Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.
BIBLIOTE
MEDICA NACIO
TEGUCIGALPA, D

Revista MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

NOTA EDITORIAL — Pág.

Intensión Médica 46

ARTICULOS ORIGINALES:

Cromoblastomicosis 48

Cambios estructurales de los ganglios simpáticos en arteriopatías crónicas 64

Educación, Salud y Desarrollo 68

Estudio coproparasitológico escolar en Santa Lucía, Departamento de Francisco Morazán, Honduras 74

Sesión Clínico-Patológica 78

Corrijamos impropiedades 83

Extractos de revistas 88

Sección literaria 94

Sección gremial 96

REGLAMENTOS:

Reglamento de la "Revista Médica Hondureña" 97

Reglamento de Especialidades 106

INDICE DE ANUNCIANTES XXIX

VOL. Nº 38 — Nº 2

ABRIL-MAYO-JUNIO-1970

Revista

M E D I C A H O N D U R E Ñ A

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

CONSEJO EDITORIAL

SILVIO R. 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

NOTA EDITORIAL

INTRUSIÓN MEDICA

DR. SILVIO R. ZUÑIGA

Endemia médica es el charlatanismo en Honduras. Doquiera exista un grupo humano, ahí surgen uno o varios "parcheros". Prácticamente, no existe Departamento de la República donde no hayan invasores médicos y aún en las ciudades populosas donde laboran profesionales de la Medicina hacen su aparición estos especímenes humanos que ponen en peligro la vida de la población y a la que explotan económicamente.

Obligación del "Colegio Médico de Honduras" a este respecto está vagamente consignada en el inciso a) del artículo 3 de su Ley Orgánica, que al hablar de las tres junciones esenciales del Colegio especifica la existencia de "una función gremial, cual es la de defender la integridad de los derechos profesionales del gremio médico, promoviendo su solidaridad y bienestar". En forma más concreta y dirigido a todos los colegiados, en la misma Ley Orgánica dice el artículo 63: "Los médicos están en el deber de combatir el comercialismo, instrusionismo, charlatanismo médico, cualquiera que sea su forma, y oponerse por todos los medios legales a la preparación, venta, propagación y uso de medicinas secretas, así como a las prácticas absurdas y_ groseras con que suelen explotar al público los charlatanes e impostores. Igual conducta observarán con respecto al ejercicio ilegal de la profesión y a los métodos o sistemas que no descansen sobre ninguna base científica o se hallen en abierta oposición con los hechos demostrados por la observación y la experiencia científica."

En la práctica ¿cómo se lucha contra la intrusión médica? ¿Qué es lo que puede hacer el Colegio Médico?

Aisladamente un colegiado no puede ni debe luchar en su localidad contra un charlatán y ésto por razones obvias. En caso que sea del conocimiento del colegiado la existencia de un infractor de la Medicina en su zona de actuación la denuncia debe efectuarla ante el Delegado del Colegio de su jurisdicción o, como más frecuentemente se hace, ante la Secretaría de la Junta Directiva del Colegio que es quien, en segunda instancia, recibe la transcripción de la denuncia llegada al Delegado. Esta Secretaría ha sido autorizada por la Junta Directiva para elevar denuncia del hecho ante el Ministerio de Gobernación y Justicia y en la siguiente sesión ordinaria de Junta Directiva comunica el recibo de la denuncia y participa que los trámites legales ya han sido emprendidos. El señor Ministro de Gobernación y Justicia dirige oficio al señor Gobernador Político de la jurisdicción de la denuncia, oficio en el que transcribe la denuncia que el Colegio le ha dirigido y en la que se especifican hechos y nombre del transgresor pero omitiendo el nombre del colegiado denunciante; copia de este oficio llega a la Secretaría del Colegio. En tal oficio el señor Ministro pide al señor Gobernador Político que haga las averiguaciones pertinentes, llame a su despacho al charlatán y le advierta que si reincide en esas actividades ilícitas caerá sobre él el peso de la ley. A los pocos días el mismo Ministerio transcribe la respuesta de la respectiva Gobernación Política en que le comunica que ha cumplido con lo ordenado. La Secretaría del Colegio ha sido instruida por la Junta Directiva del Colegio para enviar al denunciante una copia fotostática de esta respuesta, como testimonio de que se le ha prestado la debida atención a su queja. Prácticamente, la acción del Colegio termina a esta altura.

¿Qué pasa con el charlatán? Ocurren cualquiera de las siguientes variantes: en una minoría despreciable el charlatán abandona sus actividades ilícitas; en la inmensa mayoría de los casos o permanece en la misma localidad dedicado indiferentemente a su conocida infracción sin prestarle atención a la advertencia o cambia de residencia, bien a otra localidad del mismo departamento O bien

pasa a otra jurisdicción gubernamental. Pasado el tiempo se recibe otra denuncia sobre el mismo sujeto procedente del mismo colegiado o de otro y los trámites por etapas anteriormente especificado se repite. Existen en los archivos del Colegio casos que han tenido más de cinco denuncias ante el Ministerio y en los oficios sucesivos siempre se hace mención de que "en caso de reincidencia caerá el peso de la ley" que ya en la nota inicial se había consignado. En muchas ocasiones los infractores son extranjeros, hecho que podría hacer más fácil el trámite legal ya que bastaría con la expulsión del sujeto en marras. Pero ¿qué ocurre? Los charlatanes son gente astuta, conocedores del medio en que se desenvuelven, traban amistad con las autoridades locales y se vuelven abanderados, aunque no sean nacionales, del color político que está en el poder; aseguran que no se dedican a suplantar médicos sino que "ocasionalmente ponen inyecciones" o "regalan medicinas a los necesitados" en los sectores donde no hay o no quieren ir Colegiados y que, por tanto, su actitud es eminentemente humanitaria. En un reciente caso se descubrió que el denunciado era extranjero y el Colegio quiso ir más adelante de los canales ministeriales por lo que a costo de apreciable gasto envió un Abogado al pueblo donde actuaba el infractor; en el juzgado local, sitio donde quiso hacer las diligencias, fue rodeado por las autoridades edilicias y en el exterior del local se congregó el pueblo que protestaba por la intromisión del Abogado en asuntos que solo a ellos competían ya que se quería despojarlos del "inteligente del pueblo" en quien depositaban su confianza para la curación de sus males. De más está decir que la acción del enviado legal del Colegio fue imposibilitada por la reacción del pueblo y la reticencia de las autoridades locales que lo obligaron a dejar apresuradamente la localidad.

¿Hasta dónde hay culpa de la Junta Directiva del Colegio por la inoperancia de acción contra los charlatanes? ¿Son justificados los reclamos de los colegiados que estiman que sus quejas no son atendidas?

Es evidente por las explicaciones anteriores que el Colegio está manatiado para efectuar una acción ejecutiva. Ante una denuncia llegada al seno de la Directiva ésta tiene la obligación de efectuar los tramites legales ante la autoridad competente y es la última la que tiene que actuar conforme a sus comprobaciones. El Colegio no posee un cuerpo policial investigador o ejecutor y, es más, no está autorizado legalmente para ello. Este valladar es infranqueable y mientras no se consiga una cooperación práctica y efectiva de la correspondiente parte todo intento de acción será vista con indiferencia, indolencia o rechazo.

Ante tal cuadro y, especialmente en aquellos casos en que los transgresores se desenvuelven en parajes carentes de profesionales médicos, el Colegio ha tratado de que se estudie la posibilidad de capacitarlos por medio de un entrenamiento en esta capital para que a su retorno a sus anteriores ubicaciones puedan ejercer una labor asistencial más adecuada a la comunidad. El asunto merece estudio detenido y en la administración colegial anterior se nombró una comisión tripartita integrada con elementos procedentes de la Facultad de Ciencias Médicas, del Hospital General de Tegucigalpa y del Colegio Médico. Desgraciadamente, esta comisión nunca logró reunirse y, por tanto, incumplió con su obligación. Es nuestra creencia que la actual Junta Directiva volverá a hacer consideraciones sobre esta idea.

Mientras tanto, es obligación de todos los colegiados detenerse a analizar todas las causas del charlatanismo en Honduras y tratar de hallar solución práctica a ese inmenso problema. La Junta Directiva del Colegio, a quien frecuentemente se le culpa de inoperante sobre este respecto, en el momento actual no tiene a su disposición los medios ejecutorios para luchar contra la intrusión médica. En la Ley Orgánica del Colegio se impone a los colegiados la obligación de combatir el charlatanismo médico pero no se especifican los medios por los cuales se puede lograr buen suceso en la lucha.

CROMOMICOSIS

Hernán Corrales Padilla

INTRODUCCIÓN

Es una dermatosis crónica, parasitaria, que se localiza generalmente en las extremidades aunque puede afectar otros sitios de la piel y del subcutáneo. Las manifestaciones clínicas son lesiones verrugosas, ulcerosas y costrosas. Es causada por las especies de hongos café oscuro o negruzco. El hongo es *de* color tanto en el tejido como en el cultivo.

Su polimorfismo le hace particularmente interesante, pues algunas formas clínicas se pueden confundir fácilmente con otras enfermedades frecuentes en nuestro medio.

Se le ha llamado también Blastomicosis Negra, nombre que le dio Pedroso en 1911 (cit. por Fonseca y Arca Lao (1)); Dermatitis Verrucosa; Micosis de Lañe y Pedroso (Comité de Nomenclatura del I Congreso Ibero-Latino-Americano de Dermatología de Río de Janeiro, 1950); cromoblastomicosis que no es apropiado, puesto que los organismos no se reproducen en los tejidos por un proceso actual de gemación como lo sugiere el término blasto.

HISTORIA:

Desde 1911 Pedroso y Gómez (2) tenían en observación un paciente con diagnóstico errado en Brasil. En 1920 reconocieron el error y encontraron que era causado por un hongo similar al del caso de Lañe (3) y Mediar (4) informado en 1915 en el área de Boston y llamado por ellos *Phialophora verrucosa.* En 1914, Rudolph (5) había publicado observaciones de un caso en Brasil, que según Carrión !o identifican clínica y micológicamcnte con los casos de pedroso.

En 1921 Brumpt (6) puntualizó que el caso original de Pedroso es causado por una nueva especie a la que llama *Hormodendrum Pedrosoi.* y afirmó que no es la *Phialophora verrucosa.*

En 1922, Terra, Torres, Fonseca y Área Lao (7) informaron otro caso e introdujeron el nombre de cromoblastomicosis.

Carini (cit. por Wilson y Plunkett (8)) informó dos casos más en 1924 y sugirió el nombre actual de la enfermedad.

En 1933 Wilson, Hulsey y Wcidman (9) observaron el segundo caso en Tejas, E.U.A., identficando el hongo con el que causó el caso de Lañe y Mediar.

En 1933 Carrión (10, 11, 12, 13, 14, 15) comenzó a publicar sobre este tema, iniciando con el informe de un caso en Puerto Rico y en 1936 describió "un nuevo tipo clínico causado por *Hormodendrum compactum".*

En 1936 Martin, Baker y Conant (16), encontraron un caso de "dermatitis verrugosa" causado por *Hormodendurm Pedrosoi* en Carolina del Norte.

(*) Profesor de Dermatología, Universidad Nacional de Honduras,
Jefe de la Sección de **Dermatología** del Hospital General de Tegucigalpa, Honduras, C. A.

En 1941 Weidman y Rosenthal (17) informaron un caso en Filadelfia y destacaron la importancia de la enfermedad en Norte América.

Emmons ha contribuido también al estudio micológico de la enfermedad. Silva (18, 19, 20) ha estudiado las fases parasítica y saprofítica y los efectos de **la** temperatura y nutrientes sobre el crecimiento y **morfología** del hongo en 1957, 1958 y 1960.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Se le ha encontrado en Sur, Norte y Centro América, Europa, África, Indias Orientales, Japón y Australia.

En Brasil se encontraría la mayor incidencia de casos, pero Romero y Trejos (21) establecen que ésta ocurriría en Costa Rica, en relación al número de habitantes. Después de Brasil **la** incidencia sería: Cuba, Costa Rica, Puerto Rico, África del Sur, Estados Unidos de Norte América, Venezuela, Rusia. Indias Orientales Holandesas, Japón, Argelia, Argentina, Australia, Rhodesia, República Dominicana, Guatemala, Zona del Canal de Panamá, México, Honduras, El Salvador, Canadá, Paraguay, Uruguay, Nicaragua. Se ha descrito también en Birmania e India. Lavaife (22) encuentra en la literatura 500 casos informados hasta 1963. Destaca que la mayor parte de casos observados en México proviene de zonas costeras del Golfo de México o del Pacífico y observa que no se han observado casos en las mesetas, donde el clima es seco y menos caluroso. Los hallazgos en otras localidades como Madagascar y Centroamerica confirman el hecho. Pero por otra parte, las descripciones de **cromomicosis** en Canadá por **Berger** (cit. por Arel-ano Ocampo y Cols. (29)) y en Boston por Mediar (4) permiten no descartar la posibilidad de que la afección existe en regiones menos cálidas.

En Venezuela, el primer caso fue comunicado por O'Daly en 1937, al cual siguieron dos más del mismo autor. **Briceño** Iragori publicó después sobre el tema y aisló algunas cepas. Celis Pérez encontró un caso con **Idealización** nasal, aislando el hongo en el lado cutáneo de la lesión.

Campins, ha informado el mayor número de casos en Venezuela (aproximadamente 60) y Chacín ha estudiado 20 casos en Maracaibo.

La enfermedad es más frecuente en las zonas secas de los estados de Lara, Falcon y Zulia, no obstante que hay casos informados en todas las regiones del país (Convit (65)).

EL PROBLEMA EN MÉXICO Y CENTRO AMERTCA

En México, Martínez Maez (23) en 1940 estudió un caso que publicó con el título de "Un caso de probable dermatitis verrucosa" y constituye el primer caso de cromoblastomicosis diagnosticado en el país. González Ochoa (24) estudió detailadamenté las características micológicas y **fueron** publicadas en 1941.

Latapí (25) identificó el segundo caso en México. Han habido muchos informes posteriormente como los de Rodríguez (26) y Aceves Ortega, (27) Mayorga Loera (28), Arellano Ocampo (29) quien informó al **XIII** Congreso internacional de Dermatología cuatro casos en los que por primera vez en México se identificó como especie causal el *Clodoforium Carrionii*, el hallazgo lo confirmó González Ochoa. Los casos se encontraron en el estado de Oaxaca. Medina Ramírez (30) presentó **a la** IX Asamblea Médica de Occidente en México tres casos encontrados en San Luis Potosí.

En Costa Rica, desde el informe de SaJisbury en 1928, se han sucedido los trabajos de Romero y Trejos (21), de Trejos (31), quien en 1953 demostró

que F. P. tiene poder patógeno para sapos de la especie *Bufo Marinus* y concluyó que la temperatura no influye en el arredondamiento de los agentes de cromoblastomicosis durante su fase parasitaria. Bonilla (32) en 1954 comunicó su experiencia con el Calciferol en el tratamiento de esta enfermedad. Solano (33) en 1966 comunicó a la I Reunión México Centroamericana de Dermatología una casuística personal de 36 casos y en 1967 comunicó su experiencia inicial en el tratamiento con Thiabendozol (34). Han informado también Rotter y Peña Chavarría. En Guatemala, Morales e Iturbide **(cit.** por Cordero (35)) describieron el primer caso en 1935. Se han sucedido descripciones como las de García Valdés (36). Mayorga (37) comunicó sus experiencias en el tratamiento con 5-Fluorocitosina. González Ochoa (38) comunicó también resultados del tratamiento con 5-Fluorocitosina.

En Honduras, Corrales Padilla (39) comunicó al VI Congreso Médico Centroamericano los primeros casos observados en este país durante los años de 1951 a 1954 y en 1957 hizo una comunicación al J Congreso Centroamericano de Dermatología (40), agregando casos observados en 1955 y 1956.

Las observaciones se han sucedió en los dos servicios de Dermatología del Hospital General de Tegucigalpa y su incidencia es considerada como similar a la de esporotricosis.

En El Salvador, la primera observación correspondió a Reyes y Rodríguez (41), habiendo Llerena (42) documentado 11 casos producidos por *Fonsecae Pedrosoi.*

En Panamá, Carlos Calero, comunicó el primer caso en 1945 y Tapia (43) ha documentado varios casos posteriormente, así como otros autores panameños.

En Nicaragua, Morales Eticnne (44) observó un caso en 1957 y García Esquivel (45) ha observado otros posteriormente.

EPIDEMIOLOGÍA

El mayor número de casos se localiza en pies y **piernas,** en personas descalzas, en su mayoría campesinos, lo que sugiere que el hongo es inoculado directamente a través de la piel.

Pero este concepto es limitado por los numerosos casos que se localizan en otras' áreas del cuerpo.

Este y otros hechos sugieren que la piel puede ser interesada por diseminación del hongo, a partir de un foco primario.

Es más frecuente durante la edad de mayor actividad de trabajo, siéndolo más en el hombre y sin predilección por ninguna raza.

Varias especies del hongo están ampliamente distribuidas en la naturaleza y son casi indistinguibles de las patogénicas, lo cual hace pensar en la existencia de otros factores determinantes de la infección en el hombre, puesto que éste entra en contacto frecuentemente con el hongo (Wilson y Plunkstt (8)).

CARACTERISTICAS CLÍNICAS

Casi siempre está limitada a la piel y subcutáneo. A veces se observa una pústula inicial de larga evolución que se ulcera, aparecen lesiones verrugosas que se extienden, viéndose a veces otras a distancia.

Llama la atención la tendencia a permanecer localizada la afección en el miembro afectado originalmente. Algunas veces se forman masas verrugosas o fungosas, bien levantadas y, en ocasiones, casi pediculadas. Algunas lesiones son nodulares y pueden evolucionar a la forma tumoral o papilomatosa, cubierta de epidermis grisásea o muy oscura y seca o de costras y pus. Algunas otras son sumamente queratósicas.

Hay también placas rosadas u oscuras, de aspecto cicatricial, con bordes progresivos e irregulares.

El prurito y el dolor es variable. La infección secundaria es frecuente, con adenopatías regionales y linfaedema. En estos casos hay un mal olor penetrante. No hay síntomas sistémicos.

