



REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

Fundador

Dr. JOAQUIN ZELEDON ALVARADO

Director

Jefe de Redacción

Dr. MANUEL ZELEDON P.

Dr. FERNANDO ZELEDON P.

CUERPO CONSULTIVO

Dr. MAX TERAN V.

Dr. JOSE ML. QUIRCE M.

Ministro de Salubridad Pública

Director del Hospital
San Juan de Dios

Dr. ESTEBAN LOPEZ V.

Presidente del Colegio de
Médicos y Cirujanos

Sumario:

1. DESAPARECE OTRO VALOR MEDICO COSTARRICENSE	17
Dr. Esteban López V.	
2. CONSIDERACIONES Y CRITERIO QUIRURGICO EN ALGUNAS CARDIOPATIAS CONGENITAS	154
Dr. Longino Soto P. Dr. Juan Zeledón A.	
EL MANEJO COMBINADO DE LA COLITIS AMEBIANA CRONICA	151
Dr. Max M. Quiroce	
4. HIMEN DILATABLE O COMPLACIENTE	203
Dr. Manuel Zeledón P.	
5. UNA NUEVA NORMA EN QUIMIOTERAPIA DE LA DIARREA	209
Dr. Manuel López V.	
6. INFORMACION SOBRE DISTRIBUCION DE MEDICOS	215
Dr. José Amador G. Sr. Agustina Fereira	
7. INFORMACIONES MEDICAS	217

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Apartado 978

San José, Costa Rica

Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXI

SAN JOSE, COSTA RICA

Número 363
MAYO DE 1964

Tomo XXI

Desaparece otro valor médico costarricense

SEÑORES:

El Colegio de Médicos y Cirujanos me ha dado el honoroso y a la vez penoso encargo de decir en su nombre unas palabras en este minuto de sincero duelo.

Ni final ni comienzo de la vida es la muerte en el círculo sabio y cerrado del Universo, nada comienza ni termina. El nacimiento es solo una revelación material de la Eternidad.

La muerte, el morir de los seres y las cosas, una transitoria ocultación de la materia, que es residencia temporal del espíritu.

Con la muerte del DOCTOR ANTONIO JIMENEZ RODRIGUEZ pierde la Nación a uno de sus buenos y eficientes constructores: porque fue ejemplo y prototipo del ciudadano laborioso y del hombre bueno. Con su desaparición terrena, pierden su cálido amor sus deudos más queridos y sus amigos.

Perdemos todos su bondadosa y gentil imagen material más no podría borrarse la de su espíritu que por su esencia carece de materialidad y es algo inmanente y perdurable en lo eterno.

El doctor Jiménez Rodríguez traía en su sangre las virtudes y talentos de su progenitor, el doctor Enrique Jiménez Núñez, a quien la Patria recuerda con gratitud y orgullo.

Como el padre, el hijo ennobleció su vida propia y llenó de bien y de bondad la de todos aquellos que estuvieron

a su lado. Fue feliz haciendo felices a los otros y supo vibrar con el dolor ajeno.

Los costarricenses estamos orgullosos de haberle tendido por compañero en el tránsito terrestre. Su grande espíritu supo alzarse por sobre las miserias y pequeneces humanas para alcanzar metas más altas: las cumbres que logran los hombres verdaderamente superiores.

Atento a su mejoramiento espiritual y profesional, se preocupó siempre por llevar los ojos puestos en esos fines superiores de la vida, la bondad, el amor, la compasión y estudio tenaz para adquirir conocimientos científicos que luego vendrían a servir a sus semejantes.

Paradigma de honradez, caballerosidad y corazón fue su vida. Así recordaremos siempre actuando dentro de los más ceñidos postulados éticos.

Su bondadosa imagen física perdurará a lo largo de nuestras vidas y el recuerdo de su espíritu materializado en nuestra mente es como una ave que ha emprendido el vuelo y abrió sus alas hacia los ámbitos celestes, donde la maldad o la bondad de los hombres ya no alcanza porque está por encima de lo humano, en las regiones de la paz y la luz eternas.

Dr. Esteban López Varela

Consideraciones y Criterio Quirúrgico en algunas Cardiopatías Congénitas

Dr. Longino Soto Pacheco * — Dr. Juan Jaramillo Antillón **/

Durante los últimos años, el estudio de las cardiopatías congénitas ha adquirido especial importancia en virtud de los avances prodigiosos de la electrocardiografía, el nacimiento de la angiografía y del cateterismo cardíaco, y las nuevas técnicas operatorias sobre el corazón, que han recibido un gigantesco impulso con la hipotermia y muy especialmente con la circulación extra-corpórea.

Con los modernos procedimientos de diagnóstico, la clínica ha ganado una solidez y un afinamiento insospechados y sus resultados diagnósticos son tan sorprendentes, que los cirujanos los han aprovechado para resolver un gran número de casos que antiguamente estaban condenados a muerte.

Sin embargo, pese a todos los adelantos conseguidos hasta ahora, no es posible considerar en los momentos actuales, que toda cardiopatía congénita sea sinónimo de cirugía.

Creemos, que en cada diferente tipo de lesión congénita, las posibilidades de curación no son las mismas, y que es necesario valorar muy bien las probabilidades de éxito, ya que, cuanto mayores sean éstas y menos los riesgos operatorios, tanto más fácil será decidirse a aconsejar la operación al enfermo.

Es de hacer notar el hecho, de que aunque una lesión cardíaca congénita "pueda ser operable" no significa "indicación operatoria"; ya que existen una serie de casos en que, esa indicación y la elección del momento para la operación dependen de: la edad del enfermo, de su estado general, de sus probables complicaciones, de sus molestias, de la magnitud del trastorno hemo-

* Jefe de Servicio de Cirugía A. Hospital Central C. C. S. S.

** Residente de Cirugía, Hospital Central C. C. S. S.

dinámico, del estado funcional del miocardio y del pronóstico que se puede dar en cada caso en particular.

El objetivo de todas las operaciones en el corazón consiste en restablecer lo más posible las condiciones fisiológicas. En el caso ideal, se suprimiría totalmente el defecto y se podría hablar de curación, pero en otros casos, solamente es posible una curación relativa (mejoría). A la realización de las operaciones curativas es relativamente fácil decidirse, especialmente si a corto o largo plazo está amenazada la vida del enfermo. Por el contrario, para las operaciones que sólo mejoran las hemodinámicas parcialmente, es necesario tener en cuenta la magnitud de las molestias que aquejan al paciente, así como muchos otros factores enumerados anteriormente.

Iniciamos con el presente trabajo, una corta serie de ellos, en los cuales daremos a conocer de manera breve, cuales son las indicaciones quirúrgicas de las principales cardiopatías congénitas, así como otros datos de interés como son: los diversos tipos anatómicos de una misma lesión, las complicaciones a que pueden dar lugar, las clasificaciones funcionales de ellas y la selección de casos para cirugía.

Abreviaturas empleadas:

C. I. A. (comunicación interauricular). V. D. (ventrículo derecho). A. P. (arteria pulmonar). I. C. D. (Insuficiencia cardíaca derecha). A. I. (aurícula izquierda). A. D. (aurícula derecha).

CLASIFICACION:

Muchas clasificaciones han sido propuestas con respecto a las cardiopatías congénitas. Aún cuando Helen B. Taussing describe las cardiopatías congénitas en dos grupos 1) Sin Cianosis y 2) Con Cianosis, es clásico aceptar la clasificación de la Dra. Maud E. Abbott sobre estas enfermedades en razón de los aspectos clínicos y el pronóstico que implican. Según esta autora se consideran tres tipos.

1) SIN CIANOSIS:

- a) Dextrocardias.
 - b) Hipertrofia congénita del corazón.
 - c) Defectos del pericardio.
 - d) Doble arco aórtico.
 - e) Coartación de la aorta.
-

- f) Estenosis o insuficiencia de los orificios valvulares cardíacos.
- g) Válvulas semilunares bicúspides o cuatricúspides.
- h) otras anomalías.

2) POTENCIALMENTE CIANOTICAS:

(Shunt izquierda-derecha predominante), corriente arterial a venosa, sin embargo pueden producir un corto circuito entre las cámaras derecha e izquierdas o entre los grandes vasos, y entonces la sangre venosa puede pasar en proporción importante al sistema arterial en las edades mayores de la infancia cuando se establece una alza de la presión sanguínea en el corazón derecho, pudiendo entonces dar la cianosis.

- a) Comunicación interauricular.
- b) Comunicación interventricular.
- c) Persistencia del conducto arterioso (Botelli).
- d) Defecto del Septo Aorto-Pulmonar.
- e) Estenosis pulmonar pura.
- f) Transposición de venas pulmonares.
- g) Otras anomalías más raras. Síndrome de Lutembacher (defecto del septo-auricular con estenosis mitral) etc.

3) CIANOTICAS:

Generalmente desde el nacimiento presentan la cianosis. (Shunt derecha izquierda predominante), corriente venosa-arterial.

- a) TETRALOGIA DE FALLOT. (Aorta a caballo sobre ambos ventrículos, defecto del tabique interventricular-hipertrofia del ventrículo derecho estenosis del orificio o atresia de la pulmonar).
 - b) COMPLEJO DE EISENMENGER. (Dextroposición de aorta, comunicación interventricular hipertrofia V. D.)
 - c) Pentalogía o Trilogía de Fallot.
 - d) Síndrome de TAUSSIG-BING: (Aorta nace en el V. D. y la arteria pulmonar cabalga sobre un defecto alto del septo ventricular).
 - e) Transposición de los grandes vasos.
 - f) Atresia Tricúspidea.
 - g) Truncus comunis (diversas formas).
 - h) Desembocadura de venas corporales anómalas en la A. I.
 - i) Aneurisma pulmonar Arterio-Venoso.
 - j) Estenosis Pulmonar con Foramen Oval.
 - k) Estenosis pulmonar con defecto del tabique interventricular.
-

- l) Estenosis tricúspidea con foramen oval.
- m) Otras anomalías más raras.

COMUNICACION INTERAURICULAR:

Hay gran variedad de formas en los defectos verdaderos del tabique interauricular y se pueden agrupar en los siguientes tipos generales:

TIPOS:

- a) Ausencia del tabique (Aurícula única).
- b) Persistencia del Ostium Primum.
- c) Persistencia del Ostium Secundum. (Variedad más común).
- d) Canal aurículoventricular común.
- e) Persistencia del Agujero Oval, (con estenosis pulmonar).
- f) Ostium Secundum con venas pulmonares anómalas.
- g) Ostium Primum con insuficiencia mitral.
- h) Síndrome de Lutembacher (Defecto del Septo auricular con estenosis mitral).

