

ALGUNOS PROBLEMAS MEDICO-SOCIALES
DEL MEDIO RURAL MEXICANO*

DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ

EN LOS Estados Unidos Mexicanos, con 34.923,129 habitantes, viven en 88,151 comunidades menores de 2,500 personas, 17.218,011 mexicanos, constituyendo lo que llamamos población rural. Es por lo tanto, el 48% de la población total, y se encuentra formada aproximadamente por 3.400,000 familias que tienen un índice de constitución promedio de 5.1 miembros. En cuanto a la composición por lo que se refiere al niño, podemos decir, que el 16.5% (2.840,970) corresponde a niños de 1 a 4 años de edad; el 15.5% (2.617,137) a niños de 5 a 9 años de edad; y el 12.5% (2.152,250) a niños de 10 a 14 años de edad.

El crecimiento demográfico no ha sido tan espectacular en la población rural como ha sucedido en la urbana; pues si esta última aumentó un 40% del año de 1953 (12.512,662 habt.) al año de 1960 (17.705,118 habt.) la rural no aumentó más que un 9% del año de 1953 (15.903,699 habt.) al de 1960 (17.218,011 habt.). Debe agregarse al factor natalidad, para explicar este aumento, la desmesurada emigración, por motivos socio-económicos, de la población agraria, hacia las grandes ciudades.

Los problemas que afectan la masa rural son numerosos y complejos, imbricados entre sí y relacionados unos con otros, lo que impide para fines de su estudio su correcto desglosamiento y valorización. En esta exposición vamos a referirnos a dos principales: los problemas de salud y los problemas educativos.

PROBLEMAS DE SALUD

I. *Nutrición*: Dentro de los problemas más importantes que confronta la República Mexicana, tanto para el presente como para el futuro, está el de la nutrición de la familia rural mexicana. Las encuestas practicadas y el censo

* Trabajo leído por su autor en la sesión ordinaria del 11 de noviembre de 1964.

de 1960 nos indican que el 49% de las familias rurales no comen pan de trigo y el 36% no consume en su dieta alimentos proteicos animales (leche, carne, huevo, pescado) siendo su alimento fundamental el maíz al que se añaden en escasas cantidades, frijol, verdura, fruta, azúcar, pan y pastas. Por lo tanto el principal problema de la alimentación rural radica en su pobreza protéica, ya que ésta alcanza en promedio 56 gramos por persona, siendo sus fuentes el frijol, el maíz, y sólo en un 20% proteínas animales. El resto del consumo calórico, que es aproximadamente y en términos de promedio, de 2,115 calorías por persona —menor del consumo óptimo normal— es suplido por hidrocarbonados, del que el maíz es la principal fuente, y muy escasa proporción de lípidos. Esta alimentación indica la deficiencia en aminoácidos esenciales (triptofano, lisina, tironina, valina); de vitaminas (vitamina A, riboflavina, ácido ascórbico); de minerales (yodo y hierro).

La pobreza de la dieta en las zonas rurales se vuelve dramática en los niños, dado que el adulto siempre procura completar su dieta mientras que en el niño rural ésta se vuelve insuficiente en cantidad y calidad, sobre todo en su etapa preescolar. Este fenómeno se hace más aparente si se compara con la alimentación promedio del niño urbano ya que éste recibe un promedio de 1,250 calorías contra 885 del segundo, recibiendo el primero 16 gramos de proteínas contra 8 gramos el segundo por 24 horas.

Las consecuencias de esta alimentación, insuficiente en cantidad y calidad, se traducen por: disminución de la talla y del peso normales en el 30% de todos los preescolares rurales, anemia en el 20%, bocio en el 10%, alteraciones nutricionales del pelo en el 6% de los preescolares, alteraciones nutricionales en los ojos (5%), de los labios (7%), de las encías tipo escorbuto, (3%), de la lengua (4%) y de la piel en general (2%).

El problema de la alimentación del niño en el medio rural se agudiza sobre todo en el preescolar por las siguientes razones: 1. Porque el niño preescolar no contribuye a la producción en el medio rural. 2. Por ser un fuerte consumidor de atenciones y cuidados, que la madre rural es incapaz de suministrarle por su intensa participación en el trabajo comunal. 3. La gran morbilidad en el medio rural que le impone por tabús sociales dietas de supresión. 4. La alta mortalidad y 5. La anorexia selectiva de esta edad infantil.

