

Revista Médica Hondureña

Organode la Asociación Médica Hondureña

Director: DR. SALVADOR
PAREDES P.

Redactores:
DR. HUMBERTO DÍAZ B. — DR. MANUEL CACERES VUEL —
DR. MANUEL ICARIOS C.

Secretario: Administrador;
DR. RAMON ADCERRO -h. DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

Año XIU I Tegucigalpa, D. C, Hond., |C. A., Sept. y Oct. de 1943 | N 108

Código de Moral Médica

Justa satisfacción y orgullo debe sentir el Dr. Martín Bulnes por la feliz administración realizada en 1943, pajo su acertada Presidencia, en la Asociación Médica Hondureña. Año provechoso, año de intensa labor, de realización de 'antiguos anhelos, quedará marcado en los fastos sociales con letras \de intensa brillantez.

Se creó el AUXILIO MUTUO MEDICO con la debida reglamentación} y colecta de fondos destinados a socorrer inmediatamente la familia de un consocio tan luego como fallezca o se encuentre en serio estado de necesidad. En otra parte reproducimos los artículos de tal reglamento.

Acordó la Asociación PATROCINAR una Gran Campaña de Protección Infantil en todo el país, con el objeto de llevar consuelo a los desamparados niños que en una u otra forma requieren la ayuda para restablecer su salud o conservarla y dar a las madres el apoyo necesario a fin de que ellas puedan cumplir formalmente sus funciones maternas y atender al extremo sus pequeñuelos. Una comisión está elaborando el Plan de trabajo.

Recientemente discutió un proyecto de Código de Moral Médica al que dio aprobacin y empezará a regir de noviembre en adelante. La comisión encargada de elaborar el documento tuvo a la vista varios modelos como el de la Asociación Médica Americana, la más vasta unión médica conocida, el Código aprobado por el Sexto Congreso Médico Latinoamericano, el del Primer Congreso Gremial Argentino y el redactado por los consejos deontológicos de Santa Fe, publicado por Revista del Círculo Médico de Mendoza en el número 53 y 54 de principios de este año. ^Encontró la comisión en todos

ellos justamente lo buscado y tomó los títulos, capítulos y artículos convenientes al logro de sus propósitos a tal grado de respetar hasta su redacción por considerarla impecable.

Quizó la comisión venirse en un todo a los preceptos deontológicos al formular: su proyecto de Código de Moral Médica y por consiguiente no había necesidad de inventar nada, toda la ética médica ha sido ya legislada. La Deontología existe desde antes de Hipócrates, su famoso Juramento ^concreta un tratado de la materia, pocos médicos habrá que lo ignoren y desgraciadamente también pocos que lo cumplan.

El Profesor Nerio Rojas, de Buenos Aires define así: Deontología Médica es el conjunto de normas que debe seguir el médico en el ejercicio de su profesión, en sus relaciones con la sociedad, con los poderes públicos, los enfermos y los colegas.

Deontología (den, deonos, lo conveniente, lo necesario, el deber y logos tratado o doctrina) significa Tratado de los deberes, de lo que es justo y conveniente o necesario.

Buena falta nos hacia tener esta pauta legalizada por el consenso general; ella servirá en el futuro para respaldo y sostén seguro de nuestros actos y para sancionar las faltas de quienes rehúsen cumplir sus mandamientos. Ya no habrá excusa para los descariados, no podrán alegar ignorancia; forzosamente habrán de atenerse a la ley aprobada.

La Asociación Médica Hondureña se ha colocado a' la altura de su deber al imponerse un Código de Moral que dará .mayor respeto y estimación al apostolado médico y a los hombres que lo ejercen.

S. PAREDES P:

El Plátano, Factor de Importancia en la Alimentación

En la extensa lista de frutas ricas en vitaminas colocamos el plátano y sus múltiples variedades, de utilidad indiscutible en nuestra alimentación. Siendo el plátano una de las frutas de mayor abundancia en el país, justo será que los padres de familia y los Pediatras conozcan las cualidades alimenticias de esta fruta llamada por el pueblo "EL PAN DE LOS POBRES."

El plátano o banano es. planta muy conocida, siendo su exportación una de las primeras fuentes de riqueza en la zona norte del país, designándosele en los puertos de Norteamérica con el nombre de "ORO VERDE DE HONDURAS." La fruta de referencia pertenece al género "MUSA," de la familia de las Musáceas. La Musa paradisíaca, Linn., y la Musa sapientum, Linn, producen frutos comestibles. En el plátano todo se aprovecha: el fruto maduro es un alimento completo; el fruto verde, cocido o frito y diversamente preparados son agradables. Del -plátano sin madurar se extrae la BANANINIA o MUSARINA, fécula que se recomienda como alimento para los niños, ancianos y convalecientes. De los plátanos pueden obtenerse además de los productos: plátanos evaporados, cuyo valor nutritivo es doble 'del que tienen cuándo están frescos; vino aguardiente y vinagre. Las fibras de los pecíolos son textiles y pueden servir también para la fabricación del papel; el jugo contenido en ellas sirve para teñir de negro.

DATOS HISTÓRICOS SOBRE EL PLATANO.-La, patria del plátano es hasta ahora incierta, pues todos los países tropicales se lo disputan. La noticia más precisa escrita sobre la procedencia del plátano, es la del Dr. David J. Guzmán, en su Flora, quien dice: "Las tradiciones semíticas lo hacen originario de las orillas del Eufrates; otras lo refieren a las regiones bajas del Himalaya, y otras a la parte oriental del Indostán. Las especies mas apreciadas son las que se designan con los nombres de MUSA PARADISIACA, porque era uno de los árboles del jardín del Edén, y MUSA SAPEENTUM, por ser el árbol elegido de los ancianos sabios de la India para reposar bajo su sombra y refrescar con sus frutos. El médico árabe AHD-AÍLATIF dice que el primer pie *de* banano fue llevado de la India al Asia Menor, por los musulmanes, de donde pasó a Egipto. En" la edad media los cristianos lo llamaron *MANZANA DEL PARAÍSO*, y creían que fue el fruto prohibido de que se sirvió la serpiente para hacer pecar a nuestra madre Eva, y sin duda por su perfume y sabor debe haber tenido para Adán más atractivo que una. Manzana, pero queda siempre obscuro el lugar del nacimiento y producción de la rica .fruta, puesto que hasta la fecha nadie sabe dónde existió el famoso *PARAÍSO TERRENAL*.

Oviedo en su Historia Natural de las Indias, asegura que Fray Tomás Berlangas en 1516, trajo a Santo Domingo algunos pies de'

plátano, propagándose de allí a las Antillas y al continente. Garcilazo de la Vega dice que el plátano formaba la base de la alimentación de los Incas, y el Padre Acosta refiere haber hallado su cultivo establecido mucho antes de la conquista, en las márgenes del Orinoco, del Amazonas y de sus afluentes. Según el sabio Humboldt, en toda la América tropical es tradición que el plátano se conocía, mucho antes de la llegada de Cristóbal Colón; y en varias lenguas indígenas, existen palabras propias para nombrar el plátano. La palabra pertenece a lengua indígena del Chaco, en estrecha relación con el Guaraní. La voz plátano viene del latín plátanus, de platus, por las hojas anchas y largas del árbol." Sin embargo, en la cita que hace el Dr. Santiago Barberena, en su Quicheísmo, dice: "En nahuatl, según Clavígero, se llama Capálots al "plátano macho," esta palabra se compone de tres raíces quichés: TZAT="encerrar." PA—"adentro." y LOG="cosa buena o preciosa." Cuya traducción es la siguiente: "*CONTIENE RICO MANJAR.*" El señor Cagine dice que la palabra banano es oriunda de África, de la costa-de Guinea; y según el Dr. Barberena es americana, y se compone de estas raíces quichés: BA="bocado, comida"; NAL="mucho," y NOH—"Henar, hartar." Así es que BA+NAL + NOH—"comida que mucho llena." Los galibis y otros indios suramericanos llaman baco al plátano, y los de Cayena lo denominan bacova. Ambas voces sí derivan del quiche; de BA="bocado, comida," y de COB="jugoso, substancioso, alimenticio"; de modo que BA+COB="comida succulenta." El Diccionario Médico del Dr. Cardenal, dice al respecto: El banano es una fruta de la *Musa sapientum* llamada también plátano. Por lo expuesto apreciamos que nuestros indígenas se preocupaban por todos aquellos factores alimenticios capaces de producir las calorías indispensables para el desarrollo de sus actividades, además de preocuparse también por los medicamentos con que defendían su salud. Y por eso alguien ha dicho: "El Universo es botica, la cuestión difícil consiste en elegir y encontrar el me-

dicamento." En Honduras se distinguen las variedades siguientes: GUINEO MÍNIMO, GUXNEO LACANTAN, GUINEO DEL PAÍS O CRIOLLO, GUINEO MANZANO, GUINEO MORADO, GUINEO COLORADO, GUINEO DÁTIL, GUINEO POLINES O ZAMBO, GUINEO CALIFORNIANO, GUINEO DOMINICANO, PLÁTANO MACHO, PLÁTANO HEMBRA, PLÁTANO HABANERA, MAJONCHO AMARILLO, MAJONCHO CENIZO O CHATO. En estos últimos años el plátano ha sido estudiado como factor alimenticio y elemento terapéutico 3 actualmente tenemos a la vista muchos estudios de la fruta de referencia con abundancia de observaciones clínicas en el tratamiento de las afecciones gastro-intestinales de los niños. Entre otros estudios, consultados, el del Dr. Enrique Castellanos Fonseca publicado en el Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría, de Junio de 1943, NP 6: "EL PLÁTANO, MUSA PARADISIACA DE LINNEO EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL," de cuyo estudio extractamos los puntos más importantes para REVISTA MEDICA HONDUREÑA.

Por la descripción del autor de referencia, las variedades de plátano o banano existentes en Cuba' son las mismas de nuestro país, difiriendo únicamente en el nombre vulgar. Para mejor comprensión haremos la diferenciación siguiente: Los frutos de las variedades de La Musa Paradisiaca se conocen en el país con los nombres de PLÁTANO MACHO, PLÁTANO-HEMBRA, MAJONCHO AMARILLO, MAJONCHO CENIZO O CHATO. Estas variedades se comen cocidas como verduras o para reemplazar las tortillas de maíz, alimentación corriente de nuestros campesinos, y por eso se les llama también PLÁTANO-VIANDA. Los frutos de las variedades de la Musa Sapientum se conocen con los nombres de BANANO O GUINEO MÍNIMO, BANANO O GUINEO LAGANTAN, BANANO O GUINEO DEL PAÍS, BANANO O GUINEO MANZANO, BANANO O GUINEO MORADO, BANANO O GUINEO COLORADO, BANANO O GUINEO DÁTIL, BANANO O GUINEO ZAMBO, BANANO O GUINEO DOMINICANO. Los frutos de ambas especies son alargados, más o menos cilíndricos, encorbados y protegidos por una cascara resistente, contienen cuando están maduros una pulpa blanda y suave, siendo la composición dietética de las dos la siguiente:

HIDRATOS DE CARBONO	20	a	30	%
PROTEÍNA	1	a	1.5	%
GRASAS.....	0.5	a	0.9	%
FIBRA	0.7	a	0.8	%
CALORÍAS.....	100			

Por lo anteriormente expuesto se aprecia que la diferencia entre las dos especies es insignificante si se comparan en el mismo estado; pero la especie vianda se consume frecuentemente verde y entonces sí existe una diferencia importante; mientras los hidratos de carbono del plátano verde son exclusivamente almidón, féculas; los del banano, GUINEO MADURO, están constituidos por

azúcares; 'sacarosa, glucosa y levulosa con pequeñísima cantidad de almidón.

ESTUDIO DEL PLÁTANO FRUTA O GUINEO MADURO.—En este grupo apuntamos los guineos que se 'Comen crudos, como frutas, pertenecen, a la especie *MUSA SA-P-IENTUM*, LINN. El guineo mínimo y el guineo manzano son los más utilizados y por eso exponemos su contenido vitamínico y mineral tomado de la obra de Shelman, citada por el Dr. Fonseca.

