

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN CARLOS — FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REPÚBLICA DE GUATEMALA, C. A.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL SERVICIO MÉDICO  
QUIRÚRGICO, POR MEDIO DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

TESIS

PRESENTADA A LA

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN CARLOS

POR EL BACHILLER

RAFAEL SARDÁ, h.

EN EL ACTO DE SU  
INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

MARZO DE 1946

GUATEMALA, C. A. — 1946

En el Primer Congreso Médico Hospitalario de la República, verificado en la ciudad de Quezaltenango la semana del 12 al 16 del mes de febrero del corriente año, se llegó a hacer las recomendaciones ante las autoridades universitarias, a efecto de que todos los estudiantes de medicina, al haber aprobado el examen general privado, debieran hacer una práctica, antes de obtener el título de médicos y cirujanos, en los hospitales departamentales y, sobre todo, en centros de asistencia médica rural, los cuales se deberían instituir en todos los pueblos que pasaran de 20,000 habitantes. Con esto se haría un beneficio a dichos pueblos que hasta hoy han permanecido abandonados a su suerte y alejados del cuidado del ramo de Salud Pública y Asistencia Social y que no conocen dicho servicio médico; siendo, por esta causa, centros donde la muerte arrebatada anualmente centenares de vidas, y por otra parte constituyen una verdadera cuna de empirismo, llegando al extremo de existir en estos tiempos, curanderos, zahoríes y brujos que explotan a los afligidos moradores, con detrimento para la patria, que necesita de todos esos hijos arrebatados que podrían contribuir a su riqueza y engrandecimiento, y para la ciencia que no penetra en dichos lugares.

Con sólo citar las costumbres de los indígenas del propio departamento de Guatemala en sus municipios de San Juan Sacatepéquez y San Pedro Sacatepéquez, lugares donde he actuado cerca de un año, y en donde he madurado y llevado a cabo este trabajo, se llega a conocer el descuido de las autoridades del ramo médico asistencial, ya que en este departamento—centro de la ciencia médica, lugar de privilegio escogido por casi todos los profesionales, residiendo actualmente cerca de trescientos de ellos—es donde, a mi manera de ver, se refleja la ignorancia y la falta de interés en que vivimos, para mejorar el estado de la salud del pueblo.

¡Cómo serán los pobres pueblos alejados de la capital!...

En el mes de mayo de 1945, fui nombrado para combatir el tifo exantemático en la zona de San Juan Sacatepéquez, lugar de todos conocido y por todos visitado. Su población es de 22,000 habitantes más o menos, siendo en su mayoría indígenas, con educación y costumbres de montaña, reacios y enemigos de todo adelanto y máxime si de servicio médico se trata, por la falta de educación inculcada por sus semejantes, al extremo que en sus rituales que siguen al matrimonio, existe un padrino encargado de llevar la palabra ante los cónyuges, para desearles felicidad

y fidelidad conyugal y para recordarles que el ladino es, ha sido y será siempre su enemigo, haciéndoles la recomendación de inculcar sus sentimientos derivados de esto a sus mismos hijos, a los cuales se les repetirán dichas palabras al contraer matrimonio (costumbres indígenas relatadas por don Hermenegildo Meléndez, originario del lugar), y contentándose con la asistencia a sus enfermos, por los zahoríes y brujos, a quienes entregan toda su fe y su pecunia, y con las prácticas religiosas a su manera, resabios de antiguo paganismo.

En tiempo no muy remoto, la lucha contra el tifo exantemático llegó a hacerse casi imposible: primero, por las malas costumbres indígenas, y, en segundo lugar, por los malos métodos empleados por las autoridades sanitarias encargadas de dicha labor, llegando al extremo, en cierta ocasión, de que el médico encargado del trabajo de vacunación, tenía que ir acompañado de un número regular de fuerza armada para su seguridad personal, ya que dicha fuerza hizo fuego sobre un indígena opositor a la labor médica, a mano armada de machete, ocasionándole la muerte.

Como un hecho lógico y natural, el indígena, al verse maltratado de esa manera, y ver cómo conducían arrastradas a sus mujeres para raparlas, oponía una resistencia mayor a la acostumbrada al servicio médico, entablándose una riña o, mejor dicho, una verdadera lucha de razas, por la razón apuntada antes, de la enemistad natural y la aversión al ladino, con detrimento a la labor sanitaria, a la paz y tranquilidad de los habitantes.

Mi labor empezó, pues, en estas circunstancias. Mi primera medida fué granjearme la simpatía del indígena, quien con promesas y buen trato, pronto se prestó a la cooperación en la labor, en el sentido de asistir a recibir sus vacunaciones periódicas y hacer propaganda entre sus conocidos, para que se presentaran asimismo al servicio de profilaxis anti-tifosa.

Debo hacer patente mi agradecimiento a muchas personas de la localidad, quienes por ser conocidas de la población indígena, tenían cierta hegemonía entre sus habitantes, máxime dominando la lengua natural. En especial, al señor cura párroco de la población, quien en algunas ocasiones se dirigió a los asistentes de la iglesia, haciéndoles ver que el servicio médico era para el bien colectivo, y presionándolos a que abandonaran sus creencias en brujos y curanderos. En esta misma fecha y aprovechando mi permanencia al frente del cuerpo encargado de la lucha contra el tifo exantemático, los habitantes ladinos de San Juan, considerando la falta de médico que atendiera sus casos y contando con el sobrado derecho que tienen para que el gobierno vele por la salud de sus habitantes, elevaron un memorial al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pidiendo se me nombrara médico de la localidad, y el Ministerio, adelantándose

a las recomendaciones que se harían de parte del Primer Congreso Hospitalario de la República, me nombró médico de la localidad en el mes de octubre de 1945, ordenándome al mismo tiempo, la fundación de una unidad de Asistencia Social, la primera fundada en la República, esperando el resultado de ella, para suprimirla o para establecer unidades semejantes en los demás pueblos necesitados.

