

D. Edgardo Martínez
Paqueigalpa. D.C.

No. 166

Año 22 23

Vol. XX



REVISTA MEDICA HONDUREÑA



AGOSTO ★ SEPTIEMBRE ★ OCTUBRE

1953

SUMARIO

	<u>Pág.</u>
Editorial.—Habrá Congreso Médico Centro- Americano	467
Nódulos Yuxtaarticulares	468
Dr. Humberto Díaz B., Dr. Hernán Corrales P. y Dr. J. Adán Cueva.	
Comentarios acerca de unos casos de obstruc- ción intestinal	481
Dr. José Gómez Márquez Gironés.	
Evolución, estado actual y futuro de la Asis- tencia Psiquiátrica en Honduras	486
Dr. Ramón Alcerro Castro.	
Atresia de Intestino	492
Dr. Carlos Sariñana. Dr. Carlos Delgado.	
El Alcoholismo como Problema Psico-social	501
Dr. R. Alcerro Castro.	

Ivevista JVLédica xiondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondurena

Director: HELIÑAN
CORRALES P.

Redactores: RAMÓN
ALCERRO CASTRO

J. NAPOLEÓN ALCERRO

J. RAMÓN PEREIRA

Secretario:
ALEJANDRO ZUNIGA

Administrador:
SALOMÓN MUNGUA ALONZO

Año XXII | Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Agosto, Septiembre y Octubre, 1953 | 166

HABRÁ CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO

Es placentero hilvanar estas notas para decir que la realización del sexto Congreso Médico Centroamericano es un hecho, por cuanto la Asociación Médica Hondurena, comisionada por el Ministerio de Educación Pública, ha nombrado un Comité organizador integrado por miembros de su seno con plenos poderes para planificar la campaña, ardua de por sí, que ha de culminar con la celebración de tal evento científico.

Varias sesiones ha celebrado dicho comité organizador y la oficina de éste está trabajando continuamente en todo lo que concierne a propaganda, Reglamento interno, temario, comunicación directa con los médicos del país y de Centro América en general, para informar de los acontecimientos de dicha oficina.

La correspondencia recibida en la oficina nos alienta también, por cuanto, del país y de otros países centroamericanos, nos llegan amables frases de aliento y sugerencias oportunas que revelan la buena voluntad que anima a los colegas, por lo cual podemos aventurarnos a decir que será un éxito.

La prensa del país ha dado cuenta de la formación del Comité Organizador y colegas como «Archivos del Hospital Leonardo Martínez» han publicado atentas notas conteniendo la noticia.

En el mes de mayo próximo se celebrará en esta capital el Quinto Congreso Centroamericano de Venereología y e. finales del año, el Tercer Congreso Psiquiátrico de Centro América y Panamá, lo que anuncia al año de 1954 como el año de los Congresos Médicos en Honduras.

Tegucigalpa, febrero de 1954.

NODULOS YUXTAARTICULARES

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. HERNÁN CORRALES P.

DR. J. ADÁN CUEVA

La siguiente es una observación clínica para discutirla en el seno de la Asociación Médica Hondurena.

M.A.M. de 52 años de edad, casado, labrador, de raza mestiza, nacido y vecindado de San Francisco de La Paz, Departamento de Olancho.

Ingresó al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General San Felipe el 9 de octubre de 1953.

Síntoma principal: dolor en las extremidades y tumoraciones en las articulaciones de las mismas.

Historia de la enfermedad: refiere que hace 4 años (en octubre de 1950) le empezó su enfermedad por dolor en el miembro superior izquierdo y a los pocos días en el inferior del mismo lado, refiriéndolo a los huesos, intenso, permanente, exacerbado por el frío y los movimientos; atenuándose al mantener el brazo en aducción con el codo flexionado y la extremidad inferior en extensión. Al mismo tiempo se presentó tumefacción de las articulaciones del codo y tobillo de ese lado, acompañadas de caracteres flegmáticos locales pero sin síntomas generales. Por todo ésto se vio obligado a guardar cama durante 4 meses: dos por el dolor permanente y los otros dos porque los movimientos de las articulaciones tumefactas le producían mucho dolor a nivel de las mismas. Al reiniciar la marcha estuvo renqueando por un mes, pues el apoyar los talones de los pies en el suelo, originaba intenso dolor irradiado a la cara posterior de las piernas. Después de ésto tuvo un período de aparente normalidad.

Un año después, y también en el mes de octubre, reapareció el dolor con los caracteres señalados, aunque ahora era simultáneo en los miembros del lado izquierdo y el inferior derecho, teniendo que guardar cama durante un mes y medio, acompañado también de tumefacción con caracteres flegmáticos locales de las articulaciones del codo, rodilla y tobillo izquierdos, tobillo derecho y ligeramente la rodilla derecha. Tal tumefacción empezó a desaparecer al reiniciar la marcha, notando entonces la aparición de pequeños nodulos en



Fig. N* 1

Nótese nodulos del tamaño de huevos de paloma en rodillas y región maleolar externa de pierna izquierda.

el codo, región maleolar externa y segundo dedo del pie en el lado izquierdo, y en el primer dedo del pie derecho: en el codo existía una tumoración mayor que las demás, en las otras regiones eran únicas, todas renitentes, movibles sobre los planos profundos y que han crecido poco a poco hasta adquirir el tamaño actual.

Al año siguiente (1952) y en el mes de abril, se presentó nuevamente el dolor de los huesos, en esta ocasión generalizado a las cuatro extremidades y acompañado de tumefacción de las articulaciones afectadas la segunda vez así como la muñeca derecha, siempre con caracteres flemáticos locales y no generales. Permaneció en cama por dos meses al cabo de los cuales le aparecieron dos nodulos en la cara anterior de la rodilla izquierda, otro en la rodilla derecha, uno en la cara dorsal del pie derecho y también uno en la dorsal de la mano derecha. De estos nodulos los de las rodillas eran duros y parecían adheridos al hueso, los otros tenían los caracteres anotados para los que ya existían.



Fig. N° 2 Vista lateral que
revela lesiones en rodilla y
pie izquierdos.

En el mes de agosto del presente año reapareció el dolor por cuarta vez abarcando las cuatro extremidades e incluyendo en esta oportunidad la región lumbar, acompañado de las mismas tumefacciones articulares de la vez anterior; permaneció en cama durante dos meses al cabo de los cuales apareció un nódulo en la región malleolar externa del pie derecho.

En vista de todo esto decidió internarse en el Hospital General San Felipe, siendo ingresado en el servicio de Medicina de Hombres, en donde el 18 de noviembre se inició el dolor de las extremidades con los caracteres señalados, pero se yuguló precozmente con una inyección de Conmel.

Historia pasada: recuerda haber padecido de viruela en la **infancia**, ignora haber sufrido otras enfermedades en esa época. De adulto: paludismo y gripes; refiere que hace 25 años tuvo un flemón en el muslo derecho que fue drenado en el Hospital de Puerto Castilla; hace cinco años le apareció una tumoración sobre la tibia dere-

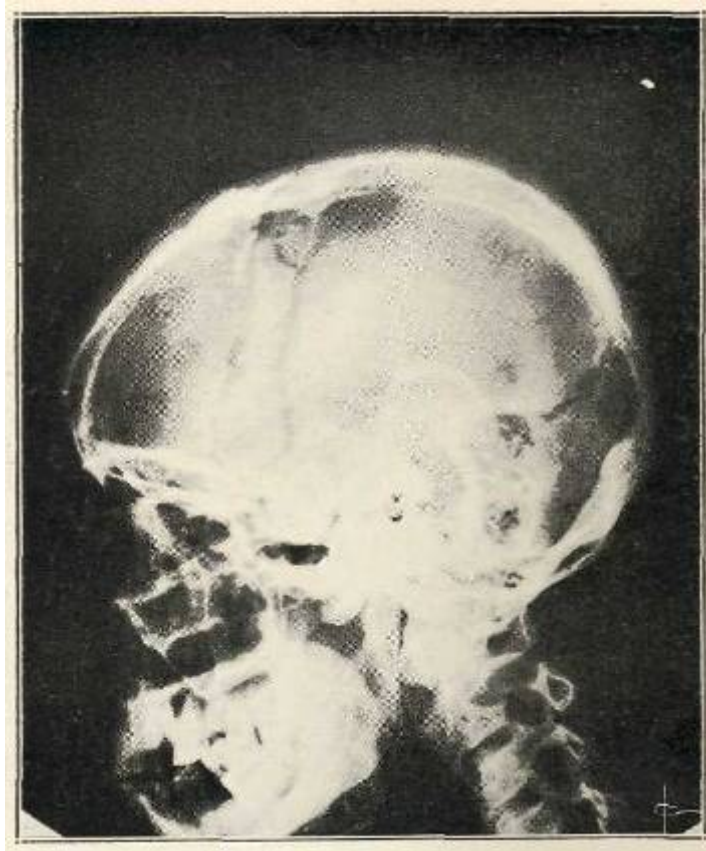


Fig. N* 3

Radiografía de cráneo (lateral) en la que se observan «pequeñas zonas anulares de radiotransparencia discretamente diseminadas en la bóveda».

cha la que se drenó al mes de iniciada, saliendo secreción purulenta. Niega enfermedades venéreas.

Historia familiar: padre murió trágicamente; madre muerta, ignora la causa. Tiene 5 hermanos sanos, 5 muertos, ignora la causa de su fallecimiento. Tiene 7 hijos sanos y 5 muertos de fiebre y ascariasis.

Historia traumática: herida cortante accidental en la región tenar derecha, hace 5 años; drenaje de flemón del muslo derecho.

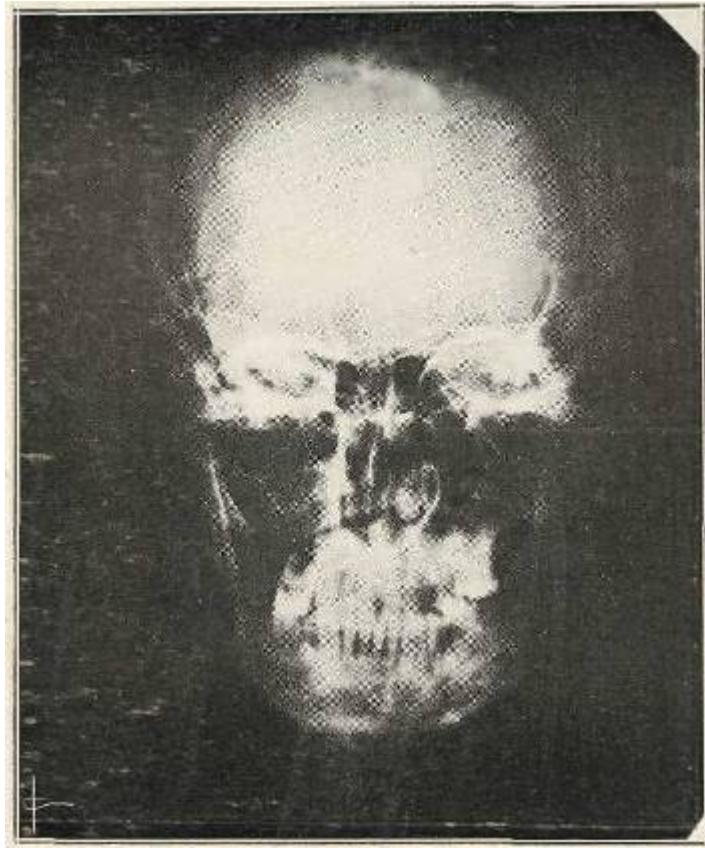


Fig. N° i

Bóveda craneal vista en radiografía de frente en la que se observan también zonas pequeñas de radiotransparencia.

Hábitos: fuma unos tres cigarrillos diarios, mastica tabaco, ingiere bebidas alcohólicas con moderación.

Vida social e historia ecupacional: analfabeta, católico, casado. Trabaja ocho horas diarias como labrador de sus propias tierras, hace un año está imposibilitado para el trabajo. Hace 24 años estuvo en la Costa Norte trabajando para la Compañía Frutera. Al principio como labrador y últimamente como contratista de trasvío, permaneciendo ocho años en ese sector.

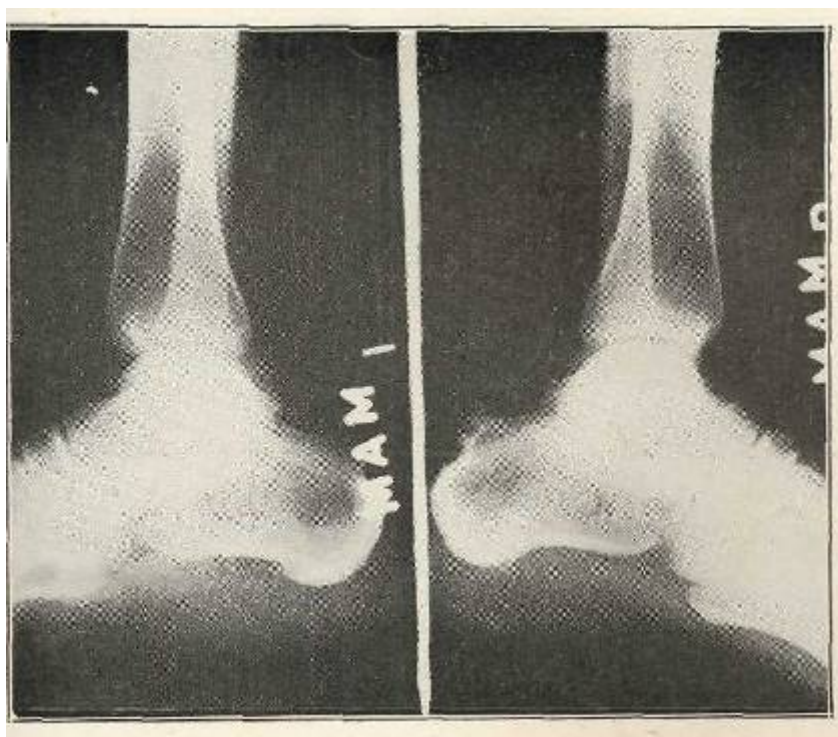


Fig. N° 5

Radiografía de la región tibio astragalina de ambos miembros mostrando «Osteofitos en el aspecto posterior del calcáneo y del astrágalo del pie derecho y en el aspecto posterior del astrágalo izquierdo».