CARBOHIDRATOS	23.0	Grmo. %
PROTEÍNAS	1.2	„
GRASAS	0.2	„
CALORÍAS	100	

CONTENIDO VITAMÍNICO

CALCIO	8	miligramos
MAGNESIO	31	
POTASIO	373	
SODIO	42	
FOSFORO	28	
COLORO	1.251	
AZUFRE	152	
HIERRO	0.6	
ACIDO MALICO	0.39	
POTENCIA ALCALINO	8.cc. Sol.N/10	Sosa

USO DEL PLÁTANO FRUTA, MÍNIMO, EN PEDIATRÍA

En el lactante y en el niño el balaño o sea el mínimo puede ser usado, con ventajas, como suplemento de hidratos de carbono en sustitución de los que pueden obtenerse de otros alimentos. Algunos autores, entre otros, Boy Scriber y Ross, lo prescriben desde la edad de tres meses, observando que desde esta edad hasta los dos años se tolera muy bien, con buena digestión y sin cambios apreciables en el aspecto de las heces. Otros, como Béguez, lo usa en forma de "*RASPADURA DE GUINEO*" desde los cuatro meses. En algunas Instituciones: Colegios y Escuelas, se usa como suplemento alimenticio observándose ligeras, ventajas desde el punto de vista del desarrollo y la osificación de los niños, según Austin y Steinger. Este maravilloso fruto no sollo en la dieta del niño sano tiene aplicación; la mayoría de autores, lo prescriben como elemento terapéutico en el tratamiento de los *TRASTORNOS GASTRO-INTESTINALES DE LA INFANCIA*. Wolman y Roddy usan esta fruta o el polvo de ella en el tratamiento de las diarreas, quienes afirman que es un método tan eficaz como cualquier otro con 4a ventaja de no obligar al paciente a sufrir hambre, ni padecer de cólicos intestinales. Según Bock y Tarnowsky el uso de esta fruta es ventajoso en el tratamiento de las *DISENTERIAS BACILARES*,

conclusión a que llegan dichos autores, después de haber observado sus benéficos resultados en dos grupos de enfermos. Ha sido usado también en la *FIEBRE TIFOIDEA.*, en esta enfermedad,, lo más prudente será prescribirlo mezclado con leche, obteniéndose en 3 casos reducción del período agudo, negatividad del coprocultivo en 2 o 3-semanas. Los éxitos conseguidos con el uso de esta fruta en el tratamiento de las afecciones anteriormente expuestas quedan pálidos ante los brillantes resultados obtenidos en el tratamiento de la ENFERMEDAD CELIACA, ESTEARREA CRÓNICA INFANTIL O ENFERMEDAD DE GEEHERTER, nombres con que también se le conoce. Esta enfermedad se caracteriza por especial intolerancia ocasionada por los 'hidratos de carbono de los alimentos corrientes., como pan o papas, intolerancia que no se presenta con el uso de. esta fruta. Los éxitos apreciados con el uso de la fruta en el tratamiento de esta afección son maravillosos y parece que obrara como quimioterapia específica, habiendo sido indicada por primera vez por **Hass** y secundada con plátano manzano por los doctores, Beyra y Martínez de la Cruz. El fruto debe comerse completamente maduro, pero cuando se trata de alimentación infantil la selección será esmerada y cuidadosamente hecha. La madurez completa se reconoce por el color amarillo de la cascara, sin ningún punto verde ni en las extremidades y sí con manchitas o lunares de color carmelita oscura.

PLÁTANO VIANDA-PLÁTANO MACHO

Por lo anteriormente expuesto apreciamos el valor alimenticia y las múltiples aplicaciones en Pediatría del plátano fruta, guineo¹ o banano, *Musa Sapientum*, Linn., ahora estudiaremos el plátano vianda, es decir, el plátano macho, *Musa Paradisiaca*, Linn., cuya composición *es* la siguiente:

AGUA.....	68.42
CENIZAS	0.97
PROTEÍNAS	1.00
GRASAS	0.65
CARBOHIDRATOS.....	28.12
FIBRAS	0.84
CALORÍAS.....	118.47

El plátano además de verde se usa en los estados llamados pintón y maduro. Se llama pintón cuando la cascara ha tomado un color amarillo, con escasas manchas oscuras; la pulpa, es decir, su contenido, es también amarillo fuerte, mucho más que el banano que es casi blanco, de consistencia blanda, pero conservando su forma y cierta firmeza. Se llama maduro cuando la cascara tiene un color oscuro casi negro y la pulpa aún de color amarillo tiene una consistencia blanda haciendo perder su forma al fruto. El plátano macho maduro tiene la siguiente composición:

AGUA.....	69.03
CENIZAS	1.40
PROTEÍNAS.....	1.46
CARBOHIDRATOS.....	26.72
FIBRAS.....	0.82
CALORÍAS.....	113.97

El plátano macho verde o maduro tiene numerosas aplicaciones en el arte culinario, ya sea cocido, frito o asado. En Pediatría puede usarse el plátano verde o 'maduro en la alimentación del lactante - normal al igual que cualquier otro alimento feculento, como la papa o los cereales desde 'la edad de 4 a 6 o 7 meses, según el criterio del médico para escoger la edad en que debe comenzar el uso de polisacáridos altos en la alimentación del lactante. Algunos autores recomiendan su uso en forma de puré disuelto en caldo o en leche,, además de usarse en el tratamiento de las diarreas infantiles, sobre todo en las de tipo fermentativo.

POLVO DE PLÁTANO O BANÁNINA

Esta sustancia es de gran utilidad en las preparaciones alimenticias de los niños, ancianos y enfermos. La Bananina se puede confeccionar en el seno de la familia siempre que se siga la técnica siguiente: se parte el plátano en rodajas delgadas, escogiéndolo verde o pintón y se colocan las rodajas sobre una tabla o se ensartan en un hilo para ponerlas al sol y al aire libre hasta obtener su completa desecación. En estas condiciones se muelen en un mortero o en un molino mecánico y el producto se tamisa en una tela o sedazo. Se obtiene así una harina ligeramente amarillenta, con olor a plátano y sabor agradable, alimento muy completo y de fácil digestión. Esta harina no panifica, pero no se conoce otra mezcla mejor para pasteles y galletas de primera calidad. Se emplea en las más variadas formas, casi siempre cocida con leche para obtener una crema. La fórmula más frecuentemente empleada, es la siguiente:

LECHE EVAPORADA. 13 On .	equivale a 520 Cal..	20. gr. Prot.
AGUA HERVIDA	30 „	
AZÚCAR.....	1 „	120 Cal.
BANANINA.....	10 gr.	40 Cal.

La Banánina se cocina a fuego lento, mezclándola primero con una pequeña cantidad de agua y .agregando luego el resto,'se repone el agua consumida por la ebullición. La cantidad total se divide en los biberones correspondientes para distribuirlos en las 24 horas, en número de 5 o 6, de éstos se tomarán uno cada 3 o 4 horas. Si se dificulta 'el uso de biberones puede utilizarse el procedimiento de comida espesa, en plato, para tomarla por cucharaditas Se prepara la cantidad de Banánina deseada en el líquido suficiente, leche o .caldo, para obtener una consistencia de crema suave. En niños ma-

yores se puede utilizar en las más diversas formas, una de ellas es el helado o sorbete de Bananina, siguiendo la siguiente fórmula:

LEOHE.....	10 onzas
AGUA.....	8
BANANINA.....	IV ₂ cucharada
VAINILLA, CANELA, LIMÓN c. S. Cocinar a fuego lento por 20 minutos y ponerlo en la refrigeradora.	

BANANINA EN LAS DIARREAS INFANTILES

La bananina está indicada en los siguientes casos:

- Diarreas simples, deposiciones líquidas dos o tres al día, sin repercusión sobre el estado general.
- "Diarreas severas" con escasa repercusión sobre el estado* general, marcados síntomas de intoxicación.

En todas estas diarreas está indicada la Bananina, indudablemente su contenido en tanino o peptina hacen de ella un poderoso medicamento anti-diarreico puramente sintomático, además *de* constituir un alimento. La Bananina tiene una ventaja: la de su indiscutible valor alimento-medicamento y por consiguiente está por encima de todo el grupo de las féculas o farináceas. Siempre que se indique carbohidratos, la Bananina será una buena selección y se agregará con el mismo cuidado y con las mismas precauciones señaladas para el alimento fundamenta!. La Bananina como producto de valor alimenticio tiene múltiples aplicaciones en diferentes enfermedades infantiles: en las pielitis cuando se desea obtener la producción interna de álcalis, no indicado cuando se desea obtener ácidos. En la fiebre tifoidea en la que desde luego, puede ser usada como alimento feculento. También está indicada en la dieta de las nefritis cuando se quiere emplear un régimen hiponitrogenado, en estos casos la Bananina representa un armamento importante por su bajo contenido proteínico y alto valor calórico.

Por todo lo anotado apreciamos la gran importancia del uso del banano, guineo maduro, o de la BANANINA, en las múltiples, afecciones, lo cual suavizará la vida atormentada de nuestros dispepticos, gástrico o intestinales, estreñidos, nefríticos, hepáticos y desnutridos.

Martín A. BVLNES B.

Septiembre 30 de 1943.

El plátano, *Musa Paradisiaca* de Linn., en la Alimentación infantil.— Dr. Enrique Castellanos Fonseca. — Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría, No. 6, Jimio de 1943. — Srita. Irene E. Motts. — Tratado de Botánica. — Dr. David J. Guzmán. — Flora 'Salvadoreña. — Dr. 'Salvador Calderón y Paul S. Standley. — Lista Preliminar de las Plantas de El Salvador. — Santiago Barberena. — Quicheísmos. — L. Jean Bogert. — Dietary uses of the Banana in Health and Disease. - .

Hernia Crural Estrangulada. Gangrena. Resección Intestinal

El caso que motiva estas líneas no es común, es el primero que encuentro en mi larga práctica de cirugía de urgencia. El interés que puede tener para los lectores es el de no incurrir en el error mío y recordarlo para cuando algo semejante se les presente.

La señora R. M. 'de G. originaria de Choluteca, vecina de Tegucigalpa, de 30 años, casada, con 3 hijos, uno de 11 meses, ningún aborto, sin otros antecedentes personales o hereditarios de importancia como no *sean* paludismo y disentería en Junio recién pasado. Nunca se dio cuenta de tener hernia.

Hace dos años tuvo vagos dolores semejantes a los que acusa ahora que desaparecieron espontáneamente.

"El día 10 de Septiembre anterior a las 10 de la noche, ingresó ala Policlínica por dolores abdominales difusos; cuenta que le empezaron dos días antes, es decir el 8, sin acompañarse de otros síntomas.

Se trata de una señora de magnífico aspecto, buena constitución física que no revela sino una angustia dolorosa.

Al examen abdominal no se encuentra ninguna localización, lejanamente se sospecha al principio algo en la zona apendicular y no habiendo meteorismo, defensa, vasca, vómitos, detención de materias y de gases, sin temperatura, sin alteración del pulso ni de la fórmula leucocitaria, se desecha tal idea y resuelve esperar.

El día siguiente igual cuadro, el dolor igualmente difuso, no presenta nuevos síntomas, se continúa esperando.

Día 12, se repite el examen ginecológico como al principio con semejante resultado negativo, fondos libres, indoloros, matriz y anexos normales. Desesperados y por exigencia del esposo resolvemos hacer una laparotomía exploradora. Cuando ya estaba dormida por el anestésico hacemos una nueva exploración y notamos una pequeña prominencia al nivel del anillo crural dura irreductible que más parece una antigua adenitis, del tamaño de una ciruela. Sin confianza, pero dispuestos a encontrar la causa de los males de la señora cambio rápidamente de opinión y resuelvo antes de abrir el vientre averiguar la naturaleza de aquella tumoración y ¿qué felicidad? allí está justamente la causa de sus padecimientos.

Con gran cuidado se incinden capa por capa las envolturas del tumor hasta llegar a una masa de color gris amarillenta hoja seca, era el saco herniario, al abrirlo se encuentra un fragmento de asa intestinal delgada parcialmente estrangulada y gangrenada; dada

su frialdad en vez de **tirlarla** se amplía la incisión seccionando la arcada crural y del cuello del saco hacia arriba unas dos pulgadas; entonces sí pude extraer unos 20 centímetros de intestino; la gangrena era apenas de unos 4 pero a ambos lados estaba de tal manera violáceo sin reacción al agua caliente que resolví resecar toda la porción de ese color, unos 15 centímetros, seguido de anastomosis termino-terminal; dejé la herida casi abierta rellena de polvo de sulfanilamida. Después fleboclisis continua de suero fisiológico por 48 horas, pitresin cada 4 horas, y suero ,también por vía rectal. Antes de 36 horas la paciente había evacuado una enorme cantidad de materias y el estado general mejoraba notablemente, no había dolor sino en la hernia. A los tres días, después de ingerir grandes cantidades de líquidos pudo comer vegetales y frutas. El primero de octubre abandonaba el hospital con su herida casi cerrada -ya en magníficas condiciones. No hubo ningún accidente post-operatorio de importancia.

C O M E N T A R I O

Los pinzamientos herniarios casi siempre se manifiestan con fenómenos de oclusión aguda y es hasta entonces que se hace el diagnóstico de tales. La paciente de nuestro caso jamás se apercibió de tumoración alguna .en el pliegue inguinal, ni siquiera cuando se presentó con los dolores abdominales difusos. Nunca -encontramos nada no digo claro siquiera algún elemento para formular una sospecha, la postura de ella en la cama, al sentarse, al hacer cualquier movimiento no acusaban dolor alguno en otra parte que no fuera el abdomen; el hecho de haber tenido dos meses antes un ataque de disentería aguda indinaban hacia cólicos de origen amibiano, pero tampoco satisfacía plenamente esa idea, no era un dolor típico sobre el cuadro cólico, como hemos encontrado con frecuencia en pacientes de apariencia quirúrgica cuyas molestias cesaron inmediatamente con inyecciones de hemetina.