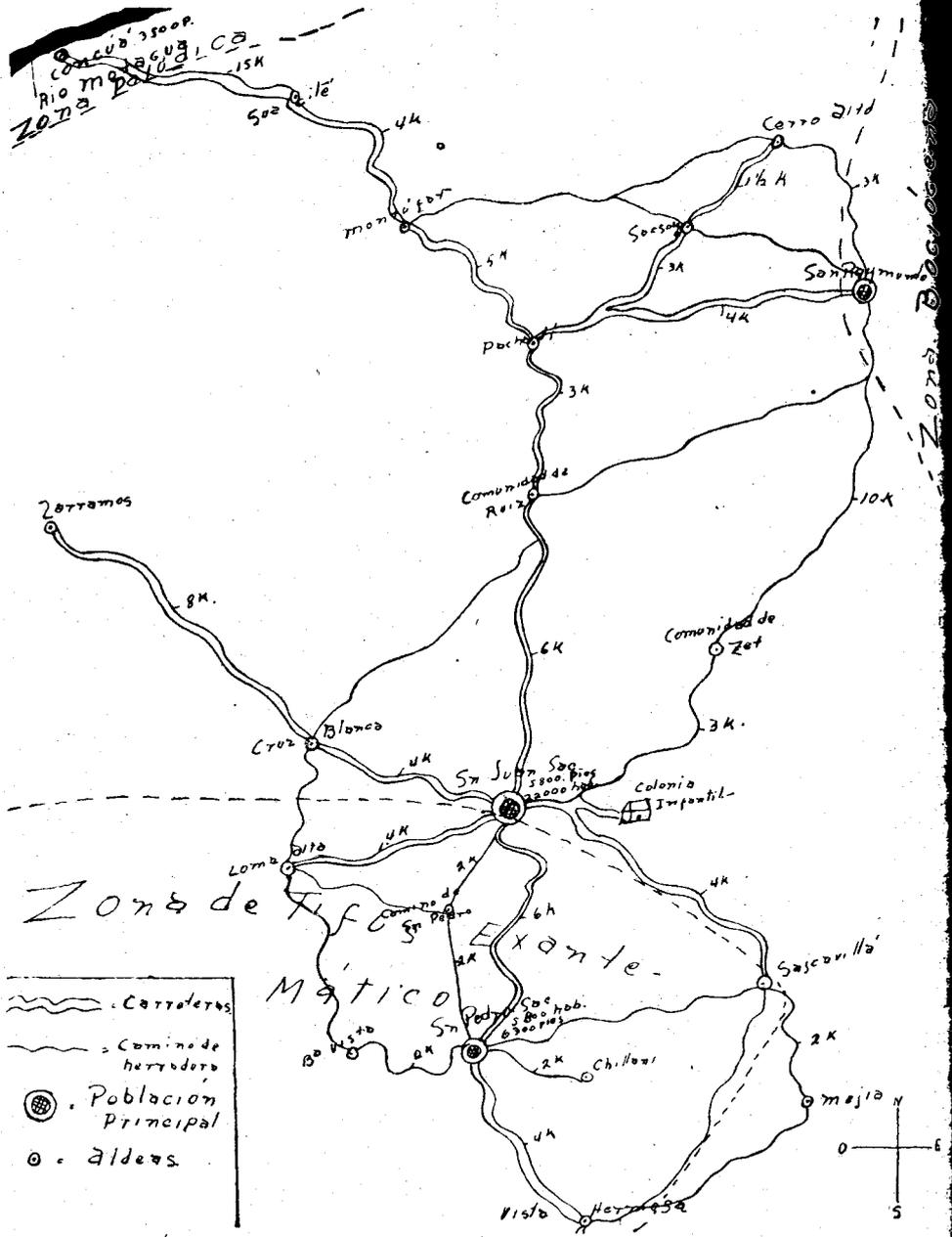
Debo, antes de todo, decir que, como la labor de Sanidad Pública es ajena a la de Asistencia Social, y estando la lucha contra el tifo subordinada a la primera, me ví en la necesidad de desligarme de Sanidad, cooperando, sin embargo, a fin de evitar que en la zona a mi cargo apareciese un solo caso de tifo, caso que no ha sucedido hasta la fecha, y dedicando la mayor parte de mi tiempo en la fundación y acción de la Unidad Asistencial.

## LA UNIDAD ASISTENCIAL

El nombramiento del Ministerio no fué acompañado de ningún aporte para la constitución de un edificio para la Unidad Asistencial; pero los habitantes de la población, por medio de una colecta, se encargaron de la fabricación del mobiliario mínimo, indispensable para el funcionamiento de ésta, siendo dicho mobiliario: una mesa de madera para exámenes y curaciones, seis sillas, un soporte, dos mesas pequeñas y dos vitrinas para instrumentos y medicinas, haciéndose resaltar la poca cooperación de la municipalidad para el beneficio de su pueblo, cosa que hasta la fecha sucede, llegando al extremo de dar únicamente el local para situarla, falto de las más indispensables comodidades.

Dueño ya de muebles y local, hice las gestiones ante el Ministerio del ramo, para el suministro de las medicinas indispensables al servicio, las cuales me fueron y siguen siendo proporcionadas por la Proveduría de Sanidad Pública, y para la organización del personal necesario a la Unidad Asistencial, habiendo quedado constituido de la siguiente manera: un médico jefe, un practicante, una enfermera titulada y obstétrica a la vez (para el servicio prenatal y de maternidad) y un sirviente.

Organicé un servicio de consulta externa gratuita, funcionando desde el principio por las horas de 8 a 10 de la mañana y de 2 a 4 de la tarde, dejando el resto del día para el trabajo puramente rural o de campo. Para ese efecto, me ví en la necesidad de elaborar un plano de toda la zona que tenía bajo mi responsabilidad, el cual acompañé a este trabajo, para dar una idea de la variedad de climas que existe en ella, así como su extensión, número de habitantes, etcétera.



En su totalidad tiene una extensión de 43 kilómetros de norte a sur, y de 23 kilómetros de este a oeste, teniendo como centro la villa de San Juan Sacatepéquez, con 22,000 habitantes más o menos, y a una altura de 5,600 pies sobre el nivel del mar. Como límites tiene: al norte, aldea Concuá, sobre el río Motagua, límite que sirve entre el departamento de Guatemala y el de Baja Verapaz, con una altura de 3,800 pies sobre el nivel del mar y a una distancia del centro de la zona (San Juan Sacatepéquez), de 33 kilómetros; al sur, la aldea Vista Hermosa, jurisdicción de San Pedro Sacatepéquez y a diez kilómetros del centro de la zona; al este, el límite se encuentra a 10 kilómetros, más o menos, límite impreciso y falto de interés por lo despoblado. Por último, al oeste, el límite está marcado por el río Piscayá, más o menos de 12 a 18 kilómetros del centro de la zona. La población total de dicha zona es de 38,000 habitantes, más o menos (censo de 1940), con los municipios principales de San Juan Sacatepéquez y San Pedro Sacatepéquez, y las aldeas Vista Hermosa, Buena Vista y Chillani, jurisdicción de San Pedro, y las aldeas Mejía, Sajcavillá, Camino de San Pedro, Loma Alta, Cruz Blanca, Larramos, Comunidad de Ruiz, Comunidad de Zet, Cerro Alto, Sacsuy, Montúfar, Suacití y Concuá, teniendo cada una de estas aldeas un número más o menos grande de fincas como satélites, y en las cuales viven como arrendantes o colonos un cierto número de mozos que son llevados a trabajar a la costa en algunos períodos del año agrícola.

Como se ve, en esta gran zona los climas varían desde el intenso frío que se observa en las aldeas Buena Vista y Vista Hermosa, jurisdicción de San Pedro Sacatepéquez, así como en esa misma población, que tiene una altura que varía de 6,500 pies sobre el nivel del mar, hasta colindantes con la aldea Concuá, sobre el río Motagua, la cual tiene una altura de 3,800 pies sobre el nivel del mar. La patología regional no es propia de la zona, ya que en ella se observan todas las enfermedades de todos los climas, siendo preciso, sin embargo, hacer notar tres zonas características, las cuales están bien delimitadas y separadas una de otra por una gran faja de terreno, donde se observan estas enfermedades, a saber: una zona bociógena en la parte noreste de la zona total, colindando con el municipio de San Raimundo, y de la cual no hice el estudio particular, por falta de tiempo. La segunda, zona palúdica, se encuentra en Concuá y sus alrededores, abarcando una extensión de 2 a 3 kilómetros a lo largo de las riberas del río Motagua, y, por último, la tercera zona, o zona tifosa, bien estudiada y conocida por Sanidad Pública, que se encuentra en todas las aldeas y caseríos satélites al pueblo de San Pedro Sacatepéquez y en las aldeas Camino de San Pedro, Loma Alta, Sajcavillá y en el barrio El Cielito, del propio pueblo de San Juan Sacatepéquez.

Conociendo ya el plano, número de habitantes y las características de la patología regional, pasaré a hacer una reseña de mi labor en la zona a mi cargo, dividiendo, como es lógico, la labor desarrollada en la clínica de la Unidad Asistencial, y la labor desarrollada en el resto de la zona,

trabajo puramente rural, empezando por esta última, que considero de mayor interés y utilidad para la patria, aunque sea más notorio el desarrollo en la clínica médica asistencial.

