

# Revista

# MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

## Sumario

EDITORIAL	Pág.
El espectro de la guerra y el Colegio Médico R. A. Durón M. ....	196
Síndrome del carcinoma nevoide basocelular Dres. H. Corrales P., H. Láinez N. y R. Medina N. ....	198
Granulomas enterobiásicos pelviperitoneales Dres. R. A. Durón M. y O. Zavala C. ....	212
Nuevo método de inyección de bióxido de carbono para la práctica de neumoperitoneo y retroneumoperitoneo Dr. Jorge A. Villanueva D. ....	223
Microlitiasis pulmonar alveolar Dres. Virgilio Cardona López y Daniel Mencía ....	232
Informe sobre estudios con la calaguala .....	243
SECCION INFORMATIVA	
Carta del Colegio Médico al Sr. Presidente de la República .....	246
Boletín N° 1 del Colegio Médico de Honduras .....	251
Reglamento de Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio del Colegio Médico de Honduras .....	253
Reglamento del Comité de Auxilio Mutuo .....	256
Reglamento de Sanciones .....	257
PAGINA LITERARIA: Aut vincere, aut mori	
Dr. Héctor Láinez N. ....	264
Directivas .....	265
INDICE DE ANUNCIANTES .....	XXIII

*Revista*  
**MEDICA HONDUREÑA**  
(2\* Época) ÓRGANO DEL COLEGIO  
MEDICO DE HONDURAS  
FUNDADA EN 1930

---

---

**CONSEJO EDITORIAL**

RAÚL A. DURON M.  
Director

**HÉCTOR LAINEZ V.**  
Secretario

SILVIO R. **ZUNIGA**  
Jefe de Redacción

CARLOS SIERRA ANDINO  
RENE MEDINA NOLASCO  
ROBERTO ZERON h.  
MARIO PAVÓN  
Redactores

RAMIRO COELLO NUÑEZ  
Administrador

Oficina: Colegio Médico de Honduras, **Tegucigalpa**, D. C. Teléfono: 2-5466

**SE SOLICITA CANJE**

---

---

## EL ESPECTRO DE LA GUERRA Y EL COLEGIO MEDICO

Fue como una pesadilla. De pronto, sin saber por qué, nuestro pueblo se veía arrastrado a una guerra que no deseaba y que no había provocado. Pero ahí estaban los agresores, segando vidas, seres indefensos de ambos sexos y todas las edades. Quienes lograron huir, tuvieron que sufrir las penurias de largas caminatas, sin un bocado que llevar a su estómago, expuestos a la intemperie, llevando consigo el dolor de dejar abandonados sus queridos lares y el fruto de toda una vida de trabajo.

Ante el panorama sombrío que se cernía sobre la Patria, todos sus hijos supieron responder como era de esperarse. Se cristalizó un sentimiento de nacionalidad y de unidad como nunca se había soñado. Mientras los soldados defendían con denuedo el suelo patrio invadido, a todo lo largo y ancho del país los ciudadanos de todas las tendencias cívicas se organizaban para velar por nuestra soberanía.

El médico hondureño no fue indiferente ante ese reto. El Colegio Médico de Honduras tomó la iniciativa dentro de los gremios profesionales y con la celeridad del rayo trazó sus planes de asistencia médico-social ante la emergencia y comenzó a destacar a varios de sus miembros, tanto en el frente, en el propio teatro de los acontecimientos, como en la retaguardia, infundiendo con su ejemplo, valor a los combatientes y confianza a la población civil.

Como únicas armas llevaron una gran dosis de patriotismo y un deseo incontenible de volcar en las bajas ocasionadas por la contienda todos los conocimientos adquiridos tras largos años de estudio y experiencia sobre cirugía y patología traumática. Correspondió a ellos planificar también la prevención de epidemias en las poblaciones devastadas por la guerra y en los miles de desplazados mediante una coordinación perfecta con diversos organismos creados para efectos similares.

Fue esta también una valiosa oportunidad para darnos cuenta de la precaria situación que en materia de asistencia médica adolecen las poblaciones fronterizas con el país-agresor, prácticamente abandonadas a su suerte en tantos aspectos y no es sino hasta ahora cuando debido a ello hemos creado una conciencia de carácter eminentemente social que nos hará darles prevalencia en los programas de asistencia médico-social cuya maquinaria ya marcha a pasos acelerados.

Pueblo y Gobierno están orgullosos de sus galenos quienes a través del Colegio Médico de Honduras supieron en el momento oportuno decir presente poniendo al descubierto su marcada sensibilidad patriótica y social adquirida tras el contacto directo y continuado con esa gente sencilla y humilde, que diariamente vemos deambular por las salas de hospitales de caridad y otros centros en busca no solamente de la salud perdida sino que de las frases de consuelo que saben llenar de esperanza el alma de los desposeídos de la fortuna.

Pasado el conflicto y en vista de tanto que tenemos por delante para lograr una nueva reestructuración de la patria en múltiples aspectos el Colegio Médico vuelve a definir su conducta patriótica mediante el Pronunciamiento ante los altos dirigentes del Gobierno de la República y cuyo texto reproducimos en la Sección Informativa de esta Revista. Tal pronunciamiento, viene a ser como la lírica de un nuevo Himno Nacional de Honduras. Solamente hace falta que el Gobierno, como fiel representante de nuestro pueblo, se digne a ponerle la música.

R. A. DURON M.  
Director

# Síndrome del carcinoma nevoide basocelular

Hernán Corrales P. (\*)  
Héctor Laínez N. (\*\*)  
Rene Medina N. (\*\*•)

## I.—HISTORIA Y CUADRO CLÍNICO

Este cuadro clínico fue originalmente descrito por Nomland (1) en 1932 y posteriormente por Binkley y Johnson (2) en 1951, quienes establecen su asociación a malformaciones cutáneas y extracutáneas.

Howel y Caro (3) en 1959 destacan la distinción entre epiteloma adenoide quístico y nevo basocelular. Gross (4) 1953, McKelvey, Albright y Prazak (5) 1960, y otros, enfatizan el hecho de que nevos basocelulares se transforman en carcinomas basocelulares destructivos. Esta asociación fue también establecida por Nisbet (6) en 1943 y Carnery (7) en 1952. Quedó así claramente separada esta entidad clínica del epiteloma adenoide quístico, del **tricoepitelioma**, del siringoma, de la neurofibromatosis y otras.

La asociación frecuente con quistes maxilares y otras anomalías contribuye a establecer la identidad del cuadro. Entre estas últimas se destacan: bifurcación costal, espina bífida oculta, escoliosis o cifosis, que Howel y Caro enfatizaron.

Se ha encontrado también amplia raíz nasal tanto en los pacientes como en familiares de éstos, convirtiendo a esta anomalía en factor importante en el estudio genético y en expresión de una anomalía osea generalizada, (Gorlin y Goltz) (8). Anderson, Mc-Clendon y Howel (9) en 1953 realizaron el estudio clínico y genético de siete pacientes originales y de treinta y seis parientes de éstos y encuentran que de estos últimos, 42%: tenían nevos basocelulares; 44% quistes maxilares; 14% costillas bífidas y 14% otras deformidades de costillas; 19% espina bífida oculta y 14% escoliosis o cifosis. Se demostró claramente la base genética del síndrome.

Clendenning, Block y Radde (10) en 1964, lo llaman síndrome del nevo basocelular. En 1965 Masson, Helwig y Graham (11) lo denominan síndrome del carcinoma nevoide basocelular<sup>1</sup>. Ward (12) y Abraham (33) agregan disqueratosis palmo plantar. Hay queratosis difusas como en los casos de Gorlin y Goltz y tipo paraqueratosis de Mantoux como en los casos de Calnan (13) y Laugier y Col. (23).

---

(\*) Profesor de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Honduras. Jefe Sección de Dermatología, Hospital General San Felipe.

(\*\*) Sección de Dermatología del Hospital General San Felipe. Profesor de la Facultad de Medicina {Depto. de Medicina} Universidad Nacional de Honduras.

(\*\*\*) Jefe de Oncología del Hospital General de Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Las lesiones cutáneas fundamentales, generalmente aparecen en la infancia, pudiendo ser congénitas o iniciarse en la pubertad y aún en años subsiguientes.

Son máculas o elementos levantados, papuloides, o ligeramente pedunculados, pigmentados que miden desde 2 milímetros hasta medio centímetro o poco más de diámetro, color muy oscuro y raras veces claras. La piel vecina suele tener un halo levemente eritematoso y en ciertos elementos se advierten finas telangioectasias. Los elementos son dermo-epidérmicos.

Se localizan en la cara, preferentemente en parte superior de ésta, en cuello y tronco. Raras veces fuera de estos sitios. Su número varía desde unos 10 hasta varias decenas. Además pueden coexistir epitelomas basocelulares de tipo ulceroso, ulcero-cicatrizales, vegetantes, etc.

## II—OTRAS ASOCIACIONES MALFORMATIVAS

Otras anomalías menos frecuentemente observadas y que requieren aún cuidadosa evaluación para establecer su asociación real con el síndrome son: quistes epiteliales de piel, milium, comedones, sindactilia, fibroma, lipoma, depósitos de calcio en piel, distribución anormal del pelo y alopecia difusa congénita. Grinspan, Abulafai y Pomposiello (14) han encontrado lupia, tumor de Malherbe, verrugas seboreicas profusas, anquilosis interfalángica congénita de los pulgares. También se han informado acortamiento de los metacarpianos (Clendenning y Col.) (10) y Berlín y Col. (15) ; alteraciones de clavículas (33) ; mala implantación dentaria, retenciones dentarias, caries múltiples y ausencia de incisivos laterales ; agenesia del cuerpo caloso. Villanova y Rueda (16) encontraron gliomatosis; Kahn y Gordon (34) encontraron quistes y tumores gliales del cerebro; Gorlin, Junis y Tuna (17) encontraron hidrocefalia; Grinspan y Col. (14) encontraron anomalías en el tamaño de los ventrículos laterales y atrofia cerebral unilateral. Bajo nivel intelectual ha sido consignado por Binkley y Johnson (2) y por Boyer y Martín (18). Además se ha observado hidrouréter, agenesia renal, quistes del mesenterio, fibromas de ovario, útero bicorne y defectos reñales en la reabsorción tubular de fosfato, que se demuestra por respuesta defectuosa a la hormona paratiroidea, sugiriendo relación con pseudohipoparatiroidismo de Albright (10-28). Taylor y Col. (35) encontraron los siguientes hallazgos en tres casos autopsiados, muertos de esta enfermedad: extensión del carcinoma basocelular al cerebro y metástasis a pulmón, anomalías del cerebro en tres casos (atrofia frontal y quistes), del riñón en dos (riñón en herradura) leiomiomas de esófago y otros órganos, adenomas adrenocorticales en dos casos y enfermedad fibroquística del seno en dos de tres mujeres.

## III.—ETIOFATOGENIA

Actualmente se acepta que se trata de una lesión displásica de carácter hereditaria, dominante y autosómica de penetración alta y expresión variable.

Junes y Gorlin (19) encuentran el cromosoma uno, anómalo; lo mismo piensan Hermans, Grosfeld y Spaas (20). Grinspan y Col. (14) estudiando el cariotipo de dos familias no han encontrado dicha anomalía.

La frecuencia es igual en ambos sexos y la raza negra excepcionalmente es afectada según Masón, Helming y Graham (11). Degos y Col. (21) refieren dos casos en raza amarilla. Hermans, Grosfeld y Valk (22) la han denominado Quinta Facomatosis y Laugier, Opermann y Pogeaut (23), dicen que la multiplicidad de las lesiones permite situar la nevomatosis basocelular entre las afecciones polidisplásicas con participación neuroectomesodérmica y sugieren también el nombre de Quinta Facomatosis.

#### IV.—HISTOPATOLOGIA

Nomland consideró las lesiones fundamentales como nevos basocelulares pigmentados que podrían transformarse en epitelomas. Masón, Helwig y Graham (11) y Anderson y Col. (9) no encuentran diferencias histológicas con los epitelomas basocelulares corrientes, en tanto que Laugier y Col. (23) distinguen entre un nevus basocelular cancerizado recientemente y aquellas estructuras en que no es posible reconocer el origen del tumor. Dicen que el primer indicio de la transformación maligna de un nevus basocelular es la modificación de su estroma en beneficio del componente epitelial. Vilanova y Rueda (16) piensan que el epiteloma clásico tiene células más voluminosas y claras y estroma reacción. Creen que el nevo basocelular es derivado del germen epitelial primario en el inicio de su diferenciación, en tanto que el epiteloma adenoide quístico representaría un hamartoma con diferenciación pilar que es completa en el tricoepiteloma. Degos y Col. (21) tienen igual opinión. Grinspan, Abulafia y Pomposiello (14) opinan que, un examen detenido puede individualizar al S.N.B. como un auténtico epiteloma basocelular.

Ciertos autores creen que estos tumores son difícilmente distinguibles de los tricoepitelomas, pero Graham, Masón, Gray y Helwig (24) establecen diferencias concretas. Thies (25) afirma no encontrar diferencia entre el nevo basocelular y el epiteloma basocelular.

#### V.—DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Cuando los elementos de nevos basocelulares son poco numerosos o discretos se pueden confundir con nevos celulares pigmentados. Otras veces, las lesiones quísticas de maxilares o anomalías óseas asociadas a discretos elementos cutáneos pueden no impresionar al Odontólogo o al Médico no especializado para realizar el diagnóstico. Puede confundirse el cuadro con epiteliomatosis múltiple arsenical, senil o solar y con verrugas seboreicas y tricoepitelomas.

Son elementos útiles para el diagnóstico: aparición en edad temprana, carácter nevoide de los elementos y su distribución también en partes no expuestas al sol, pigmentación y la asociación con diversas malformaciones.

El pronóstico es el de otros epitelomas basocelulares (algunos evolucionan como "Ulcus Podens") ; hay posibilidad de degeneración fibrosarcomatosa de los quistes mandibulares. La radioterapia debe usarse con sumo cuidado. La destrucción por electrocoagulación y curetaje es oportuna.

tuna, según cada caso; los citostáticos pueden combinarse con los otros procedimientos. Hay que instruir al paciente para que acuda precozmente al consultorio, de manera que las lesiones sean tratadas con un mínimo de destrucción.

## VI—NUESTRA CASUÍSTICA

### CASO N1° 1

M.R.S., expediente N° 74.337. De sexo masculino, de 28 años de edad, raza blanca, soltero sin hijas, labrador, procedente de San Luis de Pajón, Santa Bárbara, Honduras, **hijo de dos primos en segundo grado**, que ingresó al Hospital General de Tegucigalpa, Servicio de Dermatología, el 16 de octubre de 1967.

Consulta por **numerosos elementos planos pigmentarios**, entremezclados con otros similares pero haciendo prominencia de variados grados y en diversos tamaños, hasta semejar algunos de ellos cuernos cutáneos y **epiteliomas múltiples**, miden de 5 a 15 mi., los elementos pigmentarios y las ulcerados hasta 4 centímetros, localizados en cara, cuello y parte alta del tronco.

En algunos elementos pigmentarios se advierten diversos grados de infiltración con ulceraciones poco sangrantes, cubiertas de costras serohemáticas, sobre todo en la cara y en el **cuello**. Paciente con antecedentes de **haber tenido una hermana mayor** que aparentemente falleció 12 años antes con 'a **misma patología cutánea**.

Presenta además, una cifoescoliosis muy pronunciada debida a aplastamiento de una de las vértebras de la columna dorsal inferior. Raíz nasal ancha.

No hay evidencia de deterioro mental, dientes chicos, separados y múltiples caries. También se observó atrofia testicular bilateral que se confirmó por estudio histopatológico. Las biopsias de las lesiones cutáneas del cuello y de la cara, confirmaron la sospecha clínica de **epiteliomas múltiples basocelulares**.

Varios espermogramas demostraron azospermia.

La radiografía del tórax fue normal, y las radiografías del maxilar inferior y de huesos de la cara y de la pelvis fueron también normales.

Una radiografía de columna vertebral demostró aplastamiento moderado del cuerpo de la undécima vértebra dorsal. El electrocardiograma fue también normal.

Biometría hemática, exámenes de orina y de heces en varias ocasiones fueron todos normales.

Química sanguínea, normal. V.D.R.L.: negativo. Tipo sanguíneo "O" positivo.

Se trataron con radioterapia superficial Los elementos ulcerosos grandes de la frente; con electrocoagulación y curetaje los elementos restantes, con excelentes resultados terapéuticos.

Ha sido controlado seis meses después, sin observarse recidiva clínica.

## CASO N° 2

M. M. M. (Expediente número 50606 de Clínica Centro Médico Hondureño) que consulta en febrero 14 de 1961, de 62 años de edad, casado, con dos hijos, por úlceras en la región pectoral y hombro izquierdo, que han aparecido sucesivamente sobre elementos de diversos tamaños de color obscuro que él compara a nevos y que las nota desde la edad de 25 años, profusamente distribuidas en región pectoral izquierda, parte alta de la espalda y en brazos; menos profusas en cuello y parte inferior de la cara.

Estado actual: Múltiples elementos redondeados de color grisáceo y café oscuro, en tamaños que varían de 3 a 10 mm. algunos brillantes, redondeados unos y hemisféricos otros; distribuidos en la región pectoral más abundantes a la izquierda de la línea media y parte alta de la espalda y brazos. En algunos se advierten leves telangiectasias.

En el cuello y en la parte inferior de la cara hay elementos análogos aislados.

Algunos elementos presentan moderado halo congestivo y otros presentan pequeñas ulceraciones en diversos grados de evolución. En la región pectoral izquierda y en la espalda hay elementos francamente ulcerados que miden desde uno a tres centímetros de diámetro, sangrantes que evidentemente han evolucionado sobre los elementos primitivos descritos anteriormente. Estas lesiones ulcerosas son en número de doce.

Tórax: muy estrecho.

Antecedentes personales: El paciente es diabético antiguo controlado con tratamiento. Hepatitis y amibiasis intestinal, temblor de pierna y pie y de miembro superior derechos cuyo inicio no determina y sin antecedente cerebrovascular.

Antecedentes familiares: Madre falleció de afección renal. Padre padece de hernia inguinal. Tiene tres hermanas, una diabética y otra padece de epilepsia.

Los exámenes de laboratorio revelaron siempre glicemia en ayunas de 215-234 mg.%, que se controlaron con tratamiento; fuertes trazos de albúmina en orina y glucosuria de 25 gm/1000 cc. Los Rayos X revelaron calcificaciones arterioescleróticas del cayado de la aorta. Moderada escoliosis y tórax sumamente estrecho.

La biometría fue normal, lo mismo que la química sanguínea, a excepción de la glicemia, V.D.R.L.; negativo.

La biopsia de los elementos ulcerosos mostró: "Neoplasia de tipo epitelial en forma de nodulos y masas de células aparentemente de tipo basal".

El paciente fue tratado con radioterapia de los elementos francamente ulcerados y sangrantes y con electrocoagulación y curetaje de los elementos pigmentarios inflamados o ulcerados de menor tamaño.

Evolución: Los elementos irradiados se mantuvieron cicatrizados durante todo el período de observación y hubo necesidad de hacer electrocoagulación y curetajes frecuentes en los elementos pigmentarios recién ulcerados.

El tiempo de observación fue de dos años.

### CASO N° 3

F.N.I., N° de Expediente 11207, del Hospital General de Tegucigalpa, de 76 años de edad, casado, labrador, procedente de Potrerillos, El Paraíso. Presenta úlcera sangrante, de crecimiento lento en comisura labial derecha, de dos años de evolución, diagnosticada como Epitelioma basocelular en base clínica e histológica.

Otra lesión de iguales características clínicas a la anterior, en el ala derecha de la nariz con cinco años de evolución, diagnosticada como epiteloma basocelular. Fue tratado con curetaje y electrocoagulación. Presenta además, cutis verticis girata en la frente, llegando a semejar verdaderas circunvoluciones.

Hipertrofia cutis más acentuada en la nariz.

Nevus comedonianos en regiones malares, retroauriculares y genianas.

Fibromas pequeños en piel de cara de 0.5 cm. hasta 2 cm., llegando casi al aspecto de fibroma pendulum.

Elementos retroauriculares blanco amarillentos micropapulares de millium coloide.

Múltiples angiomas capilares en cara, cuello, tórax y abdomen.

Quistes sebáceos en número de tres en escroto.

Múltiples elementos papulares de color gris apizarrado, que corresponden a nevus basocelulares de mejillas, en los cuales se desarrollaron los epitelomas descritos.

Lengua escrotal.

Hernia inquinoescrotal derecha.