Para ser sincero yo atribuyo la falta de diagnóstico inmediato en el caso relatado más a torpeza clínica que a falta de elementos con qué formularlo y si bien me duele confesarlo más me pesaría callarlo porque entonces este error estupendo no producirá los frutos que ansío que no son otros sino la enseñanza para quienes me lean: jamás descuidar en los síndromes abdominales dolorosos, por leves que sean, la exploración de los sitios por donde puede hacerse una hernia y estrangularse.

S. PAREDES P.

Un Caso de Ataxia Locomotriz Progresiva

Por el Dr. GUSTAVO-ADOLFO ZUNIGA

La Tabes o Ataxia Locomotriz Progresiva es una afección extraordinariamente rara entre nosotros, si tomamos en cuenta la frecuencia con que las otras afecciones nerviosas pueden ser observadas.

Por sus manifestaciones más o menos claras y por ser una enfermedad sistematizada, circunscrita a las neuronas radicales posteriores, ofrece una combinación de síntomas tan precisa, como no se presenta en otras circunstancias (Strümpell).

Por lo común se exigen para legitimar el diagnóstico de Tabes cierto número de signos por cuya reunión únicamente se puede hacer el diagnóstico; éstos son los siguientes: Incoordinación, Signo de Romberg, Signo de Argyll-Robertson, Signo de Westphal, Miosis, Trastornos de la sensibilidad, Trastornos tróficos, Parálisis oculares y Trastornos de los esfínteres. El hecho de haber encontrado en un mismo enfermo la mayoría de estos signos me ha sugerido la publicación del siguiente caso:

R. B. G., de 45 años, carpintero, originario de San Juancito, ingresa el día 10 de Septiembre de 1943 a La Casa de Salud "La Policlínica" quejándose de dificultad para caminar.

Anamnesia Lejana

Historia.—Refiere que hace aproximadamente dos años y medio comenzó su afección a manifestarse por dolores intensos terebrantes que iniciándose a nivel del tobillo recorrían toda la pierna hasta la rodilla. Estos dolores que el paciente compara al que produciría una cuchilla rajándole la pierna aparecían en forma de crisis que no hacían cesar ningún analgésico, reanudándosele cada 10 días y durándole 5 a 12 días .aproximadamente.

Dos meses después, consecutivamente a un baño demasiado frío, aparecieron en las piernas trastornos parestésicos, consistentes en adormecimientos combinados con sensación de dolor y frío, los que en el término de dos meses se acentuaron al grado de dificultarle notablemente la marcha. Esta que ha sido progresivamente más difícil se manifestó en un principio por notable dificultad para subir gradas y mayor aún para transitar en terreno inclinado.

Hace aproximadamente 6 meses, —época en que los trastornos sensitivos llegaron a la raíz de los miembros— aparecieron deseos, irresistibles de orinar que aparece súbitamente con salida algunas veces de orina que moja las ropas. En la misma época el enfermo manifestó disminución del deseo genésico con falta de erección que últimamente ha culminado en anafrodisia.

Anamnesia Lejana

Antecedentes personales.—En su infancia fue sano relativamente. A la edad de 25 años contrajo una blenorragia que evolucionó sin complicaciones. Niega en absoluto ulceración genital que revele primo-infección sifilítica. El resto de su vida ha transcurrido sin haber sufrido de estado morbosos importante..

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Funciones orgánicas generales.—Normales, fuera de las micciones que revisten los caracteres antes descritos.

Género de vida.—Ha sido adicto a las bebidas alcohólicas desde la edad de 23 años, habiéndolo hecho con regularidad. Fuma moderadamente. No hay otras fuentes de intoxicaciones manifiestas.

Examen del Sistema. Nervioso

A la inspección general se observan hipotrofias musculares, notablemente manifiestas en los músculos de las piernas (gemelos, soleos, etc.), como también en los de los muslos. Hay sequedad notable en la piel de los pies, llegando en algunas partes a constituir placas descamativas que recuerdan la ictiosis. A la palpación de las masas musculares hay notable hipotonía de los músculos. No existen trayectos dolorosos en el curso de los nervios superficiales.

Motilidad activa.—¡Los músculos de la mímica conservan sus movimientos. En las extremidades superiores es notable la imprecisión de los mismos: Ejem.: tocarse repetidas veces la punta de la nariz con el dedo índice, tomar un vaso de agua, cosas que hace con marcada imprecisión y dificultad. En las extremidades inferiores hay incoordinación notable al intentar tocar con la punta del pie un punto determinado, no obstante que aparentemente conservan los músculos su energía. Hay igualmente imprecisión para verificar movimientos de extensión, flexión y abducción de los miembros.

Motilidad pasiva.—Normal en los músculos del cuello y tronco como también en los miembros superiores. Hay ligera disminución en las extremidades inferiores. La fuerza muscular manifestada por el dinamómetro es 30 Kgs. lado derecho, 27 Kgs. en el izquierdo.

Exploración de los Reflejos

Reflejo masetérico.—Normal.

Reflejos músculo-tendinosos.—Los patelares abolidos en todas las posiciones aun con la maniobra de Jendrassik. Los aquíleos igualmente abolidos. Los tendinosos de los miembros superiores, parecen normales. No existen fenómenos asociadas: clónus de la rótula o del pie.

Reflejos músculo-cutáneos.—Plantares: abolidos. Cremastéreos: disminuidos en el lado derecho y abolido en el izquierdo.

Sensibilidad superficial y profunda.—Hay disminución notable de la táctil y dolorosa en las extremidades inferiores; notándose retardo de la percepción en cualquiera de estas sensaciones. En la cara se observa el mismo fenómeno en el labio superior donde hay hipoestasia. En los miembros superiores se notan igualmente trastornos principalmente en las manos. Consérvase el sentido esteriognóstico. La noción de la posición de las extremidades se encuentra disminuida para las inferiores.

Estación de Pie y Marcha

El enfermo se sostiene con dificultad en posición de firmes, teniendo para no caer que aumentar su plano de sustentación separando las piernas. El titubeo llega al extremo cuando se le ordena cerrar los ojos; se tambalea y caerla si no se le sostiene (signa de Romberg).

En la marcha —que no la puede hacer sin la ayuda del bastón— se nota notable incoordinación, el paciente tira las piernas hacia delante y hacia fuera dejándolas caer violentamente a cada paso; tomando los caracteres de "paso de parada."

Examen de los Ojos

Anisocoria por midriasis derecha. Las pupilas son insensibles a la luz, conservando no obstante el reflejo a la acomodación, (Signo de? Argyll-Robertson).

Aparato circulatorio.—Los tonos cardiacos son normales. EL examen de los grandes vasos no revela nada especial. La presión arterial: Mx. 100 Mn. 70.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato urinario.—No muestra nada especial.

Aparato digestivo.—Normal.

Sistema ganglionar.—Micro-poli-adenitis inguinal bilateral.

Exámenes de Laboratorio

Examen de Orina:

Albúmina, 0
 Pigmentos Biliares . . . 0
 Glucosa..... 0
 Leucocitos: Regular Cantidad.

Materias fecales: 0.

Examen de L. C. R.

Kahn: ++++

Examen de Sangre

G. R 3.968.000
 G. B..... 8.000
 N57%
 E..... 8%
 L 35%
 Hematozario: Negativo.
 Kahn: Negativo.

Código de Etica Médica Adoptado por la Asociación Médica Hondureña

TITULO I

DISPOSICIONES DE ORDEN GENERAL

CAPITULO I

De las profesiones del arte de curar

Art. 1°—El profesional prestará sus servicios atendiendo más a las dificultades y exigencias de la enfermedad, que al rango social de sus clientes o a los recursos pecuniarios de que éstos dispongan.

Art. 2°—El profesional debe respetar las creencias religiosas y políticas de sus clientes, no oponiéndose en ningún caso ni por ningún motivo, al cumplimiento de los preceptos religiosos.

Art. 3°—Es un deber moral del profesional, aconsejar a sus clientes e incitarlos a la enmienda, cuando las enfermedades que padecen provienen de hábitos viciosos o de frecuentes transgresiones a la higiene.

CAPITULO II *De los deberes*

relacionados con la dignidad profesional

Art. 4°—(Así como las profesiones del arte de curar invisten, a quienes las abrazan, de ciertos privilegios e inmunidades, también les impone el deber de ejercerlas con estricto sometimiento a las reglas que la deontología ha instituido, para el gobierno y la disciplina de los profesionales del arte de curar.

Examen Microscópico: 340 cels. por milímetro cúbico.
Gran cantidad de eritrocitos. Abundantes
leucocitos y pocas céls. de pus.

Fórmula: Neutrófilos: 1%
Linfocitos: 99%

DIAGNOSTICO: Ataxia Locomotriz Progresiva (en el período de incoordinación).

TRATAMIENTO: Se instituyó tratamiento específico mixto: Mafarside, 4 Amps. de 0.04 y 3 Amps. de 0.06, Más Amps. de Thi-bismol de 0.1 en número de 20. Se recomendó la Mal ario terapia, sin gran resultado manifiesto.

Art. 5°—Los profesionales no suscribirán, expedirán o contribuirán a que se expidan títulos, licencias o certificados de idoneidad, en obsequio de personas incompetentes, o que no hayan cursado estudios universitarios, ni para favorecer a los que visiblemente tengan el propósito de ejercer el arte de curar en conformidad con sistemas exclusivos, arbitrarios u opuestos, a los principios de la ciencia.

Art. 6°—El profesional debe ajustar su conducta a las reglas de la circunspección, de la probidad y del honor; será un hombre honrado en el ejercicio de su profesión como en los demás actos de su vida. La pureza de costumbres y los hábitos de templanza son asimismo indispensables, por cuanto sin un entendimiento claro y vigoroso no puede ejercer acertadamente su ministerio, ni menos estar apercibido para los accidentes que tan a menudo exigen la rápida y oportuna intervención del arte de curar.

Art. 7°—Son actos contrarios a la honradez profesional y en consecuencia condenados por la deontología, los siguientes:

- a) Desplazar o pretender hacerlo, a otro colega, por el ofrecimiento de servicios más baratos o gratuitos, o perjudicarlo por otros medios que no sean los que atañen a la competencia científica;
- b) Prescribir remedios secretos propios o de otra persona;
- c) Expedir certificados atestiguando la eficacia de una especialidad farmacéutica o de cualquier procedimiento terapéutico.

Art. 8°—Los profesionales están en el deber de combatir el industrialismo, el charlatanismo y el curanderismo, cualquiera sea su forma, recurriendo para ello a todos los medios legales de que disponen.

CAPITULO III *Del secreto*

profesional en general

Art. 9°—El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad del arte exigen el secreto. Los profesionales del arte de curar están en el deber de conservar como secreto, todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión, por el hecho de su ministerio, y que no deba ser divulgado.

Art. 10°—El secreto se puede recibir bajo dos formas: el secreto explícito, formal y textualmente confiado; y el secreto implícito que resulta de la naturaleza de las cosas, que nadie impone y que preside las relaciones entre pacientes y profesionales. Ambas formas del secreto profesional son inviolables, con excepción de los casos especificados por la ley.

Art. 11°.—A los profesionales del arte de curar, les está prohibido revelar el secreto profesional, fuera de los casos establecidos por la Ley y la Deontología. La revelación, *es* el acto de hacer pasar el hecho revelado, del estado de hecho secreto al de hecho conocido. No es, necesario publicar el hecho, /para que exista la revelación; basta la confidencia a una persona aislada.

Art. 12°.—El secreto profesional es una obligación. Revelarlo sin justa causa, causando o pudiendo causar daño a terceros, es un delito.

Art. 13°.—El profesional acusado o demandado bajo la imputación de un daño culposo en el ejercicio de su profesión, tiene derecho para defenderse a revelar el secreto profesional.

CAPITULO IV

De los anuncios profesionales Art. 14°.—Se

prohiben los anuncios profesionales. CAPITULO

De los honorarios

Art. 15°.—En los casos en que los clientes sin razón justificada, nieguen a cumplir sus compromisos pecuniarias con el profesional, éste, una vez agotados Los medios privados, puede demandarlos ante los tribunales por cobro de honorarios, sin que ello afecte en forma alguna el nombre, crédito o concepto del demandante.

CAPITULO VI

De la dicotomía y especialidades medicinales

Art. 16°.—La "Dicotomía" o sea la participación de honorarios, hecha sin conocimiento del enfermo o de sus familiares, entre el médico de cabecera y cualquier otro profesional del arte de curar: cirujano, especialista, consultor, odontólogo, bioquímico, farmacéutico, etc., es un acto contrario a la dignidad profesional, expresamente condenado por la .deontología. Cuando en la asistencia de un enfermo, además del médico de cabecera, ha tenido ingerencia: cirujano, especialista o consultores, los honorarios se presentarán al paciente, familiares o herederos, separadamente o en conjunto, detallando *en* este último caso los nombres de los profesionales participantes.

. Art, 17°.—Constituye una violación a la ética profesional la percepción de un porcentaje derivado de la prescripción de medicamentos o aparatos ortopédicos, lentes, etc., así como la retribución a intermediarios de cualquier clase (corredores, comisionistas, etc.), entre profesionales y pacientes.

