COLEGIO
MEDICO

Revista

MEDICA HONDUREÑA

ORGANO
DEL
COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

FUNDADA
EN 1930

VOL46 - JULIO - AGOSTO - SEPTIEMBRE - 1978 - No. 3

SUMARIO

	PAG.
PAGINA DEL DIRECTOR . - ,	64
EDITORIAL	65
ENVENENAMIENTO EN HUMANOS POR PESTICIDAS EN LA ZONA SUR, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	67
LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE LA CADERA INFANTIL,	74
SEROLOGIA DE LA BRUCELOSIS	77
SÍNDROME DE NEGLIGENCIA MATERNA. ..	82
INFLUENCIA SOCIO-ECONÓMICA EN EL PESO AL NACER EN HONDURAS	86
VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA	89
HISTORIA DE LA MEDICINA	91
SECCIÓN INFORMATIVA	96

REVISTAMEDICA HONDUREÑA

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Dr. CARLOS A. MEDINA
Director

DR. RUBÉN VILLEDA BERMUDEZ
Secretario

Cuerpo de Redacción

DR. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA
DR. LEONEL PÉREZ DR. CARLOS
DURON DR. ENRIQUE AL VARADO
DR. JOSÉ RAMÓN VASQUES

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras.
Tel. 22-5466.

PAGINA DEL DIRECTOR

Muchos colegas al recibir nuestras dos primeras ediciones, nos felicitaron por el cambio que hemos querido imprimirle a la revista, que por tantos años ha sido nuestro único vehículo de comunicación científica y gremial.

Para el director, lo esencial es que caminemos con el tiempo y no, por un amor a un conservatismo tradicionalista, terminemos el siglo con la imprenta de pedal.

El otro concepto que queremos acentuar, es el editorial de la revista; ninguna publicación científica o social, pueda existir sin una columna vertebral, que exprese el sentir y pensar de los que dirigen la publicación.

Más importante aún, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, respaldó nuestra posición, que el Consejo Editorial sea la autoridad encargada por medio de la revista, de manifestar los puntos de vista que también las comparten la mayoría de las colegas y los mismos miembros de la directiva.

No se puede seguir caminando en una nación que sufre cambios sociales y económicos de gran envergadura y aislarse, el Colegio Médico es parte de esa nación que tanto amamos y como integrantes de ella, estamos en la obligación individual y colectiva de expresar nuestro pensar, ayudar a encontrar caminos y buscar las verdades en que descansan las sociedades estables.

Algunos de nuestros editoriales parecerán agresivos o beligerantes pero eso va con nuestro modo de buscar la verdad, para beneficio de todos.

SALUD COMPAÑEROS!

EDITORIAL

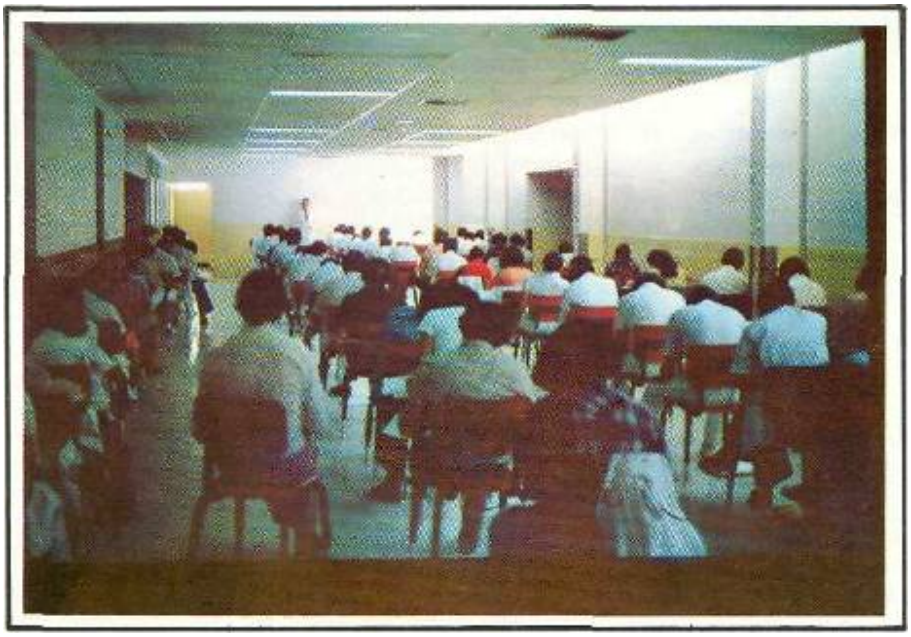
POR: DR. CARLOS A. MEDINA

Uno de los informes más publicitados en nuestro ambiente, es la escasez de médicos en nuestro territorio. Se cree que la nación tiene aproximadamente un médico por cada 3000 habitantes; esto es, si estuvieran distribuidos equitativamente entre todas las regiones del país. La realidad es otra, pues, mientras Tegucigalpa tiene un 50% de los galenos, hay regiones en el área rural que jamás han visto un colega.

El médico cree que la culpa la tiene el gobierno, por no crear incentivos que detengan al colega en las zonas rurales. Se habla de condiciones ambientales difíciles, de falta de una buena remuneración, de atractivos intelectuales tales como viajes al exterior para recapacitar al médico, que se anquilosa en una región aislada por falta de servicios médicos de apoyo, que los obligan a actuar empíricamente. En fin, de un sinnúmero de calamidades, que hacen de la práctica de la medicina una empresa difícil y llena de esfuerzos, que al final desesperan al galeno con ambiciones de superación o se resigna y termina dedicándose a la ganadería, o a otras actividades ajenas a su profesión y ésta, se convierte en una fuente gris de ingresos.

El gobierno, por otro lado, dependiendo de quien está en el Ministerio de Salud, cree que el médico es un capitalista por excelencia y que lo único que busca, es hacerse rico: "Sólo quiere los conforts de la gran ciudad y no quiere trabajar como hombre".

En el tercer ángulo de esta triangular discusión, está la Universidad Autónoma, que cree haber



solventado el problema, creando una población médica estudiantil que rebasa las aulas universitarias y que se ha creído, formará la nueva legión de médicos que dejando los placeres de las grandes ciudades, vivirán con humildad y sin pretensiones capitalistas y si, con gran espíritu revolucionario, para redimir las masas marginadas de nuestra nación.

Mientras la nación espera, la nueva generación de médicos que llevará la estampa del cambio, las instituciones encargadas de educar a los cienes de estudiantes que forman cada clase de los siete años de la carrera, no saben qué hacer, pues el exceso de alumnos producto de esa política Universitaria de puertas abiertas, en donde cualquier alumno puede llegar a ser "Doctor en medicina y Cirugía", ya ha ahogado el sistema precario de enseñanza con que se contaba. Sistema, que podía producir un promedio de 30 - 50 médicos anuales al máximo, pero nunca 200 ó 300 como pretenden las Autoridades Universitarias.

No cabe duda que los nuevos Doctores vendrán a solventar el problema de la escasez de recursos médicos en las zonas rurales, siempre y cuando ya la Universidad, haya creado el dispositivo por medio del cual éstos, o se marchan por su voluntad con el estetoscopio y el termómetro en la bolsa, o los obligan a permanecer en los villorios catrachos, ya sea por una legislación especial o a través del Estado Socialista donde la voluntad del hombre no es factor de importancia.

El corolario; en la brecha final de este editorial, es la acción positiva de la Universidad, que resolvió el problema del médico que quiere vivir en la ciudad y deja descubierto el campo, con el aumento en la producción en la linea de ensamblaje, aportando a la sociedad hondureña unos doscientos graduados anuales que debido a la insuficiencia de las instituciones capaces de enseñar medicina, posiblemente tendrán un nivel académico más rudimentario, porque definitivamente la calidad del médico al aumentar el número producido por los mismos medios, será más baja, nivel tal que posiblemente sea el requerido para afrontar los problemas de la medicina rural.

Lo único que creemos justo, defendiendo a los futuros colegas, es que la Universidad si no aumenta sus instituciones y maestros, tendrá que decirle con franqueza al estudiante, que su calidad como galeno no será la misma de sus compañeros de generaciones anteriores y que si continuamos con una sociedad capitalista habrá una competencia, donde ellos llevarán la peor parte.

Al par del problema de falta de médicos en la región rural, que ha sido resuelto parcialmente por la Universidad, como arriba apuntamos, existe la creencia que factores políticos han influido para desembocar en una facultad con portón abierto.

Creemos que hay necesidad de más médicos. También tenemos la sapiencia política, como para creer que nuestra sociedad continuará siendo de índole capitalista y por lo tanto, la producción de la nueva generación de colegas, continuarán rondando las zonas peatonales de nuestras grandes ciudades. Nos inclinamos más sobre lo último, porque el gobierno no cambiará las condiciones rurales que la hagan más atractivas para el médico, ni este último hará el sacrificio "revolucionario" de redimir en parte las masas marginaos con sus servicios médicos.

Nunca debemos olvidar, que la demagogia es un mal pegamento para amalgamar una respuesta al complejo problema de salud de nuestra nación.

ENVENENAMIENTO EN HUMANOS POR PESTICIDAS EN LA ZONA SUR DE HONDURAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. José Antonio Bueso C.

I N T R O D U C C I Ó N

El manejo de los pesticidas es la tecnología que trata del uso y manejo seguro, económico y eficiente de los mismos desde su manufactura hasta la utilización y desecho final; incluidos en este proceso están la formulación, empaque, transporte, almacenamiento y registro oficial para su venta y uso, desecho de envases y material indeseable.

El manejo de pesticidas también trata de los problemas de los residuos en los alimentos y el medio ambiente, así como el impacto en el bienestar del hombre. La necesidad de entrenamiento en el manejo de pesticidas es impostergable, buen manejo de pesticidas significa buenos estados económicos, nutricionales de la ciudad, región o país.

El uso racional de los pesticidas, se logra a través de trabajo en equipo agro-médico que combina los talentos y experiencias de las ciencias agrícolas y médicas. Nadie duda del papel importante que los pesticidas están jugando y seguirán prestando en el futuro para el incremento de la producción de alimentos y el control de enfermedades de los humanos, transmitidas por insectos.

