

Revista

MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

NOTAS EDITORIALES	Pág.
1950: Una promoción dinámica	
R. A. Durón M.	268
ARTICULOS ORIGINALES	
Panorama de la patología arterial en Honduras:	
Análisis de 351 casos	
José Gómez-Márquez G.	270
Reimplante bilateral de trompas de falopio	
Jesús Alberto Vásquez C.—Benjamín Fortín M.	280
Placenta previa	
Jesús A. Vásquez C.—Benjamín Fortín M.—Marcial Vides T. ...	285
Balantidiasis con perforación de colon	
(Primer informe en Honduras)	
R. A. Durón M.	294
Toxoplasmosis congénita	
(Informe de los dos primeros casos en Honduras)	
Virgilio Cardona L.	301
Lipoma endofítico del duodeno	
Silvio R. Zúñiga	311
SECCION INFORMATIVA	
Reglamento de Servicio Médico Social	319
Reglamento de Internado Obligatorio	321
Proyecto del Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio del Colegio Médico de Honduras	322
Circular del 24 de noviembre de 1969	326
Circular del 5 de diciembre de 1969	327
Lista de colegiados por orden alfabético	328
Directivas	334
PAGINA LITERARIA: La anatomía de un cumpleaños	
Héctor Láinez N.	336
INDICE DE ANUNCIANTES	XXIII

ÍNDICE GENERAL DEL VOLUMEN 37

EDITORIALES	Pág.
Patología: Servicio Vs. Departamento	
R. A. Durón M.	2
Cáncer cérvico uterino: Enfermedad social	
R. A. Durón M.	96
El espectro de la guerra y el Colegio Médico	
R. A. Durón M.	196
1950: Una promoción dinámica	
R. A. Durón M.	268

ARTICULOS ORIGINALES

Análisis de la colangiografía intraoperatoria	
José Gómez-Márquez G.	4
Abdomen traumático: Traumatismo del bazo y el páncreas	
Silvio R. Zúñiga	12
Embarazo ectópico	
Jesús A. Vásquez C.—Marcial Vides Turcios T.—Oscar Sabillón ..	35
Histerectomía abdominal total, Técnica subfacial	
Jesús A. Vásquez C.—Marcial Vides Turcios	50
Pseudo síndrome de Sheehan	
R. A. Durón M.	59
Linfosarcoma primario del ovario	
Virgilio Cardona López	66
Análisis de las primeras 5,000 mujeres con estudio colpocitológico en San Pedro Sula	
Oscar Raudales B.	98
Morbilidad de la gran multipara	
Eliás Faraj y René Carranza	111
Duplicación del duodeno: A propósito de un caso personal	
J. Gómez-Márquez G.	126
Diagnóstico radiológico con medio de contraste de heridas penetrantes de abdomen	
Danilo Alvarado Q.	133

	Pág.
Aspectos histoquímicos del amiloide en un caso de amiloidosis secundaria	
Claudio Montero	144
Conferencia clínico-patológica	
R. A. Durón M.	152
Síndrome del carcinoma nevoide basocelular	
H. Corrales P., H. Laínez N. y R. Medina N.	198
Granulomas enterobiásicos pelpiperitoneales	
R. A. Durón M. y O. Zavala C.	212
Nuevo método de inyección de bióxido de carbono para la práctica de neumoperitoneo y retroneumoperitoneo	
Jorge A. Villanueva D.	233
Microlitiasis pulmonar alveolar	
Virgilio Cardona López y Daniel Mencia	232
Informe sobre estudios con la calaguala	243
Panorama de la patología arterial en Honduras: Análisis de 351 casos	
José Gómez-Márquez G.	270
Reimplante bilateral de trompas de falopio	
Jesús Alberto Vásquez C., Benjamín Fortín M. y Marcial Vides T.	285
Balantidiasis con perforación de colon (primer informe en Honduras)	
R. A. Durón M.	294
Toxoplasmosis congénita (Informe de los dos primeros casos en Honduras)	
Virgilio Cardona L.	301
Lipoma endofítico del duodeno	
Silvio R. Zúñiga	311
SECCION INFORMATIVA	
Proyecto Estatutos de los Profesionales Médicos (Colegio Médico de Honduras)	72
La lucha contra el cáncer en Francia	81
(Colaboración del Servicio Informativo de la Embajada de Francia en Honduras)	
Liga contra la epilepsia	
Roberto Zerón O.	85
Uso de la globulina GAMMA-ANTI-RH	
E. R. Jennings, M.D.	87

	Pág.
Nómina del Colegio Médico	88
Directivas	93
Estudios sobre un Plan de Retiro y otros beneficios para los miembros afiliados al Colegio Médico de Honduras	
Armando Gaboritt	158
Nómina del Colegio Médico	187
Directivas	193
Carta del Colegio Médico al señor Presidente de la República	246
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
Reglamento del Servicio Médico Social	319
Reglamento de Internado Obligatorio	321
Proyecto del Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio del Colegio Médico de Honduras	322
Circular del 21 de noviembre de 1969	326
Circular del 5 de diciembre de 1969	327
Lista de colegiados por orden alfabético	328

PAGINAS LITERARIAS:

Aut vincere, aut mori	
Dr. Héctor Laínez N.	264
La anatomía de un cumpleaños	336

A U T O R E S

	Pág.
Alvarado Q., Danilo	133
Carranza, Rene	111
Cardona López, Virgilio	6G, 232, 301
Corrales P., Hernán	198
Durón M., Raúl A.....	2, 59, 96, 152, 196, 212, 268, 294
Fortín M., Benjamín.....	280, 285
Faraj, Elías	
111	
Gómez-Márquez, José	4, 126, 270
Laínez N., Héctor	198
Medina N., Rene.....	198
Montero, Claudio	144
Mencia, Daniel	232
Raudales B., Osear	98
Vides Turcios, Marcial	50, 285
Villanueva D., Jorge A	223
Vásquez C., Jesús Alberto	50, 280, 285
Zavala C, Octavio	212
Zúñiga Silvio R.....	12, 311

• *Revista*
MÉDICA HONDUREÑA
(2ª Época) ÓRGANO DEL COLEGIO
MÉDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

RAÚL A. DURON M.
Director

HÉCTOR LAINEZ N.
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

1950: una promoción dinámica

Al despuntar el año 1970 se estarán cumpliendo 20 años de haber coronado sus estudios de medicina una promoción de jóvenes médicos quienes, desde sus tempranos años de estudios en la Facultad de Medicina, iniciados en 1942, se propusieron demostrar al gremio médico del país y a la comunidad en general lo que vale el esfuerzo constante y la dedicación al estudio para con el tiempo destacarse como ciudadanos de relevantes méritos y médicos pioneros en una serie de reformas disciplinarias, especialmente en el vasto campo científico, entonces reducido, de la medicina hondureña.

El lector deberá perdonar el estilo y contenido de estas breves notas editoriales, por lo parcializado y a lo mejor controvertible ya que no puedo menos que sentirme emocionado y honrado al mismo tiempo, de haber pertenecido a ese exitoso grupo de galenos que a su debido tiempo supieron imprimir a la medicina hondureña un sello propio de personalidad sentando las bases para que nuevas reformas sigan siendo efectuadas en interminable cadena por nuevos grupos de generaciones médicas asimilando el ejemplo de esta promoción fructífera.

No es mi deseo enumerar una larga lista de personajes y hechos de ese entonces, guardada celosamente en la intimidad de los más apreciables recuerdos ya que los detalles de esa historia pasada los encontraremos en los archivos sin fecha, número y nombre de cada una de nuestras memorias; pero no quiero dejar pasar desapercibidos los nombres y datos más relevantes de quienes dentro de esa promoción, han dejado mayor huella al empujar la pesada carreta, que aunque a paso de tortuga, por lo menos camina en el estrecho sendero de nuestra raquílica medicina científica.

Surgen así los nombres de HERNÁN CORRALES PADILLA, el primer especialista en Dermatología del país, escritor médico prolífico y hombre polifacético en varias otras disciplinas, quien además de médico ha ostentado cargos públicos de importancia, tales como Ministro de Educación Pública, Rector y Promotor de la Autonomía Universitaria, Embajador, etc.

RENE BENDAÑA M., Urólogo y actual Director del Hospital "Leonardo Martínez", en San Pedro Sula; CARLOS DELGADO, eminente Pediatra y dinámico organizador en varios aspectos docentes y administrativos a través del Patronato Nacional de la Infancia, Escuela de Medicina, Hospital Materno Infantil, etc.; RAMIRO FIGUEROA, Ginecólogo

acertado, ex Decano de la Escuela de Medicina, Embajador y escritor mordaz e incisivo; OCTAVIO ZAVALA C, Ginecólogo y Obstetra de indiscutibles méritos, actual Vice-Presidente del Colegio Médico de Honduras; CORNELIO CORRALES, Jefe del Servicio de Radiología de la Policlínica; MODESTO FAJARDO, Director del Hospital de Occidente; ELIO RIVERA, ex Director del Hospital de Santa Bárbara; EVA MANHEIM DE GOMEZ, especialista en Neumología y encargada de la Sub-Dirección del Instituto Nacional del Tórax, JORGE RIVERA MI-YARES, Radiólogo de relevantes méritos científicos demostrados a raíz de publicaciones científicas y conferencias regionales e internacionales dentro de su especialidad; RAMON VALENZUELA, Presidente de la Asociación Médica Sampedrana y activo organizador de Congresos Médicos Regionales. Se han destacado también como organizadores de Congresos Regionales y de grupos médicos OLGA DUARTE DE LAFITTE en La Ceiba y ROBERTO OLIVA en el Sur del país. En la práctica privada se han destacado exitosamente, OLGA REYES DE PAZ, REFUGIO DOMÍNGUEZ, RAÚL FLORES FIALLOS, JUAN MARTÍN Y HÉCTOR MEDRANO.

Solamente dos compañeros desde entonces han abandonado este valle de lágrimas dejando su imperecedero recuerdo en nuestras almas: ATILO GONZALES Y GUILLERMO PALACIOS quienes ahora gozan de la Paz del Señor.

Es probable, y como casi siempre ocurre, que por un lapsus imperdonable, más de algún nombre se me haya escapado por lo cual pido desde ahora al afectado mil disculpas.

Se está planificando un programa bajo la coordinación de Hernán Corrales Padilla en Tegucigalpa y Rene Bendaña en San Pedro Sula para lograr reunir a todos los miembros' de esta promoción durante el presente año y volver a departir amigablemente como lo hicieron hace ya más de 2 décadas, honrando al mismo tiempo la memoria de los maestros de entonces, muchos de ellos ya desaparecidos.

RAÚL A. DURON M.
Director

Panorama de la patología arterial en Honduras, Análisis de 351 casos

Por el Dr. José Gómez-Márquez G.*

Durante los últimos 11 años, hemos dedicado especial atención a la patología vascular. Consideramos ahora de interés revisar su parte arterial, a fin de establecer las características de su nosología en nuestro medio, con la presunción de que podía presentar ciertas peculiaridades interesantes. En el curso de aquel lapso trabajamos inicialmente casi exclusivamente en el campo particular, posteriormente tanto en lo particular como en el Hospital General de Tegucigalpa. No fue posible recoger todos los expedientes, sino únicamente 351, no seleccionados, siendo todos ellos pacientes hospitalizados.

De los 351 casos, 360 (74.07%) correspondían a patología no traumática y 91 (25.93%), a patología traumática.

PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

La mayor parte de estos casos, 179, pertenecían a arterioesclerosis obliterante (14-17). Se registraron además, 21 pacientes con tromboangiitis obliterante; 16 son síndrome de Raynaud; 2 de endarteriitis primaria distal; 5 enfermos con microangiopatía diabética pura; 8 con diversas modalidades de obliteración de los troncos supraórticos (13-15); 21 casos de embolias periféricas (16); 7 pacientes con angiodisplasias; 3 en pabellón auricular, uno en región lumbar, uno en cuero cabelludo y dos síndromes de Klippel-Trenaunay y aneurisma micótico 1 (19). Por su envergadura numérica, seremos más explícitos en lo referente a los pacientes con arterioesclerosis obliterante.

ARTERIOESCLEROSIS OBLITERANTE

De los 179 enfermos con este tipo de patología, 111 (62.01%) pertenecían al masculino y 68 (37.99%) al femenino. Las décadas más densamente comprometidas fueron las comprendidas entre la quinta y la novena, ya que 84% de los casos están comprendidos entre estas edades.

Tuvimos ocasión de estudiar minuciosamente 125 pacientes sobre los antecedentes de claudicación intermitente. En 51 de ellos (40.8%) hubo una historia claramente afirmativa; en 54 (43.2%) una respuesta negativa y por ende, 20 pacientes suministraron datos ambiguos (16%).

Del total, (69% aproximadamente), se presentó con úlceras o gangrena de diversa extensión y de este volumen, el 45% tenía las lesiones limitadas, a los dedos, mientras que en el 55% restante abarcaban todo el pie, la pierna o incluso el miembro inferior en su casi totalidad.

Un 20.7% presentaba diabetes.

* Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General de Tegucigalpa, ...
Jefe del Departamento de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas, Tegucigalpa,
Jefe del Departamento de Cirugía de La **Policlínica**, S. A., Comayagua, Honduras.
Profesor de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas, Tegucigalpa, Honduras

Sólo el 4.2% tenía hipertensión arterial y únicamente en 5.4% tenía cifras de colesterol total por encima de lo normal.

En los últimos dos años incrementamos considerablemente el número de arteriografías como elemento de primera importancia diagnóstica, practicándolas en un 85.3% de los enfermos.

En 96 pacientes se llevó a cabo simpatectomía lumbar, algunas de ellas bilaterales, por lo que el total de simpaticectomías llevadas a cabo se elevó a 124.

En 17 casos se hicieron **expiraciones** arteriales previas a una posible cirugía reconstructiva. En 20 casos se practicaron tromboendarterectomías; en el 26.6% de los pacientes fue necesario hacer amputaciones de pierna o muslo. Siete pacientes no recibieron ningún tratamiento quirúrgico, bien porque lo rechazaron o porque su estado general no lo permitía.

La mortalidad total fue de **9.5%**.

OTRAS ARTERIOPATIAS

De los **21** casos de enfermedad de Buerger, 16 llegaron a nosotros con úlceras o gangrena de las partes distales de los miembros inferiores y en dos de éstos, el proceso isquémico era tan severo y extenso que fue necesario amputar de primera intención. En 17 de ellos se practicó simpatectomía lumbar y en 4 de éstos, el procedimiento fue bilateral. Además de las dos amputaciones ya señaladas, se registraron otras 3, a pesar del tratamiento. En los demás casos se logró la cicatrización de las ulceraciones o se llevaron a cabo desarticulaciones de dedos o amputaciones transmetatarsianas. En 6 ocasiones, en las que existían lesiones plantares se hizo neurectomía tibial **posterior**, con resultados mediocres. La prohibición de fumar fue terminante, pero es digno de señalarse que ocho enfermos regresaron después de su tratamiento inicial con recidivas de su enfermedad, en el mismo miembro o con lesiones tróficas en el opuesto, y que en todos ellos se comprobó que la prohibición en cuanto al tabaco no había sido observada.

De los 16 pacientes con síndrome de Raynaud, 6 fueron objeto de simpaticectomías cervicales y en tres de éstos, el procedimiento fue bilateral. Llegamos a esta decisión quirúrgica, por la presencia de lesiones tróficas en los dedos de la mano, que no cedían mediante el tratamiento médico y las recomendaciones higiénicas. En 4 de estos pacientes, simpaticetcomizados, se logró la cicatrización al parecer definitiva de sus lesiones, pero en los otros dos hubo que llegar a desarticulaciones de falanges.

Los dos pacientes con endarteriitis primaria distal fueron clasificados así en base a las descripciones de Caballero y Bermudo (4) y de Martorell y del Gaudio (28) con la debida comprobación histológica. Falta no obstante un acuerdo total sobre si estas arteriitis son en realidad una entidad patológica independiente o formas peculiares de arterioesclerosis obliterante.

Entre los 8 pacientes con obliteración de los troncos supraórticos encontramos 2, en los cuales la obliteración troncular arterial iba acompañada de oclusión, asimismo de la entrecruzada aortoiliaca y que pedían considerarse como enfermedades de Takayashu de acuerdo con el concepto más amplio que sobre esta enfermedad ha expuesto Martorell (30). En ninguno de estos casos se hizo cirugía.

En las 21 embolias periféricas, las localizaciones de los émbolos fueron: Aortoiliacas 2, ilíacas 1, femorales 10, poplíteas 4, humerales 4.

De las 4 humerales, se practicó embolectomía en uno y en los otros tres sólo tratamiento médico. Todos ellos evolucionaron bien. De las 2 aorto-iliacas, una se presentó con gangrena bilateral de ambos miembros inferiores y falleció sin que se le pudiera hacer tratamiento. El otro fue operado y falleció en el postoperatorio. La embolia iliaca fue operada pero fue necesario amputar por isquemia del miembro. De las 10 femorales, 3 llegaron con gangrena y fueron amputados de inmediato; dos de ellos fallecieron. De los 7 restantes, 4 fueron embolectomizados y conservaron sus miembros y el otro falleció en el postoperatorio inmediato. Uno de los casos tuvo embolia bilateral. En los 4 pacientes con émbolos poplíteos, salvaron la vida los 4, dos con permeabilidad troncular y los otros dos conservaron los miembros, pero uno de ellos ameritó resección de dedos necrosados.

En las angiodisplasias, nos abstuvimos de intervenir los casos de Klippel-Tranaunay; los otros cinco fueron operados y dos de ellos han recidivado al cabo de unos años.

El paciente con aneurisma micótico tuvo localización en las arterias femorales de ambos lados. En ambos lados se extirparon los aneurismas y se colocaron injertos venosos. En un lado se mantuvo bien mientras que en el otro, tras 4 operaciones sucesivas hubo que eliminar el injerto por dehiscencia de las paredes de la arteria receptora.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Hemos observado en este lapso 91 casos de lesiones traumáticas arteriales ; 65 por arma de fuego, 14 por arma blanca y 12 por diversos accidentes. En 20 casos, el enfermo llegó antes de las 12 horas; los demás, en intervalos diferentes, siendo el de mayor evolución de 9 años (caso F.A.V.) Las arterias lesionadas fueron las siguientes: Femoral 37, humeral 15, poplíteo 8, axilar 8, subclavia 5, radial 4, iliaca externa 5, peronea 3, carótida interna 2, cubital, maxilar interna y riñón, 1 cada uno, Se registró asimismo lesión de vasos del cuero cabelludo (F.A.V.)

Los distintos tipos de lesiones arteriales fueron los siguientes: falsos aneurismas 24, fistulas arteriovenosas 20, aneurismas verdaderos 2, secciones arteriales y trombosis 45.

Se practicaron las siguientes operaciones:

Ligaduras 14, ligaduras cuádruples (FAV) 2, injertos arteriales 22, arteriorrafias 28, trombectomías 8, parches venosos 2, nefrectomías 1, simpatectomías 3, sin tratamiento 9. De las 14 ligaduras practicadas, 3 correspondieron a fistulas arteriovenosas, 6 en arterias no críticas y las restantes 5, en pacientes con traumas arteriales de más de 7 días en las que la reconstrucción fue imposible.

Resultado de las cincuenta reconstrucciones arteriales: excelentes 19, buenos 32, malos 9.

(Excelentes: permeabilidad arterial comprobada. Buenos: obstrucción troncular pero sin isquemia. Malos: isquemia distal).

El estudio angiográfico se llevó a cabo en 56 casos.

Se tuvieron que practicar amputaciones en 9 casos, de los cuales 8 fueron mayores (8.35%) y una del antepie.

La mortalidad general alcanzó la cifra de 11 (12.87%). Las causas de estas muertes fueron: gangrena gaseosa 2, bloqueo renal postoperatorio 2, embolia pulmonar postoperatoria 1, paro cardíaco intra operatorio 1, hemorragia postoperatoria 1, descerebración 1, shock hemorrágico 1, por lesiones concomitantes extravasculares 2. V

Como quiera, que como es lógico, en el decurso del tiempo se va alcanzando una cierta sistematización en el manejo de los casos, consideramos de interés pormenorizar las realizaciones en el campo de trauma arterial en los dos últimos años.

Total de casos asistidos: 23.

Clasificación: falsos aneurismas 7, fistulas arteriovenosas 6, secciones arteriales 3, trombosis arteriales 3, oclusiones traumáticas antiguas 3, aneurismas 1.

Localizaciones: femoral 11, humeral 3, poplítea 3, subclavia 2, riñón 1, carótida 1, haca externa 1, cuero cabelludo 1.

En todos los casos, menos en uno, que rehusó (veintidós), se practicó arteriografía preoperatoria y se hizo también postoperatoria.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y RESULTADOS

Mencionamos como resultados excelentes aquellos en los que se obtuvo la permeabilidad troncular comprobada radiológicamente y buena en aquellos en que si bien no se produjo isquemia, hubo obstrucción postoperatoria del tronco arterial.

Falsos aneurismas (7): arteriorrafias 3, Injertos 3. Resultados: excelente 4, buenos 2, muerte 2 (paro cardíaco previo a la reparación y hemorragia al 13° día postoperatorio).

Secciones arteriales (3): arteriorrafia 1, injerto 2. Resultados: amputación de muslo 2, muerte 1 (por gangrena, gaseosa).

Trombosis (3): trombectomía 2, amputación muslo 2 (una de primera intención y otra después de trombectomía fallida). Resultado: excelente 1.

Oclusiones antiguas (3): sin tratamiento quirúrgico 3. Resultado: bueno 3.

Aneurismas (1): injerto 1. Resultado: bueno 1.

Fístulas arteriovenosas (6): arteriorrafia 3, nefrectomía 1, no tratados (reusaron) 2. Resultados: excelentes 2. (Dos de estos casos de fistulas arteriovenosas tuvieron aneurisma concomitante).

Consideraciones; Amputaciones 4 (17.3%).

Estas cuatro amputaciones se practicaron en dos secciones arteriales y las trombosis, habiéndose atendido tres de ellos con isquemia irreversible alrededor del tercer día del trauma y otro con gangrena distal.

Las tres muertes (13.4%) fueron debidas en un caso a gangrena gaseosa, en otra a hemorragia al 13^o postoperatorio (dehiscencia de injerto en terreno infectado) y en el tercero por paro cardíaco intraoperatorio.

DISCUSIÓN

■ Intentaremos hacer resaltar aquellas condiciones que puedan considerarse como características de nuestro ambiente. Como factor primordial recalcaremos el alto porcentaje de patología traumática que alcanza más allá del 25%. Compárense estas cifras con las de Fointanell (6) quien en un total de 2.033 intervenciones arteriales reconstructoras, solo refiere 51 lesiones traumáticas (2.5%), o sea aproximadamente 1/10 de nuestra incidencia.

PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

Entre los casos no traumáticos, 200 pertenecen a endarteritis obliterantes (179 para arteriosclerosis obliterante y 21 para tromboangiitis obliterantes) lo cual da para la TAO un 10.5%, es decir cifras compatibles con las de otros autores (7-27).

En lo que se refiere a la arteriosclerosis obliterante, se destacan los siguientes **factores**:

a) La baja proporción de antecedentes de claudicación intermitente en nuestros pacientes (sólo 40.8%), sin que tengamos una explicación sobre este fenómeno. Este concepto está en contraposición, con la mayor parte de las observaciones europeas y anglosajonas (7), pero parece tener su similitud con las de ciertos autores latinoamericanos (3).

b) De la máxima importancia, la incidencia de gangrena (69%). Aquí también encontramos una observación semejante entre los angiólogos brasileños (31), en contra de lo que sucede en países de mayor desarrollo, donde la presencia de gangrena parece oscilar entre 0% y 17% (2) y aún estos últimos con gangrenas precoces.

c) La coincidencia de la diabetes con lo observado en otras partes (para nosotros un 20%); el mismo porcentaje para Puech (33) y Martorell (29) y semejantes con las de Allen, Barker, Hiñes (1), Forno (7), y Alvarez (2).

d) La práctica ausencia de hipertensión arterial (4.2%) que contrasta con los datos de Grossman (20) de 26%.

e) La ausencia de hipercolesterolemia en líneas generales (sólo 5.4%).

f) Como una consecuencia lógica, de algunas de las características especiales, particularmente en lo que concierne al alto porcentaje de gangrena, incluso muy avanzada, las modalidades terapéuticas a que nos vemos forzados y que consisten en las siguientes: La poca oportunidad de llevar a cabo cirugía reconstructiva, ya que no figura un solo caso de injerto y sólo 20 pacientes a los que se le practicó tromboendarterectomía, en la mayor parte de las ocasiones sin que se dieran las condiciones mínimas para que esta operación desobstructiva pudiera tener éxito. La alta incidencia de simpatectomías practicadas (53.5%), las cuales en gran proporción se tuvieron que llevar a cabo con gangrenas ya establecidas en un afán de procurar la limitación del proceso isquémico y la amputación restringida consecutiva. La lamentable proporción de amputaciones mayores (26.6%), lo cual es posible que pueda considerarse relativamente baja si se toma en cuenta el 69% de gangrenas establecidas y que de éstas el 55% no se limitaban a los dedos; en otras palabras, que casi sólo tuvimos que hacer amputaciones mayores en aquellos enfermos en los que la gangrena era extensa. El uso, como medida médica coadyuvante, de la vasodilatación regional intraarterial, como la preconizan Milanés y Degni (5) y también en el último año, de Dextrano (23-35). Sobre este último fármaco, no tenemos aún la suficiente experiencia aunque priva por el momento la impresión de poder ser de gran utilidad; no hemos llegado aún tampoco a conclusiones claras **sobre** si es preferible usar el Dextrano 70 o 40 y sobre su dosificación precisa.

En fin, lo que se refiere a patología arterial no traumática, llamemos la atención sobre lo que talvez puede considerarse un número elevado de obliteración de los troncos supraórticos (12-14), si bien creemos que este síndrome, si se busca con el debido interés, es mucho más frecuente de lo que en general se cree. Por otra parte, no tenemos tabulado un solo

caso de aneurismas abdominales, si "bien observamos tres, pero en una condición general tan pobre que no pasamos de hacer el diagnóstico.

Obsérvese asimismo que en cuatro ocasiones las embolias se presentaron con gangrena.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

La patología traumática ha llamado nuestra atención constantemente (11-12-18), en parte por su alto porcentaje y además porque hemos encontrado en ella mayores satisfacciones, ya que por las características anteriormente apuntadas, nos hemos visto muy constreñidos en la terapéutica de la patología arterial no traumática.

Los factores que nos llaman la atención son:

a) El alto índice de lesiones antiguas (entre un total de 91 casos, 24 falsos aneurismas, 20 fistulas arteriovenosas, 2 aneurismas verdaderos y un número no bien determinado de trombosis y secciones de larga evolución).

b) El largo intervalo que suele transcurrir entre el trauma y nuestra asistencia (sólo 20 casos antes de las 12 horas en el total de 91).

c) Un porcentaje bastante elevado, aunque no consignado de combinación de trauma arterial con fracturas, muy especialmente del tercio inferior del fémur y del tercio superior de la pierna, en las cuales los traumatólogos, fijando su atención en forma exageradamente selectiva en el problema óseo, dejaron de percibir la lesión vascular, con la pérdida irreparable de tiempo que ello llevó consigo.

d) Planteamientos terapéuticos:

1.—La necesidad impostergable de intentar constantemente la reconstrucción arterial siempre que se trate de arterias "críticas", siendo mucho más estrictos en el miembro inferior que en el superior, ya que en éste las posibilidades de buena circulación colateral son bastantes mayores; fijar la atención muy especialmente en la arteria poplítea, cuya obstrucción definitiva lleva consigo casi siempre la pérdida del miembro.

2.—En lo que respecta al tipo de reconstrucción, creemos que no se pueden dar pautas estrictas ya que cada caso hay que resolverlo según las circunstancias. Pero de preferencia debe hacerse arteriorrafia siempre y cuando ello sea posible y al decir esto, pensamos particularmente en tres circunstancias adversas: que el defecto sea demasiado extenso, en cuyo caso habría que suturar con tensión de las dos porciones, lo cual lleva casi siempre al fracaso, en este punto de acuerdo con los conceptos de Inhara (13), Hohf (20) y Medina (32) ; que exista una arterioesclerosis concomitante en el sector traumatizado como señalan Kremer y Julián (27 y 26) o por último que exista degeneración arterial extensa como se observa eventualmente en los traumas de larga evolución.

Si la arteriorrafia término-terminal no es factible por alguna de las razones mencionadas anteriormente, intentar la reparación con un parche venoso y si ello tampoco es viable, ir al injerto. Nosotros, que hemos tenido que trabajar casi exclusivamente en los miembros, somos partidarios decididos del injerto venoso. Los que hemos implantado de Dacron

(en 3 ocasiones), nos han dado malos resultados y ello lo atribuimos en parte al hecho de trabajar con frecuencia en terreno potencialmente infectado. Comparten este criterio nuestro a favor de la vena como material de injerto, autores como Dale (3), Jordán (25) Hohf (21) y Hughes y Bowers (22). No queremos dejar de señalar no obstante, que el trabajo con vena es bastante más laborioso y difícil que el Dacron (3).

3.—Somos en general poco conservadores de la vena, especialmente en los casos de fístulas arteriovenosas. Sólo la respetamos cuando se trata de lesiones mínimas y no hemos observado por el hecho de ligar la vena, problemas de tipo persistente; le tenemos en cambio recelo a la posibilidad de trombosis venosas, cuando las reparaciones de estos vasos son considerables y a la eventual embolia pulmonar. En este aspecto hay disparidad entre los autores (8-9-22).

4.—Hemos cambiado completamente nuestro criterio en el curso de los años, en lo que se refiere a la práctica de la arteriografía pre y postoperatoria. Ahora la practicamos casi sistemáticamente. En los dos últimos años, de 22 pacientes, la hicimos en 21. Lo que ha dado motivo a este cambio de planteamiento es sobre todo el hecho de que en dos ocasiones, fístulas arteriovenosas de corta evolución, nos desviaron en el diagnóstico clínico pues no presentaban ni soplo continuo con refuerzo sistólico, ni "thrill", ni signo de Nicoladoni-Branham. Por otra parte, en tres enfermos encontramos trombosis donde pensábamos que se trataba solamente de un espasmo arterial (error señalado por Wood et. al. 35). La arteriografía postoperatoria, la practicamos, por una parte, por razones académicas y por otra, porque la experiencia nos ha demostrado que la presencia de pulsos distales y buena oscilometría en ninguna forma nos asegura la permeabilidad arterial y así se consignan como éxitos, algunos que en realidad no lo son. En esto divergemos de la opinión de Brito (34). No obstante, siempre que es posible y como una medida adicional de precaución, procuramos postergar el control arteriográfico varios meses y además, antes y después de la inyección del medio de contraste, inyectamos 10 cc. de Novocaína al 1% y mezclamos el medio de contraste con 50 mgrs. de Heparina. Hemos sido afortunados en no observar espasmos y menos trombosis.

5.—En cuanto a la heparinización, continuamos aferrados a inyectarla en la arteria traumatizada (porciones proximal y distal), durante el acto operatorio, pero nos abstenemos de la heparinización postoperatoria. Cuando lo hacíamos, observábamos con frecuencia hemorragias bastante desagradables; semejantes observaciones hace Godsmith (9). Aunque parece privar el concepto de que si la reparación se ha podido efectuar en buenas condiciones, la heparinización es innecesaria y que en el caso contrario, ni con heparina se puede evitar la obstrucción postoperatoria, consideramos que en los momentos actuales, es aconsejable el uso de Dextrano postoperatorio sobre todo si se tiene en cuenta que hasta donde ha sido posible determinar por ahora, ejerce una acción antitrombótica sin ser anticoagulante.

RESUMEN

El autor presenta una revisión de 351 casos de patología arterial no seleccionada en la República de Honduras, Centro América. Se hace hincapié en los siguientes puntos;

1.—Que del total de los 351 casos, el 74.07% corresponde a patología no traumática y 25.93 % a patología traumática.

2.—Que en la patología no traumática ocupa la mayor parte en gran escala, arterieesclerosis obliterante. Que en esta enfermedad el 43.2% no dio historia de claudicación intermitente y que en el 69% de los casos se presentaron úlceras o gangrena. Sólo en el 4.2 % existía hipertensión arterial y el 5.4 % hipercolesterolemia. En razón de estas circunstancias, la cirugía arterial reconstructiva casi no tuvo oportunidad y la mayor parte de los casos se trataron con simpaticectomía acompañada en algunas ocasiones de terapia vasodilatadora regional y últimamente con el auxilio de Dextrano. El índice de amputaciones mayores fue de 26.6 % y el de mortalidad de 9.5%.

3.—Resalta la casi ausencia de aneurisma de la aorta abdominal, la observación de 8 casos de obliteración de los troncos supraórticos en dos de los cuales se combinaban con síndromes de Leriche pudiendo tratarse de verdaderas enfermedades de Takayashu.

Se nota una incidencia de 20% de gangrenas en las embolias periféricas.

4.—En la patología traumática, pone de relieve el alto índice de lesiones antiguas (falsos aneurismas, fístulas arteriovenosas y secciones y trombosis viejas) y el largo período que en general transcurrió entre el trauma y la atención especializada. Llama la atención sobre los casos con fractura concomitante en el área de la rodilla en los que la atención del problema óseo puede hacer pasar desapercibida la lesión vascular. Enfatiza sobre la conveniencia de practicar arteriografías pre y postoperatorias y sobre la peligrosidad de la heparinización. En lo que se refiere a la terapia, insiste en la reconstrucción arterial, a ser posible mediante arteriografía y sí no, mediante injerto venoso.

S U M M A R Y

351 cases of non selected arterial pathology are reviewed by the author. 74.07% of the cases were of non traumatic etiology and the remainder were traumatic. In the first group, the more frequent pathology was due to arterieesclerosis and most of the cases were treated by sympatectomy. In the second group, the greater incidence was due to old lesions requiring reconstructive surgery. The importance of pre and postoperative arteriography is emphasized.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.— ALLEN, BARRER, HIÑES: Peripheral vascular diseases. W. B. Saunders, Co. Philadelphia, London, 1956.
- 2.—AVAREZ, A. F.: The present role of lumbar sympathectomy in the management of arteriosclerotic insufficiency in the lower limbs. *Angiology* 18: 586, 67.
- 3.—DALE, W. A.: Autogenous tissue repair of peripheral arteries. *Surg. Gyn. Obst.* **118**: 1318, 1964.
- 4.—CABALLERO, R.; BERMUDO J.: Un caso de endarteriitis primaria distal. *Angiología* **11**: 43, 1959.
- 5.—DEGNI, M. CHAIN MAIA A.: Gangrenas distales limitadas del pie y resultados obtenidos con nuestra orientación terapéutica (consideraciones sobre amputaciones transmetatarsianas). *Angiología* 15: 29, 1964.
- 6.—FONTAINE, R.; OTERO, A.; KENY, R.: Résultats obtenus a la clinique chirurgicale a de Strasbourg, par la chirurgie arterielle restauratrice dans les arteriopathies. *Revista Brasileira Cardiovascular.* 51: 101, 1969.
- 7.—FORNO, C: El síndrome arterial oclusivo del miembro inferior y su tratamiento por la simpaticectomía lumbar. *Angiología* 17: 58, 1965.
- 8.—GARIBOTTI, J. J.; BLANCO, M. H.: Cirugía arterial reparadora. ■ Tratamiento y resultados con injertos de vena y prótesis de dacron. Análisis de 70 intervenciones. *Angiopatías* 4; 73, 1964.
- 9.—GARIBOTTI, J. J.; BLANCO M. H.: Traumatismos arteriales en la práctica civil *Angiología* 14: 175, 1962.
- 10.—GOLDSMITH, E. I. : Emergency management of cardiovascular injuries. *Surg. Clin. N. Am.* 41: 487, 1961.
- 11.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Trauma vascular. Nuestra experiencia en 43 casos. *Angiología* 18: 4, 1969.
- 12.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Secuelas de los traumatismos arteriales. *Angiología* 21: 69, 1969.
- 13.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Nuevas contribuciones al síndrome de obliteración de los troncos supraórticos. *Angiología* 16: 183, 1964.
- 14.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Arteriopatías obliterantes crónicas en el medio hondureño. Análisis de 183 casos. *Angiología* 2: 61, 1968.
- 15.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: El síndrome de obliteración de los troncos supraórticos. Contribución de 3 casos personales. *Angiopatías.* 4: 49, 1964.
- 17.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Síndrome de Leriche. *Rev. Med. Hondur.* 30: 1, 1962.
- 18.—GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Fístulas arteriovenosas. *Rev. Med. Hondur.* 31: 28, 1963.

19. GOMEZ-MARQUEZ, G. J.: Aneurisma micótico bilateral de la arteria femoral Rev. Med. Hondur. 31: 11, 1963.
- 20.—GROSSMAN: Phisikotherapeutische bechandlung peripheral durcblutungstorungen. Medizinische. Klinik. 23: 12, 1940.
- 21.—HOHLF, R. P.: Vascular Trauma Surg. Clin, of North America. 40: 75, 1960.
- 22.—HUGHES, C. W., BOWERS, W. F: Traumatic lesions of peripheral vessels. Charles C. Thomas Publishers. Springfield, Illinois, 1961.
- 23.—INGLEMAN, B.; GRONWELL, A.; GELIN, L.; ELIASSON, R.: Properties and applications of dextrans. Acta Academia Regis. Scientiarum Upsaliensis. Almquist. y Wiksell-Stochholm. 1969.
- 24.—INHARA, T.: Arterial injuries of the upper extremities. Surgery 51: 611, 1962.
- 25.—JORDÁN, P.; WILSON, G. E. : Surgical treatment of vascular trauma. Surg. Clin. N. Am. 33: 1151, 1953.
- 26.—JULIÁN O| C; HUNTER, J. A.: Vascular emergencies of the lower extremities. Surg. Clin, of N. A. 45: 135, 1965.
- 27.—KREMER, K. : Chirurgie der arterien. Georg. Thieme Verlag. Stuttgart. 1959.
- 28.—MARTELLI, A.; DEL GAUDIO, A.: Endarteriolitis aguda difusa (panarteriolitis obliterante). Angiología 13: 337, 1961.
- 29.—MARTORELL, F.; VALLS ROVIRA, A.: Trastornos de los miembros en los diabéticos. Angiología 15: 143, 1963.
- 30.—MARTORELL F.; Chirurgie des troncs arteriels sua-arortiques. The Journal of Cardiovascular Surgery (XVII Congress of the European Society of Cardiovascular Surgery). London 1968.
- 31.—DE MEDOIRS, A.; DE PINTO DE RIBEIRO, A.: Oclusoes crónicas dos troncos arterais miembros inferiores e do segmento aortoiliaco. Angiopatías 4: 216, 1964.
- 32.—MEDINA A. L. ; SAVIANO, M.; PERISSE MOREIRA, R. S.: Lesoes vasculares traumáticas. Analise de 209. Lesoes em 165 pacientes. Angiopatías 2: 151, 1962.
- 33.—PUECH LEAO, L. E. ; NOVAH MORALES, L.; KHOURU, V.; VRESESKER M.; CINELLI JUNIOR, M.; NUENO NIETO; J. SALEM BOUBCI, A.: Patología e clínica de arteriosclerose obliterante. Angiopatías 13: 151, 1963.
- 34.—Resultados de la cirugía reconstructora arterial. Mesa Redonda. Angiopatías. 4: 168, 1964.
- 35.—Trombotic diseases with reference to the use of dextrans. Acta chirurgica Scandinávica. Supplementum 387, 1967.
- 36.—T. WOOD, N. E.: STUTMAN, F. L.: Intimal separation in arterial injuries Angiology 14: 265, 1963.

Reimplante bilateral de trompas de falopio

REPORTE DE CASOS

Dr. Jesús Alberto Vásquez C. (*)

Dr. Benjamín Fortín M. (*)

El factor tubárico en sí, constituye en la mayoría de los casos la causa frecuente de esterilidad femenina, la corrección de la misma es preocupación y motivo de estudio y experimentación permanente del Ginecólogo.

La cirugía hoy día combinada con otros procedimientos y medidas terapéuticas adecuadas comienzan aumentar el número de éxitos muy escasos y decepcionantes en los informes de unos 20 años anteriores, al grado que Greenhill en 1936 proscribiera todo tratamiento quirúrgico en este sentido.

Indudablemente que las condiciones actuales han cambiado este concepto considerándose la recuperación de permeabilidad en el 60% y el logro de embarazos en 20 o más % (4-9).

Muchos fracasos deben atribuirse a la mala selección de los casos, a la ignorancia del papel que representa la trompa en la fecundación, falta de cuidado en el manejo de la misma. La selección del caso es el aspecto más importante para el logro de resultados satisfactorios; se tomará en cuenta la edad de la paciente, no mayor de 35 años y donde el factor tubárico sea la única causa para la cirugía ni riesgo al embarazarse (2-3).

Es importante también conocer el tipo de obstrucción tubárica sea éste extrínseco o intrínseco, generalmente el primero corresponderá a lesiones del peritoneo peritubárico o del espacio tuboovárico que producen reacciones adhesivas que impiden la ruptura folicular o el transporte del óvulo a través de la trompa. El tipo intrínseco es debido a infecciones originadas en el aparato genital y pueden lesionar parcial o totalmente la trompa con destrucción de las capas muscular y mucosa; del grado y localización del daño dependerá el buen éxito de la intervención (2-8).

El uso de medios de contraste a través del cervix nos permitirán hacer el diagnóstico de lesión obstructiva con mayor precisión, aunque no deberán descartarse otros procedimientos (6-7).

Las obstrucciones distales por lo general o en la mayoría de los casos permiten resultados exitosos de permeabilidad, pero las proximales no pueden juzgarse a priori y será hasta cuando su visualización y exploración directa se haya practicado que podremos valorarlo.

En el presente trabajo no describiremos las innumerables técnicas operatorias que se realizan para el tratamiento de la corrección obstructiva tubárica, nuestro propósito es reportar el primer caso en nuestra serie de una implantación bilateral de trompas con buen éxito, eliminando otros casos de permeabilidad y embarazo que hemos intervenido con resultados satisfactorios.

(*) Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Vicente D'Antoni La Ceiba,
Honduras, C. A.

CASO *m* i

N. de L. Expediente Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Honduras, C. A. Nc S65-2231, edad: 25 años, consulta por dolor pélvico desde que tuvo su segundo parto hace 4 años. Desea más hijos por pérdida de los anteriores.

Antecedentes por aparatos sin importancia.

Antecedentes gineco-obstétrico: Gesta 2, para 2.

Exploración física por aparatos: normal.

Ginecológico: vulva con formación normal. B.N.S. normal. Vagina: moderada secreción por tricomonas. Cervix pequeño, centrado, consistencia normal con pequeña erosión periorificial. Canal permeable. Útero tamaño y consistencia normal, orientado en posición posterior, adherido y doloroso a los movimientos, anexos palpables dolorosos.

EX AMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorio: Sangre: recuento normal. V.D.R.L.: negativo. Secreción vaginal: positivo tricomonas. Moco cervical: cristalización positiva, Ph 8; filantes. Prueba Seem Hübner: positiva; histerometría: canal 2 cm. cavidad 4 cm. índice Meckel; 1. Histerosalpingografía N° 3058 IV reportada 2-IX-65, obstrucción tubárica bilateral a nivel del istmo.

Impresión diagnóstica final: anexitis crónica. Esterilidad secundaria. Obstrucción bilateral de trompas Falopio.

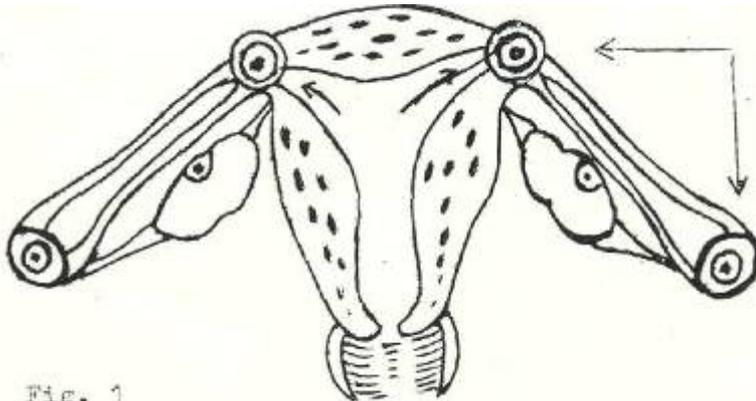
GRÁFICA DEMOSTRATIVA DE LA PATOLOGÍA EXISTENTE
NIVEL DE OBSTRUCCIÓN

Fig. 1

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

Incisión: Tipo Phannestiel por planos hasta cavidad.

Halazgos quirúrgicos: adherencias anexiales con órganos vecinos.

Factor peritoneal peritubárico bilateral moderado.

- 1.—Toma circunferencial de la trompa con pinza Badcock, se comenzó por liberación de adherencias peritubáricas poniendo al descubierto ambos pabellones y eversión de sus bordes saturándolos a porción tubular con puntos de catgut N° 0000.