La somera observación de estos problemas nutricionales nos lleva a plantear las siguientes proposiciones de trabajo:

- a) Programa de mejoramiento cuantitativo y cualitativo de la alimentación rural de la familia. Esta debe extremarse en la protección de la futura madre y en el lactante y el preescolar por los servicios de vigilancia y de nutrición.
- b) Para que el anterior inciso sea posible, es indispensable el mejoramiento

de nivel de vida del campesino haciendo un balance entre el costo real de la vida y el ingreso teórico o salario que recibe, llevando por lo tanto una reorganización socio-económica del medio rural.

- c) Esta reorganización social lleva aparejado el mejoramiento de la educación en terrenos dietéticos.
- d) Implantación o mejoramientos de Programas de Seguridad Social Campesina o en su defecto la promoción de centros preescolares comunales de protección social, con programas dietéticos colectivos en íntima colaboración con los Centros de Salud Rural.

II. *Insuficiente asistencia y salubridad*: La correcta y suficiente asistencia médica del período prenatal, natal y post-natal del niño en el medio rural es otro de los grandes problemas rurales. En efecto podemos considerar que en la zona rural mexicana se producen anualmente 793,000 nacimientos, que reclaman cuando menos un doble número de consultas pre-natales a las futuras madres lo que significa un promedio de 4,345 consultas diariamente. En el medio rural, el nacimiento es asistido por parteras empíricas en el mejor de los casos y en el común y mayoría, por nadie. Esto produce una alta mortalidad materna y fetal siendo por el momento imposible de señalar la cifra exacta de ellas dada la insuficiente certificación médica de las zonas rurales. Sin embargo, podemos señalar para la primera una cifra de 3,500 defunciones anualmente o sea 2 por 10,000 habitantes. De la segunda diremos que de 793,000 nacimientos, 15,986 nacieron muertos, es decir una cifra de 20 por cada mil nacimientos. De la misma cifra de nacimientos, 31 de cada mil, murieron antes de cumplir 29 días de vida debiéndose esto a neumopatías, gastroenteropatías e infecciones diversas (tétanos) del recién nacido. Esta alta mortalidad materna y peri-natal nos indica la intensidad del problema asistencial. Señalaremos como agravantes de él: 1. La dispersión extrema de las comunidades rurales y su alejamiento unas de otras. Recordemos como ejemplo que si en el Distrito Federal existen 3,500 habitantes por km², existen Estados como Campeche y Baja California con densidades de 3 y 4 habitantes por km². 2. Las aún insuficientes vías de comunicación, ya que nuestro índice de caminos carreteros, federales y vecinales, es solamente de 21 metros por cada kilómetro cuadrado. 3. La falta de personal adiestrado en labores obstétricas y de protección al recién nacido. 4. El aún insuficiente número de centros rurales de salud y sanatorios del mismo tipo.

Durante el primer año de la vida, de estos 793,000 niños que lograron sobrevivir al acto obstétrico y las condiciones adversas del medio aproximadamente 63,440 niños perecen; es decir 80 por 1,000 nacimientos debido a gastroenteropatías (18 por 1,000 nac.), neumopatías (21.5 por 1,000 nac.), enfermedades infecciosas y parasitarias tales como tosferina, sarampión, tétanos, meningoencefalitis, etc. (6.2 por 1,000 nac.).

En la edad preescolar continúan siendo las gastroenteropatías y las neumopatías las dos primeras causas de muerte (9.5 y 5.25 por 1,000 habitantes) siguiéndolas también las enfermedades infecciosas con 4.35 por 1,000 habitantes. En la edad escolar siguen siendo estas tres entidades las más frecuente causas de muerte apareciendo otra cuarta que corresponde a accidentes y violencias (homicidios).

Debemos de considerar en la etiología de esta mortalidad y como expresión propia de problemas rurales de urgente solución lo siguiente:

1. *Suministro de agua potable y avenamiento*: No tenemos datos precisos para afirmar el problema a la masa rural pero sí podemos colegirlo si indicamos que del total de 6.409,096 viviendas en la República Mexicana con 34.923,129 ocupantes, 4,339,115 es decir el 66% con 23.894,267 ocupantes carecen de agua dentro de la vivienda o edificio comunal. El censo de 1960 señala que 4.557,626 viviendas carecen de drenaje o albañal con 24.968,649 ocupantes. El promedio de observación nos indica que tanto en lo que corresponde al servicio de agua potable, cuanto al avenamiento, más del 60% corresponde a la vivienda rural.

