

Tratamiento Incruento de Fracturas Supracondíleas del Húmero

DR. LUIS SAMRA*

El **trabajo** que ahora presentamos, no pretende en forma alguna tratar de **enseñar** nada nuevo, es únicamente para dar a conocer la modesta experiencia obtenida en casi diez años de **trabajo**, y llamar la atención para recordar las ventajas y excelencias del tratamiento cerrado y del abuso que se está cometiendo en la actualidad de la cirugía para tratar este tipo de fracturas.

CLASIFICACIÓN

Presenta variaciones notables según el grado y sentido de la **desviación** de los fragmentos. **Desde** el punto de vista **terapéutico** tiene gran **importancia** el sentido de la desviación de los fragmentos en el plano anteroposterior que ha servido de base para la clasificación **clásica** de **estas** fracturas en dos **grupos**:

- a) La fractura por extensión, en que el **fragmento** distal se desvía **hacia** atrás.
- b) La fractura por flexión, más rara y casi exclusiva del adulto, en que se produce la **desviación** en sentido inverso.

Además de los **desplazamientos** en el plano anteroposterior existen ordinariamente otras: a) desviación lateral de la epífisis hacia adentro o hacia **afuera**; b) cierto grado de acabalgamiento; c) rotación; d) **desplazamiento angular** de la epífisis inferior en **valgus** o varus.

El desarrollo del tema lo llevaremos a cabo exclusivamente sobre las fracturas **supracondíleas** por extensión con gran desplazamiento de los **fragmentos**, fig. 1 y 3. **Pues** romos **del criterio** de que éstas son las más serias por las complicaciones posteriores que traen consigo, tales como trastornos vasculares, funcionales ; deformaciones del codo si no son tratadas adecuadamente.

ELECCIÓN DHL MOMENTO DE LA REDUCCIÓN

A pesar de los diversos grados de tumefacción del codo, que oscilaron **entre** moderado y acentuado, no tuvimos ninguna dificultad para obtener reducciones satisfactorias, dentro de las primeras 48 horas del **traumatismo**, y **evitarnos** así de posibles trastornos vasculares ocasionados por el edema **severo** y el gran depuramiento de los fragmentos. Todas nuestras reducciones fueron llevadas a cabo con anestesia general.

• Jefe del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital General San Felipe.

*• Jefe del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Privado La Policlínica, S. A.



FIG. No- 1—Fractura supracondilea con rotación y gran separación de los fragmento)-

INMOVILIZACIÓN

Una vez comprobada la reducción procedemos a la inmovilización en ángulo agudo, previa comprobación de la presencia del pulso radial. Esta la practicamos únicamente con dos bandas de esparadrapo, tendidas a manera de puente desde el tercio medio del antebrazo hasta el mismo tercio del brazo, una por la parte interna y otra en el sitio opuesto, y que nos **sirven** para mantener la posición de flexión en que hemos dejado el codo, sostenido al mismo tiempo por un cabestrillo de venda de franela que va de la muñeca al cuello. En las figs. 2 y 4 pueden verse muy claramente, el **ángulo en** que dejamos el codo después de la **manipulación** lo mismo que las vendas de esparadrapo que mantienen la inmovilización. Puede notarse en las figuras 2 y 4, que son los controles después de las reducciones cerradas, que la inmovilización es únicamente con bandas de esparadrapo.

TIEMPO DE INMOVILIZACIÓN

Pasadas dos semanas retiramos el esparadrapo y ampliarnos el ángulo agudo hasta los 90 grados, inmovilizándolo nuevamente con esparadrapo hasta completar las cuatro semanas, **que** es cuando retiramos **definitivamente la inmovilización**. Queremos hacer notar **que** en ningún momento tuvimos necesidad de usar aparatos enyesados o de otro material para mantener los fragmentos reducidos a su posición normal. A pesar de la simplicidad del sistema de **inmovilización** que usamos no hemos tenido ninguna consecuencia desagradable que lamentar.

La **movilización** la iniciando; en los primeros días de 5a quinta semana, **instruyendo** al paciente en la forma de hacerlos, consistiendo éstos en movimientos de flexión y extensión lentos y progresivos del codo. La restauración funcional osciló entre tres y siete semanas después de iniciada la rehabilitación.

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CERRADO

En el tipo de fractura, tema de este trabajo, la **intervención** operatoria preconizada por diferentes autores, cuando no es posible obtener una corrección incruenta satisfactoria, presenta inconvenientes múltiples que consideramos deben hacerla **rechazar**. Creemos que en primer lugar debe insistirse en la **posibilidad** de **que** la inclinación al tratamiento quirúrgico sea causa de **que** no se apuren suficientemente en **muchos** casos las posibilidades del tratamiento cerrado. Pero el principal motivo **para** rechazar la intervención, es el hecho de que si bien puede conseguirse una reposición anatómica de los fragmentos, cuando se posee **material** especializado suficiente y una **habilidad técnica** adecuada, los resultados funcionales son a menudo inferiores a *los* que proporciona la reducción encuentra, aún sin conseguirse una **reposición** completa. La reducción **quirúrgica** presupone, la mayoría de las veces, maniobras que menoscaban la circulación **de** los **fragmentos** Óseos y el establecimiento de condiciones locales favorables para el desarrollo de un proceso de artrosis postraumática, hechos que explican la frecuente deficiencia de los resultados.

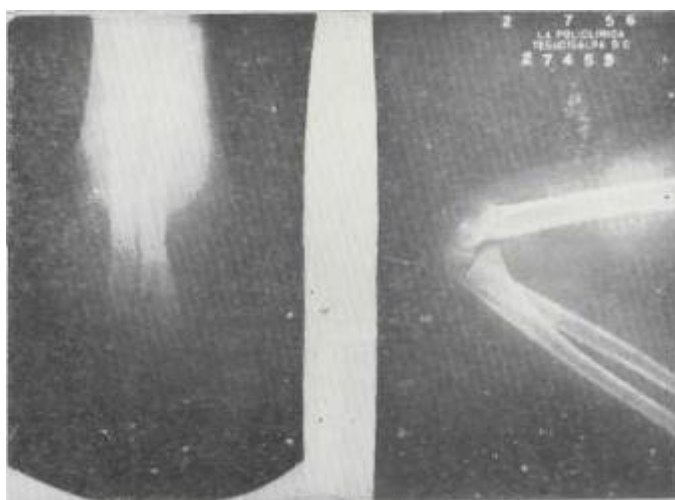


FIG- No- 2—Radiografía de control do paciente de la Fig. No. 1.

C O N C L U S I O N E S

De la **revisión** de **nuestros** casos y de acuerdo con varios autores estimamos;

- 1.—Que el tratamiento cerrado en las fracturas supracondíleas **recientes** (con gran desplazamiento de los fragmentos) sigue siendo ideal.
- 2.—Que a pesar de no haber obtenido en **algunos** casos reducciones perfectas, la **función** del codo **se** restablece **en** un período relativamente corto.
- 3.—Que el pequeño déficit de reposición ósea observado en ciertos casos, queda restituido al cabo **de** algunos **meses**, sin deformaciones externas ostensibles.

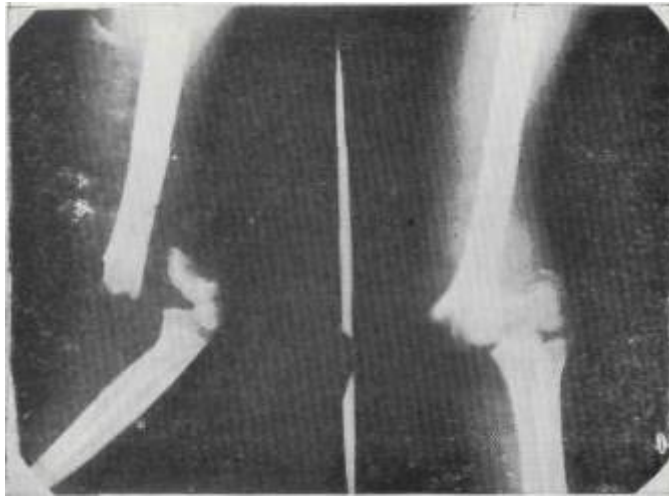


FIG- No- 3—Otro ejemplo da fractura supracondilea con gran desplazamiento «fe los fragmentos-

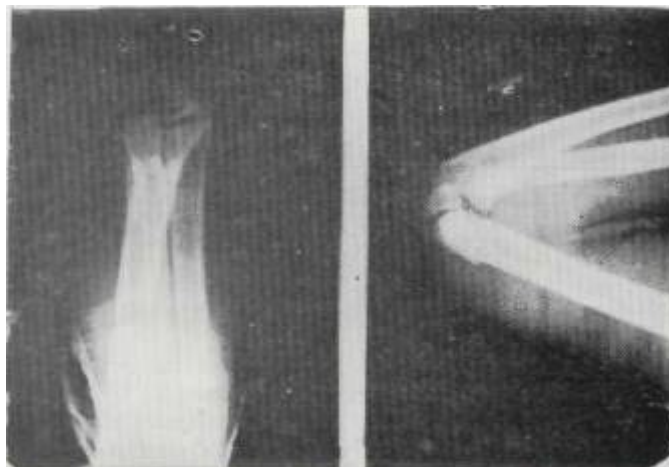


FIG. No- 4—Control, despues da la reducción **carrada**, de la **Fig. No. 3**.

R E F E R E N C I A S

- 1.—BISGARD. J. D., and MARTENSON. LEE: Fractures in Children. Surg., Gynec, and Obstet., 65: 464-474, 1937.
- 2.—BLOUNT, W. P.: Fractures in Children. Baltimore. The Williams and Wilkins Co. 1955.
- 3.—BOHLER, L. -. Técnica del Tratamiento de las Fracturas. Barcelona, Editorial Labor, S. A. 1955
- 4.—CAMPBELL, C. J.; GRISOLIA, ANDRÉS; and ZANCONATO, GEORGE: The Effects Produced in the Cartilaginous Epiphiseal Plate of immature Dogs by Experimental Surgical Trauma. J. Bone and Joint Surg., 41-A: 1221-1242, Oct. 1909.
- 5.—Compere-Banks: Pictorial Hand Book of Fracture Treatment. Chicago, The Year Book Publishers Inc. 1962.
- 6.—DOMENECH-ALSINA F. y ALIER OCHOA A.: Tratamiento de las fracturas Editores, S. A. Barcelona, 1956.
- 7.—KEY y CONWELL: Fracturas, Luxaciones y Esguinces, UTEHA, Buenos Aires, 1956.
- 8.—SPEED J. S. SMITH HUGH CAMPÉELAS: Operativa Orthopedics. The C. V. Mosby Company St. Louis, 1957
- 9.—SPEED, K.: Text-Book of Fractures and Dislocations, Philadelphia, Lea & Febiger 1942.
- 10.—WATSON JONES SIR REGINALD: Fractures and Joint Injuries, The Williams & Wilkins Co. Baltimore, 1957.

PSIQUIATRÍA

La Relación Médico-Enfermo

Dr. MARIO MENDOZA

*Jefe del Departamento de Psiquiatría de La Policlínica, S. A.
Catedrático de la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad
Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, D. C.*

Quizá algunos de Uds. se van a preguntar ¿Es esto la Psicología del colegio u la **Psicología** del libro de Texto? La respuesta es al mismo tiempo básica > fundamental. La psicología que se aprende en c', colegio **es** la vieja Psicología que podría llamarse **clásica**, es **decir**, el separar el **funcionamiento** espiritual o anímico de un ser **humano** en función y **empezar** a estudiarlo separadamente y con detalle, atención, memoria, inteligencia, voluntad, etc. etc. **Este estudio** analítico de las funciones es **indudablemente** útil porque disciplina un poco para ir buscando ciertos casos; determinados y clarificar la actividad **humana** en cierta forma; pero es terriblemente **contraproducente porque hace** perder de vista, al hombre mismo, al ser humano. Si **hablamos** de atención, memoria, inteligencia, estamos hablando de algo como si fueran partes **que** se pudieran separar, **que** iludieran mantenerse separados, distintos- como si pudiéramos estudiar en el hombre vivo una *de* estas cosas: atención, inteligencia, memoria o **voluntad** separándolas de los demás y de la totalidad del hombre mismo.