- 2.—Distensión de la trompa mediante irrigación de H₂O a presión notándose escape en retro de H₂O.
- 3.—Exploración de trompa con sonda metálica flexible tipo Weisman localizándose obstrucción bilateral de ambas trompas en la región ístmico-intersticial.
- 4.—Sección de trompas por separado a nivel del extremo distal del conductor o proximal de la trompa dejándola cargada en el conductor. Fig. 2.
- 5.—Se permeabiliza el cuerno uterino del lado respectivo mediante un sacabocado, nosotros usamos el trocar de Weismann. Fig. 3.
- 6.—Se incide el extremo proximal de la trompa en una longitud de 1 cm. para formar 2 colgajos uno superior y otro inferior (en boca de pescado). A cada uno de los cuales por transfixión se le pasan hilos de catgut crómico N^o 0000. La aguja superior se introduce por el túnel hecho en el cuerno uterino, atraviesa el miometrio de dentro afuera, lo mismo se hará con el colgajo inferior; luego estos hilos se tiran suavemente y se anudan por fuera (2-8). Fig. 4.
- 7.—Introducimos una fécula de polietileno que guiamos con el conductor hasta el otro túnel cornual, tomando el extremo cateterizamos en retrogrado la otra trompa, que se reimplanta quedando el pelietileno en forma de hamaca (Fig. 5).

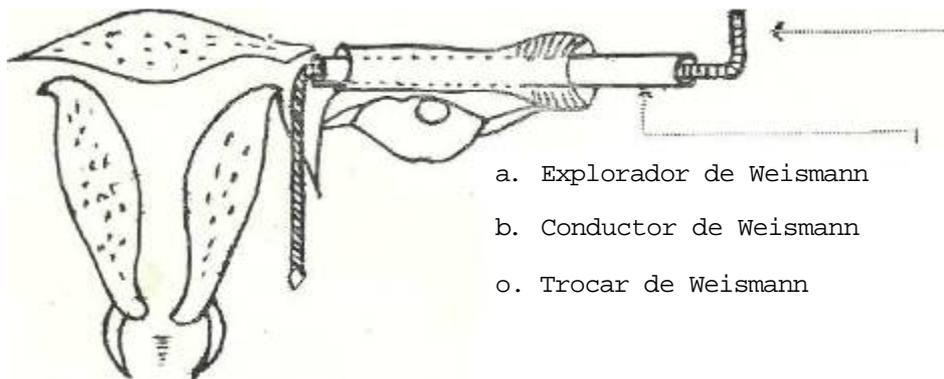


Fig. 2

Paso del explorador hasta el nivel de la obstrucción. Paso del conductor y sección de la trompa al nivel de la obstrucción.

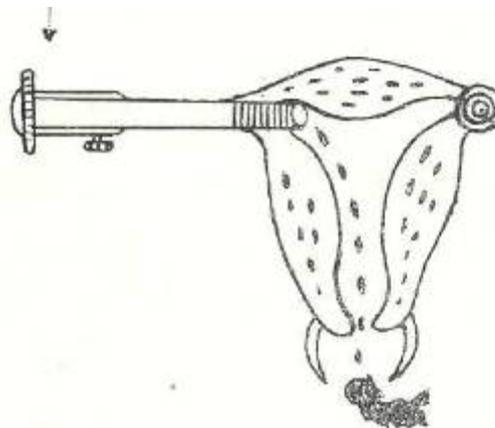


Fig. 3

Permeabilización del cuerno mediante el trocar para el reimplante de cada trompa.

- 8.—Sutura del mesosalpinx a la pared lateral del útero.
- 9.—Cierre por planos de la cavidad sacando los extremos de la fécula y fijándolos en ambos lados y al final de la incisión del piel donde la recubrimos con colodión y parche de tela adhesiva.

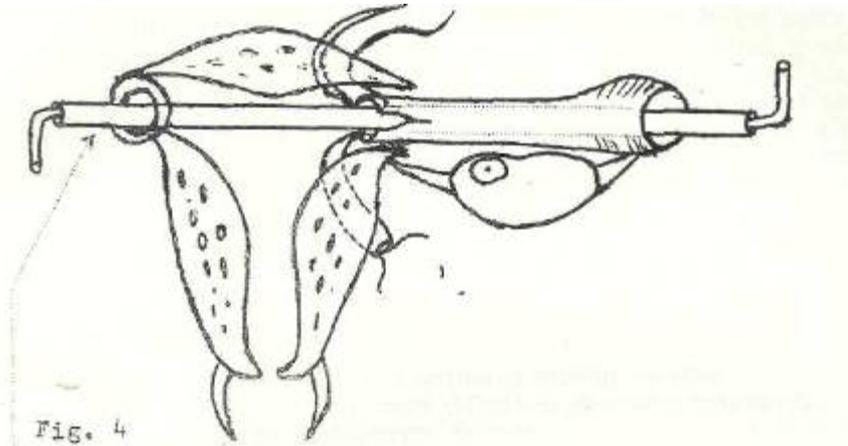


Fig. 4
Cateterización de la trompa mediante paso del conductor hasta el cuerno opuesto, paso del tubo de polietileno.

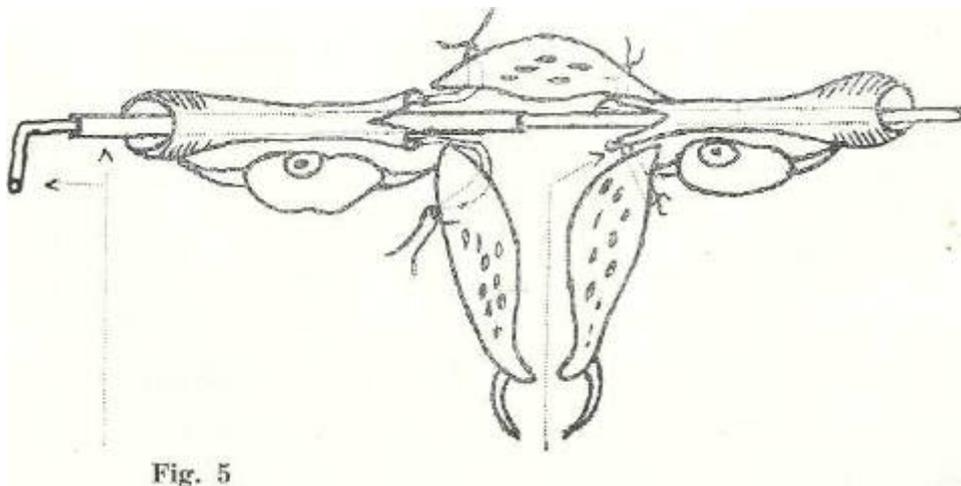


Fig. 5
Paso del conductor a través de la trompa y orificio cornual, paso del tubo de polietileno a través de este nuevo conductor.

Cada trompa se secciona en su extremo proximal colocando puntos de seda los que se llevarán a través del túnel fijándose en el músculo uterino.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

- 1.—El presente caso con resultado satisfactorio no sólo de permeabilidad tubárica sino el logro de un embarazo deseado, lo consideramos con mérito para reportarlo por cuanto las condiciones patológicas encontradas en ambas trompas no son ideales para una cirugía tubárica reconstructiva.
- 2.—Los éxitos en cirugía tubárica dependen de la selección del caso, el cuidado y manejo del oviducto, a menor traumatismo mayor posibilidad de buenos resultados.
- 3.—La alta incidencia de fracasos no justifica el abandono de la cirugía tubárica, por cuanto un resultado satisfactorio resuelve un problema humano de gran trascendencia en la pareja estéril.
- 4.—El mejor conocimiento de la fisiología y fisiopatología tubárica, y del cuidado, manejo y técnicas operatorias más sutiles como el uso de materiales y medicamentos mejores, recobrará este tipo de cirugía su prestigio en un futuro.

R E S U M E N

Se reporta un caso de cirugía tubárica reconstructiva en una paciente de 25 años con antecedentes de Gesta II, Para II con muertes fetales. Con proceso anaxial crónico como factor de esterilidad secundaria; en quien se practicó corrección de factor peritoneal peritubárico y reimplante bilateral de oviductos con resultados satisfactorios de permeabilidad y embarazo. Se describe la técnica operatoria empleada.

S U M M A R Y

A case of reconstructive tubarian surgery in a 25 years old female with secondary **sterility** due to a chronic inflammatory process in the fallopian tube is reported. The **results** were satisfactory and the patient was able to become pregnant after this surgical procedure.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—GREENHILL, J. P. : Present status of plástic operations of the fallopian tube. *Am. J. Obst. Gynec.* 72: 516, 1956.
- 2.—HANTON E. M.; PATH, J. H. and BANNER: Tuba! plástic surgery. *Am. J. Obst. Gynec.* 89: 934, 1964.
- 3.—LÓPEZ DE NAVA, A.: Tratamiento quirúrgico de la esterilidad femenina. *Avances en Ginecología y Obstetricia*. Ed. Asoc. Mexicana Ginec. Obst. 233, 1967.
- 4.—MURRAY, E. G. : *Ginec. y Obst. México III*: 3, mayo, Junio 1957.
- 5.—NOBLE CONTRERAS, L.: Endoscopia pélvica en esterilidad. *Ginec. y Obst. Mex.* 24: N^o 142, 153, 1968.
6. RUBÍN, I. C: Útero tubal insuflation. Ed. C. B. Mosby St. Louis, 1947.
- 7.—RUBÍN, I. C: Diagnostic and therapeutic aspects of kymographic uterotuban unsuffiation with comparative observation with hysterosalpmgography, *J. Obst. Gynec. Brit.* 54: 733, 1947.
- 8.—SWEENEY, J. W. ; GEPFERT, R.: Trompas de falopio y esterilidad. *Obst. Ginec. Ed. Interamericana, S. A. III.* 47: 32, 1965.
- 9.—SIEGLER, A. M. y HELLMAN, L. M.: *Am. J. Obst. Gynec.* S6: 445, 1963.

Placenta previa en el Hospital Vicente D'Antoni

REVISIÓN DE 47 CASOS — 1962-1968

Dr. Jesús A. Vásquez Cueva (*) Dr.
Benjamín Fortín Midence (*) Dr.
Marcial Vides Turcios (*)

INTRODUCCIÓN

Los sangrados del tercer trimestre del embarazo constituyen permanentemente problema para el obstetra y factor determinante en el aumento de la morbi-mortalidad maternofetal, por lo que amerita hacer revisiones frecuentes sobre el tema. La gran mayoría de estos sangrados lo constituye la placenta previa, que es una condición viciosa de inserción y desarrollo de la placenta dentro de la zona de dilatación y borramiento del segmento uterino por lo que durante el parto ésta precede al feto (1).

La frecuencia de éstos casos como causa de internamiento en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente D'Antoni, nos ha movido a hacer un análisis estadístico con el objeto de valorar su incidencia, manejo y morbimortalidad maternofetal.

MATERIAL

Se han analizado un total de 47 expedientes de pacientes que ingresaron con antecedente de sangrado del tercer trimestre y clasificados como placenta previa en el período comprendido de julio de 1962 a julio de 1968. En este lapso se asistieron 3.509 partos, lo que nos da una frecuencia de 1 por 75 partos y una incidencia de 2.14 por ciento la que consideramos alta en comparación con otras estadísticas nacionales y extranjeras. (2-3-4-5-6-7).

CUADRO N° 1 CUADRO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DE PLACENTA PREVIA

Autor	N° de partos	N° de casos	Porcentaje
Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras	10.694	43	0.40
Atuán, S. J., I.H.S.S., Honduras	5.583	23	0.48
Arévalo y Mendieta, Nicaragua	17.761	41	0.20
H. Tulzer, 1935-44, U.S.A.	34.829	178	0.51
Smith, Kaighn, U.S.A.	13.000	99	1.00
Zarate, E. Beruti, Argentina	20.606	225	1.09
Foot, W. R., Canadá	26.470	120	0.59
García R., M. F., Venezuela	271.187	794	0.29
Kruschwits, S., Alemania	13.660	63	0.46
J. A. Vásquez, Hospital Vicente D'Antoni La Ceiba, Honduras	3.509	47	2.14

(*) Departamento Gineco-Obstetricia
Hospital Vicente D'Antoni La
Ceiba, Honduras, C. A.

Nos es imposible sacar una conclusión del por qué nuestra incidencia es más alta, ya que no existe un factor etiológico determinante si analizamos de acuerdo con Williams (8-9) la multiparidad, cambios atroficos del endometrio, defectos en la vascularización o con Benson (1) que lo atribuye a los tumores intrauterinos y a las cicatrices post-cesarea con predominio de la clásica, porque nuestros casos están agrupados en pacientes de poca paridad y sin antecedentes quirúrgicos. Sí podríamos aducir la posibilidad de alteraciones del endometrio y defectos de vascularización de la caduca por el elevado índice de infecciones pélvicas en nuestro medio y el aflujo de gran número de casos problemas a nuestro Hospital procedentes de las zonas urbana y rural.

CUADRO N° 2 ANÁLISIS
POR EDAD DE LA PACIENTE

Edad	Nº casos	Porcentaje
+ 15 - 20	8	17.02
+ 21 - 25	9	19.15
+ 26 - 30	12	25.53
+ 31 - 35	9	19.15
+ 36 - 40	9	19.15
Total	47	100 %

La distribución por edades no refleja grandes diferencias en porcentaje, acumulándose el mayor número de casos en el grupo de 26-30 años, período que corresponde a la época de mayor fecundidad y riesgo en embarazo con una incidencia de 25.53%. La paciente de menor edad fue de 16 años y la mayor de 40 años.

CUADRO N° 3 DISTRIBUCIÓN
EN RELACIÓN CON PARIDAD

Paridad	Nº de casos	Porcentaje
0	5	10.64
I	7	14.89
II	6	12.77
III	7	14.89
IV	5	10.64
V	4	3.51
VI	4	8.51
VII	4	8.51
VIII	1	8.51
IX	0	
X	3	6.38
XI	0	
XII	1	2.13
Total	47	100 %

Es interesante anotar que el mayor-porcentaje de placenta previa está registrado en los **grupos** de O a IV Para, con un total de 25 casos que representan un 68.73%. Datos que difieren con otras estadísticas en las cuales los **mayores** porcentajes se acumulan en grandes múltiparas o multigrávidas con antecedentes quirúrgicos (9-10).

En relación a estadísticas nacionales existe una distribución similar con la nuestra (2).

Por considerarlo de gran interés, a continuación describiremos las placentas previas en relación con la edad gestacional, datos de gran importancia para la conducta obstétrica a seguir, por cuanto esta patología se presenta con mayor frecuencia en embarazos inmaduros" les que traen como consecuencia alta mortalidad fetal por premadurez (11).

CUADRO Nº 4
EDAD DEL EMBARAZO POR SEMANAS

Edad embarazo	Nº de casos	Porcentaje
- 30	1	2.13
30 - 32	12	25.53
33 - 35	1	2.13
36 - 38	21	44.68
39 - 40	12	25.63
Total	47	100 %

El 70.21% de los casos de nuestra serie, correspondió a embarazos de las 36 a 40 semanas, que hacen un total de 33 casos, los restantes 14, 29.79% correspondió a embarazos entre 30 y 35 semanas. De este análisis se desprende que la gran mayoría de nuestros casos coincidieron con productos con grado de madurez satisfactoria, lo que explicaría, como más adelante veremos, una mortalidad fetal baja, a la cual debe de agregarse que en embarazos inmaduros y siempre que las condiciones de la paciente lo permitan, la conducta obstétrica ha sido expectante (1-10-11).

Un alto índice de gestaciones, con placenta previa se acompañan de situaciones y presentaciones fetales anormales y condiciona otras (pélvicas, hombro, encajamiento tardío de la cabeza o imposibilidad del mismo, anormalidades de la rotación, prolapso del cordón y alteraciones de la contracción uterina: incoordinaciones, hipersistolias, inversión del gradiente) (13-13-14).

CUADRO Nº 5
TIPO DE PRESENTACIONES

Tipo de Presentación	Nº de casos	Porcentaje
Cefálica	27	57.45
Pélvica	9	19.15
Transversa	11	23.40
Total	47	100 %

En 20 casos (42.55 %) correspondieron a presentaciones viciosas, dato que debe ser considerado en la conducta obstétrica a seguir. 15 de estos casos, o sea el 31.92% fueron manejados por vía vaginal; 9 correspondieron a óbitos, tanto en presentación pélvica como transversa, 5 (10.21%) y 4 (8.16 %) respectivamente, tomándose en cuenta que la condición del cervix permitía una maniobra vaginal sin aumentar el riesgo materno.

CUADRO N° 6
TIPO DE EMBARAZO

Producto	Nº de casos	Porcentaje
Unico	45	95.74
Gemelar	2	4.26
Total	47	100 %

En la serie un total de 45 casos (95.74%) se presentaron con producto único y 2 casos (4.26%) con producto gemelar.

En la evaluación de las pacientes al ingreso se tomaron también en cuenta los siguientes factores: a) Condición cervical, c) Cantidad y número de sangrados.

Se detallan en los siguientes cuadros:

CUADRO N° 7
CONDICION CERVICAL

Dilatación Cms.	Nº de casos	Porcentaje
1	6	12.77
2	16	34.04
3	7	14.89
4	9	19.15
5	7	14.89
6	2	4.26
Total	47	100 %

CUADRO N° 8
SANGRADOS ANTES DEL INGRESO

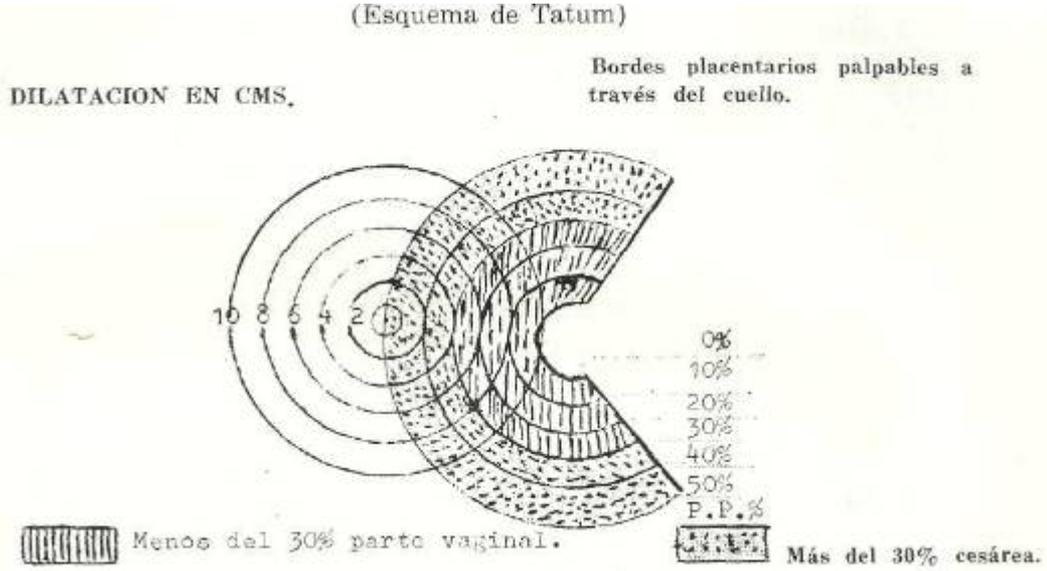
Frecuencia	Nº de casos	Porcentaje
1 vez	34	72.34
2 veces	5	10.64
3 veces	7	14.89
4 veces	1	2.18
Total	47	100 %

*

Estos dos factores son de gran importancia y se complementan para decidir la conducta obstétrica más indicada en cada caso en particular.

A mayor dilatación y menor sangrado conducta expectante, menor dilatación y mayor sangrado conducta más intervencionista, teniendo muy en cuenta siempre el tipo de placenta previa y las condiciones materno fetales generales (1).

RELACIONES DE LA PLACENTA PREVIA CON EL CERVIX
(Esquema de Tatum)



CUADRO Nº 9

TIPO DE PLACENTA

Clasificación	Nº casos	Porcentaje
Lateral	2	4.36
Marginal	17	36.17
Oclusiva parcial	9	19.15
Total	47	100 %

Se observó una mayor incidencia de la placenta previa oclusiva total, 19 casos con un 40.43 % del total. Según la mayoría de los autores en cuanto a variedad de inserción placentaria es más común en el orden siguiente:

- a) Inserción baja (lateral y marginal).
- b) Oclusiva parcial,
- c) Oclusiva total.

Por lo que nuestras estadísticas están en oposición a estos conceptos pero si coincidiendo con las de Nieminen y Billy (15-16).

CUADRO Nº 10
CONDICION FETAL AL INGRESO

Producto	Nº de casos	Porcentaje
Óbitos	11	22.45%
Vivos	38	77.55%
Total	49	100 %

El diagnóstico de ingreso en relación a la condición fetal se consignó en el total de expedientes revisados (47) 38 productos vivos (77.55%) y 11 óbitos (22.45%) debemos aclarar que en la serie hubo 2 embarazos múltiples (gemelar). Esta situación varió muy poco al hacerse la tabulación final de la condición fetal en *relación* a la conducta obstétrica seguida. En los cuadros subsiguientes se analizan los resultados de la conducta obstétrica y la condición fetal nacidos vivos y óbitos.

CUADRO Nº 11
CONDUCTA OBSTETRICA

Conducta obstétrica	Nº de casos	Porcentaje
Cesárea segmentaria	32	68.08
Parto vaginal cefálico	6	12.77
Parto vaginal podálico	5	10.64
Extracción podálica	4	8.15
Total	47	100 %

Correspondió un total de 68.08% 32 casos a la vía abdominal; 15 (31.92%) a la vaginal **porcentajes** similares a las de otros autores tanto nacionales como internacionales (2-7-K).

CUADRO Nº 12
CONDICION FETAL
EN RELACION AL PROCEDIMIENTO OBSTETRICO

Procedimientos	Nacidos vivos		Óbitos	Porcentaje
Cesárea	32	65.31%	2	4.08
Parto en cefálica	4	8.16%	2	4.08
Extracción podálica	0	—	4	8.15
Parto pélvico	0	—	5	10.21
Totales	36	73.51	13	26.53%

Cabe **mencionar** aquí que el diagnóstico de ingreso fue correcto al referirse a los productos muertos ya que los 2 del recuento final correspondieron al gemelo con espina **bífida**, y el otro a una combinación de placenta previa con desprendimiento **placentario** que falleció inmediatamente después de la extracción por vía **abdominal**.

Aunque no es el propósito de nuestro trabajo analizar la conducta obstétrica seguida creemos necesario aclarar que los partos por vía vaginal sucedieron bajo la vigilancia obstétrica más estricta y tomadas todas las medidas de urgencia pertinentes (sangre, quirófano, etc.) quedando sobre entendido que las condiciones del **cervix** y el tipo de inserción **placentaria** lo permitían. De este total de 15 pacientes manejados por la vía vaginal 6 casos (12.24%) correspondió a la presentación **cefálica**, **5 (10.21%) podálicas** y 4 (**8.16%**) transversas, solamente 4 casos eran productos vivos. Se practicó amniorrexis y conducción en los casos de: a) presentación cefálica, b) presentación podálica, y en las transversas amniorrexis seguido de extracción podálica y vaciamiento cefálico para reducir los **diámetros** de la cabeza **última**, la revisión de cavidad fue practicada en todos los casos.