### 1.—SERVICIO MEDICO RURAL

Una de las primeras medidas que tomé, aun antes de estar constituida la Unidad Asistencial, fué la importancia que se le debía dar a la *vacunación antivariolosa* en las escuelas, tanto de las poblaciones como las puramente rurales situadas en las aldeas, caseríos y fincas de mayor tamaño.

En la segunda quincena del mes de mayo y todo el mes de junio del año 1945, procedí a visitar todas estas escuelas, vacunando en cada una de ellas a todos los alumnos asistentes, los cuales sumaron en total 840 número sumamente inferior al de los inscritos en dichos centros de enseñanza. La falta de vacunación a los demás alumnos, se debió al poco conocimiento de mi parte, de las costumbres de los indígenas, ya que dichas vacunaciones, como dejé apuntado, se llevaron a cabo en la segunda quincena del mes de mayo y todo el mes de junio, meses en que los indígenas acostumbran hacer sus siembras de cereales, obligando a todos sus hijos a acompañarlos a dicho trabajo agrícola, faltando durante todo ese período de tiempo a sus tareas escolares. Creo poder subsanar esta dificultad en el próximo año escolar, procediendo a la vacunación no en los primeros meses, como se acostumbra en la capital, sino hasta el mes de julio, en que la asistencia a los centros de enseñanza es regular y muy superior a la de los dos primeros meses.

Mi segunda medida fué efectuar, primero, visitas a enfermos en medio rural, fuera de las horas estipuladas en la clínica asistencial, visitas periódicas a todas las aldeas, caseríos y fincas, con el objeto de prestar asistencia médica a todos los enfermos imposibilitados por falta de recursos y por escasez de transportes, de asistir a la clínica asistencial en San Juan. Estas visitas periódicas siempre las hice en compañía de la enfermera o del practicante, llevando todos los útiles y medicinas necesarios para atender lo mejor posible a todos los pacientes que fueran siendo encontrados en la búsqueda practicada de casa en casa y de rancho en rancho, ya que a pesar de que uno o dos días antes de mi llegada anunciaba a los habitantes del lugar, por medio de las auxiliaturas, mi visita, los enfermos se ocultaban o no asistían a los lugares señalados de antemano. Únicamente cuando se trataba de ir a vacunar contra alguna enfermedad epidémica, dejaba de avisar mi visita, para evitar la falta de asistencia a las escuelas, ya que la mayor parte de los niños tienen cierto temor a las inyecciones.

Quiero hacer constar las condiciones primitivas y faltas de toda higiene en que viven los habitantes de la mayor parte de aldeas, habitando familias numerosas por el crecido número de hijos, las casas —si así puede llamárseles—, carentes de ventilación, de luz, de servicios sanitarios y de todo lo indispensable para vivir por lo menos, aunque fuese en condiciones regulares, conviviendo con una serie de animales domésticos en las grandes salas, faltas de pisos, que les sirven de sala, cocina, dor-

mitorio, etc., etc. La gran mayoría de casos encontrados, pueden ser resumidos en tres categorías: los enfermos palúdicos formando la casi totalidad de dichos casos, los enfermos con trastornos gastrointestinales y los enfermos de parasitismo intestinal. Los enfermos palúdicos, con excepción de los que viven cerca de las riberas del río Motagua (zona palúdica), que contraen en esos mismos lugares su paludismo, son mozos cuadrilleros en la totalidad, que han contraído el paludismo en las fincas de la costa sur de la República, adonde son llevados a trabajar sin ninguna atención profiláctica, y que a su regreso a sus casas, hacen su cuadro palúdico. Todos estos enfermos, antiguamente, llegaban a sumar el inmenso número de los enfermos atendidos en el Hospital General de la capital, y desde que se estableció el servicio rural en esta zona, se les atiende en sus propias casas, o en la clínica de la Unidad Asistencial. El tratamiento empleado en esos casos, es a base de biclorhidrato de quinina por la vía intramuscular, suministrado por la Proveduría de Sanidad Pública, en los casos cercanos a San Juan Sacatepéquez y lugares donde se puede hacer la visita diaria, hasta completar las dosis requeridas, y pastillas de metoquina compuesta, que se dejan para los enfermos residentes en aldeas muy distantes del centro zonal, y donde la visita médica se lleva a cabo una vez durante el mes. Como se ve, este sistema de visita médica rural, beneficia al enfermo, al médico, que adquiere cierta experiencia, y al propio Hospital General de la capital, restando ese gran número de enfermos que llegarían de lo contrario, a ocupar las camas que otros enfermos más necesitados solicitan.

Los trastornos gastrointestinales, muy frecuentes en el medio rural, no tienen mayor importancia, ya que con una ligera dieta desaparecen, siendo debidos, en su mayor parte, a excesos de mala alimentación y a la costumbre de tomarla a horas diferentes, debido a la dedicación a las faenas agrícolas.

El parasitismo intestinal sí reviste cierta importancia en esos lugares, ya que un 80% de los niños se encuentran parasitados y con una serie de trastornos generales debidos a los mismos parásitos, siendo los más frecuentes y característicos: la astenia, la falta de interés por las labores escolares y la anemia secundaria, que es general a casi la totalidad de los menores. El índice de parasitismo intestinal no me fué posible sacarlo por la falta de laboratorio; pero en los casos en que pude mandar muestras de heces fecales al laboratorio de Sanidad Pública, la totalidad de ellos revelaba *Ascaris lumbricoides*, el cual ocupa el 90% de la totalidad, quedando el resto para la uncinaria. El tratamiento del parasitismo intestinal lo llevé a cabo por medio del antihelmíntico suministrado por Sanidad Pública.

## 2.—VISITAS A LAS ALDEAS, CASERIOS, FINCAS, ETC., ETC., EN CASOS DE DENUNCIAS DE EPIDEMIAS

Constantemente se reciben denuncias por medio de la municipalidad, de epidemias que, la mayor parte de las veces, resultan más alarmantes y ficticias que reales; pero que algunas veces sí han resultado verdaderas epidemias, como una de sarampión ocurrida en la aldea Cerro Alto, en el

mes de noviembre de 1945, y otra de coqueluche ocurrida en la aldea Mejía en el mes de octubre del mismo año. Inmediatamente de recibida la denuncia, me constituí en los lugares denunciados, tomando todas las medidas profilácticas necesarias para evitar la diseminación de la epidemia y la contaminación a los demás habitantes de la misma casa y al resto de la población rural. No entro a considerar esas medidas tomadas, que son bien conocidas de todos, ni los tratamientos instituidos en los casos registrados, por no hacer interminable este trabajo. Únicamente quiero hacer notar que periódicamente he procedido a vacunaciones a la masa de la población de las aldeas, de vacuna coqueluchosa (a los niños), antivariolosa, antitífica, antitífosa, etc., etc., con las cuales, hasta cierto punto, se encuentra fuera de peligro la población.