En los distintos seminarios acerca del manejo de pesticidas, se han reconocido tres áreas importantes:

1.- El aumento en el número de casos de envenenamiento en humanos.
2. El problema de la contami nación de los alimentos y el aumento de la cantidad de residuos de pesticidas en el medio ambiente: y
3. El continuo aumento de la resistencia de las plagas y vectores:

Por eso los Dres. Ray Smith y J. E. Davies han creado la frase "Problemas Agro-Médicos del manejo de pesticidas."

ENVENENAMIENTO EN HUMANOS POR PESTICIDAS

El envenenamiento de humanos por pesticidas es un problema serio en distintas regiones agrícolas del mundo y del cual nuestro país no es la excepción. En la región Sur de Honduras, nosotros estamos en esta

lucha desde 1965; esta rica parte del territorio nacional donde se cultiva algodón, arroz, caña de azúcar, crianza de ganado y en los últimos años también dedicada al cultivo de melón y sandía, aportó su cuota de víctimas por envenenamiento por compuestos órganofosf orados, debidas a la ignorancia sobre elementales medidas de precaución sobre su manejo y ampliación. Entre los años de 1965 y 1967 fueron atendidos en el Hospital del Sur, C.S.L de la Ciudad de Choluteca, 208 casos de intoxicación por órganofosforados exclusivamente, por lo que hubo necesidad de convocar a una reunión de urgencia con todas las personas involucradas en el problema. Obtuvimos una valiosa colaboración y los resultados no se hicieron esperar al declinar ostensiblemente la incidencia en el número de envenenamientos. Los compuestos órganofosforados causantes de las intoxicación fueron: El Paratión, el me til-paratión y el malatión; nuestro estudio se refiere únicamente a los órganofosforados, con posterioridad tuvimos problemas con los órganoclorados y mezclas de los mismos.

Actualmente estamos colaborando con el Instituto Centroamericano de Investigación y Tecnología Industrial ICAITI, de la Ciudad de Guatemala, colectando grasa subcutánea abdominal de pacientes que son operados en el Hospital del Sur.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE INTOXICACIÓN POR ÓRGANOFOSFORADOS EN LA ZONA SUR

Entre las causas más frecuentes de intoxicación que nosotros encontramos en el período a que hago referencia, fueron:

1. Ignorancia completa de que el veneno se absorbe rápida mente por la piel, muchí simos pacientes portaban su mascarilla y guantes cuando fumigaban con bomba-Spray, pero cuando hacía mucho viento el insec ticida les caía en el resto de la cabeza que les quedaba descubierta, así como en el cuello, brazos y antebrazos, o bien la manguera de la bomba-spray estaba mala y había escape de insecti cida que les bañaba la es palda.
2. Por la misma razón no le daban importancia a que la avioneta de fumigación los rociara cuando pasaban sobre los "Banderilleros".
3. No se cambiaban la ropa después de la jornada de trabajo o bien se la quitaban y se bañaban, pero se ponían la ropa sucia del día anterior al iniciar la siguiente jornada de trabajo.
4. Reingreso a las zonas fumi gadas al día siguiente y ca minar descalzo sobre las mismas.
5. Ponerse a fumar o bien a tomar sus alimentos sin la varse las manos con agua y jabón.
6. Otras veces faltaba todo equipo de protección per sonal.
7. Venta libre de insecticidas por distribuidores regionales

TOXICIDAD Vrs. PELIGRO

Desde el punto de vista toxicológico, los pesticidas son clasificados de acuerdo a su potencial de envenenamiento oral, cutáneo, respiratorio y neurotoxicidad. La clasificación de toxicidad se basa en exámenes de Laboratorio en animales (usualmente ratas), anotando la cantidad de material que se requiere para matar el 5oo/o de la especie probada y administrada por varias rutas. Los materiales más tóxicos se anotan al principio de la lista y los menos tóxicos al final; los más tóxicos entre los pesticidas son los órganofosforados, siguiendo los carbamatos y por último los clorados. Estos plaguicidas penetran en el cuerpo humano por tres vías: cutánea, digestiva y respiratoria, ocasionando intoxicaciones de variada gravedad y que si no son atendidos oportunamente y con energía, causan la muerte.

INTOXICACIÓN POR ÓRGANOFOSFORADOS

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

El diagnóstico inicial del envenenamiento por órganofosforados, se hace rápidamente desde el punto de vista clínico. No debe de perderse *nada* de tiempo, ya que, si el envenenamiento es grave, los segundos o minutos que se pierdan en titubeos, significan la distancia entre la vida o la muerte.

Nosotros actuamos rápidamente y con energía y sin temores de ninguna clase, inclusive no nos entretenemos en tratar de co-

rregir la cianosis e iniciamos el tratamiento con Atropina a altas dosis; el paciente es *extraordinariamente tolerante* a la Atropina en altas dosis, el reconocimiento de la tolerancia poco usual hacia la Atropina, es una observación clínica muy importante.

Los síntomas del envenenamiento se desarrollan dentro de dos o cuatro horas después de la exposición cutánea y dentro de 15 a 60 minutos después de su ingestión.

Los órganofosforados son venenos del sistema nervioso neurovegetativo, actúan inactivando la enzima colinesterasa por fosforilación, ocasionando por consiguiente que se acumule acetil colina que es la causante de la sintomatología.

Se distinguen tres grandes síndromes: el MUSCARINICO que incluye, anorexia, náuseas y vómitos, calambres abdominales, incontinencia de esfínteres (defecación y orina involuntaria), sudoración, salivación, lagrimeo; opresión en el pecho con excesiva secreción bronquial y/o edema pulmonar, visión borrosa y miosis, ésta última puede llegar a ser puntiforme (cabeza de alfiler) o bien midriasis por parálisis del esfínter pupilar (casos raros); el Síndrome NICOTI—NICO: incluye movimientos de los músculos, fasciculaciones, lasitud y parálisis, y cuando ésta parálisis envuelve los músculos respiratorios, puede presentarse apnea y muerte. El Síndrome del SISTEMA NERVIOSO CENTRAL incluye: ansiedad, inquietud, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, convulsiones, respiración de Cheyne-Stokes y coma.

El paciente generalmente está pálido y sudoroso, hay marcada bradicardia, el pulso es fuerte y regular, la presión arterial está normal aunque también puede haber ligera hipertensión (raro), hay mucha saliva en la boca, las pupilas no reaccionan al estímulo luminoso y están mióticas como ya se indicó; si está disneico, los ronquidos pueden oirse a distancia. Puede haber hiperglicemia inicial y glucosuria; los electrolitos del suero generalmente están normales, aunque puede haber ligera hipopotasemia.

TRATAMIENTOS:

El tratamiento con Atropina debe de iniciarse lo más pronto posible como ya se indicó anteriormente y la dosificación así como la vía de administración, varía de acuerdo a la severidad del cuadro clínico, que puede ser ligera, moderada y grave. Si el caso es *leve,* se darán de 1 a 2 mg de Atropina vía intramuscular y se repetirá 1 mg. a las 2 ó 4 horas después, si es necesario. Si se trata de una intoxicación moderada, se administrarán de 3 a 5 mg. vía intravenosa y se repetirán de 2 a 4 mg. de Atropina a los 5 a 10 minutos; si la respuesta es satisfactoria, se continuará con Atropina vía intramuscular en dosis de 1 a 2 mg. cada media hora o cada 2 horas de acuerdo a la valoración permanente por el Médico tratante; la atropinización debe mantenerse por 24,48 a 72 horas, según respuesta. Hay que tener presente que pueden haber recaídas después de una respuesta terapéutica inicial muy buena ; el caso debe manejarse en el Servicio de EMERGENCIA y *sólo* cuando toda la sintomatología ha desaparecido con la a atropinización *inicial,* el paciente puede ser llevado a la sala de medicina o de terapia intensiva; se le quitará la ropa y se le bañará en dichos servicios y entonces también se cumplirán las demás órdenes médicas, en los casos *graves* es donde se pueden apreciar los resultados espectaculares con las dosis masivas de atropina vía intravenosa, nosotros podemos comenzar con 10 a 15 mg. y hasta 20 mg. y repetimos la dosis cada 5 minutos, guiándonos por la desaparición progresiva de la miosis y de la bradicardia; hemos llegado a poner hasta 95 mg. en el término de 45 minutos y 195 mg. en 36 horas; sin embargo, estamos muy lejos de igualar el récord de Goetsche, quién describió un caso severo de envenenamiento con Paratión en un paciente que estuvo incosciente durante 14 días y que requirió Atropina *continuamente* durante 18 días, con una dosis *diaria promedio* de 445 mg.

También hemos utilizado el cloruro y el bromuro de Protopam, *únicamente* como reactivador de la colinesterasa; puede administrarse 1 gramo I.V. en 250. ce. de solución salina o bien directamente 1 gramo diluído en 10 ce de agua destilada en no menos de 2 minutos; en los casos graves pueden administrarse 2 gramos iniciales y una segunda dosis de 1 gramo en 1 hora.