Solamente se registraron dos pequeños desgarros laterales de cervix que fueron suturados.

CUADRO N° 13

MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL

	Nº de casos	Porcentaje
Muerte fetal total	13	27.66
Muerte materna	1	2.13
Absceso pared	3	6.77
Laceración cervical	2	4.90
Sin complicaciones	28	58.54
Total	47	1.00 %

El porcentaje de muertes fetales corresponde a las tasas registradas en otras estadísticas, r -secuencia directa de la **premadurez** de los productos e **indudablemente** condicionado por el shock en que llegan muchas pacientes; en la serie se registraron 13 casos (**27.66%**) con shock hipovolémico de los cuales coincidieron con óbito fetal, las otras 2 muertes se presentaron en un gemelo con espina bífida y meningocele, correspondiendo el otro a un caso de placenta previa con desprendimiento **placentario** parcial, lo que hace una **mortalidad** fetal corregida de 4.0891.

La muerte **materna** registrada no fue atribuida al cuadro de placenta previa, sino que a una reacción post **transfusional** por incompatibilidad sanguínea, —hecho verdaderamente lamentable que no debió **suced**.

CONCLUSIONES

1. —Se estudian 47 casos de placenta previa registrados en el Hospital Vicente D'Antoni comprendidos de julio 1962 a julio 1968. Durante ese período se atendieron 3.509 partos presentándose una placenta previa por cada 75 partos con una incidencia de 2.14%.
2. —Que la incidencia de 2.14% la consideramos altísima al compararla con otras estadísticas tanto nacionales como internacionales y creemos deberse a la gran concentración de patología en nuestros servicios provenientes de la ciudad, lugares circunvecinos, y departamentos **limítrofes**, y al alto **índice** de infecciones pélvicas.

3. —El 63.73% (30 casos) estuvieron comprendidos en O y IV paridad diferente a la distribución de otros autores con casos acumulados en pacientes de alta paridad. Nuestra distribución es similar a la de otros trabajos de igual índole tabulados en el país.
4. —El 42.55% de casos se acompañaron de presentaciones distócicas.
5. —Se observó una mayor incidencia de placenta oclusiva total 40.43% contrario a las estadísticas consultadas.
6. —El índice de mortalidad fetal total registró 27.66 % de la serie 13 casos; mortalidad corregida 4.087' y la materna 1 caso, 2.13%, muerte atribuida a reacción post **transfusional**.
7. —La operación cesárea debe de hacerse de elección sobre todo en los casos de mucho sangrado, condición cervical incompatible con un trabajo de parto rápido; en nuestra serie se practicó en 32 casos (68.08%).
8. —El tacto vaginal deberá practicarse únicamente para diagnóstico de estado **cervical**, posibilidades de parto en relación al tipo de inserción placentaria y en medio hospitalario con las previsiones del caso (.sangre, quirófano listo).
- 9.—Los otros recursos obstétricos tales como la maniobra de Baxton Hicks deberá realizarse solamente con producto muerto, condición cervical favorable y en medio hospitalario; pero sí somos partidarios de practicarlo en las zonas rurales donde las vías de comunicación no permiten el traslado rápido a medios hospitalarios.

R E S U M E N

Se analizan 47 casos de placenta previa con una incidencia de 2.14% mayor que las reportadas por otros autores en trabajos similares. Se hace una distribución de casos por edades de las pacientes correspondiendo la mayor incidencia al quinquenio 26-30 (25.53%). Se obtuvo un mayor porcentaje en mujeres de baja paridad (63.73%). El 70.31% correspondió a embarazos entre la 36 y 40 semana. Respecto a la variedad de presentación la cefálica predominó sobre las demás (57.45%). Con producto único 95.75%. El promedio de sangrados antes de la hospitalización fue de 1-4 veces. La clasificación clínica demostró un mayor porcentaje en las P. P. oclusiva total, 40.43% (19 casos); mortalidad fetal total 27.66%. (13 casos), corregida **4.08%** (2 casos); muerte materna 1, (2.13%). Se resolvieron por vía abdominal 32 casos (68.08%). Parto vaginal, **31.92%**.

S U M M A R Y

47 cases of placenta previa are analyzed by the authors. The overall incidence seems to be higher than that reported by others (2.14%). The higher incidence was found among women with lower parity about the 36th-40th week of pregnancy. The fetal mortality was of **27.66%** and only one case of maternal mortality occurred.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. —BENSON, R. C: Manual de Ginecología y Obst. Pág. 255.
2. —**ATUAN SIMAN**, J.: Placenta previa en el Instituto Hondureño del Seguro Social (Tesis 1968, pág... 16).
- 3.—H. TULZER: Modern view points of the management of placenta previa. Intern. Obst. Surg. Gynec. and Obst. **102**: N* 4, 376, 1956.
- 4.—SMITH KAIGHN: Cesarean section 17. The treatment of placenta previa. ínter. Obst. Surg\ & Gynec. Obst. 104: N? 4, 371.
- 5.—NUBIOLA ZARATE: Tratado de Obstetricia, Tomo **II**, 751.
- 6—POOTE, W. R. and W. D. FRAZER: Placenta previa. Int. Surg. Gynec. Obst. **III**: N? 5, 469.
- 7.—S. KRUSCHWIFT: Treatment of placenta previa. Intern. Obst. Surg. Gynec. and Ohst. **112**: N<? 5, 475.
- 8.—WILLIAMS: Tratado de Obstetricia. 584, 1960.
- 9.—The cause of placenta previa. ínter. Obst. of Surg. Gynec. Obst. 5: 479.
- 10.—JAMES P. SEAMMENS: The role of conservative management in a controlled study. Intern. Obst. Surg. Gyn. Obst. **109**: N? 4, 370.
- 11.—PAUL PODEWITS: ínter. Obst. Surg. Gyn. Obst. 122: N<? 2, 440.
13. CALDEYRO BARCIA, Col.: Contractilidad uterina normal y anormal en el parto. Rev. Triángulo, 3.
- 14.—CALDEYRO BARCIA, Col.: Fisiopatología de la contracción uterina. Memorias II Congreso La. 41, 1955, Ginec. 1944.
- 15,—c. CASTRO LOVO, Col.: Hemorragias del Tercer Trimestre del Embarazo. Monografías Ginec. y Obst. A. Merghou. 9, 1965.
- 16.—NIEMINEN, U: Placenta previa and low implatation of the placenta. Oct. Obst. & Gyn. Scand. 42: 339, 1964.

Balantidiasis con perforación de colón

(INFORME DEL PRIMER CASO EN HONDURAS)

R. A. DURON M_e

Por considerarlo de interés, tanto para el Pediatra como para el internista, pasamos a referirnos a un caso de balantidiasis severa que provocó la muerte del paciente por perforación del colón con peritonitis consecutiva. Clínicamente no se hizo el diagnóstico, ya que priva la creencia entre nosotros, que la balantidiasis es una infección protozoaria benigna y que no amerita tratamiento. El diagnóstico en este caso, fue hecho mediante biopsia de las lesiones ulcerogranulomatosas en el rectosigmoide, las cuales fueron consideradas como de tipo carcinomatoso por el explorador,

TNUS, sexo masculino, 24 años de edad, labrador, vecino del departamento de Yoro, recluido en la Penitenciaría Central. Ingresó al Hospital el 5 de enero de 1967.

Síntoma principal: "**Disentería** de sangre".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refería inicio de su enfermedad desde dos semanas antes, con leve dolor abdominal en el epigastrio. Dos días después comenzó cuadro diarreico con heces blandas y manchas de sangre. Después se transformó en enterorragia completa con deposiciones líquidas y mucosas, rojas y ardor en el recto antes de defecar. Estas deposiciones eran bastante frecuentes, incontables, permaneciendo hasta 5 **minutas** en el servicio. Al mismo tiempo había dolor abdominal permanente, localizado en el hipogastrio, de tipo retortijón, el que se exacerbaba momentos antes de las evacuaciones y se acompañaba de tenesmo y pujo. Insomnio debido al malestar abdominal y anorexia. Permanecía en reposo (en cama) desde el inicio de este cuadro. No había historia de fiebre. Fue tratado en la Penitenciaría por una enfermera quien le suministraba tabletas y un líquido amargo con lo cual sentía más bien que se "empeoraba". No refería síntomas cardiorespiratorios. Había abundante sialorrea. No refería sintomatología en otros sistemas.

ANTECEDENTES: Enfermedades propias de la infancia y paludismo. No refería hospitalizaciones anteriores. Herida por arma cortante en el brazo izquierdo 3 años antes. Recluido en la P. C. desde 3 meses antes del ingreso al Hospital por presunto homicidio, compartiendo la misma celda con otros reos en condiciones infrahumanas.

EXAMEN FÍSICO: P. A. 105/80, P. 110, T. 38°C.

Paciente postrado en cama en mal estado general, quejumbroso, Se sentía olor fecaloide a su alrededor debido a que hacía las deposiciones descritas, bastante frecuentes, en la misma cama. Mala higiene general y oral. Labios secos, moderada descamación de orofaringe. Examen de pulmones no revelaba anormalidades al examen físico le mismo que el corazón a excepción de taquicardia. El abdomen plano con incursiones

pararespiratorias normales. Muy sensible a la palpación, especialmente en hipogastrio. No se palpaban masas. Hígado y bazo dentro de sus límites normales. Los ruidos intestinales aumentados en intensidad y frecuencia. La región anal con manchas de sangre. El esfínter anal relajado, lo que permitía ver las paredes del recto enrojecidas, hiperémicas, con aparentes nodulaciones interiores.

EVOLUCIÓN: Según nota del 7 de enero el paciente continuaba deshidratado y en las mismas condiciones de su ingreso. Al día siguiente continuaba la diarrea sanguinolenta aunque más escasa, acompañada de hipo y vómitos líquidos escasos. Ya deseaba alimentarse. El 9 de enero acusaba dolor abdominal e insomnio. Continuaba el hipo y los vómitos. Se quejaba constantemente. Cerca del mediodía la presión arterial no era audible, el pulso bastante débil y los ruidos cardíacos apagados. El dolor abdominal se había recrudecido localizado en epigastrio. El abdomen era blando, depresible, sin resistencia muscular. La presión arterial era de 60/30. Debido al bajo hematocrito se practicó venodisección para transfundirle sangre. Según nota del 10 de enero el abdomen comenzó a distenderse, con timbre metálico a la percusión y con aumento de frecuencia de los ruidos intestinales. No se podía precisar claramente si existía o no signo de rebote. Los ruidos peristálticos aumentados en su frecuencia y tono. Al día siguiente (enero 11) continuaba el dolor abdominal y las enterorragias aunque disminuidas. No había fiebre. El abdomen duro y doloroso. Persistía el hipo. En el transcurso del día fue aumentando el dolor haciéndose más continuo. El informe radiológico en un flat de abdomen sugería la existencia de una peritonitis. Se sospechaba una perforación intestinal desde el punto de vista clínico. Sin embargo a las 6 p. m. el cirujano de emergencia notó que el paciente expulsaba gases por el recto y continuaban las evacuaciones diarreicas. Debido a esto y a que el paciente estuvo sometido, según antecedentes, a tratamiento con antibióticos de amplio espectro (teraciclina) indicó la posibilidad de una enterocolitis pseudomembranosa. La leve pérdida de la macizas hepática se podría explicar por la abundancia de asas meteorizadas bien visibles en Rayos X. A pesar de la opinión del Cirujano, el internista seguía sospechando una perforación intestinal. La enterorragia era tan intensa que a pesar de haberse transfundido varias pintas de sangre, el hematocrito, que inicialmente era de 42 vol/100 ce, se mantenía en los últimos días alrededor de 23 vols/100 ce. El 13 de enero se practicó un examen proctológico, el cual resultó muy laborioso debido al mal estado general del paciente. Se observaron formaciones granulomatosas y de falsas membranas en la ampolla rectal, tomándose biopsia para descartar la posibilidad de un carcinoma del recto. Ese día tuvo el paciente una hematemesis profusa, bajando el hematocrito al 27 vols/100 ce. Persistieron las enterorragias falleciendo el 14 de enero a las 3 de la tarde. Durante su estancia en el Hospital solamente hubo una elevación térmica de 38°C al día siguiente del ingreso. En los últimos 3 días se mantuvo alrededor de 36°C. El pulso se mantuvo entre 70 y 110. Se le administraron un poco más de 3 litros de sangre. Además se hizo sueroterapia y se administró carbarzone y plaquinol.

LABORATORIO: GB 9.500 mm³; Hg. 14 grs./100 ce; Ht 50 vols/100 ce; N-34% (5/1/67). GB 21.800 mm³; HG 13.5 grs./100 ce; HT 42/vols ce; N-34% (5/1/67). GB 21.800 mm³; HG 13.5 grs./100 ce; HT 42 vols/100 ce; N-75% ; L. 25% (7/1/67). Ht: 20-25-18-30-24 vols/100 ce (10-11-

12-13 y 14/1/67) Heces con trofozoitos de *Ballantidium Coli* y quistes de *G. lamblia* (5 y 7) V. D. R. L.: Negativo. NPN: 22.5 mg/100 ce; glucosa 130 mg/100 ce; creatinina 2.05 mg/100 ce (7/1/67) Cl: **99 mEq/L**; Na: 132 mEq/L (7/1/67). NPN: 106 mm/100 ce; creatinina 3.2 mg/100 ce; Cl: 94 mEq/L; CO² 22 mEq/L; K: 4.4 mEq/L (13/1/67). Orina positiva por albúmina. Presencia de cilindros **granulosas** en sedimento (7/1/67).

INFORME RADIOLÓGICO: (Enero 11) "Se ven asas delgadas meteorizadas entre las cuales notamos la presencia de líquido. La distribución de gases y heces en el colon es normal. No se incluyeron las cúpulas diafragmáticas para investigar la posibilidad de gas libre. Impresión diagnóstica: Los cambios sugieren la existencia de una peritonitis".

INFORME PATOLÓGICO: "Se reciben 3 fragmentos de tejido blando, gris rojizo, midiendo en conjunto 1 cm. Los cortes muestran proceso necrotizante de la mucosa colónica con la presencia de múltiples estructuras parasitarias que se identifican como *Ballantidium Coli*, bastante semejantes a trofozoitos de amibas pero obviamente diferentes, de gran tamaño, mostrando claramente un macronúcleo arriñonado y un micronúcleo. Los parásitos aparecen por todos lados, muchos de ellos dentro de espacios linfáticos y vasculares de la mucosa".

COMENTARIOS

Brown (1) menciona que en la balantidiasis puede ocurrir perforación intestinal, refiriéndose a los datos de Strong quien encontró una mortalidad de 29% en casos severos. En Centroamérica, Céspedes (2) al referirse a un caso masivo de balantidiasis colónica con presencia del parásito además del intestino grueso, en el delgado y pleura, menciona que en Costa Rica ven en la actualidad de 3 a 4 casos por año de balantidiasis en autopsias.

Tal como indicáramos al comienzo, en nuestro medio existe el erróneo concepto de que la balantidiasis es siempre una enfermedad benigna y no se le da mayor importancia al hallazgo de trofozoitos y quistes de *Ballantidium Coli* en las materias fecales. La gráfica siguiente indica los hallazgos de este parásito en materias fecales durante 5 años en un laboratorio hospitalario de Tegucigalpa.

296 R. A. DURON M. REV. MED. HONDUR. VOL. 37—1969

Año	Quistes de B. Coli	Trofozoitos de B. Coli	Total
1963	97	9	106
1964	42	50	92
1965	38	119	157
1966	57	29	86
1967	5	41	46
Total	239	248	487

Promedio anual de exámenes positivos = 97
 Quistes = 47.8%
 Trofozoitos = 49.6%

El paciente falleció y las autoridades de la Penitenciaría Central no permitieron se le practicara autopsia.

R E S U M E N

Se presenta el informe de un caso de balantidiasis en un paciente de 24 años de edad, diagnosticado mediante examen rutinario de heces y biopsia de lesiones necrotizantes en la ampolla rectal. Clínica y radiológicamente había evidencia de perforación de viscera hueca. El paciente falleció a consecuencia de peritonitis y desequilibrio hidroelectrolítico. Cínicamente se sospechó la existencia de carcinoma del colon.

S U M M A R Y

A fatal case of balantidiasis is reported in a 24 years old male. The ulcero-granulomatous lesions in rectum, that led to perforation, were taken as carcinomatous and the exact nature of the same were elucidated by biopsy.

Fig. 1.—Aspecto panorámico de ballantidium colí en la mucosa colónica.

Fig. 2.—Parásito fuera de la mucosa. Estos son excretados con las heces apareciendo en los exámenes coproparasitológicos rutinarios.

Fig. 3 _ Detalle de la morfología parasitaria a mayor aumento.

Fig. 4.—Núcleo y vacuolas intracitoplasmáticas.

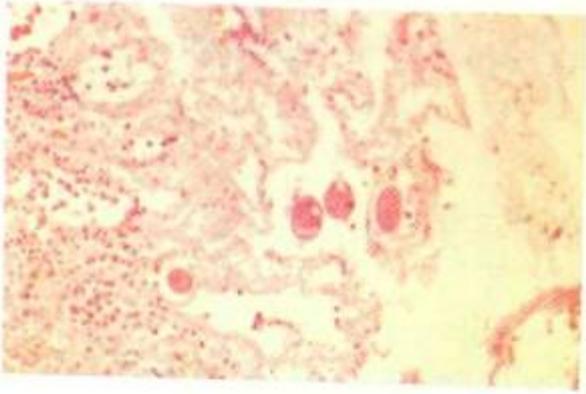


Fig. 1

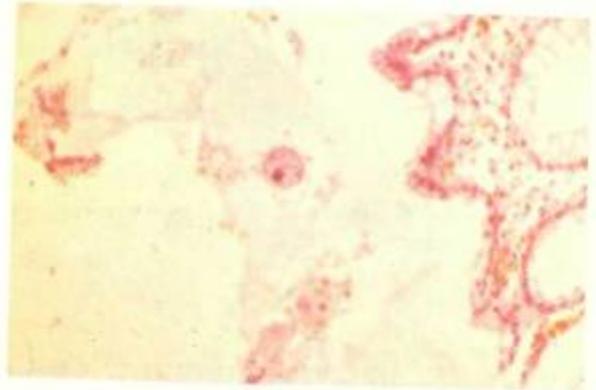


Fig. 2

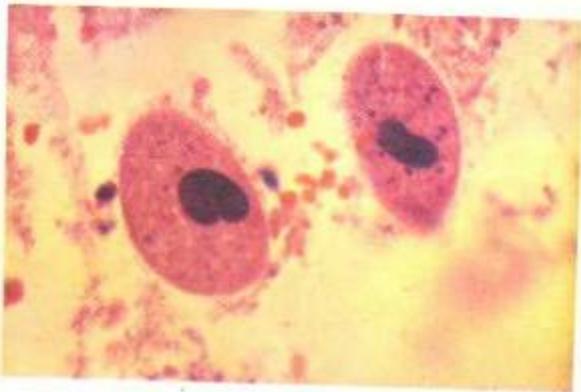


Fig. 3

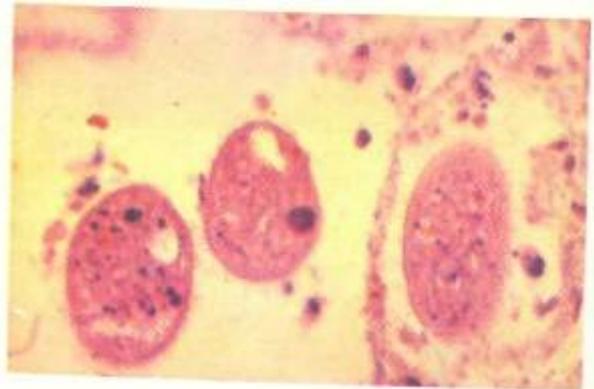


Fig. 4

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BROWN, HAROLD W.: Balantidiasis. In Cecil & Loeb "A Textbook of Medicine". W. B. Saunders Co. Philadelphia, **10th** Edition. 373, 1961.
- 2.—CÉSPEDES, R.; RODRÍGUEZ y Col.: Balantidiosis. Estudio de un caso anatomoclínico masivo con lesiones y presencia del parásito en el intestino delgado y pleura. Acta Médica Costarricense. 10: 135, 1967.

TOXOPLASMOSIS CONGENITA

INFORME DE LOS DOS PRIMEROS CASOS EN HONDURAS

Dr. Virgilio Cardona López*

Se informan dos casos de toxoplasmosis congénita encontrados en estudios de autopsia en el Departamento de Patología del Hospital General San Felipe que según mi conocimiento son los primeros en Honduras.

Creo que siendo la toxoplasmosis una enfermedad que ha sido reportada mundialmente y en nuestro país hasta esta fecha no se habían informado casos con confirmación del parásito en tejidos, ha sido debido únicamente al reducido número de autopsias practicadas en nuestros hospitales.

En Honduras en 1965 HoeKenga M.T. (1) llevó a cabo un estudio con la prueba tintorial (dye test) llamada de "Sabin-Feldman" en un grupo de pacientes (266) del Valle de Ulúa, encontrando una incidencia de positividad de 95% en hombres y 89% en mujeres, con un promedio general en diferentes edades de 63%. Esta prueba también fue practicada en perros y cerdos de la región para saber si servían como huéspedes definitivos de la infección en humanos, encontrando en los perros un 89% de positividad. Estos exámenes fueron practicados en el Laboratorio de Harry A. Feldman, Universidad del Estado de New York en Syracuse, N.Y.

Estos estudios en ese pequeño grupo de población son los únicos que se han realizado en nuestro país, hasta esta fecha.

En 1955 Céspedes R. y Moreira P. (2) informaron 3 casos en Costa Rica que fueron los primeros descritos en Centroamérica.

Posteriormente en 1963 Restrepo Carlos y Tejada V.C. (3) informaron un estudio clínico-patológico de las siete primeros casos observados en Guatemala. En este mismo país anteriormente en 1958 Gibson C. y Coleman (4) hicieron un estudio con la Prueba de Sabin-Feldman en una pequeña población y encontraron un 94% de positividad.

Vale la pena antes de todo hacer ciertas consideraciones generales sobre la toxoplasmosis, que es una enfermedad causada por el protozoo *Toxoplasma gondii* que se encuentra diseminado en un sinnúmero de animales; es un habitante intracelular, descubierto por Nicolle y Manceaux en 1968 en un roedor del Norte del Africa, la primera descripción de toxoplasmosis cerebral en infantes fue informada en E.U.A. por Wolf, Cowen y Paige (5) en 1939.