. **Vida sexual:** primer contacto sexual a los quince años; ha vivido acompañado con su señora durante 25 años, con quien se casó el año pasado, habiendo procreado 12 hijos; no da historia de abortos.

Funciones orgánicas generales: Apetito y sed normales. Defeca dos veces en las 24 horas teniendo las deposiciones caracteres normales. Orina 5 o 6 veces al día; la micción y orina tienen caracteres normales. Duerme bien.

HEV2SION DE SÍNTOMAS

Cabeza: 0.
Ojos: 0.
Oídos: 0.
Nariz: 0.

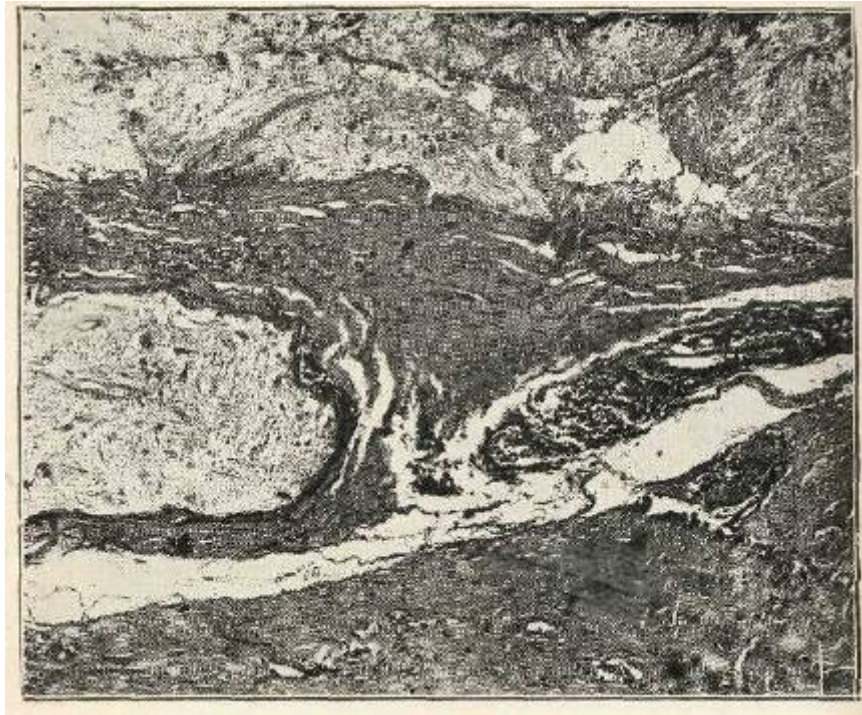


Fig. N° 6

Corte histológico mostrando tejido conectivo abundante y algunas zonas en degeneración grasosa en un nódulo que estaba ligeramente inflamado. Los no inflamados mostraron únicamente tejido conectivo denso.

Boca: 0.
Cardiorespiratorio: 0.
Gastrointestinal: 0.
Genitourinario: 0.
Neuroroscular: 0.
Miembros: lo anotado en la historia.
Piel: 0.
Ganglionar: 0.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de buen estado nutricional, con desarrollo físico normal; posición asumida en decúbito o sentada ya que la bipedestación es molesta para el enfermo por el dolor articular. Inteligencia normal, coopera bien al interrogatorio y examen. Marcha dificultosa,



Fig. N^o 7

Corte histológico en que se observan células gigantes tipo «cuerpo extraño» en el nódulo reblandecido.

no flexiona bien ambas piernas, especialmente la izquierda; no levanta completamente los pies al dar el paso.

Talla: 1.78 m. Peso: 160 libras. Temperatura: 36.7°.

Cráneo: 0.

Cara: 0.

Ojos: 0.

Oídos: 0.

Nariz: 0.

Boca: faltan varias piezas dentarias, otras están en mal estado; halitosis.

Faringe: 0.

Cuello: 0.

Tórax: normal, tipo respiratorio costo-abdominal; frecuencia respiratoria: 22 por minuto.

Pulmones: 0.

Corazón: normal. Presión arterial: Mx. 140, Mn. 80.

Abdomen: depresible, sin zonas dolorosas.

Bazo: 0.
Hígado: 0.
Riñones: 0.
Genitales externos: 0.
Nervioso: 0.
Piel: Pigmentaciones melánicas pretibiales simétricas.

Miembros

Miembro superior izquierdo:

Codo: en la cara posterior existe una tumoración del tamaño de un limón, nodulosa, dura, fija a los planos profundos, libre de los superficiales.

Miembro inferior izquierdo:

Rodilla: sobre la tuberosidad anterior de la tibia se nota una tumoración bilobulada, del tamaño de una ciruela, sin caracteres flegmáticos locales, de consistencia dura, aparentemente adherida al hueso y libre de los planos superficiales. En la cara externa de esta articulación existe un nódulo renitente, del tamaño de un nance grande, sin caracteres flegmáticos y movable sobre los planos profundo y superficial.

Pie: sobre el maléolo externo existe un nódulo del tamaño de una ciruela pequeña, sin caracteres flegmáticos, renitente en su parte más prominente y duro en su base, la que parece estar adherida al hueso. En el segundo dedo existe una tumoración pequeña y renitente que parece formar cuerpo con la articulación de la primera con la segunda falange.

Miembro superior derecho:

Hombro: sobre el tercio externo de la clavícula existe un nódulo del tamaño de un nance, movable sobre los planos superficiales y profundos, sin caracteres flegmáticos.

Mano: en su cara dorsal existe pequeño nódulo sobre el segundo metacarpiano y próximo a la muñeca, renitente y movable.

Miembro inferior derecho:

Muslo: en el tercio inferior existe una tumoración por debajo del cuádriceps, dura, del tamaño de un limón grande y fácilmente movable.

Rodilla: sobre la tuberosidad anterior de la tibia se nota un nódulo del tamaño de una ciruela pequeña, dura y aparentemente adherida al hueso.

Pie: sobre la cara dorsal del cuarto metatarso y en la proximidad de la articulación con el cuarto dedo existe un nódulo pequeño, renitente y movable. En la articulación de la primera con la segunda falange del primer dedo se observa otro nódulo pequeño, renitente y doloroso.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS**Orina:**

Examen ísico-químico. Color: amarillo intenso; olor: suigéneris; aspecto: ligeramente turbio; sedimentos: flocculentos escasos; reacción: ligeramente acida; densidad: 1021; glucosa: negativo; albúmina: trazas; pigmentos biliares: negativo.

Examen microscópico.—Células: escamosas, leucocitos; pus: escasas células.

Heces fecales: quistes de histolítica y strongyloides estercoralis.

Sangre:

Recuento celular—G.R.: 3.190.000; G.B.: 6.400; N.: 22%; L.: 78%.

Eritrosedimentación: 13 mm. en 60 minutos.

Reacción de Kahn: negativo.

Líquido céfalo-raquídeo:

Recuento celular: 6 células por milímetro cúbico.

Reacción de Kahn: positivo más uno. V.D.R.L.:

débilmente positivo.

Radiografías:

Radiografía de cráneo.—Se observan pequeñas zonas anulares de radiotransparencia discretamente diseminadas en la bóveda; dichas zonas dan la impresión de quistes, pero también se observan con la misma característica radiográfica en otros procesos patológicos tales como metástasis carcinomatosas y mieloides múltiples. El diagnóstico diferencial es del dominio del anatomopatólogo.

Radiografía de las manos.—No se observa patología ósea.

Radiografía de la columna lumbar.—Cambios hipertróficos (osteofitos) en las últimas vértebras lumbares. Impresión: osteoartritis.

Radiografía del codo izquierdo.—No se observa patología ósea.

Radiografía de las articulaciones tibio-femorales de ambos miembros.—No se observa patología ósea.

Radiografía de las articulaciones tibio-astragalina de ambos miembros.—Osteofitos en el aspecto posterior del calcáneo y del astrágalo del pie derecho y en el aspecto posterior del astrágalo izquierdo.

Radiografía de la columna dorsal.—No se observa patología, ósea.

Estudio histo-patológico.—Informe: reblandecimiento de tejido colágeno. ¿Lúes? (Se envió uno de los nodulos yuxtaarticulares).

INSTITUTO NACIONAL AUTÓNOMO DE HONDURAS

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS Y SERVICIOS DE INFORMACIÓN

REVISTA NACIONAL DE MEDICINA

El Dr. Hernán Corrales P.

Por

Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Las referencias bibliográficas sobre nodulos yuxtaarticulares en la bibliografía mundial son relativamente escasas, así Stokes, Beerman e Inghram (Tratado de sifilología clínica moderna. Salvat editores, S. A., Madrid, 1949) conceden unas pocas líneas al asunto y manifiestan que muchos casos de nodulos yuxtaarticulares son de origen sífilítico (sífilis tardía).

Simons (Hand book of tropical dermatology, Elsevier Publishing Company. New York, 1952. Pag. N° 286, vol. 1) establece que la lesión que aparece más alejadamente del período infeccioso del pian corresponde a los nodulos yuxtaarticulares y a la hipertrofia de la bolsa prepatelar. Los nodulos yuxtaarticulares pueden ocurrir también en la artritis reumatoidea, afirma el mismo autor.

El Profesor J. Gay Prieto (Dermatología y venereología. Editorial científico médico, Madrid, 1952. Tomo I, Pag. N° 311) dice textualmente: «Las nudosidades yuxtaarticulares de Lutz y Jeanselme son unos nodulos fibrosos, duros, del tamaño de un garbanzo al de un huevo pequeño de gallina, de forma redondeada, cubierta por piel de apariencia normal, que se encuentra, sobre todo, en la cara de extensión de codos y rodillas, a veces también sobre los bordes óseos del cubito y tibia. Estas nudosidades persisten años enteros sin modificarse; a veces se reblandecen, fistulizan y ulceran; histológicamente están formados por tejido fibroso.

Frecuentemente son debidas al pian, pero también puede originarlas el treponema de la sífilis. Los enfermos suelen tener serología positiva, y las nudosidades desaparecen con tratamiento salvarsánico».

Los nodulos yuxtaarticulares de este paciente han permanecido sin modificación durante los últimos meses, la piel que los cubre es normal, son indoloros, del tamaño de un huevo pequeño de gallina, con visible preferencia por las articulaciones de rodillas y codos. Histológicamente se encontraron signos de reblandecimiento dentro de un tejido conectivo; y si bien había células gigantes de tipo cuerpo extraño, no nos sorprende puesto que se trataría verosímilmente de una reacción a la irritación provocada por el reblandecimiento.

En una palabra, el cuadro que hemos trazado se superpone perfectamente bien a las descripciones clásicas.

Nosotros descartamos una artritis reumatoidea, a pesar de que los dolores articulares apoyarían aquel diagnóstico, porque en nuestro paciente hay signos radiológicos que corresponden mucho más a la sífilis tardía del sistema óseo, tales como las rarefacciones óseas de la bóveda craneana que es clásicamente admitido como signo de sífilis ósea tardía (siempre que se descarten, desde luego, otras afecciones óseas como el mieloma múltiple, quistes, etc.) Las reacciones hiperplásticas del hueso en los calcáneos y astrágalos, y las «perios-

tiús paralelas» muy discretas en las tibias, apoyan más el diagnóstico de sífilis que el de artritis reumatoidea.

No podría hacerse ninguna diferenciación entre los nodulos yuxtaarticulares de la sífilis y los del pian, desde luego, sino a base de los antecedentes o de otras secuelas del secundarismo o terciarismo del pian. A menos que haya futuras comunicaciones de la existencia de pian en nuestro país, continuaremos pensando que nuestro caso es de origen sifilítico.

No 'debe sorprendernos el hecho de que la serología por sífilis en nuestro paciente haya sido negativa, pues sabemos que un porcentaje determinado de sifilíticos tardíos muestran serologías negativas. Pero había una reacción positiva de Kahn más uno en el L.C.R. y el V.D.R.L. débilmente positivo en el mismo.

Otras afecciones, tales como periarteritis nudosa, linfoblastomas, sarcomas, etc., han sido descartadas por el estudio histopatológico.

RESUMEN

Los autores exponen la observación clínica de un paciente adulto que ostenta tumoraciones agrupadas yuxtaarticularmente.

Proyectan fotograbados de las lesiones macroscópicas, microscópicas y radiológicas de los huesos.

Se hace la interpretación, haciendo una breve revisión de la literatura sobre nodulos yuxtaarticulares, y establecen el diagnóstico de: «Nodulos yuxtaarticulares por sífilis tardía».

DISCUSIÓN

Dr. Carlos A. Bendaña.—Está de acuerdo en la dificultad para establecer el diagnóstico diferencial entre los nodulos yuxtaarticulares de la sífilis y del pian. Preguntó al Dr. Cueva hasta dónde llega la posibilidad de inoculación a animales en esta clase de lesiones.

Dr. José Gómez Másquez G.—Refirió dos casos de nodulos yuxtaarticulares de su propia observación en donde la naturaleza luética no quedaba en duda. Preguntó al Dr. H. Corrales si en estas lesiones traería alguna luz el estudio al campo oscuro.

