

Revista MEDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA A. M. H.

FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Director:

José Gómez-Márquez G -

Secretario:

r. Enrique Aguilar Paz

Administrador:

r. Ramiro Coello Núñez

Redactores:

Dr. Virgilio Banegas M.

. Armando Flores Fiallos

ra- Zulema Canales Z.

MPRENTA CALDERÓN

TIGUCIALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

400 ejemplares

Los Congresos Médicos Nacionales

El IX Congreso Médico Nacional, que acaba de celebrarse en la ciudad de La Ceiba, que, como todo evento lleva consigo un balance de factores positivos y negativos, ha provocado en nosotros, desde el mismo *día* de su clausura una serie de inquietudes que nos induce a intentar realizar un breve análisis sobre este tipo de Congresos, que en forma ininterrumpida se vienen celebrando en nuestro país, desde 1955. Nos planteamos ante todo esta pregunta: ¿Qué perseguimos con estos Congresos? La respuesta parece ser obvia: promover la inquietud científica imprescindible entre los médicos del país para que canalicen el ejercicio de su profesión, por derroteros de superación; despertar el espíritu de investigación; plantear los problemas médicos, desgraciadamente tan inmensos, que afectan a nuestros conciudadanos; facilitar un intercambio de impresiones entre los profesionales de la Medicina diseminados por toda Honduras, y por ende establecer y fomentar el mejor conocimiento humano entre todos aquellos, que si bien distanciados materialmente, están muy próximos espiritualmente y se hallan ligados entre sí por mutuos ideales e intereses.

La pregunta hecha y su respuesta correspondiente, nos mueve indefectiblemente a plantear esta otra: ¿Están logrando los Congresos Médicos Nacionales aquellos objetivos? Consideramos que al menos parcialmente, no. Nuestros cónclaves anuales están logrando efectivamente *un* cierto ambiente de superación, dando a conocer en un plano nacional la continua evolución de la Medicina en Honduras. Se han con-

vertido evidentemente en un acicate para la investigación; han llegado a plasmar un clima de sana competencia, por lo que debe inducirnos no sólo a mantenerlos, sino a darles aún más categoría. Comprendamos, no obstante, que este pugilato científico, tan encomiable; que este clima médico de cierto nivel, es el escenario en que se mueve únicamente un pequeño núcleo médico del país; un pequeño núcleo que dentro de las limitaciones ambientales, puede considerarse privilegiado, porque reside en localidades que cuentan con los medios sino suficientes, al menos mínimos, para llevar a cabo una labor de investigación y el cual está en consecuencia en capacidad y en la obligación de presentar trabajos sujetos a una rigurosidad científica. Pero aquellos grupos médicos que laboran en medios rurales o en centros urbanos desprovistos hasta de los medios adecuados imprescindibles para el ejercicio correcto de la profesión, para no decir ya de investigación, se encuentran desplazados y desambientados. Consecuencia de esta situación tan dispareja que constituye nuestra realidad, es el vacío que se va haciendo más ostensible en cada Congreso, el vacío enorme, lamentable y evidentemente perjudicial que representa la abstención "increscendo" del médico rural o semirural. Esta abstención, repetimos, es lamentable: los inasistentes pierden la posibilidad de observar el progreso de nuestra Medicina Nacional, y ¿por qué no decirlo? de percatarse, en el curso de unos pocos días, de los adelantos continuos que en este campo se llevan a cabo en el mundo cada día más complejo y más dinámico de nuestra profesión. Los otros, pierden la oportunidad de conocer los problemas generales que tienen planteados diariamente los médicos rurales, que no son sólo sus problemas particulares sino que afectan a su vez a la mayor parte de la población de Honduras. Y en suma, todos perdemos en tal situación otro de los objetivos de los congresos: el contacto humano directo entre nosotros.

En el Congreso recientemente celebrado en La Ceiba, si bien es cierto que influyeron a no dudar, otros factores aparte de los señalados, se observó una concurrencia total de sólo 68 médicos de los cuales 39 eran de Tegucigalpa, 22 de la ciudad anfitriona, 4 de San Pedro Sula y 3 de otros lugares. Entre los temas oficiales presentados hubo 15 conferencias, 13 de ellas desarrolladas por médicos de Tegucigalpa y 2 por médicos de La Ceiba. Por lo que se refiere a los temas libres correspondieron a Tegucigalpa 15 y a La Ceiba 4. No se presentó un sólo tema libre por médicos pertenecientes a otras ciudades de la República. ¿No son estos datos como para meditar hondamente?

Desgraciadamente no creemos poder ofrecer soluciones definitivas.

Estamos sin embargo, firmemente convencidos de que vale la pena dar la voz de alarma para que los encargados de la organización de los congresos venideros piensen en esta situación e intenten dentro de su complejidad hallar una solución adecuada.

¿Cabría la posibilidad de crear en el próximo Congreso una determinada sección dedicada exclusivamente al médico rural? ¿Cabría la posibilidad de organizar, para el caso, una o varias pequeñas mesas redondas donde los médicos rurales tuvieran la oportunidad de exponer sus problemas en un plano de sencillez y donde los médicos pertenecientes a centros mejor equipados intentarían resolvérselos? Tal vez en esta forma el médico rural llegaría a tener la convicción de que iba al Congreso Médico a adquirir en realidad conocimientos de po-

sitivo valor para sus complicados problemas profesionales; tal vez así desaparecería esa situación de aparente indiferencia en la que se siente este médico en relación con sus otros compañeros de la República; tal vez llegaríamos a lograr una mayor afluencia de colegas procedentes de todos los rumbos de la República hacia la sede del Congreso con el consiguiente acercamiento entre todos nosotros. La "Revista Médica Hondureña", como órgano cíclica una agrupación que como la Asociación Médica Hondureña se ha preocupado constantemente en el curso de sus 33 años de existencia, por el mayor y mejor desenvolvimiento de la Medicina en Honduras, se brinda desde ahora, a establecer contacto con todos los médicos de la República, incluso aquellos que estén en los lugares más alejados, para averiguar en el curso del año venidero cuáles son aquellos problemas que más les preocupan y que más desearían discutir y aclarar. La recopilación de estos datos serviría eventualmente al Consejo Editorial de nuestra Revista para contestar algunas de estas preguntas en la nueva sección que se inicia con el número presente y los organizadores del próximo Congreso, es decir, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras podrían dedicar una atención muy especial a las inquietudes así manifestadas por estos médicos. En todo caso, el problema queda planteado en toda su envergadura y la Directiva del Colegio Médico de Honduras tiene la palabra.

Obstrucción Mecánica del Intestino

Por: DR. SILVIO R. ZUÑIGA

OBJETIVO

No es nuestra intención analizar detenidamente el inmenso tema de las Obstrucciones Mecánicas del Intestino ya que es una labor que bien podría consumir numerosos capítulos lo suficientemente amplios para constituir un voluminoso libro de Patología Quirúrgica. Por lo demás, nuestra capacidad y los medios a nuestro alcance impedirían tan audaz propósito. Ha sido nuestra intención revisar los casos observados en un determinado período con el objeto de extraer los datos que sirvan para establecer las bases estadísticas de la frecuencia, del tipo, de la sintomatología del diagnóstico y la mortalidad registrada en nuestro medio. No pretendemos que las conclusiones que de este trabajo saquemos sean el fiel reflejo de lo que ocurre en Honduras, pero sí estamos seguros que serán una buena imagen de lo que observamos en nuestra capital. Objetivo final será el que este esfuerzo pueda ser de alguna utilidad al estudiante de Medicina y al Cirujano novel.

MATERIAL Y FRECUENCIA

Para efectuar este trabajo se ha contado con los casos de Obstrucción Mecánica del Intestino ocurridos en el Hospital General y Asilo de Indigentes de Tegucigalpa durante los años de 1958 a 1961. En ese período de estudio se hospitalizaron un total de 51.054 pacientes y entre ellos se contaron 120 casos del tema que nos ocupa, o sea que el 0,23% de los ingresos fue debido a esa causa. Si se quiere ahondar más sobre su frecuencia tendremos que en los Servicios de Cirugía General se admitió en ese período un total de 5.399 pacientes, lo que da un porcentaje de 2,22 para las Obstrucciones Mecánicas; dicho en otra forma, por cada 45 admisiones a esos servicios 1 fue debida al asunto en estudio.

Dé los 120 casos, 82 pertenecían al sexo masculino y 38 al femenino, lo que transformado en porcentajes da 68,3 para el primero y 31,6 para el segundo.

Las edades extremas fueron 7 meses y 82 años y su frecuencia por décadas se especifica en el siguiente cuadro:

FRECUENCIA SEGÚN EDAD

0-10 años	14 casos
H-20 "	11 "
21-30 "	25 "
31-40 "	22 "
41-50 "	24 "
51-60 "	13 "
61-70 "	7 "
71-80 "	2 "
81-90 "	1 "
Edad Ignorada	1 "

Por tanto, las décadas más afectadas fueron la tercera, cuarta y quinta, que sumadas abarcan 71 de los 120 casos.

CLASIFICACIÓN

Creemos que la clasificación clínico-patológica de Wangenstein (1) es la más ajustada al acontecer anatomopatológico y a la realidad clínica. Ella es la que adoptamos aunque en nuestros cuadros colocaremos los hallazgos por orden decreciente, alterando en ese sentido la mencionada clasificación.

Hacemos la aclaración que en el presente trabajo hemos dejado por fuera las obstrucciones consecutivas a trastornos del desarrollo porque los datos que hemos obtenido son incompletos. Queremos dejar constancia, sin embargo, que logramos colectar 15 casos de lesiones obstructivas ocurridas en los 4 años de estudio en el Departamento de Pediatría. Los defectos congénitos que causaron la obstrucción fueron:

Atresia anal con fístula rectovaginal	2	„
Estrechez congénita del ano	2	„
Tabique recto-sigmoideo	1	„
Atresia rectal	5	casos
Atresia rectal con fístula rectovaginal	3	„
Atresia anal	2	„

En este pequeño grupo hubo 4 muertes, lo que da un 26,6% de mortalidad. Con la salvedad apuntada, pasemos a examinar la frecuencia de los tipos observados según detalle que se da en el siguiente cuadro.

FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE OBSTRUCCIÓN

HERNIA EXTERNA ESTRANGUALADA	42	35,0
c) Umbilical	3	
d) Incisional	2	
a) Inguinal	25	
b) Crural	12	
A		
SRIDAS O ADHERENCIAS	37	30,8
a) Postoperatorias	29	
b) Inflamatorias tuberculosas	3	
c) Inflamatorias apendiculares	3	
d) Sin especificar causa.....	2	
VOLVULO	13	10,8
a) Del delgado	8	
b) Del sigmoide	4	
c) Del ciego	1	
OBTURACIÓN.....	12	10,0
a) Por ascárides	8	
b) Por impactación fecal	3	
c) Por alimentos aglutinados	1	
INVAGINACIÓN	7	5,8
b) Íleo-ileal	2	
a) Íleo-cólica	5	
TUMORACIONES INTESTINALES	4	3,3
c) Granuloma amebiano	1	
b) Cáncer de ciego.....	1	
a) Cáncer de sigmoide.....	2	

ESTENOSIS INTESTINAL TUBERCULOSA	2	16
COMPRESIÓN EXTERNA.....	1	0,8
ERROR ANASTOMOTICO	1	0,8
SE DESCONOCE TIPO	1	0,8

Si comparamos nuestros datos estadísticos con los que nos suministra Welch (2) del Hospital General de Massachusetts confeccionado con casos observados de 1947 a 1955, concluiremos:

a) Que la mayoría de los factores etiológicos son comunes a ambas estadísticas con variantes en los porcentajes en algunos de ellos; en su estadística la hernia estrangulada sólo representa el 5,4% y asegura que esta cifra baja depende del hecho que las hernias se reparan temprano; las adherencias o bridas se tabulan con cifras aproximadamente iguales (39,2%-; el vólvulo y la invaginación tienen un porcentaje ligeramente menor (1,6 y 2,1%, respectivamente); la obturación arroja una frecuencia mínima (0.8% y en cambio el cáncer primario o diseminado resalta en su estadística como causa frecuente de obstrucción (31,1%); los errores anastomóticos alcanzan el 4,6%.

b) En su lista aparecen tres afecciones de las que no logramos recolectar ningún caso en nuestra investigación: tales son las diverticulitis (4,3%), la ileítis regional (1,6%) y las estenosis por radiación (4,3%) este hecho probablemente debido a la ausencia o rareza de las dos primeras afecciones entre nosotros.

c) Finalmente, comprobamos que en nuestra lista aparecen dos causas que faltan en la estadística norteamericana apuntada: tales son las obturaciones por ascárides y las estenosis por tuberculosis intestinal, talvez obedeciendo esa ausencia al alto nivel sanitario y a un perfecto control de la leche. Asimismo, constatamos la presencia del granuloma amebiano como causante de obstrucción y que por razones fáciles de comprender está ausente en la de ellos.

FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE OBSTRUCCIÓN SEGÚN LA EDAD

La frecuencia relativa de los diferentes tipos de obstrucción *varía* con la edad, siendo ésta un factor que proporciona una guía diagnóstica indirecta al cirujano. En el siguiente cuadro se pormenoriza tal frecuencia.

LACTANTES Y NIÑOS	15	12,5
Obturación por ascárides	8	
Adherencias postoperatorias	2	
Vólvulo del delgado.....	1	
Invaginación	1	
Hernia inguinal estrangulada	1	
Impactación fecal.....	1	
Sin autopsia	1	
ADULTOS	91	75,8
Hernia estrangulada.....	35	
Adherencias o bridas	27	
Vólvulo	13	
Invaginación	6	
Tuberculosis peritoneal	3	
Obturación	2	
Tuberculosis intestinal	2	
Estrangulación interna.....	1	
Compresión externa	1	
Granuloma amebiano.....	1	

VIEJOS	14	11,6
Hernia estrangulada	5	
Adherencias o bridas	4	
Cáncer de intestino grueso	3	
Obturación	1	
Vólvulo	1	

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, en el grupo de los niños la causa más frecuente, y con mucho, fue la obturación por vermes, ya que consumió ;jas dos terceras partes de los casos y en el resto de ellos hubo un tipo distinto para cada uno de los tabulados.

En el grupo de los adultos, más de un tercio de los casos obedeció a estrangulación herniaria, seguida de cerca por las adherencias o bridas; resaltan la tuberculosis intestinal y peritoneal que, unidas, casi igualan la frecuencia de la invaginación. Se llama la atención sobre el hecho que en nuestra estadística haya sido más frecuente la invaginación en el grupo de los adultos que en el de los niños, en contraposición a lo aseverado por Briggs (3) quien dice que en los adultos es de ocurrencia rarísima.

En el grupo de los viejos la hernia estrangulada aún continúa manteniéndose en primer lugar, seguida muy de cerca por las adherencias o bridas; notamos que más de la cuarta parte de los casos es tomada por tumores malignos localizados en el intestino grueso.

FRECUENCIA DE LOS TIPOS SEGÚN EL SEXO

Se detalla a continuación la frecuencia de los tipos con relación al sexo:

MASCULINO

Adherencias o bridas	27 casos	33,7%
Hernia inguinal estrangulada	25 „	31,2%
Vólvulo	12 „	15,0%
Obturación	6 „	7,7%
Invaginación	4 „	5,0%
Cáncer del intestino grueso	3 „	3,7%
Tuberculosis intestinal	1 caso	1,2%
Hernia incisional estrangulada	1 „	1,2%
Compresión externa	1 „	1,2%
Granuloma amebiano	1 „	1,2%

FEMENINO

Hernia crural estrangulada	11 casos	28,9%
Adherencias o bridas	7 „	18,4%
Obturación	6 „	15,7%
Hernia umbilical estrangulada	3 „	7,8%
Invaginación	3 „	7,8%
Peritonitis tuberculosa	3 „	7,8%
Tuberculosis intestinal	1 caso	2,6%
Hernia inguinal estrangulada	1 „	2,6%
Hernia incisional estrangulada	1 „	2,6%
Vólvulo	1 „	2,6%
Tipo desconocido	1 „	2,6%

Comparando la frecuencia en ambos sexos comprobamos que las obstrucciones consecutivas a adherencias guardan en ellos uno de los primeros puestos; la hernia inguinal estrangulada toma el segundo lugar en el sexo masculino en tanto que la hernia crural estrangulada encabeza la lista en el sexo femenino; el vólvulo'

fue cinco veces más frecuente en el hombre que en la mujer y, finalmente, el cáncer estuvo presente como causa de obstrucción únicamente en el sexo masculino y, en éste, localizado exclusivamente en el intestino grueso.

FRECUENCIA SEGÚN EL INTESTINO AFECTO

Trataremos de averiguar cuál de los dos intestinos es el mas frecuentemente afectado por la obstrucción y cuál es el tipo que más comúnmente los lesiona a cada uno de ellos.

INTESTINO DELGADO

Hernia externa estrangulada.....	41 casos	
Adherencias o bridas	37 „	
Obturación	9 „	
Vólvulo	8 „	
Invaginación ileo-ileal	2 „	
Tuberculosis intestinal	2 „	
TOTAL	99 casos	82,5%

INTESTINO GRUESO

Vólvulo	5 casos	
Cáncer	3 „	
Obturación	3 „	
Hernia externa estrangulada	1 caso	
TOTAL.....	13 casos	10,8%

INTESTINOS DELGADO Y GRUESO COMBINADOS

Invaginación ileo-cólica	5 casos	
Hernia inguinal estrangulada	1 caso	
Granuloma amebiano	1 „	
TOTAL	7 casos	5,8%

SE DESCONOCE CAUSA Y SITIO

No fue operado ni autopsiado.....	1 caso	0,8%
-----------------------------------	--------	------

Podemos inferir de los datos anteriores:

1) Que el intestino delgado fue el asiento predilecto de la obstrucción ya que más de las 4/5 partes de los casos fueron absorbidos por él.

2) Que la localización exclusiva en el grueso alcanzó 1/10 de los casos y en ellos el vólvulo ocupó el primer lugar (38%) y el cáncer el segundo (23%) mientras que los autores extranjeros informan que la causa principal de obstrucción colónica es el cáncer, ya que en sus investigaciones llega a abarcar el 90% (4) y el vólvulo únicamente el 3% (5).

3) Que cuando el intestino delgado y el grueso están involucrados en el proceso obstructivo su frecuencia apenas alcanza 1/20 de los casos.

FRECUENCIA DE LA OBSTRUCCIÓN SIMPLE Y DE LA ESTRANGULANTE

Una última pregunta debemos hacernos para terminar las consideraciones sobre frecuencia y esta pregunta es ¿en qué proporciones se observaron las obstrucciones simples y las estrangulantes? La contestación la obtenemos del siguiente

INSTRUCCIÓN SIMPLE

Adherencias o bridas	31 casos	
Obturación	12 „	
Cáncer de intestino	3 „	
Tuberculosis intestinal	2 „	
Compresión externa	1 caso	
Granuloma amebiano	1 „	
TOTAL	50 casos	42.0%

bbSTRUCCION ESTRANGULANTE

Hernia estrangulada	42 casos	
Vólvulo	14 „	
Invaginación	7 „	
Brida estrangulante	6 „	
TOTAL.....	69 casos	57,9%

1) Alguna de las causas de obstrucción intestinal llevan aparejadas indefectiblemente la estrangulación: en este grupo van incluidas la hernia intestinal estrangulada, el vólvulo y la invaginación. A ellas corresponde aproximadamente el 53% de las obstrucciones mecánicas observadas en el Hospital General de Tegucigalpa.

2) Otras de las causas conducen casi siempre a obstrucción simple; tales son a obturación (vermes, impactación fecal o alimenticia), estenosis inflamatoria, congénita o neoplásica y comprensión del intestino por tumoraciones. A éstas corresponde aproximadamente el 11%.

3) Finalmente, otros de los agentes etiológicos pueden motivar obstrucciones simples en unas ocasiones o estrangulantes en otras: se incluyen en este grupo las bridas o adherencias de cualquier naturaleza y los errores anastomóticos. Este último grupo alcanzó el 31 % de los casos y en él la bivalencia se dirigió hacia la obstrucción simple en el 83% y hacia la obstrucción estrangulante en el 17%.

