

# Revista Medica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director :Dr.

HUMBERTO DÍAZ

Redactores: Dr. JOSÉ GOMEZ MÁRQUEZ

Dr. FEDERICO J. FIALLOS S.

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Secretario:

Dr. CESAR A. ZUNIGA

Administrador:

Dr. MARTIN A. BOLNES B.

---

Año XXII J Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Noviembre y Diciembre 157

## Página Del Director

No ha mucho que la Secretaría General de Unión de Universidades Latinoamericanas, con sede en la ciudad de Guatemala, envió a la Rectoría de la Universidad de Honduras, una copia del articulado que constituye el Estatuto del Profesor Universitario, el cual forma parte de la Carta Fundamental de aquella institución.

EL objeto del citado envío, es que el profesorado de nuestra Universidad conozca dicho documento y emita su opinión al respecto. El capítulo en referencia es el siguiente:

*"Artículo 13.—Las Universidades Latinoamericanas deberán esforzarse por que la docencia esté a cargo de profesores de carrera de tiempo completo. Con objeto de que los profesores se mantengan conectados a la práctica cotidiana en determinadas actividades que así lo requieran, la Universidad deberá contar con las dependencias que puedan realizar tc'es servicios a la sociedad.*

*Artículo 14.—Se declaran como deberes fundamentales del profesor Universitario :*

*a) mantener y engrandecer la dignidad, la ética y el prestigio de la Universidad;*

*b) contribuir del modo más eficaz, a la formación, orientación y preparación de los universitarios;*

*c) colaborar del modo más amplio en la labor cultural, específica y extensiva de la Universidad;*

*d) publicar periódicamente trabajos de investigación de carácter didáctico.*

*e) mejorar constantemente sus conocimientos para mantenerlos al nivel de los progresos científicos; y*

*f) servir, con el ejemplo, a la elevación ética de su magisterio y a la dirección de la personalidad del estudiante.*

*Artículo 15.—Se declaran derechos fundamentales del profesor universitario:*

*a) el respeto a su condición profesoral y el estímulo adecuado para el mejor desempeño de su misión;*

b) la inamovilidad en su cargo, sujeta a periódicas revisiones de la labor efectuada para evitar el estancamiento en su actividad científica. La Legislación local deberá reglamentar este principio, observando estrictamente que la revisión del trabajo docente de un profesor intervengan sólo criterios científicos;

c) la justa remuneración que le permita una vida decorosa y le compense adecuadamente su esfuerzo;

d) protección suficiente contra los riesgos o trabajo, siempre que reúnan condiciones inherentes a dichos trabajos; y

e) derecho a la publicación de sus obras o trabajos, siempre que reúnan méritos suficientes y la edición sea posible dentro de los límites económicos de la Universidad.

Artículo 16.—El ingreso al profesorado deberá hacerse por concurso de antecedentes, de oposición no temática y de ambos cuando fuere necesario. Sólo en casos excepcionales se recurrirá al examen escrito o verbal.

Artículo 17. Deberá crearse el escalafón profesoral con objeto de mejorar la educación universitaria, dar estabilidad, remunerar adecuadamente, ascender y ofrecer estímulos culturales y económicos a los profesores y universitarios. El escalafón conjugará en forma adecuada los estudios o investigaciones realizados, los méritos obtenidos, los servicios prestados, el tiempo de docencia y la calidad del mismo.

Artículo 18.—Las Universidades establecerán la docencia libre como vehículo de superación y complementación científica y educativa".

Traemos a cuentas este importante asunto, porque a la Asociación Médica Hondureña le corresponde, de acuerdo con su carta constitutiva, prestar su cooperación en pro del mejoramiento de la educación médica en nuestro país: aparte de que el citado asunto se relaciona además con las actividades particulares de varios de sus miembros, es decir, con las de aquellos que desempeñan cargos docentes en nuestra Escuela de Medicina y Cirugía.

La lectura del articulado transcrito sugiere, desde luego, una serie de comentarios de innegable trascendencia, que sería imposible —dentro de la brevedad de esta página editorial— hacer un amplio análisis de todos los problemas que con él se relacionan.

