

UNIVERSIDAD CENTRAL DE HONDURAS
FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGIA Y DENTISTERIA

PRACTICA RURAL EN EL DISTRITO DE MANILA

TESIS

LEIDA POR EL BACHILLER

ARTURO ZELAYA PINEL

EN EL ACTO PREVIO A SU
INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO



TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL

1947

614
249

UNIVERSIDAD CENTRAL DE HONDURAS.

Rector: Abogado ~~don Tomás Alonzo~~

Ramón E. Cruz

Srio: " " Cecilio Colindrez Z.

FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGIA Y DENTISTERIA.

JUNTA DIRECTIVA.

Decano. Dr. ~~Remualdo Zepeda~~

Vocal 1º " ~~Antonio Vidal~~

Vocal 2º " ~~Abelardo Pineda~~

Srio. " ~~Mamuel Cáceres Vijil~~

Humberto Díaz B
Sin *Dr. Virgilio Banegas*
Consejeros: Martín A. Bulnes B.
Jose Ramón Durán

SUPLENTE.

~~Vocal 1º Dr. Humberto Díaz B.~~

~~Vocal 2º " Jesús Rivera.~~

~~Srio. " Martín A. Bulnes B.~~

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PRIVADO

Dr. Juan A. Mejía

" José R. Durón.

" Martín A. Bulnes B.

SUSTENTANTE

BR. Arturo Zelaya Pinel.

Dedico esta Tesis

a la memoria de mi padre
Doctor Arturo Zelaya Z.

a la memoria de mi madre
Graciela Pinel de Zelaya.

a mi abuelita
Andrea de Pinel.

a mi hermana
Hortencia Z. de Boesch.

a la memoria de mis tías
María y Clementina

a mis tías
Juanitay Elia

a mis tíos

a mi prima
Josefina.

a mis maestros
particularmente
al Doctor Juan A. Mejía

Con respeto y gratitud
a mis compañeros.

especialmente
a los Drs. Silvior. Zúñi
y Antonio Samra.

afectuosamente.

SENOR RECTOR:

SENOR DECANO:

JURADO EXAMINADOR:

SENORES:

El presente trabajo, Practica Rural en el Distrito de Manila, que a modo de tesis vengo hoy a presentar, constituye mi experiencia durante veinte meses, lapso en los cuales he trabajado como médico dispensarista en el campo de abaca llamado Bataan que asienta en el Distrito de Manila, propiedad del gobierno Norte Americano y que es manejado por la compañía frutera United.

Con la aprobación de la reciente ley del servicio social-medico obligatorio previa a la opción al título de médico y cirujano creo que el presente trabajo será provechosa en cuanto podrá orientar hasta cierto punto a los futuros médicos que tengan que cumplir con aquel requisito.

Es mi intención presentar a vosotros la reseña de mi experiencia medica en el lapso señalado más arriba; haciendo especial consideración sobre la frecuencia y características patológicas de una determinada región de nuestro territorio.

Ruego a vosotros sabreis disculpar las faltas que en el desarrollo de el presente trabajo encontreis, tomando en cuenta mi reciente iniciación en el campo médico.

El Distrito de Manila, o más comúnmente conocido con el nombre antiguo de Guaymas se encuentra situado en la extremidad Noroeste de el departamento de Yoro.

Comprende en superficie unos seis mil metros cuadrados y se encuentra dividido en cuatro zonas o campos. Esta superficie constituye el distrito propiamente dicho, es decir la plantación sembrada de abacá. Pero desde el punto de vista que nos ocupa es más extensa.

Se encuentra limitado en estas condiciones así: al Norte, por la laguna de Tolca; al Sur por la cordillera de Nombre de Dios; al Este por la misma cordillera y al Oeste por la margen derecha de el río Ulua; comprende en su totalidad unos quince mil acres en las que se encuentran varias aldeas y poblados de independientes, conocidos por este nombre por no trabajar con la compañía frutera. En esa extensa zona es que nos correspondió hacer esta primera práctica.

Hidrografía. La mencionada zona es atravesada por varios pequeños ríos algunos de los cuales desaparecen en la época del verano; los principales son: el Naranjo, límite de separación entre el departamento de Yoro y el de Atlántida. el río Guaymas, el Guaymitas, el Congo y otros de menor caudal, casi todos ellos tributarios de la laguna de Tolca o en la zona pantanosa que la rodea.

La región es completamente plana, forma parte del

valle de Sula, y a una altura de 80 pies sobre el nivel del mar.

Clima. Es cálido, pero extremadamente humedo, quizas por la proximidad de la cordillera de nombre de Dios.

Lluvias. Es una de las regiones en que las lluvias son más frecuentes.

El pluviometro ha alcanzado en los dos últimos años como promedio: 70 pulgadas en 1945 y 79 en 1946; habiendo subido solamente en los meses de Noviembre de ambos años a 33 pulgadas entre los dos meses. Este será un factor que se tendrá en cuenta para explicar quizas, las frecuentes afecciones respiratorias en los meses más lluviosos.