No hay nada contribuyente en su historia familiar.

El resto de su historia clínica y del examen físico fueron negativos.

Radiografías de tórax, de columna vertebral, de cráneo y de mandíbulas, fueron normales.

## VII—CONSIDERACIONES

Aunque el nombre de síndrome del carcinoma basocelular que fue usado por Masón y Col. (11) en 1965 solamente alude al aspecto cutáneo del cuadro clínico, nos parece más apropiado el de síndrome del nevo basocelular que empleó Nomland (1) en 1932 y que ha sido más ampliamente usado. Se trata en realidad de una epiteliomatosis basocelular hereditaria, nevoide, asociada a malformaciones cutáneas y extracutáneas. Grinspan y Col. (14).

Estos mismos autores afirman haber encontrado además epitelomas basocelulares desarrollados sobre piel sana, es decir que serían distintos a los epitelomas nevoides que es lo admitido generalmente.

Es un proceso hereditario autosómico, dominante de alta penetrancia y expresión variable que interesa no solo al dermatólogo, sino también al

Oncólogo, al **Odontólogo**, a] Genetista, al Radiólogo, al **Endocrinólogo** y al Pediatra.

Aunque algunos autores han encontrado alteraciones cromosómicas, éstas no han sido confirmadas y se cree más bien que se trata de hallazgos incidentales.

Este síndrome se ha enriquecido con sucesivos informes de nuevos hallazgos clínicos; algunos" de éstos serían incidentales. Un ejemplo: los quistes epiteliales o de inclusión de la piel han tenido significación en el síndrome por su relativa alta frecuencia. Pues bien, Anderson y Col. (9) los encontraron en seis pacientes y en tres "probands" de su serie. Pero se encuentran también en parientes sin el síndrome. Diez de 36 individuos con el síndrome tenían quistes de la piel, comparados con 5 de 37 sin el síndrome. El exceso entre el grupo con el síndrome no es más grande de lo que podría ocurrir por azar cerca del 15 % de veces. Además explicaría tal exceso, el hecho de que la investigación fue más intensa en el grupo con el síndrome. Esto sugiere fuertemente que los quistes de la piel serían etiológicamente distintos del síndrome. Muchas otras anomalías fueron igualmente evaluadas por aquellos autores y concluyen en que la diferenciación de las manifestaciones cutáneas en esta entidad hereditaria con epitelomas basocelulares corrientes se basa en la coexistencia de quistes mandibulares, defectos en costillas, espina bífida, escoliosis o cifosis posiblemente raíz nasal ancha y disqueratosis palmoplantar con nevos basocelulares, así como en la edad de comienzo y la multiplicidad de lesiones. Un promedio de 50% de hijos de pacientes tendrán lesiones.

Invocan tres posibles explicaciones para la asociación de lesiones cutáneas y óseas. Una sería que están embriológicamente correlacionadas en alguna forma. Otra, que la constelación de lesiones es el resultado de varios genes enlazados estrechamente y finalmente, que las lesiones resultarían de un simple gene con múltiples efectos. En la hipótesis del enlace de genes, (a ocurrencia de anomalías aisladas o de varias manifestaciones clínicas, se explicaría por disociación de gene:-. Es más razonable la explicación de que un solo gene tiene efectos pleiotróficos. Otras influencias genéticas modificarían los efectos del *gene* en cuestión.

Nuestro caso número uno presentó: epitelomas múltiples desarropados en elementos névicos pigmentarios en cara y parte alta del tronco, aparecidas en la infancia, un hermano afectado de igual manera, cifoescoliosis, raíz nasal amplia, dentición defectuosa y aplastamiento de la vértebra dorsal undécima.

Cabe consignar, en relación con esta última malformación, que el caso de Stevanovic y M Se Camb (26) presentaba cifoescoliosis y cambios degenerativos de vértebras de la enfermedad de Schmorl.

Nuestro caso número dos, presentó: los elementos névicos a los 25 años de edad. (Degos dice que la iniciación del proceso se efectuaría antes de los 40 años). El 90% de los casos se inicia antes de los 30 años, un 40% antes de los 15 y un 11% antes de los 5 años.

Como malformación esquelética, presentó escoliosis y tórax sumamente estrecho. Cabe valorar dentro del cuadro de la nevomatosis basocelular, qué valor tiene la diabetes que presentó nuestro paciente y un hermano, así como el temblor de aquel y la epilepsia de otro hermano. En relación con la diabetes, no se ha señalado entre los trastornos endocrinos asociados y en cuanto a la epilepsia del hermano, debemos recordar que se han descrito meduloblastomas y que Degos destaca la importancia

que tendría el estudio del índice de frecuencia de los tumores del sistema nervioso central en familiares enfermos de nevos basocelulares.

Además como asociación malformativa extracutánea, el caso número uno, presentó atrofia testicular. Cabe recordar que un caso de Gorlin, Vickers y Williamson (27) presentó ausencia de un testículo y atrofia del otro y Pook, Wilkinson y Ebling (28) describen hipogonadismo en hombres como parte del cuadro clínico.

Otros autores han señalado trastornos sexuales secundarios, incluyendo atrofia testicular y pelo pubiano feminoide (Madox, Boyer y Martin, Davidson) (29).

En nuestro caso número tres se revela lo variado que puede ser la expresión clínica de esta polidisplasia en tejidos derivados del ectodermo y del mesodermo, lo que justifica su interpretación como quinta facomatosis.

En efecto, en este tercer caso hay *cutis verticis girata*, hipertrofia cutis que se expresa como una acromegalia, *nevus comedonicus*, *nevus rubius*, pequeños angiomas capilares, fibromas, queratosis seborreicas y nevos basocelulares en los que se desarrollan epitelomas.

Hasta la fecha hay insuficiente número de casos informados que permita una precisa definición de los caracteres clínicos esenciales o la frecuencia relativa de las asociaciones menos comunes (28).

La información de casos y la evaluación de los componentes clínicos irá dando la verdadera delimitación a este síndrome que ha tenido escasa atención en la literatura ibero-latinoamericana (14-16-30-31-32). Uno de los últimos trabajos de esta naturaleza es el de Bopp y Col. (36) del Brasil, que encuentran asimetría facial y colocación baja de una órbita en un paciente.

## VIII—RESUMEN

Se expone brevemente el desarrollo histórico del conocimiento del síndrome del nevo basocelular o carcinoma nevoide basocelular. Se informan tres casos que presentan múltiples elementos névicos con varios epitelomas basocelulares surgidos en ellos y algunas malformaciones asociadas.

Los tumores, que definitivamente se consideran epitelomas basocelulares genéticamente determinados, llegaron a ser muy destructivos.

Se enfatiza el hallazgo en uno de los casos presentados, de aplastamiento vertebral y atrofia testicular pocas veces informados en la literatura.

## IX—SUMMARY

A brief description concerning the historical development of the basal cell nevoid carcinoma has been made.

Three cases of **this** syndrome are reported in this study; all of them with multiple nevoid lesions with several basal cell epitheliomata and other congenital malformations associated.

These tumours were considered as basal cell epitheliomata genetically determined, which eventually turned out to be very destructive.

In this report, one instance of testicular atrophy and crushing of one of the thoracic vertebrae associated with this syndrome is described.

A literature review reveals that these findings are very rare.

Fig. 1.—Epiteliomas neviformes en la cara y epiteloma ulcerado en el hombro (caso 1).

Fig. 2.—Cuerno cutáneo (caso 1).

Fig. 3.—Epiteliomas ulcerados en parte superior del torax (caso 1).

Fig. 4.—Múltiples epiteliomas pigmentados en la cara y epiteliomas ulcerados en la frente y sien izquierda (caso 1).

Fig. 5.—Cifoescoliosis y aplastamiento de una vértebra dorsal (caso 1).

Fig. 6.—Uno de los epiteliomas ulcerados del caso anterior en una mayor aproximación.



Fig. 1

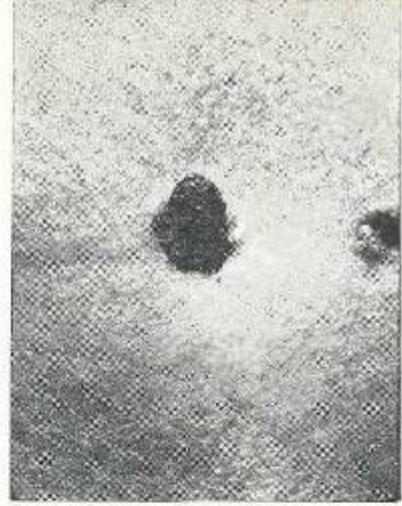


Fig. 2

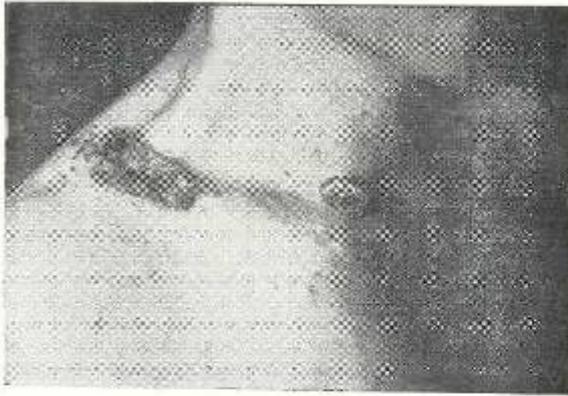


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

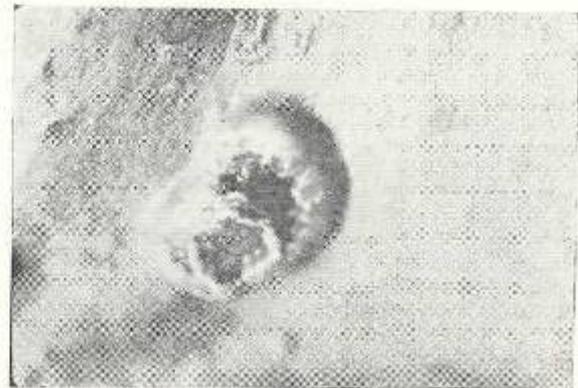


Fig. 6

Fig. 7.—Múltiples nevos pigmentarios basocelulares y un epiteloma de labio inferior. Nótese el cutis hipertrófico de cara (caso 3).

Fig. 8.—Nevos basocelulares y epiteloma de vertiente de nariz. En parte inferior de mejilla múltiples "moles" (caso 3).

Fig. 9.—Nevus comedonigus (caso 3).

Fig. 10.—Pequeños angiomas capilares y fibromas en el tronco (caso 3).

Fig. 11.—Epiteloma basocelular de labio inferior desarrollado en un nevo basocelular (caso 3).



Fig. 7

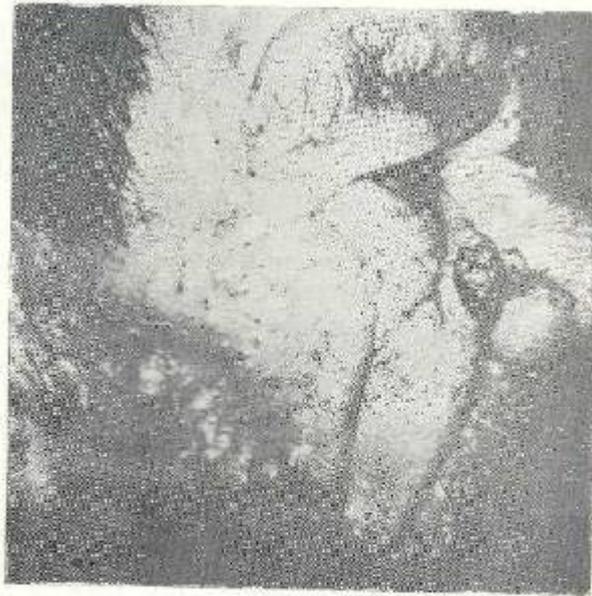


Fig. 8

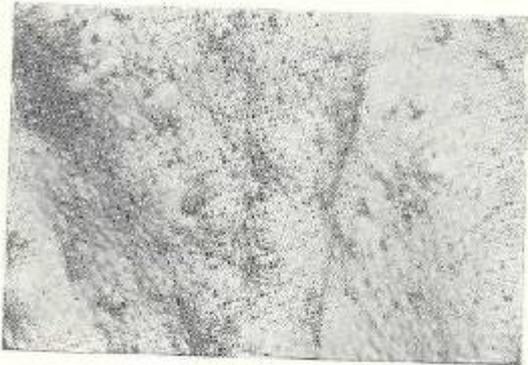


Fig. 9

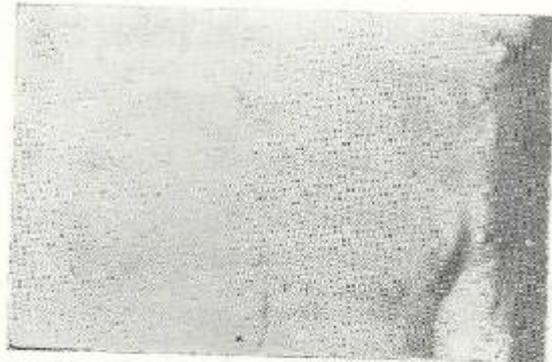


Fig. 10



Fig. 11

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—NOMLAND, R.: Multiple basal cell epitheliomas originating from congenital pigmented basal cell nevi. *Arch. Dermat.* 25: 1002, 1932.
- 2.—BINKLEY, G. W.; JOHNSON, H. H.: Epithelioma adenoides cysticum: basal cell nevi, agenesis of the corpus callosum and dental cysts. *Arch. Dermat.* 63: 73, 1951.
- 3.—HOWELL, J. B.; CARO, M. R.: Basal cell nevus. Its relationship to multiple cutaneous cancers and associated anomalies of development. *Arch. Dermat.* 79: 67, 1959.
- 4.—GROSS, P. P.: Epithelioma adenoides cysticum with follicular cysts of maxilla and mandible: report of case. *J. Oral Surg.* 11: 160, 1953.
- 5.—Mc KELVEY, L. E.; ALBRIGHT, C. R.; PRAZAK, G.: Multiple hereditary familial epithelial cysts of jaws with the associated anomaly of trichoepithelioma. Report of case. *Oral Surg.* 13: 111, 1960.
- 6.—NISBET, T. W.: Multiple basal cell epitheliomas originating from congenital pigmented basal cell nevi. *Arch. Dermat.* 47: 373, 1943.
- 7.—CARNERY, R. G.: Linera unilateral basal cell nevus with comedones. *Arch. Dermat.* 65: 471, 1952.
- 8.—GORLIN, R. G.; GOLTZ, R. W.: Multiple nevoid basal cell epithelioma. Jaw cysts and bifid rib: A syndrome. *New Engl. J. Med.* 262: 908, 1960.
- 9.—ANDERSON, D. E.; Mc CLENDON, J. L.; HOWEL, J. B.: Genetics and skin tumors with special reference to basal cell nevi, in tumors of the skin. Chicago. Year Book Medical Publishers, Inc. Pág. 91, 1964.
- 10.—CLENDENNING, W.; BLOCK, J. B.; RADDE, J. C.: Basal cell nevus syndrome. *Arch. Dermat.* 90: 38, 1964.
- 11.—MASON, J. K.; HELWIG, E. B.; GRAHAM, J. H.: Pathology of the nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Arch. Path.* 79: 401, 1965.
- 12.—WARD, W. H.: Naevoid basal cell carcinoma associated with a dyskeratosis of the palm and soles. A new entity. *Australia J. Dermat.* 5: 204, 1960.
- 13.—CALNAN, C. D.: Two cases of multiple naevoid basal cell epitheliomata. Porokeratosis of Mantoux. *Brit. J. Dermat.* 65: 219, 1953.
- 14.—GRINSPAN, D.; ABULAFIA, J.; POMPOSIELLO, I. M.: Síndrome del nevo basocelular. *Derm. Iber. Lat. Amer.* 10: 255, 1968.
- 15.—BERLIN, N. I.; VAN SCOTT, E. J.; CLENDENNING, W. E.; ARCHARD, H. O.; BLOCK, J. B.; WITKOP, C. J.; HAYNES, H. A.: Basal cell nevus syndrome. Combined clinical staff conference at the National Institute of Health of Int. Med. 64: 403, 1966.
- 16.—VILANOVA, X.; RUEDA, L. A.: Naevus basocellulaire. *Ann. Dermat. et. Syph.* 89: 475, 1962.
- 17.—GORLIN, R. J.; JUNIS, J. J.; TUNA, N.: Multiple nevoid basal cell carcinoma. Odontogenic Keratocysts and skeletal anomalies: A Syndrome. *Acta Dermatovener.* 43: 39, 1963.
- 18.—BOYER, B. E. and MARTIN, M. D.: Marfan's Syndrome: Report of case manifesting giant bone cyst of mandible and multiples (110) basal cell carcinomata, *Plast. and Reconstruct. Surg.* 22: 257, 1958.

- 19.—JUNIS, J. J.; GORLIN, R. J.: Chromosomal study in patients with cysts of the jaw, multiple nevoid basal cell carcinomata and bifid rib syndrome. *Chromosoma Berl.* 14: 164, 1963. (Citado por Gorlin, Junis y Tuna).
- 20.—HERMANS, E. H.; GROSFELD, J. C.; SPAAS, J. A. J.: The fifth phacomatoses. *Dermatologica.* 130: 446, 1965.
- 21.—DEGOS, R.; NOURY IVES, J.: La nevomatosis basocelular. *Med. Cut.* 2: 37, 1967.
- 22.—HERMANS, E. H.; GROSFEL, J. C.; VALK, L. S.: Eine fünfte phakomatose. *Hautarzt.* 11: 160, 1960.
- 23.—LAUGIER, P.; OPERMAN, A.; PAGEAUT, G.: Syndrome Naévique a predominance basocellulaire (5e. phacomatose?) *Annls. Derm. Syph.* 93: 361, 1966.
- 24.—GOTTRON (citado por Herzberg y Wiskemann); GRAHAM, J. H.; MASON, J. K.; GRAY, H. R.; HELWIG, E. B.: Differentiation of nevoid basal cell carcinoma from epithelioma adenoides cysticum. *J. of Invest. Dermat.* 44: 197, 1965.
- 25.—THIES, W.: Das sindrom del multiplen basalzellnaevi. *Memorias VIII Congreso Internationalis Dermatological. VII-VIII-1967* (Editors: W. Jadssonhn C. G. Schirren) Springer-Verlog-Berlin, Pág. 63, 1968.
- 26.—STEVANOVIC, D. V.; M Sc (CAMB.): Nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Arch. Derm.* 96: 696, 1967.
- 27.—GORLIN, R. J.; VICKERS, R. A.; WILLIAMSON, J. J.: The multiple basal cell nevi syndrome and analysis of syndrome consisting of multiple nevoid basal cell carcinoma, jaw cysts, skeletal anomalies, medulloblastoma and hyporesponsiveness to parathormone. *Cancer.* 18, 73: 1965.
- 28.—ROOK, A.; WILKINSON, D. S. and EBLING, F. J. G.: *Textbook of dermatology.* Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1968. Pág. 1698.
- 29.—DAVIDSON, F.: Multiple nevoid basal cell carcinomata and associated congenital abnormalities. *Brit. J. Dermat.* 74: 439, 1962.
- 30.—RABELLO, J. A.; SAVATARD, J. E. M.: Basal cell nevi with bony cysts. *North of England Dermatological Society Record.* 1960 Pág. 43. (Citado por Clendenning Blook y Padde).
- 31.—AMORETTI, A. R.: Epitelioma basocelular múltiple nevoide. Tres presentaciones poco comunes. *An. Fac. Med. Montevideo.* 47: 100, 1962.
- 32.—CORTES, A. y CARDENAS, V.: Síndrome de los nevos basocelulares. *Dermatología. Rev. Mex.* 10: 39, 1966.
- 33.—ABRAHAMS, I.: Basal cell nevus syndrome. *Arch. of Dermat.* 92: 747, 1965.
- 34.—KAHN, L. B. and GORDON, W.: Basal cell naevus syndrome: Report of a case. *S. Afr. Med. J.* 41: 872, 1967.
- 35.—TAYLOR, W. E.; ANDERSON, D. E.; HOWELL, J. B. and THURSTON, C. S.: The Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome. *Arch. Derm.* 98: 612, 1968.
- 36.—BOPP, C.; BAKOS, L. y EBLING, H.: Síndrome nevo basocelular. *Rev. da Associaao Med. do Rio Grande Do Sul,* 12: 3, 1968.

