DEPARTAMENTO DE PROMOCION
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, M. D. C., Honduras C. A.

Revista MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)
ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

Sumario

SECCION EDITORIAL — Pág.
El Director del Hospital
Alberto Aníbal Soria 2

ARTICULOS ORIGINALES
Forma aguda de la Enfermedad de Chagas
Héctor Laínez N. y Eduardo Fernández S. 1
La explosión demográfica y el control de la natalidad
Arnulfo Bueso P. 16
La Medicina Socializada
Raúl Felipe Cálix 27
Problemas de las fístulas arteriovenosas subclavias
José Gómez-Márquez G. 33

SECCION CLINICA
Litiasis cistínica
Rigoberto López 38
Seudohermafroditismo masculino
Silvio R. Zúñiga 45

SECCION DE CONGRESOS
Notas sobre el II Congreso Centroamericano y Mexicano de Patología
Raúl A. Durón 63

SECCION DE PREGUNTAS 69

EXTRACTOS DE REVISTAS 71

SECCION LITERARIA
Pensamientos cortos sobre cabellos largos
Carl Jelenko 82
Aseguran que somos... un país de contrastes
Héctor Laínez N. 84
Un día llegarás
Tulio Galeas 86

SECCION GREMIAL
Ofrecimiento de servicios médicos 87
Junta Directiva 1971-72 93
INDICE DE ANUNCIANTES XXVIII

VOL. Nº 39 — Nº 1
ENERO-FEBRERO-MARZO-1971

Revista
MEDICA HONDUREÑA

(2da Época)
ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

SILVIO K. ZUÑIGA
Director

RIGOBERTO ARRIAGA CHINCHILLA
Secretario

Redactores:

JORGE PACHECO R. VIRGILIO
CARDONA L. ALEJANDRO
ZUNIGA L. RENE VALLADARES L

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

Oficina: Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa, D. C. Teléfono 2-5466
Apartado Postal No. 810

SE SOLICITA CANJE

SECCIÓN EDITORIAL

EL DIRECTOR DE HOSPITAL

DR. ALBERTO ANÍBAL SORIA (*)

Figura un tanto descolorida, va cobrando mejores perfiles a medida que los modernos conceptos de administración hospitalaria se van imponiendo como una nueva disciplina médica: la última.

En efecto, tanto en nuestro ambiente nacional como en el sudamericano, el director de hospital llegaba al cargo, en la gran mayoría de los casos, o porque poseía una relevante personalidad científica que lo acreditaba ante la opinión pública, o porque era un médico político o con influencias políticas. En el primer caso, la descollante figura profesional del director como especialista en alguna materia, lo inclinaba a ejercer su acción en favor de "su" especialidad, hipertrofiando servicios en desmedro de otros, sin descuidar por cierto la labor profesional, descargando el trabajo administrativo en otro colaborador, tampoco preparado para tales tareas.

Ejercer ¡a docencia, atención médica y todavía tener que cumplir con tareas administrativas, evidentemente rebasa la capacidad laborativa del mejor dotado. Y es así como hemos visto fracasar al eximio profesor como director del hospital; su formación profesional no involucra la administración hospitalaria. Solo su buen criterio o parecer conformaba sus decisiones. Se perdía un excelente espe cialista para ganar un mal director.

En el caso del director político o politizado ocurría otro tanto, pero con connotaciones diferentes. Su estabilidad en el cargo por los continuos vaivenes de los gobiernos, le impedía programar actividades ni siquiera a plazo mediato. Por supuesto que admitirnos las excepciones, que no harán más que confirmar la regla.

Otra deformación: la personalidad del director se veía opacada por la de los jefes de servicios o profesores de cátedras que con sus bien ganados prestigios lograban mercedes para sus respectivos servicios creando verdaderos microhospitales dentro del hospital mismo, anarquizando la labor administrativa que sin dudas debe ser única para una sola unidad asistencial. Esta realidad es dable observarla aún a lo largo y a lo ancho del país.

¿Por qué ha ocurrido ésto? Simplemente porque el director de .hospital no había cobrado la legítima dimensión que debe tener como especialista. Especializado en la administración de esa gran empresa de salud en la que se han invertido cuantiosos capitales económicos y humanos, nos preguntamos ¿qué empresa hay que no cifre gran parte de su éxito en la labor del gerente? Esta concepción empresaria de los hospitales, es decir, inversión de recursos para que produzca beneficios, es sin duda una interpretación bien actual del asunto en muchos países desarrollados. Desafortunadamente, aquí hay todavía quienes están plenamente convencidos que así debe ser. Y tan es de esta manera que hospitales con enormes presupuestos y gran cantidad de personal cumplen su labor, solo contadas horas al día, con un director que no cumple una jornada diaria mayor de tres horas y con remuneraciones ridiculas.

(*) El Día Médico 44: 1381, julio 1970.

¿Puede empresa alguna redituar nuestros beneficios cuando limita su labor diaria y tiene un gerente que con el tiempo que le dedica apenas si alcanza a conocer verdaderamente su establecimiento?

Aquí radica, a nuestro criterio, la principal, causa del pésimo rendimiento hospitalario de un gran número de establecimientos estatales y también privados. Tal realidad está claramente expresada en el Programa de Atención Médica Integrada, elaborado por la Secretaría de Salud Pública de la Nación cuando menciona la "realidad observada" en las diferentes unidades de salud en el ámbito nacional. "La conducción de servicios por médicos administradores hospitalarios es actualmente indiscutible". Y agrega más adelante: "La infraestructura de los servicios apoya eficazmente la acción médica cuando está organizada racionalmente". Una última acotación extractada del mismo informe; el mal uso de los equipos e instalaciones incide seriamente en las actividades de los servicios, siendo una de las causas más comunes las estadías prolongadas de los enfermos internados. Rozamos aquí el terreno de las estadísticas hospitalarias, instrumento de gran valor para el manejo administrativo cuando se las recoge y elabora con fidelidad para saber cómo anda el hospital y no para mostrar como se desearía que anduviera.

Estamos convencidos que para que los hospitales salgan de la imagen deteriorada que actualmente gozan, es necesario comenzar por la designación de directores especializados en administración hospitalaria que reúnan, para el cumplimiento de sus funciones, cuatro condiciones fundamentales: responsabilidad, autoridad, remuneración y estabilidad.

RESPONSABILIDAD, es decir, capacidad de responder ante quien corresponda de la labor cumplida o por cumplir. Esta condición está dada fundamentalmente por la solvencia moral y capacidad profesional del jerarca. Por lo general, es la condición que más se les exije a los funcionarios.

AUTORIDAD, que es capacidad para decidir. Hay por supuesto una autoridad conferida y una autoridad emanada o inmanente. La primera está dada en función del cargo; es la investidura jerárquica que le permite tomar decisiones. La segunda trasunta la propia personalidad; es el acervo cultural y moral del hombre en su máxima expresión. Ambas tienen que conjugarse para que cobre relieve quien ejerce la autoridad. Autoridad y responsabilidad tienen que jugar mancomunadamente para que no se desmerezcan mutuamente.

REMUNERACIÓN: Para que el director pueda dedicarse exclusivamente a sus funciones, no lo podrá hacer si no cuenta con una remuneración que le permita satisfacer sus necesidades económicas sin apremios. Así lo entienden en otros países, donde el director es nada más que director, sin siquiera ejercer la atención médica, pero con una remuneración que le permite desenvolverse sin inquietudes. En nuestro medio hay una institución privada que así lo ha entendido y remunera a su director en la verdadera medida de su jerarquía. En cuanto se siga remunerando a los directores de hospitales con los estipendios actuales, es muy difícil que puedan cumplir labores satisfactorias.

Por último, ESTABILIDAD. Esto está muy relacionado con lo anterior. No sólo es necesaria una buena remuneración si no va acompañada de una seguridad de continuidad en sus funciones. ¿Quién puede dedicarse con afán a sus tareas si no cuenta con un mínimo de seguridad en la conservación del puesto? Por ello, es indispensable que los cargos de directores sean concursados para asegurarles una estabilidad sin la cual, como pasa con las condiciones anteriormente mencionadas, no se logrará que los hospitales salgan del estancamiento actual

Forma aguda de la enfermedad de Chagas, Importancia semiológica del Signo de Romana

INFORME DE LOS DOS PRIMEROS CASOS EN HONDURAS

Dr. Héctor Laínez Núñez (*) Dr. Eduardo Fernández Selva (**)

INTRODUCCIÓN Y BREVE RESEÑA HISTÓRICA

La enfermedad de Chagas fue descubierta en Brasil por el Doctor Carlos Chagas en el año de 1909.

Este investigador, estudiando el paludismo en aquella República sudamericana, descubrió el *Trypanosoma cruzi* en el intestino de un hemíptero del género Triatoma (chinches hociconas). Se dejó que las chinches infestadas picaran a un mono, encontrándose después el trypanosoma en la sangre de este animal. Poco tiempo después Chagas halló el mismo trypanosoma en la sangre de un niño que tenía fiebre, anemia y linfadenopatía, demostrando que este parásito era el agente etiológico de una enfermedad endémica en ciertas zonas de aquel país. En la historia de la Medicina, este es el único ejemplo en que el agente responsable de una enfermedad y el insecto vector que la transmite se descubrieron antes de ser tipificada aquella como una nueva entidad nosológica humana (1).

Los casos descritos por Carlos Chagas en el Estado de Minas Geraes se distinguían por su gravedad; por otra parte, es digno de puntualizar que dicho investigador tuvo el mérito de individualizar las repercusiones cardíacas como la principal manifestación de la nueva enfermedad y ya en 1916 llamó la atención sobre la probabilidad de atribuir a esta parasitosis los casos de disfagia, tan comunes en la región donde él trabajaba.

Así caracterizada la sintomatología de esta nueva dolencia, no fue sino hasta 1913 cuando Machado y Gucrreiro emplearon su reacción serológica para descubrir los casos aparentemente asintomáticos.

Desde aquel entonces ha progresado en la América Latina el estudio de esta enfermedad, para establecer en forma definitiva su gran importancia tanto clínica como epidemiológica, hasta llegar a constituir en ciertas regiones del hemisferio un verdadero problema de salud pública.

En Centroamérica el primer informe de trypanosomiasis humana americana fue hecho por Segovia en San Salvador en el año de 1913 (2).

En Guatemala la enfermedad ha sido muy bien estudiada por Reichcnow, Montenegro, Peñalver y De León (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

{ *) Sección de Dermatología, Hospital General, Tegucigalpa, Honduras.
Profesor Asistente Cátedra de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional Autónoma de Honduras. {**) Recientemente fallecido siendo Jefe de Servicio de Dermatología de Hombres del Hospital General, Tegucigalpa, y Profesor de Medicina Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Fig. 1

Signo de Romana positivo caracterizado por edema palpebral e intensa reacción conjuntival. (Primer caso).

En Costa Rica las investigaciones hechas por Berríos y Bullow demuestran la presencia de esa parasitosis en esta hermana República (10, 11).

En Panamá también se ha demostrado su presencia de acuerdo con las investigaciones realizadas por Calero, Johnson y Rivas (12, 13, 14).

Algunos de los casos informados en el istmo panameño han sido fatales.

En Honduras, los Doctores A. León Gómez, A. Flores Fiallos, E. Poujol y M. Bonilla describieron el primer caso de Enfermedad de Chagas en diciembre de 1960 en la Séptima Jornada Médica Hondureña celebrada en San Pedro Sula. Estos mismos autores en 1961, comunicaron siete (7) casos de Miocarditis Crónica Chagásica diagnosticados clínica y electrocardiográficamente y confirmados por la reacción de fijación del complemento, según la técnica de Boziccvich-Knierin (15, *16).*

Antes de los estudios de León Gómez, Flores Fiallos y colaboradores no se habían informado casos clínicos de esta enfermedad en Honduras a pesar de haberse encontrado en 19K5. una zarigüeya con trypanosoma cruzi en la Costa Norte del país (17). ' *3¿~*

Es digno de mencionar el hallazgo **post-mortem** hecho por Durón, en 1965, de numerosos *seudoquistes leishmánicos,* en el miocardio de una niña de 13 años afectada de miocarditis chagásica aguda (18) con bloqueo aurículo-ventricular completo y que muriera en forma súbita.

En 1968, Fernández y Laínez, con un intervalo de un mes, encontraron el trypanosoma cruzi en la sangre periférica de dos pacientes provenientes de la misma zona geográfica que corresponde al Municipio de Cedros, F. M., región limítrofe con el departamento de Comayagua, que presentaban como características clínicas sobresalientes, reacción conjuntiva! unilateral con fiebre de más de 39° centígrados, edema palpebral, edema hemifacial y, además, adenitis cervicales.

El objeto de este trabajo es informar por vez primera los dos primeros casos de la forma aguda de Enfermedad de Chagas en la República de Honduras, ambos casos fueron debidamente comprobados por el hallazgo del parásito en la sangre periférica de los enfermos, usando para ello la técnica de la *gota gruesa.*

PRESENTACIÓN DE CASOS — NUESTRA CASUÍSTICA

J. A. C, Expediente No 112684, sexo masculino, 20 años, campesino, procedente de la Aldea de Tuliapa, *jurisdicción de Cedros,* Departamento de Francisco Morazán.

Antecedentes: Desde hace 17 días (antes de su hospitalización) observó la aparición de *edema duro* doloroso de la mitad izquierda de la cara, acompañado de reacción conjuntival intensa, cefalea, anorexia y adinamia.

Ecología: Medio ambiente rural, pobre, casa de bahareque y de teja, piso de tierra. Por las noches presencia de numerosas *chinches picudas* en las paredes de su casa.

Motivo de consulta: Hinchazón del ojo izquierdo, cefalea y adinamia.

Hallazgos: Edema de ambas hendiduras palpebrales, más acentuado en el ojo izquierdo con intensa reacción conjuntival (Signo de Romana).

Fiebre de 39° a 40°C. Adenitis submaxilar y cervical izquierdas.

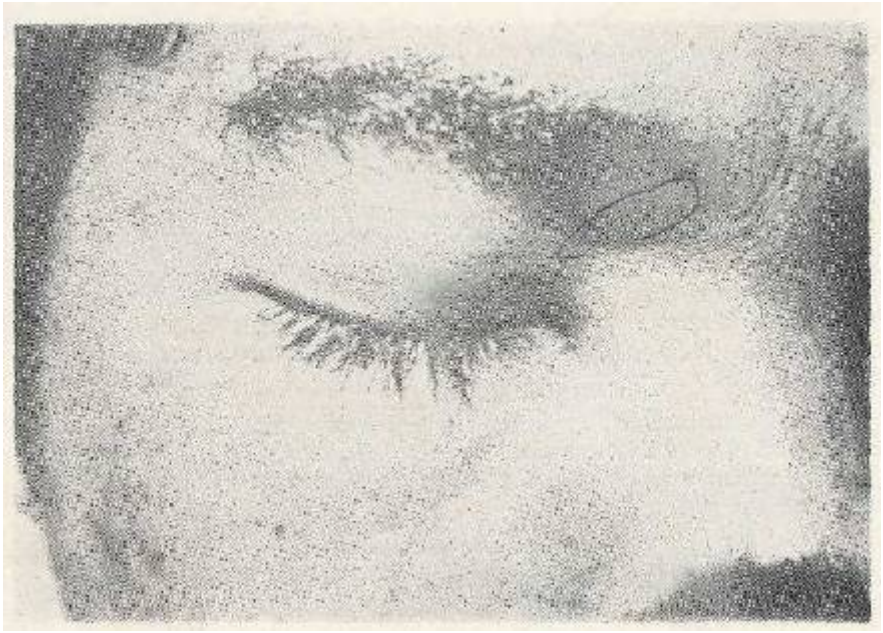


Fig. 2
Aproximación para demostrar con más detalle el signo de Romana del primer caso.

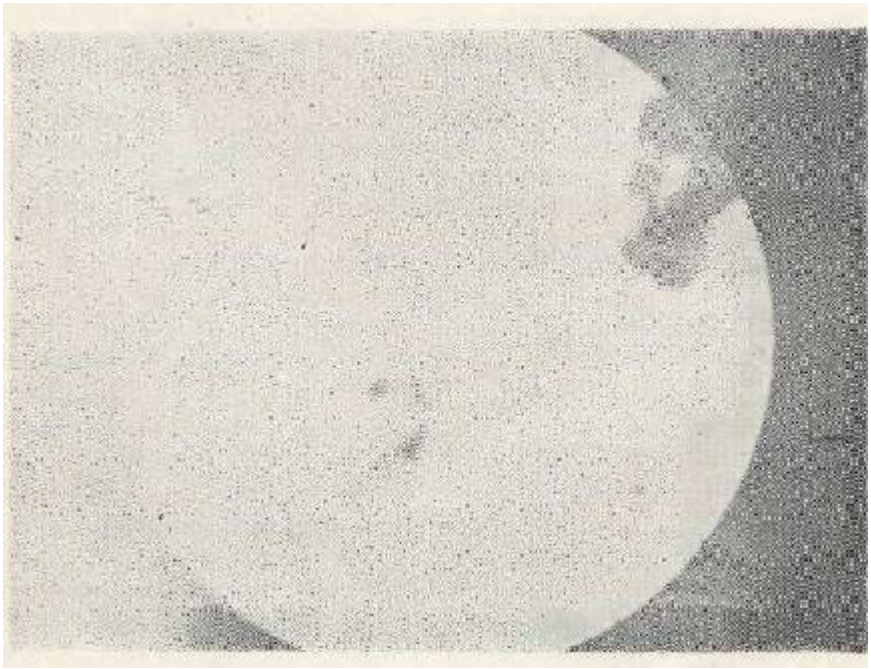


Fig. 3
Vista microscópica de la forma flagelar del trypanosoma cruzi en sangre periférica del primer caso.

Fig. 4
Signo de Romaña positivo del segundo caso.

Laboratorio: Frotis de sangre periférica positivo por *trypanosoma cruzi en 2 ocasiones y en dos laboratorios distintos.* Leucocitosis moderada.

E. C. G.: normal.

Radiografía de tórax: normal.

Nota aclaratoria: el paciente se fugó del Hospital, antes de instituirse tratamiento alguno. Se ignora la evolución ulterior de este caso.

C. C L., Expediente N? 92567, sexo femenino, 30 años, procedente de la aldea de Vallecillo, *jurisdicción de Cedros, Departamento de Francisco Morazán.*

Antecedentes: 2 meses antes estuvo en la aldea de Guatemalillo, cerca de **Marale,** *durmiendo en una casa donde habían bastantes chinches picudas.* (Cuando apagaron el quinqué bajaron por las paredes a picarla), casa de bahareque, piso de tierra, techo de tejas; durmió en una tarima.

Motivo de consulta: Hinchazón en ojo derecho, lagrimeo, cefalea y adinamia.

Hallazgos: Edema palpebral bilateral más acentuada en el ojo derecho. Edema duro de mejilla derecha, fiebre de 38.5° a 39° Centígrados. *Abundantes trypanosomas* en varios frotis de sangre periférica. (En forma seriada).

E. C. G.: Bloqueo A. V. de primer grado, bloqueo incompleto de rama derecha. (Dos meses después de iniciada su enfermedad). Radiografía de esófago: el tránsito esofágico se hace por gravedad en la mitad inferior, desapareciendo las ondas casi por completo (a los 4½ meses después de iniciada su enfermedad).

Tratamiento: Metronidazol (Flagyl) per os, 500 mg. T.I.D. por los primeros 5 días, luego 250 mg. **T.I.D.** durante los últimos 10 días. Total: 60 tabletas de 250 mg. c/u. (15 días).

Hubo desaparición de trypanosomas en los últimos frotis de sangre periférica (gota gruesa) a las siete semanas de hospitalización.

Paciente en la actualidad en buenas condiciones físicas. Pendiente de controles médicos ulteriores.

Reacciones de fijación del complemento y hemo-aglutinación fueron positivas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES ^p

Los autores informan los dos primeros casos de la forma aguda de Enfermedad de Chagas, con signo de Romana positivo ocurridos, en la República de Honduras.

Ambos casos son adultos jóvenes, analfabetos, procedentes de la zona central de este país centroamericano.

El alto índice *4*[&] sospecha fue un factor decisivo para establecer un pronto y correcto diagnóstico.

Los frotis de sangre repetidos demostraron la presencia de abundantes trypanosomas cruzi en la sangre periférica de estos dos pacientes autóctonos.

Las pobres y rústicas viviendas de los pacientes se encontraban practicamente invadidas por Triatomídeos (chinches besuconas). Este hecho adquiere una importancia tremenda en la epidemiología de la Trypanosomiasis Americana, especialmente en las áreas rurales de estos países donde las buenas condiciones sanitarias son todavía inexistentes.

Por el momento, hasta donde nosotros sospechamos, la enfermedad es endémica en varios lugares de Honduras, lo que ciertamente crea un gran problema de salud pública. Querrámoslo o no, tenemos que admitir que nuestras autoridades de Salud Pública dejan mucho que desear a este respecto.

Es interesante enfatizar la existencia del signo de Romana como una pista clínica valiosa para llegar a un diagnóstico seguro.

Las características de este signo son: conjuntivitis, oftalmía unilateral con edema palpebral, edema duro y doloroso del mismo lado de la cara y tumefacción de los ganglios linfáticos regionales.

En vista del bajo índice de sospecha acerca del significado semiológico de este signo, especialmente entre Médicos Generales, Oftalmólogos, Otorrinolaringóíogos, Dermatólogos, Internistas y Pediatras, los autores recomiendan hacer todo esfuerzo de antemano que incluya: frotis de sangre periférica por el método de la gota gruesa, xenodiagnóstico, electrocardiogramas y pruebas de fijación

Fig. 5

Vista microscópica de la forma flagelar del trypanosoma cruzi en sangre periférica del segundo caso.

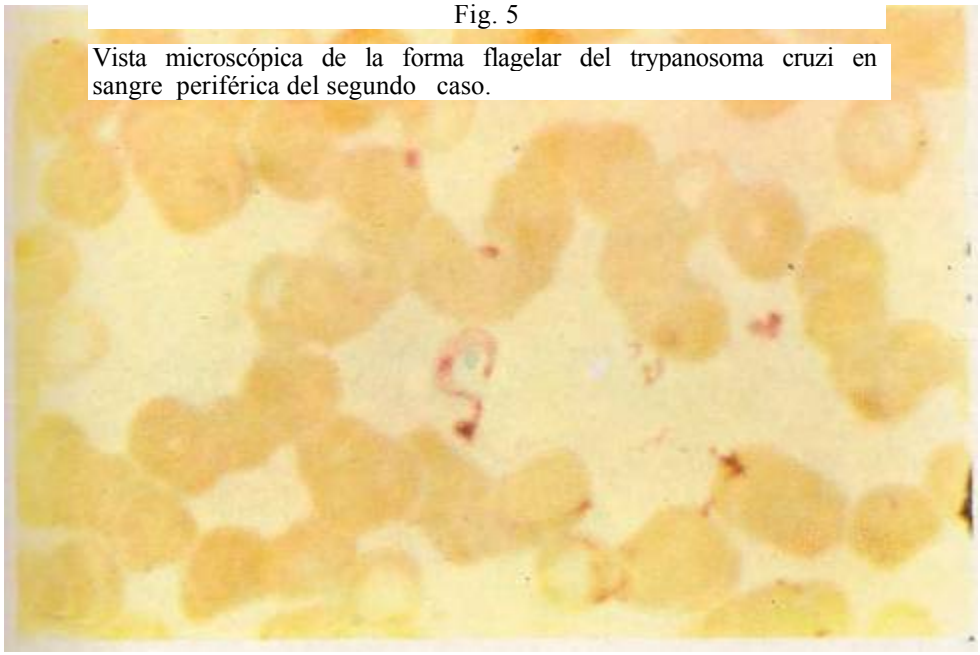


Fig. 5 Vista microscópica de la forma flagelar del trypanosoma cruzi en Sangre periférica del Segundo caso

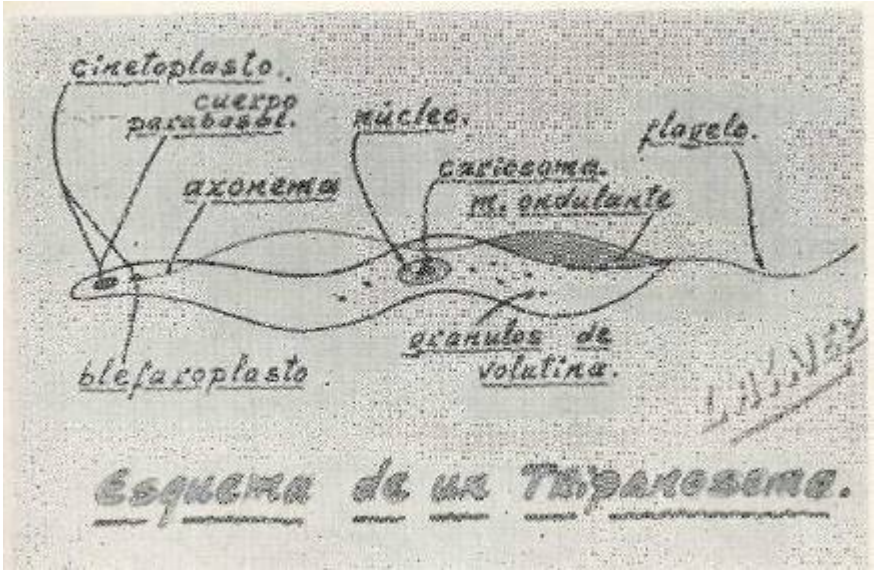


Fig. 6
Dibujo esquemático que demuestra la constitución microscópica de un trypanosoma,

del complemento de aquellos pacientes con oftalmía unilateral, hinchazón palpebral, fiebre y agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales con una duración de pocas semanas.

La presencia de los siguientes reduvideos en Honduras ha sido demostrada anteriormente por otros investigadores (León Gómez, Flores Fiallos y Cols.): Triatoma Dimidiata, Triatoma Nítida y Rhodnius Prolixus.

Aparentemente, la existencia del Triotama Rangeli, corno problema de salud pública, no tiene ninguna significación. k

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The first two cases in the Republic of Honduras of the acute form of Chagas' Disease with a positive Romaña's Sign are reported by the authors.

Both cases were young illiterate adults living in the center of this Central American country.

The high index of suspicion was a decisive factor for establishing a prompt and correct diagnosis.

Repeated blood smears showed the presence of abundant trypanosoma cruzi in the peripheral blood of these autochthonous patients.

The poor rustic dwellings of the patients were practically invaded by triatomas (kissing bugs). This fact acquires a tremendous importance in the epidemiology of American Trypanosomiasis, specially in the rural áreas of these countries where good sanitary conditions are still non-existant.

At the moment, insofar as we suspect, the disease is endemic in several places of Honduras, which certainly creates a great public health's problem. Like it or not, we have to admitt that our Public Health's authorities leave in this respect, too much to be desired.

It is interesting to emphasize the existence of a positive Romaña's Sign as a valuable clinical clue for obtaining a reliable diagnosis; the features of this sign are as follows: conjuntivitis, unilateral ophtalmia with palpebral edema, hard and painful edema of the same side of the face and swelling of the regional lympn glands.

In view of the low índex of suspicion about the significance of this sign, specially among General Practitioners, Opbtalmologists, E.N.T. people, Dermatologists, Internists, and Pediatricians, the authors recommend that every effort should be made to perform beforehand a series of fresh blood smears by the thick film method, xenodiagnostic studies, E.C.G. and complement fixation tests in every patient with unilateral ophtalmia, palpebral swelling, fever and regional lymph nodes' enlargement of a few weeks' duration.

The presence of the following reduviidae in Honduras has been formerly shown by other investigators (León Gómez, Flores Fiallos et al.) such as Triatoma dimidiata, Triatoma nítida and Rhodnius prolixus. Apparently, the existence of T. rangeli as a public healst's problem has no significance at all.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Craig, C. F. y Faust, E. C: Parasitología Clínica, Pág. 151, Uteha, Argentina, 1961.

2.—Segovía, J. C: Un caso de Trypanosomiasis. Archvs. Hospital Rosales. San Salvador, El Salvador, 8: 249-254, 1913.

3.—Reichenow, E.: Sobre la existencia de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Publicación de la Dirección General de Sanidad de Guatemala, folleto, 24 pp. 1933.

4.—Montenegro, M. L.: Contribución al estudio de la Trypanosomiasis en Guatemala. Tesis doctoral. Folleto 77 pp. Guatemala. 1943.

5.—Peñalber, L. M.: El problema de la enfermedad de Chagas en el medio rural de Guatemala. Memorias del ler. Congreso ínter americano de Higiene. La Habana, Cuba. pp. 698, 1952.

5.—Peñalber, L. M.: Estado actual de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Rev. Col. Méd. Guatemala, 4: 249, 1953.

7.—Peñalber, L. M.; Fajardo, J.; Aguilar, F.: Aportes al conocimiento de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Rev. Col. Méd. Guatemala, 4: 20-35, 1952.

8.—De León, J. R.: La Trypanosomiasis Americana o enfermedad de Chagas en Guatemala. Gaceta Médica Centroamericana. 1:67-71, 1943.

9.—De León, J. R.: Contribución al estudio de la enfermedad de Chagas en Guatemala. Publicación del Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 1946.

10.—Berríos, A-: Estudio **comparativo** entre los antígenos de *Schizotrypanum Cruzi* y *Strigomonas oncopelti* en la reacción de fijación del complemento para enfermedad de Chagas. Rev. Biol. Trop. 8: 225, 1960.

11.—Bullow, T. von.: Tripanosomiasis Americana. Rev. Med. Costa Rica. 86: 497, 1941.

12.—Calero, C: Trypanosomiasis Americana en el Itsmo de Panamá. Memorias del II Congreso Mexicano de Medicina, 557, 1948.

13.—Johnson, C. M. y Rivas, C. T.: La enfermedad de Chagas en Panamá. IX Reunión Soc. Argent. Pat. Reg. 1: 245, 1936.

14.—Johnson, C. M. y Kelser, R. A.: The incidence of Chagas disease in Panamá as determined by the complement fixation test. Am. *J.* of Trop. Med. 17: 385, 1937.

15.—León Gómez, A.; Flores Fiállos, A.; Reyes Quesada, L.; Bonilla, M.; Poujol, E. R. y Gómez, C: La enfermad de Chagas en Honduras. Comunicación preliminar. Publicación del Hospital General, Tegucigalpa, D. C. 1960.

16.—León Gómez, A.; Flores Fialols, A.; Poujol, E. R.; Bonilla, M.: La Cardiopatía Chagásica crónica en Honduras. Boletín Sociedad Hondureña Médica Interna, Vol. 1: 1, 1961.

17.—**Robertson,** A.: Nota sobre un trypanosoma morfológicamente semejante al Trypanosoma cruzi encontrado en una zarigüeya capturada en Tela, Honduras. Rev. Méd. Hond. 2: 13, 3-13, 1931.

18.—Durón, R.: Miocarditis Chagásica. Su primera demostración histológica en Honduras. Rev. Méd. Hond. 33: 240, 1965.

La explosión demográfica y el control de la natalidad: La planificación familiar como solución científica del problema.

Dr. Arnuljo hueso P. (*)

I.—INTRODUCCIÓN

Las poblaciones modernas tienen una tendencia continua hacia su crecimiento como resultado lógico de los adelantos en el campo de la Medicina actual y la solución, cada vez más satisfactoria, de los problemas socio-económicos, lo cual ha redundado en el descenso de la mortalidad y aumento del promedio de vida.

Como expone el Dr. Camel (1) "tal tendencia es, sin embargo, relativamente reciente. Si se considera que aún un moderado crecimiento de 1 % anual llevaría a la duplicación de la población cada 70 años, hay que admitir que la evolución de la raza humana se ha hecho en períodos alternativos de crecimiento y declinación, posiblemente separados por largos períodos de estabilización".

Estimaciones de Wilcox, Carr Saunders y de las Naciones Unidas (1) sobre la población mundial en diferentes épocas son las siguientes:

Años	*Millones de habitantes*
Principio Era Cristiana	250
1650	500
1750	700
1800	900
1850	1.100
1900	1.600
1920	1.800
1930	2.000
1940	2.200
1950	2.500
1964	3.000

II.—LA EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA COMO PROBLEMA

1o.-*BREVES CONSIDERACIONES*

El acelerado crecimiento de las poblaciones y su consecuencia —la explosión demográfica— hacen preguntarse sí en realidad el mundo actual está superpoblado, no debemos subestimar el punto de vista de que el exceso de población es tan nefasto como su escasez. La India, la China, etc., tienen exceso de población y problemas demográficos, no únicamente por la población en sí, sino por las inadecuadas estructuras administrativas; pero, para el caso, Hispanoamérica en parte ha visto menguado su desarrollo por el defecto de población. Resolver los puntos anteriores es harto difícil porque en ambas situaciones podrían derivarse trastornos sociales si no existe planificación visionaria. Un país super-

(*) Diploma de "Maestría en Salud Pública", Universidad Central de Venezuela.

poblado podría intentar resolver el problema mediante adecuada planificación familiar y la disminución de la natalidad; o bien, mediante la emigración de sus habitantes. El primer punto, el más factible, debe meditarse pues trae el peligro de que envejezca la población, con su consiguiente estancamiento y el aumento de las cargas sociales, que frenarían su desarrollo.

En realidad, se exagera el aumento de la natalidad pues, aunque algunos países la tienen alta en la actualidad, la experiencia demuestra que su tendencia será a la declinación. La alarma parece arrancar después de la II Guerra Mundial, cuando muchos países que iniciaron su etapa de desarrollo aumentaron su tasa de natalidad, basada en la relación inversa entre desarrollo socio-económico y natalidad. La voz de alarma más parece provenir de naciones poderosas que, no queriendo perder su hegemonía, tratan de imponen el control de la natalidad arguyendo problemas demográficos, presionando a las naciones débiles para acrecentar la disminución de la natalidad, con la amenaza de disminuir su cooperación financiero-técnica si no se pone coto a la aparente explosión poblacional. Esta situación la comparten la mayoría de nuestras Repúblicas latinoamericanas que, sin resolver otras situaciones más apremiantes, se han lanzado a un osado programa de control de la natalidad, sin prever las consecuencias funestas para su desarrollo.

2?—*CAUSAS QUE CONTRIBUYEN A LA DISMINUCIÓN DE LA NATALIDAD*

Como tales pueden mencionarse:

a) declinación real de la capacidad reproductora,
d) factores culturales que rigen las costumbres matrimoniales y
c) limitación voluntaria de la dimensión familiar.

III—PLANIFICACIÓN FAMILIA Y CONTROL DE LA NATALIDAD

19—SC/ *ORIGEN*

Se basa en el concepto de la vida misma, algo complejo de definir y con facetas particulares. En su concepción no figura la discriminación, sea racial, religiosa, política, etc.

No hay certeza de su origen pues los ensayos se pierden a través de los siglos. La eutanasia existe desde la antigüedad como medio de exterminio para seres indeseables. Lo mismo puede afirmarse del aborto y las prácticas anticonceptivas. En el Kahum egipcio existen prácticas anticonceptivas. Podemos apreciar que la diferencia entre la anticoncepción antigua y la actual es más filosófica que científica.

El hombre es un ser social por excelencia; su aislamiento lo condena a sucumbir y, frente a los problemas que afectan su normal desenvolvimiento, adopta medidas de seguridad colectiva; he aquí uno de los orígenes de la planificación familiar.

Control de la natalidad es un nombre sugerido por Margaret Sanger, creado para expresar el deseo de evitar embarazos indeseados y abortos provocados. No se basa en principios maltusianos.

Para personas con mediano nivel educacional sería factible aplicar el método de Ogino-Knaus para limitar la familia pero para los que vegetan al amparo de la miseria, la promiscuidad, la ignorancia y la irresponsabilidad, deberá recurrirse a otros métodos aprobados por la ciencia. Frente a esta tragedia surgió el "Mo-

vimiento Mundial de Planificación Familiar" iniciado por Margaret Sanger. Consternada por el aborto clandestino, frente a conceptos viciados de maternidad y paternidad, viajó a Europa para pedir ayuda y prevenir embarazos que se consideraban indeseados.

En 1916 abrió la primera clínica para control de la natalidad en un barrio pobre de Brooklyn, pero las Leyes Federales no contemplaban la anticoncepción y se le encarceló por 30 días. El incidente originó voces de protesta y presiones para cambiar las leyes arcaicas existentes y así se constituyó la "Liga Americana de Control de la Natalidad". Hasta 1965 la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos derogó las leyes que prohibían el uso de anticonceptivos.

En 1930 se cambió el nombre de Control de la Natalidad por el de Planificación Familiar, con significación más compleja, incluyendo infertilidad, consulta matrimonia], educación sexual e investigación. Inicialmente solo tomaron parte las mujeres, lo cual podría parecer paradógico, pero en los últimos años han colaborado los hombres y, sobre todo, el sector público. El movimiento es mundial, ha rebasado el terreno privado y se han infiltrado en organismos nacionales e internacionales. Aunque Margaret Sanger lo concibió para fomentar la salud familiar, su concepción actual es muy compleja. Su movimiento rebasó las fronteras de su patria y en 1922 visitó Asia, estimulando la planificación en India, China y Japón, países que actualmente cuentan con clínicas modelo.

Para Latinoamérica el movimiento es más reciente, después de la II Guerra Mundial, y su introducción ha obedecido, más que todo, a presiones de naciones que ejercen liderato regional.

2o—FIN PRIMORDIAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

"Impulsar a la humanidad hacia la meta máxima de su propio perfeccionamiento espiritual, intelectual y material, capacitándola hacia un mundo equilibrado en donde reina la paz, la justicia y el bienestar individual y social" (2). Se basa en el concepto de la familia, la primera unidad social por excelencia, y persigue, entre otras cosas, inculcar el concepto de maternidad y paternidad responsables. Su arma de ataque es la educación, sin la cual no se puede comprender la magnitud del problema. Si es inhumano traer al mundo hijos en exceso, sin pensar en las repercusiones sociales, más inhumano es no educar a las masas. No deberá pensarse que la Planificación Familiar es una simple distribución de anticonceptivos, pues se traicionarían sus objetivos; es mejorar las condiciones económicas, culturales y sociales en forma armónica.

IV.—LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DE LAS POBLACIONES

l°—EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA HASTA 1960

a) *Ritmo de crecimiento*

Lo que más llama la atención en Hispanoamérica es el acelerado ritmo de crecimiento: unos 60 millones al iniciarse el siglo y con 207 millones a finales de 1960. Si nos basamos en datos de población estimada y el ritmo de su crecimiento en 14 países latinoamericanos (publicaciones de las Naciones Unidas) se vislumbra el siguiente panorama:

Población estimada	*Se duplicó o duplicará*	*Número de años necesarios para duplicarse*
1900	1940	40
1920	1954	34
1930	1960	30
1940	1967	27
1950	1975	25

Es importante analizar los porcentajes de aumento de población en los mismos períodos. En los primeros 30 años del siglo América del Sur Templada presentó el crecimiento más elevado debido, en parte, al crecimiento vegetativo (nacimientos menos defunciones) y a la inmigración internacional. En el período referido más en Cuba, Brasil, Argentina y Uruguay. De 1,940 a 1960 América Central pasó a ocupar el primer puesto.

b) *Natalidad y mortalidad*

Para principios del siglo no hay tasas fidedignas al respecto pero se puede estimar que Latinoamérica creció a una tasa menor del 2%. La mortalidad se estima en 25-30 por mil. Esta disparidad basta para explicar por qué el problema demográfico no adquirió la preocupación actual.

Para el período de 1930 a J960 (excepción de Cuba, Puerto Rico, Argentina y Chile) los países presentaron altas tasas de natalidad (entre 40 y 50 por mil). La mortalidad descendió más de lo esperado, como consecuencia de los adelantos médicos y sociales alcanzados.

c) *Consecuencias demográficas*

Las situaciones han traído especiales consecuencias demográficas para Latinoamérica y que en la actualidad se caracterizan por:

Un crecimiento alto y progresivo en aumento,
—estructuras en que predominan los menores y adultos jóvenes y
—acentuada emigración de las áreas rurales hacia las urbanas.

Sobre la primera consecuencia no hay objeciones: la población latinoamericana ha crecido de 1960 a 1965 en 31 millones, lo cual da un incremento anual de 2,8%. En base a ese ritmo, para 1965 la población regional habría sobrepasado los 238 millones. América Central y América del Sur Tropical ocupan el primer puesto, con un 72% de la población de Latinoamérica.

El segundo punto obedece a que la fecundidad se ha mantenido en forma prolongada. El caso inverso trae una población decreciente de niños y creciente de ancianos. México, que puede servir de ejemplo a lo que ocurre a otros países, tiene un 55% de población menor de 20 años debido a la fecundidad existente.

