recientes, es decir, que no presenten lesiones destructivas o plásticas de las superficies articulares.

## Profilaxis de Enfermedades Mentales

*Trabajo presentado por el Dr.  
don Fernando Quirós Alvarado*

En la mayoría del público y aun entre los médicos se observa cierto menosprecio y hasta repugnancia con todo aquello que se relacione con las enfermedades mentales. Débese esto posiblemente a lo que ellas tienen de misterioso, porque tocan los límites de lo abstracto y para los médicos por las pocas posibilidades terapéuticas que ofrecen. Pero precisamente por ser estas enfermedades las que agitan lo más noble del hombre, su mente, por sus consecuencias en el enfermo mismo y en la sociedad y porque han llegado ya a constituir un problema alarmante, no se justifica que se las considere con indiferencia. Antes bien, desde un punto de vista social, si se quiere sentimentalista, es deber de todo pueblo que se precie de culto ocuparse de ellas con el mismo interés y por las mismas causas que de otras plagas como la tuberculosis y la sífilis productoras del exterminio y la decadencia del pueblo si no se las combate con visión clara y con energía. Ya es tiempo de tomar medidas que tiendan a evitar el desarrollo y la propagación de las enfermedades mentales en Costa Rica. Para la profilaxis neuropsiquiátrica es necesario, como en el resto de la medicina, tomar en cuenta los factores etiológicos y las formas de propagación de las enfermedades. Por lo tanto me permito dividir las enfermedades mentales en tres grupos: 1) Psicosis sintomáticas; 2) Psicosis Metabólicas; y 3) Psicosis endógenas o hereditarias. La profilaxis de las del primer grupo es la misma que la de las enfermedades que las producen, tales como enfermedades infecciosas, agentes tóxicos, traumatismos, trastornos endocrinos, tumores cerebrales, etc., y por eso no me detengo a considerarlas.

He hecho de la sífilis un grupo aparte, porque si por un lado la *parálisis general progresiva*, las *lues cerebri*, *tabes* y *taboparálisis* parecen ser síntomas de la sífilis, por otro lado hay estudios genealógicos que hemos podido comprobar en Costa Rica que demuestran que las manifestaciones mentales de las lues tienen también como base un factor hereditario. De manera que la sífilis sería únicamente una causa desencadenante de la *sicosis hereditaria* latente. Para evitar confusiones debo agregar que la sífilis en sí no es hereditaria y en los casos de lues congénita no se trata de una herencia sino de un contagio vía placenta. Ya sea que la sífilis es causa primaria, ya sea que es causa desencadenante de enfermedades mentales, su profilaxis debe hacerse más intensa en Costa Rica. Sabemos que se hace campaña eficiente y que se dedican fuertes sumas para combatir la sífilis, pero sabemos también que la mayoría de los enfermos se comportan puniblemente con su indolencia y su inconstancia en hacerse un tratamiento que reciben gratuitamente. Por lo tanto, para hacer más efectiva la profilaxis de la sífilis debe implantarse el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreas.

El tercer grupo propuesto comprende las enfermedades mentales más frecuentes y de las que positivamente se sabe que son hereditarias. Entre ellas cuentan la *esquizofrenia*, *psicosis maniaco depresiva*, *oligofrenia hereditaria*, *epilepsia*, *chorea de Huntington*, etc.

Desde los tiempos más remotos se observa que la locura es frecuente en ciertas familias, que en la familia de un alienado hay otros alienados. Hipócrates en su tratado sobre el *Morbus Sacer*, mal sagrado o *epilepsia* hace ver que esta enfermedad es familiar. Los talmudistas, reconociendo la frecuencia familiar de la *epilepsia*, procedían eugenesicamente llamando la atención de los candidatos a matrimonio con un miembro de una familia tarada. Gracias a los estudios de Gregor Mendel y a las leyes de la herencia que descubrió, se ha podido investigar científicamente esa frecuencia familiar de ciertas enfermedades. Los primeros estudios genealógicos de las enfermedades mentales se deben a Diez en 1905. Más tarde se puede decir de Rüdín que es el creador de la *heredobiología psiquiátrica*. Esta ciencia nos demuestra la heredabilidad de algunas enfermedades y el curso matemático que ellas siguen de una generación a otras, poniéndonos así en condiciones de hacer el pronóstico genealógico de las mismas lo que es de suma importancia para las medidas profilácticas que se adopten.

Sabemos que dos tercios de las ologofrenias son hereditarias, que se heredan recesivamente o indirectamente y en algunos casos unidas a un solo sexo. El 33 al 50% de los hijos de oligofrénicos son manifiestamente atrasados mentales también. Lo demás sin serlo, son portadores de la herencia. En los casos muy frecuentes por cierto de que ambos son oligofrénicos el porcentaje en los hijos asciende a 90%. La esquizofrenia cuyo contingente de enfermos es el que forma la mayoría de los asilos, sigue un curso recesivo. De un padre esquizofrénico del 9 al 10% de los hijos son esquizofrénicos; 17,6% psicopatas esquizoideos y 22% con otras anomalías. Total 49%. De ambos padres esquizofrénicos el 53% de los hijos son esquizofrénicos, 29% psicopatas. Total 82%. En la psicosis maniaco depresiva de uno de los padres, el 32,5% de los hijos es psicótico, 17,3% psicopatas Cyclofímicos el 13% de otras anomalías. Total 62,8%. Si ambos padres son maniacos depresivos este porcentaje de tara manifiesta en los hijos sube al 90 y 100%. En la epilepsia el porcentaje de hijos enfermos asciende a 38% entre epilépticos, psicopatas, epileptoides y otras anomalías. La cantidad de alienados en Costa Rica aumenta día con día, un gran porcentaje de los reclusos en instituciones penales y de corrección, por delincuencia, toxicomanía e insania moral cabe catalogarlos como individuos de tara patológica. Estos enfermos socialmente indeseables no son solo una carga económica que pesa sobre los hombres de aquellos sanos que estamos en el deber de proteger también, sino que constituyen un peligro para la sociedad en que viven y para las generaciones futuras que nos han de reclamar el derecho de ser sanos.

La civilización actual con sus organizaciones sociales y de protección conserva una serie de seres indeseables que en condiciones más primitivas hubieran sucumbido. Se les conserva artificialmente obrando así en contra de la selección natural. Por otra parte los matrimonios sanos, de elementos socialmente valiosos, tienden a limitar el número de hijos en tanto que los seres con taras patológicas, por razón de su insania, son más impulsivos, más eróticos o menos conscientes y se procrean sin restricciones. La resultante es una pérdida de elementos sanos y un aumento progresivo de los asociales. Por eso desde hace varios decenios, los heredebiólogos han dado la voz de alarma y propuesto medidas que tienden a evitar una descendencia patológica excluyendo de la procreación a aquellos portadores seguros de una masa hereditaria defectuosa. Estas medidas eugenesicas son: 1) el consultorio prenupcial donde basándose

en la investigación genealógica se instruya a los candidatos al matrimonio sobre las consecuencias de un enlace con miembros de una familia tarada. 2) La esterelización obligatoria de aquellos enfermos en que se compruebe la herencia patológica que no han de permanecer de por vida en un asilo y en los que no haya contraindicación para la intervención quirúrgica. Este método es el único eficaz para evitar la descendencia indeseable y además de no tener consecuencias peligrosas de ninguna clase, librará a las generaciones futuras de seres que son carga de sí mismos, desgracia de sus familiares y un problema social.

## Las Dermatosis ya no son Enfermedades de Piel

*Trabajo presentado por el Dr.  
don Julio César Ovares*

Al iniciar estas breves palabras envío un cariñoso recuerdo a dos médicos ramonenses desaparecidos en plena juventud y que eran una esperanza para su tierra y su patria: Rafael María Rodríguez y Juan Rafael Mora.

Nada nuevo hay bajo el sol y mucho menos en el título de este modesto trabajo: «Las Dermatosis ya no son enfermedades de la piel». Iremos viendo que esta frase no es una paradoja. Una breve reseña, en la tiranía de estos diez minutos, haré de algunas enfermedades cutáneas desde este punto de vista.

*Acné:* Enfermedad propia de la adolescencia y de la juventud revela un trastorno endocrino en estrecha relación con el desarrollo sexual. Cuando se habla de un Acné Alcohólico ya se indica el origen tóxico de la afección.

*Herpes febrilis:* Interpretado como manifestación séptica de algunas enfermedades ya no aparece en el curso de todas las elevaciones de temperatura.

*Herpes Zoster:* Su localización a lo largo de los nervios indica a las claras que se trata de un trastorno a cargo de ese sistema.

*Herpes Menstrual y Cloasma:* Ambas aparecen un estado de los órganos genitales femeninos.

Harto conocidas son las circunstancias en que aparecen las Urticarias, que pueden ser provocadas hasta experimentalmente. Aquí podemos incluir la enfermedad de suero y otras reacciones anafilácticas y alérgicas.

*Prurito senil.—La Psoriasis y el Vitiligo:* Aunque casi desconocidas en su etiología y patogénesis son sin embargo la expresión de un trastorno endocrino. Baste decir que aplicaciones de ra-

vos X sobre la tiroides, han dado lugar a la aparición de la primera de estas enfermedades.

Huelga decir cuáles son las manifestaciones cutáneas de la diabetes asfixias locales, enfermedad de Adisson, mal de Basedow, púrpuras y toxicodermias.

Las piodermitis y eczemas seborroicos sobre todo en los niños son consideradas por los modernos pidiatras como una manifestación del linfatismo.

Hay enfermedades que, como el eczema, son para algunos una reacción alérgica, para otros una insuficiencia hepática (en su secreción interna o digestiva), o como ya dijimos, un síntoma de linfatismo. De modo que un eczema podría interesar en muchos casos al internista, al especialista y hasta al cirujano.

Podríamos siguiendo la moda, que hasta en la medicina existe, hablar de muchas intervenciones más o menos fundadas de las hormonas en las enfermedades de la piel. También las vitaminas a cuya carencia se atribuye las Dermatitis, Placas Queratósicas, Liquen, Pelagra, nudosidades costales, ulceraciones serpiginosas, a curso crónico, etc.

Bien sabido es que los extractos de hígado y de bazo en aplicación hipodérmica son muy eficaces en gran número de dermatitis o oritrodermias.