CARACTERISTICAS DE EL LUGAR.

El Distrito de Manila se encuentra dividido en cuatro fincas o campos, de unos mil acres de extensión, encontrandose plantados de abacá.

Son ellos: Bataan, que es la central por encontrarse instaladas allí las oficinas y las fábricas y en el que hemos residido. Hay tres ramales de ferrocarril que lo comunican con los otros tres campos: Mindanao, Cebú, y Luzón.

Como se recordará las Islas Filipinas eran las grandes productoras de fibra, pero después de la caída de aquel país en manos de los japoneses en la pasada guerra fué cuando el Gobierno Americano encontrandose en la necesidad urgente,

decidió plantar este distrito, con sus homólogos en Panamá, Costa Rica, y Guatemala. De allí tienen su origen estos nombres que aparecen raros en nuestro país.

Población. No habiendo una estadística exacta por estar muchas veces los trabajadores cambiando de lugar, presento datos aproximados.

En la central Bataan los trabajadores varían entre 700 y 800, no aparecen en la estadística los familiares, pero los estimo en unos 900, haciendo un total de aproximado de 1600. Los otros campos; Mindanao, Cebú y Luzón con unos 300 cada uno.

He de hacer constar que éstos últimos, estaban fuera de mi jurisdicción, pero siempre que se presentaba algún trabajador de esas zonas era igualmente atendido.

En lo que se refiere a los "independientes" mejor conocidos en la localidad como los de la "montaña", no puedo estimarlos ni siquiera aproximadamente; viven en el resto no cultivado del valle y otra parte en las es-
tribaciones de la cordillera de Nombre de Dios, en aldeas caseríos y casas aisladas.

Razas. Predomina la mestiza y la negra; hay mulatos, morenos y algunos blancos. Me referiré mas tarde al factor raza tan digno de tomarse en cuenta en cuanto concierne a patología.

Sanidad. Las condiciones sanitarias de la central Bataan lo mismo que los campos vecinos se aproximan mucho a excelentes.

Hay un Inspector de Sanidad que es el encargado de todo

el Distrito. Particularmente en Bataan el lugar es perfectamente limpio, con sus zanjos de drenaje para las aguas lluvias, razón por la cual no hay aguas estancadas, además son rociados periódicamente con aceite Diessel. Las casas y barracones dotados de tela metálica; desde hace un año se ha venido ensayando en las casas aplicaciones al 5% de D.D.T. que se efectúan cada tres o cuatro meses; he podido constatar halagadores resultados. El pretendido fracaso o malos resultados que se le han impuesto al D.D.T. reside en que la aplicación como dije arriba debe hacerse cada tres meses y además las casas al hacer la aplicación deben estar libres de todo mobiliario. Ultimamente se ha comenzado a ensayar en el rociamiento de los zanjos, dos mezclas de D.D.T. Una con agua y otra con aceite Diessel cuyos resultados están aún por ver.

Las aguas negras son recogidas por tuberías de cemento que las conducen a una fosa séptica situada a una distancia prudente.

En las aldeas vecinas las condiciones sanitarias no existen en absoluto, la tradicional champa de manaca, el piso de tierra, la convivencia con los animales, la ausencia de telas metálicas, las aguas estancadas, suciedad, e ignorancia resumen las condiciones en que viven sus habitantes.

CLASIFICACIÓN Y ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES.

1945	Mal.	E.Resp.	E.O.	E.T.D.	E.Piel.	C.Q.	E.V.	Total.
Oct.	73	65	8	31	35	27	95	334
Nov.	126	57	6	33	33	31	107	383
Dic.	85	60	4	22	27	20	57	275
1946								
Enero.	91	93	8	47	50	20	169	478
Feb.	92	118	3	38	41	17	120	429
Marzo.	68	76	8	34	22	13	126	347
Abril.	56	41	6	40	24	6	114	287
Mayo.	39	23	4	22	15	15	156	274
Junio.	56	30	5	28	28	9	125	281
Julio.	37	56	4	36	36	14	134	353
Agosto.	99	30	12	37	23	8	163	372
Sept.	37	36	4	31	35	19	151	349
Oct.	104	45	3	27	44	18	161	402
Nov.	120	59	9	30	36	11	152	417
Dic.	78	123	7	17	20	12	121	378
1947								
Enero.	92	76	11	33	27	24	117	380
Feb.	70	70	10	40	31	13	153	387
Marzo.	75	70	4	35	29	14	155	387
Abril.	92	75	5	37 ⁿ	28	18	168	423
Mayo.	60	50	5	29	39	19	160	362
Totales	1622	1253	126	647	623	318	2704	7293

Abreviaturas:

Mal.....Malaria.

E.Resp.....Enfermedades del Aparato Respiratorio.

E.O. Enfermedades de los Ojos.

E.T.D.....Enfermedades del Tubo Digestivo.

E.Piel.....Enfermedades de la Piel.

C.Q.....Casos Quirúrgicos.

E.V.....Enfermedades Varias.

