

Revista

MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL	Pág.
Dr. Ricardo Villela-Vidal	204
Trascendental cambio en la resistencia bacteriana	
Dr. Ricardo Villela-Vidal	206
Angiostrongylosis abdominal	
Dres. Edgardo Sierra y Pedro Morera	208
Relación entre fractura de los miembros y trombosis venosa	
Dres. J. Gómez-Márquez y German Corleto	215
Prevalencia de Enterobius Vermicularis	
Dres. Jorge E. Zepeda y Martha Ondina Vivas	223
Estómago del perro en circulación extracorpórea	
Dres. M. Gillet, J. Kachelhoffer, P. Wong, R. Arriaga, P. Randrianarivo, P. Stoebner, J. F. Grenier, A. G. Weiss	226
EXTRACTOS DE REVISTAS	232
SECCION DE PREGUNTAS	233
SECCION GREMIAL	235
Los 16 años de la Unión de Esposas de Médicos de Tegucigalpa	237
Informe de las actividades desarrolladas por la Unión de Esposas de Médicos de Tegucigalpa (U.D.M.T.) período 1972-1973	241
Saludo del Director: Dr. Ricardo Villela Vidal	251
SECCION LITERARIA: Peste Blanca	
Dr. Evandro Valladares Valladares	252
Reglamentos del Colegio Médico de Honduras	253
INDICE DE ANUNCIANTES	XXIV

Revista
MEDICA HONDUREÑA

(2a Época)
ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

RICARDO VILLELA VIDAL
Director

RIGOBERTO ARRIAGA CHINCHILLA
Secretario

Redactores:

HENA CARDONA DE HERRERA
ARMANDO PAVÓN AGUILERA
CARLOS H. RIVERA MEDINA
JORGE TULIO GALEAS A.

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

Oficina' "Colegio Médico de Honduras", Tegucigalpa, D. C. Tel. 22-5466
Apartado Postal N0. 810

SE SOLICITA CANJE

Imprenta LÓPEZ Y CÍA.

EDITORIAL

*Sí. Ellas son las que deshacen noches y las que abren días.
Borran la oscuridad y abren las ventanas para que entre luz. La
alegría en el hogar viene desde su amor, de su nobleza. Ya han
aprendido a mirar el dolor y la miseria.*

*Sus vidas tienen la divergencia de la luz: Salen de un punto y parten
invariables, sin límites, en busca de un qué hacer.*

*Ellas hacen sonrisas en los niños que sufren, en las madres: En el hogar
entero. En las fibras estriadas que el hambre ha consumido saben hacer la carne,
y cuando actúan se ve correr la sangre, el calor y la voz.*

*Para nosotros son las eternas novias, y son las compañeras que nos miran salir.
Junto a nosotros van, y vienen. Y siempre nos esperan. ¡Qué orgullosos se
miran en el hogar que han hecho! ¡Qué orgullosas se sienten ante el pueblo
que crece!*

*Su amor y su nobleza se escapan del hogar y van allá: al Hospital, a los
Bancos de Leche, a donde está el dolor y la tristeza, el hambre. . . y donde ronda
la muerte.*

*Cuando llega a la clínica una sonrisa de ellas, la eterna taquicardia de
nuestros corazones (que azotan las angustias), se va ante el misterioso poder
de sus miradas.*

*Así son ellas. Así son nuestras mujeres. Así son las esposas de ¡os médicos:
Luz, amor y paz.*

*Unidas entre sí, pegadas a la humanidad, pendientes de nosotros, se han
agrupado para poder servir.*

*Son la UNION DE ESPOSAS DE MÉDICOS DE TEGUCIGALPA que
naciera un día lunes 15 de julio de 1957, y que perdura.*

*¿Sus nombres? ¡Para qué pronunciados! Son únicamente las mujeres, las
esposas de médicos. Son las olas anónimas de un mar que eternamente
lleva y trae el bien.*

Los hogares de ellas suelen llenarse de mujeres, esposas de médicos.

*La unión las- inspira, la alegría las funde, y las llena de fuerza la práctica
del bien.*

Su credo es el servir en cada día.

*Amar es la fortuna que inunda los hogares. Son una antorcha eterna, que crece,
crece y crece. Ya nació en San Pedro Sula la Unión de Esposas de
Médicos. Esa unión debe nacer en todas partes: Honduras las necesita.
Nosotros, vosotros, ellos, las necesitamos.*

DR. RICARDO VILLELA-VIDAL

M E N S A J E

habeemos muchos médicos amantes del ARTE: De la pintura, de la música, de la literatura. Pero: ¿Sabemos quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿En dónde estamos? NO.

Pero ya lo sabremos. Este es el primer mensaje para ustedes. Dejemos un rato la clínica, el hospital, a los enfermos y a las enfermedades.

ha inspiración anda aleteando, como una paloma libre bajo el cielo.

Los colores están al alcance de la mano, como las flores que revientan cuando llegan las lluvias: Tómalos y eternízalos sobre los lienzos blancos.

Los pensamientos están allí, en tu mente, como avispas ariscas buscando nuevos néctares: Cázalos y conviértelos en letras. ¡Cuántas páginas están vacías todavía!

¿Y ese pentagrama? Deja a los pajarillos que canten en la fronda. Tuyas son las cinco líneas negras paralelas, y tuyas son las notas: do, re, mi, fa, sol, la, si. ¿Acaso no hay violines traductores, y pianos, y guitarras?

¡Pero necesitamos vernos, oírnos, aplaudirnos!

Emprendamos la marcha: Ahora.

—¿.....?

—'¿Cómo? No. ¡De ninguna manera! El pesimismo no hace crecer a nadie. "El ave canta aunque la rama cruja. ¡Cómo que sabe lo que son sus alas!"

Los médicos amantes del arte debemos unirnos.

Nuestra asociación es un deber, y. . . ¡Será un placer!

Alza tu pie: Ya llegará el momento para emprender la marcha.

¿En dónde vives? ¿Quién eres? Dímelo.

DR. RICARDO VILLELA-VIDAL

Trascendental cambio en la resistencia bacteriana

Por el Dr. *Ricardo Villela-Vidal*

Con la introducción de los quimioterápicos y sobre todo de los diversos antibióticos, en el tratamiento de las infecciones bacterianas, fue bien evidente el incremento de una capacidad de las bacterias para no ser afectadas por esos fármacos antimicrobianos; es decir la resistencia bacteriana. Hasta hace algunos años, casi todos los fenómenos de la resistencia bacteriana eran clásicamente atribuidos a "mutaciones genéticas" que se producirían en los cromosomas de esas bacterias, las cuales entonces, por diversos mecanismos adquirirían esa capacidad de resistir a los antibióticos.

Sin embargo, paralelamente al incremento en el empleo terapéutico de los antibióticos, se notó en diversas partes del mundo, un muy marcado aumento de las cepas bacterianas resistentes y muy particularmente en el grupo de las enterobacterias y otros gram-negativos. Llegándose a producir severas epidemias de shigelosis, salmonelosis, etc. (1-2). También se hizo bien evidente otro fenómeno decisivo y que consistió en la aparición de muchas cepas multirresistentes a 4, 5 o más antibióticos, lo cual determinó una creciente dificultad para el Tratamiento adecuado, no sólo de esas infecciones gastrointestinales, sino también de las infecciones de vías urinarias, colecistitis, etc.

Pero la característica fundamental que llevó al descubrimiento de un aspecto trascendental en los fenómenos de resistencia bacteriana, estaba dada por la forma en que esa resistencia —habitualmente evidenciable como multirresistencia— podía ser transmitida entre las bacterias.

En efecto, diversos científicos (3-4-5), comprobaron entonces, que esa **multi**-resistencia podía transferirse de una bacteria a otra por simple contacto, aún cuando las bacterias que la recibían no hubieran estado en contacto con antibióticos. Fue evidente entonces, que una nueva y muy peligrosa forma de resistencia bacteriana, estaba ocurriendo en forma totalmente distinta a la clásica mutación genética.

Esta nueva forma de Resistencia Bacteriana fue definida como Resistencia Bacteriana Transferible a Resistencia Bacteriana Infecciosa, o Resistencia Bacteriana Contagiosa, ya que cualquier bacteria del tipo enterobacterias y también otros gram negativos como *Pseudomonas*, *Serratia*, *Pasteurella*, *Vibrio comma*, etc pueden transferir un factor extracromosómico —llamado Factor R— a otras bacterias de la misma o de diferente especie. Como el Factor F contiene marcadores de resistencia a diversos antibióticos o quimioterápicos, en una sola transferencia se transmite así la resistencia a varios antibióticos simultáneamente. De acuerdo con las comprobaciones ulteriores (6-7), la aparición de estos Factores R, es favorecida por la presión selectiva que ejercen ciertos antibióticos, sobre todo los de "amplio espectro", como tetraciclinas, ampicilina y otras penicilinas, cefalosporinas, y también sulfonamidas y sus combinaciones. Estas drogas, al actuar sobre la flora intestinal, van eliminando sólo bacterias sensibles a ellas, determinando el predominio de cepas resistentes, de *Escherichia coli* por ejemplo, las cuales proliferan conteniendo cada vez más el Factor R de multirresistencia.

Esto crea en el ser humano un peligro potencial que puede llegar a constituir una seria amenaza para la antibioticoterapia, ya que esos bacilos **coli** ahora con Factor R, pueden emigrar del intestino y producir severas infecciones en vías urinarias, vesícula biliar, etc. Pero también existe otro grave riesgo, cuando esos individuos adquieran una ulterior infección gastrointestinal por alguna shigella o salmonella, que pueden ser originalmente sensibles, pero que al proliferar en el intestino y estar en contacto con los bacilos coli, estos últimos le transfieren por simple contacto, el Factor R, transformando así a esas shigelas o salmonellas en multirresistentes.

Se afirma también que esta nueva forma o resistencia transferible, que es de tipo extracromosómico, sería la responsable de la gran mayoría de las resistencias, lo cual, en forma inequívoca, determina un trascendental cambio en los conceptos clásicos de la resistencia bacteriana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- i.—ANDERSON, E. S.: **Middlesbrough** Outbreak of Infantile Enteritis and Transferable Drug Resistance. *Brit. Med. J.*; 1: 293, 1968.
- 2.—OLARTE, J. y GALINDO, E.: Factores de Resistencia (R) encontrados en cepas epidémicas de Shigella e Salmonella typhi no México. *Rev. Assoc. Med. Brasil.*; 19 (3): 7-12, 1973 (Ed. Complementar.)
- 3.—WATANABE, T.: Infectious Drug Resistance in Enteric Bacteria. *New Eng. J. Med.*; 275 (16): 888-894, 1966.
- 4.—DATTA, N. R. Factors in Escherichia coli. *Ann. N. Y. Acad. sci.*; 182: 59, 1971.
- 5.—DAVEY, R. B. and PITTARD, A. J.: Transferable Multiple Antibiotic Resistance Amongst Shigella Strains isolated in Melbourne between 1952 and 1968. *Med. J. Australia*; 1-1367-1370, 1971.
- 6.—RUBBO, S. D.: Common Sense in Chemotherapy, *Med. J. Australia*; 1 (9): 431-439, 1969.
- 7.—CHRISTIE, A. B.: Advances in the Treatment of Infectious Diseases. *The Practitioner*; 205: 514-522, 1970.

ANGIOSTRONGYLOSIS ABDOMINAL

PRIMER CASO HUMANO ENCONTRADO EN HONDURAS

(Hospital Evangélico de Siguatepeque)

* *Dr. Edgardo Sierra*

** *Dr. Pedro Morera.*

La angiostrongylosis abdominal, es una enfermedad parasitaria producida por un helminto, el *angiostrongylus costarricensis* (Morera y Céspedes 1971) caracterizado por la formación de granulomas especialmente en ileon terminal, ciego, colon ascendente y mesenterio adyacente, con infiltración eosinofílica. Hasta la fecha se conocen 16 especies del género *Angiostrongylus*, *Cantonensis* y el *Costarricensis*, parasitan accidentalmente al hombre, el primero produce la meningoencefalitis eosinofílica.

El *angiostrongylus Costarricensis* es un *metastrongyloideo* perteneciente a la sub-familia *angiostrongylinae*.

El parásito adulto tiene cuerpo filiforme en ambos sexos, la extremidad caudal del macho curvada ventralmente termina en una bolsa capulatriz, mide 19 mms. de longitud, y la hembra mide 25 mms. el grosor es un poco mayor que el del macho (24 micras).

CICLO EVOLUTIVO

Todas las especies del género *angiostrongylus* realizan su ciclo a través de un molusco. El huésped definitivo, en el que normalmente completa su ciclo, es la *sigmodon hispidus* y *Rattus rattus*. En estas ratas los parásitos adultos se localizan en las arterias mesentéricas, especialmente de la región cecal, los huevos son depositados en los tejidos de la pared intestinal o arrastrados por la corriente sanguínea. En este sitio los huevos se embrionan hasta la formación de larvas del primer estadio que se tabulan como L1, las cuales se mueven en el tejido hasta alcanzar la luz intestinal y salen al exterior en las heces de la rata. Estas larvas necesitan un huésped intermediario para alcanzar la forma infectante para el mamífero que se nomina como L3. Este huésped intermediario lo constituyen las babosas (*vaginulus Pleveius*), y en este molusco la larva L1, sufre dos transformaciones hasta alcanzar la forma L3, el ciclo se completa cuando la rata se come los moluscos infectados, la larva L3, alcanzan en el intestino de la rata la forma adulta y se repite el ciclo. Los moluscos parasitados expulsan con las heces las larvas infectantes que pueden fácilmente contaminar los vegetales y el agua, y por este medio infectar al hombre.

* Hospital Evangélico, Siguatepeque, Honduras. ** Departamento de Parasitología, Universidad de Costa Rica. Servicio de Patología, Hospital San Juan de Dios, San José.

C A S O

HISTORIA

J. G. de 11 años de edad y sexo masculino; nació en Tegucigalpa y reside en San Pedro Sula. Ingresó al Hospital Evangélico el 9 de agosto de 1971 con dolor en la fosa ilíaca derecha y constipación. Un mes antes de su ingreso nos consultó por tener anorexia y estreñimiento. En esa oportunidad, el examen físico fue negativo, excepto por tener peso bajo para su edad y talla; el examen copro-parasitológico demostró parasitismo por *Trichiuris trichiuris*; se le dio tratamiento con Tiabendazol y vitamínicos. Ocho días, antes de ingresar al Hospital se inició el cuadro de dolor en la fosa ilíaca derecha el cual se agudizaba con la deambulación y la palpación. La constipación se agravó también en esos días y se presentó náusea, vómito y anorexia.

EXAMEN FÍSICO

Temperatura 37°C; pulso 80 por minuto; presión arterial 80/60, lúcido bien orientado en tiempo y espacio. Aparato¹ gastrointestinal: Hay una masa oblonga de consistencia dura, dolorosa a la palpación, que no se desplaza con los movimientos respiratorios; se localiza en la fosa ilíaca derecha y parte baja del flanco del mismo lado; en este sitio hay resistencia de la pared intestinal y signo de rebote positivo. El tacto rectal es doloroso y no permite palpar la tumoración.

Exámenes de laboratorio: hematocrito 37; leucocitos 21,656 por milímetro cúbico; linfocitos 30, neutrófilos 20, eosinófilos 50. Examen de orina normal.

Al día siguiente del ingreso se practicó intervención quirúrgica, encontrándose una tumoración con granulos amarillentos en la superficie, de consistencia dura, que abarcaba el ileon terminal, ciego, tercio proximal del colon ascendente y mesenterio adyacente. Se hizo una resección intestinal amplia y entero anastomosis término-lateral.

ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO

Descripción microscópica: Cortes de las áreas de engrosamiento muestran un infiltrado denso eosinofílico. Se observan células gigantes multinucleadas a cuerpo extraño espaciados en este infiltrado. A pesar de no observarse parásitos, es muy probable que la lesión sea de origen parasitario (*Angiostrongylus?*). En cortes <h ganglio linfático se observa hiperplasia inflamatoria y eosinofilia. En los cortes examinados no hay evidencia de proceso neoplásico. Este fue el informe del Dr. Raúl Durón quien nos sugirió enviáramos la pieza quirúrgica a los Dres. Pedro Morera y Céspedes, ya que son los pioneros en el estudio de esta parasitosis y además cuentan con un personal numeroso dedicado a la investigación de la misma. El estudio realizado resultó un éxito al confirmar la sospecha del Dr. Durón. Informe anatómo-patológico de los Dres. Céspedes y Morera del Hospital San Juan de Dios, Costa Rica: la pieza quirúrgica comprende el ileon terminal, ciego, tercio inicial del colon ascendente y mesenterio conteniendo algunos ganglios linfáticos. La serosa presenta múltiples pequeñas manchas de aspecto amarillento. Al corte, la pared intestinal se presenta notablemente engrosada, irregular. El estudio histopatológico demuestra la presencia de un proceso inflamatorio granulomatoso con fuerte infiltración eosinofílica. Muchos de los granulomas están formados alrededor de huevos de nematodos parcialmente embrionados, cuya

morfología es similar a la de los de *Angiostrongylus Costarricensis*. En una arteria submucosa del ciego se encontró un parásito adulto necrosado. En las arterias del mesenterio si fue posible encontrar parásitos completos. Diagnóstico: ileotiflitis granuloma tosa causada por *Angiostrugylus Costarricensis*.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta 15 días después de la operación, fecha en la cual la eosinofilia había bajado al 23%. Un mes después del egreso el recuento leucocitario y la fórmula diferencial fueron normales. Diez meses después de la operación se hizo un estudio radiológico con resultado satisfactorio. El estado actual del paciente es bueno.

Una vez establecido el diagnóstico de angiostrongylosis abdominal se trató de encontrar la fuente de infección de la enfermedad. Con este objeto se recogieron moluscos (babosas) en la vecindad de la vivienda del niño. El estudio de este material mediante la técnica de Wallae y Rosen (1969) permitió el hallazgo de larvas de tercer estadio (L3, forma infectante) de *A. Costarricensis*.

COMENTARIO

El hallazgo del primer caso de angiostrongylosis abdominal fuera del territorio costarricense permite confirmar la sospecha (Morera) de que esta parasitosis puede presentarse en todos aquellos lugares en donde viven los huéspedes definitivos.

Las características clínicas de la enfermedad en este caso fueron idénticas a las descritas (Robles et al, 1968) en los casos de Costa Rica. El dolor localizado en la fosa ilíaca derecha y la leucocitosis con eosinofilia son hechos que se puedan considerar constantes en esta enfermedad. También las características anatómo-patológicas son sumamente típicas; la presencia de los huevos en la pared intestinal produjo una inflamación granulomatosa con fuerte infiltración eosinofílica; este cuadro inflamatorio es entonces el responsable del notable engrosamiento de la pared intestinal. No obstante, ser éste, un hallazgo fortuito, creemos **importante** tener en mente esta parasitosis. 1º, porque su incidencia es mayor en niños; 2º, porque el tratamiento hasta la fecha, es quirúrgico, y la cirugía altamente traumática (resección intestinal). Pensando en ésto creemos conveniente su divulgación a través del Ministerio de Salud Pública, a fin de instruir al **pueblo** sobre el peligro que representan las ratas, moluscos y la forma como contaminan al hombre.

RESUMEN

Se presenta el primer caso de Angiostrongylosis abdominal encontrado en Honduras, el cual es también el primero encontrado fuera de Costa Rica. El cuadro anatómo-clínico es igual al descrito en los casos de este último país. La búsqueda de la fuente de infección en la vecindad de la vivienda del paciente permitió el hallazgo de moluscos (*Vaginulus Plebeius*) con la forma infectante- **de** *Angiostrongylus costarricensis*. Se encontró moluscos parasitados por este helminto en Siguatepeque en el 20% de los examinados.

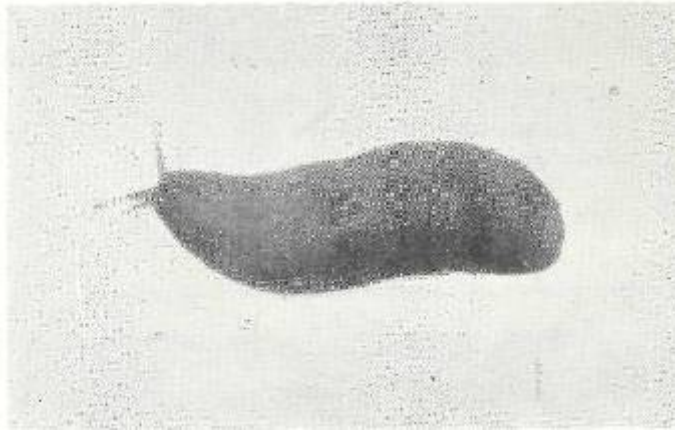


Figura N? 1
 (Vaginulus Plebeius), molusco en cuyo interior la larva
 alcanza la forma infectante para el mamífero (13).

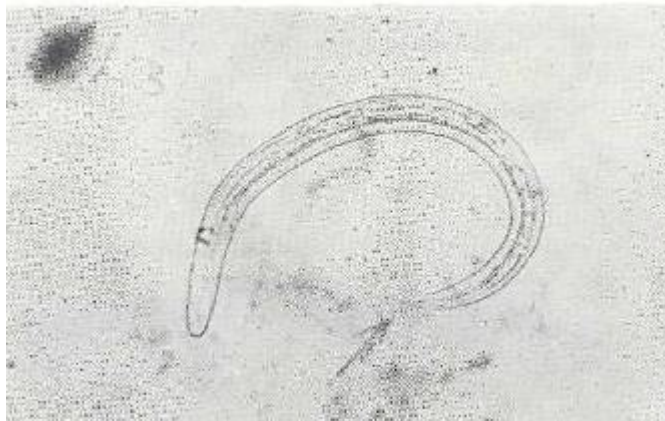


Figura N? 2
 Tercer estadio o forma infectante de la larva
 del Anigiostrogylus Costarricensis.

Angiostrongylus Costaricensis

ciclo evolutivo

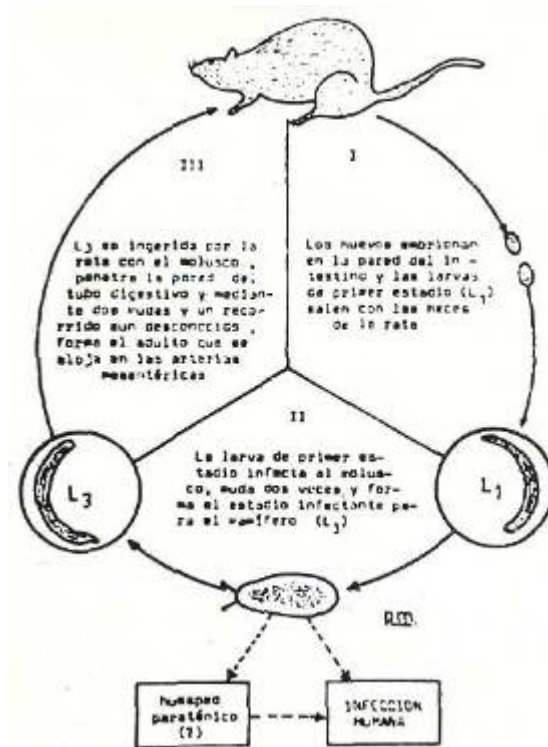


Figura N° 3 Ciclo evolutivo de *Angiostrongylus Costaricensis*.

