ÍNDICE GENERAL DEL VOLUMEN 35 (1967)

VOL, 35, N9 1 (Enero, Febrero, Marzo 1967) Iniciando una tarea	Páginas
Dr. Antonio Bermúdez M	1
Dr. Raúl A. Durón M	3
Dr. Hernán Corrales P	15
Dr. José Gómez-Márquez G	22
VOL. 35, No. 2 (Abril, Marzo, Junio 1967)	
Comentarios del XVI Congreso Médico Nacional Dr. Antonio Bermúdez M	61
Tumor masculinizante de ovario con calcificaciones	
Drs. Raúl A. Durón M., M. B. Me Kinney y Osear Barrientos	63
Dr. Osear Raudales A	71
Dr. Theodore Winship	77
Leishmaniasis en Honduras Dr. Eduardo Fernández h	83
Ángulos pélvicos en el Mongolismo	
Drs. Roberto Zepeda T. y Tomás García E	89
VOL. 35, No. 3 (Julio-Agosto-Septiembre 1967)	
Revisión de Leyes y Códigos Dr. Antonio Bermúdez M	123
Cisticercosis humana en Honduras	
Dr. Raúl A. Durón M	126
Dr. José Gómez-Márquez G	134
Anestesia peridural lumbar Dr. Osear Armando Rivera	148
Blastomicosis Sudamericana	
Dr. Osear Raudales A	168
Dres. César A. Zúniga; Virgilio Banegas M.; Augusto Rivera Cáceres	180
y Marta G. De Cambar VOL. 35, No. 4 (Octubre-Noviembre-Diciembre 1967)	180
Investigación Médica en Honduras. Paridad Universitaria	
Dr. Antonio Bermúdez M	199
Dr. Hernán Corrales P	201
Enfermedad de Mondor	216
Drs. Raúl A. Durón y _{>} Héctor Laínez	216
Drs. Alejandro Zúñiga L.; Octavio Zavala C. y Alfredo Zambrana	224
Síndrome de Guillain-Barré Dr. Carlos Rivera W	230
Introducción al estudio de las genodermatosis	
Dr. Alberto Handal	239

ARTÍCULOS ORIGINALES

Anestesia peridural lumbar,	148
Blastomicosis sudamericana	158
Cirugía conservadora del útero	
Cisticercosis humana en Honduras	
Diamino-difenil-sulfona en psoriasis	
Educación Médica	
flevovalvuloplastía	
Fístulas arteriovenosas traumáticas	
Genodermatosis	
Guillain-Barrí (Síndrome de)	
Leishmaniasis en Honduras	
Mola Invasora	
Mondor (Enfermedad de)	
Mongolismo (ángulos pélvicos	
Oblitomas	
Ovario (tumor masculinizante de)	
Piodermitis vegetante	
Tiroides (cáncer de)	
Tholdes (cancer de)	//
AUTORES	
Daniel Wastin	10/
Banegas, Virgilio	180
Barrientos, Osear	1 (1 122 100
Bermúdez, Antonio	
Cambar, Martha de	ISC 15 201
Corrales P., Hernán	15-201
Durón M., Raúl A	
Fernández, Eduardo	&
García E., Tomás	89
Gómez-Márquez, José	22-^34
Handal, Alberto	238
Laínez, Héctor	216
Me Kinney, Marión B	63
Raudales A., Osear	71-168
Rivera, Armando	148
Rivera C, Augusto	Í80
Rivera W. Carlos	229
Winship ,Theodore	
Zambrana. Alfredo	224
Zavala, Octavio	224
Zepeda T., Roberto	89
Zúniga, Alejandro	224
Zúniga César A	180

Revista MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURASFUNDADA EN 1930

Director:

Dr. Antonio Bermúdez M.
Administrador:
Dr. Ramiro Coello Núñez
Secretario:
Dr. Raúl Durón M.

Editores:

Dr. Jorge Rivera
Dr. Silvio R. Zúniga
Dr. José Gómez-Márquez G.
^r- Carlos A. Delgado
Dr. Carlos Sierra Andino

750 ejemplares

EDITORIAL

Iniciando una tarea

Comenzamos hoy nuestro trabajo en la dirección de esta revista que, paulatinamente, se ha venido superando hasta **llegar** en la actualidad a ser leída con interés por los médicos hondureños y extranjeros. Está considerada, con mucha razón, como el único medio publicitario médicocientífico del país y se le ha conferido el honor de ser incluida entre las revistas clasificadas *en* el INDEX MEDICUS con las siglas Rev. Med. Hondur.

Si comparamos les númeres que se publicaban hace unos diez años con los más recientes, encontraremos una gran diferencia en lo que a su calidad se refiere, que ha seguido una escala ascendente firme y constante. Sin embargo, a pesar de los denodados esfuerzos realizados por todas las directivas, aun se encuentran en ella algunos defectos que todavía no ha sido posible erradicar. Esto se debe, en parte, a que los colegas que colaboran no buscan el tiempo necesario para revisar y corregir sus trabajos, descargando teda la responsabilidad en el organismo encargado de su publicidad.

Prometemos seguir en ese afán de superación que han demostrado quienes nos han precedido en esta lucha y creemos que se ha alcanzado ya la madurez necesaria para hacernos la siguiente interrogante: ¿Continuaremos publicando trabajos que no reúnan los requisitos estipulados en el reglamento solamente para evitar resentimientos? Desde luego que no, ahora la Junta Directiva del Colegio Médico ha aprobado un reglamento y estamos en la obligación de acatarlo.

Hemos revisado el último número de Acta Médica Costarricense, órgano oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de la hermana República y nos sentimos muy complacidos de apreciar la forma nítida y metodizada de su contenido, sujeto a un patrón determinado, con trabajos de

fondo muy bien documentados y sencillamente escritos. En realidad son tres los aspectos que más llaman la atención en esta revista: a) La exposición concisa de los temas y trabajos estadísticos, exentos de redundancias y de ese lenguaje florido a que aquí somos tan aficionados; b) la inclusión cuidadosa, dentro del texto, de las cuotaciones bibliográficas, indicando con claridad el origen de la literatura consultada; c) La existencia en todos los escritos de un sumario en español y en inglés. Cómo estamos convencidos de la importancia de estos elementos, tenemos el propósito de introducirlos desde ahora en adelante. Sabemos que algunos no estarán de acuerdo, en especial con el sumario en inglés, pero no hay que olvidar que se trata de un idioma conocido en todo el mundo científico y como nuestra revista circula en *el* extranjero, daremos así al médico o investigador que la lea, oportunidad para enterarse rapidamene de su contenido y obtener la **traducción** al lenguaje que desee para poder utilizarlo como referencia en sus publicaciones.

En cuanto a los defectos que hemos manifestado que se encuentran aún sin erradicar, no tenemos más que revisar nuestro último número para comprobar que, aun cuando en términos generales todos los artículos son buenos e interesantes, en algunos no se ha cumplido con los requisitos que norman la literatura médica mundial. Es así como encontramos algunos con cuotaciones en el testo cuyo número no aparece en las referencias bibliográficas finales; en otros se llama la atención con un número que no corresponde exactamente a la cita que se ha querido indicar. Finalmente hay colaboraciones en las que únicamente se adjunta ana lista de referencias que no están intercaladas en el texto, lo que lógicamente da lugar a especulaciones que hacen perder méritos al trabajo. Por otro lado es frecuente que nos olvidemos de puntualizar en la bibliografía el año y el nombre de la Casa Editorial, cuando se trata de libros, o que mencionemos únicamente los nombres del autor y de la revista en que se ha consultado; o no escribir correctamente las siglas aceptadas para cada publicación que ha sido incluida en el índex Medícus. Todos estos pequeños, pero importantes detalles, pueden superarse con un poco de esfuerzo si cada uno de nosotros se empeña un poco en depurar bien sus trabajos, para lo que les hacemos un cordial llamado.

Por fortuna, la Revista Médica Hondureña ha sobrevivido a través de todos los avalares, gracias al cariño y devoción de muchos colegas, apasionados por la cultura médica e interesados en la **publicación** de sus experiencias, para hacer conscíencia sobre nuestra propia casuística. Confiamos que contaremos siempre con su apoyo para llevar adelante nuestros propósitos, ya que estamos seguros que serán los primeros en comprender la buena intención que nos anima al hacer estas observaciones. Para estos incansables luchadores en pro de la superación de la Medicina en Honduras van nuestros votos de reconocimiento y admiración, ya que los sinsabores producidos por las críticas amargas de la incomprensión de sus primeros años de india, empiezan **a** desaparecer, sustituidos por la justicia y la cosecha de las pequeñas satisfacciones que nos produce ver triunfar las causas que nos han producido preocupaciones y desvelos.

Aprovechamos esta oportunidad para ofrecer a los colegas nuestra cooperación para orientar y resolver cualquier duda que tengan para preparar sus publicaciones. Estableceremos como una regla rutinaria

Oblitomas Intestinales y Extra Intestinales

Dr. R. A. Durón M. (*)

DEFINICIÓN Y OBJETIVO.

Es un hecho muy conocido, aunque poco divulgado por razones obvias, que cirujanos de todas partes del mundo y de todas especialidades, han dejado accidentalmente en más de una ocasión cuerpos extraños en alguna cavidad orgánica durante el acto operatorio. En nuestro medio, nos hemos dado cuenta de múltiples casos en que esta eventualidad desagradable ha ocurrido, tanto en clientela privada como en hospitales de caridad; Parece que es en la cavidad abdominal donde más frecuentemente quedan estos cuerpos extraños (gasas, compresas, instrumentos quirúrgicos, etc.) olvidados, iniciándose días más tarde cuadres abdominales agudos o crónicos que obligan a una reintervención y para sorpresa de todos, se encuentra el agente causal cuya naturaleza ni siquiera se había sospechado. Este tipo de patología iatrogenicoquirúrgica comienza ha ser divulgado en varios países, desde luego estrictamente dentro de circules científicos con un doble objeto: a) poner sobre aviso a los cirujanos* sobre sintomatología y métodos diagnósticos de estos cuadros post-operatorios para así obtener una curación completa y b) procurar "estandarizar' 'métodos preventivos evitando así ocasionar mayor daño, al paciente, que llega confiado a la sala de operaciones, y al cirujano, la eventualidad de demandas judiciales por parte del paciente perjudicado.

Según el Dr. Favlovsky (12) se denomina Oblitoma a todo cuerpo extraño abdominal, intracavitario, intragástrico o intestinal (refiriéndose a compresas operatorias) que llega a producir fenómenos de oclusión. En la presente discusión, haré poca mención de los casos comunes y corrientes de gasas y compresas que quedan en cavidad abdominal sin interesar el tracto gastrointestinal (4). Me concretaré más específicamente a casos de Oblitomas encontrados dentro del lumen intestinal, lo cual es bastante extraño, difícil aparentemente de comprender, pero cuya patogenia trataremos de dilucidar. En el curso de los últimos 4 años nos hemos enterado de 5 casos auténticos de oblitomas intraintestinales, los cuales pasaremos a describir someramente, agregando 3 casos de oblitomas intraabdominales de los cuales uno, aunque no logró interesar el intestino, estuvo a punto de hacerlo y si no lo hizo fue debido a su remoción temprana por detección radiológica a tiempo, hecho que consideramos de capital trascendencia

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso N⁹1.—Se trataba de una paciente de 37 años que ingresó al hospital quejándose de dolor abdominal y vómitos a veces acompañados de expulsión de "lombrices". Había tenido dos hospitalizaciones previas, la primera 4meses antes, cuando se le practicó salpinguectomía bilateral,

^(*) Jefe del Departamento de Patología. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

ovariectomía derecha y apendicectomía profiláctica, egresando a los 8 días después en buenas condiciones. En su casa, días más tarde, comenzaron síntomas dolorosos abdominales, vómitos y estreñimiento lo cual la obligó a hospitalizarse por segunda vez. El estreñimiento a ternaba con accesos diarreicos haciéndose diagnóstico de síndrome suboclusivo. Como aparentemente mejoró durante su internamiento egresó a la semana del ingreso. Pero a los 9 días volvió al hospital con recrudecimiento del dolor en retortijones, vómitos y estreñimiento marcado. Al practicarse la intervención quirúrgica encontró el cirujano distensión de numerosas asas yeyunales y dos puntos de obstrucción. Una a 50 cm. del ángulo de Treitz que consistía en un nudo gordiano de yeyuno adherido a sí mismo y al peritoneo parietal. El otro se encontraba en una porción más baja del yeyuno aproximadamente a un metro de distancia del anterior, observándose una dilatación fusiforme de una asa yeyunal conteniendo una masa intrínseca, blanduja, que fue interpretada como mezcla de materias fecales y lombrices (Fig. N¹? 1). Se hizo resección de esta asa patológica y al abrirla en el Departamento de Patología se encontró una compresa operatoria de 15 cm2 (Fig. N⁹ 2). La paciente fue dada de alta en muy buenas condiciones después del ingreso habiéndosele practicado tratamiento antibiótico intenso y corregido &u desequilibrio hidroelectrolítico.

Caso N^9 2.—Esta era una paciente de 35 años de edad a quien se le practicó un legrado por mola hidatidiforme. Debido a multiparidad y a solicitud de ella misma se le practicó después histerectomía y anexectomia bilateral. Desde el 7 ^día postoperatorio comenzó a sentir dolor abdominal agudo e intermitente con irradiación a flanco izquierdo y distención abdominal. Se le dio sin embargo el alta pero en su casa continuaron los trastornos acompañados de vómitos, sintiendo una masa dura en el vacío izquierdo, la cual se movilizaba cuando estaba en decúbito dorsal. Reingresó en dicho estado 2\-> meses después de la histerectomía. La cicatriz operatoria se encontraba en buen estado. En el vacío izquierdo se palpaba una mana de consistencia dura, dolorosa y se planteó la posibilidad de cuerpo extraño intraabdominal. Las radiografías (flat, pielograma descendente, gastroduodenal y enema baritado) no detectaron patología. Se practicó laparotomía exploradora encontrándose asas yeyunales aglutinadas con epiplón mayor y lesiones perforantes intestinales. En un asa ileal se palpó una masa intrínseca que fue interpretada como "paquete de vermes". Al incidiría, se extrajo una compresa operatoria y se procedió a practicar una enterorrafia. Se dieron antibióticos, el postoperatorio fue excelente habiéndosele dado el alta en buenas condiciones.

Caso N9 3.—Sexo femenino, ?,I años de edad, ingresó con sensación de tumor en la región umbilical del tamaño de un huevo de paloma, que se volvía más doloroso al expulsar gases. Dos meses antes se le había practicado una cesárea con óbito fetal por hemorragia uterina. Al examen físico se notaba la cicatriz operatoria infraumbilical palpándose una masa firme, mal delimitada, dolorosa, en el vacío izquierdo, un poco más arriba del ombligo. Desde el comienzo se sospechó cuerpo extraño intraabdominal y un tránsito gastrointestinal tomado al día siguiente mostró a nivel de la región inicial del yeyuno una asa dilatada conteniendo en su interior un cuerpo extraño en forma de pera, de 10 cm. de diámetro. La laparotomía exploradora hecha al 4? día del ingreso mostró un bloque de intestino delgado pegado al peritoneo parietal anterior. Al despegarlo, daba salida a pus fétido, comprobándose una gasa enmedio del bloque intestinal, con **múltiples** perforaciones del **intestino** $(F_i\%$. N? 3). SE hizo resección de ese

segmento, que correspondía a yeyuno terminal enviándose el espécimen al Museo de Patología. El postoperatorio fue tormentoso por persistencia de fenómenos inflamatorios con salida de pus por la herida operatoria. Se hizo antibioterapía intensa egresando al fin en buenas condiciones 3 semanas después del ingreso.

Oso N? 4.—Esta paciente, del sexo femenino, de 27 años, ingresó al Servicio de Obstetricia practicándose cesárea segmentaria por desproporción céfalopélvica al siguiente día del ingreso. Permaneció 17 días en el Servicio después de la intervención quejándose de distención abdominal, dolor, fiebre y vómitos. Se marchó en esas condiciones a su casa para reingresar un mes más tarde con una fístula en la parte superior de la cicatriz infraumbilical, expulsando por ella pus fétido. Se palpaba una masa blanda, dolorosa, como de 15 cm. intraabdominal, la cual fue interpretada por Rayos X como absceso conteniendo cuerpo extraño. Al ampliar la herida en laparotomía exploradora se evacuó abundante pus fecaloideo, extrayéndose una compresa que interesaba una asa yeyunoileal, la cual inicíalmente formaba una masa que el cirujano interpretó como un paquete de vermes. Quedó con una fístula ileocutánea, la cual fue reparada dos meses más tarde.

Caso No. 5.—Paciente del sexo femenino, de 19 años de edad, quien fue intervenida por tumoración anexial izquierda de tipo inflamatorio y apendícectomía profiláctica. Salió en buenas condiciones una semana después de la operación, sólo para reingresar 3 días después con fiebre, dolor en sitio operatorio, estreñimiento alternando con accesos diarreicos, resistencia en fosa ilíaca izquierda y dolor en fondo de saco vaginal, al examen ginecológico. Un fíat de abdomen reveló intensa opacidad en región umbilical y flanco izquierdo. Un enema baritado del colon mostró una masa redondeada que desplazaba ligeramente el colon transverso hacia arriba y el descendente hacia atrás. Un pielograma descendente no visualizaba el uréter izquierdo como si hubiera algo en el flanco izquierdo que lo comprimiera, sugiriendo la posibilidad de una compresa dejada en la operación previa, 33 días después de la operación inicial fue reintervenida extrayéndose uña compresa operatoria intraabdominal, la cual aún no había interesado el intestino.

Caso No. 6.—Paciente del sexo femenino, de 45 años de edad. Procedente de La Mosquitia. Fue muy laborioso obtener datos completos, los cuales se obtuvieron a través de un intérprete. Siete años antes del ingreso había sido operada, aparentemente en el área ginecológica, a pedimento de la paciente que quería tener más hijos. En un tiempo indeterminado después de la intervención tuvo un hijo y probablemente estuvo en buenas condiciones hasta aproximadamente un año antes del presente ingreso cuando comenzó a presentar dolor en región umbilical, de tipo intermitente. Dos meses antes del ingreso comenzó a notar una tumoración en región umbilical la cual fue creciendo progresivamente, tomando características de absceso, el cual se abrió al exterior dando salida a pus y posteriormente a ascárides (6 en total). Al ingreso se notaba cicatriz infraumbilical en la línea media, correspondiente a la operación de 7 años atrás. La región umbilical era prominente, necrótica, con trayecto fistuloso hacia la cavidad abdominal, haciéndose el diagnóstico de fístula estercorácea. Un fíat de abdomen mostró opacidad en fosa ilíaca derecha identando el colon ascendente y el ciego. No se practicó fistulografía. Diez días después del ingreso fue ntervenida encontrándose un divertículo en el

íleon como a 50 cm. de la válvula ileocecal. El extremo distal de Idivertículo se prolongaba en forma de cilindro adhiriéndose a la pared umbilical, conteniendo un ascáride. Se envió el divertículo al Departamento de Patología y en la luz dilatada del mismo se encontró una masa redondeada, blanduja, formada de un hilado desintegrable y que fue interpretada como gasa quirúrgica antigua retenida en el divertículo (Fig. N° 4). Por la exploración quirúrgica en esta oportunidad, según los datos de la historia clínica, había integridad de los genitales internos y ausencia quirúrgica del apéndice.