Comprende un total de 7.293 enfermos de todas las edades, siendo en su mayoría empleados y familias de empleados y pocos particulares; no van comprendidos en la presente estadística los campesinos de las montañas.

Esta estadística fué formada en una forma arbitraria y como ~~me~~ fué más favorable para su clasificación.

Por sistema, la compañía deduce de sus empleados un 2% de el sueldo mensual, lo que da derecho a asistencia medica siempre que lo requiera. Hay necesidad de una solicitud escrita de tratamiento médico que cada paciente debe presentar, conocida con el nombre de pase. Los familiares de empleados y particulares deben presentar el pase siempre que haya que cobrar honorarios, esto último exclusivamente en los hospitales.

Trataré en las líneas que siguen de cada uno de los capítulos de la estadística.

M A L A R I A.

Es la entidad no sológica que como grupo aislado predomina; a pesar de las buenas condiciones sanitarias de el lugar.

Para explicar éste contrasentido está la reciente fundación de el distrito, apenas tres años, cuando nosotros llegamos; siendo la mayoría de los habitantes de las poblaciones vecinas, como Progreso, Tela, Puerto Cortes, y otras. Esta además las continuas migraciones de trabajadores de otros campos que llegan día a día que posiblemente son portadores de la infección malarica, y por último a unos trecientos o cuatrocientos pies del campo empieza la zona montañosa y pantanosa en que el anófeles se desarrolla y conocido en su alcance de vuelo.

Epidemiología. La malaria es endémica en el lugar como en toda la zona costera, pero presenta sus exacerbaciones al principio de la época lluviosa, hacia los meses de Junio en adelante, época en que se presenta con el aspecto de verdaderas epidemias. Es en este tiempo en que el zancudo aparece en grandes enjambres, picando a toda hora del día y de la noche, estos enjambres son bien conocidos en la zona con el nombre de "plaga". Se deduce de ellos y explica perfectamente la gran incidencia de la malaria en esos meses.

Clinica. La gran mayoría de los casos corresponde a la forma intermitente cotidiana, en menor grado la forma terciana y escasamente la cuartena; la observación es desde el punto de vista clínico, pues únicamente podíamos practicar

escaso números de exámenes, entre los cuales no estaba el de malaria.

La sintomatología tiende a alejarse de el acceso clásico del paludismo con sus tres estadios: escalofrío violento, fiebre elevada y diaforesis profusa.

El frío intenso falta casi siempre y la diaforesis es poco frecuente. Mas constante y significativo en la sintomatología es el quebrantamiento general, la cefalea y las mialgias. Sobre todo las últimas.

La investigación de la esplenomegalia no me ha dado los resultados esperados; es sumamente frecuente y a la inversa falta en los casos eminentemente palúdicos.

Formas. Es digno de notarse la gran rareza de el acceso pernicioso en el adulto, sobre todo tratándose de una región palúdica. No hemos tenido ni la forma comatosa ni la meningítica, es decir la más corriente que estamos acostumbrados a observar. Dos o tres casos de hemoglobinuria, no permiten afirmar la presencia de esta grave forma.

No sucede lo mismo en los niños pequeños, es decir hasta los dos años de edad aquí si hemos observado formas comatosas y pseudomeningíticas, de curso rapidísimos y con frecuencia fatales; muchas veces por ingorancia de los familiares que pierden el tiempo tratándolos como "fiebre de lombrices" el consabido "collar de ajos" no falta nunca. Habiendonos encontrado varias veces en los niños con el cuadro oligo-sintomático

de fiebre en los que el diagnóstico resultaba dudoso, la simple práctica de un recuento globular por blancos nos ha sacado de dudas, descartando los estados infecciosos corrientes.

A continuación presento y a modo de avalorar la gran importancia de la clínica los siguientes exámenes por malaria en sangre periférica, practicados en Bataan Finca y Bataan Fábrica durante los meses de Abril y Mayo de 1947 y los que fueron llevados a cabo en el Hospital de Tela.

Exámen por Malaria. Bataan Finca. Abril de 1947

	Positivos	%
Hombres examinados.....128.....	3	2.34
Mujeres examinadas..... 51.....	0	0.00
Niños examinados..... 84.....	3	3.57
Total.....263.....	6	2.28
Hombres encontrados positivos.P.falciparum..3		
Mujeres encontrados positivos.P.falciparum..3		

Exámen por Malaria. Bataan Fábrica. Mayo de 1947

	Positivos	%
Hombres examinados.....266		
Mujeres examinadas.....215		
Niños examinados.....223		
Total.....704	9	1.24

El porcentaje aparece extremadamente bajo comparándolo con nuestra estadística clínica correspondiente a los respectivos meses. Viene en apoyo de la teoría de que las mayores

probabilidades de encontrar el plasmodio en la sangre periférica es durante el acceso palúdico agudo.

Tratamiento.-Hemos usado la vía oral y parenteral; como drogas la metoquina simple, la metoquina compuesta, el sulfato de quinina, la totaquina, y el biclorhidrato de quinina inyectado.