Art. 18°. —Asimismo es una violación a la Etica la asociación 'de profesionales con profanos con fines de beneficiarse en la explotación de la medicina,, cualquiera sea el régimen legal de la asociación.

CAPITULO VII

De las relaciones entre profesionales

Art. 19°. —El respeto mutuo entre los profesionales del arte de curar y la no intromisión en los límites de cada profesión constituye la base de la ética que rige sus relaciones profesionales.

Art. 20°. —Deshonesto será el médico que se asocie para comerciar con la dignidad de su profesión en cualquier forma.

Art. 21°. —Al médico le está expresamente prohibido orientar a sus clientes hacia determinada farmacia o establecimiento.

Art. 22°. —El profesional no confiará sus enfermos a la aplicación de cualquier agente diagnóstico o terapéutico, nuevo o no, que TLO haya sido sometido previamente al control de las autoridades científicas del país (Facultades, Academias, Asociaciones médicas, fuere o no 'médico quien lo ofrezca. -

Art. 23°. —El médico no debe delegar el uso de técnicas curativas, agentes medicamentosos anestésicos, aparatos de diagnóstico o terapéuticos, sondajes, curetajes, curaciones y en general cualquier procedimiento que pueda involucrar algún riesgo para el enfermo, en ningún auxiliar de la medicina (partera, farmacéutico, masajista, enfermero, etc.

Art. 24°. —El médico no debe recetar sino aquellas especialidades farmacéuticas respecto a las cuales le conste o tenga referencia de la seriedad de sus fabricantes. No prescribirá especialidades cuyos productores efectúen propaganda charlatanesca por cualquier medio de difusión, incluso la contenida en el folleto ilustrativo que acompaña el medicamento y menos aquellos que traten de imponerse al cuerpo médico mediante obsequios o retribuciones de cualquier clase.

T I T U L O II ASUNTOS

EXCLUSIVAMENTE MÉDICOS

CAPITULO I *De los deberes de los*

médicos para can los, enfermos

Art. 25°. —La obligación del médico de atender un llamado, en el ejercicio de su profesión se limita a los casos siguientes:

- a) Cuando es otro médico quien requiere su colaboración profesional;

- b) Cuando no hay otro facultativo en la localidad en la cual ejerce la profesión;
- c) En los, casos de urgencia o peligro inmediato.

Art. 26°.—Si en la primera visita efectuada a un enfermo, el médico comprueba la existencia de una enfermedad infecto-contagiosa, por el peligro de transmisión a terceros que puede involucrar, *está* autorizado a rehusar la continuación de la asistencia en -loa siguientes casos:

- a) Si es un cirujano que se dispone a practicar una operación aséptica.
- b) Si es un partero que está comprometido para asistir a un alumbramiento cercano.
- c) Si tiene niños en asistencia,

-Art. 27°.—Aunque el carácter, curso o gravedad, exija que el enfermo sea visitado con frecuencia, el profesional evitará las visitas innecesarias, por cuanto tienden a hacerlas sospechosas de miras interesadas.

Art. 28°.—El médico evitará en sus actos, gestos y palabras, todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o aclamarlo sin necesidad; pero, si la enfermedad *es* grave y se teme un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es de regla y el médico la hará a quien a su juicio corresponda hacerlo.

Art. 29°.—El médico no debe abandonar nunca los casos crónicos e incurables y en los difíciles o prolongados, es conveniente y aún necesario provocar juntas con otros colegas.

Art. 30°.—Las visitas de amistad o sociales de un profesional en el ejercicio a un enfermo asistido por un colega, deben hacerse en condiciones que impidan toda sospecha de miras interesadas o perjudiciales al buen nombre del médico de cabecera.

Art. 31°.—El gabinete del profesional es un terreno neutral, donde pueden ser recibidos y tratados todos los enfermos, cualesquiera que sean sus médicos ordinarios y las circunstancias que hayan precedido a la consulta. No obstante, en cualquier circunstancia, el profesional será circunspecto, parco y medido en sus expresiones respecto a la conducta del profesional que lo ha precedido y cuidará no sembrar confusiones en el espíritu del enfermo.

Art. 32°.—El médico que ha de examinar a una mujer debe procurar hacerlo en presencia de uno de sus familiares.

Art. 33°.—El cirujano, no hará ninguna operación mutilante (amputación, castración, etc.), sin previa autorización del enfermo, la que podrá exigirse por escrito, hecha en presencia de testigos hábiles, excepción de los casos en los cuales la indicación surja del estado de los órganos en el momento de la realización del acto quirúrgico. En estos casos, se consultará con el miembro de la fami-

lia más- allegado, o en ausencia de todo familiar o representa rute¹ legal, después de haber consultado y coincidido con los otros médicos presentes en el acto operatorio.

Art. 34°.—El médico no practicará ninguna operación a Menores de edad sin la previa autorización de los padres o tutores del enfermo. En caso de menores adultos, su consentimiento será suficiente, tratándose de operaciones indispensables.

Art. 35°.—El cirujano no podrá esterilizar a una mujer sin una indicación terapéutica perfectamente determinada, previa consulta, preferente con un facultativo .especializado en la materia y después de habere agotado todos los recursos conservadores de los órganos de la reproducción. El consentimiento podrá ser recabado por escrito o ante testigos válidos.

Art. 36°.—Cuajado un cirujano encontrase en el curso de una operación otras lesiones patológicas distintas de aquellas que motivaron la intervención está autorizado para proceder con ellas de acuerdo con las normas terapéuticas habituales.

CAPITULO II

De los deberes relacionados con la dignidad profesional

Art. 37°.—Son actos contrarios a la honradez profesional. y en consecuencia condenados por la deontología, los siguientes:

- a) Reemplazar a los médicos de cabecera sin antes haber cumplido con las reglas prescritas por el presente Código.
- b) Constituirse en casa del enfermo más de las veces imprescindibles para observar la marcha de la afección.
- c) Prestar a los pacientes servicios que sólo incumben a los auxiliares de la medicina;
- d) Admitir en el acto operatorio a personas extrañas a la medicina, salvo autorización del enfermo o de sus familiares.

CAPITULO III

De los servicios médicos a los familiares de colegas

Art. 38°.—Es de práctica asistir gratuitamente, cuando solicite asistencia, al colega, su esposa y sus hijos mientras se encuentran sometidos a la patria potestad.

Puede alcanzar igual privilegio, de los colegas residentes en la localidad, el padre, la madre y otros familiares, siempre que se encuentren visiblemente bajo la inmediata protección del profesional.,

Art. 39°.—Si el médico que solicita la asistencia de un colega, reside en lugar distante y dispone de suficientes recursos pecuniarios, su deber es remunerarle en proporción al tiempo invertido y a las pérdidas que le ocasione.

CAPITULO IV

De los deberes de los profesionales al sustituirse entre sí

Art. 40°.—'Cuando un profesional se aparte temporariamente¹ del ejercicio de su profesión, encomendando sus enfermos a un colega, éste debe desempeñarse con el mayor miramiento al nombre y a los intereses del reemplazado.

CAPITULO V *De las juntas y**consultas médicas*

Art. 41°.—Ni la rivalidad, los celos, ni la intolerancia en materia de opiniones deben tener, cabida en las juntas médicas; al contrario, la buena fe, la probidad, el respeto y la cultura se imponen como un deber en el trato profesional de los consultores entre sí y con el de cabecera.

Art. 42°.—Las Juntas Médicas se dividen en dos categorías: las¹ que provoca el médico de cabecera y la que exige el enfermo o sus familiares.

El médico debe provocar consultas o juntas en los siguientes casos:

- a) Cuando no ha logrado hacer diagnóstico;
- b) Cuando no obtiene un resultado satisfactorio con el tratamiento empleado;
- c) Cuando necesite el auxilio de un especialista;
- d) Cuando por la naturaleza del pronóstico necesite compartir su responsabilidad con otro u otros colegas;
- e) Cuando considere que no goza de toda confianza del enfermo o de sus familiares.

Art. 43°.—'Cuando es el médico de cabecera quien provoca la junta, le corresponde indicar a los colegas legalmente habilitados que considere indicados para ayudarle en la resolución del problema c para compartir con él la responsabilidad del caso. El enfermo o sus familiares pueden exigir la presencia del médico de su confianza.

Art. 44°.—Reunida la Junta, el médico de cabecera hará relación del caso, sin precisar diagnóstico; pero, si lo creyera conveniente, entregará su opinión por escrito en sobre cerrado. Acto continuo los consultores examinarán al enfermo. Reunida de nuevo la Junta los consultores emitirán su opinión, principiando por el de menor edad, y terminando por el de cabecera, quien en ese momento dará su opinión verbal o escrita. Corresponde al de cabecera resumir la opinión de sus colegas y formular las conclusiones, que se someterán a la decisión de la junta. El resultado final de estas deliberaciones lo comunicará el médico de cabecera al enfermo o a sus familiares.

Art. 45°.—Las decisiones de la junta pueden ser modificadas por el médico de cabecera, si así lo exige algún cambio en el curso de la enfermedad; pero todas las modificaciones, como las causas que la motivan deben ser expuestas y explicadas en las juntas subsiguientes.

Art. 46°.—Los médicos están en el deber de concurrir a las juntas con puntualidad. Si después de una espera prudencial, el de cabecera no concurre, los demás están autorizados para examinar al paciente.

Art. 47°.—En las juntas se evitarán las disertaciones profundas, sobre temas doctrinarios o especulativos y se concretará la discusión a resolver prácticamente el problema clínico presente.

Art. 48°.—Las discusiones que tengan efecto en la junta, deben ser de carácter confidencial. La responsabilidad es colectiva y no le está permitido a ninguno eximirse de ella, por medio de juicios o censuras emitidas en otro ambiente que no sea el de la junta misma.

Art. 49°.—Si los consultores no están de acuerdo con el de cabecera, el deber de éste es comunicarlo así al enfermo o a sus familiares para que decidan quién continuará con la asistencia.

Art. 50°.—El médico de cabecera está autorizado para levantar y conservar un acta de las opiniones emitidas, que con él firmarán todos los consultores, cada vez que por razones relacionadas con la decisión de la junta, crea necesario poner su responsabilidad a cubierto de falsas interpretaciones.

Art. 51°.—A los médicos consultores les está terminantemente prohibido volver a la casa del enfermo después de terminada la junta, salvo el caso de urgencia o autorización expresa del médico de cabecera con anuencia del enfermo o de sus familiares.

Art. 52°.—Ningún médico consultor puede convertirse en médico de cabecera del mismo paciente durante la enfermedad para la cual está consultado. Estas reglas tienen las siguientes excepciones:

- a) Cuando el médico de cabecera cede voluntariamente la dirección del tratamiento.
- b) Cuando la naturaleza de la afección hace que sea el especialista quien deba encargarse de la asistencia.

Art. 53°.—El médico consultor observará honrada y escrupulosa actitud en lo que respecta a la reputación moral y científica del de cabecera, cuya conducta deberá justificar siempre que coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia; en todo caso la obligación moral del consultor, cuando ello no involucre perjuicio para el paciente, es atenuar el error y abstenerse de juicios o insinuaciones capaces de afectar el crédito del médico de cabecera y la confianza de que es objeto por parte del enfermo o de sus familiares.

Art. 54°.—No está autorizado para promover juntas el facultativo que es llamado accidentalmente en reemplazo del médico de cabecera, salvo caso de suprema urgencia.

Art. 55°.—Los honorarios profesionales correspondientes a los médicos consultores deben ser abonados a la brevedad posible. Toca tal médico de cabecera recordar esta obligación al enfermo o a sus familiares.

CAPITULO VI

De los casos de urgencia y del reemplazo del médico

Art. 56°.—El médico observará la más estricta discreción en sus relaciones con el enfermo a quien asiste otro facultativo. Su deber es abstenerse de toda pregunta u observación tocante a la enfermedad de que padece o tratamiento que sigue, y evitará cuanto directa o indirectamente tienda a disminuir la confianza depositada en el médico de cabecera.

Art. 57°.—El médico que es llamado para un caso de urgencia por hallarse distante el médico de cabecera, se retirará al llegar - éste, a menos que se le solicite acompañarlo en la asistencia.

Art. 58°.—Cuando varios médicos son llamados simultáneamente para un caso de enfermedad repentina o un accidente, el enfermo quedará al cuidado del que llegó primero, salvo decisión contraria del enfermo o sus familiares.

El que quede encargado de la dirección -de la asistencia, podrá elegir entre los restantes a aquel o a aquellos cuyo concurso estime útil o necesario. El deber de dicho médico es exigir que se llame al médico ordinario de la familia.

Art. 59°.—El médico que es llamado para asistir a una persona durante la ausencia o enfermedad del médico ordinario de la familia se retirará al regresar o restablecerse éste, si el enfermo mismo o sus familiares no deciden lo contrario.

Art. 60°.—Se entiende por médico ordinario de una familia o de un enfermo, aquel a quien generalmente o habitualmente consulta dicha familia o dicho enfermo.