Caso No. 7.—Paciente de sexo femenino, de 29 años de edad. Fue intervenida por oforosalpinguectomía derecha diez años antes. El postoperatorio fue febril desarrollándose peritonitis a causa de la cual estuvo interna 23 días. Durante el transcurso de los* años posteriores continuó presentando dolores en el flanco ilíaco derecho. En varias ocasiones fue tratada por anexitis aguda. En su último internamíento ingresó con fiebre y dolor en hipogastrio. Durante la exploración ginecológica se encontraron vulba y vagina normales, el útero desviado a la izquierda por una masa de 10 x 10 cm. en anexo derecho y fondo de saco posterior, bastante dolorosa. Se llevó a la Sala de Operaciones con diagnóstico de quiste ovárico derecho y anexitis crónica. Durante la laparotomía se encontraron adherencias que incluían ciego, útero y rectosigmoide. Después de liberar estos órganos se encontró tumoración esférica, dura, localizada en parametrio derecho y fondo de saco de Douglas. En el Departamento de Patología recibimos dicha tumoración, la cual medía 6 x 5.3 cm., previamente incindida. Por su mayor parte, la superficie externa era lisa a excepción de las áreas donde se cortaron las adherencias (Fig. No. 5). La superficie de corte mostraba una cavidad quística, irregular, llena de múltiples fragmentos desintegrados de gasa operatoria, aún reconocible,, blanquecina, en su mayor parte intimamente adherida a la superficie interna (Fig. 6). La pared quística medía 0.5 cm. Cortes de esta pared mostraban proceso inflamatorio crónico con la presencia de múltiples células macrófagas conteniendo fragmentos de cuerpo extraño birrefringente a la luz polarizada.

Caso N? 8.—Paciente del sexo femenino, edad ignorada, quien ingresó por la presencia de masa intraabdominal, en flanco ilíaco derecho, de consistencia blanda. Se había practicado salpinguectomía derecha cinco años antes. Durante la intervención quirúrgica se encontró una masa paracecal que fue enviada al Depto. de Patología. Se trataba de una tumoración quística previamente abierta midiendo 10 x 7 x 5 cm., totalmente encapsulada, notándose grasa epiploica en la periferia. Los dos tercios distales del apéndice estaban incluidos en la cápsula (Fig. N° 7). En la cavidad habían fragmentos de gasa quirúrgica en diferentes grados de desintegración, unos sueltos y otros adheridos a la superficie interna del quiste (Fig. N° 8). Cortes de la pared quística mostraban proceso granulomatoso a cuerpo extraño, el cual aparecía como fragmentos diminutos filiformes, fuertemente birrefringentes al examen con luz polarizada (Fig. N° 9).

COMENTARIOS

Las causas que predisponen a dejar abandonados en la cavidad abdominal cuerpos extraños durante el acto operatorio son variadas. Los británicos han abordado este problema y han encontrado que la principal causa estriba en la "rapidez" del acto operatorio o cuando se está traba-

jando "bajo presión" (10). Estas circunstancias se presentan cuando el paciente está realmente en malas condiciones y la rapidez de terminar la operación es mandatoria. Cuando se acumulan muchos casos para operar y es necesario acelerar las operaciones para darle cabida a todos. Es de comprender que en las circunstancias mencionadas no hay tiempo suficiente para hacer un "contaje" de esponjas y gasas adecuado. Desde luego, que si la enfermera instrumentista no es suficientemente experimentada o no ejerce suficiente autoridad para insistir en el contaje perfecto, las cosas se agravan. El cambio de personal en el curso de una operación es también factor importante que predispone a estas circunstancias. Ahora, cómo explicar la presencia de gasas y compresas operatorias dentro del intestino, como en algunos de los casos relatados? La explicación que damos es la siguiente: El cuerpo extraño queda primeramente en la cavidad abdominal dando comienzo desde el 1er. día a fenómenos irritativos. Los fenómenos inflamatorios se hacen ostensibles hasta aproximadamente una semana después cuando ha logrado provocar un absceso limitado por asas intestinales (Fig. N⁹ 10). Los fenómenos supurativos dependen en mucho del tipo de patología que motivó la intervención original. En algunos casos, el absceso tiende a abrirse en algún punto de la pared abdominal y por ahí se elimina el cuerpo extraño. Pero en otros casos la apertura del mismo se hace en una asa del intestino (Fig. No.11). Tanto el pus del absceso como el cuerpo extraño caen en la luz intestina] y debido a los movimientos peristálticos comienza entonces la progresión del cuerpo extraño dentro del intestino, pudiendo el gasoma emigrar a regiones bastante distantes del punto de entrada (Fig. N? 12). Es muy probable, en caso de oblitomas en intestino delgado, de que si las condiciones son favorables dichas masas logren franquear la válvula ileocecal pasando al intestino grueso siendo luego expulsados por el recto. Mientras tanto, la fístula original puede desaparecer o quedar sellada por otra asa intestinal adosada al punto de la perforación. Si esto no sucede, la fístula se hace crónica y puede abrirse en la piel. Puede suceder en muchos casos que la compresa operatoria no logre caer por completo en la luz intestinal o también que debido a su volumen no emigre mucho llegando a un punto donde se queda estacionada. La oclusión intestinal puede ser completa o incompleta. Es también probable que el oblitoma se detenga debido a angulaciones provocadas por bridas intestinales (13). En otro tipo de eventualidades se trata de compresas que han quedado en el fondo de saco de Douglas. La apertura del absceso en estos casos se hace en el rectosigmoide, eliminándose después el cuerpo extraño por el ano, en el acto de la defecación. De es-tos últimos refiere Pavlovsky, casos muy interesantes, especialmente después de operaciones de tipo ginecológico (11). Es un hecho muy curioso, que en la mayoría de los informes de este tipo de Patología, y tal como sucedió en nuestros casos, la operación responsable del oblitoma era de orden ginecológico. El cuadro clínico abdominal está condicionado, según Casal y colaboradores (3), por la combinación de tres factores: irritación aséptica por el cuerpo extraño, infección y tendencia a la eliminación de dicho cuerpo. Hay que tener también en cuenta el tamaño del oblitoma y su ubicación, permaneciendo ignorado durante mucho tiempo si está ubicado en zonas silenciosas y ocasionando síntomas llamativos si se ubica en zonas activas (1). El tamaño de las compresas relatadas en la literatura es hasta de 40 cm2. En los casos nuestros, la mayor fue de 15 cm2 y la menor de 4 cm². Si solamente existe irritación aséptica, hay tendencia a la encapsulación, pero cuando hay infección y formación de absceso, es lógica la tendencia a la expulsión del cuerpo extraño (9). Por lo general,

los síntomas del oblitoma comienzan ha hacer su aparición al final de la primera semana, como en la mayoría de los casos relatados por nosotros y otros autores, consistiendo en fiebre, dolor abdominal y síntomas suboclusivos. Esta sintomatología se va acentuando en los días subsiguientes pudiendo prolongarse por meses, con ligeras intermitencias. Se supone que en el 40% de los casos, los gasomas evolucionan hacia la luz intestinal, dentro de los primeros 6 meses. Se menciona también que en muchos casos, los gasomas encapsulados permanecen a sintomáticos durante muchos años llegando a sufrir cambios de desintegración, absorción parcial o calcificación (3). En el caso N? 6 nuestro, oblitoma retenido durante 7 años, parece que algo de esto último sucedió. El diagnóstico de oblitoma deberá tenerse en mente y llegarse a él por los antecedentes de operación más o menos reciente ante cuadros abdominales postoperatorios sin otra explicación. Además de la fiebre, dolores abdominales, vómitos, muchas veces se palpa una masa intraabdominal, a veces movilizable y no pocas veces referida por el mismo paciente. El examen radiológico es de mucha utilidad en varios aspectos. Si las gasas empleadas en cirugía llevan substancia opaca a los Rayos X, podrán ser descubiertas con la mayor facilidad. En caso contrario, solamente se apreciarán desplazamientos viscerales que hagan sospechar un absceso conteniendo el cuerpo extraño. Algunos autores describen estructuras en "panal de abejas" atribuibles quizás al trabeculado del tejido del gasoma (7-9). Mediante enemas baritados o tránsito gastrointestinal llega muchas veces a determinarse el sitio de oclusión intestinal. En nuestro medio, donde el parasitismo intestinal está tan arraigado, no es de extrañar que se hagan diagnósticos erróneos, tanto clínicos como en el acto operatorio, de síndromes oclusivos por parásitos, especialmente por Ascaris lumbricoídes. En un paciente con obstrucción por gasoma, puede haber expulsión de lombrices por la boca, haciendo sospechar erróneamente al clínico la posibilidad de obstrucción intestinal por ascárides. Si la masa tumoral intestinal provocada por el oblitoma intraluminal no se ha roto, debido a su consistencia blanduja y acordonada, dará al cirujano al impresión errónea de habérselas con un 'paquete de vermes". Por último, si ha consecuencia de la ruptura del intestino se establecen fístulas enterocutáneas, no es de extrañar que a través de dicha fístula emerjan los parásitos. Esto último es muy demostrativo en nuestro caso No.6.En los cortes histológicos del trayecto fistuloso encontramos reacción granulomatosa con células diversas, especialmente eosinófilos y células gigantes multinucleadas. Estas últimas no contienen huevecillos de parásito y bien podrían representar células gigantes multinucleadas relacionadas con la presencia del oblitoma. El tratamiento es desde luego quirúrgico y siempre ha sido así, aunque el cirujano haga el diagnóstico en el curso de la laparotomía exploradora sin Îlevar en mente la posibilidad de un hallazgo sorpresivo de tal naturaleza. Este tratamiento va estrechamente unido a antibioterapia intensa y corrección del desequilibrio hidroelectrolítico. Lo mejor es hacer un tratamiento profiláctico, intensificando medidas preventivas de diversa índole según el ingenio del cirujano y el grado de colaboración del personal nal asistente en las operaciones. Algunos cirujanos (5), emplean un hilo que sobresale de toda gasa marcando su extremo periférico con una pinza de Kocher., Otros aconsejan nunca utilizar gasas pequeñas en el abdomen, pues son las que más fácilmente se pierden, y las grandes ajustarías .a una cadena metálica de 40 era. de largo prendida con un gancho a las sábanas que cubren el campo operatorio (11). Pero sea cual sea el procediimento usado, seguirán ocurriendo casos de cuerpos extraños dejados

OBLITOMAS

olvidados y esto les ha ocurrido y les seguirá ocurriendo aun a cirujanos de alto prestigio en todas partes del mundo (2-8-14-etc.) Para Ginsberg, la primera regla básica es llevar al mínimo la variedad de esponjas, gasas y empaques usados (6). Ya también es de todos los cirujanos aceptado el hecho de que solamente deberán usarse gasas conteniendo material radioopaco y no salirse nunca de esta regla, pues ante la duda de haber dejado algo adentro, será más fácil detectarlo a tiempo, evitando problemas serios y más graves en el futuro del paciente operado. El recuento de gasas y empaques es desde luego un procedimiento de rutina, antes, durante y después de la operación. Deberán instituirse reglamentos en la sala de operaciones especialmente dirigidos al personal asistente y de preferencia a las enfermeras instrumentistas, pero en todo caso recuérdese que es el cirujano quien por &í mismo deberá tomar todas las precauciones para minimizar su dependencia de los "recuentos" hechos por la enfermera y en el momento apropiado de la operación deberá hacer tal escrutinio del campo operatorio como sea posible y compatible con la seguridad y bienestar del paciente (10). Es de esta manera como también el cirujano, siendo extremadamente cuidadoso y no dependiendo de los demás, &e verá exento de demandas judiciales por parte de los pacientes agraviados, especialmente en países donde son muy comunes las demandas contra médicos y cirujanos por "práctica negligente".

El artículo se refiere a gasas dejadas en cavidad abdominal accidentalmente durante el acto quirúrgico. Días después se inician síntomas subobstructivos y de irritación peritoneal que pueden persistir por muchos meses incluso años. Si" se forma absceso peritoneal, la gasa puede ser eliminada al lumen intestinal (Oblitoma intraintestinal). Si desaparecen los síntomas inflamatorios, pueden formarse tumores a cuerpo extraño intraperitoneales (Oblitomas extraintestinales). Se hace una resión de las causas que predisponen a dejar cuerpos extraños olvidados durante las operaciones y las medidas preventivas para evitarlo. El diagnóstico se hace por sospecha clínica y métodos radiológicos. El tratamiento es quirúrgico.

This paper deals with gause sponges left accidentaly in the abdominal cavity during operations. Post-operatively, subocclusive intestinal sintoms appear as well as those of peritoneal irritation that may persist for months or years. If a peritoneal abscess i& formed, the gause sponge may be eliminated to the lumen of the intestines (Intraintestinal oblitoma). If the infiammatory sintoms disappear, intraperitonetal tumors of the foreing body type may be produced (extraintestinal oblitomas). A brief review of causes that predispose to leave foreing bodies left forgotten during surgery is made as well as the preventive measures to avoid it. Diagnosis is made by clinical suspicion and radiological methods. The treatment is surgical.



Fig. Nº 1

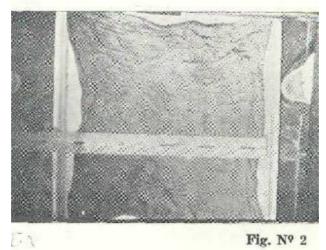


Fig. Nº 2



Fig. Nº 3

OBLITOMAS

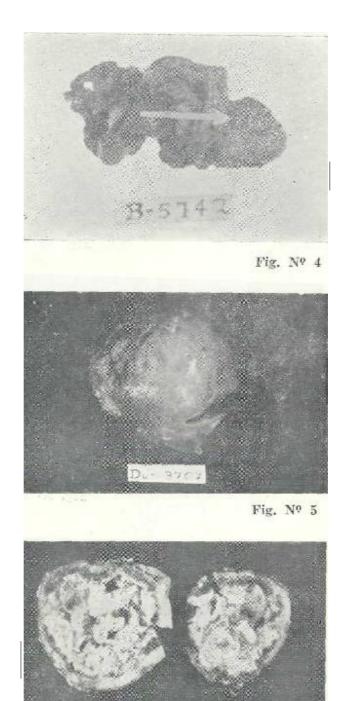


Fig. Nº 6

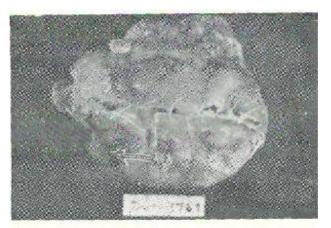


Fig. Nº 7

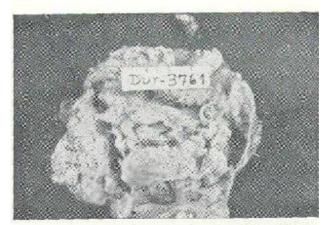
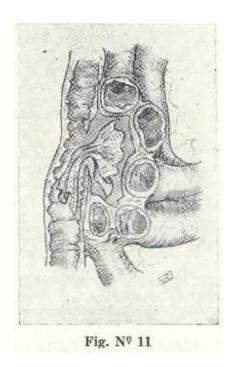


Fig. Nº 8



Fig Nº 9







REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ALECHA, J. M. y Col.: Gasomas. El día Médico, 24: 424, 1952.
- 2.—ALTUNOV, K.: (A foreign body "compress" in the lumen of the small intestines), Khirurgiia (Sofía), 13: 710, 1960
- 3.—CASAL, M. A. y col.: Fístula yeyunocolónica por gasoma. Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig., 20: 1097, 1961.
- 4.—FERREIRA, J. A.: Cuerpo extraño intraabdominai de origen quirúrgico. Bol. Soc. Circ. B. Aires, 44: 343, 1960.
- 5.—FINOCHIETTO, R.: Gasas olvidadas. Pr. Med. Argentina, 45: 3628, 1958.
- 6.—GINSBERG, F.; Modern sponge precautions can prevent operative room Grief. Mod. Hosp., 101: 122, 1963.
- 7.—GIORDANO, A. y CAMBO, R.: Obstrucción crónica del delgado por compresa de gasa. Asoc. Arg. Ciruj., 21: 590, 1951.
- 8.—GUTIÉRREZ, A.: Rev. Circ, Bs. As., pág. 306, 1943. Cit. por Rampini (13).
- 9.—MAINETTI, J. M. y CANESTRI, I.: Compresa de gasa en la luz del yeyunoíleon como manifestación secundaria del oblito: diagnóstico radiológico, Soc. Cirugía, Bs. As. pág.: 586, 1S56 (Cit. por Casal (3).
- 10.—MEDICAL DEFENCE UNION: Foreing bodies left in patients at operations Brit. Med. J., 5325: 270, 1963.
- 11.—PAVLOVSKY, A. J.: Complicaciones abdominales agudas por cuerpos extraños dejados durante las laparatomías (Oblitomas). Pr. Med. Argentina, 47: 1515, 1960.
- 12.—PAVLOVSKY, A. J.: Comunicación personal, Dic. 18, 1963.
- 13.—RAMPINI y VOLANTE: Obstrucción Intestinal por cuerpo extraño Intraluminal Sem. Med. (Bs. As.), 121: 1172, 1962.
- 14.—REIZENMAN, V. S.: (a case of obturating obstruction caused by a gauze sponge left in the abdominal cavity), Khirurgiia (Mosk), 35: 125, 1959.

Diamino Difenil Sulfona en Psoriasis

Hernán Corrales Padilla(*)

INTRODUCCIÓN

Lo que sigue es el informe de una investigación encaminada a determinar la eficacia de la Diamino difenil sulfona (DDS) en el tratamiento de la Psoriasis.

El estudio realizado de octubre de 1965 a julio de 1966, se emprendió con el propósito de evaluar los resultados halagadores de Pereira, en Río de Janeiro.