Esto no es cierto, no es posible en la realidad; es útil didácticamente, **pero es contraproducente porque tuerce** el espíritu mismo del acercamiento al hombre **que** es fundamental en la Psicología. No hay ninguna función aislada; todas ellas están **interrelacionadas** en el funcionamiento de la personalidad: no puede hablarse por ejemplo de inteligencia, sin pensar al mismo tiempo en memoria y atención; no puede haberse por **otra** parte de inteligencia sin pensar en **afectividad**, en emoción. La inteligencia sola no existe como **tal**, no puede por lo tanto, estudiarse como tal, sino deseando, congelando y aislando, una parte de un todo que deja de ser vivo cuando precisamente se rompe como todo.

Habrán visto **como** se hace **énfasis** en relaciones totales de la personalidad, **en** las reacciones del **individuo** como un ser **humano** total sin tratar *de* dividirlo **en porciones, y al estudiarlo** como si se tomara una máquina, se separarán y estudiarán sus partes. Las partes separadas del ser humano no significan absolutamente nada, y por lo tanto pierden su característica principal; pero hay algo más. el ser humano solamente es un conjunto, una totalidad, usando un término alemán que no tiene traducción al castellano, una "**Gestalt**", es decir, una totalidad de **parte**; que no **pueden separarse**, sino artificialmente y no pueden comprenderse ni estudiarse sino en común, como una unidad. El ser humano además de ser una unidad en sí **que** no **puede partirse** en fragmentos, es una unidad con su medio, con su ambiente: y también una separación entre el individuo y el ambiente en el que viva es artificial, dañina y forzada; no existen **hombres** solos, no existen hombres aislados, no existen en el mundo... y si exigieran dejaran posiblemente de ser hombres.

Sí pudiéramos figuramos un ser humano que naciera aislado, que pudiera hipotéticamente vivir, crecer y desarrollarse aislado, posiblemente obtendríamos un ser cualquiera; pero no un ser humano con las **características** de ser humano que **nosotros conocemos**. Pero **eso es** imposible, eso no existe. Hay algunos **casos**, un poco **Blas** novelístico; y anecdóticos **que** reales, de **seres humanos** que **se dicen criados** por la; animales en la **selva** y **que** han vivido entre los animales; no vamos a entrar a **discutir esos** casos que por otra parte son muy interesantes, pero sí tenemos **que** reconocer en el estado actual de nuestra sociedad que **normalmente no existen** seres **lisiados; el ser vive** en el ambiente, vive en un mundo y cada individuo tiene su mundo, el mundo de uno no es el mundo del **otro** el querer creer que la realidad como se habla es igual para todos, es **otro error** fundamental; la realidad es distinta **para cada** uno de nosotros y depende de cómo la miremos, de lo que querramos, **de nuestras** aspiraciones, de nuestros deseos, de nuestros caminos en la vida, y al mismo tiempo de todo lo que llevamos detrás de nuestra **biografía**. Este es un tema en el que **podría extenderme mucho y que** es decisivo y fundamental, pero no es el **motivo** de la plática de hoy y solamente he querido ponérselos sobre el tapete para llegar al hecho mismo que hoy vamos a tratar.

Si el ser humano no es un ser aislado, es un ser que debe comprenderse en su relación con otros seres humanos; el ser humano es el único ser en nuestro mundo capaz de relacionarse con los demás y de ser consciente de esa relación. Lo que caracteriza al hombre en medio de todos los otros animales, es la conciencia que **tiene** de sí mismo, y la conciencia que tiene de su relación con los demás. Un animal se relaciona con los otros animales pero no **tiene** conciencia **de decir**: "mi relación, con este animal es amistosa, con este otro es de amor, con este otro es odio": actúa **en** esa forma pero no reflexiona, no es consciente del significado de esa relación; el hombre sí la tiene y esta es la conciencia de su propio yo y de su propio vivir: son las características fundamentales del ser humano.

Si pensamos así, tenemos que darnos cuenta de que el hombre en realidad **es** el producto de sus relaciones humanas; esto es muy típico y Uds. lo habrán oído ya mucho en la familia. Al niño, la relación humana con sus padres, con sus hermanos, con su ambiente familiar, le forman su personalidad; en el adulto estas relaciones de la infancia **tienen** una importancia fundamental y decisiva en su vida **porque** le **van** a marcar el camino de sus futuras relaciones. Pero, existen en el ser humano **cierto** tipo de relaciones que son fundamentales y decisivas, en su vida porque le van a marcar el camino de sus futuras relaciones. Existen en el ser humano cierto tipo de relaciones humanas que son fundamentales y decisivas, aparte de las relaciones **directas con la** madre, el padre o los hermanos; existen más adelante una serie de relaciones humanas que son capaces de definir y decidir una vida; algunas de ellas son **por** supuesto las relaciones amorosas, otras son de amistad; pero hay una muy **familiar**, muy especial y muy definida y que es a la que le da menos importancia. Sí: le ha dado en general, con toda la **importancia** que tiene, sobre las relaciones del hombre con su enamorada, de la mujer con su enamorado, del hombre o de la mujer con la **amiga o** el amigo, del hombre o la mujer con el jefe o con el patrón. De la relación del hombre o de la mujer con su médico y del médico con su paciente, no se ha escrito lo suficiente, ni se ha dicho bastante. Hasta ahora el médico, y el estudiante de medicina por supuesto, era llevado a creer sino abiertamente, implícitamente, que su papel era estudiar a su enfermo y hacerle un tratamiento. Aquí estamos cayendo en uno de los errores fatales que se continúan de generación en generación y que **producen** sino desastres en la **realidad** de la vida. El médico no es un individuo aislado que puede estar colocado en su torre de marfil desde la cual mira al enfermo, lo estudia y le receta. Ni el enfermo es la máquina que se va a colocar para que el médico la examine, la desarme, la vuelva a armar y le ponga aceite; son dos seres

humano, son dos seres que traen consigo una biografía y que llevan un propósito hacia adelante y que al unir sus personalidades en un cierto momento, tienen que aportar todas sus características personales y humanas.

El médico no es, por más que quiera serlo, un simple examinador y un simple recetador; y el enfermo no es un conjunto de órganos que se ponen en las manos de un mecánico sofisticado para que lo arregle. El enfermo es un ser humano que lleva su **sufrimiento, espiritual** o físico y el médico es un ser humano que recibe a un ser sufre para ayudarlo física y espiritual mente. Al unirse estas dos personalidades en la entrevista médico-paciente, toda la biografía de estas dos personalidades juega. No se trata solamente, como les digo, de un enfermo que tiene un hígado malo, n°. de un médico que sabe cómo se cura ese hígado; eso es un error, una falacia, un entaño. Eso no existe nunca y Uds. lo habrán experimentado en la consulta diaria. Verán cómo Uds. van a entrar con toda su categoría de seres humanos en esa relación, con todo lo que llevan detrás y todo lo que la vida les ha dado hasta ese momento; seguridad, inseguridad, temor, aspiración, bondad, deseo de ayudar; de rechazar, antipatía y con todo lo que la vida les tiene por delante, es decir: con toda la aspiración a ser buenos médicos, con toda la aspiración, hacia la mejoría di" su situación de seres humanos, de personas y de profesional.

Uds. lo observan la primera vez que se acercan solos a un enfermo. Es **muy** fácil encontrarse con un enfermo y con el profesor al lado: entonces **la responsabilidad** es misma a pesar de que existe. **Pero** la primera vez que se encuentren solos y encerrados con su enfermo, entonces uno se da cuenta que ser médico no es solamente saber medicina, es ser un ser humano y vivir la situación de contacto humano con el **enfermo**. Uno se da cuenta entonces cómo salen a luz todos los factores de su personalidad: como puede sentirse inseguro, avergonzado y temeroso, o por otra parte pueden sentirse compensados estos sentimientos naturales de inseguridad, en los **primeros** acercamientos: demasiado imponentes, demasiado sabios, demasiado mandones, despreciativos.

El enfermo no **va** a venir con su hígado o con su corazón enfermo, él va **a venir** con su biografía, con su vida toda y se va a comportar con el médico, de acuerdo a su pasado y de acuerdo a su futuro. Habrán enfermos que de acuerdo a su pasado vengán dependientes, casi a arrodillarse y a besarle las manos al médico; **otros** en cambio vienen con una actitud **completamente** distinta, casi de desafío, a discutirle al médico; habrá la enferma que se enamora del médico y habrá la enferma **que** al Contrario vea en el médico al enemigo. Es decir, que la Medicina no es un órgano enfermo que viene **a** buscar una receta, es un ser humano que se relaciona en el camino de la vida con otro ser humano. De ahí la importancia fundamental **que tiene** la relación del enfermo con el médico y viceversa.

Cuando el enfermo va donde el médico, aunque sea por la primera vez, va ya con una serie de sentimientos y de afectos preparados. ¿Qué quiere decir esto? Todo **ser** humano ha sentido temor, angustia y dolor por primera vez en su temprana infancia; ante estos sentimientos, el niño indudablemente vuelve la mirada hacia sus padres y son los padres los que van a librarlo de ellos. Por lo tanto, la primera figura casi omnipotente que es capaz de sacar al niño de este abismo en el que está metido, es la madre, o el padre, o son ambos. El niño entonces hace como parte de su reacción, dijéramos vital, la búsqueda de la protección paterna o materna en cada caso en que hay angustia, temor, dolor o cualquier preocupación seria. Esto pasa al inconsciente; ya no es conciencia de ello, pero existe en su yo, y entonces cuando se enferma, cuando vuelve el dolor, el temor y la angustia, cuando busca al médico lo primero que hace es reaccionar con esa reacción que ha sido formada en su infancia; es decir, que ve en el médico inconscientemente, la figura de los seres a quienes se dirigió por primera vez y **que** calmaron en ese momento su dolor, su temor, o su

angustia. Este momento fenomenológico de pasarle al médico. los sentimientos que el niño tuvo con sus padres en la infancia es lo **que** se conoce con el nombre de "transferencia".

Técnicamente, transferencia es el transferir del padre al médico o de la madre al médico los sentimientos que el paciente sintió una **vez** en su vida, es una situación parecida, y que repite automáticamente en esta situación actual. Entonces Uds. comprenderán por qué digo que el enfermo lleva toda su biografía; porque según como fue tratado en esos primeros momentos en los **que** se colocó en angustia y según como el ambiente reaccionó ante él y viceversa, es cómo va comportarse esta vez frente al médico.

Si el niño, en ese primer momento de dolor, de angustia y de temor recibió incondicionalmente la ayuda, la protección y la solución de sus problemas por parte de su madre, inconscientemente va a esperar eso del médico; va a colocarse junto al médico y va a buscar en él esa dependencia absoluta; va a buscar que el médico haga *lo* que hizo su madre cuando niño, va a buscar que el médico lo libre de toda preocupación y que lo coloque en el estado ideal de tranquilidad y si no lo obtiene, y es muy fácil que no lo obtenga, pues los médicos no somos esas figuras que podemos solucionar todos los problemas, posiblemente va a convertirse, en un enfermo resentido, exigente, que está protestando porque no se le atiende, porque no se le cura, porque no se le da suficientemente de lo que está pidiendo. Por otra parte, si el enfermo en su infancia no ha sido atendido, así en su situación de ser, podría decir; si no ha recibido la suficiente atención y ha sido más bien rechazado y frustrado, va a esperar lo mismo del médico y va a ir a él preparado al rechazo y la frustración: el paciente va a reaccionar como uno reacciona a la frustración primera. Esto va a parecerle a Uds. como si el comportamiento del enfermo, no está siempre ajustado a la razón; y si Uds. no tienen en cuenta estas cosas, se van a encontrar completamente desorientados frente a un enfermo que a lo mejor ha sido perfectamente atendido con una actitud de cariño y con dedicación y eficacia... y que sin embargo, no está contento; o se van a encontrar con enfermos con los que han cometido errores y que sin embargo, están a su lado porque es un maravilloso médico y lo siguen... y lo siguen... Espero que el primer caso de acierto sea más número uno que el segundo.