En la revisión de Clovis Bopp (46) se consigna la descripción de varios casos de cromomicosis visceral, especialmente del sistema nervioso central.

Wilson y Plunkett destacan que algunos casos de esta naturaleza no han ido precedidos de lesiones cutáneas, sugiriendo la posibilidad de un foco original interno, probablemente pulmonar.

PATOLOGÍA

Es un proceso granulomatoso. La hiperplasia es intensa e irregular, muy pseudoepiteliomatosa. En ciertos casos la hiperqueratosis es muy intensa. Se observan pequeños abscesos epidérmicos y, en general, hay polimorfonucleares diseminados en esta capa. Varios autores (47, 48) describen el cuadro histopatológico como un granuloma, muy tuberculoide en ciertos casos. Pero frecuentemente no se observa esta estructura. Algunos autores no encuentran células gigantes ni epitelioides, en tanto que Weidman y Rosenthal (17) señalan pequeños granulomas de células epitelioides con masas de polimorfonucleares en si centro; se observa, también, infiltrado linfoplasmocitario y a veces eosinófilo; con frecuencia fibrosis. En los microabscesos o en las células gigantes y, a veces, libres en el tejido se encuentran los microorganismos causales; son células redondeadas, solas o en grupos, de 8 a 15 mieras de diámetro, de paredes gruesas, a veces tabicadas, de color amarillo y café que casi no permite confusión con otra entidad; Mediar los llamó "esclerotes". Algunas veces se pueden ver hifas cortas de color café también, cerca de la superficie del tejido (Novales (49)).

MICOLOGIA

El agente etiológico corresponde a la familia *Dermatiaceae de* los hongos *Imperjecti.*

La clasificación se hace únicamente por el estudio microscópico de _ los cultivos, puesto que todas las especies tienen la misma apariencia en los tejidos y todas producen el mismo cuadro clínico.

No se conoce la manera de reproducción sexuada *di* este hongo. Si bien Ajello y Runyon (50), así como Karrer y Conant (51), han descrito algún *cleistotheciae,* no se ha demostrado un *ascus* con ascosporas en su interior (Trejos (52). . , .

El clínico puede hacer diagnóstico por el aspecto microscópico de los microorganismos redondeados, color café, patognómicos, en el exudado o en el tejido. En cambio, para identificación exacta del organismo, se requiere un micólogo con experiencia.

Cultivos en medio de Sabouraud las colonias son moreno negruzcas o color aceituna, aterciopeladas.

El hongo utiliza tres maneras de producción de esporas, lo que sirve para la identificación del género. Muchas cepas emplean dos y aún las tres maneras de esporulación. Este hecho introduce una gran dificultad para la clasificación por lo cual Negroni propuso en 1936 la creación de un género especial para los organismos que mostraron tal característica; este es el género *Fonsecaea.*

En 1947 Carrion y Silva se mostraron de acuerdo con la nomenclatura de Negroni, Lavalle, Mayorga y Llerena (53) aceptaren el género *Fonsecaea.*

Emmons (cit. por Wilson y Plunkett (8)), recomendó incluir tales organismos en el género *Phialophora,* como la llamara Mediar. Cada cepa tiene conidióforos característicos. Las hifas producen conidias por uno más de las tres maneras, cada una de las cuales tipifica un género.

El género *Cladosporium,* llamado antes *Hormodendrum* produce conidias de color café, redondas u ovales en cadenas ramificadas que asientan en los extremos abultados de conidióforos especializados. La cadena está formada por yemas. Cuando este proceso produce dos yemas, se origina un proceso ramificado. Cuando las cadenas se rompen, cada espora muestra una prominencia en cada extremo.

El género *Phialophora* produce conidióforos en forma de vasos llamados fialides, de las cuales emergen esporas ovales de color café aisladas que se aglutinan por un material gelatinoso produciendo masas esféricas.

El género *Acroteca* produce esporas a lo largo y en el extremo de un conidióforo abultado. Estas esporas rara vez producen yemas y por ello forman cadenas muy cortas.

Según el predominio de determinado tipo de esporulación, Emmons recomienda la clasificación siguiente, que según Wilson y Plunkett, de quienes la tomamos, es la más apropiada al momento y que comparte González Ochoa y los autores de París:

Phialophora verrucosa (Medler 1915) muestra casi exclusivamente el tipo phialophora de esporulación.

Phialophora (Cladosporium, anteriormente *Hormodendrum) Pedrosoi* (Brunpt 1922) comb. Emmons 1944, esporula más frecuentemente por el tipo Cladosporium, en cadenas cortas. A veces esporula por una u otra de las oirás formas como en *Phialophora* o *Acroteca.*

Phialophora compactum (Carrion 1935) n. comb. Emmons 1944, crece más lentamente y produce esporas en la forma que lo hace *P. Pedrosoi,* pero las esporas son globulares, y no ovales, y forman cadenas cortas. *Phialophora Dermatitides* (Kano 1937) n. comb. Emmons, aunque su manera de esporular es muy variable, se asemeja más a *Phialophora verrucosa. Cladosporium Carrionü* (Trejos 1954) es la única especie causal en Australia, habiéndose encontrado también en África del Sur y Venezuela. Esporula exclusivamente en la forma cladíosporium, produciendo cadenas largas, similares a las especies saprofitas de cladosporium.

INMUNOLOGÍA

En 1960 Fernández Baquero y Col. (54) cultivó hongos de eromoblastomicosis del lavado bronquial de cuatro enfermos de cromoblastomicosis y dichas cepas, remitidas a tres micólogos, quienes no las pudieron diferenciar de otras cepas patógenas obtenidas de lesiones de cromoblastomicosis. En 1961 el mismo autor *(55)* comunicó el estudio de seis enfermos inoculados expcrimentalmcnte con *Hormodrendum Pedrosoi,* obtenido del tracto bronco-pulmonar (lavado bronquial) de enfermos de cromoblastomicosis; reproduce la enfermedad y obtiene de nuevo las cepas. Asimismo la testificación cutánea con antígeno extraído del hongo, mostró un alto porcentaje de reactores positivos en la población normal de áreas endémicas. Estos hechos sugieren que la enfermedad puede existir en forma pulmonar, que cura espontáneamente y deja inmunidad.

Wilson expresa que aunque generalmente se asume que todos los casos de cromoblastomicosis se originan por inoculación primaria por medio *do* heridas contaminadas por el polvo (pies, piernas y manos) la explicación no es muy satisfactoria para casos de lesiones en regiones cubiertas. Atendiendo además

a la semejanza del cuadro clínico y el curso de esta enfermedad con la blastomicosis norteamericana, la cual ahora se considera causada por diseminación de un foco primario pulmonar, sugiere Wilson (56) que este proceso puede explicar también algunos casos de cromoblastomicosis.

Otro criterio aportado por Wilson en apoyo de esta tesis es que el síndrome chancriforme, típico de la esporotricosis, es raro en cromoblastomicosis, aunque existen algunos casos muy sugestivos.

El organismo humano es resistente a la enfermedad que puede persistir localizada en piel, progresando lentamente y sin alterar el estado general o diseminarse. Ahora bien, tanto en blastomicosis norteamericana como en esporotricosis, coccidioidomicosis e histoplasmosis, el organismo ofrece también gran resistencia y la inoculación primaria en piel en estas enfermedades ha producido el síndrome chancriforme. Se admite que este cuadro no se puede desarrollar si el paciente ha sido previamente infectado por el mismo hongo o por otro antigénicamente similar, quizá por otra vía, como la aérea con una infección pulmonar no reconocida.

La inoculación cutánea subsecuente en tales personas, encontraría la respuesta inmunológica alterada y se podría obtener la forma cutánea.

Se han informado pruebas serológicas, usando extractos de hongos causales como antígenos. Asimismo se han observado reacciones cruzadas entre las diversas especies de hongos, lo que indica la relación genética entre las mismas. No se han podido correlacionar tales reacciones con el curso clínico.

Borelli (57) aplica la teoría de la correlación entre la termofilia de los agentes y su penetrancia al estudio de *Phiaíophora dermatitidis* y *Aureobasidium salmonis*, combinato nova, y sin pretender negar la existencia de múltiples factores, destaca la importancia del factor térmico en la patogenia de ciertas infecciones. Dedica especial atención al agente de cromomicosis visceral, llamado *Phiaíophora dermatitides*, varías cepas del cual se han aislado de habitantes de archipiélagos del extremo oriente. Habría estrecha relación entre la temperatura máxima de crecimiento in vitro y la penetración in vivo de los agentes de la cromomicosis humana.

TRATAMIENTO

Los tratamientos empleados han sido útiles en algunos casos y no efectivos en otros: se tiene como uno de los más efectivos al ioduro de potasio por vía eral. El ioduro de sodio se ha usado por vía endovenosa y ambos se han empleado en iontoforesis. No se llega a la curación total generalmente.

La sulfamerazina y las sulfonas se usaron sucesivamente.

Por iniciativa da Latapí, Obdulio Rodríguez (5) empleó en 1951 el Calciferol por vía oral c hizo una comunicación al 1IT Congreso Ibero Latinoamericano.

Castro Palomino y Col. (58) lo habían empleado asociado a otros medicamentos. Nosotros usamos el calciferol en nuestros primeros casos, por vía oral, a la dosi de 600.000 U-, dos veces por semana, durante tres meses más o menos, reduciendo a una dosis semanal durante un mes. Los resultados fueron halagadores pero no logramos curación total. La acción de D2 parece radicar en el estímulo de la fibroplasia mesenquimal.

Fernández Baquero y Col. (59) informaron buenos resultados con calciferol y ioduro de potasio y caiciferol en pomada localmente, unido a azufre, ácido saliclico y benzoico.

La anfotericina B se ha usado por vía endovenosa y los resultados son alentadores en ciertos casos como en algunos de los nuestros y desalentadores

en otros. Costello y Col. (60) la usó por vía intralesional adicionando solución de procaína al *2%* a la suspensión, con resultado satisfactorio. En vibropuntura ha sido aplicada por De Feo y Cols, y por **Derbes** y Cols. (61). Es útil pero muy dolorosa. La vía intraarterial la ha usado Bopp en Brasil y Saúl y Cols. en México (62) y otros con resultados variables. Nosotros la hemos empleado en casos reducidos de tamaño pero no obtuvimos]a involución total.

Algunos autores han usado la **isoniacida:** así Bolgsrt (cit. por Cueva Paz (63)) la administró conjuntamente con el ioduro de potasio, obteniendo curación en un caso tratado varios meses. Arrellano Ocampo (29) empleó hidrazina del ácido isonicotínico en dosis de 10 miligramos por kilo de peso en cuatro pacientes, obteniendo dos curaciones y dos mejorías francas. Cree este autor que quizá se deba este resultado al hecho de haberse tratado de casos producidos por *Cladosporium carrionni,* que es por otra parte, la primera vez que se identifica esta especie en México.

La extirpación quirúrgica seguida de injertos de piel es muy satisfactoria en las lesiones limitadas. La electrocoagulación y el curetaje son también útiles. Pero algunas veces se producen recidivas que desesperan al Médico.

Solano (34) ha tratado varios casos con Triabendozol a dosis de dos gramos diarios, durante un promedio *de* seis meses, con resultados halagadores. Nuestra experiencia es negativa en este sentido, pero nos explica Solano que el tiempo de tratamiento al que hemos sometido los casos es muy corto. Actualmente el autor combina este medicamento con el calciferol en algunos casos.

Conti Díaz y Cols. (64) informaron curación de un caso en Uruguay, en donde la enfermedad es rara (4 casos informados), tratado con termoterapia local empleando lámpara de infrarrojos y bolsa de agua caliente.

González Ochoa (38) y Mayorga (37) informan en diciembre 1969 al **VII** Congreso Centro Americano de Dermatología, que experiencias con Fluorocitasina (5-FC) de Roche. El primero obtiene desaparición de las lesiones en dos casos con 10 tabletas al día de 500 miligramos (5 gramos diarios) prolongando el tratamiento por 220 días (1.100 gramos en total).

Mayorga trató cuatro pacientes con un total de 300 a 450 gramos y aplicó pomada del mismo fármaco. En un caso observó leucopenia, mejoría en dos y resultado bueno en un caso, pero notó reactivación de las lesiones a partir de la periferia de las mismas y observó los esclerotes clásicos emitiendo brotes germinativos.

Se concluyó en que las experiencias deberían continuarse con dosis altas y por tiempo prolongado, más o menos según el esquema *de* González Ochoa.

CASOS ESTUDIADOS EN HONDURAS Y CONSIDERACIONES SOBRE LOS MISMOS

Los siete casos comunicados por Corrales Padilla al I Congreso Centroamericano de Dermatología y estudiados en 1951 a 1956 en el Hospital General, se localizaban así:

Dorso de mano y antebrazo derecho	1
Dorso de ambos pies	1
Rodilla izquierda y costado derecho	1
Pierna y pie izquierdos	1
Pie	/
Antebrazo	1
Pierna	1

De 1957 a 1969 se han estudiado en la División de Dermatología del mismo Hospital General, 32 casos, con un franco predominio del sexo masculino (70%), lo cual coincide con las estadísticas da la mayoría de los autores. La localización con predominio también en miembros inferiores.

La tabla siguiente, *d2* una muestra de 12 casos, dá una idea general del problema en Honduras. Aunque tal muestra enseña que los pacientes proceden de determinados departamentos, el estudio de todos los expedientes revela que provienen prácticamente de toda la República.

Todos los casos hondureños se han presentado en personas de bajos recursos, en su inmensa mayoría campesinos, con los pies descalzos y durante la edad de mayor actividad de trabajo; más frecuente en el hombre que en la mujer. Es un problema médico-social invalidante que debido a la falta de atención médica precoz se agrava hasta requerir la amputación en algunas oportunidades. Nosotros no hemos observado la degeneración carcinomatosa que ha sido raramente informada. Armenteros (66) informó un caso, Caplan (67) otro caso y **Coiscou** y Kourie (68) dos más. Es necesario que los médicos hondureños nos **familiaricemos** con esta enfermedad para que, con una sospecha clínica adecuada, se logre su atención en períodos iniciales, cuando las posibilidades de curación son muchas.

Por otra parte, es necesario tal conocimiento porque plantea diagnóstico diferencial con otras afecciones comunes en nuestro país como leishmaniasis, **piodermitis** vegetante, tuberculosis verrugosa, algunas formas de esporotricosis y con bromo e iododerma, algunas veces con sífilis terciaria.

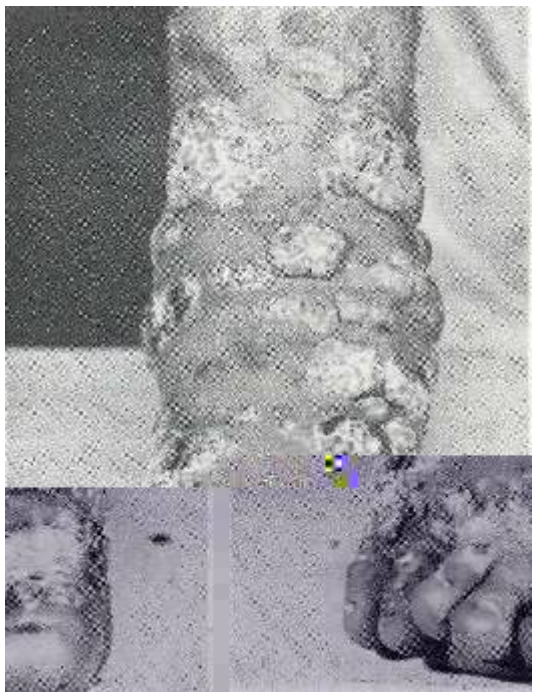


Fig. 1
Cromoblastomicosis de miembro inferior, muy extendida. Forma verrugosa.

Fig. 2 Forma tumoral de pierna y pie

Pag. 3 Forma tumoral. Recuerda la micosis **de Lobo, por su** aspecto queloideo.

Fig. 4
Forma cicatricial de mano. Se observan elementos verrugosos en áreas aisladas.

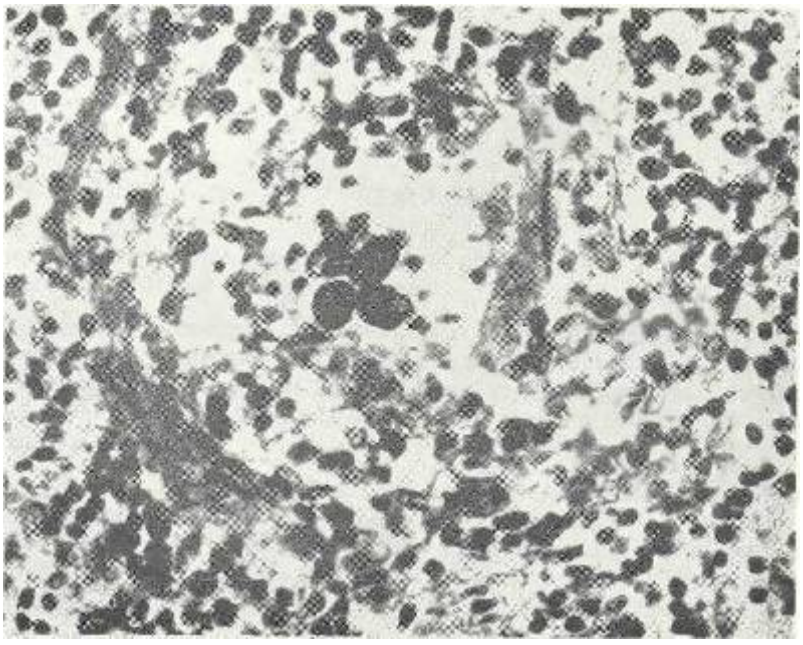


Fig. 5
Corte histológico en que se observan las "esclerotis de Mediar" muy claramente.