Algo todavía más sorprendente: una enfermedad infecto-contagiosa, perfectamente conocida como es la erisipela me ha hecho reflexionar más de una vez. En mi servicio de enfermedades tropicales y dermatología son muchos los casos que llegan de erisipela: severas instrucciones y consejos se imparten al personal poniéndolo al corriente del peligro de un contagio. A pesar de todo se familiariza y en más de doce años que tengo de atender esos enfermos nunca he observado que se contagie ningún empleado y en cambio periódicamente reaparecen los mismos enfermos con su erisipela a repetición; así se puede parodiar la frase de que no hay erisipela sino erisipelatosos, ya que hay individuos de una sensibilidad peculiar a esta enfermedad.

Me referiré a un campo que interesa de un modo especial a los costarricenses: las úlceras de las piernas. Un ochenta por ciento de las camas de mi servicio, tanto en hombres como en mujeres está ocupado por estos enfermos. En los varones la causa provocante casi siempre es un traumatismo: heridas, contusiones, quemaduras, picaduras de insectos, etc., traumatismos que en la mayoría

de los casos carecen de toda importancia. Estos enfermos llegan siempre en pésimas condiciones de nutrición, palúdicos, con parásitos intestinales, sífilis, suciedad, arteritis obliterantes, algunos de ellos con uno o más flagelos de éstos. En las mujeres prevalecen las úlceras varicosas muy a menudo asociadas a las enfermedades antes dichas. Y aun las mismas várices son definidas por ciertos autores como «enfermedad varicosa», ya que son producto de un trastorno hormonal. No son pocas las úlceras hasta en sujetos sífilíticos que han cicatrizado con el cambio de alimentación y el régimen higiénico del hospital, sin practicar un tratamiento específico. Todos sabemos que un hombre fuerte, joven, limpio, soporta los traumatismos sin que degeneren en esa cruz que es la úlcera crónica, pesadilla de centenares de trabajadores.

Y entonces preguntamos cuáles son las enfermedades de la piel propiamente dichas? Nos quedan las micóticas, parasitarias, o las producidas por los agentes físico-químicos. En este reducido campo todavía caben algunas objeciones. Todos hemos hecho la observación de que hay personas más susceptibles que otras para ser atacadas por coloradillas, garrapatas, niguas, mosquitos. Conocida es la expresión familiar de que hay personas con la sangre dulce para las pulgas, frase a la que se le puede agregar el refrán de que «a perro flaco se le pegan todas las pulgas». Buen cuidado tienen nuestros ganaderos, no sólo de quitar las garrapatas y tórsalos sino de darles sal común y otras sustancias como profilácticas de esos males. Y ya que me he referido a prácticas semi-empíricas voy a recordar cierta creencia arraigada en el pueblo y que debe tener algún fundamento. Se dice que cuando un enfermo ha tenido una úlcera en las piernas por muchos años, si cicatriza trae grandes males y hasta la muerte. De tres casos hago memoria en que algo así sucedió sin una causa que explicara satisfactoriamente el fallecimiento del enfermo. El último, un buen hombre que casi todos los médicos en el Hospital de San Juan de Dios conocieron porque permaneció allí más de diez años: úlceras crónicas extensas a bordes duros y en ambas piernas. Todos los tratamientos modernos y antiguos, locales y generales, físicos y medicamentosos, un verdadero conejillo de Indias, sin que se notara en él ningún cambio importante. Pasaron los años y este hombre se convirtió en un auxiliar del enfermero, y por su honradez en un guardián de los intereses del establecimiento. De su enfermedad se ocupaban muy de tarde en tarde los médicos jóvenes que llegaban pero que pron-

to se causaban abandonando a nuestro hombre a su rutinaria curación tópica. De repente, hace unos meses se notó una cicatrización activa y en pocas semanas desaparecieron las úlceras que durante largos años habían sido tratadas: Breve alegría; sobrevino una pequeña ictericia leve, cansancio, tristeza, inacción, las condiciones generales se hicieron graves y el huésped del hospital murió en plena caquexia. No me atrevo a sacar deducciones sino que dejo a mis colegas que las hagan, pero es un hecho que el pueblo es un atesorador de conocimientos indiscutibles. Mucho antes de conocer las propiedades antiescorbúticas del limón, y muchísimo antes de hablar de vitaminas, ya las gentes atribuían a ese fruto propiedades para protegerse contra epidemias, confundiendo sus méritos con misteriosos poderes contra hechicerías y hasta se bendecían limones para usar en determinadas circunstancias.

El valor anti-infectivo de la vitamina C se abre campo con gran rapidez y se recomienda como tratamiento en la tosferina, lo que hacían nuestras gentes hace varios lustros.

Resumiendo: Las enfermedades cutáneas son en su gran mayoría, manifestaciones de un trastorno de un órgano o conjunto de órganos. Para el paciente, el problema local es esencial. Muchas veces obligando al médico a desentenderse del conjunto de fenómenos generales más o menos ocultos.

Siendo la piel el órgano más expuesto de nuestro organismo y el primero que se estudia en la semiología puede que sea también el que nos descubra un día las relaciones que existen entre la salud y la enfermedad, entre las hormonas y las vitaminas, pudiendo aclarar ese mundo misterioso en que los médicos tratan de encontrar la luz para ahuyentar el dolor y la muerte...

## Comentario y Conclusiones sobre veinte casos de Embarazo Extrauterino

*Trabajo presentado por el Dr.  
don Mariano Padilla*

Estimados colegas y amigos:

Quiero felicitar al Dr. Agüero, por su magnífica labor desplegada durante su permanencia de Presidente de la Facultad de Medicina y a sus colaboradores y colegas de la Junta de Gobierno, y manifestarles mi aplauso por haber reanudado esta clase de congresos de tanta trascendencia para elevar el nivel cultural de nuestra profesión y el acercamiento amistoso entre el cuerpo médico de la República. Mi trabajo está respaldado por las observaciones clínicas originales de los casos estudiados por nosotros; me refiero al grupo de ex internos e internos residentes en el Hospital San Juan de Dios.

Aunque se trata de observaciones privadas y el secreto médico cohibe publicarlas, como estamos en familia, quiero hacerlas conocer por Uds. para darle seriedad al trabajo que presento y que sea espejo fiel de nuestra labor concienzuda en este aspecto.

Sí quiero manifestarles y son mis deseos, discutir los casos sin formulismos y aplausos obligados, soy de los que creo que en el cientifismo el comentario descarnado, se impone.

De las 22 observaciones que presento de embarazo extra-uterino, 10 fueron diagnosticadas en la puerta, en el momento de la admisión, por los internos residentes en el San Juan de Dios.

En las otras 12, hubo diagnósticos diferentes en la puerta:

Sub-obstrucción intestinal, aborto. Caso N° 15223, Pelvi peritonitis, Piosalpinx y apendicitis. Caso N° 9603. Colitis amibiana, apen-

dicitis. Caso Nº 4923. Adherencias post-operatorias. Caso Nº 4095. Piosalpinx izquierda. Caso 2863. Endometritis post-abortum. Caso 1591. Aborto, metritis, anexitis. Caso 397. Piosalpinx utero mio-matoso. Caso 15696. Fibroma del útero, Salpingitis derecha. Caso 15237. Amenaza de aborto? Fibromatosis uterina? Caso 297. Utero fibromatosa Piosalpinx derecho. Caso 14273. Fibroma del útero. Caso 10514.

Además, existen 4 observaciones adicionales en que se diagnosticó: embarazo extra-uterino y que practicada la intervención, fue otro el diagnóstico.

### COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS CASOS DE EMBARAZO EXTRAUTERINO

En el presente trabajo hago caso omiso de la excepción de las excepciones el accidente cataclísmico de Barnes "La inundación peritoneal". Sintomatología alarmante de hemorragia interna en que la muerte sobreviene un cuarto de hora a media hora después del accidente. Gracias a que como dije anteriormente entre los embarazos ectópicos ocupa un 1%.

Me refiero únicamente a los casos en que el aborto tubar dá accidentes en la paciente de hemorragia interna benigna, donde el cuadro clínico se confunde fácilmente con otros procesos abdominales.

El diagnóstico precoz es algunas veces uno de los más serios en clínica y horroriza el pensar que la vida de la enferma depende únicamente del diagnóstico. Bien comprendo que el tema que trato, en muchas circunstancias es un verdadero problema que no tiene solución, pero es casualmente por eso que necesito recalcar síntomas que maravillosamente describe H. Mondor "Diagnóstico de urgencia (abdomen)". Repetición necesaria que sirva de voz de alarma y logre disminuir errores poniendo como se dice el dedo en la llaga.

Dos síntomas cardinales en que se fija la voz de alarma. En todo embarazo que al principio es doloroso y en toda amenaza de aborto, piénsese siempre en embarazo extra-uterino. O en otras palabras, que mientras no se descarte la posibilidad de un embarazo ectópico, no debe dejar de pensarse en él.

En las pequeñas hemorragias por ruptura, la sangre en el peritoneo, se organiza y se forma a veces una membrana que aísla el coágulo llevando el nombre de hematocele. El accidente se viene ordinariamente en el primer mes; a veces espontáneamente, lo más

a menudo en la ocasión de las reglas, en un esfuerzo o en un coito. La hemorragia originaria de hematocole, puede excepcionalmente tener otras causas.

**OVARIANA.** (Ruptura de folículos, cuerpo amarillo; quiste hemático, neoplasma.)

**TUBAR.** (Paqui-salpingitis hemorrágica.)

**UTERINA.** (Reflujos sanguíneos en la época menstrual, cuando existe estenosis del cuello). Pero la regla es: que el hematocole se origina por un embarazo extra-uterino roto (aborto tubar).

La primera ruptura del tubo con pequeña hemorragia peritoneal, aparece pocas semanas después de establecido el embarazo. Antes de esta ruptura, los únicos signos son los de un embarazo corriente. Falta el período menstrual, trastornos digestivos (achagues), hiperpigmentación de la aureola del pezón en las primíparas y colostro a la expresión con alguna congestión local. Difícil es hacer el diagnóstico precoz porque la paciente cree en un embarazo normal y no justifica que sus síntomas tengan algún significado alarmante.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, después de la primera ruptura presenta síntomas y signos ordinariamente semejantes a una inflamación aguda de la pelvis (salpingitis), pero con algunas peculiaridades. Los síntomas especiales de embarazo tubar pero no patognomónico son:

I. Falla del período menstrual, (días, semanas o meses).

II. Dolor agudo y repentino que puede ir hasta la pérdida del conocimiento.

III. Pocos días después del dolor, reaparición de las reglas. No son en la misma cantidad, ni de la misma duración, se prorrogan por semanas algunas veces y otras se acompañan de expulsión de una caduca (simulando un aborto).