En general, cuanto mayor es el tamaño del defecto, más rápida la aparición de síntomas y mayor el volumen de sangre derivado por el mismo. Cuando la resistencia pulmonar es normal, la derivación predominante de la corriente sanguínea se dirige de izquierda a derecha. Cuando el defecto es grande, la derivación puede producirse en ambas direcciones, con posible predominio de izquierda a derecha. Los fenómenos que aumentan la presión pulmonar pueden invertir la derivación y originar cianosis.

Cuando el defecto es mínimo, puede no haber síntomas, las complicaciones principales son:

COMPLICACIONES:

- a) Insuficiencia cardíaca.
- b) Arritmias.
- c) Hipertensión Pulmonar.
- d) Endocarditis Bacteriana.

CLASIFICACION FUNCIONAL:

La gran mayoría de las C. I. A. elevan la presión pulmonar discreta o moderadamente, de acuerdo con esto se dividen:

- a) C. I. A. con presión pulmonar menor (—) de 50 mm. de Hg (Shunt Arteriovenoso).

- b) C. I. A. con presión pulmonar menor (—) de 90 mm. de Hg (aún Shunt arteriovenoso).
- c) C. I. A. con presión en V. D. de más (+) 90 mm. de Hg Shunt mixto o Veno-arterial).

Como la presión en la aurícula izquierda normalmente es más elevada que en la derecha, una parte de la sangre fluye del defecto de izquierda a derecha, llegando a original hipertrofia y dilatación del corazón derecho y de la A. P. Cuando este shunt dura largo tiempo, se produce hipertensión pulmonar, esclerosis pulmonar y neumonosis. El aumento de presión en el ventrículo derecho origina una elevación de la presión en A. D. cuando la presión en esta es mayor que en la A. I., se produce la inversión del shunt y aparece la cianosis.

"COMUNICACION INTERAURICULAR"

SELECCION DE CASOS PARA OPERAR:

- a) En los pacientes asintomáticos en quienes el cateterismo cardíaco sólo demuestra pequeñas derivaciones, NO OPERAR.
- b) Niños menores de un año, NO OPERAR a menos de complicaciones graves.
- c) En caso de Agujero Oval permeable con estenosis pulmonar sobreagregada, corregir sólo ésta.
- d) Los casos no complicados, con buena tolerancia al esfuerzo, con shunt izquierda a derecha no superior al doble del débito sistémico NO DEBEN OPERARSE.
- e) Con datos de Cardiomegalia con sobrecarga de cavidades derechas y hipertensión pulmonar mayor de 60 mm de Hg. OPERAR.
- f) Presencia de gran flujo arteriovenosos a través de la comunicación, que mantenga congestión pulmonar crónica a pesar de no existir hipertensión pulmonar importante deben OPERARSE.
- h) Todo paciente en quien el flujo pulmonar sea más del doble del sistémico (+ 10-l-mt.) DEBE OPERARSE.
- i) Operar en casos de Insuficiencia Tricúspidea.
- i) NO OPERAR los casos de shunt invertido (venoso-arterial) con gran hipertensión pulmonar con cianosis (más de 100 mm de Hg), ya que la comunicación I. A., es una válvula de escape cuya oclusión causaría I. C. D. Sobre todo si el flujo pulmonar es normal.
- k) Cuando el Shunt sea bidireccional (doble sentido) se po-

drá operar mientras el flujo pulmonar se mantenga elevado, incluso aunque la resistencia pulmonar esté por encima de 100 mm de Hg., puesto que aún puede esperarse que la resistencia vascular disminuya al decrecer el flujo pulmonar.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIAL

Normalmente entre las dos y seis primeras semanas de la vida suele producirse el cierre anatómico de dicho conducto, cuando no se oblitera el conducto, persiste la comunicación entre la arteria pulmonar y la aorta en un punto distal e inmediato a la arteria subclavia izquierda. Como la presión aórtica asciende en forma gradual de modo que poco después del nacimiento es algo mayor que la pulmonar, se produce derivación de izquierda a derecha. La cantidad de sangre es variable y depende del tamaño del conducto. Sin embargo en algunos casos, ocurre a veces una inversión de la derivación, hecho caracterizado por hipertensión en la circular pulmonar y cianosis de las extremidades inferiores. Es frecuente que la persistencia del ductus vaya acompañada de otras lesiones, sobre todo de: Coartación aórtica 10%. Atresia Tri-cuspídea. Transposición de grandes vasos, y a veces acompaña durante un tiempo a la Tetralogía de Fallot.

TIPOS ANATOMICOS:

- a) Cortos y anchos.
- b) Estrechos y largos.

COMPLICACIONES Y PELIGROS:

(Motivos por los cuales está indicado operar el ductus).

- a) Insuficiencia cardíaca (en niños mortalidad hasta del 20%).
- b) Endocarditis Bacteriana subaguda (de 5% a 25% la presentan).
- c) Desarrollo de Hipertensión pulmonar severa.
- d) Hipodesarrollo corporal.
- e) Producción de aneurismas en el ductus, la aorta o la pulmonar.

TIPOS FUNCIONALES DE ACUERDO A LA HIPERTENSION PULMONAR CREADA. (Variedades hemodinámicas).

- 1) Forma Típica: menos (—) de 60 mm de Hg. de presión en A. P. (arteria pulmonar).

- 2) Forma hipertensa:
 - a) Moderada (cuando se encuentre entre 60 y 90 mm. de Hg.) en A. P.
 - b) Elevada (cuando es mayor de 90 mm de Hg. en A. P.)
 - c) Extrema (cuando se iguala o sobrepasa a la presión aórtica o sea 120 mm. de Hg. o más) en A. P.

TIPOS FUNCIONALES DE ACUERDO CON EL SHUNT ESTABLECIDO

- a) CORTOCIRCUITO ARTERIO-VENOSO: Se establece siempre que la presión aórtica sobrepase a la de la pulmonar.
- b) CORTOCIRCUITO VENO-ARTERIAL: Se establece, si la presión pulmonar supera a la de la aorta, es pues un shunt "invertido" con instauración de la sangre arterial periférica.
- c) CORTOCIRCUITO MIXTO: Es decir, es a la vez Aorto-Pulmonar y Pulmo-aórtico, lo que se debe y está indicando, las presiones de ambos vasos son muy semejantes.

"PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIAL"

SELECCION DE CASOS PARA OPERAR.

- a) En principio, intervenir todos los pacientes portadores de Ductus.
- b) No es conveniente operar niños recién nacidos ni menores de 2 años a menos que haya signos de aparición de complicaciones.
- c) Un adulto de más de 50 años que tolere bien su malformación NO OPERARLO.
- d) Especialmente se deben intervenir los niños con ductos amplios.
- e) Antecedentes de endocarditis bacteriana es indicación de operación, ya que de lo contrario ésta recidivará. Si la endocarditis no responde a tratamiento médico se puede intentar la operación aunque la mortalidad es mayor.
- f) Un aumento moderado o elevado de la resistencia vascular pulmonar, es indicación formal y urgente de operación, ya que de lo contrario puede producirse un ductus hipertenso inoperable.
- g) Cuando la presión pulmonar iguala o sobrepasa la presión aórtica (120 mm de Hg) NO OPERAR.
- h) A mayor hipertensión pulmonar, por lo general habrá mayor mortalidad operatoria, con ductus hipertenso invertido con Presión Pulmonar por encima de 120 mm de Hg. la mor-

talidad es de (+) 95%. Y todo paciente de este tipo que se opere muere por 1) COR PULMONARE AGUDO O SUB-AGUDO. 2) Hemorragias incontrolables. 3) Trastornos del ritmo.

"ESTENOSIS PULMONAR PURA"

TIPOS ANATOMICOS:

- a) VALVULAR (80%).
- b) INFUNDIBULAR (19%).
- c) MIXTA (combinación de las anteriores).
- d) ARTERIAL.

VARIEDADES HEMODINAMICAS: (se clasifican según la presión del V. D. en relación con la arteria pulmonar).

- 1) LIGERA...presión V. D. de 25 a 50 mm. de Hg.
- 2) MODERADA...presión en V. D. de 50 a 100 mm. de Hg.
- 3) SEVERA...presión V. D. más de 100-0 a 300-20 mm. de Hg.

Las presiones en la arteria pulmonar son normales (25/8) o bajas, en todos.

COMPLICACIONES:

Insuficiencia Cardíaca derecha.
Endocarditis Bacteriana.
Hipodesarrollo corporal.

SELECCION DE CASOS PARA CIRUGIA.

- a) Pacientes asintomáticos o que toleran bien su lesión y con gradientes de presión entre el V. D. y A. P. no considerables (variedades I y II) NO OPERAR.
- b) Operar si hay antecedentes de I. C. D.
- c) Con presión sistólica en V. D. superior a 100 mm. de Hg (variedad III) OPERAR SIEMPRE (ya que a partir de esta cifra sobreviene una sobrecarga derecha considerables y daños del miocardio).
- d) Los casos severos operarlos "preferiblemente" entre los 6 y 12 años.

"COARTACION DE LA AORTA"

TIPOS ANATOMICOS:

- 1) PRELIGAMENTOSA (Infantil) o preductal; obstrucción de la

aorta proximal a la inserción del conducto arterioso.

- 2) Post-ligamentosa (ADULTA) o posductal, es la forma típica y común. Es un estrechamiento del vaso inmediatamente distal a la arteria subclavia izquierda más allá del Ductus.
- 3) Coartación aórtica asociadas a Ductus (10%). Válvula aórtica bicúspide o Estenosis Mitral congénita. (Rara).

COMPLICACIONES

- a) Insuficiencia Cardíaca congestiva.
- b) Endocarditis Bacteriana.
- c) Hipertensión cerebral esclerosis vascular y hemorragias cerebrales.
- d) Trastornos de irrigación a miembros.
- e) Ruptura de la aorta.