Si por un momento nos detenemos a examinar los datos relacionados con las instrucciones consecutivas a bridas o adherencias postoperatorias llegamos a comprobar que la obstrucción se ha presentado tan luego como a los 8 días y tan tarde como a los 20 años de intervenidos, con una máxima frecuencia en el lapso 1-12 meses postoperatorios (49,9%), descendiendo luego en el período 1-3 años (19,1%); antes de 1 mes y después de 3 años de la intervención las obstrucciones postoperatorias se hacen cada vez más raras. En el período en estudio se encontraron 27 casos de adherencias o bridas postoperatorias y en el 15% de ellas la lesión fue estrangulante: en el Hospital General de Massachusetts (2) la estrangulación se observó en el 11,5% de las obstrucciones por bridas o adherencias y Becker (6) la encontró en el 21,3%. Se debe inferir, por tanto, que las lesiones estrangulantes consecutivas adherencias o bridas postoperatorias alcanzan un porcentaje no despreciable para preocupar al cirujano, quien no debe quedar con la falsa creencia que toda obstrucción postoperatoria es de carácter simple. Además, obstrucciones por adherencias o bridas que inicialmente son de carácter simple pueden convertirse en estrangulantes o complicarse con rotura del intestino por tracción progresiva de las bridas sobre las paredes entéricas edematosas y desvitalizadas; uno de los casos de este estudio fue de esa naturaleza: fa paciente ingresó con obstrucción simple postoperatoria, fue puesta en succión gástrica continua y se le inició terapéutica restitutiva y mientras se efectuaba la misma se abrió una ventana intestinal por tracción de una brida, lo que vino a complicar un cuadro ya de por sí serio con otro más serio aún como es la peritonitis, como lo probó el hecho de su muerte a pesar de una intervención rápida cuando se comprobó un cambio de sintomatología.

SINTOMATOLOGIA

Haremos un breve recordatorio de la sintomatología de las obstrucciones simples y luego la compararemos con la sintomatología de las obstrucciones estrangulantes. A continuación trataremos de comprobar esos datos con los hallazgos efectuados en el Hospital General.

Si tomamos como tipo la obstrucción simple del intestino delgado, comprobaremos que de manera súbita el paciente presenta la siguiente tríada sintomática.

A.—*Dolor*.—Este suele ser el primer síntoma en aparecer, es de tipo cólico y su intensidad es tal que los analgésicos lo alivian pero no lo suprimen. Su localización es generalmente epigástrica, umbilical o hipogástrica, por lo menos en su período inicial, luego se generaliza haciéndose difuso pero conservando su carácter cólico en forma de ondas que aparecen cada 2 ó 3 minutos y con una duración de 15 a 30 segundos. En los intervalos libres de dolor el paciente no parece enfermo, por lo menos en los estados iniciales, pero al sobrevenir los cólicos el enfermo se lleva las manos al abdomen, se queja y su facies se vuelve dolorosa; esto es cierto aún entre los lactantes y niños pequeños que entre las crisis pueden estar tranquilos o jugando, pero lloran en los momentos en que son tomados por los cólicos.

B.—*Vómitos*.—Los primeros cólicos son usualmente seguidos por vómitos de naturaleza neurogénica, semejantes a los que ocurren al principio¹ de otros trastornos abdominales agudos. Estos vómitos alimenticios ceden luego siguiéndoles un intervalo de quietud variable, para luego reaparecer en forma de regurgitación enterogástrica.

C.—*Paro de expulsión de heces y gases*.—Este tercer síntoma completa la tríada. Pueden haber uno o más movimientos intestinales por medio de los cuales la parte distal a la obstrucción se desembaraza de heces y gases; un enema puede evacuar materiales acumulados en ese segmento, pero una vez expulsados, no se consigue ninguna otra evacuación. Los purgantes son inefectivos o vomitados.

A los síntomas anteriores se agregan algunas comprobaciones adquiridas durante el examen del paciente; cabe mencionar entre ellas las siguientes:

D.—*Distensión abdominal*.—En un principio puede estar ausente o ser muy discreta, pero si se ha llegado a un estado avanzado, el abdomen se podrá convertir en prominente. En los individuos de escaso panículo adiposo se podrán observar ocasionalmente las asas distendidas que en los paroxismos dolorosos reptarán bajo la piel.

E.—*Ausencia de defensa y sensibilidad superficial*.—Estos signos deben comprobarse en los intervalos de los cólicos. Como consecuencia, el signo del rebote será negativo.

F.—*Timpanismo*.—Esta comprobación corre de manera paralela a la distensión. Por tanto, no se constatará en los comienzos sino cuando la obstrucción ya ha tenido algún tiempo de evolución.

G.—*Aumento de los ruidos peristálticos*.—Esta es, tal vez, la más importante información obtenida del examen del paciente. El estetoscopio aplicado a la pared abdominal comprobará que los ruidos ocurren por descargas y que coinciden con los cólicos. En el intervalo de los mismos el abdomen suele estar silencioso. Pero no hay que contar solamente con el aumento de la frecuencia sino que debe considerarse el tono de los mismos que se modifica adquiriendo la calidad de gorgoteo y, al aumentar la distensión gaseosa, toma un timbre metálico o de retintín. H.—El tacto rectal usualmente demostrará una *ampolla vacía*. Desde el punto de vista del estado general puede decirse que en los primeros estadios el paciente no aparece enfermo al observarlo entre los paroxismos dolorosos. No hay cambios sistémicos, la temperatura es normal y el pulso no está alterado; no hay marcada leucocitosis ni pérdidas hídricas o electrolíticas que puedan manifestarse clínicamente ni reflejarse en determinaciones químicas. El examen radio-

lógico puede establecer el diagnóstico desde este período pero, a veces, sus hallazgos son sólo presuntivos y en esas ocasiones deben correlacionarse con los datos clínicos. Por el contrario, en períodos avanzados de obstrucción se hacen aparentes los efectos sistémicos, consistentes en:

a) Deshidratación consecutiva al cese de ingestión de líquidos, a la pérdida de los mismos por vómitos y a las otras pérdidas acuosas normales; esta deshidratación se manifiesta por piel seca, signo del lienzo húmedo, encogimiento de la lengua como "limón en el sol", ojos hundidos, músculos atónicos, lasitud, pérdida de peso, hemoconcentración, orina escasa y concentrada;

b) Aparejada a la deshidratación se presentan trastornos electrolíticos que pueden variar con la ubicación de la obstrucción, así:

1.—Si se localiza muy alta en el intestino delgado, el vómito es frecuente y da por resultado un desequilibrio semejante al que se observa en la obstrucción pilórica: hay grandes pérdidas de ion Cl, lo que conduce a la hipocloremia y a una alcalosis que se evidencia por elevación de los carbonates alcalinos y por un pH plasmático sobre 7.45;

2.—Si la obstrucción radica en niveles bajos del delgado, los vómitos son usualmente poco copiosos, más intermitentes y como las pérdidas de Na igualan o exceden a las ion Cl, el paciente puede desarrollar una acidosis que suele ser acrecentada por el largo período de ayuno a que obligadamente se ve sometido el paciente.

3.—Otra deficiencia electrolítica consiste en la disminución del K que clínicamente se manifiesta en período avanzados. Es digna de mencionarse, asimismo, una pérdida de plasma a través de la pared intestinal. Los pacientes con obstrucción descuidada desarrollan una hemoconcentración que puede producir daño renal revelado por elevación del N. N. P.

En períodos muy avanzados o tardíos, la sintomatología que podríamos llamar de estado, se modifica en el sentido que los dolores son de menor intensidad y tienden a perder su carácter cólico; el hiperperistaltismo se transforma en disminución de los ruidos o en silencio abdominal como resultante de la extenuación del intestino ante la lucha infructuosa por vencer el obstáculo, cayendo, por tanto, en íleo paralítico; es probable que en el establecimiento de éste intervengan preponderantemente la hipokalemia y la hiponatremia. Cuando el cirujano mira por primera vez un paciente en estas condiciones, el diagnóstico puede serle muy difícil si no es ayudado por una historia cuidadosa, investigación de antecedentes o la comprobación evidente de una hernia externa estrangulada, ya que el examen físico es contradictorio y la ayuda radiológica más bien inclina hacia un proceso peritoneal infeccioso o a un íleo reflejo.

¿Existe una sintomatología que se aparte del patrón arriba indicado, para la obstrucción estrangulante? Esta determinación clínica es de primordial importancia por la premura en que hay que efectuar la intervención quirúrgica en las obstrucciones estrangulantes, incluyendo en esta última denominación no sólo a las I estrangulaciones hemiarias, sino a aquellas obstrucciones en que haya compromiso en el riego sanguíneo del asa interesada; por el contrario, en las obstrucciones simples del cirujano puede disponer de un tiempo prudencial durante el cual se lucha con ira los probables desequilibrios hidroelectrolíticos y se alivia la distensión gastrointestinal. Se asegura que en casos de estrangulación se producen hechos dramáticos y rápidos que son fácilmente reconocibles: el dolor es más severo y frecuentemente toma un carácter continuo desde el comienzo o substituye rápidamente a los cólicos intestinales; a este respecto, Berry (7) opina que en la estrangulación en realidad existen dos clases de dolor: 1) espasmos intestinales severos en el asa proximal y 2) dolor constante por la distensión del asa estrangulada e irritación del peritoneo parietal. El estado general es el de un paciente extremadamente enfermo con variados grados de colapso circulatorio que puede llevar al shock inmediato y profundo; se presenta fiebre, aceleración del pulso, leucocitosis y neutrofilia. Con

estos cambios generales existen alteraciones en el cuadro abdominal: se desarrolla dolor localizado, el asa estrangulada se hace palpable como una masa dolorosa imprecisa, hay rigidez abdominal y el signo del rebote se vuelve positivo, todas estas son manifestaciones que atestiguan cierto grado de peritonitis que se está desarrollando como resultante de la estrangulación. Berry (8) agrega que la punción peritoneal después de 12 horas de iniciada la obstrucción da un líquido sanguinolento en caso de que sea estrangulante y si es simple puede obtenerse un líquido de aspecto claro; añade, no obstante, que la falta de sangre en el líquido no excluye la posibilidad de estrangulación; menciona dos hechos que también pueden ayudar a establecer la diferenciación y son el aumento progresivo del recuento de glóbulos blancos y los pobres resultados obtenidos con una terapia conservadora en las estrangulaciones, mientras que en las obstrucciones simples no acusan elevaciones progresivas de conteo de la serie blanca y usualmente la terapia conservadora trae consigo la mejoría del paciente. Finalmente, Shahon (9) afirma que el signo más confiable para hacer la diferenciación es la sensibilidad parietal y que debe considerarse como una potencial estrangulación a toda obstrucción que exhiba esta característica.

Laufman (22) informa que recientemente se ha utilizado la prueba de una enzima sérica para efectuar el diagnóstico de estrangulación. Se ha comprobado que la actividad de la dehidrogenasa láctica del suero está aumentada más de tres veces de lo normal en 6 de 8 casos de infarto intestinal, pero el mismo autor considera que esta prueba es más académica que práctica, ya que hay que esperar a que haya infarto para que la enzima sea liberada en cantidades apreciables en el suero y el principal objetivo quirúrgico en obstrucciones estrangulantes es operar lo más prontamente posible.

Tales son, en forma concisa, los datos que los observadores extranjeros nos dan sobre la sintomatología de las obstrucciones intestinales.

Trataremos de analizar los síntomas y signos consignados en los historiales del Hospital General de Tegucigalpa.

A.—*Dolor*.—En todos fue el síntoma inicial y tuvo una frecuencia de 100%. En el cuadro siguiente se especifica la calidad del dolor en los dos tipos de obstrucciones.

OBSTRUCCIÓN SIMPLE:	a) Cólico	43 casos
	b) Continuo	0 „
	c) No especificado	7 „
OBSTRUCCIÓN ESTRANGULANTE:	a) Cólico	16 „
	b) Continuo.....	48 „
	c) No especificado	5 „

Si transformamos en porcentajes las cifras arriba apuntadas tendremos que en la obstrucción simple el dolor fue de tipo cólico en el 86% y en el resto no se especificó en los protocolos, lo que hace probable que dicha cifra sea aún mayor. Si examinamos ahora las obstrucciones estrangulantes, comprobaremos que el tipo continuo absorbió la mayoría de los casos, ya que alcanzó el 69,5%, aunque cerca de una cuarta parte de los dolores de este grupo fue clasificado como cólico (23,2%).

Los casos de estrangulación en que el dolor fue de tipo cólico obedeció a las causas siguientes:

Estrangulación interna por bridas	5
Vólvulo del intestino delgado	5
Vólvulo del intestino grueso	2
Invaginación	2
Hernia externa estrangulada	2

Podemos concluir, de acuerdo a los datos apuntados:

- a) Que en la obstrucción simple el dolor casi siempre es de tipo cólico;
- b) Que en la obstrucción estrangulante en más de la mitad de los casos es tipo continuo.

En relación con la ubicación del dolor obtuvimos los siguientes resultados, considerando aparte cada uno de los dos tipos.

OBSTRUCCIÓN SIMPLE:	a) Generalizado	21 casos
	b) Epigastrio	11 „
	c) Umbilical	7 „
	d) Fosas ilíacas	4 „
	e) Hipogastrios	4 „
	f) Hipocondrios	2 „
	g) Sin especificar	1 caso

OBSTRUCCIÓN ESTRANGULANTE:	a) Hernia estrangulada	40casos
	b) Epigastrio	9 „
	c) Generalizado	4 „
	d) Fosas ilíacas	4 „
	e) Hipogastrio	4 „
	f) Umbilical	3 „
	g) Sin especificar	5 „

Podemos concluir del análisis del cuadro anterior:

- a) Que en las obstrucciones simples el dolor fue generalizado en el 42,0% de los casos y en el 44,0% se localizó en las zonas medias (epigastrio, zona umbilical e hipogastrio);
- b) Que en las obstrucciones estrangulantes la máxima localización del dolor fue en el sitio de la hernia estrangulada (57,3%), que la localización en las zona medias sólo alcanzó el 23,1% y fue de carácter generalizado en el 5,7%.

B.—Vómitos.—En los protocolos revisados encontramos mención de este síntoma en el 84,1% de los casos con las variantes detalladas en el siguiente cuadro:

Vómitos alimenticios	40 casos
Vómitos biliosos	26 „
Vómitos acuosos	17 „
Vómitos fecaloideos	9 „
Vómitos sin especificación	9 „

En este cuadro se ha consignado la calidad de los últimos vómitos ya que, para el caso, un individuo que se presentó con vómitos fecaloideos dio historia de haber tenido en sus comienzos vómitos alimenticios que se transformaron en biliosos y acuosos tomando, finalmente, el tipo fecaloideo consignado en el cuadro. Por tanto, el cuadro nos da de manera indirecta una idea aproximada del tiempo de evolución en el momento del ingreso.

Desgraciadamente no se consignó la existencia de intervalo libre de vómito si es que lo hubo.

En el 15,8% de las admisiones no hubo presencia de vómitos aunque sí de estado nauseoso. Se enumeran a continuación las causas de obstrucción que no se acompañaron de vómito.

Hernia estrangulada	10 casos
Invaginación	3 „
Vólvulo	2 „
Adherencias	2 „
Ca de Sigmoide	1 caso
Compresión externa	1 „

Llama la atención el hecho que en el 95% de estos casos la ausencia de vómitos se haya producido en obstrucciones estrangulantes.

C.—*Evacuaciones Intestinales*.—A continuación se exponen los datos obtenidos sobre la investigación de este síntoma.

Paro de expulsión de heces y gases	98 casos
Expulsión reciente de heces o gases	5 „
Asientos sanguinolentos	4 „
Sin especificar	13 „

El cese de evacuaciones intestinales alcanzó el 81,6% de los casos, pero es probable que tal porcentaje sea mayor ya que en 13 no se consignó la negatividad o positividad de tal síntoma, tal vez por lo reciente de la obstrucción, ya que la mayor parte de ellos eran hernias con menos de 6 horas de estrangulación. Si a esto agregamos lo dubitativo de los casos que aseguraron haber tenido defecaciones o expulsión de gases después de iniciado el proceso obstructivo, podemos suponer que en los casos de oclusión completa el 100% nos da este síntoma como positivo, ya que en los 4 casos en que los pacientes aseguraron haber tenido asientos sanguinolentos, lo que probablemente expulsaban no eran heces sino mucosidades con sangre, pues en 3 de ellos se trataba de invaginaciones y en 1 de un cáncer del sigmoide.

D.—*Distensión abdominal*.—Este síntoma-signo se comprobó, en diferentes grados, en el 60%; fue negativo en el 22% y no hubo mención del mismo en el 18% de los casos.

E.—*Defensa muscular*.—La frecuencia de este signo la analizaremos separadamente en las obstrucciones simples y en las estrangulantes.

OBSTRUCCIÓN SIMPLE:	Positiva	6 casos
	Negativa	58 „
OBSTRUCCIÓN ESTRANGULANTE:	Positiva	26 „
	Negativa	31 „
SIN ESPECIFICACIÓN:		19 „

Se infiere del cuadro anterior que la defensa casi siempre estuvo ausente en la obstrucción simple (86,3%), en tanto que el abdomen resistente fue la excepción; merece anotarse que entre los casos en que hubo resistencia parietal se encontraban las peritonitis tuberculosas y 3 casos que en el acto operatorio se comprobó la presencia de un derrame serosanguinolento que acompañaba a una obstrucción intestinal por vermes.

En cambio, en las obstrucciones estrangulantes la defensa casi estuvo presente en la mitad de los casos (45,6%), lo que demuestra que a menudo ella se acompaña de cierto grado de irritación peritoneal.

F.—*Ruidos intestinales*.—En la investigación de este signo procederemos de igual manera que en el anterior.

OBSTRUCCIÓN SIMPLE:	Aumentados o normales	34 casos
	Disminuidos o silencio	4 „
OBSTRUCCIÓN ESTRANGULANTE:	Aumentados o normales	22 „
	Disminuidos o silencio	16 „
"SIN ESPECIFICACIÓN:		43 „

tismo o peristaltismo normal en la mayoría de los casos (89,4%), en tanto que las

Resultado del cuadro anterior que en la obstrucción simple existe hiperperistal-

estrangulaciones acusaron, casi en la mitad de los casos, disminución de los ruidos o silencio abdominal (42,1%).

Es de mencionar la apreciable cantidad de casos que en los historiales no se consignó este dato, ocurriendo esta negligencia en casi todas las hernias estranguladas, tal vez por ser en ellas tan evidente la obstrucción que no mereció mayor ahondamiento exploratorio.

G.—*Dibujo de asas dilatadas*.—Fue una comprobación casual en los casos observados, ya que su frecuencia alcanzó únicamente el 15%, distribuidos en partes iguales entre la obstrucción simple y la estrangulante.

H.—*Masas palpables*.—Dejando por fuera las masas formadas por las estrangulaciones hemiarias, la comprobación de masas tumorales intraabdominales fue la siguiente:

OBSTRUCCIÓN SIMPLE:	7 veces en 52 casos
OBSTRUCCIÓN ESTRANGULANTE:	4 veces en 26 casos

En los casos de obstrucción simple la masa palpable fue ocasionada 5 veces por ascárides apelonados, 1 vez por impactación fecal (ambos grupos en niños) y 1 vez por amebpna ileo-cecal. En las casos de obstrucción estrangulante, 2 veces fue debida a invaginación, 1 vez a vólvulo y 1 vez a estrangulación interna, ocurriendo todos estos casos en individuos adultos.

Podemos concluir:

a) Que en los niños la comprobación de masas tumorales frecuentemente es debida a paquetes de vermes que ocluyen la luz intestinal, provocando una obstrucción simple; y

b) Que en los adultos la comprobación de masa tumoral frecuentemente indica que la obstrucción es de tipo estrangulante.

I.—*Dolor a la presión*.—Los datos obtenidos se tabulan en el siguiente cuadro:

OBSTRUCCIÓN SIMPLE:	POSITIVO	en 18 casos
	NEGATIVO	en 34 casos
OBSTRUCCIÓN ESTRANGULANTE:	POSITIVO	en 46 casos
	NEGATIVO	en 21 casos

Trasladándolo a porcentajes tendremos que el dolor a la, presión fue positivo en el 34,6% en las obstrucciones simples y en el 68,6% en las estrangulantes. Tenemos que hacer la aclaración que en los casos de obstrucción simple en que hubo dolor van incluidas las peritonitis tuberculosas y las oclusiones por ascárides que, como antes se dijo, demostraron operatoriamente cierto grado de irritación peritoneal.

DATOS DIFERENCIALES ENTRE OBSTRUCCIÓN SIMPLE Y ESTRANGULANTE

Ahora trataremos de incluir en un solo cuadro los caracteres distintivos de ambas modalidades de obstrucción, utilizando los datos ya dados y agregando otros, unos abdominales y otros sistémicos.

(Véase cuadro en la página siguiente).

A nadie se le escapa la importancia que tiene el hacer prontamente la determinación si una obstrucción es simple o estrangulante. El análisis de los datos clínicos no indican que ningún síntoma o signo aislado pueda darnos la clave para distinguir la una de la otra. Es probable que la reunión de varios datos presuntivos sí conduzca a un diagnóstico apropiado al grado que Perry y col. (10) han observado que en el Hospital de la Universidad de Minnesota el 75% de las obstrucciones estrangulantes

fueron diagnosticadas y tratadas sin retraso, asegurando que en los casos dudosos se puede recurrir a la neumoperitoneografía que ellos avisan como un método diagnóstico prometedor. La opinión del Hospital General de Massachusetts es que es muy difícil clasificar estos pacientes. McKittrick y Sarria- (11) han insistido que esta diferenciación no puede establecerse con seguridad durante las, primeras 24 horas, que es el período más importante desde el punto de vista terapéutico; al final de las 48 horas aseveran que es más fácil la determinación, pero a estas alturas los pacientes con estrangulación estarán muy graves o moribundos. Willoz (12) manifieste. que es relativamente sencillo reconocer una obstrucción estrangulante cuando está tomado un largo segmento intestinal y que, por el contrario, áreas localizadas de estrangulación no pueden ser diagnosticadas con igual grado de certeza.