Sin embargo, considerando los puntos más salientes, cabe afirmar que la estructura actual de nuestra Universidad no permite que la posición y las actividades de los que desempeñan cátedras, se puedan enmarcar dentro de los cánones que establece la legislación de la Unión de Universidades Latinoamericanas. Porque, no es posible que con la remuneración que el Estado otorga al profesorado, se pueda exigir a este tiempo completo en sus labores pedagógicas, ni requerir del mismo labor de investigación científica ni la realización de obras o trabajos literarios de igual índole si el Estado no crea los laboratorios e institutos destinados a ese tipo de disciplinas.

La legislación de la Unión de Universidades Latinoamericanas — dentro de la cual debe quedar comprendida la Universidad de Honduras a la mayor brevedad — preconiza pues, el establecimiento de la Carrera de Profesorado, cosa que estaremos muy lejos de alcanzar mientras nuestro primer centro docente conserve su organización tradicional.

Pero hay otros puntos de la legislación en referencia, contenidos en los artículos 16 y 17, a los cuales queremos aludir también, aunque sea someramente, porque puede decirse que son entre nosotros de actualidad, ya que una relativamente reciente disposición ministerial ha establecido un sistema de obtención de cátedras por oposición, mediante examen escrito o verbal, procedimiento señalado precisamente como de excepción en la ley que venimos comentando.

No deseamos hacer aquí una repetición de la muy bien fundamentada crítica de que ha sido objeto el sistema en referencia, por un respetable grupo de Profesores de la Escuela de Medicina y Cirugía, quienes la presentaron en la exposición elevada ante el Decanato respectivo, y que fue publicada además en la prensa local. Lo que sí pretendemos, es llamar la atención sobre el conflicto que existe entre la legislación que regula el funcionamiento de las universidades de Latinoamérica, la cual debe ser acatada por nuestra Alma Mater, y el procedimiento de selección de profesores, en vigencia aquí entre nosotros.

El asunto es muy claro, con el procedimiento aludido se frustran de modo inevitable todas las posibilidades de recompensa, ya sean de tipo económico u honorífico, a que se refiere el citado artículo 17, recompensa a la cual debe tener derecho, según el espíritu de esa ley, la universalidad de los aspirantes a las cátedras; tengan o no, diplomas obtenidos en el extranjero; los cuales, como muy bien se ha dicho, no dan siempre capacidad científica y mucho menos capacidad pedagógica.

Por nuestra parte, declaramos una vez más que somos decididos partidarios de adoptar un sistema de selección, pero de un sistema que descansa sobre bases más lógicas y justas, elaborado al margen de todo prejuicio, de toda tendencia personalista, adaptado a la realidad de nuestra evolución cultural y en cuya planificación tomen parte activa, preferentemente, las distintas autoridades universitarias.

---

## De la Práctica Hospitalaria

Casos presentados en la sesión del 7 de Diciembre recién pasado

Por el Doctor Enrique ZUÑIGA.

Las causas principales de muerte en la mujer encinta son: Las enfermedades del corazón, hemorragias y las toxemias, en este último grupo la anestesia se asocia como agravante. Existen, casos que hacen dudar por lo que a .estos enfermos se hizo, a pesar de la preparación esmerada antes de dicho acto operatorio. A continuación someto al criterio de Uds. y espero recoger alguna indicación de utilidad, dos casos a los que traté y.que terminaron con defunción.

Primer caso.—Múltipara, de 2.7 años de edad ingresa al Hospital quejándose de metrorragia en su octavo mes de embarazo,el

examen de admisión demuestra: Presión arterial 60/20., pulso radial 144, útero alargado con puntos de rigidez, corazón fetal 122 y de buenos tonos, metrorragia considerable pero no se consideró excesiva. Un examen de sangre de emergencia demostró 53 % de hemoglobina, glóbulos rojos 2.600.000.

El caso no era si se trataba de una placenta previa o una reparación prematura de la placenta, lo importante de tratar era el estado de choque agudo y esta fue la primera consideración en el tratamiento de esta enferma, posición de Trendelenburg, calentamiento exterior y 1000cc de Solución salina con glucosa al 5 % fue administrada por vía endovenosa.

Una hora después de haber sido admitida 500 cc de sangre se inyectan y tres horas después de haber sido admitida, la presión arterial fue de 90/60, en estos límites del cuadro cardiovascular la paciente estaba en condiciones de ser sometida a la operación cesárea, desgraciadamente el corazón fetal no fue oído más.