SELECCIONES DE CASOS PARA CIRUGIA:

- 1) En principio, aconsejar la intervención en todos los pacientes con coartación típica de la aorta y edades entre los 6 y 40 años.
 - 2) No es de urgencia operar antes de los 6 años si no hay complicaciones, pero si es conveniente intervenir antes de los 20 años, ya que la mortalidad aumenta por la esclerosidad del vaso y la abundante red colateral.
 - 3) Pacientes adultos con leve estrechez (poco importante) a juzgar por sus escasos síntomas y que toleran bien su malformación, NO OPERARLOS.
 - 4) Pacientes con signos de hipertrofia cardíaca permanente o de insuficiencia C. C. deben operarse, mejorando antes ésta.
 - 5) En lactantes, la insuficiencia cardíaca rebelde, requiere a veces operación.
 - 6) Si hay Ductus o Insuficiencia aórtica asociados (Operar y corregir ambos defectos).
-

BIBLIOGRAFIA

- 1.—WOOD P. Congenital Heart Disease. *Diseases of the Heart and Circulation*. Eyre & Spottiswoode. Second edition. Chapter VIII. pg. 18. 1957.
 - 2.—KJELLBERG. MANNHEIMER. RUDHE. JOHNSON: Diagnosis of Congenital Heart Disease. The Year Book Publishers, inc. chapter 13, pg. 399. 1955.
 - 3.—BAILEY CH. P.: Pulmonic Stenosis. *Surgery of the Heart*. Lea & Febiger. Chapter 11. pg., 197. 1955.
 - 4.—FONTANA R. A. and EDWARDS.: Congenital Cardiac Disease. W. B. Saunders Company. pg. 113. 1962.
 - 5.—FRIDBERG CH. K.: Cardiopatía Congénita. *Enfermedades del Corazón*. Editorial Interamericana. Capítulo 30. pg. 641. 1951.
 - 6.—GROSS H. and JEZER A.: Congenital Heart Disease. Treatment of Heart Disease. W. B. Saunders Company. Part IV. pg. 365. 1956.
 - 7.—GOLDBERGER, E.: Persistencia del Conducto Arterioso. *Enfermedades del Corazón*. Librería Vallardi. Capítulo XXVII. pg. 433. 1954.
 - 8.—LAM C. R.: Panel on the Diagnosis and Treatment of Pulmonic Stenosis. International Symposium on Cardiovascular Surgery. W. B. Saunders Company. pg. 56. 1955.
 - 9.—WHITE P. D.: Congenital Cardiovascular Defects. *Heart Disease*. The Macmillan Company. Part II. pg. 285. 1951.
 - 10.—GOULD S. E.: Congenital Malformations of the Heart and Great Vessels. *Pathology of the Heart*. Charles S. Thomas. Publishers. Chapter V. pg. 266. 1953.
 - 11.—HUFNAGEL CH. A.: Corazón y Pericardio. Christopher, *Tratado de Patología Quirúrgica*. Editorial Interamericana. Capítulo 17. pg. 420. 1961.
 - 12.—RIKER W. L.: Cirugía intracardiaca para cardiopatías congénitas. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*. Editorial Interamericana. pg. 133. Febrero 1963.
 - 13.—GROSS R. E.: The Patent Ductus Arteriosus. *The Surgery of Infancy and Childhood*. W. B. Saunders Company. Chapter 60. pg. 806. 1934.
 - 14.—KROVETS J. L. and WARDEN H. E.: Patent Ductus Arteriosus: Analysis of 515 Surgical proved cases. *Yeark Book of General Surgery*. pg. 291. 1963 - 64.
 - 15.—ESPINO VELA J.: *Malformaciones Congénitas*. México 1959.
 - 16.—JACOBI J. y LOEWENECK M.: *Cardiopatías quirúrgicas*. Editorial Alhambra. 1961.
-

El Manejo Combinado de la Colitis Amebiana Crónica

SEGUNDA PARTE

Dr. Mark M. Schapiro, M. S., F. I. C. S.

EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA COLITIS AMEBIANA CRONICA

Un diagnóstico absolutamente positivo puede hacerse solamente demostrando la *Entamoeba histolytica* o sus quistes en las heces purgadas, las raspaduras intestinales de cráteres de úlcera, o de biopsia de las excrecencias polipoideas, granulomas u otras regiones sospechosas. En los primeros estadios el diagnóstico no es demasiado difícil después de una historia cuidadosa y detallada. La suposición de que un caso es de origen amebiano hasta que se pruebe lo contrario se justifica cuando se admite residencia en una región endémica o de la respuesta terapéutica a un régimen intenso de medicación específico cuidadosamente controlado. Los síntomas muestran variaciones extremas y son directamente proporcionales a la severidad, a la virulencia del protozoo, a la duración y a cualquier tratamiento previo de la infección. Otros tres factores de gran importancia en la respuesta a infección son la resistencia del huésped al protozoo; la extensión de la inmunidad desarrollada por el huésped; y el número de organismos que causan la infección. Estos no pueden ser evaluados técnicamente.

Absolutamente no hay exacta demarcación entre las tres formas clínicas: la aguda, la crónica o la latente o asintomática, ya que cada una se ampara imperceptiblemente en la otra. En el período crónico o latente el huésped ha desarrollado una resistencia natural o inmunidad para el parásito. Esto causa que los síntomas sean de una naturaleza secundaria insignificante o no existentes del todo, conduciendo a un diagnóstico de "alergia gástrica, neurosis gástrica, trastorno gastrointestinal benigno, colitis espástica, colitis ulcerativa, etcétera." Los variables grados de alteración del intestino producen períodos de diarrea alternando con constipación. Estos cambios de hábitos intestinales se agravan en tiempo caluroso, por aumento de ingestión del fluido, por nerviosidad, por cambios bruscos en la dieta y por otras

provocaciones específicas. En este período es de suma importancia NO CONFUNDIR EL PERÍODO NO SANGUINOLENTO, DIARREA NO MUCOIDEA CON UNA DIARREA AMEBIANA AGUDA RECURRENTE O REBELDE. ES PEOR AUN SOMETER DICHOS PACIENTES A UN RÉGIMEN DE TERAPIA ANTIAMEBIANA EL QUE SERA NO SOLAMENTE INÚTIL SINO DAÑINO Y PELIGROSO". Hará desaparecer algunas Entamoebas, al menos temporalmente, de las úlceras u otras lesión a donde se obtienen usualmente por diagnóstico perdiendo así valioso tiempo.

Los síntomas son no específicos y semejan a los presentados; vagos, mal definidos, por muchas otras condiciones. Dos puntos no mencionados por ninguna de las autoridades como signos de infección amebiana son la constante y persistente intolerancia a la carne y productos de carne; y el agravante de cualquiera de los síntomas presentes o su verdadero desarrollo siguiendo la ingestión de alcohol (21). El dramático alivio por el simple hecho de eliminar estos de la dieta es digno de observar.

Es prematuro que los casos intermedios y avanzados de colitis amebiana crónica causan dificultad en el diagnóstico. Puede ser ligera pérdida de peso, alguna deshidratación, anorexia definida, particularmente para la carne y productos de carne e ingestión disminuida de alimento. La caquexia progresiva es corriente. Los dolores abdominales con retortijones vagos o severos aparecen en ondas, son tan intensos que producen al paciente un sudor frío.

Estos dolores se alivian por la pasada de la deposición y son típicos de todas las infecciones amebianas. La sensibilidad a la palpación se presenta en el ciego, el sigmoide y colon descendente; el sigmoide y colon descendente causan una sensación pastosa peculiar al dedo de palpación como está arrollado entre ellos que no se presenta en ninguna otra condición.

Si se tienen en mente las siguientes premisas se ayudará al diagnóstico diferencial.

(1) Las lesiones granulomatosas y estenosantes cicatriciales no muestran regresión espontánea al menos bajo terapia antiamebiana específica intensa. No se transforman o degeneran en uno u otro aunque las dos pueden encontrarse en el mismo paciente.

(2) Las lesiones obstructivas puras debidas al gran engrosamiento y ulceración de los tejidos colónicos nunca producen un defecto de llenado fijo que causarían confusión en manos expertas.

El defecto de llenado en estos tipos de lesiones no es constante; es variable en configuración y extensión; y presenta alteraciones bajo terapia específica.

(3) La variabilidad del cuadro radiológico obtenido en visualizaciones seriadas; las alteraciones regresivas observadas bajo terapia y la total desaparición de ciertos hallazgos no se ven en ningunas otras condiciones.

(4) No hay linfadenopatía regional asociada en la laparotomía. La lesión es de consistencia esponjosa, altamente hemorrágica en color y tan vascularizada que se simula un proceso inflamatorio agudo. No hay invasión de los tejidos circunvecinos por la masa tumoral que completamente rodea el intestino. Todas las limitaciones normales están obliteradas por adhesiones densas que forman todo el contenido abdominal en una masa.

La Proctosigmoidoscopia es de extremo valor y en ningún caso debería ser omitida. Los puntos blanquecinos o amarillentos a lo largo del sigmoide inferior con la primer indicación de regiones de necrosis físlar. Estas úlceras son distintivas, empiezan a lo largo de las Válvulas de Houston, como formas irregulares, redondas, ovaladas o serpinginosas con bordes rasgados indeterminados y base sucia gris amarillenta. NINGUNA OTRA ÚLCERA COLONICA PRESENTA UN CUADRO SIMILAR. El proceso es extensivo y a medida que la enfermedad progresa hay además de las úlceras, edema, hemorragia y pérdida de las marcas anatómicas de la mucosa normal. La infección secundaria superpuesta a menudo oculta las características típicas de la úlcera fundamental de modo que estas deben ser cuidadosamente lavadas para quitar la costra de encima. Las raspaduras deben de obtenerse de varias úlceras; las más congestionadas, las más purulentas y edematosas son las que mejor sirven para este propósito. La muestra debe obtenerse de la base de la úlcera, las orillas socavadas o del cráter. La biopsia también es útil para confirmar una región sospechosa; tal como una excrecencia polipoidal, una lesión granulomatosa, una masa tumoral. Deben obtenerse dos o más muestras de cada lesión.

El examen radiológico completa el estudio. Refuerza el diagnóstico, da la extensión aproximada de la afección colónica, denota su severidad y el estado quirúrgico de la lesión presente. Sirve para revelar la presencia de cualesquiera factores de complicación tales como fístula vésico-intestinal, fístula intestino-colónica, etcétera. Las examinaciones seriadas son de valor en aquellos casos donde la evaluación clínica deben hacerse de la respuesta

terapéutica por tratamiento médico previo a la corrección quirúrgica de cualesquiera lesiones deformantes. Algunos radiólogos con larga experiencia con este problema (22) (23) indican que el cuadro radiológico es tan distinto que garantiza un diagnóstico presuntivo solamente con los hallazgos de rayos X. Las alteraciones específicas del intestino antes, durante y después de terapia intensa son tan predecibles e inalterables como para servir de evidencia corroborativa. Estos hallazgos son:

(1) Un defecto de llenado, ulcerativo, infiltrativo, tumefacto o de otras formas.