La Diamino defenil sulfona fue sintetizada en 1907, pero fue hasta en 1937 que Buttle y Colaboradores en Inglaterra, demostraron su fuerte actividad antibacteriana. Esto fue confirmado el mismo año por Fourneau y Colaboradores en Francia.

El uso de Diamino difenil sulfona en el hombre, en dosis de 1 a 2 gramos diarios, produjo efectos tóxicos y se estableció asimismo su valor como potente agente antibacteriano en medicina veterinaria

Continuaron las investigaciones empleando varios derivados complejos para hacer et compuesto menos tóxico.

Hay ahora evidencia de que la actividad de la mayoría de tales complejos, particularmente los bisustituidos, depende de su conversión en el organismo en el compuesto primario. La actividad terapéutica y la toxicidad dependerían del grado de conversión.

Faget y Colaboradores en **1941**, introdujeron a las sulfonas en el tratamiento de la lepra que se han revelado como muy útiles, especialmente la 4:4 Diamino define! sulfona, de uso muy amplio.

USO DE LA **DIAMINODIFENILSULFONA** EN 'PSORIASIS

Pereira (1) informó en 1964 de un estudio clínico, sobre el uso oral de sulfona (4, 4-diamino-difenil-sulfona) en 21 pacientes de psoriasis, habiendo obtenido buenos resultados terapéuticos. Se mostró eficaz dice

^(*) Profesor de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Honduras. Jefe del Departamento de Dermatología. Hospital General. Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

el autor, en casi todos los casos. El tratamiento fue interrumpido después de la regresión de las lesiones cutáneas de psoriasis, lo cual determinó siempre la recidiva. Concluye el autor consignando la necesidad de nuevos estudios sobre la actividad terapéutica de las sulfonas en psoriasis.

Padilha Goncalves (2) en la sección de resúmenes de "Noticia Dermatológica", dice muy escuetamente: "La Diamino-difenil-sulfona (DDS) se mostró eficiente en 21 casos de psoriasis tratados por Carlos Adolfo Pereira".

Es difícil establecer el eventual mecanismo de acción de esta droga en la psoriasis. Podría pensarse que la acción antibacteriana de la misma sería la responsable y en este sentido cabe consignar que los múltiples esfuerzos realizados para relacionar la psoriasis con enfermedades siste micas han sido numerosos e infructuosos. Sin embargo, los repetidos hallazgos de infecciones estreptococicos de las vías respiratorias altas que preceden con intervalos pequeños a algunos casos de psoriasis gutata aguda, ha estimulado a diversos investigadores a estudiar esta relación. Los autores escandinavos han sido los más fuertemente impresionados por ésta asociación a pesar de que el primer caso informado relacionando psoriasis aguda y amigdalitis fue el de Winfield (cit. por Whyte) en los Estados Unidos de América. En 1964 Whyte y Col. (3), establecen que la psoriasis gutata aguda, particularmente en niños y adultos jóvenes, es frecuentemente precedida por una infección estreptococócica aguda en una o dos semanas y concluyen en que el conocimiento de este hecho provee un lógico instrumento de prevención a las recurrencias de la psoriasis gutata aguda.

Norlind (4) en 1954, dice que "los brotes agudos de psoriasis, especialmente gutata, en dos tercios de los casos son provocados por infecciones del tracto respiratorio superior, particularmente los causados por estreptococos".

En la serie de 32 pacientes seleccionados de este autor, con psoriasis gutata aguda, se puso especial énfasis en el estudio de los títulos de antiestreptolisinas.

Norholm-Pedersen (5) en 1952, divide en grupos de 133 pacientes (no seleccionados) con psoriasis en diferentes categorías de acuerdo con el título de antiestreptolisinas. Los Editores del Year Book of Dermatology and Syphilology (6), revisando el citado trabajo de Norholm-Pedersen, refieren una serie de casos de psoriasis de tipo no específico, en los cuales no se demostró elevación anormal del título de antiestreptolisinas. Pero Sternberg y Bierman (7) en 1963 se refieren nuevamente al trabajo de Norholm-Pedersen y sugieren la terapia antibiótica para los focos infecciosos de los pacientes psoriásicos con una repentina e inexplicada generalización de lesiones.

Borda (8) ha insistido también en la eventual evolución de focos infecciosos y psoriasis. El mismo Whyte consigna que no debe interpretarse como que todo episodio de psioriasis gutata aguda es manifestación de estado post-infeccioso estreptococico, pues se advierte también en casos de trauma emocional severo o suspensión brusca de corticosteroides por ejemplo.

Pero lo anotado, en manera alguna significa que se desaperciba la posibilidad de otros mecanismos de acción de esta droga en los casos de psoriasis. Basta recordar que se ignora su probada acción en la dermatitis herpetiforme de Diuhring, en el herpes gestationis, etc. y que hay muchos hechos también que hablan en contra de una posible acción antibacteriana de esta droga como base de los resultados obtenidos; por ejemplo el fracaso de los antibióticos.

Las llamadas sulfadrogas poseen varias acciones farmacológicas, destacándose la antibacteriana, diurética e hipoglucémica. El efecto antibacteriano es producido principalmente sobre gérmenes ácido alcohol resistentes y se ha consignado que el mecanismo de acción es debido a su competencia con el ácido para-aminobenzoico, imposibilitando la síntesis con el ácido fólico por parte de la bacteria.

Se comprueban otros mecanismos¹ de acción fuera del antibacteriano, de acuerdo con lo comunicado por Schultz (9) y, Lorincz (10), entre otros, porque la administración simultánea de sulfona con ácido paraaminobenzoico y de procaína, que libera tal sustancia en los tejidos, no produce ninguna alteración de los resultados obtenidos en Dermatitis herpetiforme cuando se administra sulfona solamente y hemos dicho que el ácido paraaminobenzoico y la procaina son antagonistas de algunas funciones de las sulfonas, especialmente la antibacteriana.

MATERIAL Y MÉTODO:

Diez varones y diez hembras de 7 a 40 años de edad, con psoriasis de 2 a 10 años de duración fueron incluidos en este estudio. Las lesiones en todos los pacientes fueron generalizadas, no presentando ninguno la forma exfoliativa y se clasificaron como de moderada severidad. La mitad de los pacientes tomó un placebo por un período de 4 semanas y nada en la semana siguiente, para luego tomar Avlosulfón durante las próximas 4 semanas. Para los otros diez pacientes, la secuencia se invirtió. La droga y el placebo eran idénticos en apariencia.

La dosis fue de 1 tableta (100 mgs) dos veces al día durante 3 semanasy 1 tableta al día durante una semana. La medicación fue suministrada por una enfermera y el código no fue abierto hasta que el estudio se completó. En ningún momento el médico o el paciente estuvieron enterados de cual tableta específicamente estaba siendo ingerida.

AI final de cada período de cuatro semanas de tratamiento, pedimos al paciente un juicio sobre el resultado del mismo y nosotros juzgamos objetivamente tal resultado (cambio en la coloración, descamación, grosor y tamaño de las lesiones).

Los grados del cambio fueron clasificados en: ninguno, ligero, mediano, bueno, excelente.

RESULTADOS

En la tabla se muestran los resultados así como los efectos secundarios del tratamiento.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON DIAMINODIFENILSULFONA

Respuesta Subjetiva a DDS	Respuesta Subjetiva al Placebo	Respuesta Objetiva a DDS	Respuesta Objetiva al Placebo	Efectos Secundarios a DDS	Efectos Secundarios al Placebo
bueno	ninguno	bueno -	ninguno	leve	cefalea
ligero excelente	ninguno ninguno	ligero bueno	ninguno ligero	cianosis y pali-	mediana
ligero bueno	ninguno ligero	ligero bueno	ninguno bueno	dez	120
ninguno bueno	ninguno ninguno	ninguno bueno	ninguno ninguno		
bueno	mediano	bueno	bueno	anemia	náuseas
bueno mediano	ninguno ligero	bueno mediano	ninguno ligero		
excelente bueno	ninguno bueno	excelente mediano	ninguno bueno	fiebre	
mediano	ligero	mediano	ligero	1	
bueno - mediano	mediano ninguno	bueno mediano	mediano ninguno	leve cianosis	
bueno excelente	ninguno	ninguno excelente	ninguno	y pali- dez	100
ligero	ninguno ninguno	bueno	ninguno ninguno	WVZ	
ninguno excelente	bueno ninguno	ninguno excelente	ligero ninguno		

Se observó la recidiva en un período que varió entre 15 y 30 días después de suspender el tratamiento. Al instituirlo nuevamente se obtuvo el mismo resultado. Posteriormente se trataron 10 de éstos pacientes con 1 tableta (100 mgs) en días alternos y 3 de ellos se mantuvieron lim pios de lesiones, siendo necesario en los 7 restantes, la administración diaria del medicamento (100 mgs).

COMENTARIOS

Es un hecho más o menos bien establecido que la tendencia a desarrollar psoriasis es hereditaria y que su transmisión es de carácter dominante con penetración variable. Se ha encontrado historia familiar de psoriasis en el 30% de pacientes con psoriasis y la incidencia ha subido cuando se han examinado los parientes, probablemente debido a que se descubren así casos con lesiones mínimas.

Mucho se ha avanzado en el estudio de la patogenia de esta enfermedad. La histología revela datos de interés, sobre todo en la capa córnea y la microscopía electrónica muestra nuevos hechos sobre todo en las fibrillas de queratina.

Recientemente se ha demostrado que hay una población anormal de células neurales en las placas y los estudios con radioisótopos han enseñado que el tiempo de restitución epidérmica en la placa es del orden de 3 o 4 días, en tanto que en la piel normal es de cerca de 28 días. En conexión con este hecho hay un aumento en la epidermis del metabolismo oxidativo y anoeróbico con aumento de las pentosas, glicógeno, purinas, grupos sulfidrilos y proteínas solubles.

Se estima que la piel normal entre las lesiones de psoriasis, es de hecho anormal, tanto estructural como funcionalmente.

Actualmente se estima que la psoriasis se desarrolla solamente en aquellos que tienen una constitución genética especial. La erupción psoriásica &e desarrolla asimismo, solamente en una pequeña proporción de aquellos con "constitución psoriásica".

Habría estímulos que hacen aparente la erupción psoriásica en dichas personas y algunas veces este es aparente como en la reacción de Koebner y en la psoriasis gutata, puede ser consecuencia de una infección estreptococcica. (11)

Probablemente tratando de neutralizar la acción de tales estímulos, para evitar que se haga aparente la erupción psoriásica, es que se han ensayado diversas drogas. Así, para no citar más que un ejemplo, los antimaláricos fueron utilizados en su tiempo y todavía en 1964 O'Quinn, Kennedy y Naylor resumieron los conflictivos puntos de vista sobre dichas drogas y concluyen en que aunque para muchos investigadores los antimaláricos agravaron la psoriasis, no ocurrió así en su propia serie. En nuestro estudio controlado se advirtió que:

- 1) Hubo 11 respuestas objetivas buenas (incluyendo excelentes) con DDS vrs. 3 buenas respuestas objetivas con Placebo.
- 2) Cambios medianos se produjeron 4 con DDS vrs. 1 con Placebo.
- 3) Cambios ligeros se produjeron 2 con DDS y 4 con Placebo.
- 4) Hubo 3 sin ningún cambio objetivo con DDS vrs. 12 con el Placebo.

Las respuestas objetivas buenas con DDS son más numerosas al compararlas con las buenas respuestas al Placebo (3 solamente), así como los casos no modificados por la DDS (3 solamente) resultan significativos al compararlos con la cifra de casos no modificados por el Placebo, que fueron doce.

Los cambios ligeros y medianos obtenidos con DDS y el Placebo son mucho menos significativos.

Las respuestas más rápidas y más notables se produjeron en los pacientes más jóvenes y en aquellos que presentaron formas con elementos más pequeños, profusos y de aparición más rápida. Las formas de placas grandes fueron los casos que se presentaron con cambios menos acentuados y en mayor tiempo.

RESUMEN

Veinte pacientes de psoriasis han sido observados en un estudio controlado con Avlosulfón. Diez varones y diez hembras de 7 a 40 años de edad con 2 a 10 años de evolución.

La dosis fue de 200 mgs. diarios durante 3 semanas y 100 mgs. diarios durante una semana.

Hubo 11 respuestas objetivas buenas (o excelentes) con DDS vrs. 3 con Placebo. Hubo 3 &in cambio objetivo con DDS vrs. 12 con el Placebo.

Se observa recidiva de la psoriasis entre 15 y 30 días después de suspender el tratamiento.

SUMMARY

Twenty psoriatics have been observerd in a controlled study with 4-4 Diaminodifenilsulfon, as the test drug. Ten males an ten females, from 7 to 40 years of age with psoriasis of 2 to 10 years duration.

The dosage schedule was as follows: 200 mgs. daily for three weeks and 100 mgs. daily for the next week.

There were 11 good objetives responses with DDS vrs. 3 with placebo. There were 3 without objective response with DDS vrs. 12 with placebo.

The code was broken until the study was completed.

Rebound was observed from 15 to 30 days after the drug was stoped.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—PEREIRA, C. A.: Diamino-difenil-sulfona en Psoriasis. Hospital, Río de Janeiro. *V*> 1957, 1964.
- 2.—PADILHA GONCALVES A.: Noticia Dermatológica. 6: 2, 1965.
- 8_t—WHYTE, H. H., and Baughman, R. D.: Acute Guttate Psoriasis and Sstreptococcol Infection. Arch. Derm. 89: 350, 1964.
- 4.—NORRLIND, R.: Significance of Infections in Origination of Psoriasis, Acta Rheum Scand. 1: 135, 1954.
- 5.—NORHOLM-PEDERSEN, A.: Infections and Psoriasis. Acta Dermatovener. 32: 159, 1952.
- 6.—SULZBERGER, M. B. and BAER, R. L., Editors: Year Book of Dermatology and Spphilology, Chicago: Year Book Publishers, 1952, p. 204.
- 7.—STENRNBERG, T. H., and BIERMAN, S. M.: Newer Treatment of Psoriasis Curr. Ther. Res. 5: 31, 1963.
- 8.—BORDA, J. M.: Sobre Patogenia de la Psoriasis. La Prensa Médica. Argentina. 33: 1, 1946.
- 9.—SCHULTZ, K. H.: Treatment of Dermatitis Herpetiformis (Duhring) Hautarzt 10: 129, 1929. In Year Book of Dermatology 69-70, Series 1959-1960.
- 10.—LORINCZ, A.: Reunión de la American Dermatological Association (Bermuda) 16-20 VI 1962. Información Dermatológica 16: 45, 1963.
- 11.—SHUSTER, S.: The problem of Psoriasis. Practitioner 196: 621, 1966.
- 12.—O'QUINN, S. E.; KENNEDY, C. B.; and NAYLOR, L. Z.: Psoriasis Ultraviolet Light, and Cloroquine, Arch. Derm. 90: 211, 1964.

Flebovalvuloplastía en la Insuficiencia Venosa Profunda

(OPERACIÓN DE PSATHAKIS)

Por el Dr. José Gómez-Márquez G.*

INFORME PRELIMINAR.

La insuficiencia venosa profunda con el trastorno hemodinámico que lleva consigo, continúa constituyendo, a pesar de los **grandes** progresos de la Cirugía Vascular, un sirio problema para el enfermo, **que** con frecuencia se constituye en un inválido y un dolor de cabeza para el médico que lo atiende. Desde el punto de vista quirúrgico, varios autores han preconizado las ligaduras del sistema venoso profundo a diversas alturas; así Buxton, Linton y Halse, ligan la vena femoral y Bauer la poplítea. En tales circunstancias, se obliga a la sangre venosa a pasar a través de un circuito colateral de venas superficiales y venas profundas de menor calibre. En la mayor parte de las veces se observa recidiva. Estos fracasos **son** fáciles de comprender, ya que con las interrupciones venosas ya mencionadas se agotan las últimas reservas venosas de los miembros inferiores. N. Psathakis, cirujano griego, trabajando en la Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal de Wolfenbüttel, tuvo la idea de intentar un nuevo procedimiento quirúrgico destinado a crear un sistema valvular **sobre** la vena poplítea.

Bases Anatomofisiológicas

N. Psathakis, dedicó un considerable tiempo a hacer estudios tanto desde el punto de vista anatómico, como fisiológico, de ciertos músculos de la pierna. Llegó a la conclusión de que existe un antagonismo funcional entre **los** músculos tríceps-sural y recto interno; cuando el tríceps se contrae, (lo que constituye la sístole del corazón venoso) se relaja el recto interno; cuando el tríceps se relaja, (lo que constituye la diástole del corazón venoso), se contrae el recto interno. En el momento de la máxima contracción de la musculatura de la pierna, el recto interno está completamente relajado y viceversa. **La** función antagónica de ambos músculos se repite en cada caso. Lo que antecede son los hechos fundamentales en que se basa la técnica quirúrgica de Psathakis que posteriormente describiremos

Flebografía dinámica

Con el objeto de valorar y seleccionar adecuadamente los pacientes, se lleva a cabo un estudio flebodinámico lo cual tiene una importancia parti-

^{*} Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General "San Felipe". Profesor de Cirugía, Facultad di Ciencias Médicas, Tegucigalpa.

cular ya que se efectúa asimismo el estudio radiológico postoperatoriamente.

Para este examen se usa la vía transcalcánea. El paciente es colocado sentado y el foco se coloca delante de la pierna de perfil, ya que todas las exposiciones son laterales. Se infiltra" con novocaína o procaína al 2% la piel, el tejido celular subcutáneo y el periostio sobre la cara lateral externa del talón. A continuación introducción de una aguja calibre 16 con trocar con perfora el calcáneo por medio de ligeros movimientos rotatorios hasta llegar al interior del tejido esponjoso. Se inyecta en el interior de éste un mi. de Solución de Novocaína al 0.5% (esta dilución para que la introducción del agente no despierte dolor exagerado). Se esperan cinco minutos y se inyectan 2 mi. de Novocaína al 1%. Se espera 10 minutos para obtener una buena anestesia ya que la inyección del medio de contraste es sino bastante dolorosa. Así, invección del medio de contraste (hemos usado Hypaque o Urografín), en cantidad de 20 ce, durando la inyección 1 minuto aproximadamente. En este momento se toma la primera exposición. Se ordena que el enfermo se levante y que marche sin desplazarse efectuando unas tres o cuatro enérgicas flexiones de las rodillas; se sienta de nuevo y se toma la segunda exposición; nuevamente se ordena al paciente el mismo ejercicio anterior y nuevamente sentado se toma la tercera exposición. Entre la primera y la última, hay un intervalo de unos 30 segundos.

Las flebografías postoperatorias de control se hacen siguiendo exactamente la misma técnica.