Para controlar las convulsiones pueden usarse el Fenobarbital, el Tiopental sódico y Diazepan. Están contraindicados, la

Morfina, Aminofilina, Fenotiazinas, Reserpina, Succinilcolina y furosemida. Con este esquema de tratamiento no hemos tenido ninguna defunción desde 1965; antes de esa fecha la mortalidad era de 4.7o/o.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

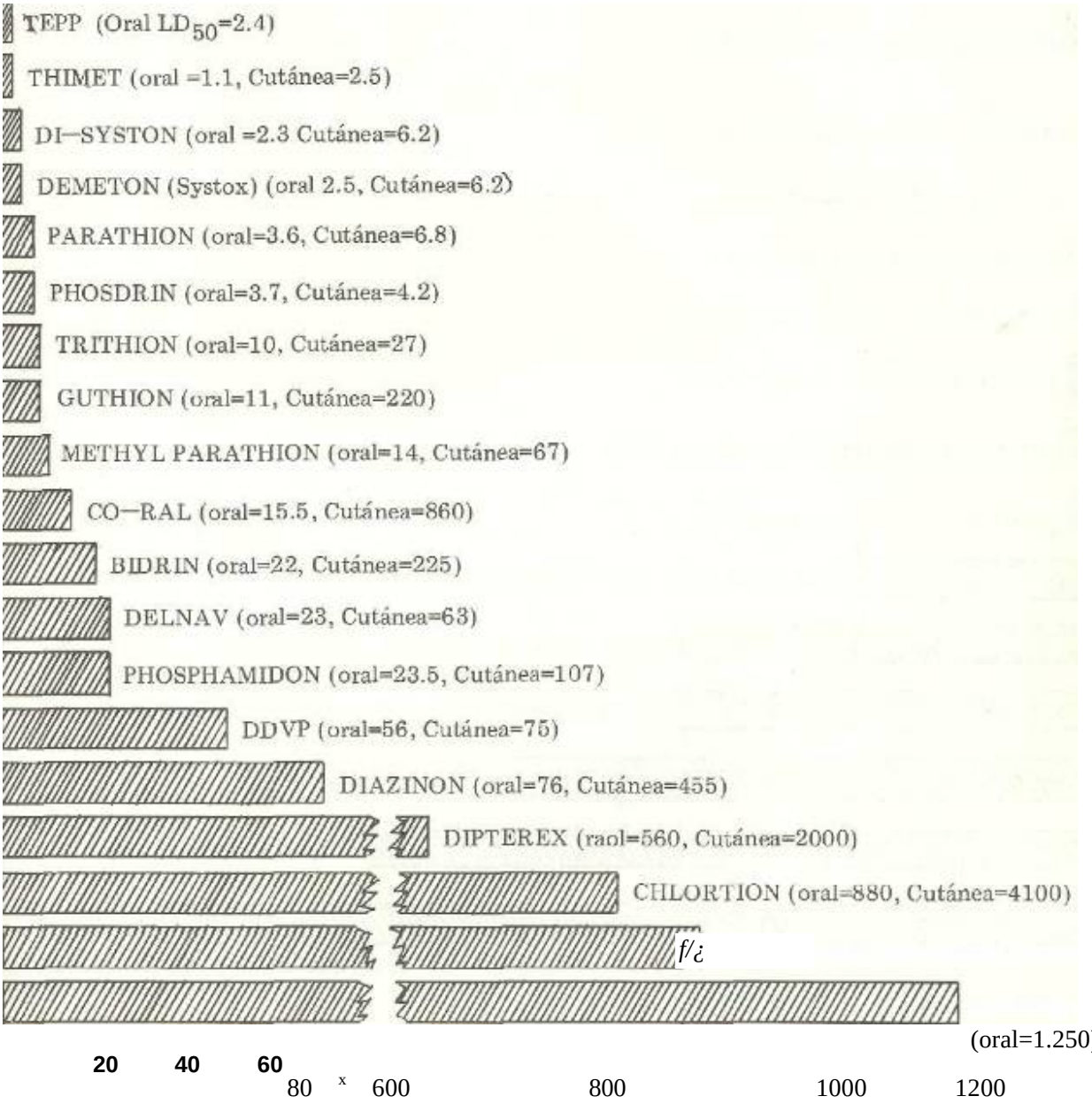
La organización del Departamento de Ecología de la Dirección de Recursos Naturales Renovables del Ministerio de Recursos Naturales era impostergable en nuestro país; trabajando mancomunadamente con otras Instituciones Públicas y Privadas pueden integrarse los grupos de trabajo para enfrentar el problema de la contaminación del medio ambiente (Salud Pública, Ministerio de Recursos Naturales, Instituto Nacional Agrario, Industria Agrícola y de Pesticidas, Investigación Universitaria, Cooperativas, etc.).

El concepto Agro-Médico, comprende el bienestar total de la Comunidad, la producción de alimentos y la protección de la salud del hombre y su ambiente; integración de equipo agro-médico a nivel central, regional y comunitario; educación y entrenamiento en el manejo de pesticidas, práctica de medidas higiénicas en las Ciudades y en el campo; investigación de las áreas problemas en las principales regiones agro-industriales del país, zonas turísticas, etc.

Tener siempre presente que el bienestar físico y económico están íntimamente interrelacionad os; sin alimento y dinero el ambiente más hermoso aparece como desolado; de la misma manera la riqueza no puede comprensar la pérdida de la salud.

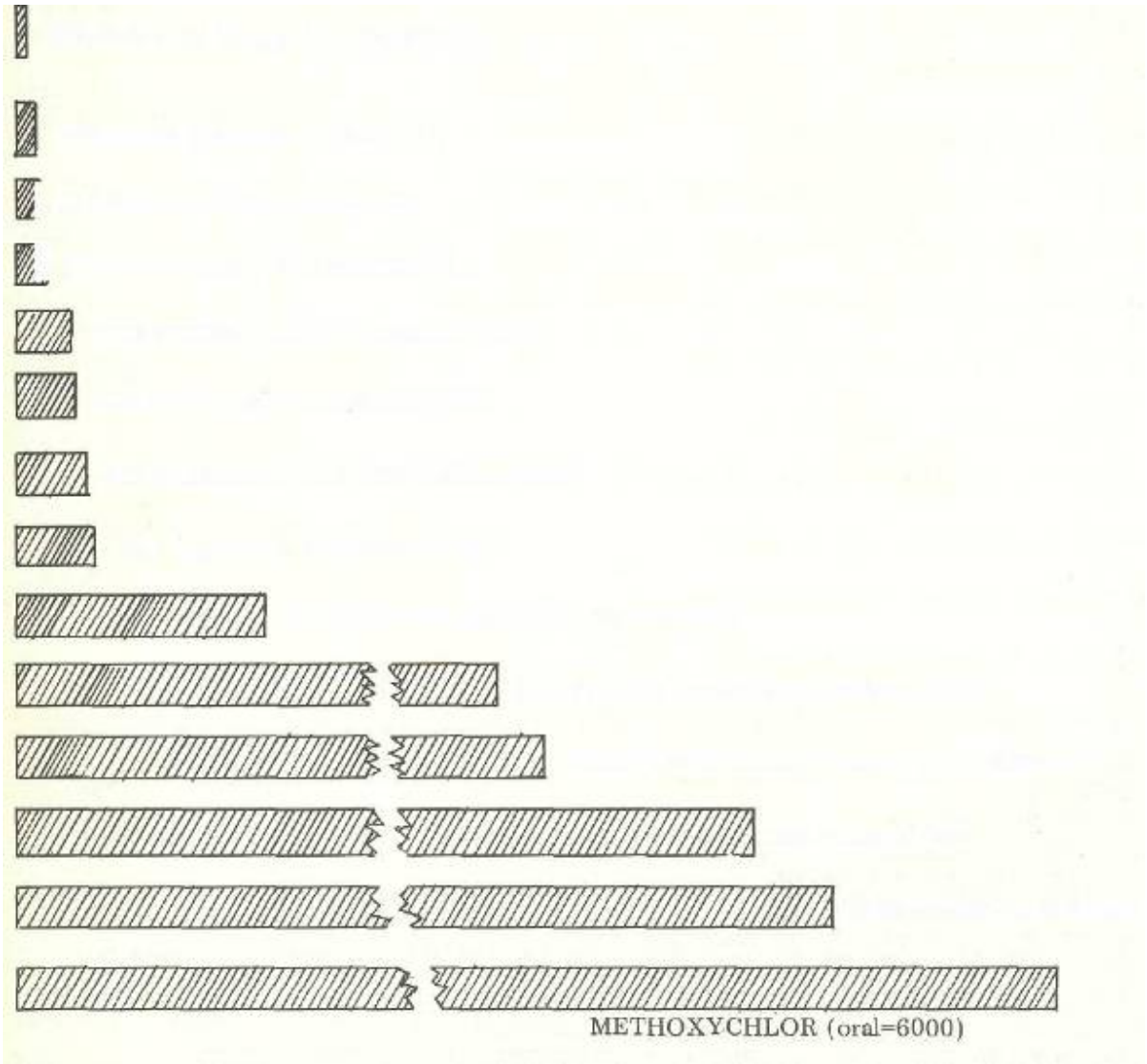
LISTA PARCIAL DE ALGUNOS INSECTICIDAS ÓRGANO FOSFORADOS

RONNEL



LD_{5Q} EN MG/KG Preparada por Bureau of Occupational Health, State of California, Department of Public Health.

LISTA PARCIAL DE ALGUNOS INSECTICIDAS ORGANOCLORADOS



ENDRIN (oral LD_{5Q}=7.5, cutánea=15)

THIODAM (oral=18, Cutánea=74) j

ALDRIN (oral=39, cutánea=98) \

DIELDRIN (oral=46, cutánea=60)

TOXOPHENE (oral=8o, Cutánea=780

LINDANE (oral=88, Cutánea=900)

HEPTACHLOR (oral=100, cutánea=195)

DDT (oral=113, Cutánea=2510)

CLORODANE {oral=335, Cutánea=690

KELTHANE (oral=1000, Cutánea=1000)

CHLOROBENZILATE (oral=1040, Cutánea=?)

DDD (oral=4000)

PERTHANE (oral=4000)

0 100 200 300 400 \\ x 1000 2000 3000 4000 5000 6000

LD_{50} EN MG/KG

Preparada por Bureau of Occupational Health, State of California, Department of Public Health.

INSECTICIDAS DEL GRUPO DE LOS CARBAMATOS

	DL_{50} MG / KG
Baygón	95
Sevin	500
Dimetán	En perros 50
Dimetilán	64
Isolán	12 En ratones 50
Matacil	30
Pyramat	200
Pyrolán	53

omado de Manual de Envenenamientos, Dr. Robert H. Dreisbach.

A P É N D I C E

NUMERO DE CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL SUR C.S.I., POR INTOXICACIÓN CON PESTICIDAS DURANTE 1975 Y CUATRO PRIMEROS MESES DE 1976.

1975

Choluteca =	9	Masculino =	9	O.F.	=	8	Contactos =	7	Mortalidad =	0
Valle =	3	Femenino =	3	O.C.	=	1	Accidental =	2		
TOTAL =	12		12	Otros	=	3	Intento Sui-			
				TOTAL	=	12	cidio =	3		

1 9 7 6

Choluteca =	7	Masculino =	8	O.F.	=	7	Contacto =	4	Mortalidad =	1
Valle =	2	Femenino =	1	O.C.	=	1	Intento =			
				?	=	1	Suicidio =	5		
				TOTAL	=	9		9		

B I B L I O G R A F Í A

J.E. Davies, V. H. Freed y R. F. Smith; Enfoque Agro-Médico al Manejo de Pesticidas.

LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE LA CADERA INFANTIL

*Dr. Manuel **Rull** González Dr.*
Renato Valladares Rivera Dr.
Antonio Cortés Moreno.

La luxación traumática de la cadera es muy infrecuente en niños. En la literatura hasta 1973, PEARSON y MANN, encontraron alrededor de 350 casos, pero no hay datos ni publicaciones para poder entresacar el porcentaje de complicaciones que de ello pudieran derivar. A.M. BERNHANG publicó un caso mas excepcional con luxación bilateral. Los resultados finales una vez alcanzada la maduración esquelética de estos chicos luxados, dejan mucho que pensar, ya que si bien hay varias publicaciones a este respecto, el número de casos seguidos, no bien documentados y con falta de controles clínicos a distancia, no nos permiten sacar conclusiones válidas. A este respecto la revisión mundial de FINESCHI, sobre 150 casos, publicados en 1956 tampoco deja sacar conclusiones. Es muy rara la reluxación y a propósito de un caso de GAUL, publicó el resultado de una revisión de la literatura a este respecto, encontrando solo 12.

La luxación traumática de la cadera infantil, puede ser postero-superior o anterior, en menor porcentaje. Puede ir acompañada de fractura del fémur o tibia en grandes traumatismos y se han citado como en las del adulto complicaciones adicionales, tales como parálisis ciática y compresión de vasos femorales. Hay casos en que mas excepcionalmente se asocia a la luxación, un desprendimiento de la epífisis, según la revisión que llevaron RAMPOLLDI y BONI al 42 Congreso Italiano en 1957 encontraron 16 casos, y más excepcionalmente la asociación de luxación, desprendimiento epifisario y fractura parcelar de la epifisis femoral, de la que aportó un caso BONVALLET. Estos casos van seguidos de un gran porcentaje de necrosis epifisarias, alrededor del 50% debido a la pérdida de la nutrición asegurada a esta edad, por los vasos epifisarios de procedencia capsular y por otra parte al hecho que hasta los 8 ó 9 años no entra en juego el aporte vascular por la arteria del ligamento redondo.

BARCAT y TESTAS en Junio de 1958, aportan 210 casos publicados en la literatura de luxaciones puras, con un 15% de necrosis y entre los 105 casos seguidos durante unos años, el porcentaje es aproximadamente el mismo.

En la mayoría de los casos la reducción puede conseguirse por la manipulación bajo anestesia, pero hay otros, los menos, en que hay que recurrir a la reducción operatoria.

El mecanismo de producción varía desde caídas triviales, traumatismos deportivos a grandes traumatismos por caídas desde gran altura o accidentes de tráficos a los niños por debajo de los 6 años de edad, la luxación ocurre con ligero traumatismo y por regla general se reduce con cierta facilidad, en estos casos es suficiente una inmovilización de un mes en atención a la situación vascular de la epifisis. En niños mayores el traumatismo es mas violento y de ahí el porcentaje de complicaciones aumenta, la reducción bajo anestesia hay que hacerla de forma inmediata. Naturalmente cuanto mayor es la violencia causal, con la misma paridad se presentan las lesiones fracturarías asociadas.

En una revisión de todos los casos tratados por los miembros de la Sociedad de Ortopedia de Pensilvania, desde 1959 a 1966 y por otra parte 114 casos publicados por varios autores en este período de tiempo, con buena documentación y control a distancia y la aportación de F.J. FUNCK Jr. de otros 40 casos,

se puede sacar como conclusiones :

Absolutas: Los factores que parecen favorecer un mal resultado bien en la edad juvenil (necrosis y deformidades secundarias de la cabeza femoral) o cuando ha terminado la maduración esquelética (deformidad de cabeza femoral, coxartrosis) están ligados a la mayor violencia del traumatismo, a las fracturas asociadas (cabeza, trocánter y acetábulo) y reducciones con intervalos mayores de 24 horas.

Relativas. En general son mejores los resultados en niños por debajo de los 6 años, que los que están por encima de esta edad, las reducciones operatorias, el período de descarga post-reducción y en este sentido, aún cuando hay observaciones que con carga al mes de la reducción han conseguido resultados inmediatos y a distancia buenos, flota la impresión de que un mayor tiempo de descarga (entre 4 y 6 meses) es la actitud mas prudente. Necrosis entre 10 y 14%.

La cadera del niño es mas fácilmente luxable que la del adulto pero en cambio las complicaciones fracturarías son mucho menores. Tanto la incidencia de necrosis avascular, como la coxopatía degenerativa, son menores que la del adulto.

H.C. no. 2.547 (11-2-64) J.G.D. Niño de 3 años de edad, atropellado por un coche hace 4 días, es llevado a nuestro servicio con intensas molestias en cadera derecha. El trocánter mayor aparece prominente y se aprecia un acortamiento de la pierna de-

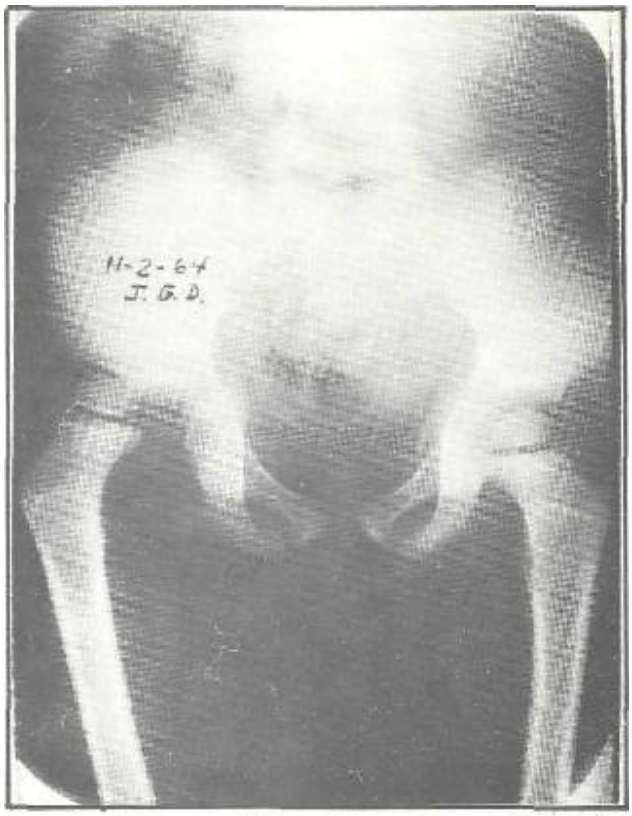


FIGURA No. 1

Fig. 1-2. Luxación de cadera derecha a los 3 años de edad, ocurrida en un accidente de automóvil, que permaneció sin reducir 4 días; en niños pequeños no cabe anticipar alteraciones permanentes si se demora la reducción ya que es más improbable que se lesionen los vasos. Fig. no. 2. Después de la reducción anduvo a los 4 meses sin protección. El control a los 10 años dei traumatismo fue satisfactorio.

FIGURA No. 2.

recha, la movilidad está muy limitada y dolorosa, el estudio radiológico revela la luxación posterior y superior. Se hace la reducción bajo anestesia general, con control radiológico posterior; se le inmovilizó con espica de yeso durante 4 semanas, no permitiendo la carga hasta los 4 meses. El reconocimiento a los 3 años del traumatismo dio como resultado la normalidad tanto clí nica como radiográficamente en la articulación de la cadera.

COMENTARIOS

La dislocación casi siempre, es posterior y como en los adultos, la reducción debe hacerse tan pronto como sea posible bajo anestesia general e inmovilización de espica de yeso o con tracción cutánea continua durante 4 a 6 semanas. Posteriormente con respecto a cargar dicha articulación, las opiniones difieren y así mientras unos (LANKE, PEAR— SON, MANN etc.) aconsejan cargar inmediatamente, otros autores (FREMAN) por el contrario aconsejan esperar unos 3 meses. La complicación mas común es la necrosis cefálica que apareció en 4 ocasiones en los 47 casos revi sados por GLASS y POWELL; cambios degenerativos artrósicos en 3 y osificación prematura de la epífisis en 1, así como en 6 ca sos ensanchamiento cefálico, complicaciones que tanto mas esperadas, tratándose de pacien tes jóvenes, siendo el porcentaje de éstas menos frecuentes en adultos (7 a 8% de necrosis se gún Lanke). En los casos de redislocación, el tratamiento quirúrgico, puso de manifiesto, un desgarro de la inserción acetabularposterior, de la cápsula articular, habiéndose formado una bolsa sinovial, una vez readaptado el reborde capsular, no hubo más recurrencia (Aufranc 1964; Body 1969; Gaul 1973). Los síntomas de las complicaciones generalmente ocurren dentro del primer año, aunque la necrosis avascular puede aparecer a los 3 años del accidente.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARBIERI, M.- Distacco lussazione dell'epifisis femorale prossimale Chir. Org. Nov. vol. XII, fase. IV, pag. 338.

2. BERNHAG A.M. y Colb.- Simultaneous bilateral traumatic dislocation of the hip in a chüd. J. Bone and joint surg. 52-A, no. 2, pag. 335 Mach 1970.

3.- BODY J.- Luxation rédici-vate de la hanche chez un garcon de 7 ans. Rev. Chir. Orthop, tone 55, 1969.

4.- BONVALLET, J.M.- Luxation traumatique de la han-che de l'enfant, associée á un de'collement epiphy-saire complet et a'une fracture du noyau céphalique. Rev. Chir. Orthop. Tone 51, no. 8, pag. 723, año 1965.

5. FREEMAN, G.E.- Traumatic dislocation of the hip in children. J. Bone and joint surg. 43-A, no. 3, pag. 401, april 1961.

6.- HOVELUS, C. Traumatic dislocation of the hip in children. Report of two cases. Acta orthop. scond 45, pag. 746, 1974.

7.- GAUL, R.W.- Recurrent traumatic dislocation of the hip in children. Clin, orthop 90, pag. 107, 1973.

LAMKE, L.- Traumatic dislocations of the hip. Acta, orthop. scand. 41, pag. 188, 1970.

9.- LITTON, L.O. and WORK— MAN, C- TraumaFic anterior dislocations of the ip in children. J. bone and j. surg. vol. 40-A, no. 6,1958.

10.- PEARSON, D.E. and MANN, J.- Traumatic hip dislocation in children Clin. Orthop. 92, pag. 189, 1973.