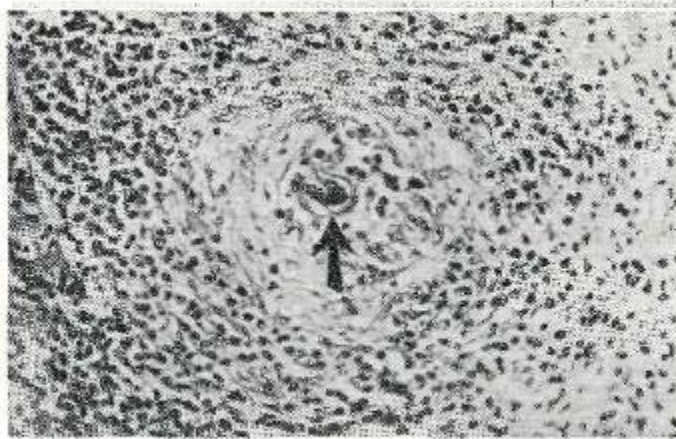


Figura Nº 5
Huevo del parásito rodeado células gigantes
e infiltración eosinofílica abundante.



Figura Nº 6
Segmento de un parásito adulto en el lumen de un vaso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—CÉSPEDES, R.; J. SALAS, S.; MEKBEL, L.; TROPER, F.; MULLNER y P. MORERA: Granulomas entéricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un estringilídeo (*strongylata*). *Acta Méd. Cost.* 10: 235-255, 1967.
- 2.—MORERA, P.: Granulomas entéricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un estringilídeo (*Strongylata* Railliet y Henry, 1913), I. Aspecto parasitológico (nota previa). *Acta Méd. oCst.* 10: 2570263, 1967.
- 3.—MORERA, P.: Investigación del huésped definitivo de *Angiostrongylus Costarricensis*. *Morrea y Céspedes*, 1971. *Bol. Chileno Parasit.*, 25: 133-134, 1970.
- 4.—MORERA, P. y L. R. ASH: Investigación del huésped intermediario de *Angiostrongylus Costarricense*, Morera y Céspedes, 1971. *Bol. Chileno Parasit.*, 25: 135, 1971.
- 5.—MORERA, P. y R. CÉSPEDES: a) *Angiostrongylus costarricensis* n.sp. (Nematoda: Metastrongyloidea), a new longworm occurring in man in Costa Rica. *Rev. Biol. Trop.*, 18: 173-185, 1971.
- 6.—MORERA, P. y R. CÉSPEDES: B. *Angiostrongylosis* abdominal. Una nueva parasitosis humana. *Acta Méd. Cost.*, 14: 159-173, 1971.
- 7.—ROBLES, G., LORIA, R.; LOBO, F.; ROBLES, A.; VALLE, S. y CORDERO, C: Granuloma eosinofílico parasitario intestinal. *Rev. Med. Hosp. Niños*, 3: 67-80, 1968.
- 8.—WALLACE, G. D. y ROSEN, L.: Techniques for recovering and identifying larvae of *Angiostrongylus Cantonensis*, *Malacologia*, 7427-438, 1969.

Relación entre fractura de los miembros y trombosis venosa

INFORME PRELIMINAR

Por los Dres. *J. Gómez-Márquez (*)* y
*Germán Corleto(**)*

Es un hecho de observación diaria que los miembros afectados de fracturas, presentan casi siempre un edema más o menos severo, y que éste en algunas ocasiones, se prolonga por mucho tiempo, y aún más, que algunas veces, el miembro traumatizado, conserva un edema crónico, que se califica vagamente con el concepto de "edema postraumático". A primera vista, parece lógico pensar que así como el trauma es capaz de provocar la solución de continuidad de un hueso, así también podría en determinadas circunstancias, provocar una trombosis de las mismas. Si así fuera, sería factible admitir, que un porcentaje indeterminado de los llamados "edemas postraumáticos" no son otra cosa que síndromes postrombóticos, cuyo origen, la trombosis, pasó desapercibida. De llegar a esta conclusión, cabría la posibilidad, de dictar algunas medidas de orden profiláctico. Varios autores¹, entre ellos, Martorell, Boar, **Bauer**, Merle d'Aubigne, **Hjelmstedt** y col., y Wertheimer, han estudiado este problema, habiendo llegado a conclusiones no siempre uniformes. Ahora bien, cualquier trabajo dirigido en la dirección anteriormente apuntada, tropieza, para empezar, con la dificultad de hallar medios lo más fidedignos posibles para diagnosticar la trombosis venosa. Todos sabemos en efecto, que ante cuadros floridos de tromboflebitis, el diagnóstico suele ser bastante **fácil**, pero por el contrario, el diagnóstico se torna difícil cuando estamos ante cuadros sintomatológicos del tipo de la flebotrombosis y es más difícil aún cuando se trata de un miembro fracturado, el cual, por el solo hecho de la lesión ósea, tiene todo el derecho a presentar edema, dolor, empastamiento de masas musculares e incluso fiebre. En estos casos, el diagnóstico de trombosis venosa puede pecar tanto por defecto como por exceso. Si bien más adelante, discutiremos la opinión de los diversos autores en lo referente al valor que se le debe conceder a los diversos medios diagnósticos, podemos decir desde ahora que no hemos considerado que los diagnósticos en base puramente clínica sean de suficiente solidez. Por ello hemos preferido basarnos en el documento fleboográfico, que, si bien es cierto que puede tener algunas fallas, nos parece uno de los más fidedignos.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro trabajo se basa en el estudio de 64 casos de fracturas de los miembros, bien fueran éstos superiores e inferiores, cerrados o expuestas. Para realizar este estudio contamos con la amplia cooperación de los integrantes de!

(*) Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General de Tegucigalpa.
Profesor de Cirugía, i**) Residente de Cirugía en el Hospital General de Tegucigalpa. •

Departamento de Traumatología del Hospital General de Tegucigalpa, particularmente en el sentido, de que los traumatizados, fueron tratados durante los primeros siete días sin colocación de yesos, lo cual nos permitió una vez pasado este lapso, practicar una flebografía. Una vez efectuada ésta, los traumatólogos siguieron el tratamiento que consideraron más adecuado en cada caso. La mayor parte de las flebografías se practicaron por vía intraósea, ya que el edema hizo dificultosa o imposible la técnica de punción venosa. A continuación señalamos: distribución por edades, por sexo, distribución entre miembros superiores e inferiores, complicaciones de la flebografía y los hallazgos flebográficos.

Se estudiaron en totalidad 63 pacientes, de los cuales uno, tenía fractura tanto de miembros superiores como inferiores, por lo cual el número de fracturas consideradas es de 64. El estudio flebográfico se llevó a cabo en todos los pacientes, en forma indiscriminada, es decir tuvieran o no síntomas y signos sospechosos de trombosis venosa. La flebografía se efectuó idealmente el séptimo día de la fractura. En algunas ocasiones el procedimiento radiológico tuvo que ser postergado un poco más por diversas razones. Entre los doce enfermos en quienes se encontró signos radiológicos positivos, 9 fueron estudiados el séptimo día; uno el noveno y otro el día 12. Debido al edema considerable que presentaban la mayor parte de los pacientes, el mayor número de ellos fue sometido a flebografía transósea (casi todos ellos transcálcanea) y cuando las circunstancias lo permitían se usó la vía intravenosa así: en el total de 64 fracturas, se practicaron 47 flebografías transósea y 17 intravenosas. Tuvimos únicamente un caso de complicación en la vía intraósea, en forma de una infección en el sitio de puntura que se resolvió en unos cuantos días con la administración de antibióticos.

Las fracturas estaban repartidas en cuanto al sexo en la siguiente forma: 49 hombres y 14 mujeres. 43 pacientes, o sea el equivalente al 68.25% estaban comprendidos en las primeras cuatro décadas.

La localización de las fracturas fue la siguiente:

Antebrazo.....	7	Pelvis	1
Brazo	16	Mano	3
Muslo	11	Pie	1
Pierna	23		

En conjunto, de los 64 casos estudiados flebográficamente, encontramos 12 imágenes que catalogamos como de trombosis venosa profunda. Estas trombosis se localizaron: en pierna 9 veces; en antebrazo 2; y en muslo 1. Quiere esto decir, que se encontró trombosis en un 18.75% de los casos. De estos 12 casos, % mitad exactamente (o sea 6) correspondían a cada uno de los sexos. Entre los 12 afectos de trombosis, 4 tenían fractura conminuta. En 6 casos, la trombosis se produjo en el segmento del miembro afecto de la fractura pero en otros 6 la trombosis se' produjo a distancia, es decir para el caso, fractura de fémur con trombosis de la pierna.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Fundándonos en la revisión bibliográfica, queremos poner al día los siguientes puntos:

- 1.—Factores que pueden intervenir para explicar la coexistencia de fracturas y trombosis venosas.

- 2.—Valor de la clínica y de los medios auxiliares en el diagnóstico de trombosis venosa.
- 3.—La importancia de la inmovilización como factor determinante de la trombosis.
- 4.—Cronología de la trombosis en relación con el trauma.
- 5.—Preferencia de las trombosis venosas en los fracturados en los miembros superiores e inferiores. 6.—Incidencia de las trombosis en los miembros fracturados.

1.—Martorell (5), quien más bien opina que existe una baja incidencia de trombosis en fracturados, refiere las experiencias de Oschner y de De Bakey, quienes afirman que la coagulación intravascular no aparece con mayor frecuencia después de los traumatismos por las siguientes razones: los grandes traumatismos se producen generalmente en gente joven; los músculos heridos o contusos originan, por la gran cantidad de colina, una vasodilatación, que tiende a compensar la nocividad de la inmovilización de las estasis sanguíneas; que es también importante el aumento regional del calor corpóreo retenido por los vendajes de yeso. Refiere también, que según Frimandhal, el vendaje de yeso actúa a **manera** de cápsula protectora que impide la compresión de las venas. Según este autor, ésta sería una razón para la poca frecuencia de la trombosis en los pacientes enyesados.

Boaro et al suministran los siguientes conceptos fisiopatológicos (2): "La pared venosa puede ser dañada en diversas formas provocando trombofilia en traumas directos o indirectos; asimismo pueden influir los estados, incluso pasajeros, de hipoxia por espasmos arteriolar y de los vasos vasorum y las eventuales lesiones nerviosas. Dice que cualquier perturbación funcional o anatómica de la pared vascular se traduce en una diferencia de potencial electrostático entre las capas parietales vasculares y de los componentes hemáticos. La íntima, tiene respecto a la adventicia un potencial negativo; cuando en la íntima se establece un potencial positivo, se forma sobre ella un trombo por adhesión y aglutinación de células y fibrina. Además en el trauma, la tendencia a la hipercoagulación, debe atribuirse al aumento de los componentes protombínicos y de los tromboplastínicos. Hindriche y Margraff han comprobado mediante exámenes electroforéticos de las proteínas séricas, que en los primeros días consecutivos a la fractura, existe un aumento de las alfa, y con frecuencia también beta globulinas, con inversión del coeficiente proteico. Dado que la protombina viene vehiculada por las globulinas, se ha atribuido un significado al aumento de las propias globulinas en las dos primeras semanas de la fractura por cuanto en este período hallamos una mayor facilidad para la trombosis. También Merisi y Col., han observado en el mismo período una hipergamaglobulinemia de importancia y duración variable según la intensidad del trauma. En cuanto a los componentes tromboplastínicos, complejos lipoproteicos de comportamiento euglobulino-similar, cabe igualmente explicarlo, según la actitud de las fracciones seroproteicas citadas antes. En la práctica, después de cualquier trauma, se produce un aumento de la tasa de tromboquinasa, de trombina, de factor VIII, de fibrinógeno, una disminución de la tasa de fibrolisina, un aumento por lo tanto de la adhesividad y de la aglutinabilidad; los hematíes presentan fenómenos de aglutinación intravascular y forman aglomeraciones que pueden ser transportados hacia la periferia en las pequeñas arterias o capilares, o sedimentarse en la luz de los vasos de mayor calibre. Por último, están los factores dinámicos que conducen al enlentecimiento de la corriente sanguínea, lo cual puede representar uno de los factores de mayor importancia en la génesis de la enfermedad tromboembólica: Por otra parte, la colección hemática, estancada en el foco de fractura, es fuente continua y duradera de material trombógeno".

2.—Bauer (1), afirma que las trombosis evolucionan debajo del yeso sin ser diagnosticadas, y que después aparece el síndrome posttrombótico. Para interpretación el estudio que se basa en la flebografía puede inducir a errores de interpretación en las trombosis no traumáticas, y más todavía, en las traumáticas; "una desviación fragmentaria, la compresión por un hematoma, un arrancamiento venoso*", puede dar falsas imágenes de trombosis". Bauer (1), cuando tiene dudas, después de la evaluación clínica, considera la flebografía como de un valor inestimable. Merle D'Aubigne (4), reconoce la dificultad diagnóstico precoz. Hjelmstedt y Bergavall (3), por ser muy difícil el estudio clínico, hicieron el estudio flebográfico. Wertheimer et al (7), afirman que el examen clínico por sí solo no les parece un elemento suficiente para evaluar la incidencia de las complicaciones venosas postraumáticas y creen, que solamente la flebografía suministra los documentos indiscutibles sobre la topografía, la extensión y los caracteres de la trombosis. Estos autores no hicieron estudios flebográficos sistemáticos, pero si los llevaron a cabo siempre que surgía la sospecha que fuera una trombosis o una embolia pulmonar. El mismo autor dice que las flebografías evidenciaron los aspectos bien conocidos de tromboflebitis de coágulos adherentes o de flebotrombosis con coágulos fluctuantes y embolígenos, lo que concurre para demostrar la importancia del diagnóstico precoz de la trombosis profunda.

3.—Para Martorell es discutible si el trauma local es el factor primordial de la trombosis o si el fracturado presenta una trombosis de estasis que se establece con independencia del lugar traumatizado en sitios alejados del mismo (5). Según Celinski (5) el trombo se produce por estasis independientemente del lugar del trauma. Martorell de nuevo concluye: "Los dos factores tienen su importancia; fracturas en gente joven, localizadas en la pierna y tratadas con métodos ambulatorios dan escaso número de trombosis y si se presentan, cabe interpretarlas como trombosis de estasis o directamente originadas en el lugar del traumatismo". Para Boaro (2), hay absoluta predilección del proceso trombótico por el miembro lesionado, ya que a la inmovilidad se añade la tracción, el yeso, los vendajes de contención y el hematoma postraumático, que actúa mecánicamente y como origen de sustancias coagulantes. El mismo autor insiste también que en las fracturas que interesan la articulación de la rodilla, se forma un voluminoso hematoma en la articulación lo que perjudica a la vena poplítea poco protegida anatómicamente. Bauer (1) por su parte señala que prácticamente la trombosis ocurre siempre, en el miembro lesionado y lo atribuye a la inmovilización y a las dificultades circulatorias a nivel de la vena poplítea causadas por la formación del hematoma, edema o vendajes demasiados apretados. Sobre este tema parece tener una primordial importancia el trabajo Hjelmstedt y Bergavall (4) los cuales, a fin de determinar si el factor inmovilización es o no primordial, hacen un estudio comparativo desde el punto de vista flebográfico en ambos miembros de cada paciente fracturado. Exploraron un total de 55 casos de fractura unilateral de la tibia entre tres años y un mes del accidente. En 24 casos, o sea en el 44%, se demostró trombosis de la pierna lesionada, aunque fuera de poca extensión en muchos casos. En las piernas no lesionadas nunca se pudo observar trombosis de secuelas post trombóticas. Los autores, en vista de estos resultados, sostienen la hipótesis de que el traumatismo local es el factor de mayor importancia en la formación de trombosis, y como dicen Mustard, Roswell y Murphy en 1964, "existen buenas-evidencias de que la estasis por sí misma resulte inadecuada para producir la formación de trombosis."

4.— Según Wertheimer et al (7) las complicaciones venosas sobrevinieron entre los días 7 y 15 después del traumatismo y constatan un aumento de la incidencia cuando las maniobras fueron largas y repetidas.

5.—Según Merle d'Aubigne (6), las trombosis son **excepcionales** en los miembros superiores. Wertheimer (7), et al, examinaron 85 pacientes y comprobaron 61 veces la existencia de una trombosis venosa profunda; en esta serie, 79 pacientes tenían fractura del miembro inferior y sólo 6 del superior.

6.—Boaro (2), hace una **revisión** de 7.444 fracturados y establece su diagnóstico sólo en base clínica. Encuentra en los miembros inferiores, tromboflebitis en un 0.44% y flebotrombosis en el 9.2%. Según él, el lugar de elección en forma decreciente es: cuello de fémur, pierna, rodilla y maleólos. Dice que es más frecuente en la edad avanzada, y se lo explica por la disminución de las células gigantes hiperinocíficas lo cual es común después de los 40 años. Encuentra la complicación embólica en 43 casos, de los cuales 9 fueron mortales. Afirma que en muchos pacientes el diagnóstico precoz no fue posible a causa de la presencia de un yeso. Para Bauer (1), las trombosis venosas consecutivas a lesiones traumáticas de las piernas ocupan un 12%, mientras que las trombosis postoperatorias representan un **1.6%**, las **post-partum 1%** y la de los encamados por enfermedades internas, 3.1%. Merle D'Aubigne (6), refiere que él considera únicamente las trombosis seguras y excluye las dudosas; para él, en la cirugía ortopédica hay un 3.2% con 1.6% de embolias pulmonares de las cuales el 0.3% fueron mortales. Encuentra un 4.5% en el contra 1.6% en la mujer, y más frecuente también en los mayores de 40 años y en los obesos especialmente ^Tos que tienen antecedentes de flebitis o en los varicosos. Hjelmstedt et al (3) hicieron un estudio de 16 pacientes con 79 fracturas de la tibia; practicaron flebografías sistemáticamente existieran o no síntomas o signos sospechosos de trombosis. En el 44.7% de los casos pudieron encontrar así trombosis de diversa extensión. La incidencia de la trombosis fue menor entre los 15 y los 24 años (11.8%) y entre los 25 y 74 años fue del 54-2%. Las trombosis fueron más frecuentes en las fracturas conminutas y más alta entre los tratados quirúrgicamente que entre los tratados conservadoramente. Para los autores la explicación *do* que hay menor frecuencia entre los sujetos, entre 15 y 24 sería: a) que el endotelio de los jóvenes es más resistente al trauma; b) que el diagnóstico no siempre se hace por ser de pequeños trombos murales o por existir trombósis espontánea. Wertheimer (7) refiere que Stulz y Froelitch en 1952 efectuaron flebografía en 30 pacientes portadores de fracturas entre 3 y 12 meses después del traumatismo y encontraron 21 imágenes compatibles con compromiso flebítico. por su parte, según el mismo autor, Flanc y col. usaron para investigar las trombosis postoperatorias, el fibrinógeno marcada con I 125 y probaron que el 35% de los operados de más de 4 años presentaban trombosis y que en la mitad de estos casos, (a precipitación del fibrinógeno se hacía en el curso de la intervención quirúrgica. Estos autores insistieron en el hecho de que solamente el 50% de los pacientes con trombosis venosa presentaban sintomatología.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Es evidente que los resultados obtenidos por nosotros, coinciden en algunos aspectos con los de algunos autores y en otros, disienten. Intentaremos analizar los distintos aspectos de convergencia y divergencia.

Sobre la utilidad de la flebografía en el diagnóstico de la trombosis, la mayor parte de los autores consultados están de acuerdo en su valor. Bauer, lo considera inestimable pero más enfáticos son Hjelmstedt y Bergavall que la considera como lo único indiscutible en el diagnóstico de la trombosis. Martorell tiene por el contrario grandes reservas. Nosotros creemos que aunque en Medicina nada es absoluto, la flebografía constituye un elemento de diagnóstico en la

trombosis venosa, que en algunas ocasiones llega a ser imprescindible. Una de estas ocasiones es precisamente aquella en la que hay asociación con fractura, puesto que la mayor parte *de* los signos y síntomas de ésta pueden enmascarar los propios de la trombosis. Recordemos que según los autores cerca del 50% de las trombosis no son diagnosticadas clínicamente, aún en circunstancias ordinarias (7). Por lo tanto, y aún admitiendo un margen de error, estarnos convencidos en que el diagnóstico de la trombosis en base flebográfica es más sólido que aquél que se basa solamente en la clínica.

En relación a la incidencia de la trombosis en las fracturas, es evidente que Martorell (5) no cree que es de tanta importancia como otros; no obstante vale la pena consignar que él da su impresión general basado en su indudable gran experiencia pero no se refiere a ningún trabajo de investigación clínica efectuada por él. Por el contrario; Boaro (2), en un análisis de nada menos que 7.444 fracturados encuentra un 9.64% de trombosis. Nos atrevemos a deducir, que como este estudio fue hecho únicamente en bases clínicas, el resultado peca por defecto. Bauer (1), en un trabajo en el que efectuaba la flebografía, cuando el examen clínico era dudoso, alcanza ya una cifra de 12% de trombosis y Hjelmstedt y Bergavall en un estudio semejante al nuestro en 55 casos, informa un 44% de trombosis, cifra que por su magnitud resulta algo difícil de admitir. De todas formas, y a pesar de la gran distancia que media entre los diversos resultados que acabamos de apuntar, sí parece que debe aceptarse que la trombosis en los fracturados es un problema mucho más frecuente que lo que generalmente se piensa. Nuestro resultado da un 18.75% y en estas circunstancias parece estar dentro de términos razonables. Sin embargo, aún hay un punto que conviene profundizar algo más y es el relativo al momento en que se hizo el diagnóstico de trombosis. Nosotros, en vista de que se cree que esta trombosis se origina preferentemente entre los 7 y 15 días de la fractura (7), adoptamos para empezar, como idea!, el séptimo día para hacer la flebografía pero consideramos que en una segunda parte de nuestro estudio, deben considerarse estos enfermos en fechas más lejanas, cuando sean dados de alta de su tratamiento óseo. Estamos convencidos de que probablemente encontraremos que el número de trombosis o síndromes posttrombóticos es aún mayor que el que hemos consignado hasta el presente. También sería útil, tomar otro lote de enfermos y estudiarlos inmediatamente después de producirse la fractura.