Procedimiento quirúrgico (Fig. N⁹ 1)

Anestesia raquídea o general con el enfermo en decúbito supino. Marcamos previamente las líneas de incisión las cuales están situadas en la siguiente forma: Una externa, paralela al borde interno del bíceps de unos 8 a 10 cms. de largo, cuyo punto medio corresponde al borde superior de la rótula. Otra, de igual longitud, paralela a los tendones de los músculos semimembranoso, semitendinoso y recto interno; el extremo superior de esta incisión corresponde a la unión del tercio inferior con el tercio medio de la primera. Por medio de la incisión primera (en el borde externo), se descubre el paquete vascular del hueco poplíteo, disecando así la vena de la arteria que está por delante (o sea en la posición que ocupa el enfermo, hacia abajo). Por esta misma incisión se diseca al tendón del bíceps. Por medio de la incisión interna, se diseca el tendón del recto interno, liberándolo hasta su inserción ósea inferior y cortándolo al ras. Si se considera que no es suficientemente largo, se puede disecar un poco hacia arriba, sobre el mismo cuerpo muscular. Una vez así, liberado el tendón del Recto Interno, que ahora sólo está fijo hacia arriba, se pasa el tendón subaneuróticamente entre la vena y la arteria poplítea y de adentro hacia afuera viene a buscar el tendón previamente liberado del bíceps. Se hace un pequeño ojal en éste, de medio centímetro y se pasa por éste el extremo del tendón del Recto Interno, fijándole con unos tres puntos de seda 00. Debe calcularse bien que el tendón desinsertado del Recto Interno sea suficientemente largo para que una vez fijado al tendón del bíceps, la vena poplítea no quede en ninguna forma tensa sobre él; debe estar por el contrario simplemente descansado sin ninguna tensión. El autor lo compara como "la ropa queda colgando sobre la cuerda de tender". Se suturan los distintos planos en la forma acostumbrada, y se coloca un

buen acolchonamiento sobre toda la región del hueco poplíteo, colocando un vendaje solamente contentivo.

Desde el día siguiente se pide al enfermo que efectúe ligero movimiento de flexión de la pierna, el cual va aumentando conforme van pasando los días. El enfermo se levanta al octavo día. El autor efectúa en control flebográfico a', duodécimo día. Nosotros generalmente esperamos algo más ya que observamos que en esta fecha el paciente aun está muy adolorido y no colabora adecuadamente para los distintos movimientos que llevan consigo la parte dinámica de la flebografía.

Concepto fisiológico de la operación

Después de las explicaciones dadas anteriormente se comprende que una vez ¡levado a cabo el trasplante del tendón del Recto Interno, la hemodinamia de la pierna debe cambiar en la forma siguiente: Cuando se contrae la musculatura de la pierna (ésta en extensión), el tendón del Recto está relajado y por lo tanto la sangre puede fluir libremente en dirección centrípeta. Cuando por el contrario la musculatura de la pierna está relajada (en la flexión de la pierna), el tendón transplantado de! Recto, se pone tenso y comprime la vena poplítea de delante hacia atrás, cerrando por tanto el lumen de la vena e imposibilitando el reflujo de la sangre en dirección centrífuga. Como estas dos fases se suceden alternativamente en cada paso, se comprende que se ha creado quirúrgicamente un sistema de válvula que pueda venir a substituir la función de las válvulas incompetentes* del sistema venoso profundo de la pierna.

Experiencia Personal

Durante un viaje de estudios en 1964 a Alemania, tuvimos ocasión de observar en algunas clínicas este procedimiento operatorio que nos llamó poderosamente la atención y que había llenado de esperanzas a muchos cirujanos vasculares, pues consideraban que la técnica propuesta era lógica y los resultados obtenidos hasta aquel momento eran bastante satisfactorios.

El propio autor, N. Psathakis inició sus experiencias con esta nueva técnica en el 1? de febrero de 1963, es decir, actualmente hace cuatro años. Sus primeras publicaciones (2 y 3), muestran bastante satisfacción por los resultados obtenidos hasta entonces.

Nosotros hemos efectuado hasta estos momentos doce operaciones. Para nosotros es también prematuro hablar de un criterio absoluto sobre su resultado. Ya en 1966, Corrales, quien nos proporcionó varios enfermos con insuficiencias venosas profundas para someterlos a este tratamiento, menciona por primera vez nuestras experiencias en el área centroamericana (1). Podemos afirmar que en Centro América la técnica no ha sido aún conocida y hasta donde es de nuestro conocimiento, no parece que se haya extendido efe nuestro continente.

Creemos que en algunos de nuestros enfermos hubo algunos errores técnico, al principio, que hemos ido corrigiendo, especialmente en lo que se refiere a la longitud del tendón del recto interno a trasplantar. En general hemos observado que tal como afirma Psathakis, los pacientes ven desaparecer o disminuir el edema en una proporción mayor o menor, que

sienten menos dolor o que éste desaparece por completo y que la pierna deja de ser "pesada".

Dada la naturaleza de la intervención, se comprende que ésta solo puede ser exitosa si el enfermo coopera en el postoperatorio, flexionando adecuadamente las piernas al caminar. Es evidente que un anciano que "arrastre" sus piernas no obtendrá ningún beneficio, ya que entonces el tendón interpuesto prácticamente no actúa.

Algunos de los controles radiológicos obtenidos por nosotros, demuestran una evidente mejoría en el desagüe de la pierna. Es asimismo muy útil poder observar por medio de la flebografía la acción del tendón ocluyendo la vena poplítea en el momento de la flexión de la pierna.

En la figura No.2 mostramos uno de los casos en el cual se ve con toda claridad como el tendón del Recto interpuesto cierra totalmente la vena. En la" figura Nº 3 se demuestra la diferencia que hay entre la flebografía dinámica antes y después de la intervención en cada una de las tres fases.

Consideramos prematuro poder formarnos un criterio definido sobre el porvenir de la operación de Psathakis. Desde el punto de vista anatómico y fisiológico la consideramos razonable; nuestros primeros resultados son prometedores y creemos que debe acumularse mayor material para llegar a una conclusión. El tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa profunda ha sido hasta el momento tan desalentador, que parece justo experimentar con este nuevo procedimiento.

RESUMEN

Informe preliminar de los primeros doce casos, del tratamiento de la Insuficiencia Venosa Profunda por medio de la operación de Psathakis que consiste básicamente en la creación quirúrgica de un sistema de válvula para substituir la incompetencia valvular del sistema venoso profundo de la pierna, por medio del trasplante del tendón del recto interno, previamente liberado, pasándolo entre la arteria y la vena poplíteas, al tendón del bíceps. Se practican flebografías dinámicas pre y post operatorias.

SUMMARY

This i& a prelimminary report of the first 12 cases of the Psathakis operation performed by the autor in **Honduras**, one of the surgical treatments of the deep venous insufficiency in legs. This surgical procedure basically consists in the creation of a new valvular system to substitute the incompetent one of the deep veins. This is done by transplant of the previously liberated tendon of the rectus internus muscle crawling it between the popliteal vein and artery to join the tendon of the bíceps muscle. Dinamic flebography before and after the operation are performed.

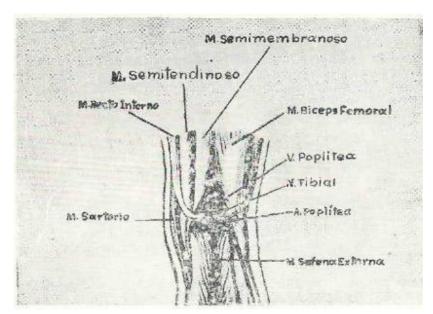


FIGURA No, i ESQUEMA DE LA OPERACIÓN

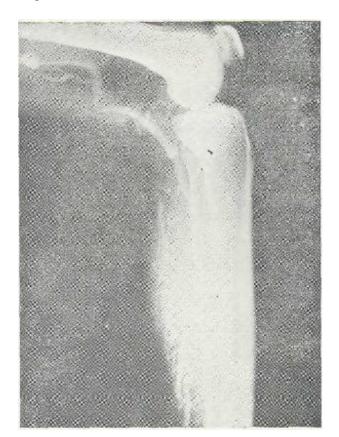
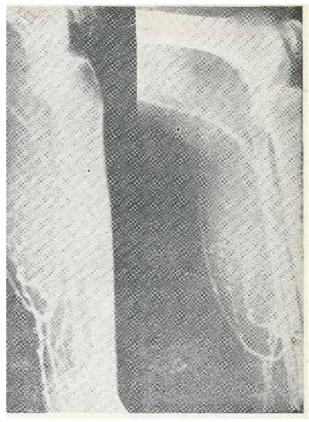


FIGURA No. 2

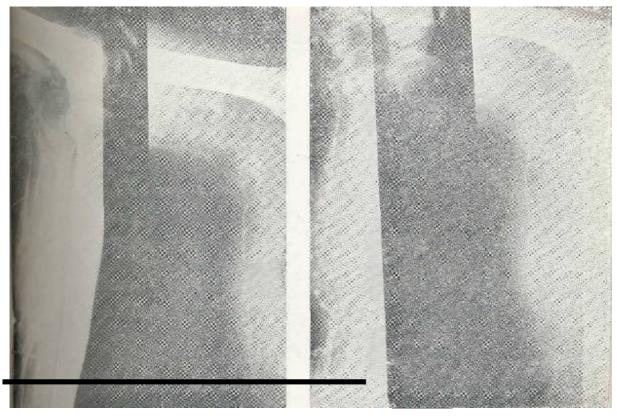
Flebograma que demuestra la acción del tendón interpuesto, sobre la vena poplítea en la flexión de la pierna.

DEMOGRAFÍA DINÁMICA

FIGURA No. 3 (a b, c)



a) 1* Fase. A la izquierda antes de la operación. A la derecha, después de la operación.



Fase. A la izquierda antes de la operación, c) 3^ Fase. A la izquierda antes de la operación K la derecha, después de la operación. A la derecha después de la operación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—CORRALES P., H.—Contribución al tratamiento de la úlcera crónica de la pierna. **Rev.** Derm. Ibero-Latino-Americana. 8:83, 1966.
- 2.—PSATHAKIS, N. Die Fhlebographie, ihr Wert für die Diagnostik und Therapie des Insuffizienzsyndroms tiefer Venen der unteren Extremitát Der Chirug 553^1963.
- 3.—PSATHAKIS, N. Ein neues operatives Verfahren zur **rationellen** Behandlung des Insuffizienzsyndroms der tiefen Beinvenen. Der. Chirurg. 2-79-1964.

SECUESTRACION INTRfiLOBULfiR DEL PULMÓN

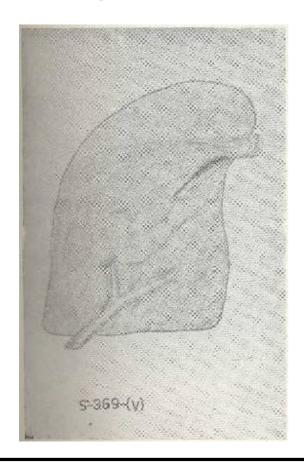
Estas figuras corresponden di trabajo del Dr. Virgilio Cardona Secuestración Intralobular del Pulmón, Aparecidas en Revista Médica Hondureña, 34:231, 1966. i

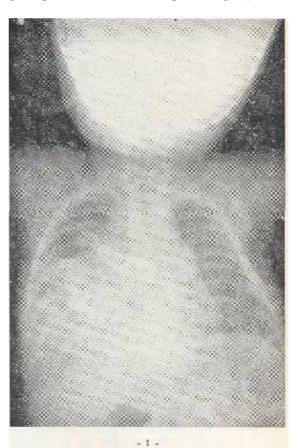
Radiografía preoperatoria, obsérvese la opacidad y zonas de radiotransparencia de aspecto quístico en la base y porción media del campo pulmonar derecho. Hay también desviación del mediastino hacia el lado izquierdo.

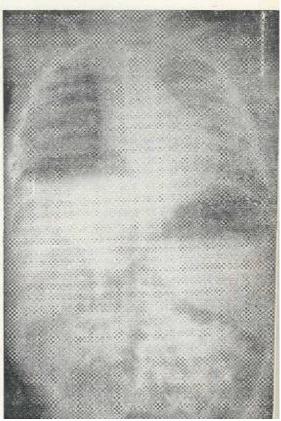
Esquema del pulmón derecho que demuestra el aspecto poliquístioco del parénquima y presencia de la arteria aberrante con sus dos colaterales entrando en el lóbulo secuestrado.

Radiografía postoperatoria después de neumonectomía izquierda, demostrando el

diastino en posición normal.







Sección informativa

Posibilidades de Estudios Médicos para Post" graduados en Alemania, especialmente en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo.

Dr. Jaffé Ludwig (*)

Señor Decano, señores profesores, estimador colegas, damas y caballeros:

Antes de hablar sobre el tema del día quisiera expresar mi gratitud por el honor de la invitación y mi alegría de estar otra vez en mi querida Honduras que siempre considero mi patria adoptiva.

Los lazos amistosos entre las Américas y Alemania existen hace mucho tiempo. Esta amistad es fructuosa y de beneficio mutuo en muchos aspectos, también en la medicina. Me es grato poder hablar hoy sobre las posibilidades de estudios médicos para postgraduados en Alemania e informar especialmente sobre el Instituto de Enfermedades Tropicales y marítimas en Hamburgo.

Los médicos extranjeros pueden trabajar en hospitales de la República Federal de Alemania bajo las condiciones siguientes: los- colegas deben demostrar por medio de un certificado de la representación diplomática alemana en su patria (embajada, consulado, etc.) o de un Instituto Goethe que dominan el idioma alemán; adebás deben probar la autenticidad de sus diplomas médicos nacionales. Debo subrayar la importancia de la preparación en el **idioma**, ya que sin ella no es posible aprovechar las oportunidades de los estudios en Alemania. Por el momento hay escasez de médicos asistentes. De esta manera hay de vez en cuando oportunidades para extranjeros de ser empleados temporalmente en puestos regulares, naturalmente con los mismos salarios que los nacionales. El permiso de ejercer en un hospital autoriza por lo común por uno ó dos años aunque pudiera ser prorrogado. Es otorgado por la autoridad de salud pública del estado federal donde se encuentra el hospital y vale solamente para dicho estado.

Ahora algunas informaciones sobre el INSTITUTO DE ENFERME-DADES TROPICALES Y MARÍTIMAS en Hamburgo donde yo trabajo. El instituto es el más grande de esta índole en los países de habla alemana. Fue fundada hace 66 años por ¡a iniciativa del Dr. Bernhard NOCHT, un discípulo de Robert KOCH. Miembros del instituto fueron SCHAUDIN, el descubridor de la spirochaeta pallida; GIEMSA, recordado por su coloración, el brasileño ROCCHA LIMA quien descubrió las lesiones anatómicas del hígado en la fiebre amarilla y otros científicos más. Durante la segunda guerra mundial una gran parte de los edificios fue destruida pero ahora todo está reconstruido y el Instituto está organizado de la manera siguiente:

Depende del Departamento de Salud Pública del estado federal de Hamburgo y es afiliado a la Universidad. El director del instituto es siem-

(*) Conferencia en el Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, D. C, 2? de febrero de 1967. — Dr. Ludwig- Jaffé, Tropeninstitut Bernhard-Nocht-Strasse 74, 2 Hamburg 4, Alemania).

pre catedrático de medicina tropical; ahora es el Doctor VOGEL, helmintólogo de reputación internacional. El predecesor del Dr. VOGEL fue el Dr. NAUCK quien había trabajado una temporada como patólogo en Costa Rica.

El Instituto tiene doce departamentos. Primero el hospital con la clínica externa. Después de años de trabajo el hospital acaba de ser reconstruido. Tiene 92 camas. De estas camas hay 14 en la sala de recepción, 21 en la sala de aislamiento para enfermedades infecciosas, 27 en la sala privada y el resto en salas generales. Se admiten pacientes con enfermedades tropicales y de medicina interna. La clínica externa sirve en primer lugar para examinar a los viajantes que van y regresan de los trópicos. Hay un puesto de médico asistente reservado para nacionales de países en desarrollo.

Naturalmente no hay enfermedades tropicales endémicas en Alemania y no hay vectores que pueden transmitirlas. Pero el turismo internacional aumenta cada año más. Hay además en Alemania un millón de trabajadores extranjeros, gran parte de ellos del Sur de Europa y del litoral mediterráneo. También cerca de 250.000 alemanes trabajan en los trópicos. De esta manera ya hay problemas clínicos. Desde el punto de vista de salud pública hay solamente un problema tropical la viruela en viajeros aéreos ingresando de ultramar. De las otras enfermedades llamadas tropicales la malaria se encuentra de vez en cuando en turistas, marineros y otros viajeros. La leishmaniasis ha sido encontrada en algunos casos. La lepra fue diagnosticada doce veces en gentes que habían vivido en el extranjero. En el hospital la mayoría de las enfermedades tropicales observadas son casos crónicos y secuelas de enfermedades tropicales. Los pacientes extranjeros eran originarios de 78 diferentes naciones.

Aparte del hospital los otros departamentos son los siguientes: química fisiológica, helmintología, protozología, entomología, higiene tropical incluyendo bacteriología y virología canica, además los departamentos de investigación virológica fundamental, de anatomía patológica, de medicina veterinaria tropical, de epidemiología y de medicina marítima. Todos los departamentos mencionados se dedican a la investigación fundamental y aplicada y ayudan al hospital y otros servicios de salud pública con exámenes de sus ramas respectivas. Para mencionar solamente algunos problemas investigados en los últimos años puedo citar lo siguiente:

En el departamento de química fisiológica fueron examinadas la excreción de drogas antipalúdicas, cuestiones de alimentación, la microscopia de fluorescencia de los parásitos de la malaria humana. En el departamento de helmintología se investigó especialmente la esquistosomiasis, equinococosis, paragonomiasis y métodos serológicos. En el departamento de protozoología investigaron tripanosomiasis, protozoos de los intestinos y los parásitos del paludismo. En el departamento de entomología fueron investigados: la resistencia de insectos a los insecticidas, las rickettsiosis, la distribución y biología de Simulum damnosuni en Guinea, el vector de la oncocercosis en este país africano. Miembros de este departamento trabajaron también en otras partes de África para ayudar en la erradicación de la malaria. El departamento de higiene tropical se ocupó en primer lugar con los problemas inmunológicos de la viruela y con los virus respiratorios. El departamento de virología se dedicó a la investigación de los virus de la viruela y de la fiebre amarilla. Ya había mencionado la importancia del tráfico aéreo internacional para la transmisión de la viruela.