SINTOMA O SIGNO	TIPO DE OBSTRUCCION	
	SIMPLE	ESTRANGULANTE
Calidad del dolor	Generalmente es de tipo cólico (86.0%)	A menudo es de tipo continuo (69,5%)
Ubicación del dolor	Es generalizado (42%) o se localiza en zonas medias (44%-	En estrangulación herniaria (57.3%), menos a menudo en zonas medias (23.1%) y excepcionalmente se generaliza (5.7%).
Distensión	Presente en el 78.3%	Presente en el 56.9%
Masa palpable (excluyendo estrangulación herniaria)	En niños 12.5%	En niños 0%
	En adultos 2.0%	En adultos 15.3%
Defensa muscular	Ausente en el 86.3%	Presente en el 45.6%
Dolor a la presión	Presente en el 34.6%	Presente en el 68.6%
Ruidos intestinales:		
Aumentado o normal	En el 89.4%	En el 57.8%
Disminuido o silencio	En el 10.5%	En el 42.1%
Temperatura:		
Mayor de 37°5	En el 27%	En el 72%
Frecuencia del pulso:		
Mayor de 100	En el 43%	En el 56%
Leucocitosis	En el 45%	En el 55%
Neutrofilia: Mayor de 80%	En el 31%	En el 69%
Estado general	Sin datos	Sin datos

No nos fue posible, con los datos suministrados por las fichas clínicas, determinar el porcentaje de acierto en esta determinación preoperatoria en los pacientes del Hospital General, ya que fuera de las hernias estranguladas, que forzosamente producen obstrucción estrangulante cuando contienen asas intestinales, todos los restantes casos fueron a Sala de Operaciones con el simple diagnóstico de Obstrucción Intestinal, sin hacer especificación escrita del tipo presuntivo,

RADIOLOGÍA

Con adecuada interpretación la radiología es, sin duda, el método diagnóstico más importante en la obstrucción intestinal. Es el que da la pauta en los casos dudosos y en las ocasiones en que por lo reciente de la obstrucción no da información, una siguiente toma efectuada 4 a 6 horas más tarde, descorrerá la incógnita de manera precisa. Es necesario dejar constancia que en los períodos tardíos de la enfermedad la radiología puede desviar el diagnóstico hacia un proceso producto de íleo inhibitorio y es entonces la clínica, con una historia cuidadosamente elaborada, la que encaminará al cirujano hacia el verdadero diagnóstico. Por ello es necesaria una estrecha colaboración entre el radiólogo y el cirujano.

No entramos en detalles relacionados con técnica o interpretación, ya que éste es terreno exclusivo del radiólogo, pero sí recordaremos que el cirujano, ante la sospecha de un proceso obstructivo, debe ordenar placas simples de abdomen en posición vertical y horizontal, que se puede recurrir al enema baritado cuando se sospecha obstrucción localizada en el intestino grueso y, menos corrientemente, al tránsito gastrointestinal; hacemos la anotación que algunos (Shahon) condenan esta última práctica, pues ha conducido a muertes por complicaciones operatorias, o postoperatorias en las que el barrio ha sido el responsable. Ya se apuntó anteriormente la investigación que se ha hecho con la neumoperitoneografía.

La revisión de los 120 protocolos en estudio nos reveló que en 45 casos no hay informe radiológico, bien porque no se ordenó, bien por ausencia temporal de material radiológico o bien porque no se encontró el informe a pesar de haber constancia escrita de que fueron efectuadas las tomas; la mayoría de los casos en que no se ordenó tal examen fueron debidas a hernias estranguladas (32 casos). Si consideramos los 75 casos en que sí tenemos información radiológica, observamos que en 72 de ellos se dio el diagnóstico positivo de obstrucción (96%) y únicamente en 3 el resultado fue negativo por patología o se desvió a un proceso de peritonitis. En los 72 casos positivos se logró localizar el asiento de la obstrucción en 63 ocasiones (87%). Creemos que el Departamento de Radiología logró aproximarse en un alto porcentaje al diagnóstico etiológico de la obstrucción, pero sólo existe constancia escrita de lo correcto de este último diagnóstico en 5 oportunidades.

Queda demostrado por estos datos estadísticos, la importancia extrema de este medio diagnóstico que es capaz de dar la afirmación de la existencia de la enfermedad y también de localizarla.

MORTALIDAD

La mortalidad por obstrucción mecánica en las estadísticas extranjeras ha sufrido modificaciones en el sentido que ha habido una disminución progresiva en los porcentajes de decesos. Para el caso, Welch (2) nos da la estadística comparada de los últimos 50 años en el Hospital General de Massachusetts, así:

1907, Comunicación de Scuder	60%	de mortalidad
1920, Comunicación de Richardson	41%	„ „
1932, Comunicación de McIver	38%	„ „
1940, Comunicación de McKitrick y Col.....	20%	„ „
1955, Comunicación de Welch	18%	„ „

Waldron (13) informa, asimismo, que la mortalidad ha disminuido de 28,5 a 14,1 en la última encuesta efectuada del lapso 1944-56 en el Hospital Hermann de Houston, Tejas.

Merecen mencionarse una serie de circunstancias que hacen variar la mortalidad de un hospital a otro:

1) Los hospitales de niños o de pacientes de edad avanzada tienen una mortalidad elevada.

2) Los hospitales de gobierno o municipales con pacientes indigentes, mal nutridos, tal vez con otras afecciones simultáneas, registran una mortalidad más elevada que las instituciones privadas donde, además, es probable que acudan rápidamente por su nivel cultural.

3) La mortalidad será menor en los hospitales donde sólo se dan cuidados postoperatorios por escasos días y que se despachan los casos incurables en condición mejorada a que vayan a morir a sus hogares.

4) Finalmente, cabe recordar que muchas muertes obedecen a causas ajenas a la obstrucción y que uno u otro comunicador las puede agregar o eliminar de su estadística.

Hechas estas salvedades pasemos a examinar en el siguiente cuadro la mortalidad observada en el Hospital General de Tegucigalpa en el lapso en estudio.

CAUSAS	Casos	Muertes	Mortalidad
ESTRANGULACIONES	70	12	17,1%
* Hernia externa estrangulada	42	3	* 7,1%
Vólvulo	15	4	26,6%
Invaginación	7	4	57,1%
Brida estrangulante	6	1	16,6%
ADHERENCIAS O BRIDAS causando obstrucción			
simple	31	3	9,6%
TUMORACIONES	4	2	50,0%
Ca de sigmoide	2	1	50,0%
Ca de ciego	1	0	0,0%
Teratoma maligno	1	1	100,0%
OBTURACIONES	12	0	0,0%
TUBERCULOSIS INTESTINAL	2	0	0,0%
SIN AUTOPSIA	1	1	100,0%
TOTAL	120	18	15,0%

Si tratamos de indagar la causa desencadenante de la muerte de los casos recopilados en el mismo hospital, tendremos que distribuir aquélla en dos grupos, de acuerdo con el siguiente cuadro:

A.—MUERTES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA OBSTRUCCIÓN:

Ingresados en estado moribundo, sin operar	3
Ingresados con mal estado, shock en Sala de Operación	1
Ingresados con mal estado, shock postoperatorio	4

B.—MUERTES INDIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA OBSTRUCCIÓN:

Peritonitis	5
Carcinomatosis	2
Paro cardíaco operatorio	1
Neumonía por aspiración	1
Asfixia por aspiración postoperatoria	1

Debemos concluir de los datos anteriores que en 44,4% la muerte pudo ser achacada directamente a la obstrucción, bien por el estado tóxico del paciente o mejor por el desequilibrio hidroelectrolítico del mismo.

Los casos de muerte no relacionados directamente con la obstrucción alcanzaron el 55,5%; entre los óbitos de este grupo domina la peritonitis: en 3 de ellos se constató su presencia en el acto quirúrgico, en 1 fue producida durante la intervención por estallido de un vólvulo y en 1 sobrevino en el inmediato postoperatorio en una paciente que además era tuberculosa pulmonar activa.

Factores de Mortalidad.—Existe una serie de factores independientes del método terapéutico, que influye en la mortalidad. Tales son:

a.—*Causas de la obstrucción.*—Según Saltztein (24) 1 de cada 3 6 4 pacientes con obstrucción estrangulante muere; en nuestra estadística esta proporción de mortalidad fue de 1 entre 6 si consideramos las muertes en total comprobaremos que la obstrucción estrangulante alcanzó la cifra de 67% y, entre ellas, el vólvulo y la invaginación fueron las que obtuvieron mayor mortalidad. El segundo lugar fue ocupado por las adherencias o bridas (16,6%) y el último por las tumoraciones malignas (11,1%).

b.—*Edad del paciente.*—En el cuadro siguiente se da la mortalidad vincularla con la edad:

0-10 años	2 muertes	14,3%
11-20 "	2 "	18,1%
21-30 "	1 "	4,0%
31-40 "	3 "	14,2%
41-50 "	6 "	25,0%
51-60 "	2 "	16,6%
61-70 "	2 "	28,5%

La década que presentó mayor mortalidad fue la séptima, seguida muy de cerca por la quinta. Si se excluyen las obstrucciones neonatales se anota en la literatura extranjera que la mortalidad aumenta con la edad: aseguran (11) que la mortalidad en pacientes de 70 o más años es de 37,7% porque la longevidad se ha prolongado y, con ello, se han multiplicado las oportunidades para que estos seres desarrollen tumoraciones malignas que ocasionalmente pueden producir obstrucciones intestinales.

c.—*Duración de la obstrucción.*—Este es un factor decisivo y de máxima importancia en la mortalidad de la obstrucción mecánica. Veamos en el siguiente cuadro el lapso que mediaba entre la ocurrencia de la obstrucción y su internamiento en el hospital.

TIEMPO	Total casos	Muertes	Mortalidad
Menos de 24 horas	40	0	0,0
24-48 horas	15	1	6,6
48-72 horas	19	4	21,0
72-96 horas	11	3	27,2
Más de 96 horas	29	10	34,4
Sin especificación	4	0	0,0

Se concluye de las especificaciones anteriores que ningún paciente murió entre los que acudieron dentro de las primeras 24 horas de obstrucción. De ahí en adelante el porcentaje de muertes fue en aumento progresivo conforme iba avanzando el reloj, llegando al máximo cuando el paciente se hospitalizaba después de pasado el 4" día. Tomando en cuenta el factor tiempo, Drugas y Schiff (14) observaron

una mortalidad semejante en el Michael Reese de Chicago; Welch, en su informe de] Hospital General de Massachusetts, encontró una mortalidad similar.

El método terapéutico es otro factor de peso en la mortalidad; esto es cierto tanto en las obstrucciones simples como en las estrangulantes. Según Wülox (12) aún persiste la falacia de que la intubación intestinal no operatoria es una forma aceptable de tratamiento de la obstrucción simple y tal actitud se ha revelado en una elevación reciente de la mortalidad; aconseja tal práctica como una ayuda preoperatoria, pero proscribire tal práctica como tratamiento final; en igual forma se declara Berry (7). Mayor importancia tiene, y esto es de aceptación universal, el restablecimiento de los graves trastornos hidroelectrolíticos; según MacKenzie (15) un paciente está en grave peligro si se emprende una intervención antes de prepararlo adecuadamente; Berry enfatiza que la falta de adecuada repleción hidroelectrolítica invita al desastre durante o inmediatamente después de la corrección operatoria de la obstrucción, ya que la vasoconstricción compensatoria que acompaña a los déficits de líquidos extracelulares puede ser abolida por la anestesia, con el consiguiente colapso de la circulación periférica. Este mismo autor informa que ha habido una reducción significativa en la mortalidad de las obstrucciones intestinales en los últimos 30 años y él identifica como el factor más importante de esta mejoría al reconocimiento y tratamiento de los déficits del constituyente extracelular.

En suma, la mortalidad total observada en el Hospital General de Tegucigalpa, en el lapso de 4 años fue de 15,0%, cifra que si bien es alta no da motivo para pensar que lo es excesivamente, ya que por informaciones médicas foráneas sabemos que ellos tienen una mortalidad ligeramente más baja, igual y en muchos casos superior. Se refiere el interesado a la recopilación de porcentajes de mortalidad suministrada por Welch (2).

Queremos dejar constancia de nuestra agradable sorpresa cuando comprobamos que la mortalidad de nuestro hospital es mejor que la de otros que se suponen dotados de todo material terapéutico y de todo medio de examen complementario. Hacemos hincapié en ello porque de todos es conocido lo escaso de nuestro armamentario (cantidad insuficiente de sondas de Levin, ausencia completa de sondas gastrointestinales, aparatos de succión escasos y casi siempre ocupados) y la ausencia en el Departamento de Laboratorio de personal permanente encargado de efectuar determinaciones electrolíticas; si bien es cierto que una de las mejoras obtenidas en el pasado año es la integración de esta sección laboratorial, el encargado de tal labor únicamente trabaja en horas fijas no pudiendo, por tanto, obtener tales informaciones en otros momentos cuando las obstrucciones son emergencias que llegan a cualquiera hora y que necesitan terapéutica correctiva inmediata si ya han desarrollado desequilibrios. De ahí, pues, que hayamos tenido que trabajar en la inmensa mayoría de los casos, de manera empírica, guiándonos por manifestaciones clínicas para corregir tal o cual trastorno que hubiéramos creído presente.

LINEA DE CONDUCTA

De acuerdo con la opinión de autores preocupados con este asunto, hemos tratado de resumir en este acápite los pasos a dar después que en el Cuarto de Emergencia se ha establecido el diagnóstico de obstrucción intestinal. Se refiere al interesado a los trabajos pormenorizados donde se han originado las siguientes líneas (7, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23).

A.—CONDUCTA INMEDIATA

a) *Radiografía*.—Del Cuarto de Admisión donde se hará un resumen de los datos anamnésticos y de los obtenidos por la exploración clínica, el paciente pasará al Departamento de Radiología, al que se pedirán placas simples de abdomen en posición vertical y horizontal.

b) *Intubación.*—La intubación nasodigestiva debe establecerse apenas llegue el paciente a la sala de su destino: en los casos de obstrucción reciente basta una sonda de Levin a la que se conectará succión continua, con lo que se logrará vaciar el estómago de líquidos y gases deglutidos previniendo la posible aspiración del contenido estomacal durante la anestesia y el postoperatorio inmediato; en la obstrucción tardía en que el intestino está distendido por gases y líquidos se necesita una sonda larga del tipo Miller-Abbott, Kaslow, Cantor o Harris, a la que también se adaptará succión continua.

c) *Exámenes Complementarios.*—Debe efectuarse una toma de sangre y ordenar las determinaciones del Hematócrito, Contaje y Fórmula Globular, Tipo Sanguíneo y estimación de química plasmática (Na, K, CO₂, pH, N. N. P.) Debe utilizarse la misma aguja que extrajo la sangre para iniciar la infusión intravenosa de Solución Isotónica de Dextrosa, en espera de la respuesta del Laboratorio. En casos recientes es muy improbable que el hematócrito o la bioquímica demuestren anormalidades serias, pero esa determinación será útil para referencia en caso de futuros trastornos. En los casos tardíos son de gran importancia, pues indican el tipo de infusión a emplear. Mientras llegan los resultados se completan los datos anamnésticos y el examen físico y se prepara al abdomen para una eventual intervención quirúrgica.

d) *Líquidos Intravenosos.*—En cuanto más tardío sea el caso, en cuanto más copiosos hayan sido los vómitos y mayor sea la distensión, mayor será la necesidad de administrar líquidos intravenosos. La cuantía de esta infusión depende más de respuestas clínicas que reglas rígidas: restauración estable de la presión arterial y pulso; calor, buen color y adecuado llenado venoso de las manos. Berry opina que cuando una obstrucción mecánica es identificable en la placa simple debe presumirse que hay un déficit de 1.000 a 1.500 mi., aunque no haya vómito; una obstrucción bien establecida puede tener un déficit de 3.000 mi. y un pulso rápido con presión arterial descendente sugieren que la deshidratación puede alcanzar las cifras de 4.000 a 6.000 ml.

Es de suma importancia el tipo de solución a inyectar. Si el CO_a es menor de 22 mEq deben darse 1.000 mi. de Solución 1/6 Molar de Lactato Sódico con la condición que no haya "shock electrolítico"; en este último caso es preferible una solución de bicarbonato sódico. Si el CO_a es mayor de 29 mEq, debe recurrirse a las soluciones de Cloruro Sódico al 3% en la cantidad de 500 mi. En ausencia de cambio significativo del CO₂ pueden utilizarse 500 mi. de la solución de lactato y 250 mi. de solución de cloruro sódico al 3% o igual cantidad de Solución de Hartmann.

A continuación de esas soluciones debe seguirse con la administración de 1.000 mi. de carbohidratos al 5 ó 10% que desde un comienzo se había iniciado y que había sido interrumpida para la corrección electrolítica.

Es conveniente verificar por intermedio del laboratorio los beneficios obtenidos con la terapia correctiva con el fin de tener constancia de su corrección o la indicación para continuar la misma.

Las pérdidas de K deben principiarse a tratarse hasta que se haya obtenido una adecuada eliminación renal.

Finalmente, en casos de obstrucciones estrangulantes pueden perderse cantidades apreciables de sangre y es imperativa la administración de transfusiones sanguíneas en la preparación preoperatoria del paciente.

e) *Otras medidas.*—Aunque no hay evidencia clínica de la efectividad de los antibióticos en obstrucciones no perforadas, sí existen pruebas experimentales en tal sentido. Por tanto, se indicarán antibióticos en los casos que se crea que haya contaminación peritoneal y se abstendrá de su uso inicial mientras no exista tal temor.

Se asegura que experimental y clínicamente se ha demostrado el beneficio obtenido con la inhalación de altas concentraciones de oxígeno.

B.—CONDUCTA POSTERIOR

Llegados a esta altura debemos considerar separadamente los casos de obstrucción simple de los de obstrucción estrangulante.

I.—OBSTRUCCIÓN SIMPLE. Examinaremos brevemente algunas de las posibles causas de la misma.

Adherencias postoperatorias recientes.—Si en un período de 24 horas hay mejoría apreciable y se logra la expulsión de gases por recto, puede suspenderse la succión y observar al paciente; de no reaparecer la obstrucción en las siguientes 24 horas, continuar la observación por un tiempo prudencial. Si apenas se suspende la succión se instala nuevamente la obstrucción, reiniciar el tratamiento que será seguido por intervención quirúrgica. Si en el período inicial de 24 horas no hay mejoría, debemos llevar al paciente a Sala de Operaciones, pues no toda obstrucción postoperatoria es debida a adherencias, bridas o edema, ya que pueden haber estrangulaciones iatrogénicas.

Adherencias postoperatorias antiguas.—Una vez lograda la mejoría del paciente, debe ser intervenido quirúrgicamente.

Impactación fecal.—Si se tiene seguridad en tal diagnóstico, la intervención debe ser desechada y substituida por el tratamiento médico apropiado.

Obturbación por vermes.—En los casos de obstrucción intestinal por ascárides en que no se obtiene una respuesta favorable con el tratamiento médico, está aconsejada la intervención quirúrgica. En aquellos otros en que el diagnóstico se establece en el acto quirúrgico, Aiken y Dickman aconsejan que si el intestino no está muy dilatado y si la obstrucción es incompleta, la enterotomía posiblemente no es necesaria; si está muy dilatado, completamente obstruido, dudosamente viable y cubierto de exudado, los autores mencionados creen que la enterotomía puede ser dificultosa, séptica y la sutura insegura por las cualidades migratorias de los vermes que aún permanezcan en la luz intestinal. Ellos aconsejan en este caso efectuar la resección y la anastomosis aséptica o, mejor, la resección con abocación de los extremos intestinales a la pared abdominal con anastomosis tardía, cuando el "estado general se haya mejorado por la debida corrección de los déficits acuoso y electrolítico.

Otras circunstancias.—Si no se tiene diagnóstico etiológico de la obstrucción simple deberá intervenirse temprano, si no hay desequilibrios para no dar oportunidad a que se produzcan, o tarde, una vez que se corrian los que se presentaron al ingreso. Si la obstrucción simple radica en el colon distal con válvula ileocecal competente, hay que acelerar la intervención por el peligro de perforación del asa cerrada; en este caso la intervención podrá ser simple y preliminar u otra intervención mayor; cecostomía o colostomía.

II.—Obstrucción estrangulante.—Se considerarán dos grupos.