Es clásico usar la atebrina (metoquina simple) en la infección por Ea. o Plasmodium falciparum, la quinina (sales) en la infección por el P. Vivax y el atepe (metoquina compuesta) para destruir las formas sexuadas de todas las clases, para usar en todos los tipos de malaria y para prevenir las recidivas. En su conjunto es la guía que hemos seguido como sistema de tratamiento.

En la mayoría de los casos de adultos y por vía oral y para la intermitente cotidiana una atebrina y un atepe mañana y tarde durante cinco o siete días. Para la terciana dos tabletas de 0.33 gm. de sulfato de quinina o totaquina y un atepe dos veces al día durante cinco o siete días.

Por vía parentérica, la que he usado en los casos graves o con intolerancia gástrica; una ampolla de metoquina de 0.20 gm. diario, o mañana y tarde cuando el caso lo requiera; el biclorhidrato de quinina lo he usado pocas veces y a la dosis de 1 gm. diario

En los niños pequeños en los que era posible usar tabletas, de acuerdo con la edad. He usado también las preparaciones de quinina y atebrina en jarabe de yerba santa, habiendo observado frecuente intolerancia gá-

trica, teniendo que recurrir en esos casos a la vía parenteral.

En su conjunto las diversas formas de tratamiento dan un resultado satisfactorio, con excepción de la quinina-attebrina administrada en forma líquida. Las anemias secundarias las he tratado con preparados de hierro, extracto de hígado, vitamina B y arsénico.

Profilaxis.—Poco es lo que hay que decir en cuanto a las condiciones de el campo se refiere; las telas metálicas, los zanjos, los drenajes, las petrolizaciones, las aplicaciones de D.D.T. se mantienen al día; es decir todas las condiciones por las cuales se puede luchar contra la malaria; pero las continuas migraciones de los trabajadores de otros lugares, portadores de la infección malarica conducen a anular todas aquellas medidas que en contra de la malaria se emplean. Sin embargo el camino seguido es el correcto y quizás con el tiempo y adoptando medidas sanitarias similares en otros sitios se puedan ver los resultados esperados.

No sucede lo mismo con la gente de la montaña en que todo está por hacer, en que las condiciones higiénicas faltan en absoluto, y en donde el paludismo es endémico

Las campañas sanitarias y educaciones son las que pueden hacer abolir o disminuir el alto porcentaje de infección palúdica en aquel sector.

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.

Comprendo en éste grupo todas las afecciones de el árbol respiratorio desde las fosas nasales hasta el alveolo pulmonar. Aunque es cierto distinguir padecimientos aislados de cada uno de los segmentos de el árbol respiratorio, he creído mejor en hacer una sola agrupación tomando en cuenta la frecuente asociación participación de dos o más segmentos del mismo en una sola afección; como por ejemplo la gripe, en que por lo general hay coriza, laringitis, bronquitis y podríamos agregar algunas veces neumonitis. Por otra parte el mecanismo de infección es el mismo o generalmente sigue el mismo camino.

He incluido así mismo algunos casos de sarampión y aún de tosferina por estar en ellos dominada la sintomatología por el elemento pulmonar y por último incluyo también en éste grupo, el asma.

Gripe. Haciendo a un lado a el abuso con que la generalidad interpreta este término haré una reseña tomando como tal a aquellos estados infecciosos inflamatorios de el árbol respiratorio caracterizados clínicamente por coriza, seguida prontamente de laringitis y ligera bronquitis, con tos húmeda mucopurulenta, con quebrantamiento general, ligera elevación térmica y en los que el examen estetoscópico no revela nada o a lo sumo algunos estertores húmedos; a todo ello hay que agregar el curso rápido y benigno del cuadro y en los que la terapéutica se concreta a poco menos que nada.

El cuadro anterior el que se entiende por gripe pura es la afección que se presenta en la mayor parte de los casos del grupo que nos ocupa. En un grado un poco menos de frecuencia hay participación por parte de el parénquima pulmonar con signos estetoscópicos de endurecimiento pulmonar con fuerte estado febril, es la conocida gripe de forma torácica la que requiere una terapeutica más enérgica. La terapeutica que hemos empleado es la sulfamídica a base de sulfatiazol o sulfadiazina a la dosis de cuatro a cinco gramos diarios durante cuatro días, hasta la desaparición de los fenómenos subjetivos.

Puede decirse que la gripe se presenta en toda época de el año pero es al principio de la estación lluviosa en que experimenta una recrudesencia hasta llegar a tomar la forma de verdaderas epidemias.

Sinusitis.— Se presenta con bastante frecuencia casi siempre es posible encontrar en la anamnesia repetidos o por lo menos estados respiratorios agudos anteriores. Predomina en mucho la sinusitis frontal con su sintomatología frontal supraorbitaria hacia las diez de la mañana, fétidez de aliento y a la olfacción. Hemos tratado medicamente esta afección usando penicilina a la dosis de 100.000 unidades por día, hasta obtener mejoría clínica por lo general al tercer día. Es de hacer notar el carácter de cronicidad que la sinusitis llega a adquirir y las frecuentes recidivas o mejor dicho recrudesencias de un mismo proceso que no estaba curado. Las drogas sulfas las hemos empleado casi sin resultados.