Con respecto a la emigración de áreas rurales hacia las urbanas, en las primeras décadas del siglo no tuvo mayor significación. A partir de 1940 se inició una acelerada urbanización y se dieron situaciones especiales en Venezuela, que de un 18% en esa fecha se elevó a un 41% en 1961. Los países menos urbanizados se encuentran en América Central y en el Caribe pero también aquí —excepción de Honduras y Haití— la proporción de habitantes en ciudades de 200.000 o más habitantes debe ser de 20-25%. El caso de la ciudad de un millón de habitantes (en 1940 sólo existían cuatro) ha pasado a la historia: para 1960 ya existían diez de los cuales nueve eran capitales de sus respectivos países. Entre todas destacaba la ciudad de Montevideo, que reúne el 46% de la población del país.

La urbanización acelerada trae problemas muy peculiares, especialmente cuando no se han previsto los aspectos educativos, sanitarios, oportunidades de trabajo, etc., siendo ésa una de nuestras mayores tragedias y una de las razones para que nuestros gobernantes quieran pasar de la era del burro a la del jet.

2?—*PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS DE HISPANOAMÉRICA HASTA FINALES DEL SIGLO XX*

a) *Crecimiento de la población*

El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) han hecho extensas proyecciones de población para 1970-1980. En el fondo adolecen de especiales puntos realistas, dada la subjetividad de quienes intervienen, pero pueden aceptarse como predicciones para los próximos años. Se estima que dentro de 15 años Hispanoamérica tendrá unos 364 millones de habitantes, casi una y media veces más que los Estados Unidos del Norte.

La Organización de Naciones Unidas (O.N.U.) ha hecho estimaciones de población en base a datos de fecundidad y mortalidad, pero los demógrafos no previeron que la natalidad alcanzaría niveles tan altos, a la vez que la mortalidad bajaría aún más.

Fecha en que NN. UU. elaboró proyección	*Población proyectada para 1980 (en millones)*
1951	315
1954	331
1957	341

Para los años 1990-2000 las proyecciones, se han hecho esperando que continúen las actuales tendencias, es decir, los niveles registrados en 1960. Se cree que la natalidad para el año 2000 tendrá un nivel muy parecido al que alcanzó Suecia en 1960 y con un promedio de vida de 73 años. Aunque parece que en el Caribe la mortalidad descenderá muy lentamente, la población de Hispanoamérica llegará a 740 millones de habitantes en el año 2000, el triple del actual. Para América del Sur Tropical, el Caribe y América Central continental se estima que la fecundidad permanecerá estacionaria hasta 1980; después de este año comenzará a descender a ritmos diferentes. Para América del Sur Templada se cree que será igual a la alcanzada en 1960. En realidad, de suceder lo último, Hispanoamérica tendrá unos 660 millones de habitantes para el año 2000.

b) *Proyecciones por grupos de edades*

Aún suponiendo que la fecundidad se alterara y disminuyera la mortalidad, se cree que para 1980 los menores de 15 años representarán el 40%.. Esto es importante porque los estados deberán planificar sus programas educativos, sanitarios, etc., en base a esos datos.

c) *Proyecciones de urbanización-*

Si las tendencias actuales no cambian, Hispanoamérica tendrá para 1980 de 204 a 220 millones de habitantes residiendo en áreas urbanas, en ciudades de 200.000 o más habitantes. Quizá el más grave problema podría surgir en la agricultura pues solo un 25-30% de la población activa se dedicaría a ella, debiéndose prever programas al respecto y, en especial, los de reforma agraria para lograr incrementarla.

3Q_*COMPARACIÓN DEL PROBLEMA DEMOGRÁFICO EN HISPANOAMÉRICA CON EL RESTO DEL MUNDO*

La publicación de las Naciones Unidas, "Provisional Report on World Population Prospects as Assesed in 1963", considera que desde 1920 a 1960

las tasas de crecimiento en las regiones menos desarrolladas han ido en continuo aumento, pero les aventaja Hispanoamérica, segunda de cerca por África y Sudasia. Partiendo de 1960 se estima que el crecimiento mayor de Hispanoamérica ocurrirá entre 1970-1980 y, luego, le alcanzará África. Aunque el porcentaje de población de nuestra región, con respecto a la mundial, ha ido ganando importancia (4,7% en 1920 y 6,9% en 1960) es una de las más raquíticas en contingente humano, talvez solo superada por América del Norte y Oceanía. Sin embargo, si su ritmo actual continuara podría aventajar no solo a la Unión Soviética sino a Europa. De cumplirse los vaticinios actuales, el mundo llegaría a uno 6.000 millones de habitantes para finales del siglo, correspondiendo un 10,3% para Hispanoamérica.

Robert McNamara, Presidente del Banco Mundial, entidad muy interesada en el control de la natalidad, opina que "el mayor obstáculo para el crecimiento económico y el bienestar social de los países miembros. . . . es el aumento de población". Cree que "un niño nacido hoy, que viva hasta los 70 años, conocerá un mundo de 15.000; su nieto compartirá el planeta con 60.000 millones. Dentro de seis siglos y medio —el mismo lapso insignificante que nos separa de Dante—■ habría un ser humano por cada pie cuadrado de tierra: un cuadro de horror que ni el infierno podría igualar". Lo que no analiza es que los mismos problemas que lo más importante sería tratar de aumentar la producción. Como conclusión generan soluciones, que la natalidad no es algo estable y que tiende a declinar y podemos afirmar que Hispanoamérica es la región del mundo con crecimiento más acelerado de población y probablemente no modificará su ritmo, a no ser que se presentaren variantes de nataladidad, mortalidad y migración internacional.

V.—DECLARACIÓN DE LOS JEFES DE ESTADO SOBRE POBLACIÓN (3)

"La paz del mundo reviste primordial importancia para la comunidad de naciones y nuestros gobiernos están desplegando sus mejores esfuerzos para mejorar las perspectivas de paz en la presente y futuras generaciones. No obstante, hay otro gran problema que amenaza al mundo: un problema del crecimiento demográfico no planificado".

"Para llegar a los mil millones de habitantes, la humanidad necesitó todo el tiempo que registra la historia hasta mediados del siglo pasado. Sin embargo, en menos de cien años alcanzó el segundo millar, de millones, y luego bastaron treinta años para que llegara a los tres mil millones. Al ritmo actual de crecimiento habrá cuatro mil millones de habitantes en 1975 y cerca de siete mil millones de habitantes en el año 2.000. Este crecimiento sin precedentes nos coloca ante una situación única en los asuntos humanos y nos plantea un problema que se torna cada día más urgente".

"Las cifras son ya de por sí impresionantes pero sus repercusiones revisten aún mayor trascendencia. El crecimiento demasiado rápido de la población entorpece seriamente los esfuerzos encaminados a elevar el nivel de vida, promover la educación, mejorar la salud y la sanidad, proporcionar mejores viviendas y medios de transporte, fomentar las actividades culturales y recreativas e, incluso en algunos países, asegurar la alimentación suficiente. En pocas palabras, se está frustrando y perjudicando la aspiración humana a una vida mejor, común los hombres de todo el orbe".

"Como Jefes de Gobierno activamente preocupados por el problema demográfico, compartimos las siguientes convicciones:

Creemos que el problema demográfico debe ser reconocido como elemento principal de la planificación nacional a largo plazo, si es que los gobiernos han de alcanzar sus objetivos económicos y satisfacer las aspiraciones de sus pueblos.

Creemos que la gran mayoría de los padres desean contar con los conocimienttos y los medios necesarios para planificar sus familias, y que la oportunidad de decidir el número y el espaciamiento de los hijos constituye un derecho humano fundamental.

Creemos que la paz duradera y provista de sentido dependerá en grado considerable de la forma en que se haga frente al crecimiento demográfico.

Creemos que el objetivo de la planificación de la familia es el enriquecimiento de la vida humana y no su restricción; que la planificación de la fámula, al proporcionar mayores oportunidades a cada persona, da libertad al hombre para lograr su dignidad individual y realizar todas sus posibilidades.

Reconociendo que la planificación de la familia reviste vital interés tanto para la nación como para la familia, nosotros, los infrascritos, confiamos sinceramente en que los dirigentes de todo el mundo compartan nuestras opiniones y se nos unan en esta gran empresa por el bienestar y la felicidad de todos los pueblos".

La declaración anterior está firmada por dignatarios de todo el mundo, pero de Hispanoamérica solo la suscriben unos cuatro. Sería engorroso copiar todos los nombres, lo importante es conocer la opinión de los dirigentes mundiales.

VI.—POSICIÓN DE LA IGLESIA CATÓLICA FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EN PARTICULAR SOBRE CONTROL DE LA NATALIDAD

Para Hispanoamérica es muy importante conocer la posición de la Iglesia frente al problema ,no solo por ser la religión Católica la que cuenta con mayor número de adeptos, sino porque el común de nosotros pertenecemos a ella y nuestra masa católica es de gran significación en el mundo.

La Iglesia Católica siempre ha mostrado interés por el control de la natalidad. Desde los años 354-430 de la Era Cristiana, cuando San Agustín Moniqueo se convirtió al catolicismo, él mismo se reveló contra las prácticas que condenan al matrimonio, la unión sexual heterogénea y la procreación. San Agustín cohabitó con una mujer por 11 años y tuvo un hijo; luego contrajo matrimonio, no con ella, sino con una mujer de sociedad. Hizo amplios análisis sobre el matrimonio y su noble finalidad, aseverando que en el acto sexual no hay "nada racional, espiritual ni sacramental y que su única finalidad es la procreación". De ahí surge su pregunta "¿Por qué Dios no habría hecho de la procreación un acto automático y desprovisto de placer?" De ahí parten sus puntos de vista de que todo lo que interfiera con la concepción es pecado y su pensamiento dominó casi por un milenio. A partir del siglo XIII el Escolasticismo debilitó sus puntos de vista e introdujo nuevos valores.

Ogino (1924) y Knaus (1929) estudiaron independientemente el método del ritmo que lleva su nombre. El 15 de agosto de 1930 se verificó la Conferencia de Lumberth, Inglaterra, y los Obispos Anglicanos se pronunciaron a favor de la anticoncepción. El 31 de diciembre de 1#31, Pío XI publicó su Encíclica "Costi Connubili" y condenó toda forma de anticoncepción, salvo la abstinencia. En 1951, Pío XII condenó todos los métodos, excepto el de Ogino-Knauss.

Desde el año de 1.954 en que se descubrieron las pildoras anticonceptivas, se ha hecho sentir la opinión adversa de la Iglesia Católica.

Algunos renombrados médicos católicos, como el Dr. John Rock, han tratado de encontrar métodos anticonceptivos que estén de acuerdo con la Ley Católica. El mencionado sostiene que "los católicos deben considerar el uso de las pastillas anticonceptivas como padres responsables en un mundo amenazado por la superpoblación".

En la XVIII Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra (19 de mayo, 1965) la Iglesia Católica hizo sentir su opinión sobre planificación familiar por medio del Rev. Padre De Rieamatten, Secretario de la Comisión del Vaticano en problemas de población: "La Iglesia Católica da la impresión de prudencia, hasta el grado de reticencia, en los asuntos relacionados con la población, la familia y la natalidad, pero esta apariencia no se debe a indiferencia o negligencia; su actitud se debe a la importancia del tema y al temor de que sin darle la debida importancia a la complejidad y delicadeza de este asunto, se tomen decisiones de las cuales nos tengamos que arrepentir. El Vaticano no se opone en principio a que la Organización Mundial de la Salud se interese en el campo de la reproducción humana y está sumamente interesado en sus programas de estudios e investigaciones principiados hace dos años; confía en que sus investigadores puedan ofrecer una garantía al control de la natalidad y ofrecer soluciones que se aproximen al control natural; que se contribuya a los conocimientos técnicos y prácticos de fisiología de la reproducción y, como consecuencia,, la posibilidad de darle la libertad al hombre para que use sus potencialidades. Este es el punto de vista del problema: Si se enfrenta solamente por el punto de vista demográfico hay el peligro de exagerar el crecimiento de la población y formular generalizaciones de casos particulares. Por otra parte, llegaríamos a un punto de partida donde ninguna pareja podría ignorar las posibilidades reproductivas de su vida conyugal y sus responsabilidades con sus hijos, la familia y la sociedad. Esto involucra uno de los derechos más sagrados del individuo, pero mientras la sociedad debe respetar este derecho, la pareja no debe descuidar las obligaciones, conectadas con el ejercicio de este derecho. Muchas parejas se encuentran actualmente con la necesidad de limitar su fertilidad, ya sea por intereses de su familia o de sus países. Hay ciertas situaciones demográficas de super y baja población que las parejas no pueden ignorar. Aunque la situación inmediata no sea alarmante, no hay nada en contra de una inteligente previsión para el futuro. *El problema conectado con ¡a urgente necesidad de la pareja de limitar permanente o temporalmente el número de sus hijos es la responsabilidad directa de los especialistas en salud y fisiología de la reproducción."*

"Sin duda, los triunfos de la ciencia moderna y las posibilidades prácticas que ella ofrece, hacen necesario examinar asuntos que se creían resueltos y considerar los nuevos factores insospechados en décadas pasadas. Es precisamente esto lo que está haciendo la comisión establecida por el Vaticano para estudiar las implicaciones de la población, la familia y la natalidad. Hasta en la profesión médica hay confusión con respecto a la población y la natalidad y es esencial para las instituciones internacionales clarificar esta situación".

"Todos los gobiernos deberían tener una política sana de población, ninguna administración pública debería ignorar completamente los problemas relacionados con la reproducción humana. Tanto para los moralistas como para el individuo interesado en el significado de sus acciones, es indispensable conocer los hechos. Todos necesitamos alguna autoridad capaz de informar, investigar y animar, una autoridad a la que se pueda consultar con seguridad, siempre que la política de población y decisiones de familia hayan sido tomadas con el menor error posible. Dicha autoridad no necesita restringirse a la pura teoría, pero debe aconsejar en los aspectos prácticos, toda vez que la orientación esté basada en conclusiones científicas y objetivas" (4).

En cuanto a la posición de los fieles católicos *con* respecto al problema, la organización norteamericana Gallup, en una encuesta de tres mil personas efectuada para conocer su opinión sobre los anticonceptivos, llegó a la siguiente conclusión: 56% se inclinó a favor de un cambio de actitud de la Iglesia,

35% se opuso a toda variación y 11% manifestó no tener ninguna opinión al respecto. Por mucho peso que tenga la opinión de las personas, la Iglesia solo sigue aceptando el método del ritmo y la abstinencia, por considerar que no interfieren con la ley natural.

El actúa! Pontífice, Paulo VI. aunque presionado por el laicado católico y cierto sector de la jerarquía católica, no ha vanado la actitud de la Iglesia frente al problema y sus puntos de vista pueden encontrarse en su Encíclica "De la Vida Humana". En algunos de sus puntos de mayor controversia el Papa dice a los Estados: "No aceptéis que se degrade la moral de los pueblos. No aceptéis que por medios legales se introduzcan en esa célula fundamental que es la familia, prácticas contrarias a la ley natural y divina". La posición actual de la Iglesia es terminante, llegando hasta criticar la actitud de entidades que, como el Banco Mundial, han llegado a la amenaza de suspender toda ayuda económica si no se aceptan los programas de planificación.

Es obvio que la Iglesia enfrenta en la actualidad una de sus peores crisis, puesto que los mismos adeptos no siguen a cabalidad sus postulados y, al presente, unos 10 millones de personas usan anticonceptivos. Por otra parte, en algunas jerarquías, como la Jesuita, parece haber puntos de vista más flexibles; tal es el caso de Dexter L. Hanley, S. J., jurista distinguido en Norteamérica, que ha dado sus puntos de vista del apoyo que todo católico debe dar a los programas de sus estados: "Un católico puede perfectamente dar apoyo político a los programas que suministran información, y servicios anticonceptivos, aún cuando la práctica de la anticoncepción sea reconocida como contraria a la ley moral. Su posición sólo implicaría dar apoyo a su gobierno en el esfuerzo legítimo de promover el bienestar común y el orden público por medio de un programa destinado a equilibrar la población y los recursos".

Para terminar con este problema embarazoso para la Iglesia, solo citaré las palabras del Cardenal Suenens, de Bélgica: "Estamos ante un nuevo caso como el de Galileo".

VII.—ACTITUD DE LAS UNIVERSIDADES Y ESCUELAS DE MEDICINA FRENTE AL PROBLEMA

Las universidades y, en particular, nuestro Gremio Médico tienen especial responsabilidad para tratar de contribuir a la solución o, al menos, disminución de lo que se estima como explosión demográfica. Sus actividades deberán enmarcarse dentro de tres funciones fundamentales: enseñanza, investigación y extensión.

En cuanto al primer punto, tanto el personal médico como paramédico, deben estar suficientemente capacitados y conocer las bases fisiológicas de la reproducción; conocer el mecanismo de acción de los anticonceptivos y, sobre todo, empaparse en las variadas facetas del problema demográfico que tanto descuido ha tenido.

Con respecto a la investigación, deberán estudiar a fondo los problemas conexos con la fecundidad, repercusiones socio-económicas de la misma y todo lo que abarque el amplio campo de la reproducción.

La extensión será consecuencia de los puntos anteriores, pudiendo aplicarse no solo en el consultorio sino a través de programas informativos para el público.

Siendo las Universidades organismos superiores de formación profesional, deberán mantener estrechos vínculos con la Administración Pública, organizando seminarios, foros, etc., en que puedan participar diversas fuerzas sociales, lo que influirá en las decisiones de los gobernantes. De lo anterior se colige que el papel de la Universidad, además de útil, puede ser decisivo, a condición de actuar con tino en sus planteamientos.

VIII.—DIVERSAS OPINIONES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y CONTROL DE LA NATALIDAD

En el libro del profesor francés Sauvy "De Maltus a Mao-Tse-Tung" (5) expresa: "No es la cantidad desmedida de seres humanos lo que determina el desastre o la armonía evolución de un pueblo, sino su modo de producir y de consumir".

Robert McNamara (6), Presidente del Banco Mundial, manifiesta: "La explosión demográfica hace mayor la separación entre los países pobres y los ricos. Es falso el argumento de quienes sostienen que hay países que necesitan más población para acelerar su desarrollo".

El Reverendísimo Pierre Boillón (7), Obispo de Verdun, asevera: "La anticoncepción no puede ser nunca buena: será siempre un desorden, pero este desorden no es siempre culpable. Ocurre, en efecto, que los desposados se consideran a sí mismos envueltos en un verdadero conflicto de obligación".

Aldoux Huxley (8) afirma: "Para todo el que piensa en términos de biología como de economía, política y sociología, es patente que la sociedad que ejerce el control de la muerte tiene a la vez que ejercer el de la natalidad: que el corolario de la higiene y de la medicina preventiva es el anticoncepcionismo".

Monseñor Dr. Martín Barraza (9) concluye: "De nada servirá querer reducir el número de hijos si las demás causas del desequilibrio, talvez más poderosas, subsisten. Mientras no haya más educación, más moral, más responsabilidad, el desequilibrio subsistirá y el dinero servirá para una mayor corrupción".

IX.—CONCLUSIONES

1Q—La tendencia actual de las poblaciones hacia su crecimiento es la consecuencia de los adelantos médicos y el mejoramiento de los niveles de vida, resulta, pues, paradógico frenar lo que tanto esfuerzo y dinero ha necesitado.

2°—El problema demográfico no debe ser el punto de mayor preocupación; lo que debe hacerse es canalizar esfuerzos hacia una distribución equitativa de las riquezas, hacia el incremento de la producción y los mejoramientos de niveles de vida.

3^{9}—Considero que el mundo no está superpoblado; está superdesorientado y desorganizado para mejorar los niveles humanos, desperdiciando sus riquezas en programas bélicos y de toda índole destructiva.

4°—América Latina no debe enfrascarse en costosos programas de control de la natalidad pues necesita de potencial humano para salir de su subdesarrollo; los esfuerzos de los estadistas, si es que los hay, deberán inclinarse hacia el mejoramiento del nivel educativo, de salud, de producción y de todo lo que implique mejoramiento colectivo.

59—La Planificación Familiar con su noble finalidad de mejorar el bienestar individual y social, deberá acuerparse toda vez que afronte los problemas que constituyen nuestra alarma actual: ignorancia, promiscuidad, irresponsabilidad, ilegitimidad, insalubridad.

69—No debemos adversar la anticoncepción en sí pues todos tendremos que practicar algunas de sus formas en un momento determinado; lo que sí debemos adversar es la miopía de quienes están enfrascados en el problema, toda vez que sus programas no descansen sobre bases sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Camel, F. O: Estadísticas Médicas y Salud Pública. Universidad Los Andes, Mérida, Venezuela, **1966.**

2.—Havcmann, E.: Control de la Natalidad. Libreto publicado por Life en Español. Países Bajos 1967.

3.—Boletín de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, diciembre 1968.

4.—Maramatsu, M. y Harper, P. A.: Population Dynamics. E.U.A. 1965. 5.—

Boletín de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, junio 1968. 6.—

Boletín de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, octubre 1968. 7.—

Boletín de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, enero 1969.

8.—Boletín de la-Asociación Hondureña de Planificación Familiar, agosto 1(967.

9.—Boletín de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, abril 1968.

La Medicina Socializada*

Dr. Raúl Felipe Cálix (**)

Para hablar sobre este tópico es necesario referirse al carácter de la Medicina en la Unión Soviética, a la forma en que ésta llega hasta las amplias capas de la población.

En este país la Medicina es socializada y se caracteriza por ser inminentemente preventiva," popular,' gratuita y **calificada**

Su carácter preventivo descansa en la tesis de que es mejor para el organismo humano prevenir que curar una enfermedad. Este aspecto enlaza íntimamente la Medicina con el sistema social imperante, con los conceptos y categorías ideológicas y morales existentes.

El carácter preventivo de la Medicina soviética no es una medicina esporádica o experimental aplicada al azar y en contradicción con el medio. Esa profilaxis se aplica en toda la línea, desde organización de la Salud Pública hasta los problemas de la táctica y estrategia médica, en la curación. Veamos esto último en un ejemplo concreto y analicemos cual es la actitud de los Médicos soviéticos respecto al empleo de antibióticos: en la U.R.S.S. las dosis masivas de antibióticos se emplean en casos excepcionales, como una peritonitis generalizada o una septicemia; se trata de sustituir el antibiótico por otros fármacos o procedimientos médicos cuyo empleo sea menos peligroso ya que para el Médico se acrecientan dos problemas enormes, como son los pacientes alergizados y las floras resistentes.

SÍ la enfermedad surge se trata, no solo de cortarla momentáneamente, sino de prevenirla para el futuro utilizando los medios más diversos.

La Medicina en la U.R.S.S. está orgánicamente ligada con las demás estructuras del sistema socialista, sin las cuales sería imposible su carácter preventivo.

La atención que el Gobierno presta a la Salud Pública es colosal pues en la Unión Soviética existe una red de miles de hospitales, la que abarca hasta los últimos rincones del país. Existen centenares de institutos médicos de investigación científica, millones de técnicos médicos, especialistas y científicos; decenas de fábricas de medicamentos, instrumentos, aparatos y materiales médicos.

El trabajo está normado por prescripciones y conceptos médicos fijados por la ley. Por ejemplo, hay un sinnúmero de enfermedades que ameritan un cambio de trabajo o la suavización de este último: la úlcera péptica y las enfermedades **neurospíquicas** están en esta lista. Es más, en las ciudades y aldeas de la U.R.S.S. existen supermercados especiales donde se venden raciones dietéticas bien balanceadas para las enfermedades que así lo exigen. Igualmente, existen los comedores dietéticos.

Los enfermos con deficiencias cardíacas tienen derecho a vivir en los tres primeros pisos de los edificios, para evitar las subidas y la manipulación en el elevador. Para el caso, los enfermos con tuberculosis tienen derecho **a** un apartamiento aislado provisto de todas las comodidades. Y así existen miles de cláusulas en los códigos de trabajo y de salubridad pública que constituyen un poderoso factor en la profilaxis de las enfermedades.

(*) Charla dictada en la Cátedra Cívica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.H.

(**) Graduado en la Universidad Patricio Lumumba.
Postgraduado en el Primer Instituto de Moscú de Medicina.

En la actualidad existe en la Unión Soviética la semana laboral de 5 días con 2 de descanso. Esto ha traído consigo el aumento de la red de casas de descanso, de sanatorios y balnearios auspiciados por el Ministerio de Salud con el objeto de propiciar al pueblo un descanso activo, variado y adecuado a las necesidades específicas de cada individuo.

En un país tan desarrollado como la U.R.S.S. el auge industrial trae consigo el traumatismo industrial y las enfermedades profesionales. Para prevenir éstos se ha desplegado una gran labor profiláctica en las fábricas y *koljoses;* cada día se instalan nuevos centros de investigación científica-médico-laboral para que la prevención médica marche al unísono con el auge industrial. La diferenciación económica en cuanto a la calidad y dureza del trabajo, es bien marcada en la U.R.S.S.; así es como los profesionales y obreros sometidos a condiciones labo rales más pesadas o insalubres devengan, no solo un sueldo más elevado, sino que tienen prioridad en cuanto al descanso en los mejores balnearios y sanatorios, así como también a una atención médica bien calificada. Estos centros laborales tienen condiciones higiénicas óptimas, viviendas sumamente cómodas para estos trabajadores y se pensionan a la edad de 55 años, mientras que los demás lo hacen a los 60 los hombres y a los 50 las mujeres. Este es el caso de los mineros, de los trabajadores de la industria química, de la industria atómica, etc.

i Sería imposible hablar de Medicina Preventiva sin hablar de deporte. Esto último se convierte en factor determinante de la primera, siempre y cuando sea masivo, variado, científicamente y técnicamente fundamentado y goce, además, de la protección multilateral del Estado y de las organizaciones sociales. Este es el carácter que reviste el deporte en la Unión Soviética, que le ha permitido crear una juventud sana, fuerte y culta. El deporte se practica allá a nivel de la fábrica, del *koljoz,* de la escuela, de la Universidad, de la oficina y de la institución científica.

Para no alargar nuestra charla no mencionaremos con detalle los baños a vapor rusos que existen en cada barrio y que es practicado por el 80% de la población. Tienen enorme importancia en la profilaxis de las enfermedades de la piel, cardiovasculares y respiratorias.

Decíamos que la Medicina Soviética está indisolublemente ligada y, a su vez, determinada por todas las realizaciones de la sociedad socialista. Empecemos por el descanso de los trabajadores. Independiente de su profesión o calificación técnica los soviéticos tienen derecho a un mes de vacaciones cada año y los que se dedican a la docencia gozan de dos meses de vacación. Este descanso es subvencionado casi en un 50% por los sindicatos. Los balnearios y las casas de descanso tienen todo lo necesario, no sólo en comodidades, sino en supervisión médica para proporcionar un descanso reparador que prevenga a la vez una serie de enfermedades. En este aspecto tienen una enorme importancia los sanatorios donde descansan decenas de miles de ciudades con diferentes enfermedades crónicas.

No podemos pasar por alto las características de la construcción en la U.R.S.S., que es planificada a largo plazo y en función, antes que nada, de la Salud Pública. Así, por ejemplo, las fábricas o industrias que ensucian con sus desechos la tierra, la atmósfera y las aguas, solo pueden ser construidas en el así llamado anillo exterior de la ciudad, situado a varios kilómetros del núcleo poblacional, de preferencia hacia donde sopla el aire de la ciudad. Los Médicos Sanitarios vigilan constantemente porque en los centros laborales no se sobrepasen los índices o normas que puedan afectar la salud. La urbanización de las grandes metrópolis soviéticas juega un gran papel en la profilaxis pues nadie construye donde se le antoja, sino de acuerdo a un plan; así es como surjen ciudades con amplias calles, bien forestadas, que permiten la amplia circulación del aire.

El hacinamiento no existe en la U.R.S.S.; ningún ciudadano puede tener un cubometraje menor de 9 metros cúbicos per cápita, cantidad de vivienda que responde a las íntimas exigencias modernas.

La. aldea soviética no está en desventaja respecto a la ciudad pues los Médicos Rurales o *felshers* se encuentran hasta en las más apartadas de ellas. Además, la Aviación Sanitaria de la U.R.S.S. es tan eficaz y rápida que aún en las duras condiciones invernales de la taiga o de la tundra, en cuestión de horas transporta los enfermos graves a los hospitales regionales y urbanos. Sería imposible abarcar en una charla tan corta los factores que determinan el carácter profiláctico de la Medicina Soviética; basta mencionar dos factores importantísimos, como son:

1) Gracias a tal carácter la Medicina en ese país ha logrado el promedio de duración de la vida más alto del mundo: 70 años y

2) En un país tan grande se han erradicado completamente un sinnúmero de enfermedades: paludismo, poliomielitis, encefalitis, enfermedades parasitarias, enfermedades venéreas, etc.

En los actuales momentos con todas sus fuerzas tienden a mejorar, desde el punto de vista clínico y organizativo, todo el sistema de diagnóstico temprano de las enfermedades más peligrosas y extendidas. En este sentido los esfuerzos principales se concentran en la lucha contra el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la cofagenisis y las enfermedades profesionales. Con este objeto existen, independientemente, los dispensarios oncológicos encargados de llevar un control total, periódico y obligatorio, de todos los ciudadanos, bien sea en los centros laborales o bien en las instituciones docentes o de investigación. A este nivel se verifica una intensiva propaganda médica destinada a elevar el nivel cultura de la población; en este sentido la radio y la televisión desempeñan un papel enorme.

El cuidado y la protección de la madre y del ■ niño empiezan desde la gestación misma; para ésto funcionan infinidad de centros gineco-obstétricos y pediátricos que no permiten que a lo largo y ancho de ese país nazca un tan solo niño fuera de los hospitales, donde se les da una atención médica especializada. La madre recibe vacaciones por 52 días antes y 52 días después del parto, con sueldo de 100% y durante esos períodos se encuentra bajo la observación médica" intensiva. Los jardines de infancia y las casas cunas no sólo permiten a los padres trabajar sino que garantizan al infante soviético educación eficiente y una salud total a base de control estricto de los sistemas de vacunación, alimentación y vigilancia médica general.

' El control de la salud de la población está garantizada gracias al principio organizativo de la territorialidad, es decir, que los complejos policlínico-hospitalario tienen a su cargo un número determinado de habitantes de su región respectiva. Estos no tienen derecho, excepto en caso de emergencia, a tratarse en otro hospital que no sea aquel en el que está inscrito. Si el paciente necesita ayuda médica más calificada se remite al centro adecuado. Este sistema evita la aglomeración de enfermos en unos pocos centros y a su vez permite un control y una atención más efectivas.

Analicemos ahora el segundo carácter de la Medicina Soviética: su popularidad. Con ello se quiere decir que la Medicina está al alcance de los 250 millones de habitantes de la U.R.S.S. En este terreno han sido grandiosos los buenos éxitos que se han conseguido. Dan una idea de ello las siguientes cifras: á existen alrededor de 400 habitantes por Médico, el índice más alto del mundo después de Israel.

En la Unión Soviética no se observa un fenómeno muy peculiar en Occidente: la concentración excesiva de Médicos en las grandes ciudades, en detrimento de las regiones sub-urbanas y rurales. Esta distribución se regula a base de leyes

establecidas y de estímulos económicos y técnico-profesionales, es decir, que a aquellos Médicos que trabajan en la periferia les pagan mejores sueldos y gozan de prioridad en cuanto a las oportunidades para superar su calificación profesional. El Gobierno, a su vez, está haciendo un desplazamiento del centro a la periferia; así se están creando multitud de institutos especializados en el corazón mismo de Siberia y de las regiones esteparias; ahí se instalan, también, grandes combinados médico-industriales. Los aparatos modernos y las últimas adquisiciones de la Medicina se distribuyen equitativamente en todas las regiones; así, por ejemplo, se encuentran "riñones artificiales" para hemodiálisis tanto en Moscú, como en Bladivostov o en Bakú. Lo mismo sucede con los especialistas.

Una de las manifestaciones más soberbias de la popularidad de la Medicina Soviética es la protección general y total que reciben los viejos y los inválidos. Después de los 60 años (o de los 55 para las profesiones pesadas) todo ciudadano recibe una pensión hasta el fin de sus días, el monto de la cual es proporcional al sueldo devengado (cerca del 50-100%). Para los inválidos existen leyes especiales de evaluación de las pensiones. En los últimos años se ha instituido que aquellos inválidos que han perdido sus dos extremidades inferiores se les hace entrega de un automóvil con mecanismos automáticos para ser guiados sólo con las manos.

Aunque la U.R.S.S. es un país que tiene 22 millones de kilómetros cuadrados, con inmensas zonas inhóspitas (como la tundra donde el frío llega a 70° bajo cero o las regiones esteparias o desérticas) aún en estas últimas regiones sus habitantes gozan de una atención médica calificada gracias, en primer lugar, a un servicio eficiente de emergencia, como lo es la aviación sanitaria que transporta los pacientes a los grandes centros hospitalarios en pocas horas. La aviación sanitaria tiene a su disposición centenares de helicópteros, avionetas e, incluso, aviones de retropropulsión para las regiones polares. En segundo lugar, existen los Médicos Rurales o *felshers* que se encuentran hasta en las aldeas más alejadas. El *felsher* pertenece a una profesión paramédica y se caracteriza por lo siguiente: 1) tener sólidos conocimientos en cuestiones de salubridad, sobre todo en epidemiología, 2) tener capacidad y autorización para tratar las enfermedades más extendidas en dicha región, 4) tener capacidad para tratar la mayoría de los casos de emergencia y 5) poseer capacidad y autorización para clasificar y remitir los pacientes a los centros hospitalarios. La existencia de ellos ha permitido, en gran parte, que la U.R.S.S. haya erradicado muchas enfermedades y que en el pueblo se haya creado una alta cultura sanitaria, que de por sí es un poderoso factor profiláctico.

El tercer carácter de la Medicina Soviética es su gratuidad. Esta cuestión vale analizarla por cuanto abundan las malas interpretaciones. Empecemos por decir que en la U.R.S.S. la medicina es gratuita en todos los niveles y para toda persona residente en ese país. No solo es gratuita la consulta y la atención médica, las medicinas y los hospitales sino que lo son igualmente los viajes, la permanencia y curación en sanatorios y balnearios; gratuitos son los asilos para los ancianos con enfermedades crónicas que no tengan familiares o que no quieran vivir con ellos. Algo importantísimo es el hecho que los soviéticos conservan durante su enfermedad la totalidad de su sueldo, independientemente de las causas de ésta. Una aspirina, una operación en el cerebro o un transplante de riñón vale lo mismo en la Unión Soviética, es decir, ¡nada!

Un hecho importante para que la población reciba una atención médica gratuita y calificada es que el transporte es sumamente barato, lo que permite un desplazamiento masivo de la población (el pasaje en avión o en tren vale lo mismo).

¿Cuáles son las premisas principales de la Medicina Socializada? En primer lugar, un alto presupuesto y, en segundo lugar, un ejército gigantesco de cuadros

técnicos. Para formarnos una idea de la enorme cantidad de Médicos Especialistas citamos las cifras siguientes: en la actualidad existen alrededor de 5%00 Cirujanos y en la Rusia zariana apenas habían 1.000; hay 85 Institutos de Medicina; existen, además, los Centros de Investigación Científica, Academia de Ciencias, en los que se preparan especialistas de alta calidad, por Lo general consejeros científicos de hospitales investigadores.

Sólo Institutos Quirúrgicos de Investigación Científica de la Academia de Ciencias existen más de una docena en Moscú; Hematológicos en Jarkow, Leningrado., Tashkent, Lbad, Moscú; de Traumatología y Ortopedia en Leningrado, Kiew, Jarcov, Moscú, Svierlousk, Kasan; institutos de emergencia de investigación se encuentran en casi todas las grandes ciudades; los Institutos Oncológicos se encuentran en View, Moscú, Leningrado y Jarcob y se les dedica especial atención dada la alta frecuencia del cáncer. Existen varios Institutos de Neurocirugía, de Cirugía Cardiovascular y Cirugía Pediátrica, He mencionado las subespecializaciones de una de las ramas de la Medicina. Como vemos, hay una repartición equitativa de estos centros en todo el territorio soviético.

En cuanto a la preparación de cuadros técnicos existe la tendencia a la superespecialización. La primera gran división existente es en Médicos Sanitarios y Médicos Terapeutas, estos últimos dedicados a la curación en el más amplio sentido de la palabra; los primeros se dedican exclusivamente a los problemas de la organización de la salud pública. Unos y otros estudian en institutos diferentes y con programas distintos. Los Médicos Terapeutas se subdividen en Pediatras y Médicos del Adulto. La especialización comienza en el 4° año de la Facultad.

En lo referente a las especializaciones de postgraduado existen:

1) El postgraduado puramente práctico llamado "ordinatura". Lleva 2 años y su objetivo es preparar Médicos en una rama especializada donde adquiere los últimos conocimientos y técnicas, sin defensa de tesis de grado. Después irá a trabajar como especialista a los centros hospitalarios.

2) El postgraduado con preponderancia teórica llamado "aspirantura". Dura 3 años y durante ellos debe escoger un tema bien específico para desarrollarlo y comprobarlo casuísticamente con conclusiones que no se repitan ni en la lite ratura soviética ni extranjera. Se corona defendiendo una tesis de grado para adquirir el título a candidato a Ciencias Médicas. Esta clase de especialista es dedicado a la investigación científica ligada o no a la clínica o al trabajo práctico. Para lograr la oportunidad de ser uno de éstos es necesario tener no sólo un magnífico curriculum sino, también, pasar un concurso de selección.

De tal manera que es la gente más capaz la que hace y dirige la Ciencia y la Técnica; la rutina se deja para los menos capaces. La no comercialización de la Medicina impide el imperio de la rutina. Una de las formas más efectivas para luchar contra este mal es el plan de superación médica existente, el que consiste en renovar constantemente los conocimientos y técnicas de]a masa de los Médicos. Con este objeto se han creado en las principales ciudades Institutos de Superación Médica donde se reciben cursos de diferente duración. Los catedráticos son los científicos más renombrados; además, los Médicos son distribuidos durante estos cursos en las mejores clínicas y centros científicos bajo planes exclusivamente individuales.

Otra forma de superación es la llamada "Comandiriock" o sea el intercambio de Médicos a nivel de hospital, ciudades, etc., o giras de científicos y organizadores del centro a la periferia.

Existe, además, una serie de medidas organizativas insubstituibles para la superación profesional y la evolución de la Medicina. Por ejemplo, la autopsia es general y obligatoria; esto de por sí comprueba la calidad de la clínica, el diagnóstico y el tratamiento, lo mismo que la calidad individual de cada especialista y la forma de organización de la Medicina. Las divergencias entre el diagnóstico anatomopatológico y el clínico son objeto de análisis minuciosos |y severos; estos análisis son fuente de conclusiones y medidas prácticas valiosas. Para ello se reúnen por lo menos 2 veces al mes en conferencias anatomoclínicas, a las cuales es obligatoria 3a asistencia de todos los Médicos, del hospital.

En la U.R.S.S. las asociaciones no son por profesión sino por especialidades. Así tenemos las asociaciones de Cirujanos, de Pediatras, de Urólogos, de Dermatólogos, de Ginecólogos, etc., que funcionan a nivel de ciudad, región, provincia, república y de toda la Unión. En las ciudades se reúnen semanalmente y su objetivo es presentar los casos más interesantes en su rama y para otros objetivos científicos. Estas sociedades sobrepasan los congresos a diferentes niveles.

Ahora hablemos a *grosso modo* de la organización de la Salubridad Pública. La unidad principal es el complejo policlínico-hospitalario que existe desde hace alrededor de 10 años; antes de este tiempo existían aisladamente las policlínicas. El papel de la policlínica consiste en realizar todo el trabajo ambulatorio (curaciones, tratamientos, etc.), clasificar los enfermos para hospitalización en base de consultas especializadas, es decir, que sus gabinetes son atendidos no por Médicos Generales sino por especialistas; esta policlínica tiene en sus archivos todas las fichas de los habitantes de su región y lleva el control de la Salubridad en general (vacunaciones, exámenes generales, etc.) Como unidades aparte existen en cada barrio los Dispensarios Oncológicos, Tisiológicos, Gineco-Obstétricos y Pediátricos. Aisladamente existen las llamadas Estaciones Epidemiológicas. Los hospitales adjuntos a las policlínicas pueden ser generales, terapéutico-quirúrgicos o semiespecializados, ya que los especializados existen como unidades independientes.