Hernias externas estranguladas.—La reducción por posición, analgésicos, relajantes musculares y manipulación puede ocasionalmente dar buenos resultados en las primeras 5 horas. En todos los casos en que se sospeche lesión vascular debe efectuarse la intervención después de la preparación apropiada, si es que está indicada. En la práctica, todo paciente visto antes o después de 48 horas de estrangulación debe ser considerado como reciente o tardío, respectivamente. En los casos recientes, una vez efectuada la intubación e iniciada la infusión hidratante, se hará la intervención lo más pronto posible, con lo que se obtienen los mejores resultados. En los casos tardíos en que la distensión y deshidratación no ha sido muy marcada, una espera de 6 a 8 horas serán suficientes; si la distensión es marcada y el desequilibrio es severo, una espera reitutiva de 12 a 16 horas está justificada.

Otros tipos de estrangulación.—En casos de vólvulo y estrangulación interna, el tratamiento es obligatorio con un mínimo de retardo aproximado de 1 hora que se utilizará para preparar al paciente, medicación preanestésica, suministro de sangre, plasma o infusión intravenosa adecuada y, probablemente, antibióticos. La corrección

de los desequilibrios no se consigue antes de la intervención sino que se continúa durante la intervención y en el postoperatorio; igual cosa puede decirse de la distensión. En el caso particular del vólvulo reciente del sigmoide, puede intentarse la corrección no operatoria con la ayuda de un sigmoidoscopio y un tubo rectal, debiendo ser efectuada dicha corrección por manos experimentadas; si se comprueban signos de necrosis, debe desistirse del intento y recurrir a la cirugía. Las informaciones a este respecto parecen ser alentadoras, pero hacen énfasis en la frecuencia de la recurrencia (60%) si no se hace la resección posterior del sigmoide redundante.

En casos de invaginación en niños que acudan al médico antes de las 30 horas N que no muestren signos de irritación peritoneal, puede intentarse la reducción con bario bajo control radiológico; si no se consigue tal reducción o ésta es incompleta, hay que recurrir a la cirugía como también hay que hacerlo en los casos de más de 30 horas o que demuestren irritación peritoneal. En los adultos no parece indicado tal procedimiento por la frecuencia con que la misma es producida por neoplasias malignas.

CONCLUSIONES

De la revisión de los casos de Obstrucción Mecánica del Intestino que hemos estudiado, debemos concluir:"

1.—Que es una eventualidad relativamente frecuente en nuestro medio, con mayor incidencia en el sexo masculino y máxima ocurrencia en la 3, 4 y 5 décadas de la vida.

2.—Que la causa predominante es la hernia externa estrangulada, seguida muy cerca por la ocasionada por bridas o adherencias.

3.—Que si en el sexo masculino ocupa un lugar predominante la hernia inguinal estrangulada, en el sexo femenino ésta es desplazada por la hernia crura estrangulada.

4.—Que las obstrucciones radican preferentemente en el intestino delgado.

5.—Que las variedades simples y estrangulantes se presenten casi en iguales proporciones, con un ligero predominio de las últimas.

6.—Que en la obstrucción simple el dolor es generalmente de tipo cólico, generalizado o ubicado en las zonas medias, usualmente sin defensa muscular, con ruidos intestinales aumentados o normales, excepcionalmente se hace la comprobación en el adulto de masas palpables intra-abdominales y no se encuentra manifiestamente comprometido el estado general, por lo menos en los períodos iniciales.

7.—Que en la obstrucción estrangulante el dolor es frecuentemente de tipo continuo, ubicado en las hernias estranguladas, menos a menudo en las zonas medias y excepcionalmente se generaliza; en la mitad de los casos hay defensa parietal con ruidos intestinales disminuidos o ausentes, con ocasional comprobación de masas palpables y frecuentes manifestaciones sistémicas y alteración del estado general, aún en sus comienzos.

8.—Que la diferenciación clínica entre la variedad simple y estrangulante, aunque factible, está rodeada de muchos escollos.

9.—Que en la patogenia de la enfermedad tiene un papel relevante el desequilibrio hidroelectrolítico.

10.—Que la radiología es la más importante ayuda en el diagnóstico.

11.—Que nuestra mortalidad es semejante a la informada en Otras estadísticas, siendo la obstrucción estrangulante la que mayor número de muertes proporciona.

RESUMEN

1. Se informan 120 casos de Obstrucción Mecánica del Intestino ocurridos en un lapso de 4 años en el Hospital General y Asilo de Indigentes de Tegucigalpa.

- 2.—Se revisan datos relacionados con la frecuencia.
- 3.—Se analiza la- sintomatología de la obstrucción simple y se compara con la sintomatología de la obstrucción estrangulante.
- 4.—Se destaca la importancia de la ayuda radiológica.
- 5.—Se estudia la mortalidad.
- 6.—Se insinúa una línea de conducta terapéutica,

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—DA VIS, L.: Christopher's Textbook of Surgery, W. B. Saunders Company, Philadelphia & Londres, p. "701-1960.
- 2.—WBLCH, C. E.: Obstrucción Intestinal. Editorial Interamerieana, S. A., México, ps. 52, 235, 346 y 348-1959.
- 3.—BRIGGS, D. F., Carpatios, J. y Zollinger, R. W.: Intussusception in Adults. The Amer. Jour. of Surg. 101:1909, 1961.
- 4.—BERRY, R. E. L.: Acute Obstruction of the Colon. The S. Clin, of North America. Nationwide Nuimber: 1373 Octubre, 1955.
- 5.—GERWIG Jr., W. H.: Volvulus of the Colon. The S. Clin, of Norts America. Nationwide: 1935 Octubre, 1955.
- 6.—BEQKER, W. F.: Acúte adhesive ileus: Study of 421 cases with particular reference to abuse of tube descompression in treatment. Surg., Gynec. & Obst. 95:472, 1952.
- 7.—BERRY, R. E. L.: Obstruición of the Small and Large Intestine. The S. Clin, of North America 39:1267, 1959.
- 8.—BERRY, R. E. L.: Obstructson of the Small Bowel. Supplements to Annals of Surg. 154:102, 1962.
- 9.—SHAHON, D. B.: Current Concepts in the Management of Intestinal Obstruotion. Postgrad, Medicine 29:253, 1961.
- 10.—PERRY; Jr., J.%, Von Orasen, S. C. y Wangesteen, O. H.: Stwlies in the recognition of strangulating intestinal obstruction with special reforeince to the valjie
- 11.—MCKITTRICK, L. S. y Sarris, S. P.: Acude mechanical obstruction of the small bowel: Diagnosis and treatment. New England Jour. Mecí. 222:611, 1940.
- 12.—WTLLOX, G. L. y MacKenzie, W. C: Acude Intestinal Obstruction. The S. Clin. of North America 40:1183, 1960.
- 13.—WALDRON, G. W. y Hampton, J. M.: Intestinal Obstruction: A half century comparativ© analysis. Annals of Surg. 153:839, 1961.
- 14.—DRUGAS, T. G. y Schiff, C. A.: Acute obstruction of the ;small intestine: Analysis of Ig4 cases. A. M. A. Arch. Surg. 68:612, 1954.
- 15.—MacKENZIE, I.: Management of strangulated hernia. The S. Clin, of North America 40:1367, 1960.
- 16.—PAYNE Jr., R. B. y McAp'ne, R. E.: Obstruction of the coloin: Resection in two , : stages. Annals of Surg. 153:871, 1961.
- 17.—KELLOG, H. B. y Bill Jr., A. H.: The treatment of Intussusception: An evaluation ót surgical anid Barium enema reduction in a series of eighty cases. The American Jour. of Surg. 101:626, 1961.
- 18.—COTLAR, A. M. y Cohn Jr., I.: Intussusception in Adults. The American Jour. of SHirg. 101:114, 1961.
- 19.—DRAPANAS, T. y Stewart, J. D.: Acute Sigmoid Volvulus. The American Jour. of Surg. 1&1:70, 1961.
- 20.—WANGESTEEN, O. H.: Oclusión Intestinal. López & Etchegoyen, S. R. L. Buenos Aires, 1953.
- 21.—MARCUS, E.: Problems in fluod and electrolyte imbalance and their management. The S. Clin, of North America. 42:35, 1962.
- 22.—LAUFMAN, H,ny Nora, P. F.: Physiological Problems Underlyisttg Intestinal Stran- gulation Obstruction. 42:219, 1962.....
- 23.—AIKE3N, D. W. y Dickman, F. N.: Surgery in Obstruction of Small Intestine due to Ascariasis. The J. A. M. A. 164:1317, 1957.
- 24.—SALTZSTEIN E. C., Wimam, J. M. &Freeark, R. J.: Gangrenous Intestinal Obs- truction. Surg. Gyn. & Obst. 694:114, 1962.

Lumbosacralgia

(Estudio de 107 Casos)

TRABAJO PRESENTADO AL III CONGRESO CENTROAMERICANO DE
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, SAN JOSÉ, COSTA RICA

Por el Dr. César Augusto Zúniga
(Clínica Centro Médico Hondureño)

El alcance de este trabajo es el de comunicar a Uds. los diferentes diagnósticos que se encontraron en la revisión de 107 fichas de pacientes que consultaron por dolor lumbar. La revisión se ha hecho en un período de ocho años y aunque el número de pacientes es mucho mayor, solamente en 107 protocolos se pudo obtener una información completa, y controles de más de cinco años en los enfermos. Presentaremos a Uds., las cifras correspondientes a nuestros hallazgos y al final enfocaremos el tratamiento por flexión, que ha sido el que mejores resultados nos ha dado. En lo referente al examen físico, diremos que debe cuidarse el hacerlo con el paciente desnudo y enfocado a cinco tiempos: inspección, palpación, percusión, mediciones y exploración del sistema nervioso. Verificado en esta forma estaremos en capacidad de obtener la información suficiente para orientar nuestro diagnóstico, previo el uso de otros elementos como son, la radiografía con o sin contraste y algunas informaciones de laboratorio. Junto con los datos de anamnesis, los cuales deben tomarse con la mayor precisión y habilidad y los datos suministrados por un buen examen físico, podremos puntualizar exactamente sobre los caracteres, localización y distribución del dolor, datos que serán definitivos en la elaboración diagnóstica.

DIAGNOSTICO

El síntoma primordial de dichos enfermos es el dolor lumbar con irradiaciones hacia los lados, a la articulación sacroilíaca y en otros casos, hacia la cara posterior del muslo o más abajo aún. Otra, irradiación rara, es hacia la ingle y a la parte interna del muslo. La mayoría de las veces la instalación del dolor es aguda y corresponde clínicamente a un esguince lumbar en otros casos, el dolor es moderado persistente por mucho tiempo, y en estos casos casi siempre la, causa es una anomalía vertebral o un padecimiento crónico de naturaleza inflamatoria o tumoral. El dolor va aparejado de contractura muscular y de limitación de movimientos. La elevación de la pierna extendida puede o no despertar dolor en el trayecto del ciático. Es conveniente la eliminación de causas de orden ginecológico o urinario que no en pocas circunstancias pueden engendrar un dolor lumbar de carácter agudo o crónico. El dolor de la parte anterior del muslo, de la ingle y del abdomen bajo, puede indicar lesión de tercera o cuarta vértebra lumbar. La articulación sacro-ilíaca da su dolor en la parte posterior del muslo irradiado a veces a la rodilla; el dolor de la parte lateral y posterior del muslo, pierna y parte lateral del tobillo y del pie, puede ser significativo de una lesión de 4* ó 5° disco lumbar. Mucho cuidado habrá que tener con dolores lumbares de irradiación genital y a la cara interna de los muslos que puede ser consistente con un padecimiento urinario. La inspección nos dará una información sobre las deformidades como escoliosis, cifosis, lordosis, desnivel a nivel

de las escápulas, inclinaciones de la pelvis, acortamiento de tronco y defecto de los pies. La palpación verificada en dos fases: 1) una palpación suave y cuidadosa para descubrir contracturas musculares, hipertonías, etc., prominencias de apófisis espinosas, irregularidades articulares, tumores, etc.; 2) una forma más fuerte se empleará para descubrir dolores profundos para-vertebrales. Las maniobras de percusión se harán con el puño cerrado a todo lo largo de la columna para descubrir áreas dolorosas muy significativas de procesos inflamatorios, tumorales y otros. La exploración de la movilidad activa y pasiva de la columna nos informará sobre las limitaciones de movimiento de la misma. Las características determinadas en este aspecto i por las distintas lesiones vertebrales, son de una gran variabilidad y sólo a riesgo de mucho error se podría intentar decir los tipos de limitación de movimientos que son **característicos** de tal lesión. Es conveniente verificar un examen cuidadoso de la articulación de la cadera al mismo tiempo que el de la columna, así como también la exploración de la fascia lata.

La desigualdad de los miembros inferiores es una causa bastante frecuente de trastornos dolorosos y éstas deben ser establecidas mediante esta fase del examen llamado mediciones. Lo mismo habrá que medir en perímetro los miembros inferiores para determinar atrofas musculares.

La última etapa del examen físico estará dirigida a la investigación del sistema nervioso y en ésta se investigará la actividad de los reflejos de las extremidades inferiores, y la sensibilidad de las dermatomas de ambas extremidades inferiores. Se explorará cuidadosamente la fuerza muscular de algunos grupos de músculos. El reflejo de Aquiles indica lesión de la quinta raíz cuando está disminuido o ausente. El reflejo rotuliano disminuido o ausente indicaría la lesión de la cuarta o tercera raíz lumbar. Los cambios de sensibilidad (disminución) en la parte lateral del talón indicarían una lesión de la primera raíz sacra; hipoestesia de la punta del dedo gordo, lesión de la quinta raíz lumbar. Hiposensibilidad de la región superoexterna de la pantorrilla, lesión de la cuarta raíz lumbar. Disminución de la sensibilidad en la parte antero-interna del muslo nos indicará una lesión de la tercera raíz lumbar.

La debilidad de la extensión del dedo gordo nos indicaría una lesión de la quinta raíz lumbar; y asimismo las atrofas musculares correspondientes a la distribución de las raíces lumbosacras llamarán nuestra atención en el caso de presentarse

RADIODIAGNÓSTICO

Todo paciente con dolor lumbar debe ser radiografiado. Se ordenarán radiografías laterales centradas en la articulación lumbosacra, proyección anteroposterior con enfermo de pie, radiografías oblicuas, derecha e izquierda. Algunos autores recomiendan una radiografía en flexión. Con estas radiografías podemos cuidadosamente buscar una serie de lesiones que pueden ser responsables de la lumbalgia, unas veces varias lesiones podrán combinarse en la misma radiografía. Con estos estudios radiográficos se puede descubrir el estrechamiento del espacio intervertebral que algunos le dan una gran importancia, pues es significativo de degeneración, aplanamiento o protrusión discal; se pueden descubrir anomalías congénitas, vértebras transicionales, espinas bífidas, desviaciones en el eje de la columna, procesos destructivos, deformaciones, incongruencias de facetas articulares, espondilolestesis, etc. En algunas circunstancias cualquiera de estos hallazgos puede ser el causante de la lumbosacralgia, pero en otros casos, la presencia de uno de estos defectos no es en sí el responsable del dolor lumbar.

Los procedimientos de radiografías con contraste, ya sea soluble en medio oleoso u acuoso, suelen usarse con restricciones, algunos lo recomiendan exclusivamente como un acto pre-operatorio, es decir, no a todo paciente con dolor lumbar hay que hacerle mielografía. Otros procedimientos realizables durante el acto quirúrgico, como la discografía o la exploración del disco mediante la inyección de suero fisiológico, como lo ha preconizado Harmon, son de una técnica bastante difícil y no

al alcance de todos aquellos que hacen cirugía espinal. En algunas circunstancias sera de utilidad hacer uso de la investigación de laboratorio para hacer un diagnóstico diferencial o reforzar el que se ha elaborado mediante la información clínico-radiológica. Hay que hacer uso racional de la investigación del ácido úrico, de las reacciones de artritis reumatoidea, proteína C reactiva, dosificación de fósforo, calcio y proteínas, algunas reacciones de tipo específico (Brucelosis, T.B.C.)

TRATAMIENTO

El grupo de nuestros pacientes ha sido bajo dos conceptos distintos, el grupo de pacientes agudos y el de crónicos. Consideramos agudo al paciente que relata la instalación de un dolor en época reciente, de carácter agudo y en la mayoría de las veces relacionado con un acto mecánico. Consideramos crónico al paciente que manifiesta un dolor de larga data y con episodios repetidos y alternantes de mejoría y de dolor.

Considerando que el dolor lumbar en la mayoría de los casos tiene su base en la contractura de elementos músculo-aponeuróticos de la columna, algunas veces condicionada por defectos congénitos o posturales, hemos puesto en práctica como rutina en el período inicial del tratamiento, las directivas del tratamiento en flexión. No hemos hecho una discriminación, entre los pacientes que puedan tener una radiculitis por disco o aquellos cuyo padecimiento fuera un esquinque lumbar. Este tratamiento consigue la flexión de la pelvis, la apertura de los agujeros de conjunción, la relajación de músculos, aponeurosis, cápsulas y ligamentos lumbares, condiciones que se anteponen a la extensión de la pelvis, disminución del espacio de conjunción, y contracturas músculo-aponeuróticas, condiciones todas estas últimas responsables en alguna forma del mecanismo de producción del dolor lumbar. Cuando hemos obtenido alguna mejoría mediante la posición flexionada del paciente, empezamos un programa de ejercicios en la cama cuyo objetivo es, flexionar la pelvis, en la articulación lumbosacra, y otros tendientes a fortalecer la musculatura dorso-abdominal.

Durante esta parte del tratamiento suministramos a nuestros enfermos, analgésicos, relajantes musculares, calor local (bolsa caliente, cojín eléctrico, diatermia, etc.); en algunos casos se ha recurrido a la tracción de los miembros inferiores. Con esta forma de terapéutica se obtienen buenos resultados en aquellos pacientes seleccionados sin padecimiento crónico; en un período prudencial de 2 a 4 semanas se pueden rehabilitar a sus ocupaciones en forma progresiva, y sin soporte en algunos casos.

Los casos crónicos, mejoran poco y muy lentamente con este tratamiento y como en ellos la causa del dolor radica en lesiones locales o generales de la columna tales como: artritis de distinto origen, defectos congénitos (vértebras transicionales, espina bífida, etc.), defectos posturales, tumores y otros, es obvio decir que estos enfermos estarán sujetos a una terapéutica dirigida específicamente a su causa, que casi siempre es médico-quirúrgica y por lo tanto estos enfermos poco deben esperar de un tratamiento conservador.

Por todo lo antes dicho, podrá deducirse que nuestra experiencia es bastante pequeña en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar. Hemos orientado la terapéutica en forma conservadora en el mayor número de pacientes que aun cuando hayan tenido protrusiones discales, han mejorado con las indicaciones conservadoras. Creemos que sólo los pacientes con un proceso' severo que invalida en grado alto, o paciente joven a quien no se puede restringir mucho en sus actividades diarias por la índole de su ocupación, deben ser candidatos a la exploración final. Nos colocamos en una situación no en contra de la cirugía, pero sí, hay que seleccionar bien los pacientes. Según la experiencia de algunos hospitales, la cirugía espinal no ha sido muy agradecida, especialmente, si además de la exploración del disco, se agrega un injerto. Es necesario tener en cuenta que muchas veces los discos no se encuen-

tran y si se encuentran y extirpan no llevan consigo la remisión del dolor. La posibilidad de malos resultados se aumenta por los defectos de rehabilitación del enfermo. No podemos hacer una defensa cerrada o sistemática del tratamiento conservador, pero sí estamos seguros de que cuando un paciente es colaborador y cuando la causa del dolor es superable, la observación exacta de las indicaciones conservadoras y el cuidado de una buena higiene de la espalda, darán un positivo beneficio a nuestros enfermos, reservando las técnicas operatorias para aquellos casos cuyas características especiales los hagan merecedores al acto operatorio.