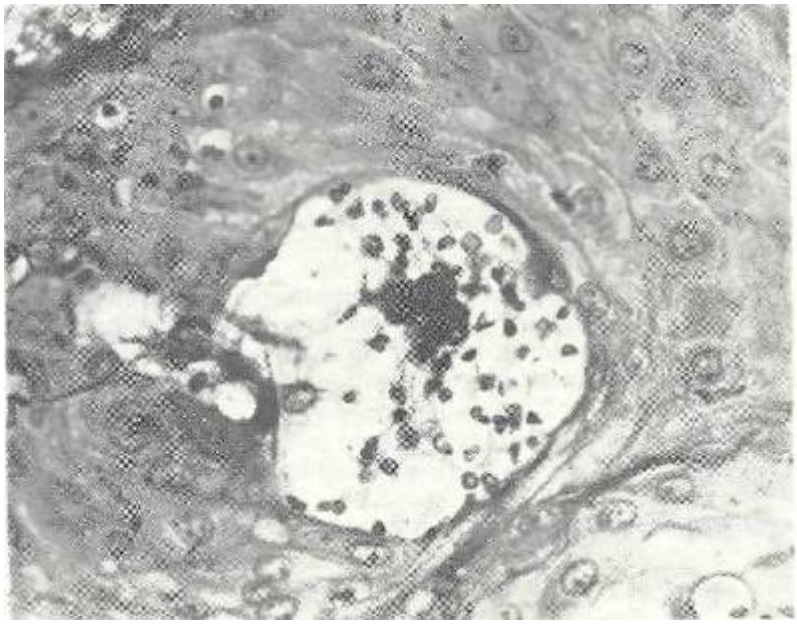


Fig. 6 El hongo, en un microabsceso intraepidérmico.

RESUMEN

1.—Se presentan datos generales sobre cromomicosis, enfatizando sobre su estudio en México y Centroamérica.

2.—Se destacan conceptos epidemiológicos y etiopatogénicos útiles para la comprensión y manejo del padecimiento, sumamente frecuente en Honduras, donde constituye un problema médico-social, al igual que en otros países del área centroamericana. Los casos provienen prácticamente de todas las regiones del país.

3.—Se describen las principales formas clínicas observadas y se enfatiza sobre la necesidad de hacer diagnóstico diferencial con otras afecciones comunes en nuestro medio así como sobre su tratamiento precoz para evitar la invalidez a que conducen las formas extensas y/o complicadas con infección secundaria.

4.—Se revisan los diversos tratamientos empleados y se hacen consideraciones sobre los mismos.
La 5-Fluorocitosina es un medicamento actualmente en ensayo, con resultados preliminares halagadores.

SUMMARY

1-—General information about chromomycosis, based specifically in studies done in México and Central American áreas, is presented.

2.—Useful epidemiological and patogenical features for better comprehension and management of the disease are stressed. In Honduras, as well as in other Central-Amcrican áreas, in is very frecuent and is considered as a médico-social problem. The cases observed by us are practically prevalent in every región of the country.

3.—The main clinical pictures observed are described and emphasis is done in making the diferential diagnosis with othcr common diseases observed, as well as it early treatment in order to avoid undesirable complications of extensive lesions associated or not with secondary infection that lead to invalidity.

4.—-The different methods of treatment used are reviewed and comments about them are done.

5.—Fluorocitocin is been assayed rccently with prelimminary accepted results.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.—Fonseca, O.da y Area Lao, A. E.: As chromoblastomycoses. Rev. Med. Cir. Brasil, 38: 197, 1930.
2.—Pedroso, A. y Gómez, J. M.: Sobre cuatro casos de dermatitis verrucosa produiza pela Phialophora verrucosa, Ann. Paulist. Med. Cir. 11: 53, 1920.
3.—Lane, C. G.: A cutaneous lesion caused by a new fungus (Phialophora verrucosa), J. Cutaneous Dis. 33: 840, 1915.
4.—Medlar, E. M.: A cutaneous infection caused by a new fungus, Phialophora Verrucosa, with a study of the fungus, J. Med. Research 32: 507, 1915.
5.—Rudolph, M.: Uber die brasilianische "figueira". Arch. F. Schiff a Troper. H. y G., 18: 498, 1914.
6.—Brumpt, E.: Precis de Parasitologie. 3ª edition, p.p. 1105, Masson et Cie., Paris, 1922.
7.—Terra, F.; Torres, M.; Fonseca, O.da y Area-Lao, A. E.: Novo typo de dermatite verrucosa mycose por acrotheca com associacao de leishmaniasa. Brasil Med. 36: 363, 1922.
8.—Wilson, W. and Punketts, O. A.: The fungus diseases of man. p.p. 179. University of California Press, Los Angeles, 1965.
9.—Wilson, S. J.; Hulsey, S. an Weidman, F. D.: Chromoblastomycosis in Texas. Arch. Derm. and Syph., 27: 107, 1933.
10.—Carrion, A. L. and Koppish, E.: Observations on dermatomycosis in Puerto Rico. Report on a case of chromoblastomycosis. Puerto Rico J. Pub. Health and Trop. Med., 9: 169, 1933.
11.—Carrion, A. L. and Emmons, C. W.: A spore form common to etiologic agents of chromoblastomycosis. Puerto Rico J. Pub. Health and Trop. Med., 11: 114, 1935.
12.—Carrion, A. L.: Chromoblastomycosis. A new clinical type caused by hormodendrum compactum. Puerto Rico J. Pub. Health and Trop. Med., 11: 663, 1936.

13.—Carrion, A. L.: The specific fungi of chromoblastomycosis. Puerto Rico J. Pub. Health and Trop. Med., 15: 340, 1940.
14.—Carrion, A. L.: Yeast like dematiceous fungi infecting the human skin. Special reference to the so called hormiscium dermatitidis. Arch. Derm. and Syph., 61: 996, 1950.
15.—Carrion, A. L.: Chromoblastomycosis. Ann. New York Ac . of Sc., 50: 1255, 1950.
16.—Martin, D. S., Baker, R. D. and Conant, N. F. A case of verrucous dermatitis caused by Hormodendrum pedrosoi (chromoblastomycosis) in North Carolina. Amer. J. Trop. Med., 16: 593, 1936.
17.—Weidman, F. D. and Rosenthal, L. H.: Chromoblastomycosis a new and important blastomycosis in North America: report of a case in Philadelphia. Arch. Derm. and Syph., 43: 62, 1941.
18.—Silva, M.: The parasitic phose of the fungi of chromoblastomycosis: development of sclerotic cells in vitro and in vivo. Mycologia. 49: 318, 1957.
19.—Silva, M.: The saprophitic phase of the fungi of chromoblastomycosis: efects of nutrients and temperature upon growth and morphology. Trans. N. Y. Sci. 2d ser., 21: 46, 1948.
20.—Silva, M.: Growth characteristics of the fungi of chromoblastomycosis. Ann. N. Y. ald. Sei. 89: 17, 1960.
21.—Romero, A. y Trejos, A.: Cromoblastomicosis en Costa Rica. Rev. Biol. Trop. 1: 95, 1953.
22.—Lovalle, P.: Chromomykose. In Jadassohn, J.: Handbuch der Haut und Geschelechtskrandk heitem, Erganzungswerk, Bd. L V/4, 367. Berlin 1963.
23.—Martínez Baez, M.: Un caso de probable dermatitis verrucosa. Estudio histopatológico. Rev. Inst. Salub. Enferm. Trop. Mex. 1: 593, 1941.
25.—Latapi, F.: El Servicio de Dermatología del Hospital General (1905-1955) Memoria del cincuentenario del Hospital General, México, 1955.
26.—Rodríguez, O.: Cromoblastomicosis: Su tratamiento con calciferol. Memorias III Congreso Iber. Lat. Amer. pp. 182, Talleres Unión Gráfica, S. A. México, D.F., 1959.
28.—Mayorga Lera, J. J.: Micosis estudiadas en el Departamento de Micología. Segundo Congreso Mexicano de Dermatología. pp. 224. Guadalajara, 1965.
29.—Arellano Ocampo, F.; Tamayo Pérez, R. y Victoria, R. V.: Cuatro casos de cromomicosis por cladosporim carrionii y su tratamiento. Dermatología. Iber. Lat. Amer. 3: 1968.
Arellano Ocampo, F.: Experiencias en cuatro casos de cromoblastomicosis y su tratamiento. XIII Congreso Internacional de Derm. pp. 841. Springer Verlag., Müncher, 1960.
30.—Medina Ramírez, M.: Cromomicosis en San Luis Potosí, Semana Médica Centroamericana y Panamá. XIV: 127, 1969.
31.—Trejos, A.: Cromoblastomicosis experimental en Bufo Marinus. Rev. Biol. Trop. 1: 39, 1953.
32.—Bonilla, E.: Treatment of chromoblastomycosis with calciferol. Report of three cases. Arch. Derm., 70: 665, 1954.
33.—Solano, E.: Cromoblastomicosis. I Reunión México Centroamericana de Dermatología, (Memorias) pp. 94. México, D. F., 1966.
34.—Solano, E.: Cromomicosis. Acta Médica Cost. 9: 77, 1966.
35.—Cordero, F.: Manual de Dermatología, pp. 164. Unión Tipográfica, Guatemala, 1961.
36.—García Valdes, A.: Contribución al estudio de las micosis profundas en Guatemala. I Reunión México-Centroamericana de Dermatología ,Memorias) pp. 139, México, D. F. 1966.

37.—Mayorga, R., Tschen, E. A., Gálvez Molina, L. y García Valdés, A.: Resultados preliminares del tratamiento de la cromomicosis con 5-Fluorecitosina. VII Congreso Centroamericano de Dermatología, Guatemala, Diciembre 1969 (Memorias en prensa).

38.—González Ochoa, A.: Curación de Criptococosis y cromomicosis con 5-Florocitosina. VII Congreso Centroamericano de Dermatología, Guatemala, diciembre, 1969 (Memorias en prensa).

39.—Corrales Padilla, H.: Micosis profundas en Honduras. Memorias del VI Congreso Médico Centroamericano, p.p. 769 Imprenta Aristón. Tegucigalpa, D. C., 1956.

40.—Corrales Padilla, H.: Micosis profundas en Honduras. Memorias del I Congreso Centroamericano de Dermatología. p.p. 26. Imprenta Nacional. San Salvador, 1957.

41.—Reyes, E. y Rodríguez, J. J.: Comunicación personal.

42.—Llevena, J.: Comunicación personal.

43.—Tapia, A.: Comunicación personal.

44.—Morales Etienne, A.: Reporte de un caso de cromoblastomicosis en Nicaragua. Memorias del I Congreso Centroamericano de Dermatología. p.p. 22. Imprenta Nacional, San Salvador, 1957.

45.—García Esquivel, J.: Comunicación personal.

46.—Boop, C.: Chromoblastomycose. Memorias V Congreso Iber. Lat. Amer. de Dermatología, pp. 319, Buenos Aires, 1964.

47.—Guimaraes, N.: Cromoblastomicose (Micose de Lane E. Pedraso). Aspectos atuais Do Tema. Tése. Instituo de Salud Pública. Bahia, 1951.

48.—Lever, W. F.: Histopatology of the Skin, 3rd. Edition p.p. 279 J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1961.

49.—Novales, J.: Histopatología de las Micosis Profundas. Memorias III Congreso Iber. Lat. Amer. p.p. 222, Talleres Unión Gráfica, S. A. México, D. F., 1959.

50.—Ajello, L. and Runyon, L.: Abortive perithesial production by Phiolophora Verrucosa. Mycología, 45: 947, 1953.

51.—Karrer, H. and Conant, N. F.: A cleistotheciumlike structure found in Hormodendrum Pedrosoi. Mycologia. 45: 693, 1953.

52.—Trejos, A.: Chromoblastomycosis. Clinical Selections in dermatology in Mycology p.p. 145 Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1956.

53.—Lavalle, P.; Mayorga, R. y Llerena, J.: Comunicación personal.

54.—Fernández Baquero, C. y Reaud Lescay, B.: Cultivo del Hormodendrum Pedrosoi del material obtenido por lavado bronquial en cuatro enfermos de cromoblastomicosis. Bol. Soc. Cubana Dermat. Sifil 17: 99, 1960.

55.—Fernández Baquero, G.; Barquin López, P. y Roaud Lescay, B.: Cromoblastomicosis producida experimentalmente con cepas de Hermodendrum Pedrosei obtenida por lavado fronquial de enfermos que padecen la afección. Bol. Soc. Cubana Dermat. Sifil. 18: 19, 1961.

56.—Wilson, J. W.: Importancia de las enfermedades fungosas en inmunología. Bol. Soc. Cubana Dermat. Sifil. 15: 115, 1958.

57.—Bovelli, D.: Cromomicosis profunda visceral. Med. Cut. 3: 583, 1969.

58.—Castro y Palomino, J. y Armenteros, A. J.: Contribución al estudio de la cromoblastomicosis en Cuba. Rev. Med. Cir., La Habana, 46: 217, 1941.

59.—Fernández Baquero, G., Barquin López, P. y Reaud Lescay B.: Cromoblastomicosis. Tratamiento de un caso con ioduro de potasio y calciferol. Bol. Soc. Cubana Dermat. Sifil. 18: 41, 1961.

60.—Costello, M. J.; De Feo, C. P. Jr. and Littman, M. L.: Chromoblastomycosis treated with local infiltration o famphoterisina B. solution. Arch. Derm. 79: 184, 1959.
61.—Derbes, V. J.; Friedman and Krafk Hak, J. D.: Chromoblastomycosis treated by vibropuncture injection of amphotericin B. Arch. Derm. 80: 286, 1956.
62.—Saul, A., Mendivil, O. y Jaramillo, O.: Cromomicosis. Tratamiento de tres casos con anfotesicina B intraarterial, Memorias del III Congreso Mex. Derm., Monterrey, N. L. 1967, p.p. 291.
63.—Cueva Paz, S. A.: Cromomicosis. Reporte de un caso tratado con Anfotericina B intralesional. Dermatología, Rev. Mex. 13: 139, 1969.
64.—Conti Díaz, A.; Vignalle, R. A. y Peña de Pereira, M. E.: Cromoblastomicosis tratada con termoterapia local. Med. Lent. 3: 383, 1969.
torial Sucre, Caracas, 1959.
65.—Convit, J.: Cromomicosis. Cartilla micológica (2ª edición) p.p. 92. Edi-
66.—Armenteros, J. A.: Cromoblastomicosis. Extracto de conferencias pronunciadas en el Hospital Fajardo, junio 1963, Cuba.
67.—Caplan, R. M.: Cromomicosis complicada por epitelioma espinocelulares VI Congreso Iber. Lat. Amer. Dermat., Barcelona España, 1967.
68.—Coiscou, A. G. y Kourie, M.: Cromoblastomicosis con degeneración carcinomatosa. Rev. Dominicana de Dermat. 2: 20, 1968.

Cambios estructurales de los ganglios simpáticos en las arteriopatías crónicas

Por los Dres. *José Gómez-Márquez G. y Arturo Paz Paredes**

En 1966 Almonacid, Falcon, Feune de Colombia y Perianes de la Argentina, publican (1) un estudio según el cual han observado cambios regresivos en las cadenas simpáticas lumbares de pacientes portadores de arteriopatías crónicas y agudas. Según los autores anteriormente mencionados, se escogieron 30 casos, quedando después restringido el número de ellos a 20, porque solamente en estos últimos pudieron comprobar "mejor las alteraciones microscópicas características".

En todos estos 20 casos encontraron algunas de las siguientes lesiones, consideradas como de tipo regresivo: edema del estroma, atrofia celular simple, atrofia pigmentaria, infiltrados linfocitarios y neuronofagia. En un trabajo reciente, Fontaine (2) se refiere a las lesiones anatomopatológicas de los ganglios extirpados de la cadena simpática lumbar y dice- "En raras veces aparecen normales bajo el microscopio. En efecto, resulta de las investigaciones de Block, Sunder-Plassmann, Loose, Zenker y Wanke en Alemania y de las de Leriche y Fontaine y Bollack en Francia, que la inmensa mayoría de los ganglios extirpados en el curso de las simpatectomías lumbares están histológicamente alterados. Al lado de lesiones inflamatorias banales con disposición eminentemente perivascular Leriche señala atrofia de los elementos nerviosos, presencia de células enanas o una degeneración bien sea vacuolar o lípida alternando con cromatolisis, liquefacción y sobrecarga pigmentaria."

Habiéndonos llamado poderosamente la atención estos hallazgos, decidimos hacer una revisión de nuestro propio material.

MATERIAL Y MÉTODO

Tenemos por costumbre, estudiar desde el punto de vista histológico, todas las cadenas simpáticas que extraemos por cualquier motivo. Solicitamos al azar 50 expedientes de pacientes a los que se les había practicado simpaticectomía, en su mayor parte lumbar y en algunos cosos casos, cervical. Cotejamos los datos de la anamnesis de los expedientes y los preparados histológicos fueron cuidadosamente revisados en el Servicio de Patología del Hospital General San Felipe de Tegucigalpa, por los Dres. Raúl Durón M. y Virgilio Cardona López.

RESULTADOS

De la revisión antes mencionada se obtuvieron los siguientes datos: De las 50 cadenas simpáticas extirpadas, 48 pertenecían a la cadena lumbar y únicamente 2 a la cadena cervical.

---

* Jefe del Servicio de Angiología del Hospital General San Felipe Profesor de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas.

** Médico Residente de La Policlínica, S. A.

En el siguiente cuadro constan los datos referentes a diagnóstico clínico, número de casos observados en cada entidad patológica, número de alteraciones histológicas, y porcentaje de los mismos:

Diagnóstico	*Nº de casos*	*Nº de alteraciones histológicas*	*Porcentaje de alteraciones*
Tromboangeitis obliterante	11	4	36.3
Arterioesclerosis obliterante	30	9	30.0
Síndrome postrombótico	5	0	0
Causalgia	4	0	0

A continuación la descripción por parte del Patólogo de aquellos ganglios en los que se observaron alteraciones de tipo regresivo:

CASO Nº 1. *Biopsia Nº C-7614-Descripción microscópica*

Los cortes demuestran un ganglio simpático que tiene material rosado alrededor de pequeños capilares y que probablemente representa amiloide; también se encontraron fibras nerviosas mezcladas con células ganglionares que tienen marcada pigmentcaión amarillenta intracitoplásmica.

CASO Nº 2. *Biopsia Nº C-7692, Descripción microscópica*

Los cortes demuestran tejido nervioso con presencia de células ganglionares algunas de ellas sin núcleo y otros con pigmento amarillento en el citoplasma celular.

CASO Nº 3. *Biopsia Nº C-210. Descripción microscópica*

La muestra en sus cortes revela tejido nervioso simpático en el que se aprecian células ganglionares con algunos cambios tales como nucleólisis, vacuolización citoplásmica e infiltración linfocitaria focal.