11, PENNSYLVANIA OR— THOPEDIC SOCIETY.- Traumatic dislocation of the hip joint in children. J. Bone and Joint Surg. vol. 42-A, no. 4, pag. 705, June 1960.

12.- SCHLONSKY, J. and MILLER, R. Traumatic hip dislocations in children, J. Bone and joint surg. Vol. 33-A, pag. 746,1973.

SEROLOGIA DE LA BRUCELOSIS

A PROPOSITO DE UN ESTUDIO EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA, HONDURAS.

Dr. Carlos A. Javier Zepeda*
Br. Juan Félix Gaído** Br. Loreta

pendio de carne en un mercado local, posible vía de transmisión de la brucelosis

INTRODUCCIÓN: La brucelosis es una enfermedad que ha sido encontrada ocasionalmente en pacientes de Tegucigalpa. No se conoce la verdadera incidencia de la enfermedad y en general los medios de diagnóstico no son debidamente utilizados cuando se investigan pacientes con síndromes febriles. Este estudio fue efectuado en una población seleccionada, que por razones ocupacionales está más expuesta a la infección; con el fin de conocer la prevalencia de anticuerpos antibrucella. Se discute también el diagnóstico de la enfermedad por medios serológicos.

* Jefe del Laboratorio de Microbiología Clínica, Hospital Materno Infantil. ** Estudiantes, Facultad de Cuencias Médicas, UNAH.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se estudiaron 128 personas dedicadas predominantemente al manejo de carne en los mercados de Tegucigalpa y unos de ellos al cuidado y manejo de animales. Se utilizó el método de aglutinación en placa recomendado por el comité de expertos en Brucelosis del la FAO/OMS (1) utilizando un antígeno estandarizado aprobado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América, (laboratorios Jensen Salsbery) gentilmente proporcionado por el Dr. Jesús Abastida, Jefe del Laboratorio Central de Salud Animal del Ministerio de Recursos Naturales).

RESULTADOS: En la tabla No. 1 se encuentra la distribución de las personas estudiadas, según el sexo:

TABLA No. 1

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA. NOV. 1977

	No.	%
HOMBRES	107	83.6
MUJERES	21	16.4
TOTAL	128	100.o

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO

bn la tabla No. z se encuentra la distribución de las personas estudiadas, según la edad:

TABLA No. 2

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD

GRUPO DE EDAD	No.	%
MENOS O IGUAL QUE 20 AÑOS	22	17.2
21 a 30 AÑOS	52	40.6
31 a 40 AÑOS	35	27.4
MAYORES DE 40	19	14.8
Total	128	100.0

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA. NOV. 1977

las personas estudiadas según su procedencia (lugai de trabajo):

TABLA No. 3

PROCEDENCIA DE LAS PERSONAS ESTUDIADAS

	No.	%
MERCADO SAN MIGUEL	20	15.6
MERCADO SAN ISIDRO	31	24.4
MERCADO MAMA-CHEPA	5	3.9
MERCADO LAS AMERICAS	4	3.1
MERCADO COLONIA KENNEDY	9	7.0
RASTRO MUNICIPAL	9	7.0
S.M. LA COLONIA	9	7.0
S.M. MAS POR MENOS	5	3.9
S.M. PRISA	6	4.7
DELIKATESSEN	9	7.0
E.A.P. (EL ZAMORANO)	21	16.4
Total	128	100.0

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA. NOV. 1977

En la tabla No. 4 se encuentra la distribución de las personas estudiadas, según su ocupación.

TABLA No. *h*

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCÍGALPA. NOV. 1977

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION

OCUPACION	No.	%
CARNICEROS	100	78.1
CARGADOR DE CARNE	2	1.6
ORDEÑADORES	13	10.2
EMBUTIDORES	6	4.7
PASTORES	4	3.1
OTROS OFICIOS	3	2.3
Total	128	100.0

En la tabla No. 5 se encuentra la distribución de las personas estudiadas según la duración en el trabajo.

TABLA No. 5

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA. NOV. 1977

AÑOS EN EL TRABAJO	No.	%
IGUAL O MENOS DE 5	63	49.2
6 a 20 AÑOS	55	43.0
21 O MAS AÑOS	10	7.8
Total	128	100.0

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO

La tabla No. 6 contiene la relación entre las personas estudiadas y los tipos de animales y/o sus productos con los cuales están en contacto.

TABLA No. 6

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA. NOV. 1977

ANIMALES EN CONTACTO CON LAS PERSONAS ESTUDIADAS		
ANIMALES	No.	%
GANADO BOVINO	50	39.1
GANADO PORCINO	10	7.6
GANADO CAPRINO	2	1.6
BOVINO Y PORCINO	29	22.7
BOVINO, PORCINO Y CAPRINO	4	3.1
BOVINO, PORCINO Y AVIAR	28	21.9
OTRAS COMBINACIONES	5	2.0
Total	128	100.0

La tabla No. 7 contiene el resumen de los resultados serológicos en la población estudiada.

TABLA No.7

ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN TEGUCIGALPA. NOV. 1977

RESULTADOS DEL ESTUDIO SEROLOGICO		
	No.	%
AGLUTINACION COMPLETA :		
1:100	1	0.8
AGLUTINACION INCOMPLETA :		
1:25	4	3.2
1:50	3	2.4
1:100	1	0.8
NEGATIVO	119	92.8
Total	128	100.0

DISCUSIÓN: El diagnóstico de la brucelosis en humanos suele ser difícil por la naturaleza proteica de la enfermedad, que varía desde una afección febril aguda hasta un padecimiento crónico, casi subclínico, con manifestaciones reumáticas y hasta psicóticas. Raramente se encuentra el cuadro clásico de fiebre ondulante (2).

Siendo esta enfermedad una zoonosis, existen algunas poblaciones mas a riesgo que otras, particularmente son mas vulnerables los carniceros, ordeñadores, ganaderos, veterinarios, lecheros y las personas que ingieren alimentos derivados de animales contaminados, en particular leche y queso no pasteurizados. (3)

Además del análisis clínico apoyado en la evidencia epidemiológica, el diagnóstico de la enfermedad requiere de exámenes de laboratorio. La comprobación definitiva de una infección por Brucella es un cultivo positivo, lamentablemente, los hemocultivos solo son positivos en un 10 a 20o/o de estos pacientes (4).

Quizás el método de laboratorio mas productivo es el estudio del suero para investigar la presencia de anticuerpos anti-brucella. Por ejemplo, de los casos referidos al Centro de Control de Enfermedades (CDC) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América entre 1960 y 1971, el 85o/o fueron diagnosticados serológicamente (5) y apenas un 15o/o fueron comprobados bacteriológicamente.

Los anticuerpos de Brucella se detectan aproximadamente a las dos semanas de una enfermedad activa y son de naturaleza IgM e IgG dependiendo del estadio de la enfermedad. Las personas expuestas a la infección, aunque no desarrollen síntomas, pueden producir anticuerpos cuyo título es generalmente menor de 1:80 con el método de aglutinación.

Hay varios métodos serológicos para investigar anticuerpos anti-Brucella. La mayor parte de los laboratorios utilizan el método de aglutinación en lámina usando antígenos comerciales no estandarizados. Además de esta técnica, es posible detectar estos anticuerpos con los métodos de Fijación de complemento, Antiglobulina, Inmunofluorescencia indirecta, etc. Todos estos no ofrecen una ventaja significativa sobre los métodos de aglutinación.

El comité conjunto de expertos en Brucelosis de la FAO/OMS recomienda el uso de exámenes de aglutinación utilizando un antígeno estandarizado (1). Preferentemente la reacción debe llevarse a cabo en tubos de ensayo sin embargo, es perfectamente aceptable efectuar el examen en lámina. El antígeno estandarizado es una suspensión densa de

Brucella abortus cepa 1119-3 debidamente ajustada y diluida en solución fisiológica fenolizada para contener 0.045o/o de células. Utilizando este antígeno, el examen de aglutinación en placa es dentro de límites muy estrechos, de igual sensibilidad que el método en tubo.

Los resultados se interpretan de acuerdo con el cuadro siguiente:

EXAMEN DE AGLUTINACIÓN EN TUBO PARA LA INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA ABORTUS

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS *				
DILUCION DEL SUERO				DIAGNOSTICO
1:20	1:50	1:100	1:200	
-	-	-	-	NEGATIVO
I	-	-	-	NEGATIVO
+	-	-	-	NEGATIVO
+	I	-	-	SOSPECHOSO
+	+	-	-	SOSPECHOSO
+	+	I	-	SOSPECHOSO
+	+	+	-	POSITIVO
+	+	+	I	POSITIVO
+	+	+	+	POSITIVO

■■ Alton G.G.,Jones L.M.,Píetz D.E. Uboratory techníques ¡n BruceHosis, WHO moncgraph No.55

En donde se puede ver que se consideran resultados positivos aquellos que dan una reacción evidente de aglutinación en una dilución del suero de 1:100 o mayor.

Utilizando otros métodos de aglutinación, varios autores han informado sus resultados en distintas poblaciones, por ejemplo:

Buchanan y sus colaboradores (6) en su estidio sobre Brucelosis en los Estados Unidos, 1960-1972, utilizaron entre otros métodos el examen de aglutinación en tubo, estandarizado, descrito por Hausler (7) y Spink (8), para ellos el título significativo es de 1:160 o mayor.

Farrel y Colaboradores (9) en su estudio sobre la respuesta inmunológica en la brucelosis aguda utilizando una técnica de aglutinación descrita por Kerr y col. (10) encontraron que el lOOo/o desús pacientes tenían títulos iguales o mayores a 1:80 y el 97o/o iguales o mayores a 1:320.

El comité conjunto de. expertos en brucelosis de la FAO/OMS en su quinto informe (11) propone un sistema de informe en unidades internacionales basado en la estandarización del método usado en cada país, contra un suero internacional de referencia.