Bajo anestesia local de novocaína al 2%, le fue practicada la cesárea clásica, un feto muerto con separación de la placenta fue el hallazgo, grandes coágulos fueron encontrados y el útero se considero del tipo Couvelaire y en ciertos puntos éste se razgaba con facilidad.

Oscitocitos son inyectados en la pared uterina y por vía Intramuscular, siendo la respuesta moderada, al ser terminada la operación el estado de la paciente era crítico, nuevamente y en la sala de operaciones se le inyectan 500 cc de sangre y la presión arterial se mantuvo por espacio de dos horas 90/60, declinando ésta a 70/40. Al ser trasladada a su cama, 1000 cc de sangre se le inyectan acompañada de cardio-tónicos, pero el choque se acentúa y seis horas después de ser operada la enferma murió. La metrorragia no era excesiva.

La autopsia fue permitida y 100 cc de sangre fueron encontrados en la cavidad peritoneal, útero contraído y de color púrpura, con puntos equimóticos y extravasaciones en la pared; ligamentos anchos normales.

Someto a vuestra experiencia las reflexiones que me he hecho sobre este caso; que a la operación se constató un útero de apariencia del tipo Couvalaire, una apoplejía útero-placentaria. De todas maneras el útero se contrajo aún seis horas después de ser vaciado y esto es una respuesta a que este útero no debiera ser extirpado, la única condición que el operador debe de tener es, si un útero de esta clase se mantiene contraído después de que el abdomen es cerrado. Casos raros se han dado que horas después de la operación cesárea se ha practicado la histerectomía, pero esto es excepcional.

No existían indicios de toxemia y el cuadro clínico mostraba un choque agudo y el diagnóstico de separación de placenta o placenta previa fue lo lógico en pensar, el examen vaginal en la sala de operaciones no me llevó a nada concluyente.

Segundo Caso.—Primípara de 39 años de edad, es admitida en el Hospital con dolores a cada cinco y siete minutos de intervalo, con 10 a 15 segundos de duración y la bolsa de las aguas se rompió a las tres horas de su ingreso, el examen de admisión mostró un abdomen alargado, edematosa la pared y un edema de las extremidades inferiores, la presentación era de vértice OIIA, corazón y campos pulmonares normales, presión arterial 112/70. Exámenes complementarios de laboratorio: 3900.000, hemoglobina 73 %.

Después de cuarenta y ocho horas de trabajo y sin progreso alguno, con un centímetro de dilatación el cuello y sin coronación, además se aprecia un flujo vaginal mal oliente. Consulté si la cesárea baja estaba indicada en este caso y qué clase de agente anestésico sería el más indicado y fue indicado eter-oxígeno.

En el acto operatorio no hubo dificultad, la cabeza extremadamente grande y un niño de 12 libras y 8 onzas fue extraído, el cordón no presentaba pulsaciones y todo intento para resucitarlo fue inútil. La placenta fue extraída con pérdida de 250 cc de sangre aproximadamente, durante la sutura del útero el pulso radial fue imperceptible y la paciente entró en una fase de choque, el útero nacido se llenaba de sangre con facilidad y no hubo respuesta a los oscitócicos dados en la pared uterina y vía endovenosa, 300 cc de sangre le fueron inyectados y al mismo tiempo 500 cc de solución salina con glucosa al 10 %; la paciente sin responder a dicho tratamiento no permitió que la histerectomía fuese practicada. La muerte ocurrió una hora después de haber sido operada. Tiempo de dicha operación fue de cuarenta y cinco minutos y el cultivo del flujo vaginal dio colonias muy esparcidas de estafilococos. ¿Qué es lo que en esta paciente debió hacerse? ¿Fue correcto el método terapéutico a que esta enferma fue cometida?

Debió haberse practicado la cesárea a su ingreso, por la edad de la paciente por ser éste primípara, los edemas y el carácter arrítmico de las contracciones uterinas y además siendo éstas débiles, el abdomen voluminoso dio la impresión de un feto gigante y es razón para pensar que una intervención extra-peritoneal sea la indicada. Pensé en la decapitación, pero tenía la impresión de que el feto estaba vivo. ¿Que la paciente permaneció en trabajo por espacio de varias horas? Es un punto difícil de aclarar en una primípara y el operador a veces duda qué determinación tomar, creo que la hemorragia se debió a la detensión de las paredes uterinas y por ende a la atonía.