### 3.—SERVICIO PRENATAL Y DE MATERNIDAD

He querido hacer labor en el sentido de asistir a todas las indígenas embarazadas en el momento del parto, y más todavía, con el servicio prenatal, por lo que he seguido de cerca a toda indígena embarazada de la que he tenido conocimiento, tratando de convencerla a que asista a la clínica de la Unidad Asistencial, para practicarle los exámenes periódicos y seguir el curso del embarazo; pero, francamente, mi trabajo en ese sentido ha sido mínimo, ya que las indígenas no quieren cooperar en el sentido de mejorar las condiciones en que son atendidas, dando preferencia a las brujas de la localidad que al servicio médico, y solamente en los incontables fracasos de éstas he sido llamado para la asistencia de los partos. Tengo la seguridad de que la mortalidad infantil en la zona a mi cargo, habría disminuído considerablemente, si las indígenas se prestaran al servicio médico prenatal y en el momento del parto; pero desgraciadamente huyen de él y, por otra parte, no contamos con personal de enfermeras visitadoras para el control de esos casos. Desde que me propuse hacer algo en este sentido, habré asistido a 150 indígenas solamente, las cuales se han prestado después de convencerlas y han asistido a sus exámenes periódicos. Lamentable es el estado de esas madres en el momento de dar a luz, a cuyo llanto las acompañan el médico y la enfermera, ya que la casa o rancho en que se les ha asistido, les sirve, como dije anteriormente, de sala, comedor y cocina, habiendo, por lo tanto, una atmósfera cargada de humo penetrante en los ojos y nariz, emanado de las grandes fogatas que siempre están encendidas y rodeadas de gente por todas partes, que al compás de rezos y ritos en alta voz, consumen grandes cantidades de aguardiente. *¡Cuidado con querer quitarles esas costumbres!* Todo el trabajo se habrá perdido y no volverán a dejarse asistir por el cuerpo médico. Después de la expulsión del niño y ligadura del cordón, no tienen ropa adecuada para cubrir al recién nacido, recurriendo a pedazos de trapos viejos y sucios con toda la tierra de los pisos del rancho. Me olvidaba contar que todo este trabajo debe ser llevado a cabo sentado en el suelo o agachado, ya que en dichos lugares no se conoce ni una cama o siquiera un tapexco, encontrándose las futuras madres, acostadas en un tul o petate y al nivel del suelo. He acostumbrado, después del alumbramiento

miento, dejar como prevención, una dosis de 10 a 15 gramos de sulfatiazol y hasta la fecha no puedo arrepentirme de esa costumbre, ya que no he tenido ni un solo accidente y sí muchos beneficios con su uso. En todos los casos en que he sido llamado por la incompetencia de las "madrinas" o comadronas empíricas indígenas, he tratado de hacer propaganda en el sentido de combatir el empirismo y aconsejando que busquen para cualquier enfermedad de ellos o de sus hijos y parientes, al médico de la localidad y, aunque bastante poco, algo he ganado con esos consejos, ya que un número regular de indios, constantemente solicita los servicios médicos de la Unidad Asistencial. Costumbre entre los indígenas es que la parturienta en el momento del parto se ponga en cuclillas, no tomando la posición de decúbito dorsal, sino en ciertos momentos de cansancio, sobre todo cuando el parto es largo y laborioso. También acostumbra las "madrinas", ligar el cordón hasta que la placenta ha sido expulsada, cosa que no conviene por someter al recién nacido un tiempo a veces grande a estar a la espera de que aquélla sea expulsada y la mayor parte de las veces sin siquiera abrigarlo. Varias veces he sido llamado por los familiares afligidos, al ver que la placenta no es expulsada después de tres y cuatro horas de nacido el niño, en cuyos casos las comadronas empíricas pierden la serenidad y no saben cómo actuar, bastando la simple compresión abdominal para que aquélla desaloje la matriz. Otras veces, aunque muy raras, he sido llamado por hemorragias *post-partum*, en las cuales las comadronas, pasándose de ignorantes, han halado el cordón, rompiendo las membranas placentarias y extrayendo sólo partes de ella, dejando restos a veces muy grandes dentro de la matriz y originando la hemorragia. Legrados digitales, taponamientos, suturas, etc., etc., han sido practicados en esos casos que, aunque esporádicos, ponen en peligro la vida de la paciente. Voy a relatar un caso sucedido en San Pedro Sacatepéquez en el mes de agosto de 1945. Una señora indígena, múltipara, llegó al final de su embarazo y principió el trabajo atendida por tres o cuatro "comadronas" indígenas empíricas, las cuales hicieron pujar a la parturienta. La presentación fué vértice, pero hubo en el momento de expulsión, procidencia de un miembro superior. Parece ser que el momento de la procidencia fué como a las nueve o diez de la mañana. A las 8 de la noche, las autoridades de San Pedro me telefonaron a San Juan Sacatepéquez, relatándome lo ocurrido, pero sin darme mayores datos. Acompañado del practicante de la Unidad Asistencial y en un camión de la Dirección General de Caminos, llevando lo que creí indispensable, nos pusimos en camino para el lugar del suceso. Más o menos a un kilómetro de la población de San Pedro, entre callejones oscurísimos (eran las nueve y media de la noche), estaba la casa donde se encontraba la enferma. Lo primero que me llamó la atención, fué la animada concurrencia de mujeres indígenas que rodeaban a la parturienta, de las cuales unas rezaban, otras ingerían aguardiente y otras rompían huevos de gallina dentro de una palangana llena de agua fría, rito del que no quisieron darme la explicación. La enferma se encontraba postrada, en el suelo, ni siquiera un petate le servía de colchón, el cuarto lleno de humo de la leña que ardía. Por fortuna, habían puesto a hervir

agua. Desalojé la habitación (¿será eso habitación?) de todas las asustadizas mujeres y empezó el examen. La fascies de la mujer denotaba fatiga, postración, aflicción; la piel fría, cubierta de sudor pegajoso y frío; el pulso de ciento cuarenta por minuto, débil; la respiración fatigada y estertorosa. El termómetro marcaba 37.5°. Calzándome guantes obstétricos examiné la región vulvar, en la cual se veían los dos brazos del feto completamente prolapsados y fríos, la piel amoratada. Pregunté si las empíricas habían hecho tracción de los brazos y se me respondió afirmativamente. A la obscultación no encontré foco fetal, y tomando en cuenta el tiempo transcurrido entre la expulsión de los brazos y el momento en que yo actuaba, reconocí que el feto había muerto hacía varias horas, dentro de la matriz. Quiero hacer saber, que jamás creí encontrarme sin maestro y en esas condiciones ante un caso semejante. Al principio me amilané; pero viendo la realidad y el peligro que corría la vida de la madre, me arrojé a practicar algo que nunca había hecho en mis prácticas de hospital. Pensé también pedir telegráficamente la ambulancia de la Cruz Roja para enviar la enferma al Hospital General; mas pensé en la censura que me harían mis compañeros de trabajo, si no pensando que yo pudiera haber provocado el prolapso, por lo menos por no haber intentado algo para salvar a la mujer, que de seguro llegaría muerta al hospital. Armado de valor, traté en vano de reducir el prolapso... Nada. Hice ligera tracción con rotación de los brazos... Nada. Todo inútil e imposible. Había cierta responsabilidad de mi parte, pues la madre aún estaba viva, y si llegaba a morir, creía yo participar en algo de culpa por no poder hacer nada. Por último me decidí: una embriotomía, sí, eso era lo único que podría sacar adelante a la madre, aunque con cuántos riesgos de fracasar, por la falta de lo necesario para practicarla y por el medio incómodo en que estaba; pero así y todo, pedí al practicante anestesiar a la enferma con éter sulfúrico (sistema pañuelo). Agua hervida, calientísima, un frasco de tintura de yodo vertida en el recipiente de agua caliente y una navaja de podar, he ahí los instrumentos que tenía a mi alcance. La navaja, después de permanecer un momento dentro de la solución de agua yodada, estaba lo suficientemente menos sucia para servirme. Protegiendo las paredes vulvares con una mano y conduciendo con la otra la navaja, logré llegar al cuello fetal y engancharlo. La sección de las vértebras cervicales, fué algo interminable, casi llorando por lo dificultoso; pero con el coraje suficiente, logré después de varios intentos, la sección del cuello, con lo cual, traccionando ligeramente los miembros prolapsados, logré extraer el cuerpo fetal. La segunda parte, ya no pude, imposible extraer la cabeza, parecía no tener boca ni ningún agujero para poder fijarla con un dedo para su extracción, hasta que, considerando mi ánimo, el practicante dejó un momento su anestesia y fué más afortunado que yo, pudiendo extraer la cabeza enganchada por la boca. Ese fué el momento más feliz que pasé. El resto fué ya fácil y sin ninguna novedad. Dejé un taponamiento con polvos de sulfatiazol en el útero y 30 gramos de sulfatiazol en pastillas de 0.50 gramos cada una, para que se le administraran a la mujer, ocho como dosis inicial y un gramo cada

cuatro horas. Al siguiente día volví a visitar a la enferma, y pregunté por ella antes de llegar al rancho, temeroso de que hubiese muerto; pero no, estaba muy viva, había dormido bastante, y tenía solamente 38.2° de temperatura; el pulso 110 por minuto, algo fuerte. Mi alegría fué inmensa. Al tercer día ya no tenía ni un solo décimo de fiebre y la encontré levantada, como si nada hubiera sucedido. De este caso y de otros parecidos, he sacado en conclusión, de que el indio goza de una resistencia maravillosa y de que las sulfas le "pegan" de una manera notable.