IV. Ligera elevación de la temperatura, de  $\frac{1}{2}$  a 1 grado (en el aborto simple, no hay fiebre; en la salpingitis, fiebre alta).

V. Algún indicio de hemorragia interna, colapso de pocos minutos, o cuando es en poca cantidad la hemorragia, dolor.

VI. Exaservación del dolor sin causa aparente y sin elevación de temperatura, aunque esté la paciente en reposo. (Causadas por pequeñas hemorragias de repetición).

VII. Signos de embarazo corriente: Achagues, dolor en los pechos, reblandecimiento de la cervix. La prueba de Abder Halden puede dar alguna luz.

VIII. Ausencia de embarazo intra-uterino. Cuando existe la du-

da entre aborto incompleto y embarazo tubar, se puede en casos remotos, examinar el reclaje uterino, después del raspado de prueba. El examen microscópico decelera las vellosidades coriales únicamente en el aborto. El curetaje es delicado porque puede provocar una hemorragia en el embarazo tubar y cuando hay duda, puede provocar a su vez, un aborto en embarazo normal (angular). Pero se hace indispensable, como dije anteriormente, en casos remotos y cuando existe la duda, debiéndose hacer y teniendo lista la intervención quirúrgica si se tratase de un embarazo extra-uterino.

IX. Recuento de glóbulos blancos repetidos cada diez horas, aumento mientras persiste la hemorragia interna por pequeña que sea y disminución al absorberse la sangre derramada en la cavidad peritoneal.

X. Punción del Douglas.

XI. Presencia de urobilina, pigmentos y sales biliares en la orina al eliminarse la sangre extra-vasada.

Como signos complementarios tenemos: I. Signos de Cullen. Color amarotado de la región umbical.

II. Signos de Laffont. Dolor tardío y elevado (Supra-umbilical).

III. Signos de Douglas. Dolor que contrasta algunas veces con la ausencia de tumuración que lo justifique en el Douglas.

IV. Signo de Solowig al palpar el Douglas, resistencia especial debida al derrame.

V. Signo de Oddy. Dolor violento insoportable que provoca la micción o el cateterismo evacuador.

VI. Signo de Hersfeld. Necesidad imperiosa de micción en el momento de la ruptura.

VII. Signo de Mondor. Sub-ictericia de las conjuntivas.

En la realidad existe un cúmulo de hechos que nos alejan de la teoría de los libros. Por la gordura y el volumen de un abdomen, la nerviosidad de la enferma no deja examinarse; no podemos sentir el tacto bimanual la cervix, ni el cuerpo del útero, mucho menos la tumuración anexial. Cómo podemos hacer diagnóstico con algunas probabilidades de éxito? Es frecuente que las lesiones inflamatorias de los anexos en una mujer en el puerperio (no hay reglas, tiene leche en los pechos, y si su debilidad la hace sentirse con basca y vómitos, no se puede descartar la posibilidad de un nuevo embarazo), de una sintomatología casi idéntica al embarazo tubar. Frecuentemente, las complicaciones de vecindad y el estreñimiento desvían el cuadro. Es por esta serie de dificultades, que

quiero al citar algunos de los casos, hacer hincapié en los errores de diagnóstico.

El primero de noviembre ingresó en el San Juan de Dios, Salón de Cirugía "Zumbado", caso N° 15223, diagnóstico de admisión:

"SUB-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. ABORTO? Paciente de 32 años, Estado de buena salud. Tiene un niño de seis años. Desde entonces ningún embarazo. Ningún trastorno uterino, pélvico, hasta el momento presente. Menstruación regular 6/28, hasta hace dos semanas que se le suspendió. Reparición en gran cantidad simulando un aborto. Utero aumentado de volumen en buena posición. Cervix reblandecida. Después de evacuado el intestino, presencia de una tumuración del tamaño de una mandarina que ocupa los anexos derechos. El aumento del volumen del cuerpo del útero, la metrorragia, el meteorismo intestinal que imposibilitaba palpar los anexos justificó el error del diagnóstico de admisión.

Abierta la cavidad abdominal, se encontró en los anexos derechos, un hematocele. Salpingectomía bilateral. Se recomienda quitar el otro tubo por lo frecuente de los casos de repetición.

Caso N° 12490, diagnóstico de admisión; EMBARAZO EXTRA UTERINO.

Después de practicada la aparatomía, resultó ser un fibroma del útero con anexitis derecha.

Caso N° 1, diagnóstico de admisión: EMBARAZO ECTÓPICO, después de la intervención, embarazo normal, curso de tercer mes y anexitis derecha.

Caso N° 16830 EMBARAZO EXTRA UTERINO: Después de la intervención, Utero grávido (Istmico). Fondo del útero, echado a la izquierda, simulando una masa de los anexos.

A menudo en el curso de un embarazo, el error es posible con una mala posición del cuerpo del útero, retroflexión, lateroflexión, y sobre todo, embarazo ístmico, embarazo intersticial y embarazo angular. Errores así, son flores en el ojal del que los comete.

Dice Mondor que ha habido errores de grandes ginecólogos, practicando laparatomías por embarazos ectópicos y se trataba de embarazos uterinos, angulares. Al mismo tiempo agrega: EL ERROR PUEDE HACER INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS INÚTILES Y ALGUNAS VECES NOCIVAS.

Y yo, en esto, señores colegas, pido disculpas por el atrevimiento: No estoy de acuerdo con Mondor. "CUANDO EXISTE LA DUDA EN UN CASO BIEN ESTUDIADO Y PUESTO EN OBSERVACIÓN, EL BISTURÍ SALVA A UNA CONDENADA A MUERTE Y EN LA INSEGURIDAD DEL

DIAGNÓSTICO, LA LAPAROTOMÍA EXPLORATRIZ AUNQUE SE LA MOTEJE DE EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA INÚTIL Y NOCIVA". ES PREFERIBLE, QUE NO LA POSIBILIDAD DE MUERTE DE LA ENFERMA."

## FRANCIA

Cuatro agregados:

P. BEGOUIN  
R. PROUST

E. JEANBROU  
L. TIXIER.

---

H. MONDOR,

Profesor agregado de la Facultad de París.  
◀ Cirujano del Hospital BICHAT.

---

## ESTADOS UNIDOS

ROBERT JAMES CROSSEN M. D.

Instructor en clínica Ginecológica y Obstétrica.  
Washington, University

---

Práctica de Cirugía DEAN LEWIS M. D. 1938.

Profesor de Cirugía del JOHNS HOPKINS, University de Baltimore,  
y Cirujano del JOHNS HOPKINS HOSPITAL.

## Amibiasis Pulmonar

*Trabajo presentado por el Dr.  
don Raúl Blanco Cervantes*

La Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, al reanudar las conferencias médicas que en años anteriores tan buenos resultados dieran en el orden científico y que tan ampliamente contribuyeron a establecer y consolidar las relaciones entre los médicos del país, nos ha dado cita en esta bella ciudad, ejemplo de trabajo y espíritu de progreso, para atender y exponer algunos de nuestros problemas médicos que por su interés práctico a todos puedan interesar y servir. Bajo este espíritu, y por creerlo de urgencia, he elegido un tema de gran trascendencia médico-social y que poco ha sido discutido. Me refiero a la *amebiasis pulmonar*.

No obstante haber conocido personalmente no más de dos casos de esta aguda y seria afección pulmonar, deseo llamar la atención sobre ella por la frecuencia de la infección intestinal por la *ameba* en nuestro pueblo, de las enfermedades bronquio-pulmonares con cuya sintomatología puede ser confundida y por la posibilidad que existe de que en múltiples ocasiones no se establezca el diagnóstico por no pensarse en este posible origen específico de la enfermedad. Los dos casos que presento me fueron enviados con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

**PRIMER CASO.**—H. C. C. masculino, blanco, casado sin hijos, mujer sana. 27 años. Mecánico. No hay historia familiar de tuberculosis. Historia personal anterior a Set. 35 no denota nada importante.

En Set. 35 trastornos gastro-intestinales atribuidos a amebiasis intestinal. Ningún síntoma hepático ni pulmonar. Pérdida de peso progresiva. Disentería, decaimiento. En Dic. tos y expectoración mucosanguinolenta. Continúan las molestias intestinales. Amebas hist.

en las heces. Un médico piensa en la posibilidad de Tub. pulmonar y ordena una radiografía que es reportada negativa. Se acentúa el decaimiento general, pérdida de peso y la expectoración sanguinolenta. El 20 de Febr. 36 exámen de esputo por Bac. de Koch: Negativo. Fiebre. Por consejo del Dr. B. C. se interna en el Sanatorio para observación.

INGRESO: 26 de Febr. 36. Adulto joven, sumamente demacrado y abatido. Dice haber perdido 25 libras desde Set. 35. Tos, exp. sanguinolenta, subfebril. Fuerte anemia secundaria (Índice 35). Función digestiva irregular. Frotis pleurales en el plano post. de la base del pulmón derecho. Fluoroscopia: sombras hil. densas, más der. Dolor en los hipocondrios. Palpación: dolor en el trayecto cólico, hepatomegalia dolorosa. Deposiciones amarillas, líquidas, cólicos. E. S.: 60/28. Indican P. Espudo: neg. por Koch. Índice de col. 35. Linfo. 16 Poli. 42. Peso; 106. Pres. sang.: 98/40.

Continúa con ligera mejoría gen.: E. S. 60/26. Índice 47 linfo 21. TRATAMIENTO.—Yatren y calcio. Hierro.

14 Marzo. Fluorosc. neg. Peso 116.

18 Marzo. Fluorosc. Sombra al nivel del diafr. der. homogénea, bien limitada, que cubre el ángulo cardio-frénico. Se piensa en un absceso hepático-pulmonar. Hemetina. Espudo neg. por amebas. Desaparece la fiebre y las exp. sanguinolentas. Mejoría general.

19 de Abril. Peso 129. Se han tomado dos radiografías. A la fluoroscopia se pudo apreciar una excavación.

20 Abril. Fluorc. No hay sombra en la base del pulmón derecho. Radiografía: Tramitis en el campo pulm. inf. der.

22 Abril. Quistes de ameba en las heces. Peso 138.

ALTA. Marzo 15. 36. Estado general magnífico. Ausc. perc. negat. Peso: 150. Gastro, hep. int. negativo. No hay tos ni exp. Pres. sang.: 124/68.