Pero el hecho fundamental que yo quiero llevar a su espíritu, es que **tienen** que considerar en el enfermo, no solamente al ser razonable que va a reaccionar ante Uds. como debe reaccionar; sino que se deberá considerar que este hombre está actuando ante Uds., no ante el Dr. fulano al que conoce por primera vez, sino ante una figura en la que está transfiriendo, todas las figuras de autoridad y de protección que tuvo en su vida, y que entonces está reaccionando no frente a este doctor, sino frente a esas figuras. Mucho más se podría decir de estas reacciones del enfermo. El enfermo reacciona con su biografía, cada vez distinta, y con cada médico quizá de una manera distinta, porque cada médico puede ir trayendo en diferente forma, en diferente cantidad, o en diferente calidad, las diferentes figuras de su pasado. De ahí por ejemplo, el hecho que muchos de Uds. verán al tratarse los enfermos viejos; para un enfermo de 50 a 60 años, un médico de 25 no puede ser nunca su madre, ni su padre. Entonces hay cierta distancia, una cierta dificultad al manejar los viejos.

Por otra parte, el médico tampoco se siente muy seguro con estos enfermos **ahí** vamos al otro lado del cuadro: si el enfermo reacciona y enfrenta al médico, como nosotros, con toda su biografía, el médico enfrenta a sus enfermos con toda su biografía.

El médico no es, no puede ser un profesional frío que venga a descargar sus labores metódica y científicamente. Vuelvo a insistir así como el enfermo va a traer al médico y a transferirle un caudal de sentimientos de su infancia, el médico va a

transferirle al enfermo un caudal de sentimientos de su infancia y va a tratar al enfermo en una forma muy especial según como su historia personal lo determine; así habrá médicos que tengan antipatías por una cierta clase de enfermos. Así volvemos al caso del hombre viejo; si hay un médico joven que ha tenido cualquier **razón**, reacciones de hostilidad contra su padre, justificadas o no durante su infancia, y las ha ido reprimiendo y no los ha podido manifestar por el hecho de ser su **padre**, al venir un señor que para él significa que su padre inconscientemente, comenzarán a actuar sobre este enfermo, sin darse cuenta, con hostilidad, con agresión, como si estuviera vengándose.

Si por otra parte llega una **persona** de la edad de su madre y Lene una serie de sentimientos de **protección** va a comenzar a tratar a esa mujer como si fuera su madre. Es decir, que la relación médico-enfermo está cargada de una serie de características que hay que tomar en cuenta, que no se pueden en ninguna forma descuidar. Les doy este consejo que me parece práctico y decisivo: después de una entrevista con el enfermo, quedarse un rato solos y pregúntense Uds. **mis-mos**: ¿Qué siento yo por-este enfermo, qué sentimientos me ha despertado?

Esto les va a enseñar muchísimo, van a encontrar enfermos que les despierten antipatía, otros a los cuales Uds. quieran ser buenísimos y decirles amén a todo. Si el médico es conciente de esta reacción, esto le va a ayudar muchísimo en su práctica en su **formación** personal, para el conocimiento de su propio yo; para eliminar muchos escotomas emocionales frente a los enfermos que no le permiten ser buen médico, que van a estar cruzándose en su camino; unas veces haciéndole hostil frente al enfermo, otras veces demasiado bueno. Ninguna de las dos formas va a cumplir su misión de médico; si éste es capaz sinceramente de mirarse a sí mismo y analizar sus propios sentimientos, reacciones, está recién autoeducándose porque nuestra autoeducación continúa como Uds. lo saben, por toda la vida y progresará más, será más efectiva y más real si somos nosotros parte de ella y si somos concientes de ella.

Si cáela uno de los miembros de esta dualidad médico-enfermo reacciona con toda su biografía en esta unión, pensemos en la unión misma y esto es muy importante. Supongamos que hay un enfermo que viene con cierta agresión al médico y que este se **siente** herido por esta agresión injustificada. Entonces el médico naturalmente va a reaccionar también con agresividad.

La agresividad del médico, reactiva en este momento, es justificada racionalmente porque el enfermo lo está agrediendo sin ningún motivo. Por el contrario, él ha sido bueno, lo ha atendido, a lo mejor no le ha cobrado y el enfermo está inconciente y concientemente desconfiando de él, agrediendo, discutiéndole sus **cosas**, no siguiéndoles su tratamiento, diciéndole que el doctor fulano le dijo otra cosa distinta, etc., etc. El médico va a reaccionar contra esto, con agresividad; inmediatamente se establece una situación tal que no puede *ser* una relación terapéutica de ninguna manera, aunque el médico quiera, consecuentemente ayudar a éste enfermo. No hay posibilidad de ayuda; esa relación va a terminar mal; el médico va a terminar disgustado, furioso y frustrado y el enfermo va a salir expresándose mal de este médico sin ninguna razón; nada más porque no se ha podido vigilar el vibrar de esta relación interhumana, de este intercambio de sensación de emociones y de sentimientos que existen entre el enfermo y el médico (palíntropia). Lo mismo puede ocurrir al contrario: puede ser el médico el que sin darse cuenta está viviendo una transferencia con este paciente. O puede ser *todo* lo contrario; puede ser que el médico esté sin darse cuenta coqueteando y seduciendo a su paciente y entonces se produce otra situación. ¿Qué cosa va a pasar?,

que posiblemente la paciente tenga una reacción **emocional** se enamora de él o por lo menos reacciona en cierta forma. Entonces se plantea otro problema que destruye toda la relación médica y la destruye en una forma artificial, neurótica, porque esos enamoramientos entre médico y enfermo siempre son artificiosos, son enamoramientos forzados por estas transferencias, por estos sentimientos espurios que no son hacia ese hombre justamente, o a esa mujer; sino porque son sobrepuestos, transferidos y entonces no puede dar nunca ningún buen resultado, y siempre trae la destrucción de la relación médico-enfermo en su forma justa y tomo debe ser. Pero si el médico no es conciente de estas cosas si no lo sabe, si no lo toma en cuenta, cae una vez y otra en estos estados.

Estamos cansados de ver médicos que creen que los **enfermos** se enamoran de ellos o que ellos se enamoran de los enfermos, estamos cansados de ver médicos que sin darse cuenta están rechazando a los enfermos. Los enfermos se lea están yendo y no saben por qué. Estamos cansados de ver médicos que son juguetes de los enfermos y que los enfermos los manejan, les dicen: "Dr. lo que yo necesito es esta dieta ¿no le parece que un poquito más de este medicamento me hará mejor? bueno, pues tome el medicamento. I _r. yo creo que lo que necesito urgentemente es una operación: bueno, pues a lo mejor es lo que Ud. necesita". Esto es una realidad y hay muchos enfermos que viven su vida de medido en médico, y, haciendo lo que les da la gana con ellos y después dicen; "n ningún médico me puede curar, no sirven para nada", y es que a ningún médico realmente ha interesado curarlos porque se han colocado en tal situación, manejan todo el asunto y en cuanto el médico quiere imponer algo, lo cambian. ¿Por qué? Porque desde el momento de la primera entrevista, desde la primera relación, el médico no ha sido conciente y se ha dejado envolver con esto y llega un **momento** que no puede dar marcha atrás, y si da marcha atrás, rompe toda la relación.

Lo mismo ocurre en toda relación humana, con todo choque de hombre a hombre y, en la relación médico-enfermo, esto se hace* más agudo, se hace más palpable, [porque es una relación cargada de afecto, en la que el enfermo lleva su angustia y el médico tiene su angustia, también, de saber lo que ese enfermo tiene, de poder ayudar, de poder salir adelante en una prueba más y en estas situaciones. **juegan** los sentimientos mucho más que la razón y si uno no es capaz de ver detrás de la cubierta lo que está pasando en este juego de sentimiento; está perdiendo la oportunidad, mayor, de realmente cumplir su misión.

Pero hay algo todavía más importante, hay un juego constante de una **persona** a otra lo que hace que el enfermo va a terminar la reacción del médico y esta reacción del médico va a **determinar** a su vez la contrarreacción del enfermo.

Si el enfermo es agresivo y el médico reacciona con agresividad, el enfermo va a reaccionar con más agresividad y el médico con mayor aún. Si el médico es seductor y la enferma reacciona dejándose seducir, el médico va a ser más seductor y la enferma se va a dejar seducir más o al revés la enferma puede ser la seductora y el médico el seducido. Veamos el caso contrario: si el enfermo es agresivo y el **médico** porque se da cuenta de la **situación** en que está, no el agresivo, no devuelve agresividad con agresividad, sino agresividad con serenidad, con comprensión, entonces el enfermo va a ir diluyendo su agresividad Si la enferma viene a seducir al médico y éste no responde a la coquetería de la enferma con una propia coquetería, sino con una situación serena, tranquila, sin por supuesto rechazar ni hacerse el ofendido- (porque esto es tan ridículo como lo otro) entonces desaparece esa ida y vuelta, ese pegoteo que va haciéndose bola de nieve y se corrige la situación: el enfermo agresivo será menos agresivo, la enferma seductora se dará cuenta que la seducción es **vacía** y no tiene ningún significado; luego ese juego inconciente importante y decisivo en la relación debe ser conocido.

No debemos pasar frente a nuestros enfermos, como mecánicos que curan **automóviles, debemos ser hombres frente a hombres** y tener **en** cuenta una cosa **que** B mí mi' parece fundamental: cada médico cambia al enfermo, d enfermo con su contacto con el médico debe salir mejor, debe salir mejorado no solamente en sus órganos, sino en su personalidad, debe tener la experticia de una relación humana favorable, alta, noble que lo eleve y no de una reacción humana que lo baje, porque entonces ninguna curación de un órgano es medicina y por otra parle el médico sale distinto en su relación con cada enfermo, porque éste 'influye en él, como él influye en el enfermo y si no es conciente de ésto, puede permitir que los enfermos lo vayan desviando de una línea de elevación y de nobleza hacia otra línea en la **que** caen muchos colegas desgraciadamente.

Sesiones de la A. M. H.

En el mes de Junio el Dr. Ramiro H. Lozano dictó la conferencia respectiva que intituló "Tiroidectomía, Importancia Anátomo-Quirúrgica del nervio recurrente. Presentación de 100 casos". La exposición del Dr. Lozano fue comentada y discutida por varios de los socios presentes.

Por moción del Dr. Edgardo Alonso, la Sociedad Pro-Compra de los **terrenos** de la Asociación Médica Hondureña adquirió el excedente de 5.000 (cinco mil) varas cuadradas a L 0.25 (veinticinco centavos de lempira) por vara cuadrada. En esta ocasión tuvimos la agradable visita de nuestro compatriota Dr. Arturo Canales, quien res de en México. El doctor Canales quedó gratamente impresionado por el edificio de nuestra Asociación y por la forma cómo desarrollamos **nuestras** actividades científicas y sociales.