#### 4.—CONFERENCIAS EN LAS ALDEAS DE LOS INDIGENAS

Esto, a mi manera de ver, es bastante útil, pues de cada conferencia se ganan adeptos, contando con la única dificultad de conseguir el intérprete que les hablará a los indígenas en su lengua natural.

Debo agradecer a algunas señoritas de San Juan Sacatepéquez, su colaboración en este sentido, ya que algunas se ofrecieron para acompañarme en estas visitas, para conferenciar con los aborígenes. Se necesita mucho deseo y mucha paciencia para educar a los indígenas; pero se debe estar seguro que no se trabaja en vano, ya que el registro de la clínica asistencial, cuenta con un número grande de inditos que llegan de las aldeas cargando a sus hijos enfermos, a solicitar el servicio médico.

#### 5.—VISITAS A LAS ALDEAS EN CARACTER DE MEDICO FORENSE

Cada poco, el médico es requerido por las autoridades municipales, para hacerles compañía a las aldeas, para practicar reconocimientos médico-forenses, en casos de lesiones, o para la exhumación de cadáveres enterrados sin llenar los requisitos legales o por sospechas de otra categoría. Este trabajo es sencillo; pero sí quiero hacer notar una laguna que existe en las disposiciones con respecto a estos casos. Se trata de la falta que hace en todos o algunos lugares, como en esta zona a mi cargo, un local especial para la práctica de autopsias medicolegales. Relataré un caso sucedido hace algunos meses en esta población, para hacerla notar:

Un trabajador del campo fué muerto fulminado por un rayo; fué conducido el cadáver a la población y se notaba claramente que la muerte se debió a esa causa. También había testigos familiares, que declararon la manera cómo había sucedido la desgracia. El intendente, que hacía también de juez de paz local, después de tener el dictamen médico en sus manos, insistió en que el cadáver debería ser conducido a la capital para practicarle la autopsia. Los familiares, personas pobres, no tenían cómo pagar el transporte y la municipalidad tampoco quería reconocer ese gasto, hasta que un dueño de camión lo condujo a la capital, sin cobrar el gasto de transporte. Yo querría preguntar: ¿Qué beneficio se hizo con enviarlo a la capital, ya que el médico forense de la capital, después de autopsiar, dictaminó muerte por descarga eléctrica, lo mismo que decía el dictamen médico-forense de la población? Ahora bien, si se trataba de llenar un requisito legal, practicando la autopsia, creo también que, teniendo un local y el instrumental necesarios para practicarla en las zonas

donde haya Unidad Asistencial, quedaría llenado dicho requisito, ya que el médico jefe de la Unidad es, según acuerdo gubernativo, el médico forense de la localidad.

Así como este caso, son muchos los que se suceden con regularidad pudiendo subsanarse todo el trabajo y las dificultades para la familia y para las autoridades, construyendo locales apropiados para las autopsias médico-legales, ya que su costo es pequeño y el instrumental de autopsias muy barato también.

#### 6.—PAPEL JUGADO POR LOS VEHICULOS DE LA CRUZ ROJA

De primera importancia es el papel jugado por estos vehículos, máxime en esta zona donde el transporte es difícil y en ciertos casos en que se requiere rapidez para el transporte de enfermos de gravedad, que no pueden ser atendidos en la clínica de Asistencia Social, por el momento, ya que tengo la confianza y el deseo de construir en esta zona, un hospital pequeño, que reúna las condiciones necesarias para la atención y hospitalización de cualquier enfermo. Hasta ahora, cada vez que he tenido un enfermo que a mi juicio debe ser enviado al Hospital General para su tratamiento, por falta de recursos en mi Unidad para hacerlo, he solicitado a la Cruz Roja sus vehículos para la conducción de dichos enfermos, y agradezco a dicha institución la atención y rapidez con que nos ha servido. Hasta aquí la labor puramente rural desarrollada por la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez, que aunque llena de errores y exigua, ha prestado su pequeño contingente para el bienestar y la salud de sus habitantes. Pasaré ahora a describir el funcionamiento de la clínica de la Unidad Asistencial, así como el sistema de atender a los enfermos, tratamientos instituidos, etc., etc.

#### SERVICIO MÉDICO EN LA CLÍNICA DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

Como dejé apuntado anteriormente, desde la fundación de la Unidad Asistencial, abrí un servicio de consulta externa, que funciona cuatro horas en la mañana, de 8 a 10, y por la tarde, de 2 a 4. Horario suficiente al principio, ya que, como dije, los indígenas no estaban acostumbrados al servicio médico; pero poco a poco se va haciendo pequeño para el trabajo que cada día aumenta, ya que la educación al indio por medio de conferencias, consejos, etc., etc., va dando sus frutos, viéndose actualmente llena la sala de espera de hombres, mujeres y niños, en espera del turno para hacer sus consultas. El sistema adoptado para las consultas, el cual nada tiene de novedoso, es el usado en las consultas externas del Hospital General, de donde lo copié y donde trabajé por largo tiempo. Lo único que mejoré es el sistema de control de enfermos llevando en esta consulta un libro, donde aparece diariamente el número de enfermos que asiste, el nombre de cada uno de ellos, la edad, lugar de nacimiento y residencia, profesión u oficio, y el diagnóstico y tratamiento instituido. Cada enfermo solicita una ficha de orden para poder ingresar a la consulta del

médico y evitar que personas más despiertas entren antes, quitándoles el turno a muchos que por un complejo de inferioridad esperan que se les entre. Por lo que se ve, el sistema no es nada nuevo, con excepción de la historia clínica de cada enfermo, que queda registrada en una forma sucinta en el libro que para el efecto se lleva. Conocida la enfermedad del consultante, pasa al local de curaciones, donde se tienen a la mano los instrumentos, útiles y medicinas que son necesarios para los casos de consulta y donde se administran al enfermo, por medio del practicante o enfermera, bajo la supervigilancia del médico, actuando éste en los casos delicados.

Quiero hacer mención a la manera de obtener las medicinas. Desde la fundación de la Unidad Asistencial, como ya lo dije repetidas veces, todas las medicinas necesarias han sido pedidas a la Proveduría de Sanidad Pública, ya directamente, ya por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, enviándose una lista detallada de las que se consideran indispensables, ya que los pedidos deben ser sumamente limitados por la escasez de fondos con que cuenta dicha Proveduría. Estas medicinas se reciben con una lista en triplicado, quedando una de constancia a la Unidad Asistencial, de las recibidas. Todas se regalan a los enfermos que asisten a la consulta externa, y en los casos en que no haya medicina para el tratamiento requerido, únicamente se obsequia la receta para que el interesado la obtenga en una de las farmacias de la localidad. Quiero también hacer constar, que para la lucha profiláctica, también la Proveduría de Sanidad Pública, como es su obligación, las proporciona, pero con una deficiencia muy grande, ya que la cantidad suministrada llega tarde y en número sumamente pequeño, como me ha sucedido en la lucha en prevención del tifo exantemático, para la cual tengo constancia de haber hecho pedidos de vacuna para 500 personas, número escaso en comparación con los habitantes de las zonas endémicas de tifo, y de los cuales se me han enviado únicamente 100 dosis. Si tomamos en consideración que son tres las vacunas necesarias para cada persona, resulto vacunando 33 personas de toda la zona tifosa; y si se vacuna con la primera dosis a 100 personas, es seguro que se quedarán sin la segunda y tercera dosis, por falta de material vacunante.