Relacionando los estados infecciosos agudos de las vías respiratorias superiores y la sinusitis como causa de origen, me referiré en éste lugar a las otitis medias supuradas, bastante mucho más frecuentes de lo que habíamos visto en el Distrito Central. Se presenta más comúnmente en los niños pequeños y en el primer año de vida, es de interés mencionarlas porque son causa de sorderas o de durezas de oídos que se notarán mas tarde, sobre todo tomando en cuenta la poca importancia que los familiares les dan y la terapéutica contraproducente que usan; el consabido motivo de consulta "oídos reventados" es casi diario. He tratado estos casos de otitis medias con lavados sin presión con agua oxigenada y al interior drogas sulfas.

Neumonía.— El concepto clásico de neumonía parece que tiende a disgregarse.

El ataque de neumonía lobar franca aguda se observa con poca frecuencia, el cuadro de temperatura en meseta, punta de costado, expectoración hemoptoica, y auscultatoriamente el soplo tubario con su corona de estertores crepitantes, es raro en su forma clásica. En la clínica diaria se acostumbra a ver casos pulmonares agudos infecciosos en el que el cuadro de la neumonía se encuentra reducido a dos o tres síntomas subjetivos y a ninguno objetivo; en presencia de ellos no es posible hacer el diagnóstico de neumonía, el que se impone es el de proceso agudo pulmonar o cuando el proceso se aproxima al de la gripe, el de gripe de forma torácica.

Puede ser que se trate muchas veces en esos síndromes oscuros y poco demostrativos con sintomatología velada de la poco conocida o poco diagnosticada entre nosotros de la neumonía a virus.

Pero en cualquier forma que se presenten, la terapéutica ha seguir no ha cambiado, el tratamiento es el mismo y lo hemos practicado casi siempre con buenos resultados. El sulfatiazol o la sulfadiazina a la dosis de tres a cuatro gramos de una vez, seguidos de un gramo cada tres o cuatro horas, así mismo la penicilina usada según criterio.

Asma.— Quizás sea esta una afección que no debería ser incluida en éste sitio, pero por ser su manifestación clínica eminentemente pulmonar hemos decidido hacerlo en éste lugar.

Me referiré a el asma no porque haya encontrado algo de particular en ella, sino porque se me ha presentado con mayor frecuencia de lo que había observado durante mi práctica hospitalaria en la capital.

Hemos tenido varios casos en pacientes de todas las edades, niños y adultos; algunos de ellos de reciente aparición y otros asmáticos viejos, he tenido curaciones a mi modo a ver siempre espontaneas, aunque los enfermos crean deberlo a las causas más diversas sobre todo a el último medicamento de el cual habian estado haciendo uso. Es una de las enfermedades en que el vulgo hace uso de las más variadas e inverosímiles medicamentes.

A pesar de la benignidad de el acceso asmático en sí, debe hacernos desconfiar; el bien conocido peligro en el corazón y de el que hablan los textos me ha tocado verlo en mi práctica.

Se trata de C. F., mujer de raza negra de 50 años de edad, asmatica reciente que data de un año, examinada por nosotros repetidas veces; los accesos no tienen gran intensidad, pero son prolongados. Como digno de tomarse en cuenta solo presentaba extrasístoles raros. Una madrugada y en medio de un acceso particularmente violento muere súbitamente.

Para terminar refiero otro caso que se me presentó durante los últimos meses y es interesante y demostrativo por presentarse los accesos asmáticos alternando con accesos de coriza espasmódica y cólicos hepáticos, presentandose consecutivamente y nunca simultaneamente, viendo en apoyo de la teoría de la relación en esos tres estados patológicos.

Cerrando éste capítulo me referiré a las bronquitis y broncopulmonias en el sarampión.

En una epidemia que se me presentó en el reciente verano tuve que presenciar broncopulmonias de curso rapidísimo con desenlace fatal en el término de pocas horas. Aunque si es cierto que trataba de niños en pésimas condiciones físicas no por eso debe ser una razón para no incluir el sarampión entre las afecciones de pronóstico reservado.

Consecutivamente a el sarampión tuve una epidemia de

varicela que atacó sobretodo a niños en el primer año de vida. Creo que la terapéutica aún la sintomática todavía se encuentra en estudio, las conocidas vacunas antipertussis usadas por vía parenteral y nasal me dieron escasos resultados.

ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

Carentes como estábamos para practicar exámenes de aparato visual completo, nos hemos concretado a la simple inspección e iluminación.

Muy pocos pacientes en enfermedades de los ojos hemos visto, sin embargo los padecimientos conjuntivales nos han parecido predominantes.