Vale la pena anotar que los centros de producción, como las fábricas y los *koljoses,* así como los centros docentes y los grandes centros administrativos, tienen los llamados Puntos Médicos *("Med-punct"),* exclusivamente dedicados a los casos de emergencia, a tratamientos sintomáticos y a la propaganda Médico-Sanitaria.

La autoridad administrativa máxima es el Ministerio de Salubridad, del cual dependen los Ministerios de Salubridad de las 13 Repúblicas Federadas, la Academia de Ciencias Médicas y los Institutos Unificados de Investigación Científica.

De los Ministerios de las Repúblicas dependen los hospitales regionales, provinciales, urbanos, locales, rurales, los dispensarios, los puestos médicos, los sanatorios y balnearios ubicados en su territorio.

Adjuntos a los Ministerios y, en general, a los hospitales, funcionan los Consejos Científicos *"Nauchnie Sovieti",* encargados de los problemas científico-técnicos.

Esto es lo que, a *grosso modo,* podemos decir acerca de la Salud Pública en la U.R.S.S.

Problemas de las fístulas arteriovenosas subclavias

Por el *Dr. José Gómez-Márquez G.* (*)

Las fístulas arteriovenosas traumáticas, por razón de sus características fisiopatológicas, crean un conjunto de fenómenos locales y sistémicos cuya resolución ofrece frecuentemente serias dificultades. Las fístulas de algunas zonas del organismo, debido a condiciones de orden anatómico, aumentan aún más estos problemas. Esto es lo que sucede con las fístulas arteriovenosas de los vasos subclavios. Como su frecuencia no es muy notable, el Cirujano Vascular pocas veces puede beneficiarse de experiencias acumuladas en grandes proporciones estadísticas y se ve obligado a improvisar, actuando en cada caso de acuerdo con las circunstancias. A modo de corroboración de esta afirmación citamos que Kinmonth, Rob y Simeone (4), sobre un total de 47 fístulas arteriovenosas traumáticas, presentan solamente tres de la región subclavia; que A. de Medina et al. (5), de 165 pacientes con trauma vascular, tienen únicamente 6 que afectan los vasos subclavios y no refieren específicamente ninguna fístula y que Heberer (2), después de hacer una revisión estadística de 593 casos de esta patología, cita la localización subclavia en 10 ocasiones (3.2%). Aunque nuestra estadística personal se refiere en total únicamente a 22 casos de fístulas arteriovenosas, el hecho de haber contado con 3 de la región subclavia nos anima a presentar nuestras propias visicitudes, con la creencia que puedan ser de algún valor para otros.

Veamos en primer lugar el resumen de estos tres casos.

PRIMER CASO

Varón que recibió varias heridas por arma de fuego que interesaron el abdomen y la región pectoral izquierda (1). Fue intervenido de urgencia con una laparotomía mediante la cual fue necesario practicar nefrectomía izquierda y suturas de intestino delgado y grueso. En el curso del cuatro día postoperatorio, cuando su problema abdominal empezaba a resolverse, presentó síntomas de insuficiencia cardíaca aguda. Una exploración ya más detenida de la región pectoral izquierda, puso de manifiesto un estremecimiento catario, soplo continuo con refuerzo sistólico y la prueba de Nicoladoní-Branham fue francamente positiva. Existía un cuadro de intensa disnea, severa cianosis de la cara y la radiografía de tórax, reveló una marcadísima congestión pulmonar bilateral. El cardiólogo lo digitalizó con la vaga esperanza de mejorar su estado. Al fracasar esta terapéutica decidimos operarlo, y como la anestesia general constituyera un riesgo excesivo, resolvimos llevarlo a cabo con anestesia local. El propósito **era** limitarnos a una ligadura cuádruple y de no llegar a ser ésto posible, hacer por lo menos la ligadura de arteria y vena por encima de la fístula. El acto quirúrgico ofreció múltiples inconvenientes, no solo por lo incómodo de trabajar con anestesia local, sino también por el estado de los tejidos intensamente infiltrados, amén de lo reducido del campo operatorio. Así las cosas, sólo pudimos practicar la ligadura de la arteria en su parte aferente. Obtuvimos de inmediato, una gran

(*) Jefe del Servicio de Cirugía Vascular. Hospital General, Tegucigalpa.
Profesor de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas. Tegucigalpa.

mejoría del estado general: normalización del pulso (de 140 a 90 pulsaciones por minuto) y descenso de la P. A. que de 200/120 bajó a 140/90; casi desaparición de la disnea y cambio radical de la facies, que de cianótica se volvió rosada. En las primeras horas postoperatorias hubo manifestaciones francas de isquemia del miembro superior izquierdo, si bien aún no podía afirmarse que fuera de tipo irreversible. A las 8 horas el paciente falleció con un cuadro muy sugestivo de embolia pulmonar.

SEGUNDO CASO

Varón, quien dos meses atrás sufrió una herida por arma de fuego de región pectoral izquierda. Los síntomas y signos de fístula arteriovenosa eran muy claros; estremecimiento catario, soplo continuo con refuerzo sistólico y signo de Nicoladoni-Branham. Se practicó arteriografía retrógrada por medio de cateterismo de la arteria humeral, poniéndose en evidencia una comunicación entre arteria subclavia y vena yugular. En aquel entonces, teníamos el criterio de que era preferible esperar para llevar a cabo la intervención, con el fin de lograr una circulación colateral adecuada. Así fue como dimos al paciente de alta, aconsejándole su regreso unos meses después. El enfermo fue perdido de vista.

TERCER CASO

Varón de 32 años. Cincuenta y un días antes de su ingreso a nuestro Servicio recibió una herida por arma de fuego en la región pectoral izquierda, estando en la ciudad de San Pedro Sula. En aquella localidad fue intervenido quirúrgica mente con el objeto de explorar el plexo braquial, cuya lesión se sospechaba. En el curso de esta operación no se encontró ninguna alteración. Cinco días después, regresó por sentir un "hervor" en la región supraclavicular del mismo lado. Se le hizo el estudio oportuno, diagnosticándose una fístula, arteriovenosa subclavia. Surgió divergencia de opiniones entre los médicos tratantes sobre la oportunidad de hacer o no una intervención inmediata y fue remitido a nuestro Servicio. Encontramos soplo continuo con refuerzo sistólico, intenso estremeci miento catario se comprobó la sección quirúrgica de la clavícula, mantenida en buena posición mediante un clavo de Kirschner. Radiológicamente no se encontró alteración cardíaca o pulmonar. En el ECG se apreció una moderada hipertrofia ventricular izquierda. Hicimos un primer intento de angiografía mediante cate terismo de la humeral, sin obtener resultado satisfactorio ya que el medio de contraste pasaba a gran velocidad del sistema arterial al venoso. Posteriormente practicamos arteriografía retrógrada, por vía femoral, con técnica de Seldinger, llevando al catéter, mediante control fluoroscópico, hasta la emergencia de la arteria subclavia. La imagen que se observa en la figura **1** es **concluyente** en cuanto a la existencia de una fístula arteriovenosa de los vasos subclavios. Resolvimos practicar la intervención a la mayor brevedad posible. Mediante incisión subclavicular, descubrimos la clavícula, retiramos el clavo de Kirschner y fracturamos de nuevo la clavícula. Se seccionó el pectoral mayor, se separaron ambos fragmentos de la clavícula, obteniendo una magnífica exposición de los vasos subclavios. La circulación colateral era muy escasa, por lo cual el acto operatorio no se vio demasiado entorpecido. Se logró llevar a cabo una limpia disección exponiendo claramente la arteria y la vena, con su punto de unión en la zona fistularia, tal y como lo representa el angiograma. La intervención con sistió en la sección de la comunicación, con sacrificio de la vena y sutura de la arteria. El curso post operatorio fue muy satisfactorio y 27 días después, nueva-; mente con Técnica de Seldinger, se hizo arteriografía de .control, como se demuestra en la Fig. 2. . . . . , .

RESUMEN DE LOS TRES CASOS DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS SUBCLAVIAS

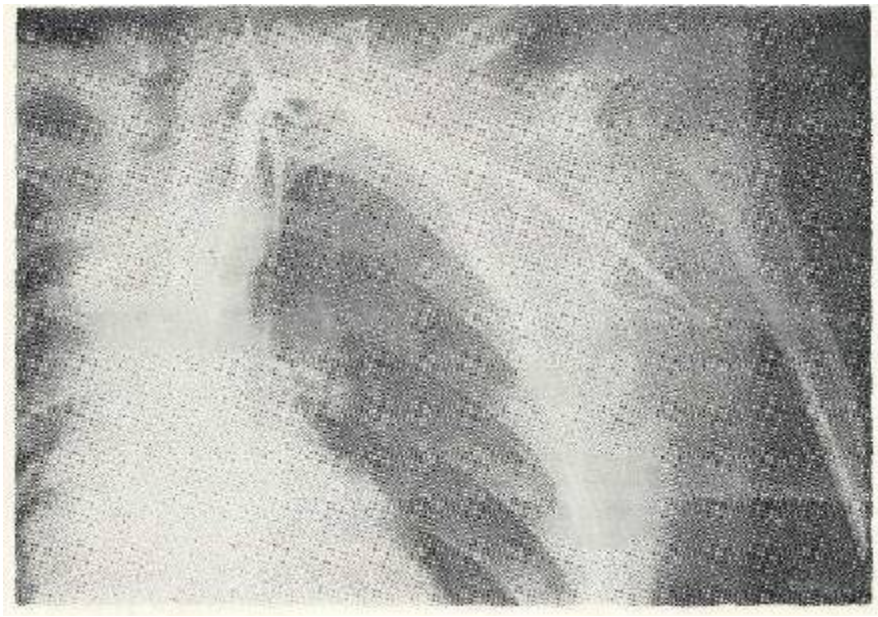
	Caso Nº 1	*Caso Nº 2*	*Caso Nº 3*
Sexo	Masc.	Masc.	Masc.
Agente vulnerante	Bala	Bala	Bala
Evolución	4 días	2 meses	51 días
Lesiones asociadas	Intestino y riñón	No	No
Soplo y "thrill"	Sí	Sí	Sí
Signo Nicoladoni-Branham	Sí	Sí	Si
Repercusión cardíaca	Descompensación fulminante	Hipertrofia ventricular izquierda	Hipertrofia ventricular izquierda
Arteriografía	No	Por cateterismo humeral	Por cateterismo femoral (Seldinger)
Intervención quirúrgica	Lig. arterial proximal	Ninguna	Secc. de comunicación
Resultado	———	———	Excelente.

DISCUSIÓN

Toda fistula arteriovenosa supone en principio un problema de difícil resolución. En algunas ocasiones, las más raras, por las repercusiones cardíacas. Nuestro caso No. 1 constituye un ejemplo excepcional, que desgraciadamente no pudimos, por su extremada gravedad, resolverlo en una forma adecuada. Es aquí, donde bien hubiera ameritado hacer la simple ligadura cuádruple, que nos resultó imposible. A pesar de lo manifestado por Hughes y Bowers (3), creemos que la cirugía obliterante puede tener su lugar en estos casos extremos. Nuestro fracaso en el caso mencionado se debió a la imposibilidad de hacer un tratamiento quirúrgico adecuado.

Localmente, las dificultades pueden ser grandes, especialmente si se tiene que actuar en regiones cercanas a la raíz de los miembros. En efecto, cuando las fistulas son distales, el uso de torniquetes suele resolver la situación bastante bien permitiendo al Cirujano trabajar en un campo más o menos exangüe. Desafortunadamente, la ligadura provisional de los cuatro troncos que componen la fistula arteriovenosa no suele ser efectiva más, que en una proporción mínima, ya que la hemorragia se produce a pesar de ellas por vía de las grandes colaterales venosas y arteriales que se han formado en estos casos. Por ello, en fistulas arteriovenosas como las de la región subclavia, donde la aplicación de un torniquete es imposible, la situación se vuelve muy seria y ni siquiera la hemostasia preventiva extrapleural por toracotomía, como aconseja Muñoz Cardona (7) et al., en nuestra opinión, resuelve básicamente el problema.

Es por estas razones arriba indicadas que preferimos, siempre que el paciente no llegue en una fase temprana, operarlo a la mayor brevedad posible. Comprendemos los pros y los contras que mencionan los autores. Kinmont, Rob y



imeone (4) afirman que a consecuencia de las experiencias de la guerra de Corea, se tomó en general la decisión de la operación inmediata; no obstante, hacen resaltar, y con razón, el riesgo que se corre si la cirugía reconstructora fracasa, lo que puede llevar a la isquemia del miembro. Es necesario, por lo tanto, si se adopta esta actitud, que se trate de cirujanos vasculares experimentados.

De Medina et al. (69), avisorando los peligros que nosotros hemos señalado, temen en la región subclavia las hemorragias cataclísmicas a pesar de la hemostasia preventiva y llegan incluso a preconizar la ligadura en masa en casos inabordables. Muñoz Cardona (7), siempre refiriéndose a la región subclavia, habla también de las hemorragias fatales.

Nuestro criterio, en lo que se refiere específicamente a las fístulas arteriovenosas de la región subclavia, es que cabe discutir dos linas de conducta contrapuestas teniendo cada una de ellas, ventajas e inconvenientes:

1.-—*Actitud de operación retardada.* Ofrece la ventaja de que por existir una circulación complementaria suficiente, el Cirujano puede programar una cirugía más sencilla, como es 3a ligadura cuádruple. Tiene, para nosotros, el enorme inconveniente de que, precisamente por la formación de la circulación complementaria, el abordaje resulta muy difícil y las hemorragias habitualmente son muy copiosas, poniendo en peligro la vida del paciente.

2.—*Actitud de operación inmediata.* Tiene el inconveniente de que el Cirujano se ve forzado a llevar a cabo cirugía reconstructiva y que si esta falla, puede producir la isquemia de! miembro. Representa para nosotros la enorme ventaja de que la técnica quirúrgica es mucho más sencilla, ya que no existiendo circulación

Nuestro caso N° 3 fue ejemplo de ésto.

Ante la casuística escasa que hay sobre estas lesiones, es indudable que nadie tiene autoridad para dictar pautas. No obstante, nosotros nos inclinamos por la intervención precoz en vista de los buenos resultados que nos ha dado la cirugía arterial reconstructiva en los 20 casos de fístulas arteriovenosas estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Gómez-Márqüez G., J.: Fístula arteriovenosa traumática con rápida descompensación cardíaca en un herido múltiple. Angiología. 22: XU 60.

2.—Heberer, G. Rau G. Lohr H. H.: Aorta und grosss Arterien. Springer Verlag Berlin. Heidelberg. New York. 1966.

3.-—Hughes-Bowers: Traumatic lesions of peripheral vessels. Charles C. Thomas Springfield. **Illinois.** 1961.

4.—Kinmoth, Rob-Simeone: Vascular Surgery. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1963.

5.—Medina, A. L.; de Saviano, M.; Perissé Moreira. R.: Lesoes Vasculares Traumáticas. Análise de 209. Lesoes en 165 pacientes. Angiopatías 151: II 1962.

6.— Medina, A. 0. de Gómez; Dacosta, P. S.; Bastos Cortés, A. C: Conduta cirurgica ñas fístulas arteriovenosas traumáticas c nos falsos aneurismas.Angíopatias 267: VI: 1966.

7.— Muñoz-Cardona, P. González, Alvarez N. Sans: Fístulas arteriovenosas traumáticas. Angiología 20: XIV 1962.

SECCIÓN CLÍNICA

LITIASIS CISTINICA

Presentación de un caso y revisión de literatura

Dr. Rigoberto López (*)

Las razones que nos han inducido a presentar este trabajo radican en la rareza de los cálculos de cistina (que representan del 1 al 3% de los cálculos urinarios) y, sobre todo, con el objeto de poner al día la evolución que han sufrido ciertos aspectos concernientes a la etiopatogenia, diagnóstico y a su terapéutica.

OBSERVACIÓN

Se trata de un paciente masculino de 24 años de edad, de origen iranio y cuya historia familiar reveló una litiasis urinaria de sus padres, habiendo sido intervenida tres veces por esta afección su madre.

Los antecedentes personales arrojaron crisis de cólicos nefríticos izquierdos en 1965 que condujeron a una nefrectomía por litiasis renal masiva. La misma sintomatología se presentó en seguida en el lado derecho, necesitando en 1967 una **pielolitotomía** con extracción de numerosos cálculos. Después de ésto ha eliminado, por lo menos, 30 cálculos.

Vemos al paciente en diciembre de 1 969 con un cuadro de cólico nefrítico derecho y anuria. El examen físico muestra un paciente en buen estado general, afebril y con fosa lumbar derecha muy sensible. Los exámenes de laboratorio revelaron una urea de 88 mgs.%, creatinina de 10,6 mgs.%, calcio y fósforo normales y una discreta hipocloremia. La orina era acida con eritrocitos en masas. No había calciuria anormal.

Una radiografía simple de abdomen (Fig. 1) puso en evidencia varias imágenes radio-opacas en el lecho renal derecho, yendo del tamaño de un grano de arroz hasta el de una nuez. Por su posición se supuso que las mismas se encontraban en los cálices inferior y medio, en la pelvis y en la unión pielo-urcteral.

Dado el estado de hiperazotemia no se pudo efectuar una pielografía descendente pero la retrógrada permitió confirmar la presencia de cálculos en la vía urinaria (Fig. 2). Es importante aclarar que un cálculo que se encontraba en el cáliz superior no fue interpretado como tal, pues se pensó que se trataba de un proceso de reosificación de la 12^ costila, que fue resecada en la intervención arriba mencionada.

Se efectuó una pielotomía de urgencia, con lo que se extrajeron 8 cálculos; de tamaño variado, con facetas, de coloración amarillenta y de superficie lisa. En vista de que no se estaba seguro de haber extraído todos, los cálculos, se dejó una sonda para pielostomía. En el postoperatorio inmediato el paciente eliminó espontáneamente algunos pequeños cálculos. El análisis químico mostró que se trataba de cálculos de cistina pura y un nuevo examen de orina fue positivo por cristales de cistina.

Se instituyó tratamiento con D-Penicilamina, a razón de 1 gm. por día durante la primera semana, luego 2 gms. diarios, dosis que el paciente continúa tomando. Un control efectuado 15 días después de iniciado el tratamiento no

(*) Servicio Universitario de Cirugía de Lausanne (Suiza) Prof. F. Saegesser. Departamento de Urología. Dr. W. von Niederhaüsern.

demostró ningún signo de intolerancia al medicamento. Nuevo control a los 3 meses comprobó buen estado general, negatividad de cólicos nefríticos, las pruebas hepáticas y el examen hematológico fueron normales, la urea fue de 32 mgs.% y la creatinina de 1,3 mg.%. Dos sedimentos urinarios no dieron evidencia de cristales de cistina y una reacción de Brand fue negativa. El hecho más importante fue el hallazgo en la radiografía de control que el cálculo dejado en el cáliz superior había disminuido considerablemente de tamaño (Figs. 3 y 4).

ETIOPATOGENIA DE LA LITIASIS CISTINICA

La litiasis cistínica es una enfermedad familiar y hereditaria. Según Harris y Cols. (5-7-8), teoría que actualmente es admitida, la transmisión se hace por intermedio de genes parcial y totalmente recesivos. Se puede encontrar cálculos de cistina en toda edad pero es relativamente frecuente en niños (16).

Dent y Cols. (4) establecieron que la cistinuria no era una enfermedad metabólica sino que era debida a un defecto de reabsorción tubular, siendo la cistinuria parte de la aminoaciduria que se encuentra frecuentemente bajo la forma de una excreción de cistina, lisina, ornitina y arginina (15). A veces es posible encontrar simultáneamente una excreción elevada de otros aminoácidos pero no de manera regular como los mencionados anteriormente (17-21-23-24). En condiciones normales la cistinuria no pasa de 150 mgs. por día y las cifras promedio van de 70 a 100 mgs./día (23). Fuera de la excreción elevada de cistina, existen otros factores que juegan un importante papel en la precipitación de los cristales y, por tanto, en la formación de cálculos. Estos son, como en toda litiasis urinaria, una diuresis reducida y el pH urinario; la cistina, un aminoácido azufrado, es un cuerpo orgánico poco soluble pero cuya solubilidad aumenta con el pH del medio; de ahí la prescripción justificada del tratamiento alcalinizante con el objeto de mantener el pH superior a 7 y, si es posible, vecino a 8 (6-20).

DIAGNOSTICO DE LA LITIASIS CISTTNICA

El mismo reposa en el examen y análisis de los cálculos. Macroscópicamente son lisos o la superficie es granulosa; lo más frecuentemente su tinte es amarillo-café; su consistencia es un poco acerada, no dando al tacto la impresión de rugosidad de los cálculos fosfáticos ni la dureza de los oxálicos. Pueden ser muy pequeños o voluminosos, como el comunicado por Thomas (23) que pesaba 480 gms.

El sedimento urinario puede poner en evidencia los cristales de cistina, que son hexagonales, transparentes o con reflejos amarillo pálido. Su presencia en el sedimento asegura prácticamente el diagnóstico.

Existen muchas reacciones químicas para verificar la presencia de cistina en la orina pero las más generalizadas y más fáciles de usar son las de Brand y la de Sullivan.

La reacción de Brand se realiza de la siguiente manera: 5 ce. de orina se mezclan-con,2 ce. de solución de cianuro de sodio al 5%, agregándole 4 o 5 gotas de amoníaco; 5 a 10 minutos más tarde se agregan 5 a 10 gotas de nitroprusiato de sodio al 5%. La orina normal no da ninguna coloración pero las cistinúricas dan una coloración púrpura intensa y durable. Debe considerarse negativa una coloración fugaz de algunos segundos. Sin embargo, una reacción de Brand positiva no implica obligatoriamente litiasis cistínica, aún en presencia de cálculos urinarios. Por otra parte, un sedimento urinario cistínico más una reacción de Brand positiva bastan para asegurar el diagnóstico. La mayoría de

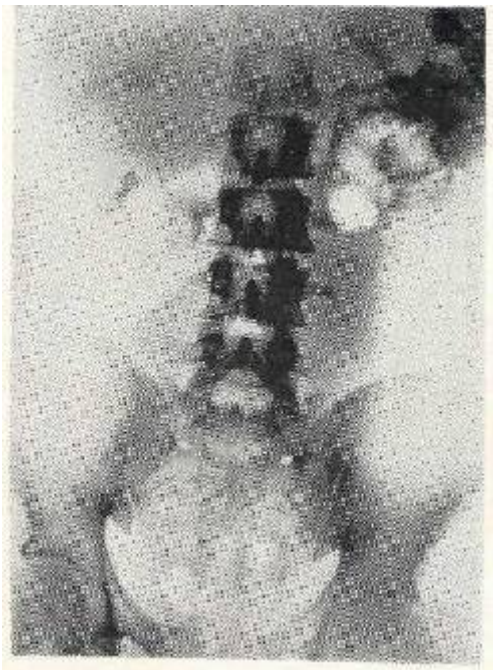


Fig. 1

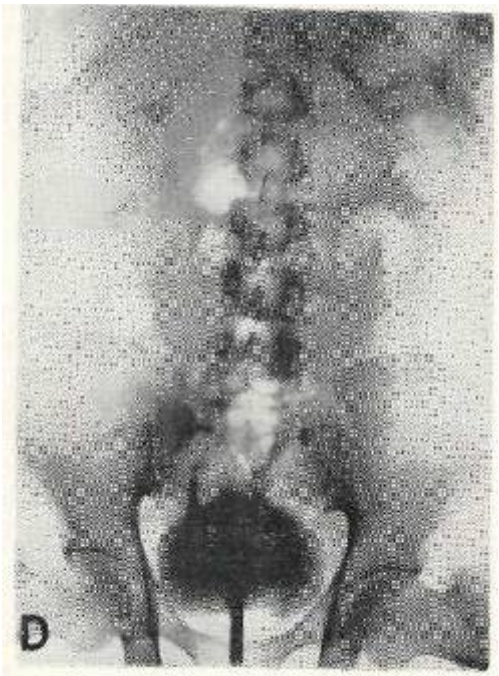


Fig. 2

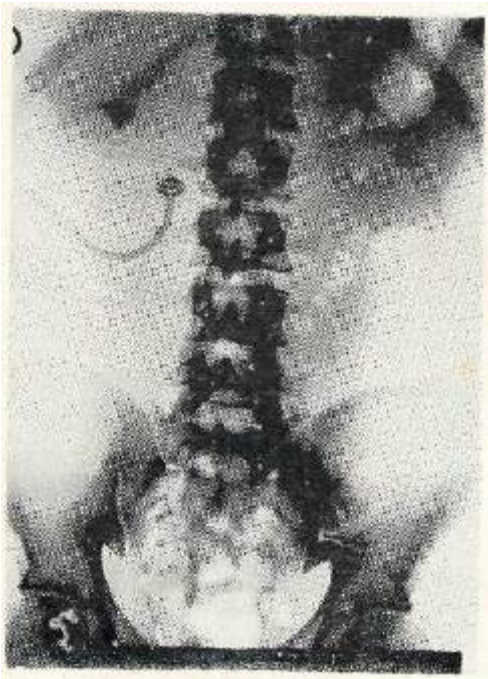


Fig. 3

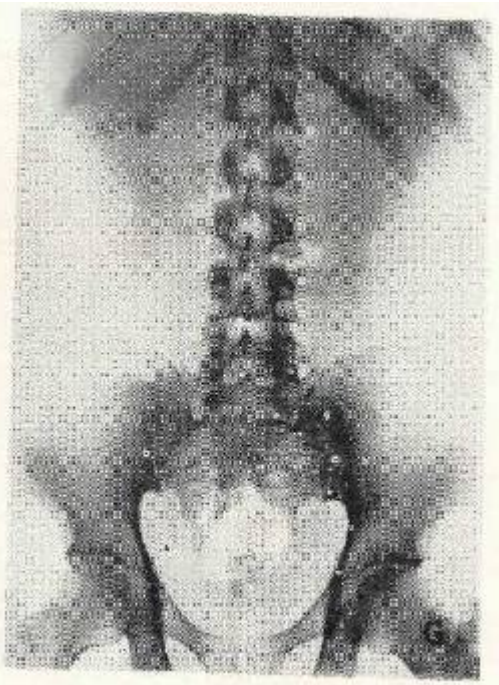


Fig. 4

los autores admiten que esta reacción no aparece positiva más que en las **cisti**nurías que oscilan entre 170 a 200 **mgs/L.** Si se establece que la cistinuria fisiológica no pasa de 150 mgs. por día con una diuresis de 1.000 a **1.200** ce, se comprende que la reacción de Brand sea siempre negativa en las personas normales (23).

La reacción de Sullivan también se utiliza en el diagnóstico de la cistinuria. Al contrario de la reacción de Brand, que es cualitativa, ésta es cuantitativa. El principio de la técnica se basa en el desarrollo de una coloración rojo-café por la acción del l-2-naftoquinona-4-sulfonato de sodio en medio básico y luego reducción, después de la transformación de la cistina en cisterna por intermedio de cianuro de sodio. Esta reacción, sin ser rigurosamente exacta, da una evaluación aproximada del valor real de la cistinuria.

Hay otras dos reacciones diagnósticas propuestas por Thomas y Balan (22) como son la reacción del acetato de plomo y la del reactivo glicoroférrico en presencia de cianuro de sodio, pero son reacciones poco usadas.

La cromatografía parece más fiel en sus resultados pero su realización es difícil pues impone liberar la orina de todos los electrólitos que contiene, lo que exige complejas manipulaciones laboratoriales.

¿Cuál es el aporte radiológico en el diagnóstico de la litiasis cistíníca? Por mucho tiempo se creyó que los cálculos de cistina eran radio-transparentes por el hecho de tratarse de una sustancia orgánica. Actualmente hay unanimidad en que estos cálculos son radio-opacos, lo que se explica por su contenido en azufre, que ha sido evaluado en un 26% (20). Su opacidad radiológica tiene la particularidad de ser homogénea, a menudo menos franca que la de los otros cálculos radio-opacos. Pueden tener todos los tamaños y aún dar imágenes **coraliformes.** La mayor parte de las veces son múltiples y cuando existe un gran cálculo piélico casi siempre está rodeado por otros pequeños intracaliciales. Sus contornos son regulares. Todas estas características no tienen nada de patognomóníco **pero** son muy sugestivas.

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS CISTINICA

Este es el aspecto más importante relacionado con los progresos terapéuticos **de** la afección.

Hasta hace unos pocos años el tratamiento clásico comprendía:

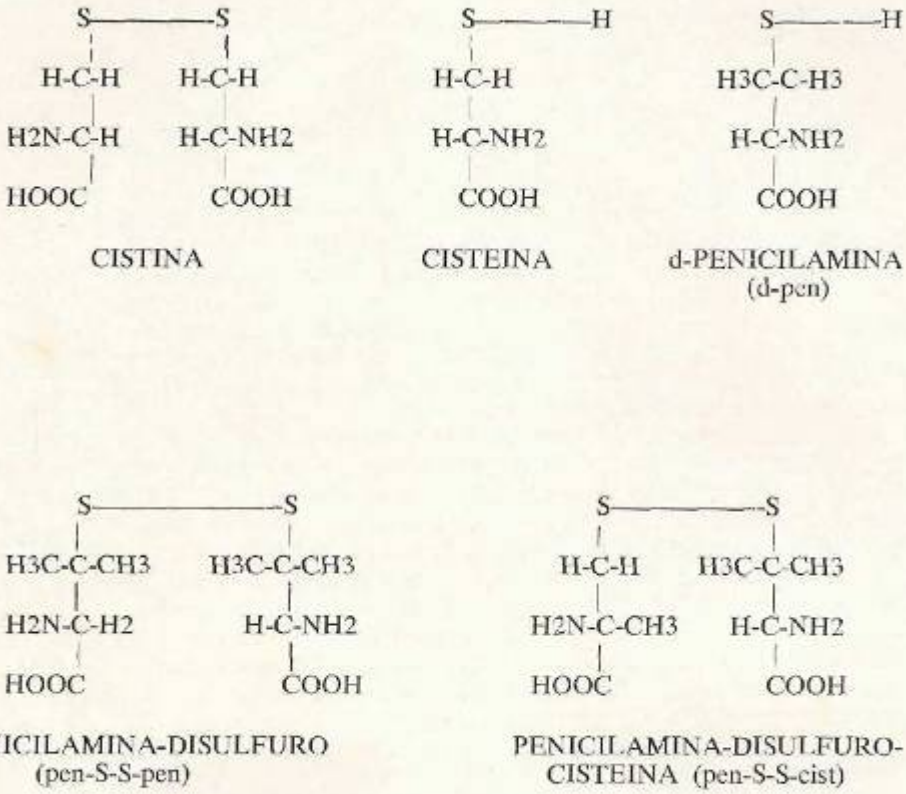
1) un régimen pobre en metionina, por ser ésta precursora de la cistina, (9)
2) estimulación de la diuresis por la ingestión de abundantes líquidos, y
3) administración de alcalinizantes bajo la forma de bicarbonato o citrato de sodio o de citrato d" potasio. Con este mismo fin ha sido utilizada, también, la piperazina.

Los estudios efectuados en Maryland por Lotz y Cols. (12) han confirmado que con este tratamiento se puede controlar la formación de cálculos en la mayor parte de los pacientes y aún asistir a la disolución de los ya existentes. Sin embargo, queda un importante porcentaje (20 a *359c)* que son refractarios a este plan terapéutico. En estos casos, **la** litiasis cistínica impone a veces la intervención del Cirujano. Es evidente que este margen refractario tiene necesidad de un tratamiento más eficaz y es aquí donde encuentra su aplicación la **D-Penicilamina** (1-10-11-14-19).

¿Qué es la D-Penicilamina? Es un aminoácido sulfurado cuya estructura química es similar a la de la cisteína (Véase cuadro).

En 1954, Tabachnik, Eisen y Levine, al estudiar el metabolismo de la penicilina, constataron que era transformada parcialmente en penicilamina y que ésta se encontraba en la orina bajo la forma de un compuesto ligado por dos puentes bisulfuro (S-S) a la cisteína. Esto ha sido explicado por la analogía de la estructura química ya mencionada.

CUADRO 1



Relación estructural de la cistina, d-penicilamina y compuestos resultantes.

Era lógico pensar que si la penicilina podría acoplarse con la cisterna, ella podría oponerse (por competencia) a la formación de cistina, lo que ha sido confirmado experimentalmente. Los compuestos resultantes son la Penicilamina-S-S-cisteína y la Penicilamina disulfuro (Pen-S-S-Pen), que tienen una solubilidad establecida a 50 y 500 veces superiores, respectivamente, que la de la cistina pura.

Por otra parte, Crawhall y Cols. (2-3) en su comunicación de 1963 hacían notar la disminución del valor de la cistinuria en los pacientes tratados con penicilina en la enfermedad de Wilson o degeneración hepatolenticular. Esto los condujo a prescribir el medicamento en los portadores de cálculos de cistina.

Debe también recordarse que el tratamiento alcalinizante presenta el inconveniente de la infección y de la precipitación de fosfatos y, por tanto, de la formación de cálculos, lo que representa para el Urólogo un problema difícil de resolver. He aquí otro factor en favor de la aplicación de la D-Penicilamina.

La posología es variable según los autores. Para algunos es del orden de 2 a 3 gms. En todo caso, la dosis ha sido establecida en 30 a 50 mgs./Kg./día. La dosis completa debe ser alcanzada en forma progresiva y el tratamiento debe ser mantenido por largo tiempo, meses y años. La eficacia del tratamiento debeser confirmada por la reacción de Brand, que debe volverse negativa.

Si es cierto que el tratamiento con la penicilamina es espectacular, no hay que dejarse llevar por el entusiasmo y olvidar las probables complicaciones. Estas son bien conocidas y la mayor parte aparecen en los primeros días del tratamiento. Una erupción cutánea de tipo escarlatiniforme, a veces franca urticaria, son las complicaciones más frecuentes; se han mencionado, asimismo, náuseas, vómitos y episodios de hiperpirexia; las repercusiones hematológicas son raras (la agranulocitosis se ha observado en pocos casos); la complicación más importante es, sin duda, la aparición de un síndrome nefrótico con una franca proteinuria pero es reversible una vez que se interrumpe el tratamiento (13-18). Todas estas complicaciones desaparecen rápidamente cuando se suspende el tratamiento y perfectamente puede recomenzarse una semana más tarde, en forma progresiva y en la gran mayoría de los casos las manifestaciones de intolerancia no reaparecen.

Como la penicilamina es un producto de degradación de la penicilina, es lógico tomar las precauciones necesarias en los pacientes que hayan presentado una intolerancia a este fármaco.

Es evidente que teniendo en cuenta estas complicaciones, el control periódico de las pruebas hepáticas y renales se imponen, así como exámenes hematológícos, sobre todo al comienzo del tratamiento.

R E S U M E N

Se presenta un caso de litiasis cistínica. Se hace una revisión de la literatura sobre etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento, recalcando las ventajas confirmadas en la utilización de la penicilamina, anotando las eventuales complicaciones.

S U M M A R Y

A case of cystinic lithiasis is reported. A bibliographic review concerning ethioiogy, diagnosis and treatment is made. Emphasis is done on the proved advantages of penicillamine therapy and its eventual complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Bartter, F. C. y Frimpter, G. W.: Medical management of cystinuria. Am. J. Se. 255: 348, junio 1968.

the use of D-Penicillamine in cystunuria. Brit. Med. J. 1: 1411, 1964. 2.—**Crawhall,** J. C, Scowcn, E. F. y Watts, R. W. E.: **Further** observations on 3.—Chawhall, J. C, Scowen, E. F. y Watts, R. W. E.: Effect of Penicillamine on cystinuria. Brit. Med. J. 1: 588, 1963.

4.—Dent, C. E-, Sénior, B. y Walshe, J. M.: The pathogenesís of cystinuria Polarographic studíes of the metabolism of surfur containing amnioacids. J. Clin. Invest. 33: 1216, 1954.

5.—Farris, B. L. y Kolb, F. O.: Factors involved in crystal formation in cystinuria. J. A. M. A. 205: 838, 1968.

6.—Gershoff, S. N.: The formation of urinary stones. Metabolism 13: 875, 1964.

7.—Harris, H. y Warren, F. L.: Quantitatíve studies on the urinary cystine in patients with cystine stone formation and their relatives. Ann. Eugenics 18: 125, 1953.

8.—Harris, H., Mittwoch, U.; Robson, G. y Warren, F. L.: Phenotypes and Genotypes in cystinuaria. Ann. Human Gentñ 20: 57, 1955.

10.—Lhez, A.; Caissel, J.; Tapie, G. y Gavalda, J.: Deux cas de lithiase cystinique. J. d'Uro. et Néphro. 107: 74, 1967.

11.—Lotz, M.; Potts, J. T.; Holland, J. M.; Kiser, W. S. y Bartter, F. C: D-Penicillamine therapy in cystinuria. J. of Urol. 95: 175, 1966.

12.—Lotz, M.; Potts, J. T.; Holland, J. M.; Kiser, W. S. y Bartter, F. C: D-Penicíllamine therapy en cystinuria. J. of Urol. 95: 257, 1966.

13.—Lukc, R. G.; Brigss, J. D.; Fells, G. S. y Kennedy, A. C: Proteinuria associated with D-Penicillamine therapy of cystinuria. J. Of. Urol. 99: 486, 1968.

14.—MacDonald, W. B. y Fellers, F. X.: Penicillamine in the treatment of pacients with cystinuria. J. A. M. A. 197: 1135, 1966.

15.—Mcloni, C. R. y Canary, J. J.: Cystinuaria with hyperuricemia. J. A. M. A. 200: 1538, 1967.

16.—Pruzanski, W.: Cystinuaria and cystine urolithiasis in childhood. Acta Paed. Scand. 55: 97, 1966.

17.—Rcubi, F.: Cystinurie familiale. Néphrologie clinique.

18.—Sternlieb, I.: Penicililamine and the nephrotic syndrome: Results in patients with hepatolenticular degeneration. J. A. M. A. 198: 1311, 1966.

19.—Stokes, G. S.; Potts, J. T. y Lotz, M.: New agent in treatment of cystinuria: N-Acetyl-D-Peniciliamine. Brit. M. J. 1: 284, 1968.

20.—Thomas, J.: Litiase rénale. Progresan Urologie. P. Aboulker, 1967.

21.—Thomas, J. y Thomas, E.: Génetique de la lithiase cystinique-un cas partículier. J. d'UroI. et Néphrol. 73: 301, 1968.

22.—Thomas, J. y Balan, L.: Etudc des uriñes de lithiasiques. Considcratíons sur le mécanisme d'action de la Pcnicillamine. **J. d'Urol.** et Nephrol. 73: 817, 1968.

23.—Thomas, J.; Thomas E.; Leluc, E.; Trieu, T. C; Momal, J. P.; Lemonnier, A. y Aboulker, P.: Lithiase cystinique et cystinuria. Trois cas isolés. Un cas familial avec intrication de lithiase oxalique. Considérations, génétiques et thérapeutiques. La Presse Medicale 22: 967, 1961.

Seudohermafroditismo Masculino

Dr. Silvio R. Zúñiga (*)

Objeto de la presente comunicación es revisar los conocimientos sobre "seudohermafroditismo masculino", con ocasión de un caso ocurrido en el Hospital General de Tegucigalpa.

DEFINICIÓN

Es necesario establecer algunas definiciones que aclararán conceptos.

¿Qué es *hermafroditismo?* Es la coexistencia en un mismo individuo de los dos aparatos genitales, masculino y femenino. Se dice que el hermafroditismo es *total o completo* cuando los dos aparatos están anatómicamente bien desarrollados y ambos son funcionalmente activos. Esta condición nunca se ha comprobado en la especie humana pero es de ocurrencia normal en animales inferiores (1).

El hermafroditismo se apellida *verdadero* cuando en un mismo individuo coexisten glándulas sexuales masculinas y femeninas. En unos casos ambas glándulas están fusionadas en un solo órgano situado a cada lado de la línea media, constituyendo lo que se llama ovotestis; cada ovotestis está dividido en dos zonas de las que generalmente solo una es operante y es la que decide el sexo.

En otros casos el hermafroditismo es *alternante,* con lo que se quiere decir que de un lado se comprueba una gónada y en el otro la gónoda opuesta (2).

El *seudohermafroditismo,* como lo Índica el prefijo, es la falsa bisexualidad. Un seudohernafrodita tiene tejidos gonadales masculinos o femeninos, con trastorno del desarrollo normal del resto de su aparato genital. De ahí se deduce la existencia de dos variantes de seudohermafroditismo:

a) *El seudohermafroditismo* será *masculino* si la gónada existente es la glándula testicular, y

b) El *seudohermafroditismo* será *femenino* si la gónada presente es tejido ovárico.