Con las demás medicinas necesarias acontece lo mismo, enviándome los pedidos después de un tiempo más o menos largo y con recortes sumamente grandes. Conocido el sistema de atención y manera de obtención de las medicinas necesarias e indispensables para dar un servicio eficiente, pasaré a describir las relaciones de la Unidad Asistencial con el Hospital General y laboratorio de Sanidad Pública, dejando para el final la descripción y el recuento de los casos observados de cada enfermedad, así como los tratamientos en especial a cada una de ellas y al servicio médico-forense en la población.

## RELACIONES ENTRE EL HOSPITAL GENERAL Y LA UNIDAD ASISTENCIAL

Estas relaciones entre el Hospital General y la Unidad son bastante estrechas y de una importancia de primer orden, ya que, como dije una vez, el sistema de atención médica en la Unidad, todos los enfermos de paludismo, disentería amibiana, etc., que antiguamente iban a sumar el número de enfermos que se hospitalizaban en el General, ahora son tratados en la clínica de la Unidad, descargando de ese cúmulo de enfermos al Hospital, camas que son ocupadas en la actualidad por enfermos de gravedad de otros sectores de la República o de esta misma zona, los cuales por la falta de recursos son enviados al Hospital. Si se beneficia el Hospital dejando de recibir a estos enfermos, también beneficia en gran proporción a la Unidad Asistencial, ya que constantemente son enviados enfermos a la consulta del Hospital General, para confirmar ciertos diagnósticos, por medio del servicio de rayos X o del laboratorio, que después de haber sido sometidos los enfermos a dichos recursos diagnósticos, con los cuales no cuenta aún la Unidad, son enviados los resultados a la clínica de la Unidad Asistencial, para la iniciación del tratamiento adecuado.

Quiero, por lo tanto, hacer patente mi agradecimiento a las autoridades médicas del Hospital General, y en especial a las de la consulta externa de dicho centro hospitalario, por la bondad, diligencia y desinterés con que han sido atendidas todas las solicitudes hechas en este sentido por la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez.

## EL LABORATORIO DE SANIDAD Y LA UNIDAD ASISTENCIAL

La mayor parte de los diagnósticos del laboratorio efectuados en la clínica asistencial, han podido ser llevados a cabo por la cooperación del laboratorio de Sanidad, a donde son enviados a diario una infinidad de productos para su análisis microscópico.

La proporción o porcentaje del parasitismo intestinal, ha sido hecho gracias a dicha cooperación y una cantidad enorme de enfermos sospechosos de lúes han sido enviados en las condiciones necesarias, para la confirmación de su enfermedad por medio de los exámenes serológicos. En la campaña contra el tifo, es también el laboratorio de Sanidad el encargado de practicar todos los exámenes. También agradezco la bondad de sus jefes, ya que por ello ha habido mayor eficacia en el servicio clínico de la Unidad Asistencial.

Hasta ahora he tenido que estar recurriendo a los servicios establecidos de laboratorio y rayos X de Sanidad y Hospital General; pero tengo la confianza que dentro de muy poco tiempo, la Unidad Asistencial podrá contar con su laboratorio propio y quizás un servicio de rayos X, ya que son de primera necesidad, viviendo con la esperanza de que la Dirección de Asistencia Social ayudará en el sentido de proporcionar por lo menos un microscopio y un aparato portátil de rayos X.

## SERVICIO MÉDICO FORENSE

El Servicio Médico Forense, antiguamente desempeñado por los farmacéuticos de la localidad, ha entrado en su fase científica, ya que por disposición gubernativa, todos los jefes de unidades asistenciales son los médicos forenses en las respectivas zonas asistenciales.

El trabajo en la zona a mi cargo es bastante copioso, ya que en el período de ocho meses, se han dictado cerca de 80 informes, siendo en la mayor parte por lesiones de segunda importancia.

Como dije al principio de este trabajo, es de esperar que las autoridades judiciales dicten una medida para el establecimiento de un anfiteatro médico-legal, para conveniencia de la labor judicial, para evitar mucho tiempo perdido y salvar las dificultades ocasionadas a los familiares de los muertos que deben ser autopsiados.

Terminado de hacer conocer la manera de funcionamiento de la clínica asistencial y los beneficios que hace y recibe, pasaré a describir por cuadros todas las enfermedades observadas y los tratamientos usados en ellas. Desde el establecimiento de consulta externa, se han presentado a la clínica en busca de tratamiento, 4,128 personas, siendo la inmensa mayoría de ellas indígenas de condición económica pésima, por lo que he hecho todo lo posible para conseguir las medicinas necesarias para poderlos atender de una manera efectiva por una parte y tratando de ganar su confianza, pidiéndoles al mismo tiempo, hacer propaganda entre sus vecinos, a efecto de que se incrementara la asistencia al servicio.

### 1.—INYECCIONES

De este número de solicitantes del servicio médico hay una cifra de 1,629 inyecciones administradas, ya sea para el tratamiento de paludismo, disenterías amibianas, urticarias, tratamientos antirrábicos, etc., etc., en el cual no se especifica el diagnóstico, ya que éste queda asentado en el registro de observaciones únicamente en la primera visita efectuada al centro asistencial por el enfermo, anotando en las siguientes visitas, únicamente las inyecciones que se le ponen en el transcurso del tratamiento.

### 2.—CURACIONES

Exactamente ocurre con las curaciones, las cuales se asientan con la anotación de curación, teniendo ya anotado el diagnóstico desde la primera visita efectuada por el enfermo. Estas curaciones ascienden al número de 636, estando incluidas entre ellas, las practicadas en los casos de heridas delictuosas, las cuales, al asentar el diagnóstico, figuran entre la estadística de informes médico-legales. También muchos casos de otitis supuradas, conjuntivitis, etc., se asientan en la primera visita con dichos diagnósticos, y en las visitas que siguen a la primera, figuran en la estadística como curaciones.

### 3.—RECETAS

En número de 541 figuran en la estadística que apunto hasta el 10 de marzo de 1946, es decir, diez meses después de establecido el servicio de consulta externa. Este número representa todos los casos de enfermedades observadas en la clínica de Unidad Asistencial, los cuales no han sido tratados en dicha clínica por carecer de las medicinas necesarias para dichos tratamientos, contentándome únicamente con hacer el diagnóstico y dándole la receta para ser adquirida en las farmacias de la localidad. Entre estas recetas, fórmulas magistrales en su mayor parte y adaptadas no solamente a la enfermedad de que se trataba, sino al mismo estado económico del paciente. Otras fueron para adquirir soluciones inyectables (inyecciones), las cuales eran administradas en las visitas sucesivas de los enfermos, a la clínica. Entre este número de inyecciones, no figuran las vacunas profilácticas de tifo exantemático, tifoidea, etc., etc., ya que éstas, en su totalidad, fueron administradas en el medio puramente rural, y las administradas en la población urbana (barrio El Cielito de San Juan Sacatepéquez), aparecen en la estadística del trabajo rural.