Conjuntiva. La mayor parte de las conjuntivitis se han presentado en recién nacidos y niños pequeños, no gonocócicas; como terapéuticas empleada exclusivamente el argirol y el protalgot al 5% en instilaciones cada dos horas; no hemos tenido que recurrir a los toques conjuntivales con nitrato de plata por haber cedido las conjuntivitis únicamente con aquel tratamiento.

Cornea. A la presencia de dos intersticiales moderadas y una flictenular se ha concretado toda nuestra observación.

Iris. La inyección periquerática típica de la iritis se nos ha presentado en los pocos casos asociada a la conjuntival. Pero la presencia del dolor, la fotofobia, la epífora y el edema corneal observable a simple vista nos ha permitido hacer el diagnóstico.

ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO.

Incluyo un basto grupo de afecciones de este aparato de las cuales me concretare en algunas por su frecuencia, y en otras por su importancia.

Estomatitis. Es en los niños en los primeros meses que he tenido ocasión de ver estomatitis, caracterizada por tialismo, imposibilida o por lo menos dificultad para mamar, la lengua cubierta de un sarro blanquecino adherido y que al desprenderse deja la mucosa lingual roja y algunas veces sangrante; este cuadro lo he clasificado como muguet, en que he sabido el contagio se hace por biberones, o por la poca limpieza de las mamas.

Considero digno de tomarse en cuenta el tratamiento empírico a base de "leche de piñon"; he tenido ocasión de asistir a tres casos así tratados con embrocaciones de ese jugo sobre la mucosa lingual, con curaciones en tres días.

La afección que nos ocupa se ha presentado con el aspecto de brotes epidémicos habiendo obserbado en tres o cuatro días unos quince casos de el conocido "mal de boca".

Disenteria.-Es éste uno de los capítulos de el trabajo que nos parece más interesante, por la razón de no haber encontrado "clínicamente" el cuadro típico de la disenteria amibiana, máxime pudiendo decir y confirmarlo por lo escasamente que hemos tenido que recurrir a la emetina. Desprovistos como estábamos de poder practicar exámenes coprológicos por amibas, no quiero decir que no existan,

pero si en realidad las hay no es la clínica la llamada a confirmarlo.

En veinte meses que hemos ejercido, he tenido cinco casos en que clínicamente y posteriormente por la terapéutica confirmativa he llegado al diagnóstico de disenteria amibiana. Los casos se me presentaron en éste orden: uno en el mes de febrero de 1946, uno en julio de 1946, uno en abril de 1947 y dos en mayo de 1947.

Ahora bien creo que con razón puedo hablar de diarreas disenteriformes es decir caracterizadas por cólicos, asientos frecuentes, la mayor parte de las veces abundantes, muy pocas veces escasos o glerosos, con escaso tenesmo y casi nunca con sangre; podría haber sucedido que las amibas se encontraran presente, pero en todo caso nunca tuve que recurrir a la emetina.

El tratamiento lo concreté al bismuto, al elixir paregórico, la sulfasuxidina y la sulfaguanidina, en la siguiente forma: el bismuto y el elixir paregórico en poción y a la dosis de 6 y 10 gramos respectivamente en las 24 horas y la sulfasuxidina un gramo cada cuatro o seis horas.

Según la terapéutica empleada se trataría de disenterias a colibacilo y es a la conclusión a que he llegado, siempre con las salvedades apuntadas arriba.

Es ésta entidad que he dado en llamar diarreas disenteriformes la que predomina en el grupo de enfermedades de el tubo digestivo, sin decir por ello que se presenten

con gran frecuencia.

Pretendiendo dar una explicación a ésta rareza de disentería amibiana podrían muy bien ser razones, el hecho de que el abastecimiento de las aguas potables se hace de pozos excavados a gran profundidad, entre trecientos y cuatrocientos pies; está también la escasés de legumbres.

Parasitismo Intestinal. Se nos ha presentado con la misma frecuencia que estábamos acostumbrados a verla. La infección por ascárides y uncinaria es la que predomina, pocos casos de oxiuros y algunos de tenia.

Como tratamiento he usado el quenopodio, y el patentado de hexilresorcinol "Crystoides" ambos con buenos resultados.

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

Son sumamente frecuentes y de diversos tipos, dos condiciones favorables y que se encuentran reunidos en ésta zona contribuyen a su presencia y son: calor y humedad. Conocido es el papel apropiado que estos dos factores desempeñan para crear en el huésped y en el agente infectante.

Estafilo-estreptococias. Es el grupo que predomina adoptando todas las modalidades desde el simple forúnculo, hasta el antrax. Se presentan con una reincidencia desesperante y hay sujetos que padecen durante meses consecutivamente.

En éste grupo de estafilo-estreptococias están incluidos el impétigo, que lo hemos visto tener asiento en to-

das las regiones de el cuerpo; con sus vesículas prontamente transformadas en pústulas que tienden a secarse rapidamente desprendiendose pequeñas escamas. Por lo general no es pruriginoso. He hecho el tratamiento a base de pomada de sulfatizol y lavados de sulfato de cobre al 0.50 por mil.