Dr. Víctor Arrivillaga.—Está de acuerdo en el origen luético de los nodulos yuxtaarticulares en el caso presentado, y supone que por ignorancia de ciertos pacientes pasan desapercibidos los síntomas de secundarismo luético.

Dr. C. Antonio Delgado.—Duda del origen luético de las lesiones en el caso presentado, por la poca positividad serológica que el paciente tenía, e hizo ver la gran utilidad que hubiera prestado la reacción de Lange y una biopsia de las lesiones óseas. Hizo notar también, la posibilidad de que se tratara de una reticuloendoteliosis.

Dr. J. Adán Cueva.—Contesta que la reticuloendoteliosis tienen una histopatología típica; que no fue posible hacer una biopsia de las lesiones óseas por las dificultades del enfermo para permanecer el necesario tiempo interno en el Hospital General; dijo también que es muy escasa la utilidad que en este caso hubiese dado la inoculación a animales de las lesiones nodulares, pues en ellas y ya con procesos de reblandecimiento, no hay posibilidades de inoculación.

Dr. Hernán Corrales C.—La investigación de espiroquetas por el campo oscuro no da ningún resultado que ayude al diagnóstico, pues ya en este período tales lesiones no tienen espiroquetas.

Dr. Humberto Díaz B.—Cierra la discusión diciendo que ha presentado este caso porque cree que es un cuadro relativamente raro y que se presta a un saludable ejercicio clínico. Cuando llamó para cooperar con él a los Drs. H. Corrales y Cueva, ya había planteado en su servicio el Diagnóstico de Nodulos Yuxtaarticulares. Presenta el número de la «Revista Médica Hondurena» en que había publicado hace varios años un caso análogo al presente con el diagnóstico de nodulos yuxtaarticulares en el cual los antecedentes y la serología sífilítica eran muy concluyentes. No se terminó de tratar al paciente porque abandonó el servicio intempestivamente.

COMENTARIOS ACERCA DE UNOS CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Por el DR. JOSE GÓMEZ MÁRQUEZ GIRONES

He venido hoy a presentarles algunos casos de obstrucción intestinal cuyo interés radica, en algunos de ellos, en la vaguedad de la sintomatología clínica; en todos en el valor enorme que tuvo para nosotros la cooperación radiológica del Doctor Cornelio Corrales y además la descripción y discusión de las diferentes técnicas operatorias que a mi modo de ver hubo que adaptar en cada caso según las circunstancias. No se trata por otra parte de presentar éxitos, si bien en los casos que se van a presentar éste fue rotundo en dos de ellos y relativo en el otro, porque ya se ha decidido en esta Asociación Quirúrgica, con muy buen criterio, que lo importante es la discusión y la crítica constructiva del trabajo de cada uno de nosotros.

El primer paciente cuyos problemas os voy a relatar era P. M. de 35 años de edad, quien fue operado por mí el 1° de junio de 1950 por una peritonitis generalizada de origen apendicular. La intervención fue sumamente laboriosa por tratarse de un paciente en estado de toxemia muy avanzada y por tener el apéndice en posición retrocecal y gangrenosa. Prescindiremos de una serie de detalles acerca del curso postoperatorio porque no serían aquí de ningún interés. Bástenos decir que después de quince días de lucha el enfermo logró restablecerse por completo. No lo volvimos a ver sino hasta el 5 de octubre del año en curso en que se presentó de nuevo a nosotros con un cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos alimenticios y biliosos y disminución de sus evacuaciones; había una tendencia marcada al estado de algidez. Al examen encontramos un abdomen moderadamente doloroso a la presión, sin resistencia de la pared y sin puntos específicos de mayor sensibilidad. El estado general bastante malo, con tendencia al enfriamiento periférico y el pulso que al principio era normal empezó a tener tendencia a volverse rápido, depresible e irregular. Durante veinticuatro horas estuvo en observación con la administración únicamente de venoclisis, tonicardíacos, anal-

gésicos y antiespasmódicos. El recuento globular fue normal y la temperatura también. Un flai abdominal reveló presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, distensión marcada del intestino delgado con niveles líquidos, sentándose en consecuencia el diagnóstico de obstrucción intestinal y recomendándose por lo tanto la intervención quirúrgica inmediata.

Al llevar a cabo la laparotomía se encontró, de acuerdo con el diagnóstico radiológico presencia de trasudadosanguinolento en la cavidad y muy fuertes adherencias de diversos segmentos del ileon entre sí y con la pared abdominal que cerraban la luz intestinal. El desprendimiento de estas adherencias fué sumamente laboriosa y se consiguió, tras provocar una perforación intestinal que a continuación fué suturada. Otras adherencias no oclusivas fueron respetadas porque el enfermo había entrado ya en estado de shock; tampoco se hizo resección intestinal, como hubiera sido lo recomendable dado el estado de la pared de una buena porción de intestino, por la misma razón. El postoperatorio fue sumamente azaroso y el paciente tardó varios días en salir del shock. Al ser removidos los puntos al octavo día hubo salida de abundante pus de tipo colibacilar lo cual en un principio dio la impresión de que fuera establecerse una fistula lo cual afortunadamente no sucedió. La herida operatoria quedó abierta hasta la aponeurosis en toda su extensión. Fue dado de alta a los quince días cuando la herida empezaba a granular. Inesperadamente la cicatrización ulterior de la herida siguió un curso sumamente favorable y al cabo de un mes había cicatrizado por completo observándose una cicatriz casi lineal. El estado general del enfermo mejoró rápidamente y todas sus funciones recobraron la normalidad. El segundo paciente era R. B. de trece años de edad, a quien tuvimos ocasión de ver por primera vez el 2 de octubre del corriente año. Los familiares referían que hacía cinco días se había iniciada la enfermedad con la aparición repentina de un dolor agudo en el abdomen que se repetía con frecuencia en forma de calambre; al mismo tiempo eructos, vómitos alimenticios y diarrea con sangre. Posteriormente se notó meteorismo y el estado general empeoró en forma alarmante tras la administración de un purgante salino. Fue en estas condiciones que el enfermo fue internado en La Policlínica. Al examen físico se encontró marcado meteorismo con relieve de asas intestinales distendidas a través de la pared abdominal, reacción peritoneal generalizada y dolor abdominal provocado. No se encontró ninguna masa sospechosa. Estado general con tendencia al shock, pulso de 195 por minuto, regular e hipoienso. Temperatura 37 grados, tensión arterial máxima 80 y mínima 40. Recuento globular: 22.850 glóbulos blancos con 94 por ciento de neutrófilos. Tacto rectar normal. Diagnóstico clínico: obstrucción intestinal por probable invaginación. Examen radiológico (Fiat abdominal): marcada distensión de intestino delgado. Ya hay presencia de niveles líquidos: marcada opacidad de todo el abdomen que hace pensar en la existencia de un trasudado peritoneal.

Se indicó la intervención quirúrgica inmediata llevando al enfermo a la anestesia con suero glucosado endovenoso y transfusión

sanguínea. Al hacer la Laparotomía se puso de manifiesto la presencia de líquido intraperitoneal y muy marcada distensión del intestino delgado. Se encontró la obstrucción en el punto de unión del íleon con el ciego. El primero se había invaginado en el interior del ciego a través de la válvula ileocecal y aquel parecía como una masa distendida, maciza y sumamente dura al tacto. Las maniobras encaminadas a hacer la reducción de la invaginación fracasaron por ser el proceso ya muy viejo y haberse establecido fuertes adherencias. Se llevó a cabo una amplia resección que abarcaba por un lado desde la parte baja del colon ascendente y por otra parte, el íleon sano más próximo al ciego, obteniéndose la pieza anatómica que aquí podéis ver. Acto continuo se hizo sutura terminal del colon descendente en íres planos y a continuación una ileoneocolostomía. Una vez terminada esta parte de la operación nos encontramos con que el intestino delgado sumamente dilatado hacía imposible su restitución al interior de la cavidad abdominal, viéndonos obligados a practicar una ileotomía con el objeto de aspirar gran parte del contenido intestinal. Acto continuo colocación de un dreno de Penrose y sutura de la pared abdominal. Curso postoperatorio con venoclisis de sueros salino y glucosado, transfusiones sanguíneas, antibióticos y prostigmina. El curso general fue sumamente bueno consiguiéndose las primeras evacuaciones al cuarto día. A los ocho días y después de quitar los puntos, supuración moderada pero con abertura completa en todos sus planos de la pared. Nuevamente fue llevado el enfermo a la sala de operaciones para la reparación oportuna de la herida. Tres días después aparición de fistula al parecer de yeyuno. En esta situación y estando los familiares escasos de recursos económicos el paciente fue llevado al Hospital General donde quedó bajo los cuidados del Dr. Carlos A. Delgado, quien afortunadamente no tuvo que intervenir más que mejorando el estado general del paciente y hacer las curaciones locales ya que en el curso de unos quince días la fistula cerró por completo.

E.1 tercer caso fué H. P. quien fue operada a fines del mes de abril por uno de nuestros colegas con el diagnóstico de apendicitis aguda. Ya una vez hecha la laparotomía se comprobó que el apéndice estaba sano y que lo que en realidad había, era una salpingitis aguda bilateral. Se efectuó la salpinguectomía sin ninguna complicación. El postoperatorio fue sumamente molesto, ya que la enferma se quejó continuamente de distensión abdominal con dificultad para la emisión de gases. Fue dada de alta en los primeros días del mes de mayo. Las primeras semanas transcurrieron muy bien pero pronto empezó a quejarse de dolores abdominales más o menos vagos. Por fin, el día 10 de noviembre fue internada en este Hospital por su médico de cabecera y fuimos llamados en consulta. Había dolor abdominal bastante intenso, que se presentaba por crisis, con náuseas y vómitos de tipo bilioso y ausencia de evacuaciones. La exploración dio como resultado, una moderada distensión del abdomen, dolor en todo el cuadro cólico sin reacción peritoneal. Al día siguiente un «Fiat», puso en evidencia un cuadro radiológico típico de obstrucción intestinal, con gran distensión del intestino delgado y presencia de

abundantes niveles líquidos en el mismo, estando la obstrucción según el radiólogo en el yeyuno. Fue intervenida el día siguiente, encontrándose varias asas intestinales yeyunales íntimamente adheridas entre sí y al muñón de la trompa derecha; este proceso adhesivo, ocluía completamente la luz intestinal. En las maniobras de desprendimiento de dichas adherencias, el intestino resultó perforado en varios lugares. En este momento la enferma entró en shock, a pesar de la sangre que le estaba siendo transfundida, con caída completa de la tensión arterial que se hizo imperceptible así como también el pulso, que ya no era contable. En esta situación tan desagradable, decidimos hacer una resección intestinal lo más rápida posible. Hubo necesidad de resecar cerca de un metro de intestino, con el temor de que la enferma falleciera en la mesa de operaciones. La sutura terminoterminal hubo que hacerla con gran precipitación y lógicamente no quedamos satisfechos de la misma. La pared fue suturada con únicamente puntos totales, que abarcaban peritoneo, aponeurosis y piel. La enferma salió de la sala de operaciones en estado agónico. Nuevas transfusiones de sangre, introducidas a gran presión, tonicardíacos y oxígeno, hicieron posible que saliera del shock y al día siguiente el estado de la paciente era relativamente bueno. A los tres días se observaron los primeros síntomas de motilidad intestinal. Sin embargo la temperatura empezó a elevarse llegando en algún día hasta 40° C. y así continuó en los días subsiguientes a pesar de la ierramicina endovenosa que se administró continuamente. A los 8 días, y como quiera que el cuadro febril persistiera, además de un dolor bastante marcado en el vacío izquierdo, resolvimos explorar de nuevo el abdomen. Al dejar de nuevo expuesta la cavidad, observamos, que varias asas intestinales se habían adherido a la pared abdominal muy íntimamente; por otra parte no se pudo encontrar ninguna colección de pus. Como quiera que la enferma empezara a entrar de nuevo en shock y que para despegar las adherencias, probablemente hubiera sido necesario llevar a cabo de nuevo una resección intestinal, nos limitamos a dejar colocado un dreno de hule y hacer esta vez la sutura de la pared en tres planos. Nuevamente el postoperatorio fue bastante bueno, pero al tercer día, se estableció una fístula estecorácea. Desde entonces, la cantidad de contenido intestinal derramado por la fístula ha ido decreciendo aunque muy paulatinamente, día a día, y las evacuaciones se han ido haciendo asimismo, más grandes y frecuentes. La alimentación de la enferma ha sido mediocre y se ha estado ayudando con sueros, transfusiones sanguíneas, extracto de hígado y complejos vitamínicos parentéricos.

No pudiéndose a nuestro parecer hacer nada por la enferma al menos por el momento, con el fin de activar el cierre de la fístula, y ante la intranquilidad de los familiares, decidimos aconsejar su traslado a un centro hospitalario del exterior. Quince días después tuvimos la información directa de que la enferma estaba en excelentes condiciones y que el tratamiento que se había seguido con ella había consistido única y exclusivamente en continuar mejorando el estado general y en hacer una aspiración continua del contenido intestinal

que se derramaba sobre la herida operatoria. En esta forma, según se me informó, la fistula había cerrado casi por completo.

Como decíamos al principio de este trabajo, una de las cosas que a nosotros nos llamó más poderosamente la atención, fue el gran papel que en los distintos diagnósticos, desempeñó la radiología. Efectivamente, una simple revisión, de los casos primero y tercero, nos hará ver inmediatamente, que se trataba de cuadros de obstrucción subclínicos, que no habrían podido ser diagnosticados con certeza, sin el auxilio de los Rayos X, sino al cabo de muchas horas, y por lo tanto, con grave perjuicio de los pacientes, que hubieran sido llevados a la sala de operaciones, en estados más avanzados de toxemia y posiblemente con procesos más acentuados de déficit de irrigación sanguínea del intestino.