Dadas estas definiciones podemos decir que el seudohermafrodita masculino es un ser genéticamente macho con partes genitales modificadas en la dirección femenina (3).

PATOGENIA

Existen tres factores que afectan el desarrollo sexual normal. Tales son: 1) la determinación genética, 2) la diferenciación embrionaria y 3) la maduración endocrina (4).

I.—DETERMINACIÓN GENÉTICA. El sexo básico está determinado por la constitución cromatínica del óvulo fertilizado: a) un par de cromosomas X resulta en dominio de la corteza de la gónada indiferenciada, con la subsecuente constitución del ovario, b) la combinación cromosómica XY determina dominio

---

(*) Profesor de Diagnóstico Quirúrgico, Facultad Ciencias Médicas.
Jefe Departamento Quirúrgico, Hospital General, Tegucigalpa.

de la médula de la **gónada** indiferenciada y conduce al desarrollo del testículo. La falta de adecuado dominio cortical o medular puede conducir a una disgenesia gonadal. La importancia de este factor ha sido demostrado por Wítschi (5) por medio de estudios hechos en anfibios; supone dicho autor que existe un inductor medular que él llama "medularina" y un inductor cortical que denomina "**corti**cína" que son los encargados de efectuar su acción específica en su correspondiente dominio. Sin embargo, estos factores no han sido aislados.

I.—DIFERENCIACIÓN **EMBRIONARIA.** Para comprenderla es necesario recurrir a la embriología del sistema urogenital, enfocándolo especialmente sobre el sexo masculino, que es el que interesa en esta presentación.

Rápidamente consideraremos la glándula sexual, los conductos de las glándulas reproductoras, las partes comunes al sistema urinario y genital y, finalmente, los órganos genitales externos.

a) *La glándula sexual.* Tanto en el sexo masculino como en el femenino tiene un origen embrionario idéntico y, en un principio, no se pueden diferenciar. Los esbozos de las glándulas sexuales se forman por proliferación del epitelio celómico situado en la superficie medioventral de cada mesonefros (reborde genital). Aparecen a las 5 semanas, cuando el embrión tiene una longitud de 5 mms. Los testículos derivan de la porción medular mientras que los ovarios se originan de la porción cortical. El predominio del crecimiento de uno u otro es determinado por los cromosomas sexuales; el cromosoma Y aparentemente deter mina la formación testicular y aún su presencia de dos cromosomas X (como en el síndrome de Klinefelter) se produce un testículo, aunque anormal; en ausencia del cromosoma Y, parecen necesarios dos cromosomas X para un adecuado desarrollo ovárico ya que uno solo (como en el síndrome de Turner) da origen a rasgos gonadales rudimentarios en los que usualmente faltan ovarios, folículos o función hormonal; un cromosoma X extra (hembra XXX) no inhibe pero modifica el desarrollo ovárico (6). La diferenciación en gónada masculina puede ser reconocida en la 7^ semana, en tanto que en la hembra el estado indiferente se conserva hasta la 10^{9} o 11$ semanas, en que aparecen las características propias del ovario.

De la proliferación de las células del reborde genital derivan la túnica albugínea y las cuerdas testiculares, cuya porción dista! dará origen a los tubos contorneados y la proximal a los tubos rectos. Su desarrollo está prácticamente terminado al nacimiento. Mientras se efectúa aquel, los testículos cambian de posición por un movimiento migratorio que se llama descenso: desde su posición original en la región lumbar descienden progresivamente, salen de la cavidad abdominal a través del conducto inguinal correspondiente y se alojan, finalmente, en el escroto, merced a la retracción del *gubernaculm testis* y del cordón celular que lo continúa.

b) *Los gonoductos.* Existen en el embrión dos conductos que tienen relación con el desarrollo de los conductos genitales del adulto: 1) los conductos mesonéfricos o de Wolff y 2) los conductos de Müller. Los dos tipos'de conductos se desarrollan en ambos sexos al mismo tiempo, persisten por determinado **pe ríodo** y, luego, degenera el uno o el otro, según el sexo (Fig. 1-A).

Desuno de los conductos mesonéfricas.—El conducto mesonéfrico es un tubo que por su extremo inferior desemboca en la cloaca y que a lo largo de su trayecto recibe la abocadura de los túbulos que constituyen el mesonefros o riñón medio. El mesonefros degenera, siendo sustituido por el metanefros o riñón definitivo. Su degeneración no es total: el conducto persiste y persisten, también los túbulos del grupo medio y algunos de la porción caudal. Los túbulos del

grupo medio entran en unión íntima con el grupo celular del reborde genital que dará origen al testículo o al ovario; tal fusión recibe el nombre de unión urogenital.

De aquí en adelante la conducta en cada sexo es diferente:

En el *hombre los tubos* **mesonefricos** que han hecho conexión con la red testicular se transforman en conductos eferentes y en cabeza del epidídimo; el conducto mesonéfrico se convierte en conducto espermático, siendo su porción inmediata al testículo el conducto epídidimario y el resto recibe el nombre de conducto deferente, que se descarsa en la porción del seno urogenital que será inicio de la uretra; su porción **distal** se convierte en conducto eyaculador y las vesículas seminales se forman a expensas de unos hinchamientos del conducto, cercanos a su terminación. Así, pues, partes que originalmente se desarrollan a expensas del sistema urinario se vuelven secundariamente parte integrante del aparato reproductor masculino. Los túbulos de la porción caudal pueden persistir en forma vestigial sin participar en la unión urogenital y sin tener función conocida; tales son los paradídimos y los conductos aberrantes. La porción craneal del conducto mesonéfrico puede, también, persistir en forma de hidátide pediculada (Fig. 1-B).

En la *mujer* no se desarrolla ningún órgano funcional del remanente del mesonefros pero quedan ciertos vestigios: el epoóforo, que corresponde al epidídimo, y el. paraóforo, semejante al paradídimo. A veces persiste una porción del conducto mesonéfrico, constituyendo el canal de Gartner, que viene a descansar en las paredes del útero y vagina.

Destino de los conductos de Muller.—Estos conductos empiezan su desarrollo a expensas del epitelio peritoneal que cubre el mesonefros: se forma una especie de surco que se profundiza y transforma en un tubo; por su extrema libre este tubo se abre en la cavidad peritoneal y por su otro extremo crece paralelamente al conducto mesonéfrico, logrando alcanzar el surco urogenital. Los dos conductos de Müller están al principio separados completamente pero pronto sus porciones caudales empiezan a adosarse para formar el canal úterovaginal. A partir de este punto, el desarrollo es distinto en cada sexo (Fig. 1-A).

En la *mujer* el útero y la vagina se desarrollan del canal úterovaginal y las dos trompas de Falopío se originan en las porciones separadas de los conductos müllerianos.

En el *hombre* los conductos de Müller degeneran y en el adulto pueden persistir dos vestigios de ellos: el utrículo prostático y la hidátide sésil que corresponde a la porción abdominal de la trompa (Fig. 1-B).

c) *Las partes comunes al aparato urinario y genital.*—La cloaca es un saco ciego dentro del cual se abren el intestino primitivo, los conductos mesonéfricos y la alantoides (Fig. 2). Dorsalmente está limitada por la notocorda y ventralmente por el ectodermo de la pared del cuerpo. El contacto de la membrana ventral de la cloaca (endodermo) con el ectodermo, forma la llamada membrana caudal.

La división de la cloaca se hace cuando el embrión tiene 5 mms. De la región que se encuentra entre las aberturas del intestino y de la alantoides se levanta un septum que crece hasta encontrar la membrana cloacal, quedando de este modo dividida en una región anterior o urogenital y una posterior o anal. Cuando el embrión tiene 13 a 18 mms. la membrana urogenital se perfora poniendo, de este modo, en comunicación con el exterior al seno urogenital.

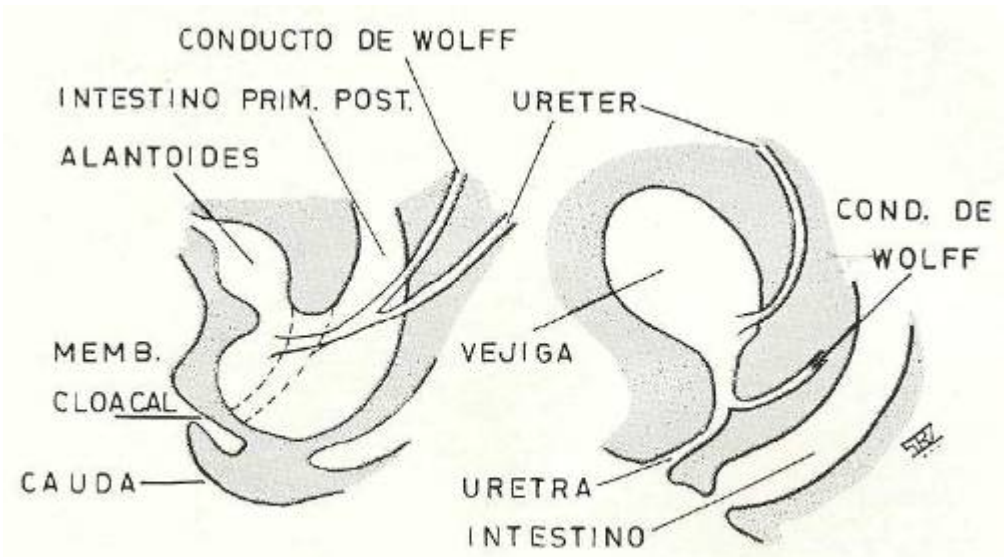


Fig. 2
Partes comunes al aparato urinario y genital

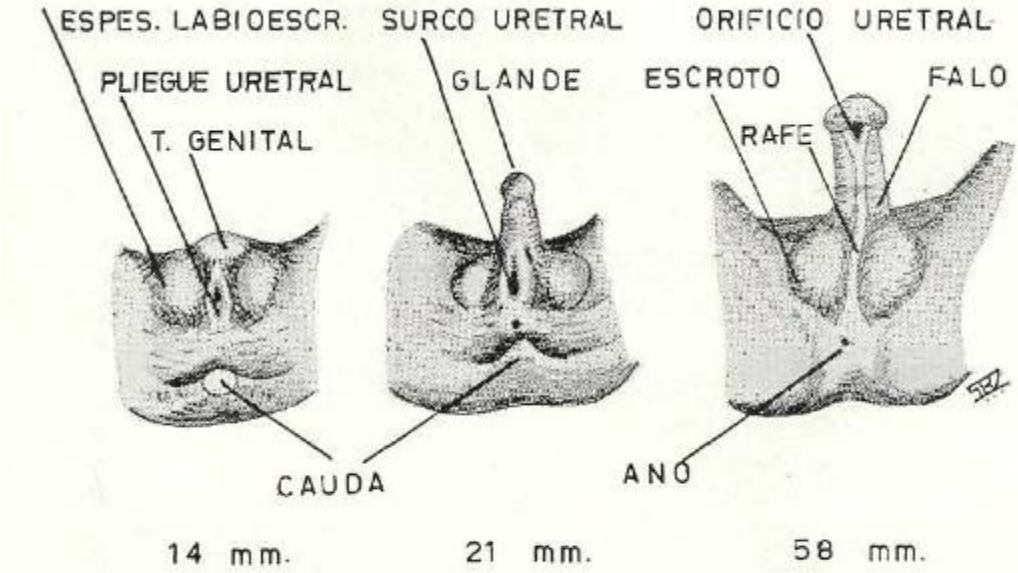


Fig. 3
Desarrollo de los genitales externos

Cuando la cloaca se divide, la embocadura de los conductos mesonéfrícos queda en el compartimiento anterior o urogenital; los uréteres tienen primitivamente un punto de desembocadura común con estos conductos pero, posteriormente, se independizan y se abren por aberturas propias en dicho compartimiento. Por crecimiento del compartimiento vésicouretral se transforma su porción cefálica en vejiga urinaria y por adelgazamiento de su porción caudal se origina la uretra. La uretra así obtenida representará la uretra prostática y membranosa del adulto.

d) *Genitales externos.*—Tienen un origen similar en los dos sexos y, ya diferenciados, tienen su homólogo en el otro (Fig. 3).

En los embriones de 14 mms. se desarrolla una elevación cónica que se llama tubérculo genital o falo, que se ubica donde más tarde se va a desarrollar el seno urogenital. En la superficie caudal de este tubérculo existe un surco mediano, el surco uretral, que está bordeado por dos crestas llamadas pliegues uretrales; en el fondo de este surco se encuentra la llamada membrana uretral. El seno urogenital envía una prolongación hacia el falo y llega a ponerse en contacto con la membrana uretral. Cuando el embrión tiene 17 mms. la membrana se rompe, dando por resultado que la porción urogenital se abre al exterior a nivel del surco uretral. En la base del falo, a la derecha a izquierda, se desarrollan dos elevaciones que se denominan hinchamientos labioescrotales.

A partir de este punto se hace la diferenciación sexual:

En el *hombre* el falo se alarga considerablemente y forma el pene con su glande. La uretra se abre en la parte caudal de la base del mismo y hacia la mitad del 2^{9} mes los pliegues uretrales crecen, contactan en la línea media y se funden de manera progresiva desde la base del pene. El tubo así formado se fragua camino en la cara caudal del mismo, progresa hasta el glande y se completa hacía el 3er. mes, constituyéndose de este modo la uretra peneal.

Los hinchamientos escrotales emigran ligeramente en sentido caudal, hacía la base del pene, y se funden en la línea media formándose una masa única, el escroto. Hacia estos hinchamientos crecen los conductos peritoneo vaginales que prepararan el camino de descenso de los testículos hacía el escroto. Hacia el 9^{C}-' mes han logrado descender y después de esta emigración, parte del conducto peritoneo vaginal constituye una cubierta parcial al testículo (túnica vaginal) y el resto de su trayecto se ocluye en toda su longitud.

III.—LA MADURACIÓN DEL TRACTO GENITAL MASCULINO ocurre en la vida postnatal por efecto de hormonas originadas en el lóbulo anterior de la hipófisis (hormona gonadotrópica) que actúa sobre las funciones espermatogénicas y endocrina del testículo. Por intermedio de esta última se producen sustancias andrógenas, siendo la testosterona la hormona principal, cuyo campo de acción es amplio pues, además de estimular el desarrollo del aparato genital masculino, tiene efectos sobre las características sexuales secundarias, efectos metabólicos y efectos de conducta.

ETIOLOGÍA

Por las enseñanzas que nos deja el estudio de la Embriología podemos deducir que el seudohermafroditismo masculino está acondicionado por la detención del desarrollo del aparato sexual en uno u otro de los periodos de la vida embrionaria. Ahora bien, ¿quién determina esa detención? ¿qué factores intervienen interrumpiendo el mismo?

Como los factores que causan el trastorno debe operar en una temprana época del desarrollo, se ha buscado la explicación de la condición en informaciones obtenidas experimentalmente con el intenso de duplicarla en los animales. Jost (7) demostró que la castración intrauterina de fetos de conejo resultaba en el desarrollo de estructuras sexuales secundarias femeninas, tanto en los genéticamente hembras como en los que genéticamente eran machos; dedujo, por tanto, que la condición femenina es neutra en lo relacionado con el desarrollo de los conductos genitales y de los genitales externos y que el desarrollo del tipo masculino requiere la influencia inductiva de los testículos fetales (8, 9, 10).

Estas deducciones parecen apoyadas por las observaciones de Greene (11): las hembras nacidas de ratas que en los comienzos del embarazo han sido inyectadas con andrógenos, retienen el sistema de conductos masculinos en adición de los femeninos; el seno urogenital se diferencia de la manera característica del macho y los genitales externos son marcadamente afectados. Por otro lado, los machos expuestos a excesiva estimulación estrogénica durante la vida embrionaria nacen con testículos ectópicos, escroto hendido, vagina inferior parcialmente desarrollada y pequeño pene hispospádico. De particular significación es el hecho que ni los ovarios ni los testículos son modificados por las condiciones experimentales.

Estas observaciones experimentales en los animales parecen tener su comprobación en los humanos ya que si durante el embarazo se administran medicamentos androgénicos y afines a la progesterona, éstos pueden virilizar al feto femenino. Wilkins y Col. (12) informaron veintiún lactantes del sexo femenino que nacieron con masculmización parcial de los órganos genitales externos, consistentes en hipertrofia del falo y diversos grados de fusión del pliegue labioescrotal. Quince de las madres habían recibido medicamento del tipo de la progesterona por aborto incipiente o habitual, generalmente entre la 4^ y la ó'-[1] semanas del embarazo. Casos similares de masculinización de fetos femeninos han sido informados por Nellhaus (13).

Como corolario de estas pruebas experimentales y de estas observaciones clínicas se ha sugerido que el seudohermafroditismo masculino es la resultante, bien de un muy débil estímulo androgénico emanado de un testículo fetal funcionalmente deficiente o bien de una estimulación estrogénica anormal durante el período de diferenciación del tracto genital. De acuerdo con la primera interpretación, la presencia funcional del testículo embrionario es indispensable para que se produzca la regresión de las formaciones müllerianas y la estimulación de las wolffianas. Si durante la vida embrionaria disminuye la producción de andrógenos en el momento crítico de la diferenciación sexual aparecen anomalías de las estructuras sexuales: no se produce la regresión de los conductos de Müller y los conductos de Wolff se desarrollan insuficientemente; después de esta fase embrionaria, la escasa producción de hormona fetal disminuye y los genitales externos crecen fuera de su influencia y tienden a ser del tipo femenino. La intensidad de la anomalía estaría en relación directa con la precocidad de la insuficiencia testicular embrionaria y con la cuantía de la misma.

La estimulación estrogénica anormal durante el período de diferenciación del tracto genital parece insostenible en vista de que todos los embriones masculinos están expuestos a considerables estímulos estrogénicos durante la vida embrionaria y, aún así, permanecen inafectados. Además, los opositores del papel de los estrógenos (Kaplan (9) entre ellos) en la constitución de la entidad, con justicia invocan que la supuesta interferencia de la función testicular ocurre en un tiempo en que la producción de estrógenos placentarios no ha aumentado; en efecto, la excreción estrogénica no comienza sino hasta la 14^ semana de la

gestación y, por tanto, sin interferir con la función testícular fetal que ocurre en época anterior.

Siempre tratando de hallar una explicación a la anormalidad, Witschi (14) ha sugerido dos posibilidades como causa de la misma: 1) una relación-de herencia e influencia materna y 2) una influencia inmunológíca. Apoya la primera posibilidad en la observación de que dos o más hermanos pueden ser afectados, habiéndose comprobado que la anormalidad se transmite hereditariamente por vía materna con carácter recesivo (según Zuspan (15) gen recesivo ligado al sexo); según Ortega Núñez y Col. (10), el antálisis de los árboles genealógicos publicados demuestran que la relación de hembras normales a varones normales más seudohermafroditas es igual a la de 1:1 (9 hembras para 7 seudohermafroditas masculinos más 2 varones normales). En cuanto a la segunda posibilidad, permanece en el campo de la hipótesis; según Wítschi, en el tercer mes de la gestación la madre responde a los estímulos partidos del testículo embrionario produciendo un antagonista inmunológico (factor antitestis) que traspasando la barrera placentaria suprime la diferenciación masculina pero sin alterar el componente célulogerminal de los testículos, que guardan una apariencia histológica relativamente normal.

Se concluye de estas consideraciones que aún es desconocido el factor causante de tal detención del desarrollo, quedando como posibles causas del trastorno:

1) insuficiente estímulo androgénico durante el período de diferenciación embrionaria,
2) una excesiva estimulación estrogénica durante el mismo,
3) un factor hereditario materno y
4) una influencia inmunológica.

SINTOMATOLOGIA

Desde el punto de vista clínica, Guinet (16) ha propuesto una clasificación en tres grandes series morfológicas:

a) Un *primer grupo* está constituido por sujetos cuyo aspecto *típicamente masculino* está alterado únicamente por una ***criptorquidia*** y un *hipospadias.* El hábito general no se presta a discusión: físicamente son masculinos y son criados como tales. El hipospadias es de asiento variable, peneano o peneoescrotal. El pene está casi siempre deformado por una incurvación producida por una cuerda fibrosa adherente a la cara inferior de la vaina de los cuerpos cavernosos. El escroto tiene una estructura normal pero es hipotrófico. Los testículos están ausentes de las bolsas. La próstata es infantil. Puede haber modificación de la parte terminal de los gonoductos, consistente en descenso del verumontanum y canalización por un utrículo profundo; presencia de formaciones müllerianas diferenciadas en trompa y útero.

b) En el *segundo grupo* se encuentran numerosas modalidades patológicas. En el momento del nacimiento existen dudas sobre el sexo real: los pocos casos que presentan un escroto cerrado son declarados como masculinos pero ante la presencia de un escroto hendido son considerados como femeninos. En una estadística de Evans y Riley (17), 5 de 12 fueron calificados masculinos y en 11 casos de Hamblen solamente lo fueron 3. A la llegada de la pubertad estos sujetos que han sido considerados como femeninos empiezan a presentar hechos contradictorios: el falo se hace eréctíl, las menstruaciones no se presentan, la voz cambia, la piel se vuelve áspera y acneica. En la edad adulta existe aspecto androide de la musculatura, de la distribución de la grasa y hace su aparición

pilosidad facial. Puede haber una ginecomastia juvenil persistente y, en algunos casos, glándulas mamarias rigurosamente femeninas. El psiquismo reflejará una adaptación a su malformación o una psicosis depresiva.

Los *órganos genitales externos* presentan pene atrofico, hipospadias y escroto hendido. Se consideran tres variantes: a) un solo orificio urinario con desembocadura intrauretral de los gonoductos, b) hendidura urogenital con desembocadura separada de los orificios uretral y genital en una cavidad sinusiana intermedia y c) vagina bien individualizada con meato urinario en la parte anterior.

Los *órganos genitales internos* presentan una diferenciación masculina de los conductos de Wolff con una próstata atrofica, que puede faltar. Los derivados del conducto de Müller subsisten con aproximación progresiva al periné. Los testículos tienen una posición labío-escrotal, inguinal o pelviana.

c) En el *tercer grupo* se reúnen los sujetos cuyo *hábito genital, somático y psíquico es,* sin duda posible, *femenino* y que, sin embargo, *portan testículos;* forman el llamado "síndrome de feminización testicular" o "Hairless Women". La morfología es femenina, la piel es fina, no hay barba, el libido se orienta hacia los hombres y la maternidad es deseada. Los senos son normales, aunque las aréolas y el mamelón guardan un aspecto juvenil. Hay ausencia o extrema pobreza de las pilosidades axilopubianas.

Los *órganos genitales externos* aparentemente son los de una mujer normal. La vulva muestra labios insuficientemente desarrollados; el clítoris aparentemente es normal; existe hímen y vagina pero se termina en fondo de saco donde no se ve ni cuello ni orificio uterino; la uretra ocupa su sitio normal.

Los *órganos genitales internos* son de tipo rudimentario y asocian los derivados müllerianos con los wolffianos, a veces con predominio del uno sobre el otro. Los testículos ocupan el lugar de los ovarios o están en posición inguinal; su volumen está considerablemente disminuido.

DIAGNOSTICO

Ante el diagnóstico positivo se seudoherrnafroditismo se nos plantea un primer problema consistente en determinar si es del sexo masculino o del femenino. Luego hay que diferenciarlo de otros estados de desarrollo heterosexual y, finalmente, distinguirlo de algunos trastornos endocrínicos particulares a ciertas tumoraciones.

I.— DETERMINACIÓN SEXUAL DEL SEUDOHERMAFRODITISMO. —En ciertas condiciones la exploración clínica es capaz, por sí sola, de determinar el sexo del seudohermafrodita pero en más del 60% de los casos el sexo es dudoso al nacimiento, en la pubertad y aún después de ella. En estas circunstancias es muy difícil afirmar que un seudohermafrodita sea masculina o femenino *(sexus anceps).* El único medio con que antes se contaba era la visualización de las gónadas por laparotomía exploratoria. En la actualidad puede recurrirse a la determinación de la excresión estrogénica y de los 17-ketoesteroides urinarios (véase cuadro).

	Estrógenos	*Gonadotropina*	*17-ketosteroides*
Seudohermafrodistimo masculino	Bajos	Normal	Normal
Seudohermafroditisrno femenino	Elevados	Usualmente no se comprueba	Elevados

Se puede, asimismo, emplear un procedimiento sencillo de laboratorio que manos experimentadas da un 100% de seguridad. Tal es la determinación del "patrón cromatínico sexual", que fue introducida por Barr (18). La aplicación del método está basada en la observación de un característico cuerpo de cromatina que puede ser encontrado en un alto porcentaje de núcleos en las genéticamente hembras (50-80%) y solo en un pequeño porcentaje en los genéticamente machos (1-14%). Como materia de estudio puede utilizarse la biopsia cutánea; sin embargo, Moore (19) ha demostrado que los frotis obtenidos de la mucosa oral pueden sustituir al procedimiento anterior, teniendo como ventaja la simplicidad de la toma y su más fácil interpretación; el porcentaje de los núcleos que contienen los cuerpos cromatínicos es inferior en los frotis orales que en la biopsia cutánea, variando de 0 a 4% en los machos y de 20 a 80% en las hembras. Este procedimiento ha sido utilizado para la determinación prenatal del sexo del feto, usando núcleos celulares del líquido amniótico obtenido por aspiración con aguja y jeringa. Los resultados de este estudio se informan como "cromatino-positivos" para los núcleos de tipo femenino y como "cromatino-negativos" para los de tipo masculino.

II.—OTROS ESTADOS DE DESARROLLO HETEROSEXUAL:

a) *Síndrome de Klinefelter.—La* disgenesia testicular del tipo de Klinefelter (esterilidad, esclerosis de los tubos seminíferos, testículos hipotróficos, eunocoidismo y ginecomastia) tiene un patrón cromatino-positivo y hace el diagnóstico diferencial con el seudohermafroditismo masculino. Se hace la observación de que a pesar de ser cromatino-positivos, la combinación XX no es la normal pues a ella se le agrega un cromosoma Y, lo que da la combinación final XXY con un total de 47 cromosomas.

b) *Síndrome de Turner.*—Los individuos de este síndrome recuerdan a la mujer pero tienen un patrón cromatino-negativo (seudohembras); se ha demostrado que sólo se hallan presentes 45 cromosomas por ausencia de un cromosoma X (XO). Para hacer el diagnóstico hay que tomar en cuenta que poseen genitales externos femeninos, que son cromatino-negativos, que falta la maduración sexual y que excretan grandes cantidades de gonadotropinas.

c) *Hermafroditismo verdadero.*—De acuerdo con Riley (3) la prueba de la cromatina sexual demuestra que son cromatino-positivos, lo que hace fácil el diagnóstico diferencial con el seudohermafroditismo masculino. Según Barr (20) los núcleos son cromatino-positivos en algunos casos y cromatino-negativos en otros y, por tanto, Williams (21) asegura que el diagnóstico de tal entidad puede hacerse únicamente después de efectuada la laparotomía y el estudio histológico de las gónadas.

III.—TRASTORNOS ENDOCRINÍCOS PARTICULARES A CIERTAS TUMORACIONES

La feminización o masculinización consecutiva al desarrollo de tumores ováricos, testiculares o de la corteza suprarrenal que sean de carácter funcional, fácilmente se diferencian del seudohermafroditismo pues si bien es cierto que desarrollan las caraterísticas secundarias del otro sexo, su tracto vaginal está anatómicamente bien constituido ya que la tumoración ocurre cuando[1] los cambios embrionarios normales ya han ocurrido.

TRATAMIENTO

Según Wilkins (22), la escogencia del sexo bajo el cual han de ser criados debe basarse primariamente en la apariencia de los genitales externos, especialmente en el tamaño del pene.

A-—Los seudohermafroditas masculinos que tienen *un pene suficientemente bien desarrollado* para funcionar como tal, deben ser criados como masculinos y el hipospadias y el escroto hendido deben ser corregidos. SÍ existen útero y trompas, deben ser extirpados. Como no puede decirse si estos pacientes se masculinizarán o femenizarán al llegar a la pubertad, se aconseja la orquiectomía para evitar lo último; subsecuentemente, en el momento de la pubertad se instituye tratamiento con testosterona.

B.—Muchos seudohermafroditas masculinos con *genitales ambiguos* tienen un falo tan pobremente desarrollado que no hay esperanza de hacer parecer o funcionar como pene; constituye un valladar insuperable para los ajustes psicológicos satisfactorios en su papel de hombres y es preferible criar a estos desafortunados como mujeres. En este caso debe efectuarse la orquiectomía y los genitales externos no deben ser corregidos por remedar los genitales femeninos. En la pubertad deben recibir estrogenoterapia. Alrededor de los 20 años se aconseja construir una bolsa vaginal.

C.—Un tercio de los pacientes tienen *genitales externos femeninos* sin agrandamiento del clítoris; en la pubertad se feminízan excelentemente debido a la secreción de estrógenos testiculares. A menudo se casan y llevan una vida conyugal normal, a pesar de su infertilidad. Los testículos no deben ser extirpados hasta que la feminización esté completada pero, después de este período, es aconsejable la orquiectomía por el posible peligro de degeneración maligna; a continuación debe instituirse estrogenoterapia.

D.—Desafortunadamente el médico se encuentra con pacientes adolescentes o con adultos jóvenes que han sido criados en el sexo inapropiado, y no de acuerdo con los principios antes expuestos. Ante esta posibilidad, lo mejor es mantenerlos en el sexo que civilmente se les ha asignado, empleando cualquier procedimiento médico y quirúrgico que llene tal propósito (23, 24).

INFORME DEL CASO

El caso que ha motivado estas consideraciones es el siguiente:

J. O. A. B., de 16 años, soltero, originario y procedente de Aguantequerique (La Paz), ingresó al Hospital General de Tegucigalpa amparado bajo el registro N° 1019, siendo su queja principal "distensión abdominal y falta de deposiciones",

E. A.—Informó sufrir desde hacía 16 días de dolores sordos generalizados a todo el abdomen y con irradiación lumbosacra, de tipo cólico y que progresivamente se han venido intensificando. Desde hacía 4 días el dolor se volvió continuo, con supresión de defecaciones y de expulsión de gases. Ha tomado varios purgantes pero las defecaciones obtenidas fueron poco abundantes, fétidas y de color oscuro. Desde hacía 3 días distensión progresiva del abdomen que moderadamente le ha dificultado la respiración.

Fuera de tener 5 hermanos normales y de no haber tenido experiencia sexual el resto de la anamnesis no fue contributoria.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de regular constitución física, con panículo adiposo poco desarrollado, con habite -externo sugestivo del tipo masculino, cooperador y de psiquismo aparentemente normal.

P. A.: 120/80; f '0 p. m.; T.: 37°1 C R.: 18 p. m. Talla: 1,60 m.

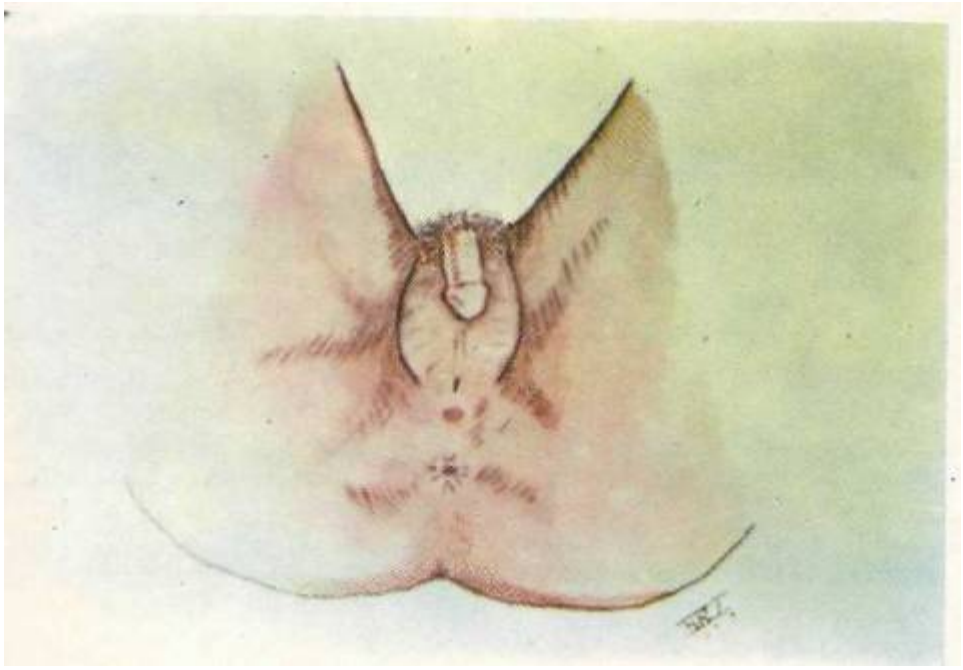


Fig. 4 Aspectos de los genitales externos del caso informado.

Los únicos datos anormales fueron los siguientes:

***Abdomen.*—Simétrico** y globuloso. En la región hipogástrica y parte inferior del mesogastrio se constata la presencia de una masa que da la impresión de ser la vejiga urinaria considerablemente distendida, llegando hasta 2 traveses del ombligo. Esta masa es dolorosa, intramúsculo-aponeurótica, inmóvil y mate a la percusión, enmarcada por una zona timpánica. Ruidos intestinales ausentes.

Genitales. Escasa pilosidad pública y de distribución femenina. Pene de tamaño y aspecto normales pero sin mostrar meato ni uretra. En la parte posterior del escroto se comprueba un orificio de 1 cm. de diámetro y que está bordeado por dos valvas. En el periné y por delante del ano se aprecia la presencia de una fosilla de 2 eras, de diámetro y de escasa profundidad. Ausencia de testículos en el escroto o en el trayecto inguinal (Fig. 4).

Tacto rectal. Ampolla vacía. Se constata lo que en apariencia es una próstata y, por encima de ella, la tumoración renitente detectada en el examen de abdomen.

Piel. Escaso pelo axilar y se insinúa un bozo.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Placa simple de abdomen: a nivel del hipogastrio se nota la presencia de una tumoración redondeada y bastante grande. El colon está dilatado por gases. —Dr. J. Rivera M.

Cistograma: La vejiga urinaria muestra al parecer dos compartimientos; en su polo superior presenta una compresión extrínsica la cual es ejercida por la tumoración que se describió antes.—Dr. J. Rivera M.

Sangre: Ht.: 42 vols.%, Hg.: 14,5 gm.%, G. B.: 10.350 mm^3, N-66%, L-32%, E-2%, T. de C: 2'3", V.D.R.L.: Negativa, grupo sanguíneo: O Rh +, N. N. P.: 44 mgs.%, Creatinina: 1,85 mgs.%.

Enema de bario: Dificultad en la penetración del bario. Tanto la -ampolla rectal como el sígmoide están desplazados a la derecha y arriba. La porción afectada sufre moderado estrechamiento (Fig. 5).

Pielografía descendente: Ríñones en forma de herradura. Buena función renal con caliectasia y pielectasia bilateral. Uréteres desplazado hacia afuera en su mitad distal con dilatación acentuada de la porción proximl (Fig. 6).

Cistoscopia: A través de un hipospadias períneal se introduce cistoscopio N° 16 y se llega a la cavidad vesical sin dificultad. El agua introducida no fluye, teniendo que introducir el cistoscopia a la derecha o a la izquierda para lograrlo. La región del trígono está bastante congestionada, lográndose ver los orificios uretrales con dificultad. La vejiga está comprimida por una tumoración extrínsica, lo que le da la forma de un 8 acostado. En el cuello vesical se nota redundancia de mucosa que da la impresión de una próstata infantil. En la uretra prostática se ven pliegues de mucosa, sin poder asegurar que se trata de un *veru montanum.*—Dr. Munguía Alonzo.

Prueba de la cromatina sexual: Cromatino-negativo.—Dr. Carranza.

Se efectuó una exploración quirúrgica y en la descripción de la laparotomía se asentó: "Se comprobó voluminosa tumoración en cavidad abdominal, irregular, de aspecto maligno y con numerosos coágulos. Comprobaron numerosas adherencias con asas intestinales. Esta tumoración comprimía a la vejiga por su cara

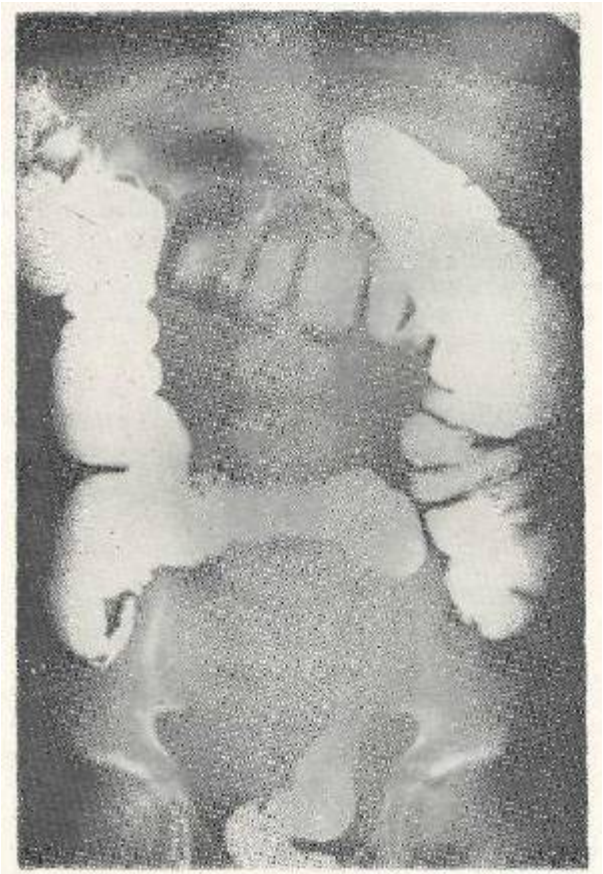


Fig. 5
Enema baritado.

posterior y al rectosigmoide en su cara anterior, siendo éste desplazado hacia la derecha. Se extrajo la tumoración y, siendo muy friable, se logró efectuarla por fragmentos. En la cara anterior del recto se encontró una formación que dio la impresión de ser una matriz rudimentaria, la cual llegaba a contactar por abajo con la uretra membranosa; al seccionaría se constató que estaba llena de un líquido mucoso abundante. En el lado izquierdo de la pelvis menor se halló un testículo ectópico y atrofico. No se halló el otro testículo.—Dr. Aguiluz".

Informe anatomopatológico: "Teratoma maligno de testículo ectópico (semiaoma + carcinoma embriogénico). Testítculo ectópico del lado opuesto sin patología demostrable.—Dr. R. Durón". Se comprobó la existencia de trompas de Falopio y de útero rudimentarios entre las muestras remitidas.

En resumen, se trató de un caso de seudohermafroditismo masculino complicado con el desarrollo de un teratoma maligno en uno de los testículos ectópicos, lo que produjo fenómenos compresivos en las vías urinarias y obstrucción mecánica rectosigmoidea incompleta, que fue lo que lo obligó a buscar hospitalización. El paciente tuvo un postoperatorio tormentoso y falleció en el 3er. día postoperatorio.

Fig. 6
Pielografía descendente.

Con intención se han dejado por fuera las consideraciones sobre los tumores testiculares, ya que ese no ha sido el objetivo de esta comunicación. Se cree estar en lo seguro al afirmar que el tumor testícular nada tuvo que ver en la patogenia del seudoherrnafroditismo sino, más bíen. el seudohermafroditismo con su ectopia testicular abdominal fue propicio para el desarrollo del tumor. Según Patton (25), "el testículo criptorquídico está más sujeto a sufrir degeneración maligna que el testículo situado en el escroto". Varios informes dan la incidencia como de 5 a 48 veces mayor. Está también aceptado que una orquidopexia no disminuye las oportunidades de malignización. Estos hechos hacen reflexionar sobre la conveniencia de efectuar una orquidopexia o remover el testéculo.

R E S U M E N

Se definen las variantes de seudohermafroditismo, se analiza su etiología, patogenia, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

Esta revisión es motivada por un caso de seudohermafroditismo masculino ocurrido en el Hospital General de Tegucigalpa, Honduras, del cual se dan detalles.