Hjelmstedt opina (3) que las trombosis en los fracturados son más frecuentes en aquellos afectos de lesiones conminutas. De nuestros doce casos positivos, cuatro tenían fractura conminuta, lo que, con las reservas del caso, parece apoyar el criterio del autor mencionado.

En nuestros pacientes, el mayor número de trombosis se localizaron en la pierna 9 (veces). Ello es interesante porque la proporción de trombosis de la pierna no guarda relación con el número de fracturas de la pierna en los doce casos con trombosis ni con la proporción de fracturas de la pierna en el total de fracturados. en efecto, si tuvimos 9 trombosis de la pierna en un total de 12 trombosis ello nos da una relación de $9/12 = 0.75$. Mientras tanto, la relación de fracturas de la pierna en el total de fracturados es de $23/64 = 0.36$ y la de las fracturas de pierna en el total de doce trombosados, es de $6/12 = 0.5$. Estos datos parecen demostrar que existe una predilección por las venas de la pierna para trombosarse, independientemente de que el foco de fractura asiente o no en este sector del miembro. ...

Los autores se inclinan a que las trombosis en los fracturados se forman de preferencia en personas mayores de 40 años (2 y 3). Sin embargo nosotros eneon-

tramos 9 trombosis en personas menores de 40 años sobre un total de 12, lo que en porcentaje resulta 75 %. Tiene aún más valor este dato si se agrega que en el total de 64 pacientes, 43, o sea un 68.35% eran menores de 40 años. De ello parece deducirse que no parece existir una predilección en relación con la edad.

Hay autores, como Merle d'Aubigne, que afirman que las trombosis en los miembros superiores son excepcionales. Entre nuestros doce trombóticos, dos pertenecían a los miembros superiores, lo que da una proporción de $2/12=0.16\%$, mientras que la proporción de fracturas de miembro superior, en el total de nuestros fracturados es de 23 o sea $23/64 = 0.35$. Esto parece inclinar el criterio en el sentido de que si bien las trombosis en estas circunstancias de los miembros superiores no son excepcionales, si son menos frecuentes que las de los inferiores, cosa por otra parte comprobada habitualmente.

Se tiene la tendencia a afirmar que la trombosis en los fracturados son más frecuentes en el sexo masculino. Así, Merle d'Aubigne, encuentra (6), 4.5% para los varones contra 1.6% para las mujeres pero no sabemos si al hacer esta comparación ha tomado en cuenta que las fracturas en el sexo masculino son mucho más frecuentes que en el **femenino**. Nosotros encontramos igual número de hombres que de mujeres con trombosis (seis para cada sexo). Es más, si tomamos en cuenta que en el total de 63 pacientes, tenemos 49 hombres y sólo 14 mujeres, **parecería** demostrarse evidentemente todo lo contrario, es decir, que en la mujer hay mayor tendencia a la trombosis que en el hombre.

CONCLUSIONES

Después de todas las consideraciones anteriores, creemos que hay suficiente base para afirmar que la trombosis venosa "en los pacientes fracturados presenta una incidencia considerable y que por lo tanto los traumatólogos deben pensar más en este hecho a la hora de evaluar miembros fracturados con considerable edema en los primeros días del trauma y también los llamados "edemas postraumáticos". También podría empezar a considerarse la posibilidad de hacer tratamiento profiláctico a base de anticoagulantes en estos pacientes, por lo menos cuando se tratara de fracturas conminutas y cuando el tipo de tratamiento ortopédico tuviera que mantener inmovilizado al paciente por un lapso considerable

Por el contrario, otros conceptos más detallísticos, como la mayor o menor **incidencia** «i uno u otro sexo, y su relación con la edad en los que hay divergencia de opiniones, deben ser objeto de un estudio ulterior en base a un mayor **volumen** de enfermos. Asimismo debe afirmarse que parece dudoso el que exista una relación absoluta entre la localización del foco de la fractura y el lugar de la trombosis. Probablemente, esto es solamente un factor y la inmovilización y otros factores desempeñan también un papel en la génesis de la trombosis.

RESUMEN

El autor presenta un estudio flebográfico en 63 pacientes con diversos tipos de fractura, encontrando que doce pacientes tenían radiológicamente imágenes de trombosis venosa profunda, independientemente de que hubiera o no signos clínicos sospechosos de la misma. Según esta investigación clínica, pareciera haber una predilección por el sexo femenino y la edad no sería un factor **determinante**. El carácter conminuto de la fractura podría ser un elemento coadyuvante. El

estudio se hizo entre el séptimo y el duodécimo día de la fractura. Se considera necesario ampliar la investigación, llevando a cabo estudios flebográficos en los pacientes al final del tratamiento de su fractura. Se llama la atención de los traumatólogos sobre la incidencia considerable de las trombosis venosas en los fracturados y se insinúa la conveniencia de hacer tratamiento anticoagulante de tipo profiláctico en ciertos fracturados por lo menos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—BAUER, G.: Trombosis following leg injuries. *Acta Chirurgica Scandinavia*. 90: 229, 44.
- 2.—BOARO, G.; TES, L.: La enfermedad flebotrombótica postraumática de los miembros inferiores. *Angiología*. 16: 1, 64.
- 3.—HJELMSTEDT, A.; BERGAVALL, U.: Incidence of thrombosis in patients with tibial fractures. A phlebographic study. *Acta Chirurgica Scandinavia*. 134: 209, 68.
- 4.—HJELMSTEDT, A.; BERGAVALL, U.: Phlebographic study of the incidence of thrombosis in the injured and uninjured limb in 55 cases of tibial fracture. *Acta Chirurgica Scandinavia*. 134: 229, 68.
- 5.—MARTORELL, F.: Flebotrombosis en Cirugía Ortopédica y Traumatológica. *Angiología*. 22: 4, 70.
- 6.—MERLE D'AUBIGNE, R.; DURAC, J.: Les Complicatione Thromboémbo- liques en Chirurgie orthopédique et en thraumatologie. Leur Fréquence et leur prevention. *Memoires de l'Academie de Chirurgie*. N° 33 y N° 34, 1011, 55.
- 7.—WERTHEIMER, F.; TONGIE, J.; KIENY, R.: Fractura dos membros e trombose venosa profunda. *Revista Brasileira Cardiovascular*. 7: 217, 71.

Prevalencia de *Enterobius Vermiculares* en niños atendidos en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras

Jorge E. Zepeda ()*

Martha Ondina Vivas ()*

Una revisión de los trabajos sobre Parasitología realizados en Honduras, ha demostrado que hasta el momento no se ha efectuado ningún estudio sobre la prevalencia de *Enterobius vermicularis* en niños, utilizando para ello los métodos de diagnóstico de laboratorio recomendados para tal fin.

Los trabajos realizados se han basado en estudios coproparasitológicos, los cuales revelan cifras muy bajas, ya que este método no es el de selección para el diagnóstico de enterobiasis.

Los trabajos realizados se han basado en estudios coproparasitológicos, los cuales revelan cifras muy bajas, ya que este método no es el de selección para el diagnóstico de enterobiasis.

En una encuesta coproparasitológica realizada en tres escuelas primarias de la zona sub-urbana de la ciudad de Tegucigalpa (1) se encontró en una de ellas un porcentaje de positividad de 5.4%, cifra que no indica la verdadera prevalencia de este parásito.

Este trabajo fue realizado con los siguientes objetivos:

- a) Determinar la prevalencia de *Enterobius vermicularis* en niños de edad comprendida entre 1 y 9 años, atendidos en el Hospital Materno-Infantil de la ciudad de Tegucigalpa, utilizando métodos especiales de diagnóstico de laboratorio.
- b) Comparar los resultados obtenidos con el empleo de dos métodos distintos de diagnóstico de laboratorio, a fin de determinar su efectividad y simplicidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se efectuó en 224 niños atendidos en el Hospital Materno-Infantil de la ciudad de Tegucigalpa, de edad comprendida entre 1 y 9 años, correspondiendo 90 al sexo femenino y 134 al sexo masculino.

Se tomaron muestras de la región perianal de los niños, trabajando entre 6:30 y 8:00 a. m., a fin de que los niños no hubieran defecado o tomado un baño, para hacer más seguro el diagnóstico.

Los métodos de diagnóstico empleado fueron: a) el de la cinta engomada (2) y b) hisopo vaselina-parafina (3).

(*) Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el Cuadro 1 se presenta la prevalencia parasitaria por sexos, observándose un porcentaje de positividad global de 18.3%, correspondiendo 17.8% al sexo femenino y 18.7% al sexo masculino. La diferencia entre los dos sexos es tan pequeña que se puede decir que las enterobiasis afecta en este caso, igualmente a niños y niñas.

CUADRO 1
PREVALENCIA PARASITARIA POR SEXOS

<i>Sexo</i>	<i>Niños examinados</i>	<i>Positivos</i>	
		<i>Número</i>	<i>%</i>
Femenino	90	16	17.8
Masculino	134	25	18.7
TOTAL	224	41	18.3

En el Cuadro 2 se presenta la prevalencia parasitaria por grupos de edades, pudiéndose observar un mayor porcentaje de positividad en los niños pertenecientes al grupo de 5-9 años, es decir, de edad escolar.

CUADRO 2
PREVALENCIA PARASITARIA POR GRUPOS DE EDADES

<i>Grupos de edades</i>	<i>Niños examinados</i>	<i>Positivos</i>	
		<i>Número</i>	<i>%</i>
1-4	120	19	15.8
5-9	104	22	21.2
TOTAL	224	41	18.3

En el Cuadro 3 se hace una comparación de los dos métodos empleados para el diagnóstico, obteniéndose resultados con una diferencia tan insignificante que se puede afirmar, que ambos métodos son igualmente efectivos.

En cuanto a la simplicidad, hay ciertas diferencias. El método del hisopo vaselina-parafina es mucho más sencillo para la toma de la muestra, pero la operación en el laboratorio resulta más simple en el método de la cinta engomada.

CUADRO 3
RESULTADO SEGUN METODO DE DIAGNOSTICO EMPLEADO

<i>Método empleado</i>	<i>Niños examinados</i>	<i>Positivos</i>	
		<i>Número</i>	<i>%</i>
Cinta engomada	224	41	18.3
Hisopo vaselina-parafina	224	40	17.9

RESUMEN

Se presenta un estudio de 224 niños atendidos en el Hospital Materno-Infantil de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras para determinar la prevalencia de *Enterobius vermicularis*. Se obtuvo 18.3% de positividad en dicho estudio.

Dos métodos de diagnóstico de laboratorio fueron utilizados: a) cinta engomada y b) hisopo vaselina-parafina, encontrando resultados similares con ambos métodos en cuanto a la positividad.

SUMMARY

A study of 224 children attended at the Materno-Infantil Hospital of the city of Tegucigalpa, Honduras, to determine the prevalence of *Enterobius vermicularis* is presented. 18.3% positivity was obtained in such study.

Two methods of laboratory diagnosis were utilized: a) scotch-tape and b) vaseline-paraffin swab, finding similar results with both methods as positivity is concerned.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—ZEPEDA, J. E.: Estudio coproparasitológico en tres escuelas primarias de la zona sub-urbana de Tegucigalpa, Honduras. Rev. Med. Hondur. 40: 119-122, 1972.
- 2.—BROOKE, M. M.; DONALSON, A. W. and MITCHELL, R. B.: A method of supplying cellulose tape to physicians for diagnostic of enterobiasis. Pub. Health Rep. 64: 897, 1949.
- 3.—MARKEY, R. L.: An anal swab method for detection of *Enterobius vermicularis*. Am. Jour. Clinical Path. 20 (Nº 5): 493, 1950.

Estómago del perro en circulación extracorpórea.

Técnica. Funcionamiento. Interés

M. Gillet, J. Kaehelhoffler, P. Wong, R. Amaga,

P. Randrianarivo, P. Stoebner, J. F. Grenier, A. G. Weiss

El objeto de este trabajo reside en establecer una técnica de circulación extracorpórea del estómago aislado de perro. Este estudio está inscrito dentro del marco de investigaciones, iniciado desde hace muchos años sobre la circulación extracorpórea de órganos, con el objeto de precisar los mecanismos de secreción externa e interna del tracto digestivo.

Ya Delrue (1-2) en 1930 se interesó por el estudio de la función secretora del estómago y aisló un fragmento de mucosa gástrica dentro de un medio nutritivo. Kawasaki (3) en 1940 aisló quirúrgicamente el estómago en el perro para estudiar su motilidad después de injertarlo en el perro receptor. Después Barlow (4) en 1951 realizó con la ayuda de plasma humano perfusiones de piezas operatorias de gastrectomía y obtuvo con un montaje elemental, una secreción de la mucosa gástrica durante 8 horas. Moody (5) en 1962 parece ser en efecto el primero en haber realizado una circulación extracorpórea de estómago aislado con ayuda de sangre de perro, pero su preparación no respondió más a la Zitamina después de 70 minutos. Estos experimentos son continuados posteriormente por Eisemberg (6) en 1963 y por Salmón (7-8-9) en 1964. Este autor comprueba una secreción ácida en un 35% de experiencias y parece admitir para la obtención de una secreción ácida, la necesidad de alimentar el estómago aislado con sangre del mismo perro (autóloga).

Dritsas (10) en 1966 realizó un montaje metiendo en juego un estómago aislado y alimentado con sangre oxigenada proveniente de otro perro, constituyendo a la vez el donante de sangre y el oxigenador viviente; en estas condiciones el estómago aislado produce una secreción ácida durante 16 horas.

Estos datos contradictorios justifican las investigaciones por precisar las condiciones necesarias para la obtención de una secreción gástrica ácida.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra experiencia descansa sobre 14 circulaciones extracorpóreas realizadas sobre estómagos aislados y tomados de perros de raza variada, pesando entre 13 y 27 kilogramos, anestesiados con Nenbutal intravenoso. Las modalidades operatorias seguidas para el aislamiento del estómago en el perro donante aseguran en todo momento el mantener la vascularización del estómago hasta su extirpación.

1º) Aislamiento del estómago

Mediante laparotomía mediana, el estómago es abordado a nivel del ligamento gastrocólico a distancia de la gran curvatura; los vasos gastroepiploicos derechos e izquierdos son respetados. La porción corpóreo-caudal del páncreas

es disociada de los vasos esplénicos, respetados hasta su llegada al hilio del bazo. La esplenectomía es realizada a nivel del hilio de manera de incluir los vasos cortos gástricos tributarios del sistema vascular esplénico. El páncreas cefálico es aislado del duodeno, la primera porción del duodeno es conservado para la recogida de la secreción gástrica por medio de un catéter con balón introducido a través del píloro.

La vena mesentérica superior es ligada poco antes de la confluencia espleno-mesentérica. La arteria mesentérica es señalada y aislada de la atmósfera céulo-nerviosa que la une al tronco celiaco. El pequeño epiplón es. incidido. La arteria hepática es aislada en su porción distal y ligada después de la iniciación de la arteria gastroduodenal. La vena porta es liberada totalmente hasta su bifurcación. El tronco celiaco es aislado en su origen en la aorta. Al final el esófago abdominal es clampado y seccionado después de señalar y ligar previamente los nervios vagos. Ahora el estómago¹ está totalmente aislado, la circulación arterial y el drenaje venoso gástrico están asegurados hasta la última fase de la intervención por el tronco celiaco y la vena porta que es suficiente seccionar para tomar el órgano.

2.) *Dispositivo y técnica de la circulación extracorpórea*

El dispositivo es parecido a los usados sobre segmentos de intestino y bloque duodenopancreatico. Comprende todos los elementos de un sistema de circulación extracorpórea.

La sangre que alimenta la circulación extracorpórea es tomada después de heparinización del animal (500 U.I./Kg. de peso) ya sea del perro donante del órgano (sangre autóloga) o de uno o más perros (sangre homologa). Se introduce en el dispositivo de perfusión y la circulación se establece en circuito cerrado, algunos minutos antes del aislamiento definitivo del estómago. En el curso de este período, temperatura y oxigenación son ajustados a sus valores fisiológicos. El órgano es entonces conectado al dispositivo de circulación extracorpórea.

A lo largo de toda la perfusión generalmente efectuada en circuito cerrado, la variante hemodinámica de referencia, es la presión arterial, previamente medida por medio de un captador especial (Stat-ham tipo S B 25). Evitaremos sobrepasar los valores así obtenidos; una media de 95 mm Hg. El débito sanguíneo es ajustado por consiguiente, a lo largo de la perfusión, a 10 minutos de intervalo, los parámetros sanguíneos tales como pH, presión parcial de oxígeno (pO₂), presión parcial de gas carbónico (pCO₂) son medidos en la sangre venosa y arterial (aparato sombi-analisator U, Eschweiler).

Durante todo el tiempo de la circulación extracorpórea, las tomas de secreción gástrica son efectuadas regularmente para la determinación del débito y la valoración de sus componentes: electrolitos, acidas total*, pH**, pepsina***. En la sangre son efectuadas las tomas regularmente para la valoración de la glicemia y los electrolitos.

RESULTADOS:

1º Valores hemodinámicos y oxigenación

Para la presión arterial próxima a 90 mm Hg, los débitos sanguíneos son variables de una experimentación a otra, ellos se sitúan entre 1.8 y 2.9 ml/minuto Hg/kg de peso del animal. Una fase inicial de vasoconstricción no es observada,

si no, muy raramente, ella es entonces de débil intensidad. Generalmente, las características hemodinámicas son óptimas al principio de poner en circulación extra-corpórea el estómago aislado.

La presión parcial Vds. oxígeno (pO₂) de sangre arterial y venosa son próximas respectivamente de 125 mm Hg (entre 96 y 147 mm Hg) y de 37 mm Hg (26 y 54 mm Hg). La consumición de oxígeno es muy elevada en una media de 7,4 ml/minuto y por 100 gr de peso seco. El pCO₂ venoso del orden de 41 mm Hg (entre 35 y 54 mm Hg) son siempre superiores al pCO₂ arterial donde el valor medio es de 33 mm Hg (28 y 37 mmHg). El pH arterial y venoso oscila respectivamente alrededor de 7,43 y 7,36.

La actividad pepsina se expresa en mEq de Tyrosina por litro con pH ajustado a 1,6.

* Dosificación por el método de Topfer. ** pH metre Polymetron. *** Dosificación de la actividad proteolítica sobre la hemoglobina bobina.

2^o) *Estudio funcional del estómago en circulación extracorpórea.*

El se aprecia de una parte por el aspecto macroscopio y microscopio del órgano y de otra parte por el análisis cuantitativo y cualitativo de la secreción gástrica, con o sin estimulación asociada.

a) Aspecto del estómago y estudio histológico.

Desde el comienzo de la perfusión, el estómago recupera su coloración normal y se anima de movimientos peristálticos lentos desde el esófago hasta el píloro, donde se observa una contracción intensa su nivel; el esfínter se relaja, permitiendo a la secreción gástrica escapar. Durante todo el tiempo de la circulación extra-corpórea, el estómago conserva su aspecto y su potilidad. La viabilidad del órgano es aún testimonio para la continuidad de 3a secreción, y su aptitud después de 3 horas de circulación extra-corpórea, ha de constituir de manera temporal un injerto funcional, hasta que él esté implantado sobre los vasos de un perro receptor. Histológicamente, la mucosa es normal, sin fenómenos de congestión y sin mantel hemorrágico submucoso.

b) La secreción gástrica.

Aspecto de la secreción gástrica; Al poner en marcha la circulación extra-corpórea, un jugo gástrico incoloro, muy fluido, sale por la sonda introducida en el estómago. Aproximadamente una hora después, la secreción toma un aspecto viscoso, en razón del aumento de su contenido en mucus.

El débil: Varía de una experiencia a otra, con unos valores extremos que se sitúan entre 34ml/h y 78 ml/h, en el curso de los primeros 15 minutos (media de 62, 31 ml/h, para 6 perfusiones) y en el curso¹ de los 15 minutos siguientes, el débit disminuye espontáneamente con valores comprendidos entre 11,6 ml/h y 40 **ml/h** (media de 26 ml/h para 8 perfusiones).

Bajo el efecto de la inyección de histamina, el débit de secreción aumenta regularmente, ya sea que la estimulación se efectúe 30 minutos o 2 horas después del comienzo de la circulación extra-corpórea, o que la inyección de histamina se efectúe en forma continua a la dosis de 60 al 100 microgramos/h, en una inyección única de 0.1 mg.

Los valores máximos obtenidos en el curso de la estimulación son variables, alcanzando en ciertos casos 94 ml/h. El débito medio máximo después de la estimulación es de 42,5 ml/h. (12 valores máximos medidos).

En fin, la secreción es continua; pero irregular y su débito no parece ser diferente si la circulación extra-corpórea se efectúa con sangre autóloga u homologa. Conviene igualmente hacer notar que la acción de la histamina no es instantánea y que la intensidad de la respuesta es variable de una perfusión a otra.

El contenido en ácido: En la fase inicial de la experiencia se notan tasas elevadas de su contenido en ácido, sobre todo en las muestras de jugo gástrico contenido en ácido se agota. El pH pasa de 1 a 6,7 pero alcanza después de ese tiempo valores superiores a 7. La acidez total inicial varía entre 40 y 64 mEq/l tomadas. Después de un tiempo de 45', pero podemos alcanzar 2h.45', su (media; 48,2 mEq). En el curso de los 30 primeros minutos de circulación extracorpórea, la acidez total media es de 45,2 mEq/l. Bajo estimulación de la Histamina, practicada después de ese tiempo, la acidez no aumenta más que en un 50% de casos. Ella alcanza ahora valores que no sobrepasan 82 mEq/l esta acidez máxima después de la estimulación histamínica, no ha obtenido por otra parte, más que después de cierto tiempo de la latencia. Desde que desaparece la acidez del jugo gástrico, queda una anacidez definitiva e histaminoresistente.

La incidencia de la naturaleza y del origen de la sangre utilizada para la circulación extracorpórea está ya estudiada: la acidez obtenida a nivel del estómago alimentado por sangre homologa, no parece tan importante y durable, como a nivel de estómagos alimentados por sangre autóloga.

La actividad péptica: En la fase inicial de la circulación extracorpórea, se nota la presencia de una pepsina en la secreción y tiene tasas que varían entre 97,7 mEq/l y 12,41/mEq/l (tasa media: 47,6 mEq/l/día) aun cuando la actividad péptica evaluada "in situ" antes de la extirpación del órgano es de 112 4 mEq/l.