# Granulomas enterobiásicos pelviperitoneales

(INFORME DE DOS CASOS)

R. A. Durón M. ( )  
O. Zavala C. (\*\*)

**HISTORIA:** La presencia del *Enterobius vermiculares* adulto o de sus huevecillos en granulomas del peritoneo pélvico ha sido descrita en aproximadamente 33 oportunidades. Symmers (16) en 1950, en una revisión completa de la patología oxiuriásica enlistó hasta aquella fecha 16 casos de granulomas enterobiásicos en el peritoneo pélvico en mujeres jóvenes, a los cuales agregó 2 casos propios. Gil & Smith (10) en 1952, agregaron 2 casos más de granulomas enterobiásicos por debajo de la superficie serosa de los ovarios y fueron considerados como hallazgos incidentales que no habían provocado *sintomatología*.

Croce y Cols. (5) 1956, en el estudio de una pieza de salpingooforitis, encontraron en la superficie serosa de la misma, un granuloma conteniendo huevecillos de *E. vermiculares* y fragmentos del parásito adulto. Beddoe (2) en el mismo año, informó otro caso de granuloma oxiuriásico en el peritoneo pélvico de una joven de 16 años. En 1958, Arthur y Tomlison (1), informaron la presencia de granulomas enterobiásicos en la superficie peritoneal de un cistadenoma pseudomucinoso del ovario. Lansman y Cois. (11) en 1960, informaron también la presencia de un granuloma por huevecillos de oxiuro en una banda adherente entre útero y ovario, en cuya superficie habían lesiones de endometriosis. Campbell y Bowman (4) en 1961, mencionan un caso adicional de granuloma enterobiásico encontrado en la serosa del apéndice conteniendo un parásito adulto hembra fecundado, sin lesiones de la mucosa y pared del apéndice. En el mismo año Ebbehoj (7), informó sobre un granuloma situado en un pequeño quiste en la punta de una hernia inguinal derecha en una mujer joven 'sin historia de apendicitis ni perforación intestinal. Slais (15) en 1962, informó sobre 4 casos de granulomas enterobiásicos en el pelviperitoneo de mujeres jóvenes. En ese mismo año, Brooks y Cols. (3), encontraron una granulomatosis múltiple en el pelviperitoneo de una mujer. Los nodulos se localizaban principalmente en la serosa tubárica, ovárica y extremo distal del apéndice cecal. Garnica y Biagi (9) en 1964, encontraron en la autopsia de una mujer de 44 años de edad, muerta de cáncer cervicouterino, dos nodulos perifoneales, uno en el yeyuno y otro cerca de la válvula ileocecal, como hallazgos incidentales.

El primer caso de este tipo de patología en Honduras, fue informado por nosotros (6) en 1966. Debido a la poca difusión que tuvo este informe y a la ausencia de exposición gráfica del mismo, volvemos a reproducirlo con sus respectivas fotografías, agregando al mismo tiempo un segundo caso observado más recientemente (1968).

{ \*) Encargado del Servicio de Patología y Citología. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, D. C, Honduras.

(\*\*) Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Viera. **Tegucigalpa**, D. C, Honduras.

INFORME DEL PRIMER CASO CLÍNICO: Se trataba de una mujer de 31 años de edad, Maestra de Instrucción Primaria, quien ingresó por primera vez al hospital con historia de dolor abdominal a nivel del hipogastrio, intenso, de cinco días de duración, tipo cólico. Dicho dolor fue aumentando progresivamente, irradiándose a la región lumbar. Era de tal intensidad que le impedía el reposo y le hacía contorsionarse. El cuello uterino estaba erosionado, con abundante secreción purulenta a través del **orificio** externo. NO podía palpase el fondo del útero debido a la resistencia abdominal. Las regiones anexiales eran francamente dolorosas. Había fiebre de 39~C, leucocitosis de 15.650 con neutrofilia de 86%. Se hizo diagnóstico de pelviperitonitis aguda y se instituyó tratamiento con antibióticos A los nueve días del ingreso, el cuadro clínico había mejorado y se dio el alta. 4 días después reingresó con historia de metrorragia. No había dolor. Al examen ginecológico se notaba cuello erosionado y duro. La matriz de tamaño normal rechazada hacia la derecha, por una masa anexial izquierda, renitente, no movilizable, que ocupaba la fosa ilíaca izquierda y parte del fondo de saco posterior, midiendo aproximadamente 6 eras, de diámetro. Se hizo el diagnóstico de quiste ovárico y hematocele. Una semana después se practicó la siguiente intervención quirúrgica: "incisión paramedia infraumbilical izquierda, rechazamiento del músculo recto hacia afuera y apertura del peritoneo. Se apreciaban adherencias de la trompa derecha al sigmoide, las cuales fueron liberadas. La trompa izquierda estaba edematizada, gruesa, aumentada de volumen, notándose una tumoración redondeada sustituyendo al ovario izquierdo. La trompa derecha estaba también inflamada, pero en menor grado que la izquierda. El ovario derecho era de apariencia normal. Se hizo disección completa de la tumoración **oválica**, practicándose salpingo-ooforectomía izquierda según la técnica habitual. Se notó el apéndice en posición retrocecal, adherido fuertemente a la pared del ciego, siendo también extirpado."

Se dio el alta al 7<sup>o</sup> día post-operatorio. En el Departamento de Patología se recibió la trompa uterina izquierda midiendo 6 x 1 cm. Se encontró un nódulo blancoamarillento de 0.5 cms. cerca del pabellón, bien delimitado y del cual se hicieron múltiples cortes. El ovario izquierdo contenía un quiste de 6 cms. de diámetro. Se recibió también un apéndice sin lesiones macroscópicas. El examen histológico mostró proceso de salpingitis difusa y a nivel del nódulo mencionado había una reacción granulomatosa con gran cantidad de eosinófilos. En el centro necrótico del nódulo habían múltiples huevecillos de *Enterobius vermicularis*, fácilmente identificables. No fue posible encontrar restos del parásito adulto. Se practicaron extensiones directas del centro necrótico del nódulo y se examinaron con suero fisiológico al microscopio, volviéndose a encontrar los huevecillos del parásito, igual que si se tratara de un examen corriente de materias fecales. En vista de estos hallazgos se practicaron estudios coproparasitológicos en busca de oxiuriasis intestinal con resultados negativos. No había historia reciente de prurito anal y la búsqueda de parásitos en región perianal, mediante la técnica de celofán fue también infructuosa.

INFORME DEL SEGUNDO CASO: L. A. de C, 32 años. Con historia de 3 abortos (Feb. 66, Jul. 67 y **Abril** 68) y un embarazo que evolucionó normalmente (el primero) cuatro años antes. Vista en agosto de 1968 se le diagnosticó un útero retrovertido grado III practicándose una laparatomía media infraumbilical el 26 de agosto de 1968 para corregir la

retrodesviación. El cirujano encontró adherencias de cara posterior del istmo y dos tumoraciones en la serosa uterina. Una en cara anterior, de 1.5 cm, y otra de 1 cm. en cara posterior cerca del cuerno izquierdo. Ambos tumores fueron extirpados, se practicó resección en cuña de ovario derecho y punción de pequeños quistes en el ovario izquierdo, apendicectomía profiláctica y extirpación de quiste paraovárico izquierdo. El examen histológico fue informado así: MACRO: La muestra consiste de (a) dos nodulos, uno de ellos fibrótico midiendo 1.5 centímetros y el otro amarillento en superficie de corte midiendo 0.7 centímetros, (b) un quiste paraovárico de 1 centímetro y una cuña del ovario derecho midiendo 2.5 centímetros conteniendo pequeños quistes foliculares y (c) una apéndice sin lesiones macroscópicas midiendo 6x0.6 centímetros. MICRO: Uno de los nodulos descritos en (a) es un leiomioma uterino subseroso. El otro nódulo (descrito de color amarillento) es un granuloma parasitario. El parásito aparece en el centro, desintegrado, dentro de una área de necrosis. Los huevecillos deformes, debido al proceso de preparación semejan *Enterobius vermicularis*. En la periferia de la zona de necrosis existe una estrecha banda de células inflamatorias, con escasos eosinófilos. Se incluyen cortes de ovario con quistes foliculares y de apéndice cecal sin lesiones histológicas. DIAGNOSTICOS: Leiomioma subseroso del útero. Granuloma parasitario del pelviperitoneo. Quiste paraovárico izquierdo. Quistes foliculares de ovario derecho. Apéndice sin patología demostrable.

COMENTARIOS: La referencia más antigua sobre la presencia de *Enterobius vermicularis* en el tracto genital de la mujer, data desde 1901 por Marro, G. según Schenken & Tamisiea (14). Se ha ido reconociendo en los últimos años un tipo de "emigración urogenital" de este parásito a partir de las regiones perianales en mujeres infestadas por el mismo. Los parásitos hembras fecundados acostumbran acvar en la región perianal donde provocan prurito intenso. Una vez cumplida esta misión penetran de regreso al intestino grueso en condiciones normales. En la entidad que estamos describiendo, yerran su trayecto, pasan a la vulva y luego ascienden por vagina, cuello uterino, endometrio, pasando luego a las trompas uterinas y a través' del pabellón pasan al peritoneo pélvico de la mujer. Esta consecuencia lógica parece haber sido demostrada plenamente al haberse comprobado la presencia de granulomas enterobiásicos en todos los sitios mencionados. Así Klee, ref. por Nairn (12) en 1920, encontró un parásito fecundado en una lesión granulomatosa de cuello uterino. Fathere y Cois. (8) en 1951, informaron un caso de invasión parasitaria en el útero, Se trataba de una mujer de 26 años a quien se le practicó una histerectomía por severa dismenorrea. Se encontró un nódulo enterobiásico en la cara posterior del útero. Nairn y Duguid (12) en 1954, informaron el hallazgo de un granuloma conteniendo una hembra fecundada de *Enterobius vermicularis* en el examen histológico rutinario de material endometrial obtenido por legrado uterino. Como el curetaje fue practicado a escasos días del próximo sangrado menstrual, los autores propusieron que el granuloma había llegado a su, completo desarrollo en no menos de tres semanas y que probablemente dicho granuloma hubiera sido expulsado con la menstruación de no haberse practicado el legrado. Schenken & Tamisiea (14) en 1956, encontraron en el útero de una paciente recientemente histerectomizada lesiones granulomatosas en la porción basal del endometrio, conteniendo hembras adultas bien preser-

vadas de **Enterobius vermicularis**, indicando que posiblemente su ocurrencia en esta localidad es más común de lo que la literatura médica indica, y que lo ocasional de su hallazgo se deba probablemente a que el parásito no logra establecerse en el endometrio debido al desprendimiento de la lesión con el establecimiento de la menstruación normal.

En el primer caso que hemos informado se demuestra la presencia de un granuloma por huevecillos de **Enterobius vermicularis** en el pabellón de la trompa uterina en una paciente que previamente había sufrido un acceso de pelviperitonitis aguda. Encontramos lógico que la presencia del parásito en posición alta del tracto genital de esta paciente haya tenido relación con la producción de la pelviperitonitis. Es muy probable que el parásito adulto, el cual no fue encontrado, haya caído en la cavidad pelviperitoneal a través del orificio externo de la trompa, provocando reacción **inflamatoria** aguda, tanto por su presencia como por contaminación bacteriana que lógicamente el parásito arrastra consigo. A ello quizás fue debido el éxito del tratamiento con antibióticos instituido inicialmente a la paciente. El cirujano no describió la presencia de granulomas en el peritoneo porque no existían o porque pasaron desapercibidos, concentrando toda su atención a la patología anexial existente. Las lesiones peritoneales que describe indican un proceso residual de cicatrización consecutivo a inflamación reciente. En el segundo caso, es obvio que el granuloma enterobiásico debe considerarse como un hallazgo incidental sin relación con la sintomatología presentada por la paciente. Al revisar los casos informados en la literatura, nos damos cuenta que la pelviperitonitis enterobiásica puede presentarse ya sea con granulomas aislados o con granulomas múltiples.

#### RESUMEN

Se hace una revisión de la mayor parte de los casos de pelviperitonitis enterobiásicas informados, los cuales suman a treinta y tres aproximadamente agregando los dos primeros casos de esta entidad encontrados en Honduras. Se hacen comentarios sobre esta nueva entidad patológica debida a la emigración urogenital del parásito adulto hembra fecundado en mujeres jóvenes.

#### SUMMARY

A bibliographic review of most of the cases reported in enterobiasic pelvic granulomatosis is made by the authors, which total approximately to 33. Two new cases (the first reported in Honduras) are added, one of them found in the serosal of one of the Fallopian tubes in a young woman who had been previously treated because of an acute pelviperitonitis. The second one was found in the serosal surface of the uterus while fixing a retroflexion of the same in another young woman and was considered as an incidental finding.

Fig. 1.—Primer Caso. Nótese el granuloma cerca de la superficie serosa del pabellón de la trompa uterina. Mide 0.5 cm., de color amarillento.

Fig. 2.—Segundo caso. Granuloma extirpado de la superficie serosa del útero. Mide 0.7 cm. y es de color amarillento en superficie de corte.

Fig. 3.—Centro necrótico del granuloma en el primer caso, mostrando abundantes huevecillos de *E. vermicularis*.

Fig. 4.—Detalle de los huevecillos bien preservados en el primer caso informado.



Fig. 1

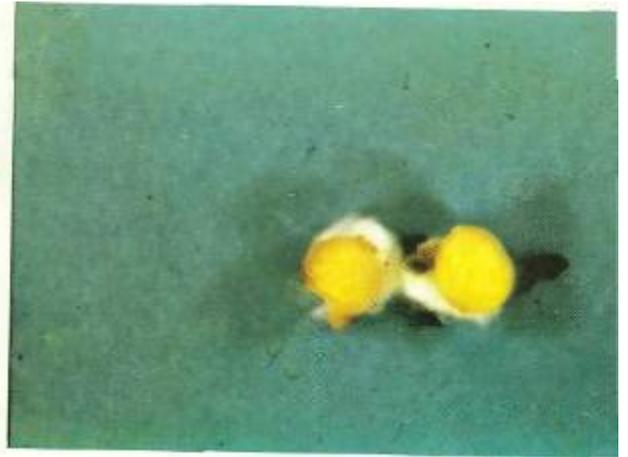


Fig. 2

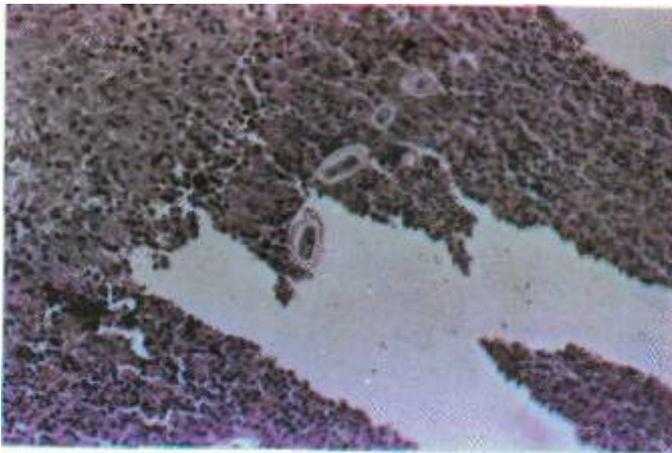


Fig. 3

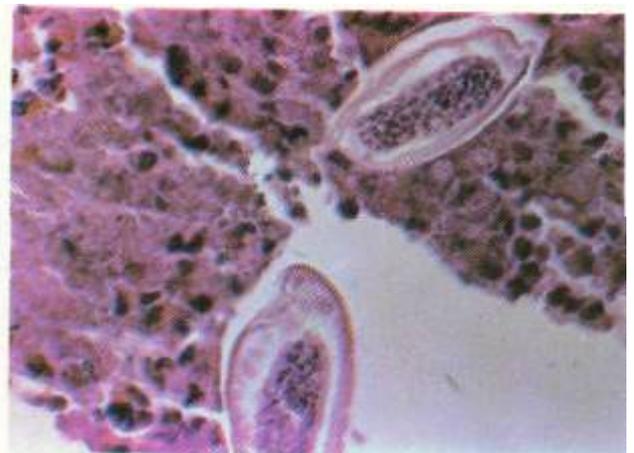


Fig. 4

Fig. 5.—Detalle de granuloma enterobiásico del segundo caso. Amplificado 5 veces de su tamaño real.

Fig. 6.—Centro necrótico del mismo granuloma, mostrando huevecillos de *E. vermicularis*.

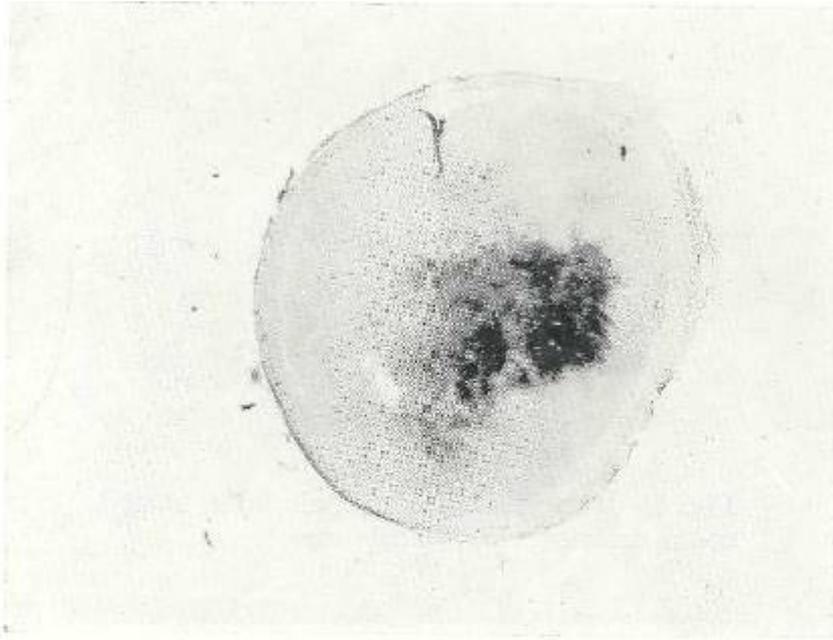


Fig. 5

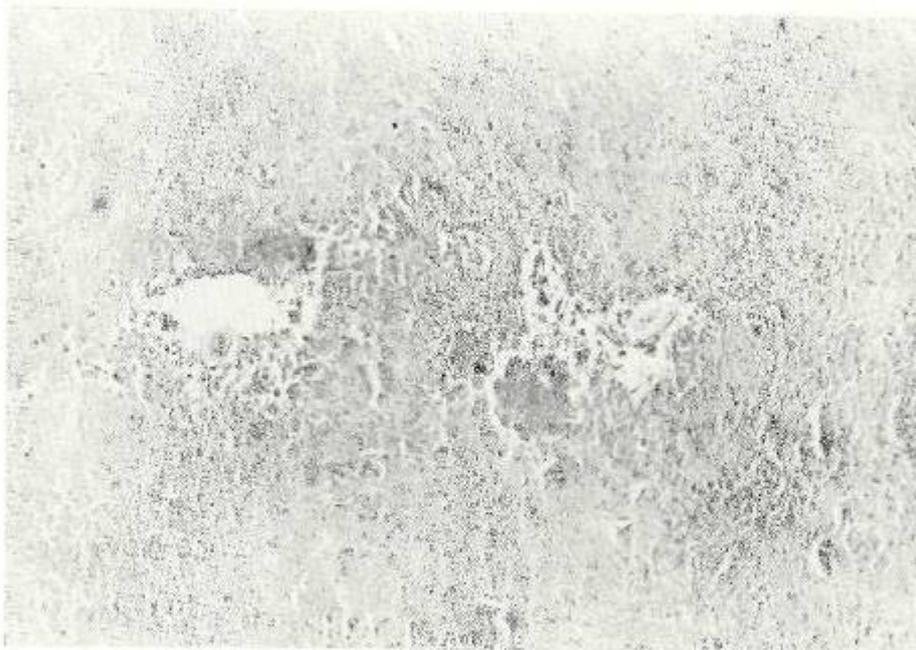


Fig. 6

**Fig. 7.—Huevecillo de *E. vermicularis*, parcialmente desintegrado- Segundo caso.**

**Fig. 8.—Otro huevecillo de *E. vermicularis* bien preservado, en el segundo caso.**

(Fotos en blanco y negro por cortesía del Dr. Paul C. Beaver, Profesor de Parasitología, Universidad de Tulane, New Orleans).