El *Toxoplasma gondii* es un organismo que mide de 4 a 7 micras de largo por 2 a 4 micras de ancho, de forma arqueada de donde viene el nombre y se clasifica entre los esporozoos. En las coloraciones con Giemsa el protoplasma tiene un color azul y el núcleo rojo; debido a que su desarrollo y reproducción es intracelular no se ha cultivado y su estudio ha sido a base de inoculación en animales; por ser un organismo

* Profesor y Director del Departamento de Patología. Escuela de Medicina.

intracelular se puede confundir fácilmente con *Leishmanias* e *histoplasma capsulatum*.

Si el toxoplasma puede proliferar en cualquier órgano de la economía, es indudable que las manifestaciones de la enfermedad han de ser muy variadas y dependerán del estadio agudo o crónico de la enfermedad. Pero es indudable que el toxoplasma tiene predilección por atacar al sistema nervioso de los organismos jóvenes; de aquí que en la forma congénita o del recién nacido predominen las alteraciones del mismo. La sintomatología considerada como típica se compone de los síntomas siguientes :

- 1.—Hidrocefalia.
- 2.—Coriorretinitis.
- 3.—Calcificaciones cerebrales.
- 4.—Convulsiones.

Los casos estudiados de esta enfermedad nos han enseñado que ni la sintomatología es tan parca, ni es preciso que existan simultáneamente todas estas manifestaciones. Si quisiéramos limitar la toxoplasmosis a este cuadro preciso, se escaparían muchos casos al diagnóstico.

F. Bonilla y V. Salvatierra y colaboradores (6), han hecho una brillante revisión de esta enfermedad por lo que se incluye en esta publicación.

La hidrocefalia, presente en la mayoría de los casos, suele observarse ya en el momento del nacimiento. Se trata de una hidrocefalia obstructiva y progresiva en el 80% de los casos. Surgió el confusionismo cuando se pudo observar fetos que presentaban, por el contrario, microcefalia o cabeza de tamaño normal. De todas maneras, si se hace una **ventrículo-grafía** se demuestra que en todos los casos existe un aumento, a veces enorme de los ventrículos.

El aumento de los ventrículos laterales es más acusado en las zonas parietal, temporal y occipital. Y en cuanto al mecanismo de producción, puede consistir en un bloqueo de los agujeros de Monro o del conducto de Silvio; o bien la necrosis intensa del tejido nervioso puede conducir a la retracción de los hemisferios cerebrales, reemplazando los ventrículos a la masa cerebral. De aquí el tamaño variable de las cabezas.

Las lesiones del fondo del ojo existen en todos los casos. La forma más frecuente es la coriorretinitis de la mácula, que se presenta como una mancha rojo-marrón o blanquecina, rodeada de un halo pigmentado, ■ las lesiones son, por lo general, bilaterales y a menudo múltiples.

Respecto a las calcificaciones cerebrales, todos los autores están de acuerdo en que estos depósitos calcáreos no son específicos de la toxoplasmosis, ya que los hemos observado aún en condiciones como la enfermedad de la inclusión citomegálica cuando afecta al cerebro.

Por lo demás, no se observan más que en la cuarta parte de los casos. Es preciso hacer varias radiografías, porque de lo contrario los nodulos escapan fácilmente a la observación como sucedió en uno de nuestros casos y es conveniente repetir las exploraciones al cabo de unas semanas, ya que a veces los focos densos no aparecen hasta muy tarde. Los focos, procedentes de la calcificación de los granulomas, aparecen distribuidos irregularmente, son con frecuencia bilaterales y se localizan en corteza cerebral y ganglios basales.

Hay también contracciones espásticas y convulsiones que son expresión de la lesión nerviosa y no merecen mayor comentario.

Como vemos, ni la hidrocefalia es constante, ni mucho menos los depósitos calcáreos. Por otra parte una alteración tan intensa del SNC no puede quedar reducida a las alteraciones descritas. De aquí que la sintomatología descrita, posteriormente sea mucho más variada, y, por lo que respecta al sistema nervioso, se observan reflejos patológicos, anomalías del tono (hiper e hipotono), así como distintos síntomas oculares muy polimorfos, diencefálicos y encefalíticos.

Conviene insistir además en el hecho de que, aún cuando el toxoplasma tiene una evidente selectividad por el sistema nervioso central ataca fetos y recién nacidos, puede asimismo lesionar múltiples órganos de la economía.

Desde el punto de vista de la toxoplasmosis congénita es importante analizar el problema obstétrico de una embarazada que con la enfermedad puede dar luz a un niño con una serie de trastornos principalmente del S.N.C. La vía de transmisión de la enfermedad de la madre al feto es trasplacentaria, aunque la aspiración de líquido amniótico en cuanto a la presencia de parásitos. Se ha mencionado la posibilidad de una infección post-partum pues se refiere un caso de toxoplasmosis congénita con un suero materno sin anticuerpos.

Podemos llegar a la conclusión que si no hay infección materna no puede haberla fetal, sin embargo no podemos dilucidar si la madre adquirió la enfermedad durante su embarazo o si tenía una pequeña infección latente; es probable que la infección se produce durante el embarazo, sin embargo, esto contrasta con el hecho que las madres aparentemente sanas son las que dan a luz fetos con lesiones más severas. En uno de nuestros casos la madre había sufrido un cuadro febril que fue interpretado y tratado como malaria.

Muchos animales domésticos han sido encontrados infectados por el parásito como gatos, perros, gallinas, palomas, cabras, etc., siendo tal vez el perro el más importante por hallarse en más contacto con humanos. Se cree que la transmisión de animales a humanos se realice por medio de picaduras de chinches, piojos y garrapatas.

Es también importante brevemente considerar la llamada infección latente que es detectada por medio serológico que son más o menos específicos, como la prueba de Sabin Feldman y los de fijación del complemento, pruebas éstas que aún no practicamos en nuestro país, se considera necesario hacerlo para establecer nuestra incidencia en la población en general de esta enfermedad que es causa de lesiones cerebrales permanentes y mortales.

Queda ahora por abordar el problema más importante desde el punto de vista obstétrico, cual es la frecuencia de la toxoplasmosis como causa de malformaciones fetales- Dado que la vía de transmisión de esta parasitosis al feto es trasplacentaria, y dado, como ya dijimos, que precisamente las madres aparentemente sanas son las que dan a luz, a fetos con lesiones más intensas, resulta necesario averiguar la frecuencia de las infecciones latentes en la especie humana, lo cual trae aparejado el estudio de la infección toxoplásmica en los animales domésticos, pues son los vehículos de la infección.

A continuación se hace un resumen de las historias clínicas y hallazgos de autopsia de los dos casos detectados en nuestro país. CASO N° 1 (A-156)

I.Y.V. Recién nacida. Que nació en el H.G.S.F. y murió tres días después aparentemente en condiciones generales malas, presentando

equimosis y púrpura generalizada, apreciándose al examen físico sonido líquido al movilizar el cráneo y los reflejos estaban disminuidos. Había marcada esplenomegalia e incapacidad para la regulación de la temperatura.

La madre de 18 años de edad, primípara, con aparente buena salud durante el embarazo y sin historia de aborto, pero refirió haber tenido un cuadro febril que fue interpretado y tratado como malaria.

Los exámenes complementarios de la niña demostraron un grupo sanguíneo O Rh positivo; Leucocitos: 4.400. Hemoglobina; 9.9 gms. **N=10%**. Linfocitos: 90%. **V.D.R.L.** Negativo. Tiempo de coagulación: 7, 45". Tiempo de sangría: 5' 30". Tiempo de protrombina: 21 segundos (51%).

Radiografía de cráneo demostró ligero grado de acabalgamiento. Posteriormente y en una forma retrospectiva, se pudieron detectar radiológicamente calcificaciones intracerebrales (Fig. 1).

Radiografía de columna cervical y tórax: No demostraron nada de particular. La bilirrubina total: 7.2 miligramos. Directa: 4.0 miligramos %. Malaria: negativa. Plaquetas: 18.000. Hemocultivo: resultó contaminado.

La autopsia demostró un hígado y bazo aumentados de tamaño, principalmente el bazo pesando 50 gramos, que equivale a 4 veces más de su peso normal.

El examen del cerebro: demostró una hidrocefalia marcada (Fig. 2) encontrándose únicamente sustancia cerebral reducida a tres o cuatro mms. de espesor con focos blanco-amarillento que correspondían a focos de calcificación y necrosis principalmente a nivel de la base.

El cerebelo protuberancia y bulbo no presentaron macroscópicamente alteraciones.

Cortes del cerebro, cerebelo y médula cervical: fueron hechos encontrándose principalmente a nivel de la sustancia cerebral residual abundante infiltrado linfocitario en todas las meninges y en la sustancia cerebral alrededor de vasos (Fig. 3), con focos de gliosis focal distribuidos en forma irregular. El infiltrado linfocitario, era también evidente cerca de la pared ventricular y del acueducto de Silvio el cual, parecía estar obliterado. Se observaron también microcalcificaciones difusas (Fig. 4), áreas de necrosis con infiltrado de células plasmáticas. En estas áreas y a gran aumento se observaron microorganismos intracelulares (Fig. 5) y una formación quística llena de cuerpos ovalados (Fig. 6) que corresponden a organismos llamados toxoplasma gondii. Las coloraciones con Giemsa no fueron satisfactorias ya que la cantidad de organismos fue bastante escasa.

Cortes del hígado, bazo y corazón, no demostraron otros organismos intracelulares, pero sí a nivel de las áreas portales en el hígado había reacción **inflamatoria** crónica y abundantes leucocitos **eosinófilos**, esta reacción inflamatoria también fue observada en el tejido intersticial pancreático. CASO *W* 2 (A. 262)

L.A.S.R. Recién nacido de sexo femenino, con peso de 2 libras 13 onzas, después de un embarazo de 30 semanas y de un parto gemelar **sin** complicaciones.

Al nacer present un discreto síndrome funcional respiratorio, hepato-esplenomegalia, tinte icterico de piel y mucosas, petequias en los muslos y distensión abdominal.

La niña permaneció en incubadora con mucha dificultad respiratoria y después desarrolló elementos papulomatosos generalizados y falleció después de cuatro semanas, en el hospital.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Grupo sanguíneo: A. Rh Positivo. V.D.R.L.: negativo.

Radiografía de pulmones fue normal, pero el corazón estaba aumentado de tamaño. Al examen del cadáver nos encontramos con una niña prematura que pesaba dos libras con trece onzas con un tinte icterico generalizado, presencia de petequias y zonas equimóticas en cara y miembro inferior izquierdo.

El hígado pesó 74 gramos y el bazo 15 gramos, indicando ligera disminución de peso del hígado y aumento del bazo.

El pulmón presentó un área nodular, firme, hemorrágica, midiendo aproximadamente 3x2 cms. en los lóbulos inferior y superior del pulmón izquierdo.

En la serosa del ciego había petequias diseminadas.

El cerebro pesó 88 gramos. La consistencia era blanda y de aspecto gelatinoso, de color amarillento, se encontraron coágulos extradurales en distendidos conteniendo abundante líquido cefaloraquídeo. El parénquima la región parieto-occipital izquierda. Los **ventrículos** laterales estaban cerebral estaba reducido en espesor.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Cerebro: Los cortes del cerebro demostraron congestión, edema, zonas de necrosis y microcalcificaciones, con abundante infiltrado de leucocitos y linfocitos; en estas áreas encontramos células parasitadas por organismos intracelulares, a veces formando microquistes, estos organismos tenían por su forma ovalada las características de toxoplasma gondii.

Estos mismos organismos de Vocalización intracitoplasmática también fueron observados en fibras musculares del miocardio (Fig. 7) sin reacción quistes y mezclados con abundantes histiocitos y pigmento de hemosi-inflamatoría periférica y en los alveolos pulmonares formando microderina libra y fagocitado.

En cortes del pulmón también encontramos una zona de hemorragia intra alveolar y material fibrinoide que probablemente corresponde a un pequeño infarto.

Había también líquido amniótico en los alveolos.

Cortes del resto de los demás órganos demostraron congestión, hemorragia y autólisis.

COMENTARIO

De acuerdo con la literatura revisada nuestros casos informados reúnen las características clínico-patológicas encontradas en otros casos de toxoplasmosis congénita informados por otros autores.

Vale la pena notar que en el caso N 2 el otro gemelo murió ocho días después del parto pero no se le practicó autopsia, es posible que este niño sufría de la enfermedad ya que la infección fetal se realiza por vía placentaria para así poder transmitirla al feto, es frecuente sin embargo que la mayoría de madres de niños toxoplásmicos no presentan el menor signo de enfermedad.

Nuevamente se hace notar la importancia que tiene la enfermedad en embarazadas por sus secuelas en recién nacidos, sin embargo su diagnóstico no es fácil ya que la forma aguda rara vez se presenta durante el embarazo y cuando se presenta el cuadro clínico no es característico y se confunde con otros procesos febriles como ocurrió en el caso N 1. El diagnóstico exacto sólo puede hacerse demostrando el toxoplasma en frotis de sangre periférica y eso solo muy rara vez puede hacerse. La inoculación en animales también puede practicarse.

Los métodos serológicos que ya hemos analizado anteriormente, sólo pueden tener importancia cuando la titulación de anticuerpos se mantiene alta (1:256) y sobre todo cuando la reacción de Westfhal (desviación del complemento) también se hace positiva.

Actualmente también se usa como medio de diagnóstico inyecciones en animales de los loquios de púerperas, pues se han aislado toxoplasmas en éstos y se ha logrado positividad en los animales.

Las gestaciones posteriores en madres que han sufrido la enfermedad, no necesariamente implican que los fetos serán afectados, esto es importante en relación al pronóstico de estas pacientes.

Desde el punto de vista terapéutico se han usado los preparados sulfamídicos, antibióticos y la pirimetamina (Daraprin) con resultados relativos.

Entre los antibióticos se han usado las tetraciclinas (Ledermicina y Mexocine) en dosis de 50 mgs/kg de peso por 3 semanas. Se hace notar que el Daraprin asociado a las sulfas actúa únicamente sobre las formas proliferativas y no sobre los quistes.

RESUMEN

Se informan los dos primeros casos de toxoplasmosis congénita detectados al estudio post-mortem de dos recién nacidos en el H.G.S.F. y se hace una revisión parcial de la literatura de toxoplasmosis en general.

Se hace notar la necesidad de practicar estudios serológicos en embarazadas como cuidado prenatal, para poder establecer diagnóstico y tratamiento adecuado en estas pacientes con el objeto de evitar sus secuelas en la infancia.

En nuestro país aún no se practica ninguna prueba serológica que oriente al diagnóstico de la enfermedad; ojalá que el informe de estos dos casos estimule a los distintos sectores médicos y laboratorios en el sentido de obtener el material necesario para hacer la prueba serológica de Sabin-Feldman que es la más adecuada, y se recomienda que se use con otra complementaria para mayor validez de los resultados.

Se agradece la colaboración del Dr. Carlos Javier h., quien proporcionó bibliografía esencial para este trabajo.

SUMMARY

This is a report of the first cases of congenital toxoplasmosis, that were found in post-mortem studies of two newborn at the Hospital General San Felipe.

We emphasized importance of the serological studies in pregnant women to detect the disease and the use of the specific medical treatment to prevent the severe brain damage in infants.

At the moment in our country no specific serological tests are performed to diagnose toxoplasmosis, I hope that the report of these two cases will encourage professional and clinical laboratories to obtain the necessary material to perform the classical "Dye Test" of Sabin-Feldman plus, others complementary serological test to obtain better results.

- Fig. 1.—Radiografía lateral de cráneo. Obsérvese en áreas marcadas por las flechas focos de calcificaciones intracerebrales. (Caso NU).
- Fig. 2.—Marcada dilatación de los ventrículos, reduciendo la substancia cerebral a una delgada capa amarillenta. (Caso N 1).
- Fig. 3.—Obsérvese el infiltrado linfocitario perivascular. (A-156) H:E.-10x. (Caso NU).
- Fig. 4.—Focos de microcalcificaciones en áreas de necrosis. H:E.-10x. (Caso N<? 1).
- Fig. 5.;—Organismos intracelulares fagocitados por células mononucleadas en las áreas de necrosis. H:E.-45x. (Caso N¹ 1).
- Fig. 6.—Obsérvese la presencia de una formación quística lleno de cuerpos ovalados que comprenden la *Toxoplasma Gondii*. H:E.-45x. (Caso N? 1).
- Fig. 7.—Organismos dentro de las fibras musculares del miocardio. H:E.-45x. (Caso m 2).



Fig. 1

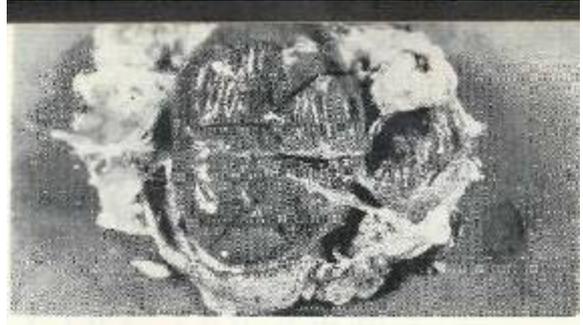


Fig. 2

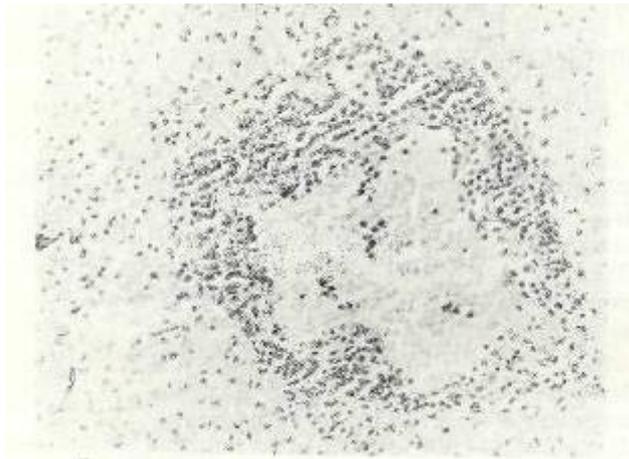


Fig. 3

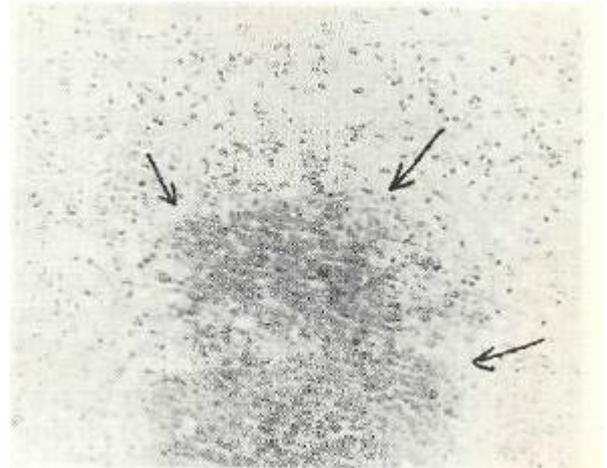


Fig. 4

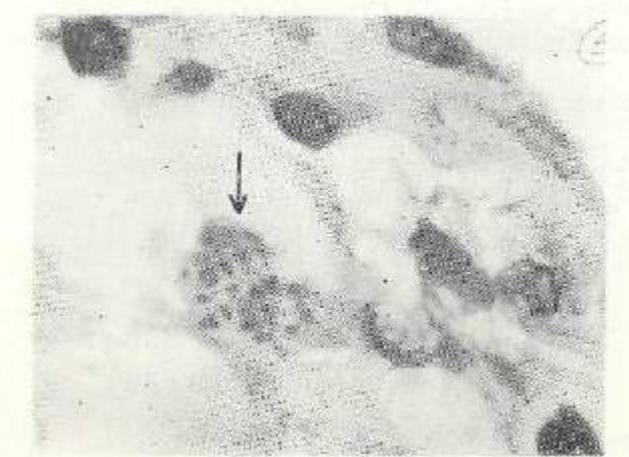


Fig. 5

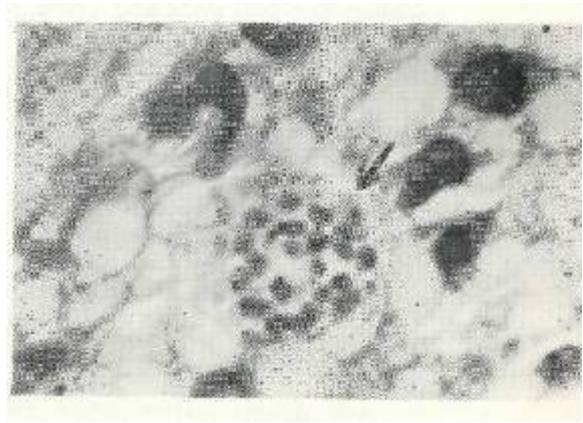


Fig. 6



Fig. 7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—**HOEKENGA MARK, T.:** Toxoplasmosis en Honduras. Revista Médica Hondureña. 23: 1.160-1.165, 1955.
- 2.—**CÉSPEDES, R. y MOREIRA, P.:** Toxoplasmosis. Estudio clínico patológico de los primeros casos reportados en Costa Rica. Rev. Biol. Tropical. 3: 1, 1955.
- 3.—**RESTREPO, C. y TEJADA V., C.:** Toxoplasmosis congénita. Estudio clínico-patológico de los siete primeros casos observados en Guatemala. Revista del Colegio Médico. 14: N° 3, 73-88, 1963.
- 4.—**GIBSON, C. and COLEMAN, N.:** The prevalence of toxoplasma **anti-**bodies in Guatemala and Costa Rica. Ara. J. Trop. Med. 7: 334, 1958.
- 5.—**WOLF, COWEN and PAIGE:** Science. 89: 226, 1939.
- 6.—**F. BONILLA y V. SALVATIERRA y Col.:** Problemas fundamentales en la práctica obstétrica. Editorial Facta, Valencia, Ed. 1957.

LIPOMA ENDOFITICO DEL DUODENO

Dr. Silvio R. Zúñiga *

M. V. B. B., mujer de 52 años, de oficios domésticos y residente en esta capital, ingresó a la 2^a M. de M. del Hospital General de Tegucigalpa el 14 de agosto de 1969.

Síntoma principal: Agotamiento.

E. A.: En julio de este año notó adinamia que interfería con sus ocupaciones cotidianas que fue acentuándose en forma progresiva al grado de no, poder realizar sus trabajos domésticos; su cansancio era tan intenso que se veía obligada a encamarse para luego continuar en sus tareas hasta adquirir una coloración amarillenta, según sus propias labores. Simultáneamente comprobó palidez cutánea que se ha ido acenpalabras. A estas dos manifestaciones se unió la anorexia.