En el curso de la circulación extracorpórea, las tasas de pepsina disminuyen progresivamente pero no parecen variar bajo el efecto de la estimulación histamínica; en fin la producción de pepsina se nota durante todo el tiempo de la circulación extracorpórea, igual en la ausencia de la acidez e independientemente de la utilización de sangre autóloga u homologa. Al final de la circulación extracorpórea, aunque la acidez es nula en la secreción gástrica, notamos una tasa media de pepsina de 24,5 mEq/l (4 perfusiones).

COMENTARIOS:

1° El funcionamiento de la circulación extracorpórea.

Nos parece necesario asegurar al órgano una presión arterial fisiológica durante toda la perfusión. Cuando la presión sobrepasa los valores medios "in situ" a nivel del tronco celíaco, como en la experimentación de Salmón, aparecen edemas y hemorragias a nivel de la submucosa. El débito sanguíneo en nuestras condiciones experimentales es variable pero queda próximo de los medidos por Salmón, que nota un débito de 1,6 ml/kg de peso/minuto. La consumición de oxígeno en la perfusión de estómago es mucho más elevada que las observadas en las perfusiones de intestino y duodenopáncreas en circulación extracorpórea.

En fin, la temperatura del estómago aislado debe estar mantenida en 38°. Está demostrado que una caída térmica alrededor del 15° disminuye en 66% el débito de la secreción gástrica y produce una desaparición de la acidez. *Do*

allí el interés de interponer en el circuito un (échageur thermique) cambiador térmico y de colocar el órgano dentro de una cámara con temperatura constante?.

2° *La capacidad funcional del estómago aislado.*

A pesar de las condiciones satisfactorias de oxigenación, la secreción ácida no se obtiene más que, en un 50% de nuestras perfusiones y en un 35% de las de Salmón. Asimismo, desde el punto de vista histológico, no existen alteraciones visibles. Los datos de la literatura permiten atribuir ese efecto a la isquemia producida en el momento de extirpar el órgano, lo cual desempeña un papel determinante en las modificaciones de la secreción gástrica.

En efecto, después de autoinjertos realizados por Lillchei en el plazo de 2 horas de isquemia; el estómago presenta un aspecto normal, pero la continuidad de una secreción ácida no aparece antes de 3 meses. Igualmente los homotrasplantes gástricos de Salmón practicados después de 20 minutos de isquemia, no producen una secreción ácida sino después de 48 horas. Sólo Moody realizando perfusiones gástricas sin intervención vascular, por medio de un dispositivo de perfusión apropiado, obtiene de manera durable, una secreción gástrica ácida de pH 1.

El origen de la sangre a utilizar para alimentar el circuito discutido.

Moody y Salmón habían notado que el estómago en circulación extracorpórea no secreta ácido, si está perfundido con sangre homologa.

En nuestras condiciones experimentales, nosotros queremos mostrar como Dritsas que la irrigación del estómago por sangre homologa no parece contrariar la secreción ácida. Conviene hacer notar, sin embargo, que en la experimentación de Dritsas no se realiza un aislamiento completo del estómago, puesto que este último está bajo la dependencia de sollicitaciones humorales que provienen del animal perfusor utilizado como oxigenador viviente.

CONCLUSION:

Nuestro trabajo experimental ha permitido definir un cierto número de reglas que permiten al estómago estar en función en circulación extracorpórea:

- 1° Disección suave y minuciosa del estómago.
- 2° Respeto anatómico de los vasos gástricos.
- 3° Mantenimiento de la presión arterial normal en el perro donante, en el curso de la disección del estómago.
- 4° Reducción del período de isquemia al minuto (3 segundos).
- 5° Presión arterial fisiológica en el sistema de perfusión.
- 6° Temperatura del estómago a 38°.

Estas precauciones están tomadas, el estómago en circulación extracorpórea es una preparación cuyo interés está lejos de ser desapreciado.

Ella permite en particular:

- a) Estudiar la acción de drogas farmacológicas sobre la secreción gástrica.
- b) Juzgar la incidencia de la secreción gástrica sobre la composición de la sangre e inversamente de apreciar las modificaciones de la composición de la sangre sobre la secreción gástrica.
- c) Analizar el papel exacto que juega cierto número de factores sobre la secreción gástrica, por el método de circulación extracorpórea acoplado a órganos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—DELRUE, G. and LAQET, A.: Etude de la secretion acide de l'estomac: effet de l'alcalose sur la sécretion acide sur le Arch. Intern. Physiol. 1934, 295.
- 2.—DELRUE, G. and VAN DAMME, J.: Variation de la teneur en Chlore du suc gastrique. Compt. Rendu. Soc. Biol. 117: 488, 1934.
- 3.—KAWASAKE, G.: Ueber die Bewegung und die entrerung des inhaltes des ausgeschnittenen mages. Jap. J.M. Sc. et Biol., 6: 140, 1940.
- 4.—BARLOW, T. E.; BENTLEY, F. H. and WALDER, D. N.: Arteriovenous anastomoses in the human stomach. Surg. Gynee. et Obst., 96: 657, 1951.
- 5.—MOODY, F. G.; GLIDER, H. and BEAL, J. M.: Perfusion secretory studies of the isolated canine stomach. Surg. Forum. 8: 282, 1962.
- 6.—EISENBERG, M. M.; SCHAPIRO H., M. S. and WOODWARD, E. R., M.D., F.A.C.S.: A technique for the construction and perfusion of an isolated gastric pouch. Sur. Forum., page 320 a 322. Department of Surgery. University of Floride College of Med. Gainesville Floride.
- 7.—SALMON, P. A.; GRIFFEN, W. O. J. R. and WANGENSTEEN, O. H.: Effect of intragastric temperature changes upon gastric blood flow. P.S.E.B.M. 101: 442-444, 1959, Department. of Surg. University of Minnesota, Medical School, Minneapolis.
- 8.—SALMON, P. A., M. D. PhD.; COSTAS, A.; ASSIMACOPOULOS, M.D.: Gastrin homotransplantation in dogs: response to histamine and meat estimation and immunosuppressive therapy with aziatrioprine and prednisolone. Annals of Surgery, novembre 1965, 162, N° 5, 825-836. University of Minnesota Medical School, Minneapolis, Minnesota and the Jay Phillips Reasearch Laboratory, Mount Sinai Hospital Minneapolis, Minnesota.
- 9.—SALMON, P. A., M.D.; COSTAS, A.; ASSIMACOPOULOS, M.D.: Perfusion of isolated canine stomach. The Journal of Surgical Research, aout 1964, 4, N° 8, 339-348, University of Minnesota Medical School, Minneapolis.
- 10.—DRITAS, K. G.; KOWALESKI, K.: Perfusion of isolated canine stomach. Brit. J. Surg., aout 1966, 53, N° 8, 732-735. Surgical Medical Research Institute, University of Alberta Edmontpn, Alberta, Canadá.

Extractos de Revistas

SOBREVIDA DE PACIENTES CON HEMODIÁLISIS CRÓNICA Y TRANSPLANTE RENAL.

E. G. LOWRIE, MD. et al., New England Journal Med. 286: 463, 1973.

En un período de ocho años 172 pacientes recibieron transplante de riñón de parientes cercanos vivos, 112 de cadáver y 125 fueron tratados con hemodiálisis. El análisis estadístico de las curvas de supervivencia demostraron que los pacientes con transplante de parientes cercanos vivos tuvieron mejor pronóstico (84.2% padres, 89.5% hermanos en el primer año aún estaban vivos), en comparación con los que recibieron riñón de cadáver (68.7%). Por otra parte la supervivencia para 1 y 2 años en hemodiálisis casera fue de 88.5% y 77.8% respectivamente, siendo aún mejor para la hemodiálisis hospitalaria que alcanzó 92.9% y 86.1% respectivamente en el primer y segundo¹ año.

Todas estas posibilidades de supervivencia deben de ser tomadas en cuenta al escoger el tipo de programa para un paciente con insuficiencia renal.

Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga A.

ALTAS TEMPRANAS PARA INFARTOS DE MIOCARDIO SIN COMPLICACIONES

DE SANCTIS, R. W.; HUTTER, A. M.; SIDEL, V. W., SHINE, K. I.: New Eng. J. Med. 288: 1141-4, May 31 1973.

Una práctica corriente, aceptada, es mantener un infarto de miocardio no complicado hospitalizado por un período que varía de tres a cuatro semanas. El presente trabajo llevado a cabo en el Hospital General de Massachusetts comprendió un número de 138 pacientes con infarto cardíaco no complicado, los cuales fueron estudiados prospectivamente, descartándose aquellos casos que presentaron arritmias ventriculares, bloqueos cardíacos, hipotensión, dolor persistente, infarto previo o signos de insuficiencia cardíaca en los siguientes cinco días después del infarto. Los 69 pacientes con altas a las dos semanas fueron comparados con los 69 pacientes dados de alta a las tres semanas en un período de seis meses, sin demostrarse estadísticamente diferencias en lo que se refiere a morbilidad o mortalidad. El presente estudio parece demostrar que no hay beneficio adicional en mantener un paciente más de dos semanas después de un infarto no complicado.

Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga A.

¿CUAL ES LA MORTALIDAD DEL SHUNT PORTOCAVA: EFECTUADO EN FORMA SELECTIVA PARA PREVENIR EL SANGRADO DE VARICES ESOFÁGICAS?

CONN H. W. LINDENMUTH: "Prophylactic portacaval anastomosis in cirrhotic patients with esophageal varices". New Eng. J. Med. 279: 725-32, 1968.

El shunt profiláctico tiene una mortalidad operatoria que varía del 8 al 13% en lugares especializados. Sin embargo éste procedimiento ha caído bastante en desuso en los últimos años pues se ha demostrado en estudios prospectivos que no prolonga significativamente la vida de los pacientes cirróticos con varices de esófago, comparando con un grupo control, ya que los pacientes intervenidos fallecen de todas maneras en su mayoría por insuficiencia hepática.

Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga A.

SECCIÓN DE PREGUNTAS

PREGUNTA SIN RESPUESTA

Con esta pregunta puedes ganar mucho dinero.

Apuesta con tus colegas. Pregúntales: ¿Qué es la LUNARITÍS? Si te dicen que es inflamación en la cara de la luna, no lo creas. Si te responden que es una enfermedad de los astronautas, échate a reír. Y si tú no la recuerdas consulta a Duplay-Rochard-Demoulin-Stern. DIAGNOSTICO QUIRÚRGICO. Duodécima Edición. 1953. Página 960. También se llama Enfermedad de Kienbock.

Es una enfermedad curiosa. POR TANTO: No apuestes con los RADIOLOGOS, pues ellos sólo pasan CURIOseando.

Dr. Villela-Vidal

SECCIÓN GREMIAL

En sesión ordinaria celebrada por la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras", el día jueves 15 de febrero de 1973, Acta N^o 325, se procedió al nombramiento de los Delegados y diferentes Comités del "Colegio Médico de Honduras", para el presente periodo administrativo quedando integrados así:

DELEGADOS

Catacamas, Olancho	Dr. Carlos Elpidio Munguía
Comayagua, Comayagua	Dr. Arturo A. Maradiaga V.
Choluteca, Choluteca	Dr. Merlyn Fernández Rápalo
Danlí, El Paraíso	Dr. Edmundo Barahona
El Mochito, Santa Bárbara	Dr. Sergio Boris Pineda A.
El Paraíso, El Paraíso	Dr. José Pinto Mejía
El Progreso, Yoro	Dr. Ramón Ferrufino Ortiz
Juticalpa, Olancho	Dr. Ubence Cáliz Solís
La Ceiba, Atlántida	Dr. Rigoberto Rodríguez I.
La Lima, Cortés	Dr. Arturo Joaquín Venegas
La Paz, La Paz	Dr. Fausto Velásquez Suazo
Olancho, Yoro	Dr. Saúl Ayala Avila
Puerto Cortés, Cortés	Dr. Austin Beaumont
San Pedro Sula, Cortés	Dr. Juan Ramón Valenzuela
Santa Rosa, Copán	Dr. Modesto Fajardo Aguirre
Santa Bárbara, Santa Bárbara	Dr. José María Leiva Vivas
Siguatepeque, Comayagua	Dr. Rolando Carías Oviedo
Tela, Atlántida	Dr. Pompilio Interiano
Trujillo, Colón	Dr. Héctor Mauricio Orellana
Yoro, Yoro	Dr. Presentación Rivera Domínguez

La Junta Directiva aprobó cancelar las Delegaciones de La Esperanza, Nueva Ocotepeque y San Marcos de Colón, considerando la poca cantidad de médicos que se encuentran establecidos en estos lugares.

COMITÉ PERMANENTE DE CLASIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES

Coordinador	Dr. Danilo Castillo
<i>MEDICINA INTERNA</i>	
Propietario:	Dr. Plutarco Castellanos
Suplente:	Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga Alemán
<i>CIRUGIA GENERAL</i>	
Propietario:	Dr. Rigoberto López Lagos
Suplente:	Dr. Mario German Castejón
<i>PEDIATRIA</i>	
Propietario:	Dr. Enrique Ernesto Alvarado
Suplente:	Dr. Oscar González Ardón
<i>GINECO-OBSTETRICIA</i>	
Propietario:	Dr. Benjamín Fortín Midence
Suplente:	Dr. Gaspar Vallecillo Molina

COMITÉ DE APELACIÓN PARA CLASIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES

Se nombró al Dr. Armando Mejía del Cid como Propietario y Coordinador por parte del Colegio Médico de Honduras y al Dr. Juan B. Almendarcs Irías, como Suplente. El otro miembro de este Comité es un Representante de la Facultad de Ciencias de la Salud y un tercer miembro afin a la especialidad apelada.

COMITÉ ENCARGADO DE LA INSCRIPCIÓN DE PERSONAS QUE EJERCEN PROFESIONES Y OFICIOS PARAMÉDICOS

Se nombró a los Dres. Jaime Haddad Quiñónez y Ramón Pereira Aguilar para integrar este Comité. Posteriormente se nombró al Dr. Ramón Boquín Nolasco para integrar el Comité de Inscripción de Personas que Ejercen Profesiones y Oficios Paramédicos.

COMITÉ DEL AUXILIO MUTUO

Quedó integrado así: Dres. Elias A. Faraj, Nicolás Odeh Nasralla, Carlos Rivera Williams, Jorge Durón García y Guillermo Oviedo Padilla. El Comité se completa con el señor Tesorero y Fiscal de la actual Junta Directiva, Dres. Hilton Tróchez y Gustavo Bardales R.

COMITÉ DIRECTIVO DEL FONDO DE PRESTAMOS PARA ESTUDIOS DE CIENCIAS MEDICAS

Se nombró a los Dres.: Jacobo Palma Molina, Salvador Hiza Kury, Rubén Villeda Bermúdez, Salvador Lovo López Villa y Alfredo León Padilla. Este Comité es asesorado por el Fiscal de la Junta Directiva del Colegio Médico Dr. Gustavo Bardales Renderos.

COMITÉ DE AYUDA PARA COLEGIADOS

Se nombró al Dr. Rene Medina Nolasco como Coordinador, a quien se le dejó en libertad de elegir los demás miembros de este Comité, siendo propuestos por el Dr. Medina Nolasco y aprobados por la Junta Directiva los Dres. Zulema Canales Zúniga, Luis Callejas Zelaya, Gustavo Adolfo Zúniga Alemán y Samuel Dickerman.

COMITÉ ORGANIZADOR DEL XVIII CONGRESO MEDICO NACIONAL

La Junta Directiva acordó nombrar al Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Alemán como Presidente del Comité Organizador del XVIII Congreso Médico Nacional, dándole libertad para que escogiera los miembros que colaborarán con él, habiendo propuesto posteriormente a los Dres. Rubén Villeda Bermúdez, Ricardo Ochoa Alcántara, Jaime Haddad Quiñónez, Plutarco Castellanos, Armando Rivas García, Osear González Ardón, Manuel Carrasco Flores, Salvador Hiza Kury, Tomás Martínez Ponce, Gaspar Vallecillo Molina, Enrique Ernesto Alvarado y Joaquín A. Núñez.

COMITÉ DE FESTEJOS PARA LA CELEBRACIÓN DEL "DÍA DEL MEDICO"

La Junta Directiva nombró al Dr. Gilberto Zelaya M., Presidente del Comité de Festejos para la Celebración del "Día del Médico" y al Dr. Gerardo Waimin Ramos. El Dr. Zelaya y Waimin Ramos hicieron el nombramiento de los otros miembros de este Comité a sugerencia de la Junta Directiva, recayendo en los Dres. María Helena Silva de Rivas, Regina A. Lezcano de García, Jaime Haddad Quiñónez, Jacobo Santos Alvarado, Edgardo Alonzo Medina, Honorio Claros Fortín, Ocar González Ardón y Rubén Villeda Bermúdez.

REPRESENTANTE DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS ANTE EL COMITÉ DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUADA

La Junta Directiva acordó nombrar al Dr. Jorge Alberto Pacheco Reyes, Representante del Colegio Médico de Honduras ante el Comité de Educación Médica Continuada.

ASESOR LEGAL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

La Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras"¹, acordó nombrar al Abogado Efraín Bú Girón como Asesor Legal del Colegio Médico de Honduras.

Los 16 años de la Unión de Esposas de Médicos de Tegucigalpa

Un lunes 15 de julio de 1957 y en el que fue local del Casino Hondureño, un comité gestor compuesto por trece miembros, presidido por la Sra. Yolanda de Andonie, invitó a 57 esposas de médicos, que decidieron constituirse en la asociación "Unión de Esposas de Médicos de Tegucigalpa". Estuvieron presentes en dicha sesión los Doctores Ignacio Midenc, Director del Hospital San Felipe; Adán Cueva, Presidente de la Asociación Médica Hondureña; Asdrúbal Raudales, Presidente del Colegio Médico de Honduras; Salomón Munguía Alonzo, Presidente de la Unión Médica Hondureña. Por opinión unánime de todos los presentes se decidió elegir la primera directiva que regiría los destinos de la naciente asociación, quedando integrada de la siguiente manera: Presidenta, Yolanda de Vargas; Vicepresidenta, Enma de Lázarus; Secretaria del Interior, Yolanda de Andonie; Secretaria del Exterior, Dolores de Zavala Pro-Secretaria, Mercedes de Zelaya; Tesorera, Rosa Amalia de Corrales; Pro-Tesorera, Cayita de Rivera; Fiscal, Marina de Osorio; Vocal 1[^], Gloria de Corrales; Vocal 2^{\$}, Mary de Midenc; Vocal 3[?], Yolanda de Figueroa; Vocal 4[^], Nina de Villanueva; Vocal 5^{*}, Alba Luz de Gutiérrez; Vocal &%, Marta de Castillo; Vocal 7% Isabel de Díaz; Vocal 8^o Daysi de Vallecillo; Vocal 9^{*}, Ninfa de Agurcia; Vocal 10[^], Magda de Munguía; Vocal 11[^], Ruth de Díaz Quintanilla.

Los objetivos de la creación de esta asociación se concretaron en las siguientes finalidades: contribuir a estrechar los lazos de confraternidad entre las asociadas mediante el conocimiento mutuo y la consecución de los mismos ideales. Prestar cooperación al gremio médico. Desarrollar actividades de asistencia social y procurar mantener relaciones con asociaciones similares del país o del exterior:

Haremos una síntesis de la labor desarrollada durante los 16 años de vida de la U. D. E. M. T.

Cumpliendo con una de las finalidades establecidas, cual es la ayuda al gremio médico, el día 28 de agosto del mismo año, nos hicimos cargo del Hogar Infantil, que hasta esa fecha, había estado bajo la responsabilidad de la Asociación Médica Hondureña. En este Hogar se albergaban niñas comprendidas entre las edades de 5 a 16 años, la mayoría de ellas huérfanas o de padres de escasos recursos económicos. Por ser ésta una institución de tipo cerrado, se impartía la enseñanza primaria obligatoria, a la par que según sus aptitudes, se les preparaba en labores manuales y manejo del hogar. Nuestra asociación tenía a su cargo la parte administrativa de esta institución, preocupándose también por la recreación y formación integral de cada una de ellas. A las alumnas que después de haber terminado su primaria y que tenían capacidad e interés en el estudio, se les proporcionaba enseñanza secundaria en la Escuela Normal de Señoritas, en la Escuela de Enfermería Práctica del Hospital La Policlínica, Academia Alpha, Instituto Sagrado Corazón, Instituto Tegucigalpa, instituciones que colaboraron con nosotras otorgándoles becas. El Hogar Infantil estuvo bajo nuestra responsabilidad y cuidado por espacio de 9 años, al cabo de los cuales y de acuerdo con la Asociación Médica Hondureña, se hizo el traspaso con donación del inmueble a Sor María Rosa.

Proyectándonos siempre a ayudar a la niñez desvalida, el día 9 de mayo de 1965, se fundó el primer Banco de Leche en un local anexo al Hospital

General San Felipe, por iniciativa del entonces Jefe del Departamento de Pediatría de dicho hospital, Dr. Carlos A. Delgado. Este Banco comenzó a funcionar con personal voluntario de la misma asociación y en el cual se les suministraba leche maternizada a bajo precio a las madres de escasos recursos económicos impartíéndoseles al mismo tiempo orientación sobre higiene y cuidados del niño. Como una ampliación de la labor asistencial se creó dentro del mismo Banco, una Escuela de Costura para aprendizaje de las mismas madres y de sus familias, que así lo deseen y que participen en el programa.

Al comenzar a funcionar el Hospital Materno Infantil y con la decidida colaboración del entonces Director de dicho hospital, Dr. Carlos Godoy Arteaga, se fundó el segundo Banco de Leche, el día 5 de octubre de 1970.

El número de niños inscritos en ambos Bancos sobrepasa a la cantidad de 6.000.

Con el funcionamiento de estos Bancos estamos realizando una doble labor; en primer lugar se ofrece a los niños leches adecuadas a su edad y salud a bajo precio, y en segundo lugar el valor acumulado en el volumen de ventas se destina íntegramente a suplir necesidades, tanto al Hospital Materno Infantil como al Hospital San Felipe. Desde que comenzaron a funcionar estos Bancos se han hecho donaciones en equipo médico, material quirúrgico, reparaciones, acondicionamiento de salas, rehabilitación de pacientes, etc. por un valor aproximado de L. 100.000 (Cien Mil Lempiras).

Siempre colaborando con el Ministerio de Salud Pública, se ha mantenido desde 1971 una ayuda económica mensual al Servicio de Educación y Recuperación Nutricional (SERN) anexo a la clínica periférica del Barrio El Manchen lo mismo que al Comedor Infantil de la Colonia La Esperanza.

Desde el mes de febrero del corriente año y a solicitud del Patronato Nacional de la Infancia, la Asociación se ha hecho cargo de la administración y supervisión de los Centros Nutricionales de El Manchen y Las Crucitas.