Art. 61°.—El facultativo llamado de urgencia por un paciente en atención de otro colega, debe limitarse a llenar las indicaciones del momento y no debe alterar el plan terapéutico sino en lo estrictamente indispensable y perentorio.

Art. 62°.—El médico llamado para atender un caso de parto por ausencia del facultativo a quien antes se había elegido con este objeto, está en el deber de dirigir el trabajo y tiene derecho a los honorarios.

Art. 63°.—Cuando una familia no puede pagar una consulta, el médico de cabecera podrá autorizar al consultante para que examine al enfermo en visita ordinaria. Este está obligado a comunicarse con el de cabecera o dejar su opinión escrita, bajo sobre cerrado.

Art. 64°.—Cuando un colega asista gratuitamente a un paciente potare que requiera una consulta con uno u otros colegas, éstos por el honor de la profesión quedan obligados a auxiliarle en las mismas condiciones que lo ha-ce el médico de cabecera.

CAPITULO VII

De los especialistas

Art. 65°.—Se entiende por especialista al médico que, además de poseer la ilustración profesional indispensable, adquirida por sus estudios universitarios y la práctica de la profesión, se ha consagrado a una de las ramas de la ciencia médica, para lo cual ha realizado estudios especiales en facultades, hospitales o institutos afines que estén habilitados por su jerarquía científica a certificar la especialización llevada a cabo por el profesional.

Art. 66°.—El hecho de titularse especialista en una rama determinada de la medicina, significa para el profesional el severo compromiso consigo mismo y para con sus colegas, de restringir su actividad á la especialidad elegida.

Art. 67°.—El especialista que es llamado en consulta para examinar a un enfermo y dar su opinión sobre síntomas, fenómenos o complicaciones sobrevenidas en el curso de una enfermedad, concurrirá a la casa el día y hora convenida con el médico de cabecera; terminada su misión no hará nuevas visitas sin la anuencia del mismo.

Art. 68°.—El médico general que diagnostica o sospecha una afección que en su concepto exija los recursos de la cirugía en general o de alguna especialidad en particular, podra indicar al cliente o a sus familiares el cirujano o especialista que juzgue oportuno consultar.

Art. 69°.—El especialista que se encarga de un enfermo, con anuencia del médico ordinario, asume la dirección del tratamiento en lo relativo a la especialidad, pero actuará siempre de acuerdo con aquél suspendiendo su intervención tan pronto como cese la necesidad de sus servicios especializados.

Art. 70°.—El cirujano operador goza de la más completa libertad para la elección de sus ayudantes y es a él a quien corresponde fijar el lugar y el momento en que debe ejecutarse la operación.

Art. 71°.—¡El especialista debe abstenerse de opiniones o alusiones respecto a la conducta del médico general y debe tratar de justificarle en su proceder, siempre y cuando ello no involucre perjuicio para el paciente.

CAPITULO VIII

Del secreto médico

Art. 72°.—El médico no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto profesional en los casos siguientes:

- a) Cuando en su calidad de perito, actúa como médico de una Compañía de Seguros, rindiendo informes sobre la salud de los candidatos que de han sido enviados, para su examen. Tales informes los enviará en sobre cerrado al médico jefe de la Compañía, quien a su vez tiene las mismas obligaciones del secreto;
- b) Cuando está comisionado por autoridad competente para reconocer el -estado físico o mental de una persona;
- c) Cuando ha sido designado para practicar autopsias o pericias médico legales de cualquier género, así en lo civil como en lo criminal;
- d) Cuando actúa en carácter de médico de sanidad nacional, militar, provincial, municipal, etc.
- e) Cuando en su calidad de médico tratante hace la declaración de enfermedades infecto-contagiosas, ante la autoridad sanitaria y cuando expide certificados de defunción;
- f) Cuando en cumplimiento de la ley de Registro Civil, efectúa la denuncia de un nacimiento cuya legitimidad no le consta;
- g) En cualquiera de los casos comprendidos, en los apartados a), b), c) y d), el médico puede excusarse de intervenir si la persona objeto del examen está bajo su asistencia en el mismo momento de ser reconocida o si la declaración ha de versar sobre estados anteriores, respecto a los cuales fue previamente consultado.

Art. 73.—En los casos de embarazo o parto de una soltera, el médico debe guardar silencio. La mejor forma puede ser aconsejar que la misma interesada confiese su situación a la madre o hermana casada o mayor.

Art. 74.—El médico puede, sin faltar a su deber, denunciar los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión, de acuerdo con lo dispuesto por el Código Penal. No puede ni debe denunciar los delitos de instancia privada.

Art. 75.—Cuando se trata de denuncias para evitar que se cometa un error judicial, también es permitida la revelación del secreto.

Art. 76.—Cuando el médico es citado ante el tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, el requerimiento judicial ya constituye "justa causa" para la revelación y éste no lleva involucrada por lo tanto una violación del secreto profesional. En estos casos el médico debe comportarse con mesura, limitándose a responder lo necesario sin incurrir en excesos verbalistas.

Si en cambio el examen de su conciencia le aconseja abstenerse de declarar, debe hacerlo así y ampararse en el secreto. En última instancia, es siempre la conciencia del médico la que debe dictar su actitud.

Art. 77.—Cuando el médico se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios, se limitará a indicar el número de visitas y consultas, especificando las diurnas y nocturnas, las que haya realizado fuera del radio urbano y ,a qué distancia; las operaciones! que haya practicado, enumerando las de cirugía mayor, intermedia y menor. Será circunspecto en la revelación del diagnóstico y naturaleza de ciertas afecciones, reservándose para exponer detalles ante los peritos médicos designados.

Art. 78.—El profesional sólo debe suministrar informes respecto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un cliente, a los allegados más inmediatos del enfermo. Solamente procederá en otra, forma con la autorización, expresa del paciente.

CAPITULO IX

Del aborto

Art 79º.—Al médico le está terminantemente prohibido por la moral y por la Ley la interrupción del embarazo en cualquiera de BUS épocas.

Art. 80º.—El médico no procederá a la interrupción del embarazo, sino después de haber cumplido con los preceptos, y requisitos siguientes:

- a) Haber agotado todos los medios terapéuticos para la conservación de la vida o preservación de la salud de la madre, puestas en peligro con motivo del embarazo.
- b) Siempre debe obtener el consentimiento de la paciente, de su esposo o representante legal;
- e) Obtener la constancia por escrito de dos médicos por lo menos, que estén de acuerdo en la necesidad terapéutica del aborto.
- d) El médico que procede a realizar un aborto, no debe hacerlo en lo posible en su consultorio particular; razones científicas y de asepsia aconsejan efectuar esta intervención en un sitio más apropiado (Hospital, Sanatorio, o Institución afín). El facultativo celoso de su dignidad, que así proceda, facilita la supervisión, que para su propia satisfacción, debe existir en tales establecimientos por parte de las autoridades o aún el mismo tácito control que significa la convivencia de los médicos en los medios profesionales. Procediendo así, a plena luz, siempre podrá justificar más terminantemente su conducta ante cualquier ulterioridad.

Art. 81º.—fíe hacen sospechosos de no cumplir con la ética y la ley, aquellos profesionales que practiquen abortos con frecuencia. Es bien sabido que los abortos terapéuticos disminuyen cada vez *más* con los adelantos de la medicina.

Art; 82°.—El médico que auxilia sistemáticamente a una partera. en los casos de aborto, debe ser sindicado como su asociado con fin criminal.

CAPITULO X

De los deberes del médico en ciertos casos de ginecología y obstetricia

a) Esterilización.

Art. 83°.—Aparte de aquellos casos en que la esterilización resulte del tratamiento quirúrgico de las afecciones genitales que presente una mujer, este método se podrá emplear cada vez que el estado de embarazo constituya una seria amenaza para la vida. En estos casos debe procederse bajo las siguientes condiciones:

- a) Que la causa determinante sea de carácter permanente o por afecciones en las cuales se hayan agotado todos los demás medios terapéuticos conocidos;
- b) Haber consultado y coincidido con otros colegas, preferentemente especializados en los procesos que pueden determinar tal resolución;
- c) Tener la autorización de ambos esposos, escrita o expresada ante testigos hábiles;
- d) Preferir en cuanto sea posible los medios, de esterilización temporaria y que *no* afecten las demás condiciones funcionales del aparato genital.

b) Casos obstétricos.

Art. 84°.—Al médico le está terminantemente prohibido aconsejar sistemas o procedimientos destinados a impedir la fecundación; podrá hacerlo en los casos en que exista riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo pueda agravar afecciones pre-existentes.

Art. 85°.—'La embriotomía en feto vivo y viable está formalmente contraindicada por la ciencia y condenada por la deontología. Cuando por estrechez pelviana y otras causas dependientes de la madre o del feto, no sea posible el parto por las vías naturales, se hará la pubiotomía o la operación cesárea.

Art. 86°.—Si el caso sucede en una población sin los recursos necesarios para intentar una de dichas operaciones conservadoras, o el médico no posee la competencia indispensable para semejantes actos operatorios y no puede recurrir a ningún cirujano; si después de haber agotado todos los medios disponibles, la vida de la madre está en peligro, por el hecho del parto que no puede verificarse, el médico en beneficio de la salud de la madre, puede ejecutar la embriotomía del feto vivo, previa autorización de la madre, o si ésta no se encuentra en perfecto uso de las facultades mentales, de sus familiares más allegados. .

En defensa del honor profesional y servicios al Estado

Art. 81°.—Sin que el temor le rinda ni el halago le corrompa, el médico debe denunciar sin contemplación alguna ante las cortes de justicia o tribunales médicos correspondientes, la conducta inmoral o corrompida de cualquier miembro de la profesión. Todo médico tiene la obligación imperiosa de oponerse al intrusismo en materia profesional, de personas que torpes o malévolas, por motivo de educación o de carácter, lo ejercen.

Art. 88°.—Cada vez que entre médicos- surjan diferencias de tal cuantía que no puedan quedar zanjadas primo espectu, debe llevarse la litis a un comité de médicos imparciales, a fin de que sea resuelta en arbitraje, dándole la preferencia a una Junta de Censores dimanada del seno de la Asociación Médica Hondureña.

Art. 89°.—*Los* médicos como buenos ciudadanos que son, y por el conocimiento esmerado que deben tener en las disciplinas referentes a la salubridad pública, son los mas competentes para ilustrar en estas, materias a sus conterráneos. Deben estar siempre profundamente imbuidos en el bien procomunal, dedicando sus mejores empeños a las instituciones que fomenten los sagrados intereses de la humanidad. Deben prestar su cooperación más decidida a las autoridades., ayudándolas en la consecución del cabal cumplimiento de las leyes y disposiciones sanitarias. A mayor abun-

damiento, deben esforzarse siempre con presteza a aconsejar prudentemente al público en todo momento, de los asuntos concernientes a higiene pública y privada y medicina legal.

Art. 90°.—Los médicos, especialmente los consagrados a las labores de salubridad pública, deben ilustrar a sus conciudadanos en todo lo relativo a regulaciones cuarentenarias; a ubicación, arreglo, disposición y dietarios especiales de nosocomios, orfanatorios, escuelas, prisiones y otras instituciones similares; lo propio que a la aplicación y propaganda de las medidas necesarias para la prevención de las enfermedades epidémicas y contagiosas. Cuando una epidemia estalla en un lugar, el médico debe continuar el ejercicio de su profesión tratando de aliviar a todo trance el popular sufrimiento, sin cuidarse del riesgo que eso implica para su salud, para su vida o para sus intereses particulares. Obligación del médico es en todo momento notificar a las autoridades sanitarias debidamente constituidas de los casos de enfermedades transmisibles, que caigan bajo su alcance, de acuerdo con las leyes, ordenanzas y decretos de las autoridades sanitarias de la localidad donde se encuentra el paciente.

Art. 91°.—Con el objeto de¹ que la dignidad y el honor de la profesión médica se mantengan incólumes, ennoblecidas sus aspiraciones, .extendido su radio de utilidad y promovido el adelanto *de* las ciencias médicas, el médico debe. buscar el apoyo de las sociedades médicas', y contribuir con tiempo, energías y medios de acción, a fin de que estas sociedades representen intrínsecamente ideales vocacionales.

C O N C L U S I Ó N

Los anteriores estatutos expresan en un sentido general los deberes del médico para con sus pacientes, para con los otros miembros de la profesión y para la profesión 'misma, al igual que los deberes de ésta para con el público. No debe estimarse, sin embargo, que ellos cubren enteramente el amplio campo de la ética, médica, ni que no asedien al médico otros deberes que no sean tan imperiosos como los ya señalados. Puede decirse, en resumen, que cualesquiera que sean las circunstancias, gravitan indefectiblemente sobre el médico, desde un triple punto de vista, el peso de su comportamiento para con los pacientes, para con el público y para con sus compañeros de profesión, debiendo inspirarse siempre su conducta en la caballerosidad más exquisita, y al mismo tiempo en el vivísimo anhelo de tratar a los demás como desearía ser tratado él mismo. Entiéndase finalmente, que estos principios van encaminados en lo esencial al bien del público, y que su estricto cumplimiento al par que las más calurosos plácemes, deben merecer la más solemne ratificación de la sociedad.