SEGUNDO CASO.—M. A. H. 31 a. masc. blanco. Zapatero. Casado, mujer sana. Hijos: uno vivo y sano (8<sup>o</sup>) otro fallec. mening. de 2 años en 1932. Un aborto de 3 m. Hist. fam.: un cuñado y primos maternos. Convivió 3 m., hace 3 años.

Hace 10 años dolores abdominales y tenesmo. Deposiciones con sangre y dolores en el recto. Aparente curado. En Junio 38 R. W. tres cruces. Chancro hace 7 a. Neusalv.

En Junio 38: en Río Banao fríos y calenturas, sin sudores. Nausea, cefalea. Diarios durante 11 días traslado Hosp. San José. Tratamiento: Quinina. En el mismo mes nuevo cuadro estando en Cartago. Se interna Hosp. Cartago. Quinina y pastillas contra las amebas. R. W. pos. Amebas en las heces. No hubieron trastornos abdominales. Salió después de 12 días (Julio 38) en buenas condiciones gen.

22 días después: dolor de costado derecho, hacia el hígado. Aumento rápido del dolor con irradiación hacia atrás y al mismo nivel. Se interna en el Hosp. (Julio 38) Día de ingreso tos y esputos hemoptoicos, desapareciendo el dolor de costado. Continúa la temperatura de 40 o C. sin escalofríos. Inyecciones de "iodo". Deja el Hosp. a los 16 días, en buen estado general, sin exp. hemopt.

En Set. catarro y nueva aparición de los esputos hemopt. No dolor. Fiebre. Pérdida de peso; 5 lbs. No sudores, si escalofríos. Radiografía y envío al Disp. Central.

INGRESO. 9 de Octubre 38. Enviado por Dr. B. C. en observación por amebiasis pulmonar.

Estado gen. bueno. Dolor en el hipoc. der. Fuertes esputos hemopt. tos, fiebre. Peso 117. Pres. sang.: 118/62. E. S. 60/29.

Ausc. foco de estertores nivel VII cost. plano post. der. Abajo silenaio resp.

Hígado. sensible. Bazo neg. Índice sang. I. Linfo 23. Esputo: Bac. Koch. neg:

12 Oct. Esputo pos. por *ameba hist.* Emetina. Desaparición de todos los síntomas.

Radiografías. Sombra homog. en la base der. Hiliares densas. Oct. 25. Imagen de excav.

Nov. 12. Sombrs. hil. densas. Base pulm. der. más clara. Sombras de aspecto fibroso.

Nov. 12 pide alta. Estado gen. magnífico. No síntomas. Peso 126. E. S. 60/6 Prs. sang.: 120/100. Índice 98. Linfo 48 Poli 28.

HISTORIA. Bertrand y Fontan publicaron en 1841 en el "Madras Med. Journal" su primer caso de absceso puro de pulmón de origen amebiano. Igualmente Jossierand en 1900 dió a conocer un caso semejante sin absceso hepático. En 1906, Nattan-Larrier comprobó por primera vez la ameba en el esputo de un enfermo con absceso puro del pulmón. Petzelakis en 1910 discutió la bronquitis amebiana,

exponiendo su teoría de la *amebemia*. Esta fué combatida por Ravaut, quien cree que se trata de "una enfermedad general, con localizaciones en diversos órganos, producidas por metástasis a punto de partida intestinal".

IZZO Y LARROCCA. (Anales del Centro de Investigaciones Tisiológicas. 1935), al tratar del estudio de la *localización pulmonar de la amebiasis*, se acogen a la división dada por Rouillard, que la separa en tres grupos:

1. Absceso del pulmón secundario al absceso hepático.
2. Absceso aislado del pulmón o absceso puro.
3. La broncoamebiasis (Bronquitis, neumonías, bronconeumonías).

1. Del absceso hepático, la infección del pulmón puede establecerse por tres diferentes vías:

a). *por continuidad*. Atravesando el absceso ya establecido en el hígado el diafragma, forma un segundo absceso en la base del pulmón derecho. Estos abscesos quedan unidos por fístulas de paredes necróticas.

b). *por contigüidad*. La infección se hace vía linfática o sanguínea, atacando generalmente el lóbulo inferior derecho. Los abscesos permanecen unidos por tejidos inflamados, sin comunicación directa entre si. Batled, Mesnard y Estefani publicaron en 1926 un caso de absceso amebiano de la base del pulmón izquierdo originado por la propagación transdiafragmática desde un absceso localizado en el lóbulo izquierdo del hígado.

c). *por vía sanguínea*. La infección se hace por vía sanguínea directa, partiendo del absceso hepático. Entre los dos abscesos hay tejido sano.

Al admitir la teoría de amebemia o la otra antigua de metástasis a punto de partida intestinal, debe aceptarse entonces la creencia de que los abscesos hepático y pulmonar son de localización simultánea o sucesiva de amebas en ambos órganos.

2. Se entiende por *absceso amebiano puro del pulmón*, aquellas lesiones del tejido pulmonar ocasionadas por la ameba disenterica, sin lesiones hepáticas. En la mayoría de los casos es posible comprobar manifestaciones intestinales. Penayotatou cree que la vía de infección es la aérea cuando el enfermo no ha experimentado trastornos intestinales recientes ni antiguos.

Dos diferentes *vías de infección* son conocidas:

1. *vía aérea*. Inhalación de polvos contaminados.
2. *Vascular*. Parece ser la más frecuente.

*La ameba* puede seguir dos rutas para llegar al pulmón:

a). *la vía linfosanguínea*: del intestino grueso emigra al ganglio mesentérico a través del aparato linfático de las paredes del intestino. Del ganglio al tronco linfático, de éste a la vena subclavia izquierda, continúa por la vena cava superior hasta llegar al corazón derecho y de ahí por la arteria pulmonar que la conduce al pulmón, donde es fijada. Así es que Bunting demostró que el foco inicial de necrosis es de origen sanguíneo.

b). *vía sanguínea transhepática*: las paredes del intestino grueso son ulceradas (necrosis) por la ameba, produciéndose congestiones que rompen los capilares. Estas puertas de entrada las aprovecha la ameba, introduciéndose a la circulación por arrastre o diapedesis. De las vías mesentéricas pasa a la porta y de ahí al hígado, que las retiene. Esta puede ser la explicación de la mayor frecuencia del absceso hepático. De este órgano puede pasar a los capilares (ameba de 20 a 60 micrones, los capilares hepáticos de 10 a 15 en diámetro,) que la conducen a la vena cava inferior, al corazón derecho, arteria pulmonar y pulmón. "Marshall al confirmar esta vía de infección, nos dice haber encontrado amebas y células hepáticas en la desembocadura de las venas suprahepáticas, en la cava inferior, en un trombus que había a ese nivel".

3. *La broncoamebiasis*, que como su nombre lo indica, se trata de la localización de la ameba en la mucosa bronquial, dando lugar a lesiones de la misma y vasculares. De estas, la infección puede pasar al parenquima pulmonar. Clínicamente se presenta en forma aguda y crónica (bronquíticos!)

*Anatomía patológica*. 1. La localización de la ameba en el tejido pulmonar da lugar a la necrosis y liquefacción de los focos limitados.

2. Formación del absceso, que es una cavidad redondeada de paredes irregulares, donde es más frecuente encontrar la ameba que en el mismo esputo. Se encuentra rodeada de tejido hepatizado. Su contenido es de pus incompleto, fétido y obscuro.

3. La fase siguiente depende de las defensas que el organismo, oponga a la infección y la localización de ella. El absceso puede

abrirse hacia la cavidad pleural o en los bronquios. En este último caso, se produce una vómica. Al establecer una comunicación con el exterior se produce la infección mixta y como consecuencia la caquexia y la muerte.

*Cuadro clínico.* En general se acepta la división de Lautman:

1. *Comienzo.* Casi siempre seguido de una punzada de costado, generalmente en la basa derecha, tos, expectoración y fiebre.

2. *Fase de neumanía necrótica.* Expectoración hemoptóica, muco-purulenta con estrías de sangre. En esta fase se pueden encontrar amebas en el esputo. Al exámen físico se encuentra un foco limitado en el lado de la infección, con pocos signos auscultatorios.

3. *Fase de supuración.* El absceso inicia su formación, seguida de la vómica o expulsión de esputos purulentos, hemoptoicos o verdadera hemorragia. Al romper hacia la cavidad, pleural da lugar al empiema (pneumotorax espontánea). A la auscultación se aprecian rales congestivos en la perifería del foco y silencio respiratorio.

3. *Terminal.* Fiebre irregular oscilante. Caquexia. Puede la infección dar lugar a la formación de metástasis y septicemia.

## Apuntes sobre Obstetricia Costarricense

*Trabajo presentado por el Dr.  
don Rafael Angel Grillo*

Ya en otra ocasión hemos agregado nuestro grano de arena a esta labor cultural de la clase médica, contribuyendo con algunos apuntes sobre OBSTETRICIA COSTARRICENSE. Hoy que el tiempo es menos amplio, no podremos profundizar sobre algunos de los tópicos, como hubiéramos deseado.

Nuestro anterior trabajo trató sobre MENARCA, OPTIMUM CONCEPTIVO Y ESTERILIDAD DE LA MUJER COSTARRICENSE. El de hoy tratará sobre tópicos de obstetricia aplicada.

**HORA DE INICIACIÓN DEL PARTO:** Hace algunos años leíamos un trabajo europeo acerca del efecto que las variaciones del tiempo y las mareas obran sobre la presentación del parto. Nos propusimos en ese entonces confrontar nuestras observaciones personales con las del autor europeo. Ahora podemos poner ante ustedes parte de dichas observaciones.

De 1392 partos atendidos en Maternidad Carit y cuyas historias han sido escrupulosamente revisadas por nosotros, 557 iniciaron LABOR entre las 6 y las 9 de la noche, o sea entre las 18 y las 21 horas; 694 iniciaron LABOR entre las 3 y las 6 horas. El resto, 141, comenzaron en alguna de las otras horas del día o de la noche. Prácticamente el 50 por ciento comenzó entre las 3 y las 6 horas y el 40 por ciento entre las 18 y las 21 horas.

Lo interesante de este pequeño estudio, es que el 42 por ciento (572 partos) se resolvió entre las 17 y las 20 horas y el 44.5 por ciento (619 partos) entre las 2 y las 5 horas. Quedó un 13.5 por ciento que dió a luz en las horas del día, entre las 5 y las 17 horas. Existe, pues, un ligero predominio de las horas de la noche

para la finalización del parto, lo cual ya prácticamente todos teníamos aceptado, sin conocer, sin embargo, guarismos exactos.