S U M M A R Y

On ocassion of a case of Male Seudohermaphroditism observed at the General Hospital of Tegucigalpa, Honduras, a review is made on definition, etiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis and treatment of Seudohermaphroditism.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Cornil, V.: Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica. Editorial Labor. Barcelona 1959.
2.—Koontz, W. W., Young, R. B., Tucker, H. St. G. y Prout Jr., G. R.: True hermaphroditism. J. Urology, 101: 102, 1969.
3.—Wakefield, A. R.: Intersexe and related problems. The Surg. Clin, of N. A. 47: 505, 1967.
4.—Rilley, G. M.: Gynecologic Endocrinology. Paul B. Hoeber Inc., Nueva York, 1960.
5.—Witschi, E.: Development of Vertebrates. W. B. Saunders Company. Filadelfia 1:956.
6.—Barclay, D. L. y Sternberg, W. H.: A classification of intersexes: Gyneco logic considerations. Southern Med. J. 59: 1383, 1966.
7.—Jost, A.: Arch. D'Anat. Micro, et de Morph. Exp. 36: 271, 1947.
8._ Di Paola, G. y Nogues, A. E.: Intersexos genéticamente varones. Rev. Arg. Endocrinol. 4: 274, 1958.
9._ Kaplan, N. M.: Male pseudohermaphrodism, report of a case with observation on pathogenesis. New England J. Med. 261: 637, 1959.
10. _Ortega Núñez, A., Fernández, M. y Casabon, A.: Seudohermafroditismq masculino hereditario. Rev. Clin. Esp. 77: 386, 1960.
11. Greene, R. R.: Hormonal factors in sex inversión: the effect of sex hormones on embryonic sexual structures on the rat. Biol. Symposia. 9: 105, 1942.
12.—Wilkins, L., Jones, H. W., Holman G. H. y Senpel, R. S.: Masculinization of the female fetus associated with the administration of oral.
13__ Nelhaus, G.: Artificially induced female pseudohermapbroditism. New England J. Med. 258: 935, 1958.
14.__Witschi, E., Nelson, W. O. y Segal, S. J.: J. Clin. Endocrinol. 17: 737, 7ig
15-Zuspan, F. P-: Testicular feminizing syndrome in male pseudohcrmaphroditism: a report of its ocurrence in succesive siblings. Amer. J. Obst. Gynec 80: 454, 1960.
16._ Guinet, P.: Le pseudo-hermaphrodisme male. La Rev. de Prat. 18: 2135,
17._ Evans, T. N. y Riley, G. M.: Obst. and Gynec. 2: 363, 1953.
18._ Barr, M.: Chromatin and phenotype in man. Science 130: 679, 1959.
19.—Moore, K. L. y Barr, M.: Lancet pág. 57, julio 1955.
20—Barr, M.: Cytologic test of chromosomal sex. Prog.in Gynec. 3:139,1959
21 "-—Williams L.: Abnormalities of sex defferentiation. Pediatrics. 26: 846, 1960.
23.—MacMahon, M. R.: Hermaphroditism in infaney and childhood. Surgery 59: 290, 1966.
24 —Schneider, K. M., Becker, J. M. y Krasna, I. R: Surg$_{1C}$al management of intersexuality in infaney and childhood. Ann. of Surg. 168: 255, 1968.
25—Patton J F Hewit, C. B. y Mallis, N.: Diagnosis and treatment of tumors' of the testis. J. A. M. A. 171: 116, 1959.

Notas sobre el Segundo Congreso Centroamericano y Mexicano de Patología

CELEBRADO EN SAN JOSÉ DE COSTA RICA DEL 1? AL 5 DE DICIEMBRE DE 1970

R. A. Duran M. (*)

El Congreso de Patología se desarrolló al mismo tiempo que el XXXIX Congreso Nacional de Medicina de Costa Ríca, correspondiente a este año. La inscripción se verificó en el edificio del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Este se encuentra localizado en una área de aproximadamente 3 manzanas y comprende un edificio moderno con varias salas de conferencias, biblioteca y área social para esparcimiento de los hijos y parientes más cercanos de todos los médicos de Costa Rica quienes contribuyen al mantenimiento de dicho local. En Costa Rica hay aproximadamente 1.000 médicos y siguen un plan de Seguro similar al nuestro, administrado por ellos mismos. En el área de esparcimiento social hay piscina, bar, restaurante y todas las otras comodidades para niños y adultos que puede ofrecer cualquier club social general como, por ejemplo, el Country Club de Tegucigalpa. Por la tarde del 19 de diciembre se nos invitó a conocer el Hospital nuevo de la Caja Costarricense del Seguro Social. Se llama Hospital México y fue inaugurado aproximadamente hace un año contando con 600 camas. Se nota un movimiento intenso.de trabajo, mucho mayor que el que se observa en el Hospital de Beneficiencia (San Juan de Dios). Uno de los departamentos mejor dotados es el de Patología, dentro del cual se corren aproximadamente 800 biopsias mensuales y gran cantidad de autopsias, las cuales se hacen de rutina sin que para ello medie permiso especial ni por parte de los parientes del fallecido ni por parte de las autoridades, gubernamentales o del Seguro Social. El laboratorio clínico está modernamente equipado y dividido en 6 secciones, cada una manejada por un especialista titulado en la Facultad de Microbiología. Una cosa que nos llamó mucho la atención fue la presencia dentro de ese laboratorio de un Químico que, aunque no es Laboratorista, resuelve el problema de preparar todos los reactivos que se necesitan en las diferentes secciones del laboratorio, aún los de las más complicadas fórmulas. Con esto se ahorra bastante, dinero y tiempo si el caso fuera de estar haciendo pedidos de estos reactivos al exterior. Nos llamó también la atención la participación del Hospital del Seguro Social en la enseñanza de Patología y la presencia de circuitos cerrados de televisión en la sala de autopsias, sala de operaciones y otros locales importantes para facilitar la enseñanza. Este sistema moderno fue una donación persona! del Presidente de México al Hospital del Seguro Social de Costa Rica por llevar el nombre de su país, cuando fue invitado a la inauguración del mismo.

Por la noche del mismo día se hizo la inauguración oficial del Congreso de Patología en conjunto con el XXXIX del Congreso Médico Nacional de Costa Rica. Después de los discursos de rigor le tocó al señor Presidente de la República, José Figueres, declarar inaugurado dicho Congreso no sin antes presentar un panorama del estado de la Salud Pública en Costa Rica. Como durante el discurso pronunciado por el Dr. Rodolfo Céspedes, Jefe de la Unidad de Patología que existe en Costa Rica, mencionó que dentro de poco regresará a Costa

(*) Jefe Servicio Patología, I.H.S.S.
Jefe Laboratorios Clínicas Viera, Tegucigalpa, Honduras.

Rica un Patólogo especializado durante 3 años en Microscopía Electrónica y que el problema que se les presentaría consistiría en la adquisición de un microscopio electrónico cuyo precio es aproximadamente de 150.000 dólares, el Presidente Figueres vivamente impresionado por el giro hacia la investigación que la Ciencia Médica ha estado proyectando en su país, se comprometió en esa sesión espontáneamente a donar el microscopio electrónico al Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios. Acto seguido el Dr. Céspedes nos dio la primera sorpresa científica a todos los concurrentes, tanto Patólogos como Médicos que asistían al Congreso Médico Nacional, presentando un estudio exhaustivo sobre una nueva entidad clínico patológica que se ha venido estudiando en Costa Rica desde hace 18 años. El estudio ha sido posible con la colaboración del Departamento de Patología, de varios Cirujanos, Internos, Residentes y Parasitólogos especializados (Dr. Morera). Se trata de una forma de parasitosis intestinal causada por lo que ellos han bautizado como *Angiostrongylus costarricensis.* La entidad se llama *Angiostrongylosis Abdominal.* Los primeros casos mostraban signos de peritonitis y de obstrucción intestinal, en su mayoría casos mortales y los estudios eran hechos en el Servicio de Patología, donde el Dr. Céspedes y colaboradores encontraban marcada eosinofilia y la presencia de un parásito no identificado que tenía la peculiaridad de invadir los vasos del mesoapéndice. Tomó mucho tiempo averiguar de que parásito se trataba y una vez que éste fue identificado vinieron los estudios experimentales para averiguar su ciclo biológico. En la actualidad se sabe que la rata campestre presenta la misma enfermedad y que tanto el hombre como la rata son contaminados por alimentos en los cuales ha reposado molusco comúnmente llamado entre nosotros babosa. La enfermedad predomina en las zonas más húmedas del país donde es endémica, presentándose brotes epidémicos en todo el país durante la época de las lluvias, que es cuando más abundan estos moluscos. A pesar de que el cuadro clínico es muy poco, sumando todos los factores anteriormente enumerados,, los Médicos costarricenses ya se han familiarizado tanto con este tipo de enfermedad, la cual ocurre especialmente en niños, que se consideran en capacidad de hacer el diagnóstico clínico, evitando así varias intervenciones quirúrgicas innecesarias y posibles muertes mediante la administración temprana del antiparasitario específico cuyo nombre no recuerdo.

Del Departamento de Investigaciones Científicas del Instituto Mexicano del Seguro Social se hizo una presentación de 10 casos de *angiomas del bazo.* En realidad en su mayoría son linfangiomas y se trata de hallazgos fortuitos en exploraciones de otra patología, como en casos de autopsias. Usualmente no presentan sintomatología en vida del paciente a no ser que crezcan mucho o por la eventualidad de la ruptura de un tumor quístico que provoque hemoperitoneo.

Del mismo Departamento se informó sobre un 3.8% de *carcinoma de vesícula biliar* sobre un total de 1680 autopsias practicadas en el Hospital Oncológico. Un 80% de estos casos están asociados a colelitiasis. En la discusión surge el problema de siempre: si la presencia de cálculos es el factor que provoca la neoplasia o al revés si la neoplasia crea condiciones para que se encuentren cálculos asociados con ella.

De la Caja Costarricense del Seguro Social y Facultad de Medicina de Costa Rica se trató de demostrar la *influencia de un programa de citología en la frecuencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino.* Para ello se hizo *d* estudio de un total de 83.548 biopsias de cuello uterino efectuadas de 1962 a 1969. El estudio se dividió en dos períodos, uno de 1962 a 1965 que corresponde al período previo al programa de Citología. Se observaron entonces 180 de estas lesiones de cuello uterino. En el segundo período, que va de 1966 a

1969, ya cuando funcionaba el programa de Citología, se notó un aumento significativo en la incidencia que este tipo de lesiones en cuello uterino en biopsias, totalizando para este segundo período a 418.

En estudios de *estribos extirpados por otoesclerosis,* en el Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios de San José, se notaron cambios histológicos de reabsorción ósea progresiva perivascular con depósito de colágeno. En casos muy avanzados este proceso conducía a la formación de nuevo hueso mal colageneizado, dando una imagen "en mosaico" por depósitos de hueso en diferentes épocas.

El Dr. Héctor Márquez Monter, del Departamento de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social informó sobre varios casos de *exfoliación membranosa de mucosa vaginal* en pacientes que han sido tratados con ALBOTYL (Acido metacreosol sulfónico) por Ectropion y leucorreas. En su Departamento de Patología fueron recibidas estas membranas que dan la impresión de fragmentos de papel muy fino. Al estudio histológico se nota epitelio pavímentoroso de la mucosa vaginal comprendiendo hasta 8 capas de núcleos. Se trata posiblemente de un efecto yatrogénico cuya patogenia aún no está completamente dilucidada.

Del mismo Departamento se informó sobre un estudio de ultraestructura con microscopía electrónica ds la *participación mitocondrial en la absorción intestinal de la rata.* En las diapositivas se aprecia claramente la posición alta o baja con relación al núcleo de la célula de los grupos mitocondriales del citoplasma según el régimen alimenticio a que se ha expuesto el animal.

El Dr. Benjamín Landing, del Chíldren's Hospital de Los Angeles, California, presentó una conferencia sobre *diagnóstico histoqutmico práctico aplicado a biopsias de músculo, hígado, riñan y cerebro,* lo cual es prueba evidente de las conquistas en materia de diagnóstico histológico cuando un Servicio de Patología cuenta con todas las facilidades técnicas que permitan practicar dentro de él histoquímica de alta categoría.

El Dr. Ruy Pérez Tamayo, Jefe del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Autónoma de México, presentó una magistral conferencia de carácter puramente de investigación sobre las *3 y* 14 *hipótesis* que el mismo se ha planteado sobre la forma como el colágeno se desintegra y autoelimina en algunos granulomas desmoplásicos que pueden provocarse experimentalmente mediante la inyección subcutánea de una substancia comercial que se utiliza en la industria pesquera llamada "Carragenina". No se trata de ningún antibiótico. El objeto primordial del estudio evidentemente conduce a investigar la manera como en el futuro se logre interferir la formación de excesiva fibrosis en procesos patológicos donde ésta tiene un carácter prominente. Es un trabajo bastante complejo sobre inmunología con ayuda de microscopía electrónica bastante difícil de ser captado por aquellos como nosotros quienes carecemos de los conocimientos básicos en estas disciplinas.

Sobre un materia Ide 10.000 biopsias practicadas en un ano en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital México de la Caja Costarricense del Seguro Social, se hizo una revisión de la *patología quirúrgica del tiroides.* La patología más frecuente corresponde a bocios coloideos nodulares y difusos con o sin hiperplasia. Nos interesó sobremanera el hecho de que en esta revisión solamente se han encontrado 5 carcinomas y 2 adenomas de tiroides.

De un material de 32.000 biopsias practicadas desde 1967 en el Departamento de Investigaciones Científicas del Instituto Mexicano del Seguro Social se han encontrado 13 casos de *pilomatrixoma,* nombre que en la actualidad se le da en base hístogenética al muy conocido "epitelioma calcificante del Malherbe". Esto es de interés exclusivo para Dermatólogos y Patólogos.

El Dr. Alberto Ángulo, del Sanatorio Nacional de Tuberculosis de Caracas, Venezuela, ampliamente conocido en nuestro país desde 1963 cuando por primera vez vino a Tegucigalpa a darnos charlas sobre micosis pulmonares en Venezuela, ÍIOS trajo la novedad no informada hasta la fecha sobre la presencia en nodulos pulmonares calcificados de criptococos y blastomicosis sudamericana, lo cual indica indudablemente que hay pacientes que sobreviven a estas infecciones pulmonares las cuales no son necesariamente mortales como se ha cerído hasta la fecha. Asimismo ha encontrado "nodulos solitarios" activos (no calcificados) de estas entidades indicando con ello formas subclínicas de las mismas.

Rodolfo Céspedes del Servicio de Patología del Hospital San Juan de Dios informó sobre 12 casos de *blastomicosis sudamericana sistémica* con especial localización en mucosa oral, faríngea, amígdalas y pulmones, observados en 12 casos siendo, por consiguiente, la incidencia de un caso por año lo cual es relativamente bajo comparado con la incidencia en nuestro país.

Del Departamento de Patología del Instituto Mexicano de Seguridad Social, en Mérida, Yucatán, se informaron 16 casos de cisticercosis subcutánea. El informante explicó que a pesar de que es de México de donde se han obtenido grandes aportes a la literatura médica por cisticercosis del sistema nervioso central, la forma subcutánea poco se ha evaluado en su país.

De El Salvador se informó del hallazgo de 10 casos de "granulomas eosinofílicos" por diferentes parásitos en peritoneo, epiplón, pleura y otros sitios. El trabajo, aunque interesante, no es realmente completo porque no se ha hecho una identificación parasitológica tal como se ha hecho en Costa Rica debido ésto a la falta de un Parasitólogo que mediante investigación adecuada y en colaboración estrecha con el Patólogo proporcione la identificación exacta de estos parásitos.

Un trabajo realmente interesante fue el presentado por el Dr. Rodolfo Céspedes, ya anteriormente mencionado, quien ha encontrado una incidencia de toxoplasmas en un 6% de 4.000 placentas estudiadas. Últimamente se ha dedicado a investigar la presencia de estos parásitos en material de abortos donde también los ha encontrado. En vista de esta alta incidencia de toxoplasmas en decidua y tejido trofoblástico él ha intentado establecer una correlación serológica enviando suero de las madres y de algunos niños en los casos morfológicamente positivos a un laboratorio especializado en Atlanta, Georgia. La correlación, sin embargo, hasta la fecha no ha sido satisfactoria lo cual se podría interpretar en formas variadas quizás por las peculiaridades de los parásitos encontrados. Es de notar que recientemente han sido clasificados dentro del grupo de los esporozoarios, igual que los hematozoarios de la malaria. Alguien sugirió que probablemente de acuerdo con la morfología histológica que presentan en las placentas, serían capaces en unos casos de provocar reacción inmunológica, dando en este caso serologías positivas y en otros casos perderían esta capacidad. En la población general en áreas estudiadas en Costa Rica es de notarse que el 80% de esta población presenta reacción serológica positiva.

Del Hospital San Juan de Dios informaron el hallazgo de *metaplasia intestinal de la mucosa gástrica* en un 34% de 50 estómagos utilizados como controles, en un 96% en 50 estómagos por carcinoma gástrico, en 88% de 50 estómagos con úlcera gástrica y en un 72% de 50 estómagos con úlcera duodenal. La pregunta en relación a la mayor incidencia de esta metaplasia en casos de carcinoma gástrico sería ¿esta metaplasia es factor importante en la producción del carcinoma?

Del Departamento de Investigaciones Científicas del Instituto Mexicano del Seguro Social se informó mediante estudios de microscopía electrónica la presencia de *modificaciones estructurales de la celdilla hepática en pacientes durante la administración de esferoides.* No nos consideramos capaces de hacer comentarios sobre este trabajo.

Los Patólogos del Servicio de Patología del Hospital México de la Caja Costarricense del Seguro Social han estado estudiando las *lesiones de los pequeños vasos en la diabetes mellitus* utilizando como una novedad, biopsias del lóbulo de la oreja. Los hallazgos son los ya conocidos de engrosamiento de las membranas basal y pericapilar. El mérito del trabajo consiste en utilizar un nuevo sitio para estudios en investigaciones histológicas.

El otro estudio de microscopía electrónica en el Departamento de Investigaciones Científicas del Instituto Mexicano del Seguro Social se estudió la *excreción tubular renal utilizando peroxídasa exógena como marcador citoquímico.* Aparentemente el material exógeno pasa a la luz tubular.

De la Sección de Patología Forense del Organismo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica nos informaron sobre *3 casos de intoxicación fatal con "Gramaxone".* Se trata de un herbicida que se utiliza ampliamente en Costa Rica en las plantaciones de cítricos y café. Dos casos fueron accidentales y el otro fue un caso de suicidio. La supervivencia varió desde 6 a 7 días, las muertes atribuidas a insuficiencia renal. Las lesiones patológicas consistían en hemorragia subaracnoidea, tumefacción del epitelio tubular, congestión de la mucosa gástrica, congestión pulmonar, necrosis centro-Iobulillar del hígado y necrosis hemorrágica en los glomérulos renales.

No se observó diferenciación alguna en *estudio histoquímico de la espermar togenesis normal en varias especies animales,* tratando identificar habilidades-químicas de cromosomas XoY, desde el punto de vista enzimático, por Héctor Márquez del IMSS.

Tuvimos la oportunidad de conocer al Dr. Javier Arias Stella, del Perú, ampliamente conocido en la literatura ginecológica por el famoso fenómeno de "Arias Stella" dado a publicidad mientras hacía estudios de investigación de patología ginecológica en un hospital de New York, en 1955 aproximadamente. El fenómeno sigue teniendo validez y aparece en los textos modernos de Ginecología. En el presente Congreso nos habló sobre sus observaciones de 20 casos de *linfoma endonasal: forma singular de neoplasia.* Recalcó el Dr. Arias Stella sobre la errónea impresión clínica en estos casos que sugiere enfermedades de diferente naturaleza como rinoescleroma, leishmaniasis, granuloma letal de la línea media, etc. El ha hecho una revisión de la literatura anterior a sus observaciones y ha encontrado que en casos similares no se ha hecho incluso una identificación anatomopatológica clara, debido a que esta forma singular de neoplasia provoca gran necrosis superficial, de donde son generalmente tomadas las biopsias dando, por consiguiente, la impresión de tratarse de procesos granulomatosos necrosantes. No es sino hasta cuando se toman biopsias de la profundidad de la lesión cuando se pone ds manifiesto la naturaleza maligna de las mismas. Esta entidad tiene *i* importancia de que cura con radioterapia mínima. El Dr. Arias Stella nos presentó un caso con 20 años de supervivencia. Esto, desde luego, cuando se hace el diagnóstico y tratamiento adecuado. Si se desconoce su naturaleza neoplásica, la lesión progresa rápidamente a pesar de los tratamientos diversos que de acuerdo con el diagnóstico clínico se instituyen. Recordamos nosotros haber tenido discusiones serias con colegas Otorrinolaringólogos cuando trabajábamos en el Hospital General al haber rebatido diversos tipos de diagnósticos clínicos en casos similares en los cuales ya estaba convencido de que se trataba de lesiones malignas de tipo linfomatoso de la nariz. Por lo menos en 3 casos esto sucedió, con consecuencias funestas para los pacientes debido a no habérseles

instituido el tratamiento adecuado. Uno de los pacientes era un niño que aparentemente mejoró con tratamiento a base de corticoides con el diagnóstico de granulomatosis de Wegener sin haberse ésto demostrado desde el punto de vista anatomopatológico. En autopsia se encontraron infiltrados linfomatosos en diversos órganos. En otros dos casos la extensión del proceso a la base del cráneo provocó meningitis mortal.

El Dr. Ruy Pérez Tamayo habló sobre el tema de la *muerte* en una conferencia magistral que todos esperamos sería de tipo filosófico. En realidad habló bajo profundas bases biológicas dividiendo su trabajo en tres fases: A) Concepto, B) mecanismo y C) significado. El trabajo aunque comprensible, es demasiado complicado para comentarlo en esta oportunidad.

Se presentó un *caso de calcificación congénica de las arterias en la infancia asociada a hipertensión.* Aparentemente se demostraron lesiones en el aparato yuxtaglomerular. La patogenia no fue dilucidada y desgraciadamente el niño murió a consecuencia ds hemopericardio por ruptura del miocardio cuando se le hacían estudios de cateterismo cardíaco.

Del Departamento de Patología del Hospital Central Militar de México se presentó un caso de muerte en una niña epiléptica por uso crónico de Difenilhidantoína. El uso de la droga provocó hiperplasia linfoide pseudo-linfomatosa y anemia aplásica secundaria. Se hizo una revisión de literatura demostrándose que a la vez que pseudolinfomas pueden desarrollarse verdaderos linfomas por el uso de esta droga. Esto es de bastante interés para los Internistas y Neurólogos quienes frecuentemente utilizan la misma en casos de epilepsia.

En aproximadamente 20 casos los Patólogos Forenses de Costa Rica han contribuido al diagnóstico de *muerte por sumersión,* mediante la demostración, además de la hemorragia ósea temporal, de hemorragia etmoidal, más constante y descrita por ellos por primera vez.

En una revisión de 22 casos de *papilitis necrotisante en el Hospital Central Militar de México,* el 50% eran diabéticos y el otro 50% no diabéticos, presentaban uno que otro tipo de uropatía obstructiva.

Fuera de lo anterior se impartieron dos cursillos en forma simultánea: uno sobre *Citogenética* por el Dr. Márquez Monter de México y otro sobre *Microscopia Electrónica* por Patólogos del Departamento de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Nosotros asistimos al cursillo de Citogenética pero consideramos que en una forma tan apretada apenas se obtienen las base fundamentales y que se necesita, por lo menos, un mínimo de entrenamiento intensivo de 6 meses para compenetrarse de los problemas de Citogenética. Lo mismo puede decirse sobre la Microscopía Electrónica. Los Patólogos que se dedican a ello han recibido, por lo menos, uno a dos años de entrenamiento exclusivo en esta disciplina revolucionaria de la Patología moderna.

Asistimos también a un cursillo sobre *Patología Ginecológica* impartida por el Dr. Javier Arias Stella donde se puso en prueba la habilidad diagnóstica en materia de este tipo de patología por parte de los Patólogos que asistimos al Congreso.

SECCIÓN DE PREGUNTAS

Por medio de esta sección se dará respuesta a los problemas médicos que los colegiados tengan en su práctica diaria. Sus preguntas pueden dirigirlas al Secretario del Consejo Editorial, Apartado Postal N? 810, quien hará que las contestaciones sean evacuadas por el profesional más adecuado. La persistencia de esta sección será regida por el uso que de ella se haga.

¿PUEDEN CAUSAR SERIOS PROBLEMAS EN EL CICLO FEMENINO LAS INYECCIONES DE DEPO-PROVERA? Pregunta efectuada por Médico de Danlí. El Paraíso.

Respuesta: Sí, las inyecciones de Depro—Provera pueden causar varios cambios en el ciclo menstrual, siendo los más frecuentes el sangrado vaginal, que puede ser leve o severo, y períodos de amenorrea prolongados, aún de varios meses, que en ocasiones requieren tratamiento con drogas de otra índole.

Dr. Rafael Zelaya

¿CUAL ES EL MEJOR FIJADOR DE TEJIDOS Y CUAL DEBE SER LA PROPORCIÓN ENTRE ESTE Y LA BIOPSIA?

Pregunta efectuada por Médico de La Ceiba. Atlántida.

Respuesta: Existen algunas mezclas fijadoras muy buenas pero no siempre están al alcance del Médico. El fijador universalmente usado es el Formol al 10%, en una proporción mayor 30 veces al volumen que tenga la biopsia. El formol comercial tiene un porcentaje de 40 y, por tanto, hay que agregarle tres partes de agua para que tenga la concentración mencionada. La solución fijadora debe utilizarse apenas se obtenga la muestra pues cualquier retardo origina autólisis que dificulta o anula la posibilidad de adecuado diagnóstico histopatológico. En ausencia de formol y solo como último recurso puede usarse el alcohol de 96° pero, se enfatiza, que siempre es preferible el formol.

Dr. J. Adán Cueva V.

¿LA NO VISIBILIDAD DE UNA VESÍCULA COMO RESPUESTA A UN INTENTO DE COLECISTOGRAFIA IMPLICA FORZOSAMENTE PATOLOGÍA DE ESTE RESERVORIO?

Pregunta efectuada por Médico de Tegucigalpa, D. C.

Respuesta: Cuando la célula hepática es normal y no hay ictericia ni trastornos en la absorción del medio de contraste en el tracto gastrointestinal, la no visualización de la vesícula biliar en el curso de una colecistografía oral significa la existencia de una vesícula patológica, generalmente una colecistittis crónica calculosa. En un porcentaje ínfimo de individuos, la vesícula no se visualiza en un primer examen, a pesar de no existir patología vesicular, ser normal la célula hepática y no haber ictericia. Para eliminar este pequeño porcentaje de falsos-positvos (menos del 1%), es necesario repetir el examen administrando doble dosis del medio de contraste.

Dr. Jorge Rivera M.

¿ES ACONSEJABLE LA COMBINACIÓN TERAPÉUTICA DE PENICILINA Y SULFAS ABSORBIBLES? — Pregunta efectuada por Médico de Choluteca.

Respuesta: No es aconsejable tal combinación esencialmente por cuatro razones:

1) La penicilina actúa sobre gérmenes o bacterias en crecimiento y no sobre bacterias viejas, que adquieren esta cualidad por efecto de la bacteriostasis (sulfas).

2) Si al combinarlas se pretende abarcar un amplio espectro bacteriano, esta pretensión es falsa.

3) Las bacterias para las cuales las sulfas constituyen el quimioterápico de elección no se asocian a las bacterias para las cuales la penicilina es la droga de elección.

4) En términos generales, las combinaciones fijas no son racionalmente recomendables.

Dr. Jorge A. Pacheco R.

EXTRACTOS DE REVISTAS

VALORACIÓN POR COLPOCITOLOGIA DE LA PRUEBA PARADOJAL EN LA MUERTE FETAL. — GAMBOA CASTRO, E. Rev. de la Fed. Centroamer. de Ginec. y Obst. 10: 15, julio, agosto y septiembre, 1970.

El interés de la realización de este trabajo es el de presentar la importancia que tiene la prueba **paradoja!** como nuevo método complementario de la determinación de **la** viabilidad fetal, sobre todo en los casos de productos entre los 4 y *5V2* meses, por ser durante ese lapso negativas las pruebas, como Galli-Mainíni y Kuperman. Mediante el estudio celular se determina si el producto está vivo o no.

El fundamento de este estudio se basa en que la aplicación de estrógenos por vía parenteral a una mujer con embarazo normal no modifica la imagen citológica propia del embarazo, que es a base de células naviculares, cualquiera que fuera la dosis. Una mujer con producto muerto la aplicación de estrógenos hace variar el epitelio vaginal hacia la aparición de células superficiales en respuesta al estímulo estrogénico.

Si el frotis presenta la fase luteíníca y la administración de estrógenos no aumenta la proporción de células superficiales, lo más probable es que haya viabilidad. En cambio, si hay aumento de las células superficiales indica amenaza de aborto o muerte fetal. Esto es lo que se conoce con el nombre de prueba **paradojal.**

En conclusión, si sacamos el porcentaje de efectividad de la prueba paradojal se observará que es de 92,3 y la cuantía de error es de 7,7%, que se puede estimar como un porcentaje bajo que señala la utilidad de la práctica de la prueba. Presenta 14 referencias bibliográficas.

(Dr. A. Z. L.)

TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA BRONQUIAL.
MATHOV, E. Día Médico, 32: 957, junio 1970.

El autor asegura que es fácil decidir si un medicamento es eficaz en el tratamiento sintomático del acceso asmático pero que es diferente **decidir la** eficacía de un tratamiento de fondo y sólo podrá calificarse después de usarse por tiempo prolongado; será bueno cuando no se presente ningún acceso por lo menos durante 3 años y será curativo cuando no reaparezcan más. Pero aún así puede haber equivocación por 1) variabilidad en intensidad y frecuencia de los accesos (variaciones estacionales, ausencia de alérgenos, etc.), 2) ley del azar mediante la cual, usando una medicación anodina se obtendrá un 25% de mejoría, un 25% de empeoramiento y un 50% en condición intermedia.

Considera inicialmente los tratamientos que influyen sobre las células inmunocompetentes (frenación de la formación de anticuerpos): arsenícales (a los que no da méritos), radioterapia (cuya eficacia pone en duda), inmunosupresores (su bondad está en estudio y debe ser usada en pacientes fuera de la época fértil), tratamientos "stressantes" incluyendo en este barbarismo grandes traumatismos, hemorragias intensas, choque emocional, etc. (considera como meras casualidades y que en la mayoría de los casos los resultados son desmentidos por el tiempo), piretoterapia (la considera como coadyuvante cuando los corticosteroides combinados con antibióticos no disipan el cuadro asmático), injertos de placenta (a

los que critica desfavorablemente), extirpación del ganglio carotídeo (su resultado no es permanente y su efecto, más bien, es como alarmógeno), acupuntura (igual consideración que la anterior), psicodrogras (incluyendo barbitúricos-bromuros, hidantoinatos, diaxepóxidos, meprobamatos y clorpromazina que han demostrado que cuando existe disrritmia cerebral si no hay curación, al menos coadyuva bastante al tratamiento), hipnotismo, psicoterapia y psicoanálisis (se cree que en casos seleccionados pueden ser útiles), kinesiterapia (beneficia a largo plazo si se le complementa con tratamiento específico correspondiente), mucolíticos (el mejor fluidificante de la secreción bronquial es la hidratación; se ha preconizado el yodo y derivados pero el autor no está convencido de su efectividad; el Alevaire licúa el esputo "in vitro" pero se necesita en nebulización y en grandes cantidades durante los accesos y no para tratamiento prolongado; la Tripsina, la Quimiotripsina y la Homocisteína deben usarse repetidamente y las dos primeras pueden producir sensibilización y la última produce broncoespasmos).

Finaliza considerando las sustancias que actúan sobre los intermediarios químicos de la anafilaxia. Asegura que ninguno de los antihistamínicos, antiacetilcolínicos ni antiscrotonínicos actúa claramente en los accesos ni tienen mayor efecto en el tratamiento a largo plazo. Informa que hace 30 años se empezó a usar la histamina a pequeñas dosis crecientes creyendo que el asma era producida exclusivamente por esta sustancia, pero no dio resultados. Se concibió la idea de unir la histamina, en calidad de hapteno, a una proteína inerte para provocar la formación de anticuerpos contra la histamina y solucionar el problema (Lertigón) pero los resultados fueron dispares y cuando aparecieron los antihistamínicos y se comprobó que no tenían efecto sobre el asma se dejó de usar. Se descubrió que el suero humano protege al cobayo del choque anafiláctico y lo atribuyeron a la fracción globulínica; se pensó que la fracción globulínica del suero de las personas normales tenían la propiedad de capturar la histamina circulante (poder histaminopéxico), mientras que el suero de los asmáticos había perdido ese poder uniendo histamina y gammaglobulina humana se consiguió el Histaglobin que en la literatura mundial da apoyo a esta terapéutica. El autor la ha utilizado sin mayores resultados y opina que tal debe esperarse puesto que la histamina por sí sola no es la causa del asma bronquial.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA PRODUCIDA POR COMPRESIÓN ABDOMINAL. — RANDAL, Jr., R. E., Martínez, L., J. C. y Mackler, M. A. í. A. M. A. 213: 1679, septiembre 1970.

Los autores informan de un accidente único en que 3 individuos sufrieron insuficiencia renal a consecuencia de una breve compresión abdominal en el rescate de una víctima que se sostenía en un árbol situado en la corriente de un riachuelo crecido. Seis voluntarios se ataron en un lazo de Manila di •% de pulgada, utilizando asas con nudos no corredizos que se las colocaron bajo las axilas y estando situados a 20 pies uno de otro. 6 fueron arrastrados por la intensidad de la corriente quedando sostenidos merced al lazo y fueron regresados a tierra por tracción sostenida efectuada por 20 hombres. Los 4 hombres más distales notaron que el asa se corrió a su abdomen y la intensa presión de la corriente y la tracción del lazo los obligó a flexionarse quedando sus caras ^n contacto con sus rodillas; la fuerza era tan intensa que uno de ellos tuvo una evacuación rectal en ese momento. Al llegar a tierra se comprobó que el asa no apretaba circunferencialmente al abdomen. Presentaban excoriaciones y se quejaban de incomodidad abdominal; uno fue hospitalizado inmediatamente y otros dos lo fueron tres días después por náusea y vómito. Los 3 desarrollaron insuficiencia renal aguda. Presentaron hematuria y proteinuria en proporción a la severidad de la azotemia; se comprobó la presencia de cilindros granulosos

gruesos y células renales tubulares; dos presentaron aumento de peso (7-8 libras) e hipertensión transitoria (170/110); en dos hubo oliguria pronunciada por lo que se les dio 80 mgs. de furosemide que produjo diuresis sostenida y la condición de los pacientes mejoró rápidamente; la creatinina sérica cayó a la normal en 5 días. Se hicieron estudios más completos en uno: pielografía intravenosa (nefrograma bilateral pero con pobre excreción), pielografía retrógrada (solo demostró atenuación de los cálices menores y el promedio del espesor de la corteza fue de 4,2 cms. para la derecha y 3,7 cms. para izquierda, una semana más tarde se redujeron a 3,8 y 3,3 cms. respectivamente), venocavagrama (vena cava sin obstrucción y buen drenaje de las venas renales). No se efectuó biopsia renal. La hipertensión desapareció después de la diuresis. Todos tuvieron un curso benigno y permanecen bien varios meses después. El rescatado no sufrió lesiones.

Los autores hacen comentarios sobre la probable causa común de la insuficiencia. Creen que la rápida reducción del espesor cortical sugiere la presencia de edema intersticial secundaria a sangrado o a trasudado o a ambos. Creen que la explicación más lógica sería que a consecuencia de la súbita hipertensión cava y renal producida por la intensa presión produjo marcada congestión renal con hemorragia intersticial, edema y necrosis tubular localizada. Manifiestan que esta explicación llena las características clínicas y el rápido restablecimiento.

(Dr. S. R. Z.)

LINFADENOGRAFIA EN EL L1NFOEDEMA DE LOS MIEMBROS INFERIORES. — BOUABCI, A. S. y Col. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo 25: 141, junio 1970.

Los autores informan que a partir de 1952 el estudio radiológico del sistema linfático ha tomado gran impulso, gracias a la obtención de colorantes de elevado poder linfotrópico y de medios de contraste cada mes mejores y más inocuos. Recuerdan las diferencias técnicas utilizadas pero prefieren la de Kinmonth, que consta de 4 tiempos: 1) inyección del colorante vital linfotrópico en el tejido lacunar distal del miembro, 2) disección del canalículo linfático, 3) cateterismo de él y 4) inyección lenta de la sustancia de contraste.

De acuerdo a la clasificación adoptada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo los linfoedemas pueden ser: a) congénitos y aparecen desde el nacimiento como consecuencia de hipoplasia o aplasia de los linfáticos, b) precoces que aparecen 8 a 30 años después del nacimiento y reconocen igual etiología pero con manifestaciones clínicas tardías; b) no inflamatorio puede ser secundario a lesiones ganglionares por tumores, metástasis, fibrosis post-radioterapia o post-medicamentosa; c) inflamatorios secundarios a linfangitis con trombosis (celulitis o erisipela recidivante, infestaciones con filaría o complicaciones de casos con estasis venosa crónica y de las contusiones y fracturas, en las que hay aumento de la permeabilidad capilar que facilitan las infecciones secundarias).

De su estudio de 25 casos utilizando la linfografía concluyen que el análisis. de los datos clínicos asociados a la linfografía clarifica la patogénesis del linfoedema y que, además, añade nuevas posibilidades para el tratamiento quirúrgico utilizando técnicas micro-quirúrgicas de anastomosis linfática-venosa.

Enfatizan que el estudio radiológico del sistema linfático será incompleto a menos que se efectúe linfadenografía del sistema linfático profundo.

Suministran 11 referencias bibliográficas.

(Dr. S. R. Z.)

LAS PRUEBAS CUTÁNEAS DE PENICILINA COMO AYUDA DIAGNOSTICA DE ALERGIA PENICILINICA

VAN DELLEN, R. G. y Gleich, G. J. Med. Clin, of N. A. 54: 997, Julio 1970.

La incidencia de esta alergia en varios grandes estudios revisados en un reciente Boletín de la Organización Mundial de la Salud varió de 0,7 a 10%. Reacciones anafilácticas a la penicilina ocurrieron en el 0,05-0,15% de los pacientes que recibieron la droga y fueron fatales en el 0,0015-0,002%.

Para efectuar la predicción de alergia penicilínica se han utilizado varios reactivos para las pruebas cutáneas. El propósito de los autores es sumarizar la información actual y agregar su propia experiencia.

Reacciones a la penicilina.-—Pueden, ser clasificadas en relación al tiempo y tipo de reacción; las *reacciones inmediatas* ocurren dentro de 20 a 30 minutos con manifestación de **anafilaxis** (hipotensión, edema laríngeo, broncoespasmo o angioedema y vesículas); las *reacciones aceleradas* se presentan entre 30 minutos y 3 días y usualmente son angioedema o urticaria; las *reacciones tardías* ocurren después de 3 días y son del tipo exematoso. Mencionan otros tipos de reacción (dermatitis de contacto, anemia hemolítica, convulsiones, arteritis nodosa, etc.)

La mayoría de los antígenos resultan de la unión de penicilina con proteína y pueden ser sintetizados en el laboratorio usando albúmina de suero humano o polipéptidos sintéticos.

El hombre responde a los complejos droga-proteína desarrollando anticuerpos de las diferentes clases inmunoglobulínicas.

Pruebas cutáneas para alergia penicilínica.—Las reacciones anafiláctica y urticariana a la penicilina son producidas por anticuerpos sensibilizadores de la piel. La interpretación de la prueba depende de adecuada ejecución del procedimiento. Los autores siempre practican inicialmente una prueba de raspadura para determinar si es seguro introducir una mayor cantidad de antígeno; una pequeña área de la cara anterior del antebrazo es raspada sin producir sangrado y una gota del reactivo se coloca sobre ella, observándose por 15 minutos; es positiva la reacción cuando aparece una roncha de 3 o más milímetros, rodeada de una zona de eritema; si esta prueba es negativa se procede a la inyección intradérmica. Aproximadamente se inyectan 0,005 mi. del antígeno, usualmente en la región deltoidea utilizando una jeringa de tuberculina con una aguja descartable N°.26; ello produce una ampolla de 1 a 2 mm. de diámetro; las pruebas positivas son aquellas en que las ampollas son 1 o 2 **mms.** mayores que las iniciales y están rodeadas de eritema. Resultados inmediatos falso-negativos pueden resultar por el uso de anthistamínicos y, por ello, los pacientes no deben usar estos agentes por lo menos 12 horas antes de la prueba; los corticosteroides no interfieren con las pruebas inmediatas. Los autores no saben cómo interpretar el eritema sin roncha o sólo la roncha sin eritema. Utilizan la benzilpeniciloil-polilisina (BPO-PL) para probar las reacciones al mayor antígeno determinante y la preparan por la reacción de la benzilpenicilina con la **polilisina** con un pH alcalínico; para los antígenos determinantes menores usan benzilpenicilina cristalina y la hidrólisis alcalina de la penicilina (benzilpeniciloato); usan una concentración de 1 x 10 equivalente a 10.000 U de penicilina cristalina G por mi.) Fuera de la penicilina ninguno de estos productos son comerciales.