Cumpliendo con otra de las finalidades de la U.D.E.M.T., cual es estrechar lazos de confraternidad entre las sodas y ayuda al gremio médico, se propicia el acercamiento de las asociadas no sólo en las sesiones de trabajo, sino también en los momentos de alegría y tristeza. Para mantener una constante comunicación se distribuye un Boletín Informativo mensual. Buscando la promoción y el mejoramiento de nuestra proyección social se imparten charlas de interés general propiciando al mismo tiempo cursillos y seminarios que contribuyen a mantener la motivación y mejor proyección de nuestras asociadas.

Colaboramos con el gremio médico en todos los eventos científicos nacionales e internacionales, participando activamente en el programa social.

Se han otorgado becas a estudiantes de medicina que por sus propios medios no podrían aspirar a esta carrera, teniendo la satisfacción de que algunos de ellos ya han finalizado sus estudios.

En el año 1972 y a solicitud del Ministerio de Salud Pública se colaboró dotando de uniformes y ayuda económica a un grupo de jóvenes misquitas que fueron traídas a esta capital para realizar estudios de enfermería práctica.

Durante la emergencia nacional de 1969, nuestra asociación fue de las primeras en hacerse presentes, brindando su ayuda económica a través del Comité Cívico Pro-Defensa Nacional consistente en L. 5.000.00 en efectivo, compra de Bonos de la Defensa por la cantidad de L. 5.000.00 y L. 1.500.00 en compra de productos alimenticios para el ejército y damnificados.

La Asociación durante estos 16 años ha estado regida por las siguientes presidentas:

1957 a 1958	Yolanda de Vargas
1958 a 1959	Marina de Osorio
1959 a 1960	Elvia de Alcerro
1960 a 1961	Telma de Tercero
1961 a 1962	Gloria de Delgado
1962 a 1963	Melanie de Paredes
1963 a 1964	Elida de Odeh-Nasralla
1964 a 1965	Mila de Gómez Márquez
1965 a 1967	Meneca de Mencia (reelecta)
1967 a 1968	María Luisa de Lozano
1968 a 1969	Yamalat de Faraj
1969 a 1970	Lydia de Reyes Soto
1970 a 1971	Yolanda de Vargas
1971 a 1972	Melanie de Paredes
1972 a 1973	Nery de Núñez
1973 a 1974	Thelma de Samayoa

UNION DE ESPOSAS DE MÉDICOS DE TEGUCIGALPA

DIRECTIVA 1972-1973

Presidenta:	Nery Edith de Núñez
Vice-Presidenta:	Gloria de Villela Vidal
Secretaria de Actas:	Liliam de Carrasco
Secretaria Correspondencia:	Lucila de Zambrana
Tesorera:	Widdad de Bendeck
Pro-Tesorera:	Ruth de Rodríguez
Fiscal:	Melanie de Paredes
Vocal 1ª:	Thelma de Samayoa
Vocal 2ª:	Marina de Osorio
Vocal 3ª:	Silvia de Zúniga
Vocal 4ª:	Lesbia de Vides
Vocal 5ª:	Leonor de Bertrand
Vocal 6ª:	Loli de Alvarez
Vocal 7ª:	Judith de Zelaya
Vocal 8ª:	María José de Arriaga
Vocal 9ª:	Yolanda de Vargas
Vocal 10ª:	Norma de Munguía

DIRECTIVA 1973-1974

Presidenta:	Thelma de Samayoa
Vice-Presidenta:	María Isabel de Tomé
Secretaria de Actas:	Gloria de Lozano
Secretaria Correspondencia:	Leonor de Bertrand
Tesorera:	Norma de Munguía
Pro-Tesorera:	Iris de León Gómez
Fiscal:	Nery Edith de Núñez
Vocal 1ª:	Melanie de Paredes
Vocal 2ª:	Silvia de Zúniga
Vocal 3ª:	Asuntina de Gúnera
Vocal 4ª:	Yolanda de Vargas
Vocal 5ª:	Emma de Batres
Banco de Leche Materno Infantil:	Virginia de Mencía
Banco de Leche San Felipe:	Lidia de Reyes Soto
	Virginia de Zúniga

Informe de las actividades desarrolladas por la Unión de Esposas de Médicos de Tegucigalpa (U.D.E.M.T.) en el período comprendido del 7 de agosto de 1972 al 6 de agosto de 1973.

Presentado por *Nery de Núñez*, Presidenta

Queridas compañeras:

Con el debido respeto vengo a rendir ante Uds. el informe de las actividades realizadas por nuestra sociedad durante el período comprendido del 7 de agosto de 1972 al 6 de agosto de 1973, tiempo en el cual he tenido la honra de ocupar la Presidencia.

Al finalizar este año de trabajo, quiero agradecer a todas Uds. la confianza que en mí depositaron cuando me escogieron para dirigir nuestra agrupación, así como la cooperación que me han brindado durante este período.

Al empezar nuestras labores tuvimos que enfrentar problemas muy serios que creo que ninguna otra Presidencia había encontrado y que espero no se repitan nunca. Sin la cooperación y las voces de aliento de Uds. no hubiéramos alcanzado a resolverlos.

A continuación enumeraré las actividades desarrolladas durante el período que me ha tocado dirigir.

DONACIONES A LOS HOSPITALES

- 1.—Agosto 1972 - Compra de una Válvula Hayer para el niño Sergio Mejía M., paciente del Hospital Materno Infantil, con valor de Lps. 170.00.
- 2.—Septiembre 1972 - Se aprobó la erogación de L. 6,000.00 para reacondicionar el Laboratorio del Hospital Materno Infantil. De esta cantidad ya se ha dado un adelanto de L. 1,835.10, el resto se irá dando a medida vayan avanzando los trabajos.
- 3.—Octubre 1972 - Se renovó por seis meses más la ayuda al Asilo de Inválidos consistente en L. 50.00 mensuales para el pago de una lavandera.
- 4.—Se le dio al Instituto de Rehabilitación del Inválido, la cantidad de L. 100.00 para pagar el tratamiento de Fisioterapia hecho al niño Santiago Rafael Oviedo.
- 5.—Octubre 1972 - Se compró una silla de ruedas por valor de L. 243.00 para la niña Alma Yadira Núñez, paciente del Hospital Materno Infantil. El 10 de octubre y en un acto presidido por el Sr. Director del Hospital Materno Infantil, Dr. José Martínez O., hicimos entrega de dicha silla a la madre de la niña.
- 6.—10 de octubre de 1972 - Entrega de un equipo de seis croupetes y 72 tiendas de oxígeno al Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil con un valor de L. 3,324.10. Esta donación había sido aprobada por la direc-

tiva anterior. Estuvieron presentes durante su entrega, además del Dr. Martínez O. los Doctores Fernando Tomé Abarca y Alberto Bendeck y las consocias Lucila de Zambrana, Loli de Alvarez, Gloria de Villela, Widdad de Bendeck, Mari José de- Arriaga, Meneca de Mencía, Lilian de Carrasco, Yolanda de Vargas y Nery de Núñez.

- 7.—Noviembre 1972 - Donación de un mapa con valor de L. 25.00 para el Departamento de Enfermería del Hospital Materno Infantil.
- 8.—30 de Noviembre de 1972 - Se hizo entrega condicional de un Laparoscopia valorado en L. 6,064.82 y cuya donación fue aprobada por la directiva anterior. Este aparato fue destinado al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil. Estuvieron presentes en este acto el Sr. Director del Hospital Materno Infantil, Dr. José Martínez O., y el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Dr. Mario Alfredo Zambrana. Llevó la representación de la Presidenta, la compañera Lucila de Zambrana y la acompañaron en el acto las consocias Meneca de Mencía, Juanita de Matute, Gloria de Lozano, Mari José de Arriaga, Olga Argueta y Nina de Villanueva. También estuvo presente la Periodista Sra. Nora Landa Blanco de Tróchez.
- 9.—Enero 1973 - Se le dio a la compañera Norma de Munguía, la cantidad de L. 271.00 para traer dos válvulas Pudex a su retorno de los Estados Unidos de Norte América. Posteriormente estas válvulas fueron donadas a los niños José Arsenio Sorto y José de la Rosa Maradiaga, ambos pacientes del Hospital Materno Infantil.
- 10.—Marzo 1973 - Se autorizó a la Tesorería la erogación de L. 335.00 que unidos a los L. 665.00 dados por la directiva anterior harían un total de L. 1,000.00 para la adquisición de un equipo nuevo de aire acondicionado para una de las salas de operaciones del Hospital Materno Infantil.
- 11.—7 de marzo de 1973 - Se le donó a la Sra. Trinidad Ramos Mendoza, paciente del Hospital General San Felipe, un equipo de colostomía valorado en L. 41.72. Este gasto fue aprobado en la sesión de Asamblea de marzo.
- 12.—Marzo de 1973.—Se donó la cantidad de L. 78.88 al Sr. Francisco Cáliz Suazo, paciente del Hospital General San Felipe, para completar el valor de una válvula Pudex.
- 13.—Marzo 1973 - Se aprobó la compra de un equipo de injertos arteriales valorado en L. 1,245.00. Este material es para ser usado en el Hospital General San Felipe.
- 14.—10 de Abril de 1973 - Se le donó al Hospital Materno Infantil, para el niño Carlos Enrique Flores Matute, paciente de la Sala de Medicina de ese centro hospitalario, la cantidad de L. 140.00 para comprar siete frascos de Oncovin,
- 15.—Mayo 1973 - Se compró una válvula Hayer por valor de L: 170.00 y posteriormente se le donó al niño Reineri Contreras Cañizales, paciente del Hospital Materno Infantil. r/.,
- 16.—16.—20 de Junio de 1973 - Nos hicimos presentes en el Instituto Nacional del Tórax para hacer la entrega de¹ un equipo consistente en 2 croupetes, 6 repuestos plásticos de tiendas de oxígeno y un nebulizador ultrasónico, todo este equipo con un valor de L. 5,718.00; A este acto se hicieron

presentes los Dres. Daniel Mencía, Director de esa Institución, Francisco Murillo Selva y la Dra. Eva de Gómez. Nos acompañaron las consocias Yolanda de Vargas, América de Murillo, Virginia de Mencía, Elvia de Alcerro y Olga de Argucia.

- 17.—Junio 1973 - Se pidieron por medio de la compañera Norma de Munguía tres válvulas Pudenx, dándole la cantidad de L. 541.36.
- 18.—24 de julio de 1973 - Se hace la entrega de un tanque para agua caliente valorado en L. 540.00 a la sala de Dermatología del Hospital General San Felipe. Estuvieron presentes en este acto los Dres. Roberto Lázarus, Director de ese centro asistencial y Héctor Laínez, Jefe del Departamento de Dermatología así como también el Sr. Administrador de ese Hospital, enfermeras de sala y Trabajadoras Sociales. Tomaron la palabra para agradecer la donación los Dres. Lázarus y Laínez. Nos acompañaron las consocias Telma de Samayoa, María Isabel de Tomé, Lidia de Reyes Soto, Lilian de Carrasco y Gloria de Villela.
- 19.—Julio de 1973 - Se pagó al Instituto de Rehabilitación del Inválido la cantidad de L. 225.00 por la compra de un aparato ortopédico bilateral para el joven Lorenzo Ramos Mejía, paciente del Hospital General San Felipe y quien tiene sus miembros inferiores paralizados. El total de donaciones hechas a los hospitales fue de L. 20,122.98.

DONACIONES A ASOCIACIONES BENÉFICAS Y CENTROS COMUNALES

- 1.—Agosto 1972 - Se le envió a la Junta Nacional de Bienestar Social la cantidad de L. 100.00 como nuestra cooperación a los damnificados del incendio del Mercado San Isidro.
- 2.—Septiembre de 1972 - Se le hizo una donación de L. 50.00 al Centro Comunal de la Colonia Jardines de Loarque por solicitud presentada por la compañera Gloria de Villela.
- 3.—Diciembre 1972 - Se le dio un cheque por L. 200.00 a la Cruz Roja Hondureña para el fondo de ayuda a los damnificados del terremoto d3 la hermana República de Nicaragua, además se enviaron dos cajas de 24 libras cada una de leche en polvo. Quiero hacer constar que en compañía de varias compañeras entre las que recuerdo a Virginia de Zúniga y a Juanita de Matute, nos hicimos presentes en la sede de la Cruz Roja el día 24 de diciembre para ayudar a empacar ropa y alimentos contestando así al llamado que se les hacía a las diferentes asociaciones.
- 4.—Abril 1973 - Se le envió un cheque por L. 100.00 a la Cruz Roja Hondureña como nuestro aporte a la celebración de la Semana de la Cruz Roja Hondureña.
- 5.—Se ha continuado dando la ayuda mensual de L. 50.00 al Comedor Infantil de la Colonia San Miguel. En lo que respecta al Centro Nutricional de El Manchen, se dio la ayuda de L. 50.00 mensuales hasta el mes de marzo, fecha en que se le dio una nueva reestructuración a ese centro nutricional.

El total de las donaciones a asociaciones benéficas y centros comunales fue de L. 1,450.00.

OTRAS AYUDAS

La U.D.E.M.T. terminó su compromiso con la Srita. Reina Suyapa Romero, estudiante de Medicina, quien por estar ya en condiciones de hacer internado obligatorio y así devengar un sueldo, su contrato quedó cancelado. En cambio, empezamos a financiar los estudios de primaria de la niña Miriam Leticia Núñez, proveyéndola de ropa, zapatos, útiles escolares y todo lo necesario, quedando la compañera América de Murillo encargada de la supervisión de dicha niña.

PARTICIPACIÓN EN EVENTOS SOCIALES

- 1.—Agosto de 1972.—Se recibió invitación para asistir a los actos con motivo de la entrega de la casa a los cuádruples Alvarez Matamoros en la Colonia Kennedy. Nos hicimos presentes en compañía de la compañera Lidia de Reyes Soto. También estuvo presente la consocia Yolanda de Vargas, como integrante del patronato pro-vivienda de los cuádruples.
- 2.—Octubre 1972 - Se cooperó con la sociedad de Ginecología y Obstetricia con un té para agasajar a las esposas de los médicos asistentes a la II Jornada Nacional de Ginecología y Obstetricia. El agasajo se llevó a cabo en casa de la consocia Olga de Rivera el que fue un éxito debido a la colaboración de las compañeras y en especial de las esposas de ginecólogos que sentaron un precedente haciéndose cargo ellas de la elaboración de todos los bocadillos servidos en el té y evitando así que la sociedad tuviera un fuerte gasto. Como un acto de reconocimiento a nuestra cooperación, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia dio un diploma a la U.D.E.M.T.
- 3.—Octubre 1972 - Con ocasión de la celebración de su 10^o aniversario, el Colegio Médico le otorgó a nuestra sociedad un diploma de reconocimiento a la colaboración prestada al gremio médico.
- 4.—También con ocasión de esta celebración se nos pidió la cooperación para ayudar a montar una exposición de pintura en el local que ocupa la Alianza Francesa. Varias socias nos hicimos presentes para dar nuestra ayuda.
- 5.—25 de Noviembre de 1972.—La U.D.E.M.T. recibió una invitación de la Asociación de Esposas de Médicos de San Pedro Sula para hacerse presente ese día en la inauguración del anexo del S.E..RN. que ellas manejan. Por una feliz coincidencia me encontraba ese día en San Pedro Sula habiendo así tenido la oportunidad de llevar la representación de nuestra sociedad a dichos actos.
- 6.— 24 de enero de 1973 - Se recibió una invitación de la Comisión Interamericana de Mujeres para asistir al agasajo que se le tributara a doña Enriqueta de Lázarus. Llevó la representación la compañera Gloria de Villela.
- 7.— 25 de Enero de 1973 - Para conmemorar el Día de la Mujer se colaboró con la Comisión Interamericana de Mujeres en la celebración de diversos actos. En el Banco de Leche del Hospital Materno Infantil el Dr. Benjamín Fortín dictó una interesantísima charla a las madres inscritas en ese Banco sobre profilaxis del cáncer de la mama. En el Banco de Leche del Hospital General San Felipe la consocia Yolanda de Ochoa dictó a las madres una charla sobre nutrición. Finalmente la compañera Olga de Argueta participó en una charla radial.

- 8.—Diciembre 1972 - El Ministerio de Salud Pública, como un acto de reconocimiento a la colaboración de nuestra sociedad en los programas asistenciales de ese Ministerio, en un acto especial llevado a cabo en el Centro de Salud Las Crucitas entregó a la U.D.E.M.T- un diploma. A estos actos llevaron la representación las compañeras Yolanda de Vargas, Lidia de Reyes Soto y Gloria de Villela. Con éste suman tres los diplomas recibidos por nuestra sociedad este año. Estos diplomas adornan el Banco de Leche del Materno Infantil. El original del diploma dado por el Colegio Médico se encuentra en la Caja de Seguridad del Banco Atlántida.
- 9.—9 de Abril de 1973 - Por una gentil invitación de Canal 11 de Televisión, nos hicimos presentes en esos estudios y participamos en un programa dando así a **conocer** las diferentes actividades de nuestra sociedad. Nos acompañaron las compañeras Olga de Argueta y Lidia de Reyes Soto.
- 10.—Mayo de 1973 - Se recibió invitación de la Federación de Asociaciones Femeninas Hondureñas para asistir a los actos de la inauguración de la casa de la mujer federada, habiendo llevado la representación la compañera Gloria de Villela.
- 11.—Mayo de 1973 - Para elegir la Madre de Honduras nuestra sociedad recibió una invitación de la Federación de Asociaciones Femeninas de Honduras para participar en dicho evento. Se nombró a la compañera María Mercedes de Zelaya, madre de la U.D.E.M.T. 1972, para que participara en dicha elección. A todos los actos que se llevaron a cabo en esta ocasión nuestra sociedad se hizo representar tanto por nuestras delegadas a la Federación, compañeras Olga de Argueta y Fara de Valle, como por esta servidora de Uds.
- 12.—13 de junio de 1973 - Por una gentil cortesía de la compañía Nestlé Hondureña fue ofrecido un cocktail en el Salón La Belle Epoque del Hotel Honduras Maya. A este evento fueron invitadas cada una de las socias de la U.D.E.M.T.
- 13.—**Julio** 1973 - Nuestra sociedad recibió una invitación de las **autoridades** materno-infantiles del Ministerio de Salud Pública para una reunión en el Centro de Salud *de* El Manchen con el objeto de motivar a las diferentes sociedades organizadas que cooperan con el Centro Nutricional de El Manchen a unir esfuerzos para poder llevar a cabo los diferentes programas que tienen en proyecto. Llevaron la representación las compañeras Telina de Samayoa, Ruth de Rodríguez y Yolanda de Vargas.

CURSILLOS RECIBIDOS

- 1.—14 y 15 de mayo de 1973 - La Sra. Rosa Margarita de Guillen y el Lic. Benjamín Santos de Caritas de Honduras, impartieron a nuestra sociedad un cursillo sobre dinámica de grupo y relaciones humanas. Fue de tanto interés que se sugirió que se repitiera para beneficio de las socias que no pudieron tomarlo.
- 2.—18, 19 y 20 de julio de 1973 - Se le brindó a la U.D.E.M.T. un cursillo sobre nutrición el que fue servido por la Sra. Marli Cordero de Báez, Licda. en Nutrición del INCAP y por la Srita. Maritza Martín, asesora del INCAP. También se hicieron presentes a dicho cursillo la Dra. Anarda Estrada y los Dres.-Reinaldo Zavala y Benjamín Rivera, del Ministerio de Salud Pública.

VISITAS Y CHARLAS RECIBIDAS EN SESIONES

- 1.—Octubre 1972 - Se recibió la visita de las Sras. Rosa Margarita de Guillen y Virginia de Aviles, ambas representando a CARITAS de Honduras.
- 2.—Febrero de 1973 - En sesión ordinaria de asamblea se recibió al Dr. Benjamín Fortín quien nos dictó una interesantísima charla sobre Profilaxis del Cáncer de la Mama. Esta charla fue ilustrada con proyecciones de diapositivos.
- 3.—Febrero de 1973 - En sesión extraordinaria de asamblea se recibió la visita de la Dra. Anarda Estrada como representante del Ministerio de Salud Pública para gestionar que nuestra sociedad se hiciera cargo de la administración de los S.E.R.N. instalados en los Centros de Salud Las Crucitas y El Manchen. Después de estudiarse las condiciones de entrega por una comisión nombrada entre las socias se decidió favorablemente. Desde entonces la U.D.E.M.T. ha venido administrando y supervisando dichos centros.
- 4.—Abril de 1973 - Se recibió la visita de la Sra. Isabel de Zslyaya quien expuso un anteproyecto para la fundación de una clínica anti-alcohólica.
- 5.—Abril de 1973 - En la misma sesión se recibió la visita de los Dres. Manuel Echeverría y Francisco Murillo Selva, quienes nos brindaron una interesante charla sobre primeros auxilios y resucitación de boca a boca, la que fue ilustrada con una película y demostraciones en un maniquí.
- 6.—Junio de 1973 - En sesión de Directiva se recibió la visita de la Sra. Marli Cordeiro de Baez y la Srita. Maritza Martín, nutricionistas del INCAP. También se hicieron presentes a esa sesión la Dra. Anarda de Estrada y el Dr. Reinaldo Zavala del Ministerio de Salud Pública. El objeto de la visita fue darnos una orientación de cómo funcionan los S.E.R.N.

ACTIVIDADES DE LOS BANCOS DE LECHE

A continuación haré una reseña de las actividades relacionadas con los Bancos de Leche a cargo de nuestras eficientes compañeras Virginia de Mencia, Lidia de Reyes Soto y Virginia de Zúñiga.

- 1.—Septiembre 1972 - Se introdujo a la venta de los Bancos de Leche la leche en polvo Sula la cual es un producto nacional.
- 2.—En los meses de octubre y noviembre tuvimos que librar una batalla campal con los señores representantes del pueblo para obtener una renovación de la dispensa de impuestos de introducción de la leche con que trabajan nuestros Bancos de Leche. Nunca la U.D.E.M.T. había enfrentado una campaña organizada de la radio y la prensa que influenciadas por intereses personales de los diputados ganaderos nos adversan abiertamente. Gracias a las brillantes intervenciones de los diputados Dres. Rodolfo Berlioz, Gilberto Osorio Contreras, P. M. Emilio Mejía, Lic. Carlos Roberto Reina, Lic. Leonardo Godoy, Lic. Gloria de Recarte y otros que por el momento no recuerdo, a las socias que por tres tardes y noches consecutivas nos hicimos presentes en las galerías del Congreso, al periodista Hermán Allan Padget cuyo brillante editorial en Diario Matutino empezó a cambiar las opiniones a favor de nuestra causa, en una votación razonada y acalorada ganamos con 40 votos a favor, 20 en contra y una abstención. Quiero dejar

plasmada mi gratitud para la compañera Yolanda de Vargas quien con su palabra clara y serena llevó la representación de la U.D.E.M.T. en el seno del Congreso. También agradezco profundamente a Juanita de Matute, a Olga de Argueta, a Fara de Valle, a Lilian de Carrasco, a Gloria de **Villela**, a Widdad de Bendeck, a Lidia de Reyes Soto, a Virginia de Mencía y a Mila de Gómez Márquez quienes me acompañaron a formar la barra en el Congreso y cuyas palabras de aliento y cooperación decidida, día a día vinieron a darnos fuerzas para enfrentar la situación; a la compañera Gloria de Lozano quien se mantuvo siempre atenta al problema; a la periodista Sra. Nora Latida Blanco de Tróchez quien desde las páginas de Diario "El Cronista" fue nuestra gran colaboradora.