(2) Los cambios de la mucosa en el intestino grueso con una apariencia apolillada de la mucosa y un modelo mucosal irregular.

(3) La hipermotilidad del colon con una marcada irritabilidad y espasmo. El tiempo de evacuación rápido es común.

CUADRO 1

RESUMEN DE 8 CASOS DE COLITIS AMEBIANA CRÓNICA

Caso N°	Nombre, Sexo, Edad, Lugar	Fecha 1ª Consulta	Fecha Probable Inf. Original	Diagnóstico Original	Síntomas clínicos que se observaron al principio	Hallazgos de laboratorio
1	J. Mc. A. 44 E. U. A. M	11/9/53 5224	1948 48, 50, 51 Diarrea ?	Enteritis	Sensibilidad del ciego, colon descendente, diarrea no sanguinolenta con constipación vaga dolores abd. de 6 meses de duración.	Heces N 3xs Feb. Deposition P. Rectosig. edema, úlceras, exc. polipoides Raspaduras P.
2	J. M. S. 38, E. U. A. M	5/1/54 41459	1944 No Diarrea 1946, 1948	Enteritis Hemorroides	Diarrea con dolor retropúbico tenesmo. Sensibilidad del colon desc. y del sigmoide. Hemorroides 2 operaciones previas 3 meses.	Heces N. Úlceras recto sigmoideas, mucosa denudadas. Raspaduras P.
3	A. F. 38, Hond. F	15/6/50 17575	Diarrea en la Infancia No	Carcinoma de Flexura Hepático	Pérdida de apetito y peso. Intolerancia para la carne. Masa palpable en la flexura hepática. Vagos dolores abdominales de 9 meses de duración.	Heces P. Mucosa del sig. edema con úlceras y hemorragia. Raspaduras P.

4	A. L. 68, Hond. F	6/7/50 —	Ninguna No	Carcinoma del recto grado 3	Cambio en los há- bitos intestinales, pérdida de peso, masa rectal palpa- ble, constipación progresiva 1hr. obstrucción del in- testino 12 meses duración.	Heces N. Exc. po- lipoides en desc. si- moide úlceras múl- tiples. Raspaduras Biopsia P.
5	J. B. F. 42, Hond. M	15/6/56 51475	1955 No	Carcinoma del colon transverso	Intolerancia para la carne. Diarrea intermitente consti- pación, vago dolor abd. de 6 me- ses de duración.	Heces P Abs. de marcas mucosales Acceso de dolor límites normales. Raspaduras P.
6	P. M. 34, Hond. M	7/6/59 39871	1951 51, 52	Cálculo renal derecho	Acceso de dolor repentino. Shock, masa en la región lumbar derecha 48 horas.	Heces N. Masa de pus P. Heces P 2 meses.
7	A. P. 44, Hond. F	15/9/58 47829	Ninguna	Carcinoma del colon transverso	Intolerancia para la carne pérdida de peso progresiva, dolor abdominal, diarrea con consti- pación, 8 meses de duración.	Heces P. Inflama- ción intensa dec. úlceras del sigmoi- de. Raspaduras. Biopsia P.
8	M. P. 74, Hond. F	8/1/59 56915	Ninguna	Carcinoma del intestino grueso	Dispepsia, anore- xia. Intolerancia para la carne. Constipación cró- nica. Sensibilidad del ciego 2 años duración.	Heces P. Sig de- nudado. Úlceras Múltiples. Raspa- duras P.

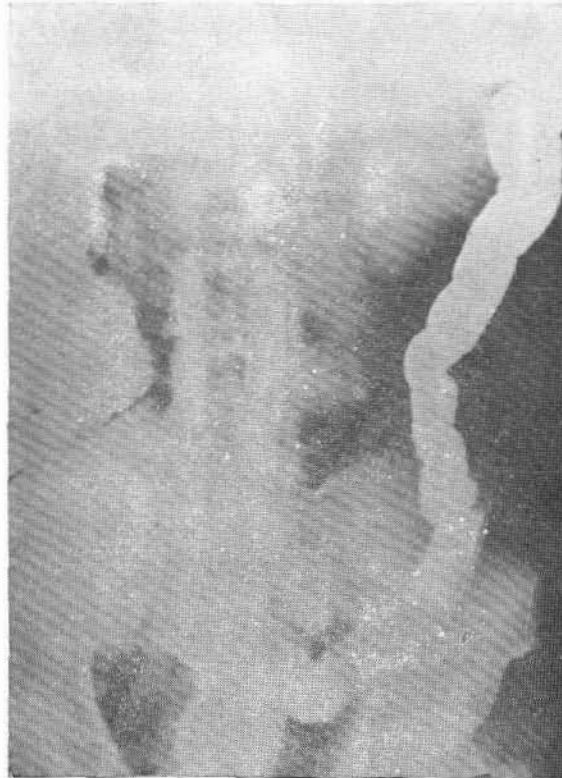
(4) Deformaciones variables del ciego con incompetencia de la válvula ileocecal.

(5) Alteraciones de las marcas australes, aumentadas, ausentes o una distribución extraordinaria.

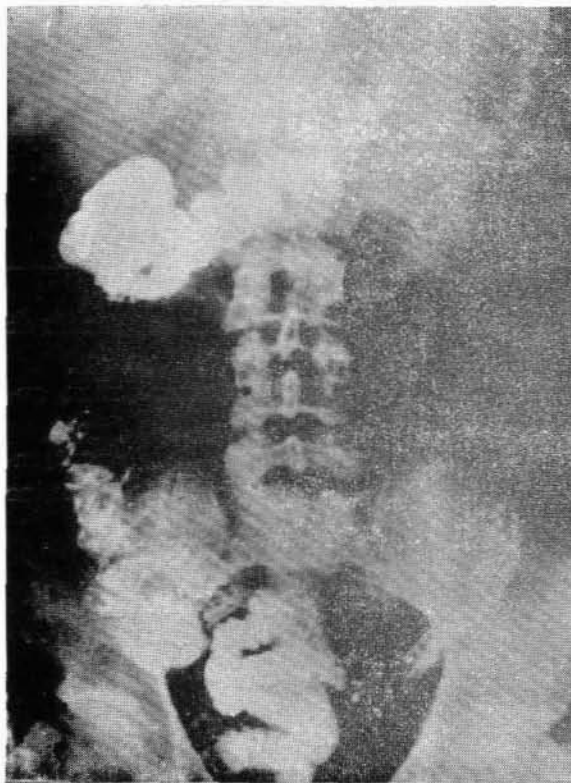
(6) Alteraciones de tono intestinal y aumento de segmentación intestinal con regiones de modelos normales del intestino alternando con regiones de intestino patológico.

8 CASOS DE COLITIS AMEBIANA CRONICA

Radiografía 1 a

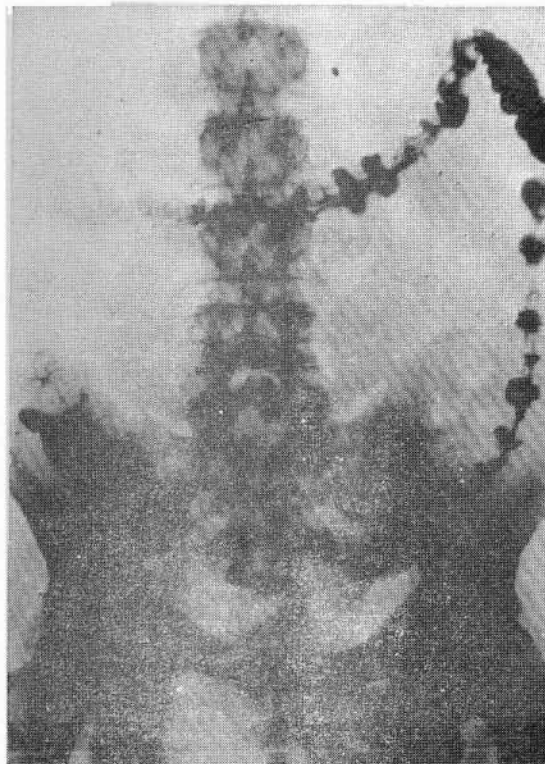


Radiografía 2 b



(a) La evacuación incompleta revela pérdida de las marcas usuales, tremenda dilatación de todo el intestino grueso: Impresión preliminar de un colon atónico agudo exagerado sin peristales. (b) Después la evacuación revela pérdida de membrana mucosa en todo el intestino grueso particularmente el colon descendente con pintas en el colon ascendente hasta la flexura esplénica. Ulceraciones extensivas de todos los grados se observan del medio del colon ascendente a la unión rectosigmoidea. Diagnóstico: Colitis amebiana moderadamente avanzada sin alteraciones anatómicas permanentes. N° 5224 marzo 1954.

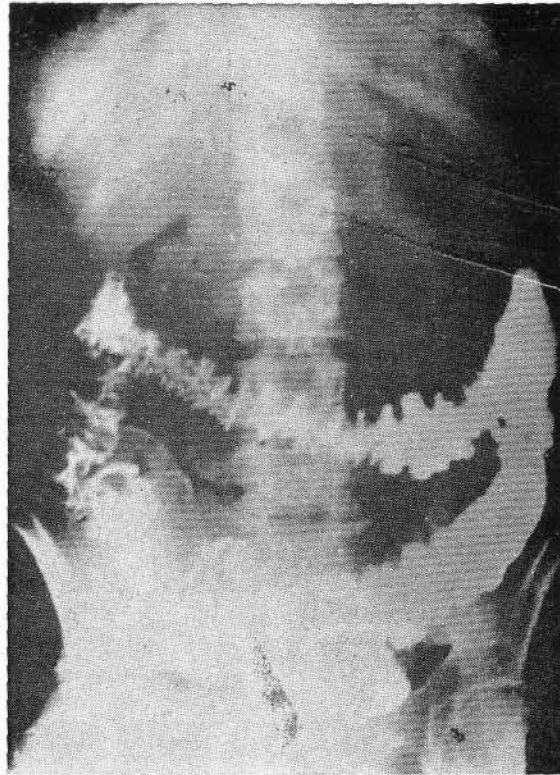
Radiografía 2



Retención media escasamente suficiente para la visualización. Regiones intermitentes de destrucción de la membrana mucosa de el ciego al recto. El colon ascendente aparece casi invisible solamente como manchas sobre placa. Muchas zonas de espasmo y constricción por todo el intestino grueso. Todas las zonas visualizadas mostraron marcada ulceración con muy pocas zonas de intestino normal. Marcada pérdida de las marcas anatómicas normales. Diagnóstico, colitis amebiana crónica avanzada con signos incipientes de obstrucción del intestino grueso. N° 41459, mayo 1954.