2. *Habitación*: A pesar del amplio espacio que significa el medio rural la condición de habitación es la de hacinamiento teniendo un índice de 5 habitantes por habitación. En efecto, del total de habitación de los Estados Unidos Mexicanos que es de 6.409,096 de casas, 3.285,498 corresponden al medio rural y de ellas 2.177,005 son viviendas de un solo cuarto con 10.369,640 ocupantes de todas edades. Los materiales de construcción varían según la región: palma, adobe, piedra, caña, etc. con severas deficiencias arquitectónicas, constructivas y sanitarias en muros, pisos y sistemas de avenamiento a las que deben agregarse los ya señalados de deficiente abastecimiento de agua potable.

CUADRO I

<i>Enfermedades</i>	<i>No. de casos</i>	<i>Mortalidad</i>
Neumopatías	526,548	17.2 por 10,000 hab.
Gastroenteropatías	514,341	17.1 " " "
Gripa o influenza	478,539	—
Amigdalitis agudas y otras infecciones respiratorias superiores	439,494	—
Tuberculosis (todas formas)	57,210	2.8
Sífilis	51,205	0.2
Tifoidea	33,505	1.1
Disenterías (todas formas)	150,402	1.4
Tos ferina	53,590	1.4
Sarampión	68,135	1.7
Paludismo	21,864	2.0
Tifo	1,135	0.
Onchocercosis	2,375	0.
Todas las otras enfermedades infecciosas o parasitarias	218,489	—

3. *Morbilidad y mortalidad*: En el año de 1961 se registraron en los establecimientos asistenciales de la República, 6.680,000 enfermos como externos o internos, que al desglosarlos nos da una idea de la morbilidad en el medio rural:

Aunque las cifras anotadas corresponden a la unión de los medios rural y urbano, señalaremos dos hechos importantes para el problema que nos ocupa:

Primero: En el medio rural la morbilidad y mortalidad es un 60% más alta que el medio urbano. El cuadro 2 explica este aspecto:

CUADRO 2

<i>Enfermedad</i>	<i>Defunciones en el medio Rural</i>	<i>Defunciones en el medio urbano</i>
Gripa	5,759 (77.9%)	1,636 (22.1%)
Neumonía,	27,436 (55.6%)	21,893 (44.4%)
Bronquitis	6,650 (65.8%)	3,911 (34.2%)
S U M A :	39,845 (59.2%)	27,440 (40.8%)

Segundo: Que dentro de las cifras señaladas en el niño es donde se presenta la mayor morbilidad y mortalidad decreciendo desde la edad del recién nacido a la adolescencia, como observamos en el cuadro número 3.

CUADRO 3

NUMERO DE DEFUNCIONES Y MORTALIDAD POR INFECCIONES AGUDAS DEL APARATO RESPIRATORIO, TOSFERINA Y SARAMPION, SEGUN GRUPOS DE EDAD. PROMEDIO 1959-1961

Tasas por 100,000 habitantes

<i>Grupos de edad</i>	<i>Neumopatías agudas</i>		<i>Tos ferina</i>		<i>Sarampión</i>	
	<i>No.</i>	<i>Tasas</i>	<i>No.</i>	<i>Tasas</i>	<i>No.</i>	<i>Tasas</i>
Menores de 1 año por 100,000 nac.	42,767	3737	2238	195.5	1052	91.9
de 1 año	7,925	748.1	1606	151.6	1708	161.2
de 2 años	3,977	339.4	1020	87	1184	101.
de 3 años	2,074	170.1	513	42.1	715	58.6
de 4 años	1,141	96.5	284	24	409	34.3
5 a 9 años	2,184	41.1	417	7.8	747	13.4
10 a 14 años	741	17.	80	1.8	137	3.1
15 a 24 años	1,401	21.6	30	0.5	54	0.8
25 a 34 años	1,538	33.8	10	0.2	19	0.4
35 a 44 años	1,771	54	7	0.3	7	0.3
45 a 64 años	4,890	509.3	22	2.2	6	0.3
más de 74 años	5,360	955.4	8	1.4	4	0.7

Tercero: Que los datos de morbilidad son solamente los de datos de enfermos registrados pero no incluye los reclusos en su lugar de residencia por lo que estas cifras deben aumentar notablemente. Que los datos de mortalidad provienen de certificación médica y que ésta varía desde el 100% de los casos en el

Distrito Federal a un 20% —por ejemplo— en el Estado de Oaxaca, siendo el promedio de un 60% y por consiguiente estas cifras son sólo una expresión aproximada del problema.