También nos parece digno de hacer resaltar, en el caso del niño ■ de la invaginación intestinal, su resistencia, a pesar de la edad, que no parece ser la más apropiada para hacer resecciones, a una amputación bastante considerable de colon e íleon. Por otra parte, si bien es cierto que no tenemos la evidencia, sospechamos que en este paciente la fistula que se formó fue debida a la enterostomía practicada con el fin de extraer fluido intraintestinal, lo cual en realidad creemos que se hubiera podido evitar si hubiéramos efectuado esta maniobra a través del extremo del íleon antes de practicar su abocamiento al colon.

En el último caso, en el de la señora, hubo necesidad de hacer la resección de 1 m. de intestino delgado, creemos que aunque parezca un detalle sin mayor importancia, cabe resaltar, que la enferma pudo salir del estado de shock gravísimo en que se encontraba al terminar la operación, gracias a la sangre introducida en su torrente circulatorio a gran presión, por medio de una maniobra que practicó el Dr. Napoleón Alcerro, lo cual por otra parte se evidencia como muy lógico ya que se comprende, que llega un momento, en el cual, debido al grave estado de shock, el corazón se contrae prácticamente sin encontrar masa sanguínea; en estas ocasiones la transfusión sanguínea corriente, gota a gota, no resulta efectiva y nosotros hemos visto ya morir algún paciente en estas condiciones. La introducción rápida de sangre, es por lo tanto la única forma de restablecer urgentemente la presión del shockado.

EVOLUCIÓN

ESTADO ACTUAL Y FUTURO DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN HONDURAS

Por el **DR. RAMÓN ALCERRO CASTRO**

1er. Congreso de Psiquiatría de Centro América y Panamá.

4 al 8 de Diciembre de 1952.

San José, Costa Rica.

La asistencia psiquiátrica en Honduras está en su etapa inicial. Apenas se ha principiado en los últimos cuatro o cinco lustros a prestar alguna atención a los enfermos mentales.

ASISTENCIA PUBLICA ESTATAL

El estado no cuenta con ninguna institución adecuada para la asistencia hospitalaria o dispensarial de los psicóticos y neuróticos. Desde 1926 se ha ido formando lo que en 1948 se convirtió en Departamento de Neuro-Psiquiatría del Hospital General de Tegucigalpa. Dicho Departamento es actualmente la única dependencia del Estado para el tratamiento en régimen hospitalario de las psicosis y otros estados mentales patológicos. Como su nombre lo indica admite y trata también enfermos de tipo neurológico.

Este Departamento se formó por la invasión de enfermos mentales y neurológicos en la sección anexa al Hospital con el nombre de Asilo de Indigentes.

En 1926, según referencia personal del Director del Hospital en aquel tiempo, en el Hospital había tres epilépticos, dos mujeres y un hombre.

En septiembre de 1929 se terminaron pabellones destinados a los Indigentes, llegando a treinta el número de Asilados, correspondiendo quince a un sexo y quince al otro. En 1930 el número subió a 58, 35 hombres y 23 mujeres. Y como ya entonces muchos eran en-

fermos mentales se nombró un Médico Alienista para su asistencia. El primer nombrado fue el Dr. Ricardo D. Alduvín de vasta cultura general y médica, incluyendo la psiquiátrica. Se nombró también un estudiante de medicina como practicante interno.

De 1933 a 1939 fue médico del Asilo el Dr. Carlos Romero, quien fue substituido por el Dr. Fritz Stern, psiquiatra alemán que vivió algunos meses en Honduras. Al alejarse el Dr. Stern se encargó de la medicatura del Asilo, el Director del Hospital Dr. Juan A. Mejía M. Este fue substituido, a propuesta suya, por el que escribe, quien de 1943 a 1945 estuvo en Washington, D. C, E. U. A. estudiando neurología y Psiquiatría, habiendo dejado encargado como médico del Asilo al Dr. Abraham Riera H. A su regreso de Washington volvió a su puesto, desempeñándolo por un año, retirándose temporalmente del Asilo denominado ahora de Indigentes y Alienados. En su ausencia llegó a desempeñar el cargo de Médico Alienista el Dr. Armando Bardales. En 1948 regresamos a trabajar al Hospital como Primer Psiquiatra del Departamento de Neuro-Psiquiatría. Ese año el Asilo de Indigentes siempre anexo a la Dirección del Hospital pasó a ocupar un elegante y adecuado edificio, con equipo y personal independiente. Desde 1948 los médicos del Departamento de Neuro-Psiquiatría fueron elevados a dos, el que escribe como Psiquiatra y el Dr. Bardales como Asistente. Desde 1950 se ha legislado el aumento de los médicos Asistentes a dos, percha habido un retraso en la ejecución de esa disposición. El Dr. Bardales ha vuelto a quedar encargado del Departamento en dos ocasiones, en 1949 cuando el Dr. Alcerro Castro hizo un viaje de Estudios a España y en 1952 en que volvió a los Estados Unidos.

Como se ha dicho, los enfermos mentales y nerviosos fueron invadiendo los Pabellones destinados a Indigentes, hasta hacer que esos Pabellones se transformaran en Departamento de Neuropsiquiatría y se construyera un edificio para el Asilo de Indigentes, posteriormente llamado de Inválidos. Hacia 1945 el Asilo era el «cajón de sastre» del Hospital General, cajón en donde se tiraba lo que sobraba en los otros servicios: allí úlceras de las piernas, dermatosis crónicas, cancerosos no tolerados en los servicios quirúrgicos o de medicina, ciegos, paralíticos, epilépticos y psicóticos. Con el progresivo desarrollo de los servicios asistenciales para las diferentes especialidades médicas, incluyendo la creación del Departamento de Neuro-Psiquiatría, el panorama cambió. Los enfermos dermatológicos pasaron a su correspondiente servicio; y así también los de cancerología, oftalmología, etc. Como resabio de la antigua situación e insuficiencia de otros servicios asistenciales quedan en neuro-psiquiatría y se admiten de vez en cuando pacientes no neurológicos ni psiquiátricos.

Actualmente hay una población de alrededor de doscientos veinte y cinco pacientes, con marcada tendencia al aumento. Desafortunadamente están asilados en un espacio demasiado pequeño; con elementos insuficientes para humanizar su trato y con inmensas limitaciones para su asistencia médica. Además de los médicos trabajan en el Departamento dos practicantes internos alumnos de psi-

quiatría que la hayan cursado, una hermana de la Caridad como enfermera Jefe y dieciséis ayudantes de enfermería, nueve hombres y siete mujeres.

Por fortuna el número de pacientes es bastante bajo dada la población del país, que es de 1.300.000 habitantes, los cuales como Uds. saben están repartidos en un amplio territorio y sin grandes centros de población. Los pacientes llegan a Tegucigalpa desde todos los rumbos, si bien es cierto que es menor el número que llega de los sitios muy distantes y menos civilizados.

Según el informe que corresponde al año fiscal 1951-1952, había en el Departamento de Neuropsiquiatría el 30 de junio del 52, ciento ochenta y seis enfermos, noventa y ocho mujeres y ochenta y ocho hombres.

En mujeres los mayores grupos estaban formados por: Epilepsia, con treinta y un enfermas; Esquizofrenias, con veintisiete pacientes; trece Oligofrenias y siete Psicosis Maníaco-Depresivas. Figuraban entre las otras denominaciones diagnósticas empleadas, entre las psiquiátricas, las siguientes: Psicosis involutivas, Psicosis Epilépticas, Psicosis puerperal. Psicosis Senil, Demencia Arterioesclerótica, Psiconeurosis, Síndrome post-encefálico, Diplejia Cerebral, Hemiparkinsonismo y Dislalias. Todavía hubo algunos diagnósticos que indican que los pacientes fueron admitidos bajo el antiguo concepto del «Asilo»; tales un caso de «caries Centarias» y dos de «Anemias».

Durante el mismo año se admitieron a los servicios para Mujeres del Departamento en cuestión, ciento ochenta y ocho pacientes de las cuales el mayor número correspondió a las Epilepsias, con cuarenta y cuatro admisiones; el segundo lugar a las Psicosis Maníaco Depresivas con veintidós admisiones; el tercero a las Esquizofrenias con dieciocho admisiones y el cuarto a las Oligofrenias con quince. El resto se repartió entre los diferentes rótulos diagnósticos anotados, y otros más.

La situación fue muy parecida en los Servicios para Hombres, en cuanto a las Epilepsias y Esquizofrenias. El número de Psicosis Maníaco Depresivas fue muy bajo, y, en cambio fue alto el de alcoholismo. De doscientas veinte y ocho admisiones correspondieron cuarenta a Epilepsias, treinticuatro a alcoholismo, veinte a Esquizofrenias, nueve a Psicosis Epilépticas y seis a Toxifrenias alcohólicas.

Entre los otros diagnósticos con pequeño número de pacientes, se encuentran los siguientes: Psicosis traumáticas, Psicosis Senil, Neurosífilis, Parálisis agitante, Síndrome Estriado, Síndrome cerebral Post-traumático, trombosis cerebral, Mieloma vertebral, etc. Y entre los del antiguo «Asilo»: Ulceras de las piernas. Poliartritis reumatoide y Sinusitis Fronto-maxilar.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA INFANTIL

Desde 1950 hay en Tegucigalpa una Escuela de Enseñanza Especial para defectivos mentales socialmente aprovechables. Esa misma Escuela reunió en una sola la Escuela para Sordomudos, fundada

en 1938 y la Escuela para Ciegos, fundada en 1948. Dirige la Escuela, provisionalmente el que habla y hay además un médico escolar. La Sección para Retrasados Mentales es pequeña, sólo tiene doce alumnos, todos ellos de Tegucigalpa. No tiene internado. La actual Profesora ha hecho su entrenamiento sobre el propio terreno. El Gobierno tiene una becaria en la Escuela Normal de Especialización de México, D. F.

Hay en Tegucigalpa una Escuela Vocacional y otra Correccional, ambas dependientes del Ministerio de la Gobernación y Justicia. Ambas admiten niños difíciles y menores infractores. No sabemos que tengan guía técnica especializada psico-pedagógica.

ASISTENCIA PRIVADA

Dada la gran insuficiencia de la protección que el Estado ha dado a los enfermos mentales y la emigración de los mismos a los países centroamericanos para ingresar en hospitales psiquiátricos estatales, únicos existentes en esos países hasta hace poco tiempo; y considerando que la situación no parecía pronta a cambiar, decidimos ensayar la asistencia privada. En 1946, en la ciudad de La Paz principiamos a admitir en nuestra propia casa y con objeto terapéutico, enfermos mentales. Los pacientes llegaban de todos los rumbos del país, y demostrada la respuesta favorable al tipo de servicio que ofrecíamos, nos trasladamos a Tegucigalpa en 1948, atendiendo los pacientes en una casa de los alrededores de la ciudad, al mismo tiempo que iniciábamos en El Hatillo, a 7 kms. de Tegucigalpa, la construcción del Hospital Alcerro Castro. En 1949, poco después de nuestro regreso de España, principiamos a trabajar en la parte del edificio ya terminado. Poco a poco el pequeño Sanatorio se ha ido ampliando y prestando mayores servicios a la comunidad. Se procura tratar a los pacientes según los altos niveles de asistencia recomendados en tales casos. Para un promedio de dieciocho pacientes por día trabajamos un Médico Jefe, y un Médico Interno o en su defecto un Interno Estudiante, una Supervisora Administrativa, una Enfermera Jefe de preferencia graduada y cinco ayudantes de enfermería. La mayor parte de los pacientes son agudos o para tratamiento activo y permanencia limitada en el Sanatorio. Se trata de que preferentemente se llegue a una recuperación social, o en su defecto a una adaptación social institucional; evitando la simple adaptación institucional y la deterioración. Se re-entrena a los pacientes en sus hábitos, su cuidado personal, ejercicio, recreación (con programas musicales, de radio, de cinematógrafo, paseos en automóvil, etc.) y relaciones sociales (juegos, canto, bailes, etc.) Un elevado porcentaje reciben los beneficios de la terapéutica ocupacional.

Según el informe del año comprendido entre julio de 1951 a julio de 1952, el promedio de hospitalizados por día fue de diez pacientes, número que ha aumentado en los meses posteriores. Hubo durante el año 233 admisiones (incluidos los reingresos), correspondiendo el mayor número a la adicción alcohólica, con 157 admisiones.

nes (entre las que se cuentan cuatro psicosis tóxicas alcohólicas); 24 esquizofrenias y 17 psicosis maníaco-depresivas. Las cifras de estas dos últimas son importantes porque equivalen al 60% de las esquizofrenias y al 85% de las psicosis maníaco-depresivas admitidas durante el mismo tiempo en el Departamento de Neuro-Psiquiatría del Hospital General.

Otras causas de hospitalización fueron: Psiconeurosis en 14 admisiones; Epilepsia en 2; Melancolía Involuntiva 2; Psicosis Epiléptica en 2; Psicosis Senil en 1; Psicosis Puerperal en 3; Psicosis Atebrínicas 1; Psicosis por Antabús 2; Psicosis Traumática en 2; Enfermedad de Parkinson en 1; Reacción Esquizofrénica en 1; y Absceso Hepático amibiano en 1 (esta corresponde a un alcohólico que se hospitalizó para acompañar a su hermano que se internó por alcoholismo).

CONSULTA EXTERNA

La clínica Centro Médico Hondureno de Tegucigalpa, la cual es un grupo médico especializado, tiene un consultorio de Neuro-Psiquiatría a cargo del que habla y un practicante, estudiante-de uno de los últimos cursos de Medicina.

RELACIONES INTERNACIONALES

Desde 1943 en adelante hemos visitado los otros países de Centro América excepto Panamá, estableciendo relaciones con los colegas Psiquiatras y médicos generales y de otras especialidades, observando la labor psiquiátrica en los diferentes países, aprendiendo de ellos, presentando charlas, dictando conferencias e introduciendo los métodos terapéuticos psico-quirúrgicos.

TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA

En Honduras usamos: a) entre los métodos somáticos de tratamiento la insulino-terapia corriente y modificada; la estimulación cerebral eléctrica con corrientes alternas sinusoidales como con corrientes en espina, con corrientes de onda y espina y con corrientes con onda y espina interrumpidas; la farmacoterapia de acción sedante anti-convulsivante, estimulante, para tratamientos de aversión, etc.; las dietas, vitamínicas y hormonoterapias, las lecotomías prefrontales trasorbitarias y las transcraneales según Freeman y Watts y de Poppen;

- b) La terapéutica social, ocupacional y recreativa; y
- c) La Psicoterapia en sus formas de entrevista psiquiátrica, psicoterapia breve, psicoterapia activa y narcoterapia.

ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA E INFORMACIÓN A LOS MÉDICOS GENERALES Y AL PÚBLICO

En 1950 al crearse la Cátedra de Psiquiatría, principiamos a enseñarla en la Escuela de Medicina. Actualmente se denomina Clínica Psiquiátrica, se enseña en el sexto curso, el penúltimo de la carrera. El curso es obligatorio, se debe llenar la asistencia y la práctica correspondiente. No hay examen. El curso consta de cincuenta Y tres lecciones, repartidas en una primera parte general sobre Concepto, Extensión e Historia de la Psiquiatría; una segunda sobre Fundamentos Psicológicos; una tercera sobre Psicopatología Psiquiátrica y una cuarta sobre Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica.

Año tras año hemos venido presentando ante la Asociación Médica Hondurena, el Colegio Médico de Honduras, la Universidad Central, sociedades legas y público en general, diversos temas en relación con la Psiquiatría y la Higiene Mental. Algunos de ellos han sido reunidos este mes, tomados de las Revistas en que habían sido publicados, en un folletito que humildemente presentamos a los asistentes a este Congreso.

Hemos gestionado becas para estudios de Psiquiatría para Médicos y para Enfermeras y para Estudios de Psicopedagogía del Niño subnormal. El Gobierno de Honduras ha prestado todo su apoyo a nuestras gestiones, pero han faltado vocaciones y solamente la Beca para los últimos estudios ha sido cubierta. El Gobierno becó también, en colaboración con el de la República de Chile, a un Profesor para que hiciera estudios de Psicología. Después de completar sus estudios y graduarse acaba de regresar a Tegucigalpa el Profesor Víctor Funes Donaire, quien tiene en sus manos un vasto campo de acción. Probablemente prestará sus servicios en el ramo Educacional, iniciando sus labores en el campo de la Higiene psico-social de la Orientación Profesional.

FUTURO

Honduras está caminando rápidamente en un vasto programa de progreso integral. Dentro de él no podrá quedarse atrás la parte de la Asistencia Social que corresponde a la Higiene Mental y la Asistencia Psiquiátrica.

Necesitamos y esperamos tenerlo en un futuro no muy lejano, por lo menos un equipo de trabajo compuesto por Psiquiatras, Psicólogos, Psico-higienistas, Paido-psiquiatras, Enfermeras Psiquiátricas, Visitadoras Sociales Psiquiátricas, Maestras de Enseñanza Especial para niños subnormales y menores infractores, neurólogos y neurocirujanos. Y que el Estado provea los establecimientos y medios adecuados para la realización de esa tarea psico-higiénica, psico-educativa y psiquiátrica. Tratando de ayudar en la planificación de estos trabajos para suplir la falta que hace en el país, hemos propuesto la siguiente Ley de Sanidad Mental, esperando que previo estudio, sea presentada en las actuales sesiones de la Cámara Legislativa, por un grupo de Legisladores Médicos y por el Colegio Médico de Honduras.

ATRESIA DE INTESTINO

Estudio de 17 casos

DR. CARLOS SARIÑANA DR.

CARLOS DELGADO (hondureno)

La atresia congénita de intestino es una malformación poco común en la cual existe una obstrucción completa del intestino.

Desde 1887 Therman (5) reportó 2 casos de atresia de intestino en un grupo de 116.000 niños, y en un período de 11 años.

Ernst (5) de Copenhague reporta sólo 2 casos en 41.000 niños. Sheldon (5) señala 26 casos en 6.000 autopsias del Sick Children's Hospital de Londres.

En 1931 Webb y Wangenstein (5) hacen una revisión de la literatura y encuentran 500 casos de atresia congénita de! intestino.

Nosotros en el Hospital Infantil de México, de 70.000 admisiones en un período de 8 años, hemos encontrado 17 casos diagnosticados por intervención quirúrgica y 5 clínicamente.

La etiología de esta malformación es un punto de gran interés, pero desgraciadamente no se ha llegado todavía a determinar de manera precisa su naturaleza, quedando sólo como hipótesis algunos factores entre los que podríamos mencionar como más probables, las infecciones a virus en los 4 primeros meses del embarazo o sea el correspondiente al período órgano genético del feto.

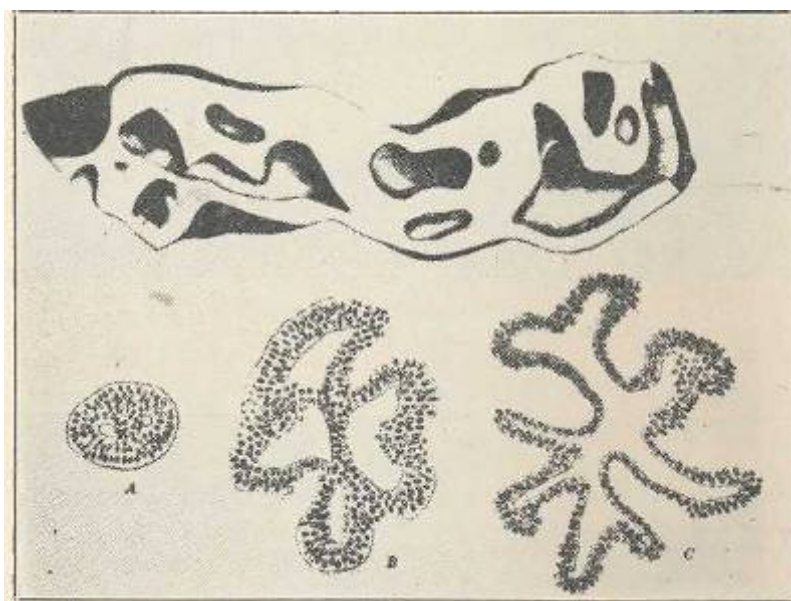
Según Gregg (13) las infecciones a virus que produce la rubéola durante los primeros 4 meses del embarazo, ocasionan en el feto malformaciones en el 90% de los casos y si aparecen en los 2 primeros meses esta frecuencia asciende al 100%.

También se ha señalado que la hepatitis infecciosa a virus puede ocasionar malformaciones congénitas en el feto y en la serie de casos que nosotros presentamos, 2 de ellos tienen antecedentes de hepatitis infecciosa en la madre durante el embarazo.

Otro tipo de enfermedades a virus como el sarampión, la parotiditis y la viruela también son capaces de producir malformaciones entre las cuales puede estar incluida la atresia de intestino.

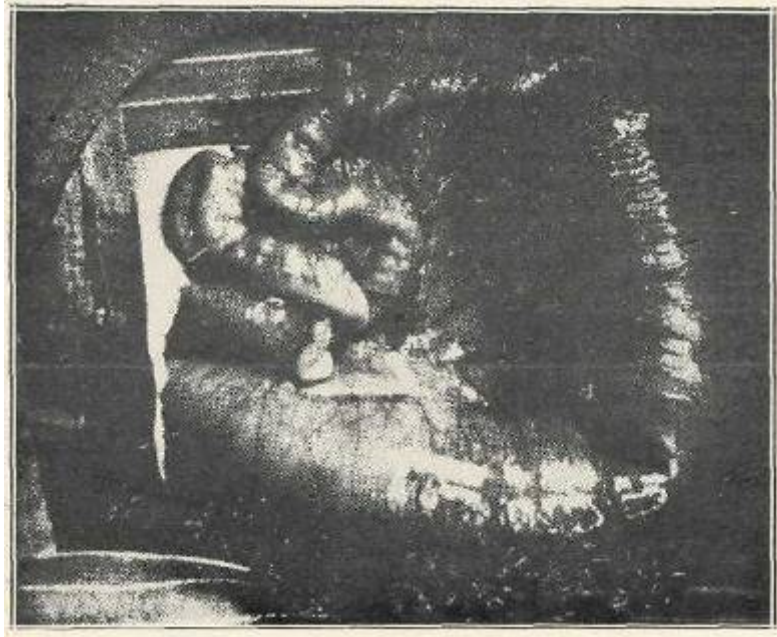
Thermin (15) cree en la teoría de la peritonitis fetal como factor etiológico de la atresia del intestino.

Desde el punto de vista embriológico, la patogenia de la atresia de intestino se explica de manera más o menos satisfactoria, por una detención del desarrollo embrionario en el tercer mes de la vida fetal, pues es bien sabido que alrededor de la 5^o semana, el intestino tiene su luz cubierta de epitelio que poco después prolifera obliterando la luz desde el píloro hasta la válvula ileo-cecal y convirtiéndose al intestino en tubo sólido. Más tarde aparecen vacuolas entre las células epiteliales, las cuales vuelven a convertir al intestino en tubo hueco. La atresia se explicaría por una falta de **coalescencia**, de estas vacuolas (15) (5).



La atresia de intestino puede presentarse en dos **formas**: una que es la menos frecuente, consiste en un **diafragma** o tabique interno que obstruye por completo el intestino, otra en la que el intestino termina en saco ciego y existe una completa separación con el extremo distal. En ocasiones puede estar unido el saco ciego por una banda fibrosa y en otras pueden presentarse atresias en varios sitios.

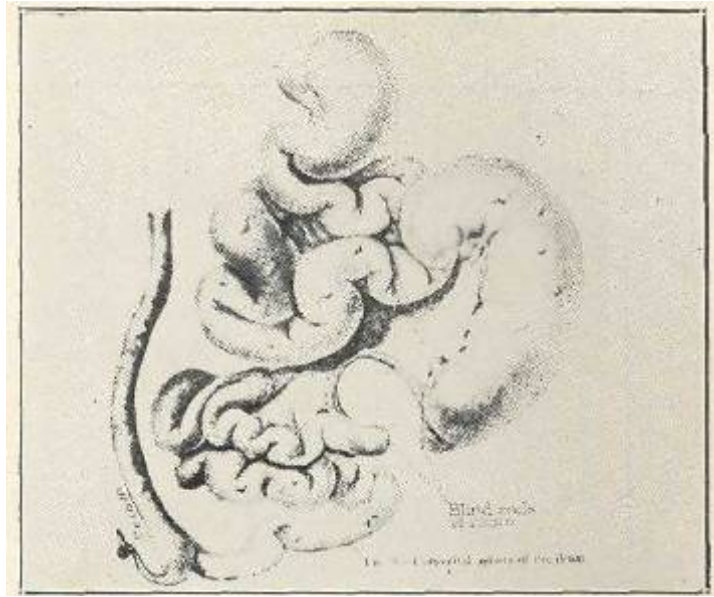
El segmento **proximal** del intestino aparece enormemente dilatado y contrasta con el diámetro pequeño del extremo distal el cual no contiene gas sino sólo pequeñas cantidades de **moco**. Este intestino colapsado generalmente mide no más de 4 a 6 mm. de diámetro. El sitio más frecuente de la obstrucción es la parte baja del yeyuno e Íleon, sin embargo, puede presentarse en cualquier parte del tracto intestinal. Tanto los autores extranjeros como nuestras propias obser-



Tipo I de Atresia Intestinal



Tipo I Atresia Intestinal con múltiples diafragmas.



Tipo II de Atresia Intestinal, terminación de los Cabos Intestinales en fondo de saco.

vaciones dan al íleon la preponderancia en la localización de esta malformación, siguiendo después el duodeno y yeyuno como sitios más frecuentes.

Sinfematología.—Los niños con atresia de intestino presentan generalmente síntomas desde el primero y segundo día de nacimiento, siendo los vómitos los primeros en aparecer. El carácter de ellos dependerá del nivel de la obstrucción y así serán alimenticios si la obstrucción es alta o amarillentos y fécaloides si la obstrucción es baja. El carácter de las evacuaciones tiene cierta importancia y generalmente son escasas y secas, de color verde grisáceo y en ellas puede investigarse la presencia de células cornificadas durante las primeras 48 horas con la técnica de Farber (15). Los vómitos que contengan bilis, hablan en favor de obstrucción infravateriana.

La distensión abdominal en mayor o menor grado depende también del nivel de la obstrucción así como del tiempo de evolución; su aparición es variable, en algunos casos es descubierta por el tocólogo desde el primer día y en otros después de las 24 a 48 horas, dependiendo esto, de la mayor o menor cantidad de alimento ingerido y los vómitos. En la obstrucción duodenal pueden observarse ondas peristálticas que cruzan el epigastrio de izquierda a derecha y en la obstrucción yeyunal, ileal y colónica dibujo de asas.

REVISION DE CUENTAS CONSERVADOS EN 17 CASOS DE ATESIA INTESITAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEJICO.