A principios de agosto inició cuadro febril con elevaciones de 0,5 a 1°C, de aparición diurna, cotidiana y que en la noche remitía con abundante diaforesis ocasionada por antitérmicos. La fiebre persistía hasta el momento de su ingreso.

Tres días antes de su hospitalización su cuadro empeoró, siéndole imposible mantenerse erguida pues en esta posición se presentaban vértigos con estado nauseoso.

F. O. G.: Anorexia acentuada. Sueño intranquilo. Orina y sed normales. Defecaciones ocasionalmente negruzcas.

Enfermedades anteriores: Fiebre tifoidea hace 19 años. En octubre de 1968 tuvo un cuadro semejante al actual pero recibió tratamiento a base de inyecciones y de hierro con lo que mejoró.

Ants. G-O.: Menarquía a los 12 años, menstruaciones 30/3; última regla ocurrió hace 4 años. Sólo un embarazo que le dio un hijo que actualmente tiene 22 años.

Revisión de síntomas: Cefalea frontal suave, palpitations intensas en el cuello, disnea al ejercicio ligero.

EXAMEN FÍSICO

Paciente en la 6^a década, con edades coincidentes, lúcida, cooperativa, exageradamente pálida (coloración cérea) y que da la impresión de estar crónicamente enferma.

P. A.: 110/50. **P.:** 100 p. m. **R.:** 24 p. m. **Peso:** 120 libras. **T.:** 38°C

Los datos anormales comprobados durante el examen físico fueron:

Palidez acentuada de piel y mucosas.

Pulsos carotídeos frecuentes e intensos, con soplos sistólicos en ambos lados.

Soplo sistólico grado II en focos aórtico y pulmonar comprobables en posición sentada y que desaparecen en el decúbito.

Al efectuar el tacto rectal el guante sale manchado con heces negruzcas.

* Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General de Tegucigalpa.
Catedrático de Enseñanza Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y
EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

- 15-VIII Heces: Sangre oculta fuertemente positiva.
- 18-VIII Hay nota que dice que se trata de una anemia post-medular y que hay evidencia de sangrado gastrointestinal. Se investigará neoplasia de colon derecho o gástrico y uncinariasis.
- 20-VIII Enema baritado: El bario pasó fácilmente desde el recto hasta el ciego. No hay alteraciones orgánicas en el intestino grueso. Dr. Rivera.
- 22-VIII Tránsito G-D: esófago, estómago y duodeno normales. En la región inicial del yeyuno observamos que el intestino muestra una zona de dilatación con separación de los pliegues de la mucosa, lo que sugiere la existencia de una masa intraluminal. Hay que confirmar este hallazgo mediante un examen del intestino delgado.—Dr. Rivera.
- 26-VIII Tránsito intestinal: En el examen de intestino delgado observamos que este órgano es normal y la columna baritada pasa en tiempo normal desde el estómago al ciego. Con este examen se descarta la presencia de tumor en el intestino delgado.—Dr. Rivera.
- 30-VIII Pulmones: No hay evidencia de patología pleuropulmonar ni cardiovascular.—Dr. Pereira.
- 2-IX G. R.: 3.220.000 mm³. G. B.: 6.000 mm⁸. Hg: 4,8 gm. 7< . Ht: 17 vols. % . N-73% . L-27% . Reticulocitos: 6,4%.
- 3-IX Heces: Sangre oculta positiva.
Hay nota que dice: "Se discutió el caso en correlación clínico base con el Hematólogo. Definitivamente existe un sangrado oculto cuyo origen no se ha podido determinar. Se estudiará con este fin y también para eliminar un probable déficit de absorción".
Rectosigmoidoscopia: Hasta 26 cms. la mucosa es de aspecto y coloración normales. No hay úlceras ni tumoraciones.—Dr. Haddad.
- 5-IX Acidimetría gástrica con estímulo alcohólico: en la primera muestra no hubo acidez libre,, en la segunda hubo 50°, en la tercera 132° y en la cuarta 80°.
- 9-IX G. R.: 3.050.000 mm³. G. B.: 8.850 mm⁸; Hg: 7,8 grn.%. Ht: 29 vols.%. **N-76%**. E-2%. L-20% . M-2% .
- 12-IX Fue vista en clase con un Catedrático de Medicina Interna sin llegar a ningún diagnóstico. Colecistografía: La vesícula es normal.—Dr. Rivera.
- 17-IX T. de Protrombina: 11". Más del **1009?** ■ Plaquetas: 332.000 mm³. Retracción del coágulo: 74%.
- 18-IX Hg: 10,9 gm.%. Ht: 35 vols.% . Reticulocitos: 1,2%. Sangre oculta en heces: Positiva débil.

Tránsito G-D.: En este nuevo examen volvemos a encontrar la presencia de una masa intraluminal de 10x5 cm. que ocupa la región inicial del yeyuno. Creemos que se trata de un tumor del intestino delgado.—Dr. Rivera.

El 21 de octubre, sin que el Medito tratante conociera el resultado de este examen, fue dada de alta la paciente con los diagnósticos de 1) anemia microcítica hipocrómica y 2) parasitismo intestinal. Estuvo interna por 38 días.

Se le trató con inferón 20 a 25 mí. disueltos en 1 litro de suero glucosado al 5% en 4 días seguidos (del 26 al 29-VIII).

Durante los 20 primeros días de su internamiento cursó febrícula que en ocasiones llegó a 38°. En los 18 restantes días su temperatura **fue normal**.

Ya estando exhospitalizada fue vista en Consulta Externa del mismo centro. Un examen de heces resultó débilmente positivo por sangre oculta y un control radiológico de tránsito fue informado así: No se descubre patología orgánica en el esófago, estómago ni duodeno. En el tránsito intestinal observamos que la parte inicial del yeyuno hay un pequeño sector que muestra franca dilatación e irregularidad de la **mucosa**.—Dr. Corrales.

Se me llamó en **interconsulta** por el Dr. Rolando Lara quien había puesto en Consulta Externa la siguiente nota: Hay historia de melena y los exámenes de heces muestran sangre oculta fuertemente positiva; me parece palpar una masa epigástrica de consistencia dura. Seguimos pensando en una neoplasia digestiva.

El día 1º de noviembre fue vista por nosotros y no constatamos la presencia de ninguna tumoración epigástrica. Asentamos la siguiente nota:

"A petición del Dr. R. Lara hemos visto a esta paciente y hacemos las siguientes consideraciones: 1) Existe una anemia microcítica hipocrómica, 2) Probablemente obedece a un sangrado externo, 3) Este sangrado externo lo ubicamos en tubo digestivo alto (melena), 4) Radiológicamente tenemos dato de una tumoración intrínseca del yeyuno inicial. Inferimos de estos datos que hay una tumoración yeyunal intraluminal probablemente pediculada que ha sufrido ulceración, a través de la cual ha habido sangrado crónico que ha **conducido** a la mencionada anemia. En lo referente a la etiología de la tumoración pensamos que es de origen mesenquimatoso y, entre ellas, creemos se trata de un leiomioma. Para asentar una segunda posibilidad mencionamos un lipoma ulcerado de igual localización. Aceptamos la responsabilidad del caso y creemos que el siguiente paso obligatorio tiene que ser la exploración quirúrgica."

Fue nuevamente internada, esta vez en un Servicio Quirúrgico, donde se hicieron nuevas evaluaciones laboratoriales, electrocardiograma y **transfusión** de sangre. Fue **laparotomizada** el 5 de noviembre de 1969.

"1.—Se penetró en cavidad peritoneal por incisión paramedia izquierda supraumbilical trans-rectal y de una longitud de 15 cm,

2.—Al dirigirnos a la primera asa yeyunal constatamos la presencia de una tumoración intraluminal de 4x5 cm. y de eje mayor longitudinal (Fig. 1). Su consistencia era blanduza y con ciertas irregularidades en su superficie que podrían ser **lobulaciones**. Su movilidad dentro del yeyuno era franca y nos alegramos comprobar que estaba independiente del ángulo duodeno-yeyunal, ya que su polo **próxima!** distaba como 3 cm, del mismo, condición que consideramos propicia para su extirpación, si

es que nos decidíamos por una resección intestinal. Sin embargo, la palpación cuidadosa de este polo superior demostró la existencia de un pedículo que penetraba en la 4[^] porción del duodeno. Esto nos demostró que la tumoración era pediculada y, por tanto, no originada en yeyuno sino, más bien, en la 4[^] porción mencionada. A disgusto nos decidimos a liberar el ángulo duodeno-yeyunal para poder trabajar más libremente en el duodeno y, **mientras** iniciábamos esta liberación, sorpresivamente notamos que el tumor había desaparecido del yeyuno. Lo buscamos manualmente en la 4[^]- porción del duodeno y no lo encontramos; igual hicimos en la 3[^] y en la porción inframesacólica de la 2[^] y tampoco lo descubrimos. Por ello tuvimos la sospecha que procedía de más arriba y pasamos a buscarlo en la porción supramesacólica del duodeno.

3.—Sobre la cara anterior de la 1[^] porción del duodeno constatamos una infundibulización que la palpación demostró corresponder al punto de implantación de un pedículo de 2 cm. de longitud y a continuación de él encontramos la tumoración que anteriormente estaba ubicada en yeyuno (Fig. 2). Al empujar hacia arriba la tumoración el infundíbulo desaparecía; al fraccionarlo hacia abajo reaparecía la depresión. De ello inferimos que la tumoración pediculada traccionaba la porción libre del duodeno y progresivamente invaginaba el duodeno y el extremo distal del estómago, hasta lograr que la tumoración avanzara hasta la primera porción del yeyuno, de donde no pasaba porque la fijeza del resto del duodeno lo impedía. Al invaginarse la curvatura normal del duodeno era parcialmente rectificada.

4.—Tomando en cuenta que, según estadísticas, toda tumoración de la 1^{*} porción del duodeno es benigna, nos decidimos a practicar una duodenotomía siguiendo el eje mayor del mismo, inmediatamente por delante del punto de implantación del pedículo. Logramos exteriorizar la tumoración (Fig. 3) y rectificamos los caracteres que habíamos comprobado por la palpación a través del yeyuno. Se notó la presencia de ulceraciones en número de tres, una de ellas de mayor dimensión, pero que aparentemente sólo se extendían en superficie, sin penetrar profundamente en la tumoración.

5.—Resecamos la tumoración extrayendo un huso de la pared duodenal correspondiente a la implantación del pedículo.

6.—Hicimos duodenorrafia transversal para no disminuir calibre intestinal y la efectuamos en dos capas (Fig. 4). No se comprobó ninguna otra anomalía."

La paciente tuvo un postoperatorio normal y en el 10^o día postoperatorio fue dada de alta para continuar su control en Consulta Externa.

El informe **anatomopatológico** fue: lipoma con reacción adenomatosa.

COMENTARIO

Los tumores benignos del intestino delgado son raros. Raiford (1) descubrió 88 casos entre 56.500 sujetos en el Johns Hopkins (0,15% de incidencia).

Si queremos obtener la localización y su tipo histológico, podemos recurrir a los 1.399 casos colectados por River y Asoc. (2). En esta

serie la distribución de los tumores benignos por segmentos del intestino delgado fue la siguiente:

Ileum	597
Yeyuno	275
Duodeno	198
Unión ileocecal	17
Múltiples localizaciones	119
Sin especificación	193

Esto da al duodeno un 14,1% de incidencia entre los tumores benignos de todo el intestino delgado.

El tipo histológico de los 198 tumores benignos del duodeno se distribuyó en la siguiente forma:

Adenomas	92
Lipomas	35
Miomas	32
Fibromiomas	13
Hemangiomas	8
Fibromas	6
Otros	12

Tiene que concluirse que en esta serie los lipomas ocupan el segundo lugar en frecuencia con un 17,6%.

Los lipomas de intestino delgado pueden ser múltiples o solitarios. A veces son muy grandes pero su crecimiento es lento en la mayoría de los casos. En el 85% de los casos son intraluminales (3). Ordinariamente la mucosa se presenta intacta y el tumor tiene tendencia a pediculizarse; a veces el pedículo se rompe y el tumor es defecado o se detiene en algún punto de su trayecto, en el cual produce obstrucción mecánica. Usualmente arranca del tejido areolar de la submucosa o de la subserosa.

Por la rareza de su ocurrencia, los síntomas iniciales de los tumores meramente funcionales. Los tumores benignos del duodeno suelen manifestarse por sangrado externo o por obstrucción mecánica intermitente, parcial o completa. Muchos son asintomáticos e incidentalmente se descubren. Según Machella (3) el Médico debe estar "consciente del intestino delgado" cuando se confronte con una anemia inexplicable y con reacciones positivas de sangre oculta en heces. Cuando el tumor es un lipoma y ocurre en el duodeno, puede ocasionar un síndrome que recuerda al que produce una úlcera péptica de esta localización y aún pueden presentarse hemorragias masivas que asemejan a las que complican a ésta. Por condiciones anatómicas, la invaginación no se informa en los lipomas duodenales y, por el contrario, es muy frecuente en los lipomas de otras localizaciones en intestino delgado.

El diagnóstico de tumoración duodenal puede ser efectuado por medio del tránsito duodenal de la papilla baritada pero sin profundizar su tipo histológico ni el carácter de benigno o maligno. El cirujano puede inclinarse al diagnóstico de lipoma por su tendencia a pediculizarse, por la consistencia suave de la tumoración y por el color amarillento de la grasa. Sin embargo, sobre el estudio microscópico dará el diagnóstico final.

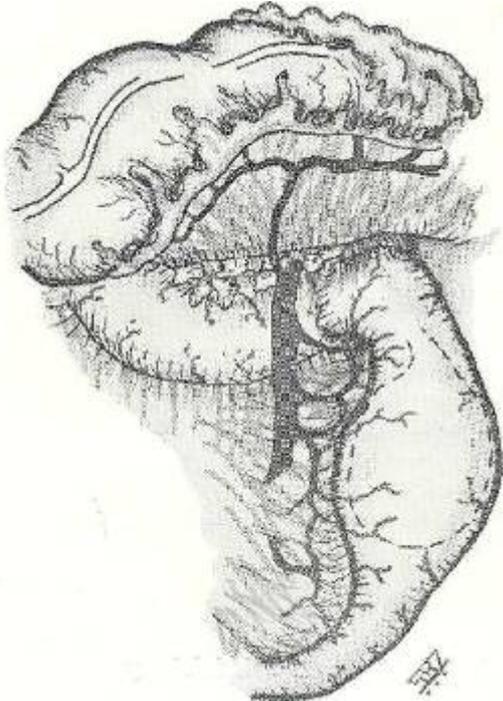


Fig. 1.—Asa yeyunal con tumor intraluminal de 4x5 cms.

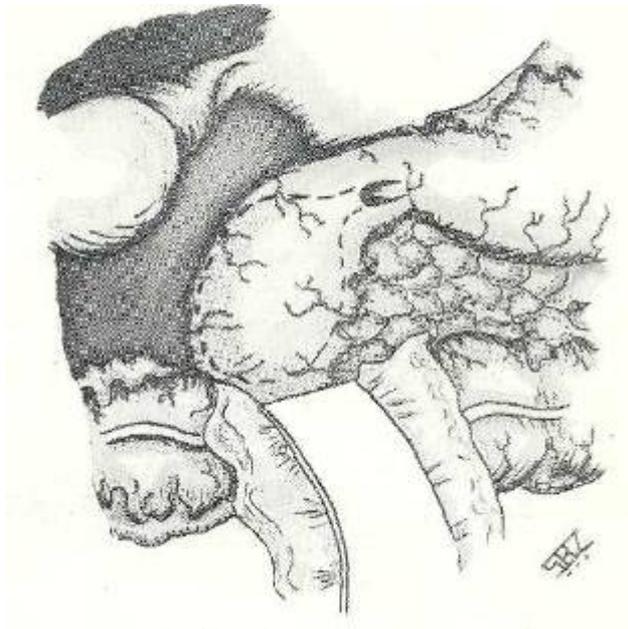
Fig. 2.—Pedículo tumoral implantado en la primera porción del duodeno

Fig. 3.—Exteriorización quirúrgica del tumor. Fig.

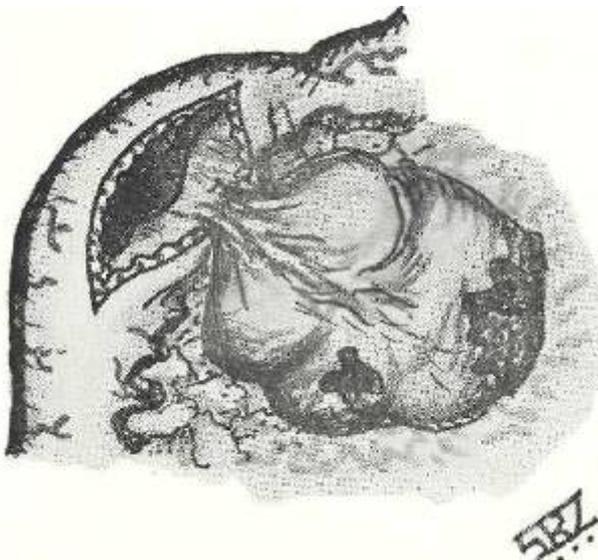
4.—Duodenorrafia transversal en dos capas.



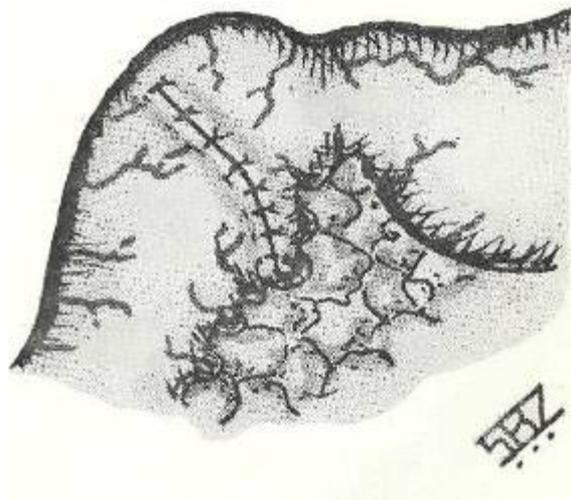
!o* 1



F1G.2 ■



Fia 3



F1G. 4

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—RAIFORD, T. S.: Tumors of the small intestine. *Ach. Surg.* 25: 122, 1932.
- 2.—RIVER, L.; SILVERSTEIN, J. y TOPE, J. W.: Benign neoplasma of the small intestine; a critical comprehensive review with reports of 20 new cases, *Internat. Abstr. Surg.* 102: 1, 1956.
- 3.—MACHELLA, T. E.: Tumors of the small intestine. *Bockus Gastroenterology*. Tomo II: 177. W. B. Saunders Company. Filadelfia y Londres, 1964.

Sección Informativa

REGLAMENTO DE SERVICIO MEDICO SOCIAL, APROBADO POR EL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS, JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Artículo 1.—Queda establecido el Servicio Médico Social creado según acuerdo del Poder Ejecutivo con carácter obligatorio por el término de un año, como requisito indispensable para la graduación profesional e incorporación a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Artículo 2.—Estarán sujetos a la prestación del Servicio Médico Social previa colegiación profesional obligatoria, los siguientes:

- a) Los egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, inmediatamente después de haber completado su internado hospitalario, exámenes privados de doctoramiento y presentación y defensa de su trabajo de tesis, salvo lo previsto en los reglamentos de graduación y tesis.
- b) Los médicos hondureños graduados en universidades extranjeras, previa la presentación del título original de graduación debidamente autenticado y llenados los otros requisitos de incorporación establecidos por la Facultad de Ciencias Médicas.
- c) Les médicos de nacionalidad centroamericana, una vez aprobados los **requisitos** de incorporación exigidos por la Facultad de Ciencias Médicas.
- d) Los médicos de nacionalidad extranjera que hayan cumplido con lo establecido en el artículo 9 Decreto Legislativo número 87 del 3 de julio de 1963 y que llenen los requisitos de incorporación exigidos por la Facultad de Ciencias Médicas o que hayan aprobado el examen de evaluación exigido por ésta. Se exceptúan los profesores contratados que presten funciones docentes con dedicación exclusiva, conforme lo establecido por la Facultad de Ciencias Médicas.

OBJETIVOS

Artículo 3.—El Servicio Médico Social tendrá por objeto:

- a) Poner en contacto a los egresados con la situación de salud y los problemas económicos, sociales y culturales del país que influyen en esa situación, especialmente de las zonas rurales.
- b) Estimular al profesional médico para su participación activa en los problemas comunitarios, convirtiendo en agente de cambio social con énfasis en los aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud.
- c) Aplicar los métodos más adecuados a su alcance para la solución de los problemas de Salud Pública.

ORGANIZACIÓN

Artículo 4.—El Servicio Médico Social dependerá de un Comité Ejecutivo que representará a la Facultad de Ciencias Médicas, al Ministerio de Salud Pública y al Colegio Médico de Honduras. En el futuro podrá tener participación a título de asesoría, cualquier otro organismo técnico, siempre que sea aprobado por las partes.

Artículo 5.—El Comité Ejecutivo estará integrado por:

- a) El Ministro de Salud Pública o su representante legalmente acreditado;
- b) El Decano de la Facultad de Ciencias Médicas o su representante legalmente acreditado;
- c) El Presidente, el Colegio Médico de Honduras o su representante legalmente acreditado.

El Comité Ejecutivo elegirá entre sus miembros, un Presidente y un Secretario y se reunirá en sesiones ordinarias cada mes y extraordinarias por propia iniciativa.

Cada uno de los integrantes del Comité tendrá un suplente debidamente acreditado.

Artículo 6.—Son atribuciones del Comité Ejecutivo:

- a) Establecer en lo posible un sistema de supervisión regular que permita la orientación de los médicos, adiestramiento en servicio y evaluación de sus actividades.
- b) Estudiar los informes mensuales enviados por los médicos en Servicio Social, para evaluar e investigar las experiencias adquiridas que servirán de base a reformas posteriores en el entrenamiento de futuros candidatos.
- c) Dictar las medidas para que los pasantes en Servicio Social participen en los programas de Educación Continuada, mediante la organización de mesas redondas, seminarios, difusión de literatura médica seleccionada, y en las que participarán personal de la Facultad, Ministerio y Colegio Médico.
- d) Distribuir anualmente las plazas de Servicio Médico Social conforme al siguiente procedimiento:
 1. El Ministerio de Salud Pública suministrará al Comité, a más tardar el 15 de febrero, de cada año la lista de plazas disponibles para Servicio Social, tanto en su dependencia de Salud Pública como en la de Asistencia Médico Social. Y mensualmente, (remitirá al Comité las plazas que vayan quedando vacantes.
 2. La Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas suministrará igualmente la lista de candidatos a Servicio Médico Social, con el curriculum respectivo, a más tardar el día 28 de febrero de cada año.
 3. La distribución de las plazas se hará por sorteo, en el cual participarán todos los alumnos egresados, y todas las plazas disponibles en cada momento.
 4. En el caso de un médico especialista provisionalmente reconocido como tal por el Colegio Médico de Honduras, podrá ser asignado a centros asistenciales en comunidades urbanas donde no exista ningún otro médico especialista en ese campo.
 5. Los médicos graduados en universidades extranjeras presentarán a la Facultad de Ciencias Médicas toda la documentación que exige el reglamento de incorporaciones de la UNAH; una vez aprobada la solicitud por la Facultad, la Secretaría le entregará una notificación al Colegio Médico de Honduras, donde el interesado deberá iniciar los trámites para colegiarse provisionalmente, de acuerdo a las normas establecidas por la entidad gremial mencionada.El Comité Ejecutivo sólo podrá tramitar las solicitudes que vengán acompañadas de notificaciones de la Facultad y el Colegio, y previa entrevista con el candidato, procederá a designar el lugar donde

éste prestará su servicio conforme al artículo 3. A fin de que el médico conozca las normas de trabajo y algunas características nacionales del ejercicio profesional, será remitido al Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad, para adiestramiento por 2 semanas.