La observación de estos datos nos indica que el principal problema en la morbilidad y mortalidad del medio rural lo constituyen las gastroenteropatías y las neumopatías siguiendo las enfermedades infecciosas y parasitarias. Las dos primeras corresponden en su etiología a la deficiente sanidad del medio en los aspectos de agua potable, avenamiento, habitación, nutrición, etc. y las segundas a la insuficiente inmunidad a ellas. Señalaremos que la única inmunización satisfactoria en cantidad ha sido la antivariolosa que ha erradicado la viruela del país. Sin embargo, el gobierno mexicano realiza intensos esfuerzos en la vacunación contra la tosferina, difteria, tétanos, poliomielitis, tuberculosis y sarampión. En cuanto a la insuficiencia de la asistencia médica en el medio rural, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha multiplicado los centros de salud y hospitales de tipo rural, pues solamente en el período de 1959-1963 se han puesto en marcha 300 sanatorios rurales, 731 centros de salud rural, 18 unidades médicas móviles terrestres y dos fluviales, 39 centros de bienestar rural, 9 centros de población integral ejidal, etc. En las regiones semidesérticas se han implantado programas agropecuarias adecuados a la ecología del medio. El programa de nutrición rural comprende 21 zonas con 1,050 comunidades participando 70,000 campesinos con un costo de \$58,500,000 de los cuales la alianza del progreso proporciona \$47,000,000.

De lo anterior se desprende como secuencia de trabajo la necesidad de incrementar los programas de:

1. Saneamiento del medio en sus aspectos generales y en especial en aprovisionamiento de agua y avenamiento. Mejoramiento de la vivienda rural y creación de nuevos centros de vida rural.
2. Intensificación de las campañas de inmunización así como las de erradicación de enfermedades específicas tales como paludismo, fiebre amarilla, oncocercosis, pinto, etc.
3. Incremento en la asistencia prenatal, natal y postnatal con el aumento de centros de salud y sanatorios de tipo rural y el adiestramiento de empíricas o de nueva formación, en labores obstétricas y de cuidado; vigilancia y atención del recién nacido. El aumento de brigadas móviles, terrestres y fluviales para llegar a todas las comunidades.
4. Incremento de la educación higiénica a todos los niveles de población rural.

PROBLEMAS EDUCATIVOS

Los datos de alfabetismo en los Estados Unidos Mexicanos en el año de 1960 son los siguientes:

CUADRO 4

<i>Lugar</i>	<i>Suma</i>	<i>Alfabeta</i>	<i>Analfabeta</i>
E. U. M.	27.987,838	17.414,167	10.573,163
Población urbana	14.176,078	10.749,543	3.426,733
Población rural	13.811,760	6.665,530	7.146,430

Estas cifras indican que el primer problema educativo en el medio rural es que más del 50% no sabe leer, ni escribir, teniendo como agravante que el 10% (1.300,000) no habla más que dialectos indígenas.

La población escolar en el medio rural la estimamos en 4.824,040 niños de 5 a 14 años de edad. En 1961 recibieron educación 1.131,624 niños quedando sin ella 2.992,426. Por lo tanto señalaremos como segundo importante problema educativo este abandono escolar que alcanza a un 60% de la población señalada.

Para atender a la población escolar rural los Estados Unidos Mexicanos cuentan con 24,566 escuelas, de las cuales el 90% sólo tienen enseñanzas hasta el 2o. y 3er. grado. Estas escuelas están servidas por 42,448 profesores de los cuales sólo 10,679 tienen título de maestros normalistas. Sacando un promedio vemos que existe una escuela rural por cada 75 alumnos siendo servido por 1.8 maestros. De 100 alumnos inscritos al comenzar el curso, 17 abandonan las aulas y de 100 niños que inician el primer grado sólo llegan al sexto 2 alumnos. Finalmente como un índice de aprovechamiento tenemos el dato que el 20% de los alumnos fueron reprobados teniendo que repetir el curso. El costo en sueldos y ayudantes es de \$184.786,860.00 teniendo un promedio de gasto por alumno no inscrito de \$125.00 (10 Dlls.).