Con cualquier criterio usado para el diagnóstico de brucelosis, debe tomarse en cuenta la posibilidad de una infección pasada, en particular, la existencia de infecciones subclínicas que hayan dado lugar a una inmunización latente. Según Mollinelli (12), los anticuerpos se pueden detectar todavía cuatro años después de una infección aguda en un 80o/o de los pacientes, los títulos son usualmente menores de 1:80. En todo caso, como en cualquier estudio serológico, lo más importante es detectar incrementos significativos del título de anticuerpos comparando suero de la etapa aguda con suero de una o dos semanas después.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En los laboratorios de la ciudad, los métodos usados actualmente son inadecuados por la falta de estandarización y los resultados solo son un reflejo superficial de una situación dada. Considerando que la incidencia de la enfermedad es baja, no se justifica el estudio rutinario de estos anticuerpos en todo paciente con fiebre, particularmente en las instituciones estatales donde se convierte en un gasto innecesario. Conviene utilizar un método estandarizado y si es posible centralizar este estudio en un laboratorio de referencia para aquellos casos muy probables. Siempre debe hacerse todo el esfuerzo posible para cultivar el microorganismo de la sangre o de los tejidos afectados.

RESUMEN:

Se hizo un muestreo serológico de 128 personas dedicadas predominantemente al manejo de carne en distintos mercados de Tegucigalpa con el fin de investigar anticuerpos de Brucella; en el supuesto de que esta es una población en alto riesgo de adquirir la infección. Se encontró una baja incidencia de estos anticuerpos (O.8O0/0). Se discute la interpretación del examen serológico para brucelosis.

Reconocimiento: Se agradece la colaboración de los estudiantes de Medicina de IV año (1977) en la obtención de las muestras.

REFERENCIAS

1. Alton G.G., Jones L.M., Pietz D.E. Laboratory Techniques in Brucellosis. W.H.O. MonographNo. 55, 2 ed. 1975.

2. —The diagnosis of human brucellosis, Ch. 9 en: W.W. Spink The Nature of Brucellosis. U. of Minnesota Press, Minneapolis. 1956.

3. Epidemiología de la brucelosis. Cap. 2 en: IV Informe del Comité Mixto FAO/OMS. Serie de informes Técnicos No. 289, 1965.

4. Wüson G.S., Miles A.A., Topley and Wilson: Principies of Bacteriology, Virology and Inmunity, 6 ed. 1975.

5. Buchanan T.M., Sulzer C.R., Frix M.K., Feldman R. A. Brucellosis in the United States 1960-1972, part II Diagnostic aspects. Medicine (Baltimore) 53:415,1974.

6. Ibid 5. Part I, Clinical Features and Therapy Medicine (Baltimore) 53:403,1974.

7. Hausler W. J., Koontz F. P. Brucellosis, en: Diagnostic procedures for Bacterial, Mycotic and Parasitic infections. ed. por E.L. Updyke y J. Munson, 5 ed. American Public Health Association. New York 1970. - 374.

8. Spink W.W., The Nature of Brucellosis. U, of Minnesota Press. Minneapolis, 1956, p 194

9. Farrel I. D., Robertson L., Hinchliffe P.M. Serum antibody response in acute brucello sis. J. Hygiene)Cambridge) 74:23,1975.

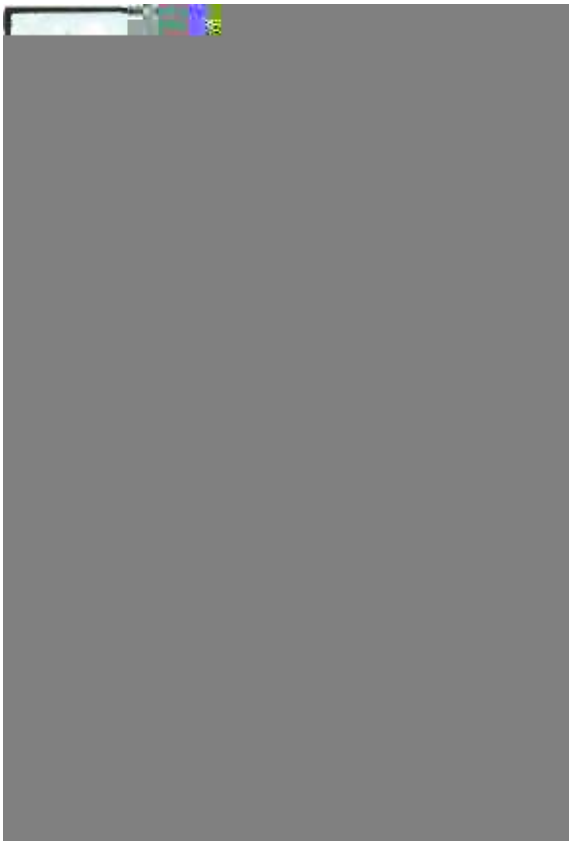
10. Kerr W.R., McCaughney W. J., et al. Techni ques and Interpretations in the serological diagnosis of brucellosis in man. J. Med. Microbiol. 1:181,1968.

11. — Joint FAO/WHO Expert Committee on Brucellosis, 5th report WHO Technical Report Series No. 464,1971.

12. Citado por Spink en 2.

SÍNDROME DE NEGLIGENCIA MATERNA

Dr. Ramiro Cuello-Cortés



CONSIDERACIONES GENERALES

Cada año miles de niños son muertos por padres abusivos y negligentes en casi todas partes del mundo. Fracturas, quemaduras, desprendimientos de la retina, cicatrices, uso malintencionado de medicamentos, lesiones múltiples, con preferencia genitales producidas por cigarrillos, agujas y objetos cortantes, mutilaciones (incluyendo castración) y daños permanentes, especialmente del sistema nervioso, son secuelas presentes en aquellos niños que sobreviven. Los hijos de padres negligentes y abusivos tienen una expectativa de vida más corta que la de los hijos de padres normales, son de bajo peso al nacer y muestran retardo del desarrollo en peso, estatura y habilidades mentales. Estos niños son vistos con más frecuencia en las salas de emergencia debido a lesiones producidas por sus madres y padres tales como fracturas de los huesos largos o de las costillas posteriores; heridas, equimosis, cicatrices y quemaduras antiguas y recientes en varios estadios de curación; severas flagelaciones en las nalgas, etc. y signos simultáneos de negligencia materna como malnutrición, enfermedades intercurrentes, pero previsibles, dudosas medidas higiénicas y daños producidos por descuido. Hepatomegalia pasajera e hipoglicemia inducidas por empleo malicioso de insulina es uno de los muchos y variados cuadros clínicos. Niños menores de un año de edad con lesiones traumáticas deben ser estudiados por negligencia y abuso maternos. En la mayoría de los casos las lesiones son discrepantes con la historia clínica y las madres se quejan de un síntoma principal que no tiene nada que ver con la lesión obvia. Un diagnóstico fallido de negligencia o maltrato maternos se acompaña, en un exageradamente alto porcentaje de los casos, con la muerte del niño.

*Parte de un trabajo presentado en el VI CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA, Honolulú, Hawaii, E.E.U.U.

little or no income, Instituto Hondureño de Seguridad Social whose paciente come from the working class, and the Policlínica, a private hospital whose pacients are from the middle-upper and upper classes. The average birth weight in the Policlínica is 7.47 pounds which is comparable to the average birth wieght in the literature (7.45 pounds). The average birth weight in the other two hospitals is significatly less than the average birth weight in the Policlínica, indicating a strong influence of socioeconomic level on the birth weight in Honduras.

BIBLIOGRAFÍA

Bancroft, H. Introducción a la Bioestadística. 1971. Editorial Universitaria Buenos Aires.

Nelson, W.E. Tratado de Pediatría. 1967 Tomo I. Salvat Editores, Mallorca.

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

ESTUDIO **COMPARATIVO** DE LA EFICACIA DE DOS VACUNAS.

*Dr. Carlos A. Medina**
*Terry de Fonseca, R.N. ***

Este estudio es un segmento de un análisis a nivel mundial, hecho por las autoridades médicas del Cuerpo de Paz. Con la debida autorización, se publican los datos siguientes que corresponden a la república de Honduras.

La rabia es una encefalomielitis aguda que ocurre en mamíferos y generalmente es fatal. Los murciélagos son los únicos mamíferos que pueden trasmitir la enfermedad sin morir de ella. La rabia es endémica en Honduras. Los riesgos para las personas se acentúan debido a los factores siguientes:

1.- Las tasas de riesgos, que requieren vacunación son mas altas aquí, que en otros países desarrollados.

2. Hay gran cantidad de animales: Perros, gatos, que no son eliminados.

3. Los perros caseros u otros animales generalmente no están vacunados.

4. Los niveles de infección están, pobremente definidos.

* Médico, Cuerpo de Paz, Tegucigalpa Honduras.
** Enfermera, Cuerpo de Paz, Tegucigalpa, Honduras.

Algunas muertes ocurren meses después de la mordida y a veces no se diagnostican como causadas por la rabia.

5. Las áreas rurales con su ausencia de protección médica debida, son víctimas de la negligencia *del* Servicio de Salud estatal y privado.

Por las razones anteriores el Cuerpo de Paz, cuyos voluntarios fueron objeto de este estudio, enfatiza el uso de la vacunación preventiva desde que se fundó. El estudio preventivo de vacunación fue aprobado por el Centro de Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de los E.E.U.U. y por la O.M.S. y sus expertos.

El tratamiento preventivo lo han tenido unos 75,000 voluntarios y han recibido terapia de exposición unos 1,500.

MATERIAL Y MÉTODOS

La vacuna antirrábica del embrión de pato se ha utilizado por 15 años en el Cuerpo de Paz y los voluntarios han recibido dos dosis iniciales un mes aparte,

y un tercer refuerzo 7 meses después. Se ha inyectado 1 mi. sub-cutáneo. Este sistema, que no fue cuestionado en el lapso de tiempo anteriormente mencionado, se sometió al escrutinio del método científico y se encontró que los resultados no concedían una inmunidad efectiva cuando se analizaban los sueros por niveles de anticuerpos. Con el objeto de incrementar el título de anticuerpos, se decidió con otro grupo aumentar a 4 vacunaciones en total con una semana entre cada inyección.

Los resultados de ambos grupos se incluyen en los cuadros adjuntos. Un título de 1:16 se considera positivo aunque sea el título más bajo que indica una inmunización real para el paciente. Los títulos de 1:12, aunque positivos, son resultados reales de una respuesta inmunológica pero su valor protector no ha sido evaluado clínicamente.- Valores de 1:5 menores son considerados como una respuesta negativa a la vacuna.