He reseñado con un poco de detalle este episodio porque creo que éste constituyó el acontecimiento más importante de nuestro año de labores y porque creo que nos dejó una gran enseñanza con un poco de sabor amargo. La U.D.E.M.T. estuvo sola en su lucha, ni el Colegio Médico ni entidades afines a la nuestra, ni los centros asistenciales que día a día se benefician con nuestro trabajo como ser el Hospital General San Felipe y el Hospital Materno Infantil, ni la Federación de Asociaciones Femeninas de Honduras a la cual ya pertenecíamos, tuvieron el menor gesto de solidaridad y defensa para nuestra sociedad. La U.D.E.M.T. se defendió como pudo y triunfó. Nos fue concedida la franquicia para la introducción de 12,000 cajas de leche en polvo de 24 libras cada una.

- 3.—Diciembre de 1972 - Se aprobó la moción de rotar el cargo de ayudanta del Banco de Leche del Hospital Materno Infantil, dos socias por mes, o sean turnos de 15 días. En esa forma más socias tendrán la oportunidad de estar en contacto¹ con el manejo y funcionamiento de los Bancos.
- 4.—Diciembre de 1972 - Para celebrar la Navidad ambos bancos rifaron canastas y bolsas donadas por la Nestlé Hondureña y la Planta de Productos Lácteos Sula respectivamente. También los niños inscritos en el programa de los Bancos de Leche fueron obsequiados con juguetes gracias al espíritu bondadoso de las socias Mila de Gómez Márquez y Gloria de Echeverría quienes suplieron los juguetes.
- 5.—Abril de 1973 - Se proveyó al Banco de Leche de San Felipe con un ventilador eléctrico por valor de L. 107.75.
- 6.—Mayo de 1973 - En sesión de asamblea se leyeron y aprobaron las reformas hechas al Reglamento de los Bancos de Leche. La comisión que trabajó en las reformas fue integrada por las compañeras Elvia de Alcerro, Yolanda de Vargas, Melanie de Paredes, Olga de Argueta y Nery de Núñez.
- 7.—9 de mayo de 1973 - Para celebrar el octavo aniversario de la fundación del Banco de Leche del Hospital San Felipe, hubo en el local de dicho Banco una concurrida reunión a la que asistieron madres inscritas en el programa de leche, y socias de la U.D.E.M.T. y como invitados especiales el Dr. Carlos Delgado y el Dr. Ricardo Ochoa Alcántara en representación del Sr. Director del Hospital San Felipe. Se impartieron dos charlas a la concurrencia, una sobre nutrición y la otra sobre paternidad responsable.
- 8.—Junio de 1973 - Les fue exhibida a las madres afiliadas a los bancos una película sobre los primeros días de vida. Esta película fue gentilmente prestada por la Nestlé Hondureña y su exhibición se llevó a cabo en el Banco de Leche del San Felipe.

La escuela de costura, siempre anexa al Banco de Leche del Hospital San Felipe, ha funcionado este año con el mayor de los éxitos bajo la dirección de las compañeras Lidia de Reyes Soto y Virginia de Zúniga.

ACTIVIDADES INTERNAS

Quiero agradecer a las siguientes consocias que nos brindaron sus hogares para celebrar sesiones de Asamblea y directiva: Daphney de Castillo, Widdad de Bendeck, Yolanda de Vargas (por dos veces), Lesbia de Vides, Elida de Odeh, Loli de Alvarez, Leonor de Bertrand, Melanic de Paredes, Gloria de Echeverría, Gloria de Lozano, Magda de Munguía, Eivía de Alcerro, María Isabel de Tomé y a la anfitriona de hoy, nuestra querida Meneca. El total de sesiones fue de 12 ordinarias de asamblea, 2 extraordinarias de asamblea y 3 de directiva; presidimos 16 sesiones y la compañera Gloria de Villela, nuestra Vice-Presidenta, presidió una de asamblea en ausencia nuestra.

En el curso de las sesiones de este año fueron juramentadas las socias siguientes: Emma de Batres, Lety de Carranza, Irma de Haddad, Carmen Ester de Martínez y María Luisa de Membreño. Dimos un saludo de bienvenida a las compañeras Elvia de Alcerro y Ester de Medina al reintegrarse a las actividades de la U.D.E.M.T., así como también nos tocó decir hasta luego a Lety de Carranza, quien por motivos de viaje de estudio de su esposo se trasladó a la ciudad de México. Nos llenó de mucha satisfacción ver nuevamente en nuestras sesiones a Magda de Munguía y la reincorporación a nuestras filas de Rosa Amalia de Corrales.

Al tomar posesión de la directiva que presido, fuimos agasajadas por la directiva saliente con una alegrísima cena bailable en esta bella casa que el día de hoy abre sus puertas para recibirnos, el hogar de los esposos Mencía. Como era de esperarse la fiesta resultó de lo más alegre.

En la sesión de mayo se procedió a la elección de la Madre de la U.D.E.M.T. 1973-1974, habiendo sido proclamada por mayoría de votos la compañera Lidia de Reyes Soto.

Aprovechando el viaje de nuestra compañera Virginia de Mencía a la República Argentina se le dio la cantidad de L. 400.00 para traer una jova, habiendo comprado un precioso juego de collar y pulsera de oro de 18 quilates. La rifa se llevó a cabo en la sesión de asamblea de mayo, siendo la dichosa ganadora la compañera Adilia de Zepeda. Dejó un ganancia neta de L. 748.00.

En sesión extraordinaria de asamblea convocada para ese fin, se discutieron y aprobaron las reformas a los estatutos de la U.D.E.M.T. La comisión designada para elaborar este trabajo estuvo integrada por las socias Melanie de Paredes, Yolanda de Vargas, Elvia de Alcerro, Olga de Argueta y Nery de Núñez.

Este año se pagó la cuota anual (por dos veces) de nuestra sociedad a la Federación de Asociaciones Femeninas Hondureñas en la que nos representan las compañeras Olga de Argueta, Fara de Valle y Marina de Guzmán.

Durante el año recién pasado se elaboró y aprobó el Reglamento Interno de nuestra sociedad. Nos tocó a nosotras mandarlo a imprimir y repartirlo entre cada una de las socias.

Con el objeto de mantener informadas a las socias y sobre todo a las que por uno u otro motivo no pueden asistir a sesiones, nació en este año el primer

boletín informativo en la vida de la U.D.E.M.T., habiendo aparecido el primer número en el mes de abril. La comisión que ha quedado encargada de elaborarlo mensualmente está integrada por las consocias Lidia de Reyes Solo, Yolanda de Vargas y Elida de Odeh.

Para supervisar los S.E.R.N. que están bajo nuestra administración se nombra mensualmente una comisión compuesta por dos consocias las que visitan una vez por semana y rinden su informe al finalizar el mes.

Con ocasión del advenimiento de nuevos miembros de sus familias fueron visitadas y presentadas con regalitos las consocias Rosbinda de Aguilar paz, María Isabel de Tomé, Judith de Zelaya, Ester de Cleaves, Lucila de Zambrana, Marcela de Rivera, Diana de Castellanos, Silvia de Zúniga y Elaine de López.

Para saludar en su día a la periodista Sra. Nora Landa Blanco de Tróchez, se le envió un arreglo floral, con el agradecimiento a las finezas que ha tenido para con nuestra sociedad.

Se les enviaron ofrendas florales y fueron visitadas por motivo de duelo las compañeras Telma de Tercero por la pérdida de su hijo político, Marta de Díaz Salinas por la muerte de su madre política, Rosa Amalia de Corrales por el fallecimiento de su hermano y Yolanda de Andonie por el deceso de su querida madre. Se le enviaron mensajes de pésame al Dr. Luis Callejas y Sra. y a doña Brama de Lázarus por la pérdida de un hermano de ellos.

También se visitaron por motivo de quebrantos de salud las compañeras María Dora de Fernández, Virginia de Zúniga, Lucila de Zambrana, Judith de Zelaya, y Aída de Suazo Córdova. Quiero aprovechar la oportunidad aquí para dar las gracias por la bellísima ofrenda floral y las visitas que se me hicieron con motivo de mis hospitalizaciones.

Nuestra sociedad compartió el triunfo de nuestra querida consocia Yolanda de Vargas cuando recibió su título de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales y así se sintió orgullosa de que por primera vez una de sus miembros coronara una carrera universitaria.

Conscientes de la necesidad que hay de una campaña publicitaria para dar a conocer las actividades de nuestra sociedad sobre todo cuando¹ se enfrentan problemas como el que tuvimos al principiar nuestro período, hemos hecho uso de la prensa con alguna regularidad, especialmente cuando se han hecho donaciones. Para recordar los 16 años de la U.D.E.M.T. cumplidos el 15 de julio recién pasado, se publicó en el Diario "El Día" una reseña histórica la cual fue preparada por las compañeras Melanie de Paredes, Yolanda de Vargas y Meneca de Mencía.

El día de hoy recibieron premios de asistencia 10 consocias por haber asistido con regularidad a 14 sesiones de Asamblea, ellas son Lilian de Carrasco, Olga de Argueta, Lidia de Reyes Soto, Lucila de Zambrana, Ana María de Fortín, Mónica de Mencía, Yolanda de Vargas, María Dora de Fernández, Lesbia de Vides y Nery de Núñez.

También en la sesión de hoy serán rifados unos regalitos confeccionados por las alumnas de la escuela de costura anexa al Banco de Leche del Hospital San Felipe.

Sentimos la satisfacción del deber cumplido, creyendo haber desempeñado nuestras obligaciones lo mejor que hemos podido. Si en algo hemos fallado les ruego sepan disculparnos.

Quiero rendir mi más sincero agradecimiento a todas Uds. que con su cooperación y decidido apoyo hicieron más leve la tarea que se me encomendó. A las compañeras que formaron mi directiva, quienes supieron responder siempre que se les llamó y en especial a mí Vice-Presidenta, la compañera Gloria de Villela quien tantas veces nos supo representar. A mis dos secretarias Lucila de Zambrana y Lilian de Carrasco. A Widdad de Bendeck, nuestra Tesorera. A mi querida amiga Yolanda de Vargas, quien nos acompañó muy de cerca en el problema que tuvimos con la leche y quien con su consejo prudente y atinado supo guiarnos por el buen camino. A mi buena y grande amiga Lidia de Reyes Soto quien ha sido el empuje más grande que hemos tenido para la realización de los proyectos. A mi querida amiga Bibí de Alcerro quien desde su retorno a la patria nos brindó su amplia y decidida colaboración. A las compañeras que día a día velan por el buen funcionamiento de los Bancos de Leche, Meneca de Mencía, Lidia de Reyes Soto y Virginia de Zúñiga. A Olga de Argueta, quien siempre estuvo lista a prestarnos su colaboración. A todas y cada una de Uds. gracias, pero muchas gracias.

Para la nueva directiva que hoy toma posesión muchos éxitos en sus labores y deseo que unamos esfuerzos para que le prestemos toda nuestra colaboración y así hacer posible el buen nombre y engrandecimiento de nuestra querida U.D.E.M.T.

Saludo del Director: Ricardo Villela Vidal

DR. ASDRUBAL RAUDALES ALVARADO

El día 21 de agosto cumplió 25 años de ejercer la profesión de Médico el Doctor Asdrúbal Raudales Alvarado.

¿Quién es él? Un buen ciudadano. Buen escritor. Buen Maestro de la Medicina. Buen Médico y buen amigo. Todas sus cualidades son dignas de imitarse.

VEINTICINCO AÑOS de ejercicio profesional son parte de una gloria. Cómo Médico está en primera línea y es ciudadano constructivo. Como Maestro ilumina y como amigo es ilimitado.

La REVISTA MEDICA HONDURENA se complace en felicitarlo al cumplir UN CUARTO DE SIGLO de bien servir.

Su ANAGRAMA (transposición de letras de una palabra o frase para formar otras), es un mensaje claro. SUBA: LE DARÁ RAUDAL SALVADOR.

Subir es llegar. Dar equivale a entregar. Raudal es abundancia, copiosidad. Salvador: Que salva.

Quien llega o sube a él, va directamente a recibir.

Asdrúbal Raudales Alvarado se entrega, abundantemente.

So da al enfermo y a la patria. Da al amigo, a la esposa y al hijo. Se entrega y salva.

25 años de bien servir, dar y salvar, son una gloria.

Gloria es reputación, fama y honor que resulta a cualquiera por sus buenas acciones y grandes cualidades.

La REVISTA MEDICA HONDURENA felicita a los siguientes Médicos hondureños por haber cumplido QUINCE AÑOS de ejercicio profesional, y les da la mano cariñosamente con los mejores deseos porque la misión a ellos encomendada se convierta en salud, paz y riqueza para el pueblo hondureño:

Dr. Lucas Gregorio Moneada Medrano
Dr. Adán Barahona Coello
Dr. Gilberto Chavarría Suazo
Dr. Rigoberto Ramírez Alfaro
Dr. Jorge Haddad Quiñónez
Dr. Carlos Rivera Williams
Dr. José Castro Reyes
Dr. Donald Lardizábal García
Dr. Mario Pineda Coello
Dr. Fernando Hilsaca Hilsaca
Dr. Andrés Arturo Martínez Guillen
Dr. Octavio Pineda Contreras
Dr. Rigoberto Rodríguez Izaguirre

Sección Literaria

PESTE BLANCA

Por el Dr. *Evandro Valladares Valladares*

—Cuéntame niño: ¿Qué tienes?
—Doctor: Tengo hinchada la barriga.
—¿Y tu madre? ¿Con quién vienes?
—Me mandó con una amiga.
—Acuéstate: Quiero palpar tu "barriga".
—Perdone, está sucia: ¡No tengo camisa!

Un abdomen tenso, globoso, trigueño,
descubre la mano genial del galeno. Y
surge, como signo nada halagüeño, una onda
líquida, muy franca, sin freno.

Al palpar regiones —con tacto cabal— los
dedos buscaron en donde encontrar: En
grupos, muy duros (como de metal), los
ganglios que al clínico hicieron pensar.

Un rostro afilado, pálido y triste,
con ojos saltones, muy negros, brillantes;
una tos flemosa roía al infante
de miembros caídos, sin fuerzas, ni carnes.

Producto del medio promiscuo, insalubre, ha
surgido ahora otro enfermo más, y el
Médico sabe (sin que mucho elucubre) ante
el mal que está: La tisis. ¿Qué más?

■—Ver quiero a tu Madre pues le debo hablar;
tu mal es curable y lo ha de saber,
y teniendo de ella un buen cooperar
con Dios y la ciencia lo hemos de vencer.

—¿Mi madre? imposible: No puede venir.
Ella de su cuarto no puede salir porque es
toda huesos, un puro perfil. Su vida es
insomnio y un calor febril se come las
quejas de su débil voz. ¡Yo sé que está viva
porque oigo su tos!

REGLAMENTOS

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

1973 - 1974

REGLAMENTO INTERNO DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

TÍTULO 1

CAPITULO 1

DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS COLEGIADOS

Art. 1.—Son miembros del "Colegio Médico de Honduras":

- a) Los médicos que a la fecha de haber entrado en vigencia la Ley del Colegio Médico de Honduras, ostenten títulos, expedidos o reconocidos por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y que hayan sido inscritos en el Registro del Colegio.
- b) Los médicos que posteriormente a la fecha en que entró en vigencia la Ley del Colegio Médico de Honduras, sean inscritos de acuerdo con la misma Ley y el presente Reglamento.

Art. 2.—Para ser miembro del Colegio Médico de Honduras, deberán llenarse los requisitos siguientes:

- a) Solicitar por escrito su incorporación al Colegio, en el formulario que éste suministrará, acompañando a la solicitud el título expedido por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, o el título y la documentación que acrediten su incorporación a la misma si ha obtenido su título en universidad extranjera.
- b) Se dará colegiación provisional a los médicos hondureños graduados en universidades extranjeras, a los médicos centroamericanos o extranjeros que quieran establecer su residencia en el país, como un medio para que puedan practicar la medicina durante el servicio médico social.
- c) Pagar previamente las cuotas de inscripción, llenar la hoja de Declaración de Beneficiarios del Auxilio Mutuo y suministrar para el efecto de la misma cualquier otra información que solicite la Secretaría.

Art. 3.—La Secretaría del Colegio Médico de Honduras, llevará un registro de inscripción de los colegiados, en el que hará constar:

- a) Nombre completo del colegiado.
- b) Fecha, lugar de nacimiento y estado civil del mismo.
- c) Instituciones en que realizó estudios de primaria, secundarios y universitarios, indicando el nombre y ubicación de las mismas, así como el tiempo empleado en completar cada uno de dichos estudios.
- d) Fecha en que obtuvo el grado de médico; con designación del nombre y localidad de la Universidad que otorgó el título.
- e) Estudios de postgrado efectuados con detalles relacionados a la especialización seguida, tiempo, hospital, universidad y países en que se efectuaron.
- f) Cargos médicos desempeñados.
- g) Asociaciones médicas a que pertenece o ha pertenecido.

- h) Tipo de práctica profesional, hospitalaria, privada, docente, etc., para el caso de haberse titulado y ejercido la medicina en el país o países extranjeros al momento de solicitar su inscripción.
- i) Cargos docentes desempeñados.
- j) Todos los demás datos necesarios para completar el curriculum vitae.

Art. 4.—El Colegio Médico extenderá a sus miembros:

- a) Una tarjeta de identificación personal, que llevará una fotografía reciente y la firma del colegiado, su número de registro y la fecha de inscripción. Se expedirán dos tipos de tarjetas, una *blanca* que será permanente, y otra *verde* provisional, cuya validez será de un año renovable, debidamente autorizadas con la firma y sello del Presidente y Secretario del Colegio Médico de Honduras. En caso de extravío, la tarjeta será renovada sin ningún costo.
- b) Un certificado que lo acredite como miembro del Colegio, que deberá ser espuesto en un lugar visible de su consultorio. Este será extendido en papel cartulina, blanco y llevará la siguiente leyenda:

"LA JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
HACE CONSTAR: QUE EL DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

ES MIEMBRO DE ESTE **COLEGIO** CON EL REGISTRO DE **INSCRIPCIÓN** NUMERO -----

PARA LOS FINES DE LEY EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO
EN TEGUCIGALPA, D. C, A LOS ----- ■-----DÍAS DEL MES DE
_____ DE 19 __

Sello y firma del Presidente.

Sello y firma del Secretario.

Debe agregarse el nombre de la especialidad que ejerza e: colegiado.

- c) Un sello con el nombre del colegiado, su número de colegiación correspondiente que representará: la fecha de graduación y su número de registro y el nombre del Colegio Médico de Honduras.
El sello será usado exclusivamente en:
 1. Certificaciones médicas.
 2. Recetas sin membrete.
 3. Actos judiciales relacionados con la profesión.
 4. Prescripción de estupefacientes e hipnógenos.
 5. En todos aquellos actos legales relacionados con el ejercicio profesional.

Art. 5.—A **fin** de llevar un fichero al día de cada uno de los colegiados, éstos notificarán a la Secretaría cualquier agregado posterior relacionado con los incisos e), f), g), i), j), del Artículo 3 del presente Reglamento.

Art. 6.—Ningún médico podrá ejercer la profesión en el país si no está registrado y en pleno goce de sus derechos en el Colegio Médico de Honduras, con excepción de casos especiales, para los cuales la Junta Directiva queda facultada para otorgar los permisos correspondientes.

CAPITULO II DE LOS DEBERES DE LOS COLEGIADOS

Art. 7.—Son deberes de los colegiados los consignados en el Art. 7 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras. Todo médico debe llevar un expediente clínico de cada paciente tanto en su práctica privada como hospitalaria.

CAPITULO III DE LOS
DERECHOS DE LOS COLEGIADOS

Art. 8.—Son derechos de los colegiados los consignados en el Art. 8 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO IV DE LA PERDIDA DE
LOS DERECHOS DE LOS COLEGIADOS

Art. 9.—Los colegiados perderán sus derechos, mediante fallo firme de las autoridades competentes del Colegio Médico de Honduras de acuerdo con lo especificado en la Ley Orgánica del Colegio y en el Reglamento de Sanciones.

CAPITULO V DE LOS
COLEGIADOS MOROSOS

Art. 10.—Se considerará moroso el miembro colegiado que haya dejado de pagar dos meses consecutivos en concepto de cuota.

Art. 11.—La Tesorería enviará al moroso, con copia a la Secretaria, el correspondiente aviso comunicándole su morosidad.

Art. 12.—El Tesorero comunicará a la Junta Directiva, el nombre del moroso que no haya corregido su condición de tal, dos meses después de haber sido notificado, para que ésta aplique la sanción correspondiente.

Art. 13.—Para recobrar sus derechos, el colegiado moroso debe pagar las cuotas y multas adecuadas hasta la fecha de su rehabilitación, más un recargo del 12% (doce por ciento) anual capitalizable cada tres meses.

Art. 14.—El colegiado económicamente imposibilitado para cumplir su obligación de cancelación de cuotas, podrá solicitar a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, la aplicación del inciso h) del Artículo 31 de la Ley Orgánica del Colegio.

CAPITULO VI DE
LAS SANCIONES

Art. 15.—Las causales, procedimientos y grados de sanción son los consignados en la Ley Orgánica del Colegio en sus artículos comprendidos del 125 al 135 y en el Reglamento de Sanciones.

TITULO II
CAPITULO I
DE LAS ESPECIALIZACIONES MEDICAS

Art. 16.—Además del grado otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, o los similares expedidos por universidad extranjeras, el Colegio reconoce entre sus agremiados la existencia de especialidades médicas, reguladas por el reglamento respectivo.