La sesión que se celebró en el mes de Julio fue muy concurrida; **entre** la correspondencia leída, estaba la solicitud de ingreso de nuestro colega Armando **Mejía**. Se aprobó la exposición presentada por los Doctores Gómez Márquez, Cárcamo y Haddad, consistente en crear un sistema de interconsultas para los médicos del país, a través de un comité especial formado por los colegas: Midence **Ignacio**, Flores Fiallos Armando y León Gómez Alfredo. Las preguntas más sobresalientes serán publicadas en la **Revista** Médica Hondureña. El trabajo científico de esa noche estuvo a cargo de los **Doctores** Jesús Rivera h. y Carlos Sierra Andino, que presentaron "Síndrome de Cushing"; trabajo CHIC mereció los comentarios de varios de los socios presentes. En esta misma ocasión tuvimos el placer de tener la visita de los Doctores salvadoreños, Roberto Masferrer y Víctor Nobleau, que como delegados del Comité Organizador del Congreso Médico Centroamericano a celebrarse en San Salvador el próximo mes de diciembre, expusieron lo que se proyecta para la realización de dicho evento científico, extendiendo al mismo tiempo cordial invitación para asistir a los médicos hondureños.

En el mes de Agosto, la conferencia estuvo a cargo del Dr. Hernán Corrales **Padilla**, quien habló acertadamente sobre "Antimicóticos" obteniendo los comentarios favorables de la mayoría de los asistentes.

En la sesión presentaron solicitud para ingresar a la Asociación Médica Hondureña, los Doctores Manuel Enrique Larios B., **Guillermo Oviedo** y Osear Raudales.

Por **crear** de importancia, publicamos la nota que **envió el Dr.** Francisco **Alvarado** a la Secretaría, con el objeto de mejorar nuestras actividades científicas.

"**Tegucigalpa, D. C.**, 5 de Julio de 1963.—Dr. Jorge Haddad.—Secretario de la Asociación Médica Hondureña.—Presente.—Estimado Sr. Secretario: La presente tiene por objeto canalizar por vuestro medio al seno de nuestra Sociedad la siguiente ponencia: Siendo la Asociación Médica Hondureña la mayor organización

médico científica de la capital y por ende de la República, en donde estamos agrupados **médicos** que ejercemos distintas especialidades que caben en nuestra profesión en un número muy cercano al centenar, estimo que la parte científica desarrollada por nuestra Asociación es escasa, puesto que a simple vista se nos muestra la desproporcionalidad entre el número de asociados y apenas dore cuando más, reuniones científicas. Estamos conscientes de la capacidad potencial de desarrollar una labor de mejor calidad en beneficio nuestro y de los demás asociados, para lo cual única y **exclusivamente** tendríamos que poner un poco de buena voluntad y menos egoísmo, para darle prestigio a nuestra Asociación. Es por esto que voy a proponer lo siguiente:

- 1.—Que la Directiva o una comisión nombrada por ésta o por la Asamblea propugne por la celebración en dos o tres ocasiones al año, de reuniones científicas de fin de **semana** con uno o dos días de duración.
- 2.—Cada núcleo de especialistas tendrían a su disponibilidad un número de horas para desarrollar **teínas** de interés general y de actualidad para los asociados.
- 3.—Para lograr **este** fin se nombraría un delegado en cada grupo de **especialistas** para coordinar una mejor labor.
- 4.—Debe darse por entendido la aceptación por parte nuestra de la participación de especialistas de esta ciudad o del resto de la República, sea por invitación o por voluntad propia.
- 5.—Esto no interfiere en manera alguna con las sesiones mensuales que usualmente se celebran. El objetivo, repito, es mejorar la calidad y cantidad de trabajos para mayor prestigio nuestro.

Las **razones** en que **me** baso para proponer esta ponencia son las siguientes:

- 1 " Poca cantidad de trabajos al año.
- 2o. Algunos trabajos en cuanto a calidad, deficitarios.
- 3o. Nos evitamos la repetición de oír trabajos presentados en otras sociedades médicas especializadas.
- 4" Estos microcongresos serian estimulo para presentar trabajos a colegas que con buena intención desean dar a conocer alguno suyo, pero por razones de limitación en. el número de presentaciones al año, desisten de su buen propósito y es oído únicamente por sus parciales.
- 5" Los Congresos Médicos Nacionales se desarrollan a expensas de nosotros **mismos** y un giro de nuestras actividades científicas en este sentido, tengan la seguridad que sería imitado por otras sociedades del resto de la República. Esto redundaría en beneficio de los Congresos Médicos Nacionales.
- ir Se llegara un momento de discutir un tema de interés general desde el punto de vista de salubridad e higiene **preventiva** el cual perfectamente podría ser enfocado desde los distintos ángulos de la especialidad médica.
- 7" Siendo los temas a discutir en estos microcongresos de interés general para todos los asociados, esto levantaría: el ánimo tan decaído en los actuales momentos en nuestros compañeros, porque lógicamente se les estaría dando algo provechoso para el desarrollo de su función profesional.

Con la esperanza de que la Honorable Asamblea sepa interpretar mis deseos en mejorar la situación científica en nuestra profesión a través de nuestra Asociación, estando dispuesto a cualquier aclaración pertinente a lo proyectado, *no* me queda más que suscribirme del Sr. Secretario como servidor y amigo. Atentamente.
- Francisco Alvarado".

DR. JUSE RAMÓN DURON

Nacido en Yuscarán, Departamento de El Paraíso, el 3 de enero de 1894. Educación secundaria en Harrisburg Academy. Bachiller en Ciencias en la Fordham University. Graduado de Doctor en Medicina y Cirugía en 1921. Ha desempeñado diversos puestos públicos en el ramo de Sanidad, habiendo sido Director General de Sanidad de 1929 a 1931, A partir de 1934 desempeñó varias cátedras en la Escuela de Medicina de Honduras, entre ellas las de Anatomía, Histología y Cirugía Operatoria. Desempeñó la Jefatura de diversos servicios en el Hospital General «San Felipe», entre ellas las de la Cirugía de Hombres y Cirugía de Mujeres. Es miembro fundador de la Asociación Médica Hondureña en la que ha ocupado prácticamente todos los cargos de su junta Directiva inclusive la Presidencia. Miembro del Capítulo Hondureño del Colegio Internacional de Cirujanos del cual en la actualidad es su Presidente.

SECCIÓN DE LAS PREGUNTAS

MICRO-HISTORIAS

A cargo del Dr. TITO H. CÁRCAMO

Una señora de 67 años de edad es admitida al Hospital General, **quejándose** <1Ü un agudo y lancinante dolor epigástrico que se le ha venido presentando por espasmos. Refiere haber tenido algunos vómitos grisáceos y mucosos en las últimas 16 horas previas a su ingreso, un asiento color café oscuro. Al **examen** físico se nota que el abdomen **está** notablemente distendido y muy **sensible a la presión profunda** y se ven ocasionalmente algunas ondas peristálticas.

Nº 1.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) Apendicitis aguda.
- b) Pancreatitis aguda.
- c) Diverticulitis.
- d) **Obstrucción** intestinal.
- e) Ninguno **de** los anteriores

No." 2.—¿Cuál sería el aporta diagnóstico más importante?

- a) E'. descubrimiento de un color púrpura en combinación con los vómitos y una concentración de HNO₃.
- b) El descubrimiento de una reacción positiva a la proteína "C".
- c) El notable aumento de los eosinófilos en la sangre periférica.
- d) Todo le **anterior**,
- e) Nada de lo **anterior**.

N" 3.—¿Cuál sería la manifestación radiológica más característica?

- a) El "Signo de la cinta" positivo en la región pilórica.
- b) La forma gástrica en forma de "botella de agua".
- c) Dilatación del colón sigmoide y transversal.
- d) Dilatación de las asas del intestino delgado con niveles líquidos muy claros.
- e) Ninguno de los **anteriores**.

Nº 4.—¿Cuál sería el tratamiento mejor aconsejado?

- a) Hospitalización y transfusiones sanguíneas.
- b) Inmediata exploración después del estudio radiológico.
- c) Succión nasogástrica, administración de fluidos intravenosos y exploración quirúrgica,
- d) Administración de sedantes y antiespasmódicos orales.
- e) Ninguno de los anteriores.

Un campesino de 43 años llega al Hospital quejándose de un fuerte dolor en el cuadrante superior derecho, así como náuseas y vómitos que le aparecieron unas horas antes de su ingreso. Al examen físico nos encontramos con un cuadro agudo en un paciente que presenta un tinte subictérico generalizado así como un franco dolor bien **localizado** en **o** hipocondrio derecho.

N° 5.—¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Pancreatitis aguda.
- b) Ruptura de úlcera gástrica.
- c) Úlcera duodenal aguda.
- d) Coledocolitiasis aguda.
- e) Pielonefritis **derecha**.

N° 6.—¿Cuál es el examen más importante para poder diferenciarlo de una hepatitis?

- a) Pielograma endovenoso.
- b) Recuento globular y fórmula diferencial.
- c) Bilirrubina total del suero.
- d) Colesterol total del suero, la fosfatasa alcalina, la floculación de la cefalena.
- e) Ninguna de las anteriores.

N° 7.—¿De dónde obtendrá Ud. el **posible** factor etiológico?

- a) De un enema **balitado**.
- b) Del examen de la sangre periférica.
- c) De una radiografía craneal.
- d) De un examen microscópico de las heces.
- e) De ninguna de las anteriores.

N° 8.—¿Cuál otro examen de laboratorio sería un complemento muy **importante**?

- a) Elevación de la transaminasa del suero.
- b) Elevación de la bilirrubina indirecta.
- c) Elevación de la bilirrubina directa y la fosfatasa alcalina.
- d) La prueba de Comb positiva.
- e) Ninguna de las anteriores.

Un labrador de 68 años de edad está siendo tratado en el Departamento de Medicina del Hospital General por un reciente infarto del miocardio. Repentinamente el paciente desarrolla un fuerte dolor periumbilical y epigástrico que **lo hace** aparecer pálido, sudoroso y francamente enfermo. Pasadas algunas horas el dolor se intensifica y en el cuadrante inferior derecho hay **signos** francos de distensión abdominal con ausencia de la peristalsis. En poco tiempo después el paciente entra en shock.

N° 9.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) Colecistitis aguda.
- b) Embolia de la arteria mesentérica, superior.

- c) Diverticulitis.
- d) Carcinoma del colon transverso.
- e) Ninguno de los anteriores.

N° 10.—¿Qué mostraría un examen de la sangre periférica?

- a) Leucopenia.
- b) Leucocitosis.
- c) Linfocitosis.
- d) Un notable aumento de los eosinófilos.
- e) Ninguno de los anteriores.

N° 11.—¿Cuál cree Ud. que sería el tratamiento indicado;

- a) Urgente exploración y embolectomía,
- b) Colecistectomía inmediata.
- c) Colectomía transversa de **emergencia**.
- d) Espectación armada de por lo menos 6 horas, antes de cualquier riesgo quirúrgico.

Paciente de 48 años es llevado a! Hospital con una historia **de** dolor repentino y agudo localizado en el epigastrio que tiene irradiaciones francas a la espalda y al hombro derecho. El dolor es descrito como "agonizante" y que ha tenido una duración de 2 horas. El ataque inicial fue acompañado de náuseas y vómitos. Al examen físico se encuentra dolor agudo y franca rigidez muscular en **el** cuadrante superior derecho o (hipocondrio derecho). El pulso es rápido 100 por minuto. Temp. 39.5°C. y el recuento de glóbulos blancos 15.000 por mm³.

N⁵¹ 12.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) **Apendicitis** aguda.
- b) Colecistitis aguda.
- c) Pancreatitis aguda.
- d) Nefrolitiasis aguda.
- e) Ninguna de las anteriores.

N° 13.—¿Cuál de los siguientes **exámenes** cree Ud. que serían de mayor utilidad para establecer un correcto diagnóstico?