El abandono educativo en el medio rural es elevado constituyendo un problema muy importante. Numerosas causas además de la carencia de presupuesto adecuado, profesores y escuelas contribuyen a agravar esta situación; en primer lugar, la gran extensión del territorio rural. La República Mexicana tiene una extensión de 1.693,890 km². La densidad es muy variable y aunque la cifra general es de 15.9 por km² en las grandes ciudades representantes del medio urbano es muy elevada (3,008 habitantes por km²) en la ciudad de México y en cambio en algunos estados de tipo rural es muy baja (Sonora: 3.5 por km²). Esto hace que las comunidades rurales se encuentren dispersas y alejadas por regla general de los centros educativos. Las escuelas rurales existentes tienen que atender un gran radio de territorio lo que hace difícil la asistencia del alumnado, situación que se agudiza por un desarrollo vial, sobre todo en el aspecto comunal o vecinal, aún insuficiente y por la misma razón escasez de transporte adecuado. Intervienen también factores socio-económicos. El régimen de tipo patriarcal de la familia rural mexicana y su situación económica, junto con un alza cons-

tante de la vida hace que la familia utilice el servicio de los niños en labores agrícolas o en subocupaciones suplementarias como es el pastoreo, recolección de leña o de frutos silvestres, cuidado de animales domésticos, etc. Esto hace que el niño no acuda a las aulas sino tardíamente y como el patrón de adolescencia prácticamente no existe en el medio rural, pasan a la edad adulta a los 14 ó 15 años abandonando las aulas a más tardar al terminar el tercer grado, recibiendo una educación deficiente que podemos catalogar como un semi-abandono educativo. La creación de escuelas tipo internado para resolver este problema, pensamos, no es la adecuada ya que destruye el núcleo familiar y es más costosa que cualquiera otra forma de educación.

Para resolver este problema además de las 24,566 escuelas son necesarias 3,000 más y aumentar el número de profesores en 48,000 más de los que existen tomando en cuenta el costo actual por alumno sería indispensable para solventar esta educación un presupuesto de \$478.270,125.00 (38.261,160 Dlls), anualmente.

La solución radical del problema está en el aumento de la producción, de las comunicaciones, mejoría sanitaria, implantación de nuevas técnicas agropecuarias, irrigación, etc., que se traduzca en un aumento real del ingreso anual del campesino mexicano, mejorando su nivel de vida. Correlativamente los programas específicos para educación rural deben de tener como fines: 1º Aumento de maestros de tipo rural con arraigo en la región y preparación especial. Para este objeto debe considerarse el aumento de las escuelas normales rurales, salarios satisfactorios, seguridad social para el maestro. 2º Aumento del número de escuelas rurales primarias, con proyección en educación agro-pecuaria y de fomento de bienestar de la comunidad. 3º Fomento o promoción en su caso de centros de tipo comunal o ejidal para población rural con solución integral de sus problemas.

COMENTARIO AL TRABAJO "CAMBIOS
IATROGENICOS EN CERVIX
UTERINO HUMANO"*

DR. EDMUNDO ROJAS NATERA

QUIZÁS no exista otro tema médico en la actualidad que haya suscitado tanto interés y controversias tan encendidas como el del uso de sustancias esteroideas, ya sea con fines anticonceptivos o terapéuticos, particularmente con los primeros. La polémica no solamente se suscita por lo que toca a aspectos puramente científicos, sino que se extiende a los terrenos sociológico, moral o religioso, de manera que aún los hechos firmemente establecidos no se ven con claridad, y su interpretación se tuerce según la posición que se haya adoptado dentro de la disputa. Los términos aplicados a estas sustancias, tales como drogas inhibitoras de la ovulación, anovulatorios, anticonceptivos, reguladores de la natalidad, "anti-baby pills" en algunas publicaciones extranjeras, revelan la ambigüedad y las connotaciones diversas a las que pueden conducir estos términos. Por tanto es importante cualquier trabajo científico que contribuya a esclarecer algunos de los puntos más controvertibles, sobre todo cuando la contribución proviene de una persona tan bien preparada en este campo, como lo es el Dr. Maqueo. En nuestro medio, nadie ha estudiado como él las alteraciones morfológicas producidas por dichas drogas, particularmente en lo que se refiere a mucosa endometrial, y sus contribuciones son conocidas internacionalmente.