CASO Nº 4. *Biopsia Nº C-9259. Descripción microscópica*

Los cortes demuestran tejido nervioso simpático caracterizado por abundantes células ganglionares llamando la atención un ligero infiltrado mononuclear de tipo focal.

CASO Nº 5. *Biopsia Nº 3811. Descripción microscópica*

Los cortes revelan tejido nervioso formado por abundantes células ganglionares algunas con vacuolización citoplásmica y otras con pigmentación amarillenta y ausencia de núcleos. Hay infiltración linfocitaria focal.

CASO Nº 6. *Biopsia Nº C-5914. Descripción microscópica*

Los cortes revelan fragmentos de tejido nervioso entre los cuales se observan células ganglionares con abundante pigmento citoplásmico amarillo.

CASO Nº 7. *Biopsia Nº C-4668. Descripción microscópica*

Los cortes demuestran nódulos de tejido nervioso con células ganglionares, muchas de ellas anucleadas y con pigmentación amarilla citoplásmica.

CASO Nº 8. *Biopsia Nº C-3998. Descripción microscópica*

Los cortes demuestran fibras nerviosas enmedio de las cuales se notan células ganglionares con cambios degenerativos tales como ausencia del núcleo.

CASO Nº 9. *Biopsia Nº C-3898. Descripción microscópica.*

Se comprueba la naturaleza simpática de la muestra remitida. En algunas células ganglionares se observa pigmento pardo.

CASO Nº 10. *Biopsia W C-228L Descripción microscópica*

Se observa un pequeño nervio que hace contacto con una formación grande citoplasma granuloso, núcleo ligeramente excéntrico, dentro del cual se ad-glionar constituida por fibras nerviosas en todas direcciones y células redondeadas vierten pequeñas hemorragias.

CASO N^{9} 11. *Biopsia* Nº *C-2130. Descripción microscópica*

Los cortes revelan células probablemente gangrenadas y tejido compatible con simpático lumbar.

CASO N° 12. *Biopsia N^{9} S-1467. Descripción microscópica*

Los cortes revelan dos secciones transversales de tejido nervioso formado por proliferación de fibras fusiformes entre las cuales hay células ganglionares con citoplasma que tienen pigmentación amarillenta y nucléolo prominente.

CASO Nº 13. *Biopsia W C-1602 y C-1281. Descripción microscópica*

Los cortes revelan evidencia de tejido nervioso simpático con grupos de células ganglionares con abundantes pigmentos pardos en el citoplasma, se observan nervios mielínicos en filetes.

De los trece casos presentados podemos apreciar que en todos hay algunos cambios comunes que se han considerado como cambios de tipo regresivo. De estas lesiones las más frecuentemente encontradas fueron: la atrofia pigmentaria representada por el recargo de pigmentación citoplásmica o sea un exceso de lipofuscina dentro de la célula: los infiltrados linfocitarios en la mayoría de los casos fueron focales; la atrofia celular simple representada por la falta de núcleos en muchas de las células ganglionares. No apreciamos casos en los cuales hubiera edema del cstroma o neuronofagia; por el contrario dos de los ganglios presentaban pequeñas hemorragias focales probablemente de origen vascular.

En las figuras 1, 2, 3 y 4 pueden observarse los cuadros histológicos más típicos encontrados en este estudio.

Si bien el material estudiado es aún escaso, vale la pena hacer resaltar:

1.—Que en el 36.3% de los casos de TAO y en el 30% de los casos de A/O se encontraron lesiones regresivas de los ganglios simpáticos.

2.—Que los casos en los que no había patología arterial, 9 en total, la estructura histológica de los ganglios fue normal. Sobre la significación de estos cambios estructurales, Fontaine et. all expresan (2): "Nadie hasta ahora ha podido establecer formalmente si las alteraciones estructurales ganglionares, y en particular las observadas en el curso de las arteriopatías, deben ser consideradas como primarias o secundarias. Para L. Leriche que los dos procesos se entremezclan. En otros términos, que una arteriopatía de origen desconocido lesione los ganglios, cuya alteración morfológica agrave a su yez, por su mecanismo vasoconstrictor, los trastornos isquémicos".

No estamos en capacidad de asegurar qué importancia

pueden tener estos hallazgos. En principio se nos ocurre el siguiente dilema:

A) Que los cambios degenerativos de los ganglios tengan alguna responsabilidad en las alteraciones del tono vascular existente en los casos de TAO y AO.

B) Que los cambios degenerativos histológicos sean más bien una consecuencia de los trastornos vasculares propios de las enfermedades arteriales ya mencionadas existiendo por lo tanto alteraciones en la nutrición de las cadenas simpáticas como consecuencia de las perturbaciones propias de las fuentes de irrigación del sistema nervioso.

Esta segunda posibilidad nos parece más verosímil.

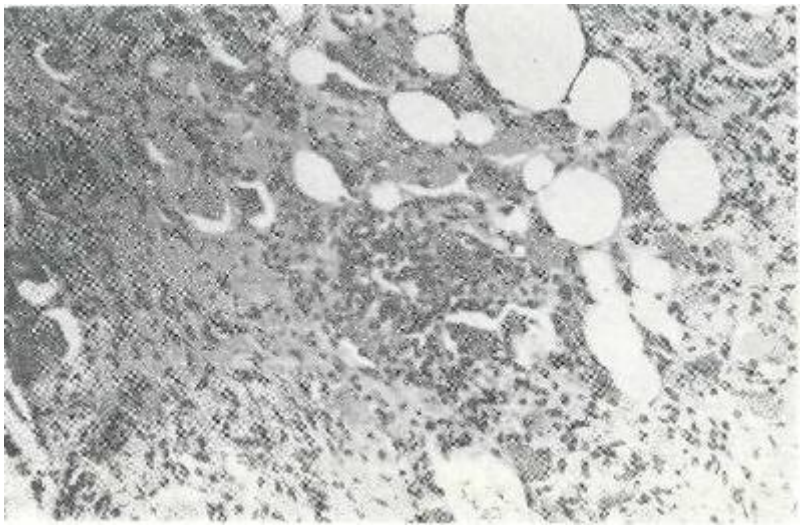
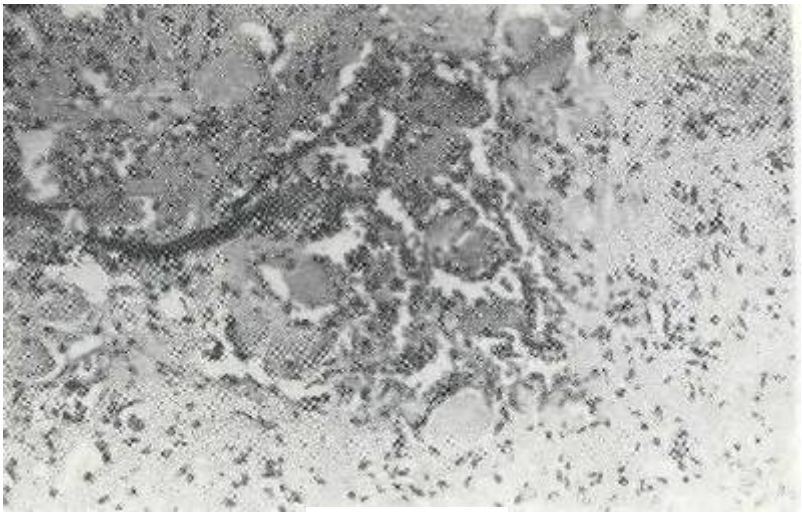


Fig. *1* Infiltrado **linfocitario**

Fig. 2 Células ganglionares anucleadas



Fi. 3
Microhemorragias

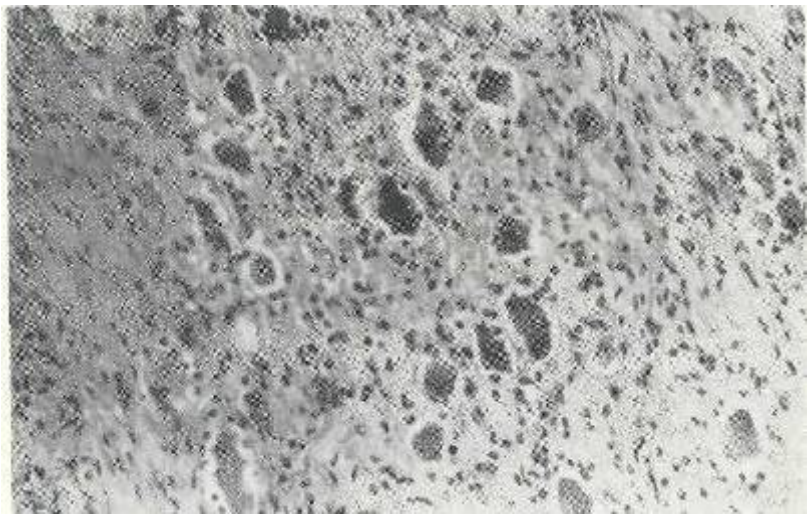


Fig. 4
Recargo de lipofucsina intracitoplásmico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Almonacid, E.; Falcon, O.; Feune, G. y Perianes, I.: Alteraciones estructurales de los ganglios simpático-lumbares en las arteriopatías obliterativas de los miembros inferiores. Angiopatías 6, 247, 1966.
2.—Fontaine, J.; Pietri, J. Z.; Awuyts, S.; Dayen, Mlle, E.; Foucher, G.; Giuffrifrida, L.; Castellani y J. Wertenschlag: Introduction au symposium sur la Sympatcctomie Lombaire. Revista Brasileira Cardovascular 5: 289, 1969.

Educación, Salud y Desarrollo

Dr. Jorge Haddad Q. (*)

Con los párrafos que siguen se pretende iniciar una etapa de concientizacion de los profesionales y estudiantes de las ramas del área de la Salud acerca de la necesidad de cambiar totalmente las estructuras académicas y administrativas de la Universidad en el campo de la salud, como única forma de poder promover el desarrollo del país mediante una adecuada formación y distribución de los recursos humanos en salud.

Es preciso establecer un orden en esta discusión, que se nos ocurre así:

a) Conceptos hacia los que la Facultad debe orientarse para revisar sus objetivos y metas;
b) Situación actual de la forma en que la Universidad cumple sus funciones en relación con el país;
c) Ideas que deben implementarse como planes operacionales para lograr los objetivos enumerados.

En la actualidad, las profesiones de salud que pueden alcanzarse en la Universidad son las siguientes:

a) Carrera de Farmacia, en la Facultad de Química y Farmacia;
b) Carrera de Odontología, en la Facultad de Odontología;
c) Carrera de Medicina, y las recién creadas carreras de
d) Enfermería (Licenciatura)
e) Microbiología (Licenciatura)
f) Psicología (Licenciatura)
g) Técnicos de Laboratorio Clínico,
todas en la Facultad de Ciencias Médicas.

En consecuencia, se producen en la UNAH siete tipos diferentes de profesionales, todos destinados a trabajar en el campo de la salud.

Para el país y las comunidades esto supone siete personas que trabajarán aisladamente, independientemente unos de otros, con cierta frecuencia en antagonismo unos con otros, sin una concepción clara de su papel, sin poder resolver por sí solos una buena cantidad de problemas médicos y no médicos. Significa además el enfrentamiento de una comunidad con un profesional "científico", pero sin sensibilidad humana, sin preparación humanística, sin formación social, sin fundamentos psicológicos que lo capaciten para comprender a sus semejantes en nada que no sea la interpretación fría de sus síntomas orgánicos.

Para el Estado significa el empleo no racional de profesionales, a menudo sin una adecuada correlación numérica entre unos y otros; en otras ocasiones significa, por ejemplo, el nombrar para cargos de administración en salud a profesionales no preparados en la ciencia administrativa. Representa,^ en suma, una subutilización de los recursos con una erogación alta en relación con los presupuestos nacionales, que no compensa en beneficios a la comunidad, teniendo como consecuencia inmediata una deficiente prestación de los servicios de salud, que siguen siendo entonces un privilegio para unos pocos en lugar de ser un derecho al alcance de todos.

{*) Decano, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Para la Universidad, el mantener en funcionamiento siete carreras significa dispersión siete veces magnificada de las erogaciones en administración, plantel docente, equipos y a veces planta física. Se traduce además en objetivos disímiles, en filosofía educacional diferente, en técnicas pedagógicas de distinto nivel, todo lo cual lleva a un producto totalmente discordante con los del resto de los miembros del "equipo de salud".

La consecuencia de todo esto está a la vista. La salud del pueblo de Honduras sigue siendo precaria. Los problemas sanitarios de 1970 prácticamente son los mismos de hace 25 años; y con un pueblo enfermo es ilusorio pensar en soluciones inmediatas a nuestro espantoso subdesarrollo. El egresado universitario de la década del 70 que estamos iniciando es un mejor "científico", pero es tan incapaz de promover el desarrollo como el egresado de la Universidad de la era pre-autonomía.

Con el afán de encontrar otro camino, la Universidad aprobó un Plan de Desarrollo en 1967; varias de sus metas se han cumplido o están en vías de cumplirse. Pero la meta fundamental aparece aún lejana: la reforma académica y administrativa en su aspecto radical, esto es, la supresión de las Facultades aisladas para dar paso a la creación de Divisiones que abarquen áreas más amplias del saber humano, no se ha emprendido. Tenemos temor ante las resistencias personales que existen, no queremos provocar el descontento de los apegados a la tradición; tememos destruir el inoperante sistema de esos pequeños leudos intocables, que no otra cosa son las actuales Facultades, verdaderas "torres de marfil" (2) inaccesibles al hondureño común e incapaces de ir al encuentro de las mayorías ciudadanas y de sus necesidades apremiantes.

El Plan de Desarrollo mencionado ordena la creación de una División de Ciencias de la Salud que impartirá enseñanza a estudiantes do diversas profesiones y producirá equipos de trabajo en lugar de individuos aislados. Por ejemplo, deberá producir un equipo dotado de un médico, enfermera, odontólogo, farmacéutico para comunidades como nuestras cabeceras departamentales; atenderá "en equipo" los problemas de salud, hasta alcanzar la meta común; deberá integrar equipos más modestos para comunidades más pequeñas; el grupo deberá incluir técnicos auxiliares paramédicos para ciertos centros de salud y hospitales; deberá contar incluso con ingenieros sanitarios, con microbiólogos, con psicólogos, para ciertas comunidades con problemas específicos de salud o para enfrentar epidemias, etc.

Además de unificar recursos, estas Divisiones o Centros ofrecerían la ventaja de formar y adiestrar a los alumnos dentro del espíritu de trabajo en equipo y con una visión multidisciplinaria de los problemas de salud (9). Para ello, es fundamental lograr la cooperación de todos los sectores comprometidos, sin egoísmos ni celos absurdos. "De no ser esto posible, ello significaría la negación misma de la Universidad" (9). Y, como afirma un destacado educador médico colombiano, una Universidad concebida exclusivamente como institución destinada a formar técnicos y profesionales, que sólo transmite información o conocimientos ya vigentes., estructurada como un conjunto o agregado de escuelas independientes y desconectadas unas de otras, corre el riesgo de desaparecer. Quizás deba desaparecer (6).

Ese es el fundamento de lo establecido en el Plan de Desarrollo.

Sin embargo, en la Universidad para el Desarrollo no se trata únicamente de cambiar planes de estudio ni sistemas administrativos. Implica transformaciones mayores para hacer realidad los objetivos.

Nos proponemos someter a la consideración del demos universitario los siguientes conceptos fundamentales:

1.—-La Universidad tiene como misión esencial el contribuir a! desarrollo y bienestar de toda la comunidad. Debe ser realmente un agente de cambio. Debe producir discontinuidad.

2.—La División de Ciencias de la Salud debe buscar la promoción y avance de los conocimientos en salud de Honduras (Investigación); debe transmitirlos (Docencia); debe asesorar a las entidades respectivas para la utilización de los resultados de las investigaciones (5, 7).

3.—Debe entenderse la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo como la ausencia de enfermedad.

4.—Debe considerarse la enfermedad no sólo como manifestación de un trastorno orgánico, sino que su estudio debe alcanzar el análisis de los factores sociales, económicos y culturales (8) que mantienen al hondureño en un estado de subactividad y de intracapacidad de producción.

5.—Debe abandonar de una vez por todas la tradición de adoptar planes y sistemas importados o "aconsejados" en reuniones donde participan países con situaciones *y* objetivos diferentes de los nuestros- Lo que debe contener el curriculum debe estar basado en la situación nacional, tanto en el área específica de salud como en lo referente a sistemas de vida, organización social deseable, características peculiares de personalidad del hondureño y conocimiento de los fenómenos sociológicos del hombre del campo y del hombre de la ciudad *de nuestro país.*

-+ 6.—Debe encomendar la sublime función de modelar y motivar las mentes jóvenes a docentes dedicados exclusivamente a la enseñanza y la investigación; a verdaderos maestros que hagan vida universitaria auténtica y que hagan de esta función el objetivo y razón de su vida **útil. 7.**—Debe abandonar la idea de que la producción de médicos y otros profesionales de salud en la forma tradicional llenarán algún día las necesidades de nuestras más apartadas comunidades. Debe enfilar desde ya su pensamiento a la creación de profesionales intermedios, de personal auxiliar, de personal "de batalla" para el campo y la zona rural, y no exclusivamente para el sofisticado ambiente del consultorio privado y del hospital equipado con todo lo necesario. (El número de hospitales estatales en Honduras no llega a 20 actualmente, y sólo uno tiene un equipo regular). 8.—Deb2 abandonarse la idea de planes de estudio rígidos y de la noción de que para graduarse todos tienen forzosamente que aprobar el mismo número de asignaturas, todas ellas obligatorias, todas ellas estereotipadas, como si todos los estudiantes tuvieran igual capacidad de aprendizaje y fueran todos destinados al mismo tipo de ejercicio profesional.

Concebimos entonces a la función universitaria en el campo de la Salud como enfrentada a una serie de necesidades a las que nos proponemos buscar solución mediante los análisis y estudios adecuados, con la imprescindible cooperación de iodos:

1 .—Creación de la División de la Salud o Centro de Ciencias de la Salud o Facultad de Ciencias de la Salud, como resultado de la desaparición de las tres Facultades y siete carreras independientes actuales, con las que puedan agregarse en el futuro. 2.—Elaboración del curriculum de esas carreras, basado en el estudio de:

a) Situaciones de salud de las comunidades en Honduras;
b) Tipo de ejercicio profesional actual vrs. tipo de ejercicio profesional efectivo para el país en general;
c) Recursos humanos y materiales existentes y alcanzables a corto plazo.