TITULO III**CAPITULO I****DE LAS CERTIFICACIONES MEDICAS**

Art. 17.—Las Certificaciones Médicas se extenderán en formularios impresos en hojas de papel sellado de primera clase, debidamente registrados por el Colegio; deberán adjunto un duplicado de papel corriente, para el archivo privado del colegiado y un codo que será enviado a la Tesorería por el **médico**¹ firmante. O¹ al Delegado del Colegio Médico en su respectiva jurisdicción. Por lo tanto, los codos no tendrán fecha de vencimiento y se harán efectivos a su presentación. El uso de las certificaciones médicas está regulado por el Reglamento respectivo.

TITULO IV**DEL GOBIERNO****CAPITULO I DE LA
ASAMBLEA GENERAL**

Art. 18.—La Asamblea General se regirá por lo especificado en los Artículos 7 y 8 de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, y en los Artículos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 de la Ley Orgánica del Colegio Médico.

Art. 19.—La Asamblea General Ordinaria determinará el lugar de la próxima Asamblea General Ordinaria, debiendo coincidir con la sesión del Congreso Médico Nacional. En caso de producirse un cambio de sede o de fecha del último, queda autorizada la **Junta** Directiva para hacer el cambio correspondiente con el fin de que las celebraciones sean simultáneas, debiendo efectuar las modificaciones del caso, con la debida anticipación. En caso de la cancelación del Congreso Médico Nacional, la Asamblea General se verificará de acuerdo con lo previsto.

Art. 20.—La Asamblea General Extraordinaria será convocada por la Junta Directiva siguiendo los lineamientos consignados en el Artículo 13 de la Ley Orgánica del Colegio Médico y su sede será la del Colegio.

Art. 21.—El desarrollo de la Asamblea será en sesiones plenarias y comisiones de estudio.

Art. 22.—Antes de iniciarse las sesiones de Asambleas Ordinarias o Extraordinarias, la Junta Directiva nombrará una Comisión de Credenciales integrada por tres colegiados, que tendrá a su cargo el examen de los documentos que acrediten la representación conferida a los colegiados.

Art. 23.—Para poder ostentar representaciones o ser representado, el colegiado deberá estar en el pleno goce de sus derechos y presentar las respectivas credenciales.

Art. 24.—En la credencial se hará constar el nombre completo del representante, la fecha en que ha sido extendida, la firma y número de colegiación del representado. En caso que un colegiado haya extendido credencial a dos compañeros, sólo tendrá validez la que tenga fecha más reciente con la condición de que se haga constar en la misma, la anulación de la anterior; en caso de no constar dicha anulación, se considerarán nulas ambas credenciales. La presencia del colegiado dejará sin valor las credenciales que haya extendido.

Art. 25.—Antes de iniciarse la sesión, la comisión de credenciales entregará a la Junta Directiva la lista completa de los colegiados que se han hecho representar; y el número de éstos, sumado al de los asistentes determinará el quorum. El ingreso de un colegiado, una vez iniciada la sesión, lo faculta para ser inscrito en la lista respectiva, y si tuviese credenciales deberán ser presentadas a la Comisión respectiva. Su presencia no modificará el resultado de las disposiciones aprobadas por votación antes de su ingreso al recinto de la Asamblea. La Comisión de Credenciales continuará informando a la Junta Directiva los ingresos de colegiados y las representaciones que ostenten durante el tiempo que dure la sesión.

Art. 26.—Al iniciarse la sesión de Asamblea General Ordinaria, la Secretaría está obligada a presentar una lista de los colegiados que hayan perdido sus derechos, de acuerdo con el Artículo 9 de este Reglamento.

Art. 27.—Para iniciar, suspender o clausurar la sesión, el Presidente usará las fórmulas "SE ABRE LA SESIÓN", "SE SUSPENDE LA SESIÓN" y "SE LEVANTA LA SESIÓN", respectivamente.

Art. 28.—Acto continuo el Secretario dará lectura al acta de la sesión anterior. Las actas deberán ser la relación fiel de lo ocurrido, sin omitir nada de lo sustancial, en términos claros y concisos. No se consignarán palabras y hechos injuriosos vertidos o cometidos en el curso de la sesión ni elogios o alabanzas a los colegiados o a sus intervenciones. Finalizada la lectura del acta, el Presidente la someterá a discusión antes de ser aprobada. Cualquier colegiado podrá hacer indicaciones para enmendar uno o varios puntos del acta en lo que se refiere a la verdad de los hechos relatados, para que se hagan las correcciones antes de la aprobación final. Una vez aprobada el acta, el Presidente preguntará a la Asamblea si hay alguna reconsideración que hacer a alguna de las resoluciones adoptadas en la sesión anterior. Para este efecto el proponente presentará una petición con exposición de motivos y para tomarlo en consideración se requerirán los dos tercios de votos de los colegiados presentes. No se permitirá la reconsideración de puntos de seta referente a elecciones, salvo cuando la elección hubiere recaído en una persona incapacitada legalmente.

Art. 29.—La Junta Directiva convocará a sesión extraordinaria de acuerdo con lo prescrito en el Artículo 14 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras, quedando a juicio de la misma, omitir la lectura del acta de la sesión anterior.

Art. 30.—Después de la sesión inaugural y del conocimiento de informes especiales se procederá a la presentación de mociones tanto de los asambleístas como de la Junta Directiva, las cuales se someterán a consideración de la Asamblea.

Art. 31.—Toda moción será presentada por escrito a la Junta Directiva y ésta preguntará a la Asamblea si la moción se toma en consideración. Se considerará como decisión de la Asamblea el voto de la mitad más uno de los presentes y representados y, en caso afirmativo, la pondrá a discusión. Una vez suficientemente discutida se someterá a votación.

Art. 32.—Las mociones que sean tomadas en consideración serán agrupadas tomando en cuenta la naturaleza del tema, y será la Asamblea General Ordinaria quien considere y determine si las mociones deben ser sujetas a una comisión dictaminadora.

Art. 33.—Las Comisiones Dictaminadoras estarán integradas por lo menos por tres colegiados, uno de los cuales actuará como Coordinador para fijar fechas

y hora de trabajo. Se entenderá por dictamen de la Comisión el voto de la mayoría de los miembros. Cuando alguno de los miembros de la Comisión disienta parcial o totalmente de la mayoría, tendrá derecho a formular por escrito su voto particular.

Art. 34.—Una vez terminado el período de estudio de las comisiones y elaborado el correspondiente dictamen se procederá en el tiempo que fije la Junta Directiva al desarrollo de plenarias para discusión y aprobación final de las mociones.

Art. 35.—Ningún miembro del Colegio podrá interrumpir al que está haciendo uso de la palabra, pero si éste se extraviase del asunto que se está tratando, si lanzara ofensas a algún colegiado o altere el orden, el Presidente le llamará la atención. Cualquier colegiado podrá reclamar el orden utilizando la fórmula: "PIDO LA PALABRA PARA EL ORDEN". Los colegiados mocionantes podrán hacer uso de la palabra cuantas veces fuere necesario; los demás no podrán excederse de un máximo de tres veces, para el mismo asunto.

Art. 36.—La Mesa concederá la palabra en el orden en que la pidan los colegiados, según lista elaborada por la Secretaría.

Art. 37.—La elección de la Junta Directiva, del Tribunal de Honor y del Comité de Vigilancia se hará por voto nominal. Para elegir a los miembros de la Junta Directiva se seguirá el orden siguiente: Presidente, Vicepresidente, Secretaría Prosecretario, Tesorero, Protesorero, Fiscal y Vocales por su orden.

Art. 38.—Las elecciones se decidirán por mayoría relativa. Cuando dos o más candidatos para el mismo cargo encabecen la votación con igual número de votos, se repetirá la votación entre ellos. Si persistiere la situación entre éstos, se decidirá por sorteo.

Art. 39.—Una vez hecho el escrutinio, el Presidente anunciará el nombre de los electos y una vez terminada la elección los nuevos directivos tomarán posesión de sus cargos.

CAPITULO II DE LA

JUNTA DIRECTIVA

Art. 40.—La Junta Directiva tendrá la organización, finalidades, y requisitos especificados en los artículos 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29 de la Ley Orgánica del Colegio.

Art. 41.—Para ser miembro de la Junta Directiva se requiere:

- a) Ser colegiado.
- a) Estar en pleno goce de sus derechos.
- c) Ser hondureño.
- d) Residir en la capital de la República.
- e) No tener cuentas pendientes con la Tesorería del Colegio.

Art. 42.—La Junta Directiva celebrará sesiones ordinarias previa convocatoria de la Secretaría la segunda y cuarta semana de cada mes. Las sesiones extraordinarias se celebrarán por convocatoria efectuada por el Secretario a petición del Presidente o de cuatro miembros directivos. En estas últimas solamente se tratarán los casos especificados en las convocatorias y cualquier otro asunto que la Junta Directiva considere conveniente.

Art. 43.—El directivo que sin motivo o excusa justificada dejare de asistir a tres sesiones consecutivas o a cinco sesiones alternas, será sustituido de acuerdo con el Artículo 30 de la Ley Orgánica del Colegio y en el caso del Fiscal **mediante** convocatoria de Asamblea General Extraordinaria.

Art. 44.—Los cargos de Secretario y Tesorero serán remunerados. Sus sueldos deberán ser aprobados por la Asamblea General al considerar el Presupuesto de Ingresos y Egresos que someterá a discusión la Junta Directiva **saliente**. Los demás miembros de **la** Junta Directiva devengarán dietas cuya cuantía fijará la Asamblea en el Presupuesto.

Art. 45.—Son atribuciones de la Junta Directiva:

- a) Las consignadas en los Artículos 11 de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria y 31 de la Ley Orgánica del Colegio Médico.
- b) Asistir puntualmente a las sesiones de las Asambleas Generales, Ordinarias y Extraordinarias.
- c) Nombrar a los empleados de acuerdo con el presupuesto anual aprobado por la Asamblea General.
- d) Presentar a la Asamblea General Ordinaria, para su aprobación, el Proyecto de Presupuesto Anual da Ingresos y Egresos para el período siguiente.
- e) Conocer mensualmente el movimiento de Caja de la Tesorería y, cuando lo estime conveniente el *de* los demás organismos del Colegio que manejen fondos del mismo.
- f) Nombrar los Directorios de las publicaciones de! Colegio.
- g) Patrocinar los Congresos Médicos locales, regionales, nacionales e interna cionales, para lo cual podrá nombrar las comisiones que estime convenientes.
- h) Nombrar y reglamentar las funciones del Gerente General:

DEL PRESIDENTE

Art. 46.—Son atribuciones del Presidente:

- a) Las consignadas en el Artículo 32 de la Ley Orgánica del Colegio.
- b) Abrir, suspender y levantar las sesiones.
- c) Dirigir los debates concediendo la palabra a ^los colegiados que tengan derecho a ella, de acuerdo con el Artículo 35 de este Reglamento.
- d) Elaborar con el Secretario la agenda de las sesiones de la Asamblea General y *d-* la Junta Directiva.
- e) Redactar con el Secretario la Memoria Anual que será sometida a conside ración de la Asamblea General Ordinaria.

DEL VICEPRESIDENTE

Art. 47.—El Vicepresidente tendrá las atribuciones consignadas en el Artículo 33 de la Ley Orgánica del Colegio.

DEL SECRETARIO

Art. 48.—Son atribuciones del Secretario:

- a) Las consignadas en el **Artículo** 34 de la Ley Orgánica del Colegio.
- b) Extender con el Visto Bueno del Presidente, las certificaciones que le sean solicitadas, las tarjetas y certificados de identificación de los colegiados y las credenciales necesarias.

- c) Tomar las votaciones y hacer los escrutinios.
- d) Dar lectura a la correspondencia recibida y emitida.
- e) Supervisar al Gerente General y demás empleados de la Secretaría.
- f) Cumplir con el inciso b) del Artículo 15 del Reglamento de Auxilio Mutuo para el Seguro Médico Obligatorio del "Colegio Médico de Honduras".

DEL PROSECRETARIO

Art. 49.—Son atribuciones del Prosecretario las consignadas en el Artículo 35 de la Ley Orgánica.

DEL TESORERO

Art. 50.—Son atribuciones del Tesorero:

- a) Las consignadas en el Artículo 36 de la Ley Orgánica.
- b) Las consignadas en el Reglamento de Tesorería.

DEL PROTESORERO

Art. 51.—Son atribuciones del Protesorero las consignadas en el Artículo 37 de la Ley Orgánica y en el Reglamento de Tesorería.

DEL FISCAL

Art. 52.—Son atribuciones del Fiscal:

- a) Las consignadas en el Artículo 38 de la Ley Orgánica.
- b) Autorizar los Libros de Contabilidad de la Tesorería.

DE LOS VOCALES

Art. 53.—Son atribuciones de los Vocales las consignadas en el Artículo 39 de la Ley Orgánica.

DE LOS DELEGADOS

Art. 54.—La Junta Directiva nombrará en cada Departamento de la República el número de delegados que crea conveniente, especificando la jurisdicción de cada uno.

Art. 55.—Son requisitos para ser Delegado:

- a) Ser colegiado en pleno goce de sus derechos.
- b) Residir en la jurisdicción de su nombramiento.

Art. 56.—El nombramiento de los delegados lo hará la Junta Directiva en su primera sesión debiendo ser estos notificados de sus cargos. El incumplimiento de sus obligaciones autoriza a la Directiva para su destitución.

Art. 57.—Son atribuciones de los delegados las consignadas en el Reglamento de los Delegados.

DEL TRIBUNAL DE HONOR

Art. 58.—El objetivo, la organización, el funcionamiento y atribuciones del Tribunal de Honor quedan consignadas en los Artículos 12 y 13 de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, y Artículos 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 y 48 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras

Art. 59.—El Tribunal de Honor regulará sus funciones de acuerdo al Reglamento del Tribunal de Honor del Colegio Médico de Honduras.

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 60.—El presente Reglamento entrará en vigencia el día de su aprobación por la Asamblea General.

Aprobado en la **XII** Asamblea General Ordinaria celebrada en la ciudad de La Ceiba, del 7 al 8 de febrero de 1973.

REGLAMENTO DE SANCIONES DEL "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

CAPITULO I DE LA ASISTENCIA

A LAS ASAMBLEAS GENERALES

Art. 1.—Es obligatoria la asistencia a las Asambleas Generales del Colegio Médico de Honduras; el incumplimiento dará lugar a las penas siguientes:

- a) La falta de asistencia no justificada de los colegiados a las Asambleas Generales sin hacerse representar será sancionada con una multa, de CINCUENTA LEMPIRAS (L. 50.00) que deberá ser efectiva dentro de los treinta días siguientes a la notificación por parte del Secretario de la Junta Directiva.
- b) Si el colegiado faltista sin causa justificada es miembro de la Junta Directiva, del Comité de Vigilancia o del Tribunal de Honor, será sancionado con una multa de CIEN LEMPIRAS (L. 100.00) que deberá ser efectiva dentro de la semana siguiente de celebrada la Asamblea.

DE LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE JUNTA DIRECTIVA

Art. 2.—Es obligatoria la asistencia a las sesiones de Junta Directiva, el incumplimiento dará lugar a las penas siguientes:

- a) La falta de asistencia de un miembro de la Junta Directiva a las sesiones de este organismo, sin excusa justificada por escrito, será sancionada la primera vez con una multa de DIEZ LEMPIRAS (L. 10.00) y las posteriores con una multa de QUINCE LEMPIRAS (L. 15.00), sin perjuicio de aplicarse Artículo 15 del Reglamento Interno del Colegio Médico de Honduras.
- b) Los miembros del Tribunal de Honor que una vez convocados no asistan a sesión sin motivo justificado serán multados con CINCUENTA LEMPIRAS (L. 50.00). Esta falta deberá ser notificada a la Junta Directiva del Colegio Médico por medio del Secretario del Tribunal de Honor. El Secretario de la Junta Directiva notificará al miembro faltista la sanción que se le impuso para que proceda a efectuar el pago de la multa a la Tesorería del Colegio.

CAPITULO II

DE LAS RESPONSABILIDADES POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Art. 3.—El colegiado que fuere designado o nombrado para desempeñar alguna Comisión y habiéndola aceptado no cumpliera con lo encomendado en

el tiempo estipulado, sin causa justificada, será sancionado con una multa desde VEINTICINCO LEMPIRAS (L. 25.00) hasta CIEN LEMPIRAS (L. 100.00). Esta sanción le será notificada, con copia para la Tesorería, por medio del Secretario de la Junta Directiva para que proceda a efectuar el pago de la multa a la Tesorería del Colegio.

Art. 4.—Los colegiados que fueren nombrados como Delegados permanentes del Colegio y que no cumplieren con su cometido o no envíen los informes obligatorios correspondientes a la Junta Directiva, serán sancionados con una multa de CIEN LEMPIRAS (L. 100.00), la primera y pérdida del cargo la segunda.

Art. 5.—Cuando un colegiado sin causa justificada alguna y en actitud de rebeldía se negare a pagar las cuotas de colegiatura, Auxilio Mutuo o cuotas extraordinarias del Colegio, serán sancionada con suspensión de sus derechos de colegiado así como del apoyo a que está obligado el Colegio a prestar a sus afiliados, mientras dure la morosidad.

Art. 6.—Los colegiados que de acuerdo con el Artículo 10 del Reglamento Interno del Colegio sean considerados morosos, serán sancionados con la suspensión de sus derechos y del cargo del Colegio mientras dure su morosidad.

Art. 7.—El colegiado que adeude dos (2) cuotas de Auxilio Mutuo será sancionado con la suspensión de sus derechos y del apoyo del Colegio mientras dure su morosidad.

Art. 8.—Los colegiados que no estén al día en el pago de sus cuotas de colegiatura, Auxilio Mutuo o cuotas extraordinarias, no podrán ser electos ni nombrados para cargos o comisiones del Colegio.

Art. 9.—Los colegiados que no estén al día en el pago de sus cuotas, de colegiación, Auxilio Mutuo o cuotas extraordinarias, no podrán por intermedio del Colegio, aspirar a ninguna posición ni tendrán derecho al apoyo de éste para ningún propósito.

Art. 10.—Cuando los miembros de la Junta Directiva no presenten a la Asamblea los informes que le correspondan, cada uno será sancionado con una multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) y la pérdida del derecho a ser reelecto.

Art. 11.—Cuando la Junta Directiva no presente a la Asamblea General el Proyecto de Presupuesto Anual de Ingresos y Egresos para el período siguiente, cada uno de los miembros responsables será sancionado con una multa de DOS-CIENTOS LEMPIRAS (L. 200.00) y perderá el derecho a ser nuevamente electo miembro de la Junta Directiva en el siguiente período.

Art. 12.—Los miembros de los organismos de gobierno del Colegio, delegados y comisionados que fueren declarados morosos al Colegio, al Auxilio Mutuo o que dejaren de pagar las cuotas extraordinarias, serán cancelados definitivamente de sus cargos.

Art. 13.—Los colegiados que no cumplan dentro de los sesenta días con la obligación de comunicar a la Junta Directiva su cambio de residencia o ausencia del país, serán sancionados con una multa de VEINTICINCO LEMPIRAS (L. 25.00) y al caer en morosidad perderán de inmediato sus derechos de colegiado y quedarán sujetos a lo establecido en el Artículo 23 del Reglamento de Auxilio Mutuo.

Art. 14.—Los colegiados que extiendan certificaciones, médicas en otra forma que no sea la autorizada por el Colegio, serán sancionados con una multa de CIEN LEMPIRAS (L. 100.00) por cada certificación, salvo los casos exceptuados por la Ley.

, Art. 15.—Los colegiados que hubiesen sido electos o nombrados para desempeñar cargos en la Junta Directiva, delegaciones, representaciones u otras obligaciones, habiéndose hecho acreedores a alguna sanción, no podrán en el período siguiente optar a cargos de elección o nombramiento y, en el supuesto que salieren electos o fueren nombrados, será nula su elección o revocado su nombramiento.

Art. 16.—Los colegiados nombrados para desempeñar cargos en los órganos de publicidad del Colegio que no cumplan con sus obligaciones, serán amonestados en privado por primera vez, multados con CIEN LEMPIRAS (L. 100.00) la segunda y, finalmente, destituidos perdiendo el derecho a ostentar cargos por elección o nombramiento en el período siguiente.

Art. 17.—Los miembros del Tribunal de Honor que transgredieren el Artículo 45 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras, serán sancionados con la destitución inmediata de su cargo y no podrán en el futuro ser miembros de este Tribunal.

Art. 18.—Cuando el Tribunal de Honor no discuta en el tiempo estipulado, resuelva los asuntos que le son encomendados para su resolución o no informe el resultado de sus deliberaciones a la Junta Directiva, los miembros responsables de la dilatoria serán sancionados con una multa de DOSCIENTOS LEMPIRAS (L. 200.00) y la pérdida de sus cargos.

Art. 19.—El Médico que no se colegie dentro de los sesenta días siguientes a su graduación estará obligado a pagar sus cuotas de colegiación a partir de la fecha de expiración del plazo de los sesenta días prescritos, además será sancionado con una multa de DOSCIENTOS LEMPIRAS (L. 200.00). La misma sanción se aplicará a los Médicos graduados en el extranjero a partir de la fecha de su incorporación.

Art. 20.—El médico graduado antes del 1º (primero) de marzo de 1965 y que a la fecha de entrar en vigencia este Reglamento no se haya colegiado, tendrá que pagar todas sus cuotas a partir de la fecha mencionada en el inciso anterior y se le aplicará una multa de DOSCIENTOS LEMPIRAS (L. 200.00). Quedando exentos de esta sanción los médicos que se hubieren graduado en el país y que en el momento de fundarse el Colegio estuvieren en el extranjero.

CAPITULO III DE LA ETICA

Art. 21.—El médico colegiado debe ajustar siempre su conducta a las reglas de la circunspección, de la probidad y del honor, será un hombre honrado en el ejercicio de su profesión como en los demás actos de la vida. En consecuencia en el ejercicio de la profesión médica debe observar la mayor dignidad y un cabal cumplimiento de las normas de la ética médica en las relaciones con los enfermos, con la sociedad y con sus colegas. La violación a estos principios, acarreará las sanciones que se expresan en los artículos siguientes.

Art. 22.—La violación del Artículo 50 de la Ley Orgánica del Colegio será sancionada con amonestación pública y QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) de multa la primera vez y suspensión por un año las siguientes.

Art. 23.—El médico que preste sus servicios profesionales atendiendo al rango social de sus clientes o a los recursos pecuniarios de que dispongan, más que a las dificultades y exigencias de la enfermedad, será sancionado con amonestación pública y multa de CIEN LEMPIRAS (L. 100.00), cada vez.