No. do caso	Sexo	Edad (años)	Por Cuarentena	durante la gestación	S i m t o m a s	Peso	Resultado
1	Masc.	9 meses	73	Ninguno	Vómitos mac. fecal col. lisos, constipación.	2,800.	Recuperado.
2	Fem.	5 meses	22	58 ses. hepat. infecciosa.	Idea, meteorismo progresivo.	3,450.	Recuperado.
3	Masc.	9 meses	34	Ninguno	5 ^a día vomito fecal.	2,700.	Muerto.
4	Masc.	5 meses	58	Ninguno	constip. progresiva.	2,600.	Muerto.
5	Fem.	7 meses	14	Ninguno	Met. constipación.	2,300.	Muerto.
6	Masc.	9 meses	Ignorado	Ninguno	Idea, fiebre y bronc. comúnica.	2,300.	Muerto.
7	Fem.	Ignorada.	Ignorado	Ninguno	3 er. día vomito fecal con met. y fiebre.	2,200.	Muerto.
8	Masc.	9 meses	82	Hepatitis infecciosa.	Vómitos mac. fecal con constip. y meteorismo.	2,600.	Muerto.
9	Masc.	9 meses	98	Ninguno	Idea y 2 evacuaciones con met. esquelés.	2,300.	Muerto.
10	Masc.	9 meses	28	Ninguno	Vómitos mac. fecal col. con constipación.	2,650.	Recuperado.
11	Masc.	8 meses	Ignorado	Vómitos fre. cuentes.	Idea y evacuaciones agrava. sacuales.	2,120.	Muerto.
12	Masc.	9 meses	58	Ninguno	Vómitos mac. fecal col. meteorismo, constip. idea.	2,500.	Muerto.
13	Masc.	9 meses	34	Ninguno	Idea.	3,100.	Recuperado.
14	Fem.	8 meses	Ignorado	Ninguno	Idea.	2,500.	Muerto.
15	Fem.	7 meses	68	Ninguno	Vómitos, constipac.	1,720.	Muerto.
16	Fem.	7 meses	34	Ninguno	Vómitos, constipación meteorismo progresiva.	1,500.	Muerto.
17	Masc.	6 meses	14	Ninguno	Idea.	2,000.	Muerto.

NOTA: La edad de ingreso de estos niños al hospital osciló entre 6 horas y 12 días.

17 CASOS DE ATRESIA INTESTINAL OBSERVADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO EN 65,700 INGRESOS 1,543 a 1,932.

Sitio de la atresia	Tipo de Atresia	Operación	Resultados	
			Muertes	Curados
DUODENO. (1 caso)	Diafragma membranoso.	Perforación de diafragma.	1	
YEUÑO. (3 casos)	Terminación de los cabos en fondo de saco.	Yeyunostomía. Gastroyeyunostomía posterior y entero-anastomosis latero-lateral.	1 1	1
Ileon (10 casos)	Diafragma membranoso (3 casos) Terminación de los cabos en fondo de saco (7 casos)	Perforación de diafragma. Entero-entostomía latero-lateral. Ileosostomía.	2 6 1	1
Cólon Ascendente (2 casos)	Diafragma membranoso.	Perforación de diafragma		2
ATRESIAS MÚLTIPLES (1 caso)	Múltiples diafragmas en duodeno, yeyuno e ileon.	Duodenoyeyunostomía	1	
T O T A L E S.			13	4

Mortalidad en el Hospital Infantil de México.....74.4% (en 17 casos)
 Mortalidad del Children's Hospital de Boston.....86.5% (en 52 casos)

La hipertermia es un signo que casi nunca falta y es producida por la deshidratación o por la infección perifonea! si el enfermo no es tratado. Generalmente estos síntomas bastan para hacer el diagnóstico correcto, pero el estudio radiológico puede darnos signos evidentes de obstrucción y en algunos casos de localización. Las radiografías simples de vientre nos mostrarán dilatación de duodeno o distensión de asas que revelan una obstrucción baja. La administración de bario en estos casos está contraindicada por el peligro de aspiración de éste con los vómitos. El edema baritado para comprobar la permeabilidad del colon es prácticamente innecesario y sólo causa molestias al paciente.

El diagnóstico diferencial con otro tipo de malformaciones de intestino o de esófago fácilmente se establece, pues tratándose de atresia de este último la presencia de abundante saliva en la faringe y en la boca así como los vómitos de lo que ingiere y la imposibilidad para pasar la sonda al estómago, son signos característicos de esta anomalía. El aspecto especial del meconio en el ileo-meconial habla en favor de éste y la permeabilidad del ano descarta la malformación anorectal (16).

Tratamiento.—Es de gran importancia la preparación preoperatoria de estos enfermos; la intubación gástrica es una medida que siempre debe tomarse para aliviar la distensión y evitar la aspiración de vómitos. La administración de fluidos por vía parenteral así como sangre y plasma en cantidades adecuadas son indispensables.

La intervención debe llevarse a cabo bajo anestesia general, oroendotraqueal y la laparotomía pararectal derecha es la de elección generalmente al incidir al peritoneo se obtiene salida de un líquido amarillento más o menos turbio según la evolución o fecaloides si hay perforación intestinal. El intestino por arriba de la obstrucción se encuentra enormemente dilatado contrastando con el aspecto de tripa de pollo característica del intestino por debajo de la obstrucción.

La anastomosis primaria enterolateral es la de elección y ésta debe ser practicada sin el uso de clamps en el intestino colapsado.

La anastomosis es preferible hacerla en 2 capas y con seda 4-0 y la introducción de una sonda en el extremo colapsado así como la inyección de suero fisiológico dentro de la luz del intestino facilita la sutura (15).

En casos muy graves puede practicarse la ileostomía preliminar con enteroanastomosis secundaria, pero en términos generales es preferible hacer la enteroanastomosis primaria debido a la mala tolerancia de las ileostomías en esa edad.

En la variedad de atresia representada sólo por diafragma o tabique, el tratamiento consiste en la perforación de éste con una pinza de Kelly a través de una incisión por arriba de donde se encuentra situada la atresia.

En la atresia duodenal supravateriana la gastro-yeyunostomía es el procedimiento de elección y en las infravaterianas la duodeno-yeyunostomía es la más eficaz (15).

El tratamiento postoperatorio es también de gran importancia.

La succión gástrica debe ser mantenida hasta que desaparezcan los vómitos y el colon debe ser irrigado con enemas de suero fisiológico 2 o 3 veces al día. La administración de fluidos, sangre y plasma debe hacerse para mantener el equilibrio electrolítico y las condiciones generales del paciente y el uso de los antibióticos combinados es indispensable para prevenir o combatir la infección.

Es muy importante hacer la exploración de la permeabilidad del tubo digestivo para estar seguros de que no existen atresias múltiples pues en estos casos sería necesario practicar la perforación de los tabiques o las anastomosis necesarias. La introducción de una sonda de Nélaton después de la perforación de un tabique confirma que ha quedado restablecida la permeabilidad intestinal.

Resultados.—Este tipo de malformación congénita tiene mortalidad elevada, sin embargo sería necesario analizar los diversos tipos de atresia pues los resultados varían en relación a su situación Y a su tipo. Estadísticas extranjeras hasta 1940 reportan mortalidad más elevada en las atresias duodenales y yeyunales.

Ladd y Gross (15) de Boston, en una serie de 52 casos hasta 1940 tienen una mortalidad de 86.54%. En nuestra serie de 17 casos tenemos una mortalidad de 74%. De éstos fueron duodenales con tabique, un caso; yeyunales con completa separación de los cabos, tres casos; ileales, 10 casos de los cuales 3 fueron de tipo de tabique y 7 con completa separación. En colon ascendente dos casos con diafragma membranosos y atresias múltiples con diafragma en duodeno, yeyuno e íleon un caso.

Del análisis de los 17 casos estudiados podemos hacer las siguientes consideraciones:

- 1.—Doce casos correspondieron al sexo masculino y cinco al sexo femenino.
- 2.—Tres casos fueron prematuros de 7 meses, uno de 8 meses y diez de embarazo a término.
- 3.—En sólo dos casos había antecedentes de hepatitis infecciosa durante el embarazo, en los demás fueron negativos, o no fue posible investigarlos.

El tiempo de evolución antes de ingresar al Hospital, fluctuó entre 6 horas y 12 días. Los síntomas fueron los de oclusión intestinal con la variación en los caracteres de los vómitos y el meteorismo en relación con lo tardío del tratamiento. El peso de estos enfermos fluctuó entre 1.500 Kg. y 3.450 Kg., siendo el peso promedio de 2.500 Kg.

La mortalidad tan elevada en este padecimiento puede ser modificada con la oportunidad del tratamiento ya que la infección peritoneal y de las vías aéreas son las complicaciones que agravan el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—The Journal of Pediatrics. May 1950. N° 5.
 - 2.—The Journal of Pediatrics. June 1947. Pag. 679.
 - 3.—American Journal of Disease of Children. January-June, 1948. Pag. 215.
 - 4.—Archives of Disease of Childhood. January-December, 1951. Pag. 167.
 - 5.—Intestinal Ostruction. Wangensteen 2° Edic. Pag. 260.
 - 6.—Pediatrics. Vol. 6. 1950. Pag. 20S.
 - 7.—Pediatrics. Vol. 5. 1950. Pag. 320.
 - 8.—Archives of Surgery. Jan-June, 1951. Pag. 10.
 - 9.—Archives of Suregry. Vol. 56. 1948. Pag. 58.
 - 10.—Hepatitis infecciosa durante el embarazo y su efecto sobre el feto.
(American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 62. November, 1951. N° 5).
 - 11.—Un largo y seguido estudio sobre hepatitis infecciosa durante el embarazo.
(The Journal of Pediatrics. July, 1952. N° 1. Pag. 13. Vol. 41).
 - 12.—Acta Pediátrica 40:227-248. Mayo, 1951.
 - 13.—Hidrocefalia congénita en un recién nacido cuya madre había tenido hepatitis epidémica en el segundo y tercer mes del embarazo. (Acta Pediátrica 40. 239. Mayo, 1951).
 - "14.—Estudio de 677 casos de niños con malformaciones congénitas y de sus características de gestación. (Pediatrics 1950. N° 1).
 - 15.—Ladd and Gross. Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. Pag. 25. Pag. 1.
 - 16.—Brennemann's Congenital Deformities of the Bowel Chapter 6. Vol. III. México, D. F., noviembre de 1952.
-
-

EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA PSICOSOCIAL

Ponencia de Honduras y El Salvador

II CONGRESO DE PSIQUIATRÍA DE CENTRO AMERICA Y
PANAMÁ

Guatemala, 18-23—Nov. 53

**Desarrollo de Honduras por
R. ALCERRO CASTRO**

La exposición de un tema como el presente sobrepasa en mucho mi capacidad y en cuanto a los resultados de la investigación en mi país deberían ser presentados por uno o más grupos de trabajo que todavía no hemos formado.

En otras ocasiones hemos insistido en la consideración del alcohólico como un enfermo psiquiátrico. Esta aseveración probablemente continúa teniendo muchos opositores y creo que esto se debe con mucho a la limitación que a veces quiere darse todavía a la psiquiatría, queriendo que ella se ocupe solamente de las psicosis y las neurosis muy escandalosas. Y quizá también de la consideración derivada de la anterior de que sólo el psiquiatra puede manejar los problemas psicológicos de los pacientes. En realidad, el médico general y los otros especialistas resuelven diariamente pequeños problemas psico-emocionales, sea a través de una adecuada formación y actitud médico-psicológica de acción premeditada, por robustez de su personalidad que influye sobre el paciente, o por el efecto de sostenimiento que la relación médico-medicina-tiempo-paciente ejerce beneficiosamente sobre el último.

En realidad, también es cierto, no debe de asustarnos el pensar en el alcohólico como un neurósico (a veces también como un psicótico antes que alcohólico, sin que esto encuentre gran oposición para admitirse), si bien como un neurósico moderado, benigno, muchas veces escondido. Se ha hablado del alcohólico adictivo inicial, «causi alcohólico», como de un hombre escondido en la vida de los

La acción social sobre la profilaxis y tratamiento del alcoholismo se hace cada vez más evidente en los diferentes países. En la zona americana del Caribe, Guatemala ha dado precoces, firmes y bien meditados pasos que la colocan entre los países de avanzada en esta campaña. Al funcionamiento de los organismos encargados de ella y de los cuales tanto tenemos que aprender, no voy a referirme porque estoy seguro que en este Congreso se presentarán trabajos sobre sus diversos aspectos. De las otras campañas de nuestra misma zona de las que tengo conocimiento me parece que se ha iniciado sobre bases magníficas la del comité de lucha contra el alcoholismo del Estado de Veracruz de cuya organización se encargó el Dr. E. Millan. En el comité están representados los gobiernos federal y estatal, la Universidad, las centrales sindicadas, el ejército, los Maestros, las Cámaras de Comercio, las organizaciones femeninas, la iglesia y las asociaciones de servicio como los Clubes Rotario y de Leones. El comité es autónomo con la protección y estímulo gubernamental, y tiene comisiones que estudian: 1) los diferentes aspectos jurídico, económico y social; 2) la profilaxis educativa; 3) el financiamiento; 4) la publicidad; y 5) la atención al adulto.

A más de su iniciación no tengo datos sobre el actual funcionamiento del comité de Veracruz, ni de los logros hasta ahora obtenidos. De todos modos, la amplitud en la consideración de las circunstancias a encontrar es digna de imitar en los lugares en donde aún no hayamos comenzado la amplia labor de profilaxis y rehabilitación de los enfermos de alcoholismo, y de servir de amplia guía en aquellos otros en donde las miras de sus programas no hayan alcanzado su extensión. En Honduras recientemente se ha principiado a reconsiderar la actitud pública hacia el alcoholismo.