Radiografía 3

(a) La lesión estenosante de la flexura hepática con numerosas zonas globulares de radiolusencia muy sospechosas. Marcado edema de todo el colon, múltiples zonas hemorrágicas en el colon transverso, flexura esplénica y colon descendente. Aumentado el tiempo de evacuación de todo el intestino grueso más marcado en el colon transverso, peristalsis grandemente hiperactiva en todo el intestino grueso. Se repite la representación después

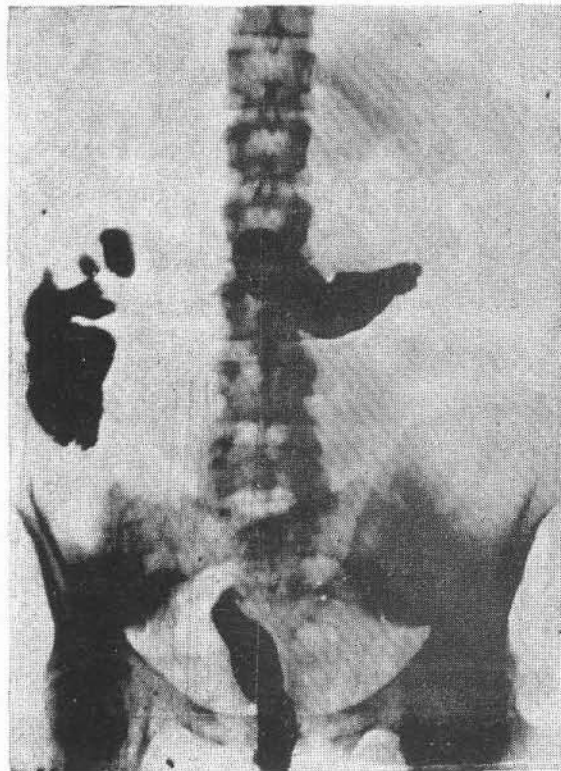
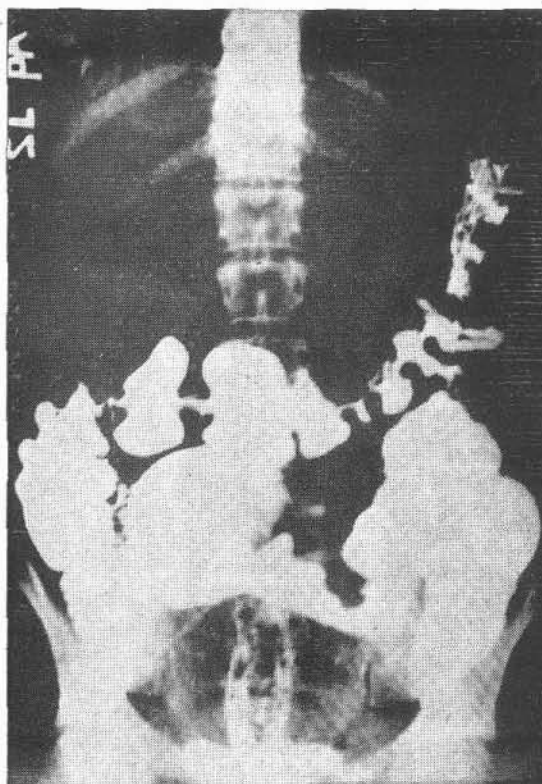


de 72 (b) horas revelando ausencia de las zonas de radiolusencia. En la porción superior del colon ascendente la mucosa tiene la apariencia de "comida de rata" la cual es irregular en contorno, indefinida en modelo con marcado estrechamiento que involucró toda la pared intestinal. Diagnóstico: colitis amebiana crónica; tardía grado 2 con moderadas alteraciones anatómicas permanentes del intestino que son irreversibles.

Nº 17575, Junio 1950.

Radiografía 4

La masa elíptica del rectosigmoideo hasta el límite superior del recto rodea completamente el intestino. Definidamente deslindado en el límite superior mostrando tremenda dilatación distal del colon descendente extendiéndose hacia el borde inferior del $\frac{1}{3}$ superior. El colon transverso tiene apariencia de "diente de rata" extendiéndose a lo largo de toda su longitud. Diagnóstico: granuloma amebiano rectosigmoideo, colitis amebiana crónica del colon transverso y flexura esplénica con moderados cambios anatómicos irreversibles. Obstrucción completa incipiente del intestino grueso.— Sin número. Julio 1950.



Radiografía 5

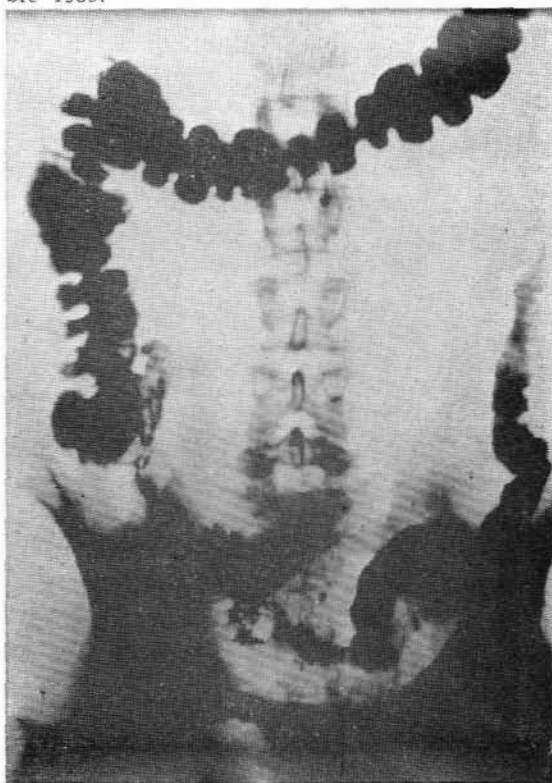
Ausencia total de marcas mucosales y limitaciones anatómicas en todo el intestino grueso. El $\frac{1}{3}$ proximal del colon transverso no visualizado. Flexura hepática moderadamente dilatada con media parte del colon transverso. El resto del del intestino grueso no visualizado. Zonas obstructivas observadas en la flexura hepática y unión recto-sigmoidea. Diagnóstico: colitis amebiana crónica avanzada con serias alteraciones anatómicas del intestino grueso tipo irreversible y bajo grado de obstrucción crónica. N° 51475, junio 1956.

Radiografía 6

Placa plana reveló una gran masa en forma de melón envolviendo la totalidad de la zona del riñón derecho y desplazando todas las estructuras medialmente. A los dos meses la reexaminación mostró seria pérdida de la mucosa del intestino grueso del ciego al recto-sigmoideo, la ausencia de las marcas intestinales normales, ligeras marcas australes fue observado un doble contorno del ciego al recto-sigmoideo. Diagnóstico Colitis amebiana crónica moderadamente avanzada, alteraciones anatómicas tempranas deteni- bles; perforación espontánea de úlcera amebiana de la pared posterior del colon ascendente con formación de absceso. N° 39871, Julio - Setiembre 1959.



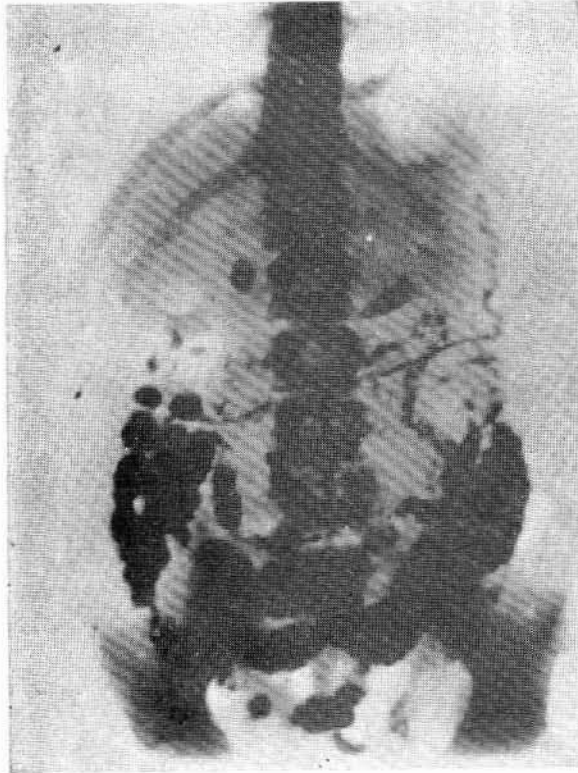
Radiografía 7



Hay ausencia casi completa de las marcas normales de la mucosa de la flexura esplénica al recto-sigmoideas. Una pobre visualización debido a la extrema hipermotilidad de todo el intestino grueso con pobre retención del medio de contraste. Diagnóstico: Colitis amebiana crónica avanzada con sigmoiditis. N°... 47.829. Octubre 1958.

Radiografía 8

Marcada estrechez del intestino grueso de la flexura hepática al sigmoides con obliteración casi completa en varias zonas produciendo signo de la "cuerda" en estas zonas. Completa pérdida de la mucosa de 2/3 superiores del colon ascendente hasta el sigmoides. Hay signos de cambios anatómicos avanzados irreversibles en el intestino grueso. Diagnóstico: Colitis amebiana crónica avanzada con obstrucción crónica incompleta del intestino grueso. N° 56215, Agosto 1959.



(7) Contornos en diente de sierra de la pared del colón por contraste de aire después de la expulsión del bario.

(8) Constrictiones, estenosis o calibre luminal alterado del intestino grueso sin las alteraciones usuales reconocidas como debidas a otras lesiones ulcerativas crónicas.

(9) Acortamiento y contracción de todo el colon conduciendo al desarrollo del signo "de la cuerda" el cual es casi terminal.

(10) Regiones de afección del intestino grueso.

El cuadro clínico de la colitis amebiana crónica como se encuentra en los 8 casos aquí reportados se resume brevemente en el cuadro 1. La figura 1 da los hallazgos radiológicos preoperatorios en estos mismos casos.

Himen Dilatable o Complaciente

por

Dr. Manuel Zeledón Pérez *

Introducción.

El presente trabajo se ha realizado en base a 228 reconocimientos por acusación de delitos sexuales (en su mayoría de estupro y violación). Estos reconocimientos han sido practicados directamente por el autor en el ejercicio de 2 años al servicio de la Medicina Forense de los distritos de San José.