Se incluye en esta serie parte de la información de este estudio colaborativo en donde se utilizó la vacuna H.D.R.V. (Human Rabies Diploid Vaccine), producida por el Instituto Merieux de Lyon Francia en donde se utilizó la vía intramuscular e intradérmica. En ambos casos la respuesta con dos vacunas fue positiva y casi todos tuvieron títulos de 1:50 que son considerados óptimos.

DISCUSIÓN

El trabajo colaborativo anteriormente expuesto, comprueba que el método de vacunación preventiva utilizado por varios años en contra de la rabia, de tres inyecciones intramusculares, en un período de 7 meses no confiere la protección necesaria ya que los títulos de los anticuerpos encontrados son de 1:5, que definitivamente no concede defensa clínica al ser humano.

Al agregar un cuarto refuerzo, es decir, con 4 vacunaciones una cada semana se mejorará la respuesta pero el mayor porcentaje se mantuvo debajo de 1:16 que es considerado el nivel clínico mínimo óptimo para conceder una defensa en contra de la rabia.

No cabe duda, que la introducción de la vacuna "humana" (H.D.R.V.) es un paso positivo en la protección en contra de la rabia, ya que dos inyecciones intradérmicas de 0.1 mi son suficientes para conferir un título de 1:50 en la mayoría de los casos. Esta nueva vacuna reducirá el número de inyecciones, post-mordedura, y eliminará la administración de suero antirrábico. Procedimiento que al presente, no está libre de complicaciones.

De acuerdo al Centro de Control de Enfermedades de Atlanta Georgia, el significado de un título menor de 1:16 no ha sido evaluado en su totalidad y no se puede considerar como una respuesta positiva.

CONCLUSIONES

Se presentan los resultados obtenidos en las mediciones de anticuerpos plasmáticos, después de haber usado vacuna antirrábica de embrión de pato en pacientes que recibieron tres y cuatro inyecciones intramusculares.

También se incluyen resultados comparativos. Al usar la vacuna antirrábica humana en dos dosis de 0.1 ce. intradérmica.

En vista de la diferencia muy clara a favor de la vacuna humana, se recomienda su uso como Inmunización para los seres humanos.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LA VACUNA ANTIRRÁBICA DE EMBRIÓN DE PATO CON LA VACUNA HUMANA (HDCV) EN VOLUNTARIOS DEL CUERPO DE PAZ, TEGUCIGALPA, HONDURAS 1978.

VACUNA	No. INYECCIONES	VIA ADMINISTRACION	POSITIVOS *			NEGATIVOS **			INTERMEDIOS			TOTAL	
			TITULO	No. pac.	%	TITULO	No.	%	TITULO	No.	%	No.	%
EMBRION DE PATO	3 y 4	INTRAMUSCULAR	1:16 o mayor	21	28.4	1:5 ó menor	48	64	1:12	5	6.7	14	100%
HUMANA (H D C V)	2	INTRADERMICA	1:50	72	100%	1:5 ó menor	0	0	1:12	0	0	72	100%

* =INDÍCA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA PARA INDUCIR UNA RESPUESTA PROTECTORA. ** =INDICA FALTA DE EFECTIVIDAD DE LA VACUNA PARA INDUCIR UNA RESPUESTA PROTECTORA.

DR. ANTONIO VIDAL M.

UN PRECURSOS INFATIGABLE Y PANORÁMICO DEL PROGRESO DE LA MEDICINA NACIONAL

Dr. Carlos A. Javier S. *

Conocí al Dr. Antonio Vidal M. el año de 1936 cuando inicié mis estudios de Medicina en la Universidad Nacional de Honduras. Precisamente acababa de finalizar una crisis estudiantil que dio pábulo al cierre de la Escuela de Medicina y Cirugía y que fue reabierta poco después por la orden "magnánima" del Mandatario Ejecutivo de aquel entonces. Nosotros, unos 106 estudiantes del primer año de la Facultad de Medicina teníamos que "pagar" nuestra enseñanza con una cuota de L. 12.00 mensuales. El Dr. Vidal nos impartía la asignatura de Parasitología que incluía no sólo el conocimiento de la biología de los parásitos en general, sino que también la nosología parasitológica. Así es que él, en el curso de ese año, logró despertar nuestro vivo interés por la profesión de Médico, pues en forma gradual y metódica él nos llevaba de la mano al conocimiento teórico y práctico de las enfermedades parasitarias. Era exigente, duro al calificar y sarcástico e incisivo en su trato con las insolencias estudiantiles. En cambio era modesto, sabio y afectuoso en la enseñanza con los discípulos dedicados, generoso con su tiempo y con su ciencia para infundir en el alumno el conocimiento exacto y útil. Imposible detallar todo lo que aquel varón ilustre logró enseñarnos. Desde el uso del microscopio hasta el reconocimiento de la diversidad de parásitos: helmintos, protozoos, hematozoarios, escabiasis, Demodex, etc. Con él aprendimos a reconocer una variedad de enfermedades micóticas como epídermofitias, Kerion de Celso, Pie de Madura y otras que cuando se presentaban en las consultas él aprovechaba para mostrárnoslas. Recordamos que una vez nos llevaba en grupo en el Hospital San Felipe enseñándonos en su Sala de Niños algunas entidades mico-

Antonio Vidal en su juventud.

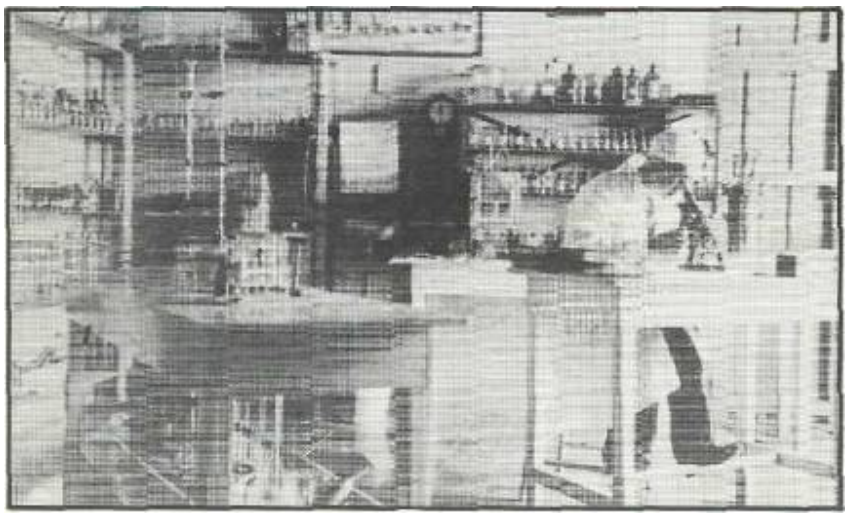
* Hospital de La T.R.R.Co. La Lima Nueva, Honduras.

ticas, y el Director del Hospital, enfadado por el numeroso grupo, llamó la atención del Maestro y le dijo: "Qué anda Ud. haciendo con estos muchachos?. . ." El Dr. Vidal trató de explicarle. . . pero el Director le cortó la palabra diciéndole: "Dr. Vidal. . . allá está la puerta". . . Con este agravio el Dr. Vidal dejó de invitamos hasta que llegamos al tercer año y volvimos a tenerlo de Profesor.

Por ese tiempo, (1938), el Dr. Vidal nos dio la clase de Bacteriología con celo y dedicación ejemplares. Comenzamos con la preparación de medios de cultivo confeccionando "el caldo" en la forma original con que se iniciaron los bateriólogos; desde conseguir la carne cruda, molerla y cocinarla para obtener el caldo que era el medio de cultivo líquido primario, luego filtrarlo y envasarlo en tubos de ensayo previamente preparados o bien en frascos, todo lo cual era esterilizado al autoclave para poder ser utilizado para la siembra de los especímenes a investigar.

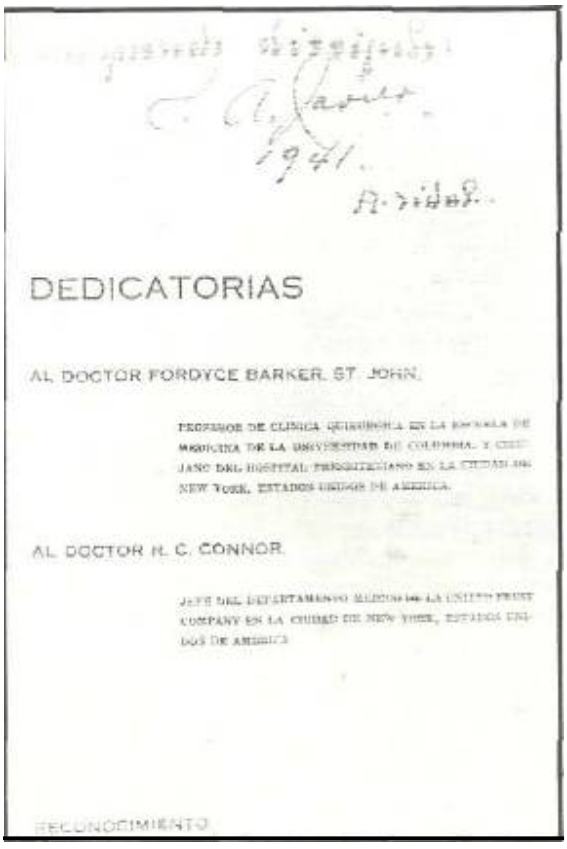
Antonio Vidal en sus años como profesor en la Facultad de Medicina.

Así también aprendimos a hacer siembras diversas ya de pus, ya de secreciones, ya de otros materiales. Cuando habíamos adquirido ya alguna habilidad para confeccionar el caldo, pasamos a la preparación de medios de gelatina y gelosa y luego nos enseñó las diversas combinaciones posibles ya agregando suero sanguíneo de seres humanos o de animales, y así gradualmente nos condujo a un conocimiento básico de lo que debe saber un médico sobre la materia. Cultivamos estafilococo, estreptococo, neumococo, bacilos tífico y para-tíficos, bacilos de la tuberculosis. Cultivamos hongos en el medio de Sabouraud. De los cultivos hicimos frotes y coloraciones ya simples con el azul de Me-



El Dr. Vidal en el laboratorio del

tileno o bien la coloración de diferenciación con el método de Gram. Aprendimos la colaboración del bacilo de la tuberculosis por el método de Ziehl-Neel-sen y coloreamos frotes de sangre y gota gruesa con el colorante de Wright. Inoculamos cobayos buscando el Bacilo de Koch y pudimos hacer dos diagnósticos de infección tuberculosa urinaria en base a lo cual uno de los pacientes diagnosticados fue nefrectomizado en los Estados Unidos por tuberculosis renal. Hicimos diagnóstico bacteriológico de meningitis a meningoco-co en un caso hospitalario. El entusiasmo que el Dr. Vidal despertó en nosotros nos hizo devotos de la investigación y aquilató nuestra disciplina profesional y la memoria de este admirable maestro me ha acompañado siempre.