OSTEOARTRITIS: TOTAL 23 CASOS

Edad: 32 a 85 años
Sexo: M. 11 F. 8

PATOLOGÍA ASOCIADA		LOCALIZACION Nº DE CASOS
Sacralización	, DXII y LI	1
Degeneración discal.....	LV	1
Degeneración discal	LIV y LV	1
Espina bífida	SI	1
Fractura cuerpo	LII	1
		TOTAL
TUMORES		5
Metastásico: 3		
Mieloma Múltiple: 2		
Edad: 41 a 63 años		
Sexo: M. 4 F. 1		
ESPONDILOLESTESIS		3
Anterior		2
Posterior		1
Edad: 22 a 40 años		
Sexo: M. 2 F. 1		
SACRALIZACIÓN LUMBAR		3
Edad: 18 a 26 años		
Sexo: M. 1_FV_2		
LUMBARIZACION DEL SACRO		9
Edad: 18 a 26 años		
Sexo: M. 2 F. 7		
PATOLOGÍA ASOCIADA:		
Degeneración Discal	L, IV y LV	1
Neoarticulación		1
Espina Bífida		1

		TOTAL
ESPINA BIFIDA		8
Edad: 23 a 56 años		
Sexo: M. 3 F. 5		
OSTEOPOROSIS		8
Senil		6
Menopáusica		2
Edad: 38 a 85 años		
Sexo M. 2_F 6		
ASOCIADA A APLASTAMIENTO DE D XII		1
ESCOLIOSIS		7
Edad: 18 a 27 años		
Sexo: M. 5 F. 2		
PROTRUSION DISCAL		2
Edad: 21 a 28 años		
Sexo: M. 2		
CASOS NEGATIVOS A RX.....		33

S Í N T O M A S

Dolor Agudo	40%
Dolor Crónico	67%
Contracturas	37%
Escoliosis Defensa.....	4%
Lasegue Positivo	9%

Disminución Reflejos

Patelar	3%
Aquileo	2%

Parestesias

Pie	1%
-----------	----

Atrofias Musculares

Pierna y Muslo Derecho	2%
------------------------------	----

TRATAMIENTOS

Rutinario	92
Por Flexión	9
Por Tracción Ext. Inf.....	2
OPERACIONES:	
Disco	2
Escoliosis	1
Inestabilidad.....	2

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—A. RUIZ MORENO Y M. H. PINES: Tratamiento de la Artritis Reumatoidea con Benemid. Arch. Interam. Reumat. Vol 1, N° 1. Pág. 46.
- 2.—J. H. TALBOTT: Ccurrent Concepts in Gout. Arch. Interam. Reumat. Vol 1, N° 1. Pág. 86.
- 3.—CHARLES M. PLOTZ: Serological Test, in Rheumatoid Arthritis. Arch. Interam. Rheumat. Val 1, N* 1. Pág. 35.
- 4.—PAUL J. VINCENT: Marshall R. Vrist. The appeavance of osteoporosis in Ambulatory Institutionalized Males. Clinical Orthop. N» 19. P. 245-250.
- 5.—PAUL C. WILLIAMS: Examination an Conservative Treatment for Disk Lesions of the lower Spine., Clinical Orthop N' 5. Pág. 28-35.
- 6.—LOUIS BRECK: Mario Palofox. Conservative Treatment of lumbosacrai Backache Outline of Flexión ^lanagement. Clinic. Orthop. N° 5. Pág. 41-57.
- 7.—SPENCÉiR T. SNE3>ECOR: Andrew Roof. The Industrial Back. Olinioal Study. Clin. Orthop. N» 5. 65-66.
- 8.—GERALD GtLL. HUGH L. WHITE: Mechanism of Nerve Root Compression and Irritaüon in Backaeihe. Clin. Orthop. N» 5, 66-82.
- 9.—HERMÁN YOUNG V. GRAFTON LOVE: Low Back and Sciatic Pain. Clin Orthop N» 5. 128-130.,
- 10.—GEORGE S. PHALEN: Backache: caused by Vascular Deseas© Clin Orthop. N" 5, 149-152.
- 11.—JOHN McMENELL: Manipulation and the treatment of low Back pain Clin. Orthop. N» 5, 82-97.

Cáncer De la Mama

I Dr. Virgilio Banegas M. (*)

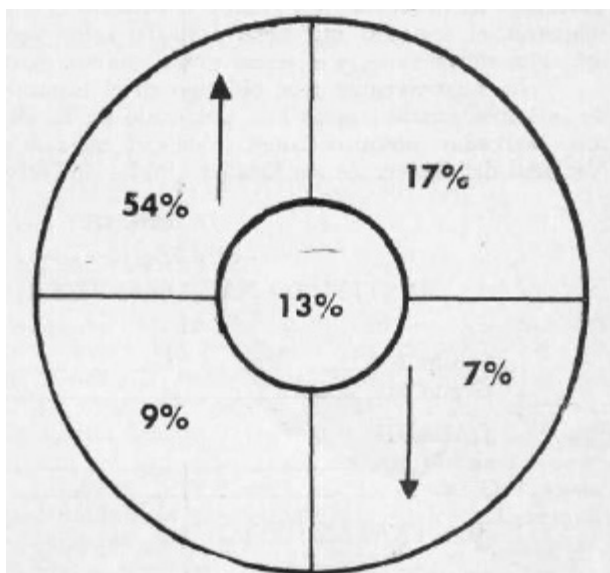


FIG. I

Haremos una revisión del pronóstico y tratamiento del cáncer de la mama, ya que su diagnóstico debe basarse en la actitud y en la estricta vigilancia de los tumores o tumoraciones que hagan su aparición en la glándula mamaria. No discutiremos en este comentario el cáncer de la mama en el hombre.

Es una de las enfermedades que más producen la muerte en las mujeres; se considera que el 20% de todos los cánceres corresponden a la mama; su frecuencia más notoria es en las que han pasado de los cuarenta años y no se ha demostrado que la fertilidad sea condición para su apareamiento; más o menos el 50% de las que lo padecen son nulíparas.

Muchos tratamientos solos o combinados han sido propuestos y practicados, lo que demuestra que aún no se le ha encontrado una resolución absoluta al problema; sin embargo, se pueden sugerir pautas que sirvan como guía terapéutica. Es importante recalcar que cada caso debe ser evaluado individualmente; la evolución varía no sólo por su clasificación patológica, sino que cánceres del mismo tipo pueden evolucionar en diferente forma, a pesar de que el mismo tratamiento haya sido instituido, debido a que no se niega un estado biológico específico de los individuos y del mismo tumor, que es el que influye en su evolución y pronóstico.

Es importante recordar la frecuencia de la localización de la enfermedad en la glándula mamaria (figura I). El cuadrante superoexterno es el más afectado y afortunadamente el de mejor pronóstico; le siguen el superointerno, la región ae-reolar o central, el cuadrante inferoexterno y finalmente el inferointerno, que es el de peor pronóstico.

FIG. II

CLASIFICACIÓN PORTMANN

1.—PATOLÓGICA

- a) GRADO I
- b) GRADO II
- c) GRADO III

2.—EXTENSIÓN

(*) Profesor Titular de la cátedra de Clínica Quirúrgica de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La clasificación más sencilla (Fig. II) es en dos grandes grupos: la patológica, del cual nos ocuparemos en este comentario, y la clínica que se basa en su extensión. Portmann ha propuesto tres grados: el primero es el que está confinado a la glándula mamaria, el segundo que tiene invasión a los ganglios axilares, a la piel o a los músculos subyacentes, y el tercer grado cuando existen metástasis a distancia.

La supervivencia es el objetivo en el tratamiento del cáncer; gran cantidad de informes estadísticos se han publicado en la última década con diferencias no muy marcadas; nosotros damos fe en este artículo a la presentada por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norte América (Fig. III); véase en

FIG. III

*SUPERVIVENCIA INSTITUTO
NACIONAL DEL CÁNCER, USA.*

	5 años	10 años
Grado I	80%	60%
Grado II	44%	24%
DALAND:		
Grado I	77%	61%
Grado II.....	36%	21%
SIN TRATAMIENTO:		
	22%	5%

la misma figura la estadística presentada por Daland, cuyas cifras se aproximan mucho a la anterior; nótese el detalle que las mujeres no tratadas viven cinco años el 22%, quedando reducida al 5% a los diez años. Dos observaciones son consecuentes de este informe, primero: que existe un número de pacientes que llegan a vivir 10 años sin tratamiento, lo que viene a ratificar lo que expusimos anteriormente de que la influencia biológica es determinante en la alta o baja malignidad de los tumores, y segundo, que debe darse crédito al mayor número de pacientes que llegan a vivir 10 años, al tratamiento instituido.

Las metástasis que siguen siendo el mayor problema que confrontamos en esta enfermedad son por su orden de frecuencia (Fig. IV) huesos, ganglios, pulmo-

FIG. IV

METÁSTASIS

- 1.—HUESOS
- 2.—GANGLIOS
- 3.—PULMONES
- 4.—CICATRIZ
- 5.—MAMA OPUESTA
- 6.—HÍGADO
- 7.—ABDOMEN EN GENERAL

nes, recidiva en la cicatriz operatoria, mama opuesta y abdomen, incluyendo hígado; las del pulmón y las del hígado son las más resistentes a los tratamientos actuales.

El arsenal terapéutico con que se cuenta, es el que sigue: (Fig. V) cirugía sola, radioterapia sola, cirugía y radioterapia, hormonas y compuestos químicos, ovariectomía, adrenalectomía e hipofisectomía.

La cirugía es el método primordial en el tratamiento y va desde la mastectomía simple hasta- la suprarradical; es más, su ingerencia en la extirpación de las glándulas de secreción interna como tratamiento paliativo de la enfermedad. La mastectomía simple está indicada en los casos de tumor avanzado y ulcerado como medio higiénico y estético; sin embargo, McWhirter ha dado un informe de este

FIG. V *MÉTODOS TERAPÉUTICOS*

- a) MASTECTOMIA SIMPLE
- | | | |
|------------|------|---------------|
| 1.—CIRUGÍA | b) „ | RADICAL |
| | c) „ | SUPRARRADICAL |
- 2.—RADIOTERAPIA 3.—CIRUGÍA Y
RADIOTERAPIA 4.—HORMONAS Y
COMPUESTOS QUÍMICOS 5.—OVARIECTOMIA
BILATERAL. 6.—ADRENALECTOMIA
BILATERAL 7.—HIPOFISECTOMIA

método combinado con radioterapia en cánceres de segundo grado y los resultados no han dejado de ser interesantes, puesto que la supervivencia ha sido de un 42% a los cinco años; a pesar de ello, la mayoría de los autores están de acuerdo en que la resección simple de la mama debe ser usada muy raramente. La cirugía más en boga es la que se ha estado practicando desde que Halsted y Meyer introdujeron la mastectomía radical, la que ayudada por una pronta radioterapia, ha dado los mejores resultados. La mortalidad es casi nula, difícilmente llega a un 0.4% y las complicaciones no pasan de ser edema del brazo y limitación de la función articular del hombro por cicatriz viciosa. Está indicada en los grados uno y dos y se contraindica en los casos avanzados con metástasis a distancia y que el riesgo operatorio sea problemático en vista del mal estado general de la paciente. Hace algún tiempo todavía se propugnaba por la mayor extirpación de la piel haciendo injertos inmediatos; se ha demostrado que el cierre primario de la herida no aumenta la recurrencia del tumor en la cicatriz; de manera que la incisión puede hacerse a unos 5 ó 6 centímetros por fuera del tumor, obteniendo así, colgajos suficientes para el cierre total de la herida, esto proporciona la pronta aplicación de la radioterapia, a los diez o doce días después de la intervención.

Urban y Wangestten han ido más adelante, el primero introduciendo la extirpación de los ganglios mamarios internos y el segundo haciendo la resección de los ganglios supradaviculares, mamarios internos, para-externales y mediastinales, a lo que ha llamado mastectomía suprarradical; estos autores han demostrado que el 57% de los cánceres de grado II tenían invasión a cualesquiera de los grupos ganglionares mencionados. La suprarradical puede hacerse en dos tiempos o en uno solo; en esta última forma la mortalidad se eleva al 12.5% y la morbilidad es mucho mayor; la mortalidad baja a la mitad cuando la intervención se hace en dos tiempos, pero en esta forma se pierde en parte el objetivo que lleva en sí la mastectomía suprafradical. A pesar de llevar a cabo estas extensas intervenciones, la supervivencia no ha aumentado y por consiguiente, no es la contestación al problema. Se nota que el criterio operatorio varía y algunos autores hacen biopsias primero de los ganglios paramamarios para decidir la intervención.

La radioterapia es la gran colaboradora de la cirugía, su aplicación presenta en algunos casos complicaciones que impiden la continuación del tratamiento, las náuseas y vómitos pueden ser acentuados acompañándose de profundo malestar general, el eritema y la descamación de la piel son frecuentes, la más grave es la neumonía por radiación. El uso reciente de la terapia con dos millones de voltios da esperanza de que se beneficien mayor número de pacientes. Este método puede usarse paliativamente en las metástasis óseas y ganglionares, no teniendo efecto sobre las pulmonares ni las hepáticas.

La estrecha colaboración de la cirugía y la terapia es quizás la base del tratamiento primario de la enfermedad que nos ocupa, es por hoy, lo mejor que podemos ofrecer a nuestros pacientes; esto es lo que personalmente hemos usado y los resultados obtenidos son satisfactorios,

El primer cáncer en que se ha demostrado la influencia endocrínica en su desarrollo y evolución ha sido el mamario; aunque no está muy claramente explicada la acción hormonal, está bien demostrado que rompiendo su "status", ya dando dosis masivas o bien extirpando las glándulas que las producen, son capaces de detener su desarrollo y de limpiar el organismo de sus metástasis.

El control del cáncer mamario por el uso de hormonas puede resumirse en tres condiciones: 1) Lesiones primarias avanzadas. 2) Complementario con otros tratamientos. 3) Para las recurrencias o metástasis.

El tratamiento hormonal está basado en tres grupos: andrógenos, estrógenos y esteroides de la suprarrenal.

Andrógenos.—Aunque no está bien determinado su mecanismo de acción en la regresión de las metástasis óseas principalmente, se ha considerado que neutraliza los estrógenos circulantes o bien que al administrar altas dosis produce una depresión de la actividad hipofisaria. Su indicación precisa es en las metástasis óseas y actúa más eficazmente en las pacientes menopáusicas dentro de los primeros 10 años. La mejoría aparece a las tres o cuatro semanas, consistiendo en calcificación de las lesiones osteolíticas, disminución de las lesiones en los tejidos blandos y mejor estado general. Aproximadamente en el 10% de los casos tratados se desarrolla una hipercalcemia, aumento del tumor y de las destrucciones óseas; se explica esto porque el organismo convierte los andrógenos en estrógenos y estradiol; es cuando la indicación terapéutica debe suspenderse; hay que evitar las dosis masivas que producen masculinización: hirsutismo, acné, ronquera, aumento de la libido y el edema por retención de sáK . El medicamento usado generalmente ha sido el propionato de testosterona, pero últimamente se ha estado ensayando con buenos resultados sustancias derivadas o reformadas de las hormonas sexuales, con el principal objeto de evitar la acción virilizante. El fenil-propionato de nor-androsterolona o el penpropionato de nandrolona han evitado los efectos masculinizantes, la hipercalcemia y los efectos contradictorios por la supuesta conversión de la testosterona en estrógeno; en tal virtud, los efectos son anabólicos y no androgénicos, mejoran el apetito, hay aumento de peso, desaparición del dolor y bienestar general.

Estrógenos.—Haddow, en 1935, introdujo el uso, de los estrógenos en el cáncer mamario después de demostrar la inhibición del tumor en cierto tipo de ratas. No deja de ser paradójico el efecto de los estrógenos, ya que se ha considerado como un agente estimulante del crecimiento de esta clase de tumores. Experimentalmente en ratas cancerosas que se han ovariectomizado, el uso de estrógenos en pequeñas cantidades estimula el crecimiento del tumor, mientras que dosis masivas inhiben su crecimiento. Su indicación más efectiva es en pacientes que ya tienen más de diez años de haber pasado su menopausia. Los preparados que han demostrado mayor su efectividad son: el stilbestrol o diethylstilbestrol, ethinyl stradiol y el benzoato de estradiol, siendo sus efectos secundarios: la pigmentación areolar, hipertrofia cardíaca, hemorragia vaginal, incontinencia urinaria y trastornos gastrointestinales. Debido a la facilidad con que los pacientes retienen líquidos, es muchas veces necesario administrar dieta hipoclorurada y diuréticos.

Los esteroides de la suprarrenal han sido usados para combatir el cáncer avanzado de la mama en un intento de disminuir la función pituitaria y producir una atrofia de la corteza suprarrenal. La prednisona y la prednisolona son las que producen menos problemas en la retención de los líquidos. Está indicado este tipo de tratamiento en las pacientes en que ha fallado otra terapéutica o en los casos en que se ha presentado hipercalcemia.

La mostaza nitrogenada es entre los compuestos químicos el que más se ha usado en el tratamiento de la mama y sus metástasis.

Deseando romper el equilibrio hormonal o bien modificar el status en que se encuentra, la cirugía vuelve a tomar ingerencia en el tratamiento paliativo para extirpar los ovarios, las glándulas adrenales y la hipófisis.

La ovariectomía bilateral que produce una gran disminución de los estrógenos y la preponderancia de los andrógenos, favorece los efectos anabólicos, produciendo la síntesis de las proteínas, osteogénesis y la hematopoyesis. Los beneficios de esta intervención se obtienen con mayor éxito en las pacientes premenopáusicas o en los primeros años de la menopausia, mostrando una disminución en los ganglios afectados, y de las metástasis óseas. Está demostrado que la extirpación quirúrgica da mejores resultados que la esterilización con rayos X, porque en este caso se ha llegado a encontrar gonadotropinas en la orina y excreción de estrógenos. La castración también ha sido usada como tratamiento profiláctico, es decir, dos semanas después de la mastectomía radical; lo que algunos autores han encontrado: retarda el tiempo en la aparición de las recurrencias. Aunque la mayoría de los cancerólogos están de acuerdo en el uso progresivo de los métodos a que nos estamos refiriendo, algunos usan la extirpación quirúrgica de las glándulas de secreción interna casi simultáneamente con la resección radical de la mama.

La adrenalectomía bilateral fue introducida en 1951 por Huggins, intervención que se pudo llevar a cabo con el descubrimiento de la cortisona. Experimentalmente se demostró que ratas carcinomatosas sometidas a la adrenalectomía mejoraban ostensiblemente, y en las que habían sido castradas previamente, se notaba una hipertrofia de las glándulas y el aumento de los estrógenos circulantes. La intervención en sí no ofrece problemas, la mortalidad y la morbilidad es nula. La; terapia sustitutiva actúa perfectamente bien y las pacientes llevan sus ocupaciones habituales sin dificultad. Uno de sus efectos asombrosos es la abolición del dolor, desapareciendo a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas. La recalcificación se lleva a cabo en pocos meses y personalmente hemos observado la consolidación de fracturas patológicas; tiene efectos además sobre las lesiones pulmonares, pleurales y de los tejidos blandos; la supervivencia máxima informada es de sesenta y seis meses. Se informa que la adrenalectomía bilateral y la castración simultánea dan resultados mejores que sólo verificando una de las dos; la edad más indicada es entre los cuarenta y sesenta y cinco años. Cuando la castración no ha dado resultados favorables, la adrenalectomía está mal indicada; lo contrario, si la ovariectomía y el uso de andrógenos han dado buenos resultados, al presentarse de nuevo la recurrencia de las metástasis, la adrenalectomía es una buena indicación. El carcinoma inflamatorio es uno de los beneficiados con este tratamiento.

La hipofisectomía en cáncer mamario data desde hace unos ocho años, su mortalidad es de 5%. Consecuente con el estado estrógeno-androgénico que bajo ciertas condiciones fisiológicas estimula el crecimiento del tumor, la hipofisectomía suprime estos factores estimulantes y trae como consecuencia, insuficiencia adrenal, mixedema y diabetes insípida, las que con la terapia sustitutiva pueden controlarse perfectamente bien. Como no es raro que existan pequeñas porciones de ovario y de glándulas suprarrenales aberrantes, estas intervenciones no dan el resultado deseado, la hipofisectomía destruye la función de las glándulas apuntadas. El poco tiempo que se tiene para evaluarla no da a los autores suficiente autoridad para concretar sus resultados ulteriores.

A continuación presentamos dos casos: el primero es la paciente BCG que a la edad de 37 años se le verificó una mastectomía radical más radioterapia; tres años después presentaba metástasis óseas en pelvis y extremidades inferiores que la mantenían encamada; se le hizo ovariectomía bilateral y se le puso bajo tratamiento androgénico y radioterapia profunda, habiendo la paciente curado y vuelto a sus ocupaciones habituales. Tres años después, recurrencia de sus metástasis que no mejoraron con el tratamiento androgénico; fuera del país se le indicó radioterapia a la hipófisis que tampoco dio resultados satisfactorios. En febrero de 1959, la paciente se encontraba postrada, el menor movimiento le provocaba dolores agudísimos con un estado general bastante deteriorado y que al estudio radiológico presentaba casi todos los huesos con metástasis. Evaluado el caso, la sometimos a una adrenalectomía bilateral, llevando el control endocrínico el Dr.

post-operatorio fue sin complicaciones y el dolor desapareció a las cuarenta y ocho horas; la paciente pudo movilizarse pocos días después. Durante la intervención sufrió fractura total del húmero izquierdo, en donde existía completa destrucción del hueso, véase en la radiografía la consolidación y recalcificación a los siete meses. La paciente tuvo regresión de sus metástasis por más de un año, falleciendo después de diez y nueve meses de verificada la operación.