- a) Examen de? orina, electrocardiograma y R. X de abdomen.
- b) Enema baritado, amilasa del suero y Hematocrito.
- c) Pielograma endovenoso, sangre oculta en heces, prueba de la **Regitina**.
- d) Electrocardiograma. examen de heces por parásitos, Hematocrito.
- e) Examen de orina, serie gastrointestinal, prueba de la Regitina.

N* 14.—Suponiendo que un examen radiográfico de abdomen no revela cálculos

- la **colecistitis** aguda es excluida.
- b) La pancreatitis aguda queda por establecerse.
- c) La colecistitis aguda sigue siendo un posible diagnóstico.
- d) La nefrolitiasis no está definitivamente presente.
- e) La apendicitis aguda **queda** establecida.

N^o 15.—Supongamos **que el diagnóstico de coleditis fue establecido y se va a la intervención quirúrgica pero que una vez practicada ésta no se encuentran piedras** en la vesícula. ¿Cuál cree Ud. que sería en **definitiva el procedimiento d ó**⁷ de

- a) **Colecistectomía.**
- b) Colecistostomía.
- c) Cerrar abdomen únicamente

Un paciente de 38 años es admitido en el Hospital con el principal **síntoma** de "dolor agudo en el estómago". En sus antecedentes sólo hay una historia de bronconeumonía hace 12 años. La enfermedad actual se originó después de una suculenta cena de **cumpleaños** con agudo e intenso dolor abdominal con franca irradiación a la espalda. Los parientes han notado que el dolor se alivia cuando sientan el paciente en la cama y que se agudiza cuando el paciente es colocado en posición **prona**. Desde el principio hay náuseas y vómitos que en nada mejoran su condición. M. en- tras el paciente es examinado el dolor se agudiza aún más y entra en shock.

N^o 16.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

- a) Apendicitis aguda.
- b) Pancreatitis aguda necrotizante.
- c) Colecistitis aguda.
- d) Cólico renal agudo.
- e) Carcinoma del estómago.

N^o 17.—; ¿Cuál cree Ud. que es el procedimiento diagnóstico más útil m este caso?

- a) Recuento de glóbulos blancos.
- b) Lavado de **estómago** y citología gástrica.
- c) Amilasa del suero.
- d) Recuento de plaquetas.
- e) Estudio de los electrolitos.

Un paciente de 26 años de edad es hospitalizado con la siguiente sintomatología: malestar general, náuseas, vómitos y dolor generalizado en la región abdominal. Algunas horas más tarde el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho (Fosa Ilíaca derecha). Al hacer el examen físico se encuentra rigidez muscular y dolor agudo en todo el Me. Burnney. El examen rectal es muy doloroso. La temperatura cerca de 39°, pulso 140 por minuto y una leucocitosis de 12.000 por mm³. El diagnóstico fue apendicitis aguda, el que fue comprobado en el acto quirúrgico.

N^o 18.—De todos los síntomas mencionados anteriormente cuál cree Ud. que es el de menor valor?

- a) Fiebre.
- b) Náusea y vómitos.
- c) Leucocitosis.
- d) Dolor en la fosa ilíaca derecha.
- e) El examen rectal.

N^o 19.—¿Cuál de los cuadros patológicos citado a **continuación** cree Ud. que da un cuadro similar al descrito anteriormente?

- a) **Nefrolitiasis,**
- b) **Pielonefritis.**
- c) Úlcera duodenal **perforada.**
- d) **Adenitis** mesentérica.
- e) **Colelitiasis.**

N° 20.—Si en el momento **quirúrgico** el apéndice es encontrado normal.
{Cuál cree Ud. **que** es el paso lógico aconsejado?

- a) **Cerrar** el abdomen y **observación** de 24 horas.
 - b) Cerrar el abdomen y dejar **un** drenó.
 - c) Ampliar la Incisión para explorar una posible vesícula biliar inflamada.
 - d) Si la vesícula luce normal explorar una posible ruptura visceral.
- Ninguno** de los anteriores.

CLAVE DE CONTESTACIÓN A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

(No. 1: b)	(No. 2: a)	(No. 3: d)	(No. 4: c)	(No. 5: d)
(No. 6: d)	(No. 7: b)	(No. 8: c)	(No. 9: b)	(No. 10: b)
(No. 11: a)	(No. 12: b)	(No. 13: a)	(No. 14: c)	(No. 15: b)
(No. 16: b)	(No. 17: c)	(No. 18: a)	(No. 19: d)	(No. 20: c)

1a. PREGUNTA.—Pueden ser usados los anticogulantes sin posibilidades de control Laboratorio seguro?

RESPUESTA: La **heparina** puede ser usada sin control riguroso del de coagulación, pues su eliminación rápida en algunas horas, prácticamente impide la aparición de complicaciones a dosis terapéuticas — 100 a 200 mgrs. cada 6 u 8 horas. Cualquier accidente hemorrágico será controlado con transfusiones de sangre fresca.

Los cumarínicos y las fenilindandionas no deben ser nunca usados sin control riguroso, y que merezca fe, de la actividad protrombinica. Son drogas de gran efecto acumulativo, y pueden ocurrir accidentes hemorrágicos con gran frecuencia, los cuales pueden ser fatales. Estas hemorragias son tratadas con la suspensión de la droga, Vitamina K y transfusiones sanguíneas. Mas. repetimos, nunca se deben usar drogas anticoagulantes orales sin tener la certeza de contar con el auxilio de laboratorio de entera confianza.

Dr. Algi de Medeiros (Angiopatías 2:138:1962).

2a. PREGUNTA.—Si- puede hacer el control de la diabetes con drogas hipoglicemiantes orales en diabéticos {Hurtadores de gangrenas infectadas en los miembros inferiores?

RESPUESTA: Las drogas orales se han mostrado suficientes para controlar la glicemia de muchos diabéticos portadores de complicaciones. No obstante, en presencia de gangrena o de infección, preferimos el control por medio de la insulina, que se nos ha mostrado más segura no habiendo observado nunca cualquiera de los efectos nocivos referidos por algunos autores como vasoespasmo o aceleración de la anterogenesis. Después de haber controlado la gangrena o la infección, podemos volver al uso de las drogas orales sí es que así lo venia haciendo el paciente.

Di. Amelio Pinto-Ribeiro. (Angiopatías 2:138:19521.

3a. *PREGUNTA*.—¿Ejerce la aplicación externa de calor una **influencia** en la función renal?

RESPUESTA: En 8 personas de riñón, **corazón** y circulación sanos y 16 enfermos de riñón c hipertonía se examinó la influencia de estímulos térmicos externos «• la región renal sobre la hemodinámica renal, la economía hídrica. el mecanismo de concentración urinaria, así como la **eliminación** renal de **electrolitos**. En oposición a la opinión general, la aplicación de calor no mejora la hemodinamica renal en **personas** de riñón sano ni en enfermos del riñón. Sobreviene incluso una disminución leve de la "clearance" renal de insulina y de ácido p-aminohipúrico (p-0.02 y 0.05 respectivamente) sin modificación significativa de la fracción de filtración. El **efecto** terapéutico, reconocidamente bueno, de aplicaciones térmicas no se basa por lo tanto en una irrigación sanguínea mejorada del riñón. Con un grado de hidratación extracelular **constante**, estímulos térmicos en la región lumbar provocan en enfermos con función suficiente del mecanismo de concentración urinaria, con seguridad estadística, una disminución del volumen de orina y de la "**clearance**" de agua osmótica, mente libre así como un aumento de las osmolaridad urinaria. La osmolaridad del suero no se modifica. Al mismo tiempo disminuye la eliminación renal del sodio (P 0.01). El efecto antidiurético es atribuido en primer término a un aumento **refleja** del volumen de la actividad de la hormona **antidiurética** a consecuencia de un desplazamiento de reservas de sangre intratorácicas a los distritos ampliados de **los** vasos cutáneos (fenómeno de Gauer-Henry). Es probable que el menoscabo de la hemodinámica renal guarde igualmente una correlación causal con la **modificación** de la distribución sanguínea (de un modo análogo al caso de la posición ortostática).

Dtsch. Med. Wschr. 87 (1962) 1697 y sig.

4a. *PREGUNTA*.— ¿Cómo debe tratarse el Ascenso Testicular?

RESPUESTA: Durante un periodo de **observación** de 15 años se hallaron 352 niños en tratamiento estacionario por causa de un ascenso testicular. 340 niños fueron operados, 283 por causa de un ascenso testicular unilateral v 57 por causa de un ascenso fijo. Además de una descripción detallada del **procedimiento** operatorio, se atribuye un valor especial ante todo a la época y a la selección del material de **enfermos**. Las posibilidades y los límites del tratamiento hormonal resultan de la subdivisión diferenciada del concepto "ascenso testicular". 214 casos operados, 65% de los mismos en edad varonil, podían ser alcanzados para una exploración posterior exacta. A continuación de la inspección exterior se dedicó un interés preferente al examen de fertilidad de los enfermos **operados** bilateralmente. Entre 57 casos pertinentes fue posible someter 25 a un enjuiciamiento detallado. En el examen del líquido eyaculado se mostró, que la denominada ectopia superficial inguinal, **conceptuada** sin razón como retención, debe enjuiciarse en cuanto a la fertilidad a esperar de un modo mucho más favorable que la "retentio **testis** sui generis". Parece que, entre enfermos con retención testicular bilateral, los operados antes del 10o. año de vida tienen mayores esperanzas de lograr la fertilidad, en concordancia **con** los conocimientos deportados en la bibliografía. De acuerdo con los datos de la bibliografía se recomienda la realización de la intervención quirúrgica alrededor de] 6o. año de vida **como época** óptima para la corrección operatoria del ascenso testicular fijo, después de agotadas las posibilidades conservadoras.

Dtsch. Med Wschr. 87 (1962) 1697 y sig.

5a. PREGUNTA.—¿Cuál es la frecuencia, el tratamiento y el pronóstico de la **apendicitis** durante el parto?

•
RESPUESTA: De un total de 2.042 apendicitis durante el embarazo K conocen 77 casos en el décimo mes, informando el autor sobre otros 3 casos propios. La frecuencia de la apendicitis en el embarazo es del orden de 1: 1.340 (0.075%). En los últimos meses resulta menos frecuente de lo **que** podría esperarse porcentualmente. Un parto de cada 37.000 se complica por una apendicitis (3.6% de todas las afecciones). En el curso de la apendicitis "sub partu" pueden distinguirse cuatro estadios; el de comienzo de la enfermedad, un estadio intermedio, el cuadro mani-fiesto y la peritonitis. El 53% de 76 casos presentó una peritonitis generalizada, 14% un encapsulamiento en el sentido de un absceso peritíflico y solo un 28% una apendicitis aguda o crónica. Ni la apendicitis ni la peritonitis suelen desencadenar contracciones uterinas. La enfermedad no parece alterar el curso del embarazo. La peritonitis, absceso peritíflico y la apendicitis no complicada y se dan con la misma frecuencia acompañadas de contracciones uterinas que sin ellas. La letalidad materna en la apendicitis del 10o. mes sigue siendo aún hoy día (1951-1961) del 30%; en las afecciones presentadas hasta el 7o. mes ha descendido en cambio de 23% (antes de 1920) a 0.5%; en las comprendidas en los meses 8o. y 9o. del 44% al 7%. La mortalidad total de los 10 meses es actualmente del 2.7% (362 casos) la mortalidad infantil es con valores del 23% (antes de 1920) a 0.5%; en las comprendidas en los meses 8o. y 9o. del 44% al 7%. La mortalidad total de los 10 meses es actualmente del 2.7% (362 casos) la mortalidad infantil es con valores del 23% muy alta, sobre todo poco antes del parto. Mediante una cesárea oportuna podría reducirse considerablemente la mortalidad infantil. Principio de todo tratamiento es la laparotomía inmediata; si el parto tiene lugar antes de la laparotomía resulta una mortalidad materna del 65%. Si la mujer da a luz después de la laparotomía, solo fallece un 15%. No se conoce mortalidad infantil o materna si con el saneamiento de la cavidad abdominal se realiza una cesárea transperitoneal. Esta intervención es **también** posible en casos de peritonitis. La cesárea transperitoneal ístmica es el **método** de elección en el caso de apendicitis sub partu.