Un poco más de paciencia me dió la oportunidad de controlar la extraña especie de que la luna llena tiene un efecto concomitante sobre la presentación del parto. Concidentalmente con la FECHA PROBABLE del parto, tocó luna llena al mismo tiempo en que un regular número de casos se presentó la LABOR. Pero el promedio de partos no disminuyó en fechas distantes a ésta. Lo que sí influye en favor del número de partos, y lo digo porque está a la vista de todos los que nos dedicamos constantemente a atenciones obstetricales, es un regular número de fechas coincidentales con jorgorios públicos o labores del campo, en masa. Esto, naturalmente no tiene que ver con la luna, salvo que se estudie sobre una base romántica, ni con las mareas, de las cuales no nos hemos ocupado en este estudio.

**DURACIÓN DEL PARTO:** Siguiendo el mismo esquema de estudio, hemos encontrado que el parto en estos casos ha sido ligeramente más corto (1-3 horas) en los meses de verano que en los de invierno. Si en ello influye mejor circulación de la sangre o mayor elasticidad de los tejidos, no podríamos decirlo con base en el estudio corto que hemos llevado a cabo. Es indudable que ambas causas, especialmente la última, favorecerían notablemente el curso del parto.

**SECUELAS DEL PARTO:** Aún cuando es difícil chequear toda la labor del personal de una institución hasta en sus mínimos detalles, consideramos que de la labor de las parteras y de la educación de las parturientas depende en gran parte el curso del pos-partum. Al decir educación de la parturienta, no queremos sino referirnos a su comportamiento durante el parto, o sea a su forma de trabajar durante él. Y la labor de la partera, la más ardua labor en algunos casos, es la de instruir sabiamente, a veces con mucha paciencia, a la mujer que está siendo atendida por ella para que aprenda a trabajar y a descansar científicamente durante el parto.

La secuela de una labor mal dirigida, prematura o tardía, puede ser el descenso del útero, de la vejiga y de los tejidos blandos del canal obstétrico; puede ser también, la ruptura del cuello uterino, inclusive del útero mismo, y el desgarre del periné. Sin contar con que puede obligar a intervenciones quirúrgicas que pudieron ser evitadas.

Otra de las inmediatas secuelas del parto, llena el inmenso capítulo de las infecciones que a veces pasan desapercibidas bajo el mote de "una simple calentura". Y la causa más frecuente de estas infecciones, que más tarde originan endometritis y anexitis y en no pocos casos conducen a la mesa de operaciones, la causa más frecuente, digo, es la arraigada costumbre, que deben haber aprendido en alguna parte, de estar efectuando tactos vaginales repetidas veces durante el parto.

En nuestra Maternidad se rebajó al mínimo el capítulo de infecciones desde que se prohibió terminantemente el tacto vaginal frecuente. Y, ya lo dijimos en un informe hace dos años, hubo de ser suprimido el cuarto de aislamiento por falta de pacientes de esta clase. Actualmente conservamos una cama aislada para casos que vienen de la calle con síntomas de infección.

Las secuelas que nosotros hemos podido comprobar en los 1392 casos mencionados al principio de este estudio, han sido 5 desgarros perineales, 3 de ellos de primer grado y 2 de segundo grado; 7 elevaciones de temperatura hasta 38° en las primeras 48 horas y 1 utero séptico por anexitis gonococcica vieja, el cual cedió a drenaje de la cavidad uterina, inmediatamente.

Recomendamos, por lo tanto, que se suprima el tacto vaginal hasta donde sea posible y que cuando se lleve a cabo, sea únicamente bajo condiciones asépticas óptimas.

**INTERVENCIONES OBSTETRICALES:** La intervención obstetrical antes más frecuente, LA APLICACIÓN DE FORCEPS, ha venido a quedar relegada a los casos de ineludible necesidad. Ello es debido a los ingentes estudios llevados a cabo sobre individuos traídos al mundo por ese procedimiento, antes casi el único de elección a la par de la versión interna, en los cuales se han encontrado evidentes huellas de traumatismos provocados o producidos por la aplicación de dicho instrumento. Es indudable que una aplicación de forceps, sabiamente llevada a cabo, encierra el mínimo de riesgo para la criatura y para la parturienta. Pero el riesgo está siempre allí. Yo soy de opinión que la aplicación de forceps se lleve a cabo solamente en casos en que haya indicación de parte de la madre o de la criatura, no para salir más rápidamente de un caso de parto. En aquellos casos en que concurre dicha indicación, casi siempre se trata de partos de larga duración, el mecanismo de los cuales ha producido ya su efecto más o menos deletereo sobre la cabeza fetal

presentante (congestión cerebral, hemorragia meníngea petequial etc.) y la comprensión del forceps, aún sabiamente llevada a cabo, aumenta esos factores que más tarde han sido achacados solamente a la aplicación del forceps.

Con base en nuestra larga experiencia obstetrical, - 13 años no tienen pocos días,— hemos llegado a la conclusión de que siempre que haya duda de que el parto no sea normal o de fácil manejo, la atención del especialista es ineludible. Y es a éste a quien incumbe decidir, pero decidir temprano, la determinación a seguir. Y como punto a discusión quiero dejar aquí sentada mi conducta en los casos en que sospecho dificultades en el parto:

Doederlein una vez dijo: "NO DEJES QUE EL SOL GIRE DOS VECES EN EL CENIT SOBRE UNA PARTURIENTA". Yo digo más: no dejes que una mujer llegue al parto, si no estás seguro de que ha de irle bien!

Con base en esto, que quiero que sea axioma para nuestros jóvenes colegas, yo exijo de mis colegas en la Maternidad Carit que en todo caso que llegue a la Consulta Prenatal y demuestre estrechez pélvica de 2º grado con feto normal de tamaño, se proceda a llevar a cabo la operación cesárea abdominal previamente a la fecha del parto. Y que se haga lo mismo con casos de estrechez pélvica de 1er. grado y feto grande. Existiendo la operación cesárea a la posición transversal que llegue en condiciones asépticas, a la posición pélvica en primíparas viejas, a los casos de rigidez de los tejidos blandos y a los casos en que las condiciones lo permitan, en que el axioma de Doederlein quepa. Así he operado repetidas veces, casos que han llegado con tres, inclusive con cinco días, uno, de parto, pero en los cuales no han mediado más que uno o dos tactos vaginales y escasamente uno en la Maternidad Carit.

Los resultados han sido brillantes. Solamente uno perdimos en 176, y ese por ileus paralyticus. Nos deja como porcentaje, menos del 1% de mortalidad materna por cesárea abdominal. Hay un caso que perdimos a los 15 días de operado, a consecuencia de embolia procedente de una tromboflebitis de ambas piernas. Estos dos casos casi pueden quedar borrados, si tomamos en cuenta que el primero, el del ileus, fué operado por insistentes ruegos de la familia a los tres días de estar de parto en la calle, con rigidez del cuello y en manos empíricas; y el segundo murió muchos días después de la operación y cuando la paciente ya iba a levantarse para salir de la Maternidad.

Aquí tengo a mano 80 casos de operación cesárea abdominal, operados por mí en la Maternidad Carit y tomados al azar, porque no he tenido tiempo de buscar la historia de todos los que he operado desde mi llegada allí hace más de 6 años. Anticípales que no hay jactancia en todo esto; sólo el deseo mío de presentar a ustedes mis observaciones para elevar el nivel obstetrical costarricense.

Estas 80 observaciones indican por orden de frecuencia lo siguiente: Operación cesárea abdominal por:

Estrechez Pélvica de Tercer Grado .....	24
Estrechez Pélvica de Segundo Grado con feto grande o en pos. pélvica .....	22
Placenta previa .....	13
Posición transversa .....	6
Rigidez Partes blandas C. O. ....	5
Eclampsia .....	4
Iparas Viejas, Pos. pélvica .....	2
Hidrocéfalo .....	1
Placenta accreta (sospechada) .....	1
Tuberculosis Pulm. ....	1
Embarazo prolongado (Op. Porro) .....	1
	<hr/>
	80

En los casos aquí detallados, no hubo muerte alguna materna. El feto del embarazo prolongado (10 meses) estaba muerto y por eso se hizo el Porro. Siete de estos casos se operaron después de presentados los primeros dolores así: uno 89½ horas después; uno 70 horas después; uno 44; uno 36; uno 17; uno 15 y uno 8 horas después de iniciado el parto. El caso operado 89½ horas después de comenzado el parto tuvo complicaciones posteriores serias (ileus, pulmonía, abscesos, pleuresía), pero recuperó su salud completamente a los 45 días.

De estos 7 casos, 3 habfan sufrido la ruptura de la fuente de 3 a 10 horas antes. Los demás estaban dentro de las dos horas previas a la operación.

Estas observaciones nos permiten la intervención quirúrgica denominada operación cesárea abdominal, con una elasticidad mayor de la hasta ahora permitida. Y de entre los métodos operatorios, recomendamos la incisión baja, comenzando una pulgada más abajo del

ombligo hasta el borde superior de la sínfisis púbica. La incisión se prolonga transperitoneal, en el útero se hace cervical y no se extrae el útero hasta no haber sacado el feto de la cavidad.

Aun cuando un poco monótona por el número cifras, nuestra exposición no tiende sino a contribuir al estudio de los problemas obstetricales de nuestro país. Deseamos que se estime como tal, solamente y agradecemos a los presentes la atención que hayan prestado a ella.

## Síndrome Colibacilar

*Trabajo presentado por el Doctor  
don Ricardo Cornejo*

Hace próximamente 3 años, vengo observando en la Clínica Infantil de la Unidad Sanitaria los muchos casos que se presentan de Colibacilosis con el objeto de poder llegar a establecer cual es el Cuadro Clínico que más corrientemente se presenta, pues pareciera que los autores no admiten un cuadro definido habiendo llegado algunos hasta dudar de la Colibacilosis. Indudablemente el Síndrome de Heitz Boyer es en la práctica el más corriente. Pero sucede que en una gran mayoría de los casos yo he constatado además del citado Síndrome, una Triada sintomática en que toma parte muy activa el hígado, resultando entonces un Síndrome Entero-Hepato Renal. En la mayor parte de los enfermitos encontré el hígado aumentado de volumen y bastante doloroso a la palpación, siendo en muchos casos tan grande el dolor que ha habido necesidad casi de dedicarse a él, hasta tener que recurrir, como en uno de mis casos, a una inyección de sedol. Para triste recuerdo cito de un niño mío a quien el dolor acompañó hasta la muerte, lo mismo que una disnea desesperante, a pesar de los muchos esfuerzos que hizo conmigo uno de nuestros mejores Pediatras de la capital. La temperatura es casi siempre elevada con remisiones que a veces llegan a la normal, y otras bajan aún mas  $36\frac{1}{2}$ ,  $36$ , produciendo enfriamientos, estados lipotímicos de mucho cuidado, el Colibacilo tiene a veces tendencia hipotermisante.