### 4.—PARASITISMO INTESTINAL

Únicamente 144 casos de parasitismo intestinal fueron registrados en la clínica de la Unidad, de los cuales son 32 adultos y 112 niños. De los niños de 2 a 15 años, se observaron 108 casos de ascariidiosis y únicamente 2 casos de uncinaria y 2 casos mixtos: uno de ascaris y uncinaria y otro de tricocéfalos y ascaris. De los adultos, 26 casos de ascariidiosis, 2 de tenia nana y 4 de uncinaria. Todos estos diagnósticos de laboratorio efectuados en el laboratorio de Sanidad Pública. Los tratamientos instituidos fueron administrando las mismas fórmulas usadas en el medio rural, es decir, el antihelmíntico suministrado por Sanidad Pública; y en los casos en que había uncinaria usaba el mismo medicamento, con opimos resultados. En el caso de tricocéfalos usé la fórmula de higuieron, y en los de tenia nana, timol.

### 5.—PALUDISMO

Como dije anteriormente en la descripción del trabajo rural, el paludismo observado en la zona no pertenece sino en una escala muy pequeña a dicha zona, pues de los casos observados en la clínica de la Unidad, en total ciento ochenta y seis, únicamente 31 han sido adquiridos en la jurisdicción de Concuá, y los 155 restantes son paludismos adquiridos por mozos cuadrilleros llevados a trabajar a la costa sur de la República. El estudio de la clase de paludismo, no fué hecho en la clínica a mi cargo, debido a que los enfermos se presentan con su cuadro agudo de paludismo, y para no hacerlos esperar el tiempo necesario para mandar hasta el laboratorio de Sanidad de Guatemala la muestra de sangre sospechosa, se les hacía inmediatamente el tratamiento.

En todas las edades ha sido observado el paludismo, y el tratamiento, como lo describí en el trabajo rural, se ha hecho a base de biclorhidrato

de quinina al 20% en solución inyectable con suero fisiológico, y de metoquinina simple y compuesta. Las dosis usadas las he administrado según la constitución del enfermo y su edad.

#### 6.—VACUNACIONES ANTIVARIOLOSAS

Es costumbre que para poder contraer matrimonio civil, los futuros esposos deberán presentar, entre otros requisitos, su certificación de vacuna antivariolosa, por lo cual constantemente se presentan a la clínica asistencial, infinidad de indígenas y ladinos, para que se les vacune y proporcione el certificado correspondiente. En el registro de la clínica hay un record de 507 vacunaciones antivariolosas, sin contar las mencionadas en el medio rural.

#### 7.—BLENORRAGIAS

Únicamente doce casos de blenorragia aguda han sido presentados y tratados en la clínica, de los cuales 10 curaron completamente con el tratamiento express (14 gramos de sulfapiridina) y 6 gramos de urotropina, y en los dos casos restantes, sulforresistentes, fué necesario recurrir a la sal sódica de penicilina, que con la dosis de 100,000 unidades, fué suficiente para el primer caso, y 200,000 para el segundo, comprobándose la completa curación por medio de exámenes sucesivos del producto, de expresión uretral en ayunas. En ninguno de los casos indicados se usó el tratamiento local por medio de los lavados uretrales.

#### 8.—DISENTERIAS AMIBIANAS

55 casos de disenterías amibianas, de las cuales únicamente fueron comprobadas 30 por medio del examen microscópico de las heces fecales, ya que, como lo hice notar anteriormente, el tiempo transcurrido entre el momento que se mandan las muestras al laboratorio y el día que se reciben los resultados, es a veces muy largo, ya sea por escasez de transporte, por acúmulo de trabajo en los laboratorios de Sanidad, etc., etc.; por lo que el diagnóstico ha sido hecho clínicamente. En los 30 casos a que hago referencia, sus exámenes coprológicos se hicieron aprovechando vehículos que llevaban los productos de examen al laboratorio, sin pérdida de tiempo. El tratamiento instituido en esos casos a enfermos, se hace a base de inyecciones de clorhidrato de emetina, de las cuales tenemos en existencia desde 3 hasta 6 centigramos. También usamos muy a menudo enterobioformo y anayodina. Las dosis son usadas según la edad y el peso del enfermo.

#### 9.—SARCOPTIOSIS

26 casos de sarcoptiosis, de los cuales 25 fueron sin ninguna importancia y un solo caso con infección secundaria asociada. Todos estos casos han sido tratados con la fórmula Helmérich, proporcionada por la Proveduría de Sanidad.

#### 10.—TRATAMIENTOS ANTIRRABICOS

Solamente 10 casos de mordidas de perros sospechosos de hidrofobia fueron tratados, con la vacuna antirrábica suministrada por Sanidad, los cuales se seguían de cerca para evitar que abandonaran el tratamiento.

#### 11.—OTITIS AGUDAS SUPURADAS

68 casos se diagnosticaron y trataron en el transcurso de funciones de la clínica asistencial, por medio de lavados de los oídos e instilaciones de glicerina fenicada al 10%, habiendo curado todos los casos presentados.

#### 12.—TUBERCULOSIS PULMONAR

Siendo el clima de San Juan Sacatepéquez tan benéfico a los enfermos de tuberculosis y por la vecindad de la capital, eligen este bello lugar para sus curas de reposo y de clima, habiéndose presentado 10 enfermos, en su mayor parte enviados por médicos de la capital, con la recomendación para la clínica asistencial de esta población, de seguirles su curso y tratamiento. En todos éstos casos se ha solicitado al médico, la observación completa de cada enfermo y todas las radiografías, para seguirles el tratamiento y verles el progreso. Estando ya en tratamiento bajo la dirección de la clínica asistencial, son enviados cada cierto tiempo a controles radiológicos y el esputo es mandado con frecuencia a los laboratorios de Sanidad. Hasta ahora, los casos tratados han mejorado notablemente y de ellos han salido curados únicamente dos, después de ocho meses de permanencia en este lugar.

#### 13.—LUES LATENTES

19 casos de lúes diagnosticados en la clínica y enviados para su confirmación por medio del laboratorio serológico, han sido tratados en la clínica asistencial, solicitando para cada uno de ellos las medicinas necesarias al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual ordena a la Proveduría de Sanidad las envíe a esta Unidad Asistencial. De estos 19 casos, actualmente están bajo tratamiento 17, habiendo terminado su tratamiento únicamente 2, pero sometándose cada tres meses a nuevos exámenes serológicos. Los tratamientos son a base de cianuro de mercurio, arsénico y bismuto, haciendo la tabla de cada enfermo por el peso corporal.

El resto de casos observados, únicamente los enumero, para no hacer interminable esta lista, estando, sin embargo, presto para indicar los tratamientos instituidos.

Anemias de diversas formas, 45; exámenes prenatales, 10; conjuntivitis agudas, 33; fracturas diversas, 3; cánceres, 1 del estómago y 1 de la laringe, enviados ambos al Hospital General; gastritis agudas, 60; ulcus gástricos, 2; eczemas diversas, 16; influencias, 46; adenitis supuradas de diversas regiones, 12; retenciones placentarias, 3; hernias inguinales, 2, enviadas al Hospital General para su cura operatoria; bron-

coneumonías, 3; cirrosis hepáticas, 2; adenoides, 2; epilepsias escenciales, 2, enviados al Asilo de Alienados; erisipelas, 2; apendicitis, 1 caso de urgencia, enviado en ambulancia de la Cruz Roja, al Hospital General; tumor mixto de la parótida, 1; corea, 1; pleuresía, 1; cataratas, 3, enviados a Oftalmología, del Hospital General; amigdalitis agudas, 4; extracciones dentarias, 23. Estas extracciones han sido llevadas a cabo por mí, de las cuales 20 han sido practicadas sin ninguna anestesia y únicamente las 3 últimas se practicaron con anestesia dental, la cual me ví en la necesidad de aprender en un Atlas de Anestesia dental obsequiado por la casa Wintropp.