3.—Consideración de la Medicina como una disciplina social y no como un campo del saber enmarcado en lo biológico. (El objetivo de la Medicina es el hombre como parte de la comunidad y no como ente aislado). En consecuencia, las Ciencias de la Conducta, la Medicina Social y la Medicina Preventiva deben salir de los pequeños rincones en que se las acomoda en los curricula y ocupar igual jerarquía e igual intensidad de estudio que las ciencias básicas o las clínicas. Enseñar estos conceptos a lo largo de toda la carrera y estrechamente vinculada a todos los demás programas docentes.

4.—Distinción entre materias obligatorias para todos y los cursos o disciplinas electivas, cuyo número debe aumentarse; con esto se creará un plan de estudios muy flexible, que permitirá a cada estudiante avanzar a la velocidad más acorde con sus capacidades y le facilite escoger lo que más le interesa y más utilidad tendrá en su práctica, lo cual facilita el proceso de aprendizaje además.

5.—inclusión de Sociología, Medicina Social, Medicina Preventiva, Antropología y las Ciencias de la Conducta en las carreras de Farmacia, Odontología y Enfermería, y no solo en Medicina, (iodos los egresados estarán asi capacitados para funcionar como líderes de una comunidad, entendiendo esto como promotores del desarrollo nacional, como "agentes de cambio").

6.-—Cambiar el concepto vigente de Extensión Universitaria, sustituyendo el actual por aquel que busca la labor de campo de estudiantes y profesionales en el campo hondureño. (El proyecto Lempira de fa frontera, y los trabajos de Medicina Preventiva en Las Guanacias ilustran lo que entendemos por Extensión Universitaria).

7.—Reforzar el incipiente programa de Educación Continuada y convertir ésta en. una actividad permanente e intensa de la División.

8.—Implementar pronto una carrera corta para Auxiliares Médicos destinada a formar hombres sin brillo científico, pero ampliamente capacitados para enfrentar los problemas urgentes de salud en las comunidades más apartadas. Verdaderos técnicos de salud, sin requisitos científicos especiales, ni títulos de bachillerato pobremente desarrollados, ni pérdidas de tiempo en estudios generales o premédicos, de beneficio no muy claro actualmente.

9.—Creación de una planta docente de exclusiva dedicación a la Universidad. Creemos que con el mismo presupuesto actual de la Universidad o un poco más, puede reducirse sustancialmentc el número actual de docentes a tiempo parcial y a medio tiempo para obtener con un salario un poco mayor que el actual, planta docente calificada, que se olvide de otras actividades extrauniversitarias. Los departamentos de Fisiología y de Medicina Preventiva son una demostración actual de que es posible obtener profesores que no necesitan salarios altísimos para poder desempeñar una función honrosa y digna en la UNAH. La situación financiera de la Universidad es una realidad que no debemos desconocer; pero no debe supeditarse a ella el nivel de la prestación de servicios docentes.

10,—La función de investigación debe continuarse y ampliarse:

a) Investigación de nuestra flora y fauna, como ya se hace;
b) Investigación de nuestras enfermedades, de nuestras situaciones económicas, sociales y políticas;
c) Investigación de las características sociológicas del hombre a quien la Universidad se debe (4).

11.—La División debe trabajar estrechamente con todas las instituciones de salud (Ministerio de Salud, Instituciones de Seguridad Social) y los planes de estudio deben ser revisados anualmente en relación con los cambios en planes estatales de salud (3).

La promoción, prevención y recuperación de la salud es factor indispensable para que nuestros compatriotas puedan emprender las tareas que conducen al desarrollo y a la emancipación de las mayorías ciudadanas. Hay un camino mejor que el actual para lograrlo.

Y la Universidad es la institución por excelencia para encabezar la marcha por ese nuevo camino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—San Martín, H.; Salud y Enfermedad, p. 611. Prensa Médica Mexicana, 1968.

2.—Patiño, J. F.: Education in the Health Profesions to meet the needs of the nations. Journal of Med. Education, 43: 221, 1968.

3.—Ebert, Robert: The role of the Medical School in Planning the Health-care system. Journal of Med. Education, 42: 481, 1967.

4.—Campillo, C: Objetivos de la Educación Médica en México. Revista de la Facultad de Medicina. 10: 13, 1967.

5.—Martínez, P. D.: Repercusiones sociales y económicas de la integración de la educación en las profesiones de la salud. II Conferencia Panamericana de Educación Médica, 1969.

6.—Velásquez, G.: Conceptos y objetivos de la Educación en las Ciencias de la Salud. II Conferencia Panamericana de Educación Médica, 1969.

7.—Luna, R.: El por qué del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala y en qué consiste. 1969.

8.—Universidad de Brasilia. Catálogo informativo. 1968.

9.—Villareal, R.: Problemas y tendencias de la educación médica en América Latina. Educ. Médica y Salud, 3: 259, 1969.

Estudio coproparasitoscópico escolar en Santa Lucía, Departamento de Francisco Morazán, Honduras

Ores. Jorge E. Zepeda'

Gustavo A. Barahona'

De acuerdo con los datos del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas (1), Santa Lucía es una localidad situada a 19 kilómetros de la ciudad de Tegucigalpa, con una población aproximada de 866 habitantes y a una altura de 1,400 metros sobre el nivel del mar.

Tiene un clima muy agradable, con una temperatura que fluctúa entre 15[U] y 25° C, siendo un poco más frío en el período de noviembre a enero.

Es de tipo colonial, con calles estrechas, empedradas c irregulares y las viviendas están colocadas en la ladera de un cerro, con lo cual se obtiene un drenaje natural en la época de lluvias.

El 86% de la población se surte de agua del abastecimiento público de la comunidad, la cual es obtenida de una fuente distante, que se ha encontrado contaminada, con alto recuento de bacterias coliformes.

El 89-5% de los habitantes practica el fecalismo al aire libre, ya que carece de un sistema de disposición de excretas. El resto de la población (10.5%) utiliza letrinas o tiene instalaciones de servicios sanitarios, con fosas sépticas construidas sin control técnico adecuado.

El principal patrimonio de sus habitantes es el cultivo de hortalizas y flores, las que son llevadas para su venta a la ciudad capital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el presente trabajo, se examinaron muestras fecales de los alumnos de la Escuela Mixta "José Cecilio del Valle", única en la localidad, a la cual asisten niños de todos los rumbos de la misma. La edad estaba comprendida entre 5 y 16 años, perteneciendo 74 (50%) al sexo femenino y 74 (50%) al sexo masculino., dando un total de 148 niños examinados.

La recolección de las muestras se efectuó con la colaboración del personal del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas, que está desarrollando en el Municipio de Santa Lucía *un* programa de salud integral.

Las muestras obtenidas fueron suspendidas en solución de conservación y coloración M. I. F. (2) y aprovechando la concentración espontánea en dicho medio, fueron examinadas por el método directo, habiendo aplicado el procedimiento de concentración por centrifugación-flotación (3) en todas aquellas que resultaron inicialmente negativas. Sólo se examinó una muestra de cada niño.

Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el cuadro 1 se presenta la prevalencia parasitaria por sexos. Se obtuvo el *86.49%* de infección global, correspondiendo 85.13% al sexo femenino y 87.83% al masculino. La diferencia en los dos grupos es muy pequeña, de manera que se puede decir, que la parasitosis afecta en este caso, en forma similar a niñas y niños.

CUADRO 1

PREVALENCIA PARASITARIA POR SEXO

Sexo	*Nº de niños*	*Número*	*%*
Femenino	74	63	85.13
Masculino	74	65	87.83
Total	148	128	86.49

Los datos presentados en el Cuadro 2, se refieren a los tipos de parásitos encontrados. La prevalencia de helmintos fue mayor que la de protozoarios.

La frecuencia de parasitosis múltiple se muestra en cuadro 3, pudiéndose observar que de los niños positivos, más de la mitad tenían infestación por dos o más parásitos.

CUADRO 2

PREVALENCIA POR TIPOS PARASITARIOS

Tipo	*Positivos* *Número*	*%*
Por protozoarios	21	16.41
Por helmintos	61	47.66
Mixtos (Prot.-Helm.)	46	35.93

CUADRO 3

FRECUENCIA DE PARASITOSIS MULTIPLE

Niños	*Número*	*%*
Negativos	20	13.51
Monoparasitados	62	41.89
Biparasitados	55	37.16
Triparasitados	8	5.41
Tetraparasitados	3	2.03
Total	148	100.00

El cuadro 4 presenta la prevalencia por especies de parásitos, siendo *Ascarís lumbricoides* de mayor incidencia, seguido por *Entamoeba histolytica* que demostró cifras altas de niños parasitados.

CUADRO 4

PREVALENCIA POR ESPECIE DE PARASITO

Especie	*Nº parasitados*	*%*
Entamoeba histolytica	57	44.53
Giarda lamblia	14	10.94
Ascaris lumbricoides	90	70.31
Trichuris trichiura	35	27.34
Hymenolepis nana	7	5.47
Tenia sp.	2	1.56

En los cuadros 5 y 6 se presentan los datos de prevalencia parasitaria según grupos de edad, observándose especialmente que el grupo de niños menores (5-9 años) tenía una mayor infestación por *Ascárides*. En cuanto a los otros parásitos, las diferencias no fueron muy marcadas. El grupo de 15-19 años de edad era muy pequeño para poder sacar conclusiones relativas al mismo.

No se encontraron niños parasitados con uncinaria y *Strongyloides*, lo cual era esperado, dadas las condiciones climáticas del lugar. Sin embargo, Kotcher y Col. (4) en un estudio efectuado en Costa Rica, encontraron para uncinarias, incidencias hasta de 28.7% en localidades situadas a alturas mayores de 1.000 metros. Tampoco se encontró *Trichomonas hominis*, debido a su tamaño y a que sólo presenta la forma de trofozoito, la que es muy difícil de detectar en el medio empleado.

CUADRO 5

PREVALENCIA PARASITARIA POR GRUPOS DE EDADES

Grupos de edades	*Nº de niños*	*Número*	*%*
5 - 9	63	52	82.54
10 - 14	80	71	88.75
15 - 19	5	5	100.00

CUADRO 6

PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE LOS PRINCIPALES PARASITOS ENCONTRADOS, POR GRUPOS DE EDADES

Grupos de edades	*E. histolytica*	*G. lamblia*	*A. lumbricoides*	*T. trichiuris*
5 - 9	51.9	9.6	80.8	30.8
10 - 14	53.5	12.7	66.2	26.7
15 - 19	40.0	0.0	80.0	0.0

RESUMEN

El estudio de 148 niños de una Escuela Mixta de la localidad de Santa Lucía, departamento de Francisco Morazán, muestra una alta incidencia parasitaria (86.49%), prevaleciendo *Ascaris lumbricoides* (70.31%) y con un alto porcentaje de infestación por *Entamoeba histolytica* (44.53%).

Las condiciones de saneamiento de dicha localidad son muy deficientes y 89.5% de la población carece de sistema de disposición de excretas, practicando el fecalismo al aire libre, lo cual favorece la diseminación de parasitosis intestinales.

El Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras está desarrollando un programa de salud integral y es de esperarse que en el futuro, las condiciones sanitarias de esta localidad cambien totalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—-Memoria 1968. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Publicación mimeografiada. Enero 1969.

2.—Hunter, G. W., Frye, W. W. y Swartzwelder, . C: A Manual of Tropical Medicine. Pags. 807-808. W. B. Saunders Company. Philadelphia & London. 3era. Edición. 1960.

3.—Craig y Faust: Parasitología Clínica. Pags. 925-26. Unión Tipográfica Editorial Híspano-American a. México. Segunda Edición. 1961.

4.—Kotcher, E.; Hunter, G. W.; Villarejos, V. M.; Swartzwelder, J. *C.* y Payne, F. J.: Estudios epidemiológicos sobre cuatro nemátodos intestinales transmitidos por el suelo en Costa Rica. Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 63: 420, 1967.

SESIÓN CLINICO-PATOLOGICA

Dr. Virgilio Cardona López (*)

C. S- V., hombre de 42 años, casado, originario de Texíguat (El Paraíso), residente en esta capital, ingresó al Hospital General el 22 de mayo de 1969 y falleció el 5 de julio del mismo año.

S. P.: Fiebre, dolor de cabeza y vómitos.

E. A.: Desde 15 días antes de su ingreso presentó cefalea fronto-occipital continua y de gran intensidad, que no cedía con cambios de posición ni con analgésicos corrientes. Con igual evolución refirió fiebre intensa, no cuantificada, continua, sin escalofríos pero acompañada de diaforesis. 9 días antes de su ingreso se presentó anorexía con postración completa. Hace 6 días que no defeca y previo a ello lo hacía 3 veces al día, con heces duras, negras, con sangre, sin moco, acompañadas de pujo y tenesmo. Orina 5 veces al día, color amarillo intenso y en cantidad escasa. Sed intensa, toma unos siete vasos de agua al día. Presenta insomnio desde hace dos semanas. Niega convulsiones y tos. Presenta adinamía y dolor en masas musculares.

Enfermedades anteriores: Las eruptivas de la infancia. En la edad adulta, paludismo, gripe y parasitismo intestinal. Desde hace 20 años desviación de la comisura labial hacia la izquierda.

Hábitos: Ingirió bebidas alcohólicas (aguardiente y cerveza) en cantidad exagerada desde los 14 años hasta hace 11 años. Niega tabaquismo.

Dietética: Mala en cantidad y calidad.

Revisión de síntomas: La cefalea referida y mareos durante toda su enfermedad. Tinnitus desde hace 1 mes. Refiere haber presentado tos previa a su enfermedad actual, la que fue acompañada de expectoración amarilla purulenta.

EAMEN FÍSICO

T.: 37°5 C; P. A.: 130/70; P.: 80 p. m.; R.: 24 p. m.; Peso: 126 libras.

Paciente en mal estado general, decaído, con facies dolorosa, hipo y eruptos constantes.

Cabeza: dolor a la palpación de regiones temporales. *Ojos:* isocoria, globos oculares hundidos, conjuntivas palpebrales pálidas. *Boca:* desviación de la comisura labial izquierda, labios secos, aliento con acentuado olor a frutas podridas, dentadura en mal estado, lengua saburra!, mucosa oral seca. *Orofaringe:* normal. *Cuello:* pequeñas linfadenopatías dolorosas. *Corazón y pulmones:* sin anormalidades. *Abdomen:* excavado pero simétrico, dolor a la palpación profunda de la región infraumbilical y en ambas fosas ilíacas; no se palpan masas; se auscultan dos ruidos intestinales por minuto. Hígado dentro de limites normales. Bazo y ríñones sin patología. Tacto rectal doloroso, ampolla llena de heces pastosas, próstata normal, guante sale manchado de heces café oscuro. *Linfoganglionar:* Únfadenopatías dolorosas en regiones cervical, axilar e inguinal. *Resto del examen no es contribuyente.*

Jefe del Departamento de Patología, Facultad de **Ciencias** Médicas y Hospital General de Tegucigalpa.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y EVOLUCIÓN

22 mayo: N.N.P.: 106 **mgm.%;** Glucosa: 200 mgnis.%; Creatinína: 6 mgm.%; Cl: 125 mEq/L; CO2: 15,9 mEq/L; Na: (11 mEq/L; K: 3.8 mEq/L; G. B.: 10.150; Hg: 14,6 gm.; Ht: 47 vols.%; N: 88%; L: 12%; Glucosuria y Cetonuria: negativas; L.C.R.: amarillo turbio, coágulo presente, 50 cé lulas por mm.3; fórmula citológica: N-6% L-94%; Proteínas totales: 238 mgm%; Coloración Gram y Ziehl-Neelsen: negativos. Cultivos pendientes. Reacciones febriles negativas.

23 mayo: Orina: amarilla, turbia, pH 6, Albúmina ++, glucosa negativa, hematíes + + + +* leucocitos + + + +, cuerpos cetónicos negativos. N. N. P.: 131 mgm.%; Glucosa: 148 mgm.%; Creatinina: 11 mgm//í **CO2:** 20,23 mEq/L; Na: 129 mEq/L; K: 3,5 mEq/L; V.D.R.L.: Negativa; Proteínas to tales: 8,4 gm.%

24 mayo: Cultivo por piógenos de líquido cefalorraquídeo: Negativo.

26 mayo: Orina amarilla, turbia, pH 6,5, densidad 1.005, indicios de albú mina, glucosa negativa, abundantes leucocitos, piocitos + + +, sangre oculta positiva, epitelios -\-, cilindros granulosos +. Fue presentado al Neurocirujano qubn refirió encontrar solo un ligero aumento de los reflejos en miembro inferior izquierdo, sin ninguna otra patología necrológica y pensando que se trataba de patología rena! por hallazgos laboratoriales; insistió en nueva punción lumbar y sugirió la posibilidad de estudio neuro-radíológico.

27 mayo: Urocultivo negativo; L.C.R.: turbio, coágulo ausente, 44 células por mm3, N-32%, L-68%; proteínas totales 275 mgm.%; V.D.R.L. negativa; Cl-590 mgm.%, Glucosa 53 mgm.%, Gram y Ziehl-Neelsen: negativas.

28 mayo: Orina amarillo-rojiza, turbia, pH 6, albúmina ++, glucosa nega tiva, abundantes leucocitos, epitelios ++, sangre oculta positiva.

29 mayo: Proteínuría de 24 horas: 1 gm. Radiografía pulmonar: parénquima pulmonar normal, corazón, aorta y mediastino sín alteraciones. G. B,: 9.700; Hg.: 16,1 gm.; Ht.: 52 vols.%; **N-81%; L-19%.**

31 mayo: Urocultivo positivo por *Proteus mirabilis* (más de 100.000 bacterias por campo). Se hizo correspondiente anübiograma. N.N.P.: 119 mgm.%; CO2: 18 mEq/L; Na: 115 mEq/L; K: 10,4 mgm.%. Cultivo por piógenos en L.C.R.: .negativo.