S

Dtsch. Med. Wschr. 87. (1962) 2072 y sig.

EXTRACTOS DE REVISTAS

FIBRINOLISINA EN EL TRATAMIENTO DE TROMBOSIS ARTERIAL EN LOS INJERTOS ARTIFICIALES

(Fibrinolyün i» **the Treatment of Thrombosed arterial fprosthetic grajts**) Oli-vera F. E., García Reyes L. F., Paffucci F. L., Pérez V.—San Juan, Puerto Rico—The American Journal of Surgery Vol. 105, No. 6. Pág. 779-780. 1963.

A **pesar** de los **avances** en cirugía cardiovascular, las arterias que miden cinco milímetros o menos, **presentan** serios problemas en su anastomosis primaria o en el uso de injertos, debido a la alta incidencia de trombosis. Mucho se ha escrito sobre el uso de **agentes** fibrinolíticos en trombosis venosa y **arterial**.

En el presente artículo los autores usaron perros de diez a veinte kilogramos **de** peso, i-n los rúales se expusieron las arterias femorales que median de 3 a 4 milímetros y a los cuales se les resecaron 2 a 3 centímetros de arteria y se sustituyó por injertos de Teflón, después de comprobar su **permealidad**, una **de** las arteras se **trombosó poniéndole** torniquete en sus extremos **aferentes** y eferentes por 15 a 20 minutos.

Veinte injertos fueron colocados en **diez perros**, 24 horas después de la intervención quirúrgica los perros recibieron fibrinolisisina intravenosa en dosis de 5.300 v 6.000 unidades por kilogramo de peso. Al segundo día post-operatorio los animales **Fueron** reoperados. es decir, después de 24 horas de la administración de la fibrinolisisina y todas las artera **trombosadas intencionalmente seguían obstruidas** y por consiguiente, no pulsaban. Igual **experimento** **Be hı7o** con las arterias aorta, iliacas externas, con los mismos resultados.

En conclusión, la fibrinolisisina que muchos autores la han encontrado efectiva clínicamente y **experimentalmente** en la prevención y tratamiento de Tas **trómbosis venosas** arteriales, en las trombosis consecutivas a injertos artificiales aún permanece sin **demostrar** que la fibrinolisisina produzca algún beneficio.

Dr. Virgilio Banegas M.

TÉCNICA DE LA EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PARA LA PANCREATITIS RECURRISTE

(**The Technic of Pancreatic Duct Exploration for recurrent Pancreatitis**): Marshall K. B. Edwin L. C., Boston **Mass.**

The American Journal of Surgery, Vol. 105, No. 6, Pág. 755-758, 1963.

En la experiencia **de** los autores la esfinterotomía transduodenal y la exploración del sistema de lo; conductos pancreáticos ha sido un éxito, y creen que **en la** mayoría de los casos este procedimiento debe **incluirse** como base en el tratamiento de la Pancreatitis recurrente, ya que, frecuentemente se han encontrado obstáculos en

la desembocadura del] conducto **pancreático principal**' pero si las obstrucciones son en cualquier parte **de la glándula, los resultados** son muy desalentadores.

El **páncreas** tolera pobremente el **trauma quirúrgico** y la exploración exitosa del **sistema** de: conductos pancreáticos **requiere**, además, del buen conocimiento anatómico una técnica depurada y cuidadosa. **Reconocen** los autores **que el 90%** el **Wirsung** desemboca en el conducto común en **su último centímetro** distal o bien, en el labio inferior de la papila de Vater. en el **10%** el Santorini es el conducto principal y **desemboca** por la parte anterior de la papila de Vater. siendo la distancia **variable** hasta de dos centímetros.

En el artículo se da una descripción detallada de la técnica **de esfinterotomía** de la exploración de los conductos pancreáticos y concluyen que este procedimiento **quirúrgico**, debe ser usado en gran parte de los pacientes que presentan pancreatitis recurrentes.

PATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD SIN PULSO. UN ESTUDIO SISTEMÁTICO Y UNA REVISIÓN CRÍTICA DE VEINTIUNA AUTOPSIAS DE CASOS REFERIDOS EN EL JAPÓN

*(Pathology of **pulsates** disease. A systematic study and critical review of twenty one **autopsy** cases reported in Japan. Tsuyosshy. Vara. Angiology. 14:225:1963.*

1.—**Concidiendo** con las manifestaciones clínicas, 18 de los 21 casos eran **mujeres jóvenes** o niñas. 19 de los casos examinados **por** reacción de Wassermann eran negativos y 11 **de** los 15 examinados por la prueba de tuberculina resultaron **positivos**.

2.—La enfermedad es esencialmente una mesarteritis del arco aórtico y sus **troncos**. El cuadro histológico de la arteritis se asemeja al de la arteritis sifilítica pero es diferente del de la **enfermedad de Buerger**.

3.—Los **sitios preferidos** por los cambios arteríticos, como **se** supone por los **síntomas** típicos de ausencia del pulso, son principalmente el arco aórtico y sus troncos, pero las alteraciones invaden la aorta torácica y abdominal y también los troncos de las arterias de las extremidades así como las celiacas, renales y el tronco arterial **pulmonar**. Por ello, desde el punto de vista nosológico sería más apropiada llamar a esta enfermedad "trucoarteritis productiva **granulomatosa**".

4.—La causa de esta enfermedad no está establecida hasta el momento, aunque algunos casos muestran evidencias sugestivas de su **naturaleza, tuberculosa**, por lo cual se puede pensar en un agente etiológico múltiple.

5.—El hecho de que la incidencia de la enfermedad sea decididamente alta en las mujeres jóvenes parece sugerir que la edad y el sexo se relacionan con el desarrollo de una arterioesclerosis juvenil secundaria

Dr. J. Gómez-Márquez G.

PROBLEMAS ACTUALES EN LA HORMONO TERAPIA DEL CARCINOMA MAMARIO

(Aktuelle Fragen in der Hormontherapie des Mammacarcinoms) Régele, H. Domanig, E.—Lorbek, W. Der Chirurg, No. 5:199.1963.

Se sabe por **experiencia** que la aplicación rutinaria de hormonas sexuales **masculinas** sólo **proporciona** éxito aproximadamente en la mitad de los carcinomas

mamarios. Se cree que ello puede estar relacionado con la morfología sexual de los núcleos celulares. Se encuentra que entre 400 casos estudiados, aproximadamente algo menos de la mitad tienen cuadros nucleares de tipo "masculino". De los estudios realizados por los autores se deduce:

1.—Que el carcinoma de la mama obtiene mediante la terapia con hormona *masculina, o con ovariectomía, solo un resultado favorable cuando se escogen* los casos adecuados, es decir, cuando se trata de aquellos que tienen morfología de los núcleos **celulares** de tipo "femenino".

2.—Los casos que tienen **morfología** de los núcleos celulares de tipo "masculino", demuestran un empeoramiento por medio de la hormonoterapia o, después de la ovariectomía. No se sabe aún si los casos con núcleos celulares morfológicamente "masculinos" reaccionarían bien con terapia estrogénica. No obstante, parece que se puede afirmar que en los casos con núcleos celulares morfológicamente "masculinos", debe **proscribirse** la hormonoterapia masculina o la ovariectomía. Se considera por tanto que antes de iniciar un tratamiento hormonal en estos casos debería hacerse un estudio histológico encaminado a determinar la morfología sexual de los núcleos **celulares**.

Dr. J. Gómez-Márquez G.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO DEL ASMÁTICO

América Clínica, 42; 1963.

En el enfermo asmático la limitación de la reserva pulmonar, la disminución de las horas de sueño, el gasto excesivo de energía y la debilidad general, plantean problemas cuando es necesario practicar una intervención quirúrgica. El esfuerzo de la tos y de la disnea, constituyen obstáculos en la reparación de las hernias y en los métodos intraoculares. El tratamiento del asmático es el siguiente:

- I. Siempre que sea posible practicar la intervención *de*: modo electivo, se elegirán los periodos de remisión, que en unos enfermos coinciden con el verano, (resfriados e infecciones respiratorias del invierno) y otros con el invierno. (Pólenes del verano que estimulan las crisis).
- II. Si el paciente tiene tos o respiración sibilante, bastará con la administración de Yoduro Potásico en dosis de 10 gotas de la solución saturada, 11 veces al día, junto con una hidratación adecuada. Los fumadores deberán abstenerse del hábito.
- III. Si el paciente tiene asma moderada, se prefiere hospitalizarlo, tomando las precauciones necesarias para reducir a un mínimo el contacto con polvo, plumas, flores, humo de tabaco y otros factores irritantes del aparato respiratorio.
- IV. Si el enfermo adolece de asma grave, convienen las siguientes medidas: yoduros como dijimos anteriormente; un broncodilatador oral (compuestos de efedrina) 4 ó 6 veces al día; reposición de líquidos si hay deshidratación, añadiendo 250 mgs. de aminofilina por litro. Esto puede repetirse dos o tres veces durante las primeras 24 horas. Si hay infección administrar antibióticos.
- V. Si el enfermo ha estado recibiendo medicación de esferoides, o bien, ha sido tratado con una cantidad considerable durante los últimos meses, continuamos el plan con una prescripción de 4 miligramos de Triamcinolona, o su equivalente, cada 6 horas hasta 48 horas antes de la operación. Des-

pues, administramos Acetato de Cortisona (200 **mgms.** por vía intramuscular) repitiendo la dosis al día siguiente, más 100 mgms. la mañana de la operación. Recientemente se ha visto que el Fosfato de Prednisolona es útil cuando se administra por vía intramuscular una dosis de 100 mgms. la noche antes y la mañana de la operación.

VI. Debe evitarse el uso **de** morfina y de todos los medicamentos que hayan causado reacciones alérgicas en el pasado. La mayoría de los asmáticos son capaces de tolerar el hidrato de cloral y la meperidiana (demerol).

VII. Respecto a los anestésicos, la mayoría de los accidentes se deben a un exceso de dosis. La menos peligrosa es la **anestesia** local. La anestesia raquídea ofrece seguridad, si se aplica por debajo del nivel que corresponde a los músculos torácicos.

En la anestesia general, la mayoría de los anestésicos son aceptables. El ciclopropano está contraindicado por **EU** efecto broncoconstrictor. El accidente **urgente** que se produce durante la operación es la broncoconstricción, que exige la inyección intravenosa de epinefrina.

VIII. En la fase postoperatoria administraremos aminofilina por vía intravenosa, en gota a gota lento, a velocidad de 30 a 60 mgs. Por hora. En caso de secreciones espesas puede añadirse 1 gm. de Yoduro Sódico a la solución intravenosa, una o dos veces al día.

IX. Las demás medidas que hemos mencionado en relación con el período preoperatorio, serán reanudadas en la medida en que sea necesario.

Dr. Ramiro Coello

LA CIBERNÉTICA EN LA CIENCIA MEDICINA ELECTRÓNICA

M. D. en español. I: 1963.

La Cibernética es la ciencia de los sistemas de control, de mando y de información de las máquinas. Debe su nombre al investigador estadounidense Norberto T. Wiener; la expresión deriva de la voz griega "Kybernetiké".