La Clínica y sus Contrastes

Por el Dr. JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ,

Médico Militar (retirado) del Ejército Español, Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Honduras

"LO QUE HAY Y LO QUE NO HAY EN LA CLÍNICA CENTROAMERICANA"

(Continuación)

Resumen de anteriores trabajos:

La Clínica en C. A. presenta un cariz notablemente distinto del que tiene en Europa; el número de especies morbosas "cosmopolitas" observables es muy reducido, y la intensidad de las que lo integran es sensiblemente menor que la que ordinariamente ofrecen en las zonas Continentales templadas y frescas; esta sorprendente escasez de entidades nosológicas "cosmopolitas," no se halla compensada por la existencia de otras propias y exclusivas de estos lugares; tampoco es suplida por las enfermedades llamadas "tropicales"; éstas NO existen en el TRÓPICO AMERICANO.

La reducción no afecta por igual a todos los padecimientos "cosmopolitas," cualquiera que sea su naturaleza; recae casi por completo sobre los de carácter *orgánico*, y apenas alcanza a los *funcionales*; éstos, a lo menos los que reúnen ciertas características, están más bien incrementados en relación a la frecuencia con que se observan en Europa; resulta de aquí que siendo los "cosmopolitas" los únicos procesos morbosos existentes en estos territorios y a pesar de que los de naturaleza *orgánica* están considerablemente disminuidos, la cifra total de enfermos en relación con la de habitantes, guarda sensiblemente las mismas proporciones que las que corresponderían a igualdad de población a cualquier otra región del Globo sujeta a la variadísima morbilidad que normal y regularmente ofrece la Clínica humana; porque la cantidad de personas afectadas en estas tierras de trastornos *funcionales* diversos y por lo común marcadamente benignos, es tan grande que equilibra la inexistencia o rareza de la mayor parte de las afecciones orgánicas.

Esta característica limitación en la morbilidad y la acentuada moderación de los padecimientos de toda índole en conjunto, no son fenómenos de apreciación común en todas las personas que habitan en C. A.; sino que constituyen un verdadero privilegio reservado a determinados grupos étnicos; así se desprende al menos de nuestra casuística muy próxima ya hoy a las ocho mil observaciones.

La acción climática que actúa por igual sobre todos los sectores de población, no puede por lo tanto invocarse cómo la causa

determinante de esta "resistencia natural"; en cambio, la influencia etiológica de los factores de "orden racial parece indudable.

Entre las personas residentes en C. A., aquellas que por sí mismas o por sus padres son oriundas de otros Continentes o de los extremos Norte y Sur del Americano (en donde el predominio de los europeos es evidente), padecen en estas regiones de manera análoga a como lo harían si hubiesen sido afectados por los mismos procesos en los países templados o frescos de donde proceden; digamos, sin embargo, que a pesar de conservar intacta su receptividad para toda la gama de afecciones "cosmopolitas" no por ello dejan de beneficiarse con la influencia ventajosa del clima; así, por ejemplo, el TRACOMA y el REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO, *curan espontáneamente* con la permanencia en *ciertas* regiones de C. A.; las conjuntivitis microbianas cosmopolitas, las infecciones en general causadas por los gérmenes vulgares de la supuración, el tétanos, el carbunco y otros procesos infecciosos las afectan raramente y con escasa malignidad en general; la escrófula en todas sus manifestaciones y muy especialmente en las más frecuentes y típicas como son las oculares y áticas, se atenúan, notablemente o desaparecen en totalidad; y del mismo modo sucede con otros procesos y entre ellos quizás la hipertensión arterial (la insuficiencia de observaciones sobre este orden de personas y el relativamente corto período de nuestras observaciones, no nos permiten en este último caso otra cosa, que *sospechar* la posible influencia favorable sobre aquella de los factores cósmicos locales).

La "resistencia natural" a las afecciones "cosmopolitas" en conjunto tal y como quedó indicada al principio de este resumen, es patrimonio exclusivo de los MESTIZOS CENTRO AMERÍTANOS; esta inmunidad relativa no tiene en todos ellos igual grado de desarrollo; en general puede decirse que es *tanto más intensa cuanto mayor sea en el individuo o en la zona considerada la influencia racial aborígen.*

Así tenemos que en aquellos países de C. A. en los cuales *inicialmente* predominaron los conquistadores españoles, y en aquellos otros en los que nuevos y repetidos cruzamientos con europeos inmigrantes de todas las nacionalidades (o sus descendientes inmediato de Norte y Suramérica) han renovado y mantenido la preponderancia racial europea LOS MESTIZOS CENTROAMERICANOS, tienen *tendencia* (pero sin llegar nunca afortunadamente a equipararse con ellos) a padecer como los europeos; en cambio, aquellos otros descendientes de núcleos de población en los que aún durante la Conquista preponderó la influencia racial aborígen, o estando equilibrada con la española ha sido apenas influenciada con nuevos cruces consecutivos a las oleadas de inmigración europea, las predisposiciones morbosas de todo orden se mantienen reducidas a las que la casualidad dispuso que tuviesen como excepcional privilegio los descendientes del cruzamiento de españoles e indios.

El máximo desarrollo de esta inmunidad natural corresponde, según nuestra casuística y otras informaciones que hemos podido reunir, (1) a los hondureños (predominio racial aborigen inicial y escasísima inmigración europea) y el mínimo a Costa Rica (mucha preponderancia racial española de comienzo y nutrida inmigración de europeos); ocupan una posición intermedia en el disfrute de estas felicísimas características y por orden de mayor a menor, los salvadoreños, guatemaltecos y nicaragüenses.

Conviene añadir a fin de evitar confusiones, que de igual modo que las circunstancias inmunológicas varían de unos a otros países dentro del Istmo, y muy probablemente por las causas mencionadas, cambian también de unas a otras zonas dentro de un mismo país.

Así tenemos que en Honduras poco influenciada por la inmigración europea la intensidad de la resistencia natural a las afecciones "cosmopolitas" está sólo condicionada por el factor preponderancia *inicial* de la aborigen o española en sus diferentes regiones; en los Departamentos que fueron más densamente poblados por los españoles (Gracias, Santa Bárbara, etc.), los caracteres raciales y las tendencias morbosas son tan europeos como en los costarricenses; en aquellos otros en los que predominaron los aborígenes (Cortés, Atlántida, etc.) la inmunidad relativa "autóctona" alcanza el máximo desarrollo.

. Las características raciales y las predisposiciones morbosas son tan típicas y constantes que basta apreciar en un MESTIZO CEN-TNOAMERICANO unas pupilas desiguales, o iguales y de tamaño normal, o reaccionando vivamente a la luz; o un defecto de refracción superior a una dioptría o una hipertensión arterial, para sospechar que entre sus ascendientes muy próximos existe algún cruzamiento europeo; porque las pupilas en ellos, son generalmente mióticas, reaccionan muy escasamente a la luz, raramente son desiguales, y los defectos de refracción por encima de una dioptría son excepcionales -así como también la hipertensión arterial general.

Entre los procesos cuya ausencia llama más la atención en esta Clínica, figuran como en nuestro artículo anterior decíamos el reumatismo POLI ARTICULAR AGUDO ("R"), la sífilis ADQUIRIDA ("S") y sus respectivas complicaciones cardio-mitral, y cardio-vasculares.

La notoria rareza del "R" y sus comunes complicaciones mitrales se traduce en clínica oftalmológica por la escasez o ausencia de aquellas manifestaciones oculares que según la opinión general de los Autores representan en el aparato visual a las localizaciones cardio-articulares y coinciden o alternan con ellas y aún las sustituyen a veces; así tenemos que la tenonitis serosa, la escleritis y la iritis, por no citar más que las afecciones reumáticas del globo consideradas como más típicas y frecuentes, son tan raras:

o faltan tan completamente como las Localizacion es endocárdicas y las articulares.

Afirmar, sin embargo, que las escleritis e iritis que constituyen los procesos oculares predominantes en C A. *no* son de naturaleza reumática es mucho más aventurado y mucho más difícil de demostrar que asegurar y probar que el "R" y sus complicaciones cardiacas ordinarias no existen *prácticamente* en esta Clínica; porque el cuadro del reumatismo cardio-articular es bastante típico y aún puede ser reconstruido fácilmente en ausencia de manifestaciones ostensibles mediante el interrogatorio y la exploración del corazón y de las articulaciones que estuvieron enfermas; en cambio, la iritis y escleritis reumáticas no pueden ser admitidas o rechazadas como tales manifestaciones del reumatismo a base de la simple exploración ocular; su sintomatología local es idéntica a la que presentan las ocasionadas por otras infecciones, tales como la tuberculosis y la sífilis, tan frecuentes por lo menos como el propio "R", y con tanta tendencia como éste a invadir la esclerótica y el iris.

El diagnóstico diferencial entre la iritis de causa reumática y las debidas a otras distintas., debe necesariamente apoyarse a falta de signos locales que lo facilitan, en el examen del estado general; la *inexistencia* en un caso dado de manifestaciones *generales* de las afecciones que más a menudo se localizan en la esclerótica o el iris, unida a la coexistencia de las localizaciones *generales también* del "R," serán, pues, por deficientes que parezcan, los únicos argumentos serio a nuestro alcance para apellidar "reumática" a una iritis o escleritis determinadas; y si la coexistencia de la sintomatología general del "R" con una iritis basta para admitir que la inflamación del iris sea de naturaleza reumática, *también servirá para negar la ausencia de la sintomatología cardio-articular*; al re ¿hablar la calificación de reumáticas para las **iritis** y escleritis que tan frecuentes son en C. A. sin más razones que no haber encontrado rastros del "R" en nuestros enfermos afectados de aquéllas, no hacemos más que adaptarnos a las circunstancias que nos vienen impuestas por la propia índole de estos procesos..

¡Si el reumatismo fuese una enfermedad determinada, y dentro de ciertos límites siempre igual a sí misma, bastaría para justificar nuestra opinión contraria a la naturaleza reumática de la iritis que aquí vemos que hiciésemos constar que la sintomatología general del "R" no se aprecia clínicamente en esta categoría de oftálmicos.

Pero si se considera que en la actualidad se designa con el nombre de reumatismo aparte del "R" a buen número de enfermedades, algunas de ellas bastante alejadas entre sí y sin otro nexo común que el síntoma "dolor"; y por otra parte se tiene en cuenta que algunas de tales entidades "reumáticas" como las deformantes de las pequeñas articulaciones de los miembros son aquí relativamente frecuentes, y otras como el "lumbago" y sobre todo la "nucalgia" (llamada popularmente "dolor del cerebro") afectan en

grados diversos a la casi totalidad de las habitantes de estas regiones, se comprenderá que no podamos dar por resuelto el problema de la existencia o ausencia en esta Clínica de manifestaciones oculares de naturaleza "reumática" sin haber examinado previamente la posibilidad de que aquéllas, si no del "R," dependan o sean originadas por otras formas diferentes de "la enfermedad reumática."

Analizaremos sucesivamente tal posibilidad en relación con:

1°—Los reumatismos poliarticulares denominados "infecciosos."

2°—Los reumatismos extra-articulares.

3°—Otras manifestaciones "reumatoideas" inclasificables.

1°—Reumatismos poliarticulares "infecciosos"

Entre las infecciones que han sido señaladas por los Autores como susceptibles de dar a menudo manifestaciones dolorosas articulares, y en otros órganos, como el iris, la esclerótica o ambos a la vez, figuran la disentería, gonococcia, tuberculosis, sífilis, es carlatina, estreptococias diversas, fiebre tifoidea, gripe y menos frecuentemente otras.

Salvo ciertas características que a veces presentan en la gonococia, las manifestaciones articulares y extra-articulares de las infecciones antes nombradas, carecen de rasgos propios que permitan, diagnosticarlas separadamente; su aislamiento y evidenciación, se basa en la "coexistencia" de los padecimientos generales que las determinaron.

La circunstancia de ser las cuatro primeras infecciones citadas en unión del paludismo y las parasitosis intestinales las infecciones predominantes en C. A. mientras que *prácticamente* pueden ser consideradas como inexistentes todas las demás, hace particularmente interesante el análisis; que tratamos de hacer de cada una de ellas como causas posibles de iritis y escleritis; porque a la vez que las estudiamos como agentes etiológicos de éstas podremos considerarlas en su capacidad de determinar CUALESQUIERA OTRAS LOCALIZACIONES DE LA MISMA NATURALEZA, EN DIFERENTES PUNTOS DE LA ECONOMÍA.

a) *Reumatismo poliarticular disentérico*

Difícil será encontrar un Tratado de Patología en el que no se haga referencia y en uno o varios capítulos, a la disentería como causa de la poliartritis, endocarditis y "afecciones oculares"; pero cuando¹ se trata de adquirir a este respecto algo más que informaciones vagas que permitan enjuiciar acerca de la importancia de su papel como agente etiológico en relación con estos procesos, no sólo es difícil documentarse sobre tal extremo sino que aún cuesta trabajo alcanzar una idea clara de *qué* es en sí misma la disentería.