Se mantuvo afebril con excepción del 1^ de junio en que presentó una elevación aislada de 38°C. Hubo un rápido descenso del peso, cuantificándose el 29 de Mayo 114 libras, el 31 de mayo 110 libras y el 2 de junio 108 libras.

El 29 de mayo tuvo una diuresis de 2.650 ce. el 30 de mayo **1.100** ce, el 31 de mayo 1.600 ce y el 2 de junio 1.150 ce. En los demás días no se obtuvo ese dato.

El 2 de junio se consignó que l paciente presentó "una especie de convulsión" sin especificar más detalles. El 3 de junio estuvo delirante. El 4, además de su estado delirante, presentó movimientos continuos de lengua, labios y miembros inferiores. Ese mismo día se le practicó arteriograma carotídeo visualizándose los árboles arteriales sin evidencia *de* patología orgánica.

El 5 de junio por la mañana se encontraba tranquilo, respondiendo al llamársele por su nombre. Falleció ese día a las 3:00 p. m.

Desde su ingreso hasta el 2 de junio su tratamiento consistió en Largactil, sueroterapia y restitución electrolítica. A partir de esa fecha se inició estreptomicina 1 gm. diario y doranfenicol, 250 mgm. Q.I.D. por dos días para luego seguir con 150 mgm. B. I. D. hasta su fallecimiento.

Los diagnósticos clínicos de ingreso fueron: IJ Deshidratación grado II, 2) Meningismo, 3) Parasitismo intestinal y 4) Descartar diabetes.

COMENTARIOS

Este caso fue discutido por e! Dr. Armando Rivas ante estudiantes de Medicina y Médicos de los distintos Departamentos del Hospital General de Tegucigalpa el 22 de agosto de 1969.

Se llegó a varios diagnósticos, entre los cuales estuvo el de insuficiencia renal crónica por el respaldo de los exámenes de laboratorio, como eran los de orina (albuminuria, hematuria) y química sanguínea (N.N.P. que osciló entre 106 y 131 mgm-%, Creatinina 4,8 mgm.%). Se atribuyó a una pielonefritis por tuberculosis renal la etiología de la insuficiencia renal. Como había un cuadro ncurológico con líquido cefalorraquídeo con linfocitosis se pensó en la existencia de una meningitis tuberculosa.

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS: 1) Insuficiencia renal crónica por tuberculosis renal; 2) Meningitis tuberculosa.

HALLAZGOS DE AUTOPSIA

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Cavidades pleurales: fuertes adherencias en ambos vértices pulmonares. Otras cavidades no presentaban anormalidad. El pulmón derecho aumentado de peso y al corte había nodulo blanquecino, duro, de I cm. en el vértice. Pulmón izquierdo normal. Ambos riñones presentaban las siguientes características: grasa perirrenal y cápsula fuertemente adheridas, con múltiples nodulos blanquecinos de 0.5 cm.; la superficie de corte de ambos riñones mostraron múltiples nodulos de 0,5 a 2 cm., de aspecto caseoso que casi han destruido el parénquima en su totalidad. Cerebro de peso normal, sin patología macroscópica. Intestino delgado con 2 ascárides. Resto de los órganos no presentaron anormalidades macroscópicas.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Riñones: Congestión, áreas de necrosis rodeadas de células inflamatorias crónicas (linfocitos y células plasmáticas); hay formación de granulomas con células gigantes tipo Langhans y necrosis central; en áreas preservadas hay glomérulos hialinizados c infiltrado inflamatorio interlobular; la grasa perirrenal también mostró granulomas.

Bazo: Presentó la misma reacción granulomatosa que los riñones.

Las *suprarrenales, vejiga e hígado:* mostraron igual reacción.

El *nodulo pulmonar* descrito macroscópicamente estaba formada por focos de infiltrado linfocitario y granulomas caseificados.

El *cerebro* presentó meninges con abundante infiltrado inflamatorio crónico. Resto de los órganos no mostraron patología.

DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS FINALES: I) *Tuberculosis miliar* afectando riñones, vejiga urinaria, hígado, bazo, pulmones y meninges, 2) *Uremia* (N.N.P. 119 mgs.%), 3) *Desequilibrio hidroelectrolítico* 4) *Parasitismo intestinal.*

CAUSA DE MUERTE: Uremia con desequilibrio hidroelectrolítico por tuberculosis miliar.

NOTA: Esto representa un caso de tuberculosis renal nodular, la cual es casi siempre secundaria a un foco pulmonar. En estos casos siempre hay cistisis tuberculosa con síntomas.

Fig. 1

Obsérvese los ríñones aumentados de tamaño con lesiones nodulares.

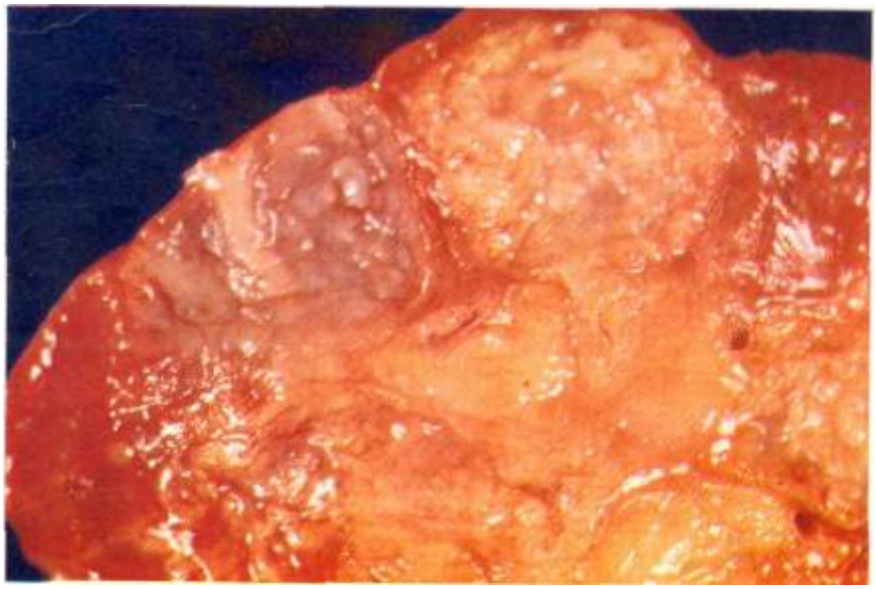
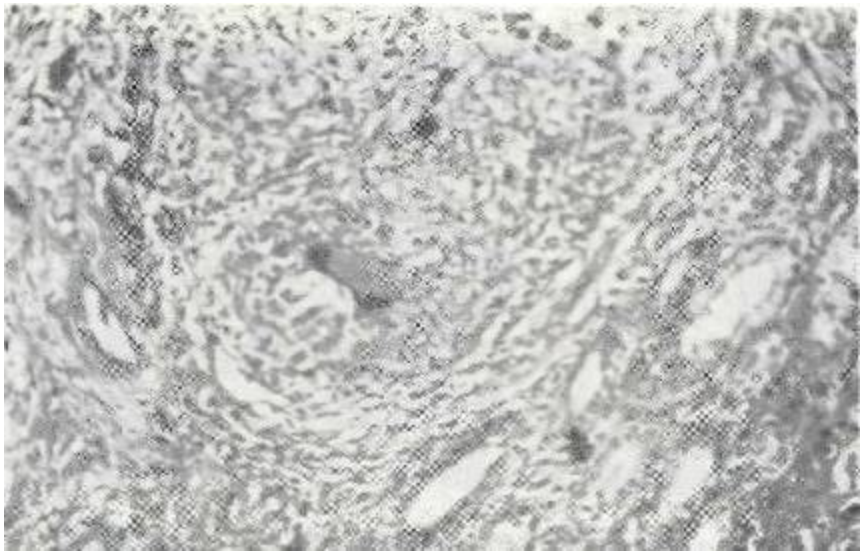


Fig. 2

En mayor aumento de lesiones nodulares demuestran necrosis caseosa blanco-amarillenta.



Corte de riñon. Granuloma con evidencia de células gigantes multinucleadas en la región central. 45x.

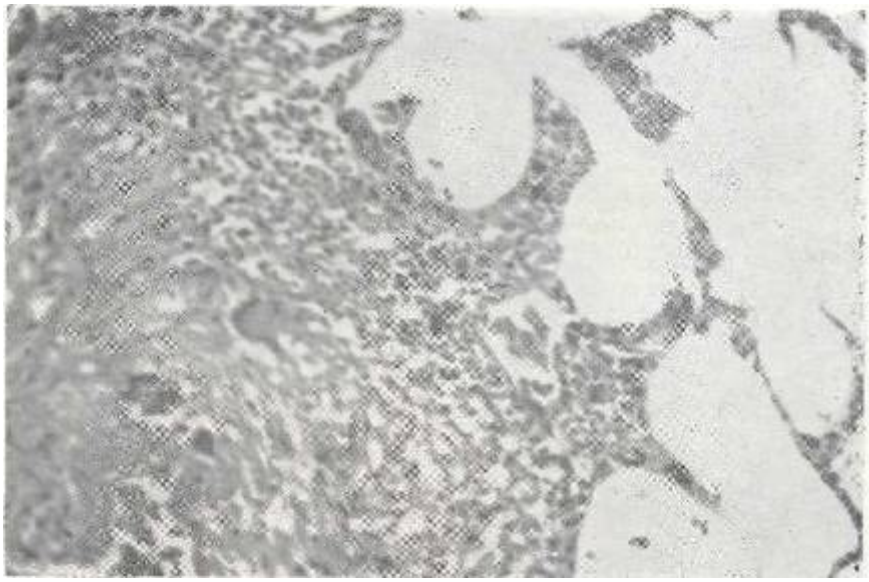


Fig. 4

Lesión granulomatosa del pulmón demostrando células gigantes multinucleadas en la periferia y necrosis central. 10x

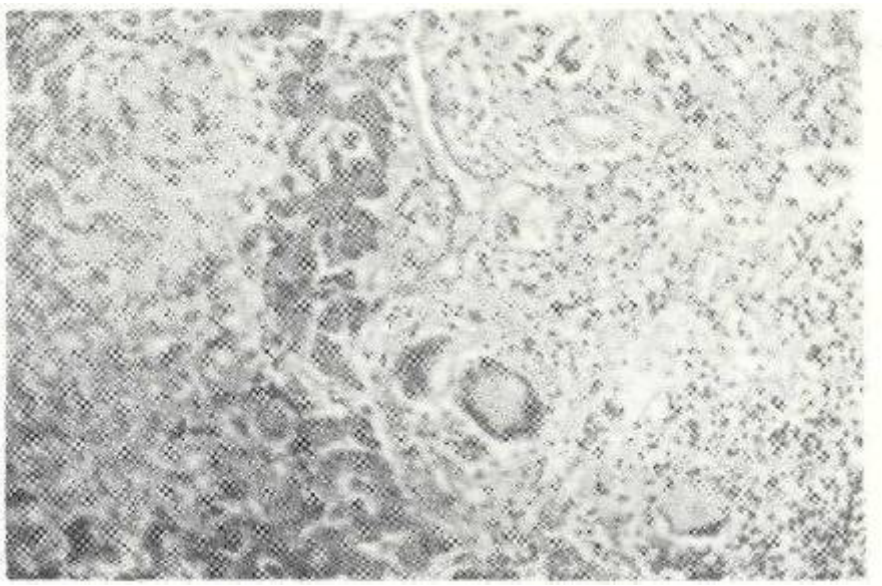


Fig. 5

Corte de hígado también demostrando reacción **granulo-**matosa. 45x.

Fig. 6

Corte de bazo *con* granulomas con necrosis caseosa central y reacción **histiccitaria y linfocitos en la periferia. 45x**

AVISO

SE PONE EN CONOCIMIENTO DE LOS COLEGIADOS DE TODA LA REPUBLICA QUE EL CONSEJO EDITORIAL DE LA "REVISTA MEDICA DE HONDURAS" ACORDO ESTABLECER DESDE EL PROXIMO NUMERO UNA SECCION DE PREGUNTAS EN LA QUE SE DARA RESPUESTA A LOS PROBLEMAS QUE LOS COLEGIADOS TENGAN EN SU PRACTICA DIARIA. SUS PREGUNTAS MEDICAS PUEDE DIRIGIRLAS AL SECRETARIO DEL CONSEJO EDITORIAL, APARTADO POSTAL Nº 810, QUIEN HARA QUE LAS RESPUESTAS SEAN EVACUADAS POR EL PROFESIONAL MAS APROPIADO. LA PERSISTENCIA DE TAL SECCION SERA REGIDA POR EL USO QUE DE ELLA SE HAGA.

LA DIRECCION

Corrijamos Impropiedades

Dr. Silvio R. Zúñiga

El aporte que a esta Revista hizo en su número anterior el Dr. Osear Fonseca C. nos ha movido a continuar llamando la atención sobre algunas incorrecciones que hemos observado que a diario se cometen en el léxico médico nacional. No pretendemos erigirnos en cátedra de pureza idiomática médica pues seguros estamos que frecuentemente cometemos errores de esa naturaleza que se nos han pasado inadvertidos y, por tanto, reincidimos en falta. Ojalá que algún otro colega envíe su contribución a esta sección, que nos ponga en evidencia las mismas con miras a enmendar esas incorrecciones nuestras.

Trataremos *de* enfocar en más de una publicación los "resbalones lingüísticos médicos" que hemos constatado en nuestro medio y, en la presente ocasión, trataremos de neologismos.

En nuestro vocabulario medico es el idioma inglés el que mayor número de invasiones comete o, mejor dicho, es al que mayor número de veces hacen algunos que se introduzca impropiamente. Es lógico que tal suceda ya que es el idioma que más cerca tenemos, la literatura médica en esa lengua es copiosísima y, además, es grande el número de médicos que van al país del Norte a efectuar estudios de post-graduado. En la mayoría de las veces existen en español las apropiadas palabras que expresan adecuadamente lo que se quiere significar con esos neologismos; reconocemos que pueden existir palabras médicas inglesas intraducibles o que una sola palabra no puede ser substituida por una sola española, pero éstas son una minoría y de ellas, en verdad, solo nos acude la mente el término "stress", que ya ha cobrado carta de ciudadanía en la jerga médica hispanoamericana.

A continuación expondremos una corta lista de vocablos ingleses. Con toda seguridad la misma es mayor. En cada una de ellas se expresa lo que a nuestro entender es la palabra o expresión que debe substituir al anglicismo.

FLAT.—Este vocablo se oye frecuentemente en clínica radiológica y la expresión "flat de abdomen" es de uso diario en nuestro medio. Se quiere significar que se ha tomado una radiografía de abdomen sin que se haya utilizado ningún medio radio-opaco en tubo gastrointestinal, biliar, urinario, vascular, etc. Lo que se obtiene es una *"radiografía simple de abdomen"*. El máximo de incorrección se logra cuando se dice "le tomaron un flat simple de abdomen".

THRILL.—Se usa especialmente en Patología Vascular y con este término se designa la vibración que perciben los dedos o mano exploratoria al ubicarse sobre una fístula arterio-venosa o sobre un aneurisma y que es debida al estremecimiento vibratorio de la columna sanguínea al pasar de un lugar más estrecho hacia otro más amplio. La palabra adecuada que la debe sustituir es *"estremecimiento"*.

SHOCK.—-Es, talvez, el neologismo inglés más común en nuestra terminología médica. Lo usamos impropiamente a diestra y siniestra aún sabiendo que, según los casos, puede ser traducido por *choque, postración, colapso,* etc. De este vocablo se derivan una serie de términos inadecuados originados en el neoverbo "shockar" (shockado, shockante).

INJURIA.—No es infrecuente oír expresiones de esta naturaleza: "La injuria del nervio óptico suele ser irreversible en la intoxicación metílica" queriéndose decir que el daño físico (atrofia) del nervio acostumbra a ser permanente bajo esas circunstancias. Nada más inapropiado que esta expresión originada en el término inglés "injury" que significa "daño, avería, lesión'[1] y que al ser mal traducido a "injuria'' no se logra expresar lo que se desea ya que injuria en español significa ofensa o ultraje, condiciones que no son físicas sino morales.

TEST.—Tanto en el ambiente académico como en el clínico y laboratorial se oye con frecuencia esta palabra: "test de evaluación", "test da la glucosa", "test de! guayaco", "test de insuficiencia valvular venosa". Deben usarse las expresiones españolas prueba, ensayo, examen o reacción.

REPORTE.—'Al referirse a las respuestas procedentes de un medio auxiliar diagnóstico suele emplearse esta palabra y, aún más, se ha hecho originar *di* ella el verbo "reportar". Así se oye mencionar el "reporte radiológico", el "reporte laboratorial", el "reporte anatomopatológico" o se anuncia que "aún no han reportado el examen". Se asegura que la autoridad lingüística española ya aceptó el término "reportero" pero no ha desaparecido la correcta palabra "informe" ni el verbo "informar" que son los que deben emplearse.

CHEQUEO.—Es común oir frases como las siguientes: "voy a hacerme un chequeo médico" o "me chequié y nada malo me encontraron". Esas expresiones son comunes entre el público no médico pero, en más de una ocasión, se ha oído decir a un profesional de la Medicina asegurar: "yo le aconsejé que se chequeara en tal clínica de Nueva Orleans". Reconocemos que la expresión es cómoda y explícita pero no por ello deja de ser incorrecta debiendo ser substituida por "examen médico general" ya que "chequear" en español significa "girar cheques".

INTUSUSCEPCION.—En el lenguaje clínico quirúrgico se oye de tarde en tarde este término al referirse a la obstrucción mecánica estrangulante del intestino producida por el atelescopiamiento del mismo. El término correcto es "invaginación" y no el anotado ni la palabra inglesa originaria de tal error "intussuscsption".

IMBALANCE.—Estamos acostumbrándonos a oir este nombre específicamente en trastornos hidroelectrolíticos. Cuando la imaginaria balanza constituida por dos platillos en los cuales yace el ácido carbónico, por un lado, y la base bicarbonato, por el otro, está más pesada en uno u otro sentido, resulta que el equilibrio queda roto y descenderá más uno de los mencionados platillos, produciendo acidosis o alcalosis. Lo que resulta es un "desequilibrio" y no un "imbalance", palabra inexistente en español.