Es claro que todas las vísceras pueden ser tocadas, con mayor razón aquellas que constituyen un punto de menor resistencia. En este sentido copio textualmente el siguiente párrafo de un artículo del Dr. Saint Girons: "las constataciones de Widal, Achar y otros, han mostrado que una septicemia previa, manifiesta o latente, tes-

timoniada por la hemocultura precede generalmente las localizaciones viscerales de la Colibacilosis. Heitz Boyer, en sus estudios sobre el Síndrome Entero Renal, considera que la vía descendente es la sola posible y da el nombre de etapa intermedia a la septicemia Colibacilar. Una vez constituida esta septicemia, las localizaciones más diversas del Colibacilo son posibles.

Y Febre y Couvelaire dicen: "Las formas septicémicas se acompañan de temperatura elevada, Ictericia que constituye un signo indelible de gravedad. La Anatomía Patológica no se refiere a lesiones del hígado y en el mismo artículo encuentra lo siguiente: "El riñón es el órgano más comúnmente lesionado, grueso, suave, su superficie marmoleada y presenta un fino piqueteado hemorrágico y nódulos amarillos, al microscopio se encuentra una congestión marcada, lesiones inflamatorias hasta el absceso miliar, con infiltración de los glomérulos y degeneraciones variadas de los tubos contorneados. Los basinetes son a veces normales, otras son dilatadas conteniendo puz. La mucosa es generalmente hiperémica, a veces hemorrágica. Los uréteres presentan lesiones análogos pero menos intensa. La vejiga es menos tocada".

Sin embargo en la revista «Mundo Médico» de Abril de 1935 encuentro y con motivo del Congreso Médico celebrado en Chatel-Guyon, lo siguiente: Los trabajos de Vincent han mostrado que el colibacilo contiene una endotoxina enterotropa y hepatotropa y una exotoxina neurotrópica. A esta exotoxina podría atribuirse un papel como causa de los trastornos nerviosos, a veces mentales, que presentan algunos enfermos afectados de Colitis." Asimismo pienso yo que bien podríamos atribuir a la endotoxina los trastornos de origen hepático a que me he referido, llegando hasta la congestión dolorosa del órgano y tal vez otras lesiones que si no atacan la constitución noble de la viscera pueden localizarse a las vías biliares pues ya hemos visto que algunos autores citan la Ictericia por cierto como síntoma de gravedad. En el «Mundo Médico» del 1º al 15 de Abril de 1932 aparece algo también de interés: "Un artículo de «Des Georges» lleva un título sugestivo: "La más difundida de las enfermedades: La Colibacilosis": en él el autor afirma su extremada frecuencia y enumera las consecuencias: urinarias, hepáticas, circulatorias, nerviosas, (astenia, depresión, irritabilidad,) endocrinas (cuya importancia pone de relieve) y genitales.

También un artículo de «París Medical» dice: un gran número de trastornos digestivos vagos, con invasión del estado general, serían

de origen colibacilar. Estos trastornos digestivos son importantes porque a la larga repercuten sobre el hígado. Experimentos en el cobayo muestran que estos animales son sensibilizados por sus propios colibacilos, y esta sensibilización es la que provocaría la *invasión hepática*".

En el año de 1936 y con motivo de un caso muy parecido al de mi hijo, teniendo ya en mi poder todos los exámenes complementarios, como lo he hecho en los casos que me han interesado, me dirigí al Dr. Luján con el objeto de cambiar impresiones en este mismo sentido, el me manifestó que ya había hecho observaciones en casos parecidos y que escribiría en la «Revista Médica» un comentario de lo que yo le hablaba, pero en ese tiempo se le presentó la salida del país con motivo del Congreso Médico Guatemalteco, y algunas otras circunstancias posteriores, olvidaron abordar tan interesante asunto. Estimados colegas, no he hecho más que presentar una observación que he venido haciendo hace algunos años, con el objeto de ver si os parece ser tomada en cuenta y en tal caso que de vosotros salga una opinión más autorizada que la mía, pues como manifiesto no soy más que un simple observador.

# Dos casos interesantes de cuerpos extraños alojados en los Bronquios y Técnica operatoria de la Estenosis Laringea

*Trabajo verbal reconstruido por el  
Doctor Gonzalo Cubero Otoyá*

## PRIMER CASO

Estimados Colegas:

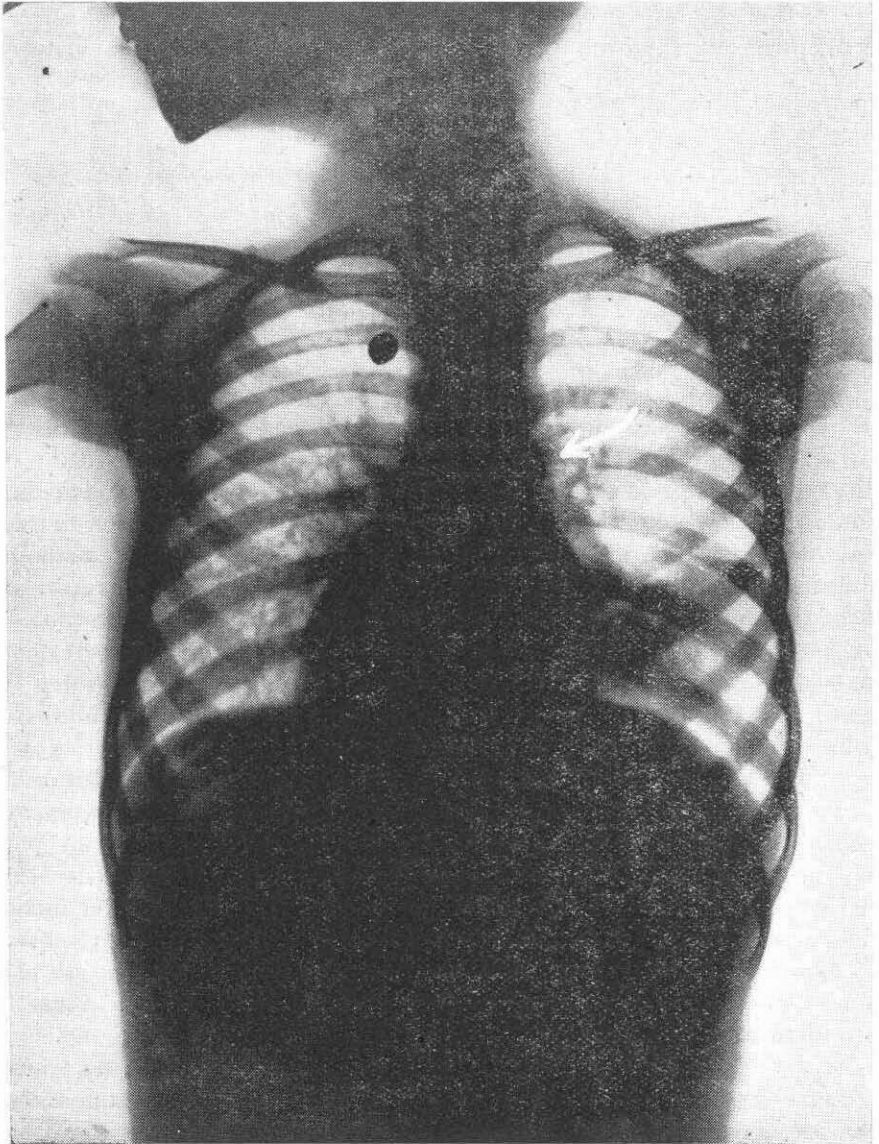
He seleccionado dos casos que me parecen de algún interés, el primero, es de una chiquita Emérita X, de seis años de edad, vecina de San Lorenzo de Zarceró. Los datos de la boleta de admisión de fecha siete de Setiembre dicen lo siguiente: Hace veintidós días se tragó una piedra con que estaba jugando; en ese momento se quiso ahogar, pero eso le pasó en poco tiempo; sin embargo desde entonces tiene ataques de "ahogamiento". Desde hace como dos semanas aproximadamente desarrolló alta temperatura y desde hace cuatro días está irracional y con frecuentes vómitos. El doctor Jiménez de La Guardia quien fué quien hizo la boleta de admisión ordenó la radiografía 19163 y 19164 cuyo reporte dado por el doctor Cabezas dice: Cuerpo extraño en el bronquio principal derecho.

Como puede verse en la radiografía y en la rama bronquial derecha se nota un cuerpo opaco a los Rayos de forma oval un poco más grande que la semilla de una aceituna a la altura de la sexta vértebra dorsal. Del mismo modo se aprecia perfectamente el mismo cuerpo extraño en la radiografía de perfil en el sexto espacio intercostal.