1941.

A. Vidal.

DEDICATORIAS

AL DOCTOR FORDYCE BARKER ST. JOHN.

PROFESOR DE CLINICA QUIRURGICA EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA, Y CIRUJANO DEL HOSPITAL PRESBITERIANO EN LA CIUDAD DE NEW YORK, ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

AL DOCTOR R. C. CONNOR.

JEFE DEL DEPARTAMENTO MEDICO DE LA UNITED TRUST COMPANY EN LA CIUDAD DE NEW YORK, ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

RECONOCIMIENTO.

Dedicatoria en el Manual Técnico de Química Clínica del Dr. Vidal.

El Dr. Vidal no paraba de enseñar. Cuando ya habíamos practicado la preparación y uso de los medios de cultivo primarios él nos abrió otra puerta desconocida y nos pudo mostrar algunos medios de cultivo industrialmente preparados y que venían del exterior listos para facilitar el trabajo del bacteriólogo profesional. Es decir que el Dr. Vidal estaba al día.

El Dr. Vidal nos enseñó los principios de la cámara de Neubauer y aprendimos a hacer recuentos globulares. Aprendimos también a reconocer hematozoarios, recuentos diferenciales, y exámenes de orina. Aprenvarias técnicas de bioquímica.

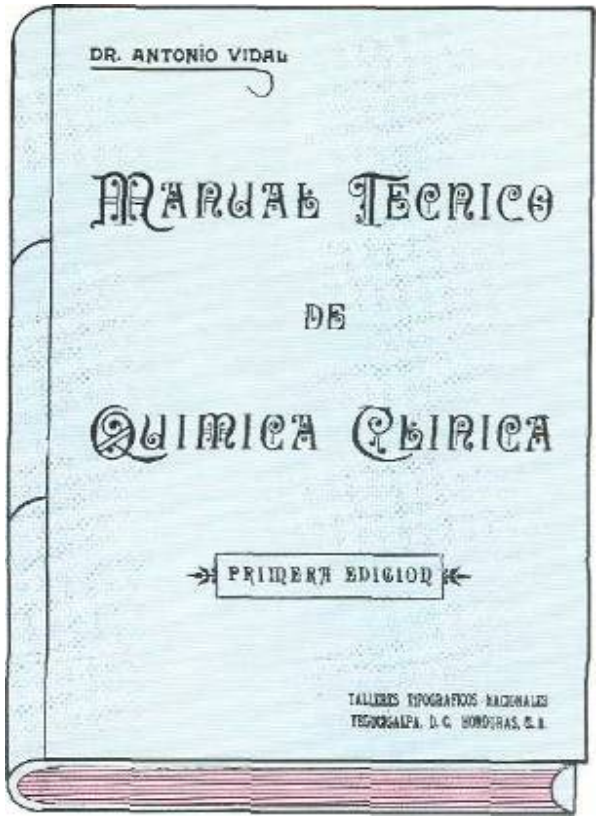
No todo quedó allí. El Dr. Vidal fue profesor de Anatomía Patológica, asignatura recién adoptada por el curriculum, y él nos enseñó la fijación de tejidos, las inclusiones en parafina,

los cortes con micrótomo y todos ios pasos necesarios para obtener una buena preparación montada en lámina de vidrio bajo laminilla para ser estudiada con lente de inmersión. Fue en esa época cuando el Dr. José Eduardo Gauggel (entonces estudiante) hizo el primer diagnóstico anatomopatológico en Honduras al estudiar un tumor de la pared costal izquierda en un paciente del Hospital General. El Dr. Gauggel formuló el diagnóstico de "carcinoma de origen bronquiógeno", denominación que causó risa y chanza a los escépticos porque "no era posible que aquí en Honduras se hiciera tal diagnóstico". Posteriormente la preparación fue enviada en consulta ai Hospital Gorgas de Panamá en donde se confirmó el mismo diagnóstico. El impulsor de este entusiasmo y dedicación era el Dr. Antonio Vidal M.

Como epilogo de su meritoria labor docente el Dr. Vidal editó su libro "Manual Técnico de Química Clínica" que no fue lo suficientemente aprovechado en nuestro país.

Al hacer estos recuerdos y al analizar la gran capacidad del Dr. Vidal, experimentamos verdadero asombro y admiración, porque a la vez que hombre de laboratorio era un clínico fino que aunaba en sí la gama de conocimientos de un verdadero patólogo capaz de batirse en la lid filosófica que entraña la ciencia médica para poder correlacionar las alteraciones morfológicas y funcionales y comprender los fenómenos de la patología.

El Dr. Vidal libó "el veneno de la literatura" y recorrió vigorosamente el teclado de la poesía. Su verso era libre, sin molde académico, con métrica muy personal. Pero expresó ideas grandiosas. Cuando uno lee sus versos advierte que el escritor poseía una gran sensibilidad y que encuentra inspiración en todo: cantó al amor, a la mujer, a la libertad, a la ciencia, a los metales, al átomo, a los colorantes; juguetea con la Rosanilina, el Rojo Congo, la Vesuvina, el Metileno y la Hematoxilina, el Carmín y la Safranina. Increpó las dictaduras y expresó desesperadamente: *"Vuestro día se acerca. Temblad, tiranos! Dictadores de Amé rica Latina, Temblad!" y con "grito estentóreo" exclamó:*



Libro publicado por el Dr. Vidal.

"Viva la Democracia!"
"Viva la Democracia!"

El Dr. Vidal en sus confesiones se expresa así:

"Si ahora publico estos poemas,
Es para propia satisfacción,
Si son bellos, si el arte
Los modeló
Es cosa que no sé.

Los entrego no a la critica
Mordaz o mal intencionada,
Los entrego
Solamente para aquellos
Que sientan o comprendan
Como siento o comprendo yo."

En la literatura del Dr. Viual se advierte una constante

insatisfacción. Da la impresión de que no pudo realizar todo lo que él deseó, lo cual es explicable, pues su numen de sabio y artista debió sentirse comprimido por las mezquindades del medio y del momento histórico en que le tocó luchar. Sus escritos revelan una ilustración variada y exquisita, propia de un hombre que ha leído mucho, que ha viajado mucho, que ha vivido intensamente.

El Dr. Antonio Vidal M. nació el 18 de septiembre de 1895 en la vieja ciudad de Ocotepeque, habiendo sido sus padres Don Pío Vidal y Doña Soledad Mayorga. Recibió su título de Doctor en Medicina en la Facultad de Medicina de El Salvador, C.A., en 1921. Recibió educación de post-grado en las Universidades de Johns Hopkins (Estados Unidos de Norteamérica) y de París, Francia, en los años 1928 y 1930 respectivamente, habiéndose diplomado como Médico Sanitario y Malariólogo. Ejerció su profesión en varios lugares de la República de El Salvador, optando cargos oficiales del Estado y en la docencia. En 1924 regresó a Honduras en donde desempeñó los cargos de Secretario General de Sanidad, Asistente Técnico del Instituto de Vacuna y Jefe del Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General. En 1926-27 fue becado por la Institución Rockefeller en la Universidad de Johns Hopkins en donde obtuvo el grado de Doctor en Sanidad (D. Ph.) Fue nombrado Inspector General de Sanidad y Jefe del Departamento de Enfermedades Tropicales de la Dirección General de Sanidad de Honduras en el período de 1928-1933. Sirvió en el Hospital General San Felipe como Jefe del Laboratorio, y Jefe del Servicio Médico Quirúrgico de niños de la misma institución.

Ejerció la docencia en la Escuela de Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Honduras: Enseñó Pediatría, Química, Biológica, Fisiología, Bacteriología, Parasitología, Histología y Anatomía Patológica e Historia de la Medicina.

A sus actividades docentes y profesionales agregó una serie de representaciones honoríficas de carácter internacional a Congresos Científicos en Washington, New York, Argentina, París y Holanda. Ostentó el cargo de Encargado de Negocios y Cónsul General de Honduras en Francia, con residencia en París, 1948-1949. Fue Médico Consejero del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) y fue diputado a la Asamblea Nacional Constituyente de Honduras en 1924, y posteriormente en 1925, Diputado al Congreso Nacional.

Escribió trabajos científicos de distinta magnitud y de gran utilidad: se destacan "Historia de la Sanidad de Honduras", "Clasificación de Zancudos anofeles de Honduras", "Hipovitaminosis Tropicales Infantiles' y "Manual Técnico de Química Clínica". Fue Director de la Revista Médica Hondureña y de la Revista Antorcha que editó en París durante su gestación diplomática. Editó además varios opúsculos de sus poemas en cuyas entrelineas se adivina su psiquis doloente e inconforme.

El Doctor Antonio Vidal M. a pesar de su incansable actividad y de su fecunda trayectoria, no acumuló tesoros materiales, nunca los tuvo; vivió modestamente y murió dignamente pobre en Tegucigalpa el día 7 de julio de 1968.

Este Maestro eminente es un ejemplario que merece ser secundado por las generaciones médicas de su posteridad en un propósito de perfeccionismo permanente. A su memoria ínclita dedico estos recuerdos.

SECCIÓN INFORMATIVA

El XII Congreso Centro americano de Cardiología se celebrará en la ciudad de Tegucigalpa del 5 al 8 de diciembre de 1979.

Coordinador: Dr. Pedro Fiallos M.
Clínicas Viera Tegucigalpa,
Honduras.

Secretario General: Dr. Arturo Alvarez
Clínicas Viera
Tegucigalpa, Honduras.

El PRIMER CURSO INTERNACIONAL DE NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA Y PSIQUIATRÍA INFANTIL se celebrará en Tegucigalpa del 5 al de junio de 1979.

Coordinador: Dr. Rigoberto Cuéllar La
Policlínica Comayagüela,
Honduras.