Forunculosis y antrax. Son las que predominan radicando en diversass partes de el cuerpo. Además de el tratamiento curativo externo, he usado en los casos que fué posible aplicarla, la penicilina ordinariamente a la dosis de una ampolla de 100.000 unidades, o más según necesidad; los casos rebeldes unicamente cedieron a esta clase de tratamiento.

Micosis.— Comprende a nuestro modo de ver una basta agrupación, algunos de los casos pudieron ser calificados por nosotros y otros no. Se hace necesario el estudio y clasificación a ésta plaga tan insospechadamente común.

Las epidermofitosis o dermatofitosis.— La conocida tiña de los pies, manos e ingles la he encontrado en sus formas vesiculosa y escamosa. El herpes circinado, con sus característicos circulos y teniendo su asiento en diversas partes de el cuerpo.

Como terapéutica general he usado la tintura de yodo, el acido salicílico en base alcoholica al 40%, la pomada de Dobbie; en general con buenos resultados.

Para terminar me refiero al conocido "pañó blanco" del que se me han presentado dos formas: el de grandes zonas blanquecinas o pizarrosas finamente descamativas

y que se presentan casi exclusivamente en la cara; he podido observar su curación espontánea o usando pomadas de diversas naturaleza y que a falta de una estadística no permiten sacar en conclusión cual es la más efectiva; la segunda forma se presenta exclusivamente en individuos del sexo masculino, está constituida por la aglomeración de pequeños círculos acrónicos, múltiples, finamente decamativos, no pruriginosos, y que tienen su sitio de predilección en el cuello, nuca y con menos frecuencia en el torax. En su tratamiento he usado diversos tópicos con resultados prácticamente nulos.- El estudio especializado de el "pañó blanco" se hace también necesario.

CASOS QUIRURGICOS.

Nos ha tocado tratar casos de pequeña cirugía como heridas, abscesos, flemones, adenitis, cuerpos extraños en cornea etc. Los casos que necesitaban intervención de alta cirugía eran enviados al hospital de Tela.

Heridas. Se nos han presentado casi siempre en los trabajadores de la finca de la fábrica; es posible hacer una diferenciación entre unos y otros por estar los dos grupos expuestos a diferentes condiciones, siendo los accidentes de distinta categoría.

En el trabajador de la finca, son las heridas corrientes ocasionadas por machete, las punturas por las picas especiales usadas en el corte del abacá. En general los traumatizados se presentan con el bien conocido torniquete muchas veces más perjudicial que útil, las

heridas casi siempre de alguna consideración por ser ambos agentes usados con bastante fuerza; es de hacer notar las diferentes sustancias usadas por el trabajador con objeto de contener la hemorragia o prevenir la infección, así: el pozo de café, la tela de araña, la cal, el jugo extraído del abacá etc.

En el trabajador de la fábrica son principalmente las mujeres las que sufren de la clase de accidente que nos ocupa, y esto por razones de la clase de trabajo que desempeñan (cortando las puntas de fibra de mala calidad) tienen necesidad de usar pequeños cuchillos con los que se ocasionan heridas incesáns de cortas dimensiones, la mayor parte de las veces sin trascendencia, salvo algunas veces hemorragias que requieren algún cuidado.

No trataré de los raros y grandes destrozos por ferrocarril los que eran en viados a Tela.

Accidentes de trabajo.— Siendo las heridas la mayor parte de las veces causa de incapacidad para el trabajo, trato de esta clase de accidentes en éste sitio.

Constituyó una experiencia nueva y provechosa para mí tener que tratar y luego dictaminar sobre los accidentes de trabajo en ambas partes, es decir finca y fábrica; cuando un empleado sufre un accidente durante el trabajo se le reconoce con sueldo completo los días necesarios durante los cuales no puede trabajar, así mismo en los casos de incapacidad o deformidad temporal o definitiva para poder hacer la indemnización correspondiente.

Requieren cuidado especial para poder estimar el curso que podrá seguir tal o cual lesión, lo mismo para poder ponerse a salvo de las simulaciones que con miras de tener goce de sueldo recurren algunos. Los casos más difíciles se refieren a aquellos sujetos que han sufrido o dicen sufrir de torceduras musculares, o el conocido "aire". Forman un número considerable los accidentes de trabajo, que aumentan por la presencia de los simuladores.

Casos quirúrgicos que requieren intervención de alta cirugía. Se trata casi exclusivamente de abdómenes agudos; eran enviados al hospital de Tela para su tratamiento. Pero trato de ellos por la importancia y responsabilidad que requieren. El médico rural, como se encuentra tiene que hacer decisiones que entrañan grave responsabilidad, máxime cuando actúa en un medio en que él es el único. De los varios casos que tuve oportunidad de ver refiero el siguiente en el que una equivocación hubiera sido de grave responsabilidad para mí, y de trágicas consecuencias para el paciente; se trata de: G.M. de 42 años de edad, de nacionalidad italiana; el cuadro se instala con dolor moderado en el epigastrio que pronto se generaliza a todo el abdomen; cuando soy llamado, el enfermo se queja de intenso dolor abdominal sin localizar un punto preciso, temperatura normal; pulso ligeramente rápido, facies contraída pálida y sudorosa. A la palpación abdominal el vientre es rígido y doloroso en todos sus puntos; el interrogatorio no nos da ningún