Sería imposible tratar del problema que nos ocupa sin comenzar por desenredar un poco esta complicada situación.

Si como tan frecuentemente se hace, el diagnóstico de disentería hubiésemos de basarlo en el examen de las heces practicado

en todo enfermo que residiendo en los trópicos presente trastornos intestinales más o menos vagos, no llegaríamos nunca a definir este proceso; en las heces de aquéllos, se encuentran bacilos (Shiga, Flexner, tipo Y de Hissy Russell, Strong, Morgan, etc.), amebas, (*Entamoeba dysenteriae* patógena —*Entamoeba dispar*— no patógena— y confundida a menudo con la "histolytica," *E. coli*, *E. "fagocitoides"* —igualmente inofensivas— etc.), infusorios (*Balantidium coli*, agente de la balantidiosis "análoga" a la disentería), tremátodos (*Schistosoma Mansoni* —agente de la bilarziosis "análoga" también, a la disentería), otros protozoarios (*Tricomonas Giardia*, etc.), y finalmente ciertos helmintos (ascárides, anguilulas, etc.)

Si ante tales incertidumbres nos refugiamos en la clínica para orientarnos mejor, evidentemente pisaremos terreno más firme, pero no encontraremos tampoco la precisión diagnóstica que buscamos —para documentarnos debidamente y emprender la resolución del problema que nos interesa; los cuadros sintomatológicos son tan variados como hemos visto que lo son los gérmenes considerados como sus agentes etiológicos, y van desde la diarrea pasajera afebril y de apariencia banal, hasta las formas hiperpiréxicas gravísimas acompañadas de agudísimos dolores abdominales, tenesmo casi constante, hemorragias profusas, y adinamia y muerte rápida..

El diagnóstico, pues, de la disentería en todas sus formas tanto desde el punto de vista coprológico como desde el clínico aisladamente considerados, es muy aleatorio; como siempre el laboratorio y la clínica han de ir íntimamente unidos, y a pesar *de* ello y como tantas veces sucede en Medicina, no será raro el caso de que nos sea imposible llegar al diagnóstico exacto.

Si ante tales incertidumbres nos refugiamos en la clínica para orientarnos, mejor evidentemente pisaremos terreno más firme, pero no encontraremos tampoco la precisión diagnóstica que buscamos para documentarnos —debidamente y emprender la resolución del problema que nos interesa; los cuadros sintomatológicos son tan variados, como hemos visto que lo son los gérmenes considerados como sus agentes etiológicos, y van desde la diarrea pasajera afebril y de apariencia banal, hasta las formas hiperpiréxicas. gravísimas acompañadas de agudísimos dolores abdominales, tenemos casi constante hemorragias profusas, y adinamia y muerte rápida.

El diagnóstico, pues, de la disentería en todas sus formas tanto desde el punto de vista coprológico como desde el clínico, aisladamente considerados, es muy aleatorio; como siempre el laboratorio y la clínica han de ir íntimamente unidos, y a pesar de ello y como tantas veces sucede en Medicina, no será raro el caso de que nos sea imposible llegar al diagnóstico exacto.

Frente a tales dificultades: y ante la necesidad de examinar con un criterio razonable y fijo las relaciones que puedan existir en C. A. entre las cardio-artritis e iritis y la disentería, adoptaremos sobre ésta la concepción de Besancon, cuya autoridad en la malaria es bien conocida: "la disentería es una enfermedad no específica, de-

bida a lesiones situadas en el intestino grueso y causadas por diferentes gérmenes."

En cuanto a la sintomatología tomaremos por base para las formas agudas un caso de intensidad mediana en el cual existan fundamentalmente los siguientes rasgos: fiebre moderada, dolores abdominales: espontáneos en forma de cólicos y referidos al intestino grueso, deposiciones diarreicas numerosas y cargadas o estando constituidas por mucosidades grumosas estriadas de sangre (esputos hemoptóicos intestinales de Joyeux), tenesmo, vientre doloroso a la palpación con "cuerda cólica" más o menos apreciable, las molestias generales correspondientes, y a ser posible, la comprobación en las heces de alguno de los gérmenes calificados como disenterógenos.

Para las formas- crónicas tendremos en cuenta las crisis diarreas sin causa aparente y alternadas con períodos de estreñimiento, las hemorragias intestinales simulando a las hemorroidales y los fenómenos dispépticos vagos bien apreciables en los intervalos de las crisis y acompañados de emaciación general; como para el tipo agudo, procuraremos reforzar el diagnóstico mediante la investigación bacteriológica de las heces.

En ambas formas, concederemos considerable valor a la posible concomitancia de la sintomatología hepática, pulmonar y cerebral, dada la relativa frecuencia con que ha sido señalado el absceso hepático, pulmonar y cerebral como complicación de la disentería.

Para los casos oscuros y también para aquellos otros en los cuales las manifestaciones oculares y cardio-artríticas sobrevengan en simples portadores de agentes disenterígenos pero sin sintomatología definida, nos atenderemos exclusivamente al parecer de los Autores.

Finalmente, teniendo en cuenta las notables diferencias que presentan entre si, en los casos claros, la disentería bacilar y la amebiana, trataremos de cada una de ellas, separadamente.

Disentería bacilar.—Particularmente bien estudiada en los ejércitos durante la guerra 1914-18, parece ser *la forma causante con carácter casi de exclusividad, de las poliartritis y oftalmopatias disenteriformes.*

Por lo que a las manifestaciones articulares se refiere diremos que no nos ha sido posible encontrar de ellas, en la literatura a nuestro alcance, una descripción que nos satisfaga; los Tratados que nosotros conocemos, las mencionan sólo "al paso" y dejan entrever que se trata de una poliartritis poco intensa, fugaz y que salta de unas a otras articulaciones sin mostrar predilección por ninguna determinada. Su aparición ocurre desde luego en el curso de la disentería, pero no coincide con su máxima intensidad; parece que más bien tiene tendencia a manifestarse en el momento de la declinación, es decir de dos a tres semanas después del comienzo.

Ninguna referencia especial hemos recogido acerca de su tropismo hacia el endocardio, aparte del que como todas las infecciones que se generalizan puede manifestar tanto en relación con las -'serosas cardíacas como con las de otras visceras o sus respectivos parénquimas.

La disentería bacilar puede afectar a las serosas articulares, y también aunque con menas frecuencia y en la misma época, a la mucosa uretral y a la conjuntiva.

La coincidencia de las poliartritis, uretritis y conjuntivitis, ha sido señalada por primera vez por Fiessinger, y se designa en Patología con el nombre de "Síndrome conjuntivo-uretro-sinovial de este Autor."

Es curioso hacer notar que la mayor parte de los Autores que han estudiado la disentería bacilar clínicamente bien definida y acompañada de complicaciones oculares, uretríticas, o articulares, del "síndrome de Fiessinger" son precisamente los que menos se inclinan a admitir una etiología específica determinada; los exámenes de heces en sus respectivas estadísticas son especialmente JOCO propicios para considerar como agentes etiológicos "respecta res" a los micro-organismos señalados como más genuinamente disenterígenos.

Así por ejemplo Curzon en una estadística de 420 disentéricos examinados por él, no encontró bacilos de ninguna especie ni tampoco amebas; Lemaire en otra de 600 casos, muchos de ellos con poliartritis, no *encontró más que 29 veces gérmenes específicos* (Shiga, paradisentéricos diversos, etc.) y en 130 de los enfermos, el único agente *posiblemente responsable* fue el colibacilo; por su parte Cowan y Muller en otra estadística también de 600 enfermos sólo encontró 240 veces gérmenes específicos, y entre ellos, y con *un cuadro clínico semejante para todos, 58 por lamblias y 132 por bacilos disentéricos.*

Los datos anteriores son suficientemente expresivos para que los *simplistas* de "uno y otro lado" (los que ¡diagnostican la disentería a base de *ojo clínico* y les que la afirman o niegan según lo que resulte de los *exámenes de laboratorio*) sean un poco más cautos y se den cuenta de que el diagnóstico de la disentería es difícilísimo, que exige el empleo de *todos* los medios de exploración, que con ellos y un ecuánime juicio clínico se puede llegar *quizás* a una orientación razonable; pero que este mecanismo diagnóstico, no puede ser sustituido por una "ojeada," ni será nunca *simplificado* por ninguna "máquina."

Por nuestra parte diremos que somos perfectamente conscientes de las dificultades que presenta la tarea que nos hemos impuesto; si el simple diagnóstico de la enfermedad general está lleno de incertidumbres, es lógico suponer que ese mismo diagnóstico hecho con carácter retrospectivo y a base del interrogatorio será poco ; menos que imposible, y más todavía si se trata como en nuestro I caso de determinar si una enfermedad que a lo más se puede *su-*

poner que existió, *pudo* originar un reumatismo poliarticular, una endocarditis o fenómenos inflamatorios escleróticos o indianos.

Todas estas dificultades, que conocíamos de antemano, hubiésemos podido soslayarlas, sin más que decir que siendo el reumatismo cardio-articular excepcional en estas regiones, las escleritis e iritis que en él se padecen "no son reumáticas"; y que era innecesario considerar otros casos, PORQUE LOS REUMATISMOS INFECCIOSOS EN GENERAL NO SON FRECUENTES, NO PRODUCEN NECESARIAMENTE IRITIS, Y SI LA ORIGINAN NO ES DIFÍCIL SU DIAGNOSTICO YA QUE COINCIDEN CON LA ENFERMEDAD GENERAL Y ELLO MISMO NOS ADVIERTE DE SU NATURALEZA; y dicho esto en tres líneas y hasta en menos de una halaríamos salido cómodamente del paso, satisfaciendo a la vez a los enemigos de "la hojarasca"; a los que reclaman para los escritos médicos el "lacionismo" más estricto.

(Premeditadamente hemos tomado el rumbo que seguimos; y; como en todos nuestros trabajos anteriores, tratamos de contribuir a esclarecer aspectos de la Medicina que aquí estamos viendo, que ton extrañamente opuestos a los que por muchos años vivimos en Europa, que no están ni mencionados en los Tratados de Medicina "cosmopolita," y que tampoco están consignados en la escasisima literatura centroamericana que conocemos; tratar de un punto concreto de Medicina que en líneas generales sea de conocimiento y aceptación universales, publicar unas cuantas historias clínicas interesantes, o describir una nueva técnica operatoria o una modificación de las existentes, puede y debe hacerse en pocas palabras; pero exponer aspectos de la Medicina de un País no ya desconocido sino *confundido* por su Patología con la "cosmopolita" y la "tropical" y teniendo a menudo que enfrentársela la necesidad de decir cosas tan enormes como "aquí no hay hipertensión arterial general," "aquí no se padece la arterioesclerosis, la tabes, la parálisis general, la nefroesclerosis, el glaucoma esencial, el reumatismo poliarticular agudo, el desprendimiento esencial de la retina, las cirrosis viscerales, etc.", sin poseer la documentación debida para atestiguar la realidad de tales hechos, ni emplear toda "la hojarasca," que sea necesaria para razonar los juicios que ele aquéllos se hayan extraído, nos parece inconcebible; creemos que ningún Médico por amante de la sobriedad literaria que sea, dejaría que calificara de insensatez que se intentase por ejemplo demostrar y en un par de líneas que en C. A., y concretamente en Honduras, "hay muchos y tenaces bebedores de alcohol, pero NO EXISTE PRÁCTICAMENTE EL ALCOHOLISMO CRÓNICO"; y sin embargo, es cierto que con un poco de "hojarasca" desecharía la impresión de que aquello era una estupidez, y si no aceptaba que la afirmación era exacta, la consideraría respetable al menos y digna de ser I meditada.

Decíamos antes de emprender la anterior digresión que no habíamos podido obtener en la literatura médica a nuestro alcance una

información satisfactoria acerca de la frecuencia del reumatismo y las cardiopatías en la disentería y menos una descripción de sus características; esta insuficiencia de datos nos autoriza en cierto modo y a falta de algo mejor a rememorar nuestra propia experiencia; durante la campaña de 1910 a 19112 en el Marruecos Español (zona de Melilla) tuvimos ocasión de asistir tanto en el campo de operaciones como en los Hospitales Militares no sabemos si muchas centenas o millares, pero desde luego un número muy respetable de disentéricos; en el campo asistíamos al comienzo de la afección y veíamos a los enfermos desde las primeras horas hasta tres y a veces cuatro días; la mala disposición de los caminos y el hallarnos casi constantemente cercados por el enemigo creaba circunstancias muy favorables a la observación; de un lado, las letrinas eran simplemente el propio terreno del vivac; (en aquella época no teníamos campamentos fijos) y a uno o dos metros de unos montones de piedras levantadas apresuradamente para rodearlo a modo de parapeto, cada día al trasladar el vivac veíamos, quisiéramos o no, las heces de las tropas; recordaremos sólo, que en un vivac relativamente estable, el de Ishafen, con una guarnición aproximada de doce mil hombres, era verdaderamente difícil apreciar una deposición que no fuese diarreica; en un escuadrón de Gaballería (150 hombres) disponíamos diariamente la evacuación a Melilla de un par de casos graves; el resto (de 10 a 12 hombres) los reteníamos para intentar su curación en el vivac; clínicamente los pacientes presentaban dentro de múltiples grados de intensidad la sintoniatología clásica que al principio enumeramos para servirnos de ella como punto de referencia; algunos muchachos que no pudieron ser evacuados a tiempo, murieron antes de cuatro días, por deshidratación, hemorragias intestinales o por peritonitis consecutiva a perforación del colon; no teníamos laboratorios en la línea de fuego, ni hospitales de campaña; el diagnóstico era solamente clínico, pero recibíamos informes de Melilla comprobando la naturaleza de la enfermedad que según el microscopio era indistintamente amebiana o bacilar, y también el resultado de las autopsias casi siempre comprobatorio de la topografía específica de la enfermedad.