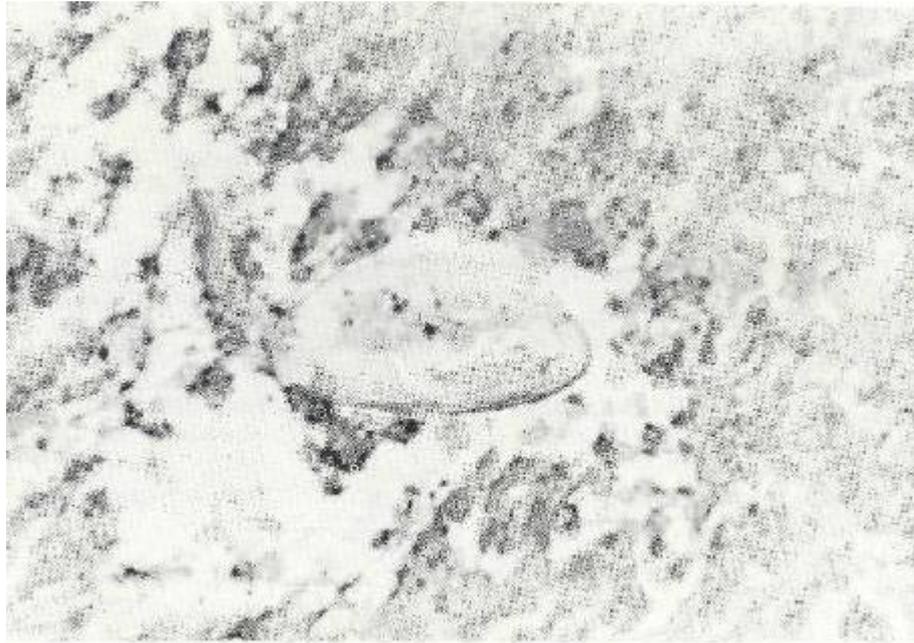


Fig. 7

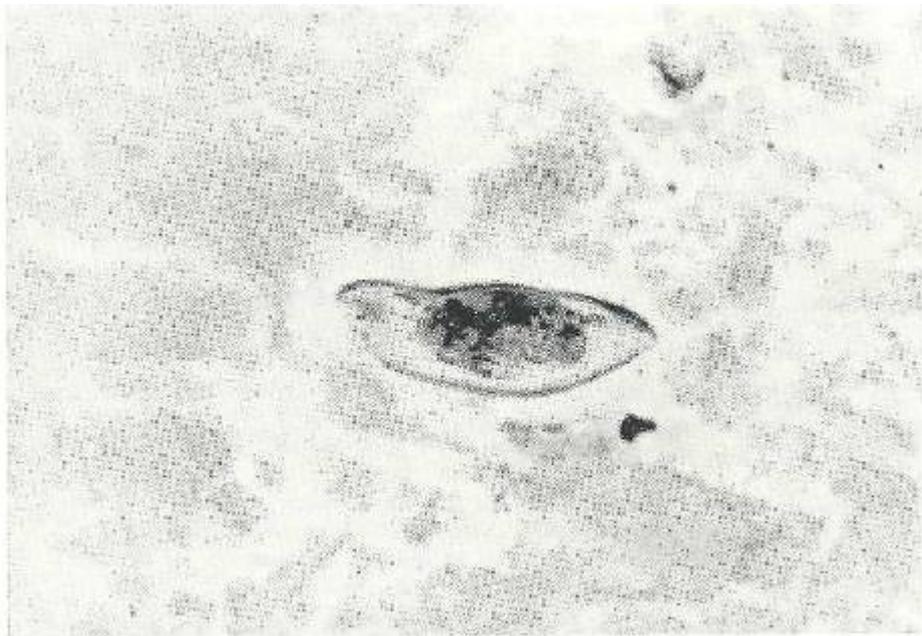


Fig. 8

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ARTHUR, H. R., and TOMLINSON, B. E. : Oxyuris granulomata of the Fallopian tube and peritoneal surface of an ovarian cyst. J. Obstet. Gynec. Brit. Emp. 65: 996-997 (dec.) 1958.
- 2.—BEDDOE, H. L. : Peritoneal granuloma due to Enterobius vermicularis. Amer. J. Dis. Child. 91: 577-80, 1956.
- 3.—BROOKS, T. J.; GOETZ, C. C. and PLAUCHE W. C: **Pelvic** granuloma due to Enterobius vermicularis J. A. M. A. 179: 492-494, 1962.
- 4.—CAMPBELL, C. G. and BOWMAK, J.: Enterobius vermicularis granuloma of pelviperitoneum. Amer. J. Obstet. Gynec. 81: 256-258, 1961.
- 5.—CROCE, E. J. ; MAEGILLIVRAY, W. F. and MURPHY, C. J.: Salpingitis due to enterobius vermicularis, report of a case, N. England J. M. 254 (2): 67-9, 1956.
- 6.—DURON, M. R. y ZAVALA C. O.: Pelviperitoniüs enterobiásica. Rev. Med. Hondur. 34: 3, 1966.
- 7.—EBBEHOJ, J.: Qxyurgranulom, oxyuriasis peritonei, Ugeskr. Laeg. 123: 308-9, 1961.
- 8.—FATHEREE, J. P.; CARRERA, G. M. and BEAVER, P. C. : Enterobius vermicularis in human uterus, Mississipi Doctor, 29: 159-161, 1951.
9. GÁRNICA, R. D. y BIAGI F., F.: Problemas quirúrgicos por Enterobius vermicularis. Rev. Fac. Med. 5: 251-258, 1964.
- 10.—GILL, A. J. and SMITH, A. L. : Pre-ence of Enterobius vermicularis in the ovary. Amer. J. Clin. **Path.** 22 (9): 879-82, 1952.
- 11.—LANSMAN, H. A. ; LAPIN, A. and BLAUSTEIN, A. : Pelvic Oxyurus granuloma associated **with** endometriosis. Amer. J. Obstet. Gynec. 79: 1178, 1960.
- 12.—NAIRN, R. C. and DUGUID, H. D. : Oxyuris granuloma of the endometrium, J. Clin. Path. 7: 228-230, 1954.
- 13.—PETER, H.: Zentralbl. Gynaek. 77: 41, 1957.
- 14.—SCHENKEN, J. R. and TAMISIEA, J.: Enterobius vermicularis (pinworm) infection of endometrium. Amer. J. Obstet. Gynec. 72: 913-914 1956.
- 15.—SLAIS, J.: **Zur** pathogebse der oxyurengranuloma ZBL. Allg. Path **103**: 214-22, 1962.
- 16.—SYMMERS, W. ST. C.: Pathology of oxyuriasis with special reference to granulomas due to presence of oxyuris vermicularis (Enterobius vermicularis) and its ova in tissues. Arch. Path. 50: 475-516, 1950.

# Nuevo método de inyección de bióxido de carbono para la práctica de neumoperitoneo y retroneumoperitoneo (\*)

Jorge A. Villanueva D. (\*\*)

Debido al interés que se ha despertado por los estudios ginecográficos en los servicios de consulta externa y hospitalarios del Instituto Hondureño de Seguridad Social, con el advenimiento de las nuevas campañas de Planificación de la Familia, y una mayor afluencia de pacientes que buscan tratamiento para sus dolencias ginecológicas, nos hemos enfrentado con una regular cantidad de solicitudes para la práctica de exámenes especiales, tales' como histerosalpingografía y pelvineumoperitoneo.

Esta circunstancia provocó la urgencia de equipos para la práctica de neumoperitoneo que no siempre estaban disponibles (1-2-3). Por una u otra razón no siempre teníamos a mano los materiales necesarios para llevar a cabo en un momento dado uno de estos exámenes. Conversando con algunos Ginecólogos nos enteramos de la existencia de aparatos que utilizan el gas carbónico desprendido de las tabletas efervescentes (ALKA-ZELTZER) para verificar la prueba de Rubin, lo cual nos dio la idea de que si el gas carbónico introducido a través de las trompas uterinas no había provocado **reacciones** desfavorables en la cavidad peritoneal, podría utilizarse también inyectándole directamente a través de la pared abdominal.

Fue así como iniciamos nuestros experimentos y logramos determinar que cada tableta de Aika-Zeltzer desprende una cantidad de 740 cms. cúbicos de gas. Después de varios ensayos clínicos llegamos a la conclusión de que con el gas desprendido de tres tabletas de Alka-Zeltzer obteníamos muy buena replección gaseosa de la cavidad pelviana para practicar excelentes radiografías que delineaban los órganos genitales internos de la mujer.

## MATERIAL

El material que usamos es simple y puede adquirirse en cualquier momento en cualquier hospital, pues forma parte de la dotación más elemental que una institución necesita; consta de los siguientes:

- 1 aguja de punción lumbar N° 19.
- 1 frasco de 500 ce. de solución glucosada al 5 por ciento.
- 1 equipo para venoclisis.
- 3 tabletas de Alka-Zeltzer.
- 1 jeringa hipodérmica de 10 ce.

---

(\*) Este trabajo fue llevado a cabo en el Servicio de Radiología del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, D. C, Honduras, presentado al XII Congreso Centroamericano de Radiología, celebrado en Tegucigalpa D. C, Honduras'. Diciembre de 1967.

(\*\*) Jefe del Servicio de Radiología del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Jefe del Servicio de Radiología del Centro Médico Hondureño..

1 aguja hipodérmica N° 22 de dos pulgadas de largo. 5  
ce. de anestésico local. Antiséptico para la piel. 1  
campo fenestrado estéril.

#### TÉCNICA

Empezamos por ocluir el filtro de aire que tiene la venoclisis para que no se escape por él el gas de Alka-Zeltzer. Luego de hacer una cuidadosa antisepsia de la piel, practicamos un punto dérmico de anestesia en el borde externo del músculo recto-anterior izquierdo del abdomen a la altura del ombligo, llevando la anestesia hasta los planos musculares aponeuróticos profundos teniendo especial cuidado de *no* infiltrar el peritoneo parietal.

Inmediatamente después hacemos la punción con la aguja de punción lumbar, introduciéndola hasta que la paciente sufre discreto dolor, lo cual nos indica que hemos atravesado el peritoneo parietal; después de estar seguros de que no estamos dentro de un vaso sanguíneo, inyectamos 5 ce. de aire; hacemos una enérgica aspiración y si el aire que inyectamos no es recobrado en la jeringa, estamos seguros de estar dentro de la cavidad peritoneal. En este momento colocamos la primera tableta de Alka-Zeltzer dentro del frasco de solución glucosada y lo cubrimos inmediatamente con el aparato de venoclisis. El otro extremo de éste ha sido ya conectado a la aguja de punción lumbar. Cuando la primera tableta termina de hacer efervescencia repetimos la operación colocando la segunda y la tercera tabletas sucesivamente en el frasco, hasta que esta última haya dejado de desprender gas carbónico. Durante la inyección percutimos el abdomen dos o tres veces para asegurarnos de que se borre la macidez hepática y que se obtenga un timbre timpánico del abdomen. Algunas veces hemos observado discreto dolor al final de la tercera tableta, lo cual nos indica que la replección es suficiente. Después de retirar la aguja, colocamos a la paciente en decúbito ventral y en posición genu-pectoral sucesivamente, insistiendo en mantener el tórax de la paciente en contacto con la mesa elevando las caderas tanto como sea posible mediante la flexión de las rodillas.

Bajo observación fluoroscópica con el intensificador de imágenes, centramos la pelvis de la paciente de tal manera que el surco interglúteo coincide con la sínfisis pubiana y en este momento practicamos radiografías con el equipo de acecho. Cuando por alguna incapacidad física la paciente no puede ser colocada en la posición indicada, usamos el método descrito por Stevens, colocando la mesa en posición de Trendelenburg a 45 grados de inclinación hacia la cabeza y tomamos radiografías de la pelvis a 10 y 20 grados con inclinación hacia los pies.

Para la práctica de insuflación retro-peritoneal, limpiamos previamente la porción terminal del recto con enemas, damos al paciente una sedación de 50 mgs. de Demerol y una ampolla de Fenegan. Después de una cuidadosa antisepsia peri-rectal, colocamos un punto de anestesia local inmediatamente por debajo del vértice del último segmento del cóccix y con el dedo índice en el recto como guía, introducimos la aguja de punción lumbar en el espacio presacro aproximadamente 1.0 cms.

Hacemos la insuflación en la misma forma descrita para el pelvineumoperitoneo, colocando el paciente en posición de decúbito lateral derecho e izquierdo, sucesivamente, e inyectando la cantidad de gas desprendida de una tableta de Alka-zeltzer para cada lado.

### COMPLICACIONES

En 58 casos que hemos practicado, una vez puncionamos el intestino provocándose la expulsión de] gas por el recto y por la boca en forma de eructos. La paciente fue puesta en observación durante 48 horas y no presentó ninguna otra consecuencia.

En otro caso, tratándose de una paciente sumamente delgada, hicimos la inyección en la vaina de psoas, provocándose dolor discreto en la región lumbar y en la región inguinal, sin ninguna otra complicación. No hemos observado alteraciones del pulso, temperatura ni presión arterial en ninguna de las pacientes que hemos examinado, y no se ha presentado en ninguna de ellas alteraciones de tipo infeccioso.

### VENTAJAS

Entre las ventajas que hemos encontrado, figura en primer lugar la facilidad con que puede encontrarse el equipo descrito, en los hospitales de cualquier tamaño, siendo como puede pensarse, sumamente barato. Por otra parte, las pacientes han aceptado el procedimiento bastante bien, pues no han visto aparatos sofisticados que puedan asustarlas. El dolor es nulo, pues solamente durante el momento en que se atraviesa el peritoneo parietal, y cuando la insuflación es muy extensa, acusan una ligera sensación dolorosa.

Las pacientes se incorporan de la mesa de RayosX y se van muy, tranquilas a su casa, sin manifestar dolores y prácticamente sin sensación de penitid.

Hemos reexaminado algunas pacientes veinticuatro horas más tarde y no hemos encontrado rastros del gas en el abdomen.

### COMENTARIOS

Como antes dije, hemos practicado 58 veces este procedimiento y cada vez estamos más convencidos de sus bondades, especialmente por bajo costo y por la facilidad con que encontramos el equipo en cualquier momento dado. Usamos solución glucosada al 5 por ciento, por la seguridad de su esterilidad; sin embargo cualquier frasco con agua estéril podría, ser utilizado. Todo el equipo es descartable y de esta manera se evitan las infecciones cruzadas. Hasta este momento, no hemos observado ninguna complicación excepto las mencionadas.

El retro-neumoperitoneo se practica con una facilidad asombrosa y no hemos presenciado neumo-mediastino ni siquiera molestias subjetivas en ninguno de los pacientes que hemos examinado. Creemos que el método es útil especialmente en los hospitales en donde hay una gran cantidad de pacientes que necesitan este tipo de examen y en las instituciones pequeñas que no están capacitadas para tener equipos especiales para tal efecto.

### RESUMEN

El autor describe un método original para la práctica de neumoperitoneo y retroneumoperitoneo mediante el empleo de gas carbónico desprendido de tabletas de Alka-Zeltzer, en el peritoneo sin el uso de aparatos especiales, haciendo dicho método sencillo y a muy bajo costo. El método descrito ha sido empleado 58 veces hasta 1968 prácticamente sin complicaciones atribuibles al mismo.

### SUMMARY

The author describes an original method to pi-actice pneumography by usmg the carbón dioxide released by tabletg of Alka-Zeltzer in the abdominal cavity and retroperitoneum without the use of special equipment making it simple, safe and inexpensive at least in the 58 instances in which such a method has been so far employed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—STEIN, I. F. : Roentgenographic diagnosis in gynecology. Surg. Gynec. Obst. 42: 33, 1926.
- 2.—STEVENS, G. M.: Pelvic pneumography. Med. Rad. Fot. 42: 82, 1966.
- 3.—PETERSON: **Tr**e XRay after the inflation of the pelvic cavity with carbón dioxide as an aid to obstetric and ginecology diagnosis. Surg. Gynec. Obst. 33: 154, 1921.

Fig. 1.—Pneumografía pelviana normal. Obsérvese en el centro, el cuerpo uterino y a los lados los ovarios de forma y tamaño normal.

Fig. 2.—Ovarios y cuerpo uterino aumentados de tamaño. Compárese con la Fig. 1.

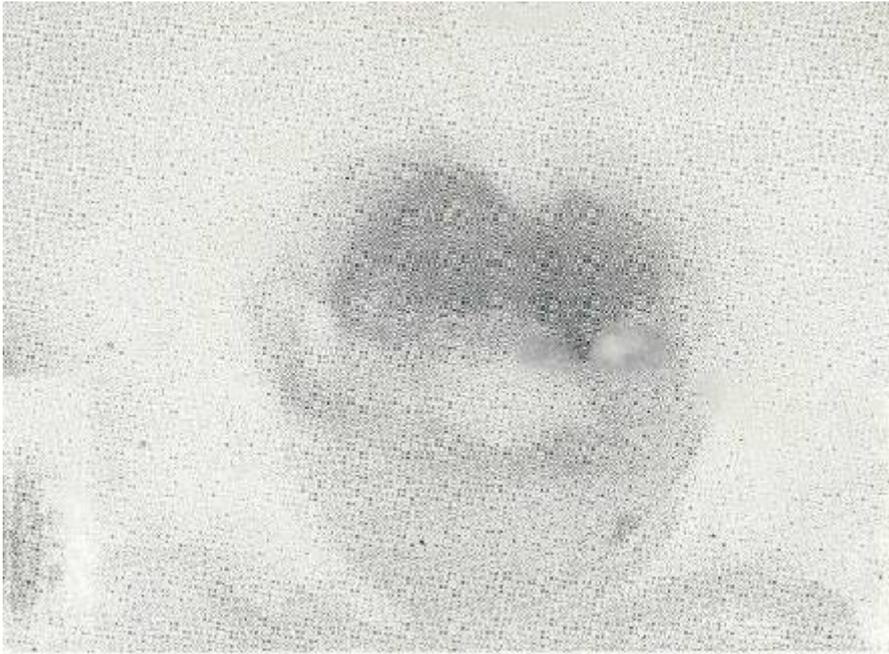


Fig. 1



Fig. 2

Fig. 3.—Miomatosis uterina. Las flechas muestran el límite del cuerpo de la matriz muy aumentado de tamaño.

Fig. 4.—Grandes quistes ováricos bilaterales.



Fig. 3



Fig. 4

# MICROLITIASIS PULMONAR ALVEOLAR

(INFORME DE LOS DOS PRIMEROS CASOS EN HONDURAS)

Dr. Virgilio Cardona López ( )  
Dr. Daniel Mencía (\*\*)

La microlitiasis pulmonar alveolar es una enfermedad rara, generalmente familiar. Hasta 1.961 se habían reportado en la literatura mundial aproximadamente 84 casos, a esta fecha, hay ya más de 100 casos.

El presente trabajo tiene por objeto informar los primeros casos encontrados en nuestro país en dos pacientes internados en el Instituto Nacional del Tórax con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y a los que posteriormente se les practicó biopsia del pulmón con lo que se estableció el diagnóstico.

Friedreich (1) en 1856 describió los llamados "cuerpos amiláceos pulmonares". Harbitz, Fr. (2) fue quien en 1918 consideró la condición como una enfermedad propia pulmonar, pero no fue hasta 1933 que Puhr (3) separó esta condición de los "cuerpos amiláceos" y llamó la enfermedad con el nombre que actualmente se le conoce de microlitiasis pulmonar alveolar. La enfermedad se caracteriza por una imagen radiológica de pequeñas masas, redondas, calcificadas, diseminadas en ambos campos pulmonares y que contrasta con un cuadro casi asintomático del paciente. Histológicamente se observan múltiples calcificaciones intraalveolares (microlitos) concéntricas a manera de cebolla cortada, que toman un color basofilo con la coloración hematoxilina-eosina, la pared alveolar está intacta sin reacción inflamatoria.

Las coloraciones especiales para calcio como Von Kossa han demostrado que estos cálculos están formados por fosfato y carbonato calcico, hay también lípidos, polisacáridos (PAS: positivo) y pequeñas cantidades de hierro, magnesio y aluminio han sido encontradas.

La etiología de la enfermedad permanece aún desconocida, pero se han sugerido diferentes teorías con la idea de explicar su origen.

Antes que todo la enfermedad es considerada familiar y hasta un factor genético ha sido sugerido. Clark y Johnson (4) en un informe de 64 casos en 1961 encontraron 25 casos con la enfermedad en 10 familias.

La exposición a un factor irritante por inhalación ha sido considerada, sin embargo el número de casos y la exposición a polvo por el oficio desempeñado no parecen jugar un papel importante.