Por avión llegan a Alemania de vez en cuando individuos que se encuentran en el estado de incubación. Como Uds. saben, en pacientes vacunados el cuadro clínico muchas veces es menos característico. Además, 3a gran mayoría de los médicos de la zona templada no tienen experiencias prácticas con esta enfermedad. En un cierto número de casos sospechosos el departamento de virología pudo aclarar por medio de microscopía electrónica el diagnóstico dentro de pocas horas?. Estos diagnósticos fueron confirmados después en huevos incubados. De los trabajos del departamento de anatomía patológica quiero mencionar aquellos sobre lepra y oncocercosis. En el departamento de epidemiología se trabajó sobre la médula ósea en la malaria y la distribución de la oncocercosis en Guinea. El departamento de medicina marítima acaba de ser fundado. Su tarea es la investigación de todos los problemas de salud en el transporte marítimo. En el departamento de **medicina veterinaria tropical** fueron investigados problemas de las zoonosis, de las epizootias y el mantenimiento de animales experimentales. Hay una casa **de animales** experimentales de dos pisos a la disposición de todos los departamentos. Aparte de laboratorios de fotografía y dibujos debo mencionar la biblioteca. Esta, a cargo de dos bibliotecarias, tiene más de 15.000 libros y más de 44.000 separatas y tesis doctorales; recibe regularmente 225 revistas, en la mayoría extranjeras.

Muy interesante para el futuro del Instituto será la **sucursal en Liberia** que probablemente se va a abrir dentro de los próximos años.

Una tarea importante del Instituto es la enseñanza. Casi todos los jefes de departamento son profesores de la universidad y dan clases para estudiantes. Para graduados hay cada año desde abril hasta julio un curso de medicina tropical y parasitología médica. Se admiten graduados en medicina, medicina veterinaria y biología. Los extranjeros deben, como ya hemos* mencionado, probar la autenticidad de su diploma nacional y probar que tienen suficientes conocimientos del idioma alemán. En los últimos años casi la mitad de los participantes fueron extranjeros. Es aconsejable pedir admisión cuatro y hasta seis meses antes del comienzo del curso. Por lo común se dan conferencias en la mañana y cursos prácticos en la tarde. Los temas más importantes del curso son: artrópodos como agentes causales y vectores, helmintología y enfermedades causadas por helmintos, protozoología y enfermedades causadas por protozoos, enfermedades* causadas por bacterias y virus, micosis, rickettsiosis, enfermedades tropicales de otra eliología, higiene, alimentación y malnutrición, aclimatización, animales venenosos, medicina veterinaria tropical y vacunaciones. Siempre hay también conferencias sobre experiencias personales en varias partes del mundo tropical, excursiones, visitas de empresas industriales, exposiciones de librerías, de casas farmacéuticas y ópticas. Los docentes son miembros del instituto y profesores de otros institutos y hospitales de Hamburgo, Munich, Túbingen, Zurich y Basilea. Los derechos le matrícula ascienden a 240 marcos, es decir \$ 60.00. Se certifica la participación regular. Los cursistas pueden también someterse a un examen a fin del curso. Los derechos para el examen son \$ 5.00. Los aprobados reciben un diploma. Los derechos mencionados cubren también preparaciones microscópicas, pero no casa y comida. Es necesario buscar una habitación temprano.

Aparte del curso hay siempre **posibilidades para especialistas** de trabajar de manera individual sobre problemas científicos. Tales trabajos deben ser arreglados con el director del Instituto y el jefe del departamento respectivo.

Estatutos de los Profesionales Médicos del IHSS

La Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social en uso de las atribuciones que le confiere la ley,

A C U E R D A: Emitir el siguiente

ESTATUTO DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS DEL IHSS

CAPITULO I **DISPOSICIONES**

GENERALES

- Art. 1.—El preesnte Estatuto, para médicos y odontólogos del Instituto Hondureño de Seguridad Social, constituye un régimen complementario a la Ley del Seguro Social.
- Art. 2.—De conformidad con el Art. 31 de la Ley Orgánica del Seguro Social, el presente Estatuto regulará todo lo concerniente a los servicios que médicos y odontólogos presten a 1 IHSS, en calidad de empleados. Por tanto, determinará lo siguiente: condiciones de ingreso, escalafón, grados y remuneraciones; horario de trabajo; vacaciones, permisos y becas; comisiones y reemplazos; faltas y sanciones, procedimientos y demás disposiciones necesarias.
- Art. 3.—Las disposiciones del presente Estatuto no serán aplicables a los médicos y pasantes internos de los servicios hospitalarios, quienes-, debido a la condición de empleados temporales y a las modalidades especiales de su régimen de trabajo, estarán sujetos a las normas de un Reglamento propio y a lo que estipule el contrato de trabajo que se firmará en cada caso.
- Art. 4.—Además, se excluyen de las disposiciones del presente Estatuto las horas adicionales asignadas- a un profesional médico por aumento temporal de las necesidades del Instituto.

POSIBILIDADES DE ESTUDIOS

Al fin quiero mencionar que bajo los auspicios del Instituto está siendo publicada una **revista trimestral de medicina tropical y parasitología.** Los manuscritos pueden ser presentados en alemán o inglés. Un resumen en castellano es deseable. Además-: cada información sobre investigaciones, observaciones y experiencias en países tropicales como también material para examen histológico, bacteriológico y vírológico es siempre apreciado.

Tampoco se aplicarán a los médicos que fueren nombrados en alguna situación de emergencia. En estos casos el nombramiento no podrá exceder de dos meses, al vencimiento de los cuales terminará automáticamente.

Podrá, también, terminar antes, sin derecho a ulterior reclamo, cuando haya cesado la situación de emergencia que motivó el nombramiento.

Todo esto debe quedar estipulado en el respectivo acuerdo de nombramiento.

- Art. 5.—Cualesquiera circunstancias **relacionadas** con los profesionales médicos y no contempladas en este Estatuto, serán reguladas por las disposiciones contenidas en el Estatuto de Empleado del Instituto Hondureño de Seguridad Social.
- Art. 6.—La aplicación del presente Estatuto no significará disminución de rentas para ninguno de los profesionales médicos. Si por las disposiciones en él cnoetnidas a alguno de los profesionales médicos le correspondiere un sueldo inferior del que actualmente gozare, la diferencia se le cancelará a título personal y se irá absorbiendo en relación con los quinquenios y aumentos de grado.
- Art. 7.—No obstante lo dispuesto en este Estatuto, ningún profesional médico u odontólogo del Instituto podrá devengar un sueldo superior al asignado al titular de la Dirección General.

CAPITULO II DE LOS

PROFESIONALES MÉDICOS

- Art. 8.—Todo médico y odontólogo que preste sus servicios profesionales en el IHSS, de conformidad con las condiciones aquí establecidas, se denominará "profesional médico"', **para** los efectos del presente Estatuto y se regirá por sus disposiciones.
- Art. 9.—El ingreso de un profesional médico a la planta del IHSS, se hará en el último grado del escalafón (grado 5º) previo concurso de antecedentes, a menos que se trate de un cargo de la confianza exclusiva y libre designación del Poder Ejecutivo, como son los contemplados en el Art. 25 de la Ley del Seguro Social, cuando estos nombramientos recaigan en médicos u odontólogos.
- Art. 10.—Para llenar los cargos de profesionales médicos', deberá llamarse a amplio concurso de antecedentes, dentro del plazo de 30 días, contados desde la fecha en que se produjo la vacante o se creó la nueva plaza.
- Art. 11.—Cuando, en una determinada Unidad, se trate de llenar vacantes, que no impliquen jefatura y en ella haya profesionales médicos titubares que no gocen de jornada completa, el llamado a concurso afectará exclusivamente a dichos profesionales de una misma especialidad. El aviso que lame a concurso interno deberá expresar esta circunstancia.
- Art. 12.—A falta de oponentes en un llamado a concurso interno, se hará un concurso amplio de antecedentes. Si tampoco se presentaren opo-

nentes, la Dirección General podrá designar, en propiedad, sin más trámite, a cualquier profesional idóneo, siempre que se comprometa a servir efectivamente el cargo por un año como mínimo.

- Art. 13.—Para optar a un cargo de profesional médico del IHSS, se requiere ser hondureño de nacimiento o por naturalización, encontrarse en pleno goce de los derechos civiles, **tener** el título **profesional** correspondiente, estar legalmente incorporado a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y pertenecer al Colegio Profesional respectivo.
- Art. 14.—Todo acuerdo de nombramiento deberá contener: a) La individualización del profesional; b) Colegio Profesional en que se encuentra inscrito y número de inscripción; c) Cargo que va a desempeñar; d) Lugar y condiciones de trabajo; e) Jornada de trabajo; f) Grado que ocupa en el escalafón, y g) Remuneración y demás características del cargo.
- Art. 15.—Los profesionales médicos que sean designados en puestos de confianza del Ejecutivo, podrán retener la propiedad de su cargo mientras dure su gestión y reintegrarse el término de ella.

Durante ese período no percibirán renta alguna, pero ese lapso, para el sólo efecto del cómputo de la antigüedad en los servicios, se considerará como efectivamente trabajado.

El sustituto quedará en carácter de interino.

CAPITULO III ESCALAFÓN.

GRADOS, REMUNERACIONES

Art. 16.—Los profesionales médicos que desempeñen un cargo en propiedad serán encasillados en un escalafón de cinco grados y en la siguiente proporción:

En el grado I⁹, hasta el 10% de los profesionales médicos*;

En el Grado 2?, hasta el 15%;

En el grado 3<>, hasta el 20%;

En el grado 4^{(->}, hasta el 35%; y

En el grado 5^Q, hasta el 20% restante.

Estas proporciones deberán ser ajustadas anualmente al 31 de diciembre.

Art. 17.—Al producirse una vacante el profesional médico ascenderá automáticamente al grado superior. Para establecer el orden de ascenso deberá formarse por grados una lista de méritos y otra de antigüedad. La primera estará constituida por los profesionales médicos según el puntaje que hayan obtenido en sus calificaciones anuales, las que serán obligatorias. La segunda estará formada por los profesionales médicos según sus años de servicio en el Instituto. En relación con estas dos listas los ascensos se harán cinco por mérito y uno por antigüedad.

Si al confeccionar la lista de mérito se produjera empate entre dos o más profesionales médicos, se seguirá el orden, atendiendo en primer lugar a la antigüedad en la Institución, luego a la antigüedad del título profesional y por último se dirimirá por sorteo. En los empates en la lista de antigüedad en la Institución, el o se seguirá atendiendo primero a la antigüedad del título y después sorteo.

güedad", que servirá de base para los ascensos, será hecho por una '

Art. 18.—El ordenamiento dentro de las listas de "mérito" y "a misión de Escalafón y Calificaciones de Profesionales Médicos" cor tuida por el Director del Instituto o su Delegado, que la presidirá Subdirector; el Jefe del Departamento de Servicios Médicos y los J(de nulidades a que pertenezcan los profesionales de que &e trata.

Actuará de Secretario, el Secretario General del Instituto.

- Art. 19.—El sueldo mensual base del grado 5? por cada doce hr semanales de trabajo, dos horas dianas, será de 300 lempiras. La h< semanal de trabajo o los horarios de cuatro o más horas se pagarán proporción al sueldo mensual base establecido por dos horas.
- Art. 20.—La diferencia de sueldo entre cada uno de los grados es blecidos en el artículo 15 será de 5%, de manera que el grado I' tened con respecto al grado 5^ una diferencia de un 20%.
- Art. 21.—Los profesionales médicos tendrán derecho a un aumento del 5% sobre el sueldo base, cada cinco años de antigüedad, con un máximo de un 25%,

Para los efectos de este beneficio, se contará tanto el tiempo de ingreso al Instituto, como los años servidos como médico u odontólogo e un cargo dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o en otros servicios privados u oficiales, nacionales o extranjeros que otorguen atención médico-social, bien organizada. También se contarán k años de especialización, después de obtenido el título profesional, en Ser vicios Médicos o Universidades nacionales o extranjeras, que sean debídamente certificados.

Tanto los servicios privados nacionales o extranjeros, los oficíales extranjeros o los años de especialización, serán calificados por la Comisión establecida en el Art. 18 del presente Estatuto. De todos estos años se computarán sólo los ,que no sean paralelos.

- Art. 22.—Se establecen además las siguientes asignaciones especiales, que serán calificadas por la misma Comisión a que se refiere el artículo anterior, los que se aplicarán a la función y sobre el sueldo base del grado 5°:
 - a) 10% a los que desempeñen funciones directivas de tipo nacional;
 - b) 5% a los que desempeñen funciones directivas de tipo local, y
 - c) 10% a 25% a los que tengan obligación de permanecer en los ser vicios o dar atención médica a horas diferentes de las contratadas, o en trabajo nocturno o de días festivos.
- Art. 23.—A los profesionales médicos que tengan sólo horario de Consultorio Externo, sin trabajo regular en Sala, pero que ejecuten intervenciones quirúrgicas por llamada y las deban controlar o deban permanecer en el hospital en turnos nocturnos, se les pagará una asignación correspondiente al sueldo base de dos horas en grado 5<?.

- Art. 24.—En casos especiales, que calificará la Junta Directiva, se podrá otorgar sobre el sueldo base del grado 5° las siguientes asignaciones:
 - a) 5% a 15% para aquellas especialidades que cuenten con muy pocos especialistas, y *
 - b) 10% a 20% para los profesionales médicos que sirvan funciones respecto de las cuales se acuerde otorgar una asignación de estímulo.
- Art. 25.—Las asignaciones contempladas en el artículo anterior sólo podrán ser concedidas por el término de un año, pudiendo renovarse anualmente, si las condiciones que las motivaron persisten.
- Art. 26.—Cuando la suma de las asignaciones contempladas en los artículos 22 y 24 sea superior a un 35%, los beneficios sólo se otorgarán hasta ese límite.

Los profesionales médicos a tiempo completo no podrán gozar de las asignaciones contempladas en los artículos 22 letra c), 23 y 24.

CAPITULO IV HORARIO

DE TRABAJO

Art. 27.—El horario de trabajo completo que un profesional médico puede contratar será de ocho horas diarias, que se asignará solamente al Jefe de Departamento de Servicios Médicos y a los Jefes de Unidades. Para el resto de los profesionales médicos el horario máximo será de seis horas diarias.

Este horario deberá ser estrictamente cumplido, siendo controlado por los Jefes de Unidades y por medio del reloj control. Tanto la marca del reloj control por otra persona, como la ausencia de la Unidad, mientras en el control figure como presente, se considerarán faltas graves.

Art. 28.—Se tratará, dentro de lo posible, que el nombramiento de los profesionales médicos sea por jornada de trabajo no inferiores a cuatro horas diarias y que cuando éstas sean de consultorio externo, se hagan en dos jornadas separadas.

En otros casos, cuando la jornada de 4 horas comprenda trabajo de consultori externo e intrahospitalario, el horario deberá cumplirse en forma continuada. Igual cosa con las jornadas de 2 horas.

Si el horario contratado es superior a 4 horas diarias, la jornada deberá cumplirse en dos períodos.

Estas disposiciones dejarán de cumplirse sólo en casos muy excepcionales, calificados por el Jefe del Departamento de Servicios Médicos.

CAPITULO V DE LAS

CALIFICACIONES

Art. 29.—El Instituto Hondureño de Seguridad Social calificará anualmente a sus profesionales médicos.

Esta calificación se hará en base a tres listas: "A", "B" y "C'que corresponden a:

Lista "A", Buena,

Lista "B'\ Regular, y

Lista "C", Mala.

- Art. 30.—La calificación será efectuada por la Comisión de Escalafón y Calificaciones de los Profesionales Médicos, a que se refiere el Artículo 18 del presente Estatuto, y funcionará de acuerdo a lo que establezca el Reglamento de Calificaciones.
- Art. 31.—Loa profesionales* médicos serán calificados de acuerdo con los siguientes factores:
 - a) Conocimientos Técnicos;
 - b) Rendimiento de trabajo;
 - c) Criterio médico-social;
 - d) Cooperación técnica y funcionaria;
 - e) Disciplina y puntualidad, y
 - f) Salud.
- El Reglamento de Calificaciones determinará la forma de ponderar estos factores.
- Art. 32.—Para resolver los reclamos que por las calificaciones pudieran presentarse, se crea una Comisión de Apelaciones constituida por un médico elegido por la Junta Directiva, un médico del Instituto, elegido por sorteo entre aquellos que no hubieren presentado reclamación por la calificación, un médico en representación del Colegio Médico, y el Jefe de la Unidad respectiva que la presidirá. El Secretario se elegirá por sorteo entre los médicos integrantes de la Comisión. Las resoluciones de esta Comisión se adoptarán por himple mayoría de votos y contra ellas no cabrá ulterior recurso.
- Art. 33.—Deberá cesar en su cargo el profesional médico que fuere calificado dos veces consecutivas en lista "C".

CAPITULO VI

VACACIONES Y PERMISOS

- Art. 34.—Los profesionales médicos tendrán derecho a vacaciones con goce íntegro de sus sueldos-, una vez al año, lo que se computará por años completos de servicio continuo en la Institución.
 - Art. 35.—La duración de estas vacaciones será la siguiente:
 - a) El primer año de servicio: diez días hábiles;
 - b) Después de dos años de servicio doce días hábiles;
 - c) Después de tres años de servicio; quince días hábiles, y
 d) Después de cuatro años- o más de servicio: veinte días hábiles
 - d) Después de cuatro años- o más de servicio: veinte días hábiles (excluidos los domingos y festivos).
- Art. 36.—Los profesionales médicos que trabajen con radiaciones ionizantes (Rayos X, Radio y Radiumterapia, Isótopos radioactivos, etc.) tendrán derecho a que, además de las vacaciones* ordinarias, se les otor-

guen vacaciones especiales de 15 días corridos, las que deberán .estar separadas por no menos de cuatro meses de las vacaciones ordinarias.

- Art. 37.—En el caso de un profesional médico que amplíe &u horario de trabajo en la Institución, tendrá derecho a vacaciones por estas nuevas horas contratadas, a contar de los seis meses de la ampliación y deberá gozarlas conjuntamente con las vacaciones que le corresponden por su trabajo inicial y por igual número de días.
- Art. 38.—Cada profesional médico recibirá tres días antes de iniciar sus vacaciones, el sueldo normal correspondiente a ese período.
- Art. 39.—Los calendarios de vacaciones serán preparados por los Jefes de las respectivas Unidades, de manera que no sufran menoscabo los servicios que se otorgan.
- Art. 40.—Las vacaciones pueden ser acumuladas o compensadas en dinero, hasta por tres años, en caso de no encontrarse sustituto para el profesional médico y si sus funciones no pueden suspenderse, aunque sea temporalmente, a juicio del Departamento de Servicios Médicos.