Por cortesía del Dr. Rivera h., presentamos controles radiográficos de intensas metástasis de la pelvis que tratadas con andrógenos y radioterapia, pueden verse sus resultados con una completa recalcificación de los huesos afectados; la paciente está viviendo en buenas condiciones.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—SZUJEWSKI, A. H.: Penpropionato de Nandrolona, un nuevo agente paliativo en el tratamiento del carcinoma maraio. Rev. Conf. Med. Panamericana. Vol. VTI, N° 9-10. 198:200. Sept-Oct. 1960.
- 2.—MARSHAL, S. F.; HARÉ, H. F.: Resultados del tratamiento quirúrgico y radioterápico en el carcinoma mamario. Práctica Quirúrgica de la Clínica Lahey de Boston. Págs. 686-6.701. José Bernades. Ediciones Científicas, Bs. As. 1954.
- 3.—MARSHAL, S. F.: Carcinoma mamario, técnica de la mastectomía radical. Práctica Quirúrgica, de la Clínica Lahey de Boston. Págs. 675-685. José Bernades. Ediciones Científicas, Bs. As. 1954.
- 4.—OBERHELMAN, H. A.: Hormonal Tratment of Mammary Cáncer S. Clin. North America. Vol. 39, N° 1-3:12. Feb. 1959.
- 5.—SEDWICK, E. C; ST. VILDE, M. J.: Results of Tratments of Cáncer of the Breast 1941 to 1950. S. Clin. North America. Vol. 39, N° 3, 683:690. June, 1959.
- 6.—WANGESTEEN, H. O.; LEWIS, S. F.; ARHELGER, W. S.: The Extended or Super-Radical Mastectomy for Carcinoma of the Breast. S. Clin. North America 1051: 1962. Aug. 1956.

Tumor Glomo

Por el Dr. J. Gómez-Márquez G. (*)

La observación de un caso de tumor glomo, nos ha movido a presentar esta pequeña comunicación sobre una entidad patológica en general poco conocida.

CASO CLÍNICO

Una joven de 18 años, nos fue remitida por un médico desde un departamento por un dolor sumamente agudo que partiendo de la extremidad del dedo gordo de la mano derecha, se irradiaba hacia todo el brazo. "El dolor se exacerbaba con los descensos de la temperatura ambiente. Al examen se encontró una pequeña mancha de color violáceo de 2 milímetros de diámetro aproximadamente, situada por debajo de la raíz de la uña, que al tocarla con un isopo provocaba un dolor violentísimo con retracción de defensa de la mano. Desde el punto de vista clínico, el caso fue catalogado como tumor glomo y se hizo la extirpación del mismo por una incisión triangular de vértice superior que abarcó la parte correspondiente de la uña, el tumorcito en sí y el tejido circundante. La extirpación logró la completa remisión de los síntomas y el examen anatomopatológico comprobó nuestro diagnóstico clínico. Este examen histológico fue llevado a cabo por el Dr. Cueva.

HISTORIA

Aparentemente, según Ewing, la primera descripción del tumor glomo correspondió a Wood en 1812. Sin embargo, ello no es muy seguro. Barré en 1922, habló de tres casos y en 1924, Masson describió la lesión calificándola de "tumor glomo". Adair y Stout también presentaron casos, pero no fue sino hasta 1934, en los Estados Unidos, que Masson y Wiil hicieron una amplia descripción y que la enfermedad empezó a ser conocida y diagnosticada en aquel país. Suckett y Hoyer describieron el glomo normal y la estructura de donde proviene el glomangioma. Popoff demostró que el glomo tiene dos funciones: 1.—Regulación local y general del calor. 2^a —Regulación de la presión sanguínea. Además, dio cuenta de que los lactantes no tienen glomos y que las anastomosis arteriovenosas se forman durante los primeros meses de la vida, lo cual explica la inestabilidad del mecanismo regulador del calor en el recién nacido (1).

ETIOLOGÍA

No se conoce ningún factor etiológico, si bien parece que el trauma en general es la causa aparente de la aparición de los síntomas; el frío se ha citado también como causa; el calor más bien parece que mitiga su sintomatología (2).

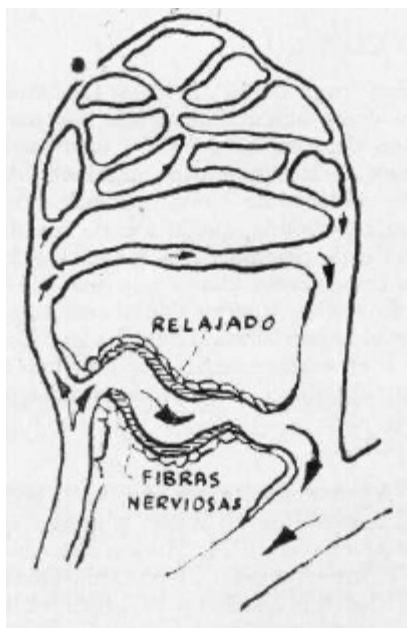
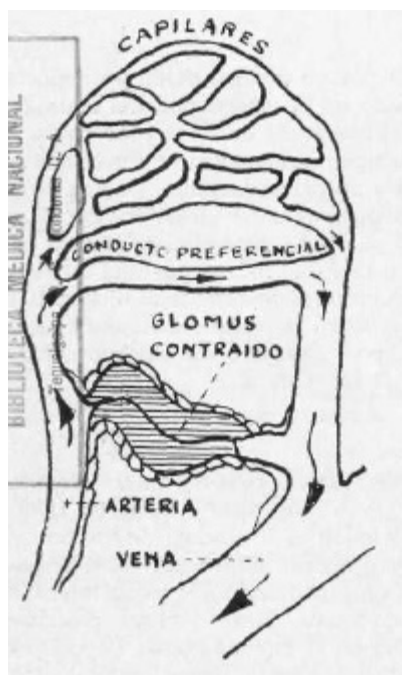
FISIOPATOLOGIA

Todo trastorno circulatorio en alguna parte del organismo, por pequeño que éste sea, repercute en la circulación general, bien sea ésta somática o esplácica. Este principio fue enunciado por Rein, De Bakey y Oschner (3). El sistema vascular tiene que asegurar dos funciones separadas: la circulación de la sangre en su tota-

(*) Departamento de Grugía General y Angtología de La Policlínica, S. A., Tegucigalpa, D. C., Honduras.

lidad y la provisión de condiciones circulatorias especiales en órganos cuya función requiere fluctuaciones intermitentes en el suministro de sangre. Existen una serie de aparatos que por distintos mecanismos logran estos fines. Estos aparatos son; en primer lugar, las anastomosis arteriovenosas normales; en segundo lugar, ciertos dispositivos especiales, en forma de esfínteres musculares, que detienen la sangre en los puntos estratégicos, y por último, los llamados conductos preferenciales de Chambers y Zweifach, que conducen la sangre de la arteria o metarteriola a la vénula.

Las comunicaciones arteriovenosas están distribuidas en muchas partes del organismo como por ejemplo: dermis, tracto intestinal, glándulas, hígado (entre la arteria hepática y la vena porta), riñón, pulmones (entre la arteria pulmonar y la vena y entre la arteria pulmonar y la arteria bronquial), sistema genital, articulaciones, cuerpo carotídeo, glomus coxígeo y estructuras análogas, espacios intervillósos de la placenta, el músculo cardíaco y los músculos viscerales.



A este respecto parece demostrado que aparte de los glomos cutáneos pueden revestir gran importancia patológica formas similares como el glomo timpánico-yugular y el retrocarotídeo. En realidad, está bien establecido que todas estas estructuras tienen un mismo significado etiológico y el glomo cutáneo es la unidad ana-tomo-fisiológica de estos sistemas, los cuales según su localización pueden llegar a tener mayor o menor complejidad. J. Terracol en su monografía "Glomus Yugular", se ocupa ampliamente de este problema (6). Entre nosotros, el Dr. Enrique Aguilar Paz tiene actualmente en estudio dos casos de glomos timpánico-yugular.

Normalmente un glomo tiene la disposición que se muestra en las Figs. 1 y 2, bien sea en estado de relajación o de contracción. En este último estado, la comunicación formada por el conducto de Sucquet-Hoyer, se oblitera: la sangre arterial pasa a los vasos terminales, tomando en parte el camino de los conductos preferenciales. Cuando el glomo está relajado, la red vascular recibe únicamente una parte de la sangre arterial; ésta es la situación que existe en las primeras fases después de la simpaticectomía y en la fase vasodilatadora de las lesiones provocadas por el frío.

La abertura por relajamiento del conducto de Sucquet-Hoyer da como consecuencia una disminución de la circulación capilar de la extremidad y asimismo una

disminución en la pérdida del calor superficial. No se ha podido establecer exactamente cuáles son los mecanismos que rigen las fases de obliteración y relajación del mencionado conducto. Se han invocado factores hormonales. Resulta muy sugestiva a idea de Watzka, cuando le concede un papel primordial a las células epitelioides que caracterizan el cuadro histológico del glomo. Se supone que existen fases de inhibición por pérdida acuosa de estas células. Intervendría en este proceso a través del ph sanguíneo y del intercambio por parte de estas células de Sodio y Potasio con :1 espacio intracelular. Así la mayor o menor turgencia de estas células comprimen) descomprimen el conducto de Sucquet-Hoyer al que rodean, provocando su abertura u obliteración. Por otra parte, la invasión de las células epitelioides es rica. Según Brown, las fibras mielínicas que terminan en la adventicia vascular regularían la abertura de la anastomosis bajo la influencia de reflejos con punto de partida endotelial. Por el contrario, las fibras amielínicas serían vasoconstrictoras.

Guando se forma un tumor a expensas del glomo normal, el tejido que rodea al conducto de Sucquet-Hoyer, rico en tejido conectivo laxo y en fibras nerviosas, je hipertrofia, dando lugar a alteraciones en las funciones termorreguladoras del glomus. Es muy difícil de comprender a primera vista cómo una fístula arteriovenosa tan pequeña como el glomo, puede por su simple alteración histológica provocar toda la serie de trastornos hemodinámicos que diremos más adelante. Se explica esto por una acción refleja que tiene su punto de partida en la zona nerviosa alterada que rodea al conducto de Sucquet-Hoyer.

ANATOMÍA PATOLÓGICA (Dr. J. Adán Cueva)

"Pequeño fragmentito de tejido, extirpado del dedo pulgar izquierdo. Dicho tejido tiene una forma irregular y no sobrepasa los cuatro milímetros, la consistencia es dura y color blanquecino; se incluye todo por no creer conveniente el realizarle cortes.

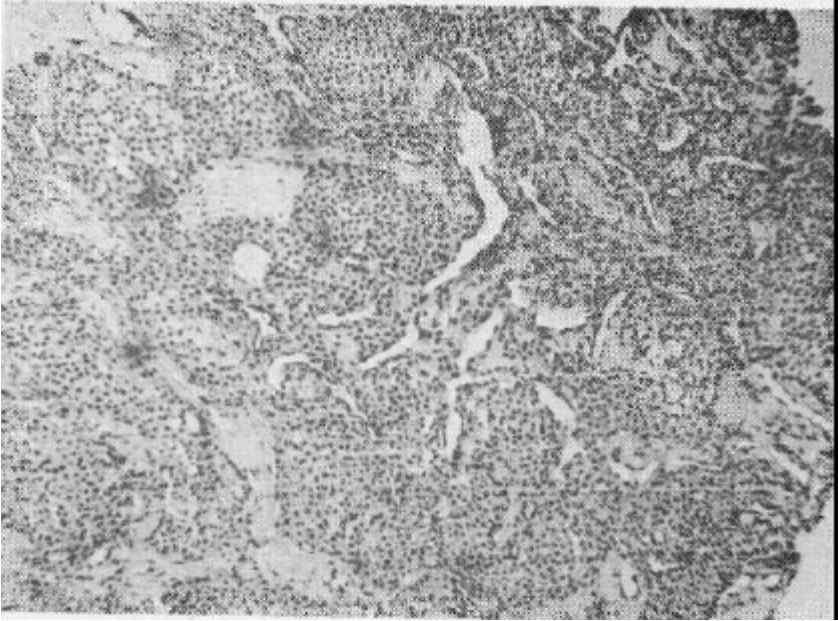
Al examen histológico encontramos que el panorama está representado por una formación de células pequeñas de citoplasma claro, que se hacen más compactas a nivel de los pequeños vasos de donde parece que surgieran. Sin embargo, dichos vasos conservan su luz y su endotelio en forma precisa, las células se insinúan entre los espacios hísticos, con una tendencia a formar agrupaciones de bordes irregulares; no hay mitosis ni atipias, por lo que lo asimilamos a las lesiones del Tumor Glomo".

En el presente caso se puede observar cómo los vasos conservan su endotelio y la proliferación es hacia afuera, es decir, perivascular y con núcleos ovalados, que hace suponer que surgen de las células que rodean los vasos como lo hacen las células del glomus...

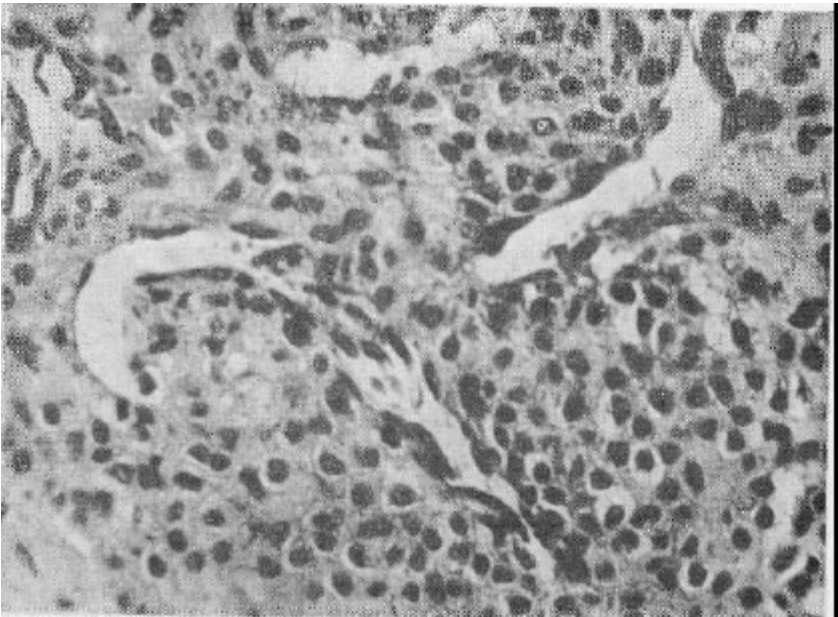
Vocalización.—Aunque como se ha dicho anteriormente, el tumor glomo puede asentar en las partes más diversas, en el 50% de los casos por lo menos aparece debajo de la piel y muy especialmente en las extremidades de los dedos, siendo frecuente su localización debajo de la uña, como en el caso que tuvimos ocasión de observar (4).

Sintomatología.—El tumor suele aparecer como una pequeña mancha azulada o purpúrea, del tamaño de uno o varios milímetros y cuando asienta por debajo de la uña, tiene generalmente un color grisáceo. Muchas veces puede existir durante varios años sin que el sujeto se aperciba de él, hasta que un trauma venga a desarrollar los fenómenos dolorosos tan característicos.

El síntoma que habitualmente llama la atención, es el dolor de tipo neurálgico y cuando asienta en el dedo, el dolor es de tipo paroxístico, con irradiación hacia el cuello y el hombro. Algunas veces puede confundirse con el primer estadio de una causalgia. En ocasiones las venas del miembro pueden estar prominentes y se citan casos de aumento de la sudoración local. Toda la mitad del cuerpo en que asienta el tumor glomo está trastornada desde el punto de vista vascular por la reacción vasomotora a que se ha aludido anteriormente. El frío suele exacerbar los do-



(1) Microfotografía panorámica mostrando algunas hendiduras vasculares con una proliferación celular periférica



(2) Microfoto a mayor aumento mostrando las células alrededor de capilares, probablemente originadas por los pericitos

lores y los enfermos con frecuencia llegan al médico envolviéndose la mano para protegerse del mismo.

En caso citado por DeTakas, en el cual el paciente presentaba una serie de trastornos vasomotores, se le sometió, sin saber exactamente la causa de su sintomatología, a una simpaticectomía dorsal con el fin de aliviar el dolor de tipo causálgico. La vasodilatación y el dolor desaparecieron, pero el dolor localizado continuó y fue entonces cuando se descubrió una pequeña mancha azulada, el tumor glomo, cuya extirpación hizo cesar inmediatamente la sintomatología.

Góseh, por otra parte, refiere el caso de un enfermo de Blumenthal, el cual fue tratado durante trece años por una angina de pecho, la cual al fin sólo pudo ser curada después del descubrimiento del tumor glomo subungueal en el dedo anular izquierdo.

Por otra parte, tenemos una muy interesante referencia comunicada personalmente por el Dr. Luis Samra, sobre una paciente tratada hace años en el Departamento Ortopédico del Hospital Santo Tomás de Panamá. Se trató de una mujer que presentaba una serie de fenómenos dolorosos en uno de los miembros inferiores, con atrofias musculares; el cuadro era de etiología inexplicable y en el curso de los tres años que duró su estudio clínico, llegó a convertirse en una inválida que usaba muletas para deambular. Se hicieron bloqueos simpáticos y se pensó incluso en la posibilidad de llevar a cabo la extirpación de un menisco vertebral, hasta el día en que la exploración minuciosa de la paciente, en la planta del pie, permitió descubrir un tumor glomo cuya sencilla extirpación resolvió todo el problema.

El tumor puede provocar erosión del hueso y por ello cuando se trata de una localización subungueal, se debe tomar radiografía de frente y de perfil para ver el estado del mismo. Por otra parte, esta lesión ósea no tiene ninguna importancia. No se ha sabido de ningún caso con degeneración maligna.

Exploración.—Teniendo en cuenta la extremada sensibilidad del tumor glomo debe advertirse que no se debe nunca proceder a explorar en forma abrupta. Convendrá efectuar siempre una inspección cuidadosa a fin de intentar visualizar bien la lesión y posteriormente proceder a tocar las diversas partes de la región con la cabeza de un alfiler. El menor contacto de éste con el tumor glomo provocará un dolor exquisito probablemente con el retiro brusco del miembro del paciente en una actitud de defensa. (5)

Diagnóstico.—Basta haber observado alguna vez un tumor glomo, para que el diagnóstico se haga fácilmente. El diagnóstico diferencial se hace con la causalgia, los hemangiomas, los melanomas, los angiosarcomas, los neuromas y los tumores de la piel, pero en ninguna de estas entidades existe el dolor tan preciso e intenso a la presión y tampoco se provocan trastornos vasculares difusos como el tumor glomo. Por otra parte, el anatomopatólogo confirmará fácilmente el diagnóstico clínico como en nuestro caso (4).

Tratamiento.—Consiste simplemente en la extirpación del tumor, con anestesia local. No son necesarias las operaciones mutilantes y los casos de recidiva que se refieren, obedecen a extirpaciones incompletas. La radioterapia no tiene ningún valor. (7)

Resumen.—Se cita un caso de tumor glomo diagnosticado clínicamente y comprobado histológicamente. Se hace una revisión de los antecedentes históricos, de la fisiopatología, de la anatomía patológica, de la sintomatología y del tratamiento, haciéndose hincapié en la posible confusión de esta pequeña lesión con otros estados patológicos graves.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—ALLEN-BARKER-HINES: Enfermedades Vasculares Periféricas. Buenos Aires. Ed. José Bernardtes.
- 2.—MARTORELL, P.: Patología y Clínica Médicas (A. Pedro-Pons). Tomo II, 1ª parte. Barcelona, 1958. Ed. Salvat.
- 3.—DE TAKATS: Vascular Surgery. London y Philadelphia, 1959. W. B. Saunders.
- 4.—SAMUELS, S. S.: Enfermedades de las arterias periféricas. México, 1941. Unión Tp. Ed. Hispano-Americana.
- 5.—ALLEN" BARKER HINES: Peripheral Vascular Diseases. London y Philadelphia, 1956. W. B. Saunders.
- 6.—TERACOL, J.: Le glomus jugulaire. Paris, 1956. Masson et Cie.
- 7.—OTTO, K.; ALNOR, P. C: Glomus tumor. Medizinski Klinika N' 38, año 55, Sept. 1960.

MEMORIA

Presentada por el Dr. Edgardo Alonzo M.

PRESIDENTE DE LA "ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA", AL
TERMINAR EL PERIODO DE ACTIVIDADES 1961-1962

Estimados consocios:

Traigo a la consideración de Uds., la MEMORIA de actividades que en la "Asociación Médica Hondureña" se han desarrollado durante el año 1961-62, período en el cual he tenido el honor de actuar como Presidente.

El haber tenido el privilegio de presidir nuestra Agrupación, me llena de profundo orgullo y si las gestiones llevadas a cabo con mis compañeros de Directiva, han servido para enaltecerla, la satisfacción de todos nosotros será aún mayor. De cualquier manera que haya sido, pueden Uds. tener la seguridad de que hemos tratado de cumplir con nuestro deber en la mejor forma y siempre iluminados por el más caro de nuestros ideales: hacer de la "Asociación Médica Hondureña" la Agrupación científica genuinamente representativa de la Medicina de Honduras. El camino no ha sido fácil de recorrer, nos encontramos a menudo frente a los males crónicos de nuestro pueblo: la decidía y la apatía que suelen estar entronizadas aún en los elementos profesionales de nuestro gremio y contra los cuales es prácticamente inútil luchar; pero también debo declarar que aunque en un porcentaje menor, hay otros elementos que están dando lo mejor de sí mismos y que son los que mantienen la antorcha encendida de la medicina hondureña y quienes han dado realce y vigor a las actividades de este orden.