Aplicaciones de las pruebas inmediatas.—Inicialmente, cuando solo se utilizaba penicilina, hubo resultados negativos de sensibilidad en varios- casos; con el advenimiento del grupo BPO se aumentaron las esperanzas de que éste sería más valioso que el anterior; aproximadamente un 3 a 10% de pacientes sin

historia de alergia penicilínica respondieron positivamente al grupo mayor y un 1 % para el grupo menor; en los pacientes con antecedentes de alergia penicilínica un 35-76% fueron positivos para el primero y un 12-51% lo fueron al segundo. Algunos han demostrado que la prueba puede ser negativa inmediatamente después de una reacción y se hace positiva unos pocos días o semanas más tarde y que hay una relación inversa entre la incidencia de reactores positivos y el intervalo entre la reacción alérgica y el momento de la prueba. La incidencia de pruebas cutáneas positivas varía con el tipo de reacción.

Predicción. Una paciente con historia de alergia a la penicilina y que adolece de una infección contra la cual la penicilina o una de sus homologas es deseable o necesaria ¿puede tolerar la penicilina y las pruebas cutáneas decir cuál? Sus experiencias y la de otros demuestran que algunos pacientes con previas reacciones a la penicilina pueden posteriormente recibir inocuamente el fármaco y que las pruebas ayudan a identificar a estos pacientes.

Riesgo.—Hay un riesgo definitivo al efectuar las pruebas pero son muy raras (5 reacciones sistémicas suaves en 16,239 según otros informadores, 3 en 240 según sus experiencias).

Conclusiones.—Los antígenos empleados por los autores son valiosos pero no están disponibles para uso general. La situación del Médico General es igual a la que existía en 1950 cuando solo la penicilina G era usada para pruebas cutáneas. Recomiendan raspar la piel y hacer la prueba intradérmica con concentraciones de 10.000 U por mi. de penicilina G; si se sospecha una sensibilidad extrema debe usarse una concentración de 1. a 10 U por mi. Creen que una respuesta positiva con penicilina fresca en estas concentraciones indica un gran riesgo de reacción —particularmente una reacción anafiláctica—■ a la administración de penicilina G. Una respuesta negativa eliminará a muchos pero no a todos los pacientes, quienes pueden tener anafilaxia a la penicilina G.

(Dr. S. R. Z.)

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON HEMOBILIA.

SEDGWICK, C E. y Coburn, R. L. Surg. Clin, of N. A. 50: 683, junio 1970.

informan que el término hemobilia significa sangre en el árbol biliar y que ello ocurre a consecuencia de trauma cerrado en el 90% de los casos. Sin embargo, no es frecuente pues del análisis de grandes series sólo se extrajeron 3 ejemplos. Fuera de traumatismo la causa de la hemobilia puede radicar en cálculos biliares, absceso hepático, lesiones malignas (biliar, hepática o pancreática), aneurismas, pancreatitis, biopsia hepática, tuberculosis y erosión por tubo en T. El intervalo entre el trauma y el principio de la enfermedad es característicamente prolongado, a menudo mayor de 3-4 semanas. Usualmente se manifiesta por melena y, como excepciones, hematemesis o hemorragia rectal.

Los hallazgos clínicos son dolor intermitente, ictericia y hemorragia del tracto digestivo. Esto es frecuente en la de causa traumática; en los otros casos la sintomatología depende de la causa específica. La ictericia y anemia varía considerablemente; la ictericia es de tipo obstructivo y presenta fluctuaciones relacionadas con la presencia de coágulos y lisis de los de los mismos; la anemia está en proporción con la pérdida. E! dolor es de dos tipos: uno es expansivo por distensión de la cápsula de Glisson y el otro es de carácter cólico y es provocado por los coágulos intralumínales.

La presencia de hemobilia raramente es confirmada antes de la exploración quirúrgica. La existencia de un trauma y persistencia de melena inexplicable puede

hacerla sospechar; otro tanto puede decirse del uso de colecistografía, de colangiografía transparietohepática y de la gammagrafía. Pueden combinarse estos procedimientos y aunar la esplenoportografía y la arteriografía selectiva para demostrar el sitio específico de la hemorragia.

El tratamiento es quirúrgico y depende de la causa basal. La mayoría de las veces es necesaria la lobectomía hepática. El tratamiento conservador ha sido empleado pero raramente la hemorragia cede espontáneamente. El cierre de las laceraciones mayores pocas veces ha sido curativo; el empaque y drenaje produce produce hemorragia postoperatoria. Los mejores resultados se han obtenido con las resecciones hepáticas y con la ligadura de vasos extrahepáticos; siendo la hemorragia usualmente de origen arterial, la interrupción de la alta presión controla la hemorragia y se aconseja en casos de shock, sepsis o edad avanzada; la practican en la arteria hepática inmediatamente después de que da la gastroduodenal. Los autores creen que la mejoría de las técnicas diagnósticas preoperatorias y una mejor experiencias de las resecciones hepáticas abrirán una nueva era en la cirugía de la hemobilia. Suministran 26 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE EL MANEJO DEL TESTÍCULO NO DESCENDIDO. — FONKALSOUD, E. W. Sürg. Clin, of N. A. 50: 847, agosto 1970.

Asegura el autor que del 2 al 10% de los recién nacidos no tienen los testículos en el escroto al nacimiento, siendo más común aún en los prematuros; sin embargo, en la mayoría de los niños han descendido al final primer año de vida. La incidencia del no descenso testicular después del primer año de nacimiento es de 0,44%.

El autor discute las diferentes condiciones responsables de un escroto vacío (testículo retráctil, testículo ectópico, verdadero testículo no descendido por cordón espermático o arteria espermática cortos, condición bilateral con otras lesiones orgánicas y en el 6% son síndrome de Klinefelter).

Asevera que hay varias indicaciones para efectuar la orquidopexia en los primeros años de la infancia: i) las gonadas no madurarán completamente y no tendrán una función espermatogénica normal, 2) en la mayoría de los casos está presente simultáneamente una hernia inguinal indirecta, 3) la torsión del testículo es más frecuente en la criptorquidia, 4) el testículo inguinal es vulnerable a trauma directo en los niños, 5) un testículo criptorquídico tiene 30 a 50 mayores oportunidades de desarrollar malignidad que una gónada situada normalmente y debe colocarse en un sitio donde pueda ser examinado en frecuentes ocasiones y 6) impacto psicológico del niño y del adulto con criptorquidismo.

Da la técnica quirúrgica basada en los principios establecidos por Gross hace más de dos décadas. Informa las complicacionnes y las dificultades operatorias; recomienda orquidectomía si es atrofico, colocando una prótesis de silastico en el escroto para efecto cosméticos. Basado en biopsias testiculares recomienda que la orquidopexia se efectúe antes de los 6 años si es que se desea que el testículo descendido cumpla con su función espermatogénica. Da 11 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

TEMPRANO DESCUBRIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PROSTÁTICO.—SAKKAS, J. L. Internat. Surg. 54: 65, julio 1970.

En su publicación el autor concluye que el examen rectal, la encuesta ósea y las determinaciones de las fosfatasas alcalinas y acidas no son de ayuda en el temprano diagnóstico de la enfermedad.

Asegura que las secciones congeladas del lóbulo posterior de la próstata en la hipertrofia benigna es útil para el precoz diagnóstico del carcinoma prostético.

Cree que la prostatectomía radical y la orquiectomía como procedimiento inicial es preferible porque a menudo es difícil persuadir a los pacientes a que sufran una segunda operación.

La búsqueda persistente de carcinoma temprano en el adenoma y en el lóbulo prostático posterior recompensa en la precoz detección del cáncer. La diferencia en los dos grupos puede explicar los resultados de otros investigadores que encontraron considerable número de pacientes con carcinoma de la próstata después de prostatectomizarlos y en quienes el examen histológico del espécimen original reveló únicamente hipertrofia prostática benigna.

Finaliza asegurando que los errores diagnósticos en las secciones congeladas no es significante en manos de patólogos experimentados.

(Dr. S. R. Z.)

PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE ICTÉRICO. WHITCOMB, F. F. Trey, C. y Braasch, J. W. Surg. Clinñ *of* N. A. 50: 663, junio 1970.

En la parte inicial de su trabajo los autores analizan las colestasis intrahepáticas (hepatitis colestásica, hepatitis alcohólica, colestasis por drogas, etc.) y las extrahepáticas (obstrucción biliar extraparenquimatosas).

En la segunda parte aseveran que todo paciente ictérico que debe ser intervenido quirúrgicamente debe ser preparado adecuadamente, siendo el objetivo primario prevenir la descompensación hepatocelular y las complicaciones hemorrágicas y combatir la infección. Las funciones cardiopulmonar, renal y endocrinas deben determinarse y, cuando esté indicado, instituir el apropiado tratamiento. SÍ existe anemia o trombocitopenia la causa debe ser evaluada y tratada. El paciente debe hidratarse y mantenerse en un estado de equilibrio electrolítico y ácido-básico. Si existe evidencia de infección (colangitis) debe iniciarse la terapéutica antibiótica. Como la lesión hepatocelular sigue a la obstrucción biliar es importante que el paciente esté en un estado de nutrición óptima; esto es difícil de juzgar, excepto por la historia y apariencia del paciente, e recomienda una dieta agradable, alta en calorías, proteínas y carbohidratos con vitaminas (incluyendo vitamina C) y la administración parenteral de vitaminas óleosolubles; se aconseja la adición de ácido fólico en la mayoría de los alcohólicos; en pacientes severamente enfermos es necesario la alimentación por sonda en conjunción con líquidos parenterales. En las obstrucciones más crónicas con acolia y esteatorrea, el tratamiento debe incluir una dieta baja en grasas, sustitución por triglicéridos de cadena mediana y reemplazo de vitaminas liposolubles y calcio. Si existe- daño hepático secundario con edema y ascitis, la restricción sódica y el apropiado uso de diuréticos está indicado. La administración intravenosa de albúmina humana pobre en sal puede ayudar a reducir la ascitis y el edema. Si se efectúan paréntesis para aliviar la dificultad respiratoria, debe instituirse reemplazo de las proteínas perdidas. Para sedación y alivio del dolor son efectivos el fenobarbital en pequeñas dosis y el clorhidrato de meperidina; la morfina y el paraldehido, que son detoxificados por el hígado, son mal tolerados. Sí el prurito es un problema puede aliviarse con el uso de una resina, colestiramina. Los fenómenos hemorrágicos son comunes en el ictérico; la administración parenteral de Vitamina K (20 mgs. diarios) se efectúa en todos los pacientes con hipoprotrombínemía. La falta de respuesta a esta terapéutica es signo de disfunción hepatocelular seria. En la posibilidad de una operación debe tenerse disponible tanto sangre fresca como almacenada porque los factores de coagulación diferentes a la protrombina están

anormales en los pacientes con enfermedad hepática. Los pacientes que han tenido una exposición previa al halotane no deben ser anestesiados con este fármaco. En los pacientes con severa hipertensión porta, descompensación hepática y encefalopatía hepática en los que están indicados operaciones salvavidas, la investigación de los factores agravantes o precipitantes de esas complicaciones deben ser efectuados; en estos pacientes el suministro de proteínas está limitado; la función renal debe ser evaluada por la determinación de los niveles de creatinina en lugar del nitrógeno ureico sanguíneo y las determinaciones de la excreción sódica y potásica urinarias son valiosas en la detección temprana de los efectos renales de la insuficiencia hepática. Si existe hipocalemia y alta excreción urinaria de potasio es necesario suministrar adecuados suplementos de K, aún cuando la creatinina vaya en aumento. El manejo postoperatorio es similar al preoperatorio.

Finalizan haciendo énfasis en la importancia de un diagnóstico correcto porque una hepatitis viral va asociada a alta mortalidad operatoria y mayor incidencia de complicaciones postoperatorias y, a su vez, la obstrucción biliar extraparenquímatosa prolongada puede conducir a daño hepático irreparable. Recalcan que la ictericia raramente es una emergencia quirúrgica.

(Dr. S. R. Z.)

BTOPSIA YEYUNAL. — McPHERSON, J. R. Med. Clin, of N. A. 54: 851, julio 1970.

Ilustra el autor que la base de la técnica para efectuar esta biopsia radica en la protrusión de una pequeña porción de mucosa a través de un pequeño orificio de una cápsula que es deglutida y llevada hasta las porciones iniciales del yeyuno; la protusión de la mucosa se logra por succión efectuada en el extremo libre de la sonda a que está unida la cápsula; la sección de la muestra se logra por un cuchillo deslizante situado en el interior de la cápsula y que es disparado por un alambre flexible en el tubo de Rubin o por un resorte en la cápsula de Crosby.

Da como contraindicaciones en el adulto desórdenes de coagulación e imposibilidad de deglutir el tubo y en el niño una marcada desnutrición en edades menores de 2 años.

Informa de la técnica de la obtención de la biopsia y el manejo de la muestra obtenida; la apariencia histológica de la mucosa yeyunal normal y los hallazgos patológicos en Sprue, enfermedad de Whipple, amiloidosis, linfoma, A-Beta-lipoproteinemia, linfangiectasia intestinal, enteritis por radiación, infestaciones parasitarias. Como complicaciones menciona hemorragia y perforación pero asevera que su incidencia es muy baja.

(Dr. S. R. Z.)

NODULO LARÍNGEO: ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE 170 CASOS. MICHELENA, A. y Potenza, L. Acta Méd. Venez. 17: 65, marzo-abril 1970.

Recuerdan los autores que el nódulo laríngeo o corditis nodosa es una lesión benigna de aspecto pólipo ideo o nodular de la cuerda vocal verdadera, muchas veces bilateral y situada casi invariablemente en la unión del tercio medio con el anterior de la misma y que, a pesar de ser relativamente frecuente, es casi desconocido por el Médico General. Aseguran que el concepto que del mismo tienen los Anatomopatólogos y los Otorrinolaringólogos es impreciso en cuanto a su naturaleza, estadios evolutivos y pronóstico. De su estudio concluyen que hay predominio en varones, con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años en ambos sexos. El mayor número de los nodulos extirpados pertenecía a los estadios

histopatológicos "edematoso" o "hialino". Estudian sus características microscópicas y destacan la poca frecuencia de **alteraciones** epiteliales variadas, hemorragias y hemosiderosis. Estudiaron la sustancia hialina en 49 de esos nodulos por medio de coloraciones especiales, luz polarizada y digestión con pepsina y ácido clorhídrico, y ponen en evidencia sus diferencias estructurales con el amíloide.

(Dr. S. R. Z.)

INFUSIÓN QUIMÍOTERAPICA PARA CÁNCER HEPÁTICO METASTASICO. — **MEYSA, J..** Hornowski, S. y Czerwinski, W. Polish Med. Se. and Hist. Bull. 13: 79, abril 1970.

Los informantes aseveran que el pronóstico de los pacientes con múltiples metástasis hepáticas es muy pobre y que los casos avanzados con participación de ambos lóbulos, el promedio de vida es de 63 días y con nodulos solitarios es de 286 días. Recuerdan que la quimioterapia sistémica da una mejoría temporal de 160 días en el 20% de esos casos. Manifiestan que en metástasis hepáticas procedentes del tracto gastrointestinal la quimioterapia local parece ser el método más racional de tratamiento, informan que puede utilizarse la vía arterial o la venosa (canalización arterial durante la laparotomía o por cateterización selectiva utilizando la arteria femoral o braquial; cateterización de la vena umbilical); aseguran que la vía arterial debe preferirse y utilizar la venosa solo en casos en que la primera no pueda efectuarse; mencionan, asimismo, que la sangre de la vena umbilical cae en la rama izquierda del sistema porta intrahepático y que, por ello, las metástasis izquierdas son más accesibles a la quimioterapia utilizando esta vía.

Dan detalles del material y métodos empleados. La droga que utilizaron fue el 5 fluorouracil en dosis de 250 mgs. por día. El criterio de respuesta objetiva fue disminución del arca hepática, mejoría de las funciones hepáticas, disminución del diámetro de las metástasis determinada por gammagrafía y por laparotomía en un caso. El criterio de alivio sintomático fue cesación del dolor y fiebre, con mejoría del apetito.

Sus resultados fueron los siguientes: 1) se efectuaron 31 infusiones hepáticas en casos de metástasis inoperables secundarios a varios tipos de cánceres abdominales, 2) se obtuvo remisión objetiva en el 56%, con sobrevida promedio de 8,5 meses, sin obtener curaciones, 3) la infusión hepática no pudo reemplazar a los procedimientos quirúrgicos aplicables a casos individuales, 4) la cateterización. de la arteria hepática o de la vena porta depende de los tratamientos previos y de la condición del paciente y 5) la ictericia causada por obstrucción intrahepática no es contraindicación para la infusión.

(Dr. S. R. Z.)

COMO EL GASTROANALISIS PUEDE AYUDAR EN EL MANEJO EFECTIVO DEL PACIENTE ULCEROSO. — EISENBERG, M. M. Patíen Care 4: 39, julio 1970.

Los métodos para cuantificar la secreción gástrica pueden ser separados en 4 categorías: secreción basal, secreción máxima estimulada, pico ácido (2 x max. *i/2* hora) y prueba insulínica.

Los estímulos más importantes de la secreción de ácido clorhídrico se producen por el vago y por la gastrina originada en el antro; el estímulo vagal excita o facilita la liberación de la gastrina y potencializa su acción. El objetivo de estos estímulos son las células parietales.

El concepto de ácido "libre" implica una concentración acida bajo del pH de 3.5; la ausencia de ácido libre no equivale a ausencia de **HC1.** La medida de

cantidad total de HC1. expresada en mEq. por unidad de tiempo y basada simultáneamente en el volumen de secreción y concentración de HC1. La vieja terminología de "unidad" o "unidad clínica" es idéntica a mEq/litro. El pH por definición es -log (H), así un pH de 1 = 100 mEq./L; pH 2 = 10 mEq./L y pH 3 = 1 mEq./L.

En el Mt. Sinai Hospital de Minneapolis la acidez total se titula a neutralidad usando un medidor de pH; esa acidez se expresa en mEq./L; la cantidad total de HCI en un espécimen puede ser calculado en mEq multiplicando el volumen (en litros) por la acidez en mEq./L.

No obstante que la técnica para aspirar jugo gástrico es simple, debe prestarse atención a detalles para que los resultados sean significativos:

Los pacientes deben estar en ayuno y libres de estímulos que exciten o inhiban la secreción gástrica; los pacientes deben evitar el uso de drogas poseedoras de efectos antisecretorios: intúbese con una sonda N° 18 o menor que tenga una punta radio-opaca (se ha demostrado que solo en el 40% se sitúa la apropiadamente en forma ciega); la aspiración se hace en tres etapas: a) la secreción presente (volumen residual) se examina visualmente y se mide antes de eliminarla; b) las secreciones básales se colecta durante una hora, en dos períodos de 30 minutos cada uno, mediante succión continua; c) 30 minutos antes del final de la prueba se inyecta un antihistamínico (20 mgs. I.M. de maleato de clorfenamina) para contrarrestar los efectos sistémicos de la histamina que se inyectará subsecuentemente; esta dosis no perturba el efecto estimulador gástrico; al final de la colección basal se inyecta subcutáneamente histamina (0.4 mg. de fosfato ácido por kilogramo de peso).

En el laboratorio se mide el volumen, pH, la acidez titulable y la libre de cada muestra. EL pH, medida de la actividad del ion hidrógeno, no es lo mismo que acidez titulable que incluye el ion hidrógeno taponado. De estos valores se calculan los siguientes datos:

Secreción acida basal: la cantidad de ácido (volumen x ácido titulable = mEq) por el período de 1 hora. (SAB).

Secreción acida máxima: la concentración acida total durante la siguiente hora después de la inyección de histamina; el tamaño de la "masa de cédulas parietales" tiene relación con este resultado: en cuanto mayor es más alta es la masa y mayor la capacidad del estómago para producir ácido (SAM).

Pico de secreción acida: la mayor secreción acida de dos períodos sucesivos de 15 minutos en la hora de secreción máxima multiplicada por 2 (PSA).

Al evaluar un paciente es práctica común medir la secreción de ayuno y la secreción de estimulación máxima. La estimulación máxima puede ser utilizada para establecer la presencia de aclorhidria y estima la masa de células parietales. Las aplicaciones del gastroanálisis son limitadas pero pueden ser útiles en 4 situaciones:

ACLORHIDRIA.—La anemia perniciosa no existe en pacientes capaces de producir ácido. Los pacientes con aclorhidria pueden ser distinguidos de los pacientes con otra anemia macrocítica y problemas neurológicos. De los pacientes con aclorhidria el 5 % tendría otra enfermedad que anemia perniciosa, siendo el cáncer gástrico la principal de ellas.

ULCERA PÉPTICA GÁSTRICA VRS. CARCINOMA GÁSTRICO.—Cerca del 68% de los pacientes con cáncer gástrico tienen aclorhidira. Los pacientes con úlcera gástrica radiológica y aclorhidria *no tienen* úlcera benigna.

SÍNDROME DE SOLLINGER-ELLISON.—El diagnóstico de este síndrome solo puede ser confirmado por el hallazgo de un tumor de células no-beta con marcada hipersecreción. Puede sospecharse su presencia cuando la secreción ácida máxima es igual o cercana a la basal o cuando la basal excede 200 ml/hora o mEq/hora.

ULCERA DUODENAL.—Es un hecho que los pacientes con úlcera duodenal en el promedio secretan mayores cantidades de HC1 que los grupos de personas de edad similar y de igual sexo sin síntomas o signos de enfermedad ulcerosa duodenal; sí la secreción máxima está sobre 35 mEq/hora es probable la existencia de úlcera y si está sobre 42 es altamente posible; si es menor de 11 mEq/hora en un paciente sobre 30 años no es probable una úlcera.

PATRONES SECRETORIOS NORMALES

		ACIDEZ TOTAL			
		MENORES DE 30		MAYORES DE 30	
		Promedio mEq/hora	*Extremos mEq/hora*	*Promedio mEq/hora*	*Extremos mEq/hora*
1. SAB	Hombres	1.3	0.0- 6.2	1.0	0.0- 3.8
	Mujeres	1.1	0.0- 6.0	0.5	0.0- 2.7
2. SAM	Hombres	17.1	0.1-42.1	14.0	0.1-33.3
	Mujeres	9.5	0.3-28.2	5.8	0.3-10.8
3. PSA	Hombres	21.6	0.3-50.2	18.7	0.3-45.0
	Mujeres	12.3	0.4-32.0	9.0	0.4-14.8

SECCIÓN LITERARIA

Pensamientos cortos sobre cabellos largos

Dr. Cari Jelenko (*)

Una tendencia creciente en las Escuelas de Medicina es el aparecimiento de mayor número de estudiantes con el distintivo de la generación emancipada. Estos estudiantes se presentan con varias permutaciones y combinaciones de sandalias, camisolas, camisas desarregladas o sus semejantes. Se observan variados estadios de hirsutismo. Los estilos de pelaje van desde patilla largas o mostachos o ambos hasta cabello flotante o barba o ambos. La interferencia de las autoridades médicas —esos decrépitos, desdentados y anencefálicos de nosotros los que constituimos la facultad— es decididamente negativa.

La negatividad de reacción hacia los estilos actuales de peinado y vestuario es generalmente irrazonable e ilógica. El individuo que vive entre los arreos y distintivos de su individualismo emancipado a menudo ha sido prejuiciado por los símbolos de su liberación. ¡La Facultad está prejuiciada! Si vamos a rendir un juicio verdadero e imparcial acerca del papel y propiedad de las cadenas largas, las barbas y el abalorio entre los estudiantes de Medicina, debemos ser lógicos, introspectivos e intelectualmente honestos con nosotros mismos y con otros.

Efectivamente, la historia de la Medicina cuenta con innumerables hombres barbados: Koch, Semmelweis, Pastcur y Biliroth son unos de ellos. Artículos recientes han aparecido en revistas y en ellos dedican su atención en la técnica para los gorros y mascarillas para el pelo y barba de los que entran en Sala de Operaciones. Estos artículos, sin embargo, son escritos con repugnancia. Sus autores en verdad no quieren a los **"hippies"** en sus quirófanos pero si se les excluye se harán más estrepitosos los estudiantes. De tal modo que la mejor conducta a seguir, con la admisión del prejuicio, es evitar de alguna manera que las chinches caigan en las heridas operatorias procedentes de parasitados cabellos largos.

Sería más productivo examinar la propiedad del cabello y vestimenta en la Escuela de Medicina en términos de la naturaleza intrínsica del futuro graduado en Medicina. En principio debe admitirse que el uso de barba, patillas o cabellos largos no es en sí mismo el corazón del problema. Una distinción debe ser hecha entre la variedad limpia, cuidadosamente peinada y la variedad descuidada y despeinada. La primera no es una apariencia rara entre los miembros de la Facultad con especialidad no quirúrgica. Los Cirujanos usualmente no llevan el cabello largo por la inconveniencia que implica para mantener apropiada técnica aséptica durante las intervenciones. Barba y cabello largo son difíciles de mantener cubiertos en la sala de operaciones y tela extra sobre la cara y cabeza conlleva calor.

Verdaderamente, sin embargo , nuestro problema no es con la persona nítidamente vestida y bien peinados cabellos largos sino aquel descuidado y mal vestido.

Parece justo decir que una forma de vestirse y un estilo de llevar el pelo se ha desarrollado entre un grupo de personas inquietas y reflexivas, quienes se identifican con estos símbolos. Los símbolos representan la liberación de las reglas constrictoras y aprisionantes que a ellos les parece que los alejan de su libertad e individualismo. Y aún así, paradójicamente, algunos de estos individuos desean ser Médicos.

(*) Editorial de "Surgery, Gynecology & Obstetrics" 130: **516,** marzo 1970.

Para llegar a ser Médico se debe ser, hasta cierta extensión, una persona obsesiva y compulsiva, un individualista marcado y libre de los prejuicios de la sociedad. La confrontación diaria cara a cara del Médico con otro cuerpo y alma de un ser humano requiere que él esté confortable y libre dentro de sí mismo. Disgusta decirlo a estas alturas pero es necesario expresarlo, es necesario que sea dedicado. Debe comprender que no basta con su conocimiento. Debe poseer esas cualidades humanas que tan profundamente forman parte de las necesidades de la persona enferma. Debe conocer a su paciente como persona y no como una enfermedad. Debe presentar a su paciente la imagen de confianza firme en sí mismo para que inspire confianza en retorno. El paciente que cree que su tratamiento es manejado por alguien que lo mira como un experimento o como un montón de carne o que es patentemente inseguro o que es desaliñado, queda más asustado o aún más enfermo que lo que su enfermedad podría predecir.

De modo que parece que la manera en que nos presentamos ante el enfermo es una parte importante del tratamiento y es necesario por ello adaptarse a las formas externas y a las imágenes que nuestros pacientes encuentran confortables.

Aún más, desde que el proceso de aprendizaje del arte y ciencia de la Medicina consiste en aceptar más y más responsabilidades y menos libertad es, por tanto, por definición, una educación rígida y constrictiva.

El filósofo, el historiador, el científico político y el estudiante de otra disciplina menos confinante puede tener libertad de acción y pensamiento al cual el Médico, por el hecho de seleccionar este campo, se la ha negado a sí mismo. A medida que progresa en su educación y entrenamiento, el Médico adquiere mayor obligación y responsabilidad.

De modo que si los símbolos del vestuario y cabello expresan individualidad y libertad, la mera selección de la profesión de la Medicina implica lo contrario; sin embargo, el Médico no debe participar del "pensamiento en masa"; debe resistir ser ejemplar producido en serie con igual estampa y forma. Por consiguiente, la Medicina debe ser practicada por almas libres que "hacen sus cosas" como individuos pero dentro de un maduro y en cierto modo limitado formato establecido por las necesidades del paciente y por las obligaciones para lograr y retener conocimiento.

Si esto es así, entonces los símbolos de libertad desmaneada son impropios y deben ser eliminados por el individuo que está ganando un tipo diferente de libertad dentro del trabajo que ha escogido por vida. En suma, pues, el Médico en entrenamiento debe retener su libertad interna e individualidad pero debe ser lo suficientemente maduro para no necesitar adornos externos ni símbolos del estado libre e individualístico. Tal individuo es en verdad un alma libre, limitada únicamente por sí mismo y las necesidades de los que ha escogido para servir. Verdaderamente debe "hacer sus propias cosas"[1] pero con respeto y cariño para sus pacientes.

Aseguran que somos.... Un país de contrastes

Aseguran que somos un país tan remoto,
aseguran que somos un ente muy distinto;
donde un juez pisotea la justicia del otro
y donde prolifera el poder como instinto!

— II —

Aseguran que somos un país tan absurdo, que
con cerros de plata vegetamos cual pobres!
aseguran que somos un país burdo. . . .burdo,
donde las concesiones se regalan en sobres.

— III —

Aseguran que somos un país indolente y que nos
amoldamos al matiz verde olivo. Aseguran que
andamos no como anda la gente, simplemente
posamos en veneros vendidos.

— IV —

Aseguran que somos un gran contrasentido, un país
de magnates y de muchos mendigos, de gobiernos
espurios un prolífico nido. Aseguran que somos un
sector prostituido!

_ V, ::

Aseguran que somos los revolucionarios de guaro y
de cantinas y sin ideales propios. Aseguran que
somos los falsos visionarios, que nos
emborrachamos con extranjeros opios.

— VI —

Aseguran que somos amorfa mezcolanza. . . de
masas y de líderes despersonalizados! Aseguran
que somos como la desconfianza, que impera en la
opulencia de los divinizados!

— VII —

Aseguran que somos un país de violencia, que
jamás disfrutamos de libres elecciones; los asaltos
de estado han mellado conciencia en un pueblo que
es víctima de las imposiciones.

— VIII —

Aseguran que somos un país de políticos, con el
malabarismo de los recomendados. Aseguran que
somos como niños raquíticos.... en cínico
contraste con los privilegiados.

— IX —

Aseguran que somos como humeante cachimba; el tabaco que quema nos curtió sin efecto. Aseguran que somos como el humo que cimbra las volutas fugaces de un pasado grotesco.

_ X _

Aseguran que somos un país con alergia, a todas las bondades que conlleva el progreso. Aseguran que somos un país que desprecia *"las urnas y los votos"*. . . ,1o implícito de eso!

_ XI —

Aseguran que somos un país sin cultura, que nos atropellamos en berrinche de potros. Aseguran que estamos en profundas honduras, entregados exangües a intereses de otros!

— XII —

Aseguran que somos el eslabón perdido; que cazamos con flechas y usamos taparrabo. Aseguran que somos un pueblo primitivo, que se come las hojas y arrojamos el nabo!

— XIII —

Aseguran que somos comarca de conquista, donde el amo es el siervo del capricho de otro amo! Aseguran que somos cual moderna odalisca. .. . que cede sus encantos al dólar de un extraño.

— XIV —

Bien seríamos dignos de un robusto destino si al sentir por la patria y el amor por Honduras aboliéramos todos, ese cruel desatino.... de no ser tan voraces por los cargos de altura.

— XV —

Sentiremos la fiebre de un orgullo candente. ¡La lucha será larga. Despertad campesinos! ¡A la romana influencia de los omnipotentes la raza de Lempira será desobediente!

— XVI —

Reafirmemos que somos un país de destellos, donde ignotas estrellas bajarán algún día a radiar con sus luces, los pinares más bellos convirtiéndose en grímpolas de industriosa hidalguía. Enero de 1971-

Dr. Héctor Laínez N.

Un día llegarás

Un día llegarás, y contigo el reclamo
de siglos que pasaron acechando mis ruidos
detrás de semilla y del hambre nocturna.
Vendrá el sabor sin publicar, el hálito
rodeado de tibieza, la mañana
que me perdió, las rosas
apenas defendidas por suspiros.

Todo vendrá contigo. No sabré contenerme,
ni tocarme, ni herirme.
Como una casa nueva
se encenderá mi corazón, y el llanto
morderá mis orgullos, mi estación decadente.

Un día llegarás. Será justo el reclamo
por la tierra negada, por las noches en vano
rotas en las alcobas
donde mi amor desfiguró tu sangre.
Será justo que pidas el odio que no he dado,
el sentimiento oscuro, la ración de silencio.

Será justo que llames.
Pero ahora, descansa.
No levantes tus ojos de fantasma
intranquilo, tu cerebro sin sexo,
tus atisbos de luz, no martirices
la escalera del sueño, no persigas
el peso de mi nombre. Espera.
un día
serás recompensado.

Dr. Tulio Galeas

Ofrecimiento de servicios médicos

Por desconocer regulaciones legisladas los colegiados a menudo cometen faltas que los hacen acreedores a sanciones. Tal hecho no los exonera de culpa ya que es obligación de los agremiados conocer los reglamentos y leyes del Colegio.

En esta oportunidad comentaremos brevemente una disposición estatuida en la "Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras" que en muchas ocasiones ha sido infringida en sectores populosos del país.

Según el artículo 64 de la mencionada ley "Los médicos, al ofrecer al público sus servicios por medio de anuncios en periódicos, se limitarán a indicar su nombre y apellidos, sus títulos científicos, la especialidad a que se dedican, los días y horas de consulta, la dirección de su domicilio o gabinente y el número del teléfono. Todo otro ofrecimiento se considera como acto de charlatanismo **o** comercialismo contrario a la dignidad profesional".

En el artículo 67 de la misma ley se hacen las siguientes especificaciones: "Para ofrecer sus servicios profesionales, el médico debe observar las reglas siguientes: a) Elaborar un aviso para la prensa donde sólo se haga constar su nombre, apellidos, especialidad inscrita en su Colegio, dirección, teléfono del consultorio y la habitación y los días y horas de consulta. Lo indicado en este inciso es opcional: b) Someter este aviso al Visto Bueno del Colegio Médico; c) Las placas **o** rótulos externos de los médicos en consultorios y clínicas, indicarán solamente los datos establecidos en los incisos anteriores; d) Los avisos de prensa para anunciar clínicas, sanatorios y los establecimientos médicos, estarán sometidos a las mismas estipulaciones que rigen para el aviso individual de los profesionales".

El contenido de ambos artículos se complementa y es lo suficientemente explícito para que no ameritara comentario especial. Sin embargo, a pesar de tener existencia tan clara frecuentemente no se cumple con ellos.

La Junta Directiva del Colegio que fungió en el período 1969-70 se preocupó por corregir estas infracciones colegíales y actuando en forma política llamó la atención de los que no cumplían con estas disposiciones, logrando con buen éxito que tales anuncios fueran redactados en forma correcta. Con ello la Directiva no estaba haciendo más que cumplir con una obligación que le imponía la Ley Orgánica.

Una de las principales incorrecciones consistía en anunciarse como Especialista en una rama de la Medicina a que no tenía derecho a ostentar legalmente porque, **o** no había efectuado los correspondientes estudios o práctica o, habiendo efectuado éstos, no estaba inscrito en el Colegio como tal y, por tanto, no gozaba del reconocimiento colegial de la especialidad anunciada. Mediante la llamada efectuada fueron numerosos los casos en que al Colegio llegaron las documentaciones pertinentes en solicitud de reconocimiento de especialización y, merced a ello, el Colegio inscribió a los que conforme a la reglamentación especial pueden gozar de tal atributo, teniendo los mismos si **derecho** a anunciarse en la categoría de especialidad reconocida. No fueron escasos los ejemplos en que la junta Directiva, después que la solicitud había sido estudiada y dictaminada por el Comité de Especialidades, tuvo que rechazar la petición de reconocimiento por no ajustarse la documentación remitida al Reglamento de Especialidades **vigíate;** a estos colegiados se les hizo saber la incorrección del tal anuncio y se les previno de las sanciones a que quedaban sujetos en caso de que continuaran con tal práctica.

En nuestra opinión que la actitud de la Junta Directiva a este respecto debe ser permanente y estamos en la creencia que la actual Directiva ha continuado cumpliendo con esta obligación y que, por consiguiente, los nuevos anuncios periodísticos que han aparecido en su período administrativo cumplen con los requisitos legales. Hemos comprobado anuncios para la prensa de colegiados que tienen el reconocimiento correspondiente en determinada especialidad en los. que, además de ésta, anuncian otra u otras que no constan en los registros colegiales; es de suponer que ya han recibido un llamado de atención para que, tanto la Junta Directiva como el Colegiado mismo, estén dentro de sus obligaciones y derechos.

Otra irregularidad que se comete consiste en agregar el nombre de la institución en que el oferente efectuó sus estudios profesionales o de postgraduado. En ninguno de los incisos del artículo 67 se da cabida a tal propaganda. Pareciera que con tal actitud se quiere ganar prestigio ante el público a la sombra de una institución determinada. Debemos reconocer que los estudios serán más adecuados en instituciones de prestigio internacional pero tampoco debemos olvidar aquel proverbio latino que dice *"Salamanca non da lo que natura non presta"* y que, en realidad, no es la Universidad la que da lustre al egresado sino que, al contrario, es el egresado el que prestigia a su Universidad.

Como lo especifica el recién mencionado artículo, en los rótulos externos de consultorios o clínicas sólo se indicarán los puntos consignados. Se ha comprobado que existen colegiados ubicados en distintos sectores de la República que no se anuncian periodísticamente y que, no obstante, en los mencionados rótulos ofrecen tratamientos especializados que ante el Colegio no han demostrado tener capacidad de efectuar. Estos Médicos están sujetos, asimismo, a la acción de una sanción.

Para conocimiento de lo reglamentado se transcriben a continuación los incisos relacionados con el asunto en comentario y que están contenidos en el artículo 4? del "Reglamento de Sanciones" correspondiente a la Etica:

"d) La contravención del artículo 64 será sancionada con amonestación la primera vez, con multa de CIEN LEMPIRAS (L. 100.00) la segunda o con una suspensión hasta por seis (6) meses si hubiere reincidencia".

"f) La contravención del artículo 67 será sancionada con amonestación la primera vez, multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) la segunda o suspensión hasta por seis (6) meses si se reincidiese".

LA DIRECCIÓN

investigaciones. El impacto emocional del diagnóstico de leucemia es abrumador. Si bien el más apropiado manejo de estas situaciones puede no contribuir a la cura, ello brinda enorme bienestar al paciente y a sus familiares (31).

10.—PRONOSTICO

A pesar de todos los avances químioterápicos la sobrevivencia del paciente con leucemia aún es en promedio menor de los dos años (102). El pronóstico dependo grandemente del programa de quimioterapia, del control de la infección y la hemorragia y de otras complicaciones. Si bien hay casos de supervivencias largas y acaso de "curas", como dice Stein y Col., las esperanzas del mañana no deben confundirse con las realidades de hoy.

SUMMARY

In the last two decades, many forms of treatment have revolutionized, the fight against leukemia. This illness —cáncer of hemopoietic cells— is being controled in part by modern chemotherapy. New drugs and different schedules of treatment are being investigated in hope that a cure might be found, and special emphasis is now placed on total erradication of the leukemic cell population. Active immunotherapy and supportive measures have prolonged life of the patients and increased remission periods. Action mechanisms of antileukemic drugs are presented and other forms of therapy discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

J.—Acute Leukemia Group B.: New Treatment Schedule with improved survival in Childhood Leukemia. JAMA 194: 75, 1965.
2.—Annotations; Daunorubicin in Acute Leukaemia. Lancet 1:406, 1969.
3.—Annotations; L-asparagines, L-asparaginase, and Cáncer. Lancet 1:431, 1967.
4.—ASTALDI, G.; Burgio, G. R.; KRC, J.; Génova, R. y Astaldi, Jr. A. A.: L-asparaginase and Blastogenesis. Lancet 1:423, 1969.
5.—ASTALDI, G.; Micu, D. y Micu, M.: Effect of L-asparaginasa on Serum-Colesterol, Lancet 1: 113 3, 1970.
6.—BARRY, K. G,; Hunter, R. H.; Davis, T. E. y Crosby, W. H.: Acute Uric Acid Nephropathy. Archiv. Intern. Med. 111: 452, 1963.
7.—BECIC, R. E. y Boyes. D. A.: Treatment of 126 cases of Advanced Ovarían Carcinoma with Cyclophosphamide. Cand. Med. Ass. J. 98: 539, 1968.
8.—BERGMAN, A. B.: Psychosocial Aspects in the care of Chíldren with Cáncer. Suplemento de Pediatrics. 40: 492-512, 1967.
9.—MINGER, C. M.; Ablin, A. R.; Feuerstein, R. C; Kushner, J. H.; Zoger, S. y Mikkelsen, C; "Childhood Leukemia: Emotional Impact on Patient and Family. New Eng. J. Med. 280: 414, 1969.
10.—BOGGS, D. R.; Wíntrobe, M. M. y Cartwright, G. E.: To treat or not to treat Acute Granulocytic Leuksmia II. Archiv. Intern. Med. 123: 56S, 1969.
11.—BOIRON, M. y Col.: Danunorubicin in the treatment of Acute Myelocytic Leukaemia. Lancet 1:330, 1969.
12.—BURCHENAL, J. H.: Chemotherapy and Radiotherapy — competitor or partners? Cáncer 22: 790, 1968.
13.—CANELLOS, G. P.; Carbone, P. P. y Ziegler, Z. L.: L-asparaginase and Burkitt's Lymphoma. Lancet 2:380, 1969.