Ojalá que si el gobierno, viendo los buenos resultados de esta primera Unidad Asistencial, apoya la construcción de semejantes en toda la República, las dote de un personal más o menos completo, que haría un trabajo grandísimo y eficiente.

Antes de terminar este trabajo, quiero hacer saber que en el mes de noviembre de 1945, formé el Patronato de Asistencia Social de San Juan Sacatepéquez, invitando para el efecto a todos los habitantes de la población, a una plática que les daría sobre la importancia de la lucha contra todas las enfermedades, y de la cooperación que deberían prestar sus vecinos para el saneamiento de su pueblo, a fin de velar por la salud de ellos mismos. En esa reunión, por votación general, se nombró la directiva del Patronato, y desde ese momento me ví, hasta cierto punto, ayudado por las personas que aman a su pueblo y que, además del desinterés personal, abnegación y amor a los demás, han cooperado en una forma efectísimamente al desarrollo de la asistencia social en la zona de San Juan Sacatepéquez. Para ellos las demostraciones de mi aprecio y agradecimiento.

Una de las primeras medidas del Patronato, fué hacer propaganda entre los habitantes, para que contribuyan con algo al sostenimiento de la lucha contra las enfermedades. También han verificado fiestas, kermesses, rifas, etc., etc., para agenciarse fondos para mejorar el servicio, al extremo que en el mes de enero del corriente año, ya fué posible trasladar las oficinas de asistencia social, a una casa grande, donde existen condiciones mucho mejores para el desenvolvimiento de la labor de asistencia social. Actualmente cuenta con fondos, aunque pequeños, para la adquisición de un número regular de camas, para la fundación de un hospital pequeño, pero con suficientes medios para atender a todos los necesitados.

Un poco más de cooperación de parte del gobierno, y mis aspiraciones se verán cumplidas al decir: San Juan Sacatepéquez cuenta con su hospital propio.

Hasta aquí mi pobre trabajo; pero tengo la satisfacción de haber contribuído en algo al desarrollo de la asistencia social en Guatemala, y la esperanza de que todas las fuerzas morales habrán de aunarse, para beneficiar en algo al enfermo necesitado y para cumplir con el deber de todo guatemalteco: el engrandecimiento de la patria.

## CONCLUSIONES

- 1ª—Para un efectivo servicio médico rural, es de primera importancia la fundación de unidades de Asistencia Social, en todos los pueblos que pasen de 20,000 habitantes.
- 2ª—El servicio médico rural beneficia a la mayoría de los habitantes de las zonas que cuenten con unidad de Asistencia Social.
- 3ª—Con el Sistema Médico Rural se combate el empirismo, tan arraigado entre la clase indígena, demostrando, de manera efectiva, la superioridad de un servicio médico organizado.
- 4ª—Al indígena se le puede hacer comprender fácilmente, con educación y ejemplos, la utilidad del servicio médico.
- 5ª—Desechar el maltrato acostumbrado al indígena, usando medidas de convencimiento por medio de pláticas y conferencias, para obtener buenos resultados.
- 6ª—Enriquecer la patología nacional, contribuyendo con el estudio topográfico de las zonas y con el estudio de las enfermedades propias a cada una.
- 7ª—La experiencia que adquiere el estudiante pasante de medicina, al tener ante sí la responsabilidad de la salud de todos los habitantes de los lugares en que actúa.
- 8ª—El beneficio que se hace al Hospital General o a los departamentales, restándoles buen número de enfermos tratados en el Servicio rural, que de lo contrario, irían a ocupar camas, necesarias para enfermos de más gravedad.
- 9ª—La falta de laboratorios y de salas de autopsias, para la mayor eficiencia de dicho servicio.
- 10ª—El poco apoyo con que en la actualidad cuentan dichos servicios, por parte de las autoridades de Asistencia Social.
- 11ª—Tratar de excitar la iniciativa privada, formando los patronatos de Asistencia Social.
- 12ª—Favorecer la construcción de pequeños hospitales rurales, con la cooperación de los vecinos del lugar.

Imprímase.

C. M. GUZMAN.

Decano.

## BIBLIOGRAFÍA

- O. Martin*: Formulaire Magistral de Therapeutique Clinique et de Pharmacologie. 1920.  
*H. Huchard Fiessinger*: Therapeutique.  
*Luis G. Cabrera*: Plantas Curativas de México.  
*Manquat*: Precis de Therapeutique.  
*Paul Savy*: Therapeutique Clinique.  
*Richaud*: Precis de Therapeutique et de Pharmacologie. 1935.  
*Sergent*: Patología médica y Terapéutica aplicada.  
*Bezançon*: Precis de Pathologie Medicale. 1934.  
*Collet*: Patología Interna.  
*Potain et collaborateurs*: Clinique Medicale de la Charité.  
*G. Dieulafoy*: Clinique Medicale de L'Hôtel Dieu.  
*E. Forgue*: Pathologie Externe. 1935.  
*Lenormant*: Precis de Diagnostique Chirurgical. 1937.  
*Couvelaire*: Pratique Médico-Chirurgicale. 1931.  
*Hédon*: Precis de Physiologie. 1939.  
*Fabre*: Chirurgie Infantile d'Urgence. 1939.  
*Oddo*: La Medecine d'Urgence. 1939.  
*Williams*: Obstetricia, 7ª edición.  
*Crossen*: Sinopsis de Ginecología. 1942.  
*J. Guiart*: Manual de Parasitología.  
*Moulton*: The Gonococcus and Gonococcal Infections. 1939.  
*Moulton*: Siphylis. 1938.  
*A. Mathieu*: Maladies de l'Estomac.  
*P. Nobécourt*: Precis de Medecine des Enfants. 1932.  
*Legrand*: Medicina Legal.  
*E. Agasse-Lafont*: El Laboratorio moderno del Médico práctico. 1933.  
*Jaime Moragues Bernat*: Clínica Obstétrica. 1937.  
*Felipe H. Manson Bahr*: Enfermedades Tropicales.  
*Fabre*: Precis de Obstetricia. 1939.  
*J. M. Oviedo*: Ulcera Gástrica y Duodenal.  
*J. Janet*: Diagnóstico y tratamiento de la Blenorragia. 1930.

## PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i> .....	Médula espinal.
<i>Anatomía Topográfica</i> .....	Triángulo de Scarpa.
<i>Anatomía Patológica y Patología General</i>	Reumatismo cardíaco (Nódulo de Aschoff).
<i>Bacteriología</i> .....	Gonococo.
<i>Botánica Médica</i> .....	Belladona.
<i>Clínica Quirúrgica</i> .....	Punción lumbar.
<i>Clínica Médica</i> .....	Exploración del estómago.
<i>Fisiología</i> .....	Del estómago.
<i>Física Médica</i> .....	El termómetro clínico.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i> .....	El aborto criminal.
<i>Obstetricia</i> .....	Retención placentaria.
<i>Patología Médica</i> .....	Insuficiencia ventricular.
<i>Patología-Quirúrgica</i> .....	Pancreatitis aguda hemorrágica.
<i>Patología Tropical</i> .....	Tifo exantemático.
<i>Pediatría</i> .....	Coqueluche.
<i>Psiquiatría</i> .....	Demencia senil.
<i>Parasitología</i> .....	Necator americano.
<i>Química Biológica</i> .....	Investigación de sangre en la orina.
<i>Química Inorgánica</i> .....	Yodo.
<i>Química Orgánica</i> .....	Quinina.
<i>Técnica Operatoria</i> .....	Amputación de la pierna en el sitio de elección.
<i>Terapéutica</i> .....	Acido láctico.
<i>Higiene</i> .....	Profilaxis del tifo exantemático.