Algunos creen que puede existir alguna relación entre la enfermedad y un metabolismo anormal del calcio y del fósforo. De los 33 casos en que se cuantificaron estos iones solo 7 tenían cifras altas de calcio, de los cuales en tres estaba de un modo inconstante. En principio esta teoría

---

( \*) Profesor y Jefe del Depto. de Patología de la Escuela de Medicina.

(\*\*) Director del Instituto Nacional del Tórax.

parecía revestir poca importancia ya que la microlitiasis alveolar pulmonar no va asociada con depósitos de calcio en otros órganos.

Mayer, H. y Guilbert, E. (5) en 1966 enfatizaron que la apariencia laminada de los cálculos pulmonares sugieren la presencia de estímulos repetidos ocurridos en estados sucesivos y que dá como resultado una reacción inespecífica, probablemente de naturaleza hiperinmune, debido a una variedad de insultos incluyendo neumonías, fiebres, etc., y que da como resultado la producción de un exudado pulmonar peculiar. Las diversas pruebas antigénicas han sido negativas y la cuantificación de gamma globulinas ha sido normal lo que indica que no existe dato inmunológico que nos haga aceptar esta teoría.

Sosman y colaboradores (6) creen que es debido a un error innato en el metabolismo, posiblemente, algún defecto enzimático, tal vez debido a un defecto de la anhidrasa carbónica, se pierde CO<sub>2</sub>, lo cual trae consecuentemente un viraje hacia la alcalinidad local, lo que hace que no se mantenga la solubilidad del carbonato de calcio presente en los alveolos, lo que trae como consecuencia la precipitación de calcio y la formación de microlitos. Otros han informado casos en relación con litiasis renal, hipotiroidismo, síndrome del alcali-leche (7) etc., pero en la mayoría de ellos, la enfermedad se ha presentado en forma insólita.

La patogenia de la enfermedad también es desconocida, no se sabe el por qué de la precipitación de sales de calcio en los espacios alveolares en brotes repetidos, esto puede ser probablemente porque el pulmón está en el grupo de órganos comprometidos en la eliminación o secreción de ácidos.

H. S. Baar (8) informaron un caso de microlitiasis pulmonar alveolar asociado con fibrosis intersticial difusa del pulmón y concluyen en su informe que la calcificación es secundaria a la formación de cuerpos amiláceos de larga duración y probablemente exista un factor desconocido sobre agregado.

No hay preferencia por ningún sexo o raza ya que la enfermedad ha sido informada en muchos países.

Respecto a la edad hay informes de prematuros y en pacientes de hasta 06 años. El medio ambiente y la profesión no parecen jugar ningún papel en la etiología. La mayor parte de los pacientes son asintomáticos y los casos informados en su mayoría han sido detectados en un examen radiológico rutinario de pulmones o en campañas antituberculosas.

Los síntomas varían desde tos con expectoración, que es el síntoma más frecuente, hasta disnea de esfuerzo y posteriormente insuficiencia cardíaca derecha. Al examen físico, se puede observar dedos en palillo de tambor y cianosis. A la auscultación pulmonar se pueden encontrar crepitaciones finas en los campos medios del tórax.

Clínicamente es sorprendente en la mayoría de los casos la falta de síntomas y signos pulmonares que contrasta con la "espantosa" apariencia radiológica.

Las pruebas de laboratorio no ofrecen mayor ayuda a el diagnóstico ya que son negativas a excepción de la espirometría, la cual en la mayoría

parecía revestir poca importancia ya que la microlitiasis alveolar pulmonar no va asociada con depósitos de calcio en otros órganos.

Mayer, H. y Guilbert, E. (5) en 1966 enfatizaron que la apariencia laminada de los cálculos pulmonares sugieren la presencia de estímulos repetidas ocurridos en estados sucesivos y que dá como resultado una reacción inespecífica, probablemente de naturaleza hiperinmune, debido a una variedad de insultos incluyendo neumonías, fiebres, etc., y que da como resultado la producción de un exudado pulmonar peculiar. Las diversas pruebas antigénicas han sido negativas y la cuantificación de gamma globulinas ha sido normal lo que indica que no existe dato inmunológico que nos haga aceptar esta teoría.

Sosman y colaboradores (6) creen que es debido a un error innato en el metabolismo, posiblemente, algún defecto enzimático, tal vez debido a un defecto de la anhidrasa carbónica, se pierde CO<sub>2</sub>, lo cual trae consecuentemente un viraje hacia **la alcalinidad local**, lo que hace que no se mantenga la solubilidad del carbonato de calcio presente en los alveolos, lo que trae como consecuencia la precipitación de calcio y la formación de microlitos. Otros han informado casos en relación con litiasis renal, hipotiroidismo, síndrome del **álcali-leche (7)** etc., pero en la mayoría de ellos, la enfermedad se ha presentado en forma insólita.

La patogenia de la enfermedad también es desconocida, no se sabe el por qué de la precipitación de sales de calcio en los espacios alveolares en brotes repetidos, esto puede ser probablemente porque el pulmón está en el grupo de órganos comprometidos en la eliminación o secreción de ácidos.

H. S. Baar (8) informaron un caso de microlitiasis pulmonar alveolar **asociado** con fibrosis intersticial difusa del pulmón y concluyen en su informe que la calcificación es secundaria a la formación de cuerpos amiláceos de larga duración y probablemente exista un factor desconocido sobre agregado.

No hay preferencia por ningún sexo o raza ya que la enfermedad ha sido informada en muchos países.

Respecto a la edad hay informes de prematuros y en pacientes de hasta 60 años. El medio ambiente y la profesión no parecen jugar ningún papel en la etiología. La mayor parte de los pacientes son asintomáticos y los casos informados en su mayoría han sido detectados en un examen radiológico rutinario de pulmones o en campañas antituberculosas.

Los síntomas varían desde tos con expectoración, que es el síntoma más frecuente, hasta disnea de esfuerzo y posteriormente insuficiencia cardíaca derecha. Al examen físico, se puede observar dedos en palillo de tambor y cianosis. A la auscultación pulmonar se pueden encontrar crepitaciones finas en los campos medios del tórax.

Clínicamente es sorprendente en la mayoría de los casos la falta de síntomas y signos pulmonares que contrasta con la "espantosa" apariencia radiológica.

Las pruebas de laboratorio no ofrecen mayor ayuda a el diagnóstico ya que son negativas a excepción de la espirometría, la cual en la mayoría

de los casos demostró una capacidad vital disminuida y disminución en la capacidad respiratoria máxima.

En algunos casos los estudios de función demostraron una disminución del flujo sanguíneo, alteraciones en la distribución y difusión del aire y por último disminución en la saturación de oxígeno en reposo y mayor saturación después del ejercicio.

Los estudios electrocardiográficos demostraron sobrecarga ventricular derecha y en algunos pacientes habían desarrollado un cor pulmonale.

El medio de diagnóstico más importante en esta condición es la radiografía del tórax, radiológicamente el parénquima pulmonar demuestra un "moteado arenoso" micronodular, difuso en ambos pulmones, más prominente a nivel de las bases. Al progresar la enfermedad la densidad del moteado va aumentando progresivamente, produciendo borramiento de los límites cardíacos y diafragmático. Los autores hacen hincapié de que en la tercera parte de los casos se demuestra calcificación pleural, lo cual ayuda a pensar en la enfermedad.

Radiológicamente la enfermedad semeja principalmente tuberculosis mular, histoplasmosis, sarcoidosis y carcinomatosis metastásica con las que ha sido confundida.

Para el diagnóstico diferencial es importante recordar el cuadro asintomático de estos casos y buscar casos similares en 3a familia del paciente y finalmente la biopsia del pulmón confirma definitivamente el diagnóstico, algunos casos en la literatura han sido diagnosticados hasta en el estudio post-mortem (9).

La evolución de la enfermedad ha oscilado entre 3 y 25 años.

Durante el curso de la enfermedad pueden presentarse cuadros broncopulmonares agudos y si hay otras infecciones intercurrentes, la muerte generalmente se produce por cor pulmonale.

#### RESUMEN DE DOS CASOS CLÍNICOS:

CASO N° 1.—(64-5180). H.N.N. Hombre de 16 años de edad, soltero, originario y vecino de San Lorenzo, departamento de Valle, sin oficio. Ingresó al Sanatorio Nacional el 30 de abril de 1964.

Síntoma, principal: Ninguno.

Historia: Paciente que al ser examinado por la Campaña Antituberculosa se le encuentra una lesión difusa en ambos campos pulmonares, aconsejándole su internamiento en ese centro, para su estudio. Únicamente acusaba tos ligera con expectoración mucosa que no le había dado importancia. El resto del interrogatorio resultó negativo, lo mismo que sus antecedentes familiares.

Examen físico: Paciente de desarrollo regular, con temperatura de 37°C. Pulso: 80. Respiraciones: 22. Peso: 106 libras. El resto del examen físico resultó negativo, con excepción del pulmón izquierdo que tenía estertores crepitantes en ambos vértices. Ambas manos presentaban característicamente dedos en palillo de tambor.

Se clasificó como **T.B.C.** pulmonar en bases del infiltrado pulmonar masivo, bilateral (Fig. N° 1) que presentaba y se inició un tratamiento de prueba con PAS 6 gms. diarios, HAIN 300 mgs. diarios y posteriormente fue agregado Estreptomina a razón de 1 gramo diario.

Evolución: Cuatro meses después de iniciado el tratamiento los exámenes radiológicos de pulmones no demostraron ningún cambio en el aspecto de las lesiones.

Exámenes: Broncoscopia normal, Gaffky: negativo; pruebas funcionales respiratorias; CV actual: 2.4 litros; M.V.C. actual: 116 litros; CV normal: 3.9 litros; M.V.C. normal: 126 litros. Sangre: G.R.: 4.200.000; G.B.: 9.300; N: 88% ; L: 12% ; hematócrito: 35 vol% ; hemoglobina: 84%; tuberculina: 10 mm.; orina: densidad: 1015; glucosa: O. albúmina: ligeras trazas, cilindros granulados y cristales de ácido úrico.

El 2 de septiembre, el Cirujano practicó biopsia en cuña del pulmón a nivel del segmento lateral basal del lóbulo inferior derecho y anotando en su descripción operatoria una resistencia arenosa a nivel del corte y en todo el parénquima pulmonar.

Al estudio histológico se notaron numerosos nodulos calcificados intra-alveolares, con un aspecto laminado en capas de cebolla (Figs. 2 y 3) ; estas calcificaciones no producían reacción inflamatoria ni fibrosis en las paredes alveolares. Estos hallazgos histológicos asociados al aspecto radiológico de ambos pulmones correspondían a la condición llamada microlitiasis pulmonar alveolar.

El paciente fue dado de alta 5 meses después de su ingreso.

CASO N° 2. (66-6895) C.F.F. Hombre de 22 años de edad, soltero, agricultor, hondureño, nacido en La Venta, Francisco Morazán, procedente del mismo lugar. Ingresó al Instituto Nacional del Tórax el 4 de julio de 1966.

Síntoma principal: cansancio.

Historia: Paciente refiere su enfermedad desde hace dos meses, que se inició con sensación de opresión torácica y dificultad para respirar, siendo más notable al esfuerzo físico, afirma que anteriormente gozaba de buena salud y aún con su síntoma principal, siempre continuó en su trabajo diario, decidió ingresar a la Fuerza Aérea Hondureña, por lo cual se sometió a varios exámenes, incluyendo una radiografía de tórax, de la cual se le dijo tenía enfermedad pulmonar, por lo que se le recomendó su hospitalización.

Niega tos (seca o productiva), curso febril u otra manifestación adjunta.

Enfermedades anteriores; Las de la infancia, paludismo, gripes y odontalgias, heridas con arma corto-contundentes en su trabajo, niega antecedentes quirúrgicos, afirma ser primera vez que lo han examinado en su vida, niega antecedentes venéreos, fumador moderado hace 9 años. Labora desde los 5 años, desde entonces ha cultivado granos, en especial maíz, lo cual aparentemente no le producía malestar alguno.

Antecedentes familiares: Padre vive, sano aparentemente, madre viva, sana aparentemente, 3 hermanos vivos, sanos aparentemente, 3 hermanos muertos (ignora causa). Niega contagio ambiental parientes lejanos ignoran su estado de salud.

Examen físico: Paciente de hábito asténico, joven, tímido de comportamiento. Cooperar al interrogatorio con dificultad; orientado en tiempo y espacio, adopta posición sentada sin dificultad.

Tórax: Normal. Pulmones: Nada de particular. Corazón: Apex late en 5o. E.I.I. L.M.C. ruidos 2º desdoblado, ausencia de soplos. Resto del examen físico fue negativo.

Exámenes de laboratorio: Serie de esputos por BAAR fueron negativas, incluyendo cultivos, lo mismo que las muestras obtenidas por lavados bronquiales. La tuberculina fue de 9 mm. y la histoplasmina de 8 mm.

El electrocardiograma demostró moderada hipertensión ventricular derecha.

Los estudios radiológicos del pulmón demostraron extensa enfermedad parenquimatosa caracterizada por un infiltrado puntiforme difuso (Fig. N° 4) en ambos campos pulmonares, que nunca cambió su aspecto radiológico a pesar del tratamiento antituberculoso, por lo que se decide practicar una biopsia de pulmón, 21 días después de su ingreso.

Al practicarla el Cirujano nota a la palpación una consistencia arenosa del parénquima semejando papel de lija y al estudio histológico se encontraron los mismos cambios observados en el caso W 1.

#### COMENTARIO

Los dos casos aquí informados prácticamente no difieren de los casos informados en la literatura mundial ya que casi todos tienen un cuadro clínico asintomático que contrasta con el aspecto de enfermedad pulmonar avanzada al estudio radiológico.

En nuestros casos se estudiaron radiológicamente varios miembros de las dos familias sin haberse encontrado otro caso de enfermedad.

Creemos que aunque la enfermedad es rara, la posibilidad de encontrar otros casos es muy probable por el amplio uso que se está haciendo de la biopsia pulmonar, en todos aquellos casos de infiltrado o lesiones pulmonares no tuberculosas.

Es frustrante anotar que no hay tratamiento conocido que cure o mejore esta condición e irremediamente todos estos pacientes fallecen de insuficiencia cardíaca derecha o enfermedades intercurrentes.

## R E S U M E N

Se informan los dos primeros casos de microlitiasis pulmonar alveolar detectados por biopsias pulmonar en el Instituto Nacional del Tórax, y se hace una revisión parcial de la literatura mundial.

Hasta el momento ninguna de las teorías explica satisfactoriamente esta enfermedad y su etiología permanece desconocida.

Se hace notar la importancia que tiene un estudio completo que incluye la biopsia de pulmón en aquellas lesiones pulmonares que semejan radiológicamente tuberculosis pulmonar y no responden al tratamiento específico de esta enfermedad.

## S U M M A R Y

Two cases of microlithiasis alveolaris pulmonum detected by lung biopsy are reported. Both cases were admitted to the Instituto Nacional del Tórax with a clinical diagnosis of pulmonary tuberculosis, based on X rays of the lungs.

Radiological studies of the lungs in several members of both families were done, however no other cases were detected.

We emphasize the importance of lung biopsy in all cases of pulmonary infiltrations without response to medical treatments.

Fig. 1.—Radiografía de pulmones del caso N\* > 1 mostrando infiltrado difuso de ambos campos pulmonares, principalmente en las bases.

Fig. 2.—Numerosos nodulos calcificados intraalveolares. Ausencia de reacción inflamatoria.

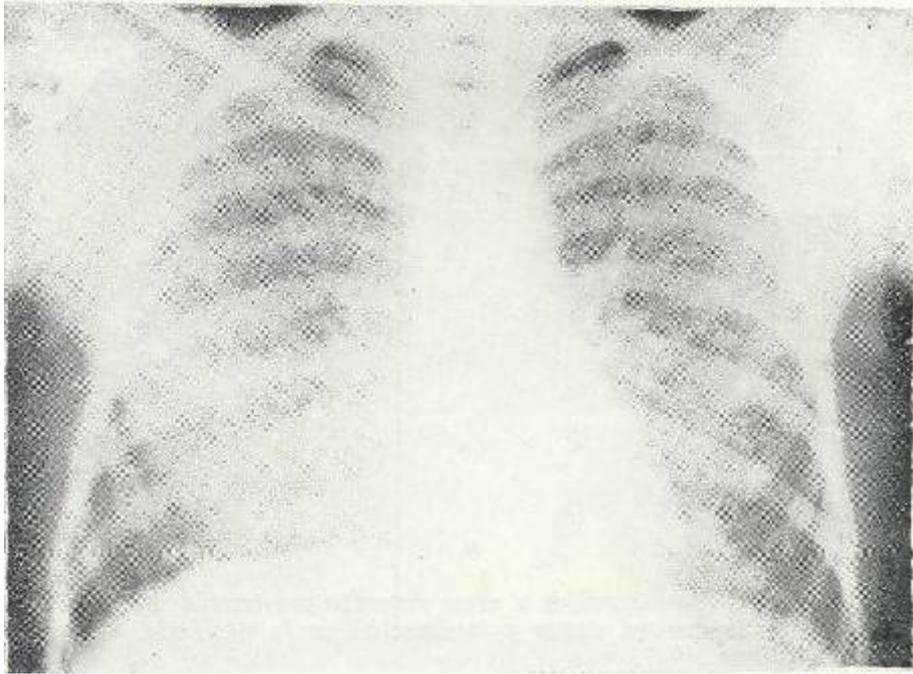


Fig. 1

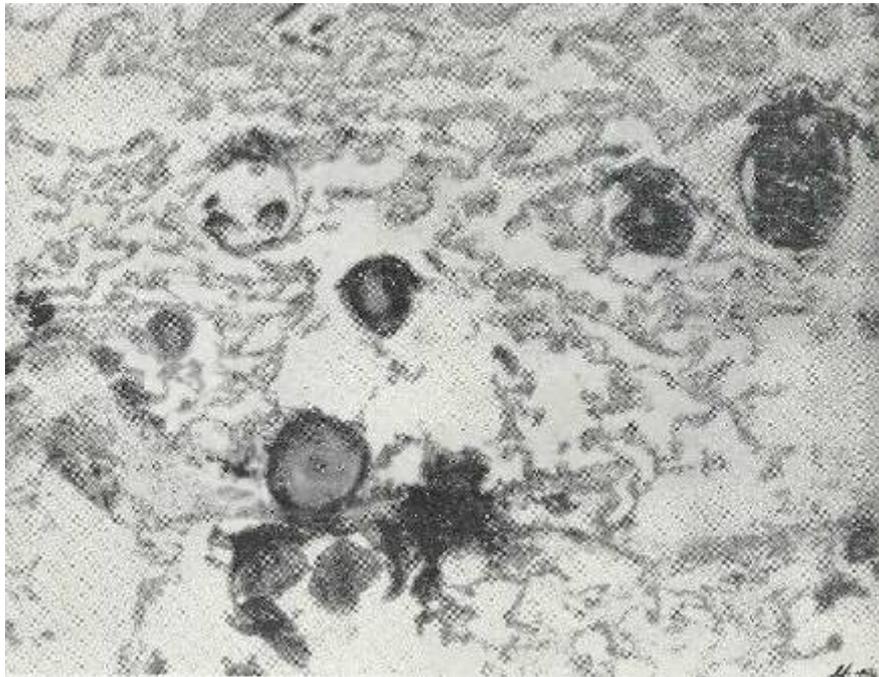
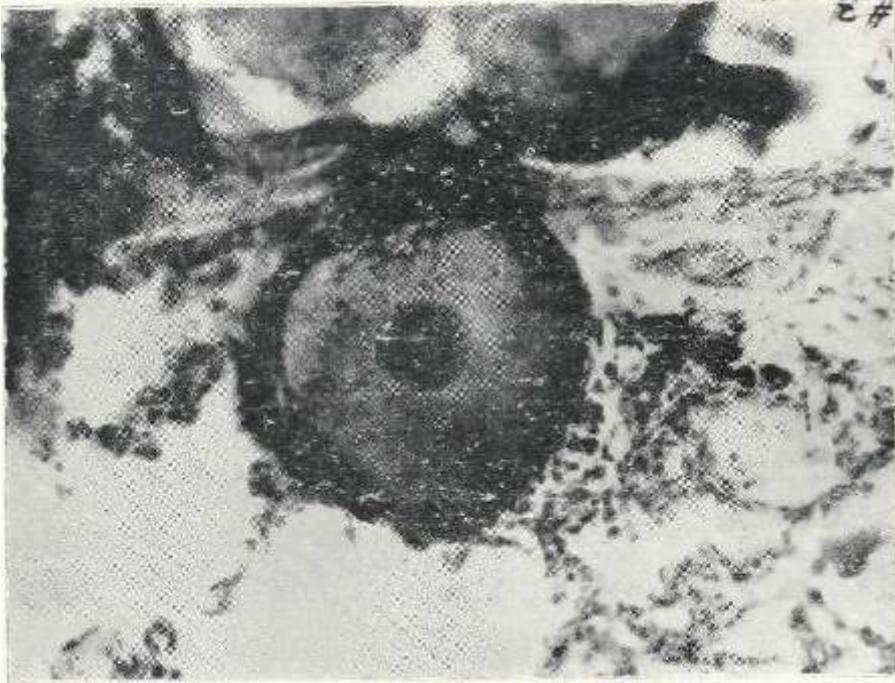


Fig. 2

Fig. 3.—Microlitos a gran aumento mostrando un nido central denso y laminación en la periferia. Caso N<sup>o</sup> 1.