ASPECTO CIENTÍFICO:

Numerosas gestiones se han hecho desde el comienzo, elevando peticiones a representantes de varios países, con el objeto de atraer a nuestro medio a científicos que nos dictaran conferencias o ciclos, a su paso por los países del Istmo Centroamericano. Todas las, respuestas son prometedoras y estoy seguro que en el futuro aprovecharemos los frutos de estas gestiones. Con la Sociedad de Medicina Interna y con la ayuda de la Universidad Central, pudimos tener al Dr. Alejandro Steiner, quien nos dictó un interesante curso sobre Diabetes. Para el 26 y 27 de noviembre está anunciada la llegada del Dr. Arturo Atria Ramírez, Endocrinólogo que viene atraído por la invitación por nosotros girada. Ambos científicos son de nacionalidad chilena. Repito, en el futuro seguramente tendremos a muchos otros científicos que nos habrán de brindar lo mejor de sus experiencias.

Dé notable acierto ha sido la innovación que se ha llevado a cabo a raíz de una moción presentada por el Dr. José Gómez Márquez, en el sentido de nombrar el Comité' de Actividades Científicas, nombramiento que recayó sobre los Doctores Ramiro H. Lozano, Jesús Rivera h. y Jorge Haddad, quienes desde varios meses atrás organizaron el Programa Científico de la Asociación Médica Hondureña y que nos ofrecieron interesantes temas en las sesiones mensuales. Este Comité está llamado a ser uno de los más meritorios e importantes para nuestra Agrupación, ya que en él asienta la parte medular de nuestra actividad. En el futuro, deberá prestarse la

mayor atención en los elementos que lo constituirán, ya que la aceptación de los trabajos estará supeditada al Reglamento que el mismo Comité ha elaborado y está pronto a ser sometido a la consideración de la Asamblea. El objetivo de tal reglamentación es buscar la superación en el tipo de trabajos que habrán de ser presentados y luego publicados en la Revista de la Asociación Médica Hondureña. Deseo patentizar nuestro agradecimiento a los colegas que constituyeron este Comité y que cumplieron de la mejor manera su cometido.

A continuación, doy lectura a los trabajos científicos presentados durante el año administrativo que hoy termina, así:

Dr. Ramiro Coello.....	"ACTUALIZACIONES SOBRE COMA HE PÁTICO".
MES DE ENERO	MESA REDONDA SOBRE "CONGRESOS MÉDICOS".
Dr. Enrique Aguilar Paz	"GRANULOMAS PATERGICOS".
Dr. Bautista Pérez Sáenz	"CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS DEL VOMITO".
Dr. Germán Madrid	"ESCARLATINA Y AMIGDALITIS AGUDA, PRESENTACIÓN DE 22 CASOS".
Dr. Mario Medal	"DESNUTRICIÓN INFANTIL".
Dr. Enrique Aguilar Paz	"CIRUGÍA DE LAS HIPOACUSIAS".
Dr. José Gómez Márquez	"SÍNDROMES VASCULARES".
Dr. Jesús Rivera h.....	
Dr. Jesús Rivera h	
Dr. Jorge Haddad Q.....	"CORTICOESTEROIDES".
Dr. Armando Flores Fiallos.....	

Para esta fecha el Dr. Francisco Alvarado nos ilustrará sobre el tema: "STRESS".

La misma moción pidió que los aspectos administrativos fueran tratados en su mayor parte por la Directiva en sus sesiones particulares, llevando a las Asambleas sólo los problemas de mayor envergadura, ha sido una moción muy importante, ya que de todos es sabido el tiempo por veces muy prolongado que esto requería, de tal manera, que unido al aspecto científico resultaba verdaderamente fatigante para la concurrencia.

En el estado actual de cosas, la parte científica tiene todo el tiempo necesario para enfocarle de la mejor manera y sólo que hayan problemas de especial interés se pide la atención de la Asamblea.

ACTIVIDADES SOCIALES Y ARTÍSTICAS

En noviembre pasado se celebró la fiesta de cambio de Directiva, la que fue organizada por la presente Directiva y que fue una de las festividades que más gustó; en febrero se efectuó otra fiesta informal que también tuvo éxito. Se llevó a cabo la tradicional fiesta de Aniversario en el mes de agosto, en la que se pudo disfrutar de la participación del Cuadro de Danzas Folklóricas Nacionales y de la actuación de varias distinguidas damas esposas de nuestros consocios. Para el día de mañana 3 de noviembre y en honor a la nueva Directiva, hemos preparado una fiesta bailable con cena-buffet que esperamos sea del agrado de todos.

Un acontecimiento relevante fue el organizado en el mes de junio para presentar a la exquisita soprano Isabel Salgado, quien nos obsequió con un concierto de música clásica, que ha dejado gratos recuerdos entre los asistentes. En esa misma ocasión, el pintor Mario Castillo presentó 20 óleos de su última cosecha que fueron igualmente admirados. Este evento se organizó como un ensayo para palpar la inquietud artística de nuestra agrupación, y aunque entre los asistentes hubo manifes-

taciones de agrado por el acontecimiento, éstas no fueron lo suficientemente expresivas para convencernos de que volvieran a intentarse, por lo menos de inmediato, nuevas experiencias. Sin embargo, tal como lo dije en aquella ocasión, las nuevas Directivas deben tratar de cultivar el aspecto artístico de sus asociados, ya que ello es parte integral de la personalidad humana y justamente, el médico, en todas las latitudes es quien por su misión humanística está más cerca de las manifestaciones i excelsas del arte y más apto a asimilarse a la estética, a la belleza en cualesquiera de sus manifestaciones. Comprendo que al momento actual hay un recargo de trabajo, de sesiones, de múltiples actividades, pero ello no es obstáculo para que una vez cada 3 ó 4 meses se desarrolle en el marco de esta magnífica "Gasa del Médico", uno u otro evento que nos conduzca a nuevas sensaciones, eleve nuestro espíritu y cultive esa sensibilidad artística que como médicos todos tenemos en mayor o menor grado.

ESTATUTOS Y REGLAMENTOS

Después de más de un año de repetidas reuniones y discusiones exhaustivas, quedaron terminadas y aprobadas las reformas a los Estatutos y Reglamento que rigen nuestras actividades, los que entraron en vigor con fecha 20 de julio de 1962. Aunque, como lo repito, fueron éstos discutidos hasta la saciedad, tenemos la impresión de que hay aún algunos artículos sujetos a interpretaciones y que seguramente serán reformados en su debida ocasión. Los anteriores Estatutos ya no- estaban acordes al momento en que nos desenvolvemos, habían sido aprobados en 1930 y exigían reformas. Uno de los aspectos más interesantes es el relativo a la incorporación de nuevos socios y que ha sido modificado totalmente. No sabemos decir si es éste el mejor método de escogencia, pero estoy seguro que la Asamblea lo aprobó así en un afán de engrandecer a la Asociación Médica Hondureña, que debe abrir sus puertas y recibir mucho más ampliamente a un nutrido número de médicos que sí deben formar parte de la Asociación Médica Hondureña. Un fuerte porcentaje de médicos en la capital y en el resto del país, no forman parte de la misma; sin lugar a dudas son médicos de reconocida capacidad científica que ameritan engrosar nuestras filas. No soy partidario de la incorporación indiscriminada de cualquier elemento, pero sí creo que debemos tener un espíritu de más amplitud y comprensión, que debemos dejar a un lado las hipersensibilidades y suspicacias que con tanta frecuencia nos separan y nos distancian. La Asociación Médica Hondureña, como cuantos otros renglones de nuestra vida patria, necesitan de la unidad de acción, del espíritu de equipo, del trabajo mancomunado y dirigido, de la comprensión de sus gentes para encauzar verdaderos derroteros de éxito. Al buscar la amplitud de la Asociación Médica Hondureña, buscamos nuevas fronteras, mayores alturas. La transfusión de nuevos elementos, de otras juventudes con nuevos caudales de conocimientos, seguramente nos llevará a la conquista de nuevos laureles para la Asociación Médica Hondureña.

DECESOS

En el mes de junio tuvimos la pena de perder a un estimado consocio, el Dr. Plutarco Castellanos, quien desde varios meses atrás aquejaba graves problemas de salud. Acompañamos a sus deudos, les hicimos patente nuestro sentimiento; el Dr. Héctor Laínez pronunció sentidas frases en nombre de la Asociación Médica Hondureña y más tarde, se hizo llegar a sus familiares la cuota que del Auxilio Mutuo le correspondía y que por primera vez, después de las reformas efectuadas, ascendió a L 3.000.00.

NUEVOS SOCIOS

Nuevamente en este período como en el pasado, solamente un socio vino a engrosar nuestras filas, el Dr. Germán Madrid, quien a pesar de estar en una ciudad

distante al ambiente capitalino, acudió a leer su trabajo científico y a prestar su promesa de ley. Al momento actual en que los nuevos Estatutos estipulan una nueva modalidad en la escogencia de los nuevos socios, quedó constituido el Comité de Selección de Nuevos Socios, nombrándose a los Doctores Alejandro Zúñiga L., como Presidente; Ignacio Midence M., Virgilio Banegas M., Jesús Rivera h. y Enrique Aguilar Paz, quienes han notificado a la Directiva tener la aceptación de 9 socios, quienes han comenzado a presentar sus respectivas solicitudes de ingreso. Indudablemente para el año que se aproxima, nuevo y nutrido elemento vendrá a robustecer las filas de la Asociación Médica Hondureña.

REVISTA MEDICA Y BOLETÍN INFORMATIVO

Por motivos varios que el Dr. Shibli M. Canahuati informará, la Revista de la Asociación Médica ha sufrido una depresión en el presente año. Esto ha sido motivo de gran preocupación para la presente Directiva. Se prepara un número que englobará los restantes del presente año, de manera que los nuevos Directivos de la Revista tengan un campo limpio para sus actividades del próximo año.

Desde el mes de mayo y a sugerencia del Dr. Armando Pavón, se ha estado enviando a todos los socios un Boletín Informativo que ha tenido buena acogida, especialmente entre los socios de fuera de la capital y del extranjero, ya que éste les permite conocer, aunque en forma sucinta, los principales acontecimientos verificados en la Asociación Médica Hondureña. He recibido cartas expresivas de la satisfacción que éste les ha causado y no dudo que los nuevos Directivos continúen manteniendo el mencionado Boletín.

BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL

En febrero de 1962 tuve ocasión de presentar a la Asamblea una moción tendiente a la organización de lo que habría de llamarse, "Biblioteca Médica Nacional". En síntesis, se trataba de reunir la Bibliografía de las diferentes Sociedades Médicas de la capital y la de la Facultad de Medicina; para constituir una sola Biblioteca, imprimiéndole reformas de orden técnico que estuvieran acordes con el momento actual. La moción fue aprobada con entusiasmo; se me autorizó para continuar el plan trazado y llevarlo a feliz realización. En este momento puedo asegurar a Uds. que en estrecha colaboración con los Doctores Jorge Haddad y Francisco Alvarado, delegados por la Facultad de Medicina, y con el Dr. Ramón Custodió, por las Sociedades Médicas firmantes del Contrato de unificación, hemos desarrollado una serie continua de actividades que han culminado con buena parte de lo planificado. Nueve Sociedades respondieron al llamado que se les hizo y todas han apoyado el proyecto. La Facultad de Medicina ha prestado todo su apoyo. Se procedió a la ampliación del local que la Facultad cedió, uniendo 3 aulas de clases, las que fueron modificadas bajo la dirección de ingenieros llamados a propósito. Se ordenó la manufactura de archivos, mesas, etc. Por espacio de tres meses tuvimos con nosotros a la señorita Louise Darling, que nos fue enviada por la Rockefeller Foundation y quien nos prestó muy valiosa ayuda. Bajo su dirección han sido encaminados la mayor parte de los pasos. Tenemos debidamente estudiados y aprobados los Estatutos y Reglamentación de la Biblioteca. Tenemos un pliego de recomendaciones que nos dejó Miss Darling y que estamos tratando de desarrollar según nuestras posibilidades. Nuestras aspiraciones son grandes y no descansaremos hasta ver constituida la Biblioteca Médica Nacional, funcionando técnicamente y acorde con las necesidades modernas. Aspiramos a que en un futuro no lejano los Archivos estén dotados de Tarjeteros que cubran los más variados temas médicos. La Rockefeller Foundation nos ha dado su promesa de donar hasta 10.000.00 dólares en libros modernos, lo que indudablemente le dará gran realce a la Biblioteca. Todas las sociedades firmantes y la Facultad de Medicina, se han comprometido al sostenimiento y engrandecimiento de la misma. La Asociación Médica Hondureña donará L 600.00 por año a través de su Tesorería y la Revista de la Asociación del producto

de los anuncios, se calcula que podrá donar hasta L 1.000.00 por año. Las demás sociedades harán donaciones acordes con su capacidad económica. Mi empeño en este proyecto no deriva en particular por el hecho de que se trate de una moción mía que no deseo dejar caer sino por el convencimiento absoluto de que nuestro país, nuestra facultad, nuestro gremio médico necesitan de un organismo de esta índole. Ha sido vergonzoso que en toda nuestra Patria no existiera por lo menos una Biblioteca Médica con el mínimo de las necesidades pertinentes. Ya en este momento comenzamos a ser optimistas e invitamos a los interesados para que puedan apreciar nuestros progresos. Aspiro a continuar en el Comité de Organización y Administración de la Biblioteca Médica Nacional, lo suficiente como para ver plasmados en realidad nuestros anhelos y que tal realización sea un galardón más para la Asociación Médica Hondureña.

ASPECTOS ECONÓMICOS Y AUXILIO MUTUO

A pesar de los constantes tropiezos que la Tesorería ha tenido con un buen número de socios que persisten en tener cuotas en rezago e incurriendo constantemente en morosidad con la Tesorería, podemos afirmar que el aspecto económico de la Asociación Médica Hondureña ha sido bueno. Es de todos conocido que en repetidas ocasiones se ha traído al seno de la Asamblea, el problema de la morosidad y se ha estado a punto de proceder a la expulsión de algunos socios reincidentes; éste seguramente seguirá siendo siempre un problema para los futuros tesoreros y se recomienda la continua vigilancia de estas cuentas como hasta ahora se ha venido haciendo.

Del desfaldo ocurrido en 1960, este año se cancelaron puntualmente las cuotas del señor Mojica, que ascendieron a L 440.00. El Dr. Armando Velásquez, nuestro Tesorero, presentará un informe detallado de la Tesorería y sólo deseo hacer mención en este informe que el saldo en depósito bancario al 31 de octubre es de L 1.534.02. El Auxilio Mutuo, que al comenzar el año tenía en bonos la cantidad de L 12.000.00, posee a la fecha la cantidad de 19.556.69 lempiras, además de haber pagado L 2.000.00 a los deudos del Dr. Plutarco Castellanos en el presente año (el año anterior se había adelantado la cantidad de L 1.000.00). Esta surtía es producto de los intereses bancarios. de haber tomado de nuestra Cuenta Bancaria la cantidad de L 5.500.00 que actualmente están depositados en El Ahorro Hondureño y de las amortizaciones correspondientes al presente año. Según datos del señor Contador, necesitamos L 2.500.00 más para saldar nuestra deuda con el Auxilio Mutuo.

Deseo solamente agregar que el señor Tiburcio Guerrero, por disposición de la Asamblea, fue relegado de su puesto como Contador, para ser substituido por el señor Lucio C. Colindres, quien ha demostrado especial celo y verdadero sentido de organización en nuestros asuntos económicos.

TERRENOS

A comienzos del presente año y tal como lo prometí al tomar posesión de mi cargo, he prestado especial atención y tratar de resolver lo relativo a los terrenos que con el nombre de Lotificación "Belén" posee la Asociación Médica Hondureña. Presenté moción tendiente a que los socios que no poseemos lotes en la misma, procedamos a la adquisición de los que actualmente restan, constituyendo una especie de Sociedad Pro-Compra de los terrenos, dicha moción fue aceptada y presenté igualmente, un estudio detallado sobre la cantidad de lotes, valor aproximado de los mismos y forma de realización de tal proyecto, lo cual fue aceptado y en el momento actual a base de cuotas de L25.00 mensuales, un número aproximado de 35 médicos están depositando mensualmente para en el mes de mayo de 1963, procedan a la compra de cerca de 40.000 varas que creemos posee aún la Asociación Médica Hondureña. Según datos suministrados por el señor Tesorero de la Sociedad Pro-

Compra, Dr. Tito H. Cárcamo, tenemos recogida la cantidad de L 5.000.00, lo que significa el 60% de la cuota necesaria para dicha adquisición.

Al realizarse dicha venta la Asociación Médica Hondureña se liberará del enojoso problema de unos terrenos baldíos, los cuales podría perder de un momento a otro por razones variadas; habrá dotado por otra parte, a 35 médicos de lotes como ha acontecido anteriormente con los socios más antiguos, y por último, al recibir una suma apreciable que oscilará entre 7.000.00 y 8.000.00 lempiras, tendrá un nuevo aporte económico para resolver otros problemas pendientes en la "Casa del Médico".

CASA DEL MEDICO

Con la colaboración del Comité de la "Casa del Médico", y con un importante aporte económico de la Tesorería de la Asociación Médica Hondureña, este año antes del comienzo de las lluvias se procedió al drenaje adecuado mediante sistema de tubos ocultos, parrillas, etc., con lo que en el presente invierno la "Casa del Médico" no sufrió en absoluto las inclemencias del tiempo, tales reformas ascendieron a la cantidad de L 1.000.00, en gastos pagados por contrato al encargado de la obra.

SEGURO DE VIAJES

Este ha sido un asunto de difícil resolución, que ha sido enfocado desde diversos ángulos sin haber encontrado la solución adecuada. Finalmente la Directiva nombró a los Doctores Juan Andonie Fernández y Héctor Láinez, para que procedan a un nuevo estudio tratando de darle solución al mismo.

Estimados consocios:

Esta es en forma sucinta el resultado de mis gestiones durante el período 1961-62.

Quiero testimoniar en forma sincera mi agradecimiento a los miembros directivos que me secundaron, me orientaron en forma constante para llevar por buena senda los destinos de nuestra agrupación durante este lapso en que he debido conducir la trayectoria de la Asociación Médica Hondureña. El Doctor Silvio R. Zúniga, quien actuara como Secretario y quien actualmente va a ocupar la Presidencia, es persona que merece desde todo punto de vista el honor que se le ha conferido. Yo deseo para él toda clase de éxitos y que la tarea que ahora va él a emprender culmine en éxitos constantes en pro de la "Asociación Médica Hondureña". Mi agradecimiento pues, a los compañeros de Directiva y a todos los colegas que en una u otra forma colaboraron con esta Directiva.

Gracias, muchas gracias.

Tegucigalpa, D. C, noviembre 2, 1962.

DR. EDGARDO ALONZO M.,
Presidente A.M.H.

Necrológicas



DR. PLUTARCO E. CASTELLANOS

Necrológicas

DR. PLUTARCO CASTELLANOS

I N M E M O R I A N

Corrían los años de la década de los treinta, cuando conocí a "Don Pluto", que así le decíamos a Plutarco E. Castellanos Mendoza, siendo aún Practicante Interno en el Hospital General San Felipe. Y así, con el respetuoso "Don", antepuesto a su nombre familiar fue cómo le tratamos, porque a pesar de su relativa juventud, Plutarco era ya muy respetado y querido por sus compañeros, sus jefes y hermanas de la caridad que allí laborábamos. Persona humilde, caballerosa, amable, pacífica y honrada (gema poliédrica rara en estos tiempos), se hizo querer por todos con un afecto especial mezcla de cariño, respeto y confianza. Estudioso y siempre dispuesto a servir, era el consejero y consultor de nuestros problemas estudiantiles y no rara vez de los sentimentales.

Siendo aún estudiante, casó con María Luisa Delgado, quien asimilando en modo perfecto la personalidad de Plutarco, formó con él un dúo de armonía, de comprensión y de amor que no terminó ni con la muerte, porque sigue resonando en su hogar al calor del cariño de su esposa y de sus hijos que lo guardan por siempre en su corazón.

Graduado de Médico en la Universidad Nacional de Honduras, fijó pronto su residencia en la ciudad de Comayagua, donde dirigió por largos años el Hospital Santa Teresa. Allí dejó lo mejor de su vida trabajando incansablemente por dar cumplimiento a su deber y allí le vemos en polifacética actividad haciendo tan bien una histerectomía, una operación cesárea o una amputación, como la reducción de una fractura o la extracción de un cuerpo extraño, en aquel "quirófano" que era su orgullo y que él mismo diseñó, dirigió y casi hubo de construir con sus propias manos.

Clínico sutil y fino observador, absorbió esta virtud de su profesor, el recordado Dr. Humberto Díaz, a quien admiró tanto que trasladó a sí mismo los procedimientos exploratorios de éste y llegó a adquirir pronto muy justificada fama de Médico Internista.