ESLAID.—Término comúnmente empleado por conferencistas que se auxilian en su exposición con proyecciones fijas. El término inglés original es "sude" y el correspondiente en español es "transparencia".

BY-PASS.—Es de uso corriente en Angiología para significar que se ha salvado la existencia de un obstáculo mecánico circulatorio completo por medio de una comunicación que parte del segmento supralesional y llega a la porción infralesional. El término correcto en español es "derivación".

P_ B. I.—Estas siglas quieren significar una prueba de funcionamiento tiroideo y se extrajeron de la frase "Protein-bound Iodine" o sea Iodo Ligado a Proteína (I. L. P.)

B. S. P.—La palabra inglesa originaria de las mismas es la siguiente: "Sulfobromphthalcin" que es español es Bromosulfoftaleína y que de usarse en forma de siglas debería ser "B. S. F."

B. U. N.-—Son las iniciales de las tres siguientes palabras: "Blood Urea Nitrogen" que en español significan "Nitrógeno Ureico Sanguíneo". Las siglas correctas en nuestro idioma son: "N. U. S."

INCARCERADA.—Se usa esta palabra para calificar a las hernias que son crónicamente irreducibles y que, por tanto, no van acompañadas de trastornos vasculares del contenido herniario. Este término se origina en una mala traducción del inglés. La expresión foránea es "incarcerated hernia" en la cual el verbo "to incarcerate" significa encarcelar, mantener en prisión. Manera correcta de calificar esta patología será llamarla "hernia encarcelada".

FROZEN.—En una reciente reunión de colegas se oyó la expresión siguiente: "Lo indicado es efectuar un frozen en el acto quirúrgico". Aunque adecuada la intención, la expresión no es feliz si es que se quiso indicar el estudio histológico de un tejido seccionado bajo la condición de congelación.

SURVEY.— Se ha oído este término especialmente en Medicina Sanitaria en frases como la siguiente: "Un survey efectuado en la población rural demostró la total ausencia de letrinas". ¿Por qué no sustituir en tal aseveración la palabra "survey" por "investigación" o por "encuesta"? Con ello no dañaremos al idioma y nos expresaremos más adecuadamente.

SICKLEMÍA.—Se usa este neologismo queriendo significar que en la sangre están presentes glóbulos rojos en forma de hoz (sickle) despreciando términos correctos en español que tienen ese significado: drepanocitemia o drepanocitosis.

STOP.—No queremos acostumbrarnos a oír frases como la siguiente: "La broncografía demostró que en el tercio medio del bronquio derecho existe un stop" ¿Por qué importar palabras cuando ya existen otras en español que tienen igual significado? ¿Por qué no usar la palabra "paro" en la frase anterior y en todas sus semejantes en lugar de "stop"?

COTÓN.—En Neurocirugía es usual oír que se pide a la instrumentista "cotón" y, en un principio pensábamos que el material empleado era algodón preparado en forma especial para esta cirugía. Investigaciones posteriores nos demostraron que la marca de fábrica del producto es "cottonoid" (semejante a algodón) pero que en realidad es rayón laminado cortado en pequeños fragmentos. Doble error, llamar algodón a un material que es rayón y usar un anglicismo para determinarlo. ¿Por qué no pedirán simplemente "rayón"?

STOCKINET.—En Traumatología es de uso frecuente el neologismo en mención. Según el Diccionario Inglés se da este nombre a una tela elástica que imita al punto de tejido a mano y con ella son hechas las medias, ropa interior, etc. ¿Por qué no substituir la palabra "stockinet" por "media"? ¿No es una media de diámetro variable y de ¡a longitud deseada la que usa el Traumatólogo cuando efectúa un enyesado?

EXTRACTOS DE REVISTAS

ESTADO ACTUAL DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

CLEARY, R. E. y Dajani, R. M. The Med. Clin, of North Amer. 54: 163 Enero 1970. 81 referencias.

Los anticonceptivos orales han sido aceptados y usados extensamente. En 1967, 7 millones de mujeres norteamericanas los usaron. El crecimiento poblacional y su virtual efectividad del 100% son factores que han contribuido a su aceptación.

PREPARACIONES: La composición básica de la pildora descansa en estrogenos y progesterona sintéticos a diferentes dosis y regímenes.

1.—*Combinados:* la tableta se usa diariamente durante 20 o 21 días.

2.—Secuencial: el estrógeno se administra durante 14-16 días, seguida de la administración diaria de una tableta combinada (estrógeno y progestina) por 5 o 6 días más.

3.—-Régimen continuo de progestina: (en investigación) Es efectivo pero produce irregularidades hemorrágicas.

MODO DE ACCIÓN: Pueden actuar en grados variables en cada una de las siguientes áreas: (1) Hipotálamo y pituitaria, (2) Endometrio, (3) Moco cervical y (4) Huevo o metabolismo del esperma. Sin embargo, el mecanismo por el cual inhiben la fertilidad en cada sitio no se conoce completamente. La hipótesis de que los estrógenos o la progestina pueden inhibir la liberación de gonadotrofinas fue formulada originalmente sobre datos de la gonadotrofina urinaria. Varios investigadores han demostrado que las preparaciones combinadas inhiben la elevación temprana de la hormona folículo-estimulante y producen abolición de los picos en la parte media del ciclo de la hormona luteotrópica y de la folículo-estimulante. Las preparaciones secuenciales interfieren la secreción cíclica de ambas hormonas.

Cambios en los niveles plasmáticos de ambas hormonas no significan necesariamente que la pituitaria sea el sitio de su acción, por tanto, el sitio actual de acción puede ser el hipotálamo o un centro cerebral superior. Los anticonceptivos producen cambios definitivos en el cstroma y en las glándulas del endometrio que pueden prevenir la implantación del huevo. El efecto sobre el moco cervical inducido por la progestina consiste en inhibir la migración del esperma.

EFECTIVIDAD: La pildora combinada es actualmente la forma más efectiva de la anticoncepción. El sistema secuencial tiene un mayor índice de preñez pero mucho menor que otros medios.

EFECTOS COLATERALES: Sobre los carbohidratos modifican la curva de tolerancia a la glucosa, aumentan los triglicéridos, la producción de insulina y de la hormona de crecimiento. Sobre el hígado pueden producir icteria por estasis biliar hepatocelular y canalicular reversibles al descontinuar la droga. Aumentan la retención de BSF. No deben de usarse en la colestasis del embarazo, cirrosis biliar primaria y en la hiperbilirrubinemia constitucional. Como los cambios están relacionados con la dosis se recomiendan dosis menores.

Sobre la función tiroidea los estrógenos inducen aumento de la fijación de la hormona tiroidea por parte de la globulina fijadora por tanto aumentan los valores de iodo fijado a proteína en suero y disminuyen la toma o captación por los hematíes o las resinas de la triidotironina marcada. Amenorrea: Puede aparecer al descontinuar la pildora y puede durar hasta 12 meses. 8 de los 22 casos que la presentaron padecían de irregularidades menstruales. Pudiera suceder que la causa existiera antes del tratamiento. Efectos sobre la coagulación sanguínea: Existe aumento de (os factores II. VII y VII-X, aumento de la actividad fibrinolítica. Muchos autores creen que estas alteraciones no inducen trombosis venosas.

El autor menciona varias clases de progestinas empleadas en las pastillas, 17 productos combinados y 4 secuenciales, efectividad de los diferentes medios anticoncepcionales.

(Dr. J. A. P. R.)

ESTADO ACTUAL DE LA ER1TROPOYETINA

KRANTZ, S. B. The Med. Clin, of North Amer. 54: 173. Enero 1970. 60 referencias.

La eritropoyetina es una hormona que actúa a nivel de médula ósea incrementando la producción de células rojas. Se le encuentra en el plasma y orina de los humanos. Su producción aumenta o disminuye según haya hipoxia c aumento de oxígeno sanguíneo. La hipoxia atmosférica o anémica y el aumento del O^2 atmosférico o si hay plétora sanguínea aumentan la eritropoyetina y la eritropoyesis o la disminuyen respectivamente. Similarmente' la hormona tiroidea o dinitrofenol que aumentan el consumo de O^2 y el hípotiroidismo, hipofisectomía o la falta absoluta de ingesta que reducen su consumo aumentan o disminuyen respectivamente la producción de eritropoyetina. Cualquier cambio *en* el nivel de oxigenación tisular es, por tanto, seguida de una alteración de la producción de eritropoyetina y una modificación compensadora tiene lugar a nivel de la producción de glóbulos rojos para restablecer los valores previos de oxigenación tisular.

El riñon controla la producción de eritropoyetina. Hay otros lugares donde se producen pero no se conocen. La eritropoyetina es una glicoproteína de peso molecular 60.000 a 80.000. La hormona actúa sobre una célula anterior al eritroblasto convirtiéndola en esta célula **morfológicamente** bien definida. La diferenciación futura del eritroblasto continúa sin necesidad de la hormona. Sin embargo, hay alguna evidencia que se le necesita para esta maduración y la liberación de reticulocitos hacia el plasma.

Relación de la erirtopoyetina y estados clínicos.

La anemia debida a hemorragia o hemólisis se acompaña de aumentos de la eritropoyetina urinaria y sanguínea. Las anemias debidas a la depresión medular en la formación de hematíes pueden asociarse a valores altos de eritropoyetina o a valores normales.

En la uremia la anemia se debe a deficiente producción de eritropoyetina y aunque la anemia puede ser severa no hay elevación de eritropoyetina. Sin embargo, otros factores pueden entrar en juego.

ESTUDIO DE LOS PELIGROS DE LA PEPARACION ANTIB1OTICA DEL INTESTINO PARA CIRUGÍA. THTEME, E. H. y Fink, G. Surg. 67: 403, marzo 1970.

Este estadio fue efectuado en una serie de 112 pacientes. En 29 el intestino fue preparado únicamente con neomicina. En 36 se usó neomicina y sulfa durante un corto período. En 47 pacientes se usó exclusivamente sulfa por más de 4 días (usualmcnte 7 a 10) agregándole neomicina en las 36 horas finales. Se utilizó, asimismo, catarsis, preparación mecánica y dieta. Se tomaron cultivos al efectuar la cirugía, después de la misma y antes de la exhospitalización. No se pudo demostrar superioridad de ninguno de los tres métodos. La preparación dio por resultado no mostrar crecimiento o solo de levaduras en el 50% y una significante alteración de la flora en un 25% adicional. El cambio de la flora no resultó sobrecrecimiento estafilocócico que condujera a una enterocolitis estafilocócica o en la infección estafilocócia de la herida. Concluyen que la preparación antibiótica del intestino puede ser usado inocuamente.

(Dr. S. R. Z.)

¿CUANDO OPERAR POR COLECISTITIS AGUDA?

HILTON, H. D. y Griffin, W. T. Postgr. Med. 47: 120, Febrero 1970.

Ante diversos juicios y actitud terapéuticas los autores estudian 250 casos consecutivos no seleccionados de colecistitis aguda colectados en un lapso de 15 años. De su estudio concluyen que el Cirujano obtendrá los mejores resultados si opera dentro de las 72 primeras horas del comienzo de la colecistitis aguda, ya que en esta fase la falta de reacción fibrosa hace más fácil la remoción vesicular. Dan por entendido que el diagnóstico está bien establecido y que las anormalidades de líquidos, electrólitos y metabólicos han sido corregidas. Opinan que la colecistectomía debe ser el procedimiento de elección, en tanto que la coledocostomía debe reservarse para los casos desesperados. Indican que la operación debe extenderse a la exploración del colédoco ya que la incidencia de cálculos en las vías principales es alta. Aseguran que el procedimiento no aumenta la mortalidad y reduce la posibilidad de una segunda operación.

(Dr. S. R. Z.)

GASTROPATIA CHAGASICA CRÓNICA:

NUEVAS PERSPECTIVAS DE DIAGNOSTICO.

V1EIRA, C. G., de Godoy, R. A. y Mcneghelli, U. G. Rev. da Assoc. Méd. Brasileira. 15: 383, septiembre 1969.

Los autores recuerdan que la existencia de una forma gástrica de la enfermedad de Chagas fue dada a conocer por Porto en ¡955 con la observación clínica de 23 casos. A continuación actualizan los informes sobre esta condición, tanto desde el punto de vista anatomopatológico, clínico y del estudio de la función secretora y motora del estómago chagásico. Con base en estos datos afirman que la gastropatía chagásica crónica es una entidad perfectamente individualizada que ocurre en el 18% de los chagásicos crónicos, que como afección aislada ocurre raramente y que los síntomas pueden sugerir estasis gástrica no dependiente de acalasia pilórica sino de una incoordinación motora del órgano por denervación parasimpática. Los criterios fundamentales para su diagnóstico los resumen así: 1) hiper-reactividad motora de la musculatura gástrica a la

metacolina, 2) aumento evidente de la acidez gástrica o de producción de ácido por la asociación de pequeñas dosis de betanecol, 3) estasis gástrica radiológica superior a 6 horas y 4) atrofia de la mucosa gástrica asociada a la hipertrofia de la *muscularis mucosae* estando ausentes los signos inflamatorios de gastritis.

(Dr. S. R. Z.)

BIOPSIA DE GANGLIOS LINFÁTICOS ESCALENICOS.

ASHBAUGH, **D. G.** The **Surg.** Clin, of N. Amor. 49: 1385, diciembre 1969.

El autor asegura que desde 1949, época en que Daniels analizó el papel diagnóstico de este examen, el valor del procedimiento ha sido inflado y desinflado pero que, a pesar de la controversia, la biopsia permanece "útil en el diagnóstico de ciertas enfermedades intratorácicas".

Al analizar sus indicaciones asevera que es diagnóstica en el 80% de sarcoide pulmonar o mediastínico; lo es, también, en el carcinoma pulmonar e indica inoperabilidad del caso. En otras lesiones pulmonares tiene un escaso margen diagnóstico y no se recomienda para tuberculosis, histiocitosis X, fibrosis pulmonar intersticial o tumores mediastínicos; para estos casos recomienda la biopsia por toracotomía.

Da la técnica quirúrgica, sus complicaciones y cinco referencias.

(Dr. S. R. Z.)

SERVICIO A LOS COLEGIADOS DE TODA LA REPÚBLICA

Si Ud. tiene interés en obtener el artículo original de los que en esta sección se extractan, puede solicitarlo a la Secretaría del Consejo Editorial quien, por arreglo con el Colegio Médico de Honduras, le remitirá a precio de costo fotocopias de cada una de las páginas del mismo.

HIMNO A LA MUJER

Dra. Hena Cardona de Herrera (*)

CORO

Todo un himno de amor que enaltece
entonemos con voz armoniosa
para honrar la mujer que merece
su sagrada misión, tan gloriosa.

SOLO

Escogida por Dios en la tierra
para dar con tu amor y dulzura
a la vida con honda ternura
el milagro sublime de amor.
Con tu hijo, que es parte de tu alma,
de mujer, que se siente mujer,
participas con todo tu ser
en la obra del Sumo Creador.

Es por eso, mujer, que al ser madre
y al sentir en tu vientre fecundo
la criatura que traes al mundo
te conmueve con gran emoción.
Y al nacer ese fruto esperado
tus cuidados con toda paciencia
le prodigas con rara sapiencia
abnegada en tu noble misión.

Un influjo sutil, femenino,
de infinita y vital trascendencia
te hace ser de la vida la esencia
en el seno feliz del hogar.
Complemento innegable del hombre
tu compartes con él sus anhelos
y en las noches de inmensos desvelos
eres fuente de amor y de paz.

Si por mística ruta transitas
en tu afán de servicio divino
abnegada en tu austero camino
eres madre también de verdad.
En tu pecho de casta doncella
y en tu espíritu hambriento, un niño
siempre encuentra refugio y cariño
siempre encuentra calor maternal

Hermanadas en el infortunio
divorciadas, solteras y viudas
con tus hijos y tus amarguras
como madres, la prueba es de fuego.
Es allí donde tu alta conciencia
de persona, en sus justos valores,
sometida a tremendos rigores
se agiganta o se abate hasta el suelo.

Por el bien que a tu hijo concierne
no te importa cualquier sacrificio.
Lo que sea en su real beneficio
tú lo aceptas sin más, con amor.
¡Cómo sufres si él está enfermo!
¡Qué de angustias si grave lo ves!
Pero ¡Ay.... si lo pierdes! nada es
comparable a tu inmenso dolor.

Al pasar y correr de los años
con tu rostro ajado y marchito
coronado tu cielo bendito
amorosos te nacen los nietos.
Complacida en tus tiernos retoños
que florecen en forma admirable
tú les das con tu amor entrañable
la ternura de tu alma infinita.

Al llegar al final del camino
tu misión sacrosanta concluida
o quizá en prematura partida
un buen día nos dices ¡Adiós....!
y siguiendo tu augusto destino
al cumplir con amor tus deberes
tú también, como tantas mujeres,
te reintegras al seno de Dios.

(*) Presentado al Concurso de la Mesa Redonda Panamericana.

SECCION GREMIAL

Se llama la atención de los colegiados que en este número se está publicando el "Reglamento de Especialidades" recientemente aprobado por la IX Asamblea General Ordinaria celebrada en febrero.

En el artículo 67 de la "Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras" se indican las reglas que el Médico debe observar para ofrecer al público sus servicios profesionales. En el inciso a) de ese artículo se especifica que en los avisos de prensa se harán constar "nombre, apellido, *especialidad inscrita en su Colegio*, dirección, teléfono del consultorio y la habitación y los días y horas de consulta". Estos requisitos se extienden a rótulos externos de los consultorios de los Médicos y los anuncios de clínicas, sanatorios y otros establecimientos médicos.

Es, por tanto, indispensable para que un colegiado haga pública una especialidad médica, que ella haya sido reconocida por el organismo competente del Colegio y tal reconocimiento no es arbitrario sino que está regido por la reglamentación a que hacemos mención en el inicio de esta sección.

La elaboración del "Reglamento de Especialidades" tomó varias sesiones extraordinarias de la anterior Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" y se hicieron las correspondientes consultas a organismos competentes. En él se especifica el procedimiento que todo colegiado debe seguir para solicitar de la Junta Directiva del Colegio el reconocimiento de su especialidad, la manera cómo ésta le dará curso a tal solicitud y el recurso de apelación a que todo colegiado tiene derecho en caso que la petición sea total o parcialmente denegada. Existe, asimismo, un capítulo sobre la documentación, otro sobre las instituciones reconocidas por el Colegio y otro, finalmente, donde se especifican los períodos de entrenamiento mínimo para las diversas especialidades y sub-especializaciones.