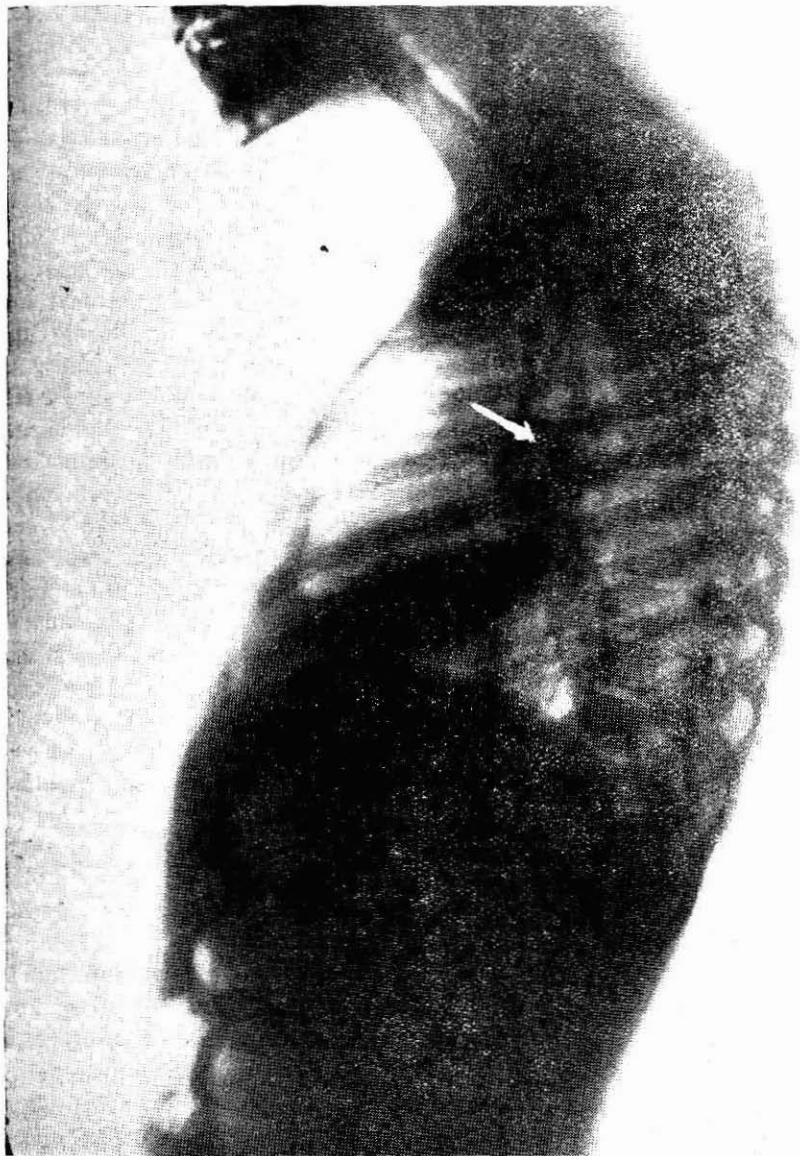
Omitió el reporte radiográfico hacer mención de un foco de neumonía en el lóbulo inferior derecho que igualmente puede verse en la radiografía.

La temperatura el siete de Setiembre ascendía a cerca de treinta y nueve grados. El estado general de la enfermita era lamentable. Una taquicardia marcada. El interno anotó en el exámen físico sig-

nos compatibles con una bronconeumonía. Como diagnóstico provisional, cuerpo extraño en el bronquio bronconeumonía y anemia secundaria.



Con los datos que anteceden el ocho de setiembre de 1938 procedí a la intervención requerida para desalojar el cuerpo extraño del bronquio. En la mesa de operación el estado de la enfermita era



de tal modo lamentable que el doctor Jiménez Núñez rehusó darle una anestesia general habiendo tenido que hacer la intervención con unos toques de novocaina y una cuarta parte de una ampolla de morfina. La piedra en cuestión fue localizada en el bronquio y extraída sin mayor dificultad. Le fué puesto a la enfermita aceite alcanforado, una ampolla de vacuna antiptiógena y veinte centímetros cúbicos de suero glucosado intravenoso.

Por la tarde el estado de la enfermita empeoró de tal modo que en la noche fué llamado con urgencia pues la enfermita presentaba fiebre alta y un cuadro de inconciencia e inquietud alarmante, daba vueltas constantemente en la cama, votando las cobijas y tirando las manos en todas direcciones, la boca seca, el pulso muy rápido y frecuente tos. Después de observar y examinarla con todo cuidado noté que había además de la sintomatología anterior una marcada rigidez del cuello, es decir un kernig muy positivo, que me indujo a practicar en asocio del Dr. Núñez una punción lumbar. La presión del líquido céfalo raquídeo dió treinta milímetros de mercurio es decir más de tres veces lo normal. El exámen microscópico de ese líquido dió 030 de albúmina, 060 de glucosa y 2,6 leucocitos por milímetro cúbico, Wassermann negativa. Con la misma aguja de la punción le fueron extraídos cerca de treinta centímetros de líquido y se le inyectó una ampolla de 20 centímetros de suero antineumocócico; como puede verse por el tratamiento la deducción que se hizo fué la de que existía una meningitis neumocócica como complicación del foco de neumonia en el pulmón derecho.

Al día siguiente le fué practicada una nueva punción cuyo resultado es el siguiente: albúmina 085 que no tiene valor por el suero que se le puso, Glucosa 055, leucocitos 1,28 por milímetro cuadrado, microbios neumococos positivo.

La temperatura el nueve se mantuvo alta y llegó a treinta y nueve y medio; como tratamiento se le puso nuevamente suero hipertónico glucosado, treinta centímetros cúbicos gluconato de calcio intra-muscular y se instituyó un tratamiento de dos ampollas de solusoptazina diarias; fué necesario usar bolsas de oxígeno, además omnadina. Por espacio de nueve días se continuó el tratamiento a base de una alimentación líquida habiéndose operado una notable mejoría y habiendo desaparecido rápidamente los síntomas meningeos de suerte que el 16 de setiembre el estado de la niñita era de tal modo satisfactorio que a pesar de nuestra insistencia, la madre por las

incomodidades que tenía que sufrir sobre todo de noche en el salón de niños optó por llevarse la niñita, la cual según tuvo noticia sanó y recuperó normalmente.

## SEGUNDO CASO

Se trata de Carmen P., de 14 años. La boleta de admisión del 2 de mayo de 1938, dice: Vieja traqueotomía, obstrucción parcial.

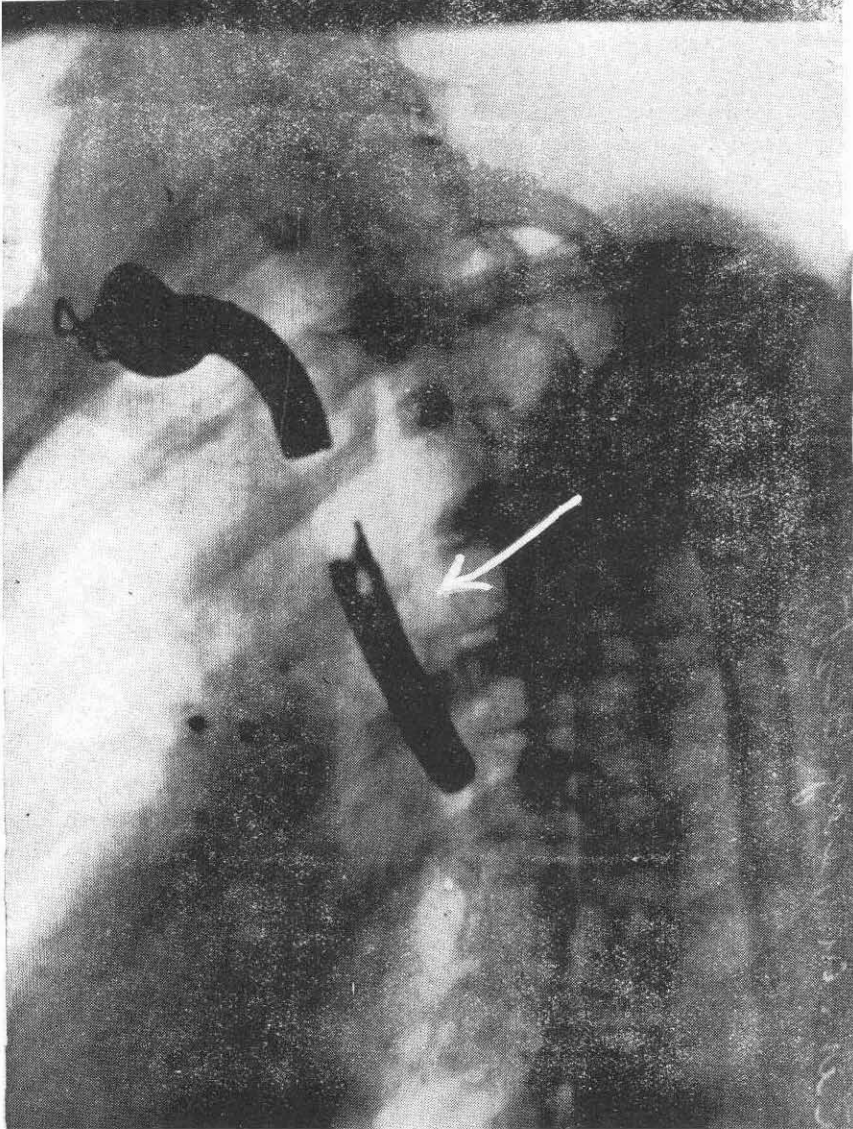
*Antecedentes:* (Tomados de los archivos del Hospital), folio 3282, operada el 23 de octubre de 1924, a la edad de 1 año, por el Dr. José María Barrionuevo Orozco. Asistió: Manuel Brenes, Anestésista: José Sandí. Diagnóstico: DIFTERIA. Gacilla en el esófago. TRATAMIENTO: TRAQUEOTOMÍA. Reporte de esa primera operación del 23 de octubre de 1924: En estado de suma gravedad es traída con una difteria y hay ya síntomas de asfixia. Hoy al medio día, inmediatamente después de su ingreso, se le dió anestesia y después de pintada con yodo la garganta no se hizo más como único tratamiento que una Traqueotomía. Una radiografía muestra una gacilla en el esófago.

Folio 3292. Segunda operación, el 25 de octubre de 1924, por el Dr. José María Barrionuevo Orozco. Asistió: José Sandí. Anestésista: Manuel Brenes. Diagnóstico: GACILLA EN LA TRÁQUEA. Tratamiento: TRAQUEOTOMÍA. EXTRACCIÓN. Reporte de esa segunda operación del 25 de octubre de 1924. Vista la gacilla en la tráquea, abierta y con la punta hacia abajo, esta mañana de nuevo se le suministró anestesia y hecha la buena desinfección necesaria con yodo, no se hizo más como tratamiento que alargar la incisión en la tráquea y de esa manera se sacó la gacilla.