Fig. 4.—Radiografía de pulmones en e caso N<sup>o</sup> 2. Nótese la similitud con el primer caso\*



Fia. 3

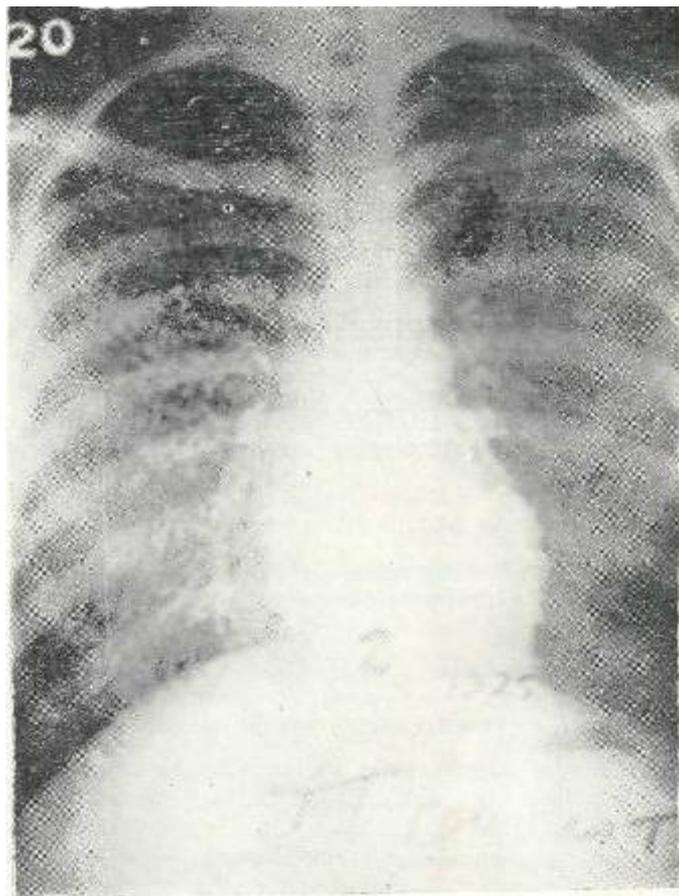


Fig. 4

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—FRIEDREICH, N.: Corpora amylacea in den lungen. Virchow Arch. Path. Anat. 9: 613-618, 1856.
- 2.—HARBITZ, Fr.: Extensive calcification of the lungs: A distinct disease. Arch. Inter. Med. 21: 139-146, 1918.
- 3.—PUHR, L.: Microlithiasis alveolaris pulmonum. Virchow Arch. Path. Anat. 290: 157-160, 1933.
- 4.—CLARK, R. B. and JOHNSON, F. C.: Idiopathic pulmonary alveolar microlithiasis. Pediatrics, 28: 650-54, 1961.
- 5.—MEYER, H. G.; GILBERT, E. S. and KENT, G.: Clinical Review of microlithiasis, JAMA. 161: 1153, 1956.
- 6.—SOSMAN, M. C.: AM. J. Roentg. 77: 947-1011, 1957.
- 7.—LEWIS M. P.; BRUNOA.; HENNINGAR R. G.: Pulmonary alveolar microlithiasis associated with milk-alkali syndrome. Am. J. Clin. Path. 41: 194-201, 1964.
- 8.—BAAR, H. S. and FERGUSON, F. F.: Microlithiasis alveolaris pulmonum. 76: 81-88, 1963.
- 9.—DOEHNERT O.H.R. y GOMEZ L. L.: Microlithiasis pulmonar. Revista de Fisiología y Neumología, Caracas, Venezuela, 5: 63-78, 1963.

NOTA: Se agradece la colaboración del Dr. Inf. Moisés Chiang quien contribuyó a la preparación de este trabajo.

# Informe sobre estudios con la calaguala

Los estudios sobre el helecho Calaguala (*Polypodium Leucotomos*) tienen tres aspectos: químico, metabólico y clínico.

## ESTUDIOS QUÍMICOS

Los rizomas de la Calaguala han sido extraídos con éter y etanol. De la oleoresina del extracto etéreo se ha aislado un terpeno principal que se denomina fracción CF3. No se han hecho estudios metabólicos ni clínicos todavía.

Del extracto etnológico se han aislado dos fracciones principales:

1.—Calagualina (fracción CF4) un glicósido, que según estudios hidrolíticos tiene 3 sustancias, 2 azúcares y un aglicón. El aglicón tiene un grupo cetónico que da una dinitrofenilhidrazona en frío de color rojo ladrillo. Los estudios metabólicos se han limitado hasta ahora a la calagualina misma y a sus productos de hidrólisis; los estudios clínicos, se han limitado a la calagualina misma.

2.—De las aguas madres del extracto etanólico se han aislado tres sustancias, dos sólidas y un aceite. La combinación de estas tres se llama la fracción CP5. No se han hecho estudios metabólicos ni clínicos con esta fracción todavía. Las características químicas de estas tres sustancias hablan en favor de su naturaleza terpénica.

## ESTUDIOS METABOLICOS CON CALAGUALINA

- 1.—Reduce la incorporación del ácido orótico 6-C y de la L-valina-C-14 U. M. en cortes tumorales humanos in vitro.
- 2.—Reduce la conversión de la glucosa-C14 U.M. en proteínas, lípidos y CO<sub>2</sub> en cortes tumorales humanos in vitro.
- 3.—Reduce la producción de CO<sub>2</sub> a partir de la glucosa-1-C14, glucosa-6-C14, piruvato y acetato-1-C-14 en cortes tumorales humanos in vitro.
- 4.—Aumenta la incorporación de la L-valina-C14 U.M. en proteínas del cerebro, hígado, riñón, bazo y músculo en la rata normal in vivo, después de 40 minutos de una inyección intraperitoneal.
- 5.—Aumenta la tasa del DNA y RNA hepático in vivo en ratas normales al inyectar 0.1 mg/g de peso diariamente, durante 8 días.
- 6.—Aumenta la tasa de RNA 48 horas después de una hepatectomía parcial, una hora después de inyectar 1 mg/g intraperitonealmente en ratas normales.

El transporte de glucosa-C14 U.M., D-arabinosa-1-C14, D-Sorbitol-C-14 U. M. y de alfa-amino-isobutirato-1-C14 es aumentada in vitro en diafragma de rata, y disminuida en cortes tumorales humanos in vitro.

El hidrolizado de la calagualina tiene efecto sobre el transporte de azúcares metabolizables y no metabolizables y de aminoácido no metabo-

---

■ Departamento de Ciencias Fisiológicas (UNAH).

lizable similar a la calagualina misma. El hidrolizado también disminuye el transporte de dichas sustancias en cortes tumorales humanos.

El experimento de dilución hacia el infinito del hidrolizado mostró que es el aglicón la parte activa de la molécula.

## ESTUDIOS CLÍNICOS CON LA CALAGUALINA

1.—Excreción renal: Calagualina, por infusión continua endovenosa de 10 *mg/ml* es excretada prácticamente con la misma velocidad que la creatinina.

Inyección endovenosa de 500 mg de calagualina en el humano es excretada totalmente entre 3-4 horas.

Por lo tanto los experimentos clínicos se han hecho con administración oral. Aunque todavía no podemos hablar de dosis óptima, se han empleado 150 hasta 600 mg/día, en forma de tabletas de 100 mg. c/u.

2.—Experimentos clínicos:

Enfermedades malignas .....	18	1-1 <sup>^</sup> » año
Psoriasis generalizada .....	5	4-6 meses
Cirrosis hepática .....	2	recién iniciado
Lupus eritematoso .....	1	1 año

3.—Enfermedades malignas: Adenocarcinomas (9), leucemias (4), basaliomas (3), fibrosarcoma (1), Hodgkin (1).

Cambios objetivos: Un caso de adenoma de la cabeza del páncreas se encontró libre de la ictericia (piel y orina) una semana después de **iniciar** el tratamiento.

Un caso de adenocarcinoma mamario grado III recidivante involucionó totalmente lo mismo que 7 metástasis cutáneas y se deshinchó totalmente el brazo del mismo lado.

Un caso de adenocarcinoma del sigmoide recidivante se mantiene en buenas condiciones un año después de iniciar el tratamiento. Estamos esperando los resultados de los controles.

Un caso de adenocarcinoma del útero se mantiene en buenas condiciones V/2 año después de iniciar el tratamiento. Las biopsias siguen positivas, a pesar del buen estado del paciente.

Un caso de adenocarcinoma prostético mostró ablandamiento del tumor en el primer mes y **desaparición** de la **nicturia** al mismo tiempo. El paciente está en buenas condiciones después de un año.

Un adenocarcinoma del estómago generalizado con ascitis se mantuvo 11 meses sin relapso de ascitis, sin dolor y con buen apetito.

Un caso de linfoma no diferenciado, mostró disminución de ganglio linfáticos torácicos 3 meses después del tratamiento y actualmente la radiografía torácica es negativa. Paciente en buenas condiciones después de un año y medio.

Tres casos de leucemia mieloide crónica y un caso de leucemia linfática crónica han mostrado remisiones y *se encuentran* en buen estado (trabajando) un año y medio desde el inicio del -tratamiento.

Tres casos de basalioma han sido tratados. Uno de ellos fue operado. Entre todos se mostró una mejoría visible del tumor y ocasionalmente después 3-6 meses de tratamiento mostraron biopsias negativas. Los tres han sido retirados del experimento.

Un caso de fibrosarcoma del pie, con una úlcera de 5 x 6 cms. sanó después de 2 meses de tratamiento y mostró biopsias negativas durante tres meses después de cesar el tratamiento. El paciente ha sido retirado del experimento.

4.—Psoriasis generalizada: Se han tratado 5 pacientes, de los cuales tres se han limpiado entre 4-6 meses y después de la interrupción del tratamiento no han recaído después de 4 a 10 meses, hasta ahora. Los otros dos están en tratamiento, siendo recientes.

5.—Cirrosis hepática: Los dos casos son recientes, no se puede concluir nada por ahora.

6.—Lupus eritematoso; Un caso, tratado desde hace un año, con buen estado general y libre de dolores.

Cambios generales: En todos los casos de enfermedades malignas se notó un considerable mejoramiento del estado general. Los dolores han cesado dentro 1-2 semanas, el peso corporal aumentó, el apetito mejoró. El retorno de las fuerzas corporales, sobre todo en los casos de leucemia, fue notable dentro del primer mes de tratamiento.

Además hubo aumento del recuento de glóbulos rojos y de la hemoglobina, los casos de leucemia mostraron aumento en el recuento **plaquetario**.

20 de agosto de 1969.

Señor Presidente de la República,  
General Oswaldo López Arellano, Su  
Despacho.

Señor Presidente:

Dos horas después del rompimiento de relaciones diplomáticas de El Salvador con Honduras, a la 1:00 de la madrugada del 27 de junio recién pasado, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras se pronunció, a nombre de sus colegiados, en apoyo incondicional del Gobierno de la República para defender la soberanía nacional y la integridad territorial. Ese pronunciamiento, aun cuando prematuro en apariencia, fue oportuno como lo revelaron los acontecimientos posteriores que demostraron el buen juicio de su intención.

El Médico hondureño, como cualquier ciudadano, ha sabido cumplir con sus deberes cívicos en diferentes circunstancias y en la actual emergencia nacional se hizo presente a todos los sitios donde fue requerido. Esta presencia en los diferentes sectores del frente interno (militar, desplazados de guerra, pueblo en general) le ha permitido tomar conciencia de la preocupación del ciudadano hondureño, desde el campesino y el soldado hasta el banquero y el industrial. Preocupación por la unidad e integración nacionales, el respeto a la soberanía, la defensa de la integridad territorial y la conquista de la Independencia. Este Médico, en su doble condición de colegiado y ciudadano, ha instado en repetidas ocasiones a la Junta Directiva para que analice los problemas nacionales de la presente emergencia y plantee, tanto al Gobernante como a los gobernados, las posibles soluciones. Por ello la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras tiene la seguridad de hablar en nombre del pueblo hondureño y de sus intereses soberanos, y cumple sin vacilaciones con tan sublime deber.

#### UNIDAD E INTEGRACIÓN NACIONALES

La presente crisis histórica ha engendrado una unidad de la opinión nacional que, aunque siendo espontánea, ha respaldado y hecho posible la efectiva defensa de Honduras ante la agresión salvadoreña en forma de una guerra no declarada. La preservación y fortalecimiento de esta unidad nacional exigen:

a) La integración de los mejores recursos humanos en la administración pública mediante la efectiva aplicación de la Ley de Servicio Civil, sin discriminaciones de ninguna especie, porque en el mundo de ayer y de hoy no han existido ni existen sustitutos para el talento, la inteligencia, la honestidad y la austeridad, cualidades que deben estar bien representadas en un Gobierno que no tiene aliados ni asistencia ante la inminente amenaza de una nueva invasión salvadoreña, autorizada tácitamente por la falta de sanciones a la agresión que propiamente se inició el 13 de julio de 1969.

---

b) Reestructuración inmediata de la administración pública mediante la renuncia de todos los funcionarios que ocupen cargos de confianza para **dar** oportunidad a los Poderes Ejecutivo y Legislativo de escoger ciudadanos capacitados y honestos. Debe recibir particular y urgente atención la reorganización del Servicio Exterior para que Honduras esté representada de manera inteligente, digna y adecuada.

c) Ejercicio' inmediato de un régimen de honestidad en que se aplique sin vacilaciones la Ley de Probidad y se acabe para siempre con el infame comercio de las influencias, que por no dejar huellas de enriquecimiento ilícito ha sido visto con benevolencia cómplice.

d) Ejercicio inmediato de un régimen de austeridad tanto de los funcionarios civiles como de los jefes militares, que sea el fiel reflejo de un país con recursos económicos limitados pero los suficientes para donaciones internacionales. Practicar la austeridad administrativa en vivir dignamente sin recurrir en forma, desmedida a los empréstitos o forma tal que ninguna institución autónoma evada la auditoría fiscal invocando esta condición, que desaparezcan los lujos superfluos para numerosos funcionarios públicos, que se terminen los privilegios que inmerecidamente se han otorgado a otros funcionarios, que cesen las recepciones extravagantes, que no se autoricen viáticos excesivos para tanto viajero oficial, y que desaparezcan otros **lujos** poco apropiados para un país en que tantos carecen de lo indispensable para una subsistencia mínima.

e) Que los partidos políticos, las Fuerzas Armadas y las otras fuentes de fuerza social por iniciativa del señor Presidente de la República comiencen el diálogo cívico para crear las condiciones propicias a la tolerancia y respeto mutuos, y que de hoy en adelante se hable en Honduras de adversarios y nunca más de enemigos políticos. El Gobierno ya dio un Decreto de Amnistía, amplio e incondicional y ahora conviene el absoluto respeto de los derechos y garantías individuales, como el comienzo de un proceso democrático efectivo.

f) Institucionalización del Comité Cívico Nacional como un organismo representativo que se encargue de orientar la opinión pública en la solución de todos los problemas del país.

## SOBERANÍA NACIONAL

El pueblo hondureño, de quien emanan todos los Poderes del Estado, es la única fuente de soberanía nacional y en la defensa de sus sagrados intereses no reconoce compromisos nacionales o internacionales que lo priven y despojen de sus atributos soberanos. Hay conciencia en cada hondureño de que el respeto de la soberanía nacional exige:

a) Cumplimiento de la Constitución Política y demás ordenamientos jurídicos ante los cuales debe existir igualdad de todos los hondureños; cumplimiento estricto de las leyes aplicables a extranjeros, sin autorizar pactos especiales al margen de nuestras leyes fundamentales.

b) En el orden económico se impone la revisión de los siguientes renglones:

—Análisis de nuestra participación en el Mercado Común Centroamericano, tomando las medidas necesarias para que se respeten los intereses hondureños y se aclare que no ha pasado inadvertida, durante las 100 horas de agresión armada salvadoreña, la actitud de los Estados Unidos de América y otros países latinoamericanos que hicieron prevalecer los intereses económicos y políticos sobre los principios jurídicos y humanos del inoperante Sistema Interamericano, más dañado aún por la parcial y oficiosa participación del señor Secretario General de la Organización de Estados Americanos (O.E.A.)

—Evaluación del sistema bancario nacional, el que paulatinamente ha sido entregado al dominio extranjero mediante la mal disimulada compraventa de las afiliaciones financieras y las naturales consecuencias contrarias a los intereses del pueblo hondureño,

—Medidas fiscales efectivas para combatir la evasión de impuestos por parte de hondureños y, sobre todo, de técnicos extranjeros, miembros de las famosas Misiones Internacionales o asesores militares que gozan de inmerecidos e injustificables privilegios diplomáticos. Iguales medidas para que capitalistas centroamericanos dejen de hacer uso de las facilidades para convertir en dólares en bancos hondureños sus respectivas monedas, aprovechando las pocas restricciones de nuestra política bancaria.

—Revisión completa de nuestra legislación de Fomento Agropecuario e Industrial orientándola también, en lo posible, hacia la protección del pequeño productor.

—Favorecer la política del ahorro nacional y otras medidas adecuadas que, como fuente interna de riqueza, nos permitan prescindir de los préstamos atados que engendran vasallaje económico y político.

Desarrollo de una política de comercio exterior que responda a los intereses del pueblo hondureño y que le permita a Honduras comerciar con los países que más le convenga. Que en lo comercial como en cualquiera otra dimensión se ejerza el derecho de soberanía nacional.

c) En materia de Educación una nueva política que reivindique lo hondureño e este sistema, entregado desde hace muchos años a la responsabilidad de intereses y técnicas extranjeros. En nombre de **distintos** convenios internacionales, múltiples o bilaterales, se ha ignorado sistemáticamente la capacidad de los maestros hondureños entre los que hay personas con tanta o mayor capacidad que los técnicos extranjeros y que realmente podrían orientar la educación hacia los genuinos intereses de Honduras. Organizar la radio y televisión estatales orientadas hacia la educación popular en todos **los** rincones del país.

d) En lo social urge completar la Reforma Agraria cumpliendo su mandato legal, y promover la integración económica, cultural y política de los departamentos de Ocotepeque, Lempira, Intibucá, La Paz y Valle. Su actual desintegración hizo de las comunidades fronterizas víctimas fáciles de la agresión salvadoreña —condenada entre líneas por la O.E.A.— y ningún hondureño puede estar tranquilo mientras no se corrijan las fallas anotadas. Baste decir que los hondureños que viven en el área fronteriza con El Salvador no sólo tienen que soportar la amenaza permanente de sus homicidas armas de fuego, sino que resistir además una propaganda sistemática de su radio y televisión porque estos son los

únicos medios informativos en el área. La población hondureña en las comunidades fronterizas con El Salvador ha sido víctima del saqueo repetido por parte de bandas de salvadoreños a quienes las autoridades de su país nunca han querido controlar. Propicia es la oportunidad para relocalizar a los desplazados de guerra en granjas cooperativas, como parte del Plan de Reforma Agraria, con el doble propósito de mejorar sus condiciones económico-sociales y que ellos mismos sopan defenderse haciendo de cada campesino un soldado armado con azadón y rifle, que es mucho más justo que hacer de él un mártir.