14.—CHAN, B. W. B. y Hayhoe, F. G. J.: Extracorporeal Irradiation for Acute Leukaemia. Lancet 2: 211, 1969.

15.—CLARYSSE, A. M.; Cathey, W. J.; Cartwright, G. E. y Wintrobe, M. M.: Pulmonary Disease Complicating Intermittent Therapy with Methotrexate. JAMA 209: 1861, 1969.

16.—CONSTANTOULAKIS, M.; Phocas, E. y Theodoropulos, G.: Atypical Leukaemia of long duration with monoclonal hypergammaglobulinemia. J. Clin. Path. 23: 156, 1970.

17.—CROSBY, W. H.: To treat or not to treat Acute Granulocytic Leukaemia Archiv. Intern. Med. 122: 79, 1968.

18.—CURRIE, G. A. y Bagshave, K. D.: Active Immunotherapy with Corynebacterium parvum and Chemotherapy in Murine Fibrosarcomas. Brit. Med. J. 1:541, 1970.

19.—DENMAN, A. M.; Greaves, M. F. y Denman, E. J.: Extracorporeal Iradiation for Acute Leukaemia. Lancet 2:494, 1969.

20.—DRINGS, P. y Col.: Experiencias con nuevos ésteres de la fosfamidan-N-lost. Med. Alem. 11: 902, 1970.

21.—DRUMOND, K. N.; Hillman, D. A.; Marchessault, J. H. V. y Feldman, W.: Cyclophosphamide in the nephrotic syndrome of Childhood. Canad. Med. Ass. J. 98: 524, 1968.

22.—ELLMAN, L.; Green, I. y Martin, W. J.: Histocompatibility Genes, Immune Responsiveness, and Leukaemia. Lancet 1:1104, 1970.

23.—ESTEVEZ, R. A.; Chacón, R. D.; Estévez, O. T. de; Carugati, A. A. L. y Araujo, C. E.: Bloqueo quimioterápico sucesivo, sincrónico, funcional, sobre una población neoplásica. Rev. LA. Quim. Antineopl. 2: 68, 1969.

24.—EYS, J. V. y Flexner, J. M.: Transient Spontaneous Remission in a case of Untreated Congenital Leukaemia. Amer. J. Dis. Child. 118: 507, 1969.

25.—EZDINLI, E. Z.; Stutzman, L.; Aungst, C. W. y Firat, D.: Corticosteroid therapy for lymphomas and chronic lymphocytic leukaemia. Cancer 23: 900: 1969.

26.—FERNBACH, D. J.: Cyclophosphamide for Acute Leukaemia. New Eng. Med. 280: 903, 1969.

27.—FERNBACH, D. J. y Col.: Chemotherapy of Acute Leukaemia in Childhood: comparison of Cyclophosphamide and Mercaptopurine. New Eng. J. Med. 275: 451, 1966.

28.—FISON, D. C.: Immunisation and Childhood Leukaemia. Lancet 1:704, 1965.

29.—FOLEY, H. T.; Bennet, J. M. y Carbone, P. P.: Combination Chemotherapy in Accelerated Phase of Chronic Granulocytic Leukaemia. Archiv. Intern. Med. 123: 166, 1969.

30.—FREI, E. III: The Chemotherapy of Acute Leukaemia. Simp. sobre L. A. Amer. Canc. Soc. and Nat. Canc. Inst., mayo 1964.

31.—FREIREICH, E. J.: Supportive therapy in Acute Leukaemia. Simp. sobre L. A. Amer. Canc. Soc. and Nat. Canc. Inst. mayo 1964.

32.—GAITAN YANGUAS, M.: Drogas Inmunosupresoras en la Leucemia. Tribuna Médica, Tomo II, Pág. 66, 1970.

33.—GIBINSKI, K.: An early use of Antilymphocyte Serum. Lancet 1: 783, 1969.

34.—GIBINSKI, K.: First use of Antilymphocyte Serum. Ann. Intern. Med. 72: 959, 1970.

35.—GRACE, J. T. Jr.: Conceptos actuales sobre la curación del cáncer. Report. Med. 1:25, 1970.

36.—GREENSPAN, E. M.: Cyclophosphamide-Prednisone Therapy of Lethal Midline Granuloma. JAMA 193: 74, 1965.
37.—GROBBELAAR, B. G.; Brain, P. y Rogers, A. J.: "Regional Administration of Antilymphocyte Serum in Monkeys. Lancet 1: 1120, 1970.
38.—GROGAN, J. B.: Effect of Antilymphocyte Serum on Mortality of Pseudomonas aeruginosa infected Rats. Arch. Surg. 99: 382, 1969.
39.—GRUMET, F. C. y Yankee, R. A.: Long-Term Platelet Support of Patients with Aplastic Anemia. Ann. Intern. Med. 73: 1, 1970.
40.—HALIKOWSKI, B.; Armata, J. y Garwicz, S.: Low-Protein Purine-free Diet in Treatment of Acute Leukaemia in Children. Brit. Med. J. 1: 519, 1966.
41.—HALIKOWSKI, B.; Armata, J. y Garwicz, S.: Treatment of Leukaemia by Aminoacid Imbalance. Lancet 1: 704, 1965.
42.—HALIKOWSKI, B.; Garwicz, S. y Armata, J.: L-asparaginase and Low-protein Diet in Acute Leukaemia. Lancet 1: 423, 1969.
43.—HARDISTY, R. M.; McElwain, T. J. y Darby, C. W.: Vincristine and Prednisone for the Induction of Remissions in Acute Childhood Leukaemia. Brit. Med. J. 2: 662, 1969.
44.—HARTMAN, J. R.: Treatment of Acute Leukaemia. JAMA 195: 594, 1966.
45.—HEIM, R. R.; Freiberg, J. y Gehrmann, G.: L-asparaginasa en el tratamiento de tumores sólidos y de las leucemias. Med. Alem. 11: 8886, 1970.
46.—HELLMANN, K.; Newton, K. A.; Whitmore, D. N. Hanham, I. W. F. y Bond, J. V.: Preliminary Clinical Assessment of ICRF 159 in Acute Leukaemia and Lymphosarcoma. Brit. Med. J. 1: 822, 1969.
47.—HOLLAND, J. F.: Chemotherapeutic Goals in Acute Leukaemia. New Eng. J. Med. 280: 216, 1969.
48.—HOLLAND, J. F.: Who should Treat Acute Leukaemia? JAMA 209: 1511, 1969.
49.—HOLTON, C. P.; Vietti, T. J.; Nora, A. H.; Donaldson, M. H.; Stuckey, W. J. Jr.; Watkins, W. L. y Lane, D. M.: Clinical Study of Daunomycin and Prednisone for induction of remission in Children with advanced Leukaemia. New. Engl. J. Med. 280: 171, 1969.
50.—HOTCHKISS, D. J. y Block, M. H.: Effect of Splenic Irradiation on Systemic Hematopoiesis. Archiv. Intern. Med. 109: 695, 1962.
51.—James, D. H. Jr. y George, P.: Vincristine in Children with Malignant Solid tumors. J. Pediatr. 64: 534, 1964.
52.—JOHNSON, F. D.; Jacobs, E. M. y Silliphant, W. M.: Trophoblastic tumors of the uterus. Calif. Med. 108: 1, 1968.
53.—KENIS, Y.; Michel, J. y Tagnon, H. J.: Thrombocytosis, Methotrexate, and Citrovorun Factor. Lancet 1: 621, 1970.
54.—KOSSGEN, U. y Col.: Tumores malignos en los niños. Med. Alem. 11: 698, 1970.
55.—Krakoff, I. H. y Meyer, R. L.: Hyperuricemia in Leukemia and Lymphoma. JAMA 193: 1, 1965.
56.—LANE, D. M.: Treating Leukemia in Children. Postgrad. Med. 47: 191, 1970.
57.—LANE, M.; Moore, J. E. III; Levin, H. y Smith, F. E.: Methotrexate theraphy for squamous cell carcinomas of the head and neck. JAMA 204: 561, 1968.
58.—LAMPKIN, B. C.; Nagao, T. y Mauer, A. M.: Drug Effect in Acute Leukemia. J. Clin. Invest. 48: 1124, 1969.
59.—LEADING ARTICLES: Asparaginase. Brit. Med. J. 2: 465, 1969.
60.—LEADING ARTICLES: The Interaction of drugs. Lancet 1: 82, 1966.

61.—LEVY, H. B.: Interferon and Interferon Inducers in the Treatment of Malignancies. Archiv. Intern. Med. 126: 78, 1970.

62.—LYNCH, E .C.: Uric Acid Metabolism in Proliferative Disease of the Marrow. Archiv. Intern. Med. 109: 639, 1962.

63.—MAHER, J. F.; Rath, C. E. y Schreiner, G. E.: Hyperuricemia complicating Leukemia. Archiv. Intern. Med. 123: 198, 1969.

64.—MALPAS, J. S. y Bodley Scott, R.: Daunorubicin in Acute Myelocytic Leukaemia. Lancet 1: 469, 1969.

65.—MASSIMO, L.; Mori, P. G.; Cottafava, F. y Fossati-Guglielmoni: Vincristine plus Vinblastine in Acute Childhood Leukaemia. Lancet 1: 469, 1969.

66.—MATHE, G.: Tratamiento de las leucemias. Abbotempo Nº 3, Pág. 24, 1970.

67.—MATHE, G. y Col.: Active immunotherapy for Acute Lymphoblastic Leukaemia. Lancet 1: 697, 1969.

68.—MATHE, G. y Col.: "Acute lymphoblastic leukemia treated with combination of prednisone, vincristine and rubidomycin: value of pathogen-free rooms. Lancet 2: 380, 1967.

69.—McKHANN, C. F.: Tumor Immunology. Monograph on Immunology of Upjohn Co. p. 32, 1970.

70.—McPHEDRAN, P. y Heath, C. W.: Acute Leukemia ocurring during Chronic Lymphocytic Leukaemia. Blood 35: 7, 1970.

71.—MEDAWAR, P.: Agentes inmunosupresores. Abbottempo en Síntesis, Pág. 30, 1970.

72.—MEEKER, W. R.; de Perio, J. M.; Grace, J. T.; Stutzman, y Mittelman, A.: The role of Splenectomy in Malignant Lymphoma and Leukemia. Surg. Clin. N. A. 47: 1163, 1967.

73.—MILLAC, P. y Miller, H.: Cyclophosphamide in Multiple Sclerosis. Lancet 1: 783, 1969.

74.—MILLER, D. G.: The Association of Immune disease and Malignant Lymphoma. Ann. Intern. Med. 66: 507, 1967.

75.—MITUS, A.: Dexamethasone. Amer. J. Dis. Child. 117: 307, 1969.

76.—MOORE, C. V.: Leucemias, Trat. Med. Intern. Cécil-Loeb, Edit. Interamericana, México, Duodécima Edición, Pág. 1100, 1968.

77.—MUGGIA, F. M.; Ball, T. J. y Ultmann, J. E.: Allopurinol in the treatmen of Neoplastic Disease complicated by Hyperuricemia. Archiv. Intern. Med. 120: 12, 1967.

78.—NADLER, S. H. y Moore, G. E.: Immunotherapy of Malignant Disease. Arch. Surg. 99: 376, 1969.

79.—NUGENT, C. A.; MacDiarmid, W. D. y Tyler, F. H.: Renal Excretion of Uric Acid in Leukemia and Gout. Archiv. Intern. Med. 109: 540, 1962.

80.—OEHME, J. y ROPKE, A.: MEPO: Scheme in treatment of Acute Leukemia. Pediatr. Digest 10: 36, 1968, extraído del original en Deustsch. Med. Wschr. 92: 1866, 1967.

81.—OLD, L. J.; Boyse, E. A.; Campbell, H. A.; Brodey, R. S.; Fidler, J. y Teller, J. D.: Treatment of Lymphosarcoma in the dog with L-asparaginase.

82.—PAPADAKIS, J.. Injection of cells within tumours is the solution of the Lancet 1: 447, 1967.
problem of Cancer. Comunicación personal para Med. Mod. 9: SC 19, 1970.

83.—PETROU, P.; Lichtman, H. C.; Frank, L. y Biro, L.: "Radioactive iron studies in patients with methotrexate for psoriasis. Dermat. 137: 46, 1968.

84.—PFISTERER, H.; Michlmays, G.; Meinzel, E.; Bolland, H.; Tsirimbas, A. D. y otros: Acerca del origen de la linfopenia consecutiva a la administración de suero linfocitario antihumano en las leucemias linfáticas crónicas. Resúmenes de Med. Alem. 9: 1794, 1968.

85.—PINKEL, D.: Cyclophosphamide in Children with cancer. Cancer 15: 42, 1962.

86.—RAMANAN, C. V. e Israels, M. C. G.: Treatment of Chronic Myeloid Leukaemia with Dibromomannitol. Lancet 2: 125, 1969.

87.—RAWIS, W. E.;: Papel etiológico de los virus en el cáncer humano. Report. Med. 1: 18, 1970.

88.—ROBERTSON, J. H. y McCarthy, G. M.: Periwinkle Alkaloids and the Platelet-count. Lancet 2: 353, 1969.

89.—ROSS Laboratories: Chemotherapy of Childhood Leukemia. Pediatr. Pharmacol. Vol. 2, Nº 4, 1966.

90.—RUBIN, A. D.: Conceptos recientes para la terapia de los desórdenes linfoproliferativos. Report Med. 1: 28, 1970.

91.—SCHMIDT, C. G. y Gallmeier, W. M.: Terapia enzimática en las leucemias. Med. Alem. 10: 602, 1969.

92.—SCHWARTZ, R. S.: Immunosuppresion. Monograph on Immunology, Upjohn, p. 50, 1970.

93.—SHEAGREN, J. N.; Barth, R. F.; Edelin, J. B. y Malmgren, R. A.: Reticuloendothelial Blockade produced by Antilymphocyte Serum. Lancet 2: 297, 1969.

94.—SILVERSTEIN, M. N.: Myeloproliferative Diseases; Their Shifting Spectrums. Postgrad. Med. 43: 167, 1968.

95.—Síntesis Científica: Danunomicina: nuevo antibiótico para la terapéutica de las leucemias agudas. Comunicación personal para Med. Mod. 7:

96.—SLOBODY, L. B.: Neoplasms of Infancy and Childhood. Survey of Clinical Pediatrics, McGram-Mill Book Co. U.S.A. Cuarta Edición, Pág. 418, 1962.

97.—SMITH, C. H.: Leukemia - Treatment. Blood disease of Infancy and Childhood. C. V. Mosby Co. U.S.A. Segunda Edición, Pág. 547, 1966.

98.—SMITH, N. J. y Vaughan, V. C. III: Leucemias. Trat. Pediat. Nelson, Salvat Editores, España, Quinta Edición, Pág. 1234, 1967.

99.—SNYDER, A. L.; Li, F. P.; Henderson, E. S. y Todaro, G. J.: "Possible Inherited Leukkaemogenic Factors in Familial Acute Myelogenous Leukaemia. Lancet 1: 586, 1970.

100.—SOUHAMI, R. S.; Clifton, J. S.; Emery, E. W.; Godlee, J. N.; Prankerd, T. A. J. y Provan, J. L.: Extracorporeal Irradiation in the Treatment of Acute Leukaemia. Lancet 2: 13, 1969.

101.—Southwest Cancer Chemotherapy Study Group: Vincristine in Acute Leukemia of Childhood. Cancer 22: 438, 1968.

102.—Stein, R. C.; Ablin, A. R.; Kushner, J. H. y Zoger, S.: Prognosis of Childhood Leukemia. Pediatrics 43: 1056, 1969.

103.—STEWART, T. H. M.; Klassen, D. y Crook, A. F.: Methotrexate in Treatment of Malignant Tumors. Canad. Med. Assoc. J. 101: 191, 1969.

104.—SULLIVAN, M. P.; Sutton, W. W. y Taylor, G.: Treatment of Acute Leukemia current results: analysis of what can we do now. Simps. sobre L. A. Amer. Can. Soc. and Nat. Can. Inst. Mayo 1964.

105.—TOBIN, M. S.; Kim, K. S. y Kossowsky, W.: Adrenocorticotrophic-Hormone Deficiency in Chronic Myelogenous Leukemia after treatment. New. Eng. J. Med. 282: 187, 1970.

106.—Today's Drugs: Drugs in the treatment of Leukemia. Brit. Med. J. 4: 305, 1968.

107.—UHL, N.; Quellhorst, E.; Hunstein, W.; Eberle, P. y Schmidt, R.: Tratamiento con Mylerán durante el embarazo. Med. Alem. 9: 1690, 1968.

108.—VIZA, D. C.; Bernard-Degani, O.; Bernard, C. y Harris: Leukaemia Antigens. Lancet 2: 493, 1969.

109.—WATSON, D. W. y Johnson, A. G.: Empleo clínico de la Inmunosupresión. Clin. Med. N. A. 1225, Nov. 1969.

110.—WHEELOCK, E. F.: Applied and Induced Interferon in the Prophylaxis and Treatment of Leukemia. Archiv. Intern. Med. 126: 64, 1970.

111.—WILSON, H. E. y Louis, J.: The response of Hodgkin's disease to treatment with oral Vinblastine sulfate. Ann. Intern. Med. 67: 303, 1967.

112.—YU, K. P. y Krakoff, I. H.: When to use Chemotherapy for Chronic Hematopoietic Neoplasms. Postgrad. Med. 43: 176, 1968.

Variables de tratamiento en 241 pacientes convulsivos

Dr. Francisco León Gómez (*) T.
S. Ondina V. Osorio Q. (**)

Es observación corriente en Consultas Externas y Clínicas Psiquiátricas la dificultad que experimenta el Médico en lograr el completo control de las convulsiones en sus pacientes.

En gran número de casos el problema estriba en una serie de circunstancias de tipo familiar, ambiental, o del mismo paciente, que actúan como focos de resistencia para que el paciente tome su medida en forma regular, lo que deviene en nuevas crisis convulsivas.

Con el objeto de puntualizar estos factores adversos se hizo un estudio en 241 pacientes con desórdenes convulsivos y que fueron vistos en consulta externa del Hospital Neuro-Psiquiátrico de Tegucigalpa, cuyo resultado se expone a continuación:

INCIDENCIA DE DESORDENES CONVULSIVOS

Debido a las condiciones que caracterizan a un país como Honduras en el aspecto social, cultural y de sanidad, la incidencia de los desórdenes convulsivos en el medio urbano y rural es de las más altas en América Latina, sobre todo por lesiones orgánicas del cerebro, por lesiones nutricionales de la corteza cerebral y por la alta incidencia de secuelas cerebrales en enfermedades eruptivas, como el sarampión.

No podemos dar una cifra exacta de la incidencia de los desórdenes convulsivos en la población hondureña, pero si es mayor que el seis o siete por ciento y, posiblemente, en las áreas rurales llegue a porcentajes elevados de ocho a doce por ciento, frecuentemente asociados el desorden convulsivo con deficiencia mental. Como un ejemplo de la frecuencia de los desórdenes convulsivos en un medio urbano ofrecemos el siguiente dato:

Cantidad de cápsulas de Difenilhidantoína Sódica consumida diariamente en el Hospital Neuro-Psiquiátrico:

Pacientes externos	1.200 cápsulas
Pacientes internos	300 cápsulas
Total diarias	1.500 cápsulas

FACTORES ADVERSOS AL TRATAMIENTO

En el estudio que se hizo se tomaron en consideración aquellas circunstancias y factores que con más frecuencia son esgrimidos como excusa por los pacientes en tratamiento, tal como se exponen a continuación:

1.—Edad. 2.—Sexo. 3.—Dirección y distancia al Hospital.

(*) Médico Psiquiatra efe. Servicio de Mujeres. Hospital Neurosiquiátrico.
(**) Trabajadora Social. Hospital Neurosiquiátrico.

4.-—Promedio de convulsiones por mes previo al tratamiento.
5.—Toma de la medicina por iniciativa propia o forzada.
6.—Creencia que la medicina le es útil.
7.—Número de crisis desde su **última** visita.
8.—Alcoholismo concomitante.
9.—Toma de la medicina en la forma prescrita.
10.—Totalmente libre de convulsiones. 11.—
Interés familiar porque el paciente mejore.

Estos factores arriba enumerados se escogieron en base a la frecuencia con que los pacientes los usan como excusa para alterar la frecuencia o forma prescrita de tratamiento y para justificar ausencia a su cita y, a veces, para expresar resentimiento u hostilidad al médico o al Hospital.

Seguidamente se exponen las tablas estadísticas conforme a los 241 pacientes:

TABLA Nº 1

Edades	*Número*	*Porcentaje*
De 1 a 10 años	29	16%
De 11 a 20 años	81	30%
De 21 a 50 años	121	50%
De 51 a 80 años	10	4%
Total	241	100%

COMENTARIO

Puede verse en la tabla N° 1 en un muestreo de 241 pacientes, la mitad de ellos, o sea el 50%, lo comprenden personas entre los 20 y los 50 años, lo que correspondería propiamente a personas adultas, con mayor capacidad adquisitiva y que necesariamente tienen que controlar sus convulsiones para poder trabajar.

La incidencia en el grupo en los años 1 a 10 arroja un 16%, explicable porque la mayoría de los niños se atienden en el Hospital Materno Infantil; y las edades comprendidas de los 11 a los 20 años arrojan un 30% del estudio, sugestivo de un menor interés en el completo control de las convulsiones y, por último, el grupo de 51 a 80 años que comprende solo un 4% y que se explica por las condiciones propias de la edad avanzada y muerte.

En resumen, el adulto sufriendo de convulsiones parece ser el grupo con mayor interés en obtener su control, ya que de lo contrario incide directamente en su capacidad de trabajo.

TABLA N? 2

Sexo	*Número*	*Porcentaje*
Masculino	103	41%
Femenino	138	59%
Total	241	100%

La incidencia en esta revisión de casos corresponde a las estadísticas mundiales que colocan del 1 a 200 o 300% en la población, con aproximadamente igual distribución entre hombres y mujeres.

TABLA Nº 3

Lugares de origen	*Número*	*Porcentaje*
1º) Francisco Morazán	194	80%
2º) Valle	10	4%
3º) El Paraíso	10	4%
4º) Comayagua	8	3.5%
5º) Olancho	6	2.5%
6º) Cortés	3	1.5%
7º) La Paz	2	1%
8º) Atlántida	2	1%
9º) Choluteca	6	2.5%
Total	241	100%

La mayoría de los pacientes vistos fueron de Tegucigalpa o de sus cercanías y los menos de los sitios más alejados. Sin embargo, se trasluce la gran necesidad que llena la consulta externa del Hospital Psiquiátrico en relación con el tratamiento de los epilépticos si observamos que algunos de los pacientes, como de Atlántida y Olancho, vienen hasta aquí solo para recibir su cantidad de cápsulas de Epamin y **Fenobarbital,** o Mysoline (Primidona) y otros anticonvulsivos.

Algunos pacientes confían más en llegar acá desde lejos porque se les suministra sus medicamentos en cantidad suficiente para un mes y medio **o** dos meses, por una cuota nominal y se les ofrece instrucción en relación con su enfermedad, así como los exámenes neurológicos correspondientes.

LIGA ANTIEPILEPTICA

Actualmente existe la Liga Antiepiléptica con oficina central en este Hospital, que trabajará para que el Hospital mantenga continuamente en existencia cantidad suficiente de antiepilépticos para satisfacer la demanda externa diaria y la de más de cien pacientes internos en el Hospital, que también necesitan tratamiento anticonvulsivo diario.

Sucede con frecuencia que el "stock" de anticonvulsivos en la Farmacia del Hospital se agota, principalmente el Epamín, y siendo en su mayoría los pacientes de una capacidad adquisitiva limitada se ven forzados a descontinuarlo, lo que naturalmente resulta en el retorno de sus crisis. En gran parte este problema sería resuelto si se lograra hacer funcionar de una forma continua la Liga Antiepiléptica cuya función primordial sería el suministro de una cantidad adecuada de anticonvulsivos al Hospital para evitar el caso frecuente de que se agota la medicación.

Se estudió, también, el número aproximado de convulsiones antes de venir a tratamiento para determinar la relación entre dicho número y la necesidad de buscar el tratamiento.

Se promedió el número de convulsiones de todos los casos y se dividió entre el total de pacientes, obteniéndose un cociente *do* cuatro convulsiones en cada uno, con variaciones en el inicio desde la primera infancia hasta unos días antes de presentarse a la consulta.

MOTIVACIÓN PARA TRATAMIENTO

Se interrogó a los pacientes sobre la motivación propia para tomar diariamente su medicación en la forma prescrita por el médico tratante obteniéndose el siguiente dato:

TABLA No. 4

Por iniciativa familiar	75	34%
Por iniciativa propia	166	66%
Total	241	100%

droga. Para las "crisis blásticas" pueden emplearse los mismos sequemas de la

Lo cual demuestra que en los dos tercios de los casos el paciente se preocupa por mejorarse, pero uno de cada tres pacientes, por razones diversas, necesita supervisión familiar para poder tomar sus dosis diaria.

Esta es la razón por la cual es difícil obtener un completo control de las convulsiones en estos casos, más aún si consideramos otros factores como ser nuestras pobres vías de comunicación, pobreza extrema y condiciones cerebrales orgánicas concomiantes que a veces impiden que el paciente se presente puntualmente a su cita.

IDIOSINCRACIA

La siguiente tabla ilustra la disposición y actitud al paciente con respecto a su medicación anticonvulsiva.

TABLA No. 5

Porcentaje de pacientes que creen que la medicina les ayuda	212	88%
Ignoran por ser su primera consulta	13	5%
Creen que no les ayuda	6	2.5 %
Creen que les ayuda un poco	7	3%
Creen que les ayuda a veces	3	1.5%

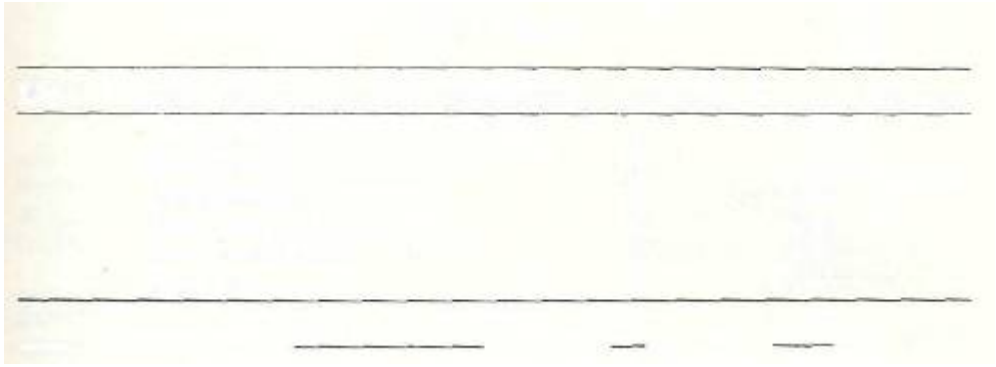
De los 241 pacientes 29 de ellos o sea el 12% tienen dudas con respecto a derivar beneficio alguno de los anticonvulsivos, por lo que es lógico deducir que su motivación para tomarla está limitada por esta creencia. Un total de 212 (88%) pacientes sí creen en la utilidad de su anticonvulsivo' y, por lo tanto, de buena voluntad aceptan el tratamiento.

Esta pequeña estadística es sugestiva de que uno de cada ocho pacientes con anticonvulsivos no creen en la eficacia de ellos, por lo que es necesario aún entre los pacientes de nuestra consulta externa algún tipo de difusión educativa en cuanto a la eficacia de estos medicamentos.

CRISIS DESDE SU ULTIMA CONSULTA

Se estudió el número de crisis que presentaron los pacientes desde su última visita, arrojando los siguientes datos:

TABLA N° 6



LMA. Además, un programa de quimioterapia combinada con las siguientes

Ira. consulta	13	5%
Pródromos	15	7%
Asíntomáticos	95	40%
Una crisis	36	15%
Dos o cinco crisis.....	57	23%
Seis o más crisis	24	10%
Total.....	241	100%

Se observa que el porcentaje de control absoluto de las crisis fue de 40%, lo cual deja al quitar el 5% de los pacientes de primera consulta un 35% como pacientes controlados totalmente en sus crisis. Sólo 10% de los pacientes (24) presentaron seis o más crisis, lo que indica que si el control total de los pacientes fue bajo, el número de crisis que presentaron una vez iniciado el tratamiento nunca pasó de 6 como máximo desde la última visita.

Siendo el Hospital Neuro-Psiquiátrico de Tegucigalpa, el centro asistencial que atiende el mayor número de epilépticos en consulta externa, es un motivo de alta preocupación el que se solo se logre su control total en apenas un 35%, a pesar de disponerse de una variedad de anticonvulsivos, y de ser un hospital especializado.

Algunas de las variantes subsiguientes son de interés para aclarar esta interrogante que debe preocuparnos a los que laboramos en el ramo psiquiátrico y neurológico.

OTRAS VARIANTES

El alcoholismo tuvo una incidencia de 8,5% en el total de 241 pacientes, que en una forma u otra ingieren alcohol, a pesar de su tratamiento y las recomendaciones médicas estrictas al respecto.

Quizá estas cifras de alcoholismo sean mayores, así como la coexistencia de problemas de conducta que exhiben los pacientes epilépticos, pero por ser en su mayoría de lugares alejados de la ciudad, no es posible verificar estas condiciones con exactitud.

Se interrogó también a los pacientes sobre su capacidad para tomar la medicina en la forma prescrita por el médico y al respecto se obtuvo un porcentaje de 89%, o sea 215 pacientes, que si eran capaces de hacerlo y un 11% que definitivamente presentaban irregularidades en la forma, cantidad y horas de tomar su anticonvulsivo, lo que directamente afectó el control d? sus crisis. Algunas de las razones citadas para su incumplimiento fueron las siguientes:

a) Por sentirse bien.
b) No venir a sus citas.
c) Falta de medios económicos para venir.
d) Por trabajo.
e) Por causas ambientales (invierno, falta de caminos, etc.)
f) Porque se acabó la medicina en el Hospital.
g) Por enfermedad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1) La edad comprendida entre los veinte y cincuenta años, representa el grupo de convulsivos que con más frecuencia busca tratamiento hospitalario.

2) Con respecto al lugar de origen del grupo estudiado se observa que llegan hasta el Hospital Psiquiátrico pacientes de zonas tan alejadas como son Cortés, Olancho y Atlántida, lo que indica que el país necesita de la creación de un Hospital Neurosiquiátrico para el área Nor-Occidental y otro para el área Oriental.

3) En el estudio de los pacientes que toman el tratamiento por propia iniciativa se obtuvo un porcentaje del 66%, o sea que de cada 3 pacientes uno por lo menos muestra resistencia a tomar espontáneamente su anticonvulsivo, lo que es indicativo de la urgente necesidad que hay de una campaña nacional de educación médica y divulgación sobre Epilepsia y su tratamiento.

4) El estudio de los 241 pacientes convulsivos en la consulta externa del Hospital Neurosiquiátrico se comprueba que el porcentaje del control absoluto de las crisis se logra solo en un 35%, dato que debe servir de base para hacer un estudio sobre las causas que condicionan este rendimiento terapéutico bas tante bajo.

i 5) Se comprobó en el mismo estudio que la coexistencia de alcoholismo y convulsiones en pacientes ya en tratamiento alcanza un 8%, factor que contribuye a disminuir la eficacia del mismo.

6) Algunas veces los pacientes estudiados citaron como factor negativo en el tratamiento el no disponer periódicamente este hospital de uno u otro fármaco anticonvulsivo, lo que determina el agravamiento de sus crisis. Debe el Hospital Psiquiátrico estructurar mejor la disponibilidad permanente de anticonvulsivos y estimular el desarrollo de la incipiente Liga Antiepiléptica.

La diabetes como enfermedad social

Dr. Marco Antonio Sarmiento Soto

A pesar de ser la *diabetes mellitus* una enfermedad cuyas complicaciones, tanto agudas como crónicas, son funestas a corto o largo plazo, en pocas partes del mundo se hacen campañas para su diagnóstico temprano, es decir, en su fase prediabética o su fase química.

Así como la tuberculosis, la diabetes debe ser investigada en forma de campañas, debiéndolo hacer todos los Médicos, ya que sus secuelas incapacitantes lleva al ser humano que la padece a la postración, de no establecerse ^1 tratamiento adecuado.

La *diabetes mellitus* es una enfermedad de dos fases, a saber, la química y la clínica. La primera da manifestaciones de tipo general como son: malestar general, cefaleas, molestias gástricas, etc., y por tales motivos se le ha llamado "la gran simuladora". La obesidad conlleva el peligro que la persona que la padece pueda hacerse diabética, ya que de por sí produce mayor trabajo a todos los órganos de la economía, produciendo en el páncreas un "agotamiento" de su función hormonal, con mal aprovechamiento de la glucosa a nivel celular y, por ende, alterando la fisiología del organismo.

Las estadísticas mundiales y en especial la del Centro Médico "La Raza", hospital que depende del Seguro Mexicano (I.M.S.S.), informa que un 60% de los obesos llegan a hacerse diabético.

¿QUE PODEMOS HACER?

Como dice un refrán: "Con voluntad se puede hacer todo". Excito a los hospitales estatales y autónomos que agrupen grandes masas de población a que emprendan lo que podríamos llamar "clínica del diabético y del obeso". Dicha campaña se puede efectuar en dos aspectos:

A.—A los diabéticos conocidos no darles únicamente consulta sino, también, conocimiento acerca de su padecimiento por medio de charlas colectivas de una hora de duración diaria, por una semana al mes, en la que se les explicará que es la diabetes, cuales son sus complicaciones, la importancia de seguir un adecuado tratamiento, la importancia de la dieta, los diversos medicamentos empleados para combatirla, el uso y variedades de insulina existentes en el mercado y la manera de aplicarla.

B.—Imprimir folletos sobre la diabetes en un lenguaje sencillo y práctico para que pueda ser comprendido por el paciente.

En todo centro hospitalario debe hacerse hincapié en la elaboración de la historia de sus antecedentes familiares y personales (en caso de pacientes del sexo femenino, abortos de repetición, partos prematuros y niños con peso mayor de 4 kilogramos al nacer); entre los exámenes complementarios debe incluirse la determinación de la glucemia; si en la anamnesis hay datos que orienten hacia la diabetes, aún con un glucemia normal, hay que determinar una curva de tolerancia a la glucosa.

Los pacientes seleccionados deben ser enviados a la "Clínica del Diabético y del Obeso" donde, fuera de la citación para las charlas, debe entregársele un carnet en donde se especifique que es diabético, carnet que debe portarlo constantemente para evitar errores de tratamiento al sufrir un accidente o tenga una complicación por descontrol acentuado de su trastorno metabólico.

Estas recomendaciones las consideramos sencillas, fáciles de llevarse a la práctica y al cumplirlas podremos brindar al diabético una vida mejor. Como se dice, todo diabético debe morir pero nunca de dicha enfermedad.

El migrante interno en la metrópoli*

Dr. Osear Valdivia Ponce (**)

Referirme al migrante interno en la metrópoli en forma impersonal representa un atrevimiento cuando se sabe que es difícil identificar las características comunes del migrante y, más aún, cuando nos ubicamos en el ángulo de nuestro quehacer psiquiátrico acostumbrado al estudio de las individualidades de nuestros pacientes, tan diferentes los unos de los otros.

Estudiar características comunes de los individuos que migran, por el hecho de migrar, resulta una tarea difícil cuando conocemos que los migrantes pueden ser y son individuos de variadas características y de muy diversas personalidades. Somos conscientes que la personalidad y mentalidad del hombre o mujer migrantes, con múltiples características, es tan individual como cualquier otra. Sin embargo estos hombres y mujeres diferentes que viven situaciones comunes, que se dan por ser migrantes y por enfrentar experiencias similares, presentan algunas características o formas de conducta más o menos similares.

Considerando lo difícil de la tarea y lo amplio del término "migrante" deseamos restringir el estudio al migrante interno voluntario en Lima-Callao metropolitanos. Hemos limitado el estudio al migrante voluntario, porque sabemos que se puede ser migrante por circunstancias ajenas a la propia voluntad. Pensando en ello, circunscribimos el estudio al individuo que llega a ser migrante con plena conciencia de su motivación, de su iniciativa y de su voluntad.

Si calificamos migrante al que deja su residencia y se traslada a otro lugar, hay que distinguirlo del turista o del que sale de paseo, que también se desplaza de un lugar a otro, como un espectador que observa y atisba por curiosidad o regocijo las características de una realidad.

El migrante interno que nos preocupa es el que se desplaza de cualquier lugar del Perú, con un motivo decidido a residir y a integrarse a la comunidad metropolitana.

El estudio que presentamos se nutre de la información obtenida por algunos investigadores nacionales y extranjeros que han auscultado este problema y de los datos recogidos de mi libro "Migración, Interna a la Metrópoli, Conflicto Psicosocial y Desadaptación", en prensa.

Siguiendo un orden metodológico presentaremos el estudio considerando tres aspectos fundamentales del problema:

I.—Precisar el comienzo de la dinámica de llegar a ser migrante, destacando los factores que intervienen en ese cambio y los que lo impulsan a dejar su. tierra natal *N* desplazarse a otro lugar a fijar su residencia.

II.—Analizar la trayectoria migratoria, destacando las características comunes de la conducta del migrante durante el proceso migratorio.

III.—Identificar al migrante en sus caracteres comunes.

(*) Trabajo enviado por su autor al Dr. Mario Mendoza para su publicación en la "Revista Médica Hondureña". (**) Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

IV.—Presentar el dilema adaptación-desadaptación con sus problemas, vicisitudes y mecanismos más característicos.

V.—Analizar los mecanismos psicosociales de retorno.

I.—PROCESO DE LLEGAR A SER MIGRANTE-—La dinámica de llegar a ser migrante está determinada por una secuencia de factores que se dan a niveles inconscientes, que están vinculados con experiencias del pasado de la vida del sujeto y ligadas a la dinámica familiar y actuaciones reales del presente.

El estudio de estos factores los iremos presentando en forma sucesiva.

1.—*Sentimiento de disconformidad.*

La dinámica migratoria ligada a un pasado inconsciente erupciona a la conciencia con este sentimiento de disconformidad, con la tierra, con lo suyo, con su pueblo- El sujeto empieza a sentir que su lugar de origen le es estrecho, que es pequeño, que no encaja en él, que no alcanza a satisfacer sus necesidades físicas, fisiológicas y espirituales. Simultánea y progresivamente comienza a experimentar cierta disconformidad y frustración inconscientes, en comienzo, que se van recogiendo paulatinamente sobre una serie de experiencias intrapsí quicas personales y reales de la vida, que el no-migrante no valora o lo toma como algo propio de la vida. Así, a través de un sentimiento de descontento, se va percibiendo el sentimiento migratorio que se concreta y plasma conscientemente en razones que se cristalizan en lo que llamamos los factores de migración, que determinan y constituyen el proceso de desarraigo.

Al mismo tiempo, como un fenómeno simultáneo, a través de la información, se cifran esperanzas y deseos claros y concretos de buscar y escoger otro lugar, otro pueblo, la metrópoli, del que se tejen ricas fantasías y se van depositando nuevas esperanzas y ambiciones.

El descontento y la pérdida progresiva de cathexis a lo suyo constituyen el proceso de desarraigo que refuerzan los sentimientos migratorios, que se organizan y concretan en lo que llamamos factores migratorios.

2.—*Factores de emigración*

El desajuste y la insatisfacción del individuo con su habitat se concreta, se hace real, en lo que llamamos factores de emigración que los migrantes lo refieren a que no tenía trabajo, sus familiares no lo comprendían, la gente de su pueblo no lo comprendía, no tenía a nadie, no había posibilidades, el pueblo era chico, no había porvenir, etc., lo que a su vez puede ser real o no, pero él lo siente como una realidad.