Hoy nos presenta los resultados preliminares de sus estudios, sobre las alteraciones que ha encontrado en el cérvix uterino de enfermas sometidas a la administración de clormadinona y mestranol, por tiempo prolongado y en dosis mayores de las que habitualmente se emplean en la terapéutica anticonceptiva. Sus hallazgos recogidos hasta ahora, no confirman los alarmantes resultados publicados por algunos autores, como Oscar Guhr,¹ ya mencionado, de que el uso de progestágenos aún en dosis menores, produce alteraciones cervicales en el 82% de los casos, que van desde cambios atípicos del epitelio, hasta carcinoma in situ.

* Leído por su autor en la sesión del 4 de agosto de 1965.

El cambio histológico más importante encontrado por el Dr. Maqueo fue el de metaplasia epidermoide del epitelio columnar; esto no es de sorprender si tenemos en cuenta, como él lo ha señalado, que dicho cambio se demuestra según algunos autores, en el 100% de las mujeres normales durante el período de vida sexual activa, por lo que Reid² propone el término de Metaplasia Epidermoide Fisiológica. Según el trabajo que hoy escuchamos, esta alteración estuvo presente, tanto en el cérvix de mujeres no embarazadas que murieron de causas no relacionadas con el aparato genital, como en mujeres fallecidas durante el tercer trimestre del embarazo, en una proporción semejante y no significativa estadísticamente (95 y 96.6% respectivamente).

Uno y otro de estos resultados es poco significativo en relación con la frecuencia con la que se encontró dicho cambio en mujeres con miomas uterinos, que recibieron los progestágenos y estrógenos en dosis masivas de los primeros y muy elevadas de los segundos.

Por tanto, se puede concluir que este cambio, considerado globalmente, no parece tener qué ver con el uso de este tipo de compuestos. Digo globalmente, porque si se tiene en cuenta la intensidad de la metaplasia epidermoide, de acuerdo con los dos grados estudiados por el Dr. Maqueo, las diferencias son, estadísticamente, muy significativas entre cada uno de los grupos de "mujeres embarazadas" y "mujeres con terapia", y el grupo de pacientes no embarazadas que murieron de causas aparentemente no relacionadas con el aparato genital (62%, 72.2% y 10%, respectivamente). Es decir, en los dos primeros grupos, la intensidad de la metaplasia epidermoide es mucho mayor que en el de mujeres sin enfermedad ginecológica reconocible. No podemos ignorar el hecho de que las mujeres con terapia, tenían miomatosis uterina y que "terapia" en estas mujeres significa no solo grandes dosis de progestágeno, sino también muy elevadas de estrógenos cuyo papel en la metaplasia epidermoide ya ha sido señalado por el Dr. Maqueo.

Es posible también que pudiera encontrarse alguna diferencia entre los grupos señalados, en cuanto al grado de diferenciación del epitelio que ha sufrido el cambio metaplásico. Creo que sería muy interesante investigar este dato, sobre todo si se tiene en cuenta que algunas personas en estudios de citología vaginal exfoliativa, han encontrado cambios atípicos en mujeres sometidas a terapia anticonceptiva.

Si se atribuyera algún papel a esta terapia, en relación con el carcinoma del cérvix, tendríamos qué admitir, basándonos en el estudio que hoy analizamos, los siguientes hechos.

1º Que se encontró carcinoma *in situ*, con igual frecuencia en las mujeres que murieron en el último trimestre del embarazo y en las que recibieron progestágenos y estrógenos sintéticos, a grandes dosis (3.3%).

2º Que el carcinoma no tiene relación con la metaplasia epidermoide considerada globalmente.

3º Que no puede eliminarse totalmente la posibilidad de que la intensidad de la metaplasia o el grado de indiferenciación de la misma, tuviera que ver con el desarrollo de carcinoma.

4º Que al hacer las consideraciones anteriores, no deben ignorarse los otros factores intrínsecos y extrínsecos que se han señalado o se aceptan ya, como carcinogénicos en el cérvix.

Por último, en cuanto a la hipersecreción glandular, la hiperplasia de células basales o la anaplasia, estamos de acuerdo con las ideas expresadas por el Dr. Maqueo y lo felicitamos por su trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Guhr, Oskar: *Selecta* 47: 1460. Nov. 1964.
2. Reid, B. L. Copleston, M.: *Physiological Metaplasia on the Human Cervix Uteri*. Austr. New Zel. J. Obs. & Gyn. Vol. 4. No. 2., junio, 1964.