Antes de la creación de la Cibernética, las máquinas eran manejadas y controladas por seres humanos, siéndolo ahora por mandos y controles automáticos electrónicos.

Blanco de la sátira de los caricaturistas es un complicado mecanismo de alambres y cuadrantes que, al suministrarles los síntomas de un paciente, emite, por medio de una computación electrónica, el diagnóstico con el respectivo régimen terapéutico. La primera máquina de diagnosticar moderna fue diseñada en Inglaterra y construida hacia 1954. No era automática, ni siquiera eléctrica: pero funcionaba, según su inventor, siguiendo el mismo método que emplea el médico en pos de un diagnóstico: comparando los signos y síntomas observados con los de una lista memorizada de enfermedades. El "logoscopio" consistía en una regla principal, en uno de cuyos bordes se hallarían impresos los nombres de 337 enfermedades, y varias reglas secundarias cada una de las cuales contenía un solo signo o síntoma. Las reglas con los síntomas individuales tenían líneas correspondientes a los de las enfermedades impresas en la regla principal. El médico seleccionaba las reglas relativas a los síntomas observados en su paciente y las colocaba junto a

la regla principal: **luego** buscaba la enfermedad a la que correspondían todos los síntomas anotados.

Actualmente las respuestas *do*. cada paciente (afirmativas o negativas) se colocan en una computadora para su análisis, correlación y memorización. Después la máquina da e) diagnóstico, el **tratamiento**, y hasta sugiere exámenes complementarios. Todas las máquinas de diagnosticar son susceptibles, de aumentar "sus **conocimientos**": de la **literatura** médica, incorporando nuevas datos de libros de texto y otras publicaciones; de la experiencia "ajena", incorporando la historia clínica en "su" memoria, y modificando los datos que ya posee en relación con el nuevo caso.

Muy pronto, mucho-, hospitales contarán con computadoras en vez de registros médicos. La máquina almacenara todos los datos **relativos** a un paciente (su historia clínica, su situación económica y social, etc.) y suministraría toda la **información** en cuestión *di*: segundos. Estas "enfermeras electrónicas" pueden descubrir peligros mucho antes y mejor que una humana. Varias docenas de nuestras de sangre, colocadas en un analizador químico automático, no requieren la vigilancia personal del técnico: el aparato **mezcla** reactivos, los distribuye, filtra, dializa, agita, calienta, lee e imprime los resultados en una cinta de papel. Desde los tiempos de Hipócrates la ciencia médica no había contado con un colaborador más **sorprendente** y objetivo que la computadora electrónica.

Di. Ramiro Coello

"NUEVO MEDICAMENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNDROMES VERTIGINOSOS

MORA, E.

Archivo Italiano di Otología Rinología e Laringología,
73: 1: 1962.

El autor informa sobre sus experiencias con un nuevo medicamento, comercialmente llamado Diligan, que corresponde a una asociación de sustancias (Acido Nicotínico, Meclazina e Hidroxizina). Este medicamento se aplica sobre un buen número de enfermedades con resultados excelentes. Se obtuvieron conclusiones sobre 21 casos hospitalizados en los cuales se podían realizar observaciones cotidianas. La dosis habitual fue de 4 comprimidos d aros. Se observó una reacción vasomotriz en todos los pacientes que' presentaban una evidente condición angioneurótica. Este medicamento resulta útil para el tratamiento de numerosos síndromes vertiginosos (síndromes menieriformes: arterioesclerosis. menopausia, traumatismos craneanos, hipertensión, laberintos s, etc.)

El mejoramiento es más constante en los casos con hiperreflexia laberíntica, que en los que presentaron hiporreflexia. El mejoramiento se obtuvo desde los primeros días, y los resultados permanentes se lograron después de un tratamiento prolongado.

Fue tambien posible obtener ligera mejoría de la audición, la cual se confirmó con repetidos exámenes audiométricos.

Dr. Enrique Aguilar-Paz

-PRUPHYLACTIC ANTIBIOTICS?"

Shambaugh Jr. George E.s Arch. of Otolaryng. 77:

459: 1963.

E! autor llama la atención sobre el exagerado uso común **de** antibióticos, como profilaxis de una infección. Transcribe los 7 errores habituales **que** Wenstein señala en la administración de antibióticos.

- 1.—Fiebre de origen desconocido, en donde la **administración** de antibiótico? no sólo **es inútil** sino que dilata los estudios para establecer un diagnóstico apropiado, y expone al pacenté a reacciones secundarias.
- 2.— Sobredosis de antibióticos puede causar daño. Más de 2 **grms**, de tetraciclina **administrados** endovenosamente: produce hepatitis. De 3 a 4 gms. diarios de **Estreptomicina** producen daño del **VIII** par. La excesiva toma de la mayoría de las sulfonamidas causan hematuria, oliguria o anuria. La administración intratecal de dosis excesivas del Penicilina o **Estreptomicina** pueden ocasionar ataques epileptiformes, algunas veces **fatales**. Por otra parte, pequeñas dosis de determinado antibiótico, puede faltar para erradicar ciertas infecciones. La meningitis **neumocócica** puede necesitar cuando no se usa la vía intratecal, hasta 24 ni limes de unidades de Penicilina, La sífilis necesita 2-400.000 unidades diarias de Penicilina durante 10 a 12 días. La endocarditis bactericida y **osteomielitis** necesita altas concentraciones de antibióticos para alcanzar el organismo en tejido.; relativamente **avasallares**. La **farangitis** estreptocócica requiere tratamiento con penicilina continuada de 8 a 10 días.
- 3.—La combinación de antibióticos generalmente es mala, y encubre el Uño de agente; a dosis individualmente inefectiva. Este encubri mentó de antibióticos cor. "mixturas" caseras *es* un paso atrás en el manejo de infecciones.
- 4.—El error de no discontinuar un antibiótico, en presencia de reacciones secundarias o el administrar un antibiótico que **previamente** ha causado una potencial reacción constituye una situación muy grave.
Los últimos 3 errores se aplican particularmente a los problemas otorrinolaringológicos:
- 5.—Enfermedades debidas a verdaderas virosis, incluyendo por lo menos el 90% de las infecciones del tracto respiratorio **superior**, son intratables por antibióticos.
- 6.—El uso de antibióticos, sin el tratamiento quirúrgico de ciertas afecciones (por ejemplo un colesteatoma infectado) puede enmascarar el cuadro clínico y **exponer la** vida del paciente.
- 7.—La quimioprofilaxis en cirugía en un **campo** limpio, tiene doble inconveniente: por una parte no es necesaria, y por otra, más bien puede crear resistencias en casos en que ulteriormente se necesiten los antibióticos. (Esto particularmente **a** la cirugía de las sorderas).

Dr. Enrique Enrique-Paz

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD HONDURESA DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE.....DE. JORGE RIVERA
 VICEPRESIDENTE.....DR. HÉCTOR LAINEZ h.
 TESORERO.....DR- FRANCISCO ALVARADO
 FISCAL.....DR. RAFAEL MOLINA CASTRO
 SECRETARIO.....DR. JORGE HADDAD Q.
 PROSECRETARIO.....DR. JORGE MANUEL ZELAYA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 1962-G3

PRESIDENTE.....DR. PABLO MONCADA B.
 SECRETARIO.....DR. J. NAPOLEÓN ALCERRO
 TESORERO.....DR. ENRIQUE AGUILAR-PAZ

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA DE HONDURAS 198^83

PRESIDENTE.....DR. RAMIRO LOZANO
 SECRETARIO.....DR. ENRIQUE AGUILAR-PAZ
 TESORERO.....DR. EUGENIO MATUTE CAÑIZALES
 VOCAL 1".....DR. GABRIEL IZAGUIRRE

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA 19(13-63

PRESIDENTE.....DR. CESAR A. ZUNIGA
 SECRETARIO.....DR. FRANCISCO MONTES
 VOCAL 1.....Da. LUIS SAMRA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD HONDURENA DE GASTROENTEROLOGIA
1962-63

PRESIDENTE.....DR. EDGARCO ALONZO
 SECRETARIO.....DR. CESAR LOZANO
 TESORERO.....DR. JORGE HADDAD Q.
 VOCAL 1".....JS. SHIBLY CANAHUATI

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN HONDURENA DE TISIOLOGIA (1962-63)

PRESIDENTE.....DRA. ZULEMA CANALES Z.
 VICEPRESIDENTE.....DR. JOSÉ M. DAVILA
 SECRETARIO.....DR. RAÚL FLORES FIALLOS
 PROSECRETARIO.....DRA. EVA M. DE GÓMEZ
 TESORERO.....DR. ROBERTO GOMFZ-ROVELO
 FISCAL.....DR. RIGOBERTO ALVARADO L.
 VOCAL U.....DR. DANIEL MENCIA
 VOCAL 1.....DR. RAMÓN LARIOS CONTRERAS
 VOCAL 3?.....DR. CANDIDO MEJIA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA (1962-63)

PRESIDENTE.....DR. J. NAPOLEÓN ALCERRO
 VICEPRESIDENTE.....DR. ARMANDO RIVERA
 SECRETARIO.....DRA. ZULEMA CANALES ZUNIGA
 TESORERO.....DR. CESAR VIGIL
 VOCAL 1'.....DR. RENE CERVANTES GALLO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN PEDRIATICA HONDURENA (1962-G3)

PRESIDENTE.....DR. MANUEL ARMANDO PAREDES
 VICEPRESIDENTE.....DR. ASDRUBAL RAUDALES ALVARADO
 SECRETARIO.....DR. RAFAEL TERCERO MENDOZA
 PROSECRETARIO.....UR. CARLOS M. GALVFZ
 TESORERO.....DR. JOSÉ E. TABORA
 VOCAL 1«.....DR. GILBERTO OSORIO CONTRERAS
 VOCAL 2».....DR. CARLOS A. JAVIER
 VOCAL 3'.....DR. MARIO S. MEDAL

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DE
HONDURAS
ASO 1963-1864

PRESIDENTE.....DR. RENE CARRANZA
 SECRETARIO.....DR. ELIAS FARAJ R.

TESORERO.....	DR.	ALEJANDRO 7.UNIGA L.
VOCAL 1».....	DR.	ARMANDO VELASQUEZ
VOCAL 2o.....	DR.	MANUEL SEQUIEIRO
FISCAL.....	DR.	JOAQUÍN A. NUÑEZ

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN HONDURENA DE PATOLOGÍA Y
RADIOLOGÍA CLÍNICAS (APYRC)

DR. J. ADÁN CUEVA	SECRETARIO GENERAL
DR. RAÚL A. DURON M.	PRO-SECRETARIO
DR. JORGE A. VILLANUEVA	TESORERO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA — 1963 - 1963

PRESIDENTE	DR. SILVIO R. ZUNIGA
VICEPRESIDENTE	DR. ÁNGEL D. VARGAS
SECRETARIO	DR. JORGE HADDAD Q.
PROSECRETARIO	DR. JESÚS RIVERA h.
VOCAL 1ª	DR. ARMANDO VELASQUEZ L.
VOCAL 2ª	DR. UTO H. CÁRCAMO
VOCAL J*	DRA. HENA CARDONA DE HERRERA
FISCAL	DR. EDGARDO ALONZO M.
TESORERO	DR. NICOLÁS ODEH NASRALA

SOCIO HONORARIO DR.