Art. 24.—Incurrirá en las sanciones de amonestación privada y multa de VEINTICINCO LEMPIRAS (L. 25.00) hasta QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) el médico que:

- a) No sea tolerante con su paciente y ejerza una influencia nociva en el curso de la enfermedad.
- b) Haga visitas innecesarias con miras interesadas, a no ser que, a pesar de haberlo advertido a la familia ésta insista en exigirselo.
- c) Obre desfavorablemente en el ánimo del enfermo y lo deprima o alarme.
- d) No haga la notificación de regla a quien corresponda si la enfermedad es grave, se tema un desenlace fatal o se esperen complicaciones capaces de ocasionarlo.
- e) No respete las creencias religiosas de sus pacientes.
- f) Abandone los casos crónicos e incurables y no provoque juntas con otros médicos cuando sea necesario.

Art. 25.—La violación de cada uno de los incisos del Artículo 61 de la Ley Orgánica del Colegio será sancionada con amonestación privada y multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) la primera vez y suspensión del ejercicio profesional por seis (6) meses las siguientes.

Art. 26.—La negativa de una institución hospitalaria privada a respetar el derecho que el paciente tiene a escoger su médico y cambiarlo en cualquier momento de su evolución, previa notificación al médico tratante, será sancionada en la persona del Director del Servicio Médico con una multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) y en caso de reincidencias la multa será de MIL LEMPIRAS (L. 1.000.00).

Art. 27.—Los médicos están en el deber de denunciar el ejercicio ilegítimo de la profesión médica, conforme lo dispuesto por el Artículo 63 de la Ley Orgánica, y la negativa para cumplir con este deber será sancionada con amonestación pública y multa hasta de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) cada vez.

Art. 28.—El ofrecimiento de servicios médicos, en contravención de los Artículos 64 y 67 de la Ley Orgánica, se considera como acto de charlatanismo o comercialismo contrario a la dignidad profesional, y será sancionado con amonestación privada la primera vez y multa hasta de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) en caso de reincidencia.

Art. 29.—La violación de los Artículos 65 y 67 de la Ley Orgánica será sancionada con amonestación en privado la primera vez y con multa hasta de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) en caso de reincidencia.

Art. 30.—La violación del Artículo 68 de la Ley Orgánica será sancionada con amonestación en público la primera vez y multa hasta de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) en caso de reincidencia.

Art. 31.—La violación del Artículo 69 de la Ley Orgánica constituye un acto de grave falta de solidaridad gremial, y será sancionada con amonestación pública y con la pérdida de todos los derechos del agremiado, excepto del ejercicio profesional, por el lapso de un año.

Art. 32.—La violación de los Artículos 78, 82, 87, 88, 89 y 104 de la Ley Orgánica serán sancionadas con amonestación privada la primera vez y multa hasta de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) en caso de reincidencias.

Art. 33.—La violación del Artículo 91 de la Ley Orgánica será sancionada con amonestación privada y multa hasta de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) la primera vez y suspensión hasta por un año en caso de reincidencias.

Art. 34.—La violación de los Artículos 92, 96, 99, 101 y 102 de la Ley Orgánica será sancionada con amonestación en privado.

Art. 35.—La violación del Artículo 105, 106 y 107 de la Ley Orgánica que se refiere a la práctica del aborto en casos no previstos en la Ley Orgánica o el Código Penal será sancionado con multa de MIL QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 1.500.00) y suspensión del ejercicio por un año la primera vez y multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) y suspensión por tres años en caso de reincidencia.

Art. 36.—La violación de los Artículos 108 y 10.9 de la Ley Orgánica será sancionada con suspensión del ejercicio profesional por un lapso de tres años y multa de CINCO MIL LEMPIRAS (L. 5.00.00).

Art. 37.—La violación del Artículo 110 de la Ley Orgánica será sancionada con amonestación pública y suspensión por seis meses la primera vez y multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) con suspensión del ejercicio profesional por tres años en caso de reincidencia.

Art. 38.—El secreto médico es un deber inherente a la profesión misma, que exigen el interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia, la responsabilidad del médico y la dignidad del arte, su violación será sancionada con multa de CINCO MIL LEMPIRAS (L. 5.000.00) y suspensión hasta por tres años.

Art. 39.—La violación del Artículo 121 de la Ley Orgánica será sancionada con multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) la primera vez, multa de MIL LEMPIRAS (L. 1.000.00) la segunda y con suspensión del ejercicio profesional por seis meses en caso de reincidencias. Esta sanción será aplicable a cada una de las partes involucradas.

Art. 40.—La violación del Artículo 123 de la Ley Orgánica será sancionada con multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) la primera vez y suspensión por seis meses en caso de reincidencias.

Art. 41.—La violación del Artículo 133 de la Ley Orgánica será considerada falta leve aplicable solamente al Secretario, y será sancionada con amonestación en privado la primera vez y con multa de CIEN LEMPIRAS (L. 100.00) en caso de reincidencia,

Art. 42.—La violación del Artículo 137 de la Ley Orgánica será sancionada con amonestación en privado la primera vez y con multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) en casos de reincidencia, que será aplicable a cada uno de sus miembros.

Art. 43.—Los colegiados que se valgan de la posición que ocupan en las instituciones gubernamentales, autónomas, semiautónomas o privadas y actúen en contra de las Leyes y Reglamentos que rigen al Colegio Médico, serán sancionados con amonestación en privado la primera vez o con multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) en casos de reincidencia.

Art. 44.—El colegiado que valiéndose de argumentos o actos reñidos con la moral, la ética y las buenas costumbres provoque la destitución, o retiro de otro colegiado de un puesto o cargo médico ya sea público o privado, y perjudique en cualquier otra forma a un colega, será sancionado con una suspensión desde seis (6) meses hasta tres (3) años que establece la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria.

Art. 45.—La estafa debidamente comprobada por la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" en el ejercicio de la medicina será sancionada con amonestación privada la primera vez y multa de QUINIENTOS LEMPIRAS (L. 500.00) y suspensión de seis meses en casos de reincidencia.

Art. 46.—El Tribunal de Honor será el encargado de emitir fallos recomendando el tipo de sanciones cuando la Junta Directiva le solicite la tramitación de los casos que deben juzgar, siendo ésta la que deberá hacer efectivas las penas. La pena de suspensión deberá ser aprobada por la Asamblea.

Art. 47.—Recibido el fallo del Tribunal de Honor, la junta Directiva lo comunicará al interesado y siendo éste condenado el Secretario de la Junta Directiva transcribirá los Artículos de Reglamento de Sanciones en los cuales se basa la misma y los que afecten su derecho de apelación.

Art. 48.—Los fallos del Tribunal de Honor serán notificados por escrito a los interesados a más tardar quince (15) días después de ser dictados.

Art. 49.—Cuando el colegiado se mostrare inconforme con la resolución deberá comunicarlo por escrito a la Junta Directiva en un período no mayor de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su notificación. La Junta Directiva dará por recibida esta manifestación, debiéndola presentar junto con los antecedentes a la Asamblea General para su conocimiento y resolución y suspenderá la aplicación de las sanciones impuestas, hasta conocer ésta.

Art. 50.—Si por resolución de la Asamblea General quedare firme el fallo apelado, la Junta Directiva por medio de los organismos competentes dará cumplimiento a las sanciones contenidas en el mismo, dentro de un término no mayor de noventa (90) días siguientes a la resolución de la Asamblea no siendo procedente otro recurso contra estas medidas.

Art. 51.—Si el interesado no apelare en el término de quince (15) días a que se refiere el Artículo 10, el fallo y las sanciones en él contenidas se considerarán firmes.

Art. 52.—Los colegiados que no hicieren efectivo el valor de las multas treinta (30) días después de haber sido notificados, perderán sus derechos de colegiado y el apoyo del Colegio mientras dure la morosidad.

Art. 53.—Las multas deberán hacerse efectivas en la Tesorería del Colegio e ingresarán al fondo especial destinado a construir el edificio sede del mismo, sus mejoras y mantenimiento.

Art. 54.—El presente Reglamento sólo podrá ser modificado en Asamblea General a petición del Tribunal de Honor, de la Junta Directiva o por un mínimo de diez por ciento (10%) del total de los colegiados.

Art. 55.—El presente Reglamento entrará en vigencia el día de su aprobación por la X Asamblea General Ordinaria, debiendo el Secretario de la Junta Directiva remitir en sobre certificado un ejemplar a cada uno de los colegiados para el conocimiento de éstos, a más tardar quince días después de aprobado.

Aprobado en la X Asamblea General Ordinaria del Colegio Médico de Honduras, celebrada en Tegucigalpa, D. C., el 3 y 4 de febrero de 1971.

REGLAMENTO DE LOS CONGRESOS MÉDICOS NACIONALES

CAPITULO I

Los **Congresos** Médicos Nacionales, se organizarán, bajo los auspicios y supervisión del "Colegio Médico de Honduras" y llevarán las siguientes **finalidades**:

1. Estimular y dar a conocer la investigación científica y el desarrollo *de* la medicina en Honduras.
2. Estrechar las relaciones entre los miembros del Colegio Médico, Facultad de Ciencias Médicas, Sociedades Científicas e Instituciones de Salubridad Pública del país.
3. Propiciar las **relaciones** amistosas entre los colegiados.

CAPITULO II SEDE, FRECUENCIA, DURACIÓN, ORGANIZACIÓN

- a) Los Congresos Médicos Nacionales se celebrarán una vez al año, en la primera **quincena** del mes de febrero.
- b) Se considerarán ciudades sede, las que reúnan las condiciones para el normal desenvolvimiento del Congreso.
- c) Para ser ciudad sede es necesario:
 1. Buenas vías de comunicación.
 2. Facilidades de alojamiento para los congresistas.
 3. Localidad adecuada y debidamente equipado para el desarrollo *del* Congreso.
 4. Suficiente número de médicos residentes en la localidad y debidamente organizados.
- d) La designación de la sede será atribución de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, debiendo hacerse en forma rotatoria en las ciudades previamente escogidas, conforme a los numerales b) y c).
- e) El cuerpo médico residente en la sede señalada, no podrá renunciar a dicha designación, excepto por causa de fuerza mayor.
- f) Los Congresos durarán dos (2) días), quedando excluido el día de la inauguración.
- g) La organización del Congreso Médico estará bajo la responsabilidad de un Comité Organizador, formado por un Presidente, un Secretario y un Tesorero.
- h) En la capital, un miembro de la Junta Directiva y fuera de ella el Delegado del Colegio Médico, forman parte obligatoria de este Comité; tendrán *la* atribución específica *de* servir de enlace entre dicho Comité y la Junta Directiva y tendrá la representación de esta última.
- i) La selección y nombramiento de los miembros del Comité Organizador los hará la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras"¹, de una terna presentada en forma conjunta por la Delegación del Colegio Médico y la Sociedad Médica local; en la capital de la República lo hará la Junta Directiva en forma independiente pudiendo solicitar ternas a las distintas sociedades de especialidades médicas.
- j) El Comité Organizador, formará cuantas comisiones crea necesarias y podrá llamar a colaborar a los médicos que estime pertinente para integrar dichas comisiones.
- k) Ningún médico podrá negarse a colaborar, si no es con motivo debidamente justificado y aceptado por el Comité Organizador.
- l) Para formar parte del Comité Organizador y de sus diferentes comisiones es necesario estar en el pleno goce de los derechos de colegiado.

- II) El Comité Organizador será nombrado en el mes de marzo siguiente a la celebración del último Congreso Médico Nacional, m) La Comisión encargada de las Resoluciones y Recomendaciones del Congreso constará de tres (3) miembros y será nombrada por la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras".

CAPITULO III AGENDA CIENTÍFICA

1. Cada Congreso deberá organizar su trabajo científico conforme a los siguientes puntos;
 - a) Mesas Redondas,
 - b) Temas libres.
 - c) Conferencistas invitados.
 - d) Exposición Científica.
 - e) Otras actividades a criterio del Comité Organizador.
2. Debe dárseles máxima atención a las presentaciones que traduzcan trabajos hechos en equipo en el país,
3. Para participar en las actividades científicas del Congreso, el colegiado deberá obligatoriamente estar en pleno goce de sus derechos de colegiado y haber cumplido con las disposiciones emanadas del Comité Organizador.
4. El Comité Organizador queda autorizado para escoger el programa científico, procurando que sea de interés y trascendencia para el país y que al mismo tiempo, ofrezca oportunidad de exponer experiencias propias.
5. Las Mesas Redondas estarán reguladas por las siguientes normas:
 - a) Estarán integradas por un Coordinador, un Secretario y varios miembros designados por el Comité Organizador.
 - b) Su desarrollo estará dividido en dos períodos:
 El primer periodo tendrá una hora de duración y en ese lapso los expositores desarrollarán su trabajo sin efectuar lectura y ayudados por proyecciones fijas. El número de expositores será determinado por el Comité Organizador.
 El segundo periodo tendrá media hora de duración y durante él, los congresistas harán preguntas relacionadas con el tema, en exposición. Las preguntas estarán en manos del Secretario de la Mesa, antes de comenzar la discusión, con el objeto de ser ordenadas.
 El Coordinador escogerá y distribuirá las preguntas entre los miembros de la Mesa, tal distribución la hará conforme a su criterio y podrá incluir preguntas no planteadas pero que sirvan para aclarar importantes facetas del tema. Los miembros de la Mesa dispondrán de tres (3) minutos para contestar cada pregunta. Cuando haya divergencia de criterio o tengan algo importante que añadir podrá intervenir cualquiera de los miembros de la Mesa, solicitando el uso de la palabra al Coordinador, quien la concederá por un minuto adicional.
 Al terminar la sesión el Coordinador hará un resumen de la discusión y pondrá especial cuidado en dejar conclusiones.
6. Cualquier congresista en pleno goce de sus derechos de colegiatura puede presentar uno o varios temas libres, siempre que hayan sido elaborados preferentemente en el país y que llenen los requisitos que a continuación se enumeran:

- a) Debe ser una contribución que contenga observaciones originales o experiencias y casuísticas personales o de equipo;
 - b) El trabajo no debe haber sido presentado en Congresos Médicos Nacionales anteriores;
 - c) Los trabajos presentados al Congreso deben ser entregados por duplicado al Comité Organizador y de manera apta para ser publicados;
 - d) Queda a juicio del Comité rechazar trabajos que no reúnan las condiciones necesarias para su presentación. Todos los trabajos deberán estar en poder del Comité con dos (2) meses de anticipación a la celebración del Congreso, con objeto de efectuar su escogencia;
 - e) Los Temas Libres contarán con diez (10) minutos de exposición y podrán ser comentados por tres comentaristas, que dispondrán de un mínimo de dos (2) minutos cada uno. Los comentaristas serán designados de acuerdo con el orden en que hayan hecho su solicitud, limitándose a hacer consideraciones exclusivas sobre el tema en cuestión. El autor del trabajo dispondrá de cinco (5) minutos para contestar.
 - f) El tema inscrito deberá presentarse. Si por razones de fuerza mayor no puede presentarlo el colegiado que aparece en el Programa, deberá obligatoriamente designar algún colegiado que lo haga en su nombre quien aparecerá en el resumen o Memorias del Congreso.
7. Las exposiciones de los Conferencistas invitados serán presentados por sus autores, con una duración de cuarenta y cinco (45) minutos, y se concederán quince (15) minutos adicionales para su discusión y preguntas. No se invitarán más de dos (2) Conferencistas para cada Congreso.

CAPITULO IV DE

LAS SESIONES

1. Durante el desarrollo del Congreso se efectuarán:
 - a) Sesión inaugural;
 - b) Sesiones científicas;
 - c) Sesión de clausura.

Las sesiones se desarrollarán de acuerdo con un programa elaborado para cada una de ellas y darán principio a la hora señalada.
2. El Presidium de la sesión inaugural estará integrado por el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras o su Representante, el Presidente y el Secretario del "Colegio Médico de Honduras", Comité Organizador, el Presidente de la Sociedad Médica local y el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
3. El Presidium de la sesión de clausura estará formado por: la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras", el Comité Organizador y el Presidente de la Sociedad Médica local.
4. El Presidium de las sesiones científicas estará integrado por: Un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario y un Prosecretario.

5. El Presidente abrirá y dirigirá la sesión, observando atentamente las normas estipuladas en este Reglamento.

El Secretario recogerá en las Oficinas del Congreso los trabajos y programas para la sesión que ha sido designado. Entregará los trabajos a sus autores para que efectúen su desarrollo, levantará Acta de la sesión en la que consignará su desenvolvimiento la firmará con la refrenda del Presidente y la entregará a la Secretaría del Comité Organizador junto con los trabajos presentados.

CAPITULO V

1. El financiamiento de los Congresos Médicos Nacionales se hará con fondos provenientes de las siguientes fuentes:
 - a) Contribución del "Colegio Médico de Honduras"¹;
 - b) Contribución de la Sociedad Médica local;
 - c) Cuotas de inscripción de los médicos asistentes y acompañantes señalándose como cuota de inscripción L. 20.00 (VEINTE LEMPIRAS No/100) para el colegiado y L. 10.00 (DIEZ LEMPIRAS No/100) por acompañante.
 - d) Todos los fondos que el Comité Organizador pueda obtener de otras fuentes.
2. El superávit, si lo hubiere, pertenecerá por completo a la Sociedad Médica local encargada de la organización del Congreso. En la capital de la República pasará a la Tesorería del "Colegio Médico de Honduras" y será distribuido conforme a Reglamento.

CAPITULO VI

El Comité Organizador está ampliamente facultado para resolver los problemas que puedan presentarse y que no estén previstos en este Reglamento.

.....

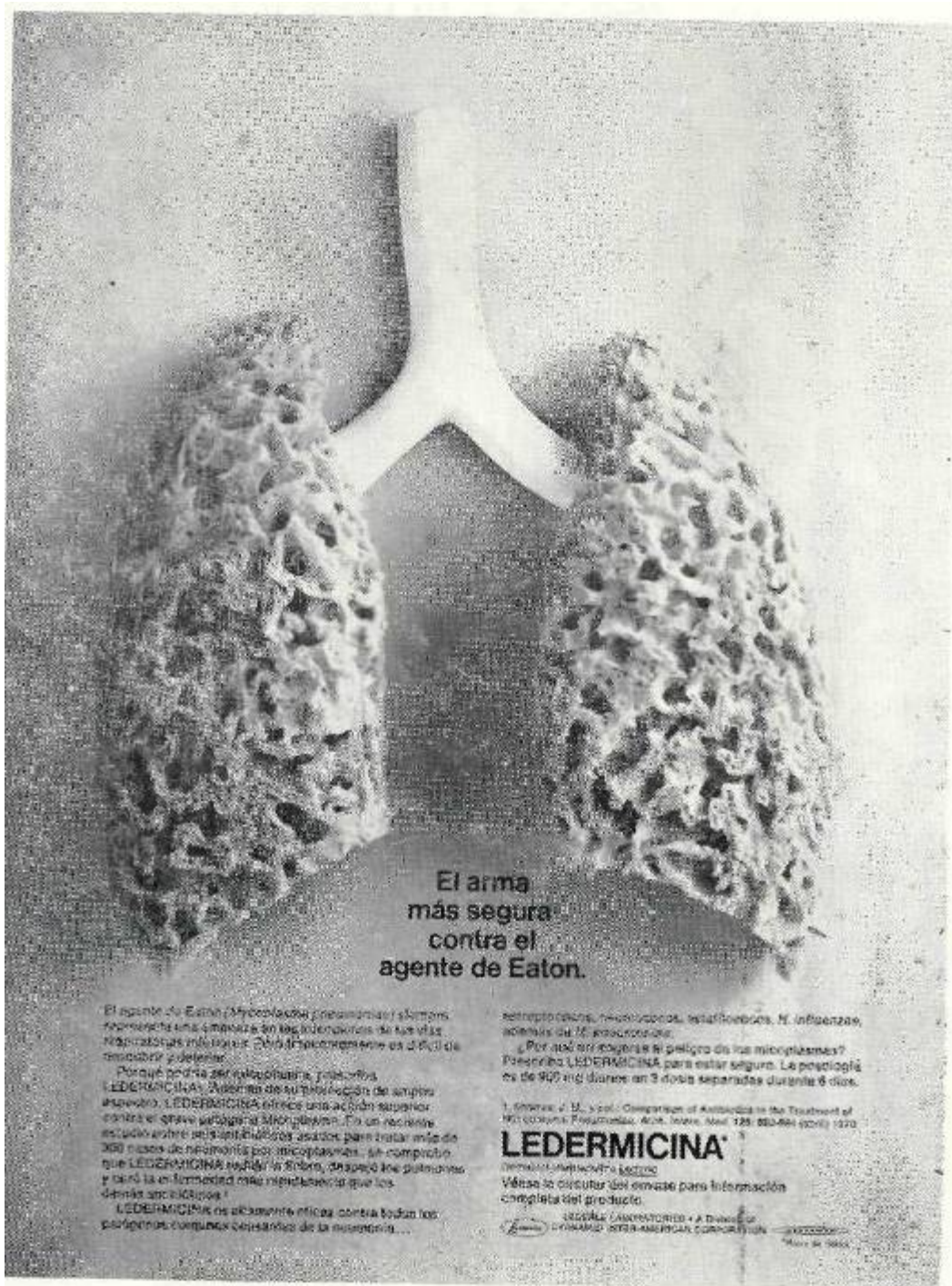
.....

SANDOZ

CONTRIBUYE AL PROGRESO

DE LA MEDICINA

.....



**El arma
más segura
contra el
agente de Eaton.**

El agente de Eaton (*Mycoplasma pneumoniae*) siempre representa una amenaza en las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Pero desafortunadamente es difícil de descubrir y eliminar.

Por qué pelear por una bacteria invisible? **LEDERMICINA**. Asesina de su infección de cualquier aspecto, **LEDERMICINA** ofrece una acción superior contra el grave patógeno *Mycoplasma*. En un reciente estudio entre estudiantes de medicina para tratar más de 300 casos de neumonía por micoplasmas, se comprobó que **LEDERMICINA** ayuda a reducir, después de la pulmonía, y curar la enfermedad más rápidamente que los demás antibióticos.

LEDERMICINA es altamente eficaz contra todos los parásitos comunes causantes de la neumonía...

respiratoria, reumatismo, otitis media, *M. influenzae*, adenitis de *M. pneumoniae*.

¿Por qué no reducir el peligro de las micoplasmas? Prescriba **LEDERMICINA** para estar seguro. La dosis es de 900 mg diarios en 3 dosis separadas durante 6 días.

1. Abrams, J. B., y col., Comparison of Antibiotics in the Treatment of Mycoplasma Pneumoniae Acute Infection, *Med* 72: 853-861 (July) 1973

LEDERMICINA

Demasiado efectiva para perderla.

Véase la circular del envase para información completa del producto.

LEDERMICINA LABORATORIOS Y A DIVISIÓN DE
DYNALAB INTERNATIONAL CORPORATION

© 1973
May 1973