En otros casos sólo se podrán acumular vacaciones hasta un máximo de dos años, cuando sea para realizar cursos o estudios de perfeccionamiento, en el país o en el extranjero. Para ésto el profesional medico deberá solicitarlo por escrito al respectivo Jefe de Unidad, quien lo comunicará a la Dirección General para su resolución.

- Art. 41.—Los Jefes de Unidad, en casos calificados, podrán autorizar que las vacaciones se tomen fraccionadamente.
- Art. 42.—Los profesionales médicos tendrán derecho a los siguientes días feriados: 1 de enero; 14 de abril; 1 de mayo; 15 de septiembre; 3, 12 y 21 de octubre; 25 de diciembre y jueves, viernes y sábado de la Semana Santa.

El disfrute de este derecho estará sujeto a las condiciones de trabajo, turnos y necesidades del servicio, calificadas por los Jefes de Unidad.

Art. 43.—En casos especiales los Jefes de Unidad estarán autorizados para conceder a los profesionales médicos de su dependencia, por resolución fundada y cuando las circunstancias lo justifiquen, permisos fraccionados o continuos, hasta de seis días por cada año calendario, con goce total del sueldo.

Los Jefes de Unidad deberán comunicarlo al Departamento de Personal para el control correspondiente.

- Art. 44.—El Instituto podrá otorgar permiso, sin goce de sueldo, en los siguientes casos:
 - a) Por motivos particulares, hasta de dos meses en cada año o seis meses, cada tres años, y
 - b) Para trasladarse al extranjero por el tiempo que se exprese al otor garse la licencia, la cual no podrá exceder de un año.
- Art. 45.—Los Profesionales médico» tendrán derecho a un máximo de siete días de permiso anual, con goce de sueldo, cuando asistan por propia iniciativa a Congresos o Conferencias Médicas nacionales o extranjeras.

Los solicitudes para este tipo de permisos deberán ser fundamentadas y resueltas por la Dirección General.

Este permiso no da derecho a otros beneficios económicos adiciónale» y el tiempo que exceda los siete días, será concedido, sin goce de sueldo, y de acuerdo a lo consignado en el artículo anterior.

CAPITULO VII

BECAS

Art. 46.—Se entiende por beca para los efectos de este Estatuto, el conjunto de beneficios que se otorguen a un profesional médico para que perfeccione sus conocimientos en una rama de su profesión.

Art. 47.—El Instituto podrá otorgar becas bajo las siguientes condiciones:

- a) Concedidas y costeadas enteramente por el Instituto;
- b) Concedidas por instituciones extranjeras y costeadas total o par cialmente por el Instituto;
- c) Concedidas por instituciones extranjeras y costeadas íntegramente por ellas, y
- d) Otros tipos de becas, como las otorgadas en cooperación con **otras** instituciones del país y con diferentes tipos de financiamiento.

Como norma general, las becas tendrán una duración máxima de dos años.

Art. 48.—La Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social es el organismo competente para el otorgamiento de becas, las que serán dadas preferentemente a los profesionales médicos con más de dos años de servicios en la Institución.

Art. 49.—Todos los estudios relacionados con el otorgamiento de becas a los profesionales médicos serán efectuados por una "Comisión de Becas" nombrada por la Dirección General, que tendrá igual composición que la Comisión establecida en el artículo 18 del presente Estatuto.

Art. 50.—Serán obligaciones y atribuciones de la Comisión de Becas:

- a) Estudiar los requerimientos científicos y técnicos especializados del Departamento de Servicios Médicos y con esta base plantear las necesidades de becas;
- b) Estudiar los ofrecimientos de becas que sean hechos por diversas instituciones con el fin de ver si se adaptan a las necesidades del Instituto;
- c) Estudiar como obtener becas, de instituciones nacionales y ex tranjeras, adecuadas a las necesidades del Instituto y con el máximo de beneficios;
- d) Estudiar los antecedentes de los candidatos a becas para ver si se ajustan a las necesidades del Instituto y a los requerimientos académicos de la beca.
- e) Proponer a la Junta Directiva:
 - 1.—Al profesional a quien estima acreedor a una beca, previo concurso de antecedentes,

- 2.—La asignación y demás beneficios adicionales que, según el tipo de beca, debería concedérsele al becario.
- 3.—El período de duración de la beca,
- 4.—La cancelación de la beca cuando el becario no demuestre aprovechamiento en sus estudios o por otra causa justificada, y
- 5.—Cualquier observación que pueda ser de interés para las resoluciones de la Junta, en* relación con las becas.
- f) Mantener por medio de la Secretaría General del Instituto un control sobre la eficacia de los estudios y aprovechamiento de los becarios, y
- g) Cooperar con la Sección de Archivo, para que se forme un expediente de cada becario con todos los documentos y antecedentes de estudio, títulos y diplomas¹, notas e informes, que integren su curriculum.
- Art. 51.—La Junta Directiva podrá otorgar asignaciones, cuando la institución becaria no cubra totalmente los costos, como pago de pasaje, hacia y desde el lugar de estudio, subsidios mensuales de mantención según el costo de vida del país, los que no podrán exceder de L 250.00 mensuales. Cualquier cantidad sobre esta suma se concederá en calidad de préstamo.
- Art. 52.—En caso de becas costeadas enteramente por el Instituto, se contemplarán todos los beneficios consignados en el artículo anterior y además los gastos de estudios que pudiera demandar la institución en que el becario realice sus estudios.

Art. 53.—Serán obligaciones del becario:

- a) Aceptar, sin ulterior reclamo, todas las condiciones que la Junta Directiva disponga al otorgar la beca, para lo que firmará un con trato, antes de su salida del país, con el Director General del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en que se establezca el tiempo, condiciones y cualquier norma que fije la Junta Directiva o que derive de los usos de la Institución;
- b) Cumplir con los planes de estudio y trabajos en la mejor forma posible:
- c) Enviar cada tres meses un informe completo sobre sus actividades;
- d) Redactar un informe final al término de la beca, consignando los principales aspectos de sus estudios y la mejor forma de aplicar los conocimientos y experiencia adquiridos, en provecho del Instituto y sus beneficiarios.
- e) Prestar sus servicios profesionales* en el Instituto por un período por lo menos igual al tiempo que gozó de la beca;
- f) Reembolsar al Instituto, en caso de no cumplir la cláusula ante rior, el monto total de las asignaciones y otros beneficios económicos que se le hubieren otorgado, y
- g) Igual reembolso deberá hacer el becario que rescindiera el con trato con el Instituto, antes de vencerse el plazo estipulado en la letra e), en cuyo caso deberá pagar las sumas de dinero equivalente a todo el tiempo que faltare para vencerse el contrato, tomando como base el monto de los beneficios recibidos en concepto de beca.

- Art. 54.—Si por incumplimiento de las obligaciones asignadas o por otra razón de peso calificada, &e cancela la beca antes de completarse el período establecido, el becario no podrá reclamar el cumplimiento del contrato.
- Art. 56.—Cuando los profesionales médicos deban viajar al exterior para asistir a conferencias o congresos de su especialidad, enviados en comisión por el Instituto, se aplicarán las normas generales contempladas en este Capítulo.

CAPITULO VIII

COMISIONES Y REEMPLAZOS

- Art. 57.—El profesional médico que deba cumplir una comisión de trabajo fuera del lugar donde desempeña habitualmente sus labores, tendrá derecho a los correspondientes viáticos, de acuerdo al Reglamento de Viáticos vigente.
- Art. 58.—Cuando fuere necesario sustituir temporalmente a un profesional médico, el suplente nombrado devengará el sueldo completo que le **correspondería** al titular en ejercicio, excepto los quinquenios.

CAPITULO IX FALTAS

Y SANCIONES

- Art. 59.—Toda falta de un profesional médico que el Jefe de la Unidad correspondiente juzgue leve o mediana, será sancionada con la siguiente escala progresiva:
 - a) Llamada de atención;
 - b) Amonestación verbal;
 - c) Amonestación por escrito;
 - d) Suspensión del empleo hasta por cinco días, sin goce de sueldo; y
 - e) Privación por un año de beneficios tales como aguinaldo, derecho a préstamos y permisos remunerados.
- Art. 60.—Las faltas que se estimen de carácter grave, obligan a levantar una información sumaria con todas las formalidades habituales.
- El Director General designará al profesional médico que levantará la información sumaria. Este no podrá ser jerárquicamente inferior al juzgado y hará las interrogaciones al afectado y a los testigos, recibirá los descargos, etc., para recomendar el sobreseimiento o la sanción que corresponda.
- Art. 61.—Las faltas graves serán sancionadas con la siguiente escala progresiva:
 - a) Suspensión del empleo sin goce de sueldo de 15 a 30 días;
 - b) Petición de renuncia; y
 - c) Destitución.
- Art. 62.—Toda falta que amerite la sanción de amonestación por escrito u otra superior, deberá quedar consignada en el expediente del profesional médico y se tomará en consideración para su calificación anual.

Art. 63.—Independientemente de la sanción que el IHSS pueda aplicar al profesional médico y cuando sea pertinente, a juicio del Director General, se enviará al Colegio Profesional respectivo un informe de la falta cometida para su conocimiento y fines que estime convenientes.

CAPITULO X

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- Art. 64.—No regirán las disposiciones contenidas en el artículo 9 del Estatuto de los Profesionales Médicos, para los médicos odontólogos actualmente servicio en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, que deben ser considerados titulares para todos los efectos de dicho Estatuto.
- Art. 65.—Dentro de un plazo de 90 días, desde la vigencia del presente Estatuto, deberá procederse al encasillamiento de los profesionales médicos en el escalafón y proporciones consignadas en el artículo 16.
- Art. 66.—Este encasillamiento será hecho por una Comisión que presidirá el Director General o su representante, asesorado por el médico de mayor jerarquía administrativa en la Institución, los Jefes de "Unidades y un médico en representación de la Junta Directiva del Colegio Médico. Actuará de Secretario el Secretario General de la Institución. Las resoluciones de esta Comisión se tomarán por simple mayoría.
- Art. 67.—Para el estudio del encasillamiento en el escalafón del Estatuto de los Profesionales Médicos, la Comisión tendrá en cuenta los siguientes antecedentes, que serán presentados por los interesados en el plazo de treinta días a contar de la vigencia del presente Estatuto;
 - 1.—Tiempo de ejercicio profesional y de servicio en el Instituto Hondureño de Seguridad Social.
 - 2.—Antecedentes que atestigüen la competencia para el cargo desempeñado. Sólo se aceptarán los antecedentes cuya entrega haya sido hecha-en el plazo señalado.
 - a) Opinión de los jefes respectivos;
 - b) Cursos y Comisiones de estudio en el país y en el extranjero;
 - c) Trabajos publicados o presentados¹ en reuniones científicos;
 - d) Calidad de miembro de sociedades científicas, y
 - e) Cargos de Jefatura.

Sólo se aceptarán los antecedentes que se hayan entregado en el plazo señalado, para cuya valoración se seguirán las normas establecidas en el Reglamento de Concursos.

- Art. 68.—Quedan derogadas todas las disposiciones adoptadas con anterioridad por la Junta Directiva o la Dirección General que se opongan o modifiquen total o parcialmente las normas establecidas en este Estatuto.
- Art. 69.—El presente Estatuto entrará en vigencia a partir de su promulgación.

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, a los doce días del mes de agosto de mil novecientos sesenta y cinco.

REGLAMENTO de la Revista Médica Hondureña

I.—FINES:

- Art. I⁹—La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de publicidad del Colegio Médico de Honduras.
- Art. 2⁹—En ella se publicarán trabajos científicos originales e inéditos escritos, .por los médicos colegiados, en idioma nacional. Podrá reproducir, a criterio del Consejo Editorial, artículos de autores nacionales o extranjeros, siempre que sean de interés general y relacionados con la medicina.
- Art. 39—La reproducción de artículos originales de la Revista Médica Hondureña en otras revistas y boletines, será permitida siempre que **ello** se haga constar con los artículos publicados.
- Art. 4¹?-—La Revista Médica Hondureña será distribuida gratuitamente en la siguiente forma:
 - a) Un ejemplar para cada uno de los colegiados;
 - b) Tres ejemplares para cada uno de los autores de los trabajos con templados en el Artículo 19;
 - c) Dos ejemplares para cada uno de los anunciantes;
 - ch) Diez ejemplares a la Biblioteca Médica Nacional;
 - d) Diez ejemplares al Archivo y, Biblioteca Nacionales;
 - e) El número de ejemplares que el Consejo Editorial determine a otras organizaciones o personas que estime conveniente.
- Art. 59—La Revista Médica Hondureña aparecerá cada tres meses. Los números de cada año formarán un volumen.

II.—DEL CONSEJO EDITORIAL

- Art. 6?—La Revista estará dirigida por un Consejo Editorial integrado por un director, un administrador, un secretario y cinco redactores. Todos ellos deberán ser colegiados y estar en pleno goce de sus derechos.
- Art. 79—El Consejo Editorial durará en sus funciones un año y sus miembros podrán ser reelectos.
- Art. 8?—La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras nombrará al director y al administrador de la revista. Los demás miembros del Consejo Editorial serán nombrados por el director previa autorización de la Junta Directiva.
 - Art. 9¹?—Son funciones del director:
 - a) Distribuir entre los miembros del Consejo Editorial el trabajo correspondiente a cada tiraje en la forma que estime conveniente.

- b) Convocar y presidir las sesiones del Consejo Editorial;
- c) Supervisar la impresión de la revista;
- d) Autorizar toda erogación que haga el administrador;
- e) Presentar anualmente a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras un informe de la labor realizada durante su período administrativo;
- f) Seleccionar la imprenta donde será publicada la revista. Esta se lección se basará en condiciones económicas, de responsabilidad y de capacidad técnica.
- g) Todas las que le asigne la Junta Directiva del Colegio.

Art. 10⁹—Son funciones del administrador:

- a) Llevar ordenadamente las cuentas de la revista;
- b) Gestionar y celebrar contratos de anuncios comerciales y recaudar los pagos de los mismos;
- c) Proponer al Consejo Editorial modificaciones en las tarifas de anuncios, cuando lo estime conveniente.
- d) Efectuar los pagos autorizados por el director;
- e) Presentar un informe económico sobre el ejercicio del período anterior cada seis meses al Consejo Editorial, y a la Junta Directiva del Colegio Médico en la primera quincena de enero.
- f) Todas las que le asigne la Junta Directiva del Colegio y el director de la revista.

Art. II⁹-—Son funciones del Secretario:

- a) Llevar ordenadamente la correspondencia;
- b) Recoger el material para la publicación y someterlo a la consideración del Consejo Editorial;
- c) Levantar acta de las sesiones del Consejo Editorial;
- d) Todas las que le asigne el director de la revista.

Art. 1"—Son funciones de los redactores:

- a) Asistir al director en la corrección de pruebas de imprenta;
- b) Aceptar los artículos que le sean remitidos por el director, para decidir si procede o no su publicación. La selección de estos artículos se hará tomando en consideración la calidad científica de los mismos, bibliografía consultada, originalidad, nitidez en la representación, ajuste a este reglamento y a las estipulaciones bibliográficas internacionales¹.
- c) Todas las que le sean asignadas por el director de la revista.

Art. 13⁹—El Consejo Editorial celebrará sesiones ordinarias inmediatamente después de la publicidad de cada número, y extraordinarias cada vez que sea convocado por el director.

Art. 14²—El director nombrará al sustituto de cualquier miembro del Consejo que presente y le sea aceptada su renuncia o se ausente. Se exceptúa el administrador que solamente podrá ser sustituido por la Junta Directiva del Colegio Médico.

Art. 15?—El Consejo Editorial fijará el número de ejemplares de cada tiraje.

III.—DE LAS SECCIONES DE LA REVISTA

Art. 169—En todo número de la revista deberán aparecer las siguientes secciones:

- a) Una sección gremial de índole informativa, donde se haga divulgación a los eventos de interés general para los-colegiados. Esta sección estará a cargo de la Junta Directiva del Colegio;
- b) Los nombres de los miembros de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, del Tribunal de Honor, del Comité de Vigilancia, de otros organismos que pudieran ser creados y la lista completa de los colegiados en pleno goce de sus derechos;
- c) Los nombres de los miembros de la Juntas Directivas de las diferentes asociaciones especializadas;
- d) Los nombres de los integrantes del Consejo Editorial;
- e) El índice de los anunciantes;
- f) Los extractos de revistas nacionales o extranjeras.

Art. 17?—Las secciones enumeradas en el artículo anterior no podrán ser modificadas ni suprimidas de la revista.

Art. 18⁹—El Consejo Editorial podrá crear, modificar o suprimir las otras secciones científicas de la revista en la forma que estime conveniente para su buena marcha.

IV.—DE LOS TRABAJOS ORIGINALES:

Art. 19^y—Los trabajos originales podrán ser de los siguientes* tipos:

- a) De investigación científica;
- b) De divulgación científica;
- c) Presentación de casuística nacional;
- d) Estadísticos;
- e) Monografías.

Art. 20?—Las colaboraciones deberán ser remitidas al secretario de la revista.

Art. 219—El director comisionará a uno de los miembros del Consejo Editorial para verificar la evaluación científica del trabajo. Este nombramiento deberá recaer en el colegiado, que de acuerdo con su especialidad, esté más capacitado.

- Art. 22?—Todos los trabajos deberán ser remitidos a máquina, a doble espacio, sin exceder de veinte páginas, y deberá contener al final, siempre que sea posible, un resumen en español y en inglés o interlingua. Asimismo deberá contener en hoja aparte la bibliografía consultada, en la forma siguiente:
 - a) Número de referencia intercalada en el texto;
 - b) Apellido del autor (en orden alfabético), en letras mayúsculas;
 - c) Iniciales del nombre del autor, en letras mayúsculas;
 - d) Título del artículo consultado;
 - e) Nombre de la revista boletín consultado, con las abreviaturas establecidas en el Index Medicus;
 - f) Volumen de la revistado boletín;
 - g) Número de la primera página del artículo consultado;
 - h) Año de la publicación;
 - En caso de un libro en la referencia, deberá hacerse constar además del nombre del autor y del título del libro, el nombre de la casa editorial, la ciudad, la edición, el número de la primera página consultada y el año de publicidad;
 - i) No se publicarán trabajos sin referencias bibliográficas y en el orden indicado, excepto aquellos que por su índole no lo ameriten.
- Art. 23°—Las ilustraciones, en blanco y negro o a colores, serán remitidas por separado, detallando en forma clara la leyenda que debe ir al pie de cada ilustración.
- Art. 24⁹—El costo en que se incurra por concepto de fotograbados será pagado así: Los primeros cuatro por la administración de a revista y os restantes por el autor.
- Art. 25?—El Consejo Editorial se reserva el derecho de rechazar cualquier trabajo que no llene los requisitos estipulados en este reglamento, o que a su juicio no se ajuste a las exigencias de orden científico, ético o estético, establecidos internacionalmente.
- Art. 26?—La publicación por separatas será por cuenta del interesado y deberán ser solicitadas por escrito al entregar el trabajo.