Durante la asistencia a esta clase de enfermos y con los rudimentarios medios de exploración que teníamos en el campamento no tuvimos ocasión de apreciar nunca localizaciones articulares, endocárdicas ni oculares.

En otra época del mismo período de operaciones fuimos destinados a prestar servicio en los Hospitales Militares de Melilla; allá pudimos asistir a la evolución de los casos evacuados del frente en las mismas condiciones en qué anteriormente nosotros los habíamos, hecho evacuar, es decir: desde pocas horas hasta cuatro días después del comienzo del mal; nada podemos decir en relación con nuestras observaciones en este período que sea distinto a lo ya expuesto, como no sea insistir en que tampoco vimos complicaciones *articulares, cardiacas, ni oculares*, y que más de cerca pudimos com-

Reglamento del Auxilio Mutuo Médico

El Auxilio Mutuo Médico se crea para proteger los socios de la Asociación Médica Hondureña necesitados y sus familias cuando éstos ¡fallezcan.

El Auxilio Médico es 'Obligatorio para todos los miembros de la Asociación. Consistirá en la creación de un fondo con el pago de L. 25.00 por cada uno de los socios para entregarlo a la familia del socio que falleciere tan luego como se tenga la noticia de tal desgracia o entregarlo &l socio que se encontrara en estado de suma gravedad o necesidad.

Inmediatamente después se colectará nueva cuota para tener siempre a disposición una cantidad que constituirá siempre el auxilio.

Serán acreedores a los beneficios del auxilio mutuo todos los socios 'que estén solventes con la Tesorería de la Asociación.

Todos los fondos del auxilio mutuo serán intocables para cualquier otro 'asunto que no sea para el cual están destinados.

La Asamblea General de la Asociación Médica Hondureña resolverá en los casos de gravedad o ¡necesidad de algún socio que urgiere el auxilio.

probar que en las autopsias por lo general se encontraban las ulceraciones cólicas a menudo perforadas, que el cuadro clínico era SENSIBLEMENTE IGUAL PARA LAS FORMAS BACTERIANA Y BACILAR SIN" QUE CLÍNICAMENTE PUDIESEN SER DIFERENCIADAS, y finalmente QUE LA¹ MORTALIDAD SE REPARTÍA APROXIMADAMENTE POR IGUAL ENTRE LOS CASOS BACTERIANOS Y LOS AMEBIANOS.

Hagamos notar que vimos algunos pocos casos de abscesos hepáticos pero pulmonares o cerebrales, ninguno.

Si ahora examinamos lo que los Autores dicen a propósito de las complicaciones oculares en la disentería, veremos que aun englobando todas las etiologías las consideran muy raras, y que dentro de esta rareza, admiten que la forma que más afecta a los ojos es la bacilar.

{Continuará}.

Canje recibido con toda regularidad durante el año de 1943 por la Revista Médica Hondureña

DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas Revista de Educación, Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene, Federación Farmacéutica, Revista de Reumatología, Revista Médica Latinoamericana, Boletín de la Academia Nacional de Medicina, Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario, Boletín de Pediatría de Córdoba, Boletín de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Revista Médica de Cuyo, El Ingeniero de Córdoba, Revista Médica de Córdoba, Boletín de la Sociedad Argentina de Escritores, Revista de Radiología Médica -Argentina, Anales de Puericultura de Buenos Aires, Revista de Medicina de Santa Fé, Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia, Revista Médica de Tucumán, Revista del Círculo Médico de Mendoza, Revista del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores; Revista Argentina de Tuberculosis, Archivos Argentinos de Tisiología, Boletín del Instituto Latinoamericano de la Facultad de Filosofía, Letras; Boletín de la Liga Central del Cáncer.

B R A Z I L

Revista Brasileira de Leprología, Gaceta Clínica, Revista Symbiátrica, Naturais, Revista Médica de Pernambuco, Resumos de Malaria, Tribuna Farmacéutica, Revista Seara Médica, Revista Médico Quirúrgica, Jornal de Medicina de Pernambuco, Jornal dos Clínicos, Medicina y Cirugía, Química e Farmacia, Revista Paulista de Tisiología, Publicaciones Médicas, Arquivos de Biología, Boletín de la Facultad de Farmacia, Archivos de Policía Civil de Sao Paulo, Oftalmología Ibero-americana, Memorias do Instituto Oswaldo Cruz.

EL SALVADOR

Archivos del Hospital Rosales, Gaceta Médica de Occidente, Boletín de la Biblioteca Nacional.

N I C A R A G U A

Revista Médica de Nicaragua, Nicaragua Médica, Notas Médicas.

G U A T E M A L A

Guatemala Médica, Anales de la Sociedad de Geografía e Historia de Guatemala.

C O L O M B I A

Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla, Revista de la Facultad de Medicina, Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Boletín Clínico, Revista de Medicina y Cirugía de Bogotá, Revista C Y M de Ciencias y Medicina, Universidad de Antioquía.

**GUADBO GENERAL DE LAS ASISTENCIAS DE LOS SOCIOS ACTIVO»
DE LA «ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA», A LAS SESIONES
CELEBRADAS DESDE EL MES DE NOVIEMBRE DE
1942 A OCTUBRE DE 1943**

N O M B R E S	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	T O T A L E S	
													Asists.	Inasists.
Dr. Salvador Paredes	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	11	0
" Trinidad Mendoza	0	0	1	0	-		-	-	-	0	0		1	10
" Ramón Valladares	0	0	0	0	1		0	0	1	0	0	0	2	9
" Antonio Vidal	0	1	1	0	1		1	0	0	0	0	0	4	7
" Héctor Valenzuela	0	1	0	0	0		0	1	0	0	0	0	2	9
" Manuel Larios C.	1	0	0	0	1		0	1	0	0	1	1	5	6
" Manuel Castillo B.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	11
" José Manuel Dávila	0	1	1	1	0		0	0	0	0	1	1	5	6
" Abelardo Pineda U.	1	1	1	1	1		0	0	1	1	1	1	9	2
" Marcial Cáceres V.	1	-	1	-	-		1	1	0	1	-	-	5	6
" Isidoro Mejía	0	1	1	0	0		0	1	1	-	-	-	4	7
" Humberto Díaz B.	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	11	0
" Juan A. Mejía	0	1	1	1	1		-	1	1	1	1	1	9	2
" Henry D. Guibert	1	1	1	0	1		0	0	1	1	0	1	7	4
" José Ramón Durón	1	1	0	0	0		1	0	0	1	1	1	6	5
" José María Sandoval h. . . .	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	11
" Martín A. Bulnes B.	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	11	0
" José Gómez Márquez	0	1	0	1	1		1	0	1	0	0	1	6	5
" Carlos M. Gálvez	0	0	0	1	1		0	0	1	1	0	0	4	7
" Blaz Cantizano M.	1	-	1	0	0		0	0	0	0	0	0	2	9
" Ramón Alcerro h.	1	1	1	1	1		-	-	-	-	-	-	5	6
" Mario Díaz	1	1	1	-	-		-	-	-	-	-	-	3	8
" Gustavo A. Zúñiga	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	11	0
" Juan Lara Zepeda	1	-	0	-	1		0	0	-	-	-	-	2	9
" Gabriel Izaguirre	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	1	1	10
" Manuel Cáceres Vijil	1	1	1	1	0		1	1	0	1	1	1	9	2

Manuel CACERES VIJIL,
Secretario.

Advertencia:—Los unos indican asistencias; los ceros, inasistencias y las rayitas horizontales, inasistencias por enfermedad o ausencia.

P E R Ú

Actualidad Médica Peruana, La Reforma Médica, Gaceta Peruana de Medicina, Boletín de la Escuela de Odontología, Anales de la Facultad de Ciencias Médicas, Boletín de la Academia de Estomatología del Perú, Letras, de -la Facultad de Letras y Pedagogía.

E C U A D O R

Revista de la Universidad de Guayaquil, Anales de la Sociedad Medie a-Quirúrgica del' Guayas, Anales de la Universidad Central del Ecuador, Revista de la Asociación Médica de Quito.

V E N E Z U E L A

Revista de Sanidad y Asistencia Social, Revista de la Sociedad Médica del Zulia, Revista de la Policlínica de Caracas, Boletín de los Hospitales, Venezuela Odontológica, Venezuela Farmacéutica y Médica, Gaceta Médica de Caracas.

U R U G U A Y

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Noticiario del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Acción Sindical, Archivos de Tisiología y Neumología.

C H I L E

Boletín Médico de Chile, Revista Médica de Chile, Revista Chilena de Historia Natural, Revista de Sanidad Naval.

REPÚBLICA DOMINICANA

Anales de la Universidad de Santo Domingo.

C U B A

Revista de Tuberculosis, Villaclara Médica, Boletín del Colegio Médico de la Habana, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Boletín de la Liga contra el cáncer, Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría, informaciones Médicas, Boletín del Colegio Médico de Camagüey, Revista del Instituto Nacional de Previsión, Revista de Medicina y Cirugía de la Habana, Boletín del Colegio Médico de Manzanillo.

ESTADOS UNIDOS

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, New York State Journal of Medicine, Compendio Médico, Notas Terapéuticas, The Journal of the International College of Surgeons, Información sobre Enfermedades Venéreas, Radiología y Fisioterapia, Progreso Farmacéutico, Boletín Médico-Científico, Memoria Médica.

Journal of the Maine Medical, Revista Médica Interamericana. Cirugía, y Especialidades; Selecciones Reader's Digest; Medical Times, América Clínica, El Farmacéutico, Síntesis Médica, Abbotterapia, En Guardia.

H A I T Í

Revue de la Societé de Histoire et Geografie de Haití.

PUERTO RICO

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.

M É X I C O

Gaceta Médica de México, Revista Médica Veracruzana, Revista Médica Jalapeña, Revista de la Escuela Médico-Militar, Nuevas Ideas, Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer; Revista de Cirugía del Hospital Juárez Correo Médico, Boletín del Sanatorio Dr. Rafael Lavista, Cirugía y Cirujanos, Sugestiones, Revista Mexi-

Nueva Directiva de la Asociación Médica Hondureña

En la sesión ordinaria celebrada el 2 de octubre fue electa la Junta Directiva de la Asociación Médica Hondureña que fungirá en 1944 y que tomará posesión de su cargo el próximo 6 de Noviembre. Está integrada así:

PresidenteDr. Isidoro Mejía h.
 Vice-Presidente.....Dr. Juan A. Mejía
 Vocal 1°Dr. Abelardo Pineda: U.
 Vocal 2°..... Dr. Manuel Larios
 Vocal 3°..... Dr. José Gómez Márquez
 SecretarioDr. Gabriel Izaguirre
 Tesorero..... Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga
 FiscalDr. Salvador Paredes P.

PERSONAL DE LA REVISTA

Director..... ' Dr. Humberto Díaz
 Redactores: 1°Dr. Manuel Larios
 2°.....Dr. José Gómez Márquez
 3°.....Dr. Martín Bulnes ..
 Secretario y Tesorero ... los mismos de la sociedad.

Valioso Donativo

La distinguida matrona Doña Emma V. de Bonilla tuvo la gentileza de hacer un donativo a la Asociación Médica Hondureña para construir o contribuir a que se construya un centro de protección, infantil. Consiste tal regalo en una manzana de terreno en el radio urbano, muy bien situado y de magnífica perspectiva. La Asociación al aceptarlo hizo presente a la señora de Bonilla su profundo agradecimiento y la decidida intención de colmar sus deseos de acuerdo con la resolución tomada de emprender una gran Campaña de Protección Infantil.

cana de Pediatría, Boletín del Hospital de Oftalmología de Nuestra Señora de la Luz, Revista de Pediatría de las Américas, Revista de Asistencia Social, Boletín de Higiene, Revista de Medicina y Ciencias Afines, Revista de Medicina y Cirugía, Revista Médica de Yucatán, Revista Odontológica de México, Labor Médica, Revista de la Sociedad de Practicantes Internos del Hospital Civil de Guadalajara, Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología, Boletín de la Sociedad Mutualista Médico-Farmacéutica de Guadalajara, Archivos Latino-Americanos de Cardiología y Hematología, Exerta Médica de la S.C.O.P., Pasteur.