Hemos hallado muy frecuentemente la presencia de himenes íntegros, elásticos o complacientes, que presentan un problema médico-legal para resolver cuando se ha tratado de un estupro o violación. El médico forense y las Autoridades Judiciales tienen que valerse de otros medios de investigación para poder dilucidar si realmente ha habido delito sexual o es una falsa acusación. En la presente revisión analizaremos los posibles orígenes de la frecuencia del himen complaciente según el criterio de varios médicos legistas y la solución más acertada que se recomienda para aclarar o poder dar la pauta de solución al Juez y éste pueda rendir su veredicto.

Conceptos.

Se conceptúa como **estupro** el delito sexual que cometer un sujeto, que por medio de la seducción y el engaño tenga relaciones sexuales con una joven casta y honesta, mayor de 12 años y menos de 18 años (1) (6). **Violación:** comete el sujeto que valiéndose de la violencia física o moral tenga relaciones sexuales con un individuo de cualquier sexo o edad (6). De tal manera que en muchas ocasiones puede existir el delito de estupro y de violación al mismo tiempo.

* Médico Forense de San José.

Himen complaciente. Es el himen que pueda permitir las relaciones sexuales sin que haya ruptura del mismo, ni queden huellas de acto carnal aparentemente.

Himen.

Los autores clásicos describen varias clases de himenes, a saber: semilunar, anular, frangeado, bilabiado, biperforado y cribiforme (2). En nuestra corta experiencia hemos encontrado que en nuestro medio los tipos de himen más corrientes son el anular 82% y el semilunar 17.6%, los demás tipos no se nos han presentado, a excepción de un caso que describimos a continuación. Una niña de 13 años que fue llevada por su madre para investigar si se encontraba en estado de gravidez, al reconocerla nos encontramos con un himen imperforado con gran hematocolpo y gran hematometra; el útero se palpaba abdominalmente como un embarazo de 4 meses.

El himen complaciente es un himen generalmente anular, carnoso con muchas plegaduras y muescas, de 4 a 6 milímetros de su borde libre al borde adherente, colocado en un introito vaginal de un calibre más o menos ancho y que se distiende con facilidad, sin martirización ni sensación de dolor (8) (10) es decir, es elástico tiene bastante tela plegable para distenderse al paso de un cuerpo compatible con el que tiene el miembro viril de diámetros normales). Las muescas congénitas dan la sensación, en muchas ocasiones de tratarse de desgarros antiguos pero al destender el colgajo himeneal se encuentra uno con que no llegan al borde adherente y generalmente son simétricas. (4).

Reconocimiento ginecológico médico-legal.

Para practicar esta clase de reconocimiento el primer requisito es contar con la anuencia de la paciente, de lo contrario el médico forense debe concretarse a comunicar la falta de cooperación a las autoridades y no dictaminar sobre el caso. Los exámenes mal hechos que dejan a dudas constituyen un gran peligro para la justicia y para el honor profesional (3). El médico debe contar con una o dos asistentes, ayudarse de buena luz, buena separación de los muslos y de los labios de la vulva, para sí poder revisar meticulosamente con una espátula u objeto roma, las flexuosidades del himen. Este delicado examen no es tan sencillo de interpretar como así lo estiman los médicos que no han tenido la suficiente práctica en este campo. Luego viene el examen digital. En muchas ocasiones nos encontramos, con sorpresa, que un himen íntegro, con sus pliegues bien recogidos y que

no da la sensación de permitir un cuerpo extraño compatible con el diámetro del pene, al introducir los dedos, éstos pasan con gran facilidad y sin malestar de ninguna clase. La introducción de los dedos tiene que hacerse muy delicadamente, comenzando con la punta del dedo índice y sin brusquedad y persuasión, ir verificando la maniobra para dejar de practicarla en el momento en que se sienta cualquier tropiezo mecánico al paso de uno o dos dedos. Tener en cuenta que la emotividad, el pudor femenino y la poca experiencia de la paciente a esta clase de exámenes, son factores que pueden alterar la interpretación de los hechos, (12) pero que no se debe dejar de hacer lo correcto ni tampoco forzar situaciones. El tacto bimanual para palpar las características del útero, muy a menudo es infructuoso en la obtención de los datos de un embarazo de las primeras semanas; por lo que muy a menudo se hace necesario mandar a hacer pruebas de laboratorio para investigación de gravidez. Tomar muestras de semen o flujo son pruebas indispensables cuando estas sustancias se hayan presentado (3).

El dictamen médico - legal.

El dictamen médico legal debe basarse en los siguientes puntos: 1) Edad aparente de la paciente. 2) Huellas de violencia en las diversas partes del cuerpo. 3) Desarrollo de los órganos genitales. 4) Descripción minuciosa del himen. 5) Evidencia clínica de embarazo y acompañar posteriormente el resultado del laboratorio. 6) Evidencia clínica de enfermedad venérea e investigación de laboratorio cuando se estime necesario. Todos estos datos son completamente necesario para el fallo que tenga que dar el Juez y la omisión de varios de estos puntos es muy común en el médico forense que se inicia y que no le da importancia a estos detalles por salir rápidamente de su trabajo, (11).

Origen del Himen complaciente.

No hay duda que el himen elástico o complaciente en una gran mayoría de casos obedece a una formación constitucional congénita muy particular del caso que nos ocupa, dado que son hímenes con las características apuntadas de buena cantidad de pliegues y escotaduras que permiten su distensión. Hay autores que aseguran que además de esas características anatómicas congénitas, secundariamente contribuyen a esa flaccidez, maniobras de masturbación con objetos romos, que poco a poco van dando a la membrana cierta expansión y elasticidad, que le permite posteriormente dilatarse sin ruptura (8) Así mismo se han reportado numerosos casos por Balthazard, maniobras de onanís-

mo que se llevan a cabo gradualmente. Otros peritos médicos le-
gistas consideran que todo hímen complaciente es originado úni-
camente y exclusivamente por maniobras graduales de masturba-
ción o de onanismo y que en poco o nada contribuyen la consti-
tución anatómica congénita. (8). Es así como se ha llegado a ex-
plicar que en nuestro medio tropical existen gran número de hí-
menes complacientes, dado que nuestra legislación social le im-
pone a la mujer abstenerse de prácticas sexuales antes del ma-
trimonio y factores raciales y climatéricos hacen que ese exceso
de apetito sexual se satisfaga por maniobras de masturbación con
objetos romos que se introducen gradualmente.

Sea cual fuere el origen del hímen complaciente, lo cierto
es que permite el coito sin ruptura y al forense y al Juez los po-
nen en un problema serio para su veredicto de estupro o violación.

Cómo poder ayudar a las autoridades legales.

El interrogatorio bien recogido y correctamente valorado pue-
de ayudar a la interpretación de los hechos. No pronunciarse a
favor de relaciones sexuales de un caso que no presente evidencia
física y que el interrogatorio deja lugar a dudas, poner en manos
del Juez los datos veraces y que la solución de si hubo cópula o
no, sean resueltos por esta autoridad (3) (4). No olvidarse que el
médico por su investidura de profesional al que se le confían con
mayor facilidad las intimidades, puede obtener datos más valio-
sos al interrogatorio que las mismas autoridades judiciales. En
un hímen complaciente resulta muy atinado recoger muestras de
líquidos en vagina o de periné o vulva para la investigación de
espermatozoides o bien de enfermedad venérea (5). Así mismo
tiene mucha importancia la presencia de equimosis, escoriaciones
ungueales o huellas de dientes humanos que puedan obtenerse
del examen físico.

Hallazgos nuestros

De 54 hímenes íntegros resultaron 17 complacientes corres-
ponden a un porcentaje bastante alto de 31.4% de los casos pro-
blema en todos ellos se hizo posible por reportar los datos minu-
ciosos en la forma descrita anteriormente para una buena solu-
ción de las autoridades.

Hallazgos en 228 reconocimientos médico legales

	NUMERO	PORCENTAJE
Himen íntegro	54	23.6%
Desfloración reciente	27	11.8%
Desfloración antigua	144	63.1%
Violación en niños (hombres)	3	1.3%
	-----	-----
TOTAL	228	100.0%

Himen complaciente: 17 pocentaje sobre 54 — 31.4%.

Resumen:

1) Se ha practicado una revisión de 228 reconocimientos médico-legales por acusación de delitos sexuales de estupro y violación.

2) Se ha enfocado la importancia de una buena solución en los casos de himenes complacientes, dado que es bastante frecuente en nuestro medio - 31.4% de los himenes íntegros.

3) Se hace énfasis en los reconocimientos de los himenes, con muchas flexuosidades, escotaduras y colgajos, por lo sencillo de equivocarse.

4) Se plantean las hipótesis del himen elástico y se le da importancia a la masturbación como factor de causa a efecto.

5) Se recomienda un interrogatorio bien llevado y un examen cuidadoso en la investigación de estos delitos sexuales y no dejar de tomar muestras de exudados para investigación de espermatozoides y de enfermedades. Galli Mainini para embarazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1—CODIGO PENAL Y DE POLICIA. Delitos contra la honestidad. Capítulo I páginas 53 y 54. 1950. Costa Rica.
- 2—TESTUT JACOB. Anatomía Topográfica. Orificio inferior de la vagina. Tomo II. Páginas 668-669. Salvat Editores 1948.
- 3—THOINOT L. Tratado de Medicina Legal. Diagnóstico del acto sexual en los diversos casos especiales. Tomo II Páginas 37 - 40. Colección Testut. Segunda edición. 1927.
- 4—URIBE CUALLA G. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Relaciones sexuales completas sin que queden huellas al examen médico - legal. Biblioteca de la Universidad Javeriana. Páginas 290. Bogotá. 1941.
- 5—MARTINEZ MURILLO S. Medicina Legal. Delitos sexuales. Tomo II páginas 244 - 250. México 1951.
- 6—ACOSTA GUZMAN A. Medicina Legal y Toxicología. Problemas sexuales. Tesis Octava. Páginas 465 - 466. Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. 1961.
- 7—ACOSTA GUZMAN A. Medicina Legal (compendio) Violación, estupro y desfloración. Tesis Octava. Páginas 103-105. Costa Rica. 1932.
- 8—ZELEDON ALVARADO J. Revista Médica de Costa Rica. Himenes Dilatables sin Rotura. Autodesfloración por onanismo. Vol. 1933, Tomo I N° 2 Pg. 40 - 47.
- 9—WEBSTER. Legal Medicine and Toxicology. Rape and Natural Sexual Offenses. Signe of Virginity. Págs. 259 - 263. London.
- 10—SMITH SYDNEY. Medicina Forense. Virginidad. Páginas 293 - 295. Gustavo Gigli Editor. Barcelona
- 11—BALTHAZZARD. Medicine Legale. Virginité et Defloration. Pags. 397 - 402. Cuarta Edition. Bibliotheque Carnot Rathery. Paris.
- 12—ETIENNE, MARTIN. *Precis Medicine Légale. Recherches des signes de de la virginité ou defloration.* Págs. 589 - 591. Tercera Edition. Collection Testut. Paris.
- 12—ETIENNE, MARTIN. *Precis Medicine Légale. Recherches des signes de* 222. Séptima Edición. Librería Atenco. Buenos Aires. Argentina.