V.—DE LOS ANUNCIOS

- Art. 27°—Los anuncios serán gestionados y su contrato celebrado por el administrador, refrendado este último con la firma del director.
 - Art. 28*?—Las tarifas para anuncios las fijará el Consejo Editorial.
- Art. 29¹?—Todo cambio o supresión de un anuncio deberá solicitarse por escrito a la administración de la revista a más tardar treinta días después de la publicación de un número; de lo contrario, se dará por entendido que aparecerá en la misma forma en el número siguiente. Se exceptúa los que tengan estipulaciones precisas en el contrato respectivo.

Art. 30⁹—El administrador se hará responsable de los clisés y cualquier otro material suministrado por el anunciante.

VI.—DISPOSICIONES GENERALES

Art. 319—Los ejemplares no distribuidos serán entregados al secretario del Colegio Médico de Honduras, acompañados de una nota de remisión.

Art. 32?—Todo lo no previsto en este reglamento será resuelto por el Consejo Editorial.

Art. 33*?—Este Reglamento entrará en vigor cuando sea aprobado por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

(Aprobado por la Junta Directiva del Colegio Médico el día jueves 12 de mayo de 1966, Acta N? 82, sesión extraordinaria)

(Viene de la página 2)

EDITORIAL

la corrección de las pruebas de galeras por los autores de cada trabajo, para evitar malos entendidos y reclamos injustificados.

A la Asociación Hondureña de Pediatría le hacemos, por este medio, una sincera y cordial invitación, en el sentido de que aunq sus esfuerzos a los nuestros, en los planos científico y económico, para que sus publicaciones se incluyan en este órgano oficial del Colegio Médico de Honduras, que tiene una mayor circulación y por ende mayores beneficios para todos.

Estamos dispuestos, para el desempeño de la honrosa y delicada misión que se nos ha encomendado, a no desmayar y seguir el ejemplo de nuestros predecesores para mejorar constantemente esta revista con el entusiasmo que anima a muchos y la estrecha colaboración de todos creo que podremos alcanzar nuestra meta, cual es, sentirnos orgullosos de nuestro medio publicitario.

CATALOGO DE LA BIBLIOTECA FRANCO - HONDUREÑA (*)

		\ /
M1	Sémiologie Clinique et Paraclinique Générale Art du diagnostic.	J. Ducuing
M2	Acquisitions médicales récentes.	
МЗ	Neuro-Chirurgie infantile.	Dr. Marc-Richard Klein
M4	Virologie Médicale.	G. Moustardier
M5	Lyon et la Médecine	
M6	Nouvelle pratique chirurgicale illustrée	J. Quenu
M7	*Accidents rénaux de la grossesse et de	
	l'avortement	Boris
M8	*Accidents thérapeutiques	Charpy
M9	*Activités du lobe occipital	Alajouanine
M10	*Activités du lobe temporal	Alajouanine
M11	*Anatomie du rhinencéphale	Guiot
M12	*Adenomes hypophysaires	Alajouanine
M13	*Affections de la chevelure et du cuir	204 (224) (100) (100)
	chevelu	Desaux
M14	*Affections de la macula	Baillard
M15	*Agressions, réanimation neuropsichique	Coirault
M16	*Albuminuries	Masteur
M17	*Anatomie médico-chirurgicale (fascicule)	Bellocq
M18	*Anatomie et pathologie artérielle de la moelle	Corbin
M19	*Anatomie descriptibe des éléments	
	physiologiques	Cahen
M20	*Angiographie cérébrale	Bonnal
M21	*Anticoagulants thérapeutiques	Soulier
M22	*Applications de la médecine	Lacombe
M23	*Anémies mégaloblastiques	Gelin
M24	*Anesthésic, réanimation Tome I Tome II	Le Brigand
M25	*Antibiotiques: Tétramycines,	7.20
	auréomycines 9.II	Comar
M26	*Bactériologie médicale	Fasquelle
M27	*Bases physiologiques, aspects cliniques de l'épilepsie.	Alajouanine
M28	*Blessés de la route	Arnaud
M29	*Biologie des homogreffes	C.N.R.S.
M30	Biologie générale	Lamette
M31	Biomicroscopie oculaire	Busacca
M32	*Cancer de la corde vocale	Piquet
M33	*Cancer du plancher de la bouche	Ramadier .

^(*) Estos libros pueden obtenerse para consulta por tiempo limitado en la Alianza Francesa.

M34	*Cataractes congénitales	Francois
M35	*Cavité abdominale	Bellocq
M36	*Chirurgie du coour	Lenégre
M37	*Chirurgie esthétique mammaire	Galtier
M38	*Chirurgie de l'estomac	Goulette
M39	*Chirurgie de tous les jours	Jourdan
M40	*Chirurgie du pancréas	Léger
M41	*Chirurgie plastique	Mouly
M42*	*Chirurgie des voies biliaires	Rostand
M43	*Chromosomes (Les)	Olivier
M44	Colpocytologie hormonale (précis de)	J. P. Puncel
M45	*Comment traiter l'angine de poitrine	Mathivat
M46	*Comment traiter l'asthme d'adulte	Pasteur
M47	*Comment traiter la constipation	Cattan
M48	*Comment traiter l'eczema	Lortat
M49	*Comment traiter l'hypertension	Laroche
M50	*Comment traiter l'ictére infectieux	
M51	*Commet lire et interpréter l'électro-	
414.07.4.	cardiogramme	Clément
M52	*Cortex cérébral (le)	Heacaem
M53	*Cortex surrénal (le)	A.C. Da Corta
M54	*Diabére alloscanique	Moor
M55	"Diabétes expérimentaux	Merklen
M56	*Diabéte infantile et juvénile	Ducas
M57	*Diabéte sucré	Pathé
M58	*Diagnostic cytologique du cancer génital	
	chez la femme.	Bourg
M59	*Diarrhées (les)	Daniaud
M60	*Dermatologie infantile	Rimbaud
M61	*Douleur et les douleurs (la)	Alajouanine
M62	*Eléments d'endocrinologie physiologiques	M. Aron
M63	*Embryologie de l'oeil et sératologie	Leplat
M64	"Endocrinologie du médecin practicien	Malbeaux
M65	*Estomac (L')	Albot
M66	*Examens oto-rhino laryngologiques	Lemayne
M67	*Exploration du muscle srtié humain	Delmas
M68	*Exposé d'anesthésiologie Tomo I Tome II	Huguenard
M69	*Le foie et la veine porte	Albot
M70	*Fonctions hépatiques	Benard
M71	*Guide pratique de diététique	Bour et Dérot
M72	*Glaucome (Lle) *	Minvielle
M73	*Hémiplégies vasculaires	Le Beau
M74	*Hypophisectomie dans le traitement du cancer	Desvignes
M75	*HHystérosalpingographie	Heclerc

M76	*Incidents et accidents dans la transfusion	
NAME:	sanguine	Dreyfus Worms
M77	*Infection staphylococcique	Worms
M78	*Insuffisance hépatique	Plazy
M79	*Intestin gréle-colon	Albot
M80	*Introduction á la médecine interne Tome I - Tome II	Rookan
M81	*Kyste hydratique (le)	Goinard
M82	*Laparoscopie (la)	Lenzi
M83	*Lupus érythématense disséminé (le)	Dupérrat
M84	*Maladie de Paget (La)	Liévre
M85	*Maladie de Bouillaud (La)	Debré
M86	*Maladie du foie, des voies biliaires et	
11200	du pancréeas.	Cachera
M87	*Maladie des veines	Olivier
M88	Maladies osseuses constitutionnelles.	
M89	*Maladies litrasiques des voies biliaires.	Albot
M90	*Malformations congénitales du poumon	Breton
1191	*Manuel d'analgésie obstétricale.	Gaillard
M92	*Manuel de traumatologie	Rieunan
M93	*Médecine Tropicale Tome I - Tome II	Vaucet
M94	*Méningite purulente traitée	Girard
M95	*Méningite tuberculeuse	Fouquet
М96	*Migraines	Dubost
M97	*Mycoses et champignons	Ansel
M98	*Médecine et Psychosomatique (la)	Klotz
M99	*Occlusion intestinale Tome I - Tome II	Quenu
M100		Fabre
M101		Segers
	*Ophtalmologie	Offret-Lombar
	*Orthéopathie	
	*Pandréatites (eLs Tome I - Tome II	Delarue
	*Parasitoses respiratoires	Moreau
	*Pathologie du rhinencéphale	Alajouanine
	*Pathologie du foie	Chabrol
	"Pathologie infantile Tome I - Tome II	Debré
	*Pédiatrie Tome I - Tome II et Tome III	Debré
	*Pharmacopée française	Dufourmenral
M111		~ arouzmental
SATURDAY.	*Pratique de l'isterbation intrachéale	Gibert
		Lacombe
	*Précis d'anatomie et de physiologie	Leguyon
	*Précis de bactériologie	Varay
	*Précis d'électrocardiographie	Burch
	*Précis de gastro enterologie	000000000000000000000000000000000000000
	*Précis d'histologie générale	Champy
	*Précis d'histologie des organes	Champy
MILE	*Petit cancer de l'stomac (le)	M. Baco

M120	*Principes de physiopathologie	Tratice
M121	Problémes actuels d'otho-rhinolaringologie	
M122	*Problémes chirurgicaux	Maduro
M123	*Prophylaxie et traitement des complica- tions veineus es respiratoires.	Madier
M124	*Prophylaxie et thérapeutique de la lépre	Boudreaux
M125	Psichanalyse de l'enfant	Chaussinaud
M126	Psychiatrie francaise	Smirnoff
M127	*Puberté (la)	2
M128	*Questions d'embryloogie humaine	Laroche
M129	Radioéléments	Gineste
M130	*Radiographie du crane	Blanc
M131	*Réflexes dans l'examen neurologique	Lièvre
M132	*Rhumatismes inflamtoires crypto- génétiques.	Wartemberg
M133	*Résistance et soumission	Laborit
M134	*Sarccüdose de Besnier (la)	Poulet
M135	Sémiologie chirurgicale	Goinard
M136	*Soins á doner aux malades de chirurgie	Woimant
M137	"Syndrone des nerfs vaso-sensibles (le)	Marcel
M138	*Syndrone de Guillain Barré et la polyra- diculonévrite.	Larcan
M131	*Systéme nerveus sympathique	Delmas
M132	*Systéme nerveux périphérique	Lazorthes
M133	*Tendances évolutives et fenestration	Sourdille
M184	*Territoires pulmonaires	Cordier
M135	Therapeutique hormonale	Vokaer
M136		
M137	*Trachome (le)	Nataf
M138	*Traitements des affections Thyroidiennes	Perrault
M139	*Traitements des cancers	Roussy
	"Traitements du diabéte sucré	Boulin
	*Traitements des mycoses	Gaté
	*Traitements d'urgence des intoxications	Habre
	"Traité de psichiátrie Tome I et Tome II	Baruk
	*Transfusion sanguine	André
M145	*Traumatismes anciens	Merle
M146	*Traumatologie infantile	Chigot
M147	*Traumatisme des membres supérieurs	Ramadier
M148	*Traumatisme du thorax (le)	Sournia
M149	*Troubles de la phonation (les)	Parnel
M150	*Vaccination par le B.C.G.	Griesbach
M159	*Vascularisation et circulation cérébrale *Virologie médicale	Huguenard Fasquelle
M153	*voies biliaires	Albot
	*Voies et centres nerveux	Delmas

Les ouvrages * front partie du dernier envoi.

COLEGIADOS POR ORDEN ALFABETICO

"A"		Nº	de
No.	de	Inscrip	ción
Inscrip	oción	26.—Bendaña Ulloa, Carlos Alberto	230
1.—Aguilar Paz, Enrique	03	27.—Bertrand Anduray, Tulio	242
2.—Alonzo Medina, Edgardo	11	28,—Bulnes B., Martin A	292
3Aguilar B., Gabriel Rafael	59	29.—Bustillo R., Emilia	293
5Arriaga Iraheta, Edgardo	61	30Bonilla Contreras, Adán	313
6Andonie Fernández, Juan A.	71	31Bueso Castillo, José Antonio .	354
.7 Alvarado Lozano, Rigoberto .	81	32Bendaña Meza, Guillermo	356
8Alvarado Lozano, Hugo	82	33Bueso Arias, Juan Angel	357
9Alvarado Salgado, Francisco R.	113	34.—Bueso Arias, Luis	358
10 Andino Matamoros, Armando	161	35.—Bendaña Meza, René	361
11Alcerro Oliva, José Napoleón	168	36.—Bendeck Nimer, Alberto C	365
13Acosta Guifarro, Isidoro	172	37.—Barrientos V., Oscar Adolfo .	367
12 Abularach Sabat, Francisco .	169	38.—Boech Matute, Raúl Fernando	379
13Acosta Guifarro, Isidoro	172	39.—Bueso Pineda, Arnulfo	387
14Abud Handal, César Roberto .	200	"C"	
15.—Alvarado L., Carlos A	223		
16.—Ayestas López, Claudio L	225	1.—Custodio López, Ramón A	8
17.—Alemán Armando, Quiñónez	243	.2.—Claros Fortin, Honorio	
18.—Abadie García, César Augusto	244	3.—Cuéllar Martínez, Raúl	15 26
19.—Aguilar Antúnez, Reginaldo .	274 302	4.—Corrales Padilla, Hernán	27
20.—Agüero Vega, René	303	5.—Carranza Velásquez, René 6.—Collart Valle, Juan Ramón	62
22.—Andrade Tejeda, Rolando	308	7.—Carrasco Flores, Manuel	63
23.—Aguilar A., José Trinidad	315	8.—Calderón R., Manuel Antonio	68
24.—Agurcia Membreño, Carlos	317	9.—Cárcamo T., Tito H.	69
25.—Abraham Galo, David	319	10.—Cárcamo Tercero, Oscar J	92
26.—Ayala Avila, Saúl	322	11.—Carias Oviedo, Rolando	93
27.—Argueta Ariza, Ernesto	371	12Coello Oliva, Miguel Humberto	114
28 Azcona del Hoyo, Fernando F.	374	13 Castillo Moncada, Armando	115
29Ayestas López, Juan Francisco	385	14.—Canales Zúniga, Zulema	118
30 Ayestas López, Guillermo	393	15Castillo Antúnez, Mario	126
31 Amaya Bográn, Antonio R	422	16Cueva Villamil, J. Adán	151
32Alcerro, Mario	424	17.—Castro Reyes, José	156
33 Almendares Bonilla, Juan	430	18.—Cáceres Vijil, Manuel	163
34Alvarado S., Rómulo	417	19.—Cardona López, Virgilio	186
		20.—Castillo Handal, Selim	189
"B"		21.—Caballero R., Armando	191
10 May 120 May		22.—Cortés Méndez, Martha	204
1.—Bueso Gómez, Manuel	42	23.—Callejas Zelaya, Luis	217
2Bustillo Oliva, Guillermo	43	24.—Cardona de Herrera, Hena H.	222
3.—Barahona C., J. Rodrigo	44	25.—Corrales Padilla, Cornelio	268
4.—Bobadilla, J. Antonio	45	26.—Cervantes Gallo, René	282
5.—Barahona Coello, Adán	46	27.—Casco Mazier, José Harold	288
6.—Beaumont L., Austin Augustus	47	28.—Cuevas B., José Pablo	289 299
7.—Bendaña Meza, Sergio 8.—Banegas Montes, Virgilio	48 49	29.—Castillo Barahona, Manuel 30.—Caballero Erazo, Servio Tulio	311
	50	31.—Carias Donaire, Gustavo	328
9.—Bozu Zerón, Adán 10.—Batres Pineda, Julio César	51	32.—Cousin, Luis Alejandro	349
11.—Bennaton G., Carlos Alfonso .	58	33.—Canahuati, Shibli	360
12.—Bermúdez Bográn, Roberto	60	34.—Castellón, Esteban	363
13Bermúdez Milla, José Antonio	66	35 Cardona Chinchilla, Herlindo	394
14Butasmante C., María Cristina	79	36Coello Núñez, Ramiro	405
15Borjas V., Ernesto A	89	37.—Cerna Salgado, Félix	408
16 Bendaña Medal, Ronato	90	38Castellón Tercero, Prisciliano	413
17 Barahona Garay, Luis Alonso	95	39.—Castellanos S., Plutarco	414
18.—Barrientos Valle, Juan	96	40 Cálix Hernández, Roberto	427
19.—Bendaña Medal, Luis Tirso .	100	41Caminos D., Carlos	428
20,-Burges Cubas, Marco Tulio .	102		
21Brevé Martínez, Roberto	153	"CH"	
22.—Bendafia Meza, Arturo	154	1Chavarría Suazo, Gilberto	57
23.—Bueso, Juio César	190	 Chavarría R., aSntiago Ramón 	312
24Baltodano Mejía, Federico	208	3 - Chirinos Volásquez, Raúl	
25 Benavides G., Juan Pablo	210	 Chirinos Velásquez, Manfredo 	375