Hace unos ocho años un hospital privado de Tegucigalpa, «El Carmen» (dedicado a medicina y cirugía generales), principió a admitir pacientes alcohólicos y continúa siendo uno de los sanatorios que admite mayor número de ellos. Se desarrolló allí en mayor escala la consideración del alcohólico como un enfermo que debe ser ayudado. Actualmente el Hospital General admite un pequeño número de alcohólicos (pocos lo solicitan) en su Departamento de Neuro-Psiquiatría. Los hospitales privados (Sanatorios o Casas de Salud), con excepción de uno, todos admiten alcohólicos si van voluntariamente y no son destructores. Un hospital privado (para enfermos mentales y alcohólicos) especializado, los admite si van voluntariamente o no, durante el período de intoxicación y por un par de días de molestias de supresión, de allí en adelante la permanencia ha de ser voluntaria, con excepción de los casos de psicosis los cuales se retienen hasta que la psicosis ha cedido, o antes si la familia decide llevarlos.

Hace dos años el Congreso Nacional rechazó la proposición de un diputado médico, para que el Estado estableciera en varias localidades, consultorios antialcohólicos.

Desde hace poco más de un año las Damas de Acción Católica establecieron en Tegucigalpa y San Pedro Sula, las ciudades de mayor población en el país, un consultorio anti-alcohólico en cada

ciudad. El de San Pedro Sula es atendido por médicos y el de Tegucigalpa, dirigido por un médico, es atendido por estudiantes de medicina de los últimos cursos.

Hizo un año en septiembre retropróximo la F.A.F.H. organizó una semana antialcohólica durante la cual en varias ciudades del país se dictaron pláticas sobre el origen y tratamiento del alcoholismo, varias fueron transmitidas por radio y publicadas en la prensa diaria.

Todos los anteriores son indicios del crecimiento de una conciencia nacional del deber de organizar un Comité de Profilaxis y Tratamiento del Alcoholismo que espero que lograremos fundar antes de mucho tiempo.

Mi experiencia personal con la atención médica del enfermo alcohólico se ha aumentado en los cuatro años que tiene de funcionar mi Hospital, el último de los mencionados al hacer la cita de los que en Tegucigalpa admiten enfermos alcohólicos. Por considerar de interés para el conocimiento actual de nuestros problemas y para futuras comparaciones, informaré sobre algunos de los aspectos que hemos estudiado en los alcohólicos del grupo que en Honduras buscan tratamiento en Hospitales privados. Cuando digo buscan quiero decir por sí mismos o por presión familiar. En este último caso con mucha frecuencia se busca el hospital como medio compulsivo de detener el episodio alcohólico y aminorar los síntomas de abstinencia. Después de ello un elevado número de pacientes no aceptó ningún procedimiento a nuestro alcance para tratar de prevenir la continuación del alcoholismo.

Los pacientes que llegaron con el propósito o aceptaron posteriormente un tratamiento antialcohólico, permanecieron en el hospital un promedio de ocho días. Durante ese tiempo se les hizo de una a tres entrevistas sobre desarrollo de su enfermedad, antecedentes y situación de vida al momento de internarse para tratamiento. Durante los dos primeros días se inyectaron vitaminas y se dieron sedantes. Si no se encontraba contraindicación se iniciaba el tratamiento por aníabús a las 24 horas de su ingreso, usando dosis altas y procurando hacer por lo menos dos pruebas con una bebida alcohólica. Con frecuencia se obtuvieron violentas reacciones con gran caída tensional, vómitos, diarrea, y tendencia al colapso. Cuando el estado físico o psíquico lo requiere, se hace la terapéutica concomitante necesaria.

La casi totalidad de los pacientes no siguió la indicación de asistir regularmente a nuestro consultorio ciudadano para nuevas entrevistas y control. De muchos de ellos no hemos vuelto a tener noticias después de su egreso hospitalario. Esto desde luego es de lamentar y también de anotar como deficiencia de las condiciones de trabajo que no han podido todavía ser modificadas.

Por las mismas dificultades de nuestra organización no todos los datos que quisiéramos detallar fueron recogidos en todos los pacientes. Sin embargo lo fueron en un número relativamente grande de casos para que sean significativos.

He aquí resumidos en cuadros los siguientes datos:

PACIENTES ADMITIDOS

Total	800
Alcohólicos	342
% Alcohólicos sobre ingresos	42.75%

CUADRO I

Porcentaje de alcohólicos admitidos al Hospital Alcerro-Castro:

AGRICULTORES	54
OFICINISTAS (incluyendo P. M. y Tenedores de Libros)	52
PROFESIONALES UNIVERSITARIOS	36
Abogados	19
Médicos	5
Farmacéuticos	4
Dentistas	4
Ingenieros	3
Botánico	1
COMERCIANTEs	34
MECANICOS	24
CHOFERES	17
CARPINTEROS	10
ZAPATEROS	9
ESTUDIANTES	11
ESTUDIANTES RETRASADOS	6
TELEGRAFISTAS	10
TOTAL	263

CUADRO II

Mayores grupos ocupacionales de 342 pacientes alcohólicos admitidos a Hospital Alcerro Castro.

IGNORADO	3
VARIABLE	5
SIN OFICIO	5
AMA DE CASA	3
COMISIONISTA	1
LABORATORISTA	2
SASTRE	6
FARMACEUTICO EMPIRICO	2
MEDICO EMPIRICO	1
ELECTRICISTA	2

LOCUTOR (inconstante) Radio	1
FONTANERO	1
CARNICERO	1
LITERATO (Oficinista)	3
JOYERO	1
PROFESOR DE EDUCACION PRIMARIA	6
SERVICIO CONSULAR	1
MINERO	4
PANADERO	1
CONSERJE	1
CONSTRUCTOR	2
RELOJERO	1
AYUDANTE INGENIERIA	1
ALBAÑIL	2
FOTOGRAFO	2
VIGILANTE	1
RENTISTA	1
PERIODISTA	1
TALABARTERO	1
MILITAR	3
RADIO-OPERADOR	2
TIPOGRAFO	4
BARBERO	4
MECANICO DENTAL	3
ENCUADERNADOR	1
TOTAL	79
Ocupación habilidad media	45
Ocupación educación media o superior	21
Ninguna ignorada y variable	13
	79

CUADRO III**Grupos Ocupacionales Menores**

Número de veces que han ingresado los pacientes alcohólicos:

UNA VEZ	233
DOS VECES	60
TRES VECES	19
CUATRO VECES	8
CINCO O MAS VECES	22
TOTAL	342

CUADRO IV**Comunidades que han provisto mayor número de pacientes**

Distrito Central	206
Tegucigalpa	155
Comayagüela	51
Esquías	21
Marcala	10
Taulabé	8
San Pedro Sula	8

CUADRO V

(Aproximado)

Lugar de residencia y trabajo

URBANA	242
RURAL	100

CUADRO VI

CASADOS	181	60.33%
SOLTEROS	100	33.33%
VIUDOS	7	2.33%
DIVORCIADOS	12	4.00%
TOTAL	300	99.99%

Estado civil de 300 alcohólicos hospitalizados**CUADRO VII**

MASCULINO	294	98%
FEMENINO	6	2%
TOTAL	300	100

CUADRO VIII**Sexo de 300 alcohólicos hospitalizados**

DECADAS	Nº Ptes.	%
10 a 19 años	2	0.66%
20 a 29 ..	80	26.33

30 a 39	"	100	33.66
40 a 49	"	77	25.66
50 a 59	"	32	10.66
60 a 69	"	9	3.00

Edad de hospitalización, por décadas, de 300 alcohólicos hospitalizados.

CUADRO IX

EDAD DE COMIENZO

	Nº de Ptes.
8 años	1
12 "	3
13 "	3
14 "	14
15 "	20
16 "	10
17 "	11
18 "	43
19 "	9
20 "	54
21 "	16
22 "	6
23 "	7
24 "	5
25 "	7
26 "	1
27 "	4
28 "	4
29 "	7
30 "	1
31 "	1
32 "	1
33 "	1
34 "	1
35 "	1
36 "	1
37 "	2
38 "	1
40 "	3
46 "	
	239

CUADRO X

Edad a la que comenzaron a beber alcohol 239 alcohólicos hospitalizados

	Nº Pacientes
A los 20 años	54
A los 18 "	43
A los 15 "	20
A los 21 "	16
A los 17 "	11
A los 18 "	10
A los 19 "	9

CUADRO XI

Edades máximas de comienzo de la bebida en 239 alcohólicos hospitalizados

TERAPEUTICA DE SOSTEN DURANTE INICIACION DE ABSTINENCIA O POR PSICOSIS	105
TERAPEUTICA POR ANTABUS	215
TERAPEUTICA DE AVERSION	5
RECIENTES (menos de 3 meses)	17
	<hr/> 342

CUADRO XII

Conducta terapéutica en 342 alcohólicos hospitalizados

ABSTINENCIAS LARGAS (4 a 15 años)	20	5.84%
ABSTINENCIAS MEDIAS (8 meses a 4 años)	25	7.30%
ABSTINENCIAS CORTAS (4 meses a 7 meses)	16	4.68%
TOTAL	<hr/> 61	<hr/> 17.82%

CUADRO XIII

Abstinencias sin Antabús o aversión en 342 alcohólicos (Abstinencias espontáneas?)

	Nº Pacientes	
EXCELENTE (abstención total)	2	0.93%
MUY BUENO (pequeñas recaídas)	39	18.14%
BUENO (6 meses 1 año)	67	31.16%

MALO (menos 6 meses)	26	12.09%
IGNORADO	81	37.62%

CUADRO XIV**Resultados del tratamiento con Antabús en 215 pacientes hospitalizados**

SE SABEN BENEFICIADOS	108	50.23%
SIN MEJORIA E IGNORADO	107	49.71%

CUADRO XV**Pacientes beneficiados por Antabús**

ABSTINENCIAS POR ANTABUS	50.23%
ABSTINENCIAS ESPONTANEAS	17.82%
DIFERENCIA FAVOR TRATADOS	32.41%

CUADRO XVI**Ventajas de Tratamiento**

CONVULSIONES	3	1.39%
PSICOSIS:	6	2.78%
Confusionales	5	
Delirante	1	

Complicaciones de tratamiento por Antabús en 215 casos.

CUADRO XVII

DELIRIUM TREMENS	15
ALUCINOSIS	6
DELIRIODES	41
ALUCINACIONES	41
EMBRIAGUEZ PATOLOGICA	13
MANIACAL POST-ALCOHOLICA	2
	<hr/>
	118

34.50% de admisiones.

CUADRO XVIII**Fenómenos Psicóticos en 342 alcohólicos hospitalizados**

NEUMONIA	2
DIABETES	2

CIRROSIS HEPATICA HIPERTROFICA	3
ABCESO HEPATICO AMIBIANO	1
PELAGRA	1
NEFRITIS	2
INSUFICIENCIA CARDIACA	1
INSUFICIENCIA AORTICA	1
	<hr/>
	13

CUADRO XIX

Otras enfermedades observadas en 342 alcohólicos

MUERTOS EN HOSPITAL	3	0.87%
MUERTOS FUERA HOSPITAL (?)	3	0.87%
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	6	1.75%
1) Intoxicación alcohol	2-2	—bebiendo
2) Muerte súbita (Ig.)		1—suicidio
3) Alcohol metílico		

CUADRO XX

Muertos en 342 alcohólicos RESUMEN—

CONCLUSIÓN—RECOMENDACIÓN

- 1.—Se revisaron algunas ideas sobre los orígenes Psico-sociales del alcoholismo y se dieron datos de la experiencia personal con un grupo de pacientes que fueron hospitalizados.
- 2.—El alcoholismo es una enfermedad de la personalidad en acción en su medio social. Derivados de uno y otro sector hay motivaciones que llevan al desarrollo de la enfermedad.
- 3.—Se pide al Congreso que recomiende a los Gobiernos y pueblos Centroamericanos la creación y operación adecuadas de Comités de Profilaxis de Tratamiento del Alcoholismo, que trabajen efectivamente en su misión abarcando los múltiples aspectos educativos, económicos, Médico Psiquiátricos, Jurídicos, etc., de la enfermedad.

El Hatillo, 15 de noviembre de 1953. ✓

PROYECTO

REPÚBLICA DE
HONDURAS **LEY DE**
SANIDAD MENTAL

Arí. 1.—El Estado, cumpliendo con el Art. 96 de la Constitución Política, tiene el deber de proteger la Salud Mental de sus habitantes. Para ello aprovechará los conocimientos científicos y las técnicas que le permitan desarrollar la más amplia asistencia, tanto para la acción preventiva. Higiene Mental, como para la terapéutica. Asistencia Psiquiátrica, de los desórdenes mentales.

DE LA HIGIENE MENTAL

Art. 2.—Para la labor de Higiene Mental se contará con los siguientes servicios:

- a) La Dirección General de Higiene Mental y Asistencia Psiquiátrica, la cual dependerá de la Dirección General de Sanidad y será la encargada de la organización, mantenimiento y vigilancia de los demás servicios a que se refiere la presente ley, poniéndose de acuerdo para ello con los Directores y Jefes de Departamento de los diversos servicios.
- b) Departamento de Educación sobre Higiene Mental y Asistencia Psiquiátrica.
- c) Clínicas de conducta.
- d) Departamentos de Psicotecnia y Orientación Profesional.
- e) Escuelas para subnormales.
- f) Escuelas para menores infractores.
- g) Cátedras de Higiene Mental durante la Educación Secundaria.
- h) Cátedras de Higiene Mental, Psicopatología, Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica en las Escuelas de Medicina.
- i) Fondo para Becas de Estudios sobre Higiene Mental, Psicología, Psicometría, Psicotecnia, Educación de Subnormales, Educación de Menores infractores. Psiquiatría para médicos. Enfermería Psiquiátrica, Psiquiatría Administrativa y toda otra disciplina necesaria para el desarrollo de la Higiene Mental y la Psiquiatría.

DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

Art. 3.—La Asistencia Psiquiátrica se proporcionará a través de:

- a) Los Hospitales de Psiquiatría para la observación y tratamiento en regímenes abierto y cerrado de las enfermedades y anomalías mentales. Estos Hospitales podrán funcionar centralizados o se parados, y tendrán las siguientes categorías:
 - 1) Hospitales para tratamiento médico activo y terapéutico para el trabajo,
 - 2) Colonias agrícolas,
 - 3) Colonias para toxicómanos,
 - 4) Colonias para psicópatas infractores,
 - 5) Asilo para niños anormales que no sean socialmente aprovechables.

Se entiende por régimen abierto aquel en el que el paciente ingresa por su propia voluntad, y los ingresados por indicación médica y que no presentan manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

Se entiende por régimen cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados en contra de su voluntad por indicación médica, por orden gubernamental o por orden judicial.

- b) Los departamentos o Secciones de Neuro-psiquiatría o Psiquiatría de los Hospitales Generales, los cuales constarán de preferencia de: 1) La Clínica, para la observación, tratamiento y corrección en régimen hospitalario abierto y cerrado de los casos agudos o recidivantes de los enfermos psiquiátricos; para los estudios e investigaciones científicas psiquiátricas y para la enseñanza de la psiquiatría de las Escuelas de Medicina, cuando éstas no tengan sus clínicas propias. 2) El Dispensario, para la observación y tratamiento en régimen ambulatorio de los enfermos que así puedan tratarse, incluyendo la vigilancia y asistencia de los egresados de las clínicas y hospitales.
- c) Los dispensarios Neuro-psiquiátricos dependientes de los Centros de Salud.
- d) Los dispensarios antialcohólicos para la observación y tratamiento ambulatorio de los alcohólicos.
- e) La Clínica psiquiátrica de los Centros Penales, para el estudio psiquiátrico de los delincuentes y para la observación y tratamiento de los delincuentes que enfermen mentalmente durante el tiempo de su reclusión.

- i) Las instituciones privadas de asistencia Psicohigiénica y Psiquiátrica, para tratamientos ambulatorios, e internamiento en regímenes abierto y cerrado de los enfermos psiquiátricos. Estas instituciones pueden funcionar independientemente o asociadas a hospitales de tipo médico general o de otras especialidades.

Art. 4.—Los Médicos de los servicios Psicohigiénicos y psiquiátricos deberán estar Registrados en la Facultad de Medicina y autorizados para el ejercicio profesional. Deben de dedicarse a la Psiquiatría. Los Directores y Jefes de Departamento deberán de ser especializados en Psiquiatría.

Art. 5.—Todo otro personal técnico de los centros psicohigiénicos y psiquiátricos, tales como médicos generales, psicólogos, enfermeras generales y especializadas, etc., deberán, de preferencia, ser titulados. En caso de no serlo se preferirá a los que tengan más práctica y certificados de aptitud y moral. Se les proporcionará enseñanza especializada en el curso del desempeño de su trabajo.

DE LA ADMISIÓN DE LOS PACIENTES

Art. 6.—El ingreso de un enfermo mental en un establecimiento o departamento psiquiátrico, público o privado, se hará:

- a) Por propia voluntad,
- b) Por indicación médica.
- c) Por orden gubernativa o judicial.

También podrá hacerse por intervención policial.

Art. 7.—El ingreso voluntario deberá hacerse:

- a) Con un certificado de un médico autorizado por la Facultad de Medicina. El médico certificante podrá hacerlo del establecimiento en donde es admitido el enfermo.
- b) Con una declaración firmada por el propio paciente y por 2 testigos.

Dentro de las 48 horas siguientes a la admisión voluntaria de un paciente se deberá comunicar su ingreso a sus familiares o allegados, o a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica en ausencia o desconocimiento de los dos primeros.

Art. 8.—El internamiento por indicación médica se hará siempre como medio de tratamiento. Para la admisión se necesita:

- a) Un certificado de un médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional. En el certificado se especificará la sintomatolo-

- gía y los resultados de la exploración. El médico certificante podrá serlo del establecimiento en que se haga el internamiento.
- b) En los casos de establecimiento en los cuales las admisiones estén a cargo de estudiantes de medicina, el ingreso de los pacientes podrá autorizarse por ellos, necesitándose la aprobación de la indicación, dentro de las siguientes 24 horas, por el médico del Servicio Psiquiátrico en donde se haya colocado al paciente.
 - c) Una declaración firmada por un pariente próximo, mayor de edad, o por el representante legal del paciente o por personas que convivan con el enfermo. En la declaración se hará constar la conformidad y se solicitará el ingreso. También se hará constar si el paciente ha estado antes interno en un servicio psiquiátrico.

Art. 9.—Serán razones para certificar la admisión a un servicio Psiquiátrico:

- a) La enfermedad psíquica cuando a juicio del médico necesite su internamiento por requerir tratamiento por ser aconsejable su aislamiento, por peligrosidad de origen psíquico y por incompatibilidad con la vida social.
- b) Las toxicomanías que pongan en peligro la salud del enfermo, la vida y los bienes de los demás o que hagan incompatible la vida social.

Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión de los enfermos se dará cuenta de ella al Director del establecimiento y a la Dirección General de Sanidad en el Departamento del país en donde se haga la admisión.

La admisión deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días después de la fecha del certificado médico correspondiente.

Art. 10.—La internación de una persona sometida a juicio se hará por disposición del Juez de lo Civil o Criminal, según el caso, y previa opinión de dos peritos, cuando ella sea necesaria para el examen pericial o el tratamiento del enfermo.

Sólo podrán confiarse a cuidados familiares y médicos extrahospitalarios, los enfermos que puedan ser tratados en régimen abierto.

Art. 11.—La admisión por orden gubernativa será hecha para observación del paciente. Podrá ser dispuesta por el Gobernador o el Jefe de Policía de las cabeceras departamentales. Si hay médico en la población será necesario que él certifique el estado de peligrosidad del paciente para sí mismo o para los demás. Cuando no haya médico o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la seguridad de la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo, no será necesario el certificado médico. El internamiento no podrá prolongarse más de un día si no

es justificado por el Director del Establecimiento. En caso de la justificación anterior, se hará la comunicación correspondiente a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica, o a sus representantes.

Art. 12.—La internación con intervención policial podrá hacerse a pedido de la familia o de los vecinos del enfermo o por determinación espontánea de la policía en casos de enfermos peligrosos, o que hayan provocado su intervención o que no tengan familia o asistencia. Si la intervención policial es espontánea, el médico del Departamento de policía o quien haga sus veces, extenderá el certificado que explique la necesidad del internamiento hospitalario. Cuando la intervención se haga a pedido de la familia o vecinos, la policía ayudará a la internación del paciente en vista del certificado médico que indique la necesidad de internamiento como medida terapéutica. En casos de urgencia podrá actuar sin el requisito del certificado médico. En estos casos el médico del servicio psiquiátrico que se encargue del paciente, deberá dentro de las 24 horas siguientes dejar constancia escrita de su opinión; y el Director del Establecimiento lo comunicará a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica o sus representantes dentro de las 48 horas que sigan al internamiento.

Art. 13.—Los enfermos mentales indigentes o sin protección familiar y cuya psicosis exija un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, serán admitidos sin dilación, y se procederá después al cumplimiento de los requisitos antes establecidos.

Art. 14.—Es pública la acción para solicitar de la autoridad gubernativa o judicial la orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico. La tramitación será de oficio y con la mayor urgencia cuando sea de interés público para el tratamiento del enfermo y la seguridad general y conveniencia social.

Art. 15.—En el plazo máximo de seis meses de observación el médico Director del Establecimiento a que ha sido ingresado el enfermo, está obligado a remitir al Juzgado correspondiente un informe en el que consten los resultados de la observación, en los casos de ingreso por orden gubernativa o judicial.

Art. 16.—Cuando un enfermo ingresado por su propia voluntad presente durante su internamiento signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocritica de su estado morbo, o manifestaciones de peligrosidad, el Director del establecimiento podrá retenerlo, y deberá ponerse de acuerdo con la familia, el representante legal del paciente, la Dirección General de asistencia Psiquiátrica o sus representantes, o el Juez de lo Civil, para transformar la internación voluntaria en una internación por orden médica, familiar o judicial.

Art. 17.—Todo médico que intervenga en la atención profesional de un enfermo mental peligroso, deberá declarar la necesidad de internamiento a los familiares, o al representante legal del mismo. Si los familiares o el representante legal del paciente se negaren a tomar las providencias del caso, el médico está obligado a denun-

ciar el hecho a la autoridad competente. Esta denuncia será también obligatoria si el paciente no tiene familiares o representantes legales. Cuando a pesar del consejo médico los familiares o representantes legales del paciente no tomen las medidas de seguridad indispensables ellos serán responsables civilmente de las acciones delictuosas del sujeto.

Art. 18.—La observación de los menores con enfermedades o anomalías mentales, para su tratamiento y educación, podrá ser solicitada por los padres, tutores o familiares, por establecimientos de asistencia o beneficencia, por los tribunales de menores directamente o a través de sus servicios auxiliares por toda otra persona o entidad que según las leyes tenga capacidad para ello.

De la salida de los enfermos de los Hospitales Psiquiátricos.

Art. 19.—Los enfermos ingresados voluntariamente podrán salir cuando lo soliciten al Jefe del Establecimiento y éste lo disponga. Se exceptúan los casos comprendidos en el Art. 16 de esta Ley.

Art. 20.—En los casos internados por indicación médica o gubernativa el egreso se llevará a cabo cuando a juicio del médico Director haya cesado la indicación de internamiento.

Los enfermos ingresados por orden judicial, y en los cuales a juicio del médico Director, haya cesado la indicación médica de internamiento, sólo podrán egresar previa autorización de la autoridad que decreta su ingreso.

Art. 21.—Cuando en contra de la opinión médica, los familiares de un enfermo o su representante legal, deseen el egreso del enfermo, el Médico Director, si el enfermo es peligroso para sí mismo y para los demás, podrá oponerse a su salida hasta oír la opinión de la autoridad gubernativa, a la que notificará la intención de los familiares o del representante legal, y la peligrosidad del enfermo.

Si no se trata de un estado de peligrosidad, pero el médico, por otras razones es de opinión contraria al egreso, los familiares o el representante legal del enfermo firmarán una declaración en la que conste que llevan al enfermo bajo la responsabilidad de ellos. El médico Director informará a la autoridad gubernativa correspondiente y a la Dirección General de Higiene Mental o sus representantes.

Art. 22.—El Médico Director de un establecimiento Psiquiátrico podrá conceder como ensayo, permisos de egreso que no podrán durar más de 3 meses. En estos casos los enfermos serán admitidos de nuevo sin formalidad ninguna; sus familiares enviarán informes quincenales del estado del enfermo, o éste visitará periódicamente el hospital o sus dispensarios. Además los familiares tienen la obligación de permitir visitas periódicas a pacientes por el personal médico o de asistencia social Psiquiátrica del establecimiento a la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica o sus representantes.

Art. 23.—Los pacientes a quienes se conceda permisos temporales de egreso, y cuyos familiares no se presenten a recogerlo en un

término prudencial, podrán ser entregados a la autoridad gubernativa para su conducción a la residencia familiar.

Art. 24.—En caso de fuga de un paciente, se notificará a la familia o al representante legal del paciente, o a la autoridad gubernativa o policial, en ausencia de aquéllos.

Art. 25.—Los enfermos mentales que sean dados de alta, recibirán un certificado del Director del Establecimiento o del Servicio o Departamento hospitalario Psiquiátrico, haciendo constar las condiciones mentales del egresado.

Art. 26.—Los enfermos mentales ingresados en los establecimientos psiquiátricos o que vivan fuera de ellos, podrán ser restringidos en el ejercicio de sus derechos civiles después de los trámites legales correspondientes.

Art. 27.—La restricción podrá ser temporal o definitiva. Será temporal: a) en los toxicómanos y alcohólicos mientras se compruebe la abstinencia voluntaria en un término que esté de acuerdo con el grado de su toxicomanía o alcoholismo, pero no podrá ser menos de 3 meses, b) En los casos de remisión parcial de la psicosis, con probabilidades de llegar a la remisión completa espontáneamente o con tratamiento.

•
Será definitiva: a) En los dementes seniles y en toda otra psicosis con síntomas residuales permanentes, b) En los casos de anormalidad mental con tendencia a la delincuencia de las toxicomanías y alcoholismo incorregibles. En los casos a que se refiere «b)» se indicará el ingreso bajo régimen cerrado a un establecimiento Psiquiátrico.

DEL EXAMEN PSIQUIÁTRICO DE LOS DELINCUENTES

Art. 28.—Los delincuentes sospechosos de padecer un trastorno mental serán admitidos a exámenes Psiquiátricos, con el objeto de establecer la indicación y forma de tratamiento médico que necesitan, y para determinar el grado de responsabilidad de los mismos.

Mientras exista la pena de muerte, ningún delincuente podrá ser sometido a ella sin antes ser sometido a peritaje de médicos Psiquiatras y Psicólogos competentes, para investigar el estado de salud mental del delincuente en el momento de la comisión del delito, durante el juicio y al decretarse la sentencia.

DEL EXAMEN PSIQUIÁTRICO DE LOS ;MIGRANTES

Art. 29.—Los Cónsules exigirán a los inmigrantes, antes de conceder la visa de ingreso al país, un certificado psiquiátrico que lleve el visto bueno de los departamentos de psiquiatría de la Organización Sanitaria del país de procedencia, en el cual se hará constar la Sanidad Mental del inmigrante. No se autorizará para establecerse en el territorio nacional a los extranjeros que padezcan enfermedades mentales y toxicomanías incorregibles.

Art. 30.—Los extranjeros residentes en el país y que sufran de enfermedades mentales crónicas y toxicomanías incorregibles podrán ser repatriados, de acuerdo con la ley de extranjería.