Una Nueva Norma en Quimioterapia de la Diarrea

Dr. Marcial Fallas Vargas *

INTRODUCCION

Comprendemos generalmente como diarrea el signo caracterizado por un aumento en el número de las evacuaciones intestinales, con alteración fluidificante de su estado físico.

La calificación de agudeza o de cronicidad del cuadro diarréico lo fundamentan la duración y la intensidad de sus manifestaciones clínicas.

El diagnóstico de diarrea lo establece comúnmente la madre y lo comprueba el médico.

Mucho del fundamento diagnóstico de esa anormalidad funcional deriva de la comparación que se establece entre las cualidades de las evacuaciones del niño en estudio y de las características excrementiciales del niño normal con igual alimentación.

La diarrea en unión del vómito, forma parte de aproximadamente un 50 a 65% de nuestras consultas de Pediatría, siendo el resto del porcentaje casi en su totalidad ocupado por enfermedades de las vías respiratorias, y solamente en un escaso número de niños tenemos oportunidad de ver otro tipo de afecciones. Esta es la realidad y aún cuando quizás nos sintamos un tanto defraudados acerca del ejercicio de una especialidad tan amplia dentro de la medicina, lo cierto es que los pediatras, por lo menos, en lo que respecta a los países de Latino América, empleamos la mayor parte de nuestro tiempo en resolver problemas de tipo digestivo y respiratorio. Siendo la diarrea uno de los signos característicos de los primeros, y necesitándose hacer su corrección sobre la marcha, generalmente indiferentes a su etiología, por carecer en nuestras Unidades Sanitarias de los más elementales medios de diagnóstico, aún en las que están situadas dentro de lo que lla-

* Sub-director Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salubridad Pública.

manos Área Metropolitana, ha sido una de las razones que me han llevado a hacer una pequeña investigación con un nuevo producto antidiarréico que tiene la ventaja de actuar indiferentemente de la etiología con reconocida eficacia contra una gran variedad de microorganismos enteropatógenos, y con más propiedad que los antibióticos y las sulfonamidas, a más de ser carente de toxicidad y efectos secundarios, como pude comprobarlo en mi corta experiencia.

MATERIAL Y METODOS

Empleando tabletas de 250 mgrs. de clorhidroxiquinoleína (*) tratamos 23 pacientes, de los cuales 22 eran niños en edades comprendidas entre los 2 meses y los 4 años de edad y un adulto de 40 años. Todos los casos presentaban diarrea de etiología desde luego no determinada. En todos los casos de niños se hizo lógicamente terapia de hidratación, conducta ésta que he adoptado siempre en los casos de diarrea, es decir dieta hídrica en todos los casos, aún de aquellos en que he considerado el síntoma como poco importante.

En los niños se suministró el medicamento a la dosis de 5mgrs. por libra de peso 4 veces por día o sean 20 mgrs. por libra de peso y por día, en el caso de hacer el cálculo por kilo de peso y 24 horas debe suministrarse el medicamento a la dosis de 10 mgrs., por kilogramo de peso 4 veces al día, o 40 mgrs. por kilogramo de peso y por día. En el adulto se suministraron 2 tabletas (500 mgrs.) 4 veces diarias durante 3 días.

En los niños la duración del tratamiento fue variable y sobre todo de acuerdo con la gravedad del signo, pero no se suministró el medicamento en ningún caso por un período mayor de 5 días.

Para hacer una evaluación de la eficacia del medicamento, a todos los niños tratados se les dio una nueva cita para 8 días después, recomendando a la madre que en caso de agravación del cuadro se presentara a la consulta en cualesquiera de los días subsiguientes. He de aclarar previamente que ninguno de nuestros pequeños pacientes regresó de emergencia a una nueva consulta, antes del plazo estipulado.

Esta experiencia fue llevada a cabo en la consulta regular de Pediatría de la Unidad Sanitaria de Paso Ancho, y que se hace todos los días de la semana de las 7 a las 9 a. m.

* Halquinol Squibb (nombre comercial: QUIXALIN).

A continuación suministro una nómina de los pacientes tratados con el número del expediente clínico correspondiente a cada uno de ellos:

1.—M. R. O.	2 meses	11 lbs.	8 oz.	Nº 1054
2.—A. P. G. A.	3 meses	8 lbs.	8 oz.	Nº 1826
3.—S. Ch. L.	4 meses	11 lbs.	29 lbs.	Nº 1803
4.—J. B. V.	5 meses	12 lbs.	8 oz.	Nº 871
5.—J. V. C.	5 meses	16 lbs.	5 oz.	Nº 1770
6.—M. O. G.	6 meses	11 lbs.	8 oz.	Nº 345
7.—M. A. M. S.	6 meses	9 lbs.	11 oz.	Nº 1455
8.—P. M. M.	10 meses	13 lbs.	4 oz.	Nº 1866
9.—M. V. A. S.	1 año	23 lbs.	8 oz.	Nº 1137
10.—Z. R. F.	1 año	12 lbs.	7 oz.	Nº 122
11.—S. C. M.	1 año	19 lbs.	1 oz.	Nº 1272
12.—M. M. A.	1 año	18 lbs.	8 oz.	Nº 1444
13.—M. V. P.	1 año	19 lbs.	6 oz.	Nº 1145
14.—M. V. B.	1 año	23 lbs.	2 oz.	Nº 1602
15.—C. Q. M.	1 año	19 lbs.		Nº 1859
16.—V. B. R.	2 años	26 lbs.		Nº 302
17.—X. G. U.	2 años	22 lbs.		Nº 517
18.—A. M. C.	2 años	25 lbs.		Nº 1156
19.—J. M. S.	2 años	25 lbs.		Nº 1455
20.—M. E. C. M.	3 años	29 lbs.		Nº 1272
21.—M. A. P. R.	3 años	22 lbs.	8 oz.	Nº 1852
22.—L. Z. H.	4 años	26 lbs.		Nº 1637

NOTA: La repetición en el número del expediente en algunos casos se debe sencillamente a que los números se llevan de acuerdo con las familias, y si se han tratado hermanitos, pues es lógico que estos llevan el mismo número de expediente.

Como puede observarse la mayoría de los niños tratados eran casos de severa desnutrición, como es corriente en estas Unidades Sanitarias, pero aún así el empleo del medicamento no produjo efectos desagradables, excepto en un caso que presentó náuseas.

Cuadro que resume los casos de diarrea de etiología no especificada con Clorhidroxiquinoleína - (Halquina) *

Grupos de edad en años	Casos		Regular		Bueno		Nulo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
—1	8	34.8	7	87.5	1	12.5	—	—
1 a 2	7	30.4	7	100	—	—	—	—
2 a 3	4	17.4	3	75	1	25	—	—
3 a 4	2	8.7	2	100	—	—	—	—
4 y más	2	8.7	2	100	—	—	—	—
Total	23	100	21	91.3	2	8.7	—	—

RESULTADOS

Como puede observarse en el cuadro adjunto los resultados, aún dado el pequeño número de pacientes, fueron buenos en el 91.3% de los casos y regulares solamente en el 8.7%, no registrándose en ningún caso en que se calificara el resultado de nulo. El control posterior al tratamiento en los 23 pacientes tratados no reveló la existencia de diarrea en ese momento, que como se especificó anteriormente, cada uno de ellos fue citado 8 días después de haberse iniciado éste. En ninguno de los casos, como también se especificó más arriba, se presentaron reacciones secundarias desagradables, excepto las náuseas ya mencionadas en uno de ellos (una niña de 4 años). Es muy de tomarse en cuenta la ausencia de efectos secundarios desagradables ya que la experiencia fue llevada a cabo en un lote de niño que precisamente presentan las condiciones menos ideales para trabajar con ellos, me refiero en especial a su precario estado de nutrición y a las condiciones ambientales y de hogar, que no se prestan en algunos casos, debido a las condiciones culturales de las madres, a llevar a cabo experiencias de este tipo.

RESUMEN

- 1—Empleando la clorhidroxiquinoleína (un compuesto derivado de la 8 hidroxiquinoleína y constituido por 5-cloro 8 hidroxiquinoleína, 7 cloro - 8 hidroxiquinoleína y 5, 7 - dicloro-hidroxiquinoleína) se trataron 23 casos de diarrea de etiología no especificada, tomando en cuenta el amplio campo de acción del medicamento.
- 2—La dosificación empleada fue de 5 mgrs. por libra de peso 4 veces al día, o 20 mgrs. por libra de peso y por día. El medicamento se suministró en tres o cuatro tomas por día, y en ningún caso por un período mayor de 5 días.
- 3—Los resultados fueron muy alentadores: 91.3% de resultados buenos, 8.7% de resultados regulares y ningún caso calificado como de resultado nulo.
- 4—Solamente en un caso hubo una reacción secundaria (náuseas en una niña de 4 años).
- 5—El autor de este modesto trabajo considera los resultados alentadores y se permite recomendar, o practicar en el futuro, si es posible, un número mayor de estudios a este respecto, a fin de poder valorar mejor el empleo del medicamento.

EPILOGO

El autor se permite agradecer a los señores representantes de la casa Squibb en Costa Rica, don Claudio Cardona y don Rodolfo Subirós, la gentileza al suministrar el medicamento empleado en esta experiencia. *

* Halquinol Squibb. (Nombre comercial: QUIXALIN SQUIBB).