"D"		Nº c	le
Nº d	e	Inscrip	ción
Inscripe		17.—Guzmán Banegas, Alberto	275
	005	18.—González, Carlos Humberto	297
	039	19.—García Erazo, Tomás	305
	040	20.—Gutiérrez López, Rodrigo	307
	052	21.—Gaugel C., José Eduardo	334
- [[[[[[[[[[[[[[[[[[[054	22.—Guillén Pinel, Humberto	335
	116	23.—Galo Puerto, Ramón	344
	197	24.—Gómez Rivera, Daniel	406
	220 221	25.—García C., Jacinto Radegundo 26.—Gómez Alvarado, Vicente	426
	245	20.—Gomez Alvarado, vicente	120
10.—Diaz Maestre, Luis 11.—Duarte de Laffite, Olga	273	"H"	
12.—Dubón Martínez, Rodolfo	321	11	
13.—Díaz Salinas, René	324	1.—Haddad Quiñónez, Jorge	080
14.—De León Paz, Carlos	330	2.—Herrera Arrivillaga, Victor .	134
15 Durón García, Jorge Arturo .	381	3.—Handal H., Alberto Elias	138
16.—Díaz Lobo, Alfonso	388	4.—Hernández Meléndez, Pablo	295
17Duarte Muñoz, Flora C	403	5.—Hilsaca H., Fernando	323
18Del Cid López, Juan Rafael	404	6.—Hernandez Rodriguez, Rene	343
		7.—Hernández Canales, Miguel A.	370
"E"		8.—Handal Handal, José Elias	390
		9.—Hiza Gury, Salvador	407
1,-Eibuschitz, Roberto	207	10.—Herrera Cruz, Santiago	409
2.—Estrada Domínguez, Anarda	280	11.—Herrera Cruz, Oscar Leonel	410
3.—Echeverria, Justo Manuel	301	······································	
4.—Escorcia H., Rafael de Jesús .	327	1	
5.—Echeverri, Victoriano	359	1Interiano, Rodolfo E	087
6.—Elvir Aceituno, Carlos	362	2Irías Cálix, Héctor Armando	312
7.—Echeverria, Manuel de Jesús .	398	3.—Inestroza Zelaya, Javier	372
****		4Interiano Rodríguez, Manuel .	382
"Fo		The state of the s	
1 Pielles Salvada Iulián P	001	"J"	
1.—Fiallos Salgado, Julián F	030		
2.—Florentino P., Guilermo 3.—Fernández h., Eduardo	038	1Javier S., Carlos Alberto	131
4.—Fajardo h., Jerónimo	072	2.—Jiménez N., Rodolfo	270
5.—Faraj Rischmawy, Elias A.	076	3.—Jiménez Leiva, Salvador	296
6Ferrufino O., Ramón	088	.4.—Joya Moncada, Pablo Ulises	309
7.—Flores Fiallos, Raúl	135	"L"	
8Fajardo Cabrera, Hernán D.	142	L	
9Fiallos Fonseca, Ernesto N	152	1León Gómez, Francisco	007
10Ferguson Luna, Arturo	193	2León Gómez, Alfredo	009
11Fortín Midence, Benjamín	198	3Lozano Caballero, César	010
12Figueroa Rosa, Rodolfo	228	4.—Larach Jamis, César	629
13 Fajardo Aguirre, Modesto	272	5.—Lainez Núñez, Héctor	053
14Figueroa Rodezno, Ramiro	320	6Lázarus Bernhard, Roberto	097
15.—Flores Fiallos, Armando	340	7Lozano M., Ramiro Heberto	105
7222204		8.—Laffitte Martinez, Enrique	112
"G"		9.—López Zelaya, Alejandro	158
1 Consiles Bess Vissilia	064	10.—Lara Zepeda, Juan	174
1.—González Rosa, Virgilio	200	11.—Leiva Vivas, José María	181
2.—García Becerra, Guillermo	067 070	12López Villa, José Antonio	184
3.—González Flores, Atilo 4.—Gómez Robelo, Roberto	101	13.—Lara López, Alejo	232
5.—Godoy Sandoval, José L	108	14Larios Bonilla, Manuel E	233
6.—Gómez Padilla, César Alberto	136	15.—Lanza, Mario Duilio	353
7.—Girón Mena, Edgardo	139	16.—López Lagos, Rigoberto	378
.8.—García, Donaldo L	170	17.—Larios Contreras, Ramón	401
9.—Godoy Arteaga, Carlos	185	"M"	
10 -Gómez Núñez, Concepción	194	M	
11.—Gómez Márquez G., José	224	1Midence Moncada, Ignacio E.	002
12.—Gúnera Aguilar, Napoleón	226	2.—Márquez Cerrato, Antonio	016
18. González O., Julio Augusto	248	3Moreno Perdomo, Dagoberto .	017
		The second secon	Carlo and and
	253	4.—Mejia Mejia, Miguel Angel	018
14.—Girón Aguilar, Aristides	253 260	4.—Mejia Mejia, Miguel Angel	018
		4.—Mejia Mejia, Miguel Angel	The same and the

Nº	de	ep»	
Inscrip	I Police	No o	de
	45 155	Inscrip	-
7Moncada Medrano, Lucas G.	028		420
8.—Midence, Alfredo C	077	1.—Pascua Leiva, Herman	034
9.—Medina Nolasco, Anibal	094	2.—Peraza Casaca, José Antonio .	035
10Munguia Alonzo, Salomón	104	3.—Peña Zelaya, Guillermo	036
11.—Munguia Alonzo, Luis	106	4.—Pineda Tábora, Manuel	065
12Moncada Amador, Miguel R	119	5.—Pereira, José Ramon	074
13.—Moncada, Miguel Roberto	120	6.—Ponce Ochoa, Marco Antonio .	086
14.—Mejia Castro, Cándido	141	7.—Pastor Zelaya, Rodolfo	107
15.—Medrano Diaz, Hector Alfredo	145	8.—Portillo G., Carlos F.	123
16.—Mendoza F., José Trinidad	146	9.—Pavón Leiva, Rafael Antonio	124
17.—Martel Guillén, Pedro	148	10.—Pacheco Reyes, Jorge Alberto	160
18.—Montes Guerrero, Francisco .	149 159	11.—Paredes Regalado, Leandro S. 12.—Pineda Muñoz, Carlos Alberto	162
19.—Muñoz Mendoza, Miguel R 20.—Matute Canizales, Eugenio	167	13.—Pavón Aguilera, Armando	166
	175	14.—Pinto Mejía, José	195
21.—Mendoza Alvarado, Amado M. 22.—Mencía Salgado, Daniel	179	15.—Palma Molina, Jacobo	206
23.—Murillo Selva h., Francisco	180	16.—Ponce Ochoa, Marcial	219
24.—Manheimm de Gómez, Eva	201	17.—Pérez Izaguirre, José Antonio	247
25.—Madrid Z., German Rigoberto	202	18.—Ponce Tejeda, Felipe	251
26Martínez Ordóñez, José	205	19Paredes P., Manuel Armando	252
27Molina Castro, Rafael	212	20.—Pineda Coello, Mario	254
28Mejía Durón, Roberto	235	21Pineda Fasquelle, Constantino	257
29Medal, Mario Santos	236	22.—Paredes Toro, Salvador Ramón	271
30Martinez Pinel, Carlos Alfredo	237	23,-Paz Rivera, José T	352
31Montoya Alvarez, Juan	238	24Pineda Contreras, Octavio	359
32Mena, Emigdio	246	25Pérez Izaguirre, Manuel de J.	377
33Martinez Valenzuela, Rafael	259	26Pineda Santos, F. Humberto	393
34Moreno V., José Jacinto	261	27Paredes P., Francisco Otomán	399
25Moncada Banegas, Pablo	262	28Pino Montes de Oca, E. Roy	403
36 Mena Díaz Galindo, Carlos	269	29,-Payón Moncada, Mario	418
37Meza Galeas, Ramón	278	30Ponce de Avalo, Reynaldo	429
38Membreño Marín, Héctor	290		
39Mejía Del Cid, Armando	298	"R"	
40 Moncada G., Juan V	304		
41Montes Guerrero, José Aníbal	306	1.—Rivera Reyes, Manuel de Jesús	037
42Montenegro P., Leopoldo	310	2.—Reyes de Paz, Olga	041
43 Mejía Antúnez, Cornelio	316	3.—Ramirez Alfaro, Rigoherto	075
44Martínez Guillén, Andrés A.	339	4.—Raquel Sánchez, Pompeyo	091
45McKinney, Mariano E	342	5.—Reyes Berlioz, Rodolfo	099
46 Murillo Escobar, Francisco	364	6Rodríguez A., Reynaldo A	111
47Moncada Irías, José Máximo	360	7.—Ramos Reina, Luis Vidal	127
48Mejia Colindres, Vicente	384	8.—Raudales de Midence, Martha	128
49.—Martinez Matamoros, Oscar .	386	9.—Rivera Williams, Carlos	129
50.—Muñoz Muñoz, Carlos Miguel	397	10.—Rivas Alvarado, Carlos	130
51Mendoza Valdés, Clemente	411	11.—Rivera Reyes, Oscar Armando	133
52.—Morales San Martin, Ramon .	421	12.—Rivas Bustamante, Gustavo A.	13
53.—Mejia Valladares, Enrique	423	13.—Rivera Miyares, Jorge Alberto	14
The same and		14.—Raudales Alvarado, Rodolfo A.	15
"N"		15.—Romero Madrid, Manuel	17
		16.—Rivera Medina, Carlos H	183
1.—Núñez C., Cristóbal		17Raudales Barahona, Oscar	18
2.—Núñez Ortiz, Joaquin Angel	234	18.—Riera Hotta, Abraham	19
W0.00		19.—Rivera H., Julio C.	190
"0"		20.—Romero Madrid, Raúl Manuel	19
1 0 1 0	001	21.—Reyes Soto, Joaquin	20
1.—Osorio Contreras, Gilberto	004	22.—Radriguez O., Conrado Ernesto	21
2.—Odeh Nasrala, Nicolás	014	23.—Rodríguez Soto, Gonzalo	21
3.—Oviedo C., Raúl G.	258	24.—Rivera Cáceres, José Augusto	23
4.—Ochoa Reina, Efraín	264	25.—Rivas, Mario C	25
5.—Oviedo Padilla, Guillermo	318	26.—Rodríguez, Benjamín 27.—Rivera N., José Benjamín	25
6.—Oscio Paz, Gloria	326		28
7.—Orellana M., J. Humberto	333	28.—Royes Ramirez, Ramon	28
8.—Orellana, Carlos Alberto	338	29.—Rivera Vallecillo, H. Jesús	28
9.—Oliva Barralaga, Roberto	346	30.—Reyes Q., José Lisandro	32
	20.00		34
10.—Oviedo Meza, Lisandro 11.—Ochoa Alcántara, Ricardo	400	31.—Romero Méndez, Joaquín 32.—Rivera Fajardo, Elio	35

Nº.		Nº		
Inscripción		Inscripci		
33.—Rivera Reyes, Roberto 34.—Ruiz Leiva, J. Rafael "S" 1.—Sosa Vidal, Jesús 2.—Salvador Aguilar, Ramón	032 033	6.—Vaquero Muñoz, Luis 7.—Villeda Soto, Juan José 8.—Velásquez V., Víctor Manuel 9.—Valladares Estrada, Octavio 10.—Valerio Pazzeti, José René 11.—Venegas Flores, Arturo J. 12.—Villanueva Doblado, Jorge A.	056 083 109 143 164 171 176	
3.—Sosa Alvarado, Manuel E. 4.—Sandoval Pineda, Manuel A. 5.—Sánchez Guevara, Angel P. 6.—Sabillón Leiva, Juan 7.—Sánchez Z., Miguel A. 8.—Suazo Córdova, Roberto 9.—Seaman, Julio 10.—Salgado Martinez, Humberto	055 073 084 110 121 122 132 177	13.—Vallecillo Toro, Gaspar 14.—Valle Mejía, Carlos Aristides 15.—Villeda Vidal, Ricardo 16.—Valle Mendieta, Teodoro 17.—Vallecillo Toro, Octavio César 18.—Velásquez Suazo, Fausto 19.—Villeda Ch., Roberto 20.—Varela Mejía, Fausto José 21.—Velásquez G., José Ramón	214 215 227 239 240 249 263 265 279	
11.—Sarmiento Soto, Manuel 12.—Sierra Andino, Carlos 13.—Sikafy Talame, Jesús 14.—Sequeiros Verde, Manuel 15.—Sierra Lagos, Rafael Enrique 16.—Saybe Cabús, oJrge Martín 17.—Sibrián C., Laudelino 18.—Suazo Bulnes, Arístides	188 203 265 267 329 331 336 369	22.—Villafranca Soto, Terencio 23.—Villela A., Miguel Angel 24.—Villeda Morales, Ramón 25.—Valenzuela, Juan Ramón 26.—Villalobos Castille, Juan R. 27.—Vásquez, Jesús Alberto 28.—Velásquez Cruz, Danilo	291 332 347 351 366 368 392	
19.—Samra Saykaly, Luis 20.—Sosa Vidal, Marco Antonio 21.—Sierra García, Donaldo 22.—Sandoval Cálix, Wilfredo	373 391 415 420	29Vides Turcios, Marcial 30Valenzuela Guerrero, Rodolfo	396 425	
"Te»		1 Younberg Strephen, Aaron	389	
1.—Talavera Westin, Eduardo 2.—Tábora Bautista, José Eliseo .	085 117	age	019	
3.—Torres Wills, Carlos Arturo 4.—Torres Wills, Manuel Antonio 5.—Tercero Mendoza, Rafael A 6.—Tróchez Sabillón, Gonzalo 7.—Tinoco Araya, Eduardo	156 165 211 255 337	1.—Zclayu Flores, J. Evangelista 2.—Zúniga Durón, Silvio Renato 3.—Zelaya Smith, Jorge M. 4.—Zúniga, César Augusto 5.—Zelaya Ramírez, Angel 6.—Zúniga Díaz, Gustayo Adolfo .	013 021 073 098 103 140	
"U" 1.—Ulloa D., Miguel A	294	7.—Zepeda Raudales, Adán 8.—Zavala Castillo, Octavio 9.—Zepeda Turcios, Roberto	$\frac{144}{173}$ $\frac{182}{182}$	
2.—Ulloa P.,, Angel Augusto	314	10.—Zavala Chirinos, Alejandro 11.—Zelaya Pinel, Arturo	218 229	
"V"		 Zepeda V., Francisco Salomón Zúniga Ortega, Raúl Enrique 	241 277	
1.—Valladares Rivera, José E. 2.—Voto Delgado, José 3.—Valladares Lemaire, Juan René 4.—Velásquez Lainez, Armando 5.—Vargas Funes, Angel D.	022 023 024 025 031	14.—Zelaya Martníez, Rafael 15.—Zambrana Castillo, Mario A. 16.—Zúniga Lagos, Alejandro 17.—Zúniga h., Gustavo Adolfo 18.—Zerón Ortega, Roberto	281 283 287 416 419	

Colegio Médico de Honduras

JUNTA DIRECTIVA 1967-1968

PRESIDENTEDR.	VIRGILIO BANEGAS M.
VICE-PRESIDENTEDR.	IGNACIO MIDENCE M.
SECRETARIODR.	FRANCISCO ALVARADO S.
PRO-SECRETARIODR.	MANUEL CARRASCO FLORES
TESORERODR.	CARLOS RIVERA WILLIAMS
PRO-TESORERODR.	RIGOBERTO ALVARADO
FISCALDR.	ABRAHAM RIERA HOTTA
VOCAL 19DR.	
VOCAL 20DR.	JULIO C. BATRES

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS

DRES.: JOSE GOMEZ-MARQUEZ, HERNAN CORRALES PADILLA, ENRIQUE AGUILAR PAZ, JUAN E. ZELAYA, SILVIO R. ZUNIGA, MANUEL BUESO, GILBERTO OSORIO CONTRERAS

SUPLENTES

DRES. ARMANDO CASTILLO MONCADA, CARLOS F. PORTILLO JUNTA DE VIGILANCIA

DRES. ANGEL D. VARGAS, RENE CARRANZA V.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

PRESIDENTEDR.	LUIS SAMRA
VICE-PRESIDENTEDR.	RIGOBERTO ALVARADO
SECRETARIODRA.	EVA M. DE GOMEZ
PRO-SECRETARIODR.	JOSE CASTRO REYES
TESORERODR.	VICTOR HERRERA A.
	ARMANDO VELASQUEZ
VOCAL 19DR.	LUIS CALLEJAS
VOCAL 20DR.	ALBERTO BENDECK
VOCAL 30DR.	ADAN BOSA

ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

PRESIDENTEDR.	RAUL FLORES FIALLOS
VICE-PRESIDENTEDR.	ALBERTO GUZMAN B.
SECRETARIODR.	EDGARDO GIRON M.
PRO-SECRETARIODR.	JOSE MANUEL DAVILA
TESORERODR.	MARIO SANTOS MEDAL
FISCALDR.	JOAQUIN REYES SOTO
VOCAL 19DR.	RIGOBERTO ALVARADO L.
VOCAL 2ºDRA	ZULEMA CANALES
VOCAL 30DR.	ROBERTO GOMEZ ROBELO

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA DE HONDURAS

PRESIDENTEDR.	R. ASDRUBAL RAUDALES A.
SECRETARIODR.	RAFAEL MOLINA CASTRO
TESORERODR.	FRANCISCO LEON GOMEZ
VOCAL 10DR.	A. MARIO MENDOZA A.
VOCAL 20DR.	CARLOS A. MENA
FISCALDR.	RENE VALLADARES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION PEDIATRICA HONDURESA

PRESIDENTEDR.	ADAN ZEPEDA
VICE-PRESIDENTEDR.	GUILLERMO OVIEDO P.
SECRETARIODR.	ALBERTO BENDECK
PRO-SECRETARIODR.	CARLOS RIVERA WILLIAMS
TESORERODR.	
VOCAL 19DR.	JUAN PABLO BENAVIDES
VOCAL 29DR.	LUIS A. BARAHONA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTEDR.	ADAN BOZA
SECRETARIODR.	ANTONIO BERMUDEZ MILLA
TESORERODR.	FRANCISCO MONTES
VOCAL DR.	CESAR A ZUNIGA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION HONDUREÑA DE TISIOLOGIA

PRESIDENTEDR.	RAUL FLORES FIALLOS
VICE-PRESIDENTEDR.	ALBERTO GUZMAN B.
SECRETARIODR.	EDGARDO GIRON M.
PRO-SECRETARIODR.	
TESORERODRA.	EVA MANNHEIM DE GOMEZ
FISCALDR.	JOAQUIN REYES SOTO
VOCAL 19DR.	RIGOBERTO ALVARADO L.
VOCAL 20DRA.	ZULEMA CANALES
VOCAL 37DR.	ROBERTO GOMEZ ROVELO

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESIDENTEDRA.	ZULEMA CANALES Z.
SECRETARIODR.	J. MANUEL ECHEVERRIA F.
TESORERODR.	ARMANDO RIVERA R.
FISCALDR.	NAPOLEON ALCERRO O.
VOCAL 1ºDR.	ALEJO LARA L.
VOCAL 2ºDR.	RENE CERVANTES G.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍA T RADIOLOGÍA CLÍNICAS

SECRETARIO	GENERAL	DR.	JORGE R	RIVERA
TESORERO		DR.	RAMÓN	PEREIRA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA DE HONDURAS

PRESIDENTE DR. SECRETARIO DR. TESORERO DR. VOCAL DR.	LUIS SAMRA ANTONIO BERMUDEZ MILLA
DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE C	OTORRINOLARINGOLOGÍA
PRESIDENTE DR. SECRETARIO DR. TESORERO DR. VOCAL DR.	