dato importante, no hay antecedentes gástricos, ni nada tampoco que nos haga sospechar una apendicitis crónica anterior. Por otra parte no hay vómitos. El diagnóstico de abdomen agudo se impone, pero tratando de precisar más, repaso los cuadros agudos abdominales de curso rápido. La perforación por úlcera del estómago es la más frecuente, la perforación de el apéndice y recuerdo también el síndrome raro de la pancreatitis hemorrágica. Me inclino por la perforación de úlcera en el estómago tomando en cuenta el comienzo del dolor y su intensidad.

Aplico bolsa de hielo, y siendo el dolor sumamente atroz, un centígramo de morfina. Ordeno trasladar al enfermo inmediatamente a Tela; examinado el enfermo de nuevo tres horas después, el dolor se ha hecho tolerable, el abdomen es menos rígido, son particularmente dolorosos los puntos apendicular y gástricos.

Al ser intervenido se encuentran dos perforaciones por úlcera a nivel de la cara anterior del duodeno. El postoperatorio se desarrolla sin complicaciones.

La importancia y significación del caso referido es obvia. La responsabilidad grave, en el caso de que no hubiera tomado una actitud correcta.

ENFERMEDADES VARIAS.

Comprende los casos que se presentaron con menos frecuencia de los varios de ellos se refieren aconsultar por diversas causas, pielonefritis del embarazo,

partos, abortos, etc. Las enfermedades venereas, blenorragia y secundarismos de la sífilis que se nos presentó con alguna frecuencia, no requieren un capítulo aparte que lo justifique, ya sea por su frecuencia o modalidades clínicas particulares.

De tuberculosis pulmonar, pudimos observar tres casos; no nos extraña en una zona en que la casi totalidad de sus habitantes llegan exclusivamente a trabajar y por consiguiente en condiciones más o menos aptas para hacerlo.

Y para concluir me refiero a la escases de individuos mordidos de serpientes. En veinte meses, tres o cuatro casos en los que no se pudo indentificar las y que no presentaron ninguna gravedad, hecho raro es que existe en los alrededores el temible "barba amarilla".

ENFERMEDADES POR CARENCIA.

Al tratar de mi estadística hemos visto que no me refiero a los pacientes "independientes" por no estar incluidos en ella.

Hablo en este lugar de avitaminosis por ser en esa clase de pacientes en que se me presentaron la mayor parte de los casos.

Las tres plagas que siempre caminan juntas: malaria, parasitosis y avitaminosis se ceban despiadadamente en esta clase de gente; en una palabra es el problema de Honduras, en lo único que cambia el cuadro es en el nombre geográfico. Los bienex como cidos edemas generalizados, caras abotagadas,

ojos extraviados, piel seca y descamada, las diarreas profusas incircibles, por no hablar sino del cuadro más frecuente.

Desgraciadamente toda buena intención tiene que chocar con la dificultad de una terapeutica apropiada, siempre costosa, y para colmo de ironía la enfermedad hace mella en la gente más desamparada.

CONCLUSIONES.

Me concretaré a las siguientes:

1ª La reciente ley del servicio médico-rural obligatorio, me parece más que acertado una necesidad; nuestro país es relativamente grande y la mayor parte de las zonas rurales están en manos del curanderismo, la llegada de un médico aunque sea por un tiempo breve traerá inmensos beneficios en todo sentido. Lejos de ser una nueva carga para el futuro médico, reconocerá después la utilidad de esa práctica.

2ª El primer problema sanitario de ésta región es el de la malaria, aquí como en otras zonas del país es el que va a la cabeza.

3ª Las enfermedades de la piel, particularmente las dermatomicosis requieren un estudio por médicos especializados.

4ª Es interesante la escasez clínica de disentería amibiana, sobre todo conociendo la alta incidencia de ésta afección en la mayor parte de las poblaciones relativamente pobladas.

5ª El parasitismo intestinal tiene la misma presencia y quizás el mismo porcentaje que en otras regiones.

6ª En el cuadro de las afecciones agudas del pulmón la neumonía lobar franca tiende a presentarse muy escasamente.

7ª Los pacientes de la "montaña" es decir el campesino independiente es el que tiene necesidad más urgente de

tratar su problema sanitario y educacional.

8^a Las condiciones sanitarias del campo pueden muy bien servir de ejemplo en otras zonas.

Gravada
Juansepiñal



PROPOSICIONES

Anatomía.....Plexo nervioso intracardiaco.

Parasitología.....Amibiasis.

Patología Externa..Dermatomicosis.

Patología Interna..Neumonía.

Obstetricia.....Aborto.

Medicina Tropical..Fiebre hemoglobinúrica

Terapéutica.....Eméticos.

Oftalmología.....Conjuntivitis.