- e) Informar anualmente a las tres entidades del movimiento habido en el Servicio Social.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 7.—Los deberes, derechos o normas de trabajo de los médicos que presten el Servicio Médico Social, serán reulados conforme a los reglamentos de la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Asistencia Médico Social y a la ley orgánica y reglamentos del Colegio Médico de Honduras.

Artículo 8.—En caso de no haber plazas remuneradas en el Ministerio de Salud Pública, el médico deberá ir a una localidad rural a su elección, donde podrá ejercer privadamente su profesión. Al producirse una vacante remunerada que carezca de servicios médicos, podrá optar al sorteo respectivo para continuar su servicio.

Artículo 9.—Al completar 12 meses de servicio, y previa constancia del Ministerio de Salud Pública al respecto, los pasantes deberán rendir un informe final al Comité Ejecutivo con original y dos copias que contenga el detalle de sus experiencias, así como conclusiones y recomendaciones. Una vez aprobado este informe por la Facultad, los egresados recibirán su título profesional en una ceremonia especial. Los egresados de universidades extranjeras podrán proceder al resto de los trámites de incorporación e inmediatamente después a su colegiación definitiva.

Artículo 10.—Todo pasante en el Servicio Social está obligado a permanecer en su cargo hasta que llegue su sustituto, requisito sin el cual no podrá abandonar su puesto aún cuando haya cumplido los 12 meses reglamentarios. El plazo de espera en ningún caso será mayor de un mes.

Artículo 11.—Todo lo no previsto en este Reglamento será resuelto por el Comité Ejecutivo.

Artículo 12.—El presente reglamento entrará en vigor el día de su aprobación.

Tegucigalpa, D. C, noviembre 1° de 1969.

**REGLAMENTO DE INTERNADO OBLIGATORIO
PARA LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA
QUE REALIZAN SUS ESTUDIOS EN ESCUELAS EXTRANJERAS
ELABORADO POR EL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Y APROBADO POR EL SEÑOR DECANO
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Artículo 1.—Los estudiantes de Medicina, hondureños o extranjeras, que realizan sus estudios en el exterior y deseen hacer en el territorio de la República de Honduras el Internado Obligatorio que sus escuelas exigen, se someterán a los siguientes requisitos: a) Lo solicitarán a la Junta Directiva de la Escuela de Ciencias Médicas, presentando los documentos que acrediten haber cursado y aprobado los cursos clínicos.

b) Realizarán su práctica en el hospital docente que designe la Facultad de Ciencias Médicas al resolverse favorablemente su solicitud.

Artículo 2.—Se considerará hospital docente aquel que reúna las condiciones mínimas previamente establecidas por una comisión tripartita integrada por representantes de la Facultad de Ciencias Médicas, el Colegio Médico de Honduras y la Dirección General de Asistencia Médico-Social.

Artículo 3.—El internado será de tipo rotatorio y estará sujeto al mismo sistema que rige el año de internado obligatorio del Plan de Estudios vigente en la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras, incluyendo el sistema de evaluación en cada Departamento y el examen privado de cada una de las clínicas.

Artículo 4.—Cuando la práctica se ejerza en hospitales que no sean el Universitario, la evaluación departamental será efectuada por el Profesor de aquel centro designado por la Facultad de Ciencias Médicas y, en todo caso, el examen privado de cada una de las clínicas se llevará a cabo en el Hospital Universitario ante tribunales examinadores que tenga integrados la Facultad y en las fechas que ésta fije.

Artículo 5.—Al finalizar el año de internado, la Facultad de Ciencias Médicas extenderá un certificado en que se haga constar que el estudiante ha cumplido con su práctica, con la evaluación y calificación obtenida en cada uno de los Departamentos Clínicos. Esta certificación irá avalada por las firmas del Director del hospital docente, del Decano y del Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas.

Artículo 6.—Los estudiantes podrán gozar de remuneración de acuerdo con las facilidades presupuestarias de cada institución hospitalaria.

Artículo 7.—Los estudiantes en referencia estarán sujetos a todas las reglamentaciones que rigen a los estudiantes ya matriculados en el último año de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras.

RECOMENDACIONES

Que para cumplir a cabalidad con lo dispuesto en el artículo 4° del anterior Reglamento, la Facultad de Ciencias Médicas deberá nombrar Profesores Adjuntos en cada uno de los hospitales que se reconozcan como docentes.

PROYECTO DEL AUXILIO MUTUO PARA EL SEGURO MEDICO OBLIGATORIO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

CAPITULO I

BASES LEGALES Y FINES

Artículo 1^o—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 42, inciso f) de la Ley Orgánica del mismo, aprobada según Decreto N^o 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 3⁹—El patrimonio principal del Fondo de Auxilio Mutuo consistirá en la cuota obligatoria de veinticinco (L 25.00) mensuales destinada única y exclusivamente a los fines enunciados en este Reglamento.

Artículo 4⁹—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 seguros;
- 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 III MANEJO DE FONDOS

Artículo 5^o—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 6⁹—Los cheques y órdenes de pago expedidos por este Fondo irán firmados por el Presidente, el Secretario y el Tesorero del Colegio.

Artículo 7¹—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 (3) veces al año.

Artículo 8⁹—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 9¹—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 del 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 de 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.—En 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 acuerdo del setenta y cinco por ciento (75%) del total de afiliados al 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 período 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 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 los beneficios a que tuvieren 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 adeuda 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, estos, 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 reembolsado 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 obtendrán a partir del día 1^o de marzo de 1965.

C I R C U L A R

24 de noviembre de 1969.

Dr. Raúl Durón Martínez
Clínicas del Centro Médico Hondureño.
Tegucigalpa, D. C.
Estimado colega:

Se me ha comisionado hacer del conocimiento de todos los colegiados que el Colegio Médico de Honduras se abstendrá de nombrar Delegación Oficial ante el XIII Congreso Médico Centroamericano en virtud de haberse comprobado por parte del Comité Organizador del mismo las siguientes irregularidades:

1) Se ha despojado a Honduras del derecho de pronunciar el discurso inaugural en nombre de las distintas delegaciones, protocolo que se ha venido observando en los cuatro últimos congresos obediente al acuerdo centroamericano de que el país sede anterior goza de dicho privilegio. Se ha argüido como pretexto el que "cuando se tomó la decisión de la organización formal, el problema internacional estaba en su parte más álgida y el Comité Organizador consideró prudente designar a un miembro de Costa Rica para que dijera el discurso inaugural". El Colegio considera ese razonamiento deleznable ya que:

a) La crisis álgida fue temporal y prueba de ello es que con fecha 4 de septiembre de 1969 el Colegio envió la cuota asignada a Honduras (L 1.000,00) como testimonio de que se cumplía dicha obligación porque se había llegado a una condición de vida normal.

b) A pesar de correspondencia frecuente con el Secretario General de dicho Comité él nunca hizo mención de la determinación en referencia y, sólo cuando se vio forzado ante nuestra interrogante y a escasos días de la celebración del Congreso, se ha comunicado oficialmente tal cambio.

c) Se ha prejuiciado el mal uso que Honduras podría hacer en su calidad de portavoz, no de Honduras, sino de los distintos países centroamericanos en nombre de quienes tendría que hablar.

2) El Gobierno de Honduras no ha recibido invitación para participar en tal evento, protocolo que en todos los congresos habidos anteriormente se había cumplido.

3) En las Mesas Redondas que tiene establecido el Congreso Quirúrgico Centroamericano, como parte del Congreso General, las presidencias han sido concedidas a otros países del istmo, con exclusión de Honduras.

4) El Colegio Médico de Honduras ha brindado la colaboración que en repetidas ocasiones le ha solicitado la Secretaría General para la organización y propaganda del ya tantas veces mencionado Congreso.

En vista de la ruptura del protocolo y de la falta de cortesía demostrada, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, no nombrará Delegación Oficial entendiéndose que esta circular no implica, una prohibición a los colegiados para que se hagan presentes en tal cónclave.

Al cumplir la comunicación anterior, quedo de usted como su seguro servidor,

Por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras,

Dr. Silvio R. Zúñiga
Secretario.

C I R C U L A R

Diciembre 5 de 1969.

Dr. Raúl Durón Martínez Clínicas del Centro Médico
Hondureño. Tegucigalpa, D. C. Estimado colega:

La institución a que pertenecemos se ha visto sujeta a duras pruebas durante el presente año y la Junta Directiva ha actuado consecuentemente con los intereses de la República y la naturaleza de las circunstancias. A las pruebas que todos conocemos se suma ahora otra más, pero de menor importancia por su distinta naturaleza, la de practicar la tolerancia hacia quienes se atribuyen el derecho de atacar con falacias en nombre de una opinión pública a la que informan más de acuerdo con sus reacciones temperamentales que ajustándose a la realidad de los hechos.

Como se pretende responsabilizar al Colegio Médico de Honduras por la falta de médicos en las comunidades del Sur de los departamentos de Lempira e Intibucá, permítame aclararle que:

1°—El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el único que tiene atribuciones para nombrar médicos en ese ramo de la administración pública y nunca este Colegio ha sido consultado para el ejercicio de esta atribución, la que no discutimos.

2°—Fuera de una emergencia nacional, el derecho a fijar su domicilio se lo concede la Constitución de la República a todo ciudadano y la Junta Directiva de este Colegio no puede abolirlo para los afiliados, en aras de resolver un problema que no es exclusivo de las comunidades antes mencionadas, pero que no por eso deja de exigir una atención inmediata.

3°—Desde que el problema fue agudizado por la guerra recién pasada nos ha preocupado la integración de estas comunidades a la vida nacional y, en tal sentido, estamos participando en la constitución de unas brigadas universitarias que atenderán no solamente el aspecto de la atención médica sino también otros de tanta o mayor importancia. Por razones académicas los integrantes no pueden viajar allá antes del 1 de enero de 1970 y con carácter urgente, antes de las llamadas al orden de ciertos locutores, se ha colaborado en la búsqueda de médicos que viajen inmediatamente allá bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

4°—Nuestra conducta no ha dejado de ser la de ciudadanos conscientes de los problemas sociales de nuestro pueblo sin que hasta el momento se nos pueda acusar de oportunismo político en el cumplimiento de nuestros deberes. De ningún médico hondureño se puede decir que el cumplimiento del deber ANTES, DURANTE Y DESPUÉS de la guerra de julio, le ha servido para forjarse un pedestal en el pobre y desprestigiado liderazgo de nuestra política nacional.

Reciba las presentes explicaciones como un mensaje de la buena voluntad de trabajo que nos anima y como demostración de que no le hemos vuelto la espalda a los problemas de nuestro pueblo.

Afectísimo.

Por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras,

Dr. Ramón Custodio L.
Presidente.

COLEGIADOS POR ORDEN ALFABÉTICO

— A —

Aguilar A., José Trinidad
 Argueta Ariza, Ernesto
 Ayala Avila, Saul
 Aguilar Antúnez, Ifiginaldo
 Aguiluz Berlioz, Osear
 Aguilar Barrientos, Gabriel Rafael
 Amaya Bográn, Antonio Ramón
 Alcerro Castro, Mario
 Arriaga Chinchilla, Carlos Arturo
 Azcona del Hoyo, Fernando F.
 Andonie Fernández, Juan A.
 Acosta Guifarro, Isidoro
 Abadie García, César Augusto
 Abraham Galo, David
 Abud Handal, César Roberto
 Arriaga Iraheta, Edgardo
 Almendares Irias, Juan Bautista
 Alvarado Lozano, Rigoberto
 Alvarado Lozano, Carlos Alberto
 Ayestas López, Claudio Leonardo
 Ayestas López, Santos Darío
 Ayestas López, Juan Francisco
 Ayestas López, Guillermo
 Alonzo Medina, Edgardo
 Ayes Mejía, Gustavo Adolfo
 Alvarpns^ M-iradiap-a (W» R
 Alvarenga Maradiaga, Osear R.
 Andino Matamoros, Armando
 Agurcia Membreno Carlos
 A varado Medina, Leonardo
 Alcerro Oliva, José >apoleon
 Aguí ar Paz, Enrique
 Aguilera Ponce, Rolando Alonso
 Alemán Qumonez, Armando
 Alvarado Ramírez, Enrique Ernesto
 Alcerro, Ramón
 Aguilera Romero, Rolando
 Alvarez Santos, Manuel Efraim
 Alvarado Salgado, Francisco R.
 Abularach Sabat, Francisco
 Atuán Simón, José
 Alvarado Sagastume, Rómulo
 Andrade Teieda, Rolando
 Agüero, Vega. René
 Alvarado Lozano, Hugo
 Aguilar y Agnilar, Rafael Antonio
 Argueta Aguilar, Angel Ernesto

— B —

Bertrand Anduray, Tulio
 Bueso Arias, Juan Angel
 Bueso Arias, Luis
 Bermúdez Bográn, Roberto
 Bulnes B., Martín A.
 Barahona C, J. Rodrigo
 Barahona Coello, Adán
 Bustamante C, Maria Cristina
 Bonilla Contreras, Adán
 Bueso Castillo, José Antonio
 Bueso Cáceres, Arturo

Bennaton G., Carlos Alfonso
 Benavides G., Juan Pablo
 Bográn Idiáquez, Marco Antonio
 Bobadilla, J. Antonio
 Bueso, Julio Cesar
 Beaumont L., Austin Augustus
 Bustamante, Luis Alonso
 Bendaña Meza, Sergio
 Banegas Montes, Virgilio
 Bendaña Meza, Guillermo
 Bermúdez Milla, José Antonio
 Bendaña Medal, Renato
 Breve Martínez, Koberto
 Bendaña Medal, Luis Tirso
 Bendaña Meza, Arturo
 Baltodano Mejía, Federico
 Bendaña Meza, Rene
 Bados Mendoza, Leonel Armando
 Boesh Matute, Raúl Fernando
 Bendeck Nimer, Alberto C.
 Bustillo Oliva, Guillermo
 Bueso César
 Bueso [^] ⁱⁿ ^e ^{ar} ^{Ar} TM ⁱ [<] [>]
 g^{ues0} **Botófffiwa**, Jubo Cesar
 Bueso Rodríguez Fernando
 5"i^a M 2" SufSTM A"
 Baro^lesR., Emilia
 Berlioz Simón, Sady Edgardo
 Bendaña Ulloa, Carlos Alberto
 Borjas v Brn[^]sto A,
 Barrientos Ventura, Osear Adolfo
 Barfrientos Valle, Juan
 Bo2a Zer[^] Adán
 Burgos, Marco Tulio f
 Bueso Góme2f Manuel
 Barahona, Edmundo Alejandro
 Barahona Garay, Luis Alonso

— ^ —
 < - (. » . < ■ * - T ^
 fassis Assif, Lincoln Geo
 Castro Alemán, Lombardo
 fruz Alvarado, ^{Ca}TM?
 Rastillo Antunez, Mario
 Cardona Bonilla, Juan
 Coustm B., Luis Alejandro
 Cuevas B., José Pablo
 Cardona Chinchilla, Herlindo
 Cuestas Chinchilla, Luis Antonio
 Cortés de Villeda, Martha
 Cardona de Herrera, Hena Haydeé
 Carias Donaide, Gustavo
 Caminos Díaz, Carlos
 Castellón, Esteban
 Carranza Díaz, Marco Tulio
 Claros Fortín, Honorio
 Cervantes Gallo, Rene
 Castillo Handal, Selim
 Cáliz Hernández, Roberto
 Custodio López, Ramón
 Cardona López, Virgilio
 Cuéllar Martínez, Raúl
 Castillo Moneada, Armando

Caballero Mejía, Lucas
 Casco Mazier, José Harold
 Castillo Molina, Úanilo
 Corea Molina, Jorge A.
 Cruz Moreno, Enemecio
 Castejón, Mario Germán
 Canahuatí Mitri, Jamal Emilio
 Coello Núñez, Ramiro
 Carias Oviedo, Rolando
 Coello Avila, Humberto
 Castillo Ochoa, José de Jesús
 Cortés Padilla, Luis Arturo
 Corrales Padilla, Hernán
 Cortés Padilla, Cortielio
 Cambar Ramos, Pablo José
 Castro Reyes, José
 Calderón R., Manuel Antonio
 Cuevas Recinos, Juan Ramón
 Cerna Salgado Félix
 Cardona Santos, Gabino
 Castellanos S, Plutarco
 Canahuatí, Shibli M.
 Cáliz Solís, Ubence
 Cruz Torres, Gustavo
 Cárcamo T, Tito Humberto
 Cárcamo Tercero, Prisciliano
 Caballero R., Armando
 Corrales Padilla, Cornelio
 Castillo Barahona, Manuel
 Carranza Velásquez, Rene
 Collart Valle, Juan Ramón
 Cáceres Viiiil, Manuel
 Canales Zúñiga, Zulema
 Callejas Zelaya, Luis
 Cerrato Zelaya, Círo Randolpho
 Castillo Zúñiga, Randolpho
 Carrasco Flores, Manuel
 Cueva Villamil, J. Adán

— /IIT —

Chávez Irías, Pedro Emilio
 Chávez Quán, Manuel Armando
 Chavarría R., Santiago Ramón
 Chavarría Suazo, Gilberto
 Chirinos Velásquez, Raúl
 Chirinos Velásquez, Manfredo

— iy —

Díaz Bonilla, José Manuel
 Delgado, Carlos Antonio
 Del Cid Lówz, Juan Rafael
 DoAvning Chavarría, Alberto
 Díaz de Murillo, María Elena
 Duarte de Lafitte. Olga
 Dubón Doblado, José Francisco
 Dos Guillen, Francisco
 Dickerm."n. Kraunick, Saúl
 Durón García, Jorge Arturo
 Dávila, Joeé Manuel
 De León Paz, Carlos
 Díaz Lobo, Alonso
 Durón Martínez, Raúl
 Díaz Montoya, Rafael
 Díaz Maestre, Luis

Dubón Martínez, Rodolfo
 Duarte M. de Núñez, Flora C.
 Delgado Pineda, Juan
 Durón Rivera, José Ramón
 Domínguez R., José Refugio
 Díaz Santos, Pablo
 Díaz Salinas, Rene
 Delgado y Aguirre, Ricardo
 Delgado Zepeda, Armando Nicolás
 Díaz Zelaya, Juan de Dios

p
**

Eibuschitz, Roberto
 Elvir Aceituno, Carlos
 Erazo Caballero, Servio Tulio
 Enamorado Castro, Edgardo
 Estrada Domínguez, Anarda
 Estrada Duarte, Rafael
 El «^f Girón, Luis
 Escorcía H., Rafael de Jesús
 Echeverría, Justo Manuel
 Escoto Manzano, Ezequiel
 Echeverría, Manuel de Jesús
 Espmoza Mourra, Dagoberto
 Echevern, Victoriano

— JI —

Fiallos Aguirre, Modesto
 Fajardo Cabrera, Hernán Danilo
 Flores Fiallos, Raúl
 Flores Flores, José Rene
 Flores Fonseca, Ernesto Narciso
 Flores Fiallos, Armando
 Figueroa Girón, Virginia
 Fernández h., Eduardo
 Fajardo h., Jerónimo
 Férrez Illa, Marcio César
 Ferguson Luna, Arturo
 Fiallos Montero, Denis
 Fiallos, Juan Miguel f
 Fortín Midence, Benjamín
 Fiallos Medina, Pedro Orlando
 Ferrufino O., Ramón
 Florentino P-, Guillermo
 Faraj Rischmawy, Elias Alejandro
 Figueroa Rodezno, Ramiro
 Figueroa Sarmiento, José Pablo
 F^{isucero*} Rodol^{fo}, í
 Ellnez Jorres, Julio Cesar
 J "« Y/^f3, HTM
 Piallos Salgado, Julián Federico

— G —

Godoy Arteaga, Carlos
 Gúnera Aguilar, Napoleón
 González Ardón, Osear
 Girón Aguilar, Arístides
 Gómez Alvarado, Vicente
 Guillen A., Jorge A.
 García Becerra, Guil'ermo
 Guzmán Banegas, Alberto
 Guggel C, José Eduardo

González Colindres, Jorge Anibal
 Galeano de Turcics, Betty Najual
 García, Donald L.
 García Erazo, Tomás
 González **Plores**, Atilo f
 García G., Jacinto Radegundo
 García Guevara, José de la Cruz
 Gómez Hernández, Nery
 González H., Carlos Humberto
 Gutiérrez López, Rodrigo
 Girón Mena, Edgardo
 Gómez-Márquez G., José
 (Jarcia Martínez, Jorge Alberto
 Gomes Núñez, Concepción
 González O., Julio Augusto
 Gómez Padilla, César Augusto
 Guillen Pinel, Humberto
 Galo Puerto, Ramón
 Galeano Ramírez, José Hernán
 González Rosa, Virgilio
 Gómez Róbelo, Roberto
 Gálvez Róbelo, Carlos M.
 Gómez Rivera, Daniel
 Girón Rodríguez, Miguel A.
 Godoy Sandoval, José Leonardo
 Gutiérrez Villafranca, Roberto

— JJ —

Herrera Arrivillaga, Víctor
 Hernández Canales, **Miguel** Ángel
 Hernández Cañadas, Vicente
 Herrera Cruz, Santiago
 Herrera Cruz, Osear Leonel
 Henríquez García, Ronaldo
Hilsacfl H. Fernando
 Handal **Handal**, Alberto Elias
 Henriouez Izaguirre, César
 Hiza Kury, Salvador
 Hernández Linares, Wilfredo
 Hernández Meléndez, Pablo
 Haddad Quiñónez, Jaime
 Hernández Rodríguez, Rene
 Hernández Santos, F. Alberto
 Handal Handal, José Elias