VICENTE MEJIA COLINDRES

SOCIOS RESIDENTES EN TEGUCIGALPA

DR. AÜUILAR PAZ, ENRIQDE	DR. IZAGUIRRE, GABRIEL
DR. AGUÍ LUZ B., ÓSCAR	DR. LAINEZ, HÉCTOR
DR. ALCERRO, J. NAPOLEÓN	DR. LEÓN GÓMEZ, ALFREDO
DR. ALONZO M., EDGARDO	DR. LOZANO, RAMIRO H.
DR. ANDONIE F., JUAN	DRA. MANNHEIM DE GÓMEZ, EYA
DR. ALVARADO S., FRANCISCO	DR. MARTÍNEZ ORDOÑEZ, JOSÉ
DR. ALVARADO L., RIGOBERTO	DR. MATUTE CAÑIZALES, EUGENIO
DR. BATRES, JULIO	DR. MEDAL, MARIO
DR. SALTODANO, FEDERICO	DR. MENDOZA, JOSÉ T.
DR. BANEGAS M., VIRGILIO	DR. MENCIA SALGADO, DANIEL
DR. BANDAÑA, CARLOS A.	DR. MIDENCE M., IGNACIO
DR. BOGRAN, NAPOLEÓN	DR. MUNGUÍA ALONZO, LUIS
DR. BUFOS, MANUEL	DR. MUNGUÍA ALONZO, SALOMÓN
DR. CACERES VIJIL, MANUEL	DR. MOLINA CASTRO, RAFAEL
DR. CALLEJAS, LUIS	DR. ODEH NASRALA, NICOLÁS
DR. CANAHUATI, SHIBLI M.	DR. OSORIO CONTRERAS, GILBERTO
DRA. CANALES Z., ZULEMA	DR. PEREIRA, J. RAMÓN
DR. CÁRCAMO, UTO H.	DR. PINEDA, CARLOS A.
DRA. CARDONA DE HERRERA, HENA	DR. REYES SOTO, JOAQUÍN
DR. CARRANZA, RENE	DR. RIERA H., AHKAHAM
DR. CASTILLO H., SELIM	DR. RIVERA, ÓSCAR ARMANDO
DR. CORRALES P., CORNELIO	DR. RIVERA h., IESUS
DR. CORRALES P., HERNÁN	DR. SAMRA, LUIS
DR. COELLO NUÑEZ, RAMIRO	DR. SARMIENTO, MANUEL
DR. CUEVA, J. ADÁN	DR. SEQUEIROS, MANUEL
DR. DAVILA, JOSÉ MANUEL	DR. TABORA, J. ELÍSEO
DR. DELGADO, CARLOS ANTONIO	DR. VALLECILLO, GASPAR
DR. DELGADO P., JUAN	DR. VALLECILLO, OCTAVIO
DR. DURON M., RAÚL	DR. VARGAS, ÁNGEL D.
DR. PARAJ, ELIAS	DR. VELASQUEZ L., ARMANDO
DR. FIALLOS, FEDERICO	DR. VILLAMUEVA, JORGE A.
DR. FIGUEROA R., RAMIRO	DR. ZAVALA C, OCTAVIO
DR. FLORES FIALLOS, ARMANDO	DR. ZEPEDA, J. ADÁN
DR. GÓMEZ MÁRQUEZ G., JOSÉ	DR. ZUNIGA, CESAR A.
DR. GUZMAN B., ALBERTO	DR. ZUNIGA L., ALEJANDRO
DR. HADDAD Q., JORGE	DR. ZUNIGA, SILVIO R.
	DR. ZUNIGA, ENRIQUE

SOCIOS RESIDENTES EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA

DR. BULNES B., MARTIN	LA PAZ
DR. DÍAZ BONILLA, MANUEL	JUTICALPA
DR. GUTIÉRREZ L., RODRIGO	CHOLUTeca
DR. LARACH, CESAR J	SAN PEDRO SULA
DR. MADRID, GERMÁN	TRINIDAD, SANTA BARBARA
DR. MACKINNEY, MARIÓN B	SIGUATEPEQUE
DR. MONTOYA A., JUAN	LA CEIBA
DR. PAVÓN, ARMANDO	LA CEIBA
DR. RIVAS, CARLOS	LA CEIBA

SOCIOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR DE LA REPÚBLICA

DR. BARDALES, ARMANDO	SANTIAGO DE CHILE
DR. HKRRERA A., VÍCTOR	NUEVA YORK
DR. CASTRO REYES, JOSÉ	BURDEOS, FRANCIA
DR. MEJIA M., JUAN A	GUATEMALA
DR. RODRÍGUEZ SOTO, GONZALO	INGLATERRA
DK. SAMAYOA, ENRIQUE	BOSTON
DH. VALENZUELA, HÉCTOR	SAN JOSÉ, COSTA RICA
DR. VALENZUELA, J. RAMÓN	MEXICO
DR. VALLADARES I., RENE	CHILE

SOCIOS FALLECIDOS

DR. RUBÉN ANDINO AGIJILAR. MANUEL M. AGUILAR, JUAN JESÚS CASCO, MARCIAL CACERES VIJIL. BLAS CANTIZANO. LORENZO CERVANTES, HUMBERTO DÍAZ B., PASTOR GÓMEZ H., JOSÉ GOMEZ. MÁRQUEZ, MANUEL LARIOS C, JOSÉ MARÍA OCHOA VELASQUEZ. MIGUEL PAZ BARAONA. SALVADOR PAREDES P. MARCO ANTONIO RODRÍGUEZ. DOMINGO ROSA, CORNELIO MONCADA. MARCO DEUO MORALES. FRANCISCO A. MATUTE, ISIDORO MEJIA h., VIRGILIO RODEZNO, ALFREDO SAGASTUME. FRANCISCO SÁNCHEZ U. ABELARDO PINEDA UGARTE. MARIO DÍAZ QUINTANILLA Y PLUTARCO CASTELLANOS

DIRECTIVAS S. SOCIOS DIRECTIVA DK LA ASOCIACIÓN MEDICA SAMPEDRANA

PRESIDENTE	US.	JESÚS SIKAFY
VOCAL 1ª	DR.	HUMBERTO SALGADO
VOCAL 2ª	DR.	RODOLFO PASTOR ZFXAYA
SECRETARIO	DR.	EDGARDO ARRIAGA I.
PROSECRETARIO	DR.	ALBERTO E. HANDAL
TESORERO	DR.	GERMÁN PASCUA
FISCAL	DR.	RAÚL CUELLAR M.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA CEIBESA

PRESIDENTE	DR.	JESÚS ALBERTO VASQUEZ C.
VOCAL 1ª	DR.	RAFAEL ANTONIO PAVÓN
VOCAL 2ª	DR.	ROLANDO A. TABORA
SECRETARIO	DS.	ROLANDO ANDRADE TEJEDA
TESORERO	DR.	EDUARDO MAYES H.
FISCAL	DR.	RAÚL G. OVIEDO

DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR.	GILBERTO OSORIO CONTRERAS
VICEPRESIDENTE	DR.	VIRGILIO BANEGAS M.
SECRETARIO	DR.	RAMÓN CUSTODIO
PROSECRETARIO	DR.	JORGE HADDAD Q.
TESORERO	DR.	JORGE RIVERA M.
PROTESORERO	DR.	ENRIQUE AGUILAR-PAZ
FISCAL	DR.	IGNACIO MIDENCE
VOCAL 1ª	DR.	ÁNGEL D. VARGAS
VOCAL 2ª	DR.	JULIO BATRES

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIAS	DR.	NAPOLÉON BOGRAN
	DR.	ROBERTO LAZARUS
	DR.	GABRIEL IZAGUIRRE
	DRA.	ZULEMA CANALES
	DR.	JOSÉ MARTÍNEZ O.
	DR.	EUGENIO MATUTE CAÑIZALES
	DR.	HERNÁN CORRALES P.
SUPLENTE	DR.	MANUEL BUESO
	DR.	GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA
JUNTA DE VIGILANCIA	DR.	JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ G.
	DR.	CESAR ZUNIGA

SERVICIO CIENTÍFICO
ROCHE

Frshbein, R: E: Hospital
Knickerbocker Nueva
York, EE: UU:

EMPLEO INTRAVENOSO DEL CLORODIAZEPOXIDO EN
EL SERVICIO DE URGENCIA

Sun muy diverriu la* ■ffUKÍDfKI de emergencia que &>tititDamxait IG presentan en lo- servicios de urgen cid de los lnj\ fji uks. En esroí servicios mjs que m empun otro, es neceiarit> hacer un diagnóstico rápido y establecer un iraramiento adecuado <iu< en ,Ij;LJIIU-> CÉJC«t sirve para salvar la vida dt-I tnfermo y tu cifro, para irantiuiiiar al pa-dente, sobre iodo cuando CKÍ3fe un cuadro lnTP de eqcitación o de agitación.

Teniendo en Lutnia 'a rapidez de acción dd Lihrium, según ; i experiencia de orrui actores* Ffchbein utiliza este medicamento per vía j. v. en 51 enfermos agitados aten-üiJoi en el finido de urgencia del Htbptml KnLktrbotkt'r, Según la ¿everidad de los tlfUOnu t« empicaron dosis de 50 a 100 mg. En 42 enfermos la doti) inicial fue tle 50 mg que» tn 3 de ellos, fue seguida de una secunda inyección de 50 ms; en y enfer-mos !: :-l. inicial fue .Uj 100 mg.

La edad de io^ enfermos estilaba enere los 20 y 84 años. La agitación iba unido A infecciones generalizadas (gripe y neumonía) ea 5 enfermos; en otro* a enfermedades ,i ■' i" .i-. ,il.in ■*, J.ii]iii-n.,iL asma, amenorrea, tr^umarr^mo. ülfoholismd agudo fiOni:0, esquizofrenia, lesión» orgánicas dil cerebro, histeria, eic.

Para la valnración del efeclo de Librium se con^idi-ró como resultado *marcado* cuando hubo una mejoría de los síntomas del 75%, y *urdíoere ünejicüi*, si los simonía* pefisrii.Ton a pesar del tratamiento.

En 39 enfermos (78%) se registró una *marcada* mejoría enire los i y 30 minuios di? administrar eL Ubrium; en 3 de ellos la memoria fue «pectacular. Kn 9 enfermo&> el resultado fue significativo y lo* 3 restantes *inejicaz* o do muy pono efecto. En el cuadro siguiente figucan estos resultados con arreglo al diagnóstico;

El efecto más rápido se observó sn los enfermos con reacción pnst*cnnvubiva; me-joría dentro de los 10 minutos siguientes a la inyección de Librium, En todos. If» al-cohólicos hubo mejoría, siendo posible darles <lc alta ai la I ó 2 hor^s de la adminis-tración.

De los 3 t-nfermos qut no rv&pondierün al tratamiento, 1 fue hospitaliado por gri-pe, otro tenia insuficiencia cardiaca Y el tercero jaqueca.

En 13 enfermos se presentó una ataxia leve que desapareció de manera espontá-nea en 12 de ellos, a lo* 15 ó 45 minuros. Un enfermo CDO histeria t" hiperventilación K quejó de vértigo» ademas de la ataxia: el síndrome de hiptrv^ntilauün desapareció por completo, pero la ansiedad sólo mejoró en ufl 50%.

Otro enfermo (Esquizofrenia J■ ■■ '■> tuvo njslagmo, sedación, descenso de la presión arterial con taquicardia, además de ligera acayia. Todos estos efectos desapare-cieron a las 2 hora*, quedando el enfermo tranquilo y alerca-

DIA GNÓSTICO	Ni de enfermos	Marcado	RESULTADO	
			Signifi- cativo	Ineficaz
Reacción a infección generalizada:				
Neumonía	1	1	1	1
Meningitis neumocócica	1		1	
Gripe	3	2		1
Reacción a enfermedad, orgánica:				
Cardiovascular	2	1		1
Asma	3	3		
Diversas	5	3	1	1
Reacción al alcoholismo	7	6	1	
Reacción psiconeurótica:				
Reacción a traumatismo	4	3	1	
Reacción psicótica	6	3	3	
Agitación y confusión	7	6	1	
Histeria	8	7	1	
Reacción poet-convulsiva	4	4		
TOTALES	51	39	&	3