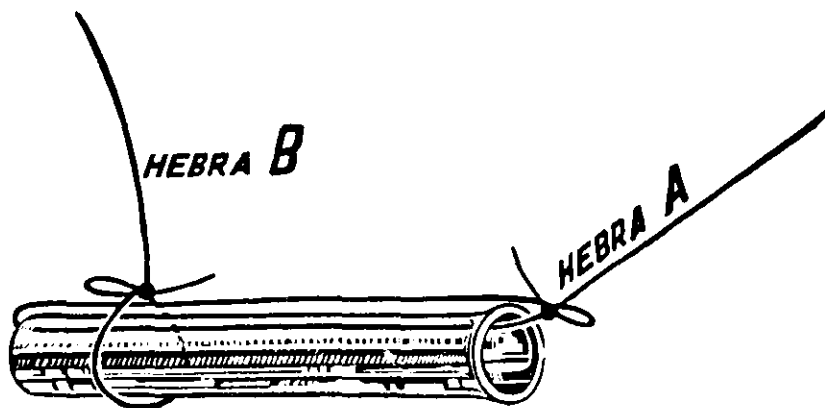
Tercera operación el 4 de enero de 1935, es decir, 10 años después de habersele practicado la traqueotomía por cuerpo extraño alojado en la tráquea, la enfermita vino al Hospital con síntomas de asfixia por una estenosis cicatricial de la tráquea alta.

Se le practicó una traqueotomía baja y se le puso una cánula dándosele instrucciones de como debía ella misma limpiar la cánula que desde ese día le serviría para respirar de por vida. El reporte del 4 de enero de 1936, dice: Operada por el Dr. A. Facio Ulloa. Asistió: Dr. Cubero Otoyá, Anestésista: Dr. Ricardo Jiménez Núñez. Diagnóstico: Estrechez por traqueotomía. Tratamiento: Nueva traqueotomía.

traqueal y cicatriz antiestética. Retiro tubo de traqueotomía perforado el cual había permanecido más de tres días tapado. Operador: Dr. Cubero. Asistente: Dr. Ortiz. Anestesia local. Anestésico: No-



vocaina. Estado durante la anestesia, bueno. Operación: Resección de la cicatriz y reconstrucción de la tráquea aplastada. Empezó a las 10 a.m. y terminó a las 11.30 a.m. Lesiones encontradas: cicatriz endurecida, tráquea abierta y comprimida lateralmente. Los bordes de los cartílagos incisos no se adaptaban, sino que se dirigían paralelamente hacia afuera angostando así la tráquea. Técnica empleada: fijación de un tubo de vidrio intra-traqueal para separar los cartílagos aplastados y sutura de los bordes divergentes en posición normal de los mismos. Escisión de la cicatriz. Sutura en dos planos. Material empleado, seda, grapas de Michael, Novocaina, un tubo de vidrio. Estado postoperatorio inmediato, bueno. Firma del operador, Dr. Cubero. Nota: el tubo de vidrio fijo en la tráquea, por los hilos, fué retirado al quinto día después de la operación, por la boca. El resultado de la operación fué magnífico. La herida sanó por primera intención y la enfermita salió del hospital el 25 de mayo librada de la cánula, respirando y hablando normalmente.



He de confesar que cuando me aventuré a operar esa estenosis traqueal no conocía la técnica clásica. Fué en la mesa de operación, ante la necesidad de mantener los cartílagos separados, que se improvisó el tubo de vidrio y la manera de fijarlo dentro de la tráquea. Estudiando después la técnica del laringostoma que dura a veces con un tamponamiento penoso para el enfermo más de dos años para curar una estenosis traqueal, así como los métodos de Schmiglow y Canuyt que son así mismo tardados y penosos para el enfermo, fué que comprendí que la técnica usada por mí era

distinta de todas las que pude encontrar en los libros más autorizados. Así mismo entiendo que el caso de mi enfermita, es el primero de esa naturaleza operado en este país.

El tubo de vidrio usado tenía más o menos siete centímetros de largo y aproximadamente el ancho de una cánula de traqueotomía. Amarrado con una hebra de trama de seda pasada a lo largo del calibre del tubo (véase figura hebra A) la cual fué pasada con una sonda de hule desde la herida de traqueotomía a la boca y de ahí por la nariz a la oreja y con otra hebra de catgut puesta circularmente (véase figura hebra B). El objeto de la hebra A fué subir el tubo hacia el lugar de la estenosis e impedir que pudiera descender hacia los bronquios. El objeto de la hebra B fué de mantener el tubo a la altura deseada e impedir que fuera arrojado hacia la boca en un acceso de tos, pues dicha hebra fué fijada en la piel a la altura de la traqueotomía.

Con ese tubo de vidrio sirviendo a manera de formaleta, fué que pude suturar los espacios membranosos intercartilagosos de la tráquea en posición normal, logrando darles su forma semicircular. Como se ve en la hoja operatoria, el tubo fué retirado por la boca al quinto día y la herida sanó por primera intención.

La estenosis traqueal es en Costa Rica bastante rara, aunque se presenta con alguna frecuencia en otros países sobre todo en personas que han sido traqueotomizadas por difteria y han tenido un "decanullement difficile".

NOTA: La enfermita fué presentada a los asistentes al Congreso Médico en San Ramón, en perfecto estado de salud.

---

El Presidente de la Facultad de Medicina Dr. Agüero al terminar el Dr. Cubero su exposición hizo el siguiente comentario:

Me parece que el procedimiento del doctor Cubero es sumamente interesante, por ser un procedimiento original, y es indudable que los procedimientos en que hay algo original, tienen más importancia que los que uno practica siguiendo las descripciones de un autor.

## Insuficiencia Hepática y Colelitiasis

*Trabajo presentado por el Doctor  
don Benjamín Hernández*

1er. ejemplo: Una enferma que ha tenido en varias ocasiones cólicos hepáticos, con fiebre, vómitos etc., presenta en la última crisis una Ictericia que se prolonga por más de tres semanas. Por la palpación se constata una vesícula gruesa, dolorosa, dura. La enferma después de haber estado de acuerdo con la operación que se le aconsejó, decide someterse a un tratamiento que otro médico le propone. Hay una mejoría transitoria pero luego se empeora y es entonces operada y pocos días después de la operación muere con colapso cardio vascular.

2º ejemplo: Es un paciente que ha presentado varios ataques de las vías biliares parecidos a los de la enferma precedente. En la última crisis los síntomas se agravan, se presenta un estado pre-comatoso; con somnolencia, pérdida intermitente del conocimiento, aunque el pulso permanece normal y es más bien lento. Este estado se prolonga por tres días y la muerte sobreviene en el coma sin que haya colapso cardiaco.

3er. ejemplo: Se trata de un enfermo que viene padeciendo desde hace varios meses de una Ictericia moderada, con temperaturas de tres quintos a un grado y que por su edad, 64 años, varios médicos que lo han visto, han creído que se trata de un cáncer. Se le hace entonces un recuento de glóbulos de la sangre y resultan más de 15,000 glóbulos blancos. Como el estado general del enfermo no parecía muy malo, se le opera, haciéndole una colecistostomía para retirar gran número de cálculos y se establece un drenaje que funciona bien. No había cáncer. A pesar del buen funcionamiento de ese drenaje, persiste una subictericia, pero la temperatura desaparece. La depresión orgánica, sin embargo, se acentúa paulatinamente y la muerte sobreviene pocas semanas después.

En un caso de los tres descritos no hubo operación, los otros dos fueron operados y la muerte fué inevitable a pesar del drenaje y de la supresión del obstáculo. Hace algún tiempo se explicaban estos casos por desfallecimiento del corazón o por la intoxicación debida a la colemia. Actualmente las investigaciones anatómo—patológicas mediante la punción de la masa del hígado y también con la biopsia hecha con el bisturí eléctrico, se ha logrado aclarar estos puntos y se ha llegado a la conclusión de que los trastornos más o menos graves de la litiasis biliar y de la colestasis son debidas a la insuficiencia hepática. La insuficiencia hepática resulta a su vez de una hepatitis que reviste diversos grados según la modalidad de la manifestación patológica. El grado de inflamación del hígado condiciona la capacidad de la célula hepática para formar y almacenar glicógeno, de tal manera que la presencia o ausencia de éste en dicha célula indica la mayor o menor gravedad de la hepatitis. La coloración del tejido hepático por medio del carmín de Best, tinte en rosado las células que contienen glicógeno. Esta coloración rosada se desvanece o desaparece según que el glicógeno va disminuyendo en cantidad en la célula hepática. Así puede determinarse la intensidad de la hepatitis, la cual es poco pronunciada en los casos benignos pero que va acentuándose en los casos más graves hasta llegar a producir la degeneración grasosa que se caracteriza por la ausencia completa del glicógeno en la célula hepática, condición ésta que hace inevitable la muerte.

La función glicogénica es una función superior del hígado y no hay buena función del hígado sin buena glicogenia. La gran importancia de esta función explica el que la carga de glicógeno celular esté tanto más disminuida cuanto más grave es la insuficiencia celular hepática.

Se ha demostrado que en la colecistitis litiásica la insuficiencia hepática se acentúa lentamente y, la supresión de la vesícula biliar permite la vuelta al estado normal. A veces con sólo el drenaje de esa vesícula se obtiene igual resultado. Pero en los casos inveterados, la hepatitis puede llegar a revestir un carácter de bastante gravedad. En la colestasis por obstáculo al curso de la bilis, las etapas se suceden con mucha rapidez y la gravedad aumenta de tal manera que la degeneración grasosa de la célula hepática se produce muy pronto y el enfermo muere en estado comatoso.

Después de quitar el obstáculo existente en el colédoco, puede presentarse en ciertos enfermos, un estado de insuficiencia cardio—vascular con pulso rápido y caída de la presión sanguínea y que

puede ser mortal. Esto se debe a la acumulación en el hígado de una gran cantidad de sangre después de su depleción por descarga al quitar el obstáculo. La cantidad de sangre periférica disminuye considerablemente y sobreviene un colapso cardio—vascular sumamente grave. La profilaxis de estos casos ya enumerados consiste en operar a tiempo, antes que el estado grave se presente. Es una seria imprudencia esperar, porque aunque en ciertos casos, la *aparición del enfermo no es mala, ocurre que la operación parece dar un coup de fouet* al estado del hígado que aún resistía.

El tratamiento que se ha mostrado más eficaz para mejorar la insuficiencia celular hepática es la administración intravenosa de suero glucosado hipertónico al 40 o 50%, acompañado de pequeñas inyecciones de insulina de 4 a 5 unidades. Las inyecciones de extracto de hígado antes y después de la operación han mejorado mucho las estadísticas de varios cirujanos.

El suero glucosado hipertónico a la vez que activa la acumulación del glicógeno en la célula hepática, aumenta también la diuresis y disminuye la úrea en la sangre. También pueden ser usadas con buen resultado las vitaminas C y D, esta última sobre todo por su acción favorable en la asimilación del calcio en los casos de hemorragia por insuficiencia hepática.