Con la vigencia de tal reglamentación originada por el mencionado artículo de la Ley Orgánica, es ilegal que un colegiado utilice publicitariamente una especialidad que no haya sido reconocida por el Colegio. Todo profesional de la Medicina que se considere con el derecho de una especialidad debe cumplir con los trámites apuntados, si es que desea mantenerse dentro de la Ley en el aspecto de la especialización. Se está seguro que no habrá dificultad con los especialistas por venir ni con los egresados de nuestra Facultad de Ciencias Médicas que van al exterior a hacer estudios de post-grado ya que a cada uno de los nuevos colegiados la Secretaría de la Junta Directiva tiene instrucción de entregarle un ejemplar de la reglamentación y los que ya están en el extranjero tomando una especialización se les ha hecho saber su existencia por intermedio de nuestro Cuerpo Diplomático, a quien se le ha suministrado copia del "Reglamento de Especialidades".

Fuera del cumplimiento de la Ley Orgánica, el reconocimiento de una especialidad tiene otra faceta práctica para el especialista. De acuerdo con la entrada de los Médicos en la Ley del Seguro Civil, la Oficina de Clasificación de Puestos y Salarios establece diferencia en la remuneración que el Estado paga a un especialista reconocido por el Colegio y en la que paga a un Médico que no tenga tal reconocimiento y que ostente el nombramiento gubernamental de un cargo especializado; la escala de clasificación favorece definitivamente al primero.

La contravención del artículo 67 de la Ley Orgánica está penada en el "Reglamento de Sanciones" ya que en el inciso f) de su artículo 4º literalmente se dice: "La contravención del artículo 67 será sancionada con una amonestación la primera vez, multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L 500.00) la segunda o suspensión hasta por seis (6) meses si se reincidiese".

Dr. S. R. Zúñiga

Reglamento de la "REVISTA MEDICA HONDUREÑA"

I.—OBJETIVO

Artículo 1º—La "Revista Médica Hondureña" es el órgano oficial de publicidad del "Colegio Médico de Honduras".

II.—DEL CONSEJO EDITORIAL

Artículo 2º—La Revista será dirigida por un Consejo Editorial integrado por un Director, un Secretario, y cuatro Redactores. Todos serán colegiados en goce de sus derechos.

Artículo 3º—La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras", nombrará al Director. El resto de los miembros del Consejo Editorial serán nombrados por el Director, previa autorización de la Junta Directiva del Colegio.

Artículo 4º—El Consejo Editorial durará un año en sus funciones y sus miembros podrán ser reelectos.

Artículo 5º—Son funciones del Director:

a) Convocar y presidir las sesiones del Consejo;
b) Distribuir entre los miembros del Consejo los trabajos recibidos para su publicación con el objeto que sean analizados;
c) Seleccionar la imprenta donde se editará la Revista basándose en condiciones económicas, de responsabilidad y de capacidad técnica:
d) Supervisar la impresión de la Revista;
e) Autorizar los gastos;
f) Presentar un informe anual a la Junta Directiva del Colegio en el que se detallará la labor realizada en el período;
g) Todas las que le asigne la Junta Directiva del Colegio.

Artículo 6º—Son funciones del Secretario:

a) Llevar la correspondencia;
b) Colectar el material por publicarse;
c) Levantar acta de las sesiones del Consejo;
d) Vigilar la adecuada distribución de la Revista, en especial la del canje y su inscripción en el Index Medicus;
e) Las que le asigne el Director de la Revista.

Artículo 7º—Son funciones de los Redactores:

a) Concurrir a las sesiones del Consejo;
b) Analizar los artículos que le sean remitidos por el Director para decidir si procede o no su publicación. La aprobación de éstos se basará en la calidad científica de los mismos, nitidez de la presentación y ajuste al presente Reglamento;
c) Asistir a la Dirección en la corrección de pruebas de la imprenta;
d) Las que le asigne el Director.

Artículo 8º—El Consejo celebrará una sesión inaugural, sesiones ordinarias después de la publicación de cada número y extraordinarias cuando sean convocadas por el Director.

Artículo 9º—El Consejo fijará el número de ejemplares de cada tiraje y establecerá la tarifa de anuncios.

Artículo 10.—Ante renuncia o ausencia prolongada de cualquier miembro del Consejo, el Director nombrará su sustituto de acuerdo con el artículo 3º.

III.—DE LA ADMINISTRACION

Artículo 11.—La administración de la Revista estará a cargo de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

Artículo 12.—El Gerente General del Colegio tendrá las siguientes funciones:

a) Gestionar y celebrar contratos de anuncios comerciales y recaudar los pagos de los mismos, de acuerdo con la tarifa aprobada por el Consejo;
b) Remitir a la Secretaría del Consejo, con treinta días de anticipación el al tiraje de cada número, la lista de los anuncios que deberán aparecer en la siguiente edición con los correspondientes nuevos clisés, si los hubiera.

Artículo 13.—La Tesorería del Colegio colectará todo ingreso procedente de la publicación de la Revista. Asimismo, efectuará los pagos autorizados por el Director y presentará a la Junta Directiva del Colegio y al Consejo un informe económico de la Revista a mitad y a final de su gestión.

IV.—DEL CONTENIDO DE LA REVISTA

Artículo 14.—En la portada de la Revista se dará el detalle de los temas contenidos, con consignación de autores e indicación de la página en que aparece cada uno de ellos.

Artículo 15.—En todo número aparecerán las siguientes secciones:

a) Una sección científica que podrá ser dividida en subsecciones de acuerdo a lo que estime apropiado el Consejo;
b) Una sección gremial de índole informativa donde se hará divulgación de los asuntos de interés colegial y que estará a cargo de la Secretaría del Colegio;
c) La integración del Consejo Editorial;
d) El índice de anunciantes.

Artículo 16.—En el número inicial de cada año se harán aparecer los nombres de los miembros de la Junta Directiva, del Tribunal de Honor y del Comité de Vigilancia del Colegio Médico de Honduras recién electos.

Artículo 17.—En el número final de cada año se publicará la lista completa de los colegiados, la que será suministrada por la Secretaría del Colegio.

V.—DE LOS TRABAJOS CIENTIFICOS

Artículo 18.—En la Revista Médica Hondureña se publicarán trabajos científicos originales e inéditos escritos en el idioma nacional por Médicos colegiados. A criterio del Consejo se podrán reproducir artículos médicos de autores nacionales o extranjeros, siempre que sean de interés general.

Artículo 19.—Los trabajos originales podrán ser de los siguientes tipos:

a) de investigación científica;
b) de divulgación científica;
c) de casuística nacional:

Artículo 20.—Las colaboraciones deberán ser remitidas al Secretario de la Revista.

Artículo 21.—El Director comisionará a uno de los miembros del Consejo para que efectúe la evaluación del trabajo remitido, escogiéndose a aquel miembro que de acuerdo con su entrenamiento esté más capacitado para dictaminar sobre el tema.

Artículo 22.—Todos los trabajos deberán ser escritos a máquina, con doble espacio, sin exceder veinte páginas y al final deberán contener, siempre que sea posible, un resumen en español y en inglés o interlingua. Asimismo, deberán

constar de la bibliografía consultada que deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Número de referencia intercalada en el texto;
b) Apellido del autor en letras mayúsculas;
c) Iniciales del nombre del autor en letras mayúsculas;
d) Título del artículo consultado;
e) Nombre de la revista o boletín consultado, con las abreviaturas establecidas por el Index Medicus;
f) Volumen de la revista o boletín;
g) Número de la primera página del artículo;
h) Año de la publicación;
i) En caso que la referencia sea un libro deberá hacerse constar, además del nombre del autor, del título del libro y el número de la primera página consultada, el nombre de la casa editorial, su ubicación y año de publicidad.

Artículo 23.—No se publicarán trabajos sin referencias bibliográficas o que no llenen los requisitos expuestos, excepto aquellos que por su índole no lo ameriten.

Artículo 24.—Las ilustraciones en blanco y negro o en colores serán remitidas por separado, detallando la leyenda que deba ir al pie de cada una o numerándolas si la explicación del mismo se da en el texto.

Artículo 25.—El gasto en que se incurra por concepto de fotograbados será pagado así:

a) Las impresiones en blanco y negro serán pagadas por la Revista cuando no excedan de cuatro, si fuere mayor el número el resto será pagado por el autor;
b) Las impresiones en colores serán pagadas por la Revista cuando no excedan de dos; si fuera mayor el número el resto será pagado por el autor.

Artículo 26.—El Consejo se reserva el derecho de rechazar cualquier trabajo que no llene los requisitos estipulados en este reglamento o que no se ajuste a las exigencias científicas, éticas o estéticas establecidas internacionalmente.

Artículo 27.—Las separatas serán por cuenta del interesado y deberán ser solicitadas por escrito al entregar el trabajo.

VI.—DE LOS ANUNCIOS

Artículo 28.—Los anuncios serán gestionados y contratados de acuerdo con lo especificado en el artículo 9º y en el inciso a) del artículo 12 de este Reglamento.

Artículo 29.—Todo cambio o supresión de un anuncio deberá solicitarse por escrito ante la Gerencia Gneral del Colegio a más tardar treinta días después de la publicación de un número; en caso contrario aparecerá en la misma forma en el número siguiente. Se exceptúan las que tengan estipulaciones precisas en el contrato respectivo.

VII.—DE LA DISTRIBUCION

Artículo 31.—La Revista Médica Hondureña será distribuida gratuitamente en los siguientes casos:

a) Un ejemplar para cada uno de los colegiados;
b) Cinco ejemplares para cada uno de los autores de trabajos publicados;
c) Dos ejemplares para cada uno de los anunciantes;

d) Diez ejemplares para la Biblioteca Médica Nacional;
e) Diez ejemplares para el Archivo y Biblioteca Nacionales;
f) El número de ejemplares que el Consejo determine para organizaciones o personas determinadas.

Artículo 32.—La venta y precio de ejemplares será determinada por la Junta Directiva del Colegio.

VIII.—PERIODICIDAD

Artículo 33.—La Revista se editará cada tres meses. Los números de cada año formarán un volumen.

IX.—REPRODUCCION DE ARTICULOS

Artículo 34.—La reproducción de artículos originales de la Revista en otras publicaciones científicas será permitida siempre que en las mismas se haga constar su fuente de origen.

X.—DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 35.—Los ejemplares no distribuidos serán dependencia del Colegio y estarán bajo la custodia de la Tesorería.

Artículo 36.—Lo no previsto en el presente Reglamento será resuelto por el Consejo, con la aprobación de la Junta Directiva del Colegio.

Artículo 37.—Este Reglamento entrará en vigencia al ser aprobado por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

(Aprobado en la sesión extraordinaria de Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, el día miércoles 6 de mayo de 1970).

REGLAMENTO DE ESPECIALIDADES

El "Colegio Médico de Honduras", de acuerdo con el artículo 8º de su Ley Orgánica que literalmente dice:

"Se entiende por Especialista al Médico que se ha consagrado al estudio y a la práctica de una de las ramas de la Ciencia Médica y con credenciales reconocidas por el "Colegio Médico de Honduras",
promulga y aprueba el siguiente Reglamento:

CAPITULO I

DE LA DOCUMENTACION

Artéculo 1º—Se entienden por credenciales la documentación consistente en diplomas y certificados que especifiquen la duración exacta del período de entrenamiento de postgrado.

CAPITULO II

DE LOS PERIODOS DE ENTRENAMIENTO

Artículo 2º—Se considerará como mínimo adecuado el período que se estipula en cada una de las siguientes ramas de la Medicina:

Patología Clínica	4 años
Medicina Interna	3 años
Cirugía General	3 años
Gineco-Obstetricia	3 años
Pediatría	3 años
Radiología	3 años
Psiquiatría	3 años
Anatomía Patológica	2 años
Anestesiología	2 años
Ciencias Básicas	2 años
Medicina Física y Rehabilitación	2 años
Salud Pública	2 años
Citología (2 años de Anatomía Patológica más especialización Citológica)	1 año

Artículo 3º—Dentro de la Medicina Interna hay Sub-Especializaciones que para ser reconocidas por el Colegio Médico necesitan un entrenamiento de un (1) año de Medicina Interna y dos (2) años de Sub-Especialización. Variantes: Dos (2) años de Medicina Interna y uno (1) de Sub-Especialización o tres (3) años de exclusiva dedicación a la Sub-Especialización. Los comprendidos en este artículo serán clasificados en la Sub-Especialización y no como Médicos Internistas.

Artículo 4º—Dentro de la Pediatría hay Sub-Especializaciones que para ser reconocidas por el Colegio Médico necesitan un entrenamiento de un (1) año de Pediatría y dos (2) de Sub-Especialización o dos (2) años de Pediatría y uno (1) de Sub-Especialización o tres (3) años de exclusiva dedicación a la Sub-Especialización. Los comprendidos en este Artículo serán clasificados en la Sub-Especialización y no como Pediatras.

Artículo 5º—A los clasificados en Medicina Interna y en Pediatría se les podrá reconocer una Sub-Especialización con un (1) año de dedicación exclusiva a ella, exceptuando la Cirugía Pediátrica.

Artículo 6º—Dentro de la Cirugía General hay Sub-Especalizaciones que para ser reconocidas por el Colegio Médico necesitan las siguiente duración:

Urología: 1 año Cirugía General y 2 años de Sub-Especialización.

Ortopedia y Traumatología: 1 año Cirugía General y 2 años de Sub-Especialización.

Cirugía de Tórax: 1 año de Cirugía General y 2 años de Sub-Especialización.

Cirugía Plástica, 1 año de Cirugía General y 2 años de Sub-Especialización.

Angiología, 1 año de Cirugía General y 2 años de Sub-Especialización.

Cirugía Pediátrica: 1 año de Pediatría y 2 años de Sub-Especialización o 3 años de Sub-Especialización exclusiva.

Otorrinolaringología: 2 años de Sub-Especialización.

Neurocirugía: 3 años de Sub-Especialización.

Oftalmología: 2 años de Sub-Especialización.

Cirugía Cardíaca: 4 años de Sub-Especialización.

CAPITULO III

DE LAS INSTITUCIONES RECONOCIDAS

Artículo 7º—Se consideran instituciones reconocidas por el "Colegio Médico de Honduras":

a) Las unidades universitarias internacionales y las afiliadas a las mismas.

b) Las unidades nacionales o centroamericanas que reúnan los siguientes requisitos mínimos: 50% de autopsias de las defunciones anuales, servicio de Auditoría Médica, dependencia de la Facultad de Ciencias Médicas, curriculum de especialidad, número adecuado de personal docente capaz de cumplir con las exigencias curriculares y facilidades de auxiliares diagnósticos.

Artículo 8º—Para que el "Colegio Médico de Honduras" reconozca las credenciales originadas en unidades internacionales sin afiliación universitaria se requiere que el poseedor de las mismas apruebe un examen teórico y práctico de capacidad, practicado por un Tribunal Examinador integrado por especialistas reconocidas y que pertenezcan a la misma rama médica o sea afin a la de la soliciutd presentada. El nombramiento de este Tribunal lo efectuará la Junta Directiva mediante sorteo y el examen será reglamentado por el Comité Permanente de Clasificación de Especialidades.

CAPITULO IV

DEL RECONOCIMIENTO Y CLASIFICACION DE ESPECIALIDADES

Artículo 9º—Para los efectos de los artículos 67 y 98 de la Ley Orgánica del Colegio deberán cumplirse todos los requisitos especificados en los mismos.

Artículo 10.—Para llevar a cabo el reconocimiento y la clasificación de las especialidades funcionará un Comité Permanente de Especialidades constituido por cinco (5) miembros, así: Uno extraído de la Junta Directiva que actuará como Coordinador y cuatro más, nombrados por la Junta Directiva, que representarán a cada una de las especialidades médicas básicas (Medicina interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia). Para cada elemento nombrado como Propietario habrá un Suplente y todos durarán en sus funciones un año.

Artículo 11.—El quorum para que sesione este Comité será de cinco (5) miembros y las decisiones se tomarán por mayoría.

CAPITULO V

DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 12.—El solicitante deberá enviar a la Secretaría del Colegio los documentos originales con copias fotostáticas de los mismos, que el Secretario comprobará son copia fiel de aquellos. El texto del documento original se copiará en letra de molde en el Libro de Especialidades que la Secretaría llevará a este efecto. Los documentos originales serán devueltos a su dueño en la mayor brevedad posible.

Artículo 13.—De oficio la Secretaría del Colegio comunicará al Coordinador la existencia de una solicitud de reconocimiento de especialización y éste convocará al resto de los miembros del Comité para la solución de la misma.

Artículo 14.—El Comité evacuará su informe a la Junta Directiva dentro de un (1) mes del recibo de la solicitud dicho Comité.

Artículo 15.—La Junta Directiva considerará el informe en sesión ordinaria. En caso de desacuerdo por parte de ésta con el dictamen del Comité, deberá haber una reunión conjunta para que la Directiva analice y decida al respecto.

Artículo 16.—La resolución de la Junta Directiva sobre un dictamen del Comité será librado al interesado por la Secretaría.

Artículo 17.—En caso que la solicitud sea total o parcialmente denegada el interesado podrá recurrir a apelación, para lo cual se constituirá un Comité con este nombre que durará igualmente un año y estará integrado por tres (3) miembros, así: Un coordinador emanado de la Junta Directiva diferente al nombrado para el Comité de Clasificación, un representante permanente nombrado por la Facultad de Ciencias Médicas y un miembro emergente que deberá ostentar la misma especialidad a la apelada o, en caso de no existir, la más afín a la misma.

Artículo 18.—La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, el Comité Permanente de Clasificación y el Comité de Apelación quedan facultados para verificar la autenticidad de los documentos remitidos, cuando así lo consideren conveniente, usando para ello los recursos del Colegio.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 19.—Lo no contemplado en el presente Reglamento será resuelto a criterio de la Junta Directiva.

Artículo 20.—Este Reglamento entrará en vigencia al ser aprobado por la Asamblea General.

(Aprobado por la IX Asamblea General, celebrada en la ciudad de La Ceiba, Atlántida).