## DEFENSA DE LA INTEGRIDAD TERRITORIAL

Honduras, como Estado soberano, ha tenido problemas de límites tanto en sus fronteras terrestres como en su plataforma continental en cuya resolución siempre ha demostrado ser respetuosa de los procedimientos jurídicos y a pesar de la justicia de sus causas, nunca ha recurrido a la fuerza militar para obtenerla. Guatemala y Nicaragua por su ubicación geográfica son nuestros mejores testigos de que no somos un pueblo que practique el genocidio ni que haga uso de la guerra no declarada para efectuar ataques traicioneros a sus vecinos. El Salvador, por un lado y los Estados Unidos de América por otro, continúan creando una situación de ocupación territorial de hecho, de territorio hondureño continental e insular. Consideramos que siempre debemos ser respetuosos de lo jurídico pero El Salvador con su agresión nos obliga por nuestra propia seguridad a pensar tanto en recursos jurídicos como militares:

a) Proceder con urgencia a la reorganización de la Oficina de Estudios Territoriales, nombrando personal capacitado y responsable, dándoles el apoyo económico amplio para la organización de los archivos y la preparación de las causas que conduzcan a la resolución definitiva de los límites fronterizos con El Salvador y a la desocupación de las Islas del Cisne por parte de los Estados Unidos de América. Que al mismo tiempo se levanta un catastro de las propiedades litorales que por mandato CONSTITUCIONAL sólo pueden ser propiedad de hondureños.

b) Las Fuerzas Armadas de Honduras como institución respetuosa de la soberanía nacional y dedicadas a defender la integridad territorial debe formar parte en el proceso de la integración nacional de recursos humanos y del nuevo régimen de honestidad y austeridad. Los altos oficiales que revelaron incapacidad deben ser sustituidos inmediatamente por oficiales capaces, honestos y austeros, de los que hay suficientes en los cuadros de nuestro Ejército. El servicio militar obligatorio debe hacerse efectivo y en las actuales circunstancias es de impostergable importancia. Honduras, como Estado soberano, debe comprar armas para su defensa, no tras bastidores, en un mercado negro creado por los mismos fabricantes para vender más cara su mercadería, sino en cualquier país que se las venda sin reservas ni ataduras de ninguna clase. La acción unilateral de cualquier Gobierno encaminada a impedir a Honduras la compra de armas debe considerarse como una violación a nuestra soberanía, y el pueblo hondureño sabrá respetar y apoyar a un Gobierno que lo represente con dignidad. El pueblo hondureño tiene fe en su Ejército porque cada soldado supo cumplir con su deber en la línea de la libertad y por ello tiene derecho a estar, cuanto antes, bien equipado con lo

comprado con nuestro dinero y nunca más con desechos de ejércitos de una carrera armamentista, pero el ejército salvadoreño está allí, al extranjero. No es que el pueblo hondureño sea partidario de la guerra y borde mismo de su frontera que es donde quiere estar, y no donde la O.E.A. le ordena, y continúa amenazando a hondureños indefensos ante la vista y paciencia de los Observadores de un organismo internacional lento, inoperante y que responde a los intereses de un solo país americano y ese no es precisamente Honduras.

### INDEPENDENCIA NACIONAL

El 15 de septiembre de 1821 se suscribió sin sacrificio alguno el Acta de nuestra Independencia que paso fin al colonialismo español, pero paulatinamente hemos perdido ese privilegio al permitir que un Gobierno poderoso nos incluya dentro de su área de influencia política y económica y hasta "cultural". El 13 de julio de 1969 el ejército salvadoreño, que a pesar de su pretendida condición profesional ha ignorado las leyes de la guerra, mediante su agresión de guerra no declarada despertó nuestro adormecido civismo y ha llegado el momento de que el Gobierno del pueblo hondureño actúe en su nombre, para que deje de ser vasallo de intereses extranjeros y viva como dueño de su propio destino.

Este pueblo ha hablado y para constancia histórica ante las generaciones futuras pide a su Gobernante, que ha dado muestras de serenidad y cordura en los momentos difíciles que vivimos, que sobre la memoria de los mártires caídos en los campos de batalla y fuera de ellos, se hagan a la mayor brevedad posible los cambios aquí planteados y si algún político, civil o militar, se opone a este justo reclamo, se le tenga como traidor y se le trate como tal.

POR UNA HONDURAS LIBRE, SOBERANA E INDEPENDIENTE.

Respetuosamente.

Dr. RAMÓN CUSTODIO L.,  
Presidente

Dr. OCTAVIO ZAVALA C.,  
Vice-Presidente

Dr. SILVIO R. ZUÑIGA,  
Secretario

Dr. HÉCTOR LAINEZ N.,  
Pro-Secretario

Dr. FRANCISCO ALVARADO S., Dr. FERNANDO TOME ABARCA,  
Tesorero Pro-Tesorero

Dr. ALBERTO C. BENDECK,  
Vocal 1?

Dr. M. JESÚS RIVERA REYES,  
Vocal 2?

Dr. ENRIQUE SAMAYOA M.,  
Fiscal

# COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

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

Apartado Postal 810

## B O L E T Í N N° 1

Desde el instante de nuestra elección como miembros de la Directiva del Colegio Médico de Honduras nos hicimos el propósito de cultivar una comunicación permanente con los colegiados, con el fin primordial de informarles sobre el trabajo y los problemas que día a día se presentan en nuestras funciones. Hablo en nombre de todos los miembros de la Junta Directiva para saludar a los colegiados y ratificar nuestra intención primera hecha realidad con este primer boletín, al que seguirán tantos como sean necesarios para que los colegiados se sientan informados y tomen conciencia del trabajo de la Junta Directiva.

El silencio de casi cuatro meses ha tenido su origen en la dedicación al trabajo intensivo de cumplir dentro de ciertas fechas críticas algunos mandatos de la VIII Asamblea del Colegio Médico de Honduras y, en nuestro celo por cumplir con nuestros deberes, nos olvidamos de informar a los colegiados de todas las actividades, que de otra manera, es natural, que resulten inadvertidas.

## MANDATOS CUMPLIDOS

La Clasificación de Puestos y Escala de Salarios del Personal Médico del Gobierno de Honduras ha sido una preocupación permanente del Colegio desde el 30 de septiembre de 1967, en que se celebró una Asamblea Extraordinaria dedicada exclusivamente al problema mencionado. La VIII Asamblea Ordinaria del Colegio celebrada en fecha recientemente pasada, conoció del proyecto de Clasificación y Escala de Salarios preparada por la Junta Directiva anterior y decidió que la nueva Junta Directiva estudiara este proyecto y resolviera lo que fuere necesario. Desde el primer momento cumplimos el mandato de la Asamblea y llegamos a la conclusión de que era necesario hacer un Estudio de Evaluación de los puestos desempeñados por médicos y derivar de este estudio los salarios correspondientes. En este momento damos por concluido el estudio de evaluación de los 448 puestos por médicos que figuran en el Gobierno Central y otras dependencias del Estado y se ha hecho ya una clasificación técnica que comprende los siguientes niveles: formación, experiencia, no especializado, de especialización, de supervisión o especialización y de dirección. Puede decirse que el estudio en mención ha absorbido el 50% de nuestro tiempo pero es satisfactorio haberlo terminado y derivar de él en el futuro beneficios positivos para la clase médica en general.

## ACTUACIONES

1°—La Junta Directiva ha actuado con prisa pero también con juicio en cada uno de los casos de intrusismo profesional denunciados, ante nosotros y se tiene como procedimiento informar sobre estas personas al Ministerio de Gobernación y Justicia que en cada caso nos ha hecho saber de la notificación a los señores Gobernadores Políticos respectivos. Por nuestra parte enviamos a los Delegados de la jurisdicción copia fotostática de los oficios del Ministerio de Gobernación para que puedan en cada caso actuar ante los Gobernadores Políticos. En una ocasión se envió al apoderado legal del Colegio para actuar contra un intrusista extranjero y como resultado se están dando los pasos finales para aplicarle la Ley de Extranjería.

2°—La Junta Directiva actuó sin vacilación en la protección de dos colegiados que se miraban amenazados en sus puestos por fuerzas ajenas a la profesión médica y la comisión que tuvo a su cargo este delicado asunto rindió un minucioso informe que permitió formarnos un juicio cien por ciento favorable para los colegiados en cuestión. Como resultado de nuestras gestiones la parte interesada en causarles daño retractó de los cargos formulados y convino con nosotros en que muchas veces el lenguaje puede ser ofensivo y fuera de lugar.

3°—El Departamento de Auditoría ha tenido una reorganización completa y los servicios del Lic. Marco Tulio Banegas han resultado de un valor inestimable en la mejor marcha de los negocios de este Colegio. Muy vinculada a esta mejor Auditoría se encuentra una Tesorería que marcha al día en sus asuntos y que esperamos se puedan enmendar algunos desaciertos del pasado.

4°—La Junta Directiva ha ratificado su apoyo para el personal que dirige la Revista Médica Hondureña y se trabaja actualmente en la integración de sus oficinas y asuntos administrativos a la sede del Colegio. Se ha pedido al Consejo Directivo de nuestra revista un plan para lograr la fusión de la Revista Pediátrica lo que representa un anhelo desde que la Revista Médica funciona como órgano oficial de expresión de este Colegio.

5°—En un esfuerzo mancomunado con la Facultad de Ciencias Médicas se trabaja ya en la organización de cursos de actualización de temas médico-general que será ofrecido con gastos pagados a diez Médicos Generales de las áreas rurales y cuya duración será aproximadamente de una semana. Se cuenta con el apoyo económico necesario y se trata de realizar dentro de los próximos dos meses. En su debida oportunidad se hará una selección ecuatoria de los candidatos y los que no resulten escogidos se les pide paciencia por cuanto este tipo de cursos se impartirá periódicamente varias veces al año.

Sirva este primer mensaje para agradecer la elección de que fuimos objeto y pedirles que nos hagan saber de sus problemas que son también los nuestros.

En nombre de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras,

**Dr. Ramón Custodio L.**  
Presidente.

---

**REGLAMENTO DEL AUXILIO MUTUO PARA EL SEGURO MEDICO  
OBLIGATORIO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**

**CAPITULO I BASES**

**LEGALES Y FINES**

Artículo 1°—Se establece el Fondo de "Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio" de los afiliados al Colegio Médico de Honduras, de acuerdo con el artículo 4° inciso f) de la Ley Orgánica del mismo, **aprobada** según Decreto N° 94 de fecha 25 de junio de 1964.

Artículo 2°—Son fines de este Fondo:

- a) Pagar al o a los beneficiarios del colegiado fallecido el efectivo a que hubiere lugar;
- b) Proporcionar préstamos y ayuda económica de acuerdo a lo que se establezca en el futuro.

**CAPITULO II**

**PATRIMONIO**

Artículo 3°—El patrimonio principal del Fondo de Auxilio Mutuo consistirá en la cuota obligatoria de veinticinco lempiras (L. 25.00) mensuales destinada única y exclusivamente a los fines **enunciados** en este Reglamento.

Artículo 4°—**También** será patrimonio del Fondo de Auxilio Mutuo;

- a) El cuarenta por ciento (40 %) del valor de cada Certificado Médico extendido por los colegiados;
- b) El cien por ciento (100%) del valor que las Compañías de Seguros pagan al Colegio Médico por cada examen que los colegiados practican a los candidatos a seguras;
- c) Los donativos hechos al Colegio por cualquier persona natural o jurídica del país o del extranjero que específicamente sean hechos con este fin o que la Asamblea General tenga a bien asimilarlos a este objetivo;
- d) La diferencia entre el costo y venta del sello de colegiación a cada colegiado;
- e) Todo ingreso proveniente del manejo de fondos y obtenido en concepto de intereses, descuentos y cualquiera otra operación financiera, salvo los intereses devengados por los fondos administrativos, y
- f) Cualquier otro ingreso que apruebe la Asamblea General.

## CAPITULO ITÍ

### MANEJO DE FONDOS

Artículo 5°—El Fondo del Auxilio Mutuo se manejará en cuenta propia por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, que tomará en consideración las recomendaciones para inversión formuladas por el Comité de Auxilio Mutuo.

Artículo 6^—Los cheques y órdenes de pago expedidos por este Fondo irán firmados por el Presidente, el Secretario y el Tesorero del Colegio.

Artículo 79—El Comité de Vigilancia del Colegio Médico de Honduras podrá verificar arquezos del Fondo de Auxilio Mutuo cada vez que lo estime necesario y obligatoriamente, por lo menos, tres (3) veces al año.

Artículo 8°—Cuando la muerte del afiliado que tuviese al día sus cuotas para el Fondo del Auxilio Mutuo ocurriese en el primer año de su afiliación, su o sus beneficiarios recibirán un pago único de dos mil lempiras (L 2.000.00).

Artículo 9°—Cuando la muerte del afiliado que tuviese al día sus cuotas para el Fondo del Auxilio Mutuo ocurriese en el segundo año de su afiliación, su o sus beneficiarios recibirán un pago único de cinco mil lempiras (L 5.000.00).

Artículo 10.—Cuando la muerte del afiliado que tuviese al día sus cuotas para el Fondo del Auxilio Mutuo ocurriese en el tercer año de su afiliación, su o sus beneficiarios recibirán un pago único de diez mil lempiras (L 10.000.00).

Artículo 11.—Cuando la muerte del afiliado que tuviese al día sus cuotas para el Fondo de Auxilio Mutuo ocurriese en el cuarto año de su afiliación, su o sus beneficiarios recibirán un pago único de quince mil lempiras (L 15.000.00).

Artículo 12.—Cuando la muerte del afiliado que tuviese al día sus cuotas para el Fondo del Auxilio Mutuo ocurriese en el quinto año de su afiliación, su o sus beneficiarios recibirán un pago único de veinte mil lempiras (L 20.000.00).

Artículo 13.—Eu ausencia de beneficiarios en el archivo correspondiente, el Colegio entregará el beneficio a la o las personas declaradas herederas legales del colegiado fallecido.

Artículo 14.—El Colegio Médico de Honduras verificará de inmediato el pago correspondiente de acuerdo con los artículos anteriores, previa presentación del acta de defunción.

## CAPITULO IV DE LA

### DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Artículo 15.—La Secretaría velará porque se cumplan las siguientes disposiciones:

- a) Toda solicitud de Colegiación Definitiva deberá acompañarse de una Declaración de Beneficiarios del Auxilio Mutuo en duplicado;

- b) Al final del último beneficiario consignado el Secretario aseverará "última línea" y firmará a continuación.
- c) Una de las declaraciones será guardada en una bóveda bancaria, y
- d) Todo cambio o agregado ulterior de beneficiarios será efectuado en presencia de la Junta Directiva o, en su defecto, ante el Delegado del Colegio de su jurisdicción, quien refrendará tal hecho.

## CAPITULO V DE LAS CUOTAS

Artículo 16.—Cada afiliado pagará a la Tesorería del Colegio Médico de Honduras la cantidad de veinticinco lempiras (L 25.00) mensuales dentro de los primeros cinco (5) días del mes correspondiente.

Artículo 17.—El monto de las cuotas mensuales no podrá ser modificado más que por el acuerdo del setenta y cinco por ciento (75% ) del total de afiliados a] Auxilio Mutuo.

## CAPITULO VI MOROSIDAD

Artículo 18.—El Colegio Médico de Honduras concederá a los afiliados al Auxilio Mutuo, sin perder los beneficios a que tuviere derecho, un periodo de dos (2) meses para el pago de sus cuotas después del primer semestre de cotización.

Artículo 19.—Se considerará moroso a todo afiliado que antes o después de ocurrida su muerte tuviera más de dos (2) cuotas mensuales sin cancelar.

Artículo 20.—Los beneficiarios legales de un afiliado moroso no tendrán más derecho que al valor total de las cuotas pagadas por el colegiado a la fecha de su muerte, en calidad de rescate.

Artículo 21.—A los beneficiarios legales de un afiliado que a la fecha de su muerte adeude hasta dos (2) cuotas, se les descontará del monto total de las beneficios a que tuvieran derecho, el quintuplo de las cuotas no pagadas.

Artículo 22.—A los beneficiarios del afiliado que tuviera cuentas pendientes con el Colegio Médico de Honduras ajenas al Auxilio Mutuo, se les deducirá del monto del beneficio a que tuvieran derecho la cantidad que adeude al Colegio.

Artículo 23.—Los afiliados morosos pagarán un interés del doce por ciento (12%) anual, capitalizable cada tres meses, sobre los saldos en mora.

## CAPITULO VII DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 24.—Cuando una nave aérea sea abordada por más de tres (3) afiliados al Auxilio Mutuo, éstos, coordinados por el colegiado de más edad, están en la obligación de tomar una póliza de accidentes personales a favor del Colegio Médico de Honduras por una cantidad equivalente a la suma total a la cual tengan derecho sus beneficiarios a la fecha de caducidad de dicha póliza. Los gastos ocasionados por lo anterior serán imputados a la Partida "Imprevistos" y reembolsados al o a los colegiados correspondientes.

Artículo 25.—Este Reglamento entrará en vigencia el día de su aprobación y los beneficios a que diere lugar se obtendrán a partir del día 1º de marzo de 1965.

### REGLAMENTO DEL COMITÉ DE AUXILIO MUTUO

#### CAPITULO I BASE LEGAL

Artículo 1º—De conformidad con el artículo 5c del Reglamento de Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio del Colegio Médico de Honduras se constituye el "Comité de Auxilio Mutuo".

#### CAPITULO II CONSTITUCIÓN

Artículo 2º—El Comité estará constituido por nueve (9) miembros, de los cuales siete (7) serán nombrados por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras. Los dos (2) restantes serán el Fiscal y el Tesorero de dicha Junta Directiva.

Artículo 3º—Los miembros nombrados durarán en sus funciones por lo menos un (1) año, al término del cual la Junta Directiva queda facultada para sustituir hasta tres (3) de ellos.

Artículo 4º—En caso de ausencia por un período mayor de tres (3) meses, de uno o más de los miembros que integran este Comité, se procederá en la forma siguiente:

- a) Si se tratara del Fiscal la Junta Directiva nombrará al Vocal de la misma que estime conveniente, de conformidad con el artículo 39 de la Ley Orgánica del Colegio, o a un miembro del<sup>1</sup> Comité de Vigilancia, mientras se elige nuevo Fiscal;
- b) En caso de ausencia del Tesorero, lo sustituirá el Pro-Tesorero;
- c) En caso de tratarse de uno de los siete (7) miembros restantes, la Junta Directiva nombrará inmediatamente al sustituto.

### CAPITULO III DEL DIRECTORIO

Artículo 5°—El Comité elegirá entre sus miembros un Directorio formado por un **Presidente**, un Vice-Presidente, un Secretario y un Pro-Secretario. No podrán formar parte del Directorio el Fiscal ni el Tesorero.

Artículo 6°—En caso de ausencia del Presidente lo sustituirá el Vice-presidente y en ausencia del Secretario, el Pro-Secretario.

### CAPITULO IV DE LAS SESIONES

Artículo 7°—En el transcurso de los sesenta (60) días siguientes a la primera sesión de la Junta. Directiva del Colegio Médico, ésta notificará las ratificaciones o nombramientos y, a convocatoria del Fiscal, el Comité se reunirá en sesión constitutiva de su Directorio.

Artículo 8°—Para que el Comité pueda celebrar sesiones el quorum será de cinco (5) de sus miembros.

Artículo 9°—Cuando existan asuntos a discutir el Presidente, por medio del Secretario, convocará a sesión.

Artículo 10.—Las decisiones se tomarán por un número de votos no menor de cinco (5) de sus miembros.

Artículo 11.—No podrá participar en las deliberaciones ni en las decisiones el miembro que tenga interés personal en cualquiera de las ofertas de inversión que conozca el Comité.

### CAPITULO V DE LAS ATRIBUCIONES

Artículo 12.—Serán funciones del Directorio recabar, estudiar y tramitar informaciones referentes a. la inversión de fondos, las que comunicará al Comité previa recomendación a la Junta Directiva.

## REGLAMENTO DE SANCIONES

### CAPITULO I PUNTUALIDAD

Artículo 1°.

- a) La falta de asistencia no justificada de los colegiados a las Asambleas Generales sin hacerse representar será sancionada con una multa de VEINTE Y CINCO LEMPIRAS— multa de veinte y cinco lempiras (L 25.00) que deberá hacer efectiva

dentro de los treinta días siguientes a la notificación por parte de la Junta Directiva.

- b) Si el colegiado í artista, sin causa justificada, es miembro de la Junta Directiva, será sancionado con una multa de cincuenta lempiras (L 50.00) que deberá hacer efectiva dentro de la semana siguiente de celebrada la Asamblea.

Artículo 2<sup>o</sup>:

- a) La falta de asistencia de un miembro de la Junta Directiva a las sesiones de este organismo, sin excusa justificada por escrito, será sancionada la primera vez con una multa de diez lempiras (L 10.00) y las posteriores con una multa de quince lempiras (L 15.00), sin perjuicio de aplicarse el artículo 51 del Reglamento Interno del Colegio Médico de Honduras.
- b) Los miembros del Tribunal de Honor que una vez convocados no asistan a sesión sin motivo justificado serán multados con veinte y cinco lempiras (L 25.00). Esta falta deberá ser notificada a la Junta Directiva del Colegio Médico por medio del Secretario del Tribunal de Honor. El Secretario de la Junta Directiva notificará al miembro faltista la sanción que se le impuso para que proceda a efectuar el pago de la multa a la Tesorería del Colegio.