BIBLIOGRAFIA

- 1—Clínica del niño con diarrea aguda. Salud Pública de México. Epoca V. Vol. I — N° 2. — Octubre - Diciembre 1959, México D. F.
- 2—La vía oral para la rehidratación y corrección del desequilibrio electrolítico de enfermos de "diarrea" ambulatorios menores de 2 años. Doctores Joaquín A. de la Torre y Jorge Larracilla Alegre. Hospital Infantil de México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. XLIX N° 6. Diciembre de 1960.
- 3—Observaciones preliminares relativas al tratamiento de la amibiasis intestinal con la clorhidroxiquinoleína. Vicente Amato Neto, Anahide Debelian, Rubens Campos. Estudio llevado a cabo en la Clínica de enfermedades tropicales e infecciosas, Hospital das Clínicas y en el Servicio de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo, BRASIL. Reimpreso (traducido) de "O Hospital" 63:73-76. Enero de 1963.

INFORMACION SOBRE DISTRIBUCION DE MEDICOS

Por

Dr. José Amador Guevara*

Sr. Augusto Perera**

1 MEDICO POR 1.500 HABITANTES

Años	Población	Nº Médicos
1960	1.199.116	799
1961	1.251.397	834
1962	1.302.829	869

NUMERO DE MEDICOS QUE DEBE HABER

Años	Población Estimada*	Nº Médicos
1965	1.476.062	984
1970	1.795.854	1197

* Población estimada con base en una tasa de crecimiento anual del 4%.

ESCUELA DE MEDICINA DE COSTA RICA — 1962

Población	1.302.829
Escuela de Medicina	1
Habitantes por Escuela	1.302.829
Médicos	603
Habitantes por Médico	2.161

* Director de la Cátedra de Medicina Preventiva Escuela de Medicina.

** Director del Departamento de Bioestadística Ministerio de Salubridad Pública.

DISTRIBUCION DE MEDICOS EN COSTA RICA, POR PROVINCIAS

AÑOS		Todo el País	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limon
1950	a	261	167	22	16	12	10	25	9
	b	3111	1701	6858	6382	4362	9028	3613	4670
	c	195	31	432	162	242	1040	440	1033
1951	a	263	167	27	18	10	9	24	8
	b	3187	1760	5755	5818	5372	10465	3842	5429
	c	194	31	352	144	290	1156	458	1162
1952	a	268	174	22	16	12	10	25	9
	b	3242	1740	7320	6830	4618	9865	3866	4998
	c	190	30	432	162	242	1040	440	1033
1953	a	302	192	25	21	10	9	33	12
	b	2975	1622	6648	5377	5717	11442	3063	3874
	c	169	27	280	124	290	1156	333	775
1954	a	318	208	26	21	10	11	33	9
	b	2934	1547	6627	5592	5918	9776	3226	5367
	c	160	25	365	124	290	945	333	1033
1955	a	351	220	30	26	12	15	38	10
	b	2762	1512	5961	4693	5110	7510	2947	5022
	c	145	24	317	100	242	693	289	930
1956	a	351	231	32	25	10	12	32	9
	b	2889	1492	5979	5082	6354	9808	3677	5796
	c	145	23	297	104	290	867	344	1033
1957	a	403	—	—	—	—	—	—	—
	b	2612	—	—	—	—	—	—	—
	c	126	—	—	—	—	—	—	—
1958	a	392	274	27	30	9	11	30	1
	b	2806	1369	7628	4577	7567	11688	4295	5099
	c	130	19	352	87	322	945	367	845
1959	a	420	298	33	30	11	13	25	10
	b	2737	1318	6502	4769	6428	10355	5417	5835
	c	121	17	288	87	264	800	440	930
1960	a	459	322	36	30	15	16	29	11
	b	2612	1277	6198	4955	4924	8776	4869	5504
	c	111	16	264	87	193	650	379	845
1961	a	528	351	55	35	24	17	32	14
	b	2370	1226	4218	4406	3221	8626	4627	4488
	c	96	15	173	74	121	612	344	664
1962	a	603	399	58	48	26	18	35	19
	b	2161	1126	4158	3329	3081	8515	4409	3422
	c	84	13	164	54	112	578	314	489

a Número de Médicos.

b Número de habitantes por cada Médico.

c Número de Km2 por cada médico.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRECCION GENERAL DE
ASISTENCIA MEDICO SOCIAL, EN UN PLAN COORDINADO CON
EL MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TOTAL	P R O V I N C I A S						
		<i>San José</i>	<i>Alajuela</i>	<i>Cartago</i>	<i>Heredia</i>	<i>Guanacaste</i>	<i>Puntarenas</i>	<i>Limón</i>
TOTAL . . .	124	37	23	17	10	16	15	6
Hospital Central	1	1	—	—	—	—	—	—
Hospitales Regionales	6	—	1	1	1	1	1	1
Hospitales Periféricos	7	1	3	—	—	1	2	—
Hospitales de Especialidad	7	6	—	1	—	—	—	—
Centros Rurales de Asistencia	15	3	5	1	—	4	1	1
Unidades Sanitarias	88	26	14	14	9	10	11	4

INFORMACIONES MEDICAS

CONGRESOS

Cuarto Congreso Mundial de Prevención de los Riesgos Profesionales.—Se llevará a cabo en la Ciudad de Londres, del día 13 al 18 de Julio de 1964. Es organizado por la Real Sociedad para la prevención de accidentes en colaboración con la Comisión de Prevención de los Riesgos Profesionales de la Asociación Internacional de la seguridad social y también con la Oficina Internacional de Trabajo. Para mayores informes dirigirse: Organizing Secretary, Fourth World Congress on the Prevention of Occupational Accident and Diseases, R. o. S. P. A., 52, Grosvenor Gardens, Londres, S. W. 1.

Séptimo Congreso Interamericano de Cardiología, Montreal, Canadá. Fecha de verificación del 13 al 19 de Junio de 1964. Límite para presentación de resúmenes: 15 de Febrero de 1964. Límite para inscripción a cuota reducida: 31 de Marzo de 1964. Para toda información dirigirse: a la secretaria del Séptimo Congreso Interamericano de Cardiología, 2052 St. Catherine Street West, Suite 114, Montreal 25, P. Q. Canadá.

Curso de Cancerología Digestiva. "Manuel Malenchini". Con el auspicio de los Archivos Internacionales de Gastroenterología Capítulo Argentino. Tendrá lugar en la Capital Federal del 10 al 21 de agosto, el primer curso de Cancerología Digestiva "Manuel Malenchini" cuyo temario general comprende: I Generalidades, II Cáncer de vía digestiva proximal (boca, faringe, esófago), III Cáncer de estómago, IV Cáncer de duodeno y yeyuno-ileon, V Cáncer de colon de rectoano, VI Cáncer de hígado, vías biliares y páncreas, VII Cáncer del peritoneo. Informes e Inscripción, Aremales 1335, Capital Federal, T. E. 44-1039.

Octavo Congreso Internacional de Medicina Interna. Tendrá lugar en Buenos Aires (República Argentina) del 23 al 28 de Noviembre de 1964. Presidente del Congreso: Profesor Dr. Mariano R. Castex, (Zabala 2161) Buenos Aires). Los temas principales del Congreso son: 1º Cromosomas y Patología; 2º) El Internista; su importancia; su formación; ética profesional; 3º) enfermedades iatrógenas; 4º) Patología geográfica americana; 5º) Síndromes Paraneoplásicos. Los programas del Congreso y los formularios de inscripción pueden solicitarse a la Secretaría del Congreso. (Melo 3081). Buenos Aires.

LIBROS

Tratado de Gastroenterología. Se ha publicado el Tratado de Gastroenterología por el Profesor Juan Nasio y sus colaboradores. Es una obra muy completa que consta de tres tomos e índice. 4000 páginas, y 1731 grabados en negro y 77 en color. Editada por Salvat Editores S. A. Barcelona 1962. Obra indispensable para el especialista y para todos los internistas en general. La brevedad, concisión y claridad en la exposición asegura un estudio útil y práctico.

New Ideas in Rehabilitation. The Chest and Heart Association anuncia esta nueva publicación de diciembre de 1963. Este libro cubre un amplio campo de enfermedades del tórax y del corazón y aspira el estímulo de nuevas ideas. Así mismo es una publicación de uso práctico e inmediato para el médico que quiere consultar ideas nuevas en la rehabilitación del paciente de tórax y de problemas de corazón.

INDICE MEDICO BIBLIOGRAFICO

Dr. Eduardo Sáenz Jiménez*

- "COLAPSOTERAPIA QUIRURGICA BILATERAL NO DEFORMANTE". Hospital Manuel Gea González, México, julio 1951 (Inédito).
- "DILATACIONES BRONQUIALES NO TUBERCULOSAS". Memoria del Congreso Científico Mexicano, UNAM, setiembre 1951, COL. Dr. Isidro Rodríguez León, Dr. Luis Alcalá Valdés, Dr. Luis A. Pérez Tejada.
- "ALTERACIONES ANATOMICAS EN 50 PIEZAS OPERATORIAS, EX-TIRPADAS POR TUBERCULOSIS PULMONAR". Rev. Mex. Tub., 13: 123, 1962. Col. Dr. José Ramírez Gama.
- "REVISION DE LAS PRIMERAS 17 RESECCIONES PULMONARES PRACTICADAS EN EL SANATORIO DURAN". Rev. Mex. Tub. 1954 (refer. extraviadas).
- "CHYLOTHORAX AS A COMPLICATION IN PULMONARY RESECTION" Dis. of the Chest, 23-3:344, 1957. Col. Dr. V. López Majano.
- "RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN 228 RESECCIONES PULMONARES POR TUBERCULOSIS. (Sanatorio Durán, awo 1952 - 1956)". V Congreso Centroamericano de Tuberculosis y Enfermedades del aparato Respiratorio, Tegucigalpa, Honduras, junio 1957. Rev. "El Médico", nov. 1959.
- "MANEJO DEL PACIENTE PULMONAR EN EL DEPARTAMENTO DE LUCHA ANTITUBERCULOSA DE COSTA RICA". "La Convención de Médicos Becarios y ex-Becarios del Instituto Nacional de Neumología", México, abril 1960.
- "FIBRINOGENOPENIA EN CIRUGIA PULMONAR POR TUBERCULOSIS". IX Congreso Centroamericano, Cirugía, San José, nov. 1961. Acta Médica Costarricense 4 (3):185-195, Col. Dr. F. Echeverría Casorla, marzo 1961.
- "ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA TORACOTOMIA", leído en la Sociedad Costarricense de Enfermedades del Tórax, marzo 1961.
- "FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA UN MEJOR DESARROLLO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN LOS PAISES DE CENTRO AMERICA". Memoria XIII Congreso Panamericano de Tuberculosis, ULAST, Guatemala, julio 1962. (ca preparación).