Es importante señalar, como *lo* hemos auscultado, que la concretización de estos factores no es, muchas veces, el producto de la elaboración del individuo que desea migrar, sino que los percibe elaborados de la familia y de la cultura que los señala y los repite, en algunos sitios, de generación en generación. Estos factores reales o elaborados, propios o trasmitidos por la emotividad del individuo, constituyen una fuerza de desarraigo que determinará asociado a otros la emigración.

3.—*Sentimientos migratorios*

Los sentimientos que se originan en pensamiento y fantasía se van acumulando y reforzando para constituir las motivaciones de inmigración que son el motor o fuerza de atracción que emana de un pueblo, ciudad o metrópoli. Esta fuerza de atracción orienta, sin lugar a duda, el trayecto migratorio.

Cuando la migración está formada es porque se tiene en mente el lugar al cual se pretende migrar. El lugar irradia atracción, plantea espectativas y esperanzas.

En nuestra investigación nos hemos referido a una serie de factores que intervienen en plasmar y reforzar la motivación migratoria. Todo ello se organiza a través de un proceso de fantasía, sueños y estímulos que surgen por las noticias, información a través de periódicos, radio, televisión, cine, contactos personales con familiares y amigos que refuerzan el sentimiento migratorio; constituyendo la fuerza de atracción que se concreta en la serie de motivaciones que menciona. Ellas lo impulsan a migrar, no sólo por el placer de migrar sino por una rica constelación que parte con los problemas y dificultades del hombre con su habitat que lo llevan a la búsqueda de nuevos horizontes. Así, Illsley, Finlayson y Thompson (1) dicen: "Los migrantes no migran por el gusto de migrar. Su acción está influenciada por un complejo de insatisfacciones, aspiraciones, situaciones y oportunidades las que se reflejan en sus historias y características".

Una de las averiguaciones clásicas en los estudios de migración es la que se refiere a las motivaciones de inmigración y su estudio permite conocer a nivel consciente el porqué de su desplazamiento y el grado de realización da las mismas.

La mente del migrante antes de salir de la tierra natal está llena de motivaciones que son de diversos tipos que una serie de investigadores (2) las señalan como motivos de trabajo, económicas, educación, vínculo familiar, prestigio, salud, cambio de clima, etc. Sin embargo, estamos convencidos de que no se pueden clasificar así, tan simplemente como suele hacerse.

En la mente del migrante existe no solamente una motivación sino una serie de motivaciones que se conjugan y se sintetizan en lo que muchos suelen decir: "ser otro", "mejorar", "progresar", "cambiar de vida". El que migra viene a reunirse generalmente con sus familiares, a tener la oportunidad de educarse, obtener una profesión, un trabajo, una buena entrada económica para asegurarse una vida mejor. El migrante en la partida y en la llegada trae una gama de deseos, ideales y fantasías que surgen por una serie de experiencias del pasado y del presente, que constituyen incentivos, que a su vez conllevan la decisión y la acción de migrar. Sin embargo, en este conjunto de motivaciones no solo depende de quien las siente y las expresa, sino que es dependiente de la familia, de la cultura y del pueblo en el que se dá.

Muchas veces la familia cataliza los sentimientos migratorios a través de uno de sus miembros y realiza sus aspiraciones en él.

Los migrantes de los pequeños pueblos rurales, según nuestras investigaciones, están mayormente movidos por la búsqueda de necesidades básicas; se movilizan por trabajo, búsqueda de medios económicos y supervivencia. En cambio los migrantes de las ciudades urbanas migran con una gama más amplía de motivaciones siendo muchas de ellas ambiciosas, sofisticadas y complejas; guardando relación con su grado de instrucción, nivel intelectual y otras posibilidades, además de la cultura y sociedad en que se vive.

II.—PROCESO MIGRATORIO/!

El migrante expresa con respecto a la aventura migratoria sus inseguridades, temores, decisión y firmeza en la forma de migrar. Entre las diversas formas de migrar existen dos características: una directa sin escalas que comprende, según nuestros -datos, más del 74%, informes similares a los señalados por Mangin (3), y que guardan relación con la capacidad económica, con el grado de educación, experiencia ocupacional y con la decisión y motivación de migrar.

La otra escalonada o por etapas que también guarda relación con los factores mencionados y que impresiona como insegura, temerosa y que, al darse en forma progresiva va buscando objetivos sucesivos obteniendo experiencias hasta culminar en la metrópoli.

Es importante considerar también, en el proceso migratorio el alcance del tramo migratorio por estar vinculado a los factores o variables arriba mencionados. Los tramos migratorios son las huellas del migrante y su numero muchas veces traduce la inseguridad e inestabilidad del migrante.

La fuerza de la determinación migratoria a la metrópoli, se puede medir por la intención a establecerse puesto que no todos los migrantes traen la firme determinación de radicar. Así, algunos migran con inseguridad y timidez que se traduce, como dijéramos en el proceso migratorio, por la serie de escalones y la secuencia de los mismos que enmarcar una ruta.

El 67,5% de inmigrantes que vino a Lima-Callao con la intención de radicar se quedó. Del 32.5% que no tuvo esta determinación el 26.1% se quedó. Lo que podría interpretarse que la mayoría tienen buena capacidad para ajustarse a la metrópoli o es que ella brinda acogida que permite no sólo que se queden los que tienen la determinación de hacerlo, sino también los que aparentemente no tienen esta determinación.

El grupo minoritario que no se quedó a residir declara haber estado en Lima-Callao infinidad de veces antes de radicar definitivamente. De esta proporción el 60,4% ha estado en la metrópoli de 1 a 4 veces y el resto de 5 a 15 reces o más. Se nota que la inseguridad se manifiesta en viajes repetidos que no culminan fácilmente con la instalación definitiva en la ciudad.

¿A qué se deben estos viajes continuos antes de afincar definitivamente? esto- lo sabemos a ciencia cierta, pero pensamos que son las dificultades de adaptación las que determinan esta movilidad repetida o son viajes exploratorios. Esta segunda posibilidad implica cierto grado de caución o de timidez o dificultad para decidirse o establecerse definitivamente. Esta migración repetida, aunque desde otro ángulo, ha sido estudiada por Marckwardt en su interesante tesis "Diferential of recent external migration in the United States" (4).

Para este investigador la migración repetida comprende c! 27% de todas las migraciones abarcando la migración progresiva y la de retorno. Esta última es la que termina en el lugar de residencia anterior y constituye el *2Q%* de las migraciones.

El migrante, como miembro de un grupo familiar, no está solo sino profundamente vinculado a su grupo compartiendo de ideales, sentimientos migratorios *y* también de sentimientos sedentarios. Así, el migrante migra para sacar a la familia de la situación en la que se encuentra, convirtiéndose en punto de avanzada del grupo familiar o en un eslabón más ds una cadena migratoria familiar cuyos primeros eslabones ya residen la metrópoli donde se ubicaron y ajustaron al nuevo "habitat" por generaciones y donde irradian atracción al resto de su grupo familiar o a la sociedad del pequeño pueblo natal. Así, según nuestros estudios, la influencia familiar (padres, esposo, hermanos, tíos, etc.) en la determinación migratoria alcanza el 51.5 % siendo así, decisiva como fuerza de impulsión de atracción y de apoyo.

El 62.7% migra acompañado de familiares y amigos, el 64.1% cuando llegó se alojó donde un familiar y el 80.1% tiene familiares en Lima. Todo esto relieva que el inmigrante no migra al azar o en aventura y que no es un hombre solitario. El torrente migratorio en relación a la familia y procedencia no es nuevo, está vinculado a más de una generación.

Al respecto Brody (5) señala en el sistema receptor, que recibe al migrante, redes receptoras que pueden incluir a la familia, amistades, asociaciones regionales y grupos religiosos. En nuestro medio las redes están constituidas princi-

pálmente por la familia y los paisanos que se ubican formando en los barrios, callejones o barriadas marginales, sucursales culturales del lugar de origen.

La familia y los demás elementos que constituyen las redes receptoras los llamamos mecanismos psicosociales de defensa que permiten y contribuyen psicológica y socialmente a la adaptación.

El migrante se desplaza impulsado por un conjunto de fuerzas de emigración fuerzas de expulsión que lo desarraigan y lo sacan del terruño y de fuerzas de atracción que irradia la metrópoli, en sí por sus atractivos y que se refuerzan y magnifican a través del vehículo familiar.

III.—IDENTIFICACIÓN DEL MIGRANTE

Revisados los aspectos más accesibles de la trayectoria migratoria, es importante precisar dentro de ciertas posibilidades las características comunes y más relevantes de la conducta del migrante.

Así, es imprescindible conocer previamente quien es él ¿es un hombre o mujer? ¿es un joven o un viejo? ¿es un blanco o un indio?, es decir, procuremos en un intento de identificarlo en su ser y en su quehacer, y para ello nos referiremos a sus características más comunes.

El migrante a su llegada a la metrópoli es, como decíamos, un hombre o mujer generalmente joven, puesto que el 73,5% de inmigrantes en Lima-Callao y 67.4% de pacareños que fueron inmigrantes en Lima empezaron la aventura migratoria antes de los 20 años.

El migrante en comienzo de su jornada migratoria es un joven soñador con mentalidad, capacidad y disposición a cambiar de vida y de asimilar otros moldes culturales.

Este joven casi adolescente por su edad o por sus características psicológicas dirige su vida por fantasía y sueños a nuevos horizontes. Estudios realizados, que concuerdan con los nuestros, demuestran que a este joven casi adolescente ;n cuanto más joven, tiene mayor capacidad de ajuste y, por lo tanto, se convierte, según Bradfield (6), fácilmente en migrante permanente.

El nivel promedio de instrucción del migrante en la metrópoli es inferior que el del nativo, siendo así la proporción de analfabetos marcadamente mayor en inmigrantes (11.2%) que en nativos (1.3%). Sin embargo, dentro de sus limitaciones muestra empeño y lucha por mejorar su nivel ds instrucción para lo cual utiliza una serie de recursos porque considera la instrucción una vía directa de movilidad y ascenso social.

Estas diferencias de nivel de instrucción han sido comprobadas por Rivera, Molina, Castañeda y Prieto (7). Sin embargo, los migrantes tienen, según estos investigadores, mayor nivel de instrucción que los no-migrantes; por lo que generalmente migra lo más selecto de un pueblo en capacidad, preparación y fuerza psicológica de realización y empuje. Estos datos sobre el grado de instrucción entre el migrante y no-migrante han sido confirmados por Doughty (8) en nuestro medio y por Lansing y Mueller (9) y Marckwardt (4) en los Estados Unidos de Norte América.

La proporción de inmigrantes que tiene experiencia de trabajo (41.8%) antes de migrar, es menor que la que no tiene (59,2%) esta experiencia. Estos datos confirman el planeamiento que el migrante es un joven que no ha enraizado en su tierra natal en toda su dimensión; es decir, no ha captado el sabor de su propio "habitat" en toda su amplitud.

El migrante es trabajador y ha ganado su prestigio como tal, siendo apreciado y reconocido en la metrópoli. *y*

La proporción de inmigrantes (61.3%) que trabaja es superior a la de nativos (47.4%) que también trabaja; sin embargo, los índices de permanencia o estabilidad en el trabajo son superiores en nativos que en inmigrantes.

El trabajo, al servicio de otro es inferior en inmigrantes que en nativos; siendo el trabajador independiente más frecuente en este grupo.

El migrante tiende tempranamente a formar un hogar, es decir, a casarse, ya sea por razones culturales o por fenómeno de cohesión social que constituye un recurso de adaptación. Esta superioridad de casados y convivientes en migrantes ha sido remarcada por Alers y Appclbaums (10).

IV.—ADAPTACIÓN

El ajuste del migrante a la metrópoli es un proceso en el que intervienen tres grupos de variables que se imbrican: 1) Biológicas: edad, sexo, raza y color de la píe!, 2) Psicológicas: personalidad, motivación y salud mental, 3) Socio-culturales: nivel económico, clase social, contraste cultural, origen cultural de los padres, procedencia, tiempo de residencia, etc. Desde luego, no vamos a referirnos a todas ellas, solo vamos a destacar los aspectos más importantes.

Veamos a continuación el proceso de adaptación del migrante en la metrópoli y los mecanismos de adaptación y desadaptación que moviliza ante una nueva realidad a la metrópoli.

1.—*Primeras impresiones y dificultades.*

Considerando importante conocer si las primeras impresiones que el inmigrante tuvo de la ciudad guardan relación con las espectativas elaboradas por el sentimiento migratorio, en el sentido de estimular y reafirmar estas espectativas o disolverlas con la frustración, registramos algunos aspectos de estas primeras impresiones. Así, se puede decir que el migrante queda en alta proporción (87%) favorablemente impresionado de la ciudad. Recibe buen trato (81.3%) y facilidades para ubicarse y encontrar vivienda.

Esta impresión favorable que constituye un factor estimulante y de refuerzo para los que recién llegan o vienen de paseo, se comunica a los amigos y familiares del terruño constituyendo a su vez una fuerza migratoria.

En la primera impresión favorable entra en juego el esplendor de la ciudad y la actitud positiva y amortiguadora de los familiares. Sólo un pequeño grupo tiene impresión negativa, dificultad en el trato interpersonal y problemas para encontrar vivienda y trabajo.

Al 50,1% de inmigrantes les fue fácil conseguir trabajo, variando esta facilidad con el nivel económico como cambia con esta variable, la estabilidad, identificación y movilidad ocupacional.

2-—*Vicisitudes en el trabajo.*

Varios investigadores están de acuerdo que el migrante tiene ambición, empuje y capacidad de trabajo en la consecución de sus fines. Sin embargo, presenta ciertas dificultades para adaptarse al trabajo técnico-industrial calificado de la metrópoli por sus antecedentes y experiencia previa, sobre todo los que vienen da los diferentes pueblos rurales. Al respecto Simmons y col. (11) encuentran que la adecuada adaptación al trabajo depende *de* los atributos personales que el inmigrante trae y de la secuencia y cualidad *de* sus experiencias urbanas en un tiempo determinado. No S2 puedes negar la importancia ds su red social conformada de familiares y paisanos que lo reciben, lo apoyan, lo preparan y lo ubican en una actividad determinada.

Su adaptación, estabilidad, movilidad e identificación con el trabajo dependen marcadamente *de* la variable económica y d? otras más íntimamente vinculadas a ella. Sin embargo, la inestabilidad y movilidad ocupacional es superior en inmigrantes que en nativos.

3.—*Actitud de la ciudad.*

Somos conscientes de lo complejo que sería referirnos a la vida en la ciudad por la amplitud del concepto; pero cuando formulamos nuestro estudio lo hicimos con la intención de recoger una impresión que refleje un sentimiento ante lo que la vida es en la metrópoli con sus 'complejidades o con las facilidades con que suele presentarse.

El migrante tiene clara percepción de lo difícil (32%) que es la vida en la ciudad en comparación con su tierra natal, como también lo tiene de lo fácil (50%) que es.

Esta dificultad se hace patente cuando el 80% afirma que en Lima-Callao hay que luchar duro y sufrir para conseguir algo; y se refleja también cuando un 50% califica Lima-Callao como un lugar no bueno para la gente pobre. Esta situación de dureza y dificultad se hace más grave cuando el 70% percibe la ciudad como peligrosa expresando su temor a la delincuencia, al tránsito de de la ciudad, a las enfermedades, a los sismos, etc.

La insatisfacción del migrante se expresa también en menor proporción en la falta de confianza en las autoridades y en un sentimiento de fracaso y arrepentimiento de vivir en la ciudad.

Sin embargo, existe también en relación a la ciudad cierto sentimiento positivo que se expresa cuando califican Lima-Callao como un buen lugar en el que, se sienten más contentos que en su pueblo. Estos sentimientos encontrados revelan una actitud ambivalente a la metrópoli lo que significa que ésta frustra y gratifica. Frustra por el contraste que representa con una serie de dificultades y sinsabores y cautiva por un conjunto de gratificaciones tecnológicas que impresionan y atraen.

4.—*Relaciones interpersonales*

El estudio de las dificultades de adaptación trasunta dificultad de interrelación que principalmente la hemos detectado con el nativo que representa y simboliza la metrópoli,

.....Las relaciones interpersonales no son totalmente positivas ni tampoco negativas. El balance está a favor de una buena relación pero hay una proporción de inmigrantes que no ha superado estas dificultades que lo frustran.

Las dificultades de relación entre los dos grupos presentan una serie de facetas que preferimos referir brevemente. Así, un grupo de inmigrantes afirma francamente tener dificultad de relación interpersonal, de comunicación verbal con el nativo, esta última referida a problemas de orden idiomático, atribuida a modismos, jerga, dejo, etc. o a idiomas diferentes (quechua, aimará y castellano). A nadie escapa las burlas y remedos hostiles por su manera de hablar que hace el nativo al inmigrante procedente de los pueblos rurales de la sierra. Remedos y burlas jocosas que en los programas radiales y de televisión muchas veces se difunden llevando al radículo la identidad del indio.

Estas dificultades de comunicación se incrementan por actitudes emocionales negativas de ambos grupos. Para muchos inmigrantes es difícil conseguir ayuda del nativo, por lo que es más fácil recurrir por ello al paisano o provinciano.

El inmigrante tiene buena capacidad de integración con el nativo; sin embargo, este último aglutina mayormente sus relaciones de amistad en torno a su propio grupo. Se diría que el migrante viene a la metrópoli con la intención de integrarse en toda su dimensión y por ello trata mayormente de incorporar en sus relaciones al nativo.

El inmigrante revela abiertamente un sentimiento de envidia de la vida del nativo y manifiesta cierto grado de desconfianza en su relación ínter personal.

Se queja de sentimiento de soledad e inferioridad; este último determinado por el status de inmigrante, con el cual se siente disminuido y pobremente identificado.

Esta pérdida de identificación con su status determina en él un sentimiento de querer ser limeño tratando de esconder así su origen provinciano que es motivo de burla o desprecio y que, algunas veces, pesa sobre él como un estigma.

Aunque el sentimiento erótico lo empuja mayormente a preferir al nativo del sexo opuesto; cuando piensa en la elección de cónyuge se siente inclinado a elegir de su propio grupo.

La capacidad de empuje, lucha y culminación de ideales es superior en inmigrantes puesto que la proporción (45%) que ha alcanzado sus ideales por los que legó a la metrópoli es superior a la de nativos (20%) que también llegó a alcanzarlos.

No se puede negar que el inmigrante llega a la metrópoli con la intención definida de alcanzar un ideal o un objetivo definido siendo éste el motor consciente de su presencia en la ciudad y la razón de su quehacer.

V.—MECANISMOS **PSICOSOCIALES** DE RETORNO

La exposición anterior sobre los diferentes aspectos de la adaptación del migrante a la metrópoli, ponen en evidencia el conflicto de ajustamiento a la ciudad. Pensamos que la desadaptación está en relación al contraste cultural, al nivel económico-social y al desnivel o desproporción entre motivaciones e ideales que se forjan en fantasía y dificultades que encuentran e interfieren en la realidad, su realización.

La solución del conflicto que determina las reacciones de desadaptación estará en función a la realización de objetivos, a la capacidad de adaptación, a la renuncia con la huida que no siempre es el retorno al terruño, porque la huida determina el conflicto del fracaso. El conflicto de no poder adaptarse pone en juego entre otras defensas una serie de mecanismos de retorno que pueden ser: escape o emigración, retorno transitorio y otros más que iremos señalando en forma sucesiva.

1.—*Deseos y razones de retorno.*

El 58% de inmigrantes en situación de frustración, desea irse de Lima-Callao, pero el 65% expresa francamente un deseo de retorno a la tierra natal. El 52% manifiesta claramente tener las siguientes razones para regresar a su pueblo: visitar a sus familiares, estar enfermo, cambiar de clima, visitar su pueblo y asuntos de negocios. Hay pues razones de vínculo familiar que son las más intensas. La enfermedad y el cambio de clima posiblemente significan la derrota en la lucha adaptaíiva.

2.—--*Pensamiento, fantasías y sueños de retorno.*

Insistiendo en el estudio del retorno a la tierra natal a través de pensamientos, fantasías y contenido onírico encontramos que el 33% tiene pensamientos de retorno como solución para una vida feliz. Se incrementa el retorno en pensamiento y fantasía cuando un 42% piensa que si tuviere suficiente dinero para regresar a su pueblo e instalarse allí para siempre, lo haría.

El retorno como sentimiento inconsciente que aflora a través de contenido onírico alcanza el 48% de inmigrantes, quienes afirman soñar frecuentemente y de vez en cuando con personas y lugares de su pueblo.

3.—*Retorno temporal*

El 42% de inmigrantes regresa a la tierra natal durante sus vacaciones o viajan a la fiesta de su pueblo. Este reencuentro con los suyos representa, según ellos, un descanso, y creemos un reposo, un fortalecerse o una tregua de la lucha cotidiana adaptativa en la metrópoli.

El 64% mantiene vínculos con la tierra a través de cartas con familiares y amigos. No se puede negar que los lazos familiares son intensos y se mantienen con vigor donde quiera que esté el miembro familiar. Posiblemente éstas son documentos interesantes a las vicisitudes adaptativas del migrante y tienen una función catártica de sus problemas y de su éxito de la vida en la ciudad.

4.—*Fijación socio-cultural*

Otra de las formas como se defiende el migrante frente a las dificultades de adaptación es la fijación socio-cultural a sus propias normas, costumbres, creencias, etc. por lo que difícilmente incorpora la nueva cultura. Así se defiende aferrándose a lo suyo cultural con lo cual vive y se nutre espiritualmente, como si estuviera en su pueblo natal. Bajo este sentimiento convierte inconscientemente su hogar en un resto cultural de su terruño que representa una defensa psico-cultural. Cuando el migrante retorna del trabajo a su hogar es como si volviera a su pueblo porque en éste se mantiene el resto cultural de su pueblo que lo hace sentir como si estuviera allí.

En el hogar está su mujer paisana que habla como él, que entiende su lengua, encuentra su propia comida y una serie de manifestaciones culturales que le prodigan gratificación y amainan los sinsabores de la lucha adaptativa.

Esta forma de defensa muchas veces se asocia a otra, por la cual todos los migrantes de un pueblo o región se aglutinan en un sector de un distrito, barrio u organizan una barriada la que, algunas veces, lleva el nombre del lugar de procedencia, como sucede por ejemplo en la barriada de "Huancayo Chico".

Más del 54% de inmigrantes se aferran en diferente intensidad a sus costumbres, comidas, lenguaje, fiestas, baile, música, etc., a través de las cuales permanece o retorna a la tierra.

5.—*Cohesión social.*

La cohesión social entre paisanos que se da, como acabamos de ver, aglutinando sus residencias por lugar de procedencia; se da también en la sociedad o club de su pueblo, en la metrópoli, en el centro de trabajo, en la casa del amigo o en la esquina del barrio, etc. El 23% de inmigrantes concurre a la sociedad de su pueblo en Lima-Callao.

6.—*Vínculos materiales.*

Además de los vínculos familiares y espirituales que el inmigrante mantiene con la tierra natal, existen otros vínculos que preferimos Mamarlos vínculos materiales porque están representados por pertenencias y propiedades que el inmigrante tiene y conserva en su pueblo por muchos años. Estos vínculos son factores importantes porque están teñidos de sentimientos y recuerdos ds los cuales no quieren desprenderse.

No se puede negar que estos vínculos son fuerzas internas que contribuyen *a* enriquecer los sentimientos ds retorno, reforzando así el *síndrome de retorno.*

Es interesante registrar que el 46% de inmigrantes tienen propiedades en su tierra natal, que están representadas por casas, chacras, terreno, ganado, etc.

Los mecanismos de retorno se puede decir que se manifiestan en los siguientes niveles: 1.—Nivel consciente con el sentimiento claro y definido de querer regresar a la tierra natal señalando razones claras para ello y 2.—Nivel inconsciente con pensamientos espontáneos, fantasías, contenido onírico, etc.

Si es verdad que los mecanismos de retorno se manifiestan en dos niveles, las formas de expresión son también dos: a) Directa que se expresa con el retorno temporal **a** la tierra, lo que constituye una tregua o reposo en **la lucha por la** adaptación y b) Indirecta, que se presenta por: fijación cultural a sus costumbres y normas que se expresan en los hábitos, comida, vestimenta, bailes, fiestas, lenguaje y por sentimientos de cohesión que se dan en el reencuentro con el paisano en la sociedad o club de la provincia o celebración del aniversario del pueblo. Estos mecanismos indirectos representan vínculos definidos con la tierra natal que han sido señalados por Abate (12) Alers (13) y Mangin (3).

Las fuerzas que impulsan al retorno están representadas por la frustración en **la** adaptación y por vínculos familiares y materiales con la tierra.

El retorno se da en forma temporal y permanente. En forma temporal representa alivio y tiene inconscientemente un sentido terapéutica. El retorno permanente implica derrota grave de la adaptación y conlleva vergüenza e incita crítica de familiares y amigos vecinos y determina el *síndrome del fracaso.* Sin embargo, cuando el retorno se produce por enfermedad amaina el sentimiento del fracaso.

R E S U M E N

El presente trabajo pretende estudiar la dinámica de llegar a ser migrante, destacando los factores que intervienen en este proceso y señalando las fuerzas de inmigración. Asimismo, analiza el proceso migratorio en su trayectoria, en su alcance y en sus formas de migrar.

El trabajo intenta también identificar al migrante en sus características más comunes.

Se describe también el proceso de adaptación del migrante en la metrópoli destacando sus primeras impresiones y dificultades, las vicisitudes en el trabajo, la actitud a la ciudad, las relaciones interpersonales y las realizaciones y logros.

Se estudia, asimismo, los mecanismos psicosociales de retorno en sus deseos y razones de regreso, en sus pensamientos, fantasías y sueños, en el retorno temporal, en sus manifestaciones de fijación y cohesión socio-cultural y en los vínculos materiales.

Signo contributario a la diferenciación de hernia inguinal directa e indirecta

Dr. Silvio R. Zúñiga (*)

Fuera del definitivo interés académico que tiene el establecimiento diferencial entre las variedades directa e indirecta de las hernias inguinales, tiene, además, un interés pronóstico ya que la recidiva de la variante directa es mayor (1) y la intervención quirúrgica es obligada en la de tipo indirecto por la frecuencia con que se estrangula. A mayor abundamiento, siendo la directa una hernia inguinal adquirida por el debilitamiento de la *fascia transversalis* y por la presencia de hipertensión abdominal que frecuentemente es acondicionada por los esfuerzos de micción que acompañan a la hipertrofia prostática, es necesario hacer el diagnóstico preoperatorio de esta variedad de hernia pues si son reparadas quirúrgicamente sin prestarle la debida atención a la hipertrofia prostática, a poco tiempo habrá recidiva de la hernia directa, ya que si tal se hace se tratará el efecto y se descuidará la causa y ésta continuará haciendo que el factor presión intraabdominal haga renacer a la hernia. Es bien sabido que la conducta terapéutica adecuada es tratar primero la hipertrofia prostática y, secundariamente, practicar la herniorrafia, la que frecuentemente tiene que efectuarse bilateralmente. Según Ravitch (2) "entraña algo de orgullo profesional hacer el diagnóstico preoperatorio exacto, y es indiscutible que la operación marcha con mayor precisión si el estado anatómico se ha previsto con exactitud".

Por este motivo no estamos de acuerdo con los que no hacen ningún esfuerzo clínico en diferenciar la variedad de hernia inguinal y que se contentan con efectuar tal diferenciación intraoperatoriamente.

Dados pues, los intereses académico, pronóstico, terapéutico y urológico, creemos que siempre debe intentarse preoperatoriamente establecer la variedad de hernia inguinal.

La distinción clínica es relativamente simple en los casos de hernias inguinales que ya han salido del conducto inguinal y están por llegar o han llegado al escroto, ya que esta característica es propia de la hernia inguinal indirecta (3) y, además, se constatan los 6 puntos diferenciales que especifica Thorek (1) que son suficientes para decidir el diagnóstico de la variedad. No ocurre lo mismo en las hernias inguinales pequeñas y medianas que no han avanzado más allá del orificio inguinal superficial «o subcutáneo y que, por tanto, aún permanecen dentro del conducto inguinal. Auxilia en la diferenciación la edad *del* paciente, la rapidez con que se hace patente al poner de pie al paciente, la rapidez con que desaparece al acostarlo y la Iocalización digital del impulso hemiario. Hemos comprobado que a estos datos se puede agregar uno más que de constatarse da un 100% de seguridad en el diagnóstico positivo de la variedad directa y elimina la posibilidad de hernia indirecta, con la rara excepción de coincidencia en un mismo lado de las dos variedades.

Profesor de Diagnóstico Quirúrgico, Facultad de Ciencias Médicas.
Jefe del Departamento Quirúrgico, Hospital General, Tegucigalpa

1.—EDUCACIÓN MEDICA CONTINUADA PARA GRADUADOS: ;

En forma coordinada el Colegio Médico de Honduras, la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, planificaron un Programa de Educación Médica Continuada para Graduados que fue desarrollada por Profesores de Planta de la Facultad de Medicina, teniendo verificativo el I Curso del 4 al 9 de mayo de 1970 en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa y el Segundo Curso en el Hospital "Vicente D'Antoni" de La Ceiba del 8 al 12 de diciembre de 1970,

Por iniciativa del Colegio Médico de Honduras se logró conseguir con la Tela Railroad Company el financiamiento de ambos cursos.

En- el 1Curso se invitó a los Profesores Doctores Pedro Coello Ramírez y Ángel Gardida Ch. del Departamento de Pediatría del Centro Mexicano **del** Seguro Social.

Los Médicos asistentes al ler. Curso de Educación Médica Continuada fueron: Doctores Rene Agüero Vega, José Antonio Bueso, Antonio Oviedo P., Reinaldo Zavala, Carlos A. Medina, Alfonso Lacayo Sánchez, Manuel O. Suazo, Jesús Castillo Ochoa, Elpidio Munguía, César Abadie, Fernando Bueso R., Rubén Rodríguez Martínez, Rafael del Cid, Víctor M. Várela, Vicente Gómez A., Julio C. Chávez, Wilberto Lagos.

En el Curso de Educación Continuada que tuvo verificativo en la ciudad puerto de La Ceiba, participaron los siguientes Médicos: Doctores Saúl Ayala, Rafael Ruiz, Benjamín Torres, Camilo Cruz, Orlando Martínez, Leonel Pérez, Reynaldo Gómez U-, Manuel Romero, Octavio Pineda, Gustavo Ayes, Reginaldo Aguilar, Carlos González.

Al final de ambos cursos los participantes recibieron un Certificado de Asistencia. Actuó como coordinador en ambos cursos el Dr. Fernando Tomé Abarca, contando con la colaboración de los Doctores Héctor Laíncz N. en representación del Colegio Médico de Honduras, Carlos Godoy Arteaga en representación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y además, con la colaboración del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Doctor Jorge Haddad Q.

Los programas incluyeron aspectos de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Preventiva.

2.—GIRA CIENTÍFICA DEL PRESIDENTE DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS":

El Doctor Ramón Custodio L., quien en la actualidad funge como Presidente del "Colegio Médico de Honduras" fue seleccionado entre varios candidatos para integrar un grupo de estudio bajo el patrocinio de la Organización Internacional de Energía Atómica. La gira del Dr. Custodio se extendió del 11 de mayo al 27 de junio de 1970, e incluyó visitas a centros científicos de Dinamarca, Checoeslovaquia, Austria y la Unión Soviética. El programa de dicha gira comprendió estudio sobre técnicas de medición de isótopos radioactivos aplicados a la Medicina.

3.—**CONGRESOS** NACIONALES:

En el Hotel "La Ronda" de la ciudad de Tegucigalpa tuvo verificativo el / *Congreso de Medicina Interna* que fuera auspiciado por la Sociedad Hondureña de Medicina Interna. Durante ese Congreso se enfocaron diferentes aspectos de nuestra Patología que fueron cubiertos brillantemente por varios miembros de dicha sociedad. Se presentaron además, varias mesas redondas y una Conferencia Anatomo-Clínica. El Doctor Marcel Patterson, Catedrático de Gastroenterología de la Universidad de Texas fue invitado especialmente a este

evento científico. El éxito de este Congreso bien puedes medirse por la asistencia de más de cien médicos participantes y por los comentarios halagadores hechos en relación al Congreso.

/ *Congreso Hondureño de Gineco-Obstetricia:* En el Hotel "Bolívar" de la ciudad de San Pedro Sula tuvo verificativo en la segunda semana de diciembre de 1970 el T Congreso Hondureño de Gineco-Obstetricia que fuera patrocinado y organizado por la Sociedad Hondureña de Obstetricia y Ginecología. Actuó como Secretario General del mismo el Doctor Marcial Vides Turcios y como Secretario del Capítulo de Cortés el Doctor Sergio Bendaña.

En este evento científico que reunió a la mayor parte de los Gineco-Obstetras del país se discutió en forma amplia y amena la Patología propia de la mujer hondureña.

A raíz de haberse verificado estos Congresos de dos especialidades diferentes y tomando en consideración que se han hecho en forma independiente de los Congresos Médicos Nacionales, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras ha considerado incluir este aspecto en la agenda de nuestra próxima Asamblea General que tendrá verificativo en febrero de 1971 en Tegucigalpa, D. C. Ello es con el objeto de conocer sobre la conveniencia de verificar los futuros Congresos de Especialidades independientemente o simultáneamente de nuestros Congresos Médicos Nacionales que tienen lugar en la primera quincena de febrero de cada año.

4.—AYUDA A DAMNIFICADOS:

A raíz de los movimientos sísmicos ocurridos en la hermana República del Perú a fines de mayo de 1970, el "Colegio Médico de Honduras" hizo entrega al pueblo y Gobierno peruanos por medio de su Embajador, el señor Carlos Leguía Ross de L. 2.000.00. Esta cantidad fue donada en forma de 300 frazadas de lana, 50.000 aspirinas, jeringas descartables y varios frascos de penicilina para uso hipodérmico. El señor Leguía Ross agradeció a la Junta Directiva del Colegio Médico su oportuna y espontánea donación en nombre del Gobierno de aquel hermano país.

5._XIV CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO:

En los últimos días de noviembre de 1970 fuimos honrados con la visita del Doctor Pablo E. Fietcher, Secretario General del XIV Congreso Médico Centroamericano que tendrá verificativo del 1° al 4 de diciembre de 1971.

El Doctor Fietcher en su breve visita nos aseguró que el Comité Organizador de aquel Congreso está haciendo todo lo posible para que el mismo resulte un verdadero éxito tanto científico como socio-cultural. Nos aseguró que contaban con más de 20 invitados procedentes de Universidades de Europa y de Norte y Sur América. Habrá además, 9 Conferencias Magistrales, múltiples Mesas Redondas y sesiones de comunicaciones cortas. Este magno evento científico internacional tendrá lugar en el Hotel "El Panamá", de la ciudad de Panamá.

6.—X CONGRESO CENTROAMERICANO DE PEDIATRÍA:

Bajo los auspicios de la Asociación Pediátrica Hondureña, cuyo Secretario General es el Doctor Carlos Rivera Williams, tendrá verificativo en Tegucigalpa del 28 de noviembre al 4 de diciembre de 1971 el X Congreso Centroamericano de Pediatría. Se ha confirmado la participación del Instituto ínter americano del Niño que cubrirá el tema de Perinatología. El INCAF con sede en la ciudad de Guatemala, enfocará aspectos prácticos sobre Desnutrición. De México tanto el Hospital Infantil como el Hospital de Pediatría del Seguro Social, han confir-

mado su participación. En cuanto a los temas oficiales por cada país, Guatemala ha escogido "Intoxicaciones en la Infancia"; Nicaragua presentará el tema "Prematurez" y Honduras "Síndrome Disentérico Agudo". Aún queda por confirmar los temas de Costa Rica y Panamá. Los temas libres deberán ser enviados ante del 1º de septiembre del año en curso.

1.—CURSOS DE LECTURA RÁPIDA:

Bajo la iniciativa y el patrocinio del "Colegio Médico de Honduras" se impartieron *tres cursos de Lectura Rápida* a médicos colegiados residentes en Tegucigalpa, esposas de médicos y personal laborante en el Hospital Materno Infantil. Estos Cursos fueron impartidos por el Licenciado en Psicología, señor Santiago Collado de nacionalidad guatemalteca, teniendo una duración de dos semanas aproximadamente. Los cursos en referencia fueron impartidos en una de las aulas del Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa del 8 al 18 de diciembre de 1970, contando con una concurrencia de 40 participantes por curso.

La Junta Directiva del Colegio Médico por este medio consigna su agradecimiento al Licenciado Collado por la forma brillante en que supo exponer sus conferencias y plantear sus conocimientos sobre este interesante tema.

8—DECESOS:

El Colegio Médico de Honduras deplora la pérdida de 4 valiosos socios en. el año de. 1970. El fallecimiento de los Doctores José Antonio Bobadilía, Harold Casco Mazier, Manuel Castillo Barahona y Eduardo Fernández Selva, dejó un enorme vacío en nuestra institución.

Por otra parte el fallecimiento del Dr. infieri Federico Suazo, joven que al momento de acaecer su trágica muerte desarrollaba su servicio médico social en la localidad de San Francisco de La Paz, Olancho. El Bachiller Suazo era poseedor de gran simpatía de parte de sus compañeros de estudios y de aquellas personas que tuvimos el privilegio de conocerlo. A raíz de su muerte la actual Junta Directiva propondrá en la X Asamblea General Ordinaria como moción, un *Seguro de Vida* que cubra por la cantidad de L. 10.000.00 a todos aquellos Médicos recién egresados que se encuentren en el ejercicio de su servicio médico social.

Al dar fe de estos fallecimientos la actual Junta Directiva del Colegio Medico de Honduras, deja fiel testimonio del pesar experimentado y se asocia al sentimiento de pena de sus familiares y demás condolientes.

9.—BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

Por resolución de la IX Asamblea General Ordinaria que tuvo verificativo en la ciudad de La Ceiba en 1970, la actual Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras elaboró el Reglamento para el Beneficio por Incapacidad Total Permanente. Al estar completamente elaborado este Reglamento queda establecida su vigencia para aquellos médicos colegiados que así lo soliciten.

10.—Se incluye información sobre las diferentes especialidades que se ofrecen en el Instituto Mexicano del Seguro Social y del tiempo de duración de las mismas:

"En respuesta a su Oficio Nº. 761-70 adjunto encontrará una lista de las especialidades que se pueden cursar en el Instituto Mexicano del Seguro Social y los requisitos para cada una de ellas, lo cual espero le puedan ser de utilidad a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

Atentamente
El Jefe de Enseñanza
Dr. Carlos Mac Gregor"

"ESTUDIOS DE POSTGRADO EN ESPECIALIDADES QUE SE OFRECEN EN UNIDADES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Todas las especialidades requieren haber realizado doce meses de Internado Rotatorio de Postgrado.

A. RAMA MEDICINA INTERNA:

a) Tres años de duración, el primero en Medicina Interna:

1.—Alergia e Inmunología.
2.—Cardiología.
3.—Dermatología.
4.—Endocrinología.
5.—Gastroenterología.
6.—Genética.
7.—Hematología.
8.—Infectología.
9.—Medicina Interna.
10.—Nefrología.
11.—Neurología.
12.—Psiquiatría.
13.—Reumatología.

b) Cuatro años de duración, el primero en Medicina Interna:

1.—Oncología Médica y Radioterapia.

B. RAMA CIRUGIA:

a) Tres años de duración el primero en Cirugía General.

1.—Angiología.
2.—Cirugía Plástica y Reconstructiva.
3.—Proctología.
4.—Urología.

b) Cuatro años de duración, el primero en Cirugía General.

1.—Cirugía Cardiovascular.
2.—Cirugía General.
3.—Neurocirugía.
4.—Oncología Quirúrgica.

C. RAMA PEDIATRIA:

1.—Pediatría Médica. Tres años de duración.
2.—Cirugía Pediátrica. Cuatro años de duración, el primero en Pediatría Médica.
3.—Otras subespecialidades, cuya duración y requisitos están sujetos a discusión:
   a) Cardiología.
   b) Nefrología.
   c) Neurología.
   d) Ortopedia.
   e) Radiodiagnóstico.

D. ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS. Tres años de duración.

1.—Ginecología y Obstetricia.
2.—Neumología y Cirugía de Tórax.
3.—Oftalmología.
4.—Otorrinolaringología.
5.—Traumatología y Ortopedia.