## CAPITULO II RESPONSABILIDAD

Artículo 3<sup>o</sup>:

- a) El colegiado que fuere designado o nombrado para desempeñar alguna comisión y no cumpliera con lo encomendado en el tiempo estipulado sin causa justificada, será sancionado con una multa de veinte lempiras (L 20.00). Esta sanción le será notificada, con copia para la Tesorería, por medio del Secretario de la Junta Directiva para que proceda a efectuar el pago de la multa a la Tesorería del Colegio.
- b) Los colegiados que fueren nombrados como delegados permanentes del Colegio y no cumplieren con su cometido o no envíen los informes obligatorios correspondientes a la Junta Directiva, serán sancionados con amonestación privada la primera vez, multa de treinta lempiras (L 30.00) la segunda y pérdida del cargo la tercera.
- c) Cuando el colegiado sin causa justificada alguna y en actitud de rebeldía se negare a pagar las cuotas de colegiatura, Auxilio Mutuo o cuotas extraordinarias del Colegio, será sancionada con la suspensión de sus derechos de colegiado así como del apoyo a que está obligado el Colegio a prestar a sus afiliados, mientras dure la morosidad.
- d) Los colegiados que de acuerdo con el artículo 10 del Reglamento interno del Colegio sean considerados morosos, serán sancionados con la suspensión de sus derechos y del cargo del Colegio mientras dure su morosidad.

- 
- e) El colegiado que adeude dos (2) cuotas de Auxilio Mutuo, será sancionado con la suspensión de sus derechos y del apoyo del Colegio mientras dure su morosidad.
  - i) Los colegiados que no estén al día en el pago de sus cuotas de colegiatura, Auxilio Mutuo o cuotas extraordinarias, no podrán ser electos ni nombrados para cargos o comisiones del Colegio.
  - g) Los colegiados que no estén al día en el pago de sus cuotas de colegiación, Auxilio Mutuo o cuotas extraordinarias, no podrán por intermedio del Colegio aspirar a ninguna posición ni tendrán derecho al apoyo de éste para ningún propósito.
  - h) Cuando los miembros de la Junta Directiva no presenten a la Asamblea los informes que les corresponden, cada uno será sancionado con una multa de veinte y cinco lempiras (L 25.00) y la pérdida del derecho a ser reelecto.
  - i) Cuando la Junta Directiva no presente a la Asamblea General el Proyecto de Presupuesto Anual de Ingresos y Egresos para el período siguiente, cada uno de sus miembros será sancionado con una multa de cuarenta lempiras (L 40.00) y perderá el derecho a ser nuevamente electo miembro de la Junta Directiva en el siguiente período.
  - j) Los miembros de los organismos del gobierno del Colegio, Delegados y Comisionados que fueren declarados morosos del Colegio, al Auxilio Mutuo o que dejaren de pagar las cuotas extraordinarias, serán cancelados de sus cargos.
  - k) Los colegiados que no cumplan con la obligación de comunicar a la Junta Directiva su cambio de residencia o ausencia del país, serán sancionados con una multa de veinte y cinco lempiras (L 25.00) y al caer en morosidad perderá de inmediato sus derechos de colegiado.
  - l) Los colegiados que extiendan certificaciones médicas en otra forma que no sea la autorizada por el Colegio, serán sancionados con una multa de treinta lempiras (L 30.00) por cada certificación, salvo los casos exceptuados por la Ley.
  - m) Los colegiados que hubiesen sido electos no nombrados para desempeñar cargos en la Junta Directiva, delegaciones, representaciones u otras obligaciones, habiéndose hecho acreedores a alguna sanción, no podrán en el período siguiente optar a cargos de elección o nombramiento y, en el supuesto que salieren electos o fueren nombrados, será nula BU elección o revocado su nombramiento.
  - n) Los colegiados nombrados para desempeñar cargos en los órganos de publicidad del Colegio que no cumplan con sus obligaciones, serán amonestados en privado por primera vez, multados con treinta lempiras (L 30.00) la segunda y, finalmente, destituidos perdiendo el derecho a ostentar cargos por elección o nombramiento en el período siguiente.
  - o) Los miembros del Tribunal de Honor que a sabiendas transgredieren el artículo 45 de la Ley del Colegio Médico de **Honduras**, serán

sancionados con la destitución inmediata de su cargo y no podrán en el futuro ser miembros de este Tribunal.

- p) Cuando el Tribunal de Honor no discuta en el tiempo estipulado, resuelva los asuntos que le son encomendados para su resolución o no informe el resultado de sus deliberaciones a la Junta Directiva, los miembros responsables de la dilatoria serán sancionados con una multa de cincuenta lempiras (L 50.00) y la pérdida de sus cargos.
- q) El Médico que no se le colegie dentro de los sesenta días siguientes a su graduación estará obligado a pagar sus cuotas de colegiación a partir de la fecha de expiración del plazo de los sesenta días prescritos, además será sancionado con una multa de cincuenta lempiras (L 50.00). La misma sanción se aplicará a los Médicos graduados en el extranjero a partir de la fecha de su incorporación.
- r) El Médico graduado antes del 1º (primero) de marzo de 1965 y que a la fecha de entrar en vigencia, este Reglamento no se haya colegiado, tendrá que pagar todas sus cuotas a partir de la fecha mencionada en el inciso anterior y se le aplicará una multa de cincuenta lempiras (L 50.00). Quedando exentos de esta sanción los Médicos que se hubieren graduado en el país y que en el momento de fundarse el Colegio estuvieren en el extranjero.

### CAPITULO III

#### ETICA

Artículo 4º—Los colegiados que faltando a la ética profesional violen los artículos siguientes de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras serán sancionados en la siguiente forma:

- a) La violación del artículo 50 será sancionada con amonestación en privado.
- b) La violación de los incisos a), b), c), d), e), f), g) y h) del artículo 61 se sancionará con amonestación en privado la primera vez, con multa de (L 50.00) cincuenta lempiras la segunda y si reincidiese con suspensión del ejercicio profesional hasta por seis (6) meses. La violación de los incisos k), l), ll), m), n), y ñ) del referido artículo 61 será sancionada con una amonestación en privado por la primera vez, con multa de cien lempiras (L 100.00) la segunda y con suspensión del ejercicio profesional hasta por seis (6) meses si reincidiere.
- c) La contravención a la segunda parte del artículo 62 que literalmente dice: "Las instituciones hospitalarias privadas están obligadas a respetar este derecho". Será sancionada en la persona del Director de Servicios Médicos con una multa hasta de quinientos lempiras (L 500.00).
- d) La contravención del artículo 64 será sancionado con amonestación en privado la primera vez, con una multa de cien lempiras (L 100.00) la segunda o con suspensión hasta por seis (6) meses si hubiere reincidencia.

- 
- e) La contravención del artículo 65 será sancionada con amonestación en privado la primera vez o con multa de quinientos lempiras (L 500.00) si se reincidiese.
  - f) La contravención del artículo 67 será sancionada con amonestación la primera vez, multa de quinientos lempiras (L 500.00) la segunda o suspensión hasta por seis (6) meses si se reincidiese.
  - g) La contravención del artículo 68 será sancionada con amonestación en privado la primera vez, multa de cien lempiras (L 100.00) la segunda o suspensión hasta por seis (seis) meses si se reincidiese.
  - h) La contravención del artículo 69 mediando previa identificación será sancionada con una multa equivalente al duplo de los honorarios cobrados por el Médico tratante, la mitad de la cual será devuelta a la persona amparada en este artículo.
  - i) La contravención de los artículos 78, 82, 87 y 88 serán sancionados con amonestación en privado la primera vez, multa de setenta y cinco lempiras (L 75.00) la segunda o suspensión hasta por seis (6) meses si se reincidiese.
  - j) La contravención del artículo 89 será sancionada con amonestación en privado la primera vez, amonestación en público la segunda o multa de quinientos lempiras (L 500.00) o suspensión por seis (6) meses en caso de reincidencia.
  - k) La contravención del artículo 91 será sancionada con amonestación en privado la primera vez, multa de cien lempiras (L 100.00) la segunda, o suspensión hasta por seis (6) meses en caso de reincidencia.
  - l) La contravención de los artículos 92, 99, 101 y 96 eximiendo en el último el caso de emergencia, será sancionada con amonestación en privado.
  - m) La contravención del artículo 105 que se refiere a la práctica del aborto, será sancionada con amonestación la primera vez, multa de quinientos lempiras (L 500.00) la segunda o suspensión hasta por seis (6) meses en caso de reincidencia.
  - n) La contravención de los artículos 108 y 108 será sancionada con suspensión por el tiempo que señala la pena máxima de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria.
  - o) La contravención del artículo 110 será sancionada con amonestación privada la primera vez, amonestación pública la segunda, con una multa de doscientos lempiras (L 200.00) la tercera o con suspensión hasta por seis (6) meses en casos de reincidencia posterior.
  - p) La contravención del artículo 111 será sancionada con amonestación en privado la primera vez, amonestación pública la segunda, multa de quinientos lempiras (L 500.00) la tercera o con suspensión hasta por seis (6) meses en casos de reincidencia posterior.
  - q) La contravención del artículo 121 será sancionado con multa de quinientos lempiras (L 500.00) la primera vez, multa de un mil lempiras (L 1.000.00) la segunda o con suspensión por seis (6) meses

en casos de reincidencia y estas sanciones son aplicables a cada una de las partes.

- r) La contravención del artículo 123 será sancionada con una multa de quinientos lempiras (L 500.00) la primera vez o suspensión hasta por seis (6) meses en casos de reincidencia.
- s) La contravención del artículo 133<sub>f</sub> aplicable solamente al Secretario, será sancionada con amonestación en privado la primera vez o con multa de cien (L 10.00) en casos de reincidencia.
- t) La contravención del artículo 137, será sancionado con amonestación en privado la primera vez o con multa de quinientos lempiras (L 500.00) en casos de reincidencia, aplicables a cada uno de sus miembros.

Artículo 5<sup>o</sup>:

- a) Los colegiados que, aprovechándose de la posición que ocupan en las instituciones gubernamentales, autónomas, semiautónomas o privadas, actúen en contra de las Leyes y Reglamentos que rigen al Colegio Médico, serán sancionados con amonestación en privado la primera vez o con multa de quinientos lempiras (L 500.00) en casos de reincidencia.
  - b) El colegiado que, valiéndose de argumentos o actos reñidos con la moral, la ética y las buenas costumbres provoque la destitución o retiro de otro colegiado de un puesto o cargo, ya sea público o privado, y perjudique en cualquier otra forma a un colega, será sancionado con la pena máxima que establece la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria.

Artículo 6<sup>o</sup>—La estafa debidamente comprobada por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras en el ejercicio de la Medicina será sancionada con amonestación privada la primera vez, con multa de quinientos lempiras (L 500.00) la segunda y suspensión de seis (6) meses la tercera vez.

## CAPITULO IV

### DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 7<sup>o</sup>—El Tribunal de Honor será el encargado de determinar el tipo de sanciones cuando la Junta Directiva le solicite la tramitación de los casos que deben juzgar, siendo ésta la que deberá hacer efectivas las penas. Fuera de ese caso, sólo la Junta Directiva puede imponer sanciones.

Artículo 8<sup>o</sup>—Recibido el informe del Tribunal de Honor, la Junta Directiva deberá dictar su resolución en la siguiente sesión, imponiendo o no las sanciones correspondientes. Al comunicar la sanción del colegiado, el Secretario transcribirá los artículos del Reglamento de Sanciones en los cuales se basa la misma y los que afecten su derecho de apelación.

Artículo 9º.—Las resoluciones de la Junta Directiva serán notificadas por escrito a los interesados a más tardar quince (15) días después de ser dictadas.

Artículo 10.—Cuando el colegiado se mostrare inconforme con la resolución deberá comunicarlo por escrito a la Junta Directiva en un período no mayor de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su notificación. La Junta Directiva dará por recibida esa manifestación, debiéndola presentar junto con los antecedentes a la Asamblea General para su conocimiento y resolución y suspenderá la aplicación de las sanciones impuestas, hasta conocer ésta.

Artículo 11.—Si por resolución de la Asamblea General quedare firme el fallo apelado, la Junta Directiva por medio de los organismos competentes dará cumplimiento a las sanciones contenidas en el mismo, dentro de un término no mayor de noventa (90) días siguientes a la resolución de la Asamblea, no siendo procedente otro recurso contra estas medidas.

Artículo 12.—Si el interesado no apelare en el término de quince (15) días a que se refiere el artículo 10, el fallo y las sanciones en él contenidas se considerarán firmes.

Artículo 13.—Los colegiados que no hicieren efectivo el valor de las multas treinta (30) días después de haber sido notificados, perderán sus derechos de colegiado y el apoyo del Colegio mientras dure la morosidad.

Artículo 14.—Las multas deberán hacerse efectivas en la Tesorería del Colegio e ingresarán al fondo especial destinado a construir el edificio sede del mismo, sus mejoras y mantenimiento.

Artículo 15.—El presente Reglamento sólo podrá ser modificado en Asamblea General la petición del Tribunal de Honor, de la Junta Directiva o por un mínimo de diez por ciento (10%) del total de los colegiados.

Artículo 16.—El presente Reglamento está en vigencia desde el día trece de febrero de mil novecientos sesenta y nueve en que fue aprobado por la VII Asamblea General del Colegio, en la ciudad de San Pedro Sula.

# *Aut vincere, aut mori*

(*O vencer o morir*)

Por el Dr. Héctor Laínez N.

— I —

En esta tierra excelsa  
como en la que he nacido,  
donde el valor es astro que  
alumbra como un sol. Altar  
de mis ancestros . . . y ha  
de seguirlo siendo que  
.siempre fue mi nido con  
mucho más honor.

— II —

La Honduras que *yo* siento  
circula con mi sangre, y  
seguirá su impulso como  
los hijos míos. . . la palpo., la  
palpo con la ferocidad del  
hambre . . . y ha de seguirlo  
siendo hasta en mis días  
fríos.

— III —

Rubricas con tus muertos  
un nítido futuro. Aquellos  
que cayeron peleando por  
tu honor, forjaron con sus  
vidas un pedestal seguro.  
¡Serán el andamiaje de un  
porvenir mejor!

— IV —

La Patria adormecida por  
siglos de letargo, no ha de  
seguir durmiendo so pena  
de morir. El pillaje invasor  
fue el trago más amargo.  
¡Juremos por tu nombre  
no hacerlo repetir!

— V —

Honduras de mis días,  
mis sueños y ambiciones.  
Religión y conducta de mi  
diario vivir, habitat  
sacrosanto de valientes  
legiones; ¡Que con nervio de  
Esparta resistió hasta morir!

— VI —

En las horas más negras de  
esta guerra asesina te  
encontrastes aislada sin  
ayuda de fiar. ¡Solamente  
tus hijos impidieron tu ruina  
. . . y entre ríos de sangre te  
lograron salvar!

— VII —

A tus bravos pilotos y a tus  
férreos soldados, el honor de  
la patria se enaltece en  
decir: Salve Honduras que  
lloras los pillajes causados.  
¡Nuestro grito de guerra es  
VENCER O MORIR!

Agosto 7, 1969.

## *Colegio Médico de Honduras*

### JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS 1968-1969

PRESIDENTE .....	DR.	RAMÓN CUSTODIO
VICE-PRESIDENTE .....	DR.	OCTAVIO ZAVALA C.
SECRETARIO .....	DR.	SILVIO RENATO ZUNIGA
PRO-SECRETARIO .....	DR.	HÉCTOR LAINEZ
TESORERO .....	DR.	FRANCISCO ALVARADO S.
PRO- TESORERO .....	DR.	FERNANDO TOME ABARCA
FISCAL .....	DR.	ENRIQUE O. SAMAYOA
VOCAL 1? .....	DR.	ALBERTO C. BENDECK
VOCAL 2? .....	DR.	M. JESUS RIVERA R.

### COMITÉ DE VIGILANCIA

DR. CARLOS RIVERA WILLIAMS  
DRA. ZULEMA CANALES Z.

### TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS:	DR.	JUDIO C. BATRES PINEDA
DR. JOSE MARTÍNEZ ORDOÑEZ	DR.	CARLOS M. GALVEZ
DR. MANUEL CARRASCO FLORES	DR.	SALOMÓN PAREDES REGALADO
DRA. EVA MANHEIM DE GÓMEZ	DR.	NICOLAS ODEH
SUPLENTE:		
DR. CANDIDO MEJIA CASTRO	DR.	AUGUSTO RIVERA CACERES

### DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDURENA

PRESIDENTE .....	DRA.	EVA M. DE GÓMEZ
SECRETARIO .....	DR.	ENRIQUE SAMAYOA
TESORERO .....	DR.	JOSÉ CASTRO REYES.....

### ASOCIACIÓN HONDURENA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL TÓRAX

PRESIDENTE .....	DR.	CANDIDO MEJIA CASCO
SECRETARIO .....	DR.	J. AUGUSTO RIVERA CACERES
TESORERO .....	DR.	RAÚL FLORES FIALLOS

### DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA, NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA DE HONDURAS

PRESIDENTE .....	DR.	RAFAEL MOLINA CASTRO
SECRETARIO .....	DR.	MANUEL ESTEBAN SOSA
TESORERO .....	DR.	R. ASDRUBAL RAUDALES A.

### DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍA Y RADIOLOGÍA CLÍNICAS

SECRETARIO GENERAL .....	DR.	JORGE RIVERA
TESORERO .....	DR.	RAMÓN PEREIRA

### DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA DE HONDURAS

PRESIDENTE .....	DR.	JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ
SECRETARIO .....	DR.	LUIS SAMRA
TESORERO .....	DR.	ANTONIO BERMUDEZ MILLA

### DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

PRESIDENTE .....	DR.	J. NAPOLEÓN ALCERRO O.
SECRETARIO .....	DR.	ENRIQUE AGUILAR-PAZ
TESORERO .....	DR.	ARMANDO MEJIA DEL CID

## DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDURENA

PRESIDENTE .....DR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.  
 SECRETARIO .....DR. DANILO CASTILLO M.  
 TESORERO .....DR. JOSÉ ELÍSEO TABORA

## DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTE .....DR. CESAR A. ZUNIGA  
 SECRETARIO .....DR. ANTONIO BERMUDEZ MILLA  
 TESORERO .....DR. FRANCISCO MONTES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN HONDURENA DE NEUMOLOGÍA Y  
CIRUGÍA DEL TÓRAX

PRESIDENTE .....DR. RAÚL FLORES FIALLOS  
 SECRETARIO .....DR. EDGARDO GIRÓN M.  
 TESORERO .....DRA. EVA MANHEIM DE GÓMEZ

**DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA**

PRESIDENTE .....DRA. ZULEMA CANALES Z.  
 SECRETARIO .....DR. J. MANUEL ECHEVERRÍA F.  
 TESORERO .....DR. ARMANDO RIVERA R.

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
**DE HONDURAS**

PRESIDENTE .....DRA. MARTA R. DE MIDENCE'  
 SECRETARIO .....DR. HUMBERTO RIVERA  
 TESORERO .....DR. ELUAS FARAJ

## DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE .....DR. HÉCTOR LAINEZ N.  
 SECRETARIO .....DR. CARLOS SIERRA ANDINO  
 TESORERO .....DR. RIGOBERTO ALVARADO L.

## ASOCIACIÓN HONDURENA DE MÉDICOS SANITARISTAS

PRESIDENTE .....DR. ALBERTO GUZMAN B.  
 SECRETARIO DEL INTERIOR .....DR. ÁNGEL PORFIRIO SÁNCHEZ G.  
 SECRETARIO DET, EXTERIOR .....DR. JULIO A. GONZÁLEZ  
 TESORERO .....DR. CARLOS A. PINEDA

DIRECTIVAS Y SOCIOS DIRECTIVA **DE LA**  
ASOCIACIÓN MÉDICA SAMPEDRANA

PRESIDENTE.....DR. HERNÁN PASCUA L.  
 SECRETARIO .....DR. ALBERTO E. HANDAL  
 TESORERO .....DR. JOSÉ VOTO

## DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA CEIGEÑA

PRESIDENTE .....DR. MARCIAL VIDES TURCIOS  
 SECRETARIO .....DR. TOMAS GARCÍA ERAZO  
 TESORERO .....DR. E. LAFFITE MARTÍNEZ