— I —

T, TT' . A
 irias Calix, Héctor Armando
 T- TD- II * m v
Iriás MiraMa Marco Tubo
 In enano Rodríguez, Manuel
 Interiano Kodolfo E.
 Inestroza **Irelaya**, Javier
 Interiano **Kodriguez**, Pompilio

— j —

Jiménez Leiva, Salvador
 Joya Moneada, Pablo Ulises
 Jiménez Pereira, Leonardo
 Javier S., Carlos Alberto
 Jiménez N., Rodolfo

— l, —

Lázarú, Bernhard, Roberto
 Larics Bonilla, Manuel Enrique
 López Canafes, José Rubén
 López Canales, Gustavo Ernesto
 Lobo Oerna, José Rafael
 Larios Cntrereras, Ramón
 Lczama Castellanos, César
 León Gómez, Francisco
 León Gómez, Alfredo
 López Herrera, **Heberto**
 Larios Hernández, Saúl Enrique
 Larach Jamis, César
 Lara López, Alejo
 López Lagos, Kigoberto
 Lagos Lagos, Wilberto
 Lozano Matamoros, Ramiro H.
 Lafitte Martínez, Enrique
 López Medina, Camilo
 Lanza, Mario Duilio
 Láinez Núñez, Héctor
 López Nieto, Marco Antonio
 Lozano Caballero, César
 Lara Xepeda, Juan
 López Zelaya, Alejandro
 Leiva Vivas, José María
 Lorenzana Sosa, Dagoberto
 Larios Ulloa, Jerónimo
 López Villa, José Antonio
 Lacayo López, Alfonso

— M —

Mena Díaz Galindo, Carlos
 Moreno V., José Jacinto
 Midence, Alfredo C.
 Munguía Alonzo, Salomón
Munguía Alenzo, Luis
 Moneada Amador, Miguel Rafael
 Mendoza Alvarado, Amado Mario
 Mcntoya Alvarez, Juan
 Mejía Antúnez, Cornelio
 Matute Alvarez, Roberto A.
 Martínez Boquín, **Gustavo**
 Mass Bonilla, Franklin Douglas
 Márquez Cerrato, Antonio
 Mejía Castro, Cándido
 Matute Cañizales, Eugenio
 Molina **Castro**, Rafael
 Martínez Castillo, Carlos
 M.,;« J I r-jA \-m....i
 JVeia del Cid, Armando
 Mannheim de Gómez, Eva
 Murillo **Escobar**, Francisco
 Murillo **Escobar**, Edgar Anibal
 Matamoros í feres, Iñámin
 Mendoza F., José Trinidad
 Mart-nez Funes, José
 Milla Galeano, Horacio
 Martel (iuillén, Pedro
 Meza Galeas, Ramón
 Montes Guerrero, José Anibal
 Martínez Guillen, Andrés Arturo
 Mayes Huete, S. Eduardo
 Moneada Iriás, José Máximo

Me. Kinney, Mariano íi.
 Midence Moneada, Ignacio **Emilio**
 Moneada, **Miguel** Roberto
 Moneada Medrano, Lucas Gregorio
 Medrano Martínez, Raúl H.
 Muñoz Mendoza, Miguel Rafael
 Medal, Mario Santos
 Membreño Marín, Héctor
 Martínez Matamoros, Osear
Muñoz Muñoz, Carlos Miguel
 Mejía Colindres, Vicente f
Miralda Navas, Valentín f
 Moneada, Juan Vicente f
 Mena Baide, Benjamín Alirío
 Mejía Durón, Roberto
 Mariona Mejía, Antonio
 Martínez Meza, Luis Edagrdo
 Medina Nolasco, Rene
 Martínez Ordóñez, José
Molina Ortez, Juan B.
 Moreno Perdomo, Dagoberto
 Moreno Perdomo, Eduardo
 Martínez Pinel, Carlos Alfredo
 Martínez Padilla, Martha Eleonora
 Membreño Padilla, Alejandro
 Munguía Padilla, Carlos Elpidio
 Magarín Rosales, Julio César
 Mencia Salgado, Daniel
 Murillo Selva h., Francisco
 Morales San Martín, Ramón
 Martínez Valenzuela, Jacinto
Mendoza Valdés, Clemente
Mejía Valladares, Enrique
 Mejía y Mejía, Miguel Ángel
 Merino Zaldívar, Orlando
 Montes **Zepeda**, Francisco Javier
 Madrid Zelaya, Germán Rigoberto
 Medrano Díaz, Héctor
 Mentés Guerrero, Francisco
 Montenegro P-, Leopoldo

— JN —

Núñez Ortiz, Joaquín Ángel
 Núñez Zúñiga, Antonio Roberto
 Núñez Corrales, Cristóbal f

— O —

Oliva A^uilar, Marco Tulio
 Ochoa Alcántara, Ricardo
 Oliva Barraiga. Roberto
 Osorio Contreras, Gilberto
 Oviedo C, Raúl G.
 Orellana. Carlos Alberto
 Orellana M., J. Humberto
 Oviedo Meza, Lisandro
 Ortega Matamoros, Julio César
 Odeh **Nasralla**, Nicolás
 Ortega Ordóñez, León Adalid
 Oviedo Padilla, Guillermo
 Osejo Paz, Gloria
 Oviedo Pineda, Antonio
 Ochoa Valle, José María
 Ochoa Reina, Efraín

— P —

Pastor Zelaya, Rodolfo
 Paredes Alemán, Adolfo
 Pavón Aguilera, Armando
 Paz Barahona, Miguel
 Peraza Casaca, J. Antonio
 Pineda Coello, Mario
 Pineda Contreras, Octavio
 Paredes Castillo, Gilberto
 Ponce de Avalo, Reinaldo
 Pérez Estrada, Alberto Vicente
 Paredes Escoto, Marco Antonio
 Pineda Escoto, José David
 Pineda Fasquelle, Constantino
 Pinto González, Ernesto Antonio
 Portillo G., Carlos F.
 Pérez Izaguirre, José Antonio
 Pérez Izaguirre, Manuel de Jesús
 Pereira, J. Ramón
 Pavón Leiva, Rafael Antonio
 Pascua Leiva, Hermán
 Pavón López, Héctor Eduardo
 Pineda Muñoz, Carlos Alberto
 Pinto Mejía, José
 Palma Molina, Jacobo
 Pino Montes de Oca, Emilio Roy
 Pavón Moneada, Mario
 Ponce Ochoa, Marcial
 Paredes P., Manuel Armando
 Paredes P., Francisco Otomán
Pacheco Reyes, Jorge Alberto
 Paredes Regalado, Leandro S.
 Paz Rivera. José Trinidad
 Paz Rivera, Juan
 Paz Rápalo, Salvador Reynaldo
 Pineda Santos, F. Humberto
 Pineda Tabora, Manuel
 Ponce Tejada, Felipe
 Ponce **Tejeda**, Felipe f
 Paredes Toro, Salvador Ramón
 Peña Zelaya, Guillermo
 Peraza Zelaya, Mario Augusto

— J { —

Rubí Avía, Elmer Antonio
 Rodríguez A., Reynaldo
 Rivas **Alvarado**, Carlos
 Reyes Soto, Joaquín
 Ramírez. Ramón -r
 Ramírez Alfaro, Rigoberto
 Raudales Alvarado, Rodolfo A.
 Reyes Berlioz, Rodolfo
 Rivas Bustamante, Gustavo A.
 Rodríguez, Benjamín
 Rivera Cáceres, José Augusto
 Ramírez Castañeda, Orlando
 Rosales **Colindres**, Martín V.
 Reyes de Paz, Olga
 Raudales de Midente. Martha
 Rivera Domínguez. Presentación
 Rubí de García, Martha Lidia
 Rivera Fajardo, Elio
 Ramos Funes, Carlos Ventura
 Rivas García, José Armando

Riera Hotta, Abraham
 Rivera Henry, Julio C.
 Rodríguez Izaguirre, Rigoberto
 Ruiz Leiva, Rafael
 Rodríguez Leiva, Saúl
 Rivera Mi/ares, Jorge Alberto
 Romero Madrid, Manuel
 Rivas, Mario Catanno
 Ramírez Marco Antonio
 Rivera N. José Benjamín
 Rodríguez O Conrado Ernesto
 Reyes Quezada, José Lisandro
 Rivera Reyes, Manuel de Jesús
 Rivera Reyes, Osear Armando
 Ramos Reina, Luis Vidal
 Rivera Reyes, Roberto
 Rodríguez Soto, Gonzalo
 Raquel Sánchez, Pompeyo
 Rivera Suazo, Edgardo
 Reyes Vásquez, Jorge Isaac
 Rivera Vallecillo, M. Jesús
 Rivera Williams, Carlos
 Reyes Navarro, Carlos f
 Rivera Medina, Carlos Humberto
 Raudales Barahona, Osear

— S —

Santos Alvarado, Jacobo
 Sosa Alvarado, Manuel Esteban
 Sierra Andino Carlos
 Sarmiento Acosta, Luis Alonso
 Suazo Bulnes, Aristides
 Suazo Córdova, Roberto
 Saybe Cabús, Jorge Martín
 Sibrián C, Laudelixio
 Sandoval Cáliz, Wilfredo
 Sabillón Rivera, Osear Rolando
 Silva de Rivas, María Elena
 Sánchez Guevara, Ángel Ferrufino
 Sierra García, Donald
 Silva Godoy, José Luis
 Sabillón Leiva, Juan
 Sierra Lagos, Rafael Enrique
 Salgado Martínez, Humberto
 Salgado Molina, César Rodolfo
 Sierra Martínez, Miguel Ángel
 Sierra Martínez, Edgardo
 Sierra Medina, Julio
 Sandoval Pineda, Manuel Antonio
 Solís Pinto, Carlos A.
 Salinas Padilla, José Luis
 Seaman Reyes, Julio
 Suazo Ruis, Gustavo
 Sevilla Rivera, Marco Antonio
 Sevillón Rivera, Osear Rolando
 Sarmiento Soto, Marco Antonio
 Sarmiento Soto, Ramón Alberto
 Sarmiento Soto, Manuel
 Satnra Saykaly, Luis
 Sikaffy Talamas, Jesús
 Sosa Vidal, Jesús
 Suazo Uremia, Manuel Octavio
 Seaeiros Verde, Manuel
 Salvado Aguilar, Ramón

Sosa Vidal, Marco Antonio
 Samayoa Enrique Octavio

ry

Tinoco Aravaf Eduardo
 Tomé Abarcaj Fernando
 Tabora Bautista, José Elíseo
 Tercero Mendoza, Rafael Antonio
 Torres Padiñaj Benjamín
 Tróchez Sabillón, Gonzalo
 Talayera Westin, Eduardo
 Torres Wills, Carlos Arturo
 Torres Wills, Manuel Antonio

— ^ —

F^Uoa «■» Miguel A.
 U^Uloa P. Ángel Augusto
 U^Uloa Vasquez, Ernesto

— V —

Villeda A., Miguel Ángel
 Villalobos Castillo, Juan Roberto
 Velásquez Cruz, Danilo
 Villeda Chinchilla, Roberto
 Voto Delgado, José
 Villanueva Doblado, Jorge Alberto
 Valladares Estrada, Octavia f
 Vargas Punes, Ángel Donoso
 Venegas Flores, Arturo Joaquín
 Velasquez G-, José Ramón
 Valenzuela Guifarro, Rodolfo
 V^VJ¹ González, Max Alonso
 Valenzuela, Juan Ramón
 Vásquez, Jesús Alberto
 Valladares Lemaire, Juan Rene
 Velásquez Lainez, Armando
 Vallejo **Lulos**, Víctor Manuel
 Vaquero Muñoz, Luis
 V^{Val}le Meía, Carlos Aristides
 Valle Mendieta, Teodoro
 Várela Meía, Fausto José
 Villeda Morales, José Ramón
 v^{viii}l Osorio, Julio César
 Valerio Pazzetti, José Rene
 Valladares Rivera, José Erasmo
 Vásquez Rodríguez, José Octavio
 Várela Ramos, Mauricio
 Villeda Soto, Juan José
 Vidal Soto > César Antcno
 lindel Serrano, Ramón Pedro
 Velásquez Suazo, Fausto
 Villaf ranea Soto, Terencio
 Vill^{le} St^Ul - H^{ector} Augusto
 Vallecillo Toro, Octavio Cesar
 V^{liles} Tur < 10 S' Marcial
 Vallecillo Toro, Gasnar
 ViNela Vidal, Ricardo
 Velasquez V-, V«ctor Manuel

— "W —

Wolfovich Alvarado, Avigdor

— Y —

Ynestroza López, Luis Youngberg
Strepheps, Aaron Yacamán
Yacamán, Víctor Roberto

— Z —

Zúñiga Amador, Darío Zelaya
Appel, Julio Antonio Zúñiga, César
Augusto Zavala Castillo, Octavio
Zambrana Castillo, Mario Alfredo
Zavala Chirinos, Alejandro Zúñiga
Durón, Silvio Renato Zúñiga Díaz,
Gustavo Adolfo Zelaya Flores, Juan
Evangelista Zúñiga h., Gustavo
Adolfo Zúñiga Lagos, Alejandro
Zelaya Martínez, Rafael Zelaya
Martínez, Gilberto Zerón Ortega,
Roberto Zelaya Pinel, Arturo
Zelaya Ramírez, Angel Zepeda
Raudales, Adán Zelaya Smith,
Jorge M. Zavala Sandoval, Reynaldo
Ornar Zepeda V., Francisco Salomón
Zepeda Turcios, Roberto

@&Ce\$; & *7Med;to< de *t#<Mdu%A&

JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS 1968-1969

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

COMITÉ DE VIGILANCIA

DR. CARLOS RIVERA "WILLIAMS
DRA. ZULEMA CANALES Z.

TRIBUNAL DE HONOR

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA

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

ASOCIACIÓN HONDURENA DE NEUMOLOGIA 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 NEUROCIKUGIA 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 BE 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. JOSE 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 NEUMOLOGIA
 y CIRUGÍA DEL TÓRAX

PRESIDENTE DR. RAÚL PLORES PIALLOS
 SECRETARIO DR. EDGARDO GIRON M.
 TESORERO DEA. 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. EDIAS FARAJ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE DR. HÉCTOR LATNEZ 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 SANCHEZ G.
 SECRETARIO DEL EXTERIOR DR. JULIO A. GONZALEZ
 TESORERO DR. CARLOS A. PINEDA

DIRECTIVAS Y SOCIOS DIRECTIVA DE LA
 ASOCIACIÓN MEDICA SAMPEDRANA

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA CEIBEÑA

PRESIDENTE DR. MARCIAL VIDES TURCIOS
 SECRETARIO DR. TOMÁS GARCÍA ERAZO
 TESORERO DR. E. LAFFITE MARTINEZ

ENSAYO LITERARIO:

LA ANATOMÍA DE UN CUMPLEAÑOS

Por el Dr. Héctor Láinez N.

El hombre concebido como la especie más privilegiada dentro de la jerarquía animal del universo y a pesar de estar ocupando el peldaño más elevado en la vasta pirámide de los seres animados, es el único exponente que se esfuerza en celebrar repetidamente una vez al año durante todo el transcurso de su vida el desgaste natural impuesto por la vorágine del tiempo a su misma biología. ¡VANIDAD DÉ VANIDADES! que a pesar de todo inyecta estímulo a la egolatría incandescente que acobija en el interior de su cerebro todo humano.

La anatomía de un cumpleaños es tan variable que viene a ser hablando en un lenguaje comparativo, como la fisonomía de dos hermanos gemelos con idéntica constitución genética; son vidas paralelas la una con la otra, pero a la vez distintas en múltiples aspectos. La dosis de vanidad innata que el cumpleaños posea bajo la cubierta de su externo tegumento, el terreno social, económico o político en que a este individuo le corresponda establecer contactos personales para proyectar el efluvio directo de su influencia y en fin el influjo indiscutible de su cultura, de su edad y de su sexo, imparten al rito ceremonioso de! cumpleaños matices tan diversos y cambiantes, que bien podemos asegurar, que aún en la secuencia cronológica de una misma persona no existen dos cumpleaños tan siquiera semejantes.

En el juego engañoso de la vida rebajarse la edad después de haber superado los cuarenta, es tan corriente como estornudar cuando pescamos un resfriado y tan natural como la suspensión de la regla cuando una mujer ha salido embarazada. Es a decir verdad, una modalidad de mentir piadosamente, donde la piedad de la mentira ejerce su mayor impacto en la hipersensibilidad de las membranas auditivas del que con la baraja de su edad está incurriendo en el delito del engaño oyéndose a sí mismo.

Con frecuencia vemos que a veces no se representa la edad correcta que una persona cronológicamente tiene, ni mucho menos se "cumplen a cabalidad" los años que esa persona afirma guarecer en la intimidad de su inventario. Esto viene a ser en cierto modo, como jugar una partida de poker en la que sabemos con certeza el número significativo de las cartas que el adversario despliega sobre la mesa, pero ignoramos por completo su habilidad especial en el bluff de ocultar el valor verdadero de la carta clave de su juego.

A mi modo de ver las cosas, la euforia que ciertas damas de gran mundo ostentan disfrutar en sus cumpleaños, no debería medirse en forma exclusivista por su número de años bien vividos; creo sinceramente que deberíamos de tomar mucho más en cuenta, el promedio de sus propias experiencias personales en horas-hombre convividas.

Un cumpleaños en la infancia de las hijas obliga en la sensibilidad de todo padre bien nacido, a la motivación propicia e indeclinable de prodigar con sus manos dadivosas la alegría que con justicia todo niño se merece.

Las risas inocentes de los cumpleaños infantiles son sinónimo del papel multicolor que adorna las piñatas y una piñata viene a representar en el pequeño mundo juvenil de nuestro medio, esa olla colgante de barro recocido que ocultando bombones, monedas y confites dentro de su hueco frágil de su panza, vierte al impacto de un rígido garrote en movimiento, esa lluvia jubilosa de sorpresas que los niños invitados se disputan al fragor de una loca arrebatiña.

Cuando se poseen riquezas abundantes y se es joven todavía, el onomástico viene a ser la imagen de una excusa social casi obligatoria para ostentar a los cuatro rumbos cardinales las núbiles primaveras que se cumplen. Todo lo contrario, cuando se es pobre y se ha entrado por la puerta de la senilidad a la edad de los achaques, el cumpleaños es un día gris y silencioso que no pasa de imprimir más que una débil huella en el libro rutinario de la existencia.

En lo concerniente a los aniversarios, la página social de un diario es sin excepciones la más fina hipocresía creada por la imaginación del hombre para pregonar los atributos y cualidades que una persona no posee y los años que no suma, al pie de un fotograbado que por la magia sutil del elogio a sueldo nunca se envejece.

Por otra parte, a mi juicio personal considero que el verdadero diplomático es aquel que acudiendo al tesoro fiel de su memoria logra acordarse oportunamente del cumpleaños de una dama, olvidándose intencionalmente de mencionar la realidad numérica de su edad en esa fecha.

Así las circunstancias, al diseccionar plano por plano la desnuda anatomía de un cumpleaños con el escalpelo de la observación y con las tijeras de la crítica, logramos poner al descubierto los diversos ingredientes que integran su compleja arquitectura. Recurriendo pues al buen romance, un cumpleaños *m* a mi entender:

El compás cronométrico que mide en forma individual e ineludible, la distancia existente entre el agasajo del presente y el momento aquel en que emergiendo del vientre de una madre hiciéramos nuestro debut en el escenario de este mundo.

El pretexto anual que la mayoría de las mujeres emplean con fina sutileza después de la difícil edad del climaterio, para estirarse las arrugas de sus rostros y para encogerse la suma de sus años.

Fecha que sobresale de entre las 12 páginas mensuales de un frío calendario, obligándonos a celebrar el día en que nos ligaron el ombligo y a continuar usándola como una especie de muletilla social que impulsa al festejado a recordarle a sus amigos a que se acuerden bien de él en ese día.

El homenaje tributado con obsequios y postales alusivas, que la generalidad de los mortales, aceptamos con ufano agrado y recompensamos con atenciones, bocadillos y bebidas.

Otro verano más en nuestro haber biológico, que sin buscarlo ni desearlo nos aproxima indefectiblemente a la meta común de la vejez dictada por el péndulo del tiempo.

Día simbólico que más allá de los cincuenta abriles ya no debería festejarse, sin embargo, incurrimos en repetir impunemente el desfalco espiritual de quitarle años a la edad que en verdad se tiene, aunque las distintas edades de los nietos más la elocuencia platinada de las canas aseguren todo lo contrario.

La ocasión propicia para conspirar con el motín del autoelogio, publicando en la sección social de los periódicos la más rejuvenecida de las fotos y propagar con la tinta zalamera de la imprenta las más inverosímiles virtudes.

El trueque festivo por excelencia en el arte de las relaciones públicas; la persona invitada obsequia felicitaciones y regalos "sorpresivos" y el cumpleaños devuelve en un intercambio de conducta complaciente, las gracias entremezcladas en medio de un continuo desfilar de copas irrigadas con gaseosas y licores.

El precio justo que casi toda mujer madura paga por nutrir su vanidad hiperestésica y por robustecer su alter ego al aparentar en su círculo de influencias que aún es joven, a sabiendas que mentir en esa forma no causa el menor daño a quien la escucha. Al fin de cuentas, el aniversario de rememorar la fecha en que nacimos adopta entre las nobles conciencias femeninas vislumbres con aristas especiales. De consiguiente estamos en el derecho justo de admitir, que cuando el torbellino vandálico de la vejez hace su aparición acompañado de las canas mal teñidas y de las arrugas imponentes de ocultarse, restarle años a la auténtica edad acumulada no puede ser jamás un hecho delictivo. Después de todo, en cuestiones de amores y de edades toda mujer profesora con profundo y solidario orgullo una idéntica religión y una universal filosofía!

Los mimos y atenciones tributados a la madre en el día de su cumpleaños, deberían significar dentro de la gratitud de todo hijo una especie de pagaré simbólico, incapaz de amortizar esa deuda gigantesca concebida para siempre con la mujer que fue la autora de nuestros días y sus noches.

Cuando el óxido y el peso de las décadas vividas nos doblegan las espaldas, un cumpleaños infantil evoca en la materia gris de la memoria, la satisfacción lejana de una tarde alegremente entretejida en la irresponsabilidad de una niñez fugaz y consentida. Evocación que trae a relucir el esfuerzo de apagar de un solo soplo entre los gritos vivarachos de otros niños, las pocas velas enterradas sobre aquel rico pastel que fuera elaborado por las manos de una madre satisfecha de su cría.

La disección literaria del cuerpo de un cumpleaños ha terminado, cubramos sus complejas estructuras anatómicas y cerremos la incisión externa de su piel, con la puntada final de augurar un feliz aniversario a vosotros socios involuntarios del Club Internacional de la Senectud Irremediable y camaradas sinceros en la causa común de aparentar la edad que no se tiene y que jamás se dice.

Octubre de 1969.