En fin, Pediatra acertado, Partero competente, Ginecólogo eficaz y cuántas otras cosas más hubo de hacer en un medio donde se le exigía todo y casi nada había.

Ejerciendo su profesión como un apostolado, se le veía por todas partes y a todas horas en las solitarias calles de Comayagua, atendiendo enfermos y no percibiendo generalmente otra cosa que un emocionado "Dios se lo pague" o a veces, el mundo es así; ni un "Muchas gracias, doctor".

Reconociendo en el Doctor Castellanos un hombre íntegro y honrado, el Departamento de Comayagua lo eligió su representante al Congreso Nacional en 1948. Allí fuimos y lo vimos desenvolverse con acierto e ideas muy avanzadas. Interesado siempre por su pueblo adoptivo, Comayagua, porque había nacido en Santa Cruz de Yojoa, lo encontramos luchando por lograr ora una carretera que existe ya, ora proyectos de irrigación que están funcionando, escuelas que albergan a cientos de niños u otras cosas más que son realidades tangibles allá, porque el Doctor Castellanos era así, infatigable en sus luchas hasta conseguir su propósito.

Siendo aún de temprana edad, una traidora enfermedad pretende postrarlo y él, a sabiendas que con ello se jugaba sus últimos días de vida más a prisa, insiste en seguir viendo enfermos y robando vidas a la muerte, mientras su propia existencia caía gota a gota en progresión acelerada hacia la eternidad.

Cual otro caballero medieval, este "Caballero del estetoscopio y del bisturí" no se doblegó ante los golpes de masa del enemigo común, la muerte, y fue necesario un golpe y otro más para lograr aniquilar aquel cuerpo portador de un espíritu indomable y que nunca cedió ante la adversidad.

Murió pensando en sus enfermos, en sus queridos pacientes, y su último legado fue para su hijo que recogió la antorcha y deberá llevarla a la altura y dignidad a que la llevó su padre.

Así terminó el Doctor Castellanos, predicando la paz y concordia y luchando tesoneramente contra la muerte, a la que arrebató muchas vidas y a la hinchilla que no pudo vencer cuando le llegó a él mismo su último día.

DESCANSE EN PAZ EL AMIGO Y COMPAÑERO.

LLOREMOS SU PARTIDA Y RECOJAMOS SU EJEMPLO.

DR. J. RAMÓN PEREIRA

La Anécdota Criolla

Hemos establecido esta nueva Sección en nuestra Revista, con el propósito de ir recogiendo para nuestra historia y tradición, los pasajes pintorescos y humorísticos de nuestros personajes ~~m~~édicos, producto de la ingeniosidad y del salero de nuestra peculiar raza.

Estimado colega: Su colaboración en esta Sección será del beneplácito de nuestra Asociación, y le quedan abiertas las puertas para que envíe al Consejo Editorial de nuestra Revista todo el material que enriquecerá nuestra Anécdota Criolla.

Y por mientras, aquí contamos la primera...

En una ocasión, allá por 1943, un deudor moroso de La Policlínica, sintiéndose airado por una nota de, cobranza que le enviara el Administrador de esa Casa de Salud, le reclamó al Dr. Salvador Paredes, quien a la sazón era Director de ese Centro, que se le reconociera como parte del pago de la deuda dos pistolas que años atrás le había regalado, una que le había enviado desde Trujillo y que valoraba en sesenta lempiras, y otra que personalmente le había entregado y que valoraba en noventa lempiras. El Dr. Paredes que había considerado aquellas dos célebres pistolas como un regalo de su antiguo paciente, le envió presto la siguiente carta que literalmente se transcribe:

"Comayagüela, agosto 16 de 1943.

Señor Don XX.

Distinguido caballero:

Acabo de leer una carta suya para el Administrador de La Policlínica, con fecha 10 del corriente y me permito responder a la referencia que hace Ud. a mi persona, respecto al reconocimiento de una cuenta que tengo pendiente con Ud. por dos pistolas que me figuro por ser tan nuevas, Ud. compró en algún almacén de Trujillo y que valora una en L 0.00 y la otra en L 90.00, total L 150.00 lempiras que le he estado debiendo desde hace mucho tiempo, sin saberlo, pues en mi enorme estupidez, creí que eran regalo por el valor inapreciable de las armas, que precisamente no fueron las que yo le encargué me consiguiera en la Costa, una pistola pequeña, lo más pequeña, lo más pequeña posible, puesto que yo no soy cazador ni militar y Ud. me mandó lo que yo no quería. Por no desairarlo acepté las dos, y le acepté también un sombrero (casco) de corcho, también en calidad de regalo; pero como no fue así, yo estoy sumamente apenado con Ud. por haberle estado en deuda por tanto tiempo y me apresuro a proponerle una de dos, o recoge Ud. las dos pistolas y el casco de corcho que tengo en mi poder, valorizados los tres no en lo que Ud. dice, sino en el doble, o sea en 400.00 lempiras, o me quedo con ellas y abonaré parte de su cuenta.

Pero como yo estaba equivocado, creo que Ud. también estaba equivocado, pues la cuenta de mis servicios profesionales prestados por mucho tiempo y en repetidas ocasiones a Ud., su señora y sus niños, asciende a L 900.00 lempiras.

Sírvase hacer las cuentas del caso y decirme a vuelta de correo, cuánto le debo para girárselo en el acto o cuánto me debe para hacer igual cosa.

Soy de Ud., atento servidor,

SALVADOR PAREDES

GALERÍA DE NUESTROS CONSOCIOS

En esta sección que iniciamos con el presente número, irán apareciendo sucesivamente las caricaturas de los miembros de la Asociación Médica Hondureña, confeccionadas por el gran caricaturista nacional Mito Bertrand Anduray. Adjuntamos una pequeña nota biográfica de la víctima.

DR. J. NAPOLEÓN ALCERRO O.

Nacido en Márcala, Honduras, el 19 de marzo de 1915. Doctoramiento en diciembre de 1942. En 1945 estudios de especialización en Anestesiología y Otorrinolaringología en el Charity Hospital de Nueva Orleans. De 1949 a 1955 Profesor de Clínica Otorrinolaringología y Director del Departamento de Anestesiología del Hospital General San Felipe. En 1950 asiste al II Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología en Montevideo, Mar de Plata y Buenos Aires y hace tres meses de prácticas hospitalarias bajo la dirección del Profesor Juan Manuel Tato. Asiste a sucesivos Congresos de su especialidad en 1952 en San Salvador, en 1954 en México, en 1959 en Guatemala.

En 1954 Vicepresidente de la Asociación Médica Hondureña y Vicepresidente del Comité Organizador del IV Congreso Centroamericano de Medicina y Cirugía. De 1955 a 1958 Ministro Plenipotenciario primero, y posteriormente Embajador, ante el Gobierno de Francia. En 1958 asiste a un curso de perfeccionamiento en la Escuela de Otorrinolaringología bajo la dirección del Profesor George Portmann. En 1958, el Gobierno Francés le otorga la Legión de Honor. En 1959 Secretario del Comité Organizador del IV Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología. En 1959, al fundarse la Sociedad Hondureña de Anestesiología, es electo Presidente de la misma.

Durante los años de 1961 a 1962, desempeña por tercera y cuarta vez respectivamente, la Presidencia del Hospital Centro Médico Hondureño.

Actualmente es Catedrático de Anestesiología de la Facultad de Ciencias Médicas y Cirujano Otorrinolaringológico del Hospital General San Felipe.



*Honorable paciente, favor permitir a humilde otolinolaringólogo
lecogel pinzas caelse en honorable lalinge*

La W.B. Saunders Company anuncia una Beca de 15.000 Dólares

Para celebrar en 1963 el 75* aniversario de su fundación, la W. B. Saunders Company, editora de publicaciones científicas y médicas, establece una beca de quince mil dólares como premio extraordinario para un autor médico. Un comité de personas de gran autoridad seleccionará al ganador.

El fin perseguido con esta beca es proporcionar un año de vacaciones de sus actividades habituales, sin problemas económicos, a un investigador distinguido, quien

- 1) Haya estado efectuando investigaciones biomédicas fructíferas y de gran importancia en los últimos años; y
- 2) Deseee disponer de tiempo para reflexionar y preparar una monografía acerca de sus trabajos.

El beneficiado con la beca no está obligado a aceptar que su monografía sea publicada por la Compañía Saunders; se halla, asimismo, en libertad de presentar sus investigaciones en una serie de artículos para revistas, y no en forma de libro.

Los campos de la ciencia médica y la medicina clínica aceptables para solicitar esta beca son muy amplios, aunque se dará preferencia a los que puedan tener utilidad clínica en plazo no lejano. El investigador debe vivir en América, pero puede estar efectuando su trabajo, o puede haberlo efectuado, fuera del Hemisferio Occidental.

Las solicitudes del "Saunders Writing Award" pueden presentarse sin formalidad especial al Presidente del Comité de Selección. El investigador deberá indicar brevemente el tipo de sus investigaciones y dónde las ha hecho; acompañará un breve resumen de sus antecedentes científicos, y la bibliografía de sus más importantes trabajos.

Las solicitudes deberán presentarse entre el primero de enero y el primero de mayo de 1963, directamente al

Dr. ROBERT F. LOEB c/o
W. B. Saunders Company
West Washington Square,
Philadelphia 5, Pa. U.S.A.

El veredicto se dará a conocer el primero de agosto de 1963 y se comunicará al beneficiado. La entrega oficial se efectuará en octubre de 1963, en un Banquete de Premio.

Calendarios de Reuniones Científicas Nacionales e Internacionales -1963

EE. UU.:

Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos.—Enero 20-25; Miami Beach, Fla.
Colegio Americano de Cardiología.—Febrero 28-Marzo 4.—Los Ángeles, Cal.
Colegio Americano de Radiología.—Febrero 6-9.—Chicago, 111.
Sociedad Americana de Patólogos Clínicos.—Febrero 14-16.—New Orleans, La.
Congreso Sobre Educación Médica.—Febrero 2-6.—Chicago.
Academia Americana de Alergia.—Marzo 12-14.—Canadá.
Colegio Americano de Alergistas.—Marzo 17-22.—Nueva York.
Sociedad Americana de Medicina Interna.—Marzo 29-31.—Denver (T.L.D.)
Academia Americana de Neurología.—Abril 22-27.—Boston, Mass.
Asociación Americana de Cirujanos Torácicos.—Abril 8-10.—Houston, Texas.
Asociación Americana de Bronco-Esofagología.—Abril 23-24.—Hollywood, Florida.
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.—Abril 21-24.—Nueva York,
Colegio Médico Americano (A.C.P.)—Abril 1-5.—Denver (T.L.D.)
Asociación Gastroenterológica Americana.—Mayo 30-junio 1, San Francisco, Cal.
Sociedad Ginecológica Americana.—Mayo 13-15.—New Orleans, La.
Sociedad Oftalmológica Americana.—Hot Springs, Virginia.—Mayo 2,7-29.
Sociedad Pediátrica Americana.—Mayo 3-4.—Atlantic City.
Sociedad Proctológica Americana.—Mayo 20-23.—San Francisco, Cal.
Sociedad Urológica Americana.—Mayo 13-16.—San Luis.
Asociación Nacional de Tuberculosis.—Mayo 12-17.—Denver (T.L.D.)
Academia Americana de Tisiólogos.—Junio 15.—Atlantic City.
Asociación Americana de Diabetes.—Junio 15-16.—Atlantic City.
Asociación Médica Americana.—Junio 16-20.—Atlantic City.
Asociación Neurológica Americana.—Junio 10-12.—Atlantic City.
Asociación Ortopédica Americana.—Junio 24-27.—Hot Spring, Virginia.
Sociedad Internacional de Investigación para Anestesia. — Marzo 24-28. — Bal Harbour, Florida,

OTROS PAÍSES:

Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax.—Febrero 20-24.—Nueva Delhi.
Asociación Médica Panamericana.—Febrero.—Quito, Ecuador.
Congreso Europeo de Neurocirugía.—Abril 18-20.—Roma.
Jornadas Médicas Latinas.—Abril 4-6.—Roma.
Congreso Diabético Panamericano.—Abril 7-10.—Washington.
Congreso de Cirugía del Sur.—Abril 22-25.—México.
Sociedad Francesa de Oftalmología.—Mayo.—París.
Asociación Internacional de Broncología.—Mayo.—Zurich, Suiza.
Asamblea Mundial de la Salud.—Mayo 7.—Ginebra, Suiza.

Congreso Internacional de Alergia Alimentaria y Digestiva.—Junio 27-29.—Vichy, Francia. Congreso Mundial de la Sociedad Internacional para la Rehabilitación del Inválido.

Junio 23-28.—Copenhague.

Sociedad Neurológica de América.—Junio 27-29.—Londres. Congreso Pediátrico Panamericano.—Julio 28-agosto 3.—Quito, Ecuador. Congreso Internacional de Patología Clínica.—Septiembre 2-6.—México. Congreso Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología.—Septiembre 1-7.

Viena. Congreso Internacional de Cirugía Plástica.—Octubre 13-18.—Washington.

CONGRESO MUNDIAL DE CARDIOLOGÍA

En la ciudad de México se celebró, del siete al trece de octubre de 1962, el Cuarto Congreso Mundial de Cardiología. Dicho evento se llevó a cabo en el Edificio de Unidad de Congresos del Seguro Social Mexicano, enorme estructura que contiene siete auditorios, dotados de todos los adelantos modernos para tal clase de eventos. Concurrieron cuatro mil trescientos cardiólogos de cincuenta y dos países le todos los puntos de la tierra. Los temas siguientes fueron escogidos como oficiales para el Congreso:

1. Bioquímica de la insuficiencia cardíaca.
2. Electrolitos en el cardíaco.
3. Valor diagnóstico de las curvas de dilución.
4. Aldosteronismo e hipertensión arterial.
5. Inhibidores de la monoaminooxidasa.
6. Fibrinólisis y coagulación.
7. Trastornos de la conducción intracardiaca.
8. Bloqueo A-V y marcapasos artificiales.
9. Avances básicos en electrocardiografía experimental.
10. La fonocardiografía y sus contribuciones a la hemodinámica.
11. Anatomía y etiología de las cardiopatías congénitas.
12. Angiocardiografía selectiva.
13. Últimos avances en circulación pulmonar.
14. Cardiopatías de las enfermedades del tejido conectivo.
15. Medicina del espacio en la rama cardiovascular.
16. El stress en las enfermedades cardiovasculares.
17. Cirugía cardíaca intracavitaria.
18. Complicaciones neurológicas en la cirugía cardiovascular.
19. Resultados tardíos de la comisurotomía.
20. Resucitación cardíaca.
21. Nuevos aspectos de las arritmias cardíacas.
22. Colesterol y arterioesclerosis.
23. Avances recientes en hipertensión arterial.
24. Errores diagnósticos en el infarto del miocardio.
25. Miocarditis de origen indefinido.
26. Nueva fisonomía de la endocarditis bacteriana.
27. Diagnóstico de los tumores cardíacos.

Más de cuatrocientos trabajos científicos, tanto institucionales como personales, fueron presentados en las jornadas del Congreso. Es difícil reseñar los trabajos más importantes, dada la gran cantidad de los mismos y la calidad de los autores, que incluyó la crema de la Cardiología de todo el mundo. Fuimos impresionados por la cantidad de médicos latinoamericanos asistentes. La delegación peruana tenía cuarenta, con trabajos excelentes sobre fisiología y cardiopatía, de las alturas, sobre el tratamiento de la hipertensión con metil-dopa hubo diez y seis trabajos.

Causó revuelo el informe original presentado por el Dr. Lenz, de Alemania, sobre los efectos de la Talidomida administrada a mujeres embarazadas, produciendo deformidades congénitas de los miembros y viscerales, incluyendo cardíacas.

Se presentaron algunos trabajos sobre la conducción infraventricular que provocaron acalorados comentarios por lo revolucionarios. También fue muy comentado el trabajo mexicano sobre el tratamiento del infarto f otras afecciones cardíacas con soluciones "polarizadas", a base de potasio. La delegación norteamericana fue la más numerosa (extraoficialmente más de ochocientos). Tuvimos de nuevo la suerte de escuchar la palabra de los maestros consagrados: la Doctora Taussig, el Doctor. P. D. White y otros que sería largo enumerar. En la parte de cirugía cardiovascular, prevaleció el criterio de corazón abierto para las afecciones mitrales. Se presentaron varios casos operados con todo éxito de resección de aneurismas cardíacos post-infarto.

Se había calculado en tres mil la asistencia, por lo que el comité organizador se vio en aprietos para poder cumplir con los compromisos sociales.

El Congreso fue un éxito completo, notándose la gran armonía que unió a todos los asistentes en todo momento; los discursos inaugurales dieron gran énfasis a la misma y el Dr. White instó a todos los presentes para que pusieran la influencia que los cardiólogos tienen cerca de los mandatarios para lograr la paz y armonía mundiales.

Se hicieron presentes en dicho Congreso, por nuestro país, los Doctores Carlos Sierra Andino, Alfredo León Gómez, Roberto Bermúdez y Armando Flores FiaMos.

IX CONGRESO BRASILEÑO DE ANGIOLOGIA

En la ciudad de Río de Janeiro se celebró entre el 19 y el 22 de septiembre próximo pasado, el Congreso Brasileño de Angiología organizado por la Sociedad Brasileña de esta especialidad. Concurrieron a este importante evento científico, la mayoría de los angiólogos del Brasil, y algunos invitados especiales del exterior. Entre los temas tratados sobresalieron:

1—Nuevos conceptos sobre el tratamiento de la Gangrena Diabética, insistiéndose en la conveniencia de no usar insulina en estos casos.

2—Nuevos Conceptos sobre el Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica por medio de la "denudación de la pierna".

3—Tratamiento Quirúrgico del Síndrome Postrombótico de las piernas. Se expuso la técnica de un procedimiento quirúrgico consistente en derivación de la circulación de retorno del miembro afecto, mediante anastomosis venosas.

4—Discusión amplia del tratamiento quirúrgico de la Arterioesclerosis Obliterante mediante injertos. En general prevaleció el criterio de la escasa eficacia que tienen habitualmente los injertos en esta enfermedad, bien sea por "sus fracasos inmediatos o por sus fracasos a largo plazo.

5—Mesa Redonda sobre Cirugía de las Várices. Se plantea de un lado el deseo de hacer cirugía poco mutilante por razones estéticas, y por otro, la necesidad de la cirugía amplia en los casos de múltiples comunicantes insuficientes.

6—Mesa Redonda sobre Linfografías. Se abordó en forma exhaustiva este tema, tanto desde el plano técnico como interpretativo. Se tuvo la impresión de que a pesar de los progresos realizados, no existe aún una firme convicción sobre el papel diagnóstico del procedimiento.

IX CONGRESO MEDICO NACIONAL

Tal como estaba previsto, se celebró en la ciudad de La Ceiba, entre los días 25 a. 28 de octubre próximo pasado, el IX Congreso Médico Nacional, organizado por la Unión Médica Hondureña. Concurrieron a la ciudad de La Ceiba, numerosos médicos, especialmente de la ciudad de Tegucigalpa. El programa científico fue el siguiente:

TEMAS OFICIALES

I.—TRAUMA EN GENERAL:

Trauma del Tórax: Dres. Daniel Mencía y Cándido Mejía.

Trauma de columna en General con Complicaciones Urológicas: Dr. César

Zúñiga.

Trauma de pelvis con complicaciones urológicas: Dr. Ignacio Midence.

Trauma Obstétrico: Dr. Ramiro Figueroa Rodezno.

Traumatismo del Sistema Vascular Periférico: Dr. J. Gómez-Márquez G.

II.—INFECCIONES PULMONARES NO TUBERCULOSAS:

Bronquiectasia: Dres. Eva M. de Gómez y Cándido Mejía.

Absceso Pulmonar: Dres. Raúl Flores Fiallos y Daniel Mencía.

Neumonías: Dres. Alberto Guzmán y Augusto Rivera C.

III.—MESA REDONDA SOBRE ANTIBIÓTICOS:

Mecanismo de Acción y Clasificación: Dr. Francisco Alvarado.

Antibióticos en las enfermedades del Aparato Digestivo: Dr. Jorge Haddad Q.

Antibiótico en las enfermedades del Aparato Urinario: Dr. Jesús Rivera h.

IV.—Antibióticos en las enfermedades de la piel. Dr. Héctor Laínez.

Contraindicaciones. Complicaciones del uso de antibióticos. Dr.

Raúl G. Oviedo.

TEMAS LIBRES

Púrpura Menstrual:Dr. Hernán Corrales P.

Obstrucción Mecánica del IntestinoDr. Silvio R. Zúñiga

Contribución al Estudio de Algunos Síndromes

y Procedimientos. Diagnósticos Vasculares.....Dr. José Gómez-Márquez G.

Invaginación Intestinal en el Adulto:Dr. Raúl A. Chirinos

Dr. Marco A. Cáceres

Embarazo Post-plastia de TrompasDr. Jesús A. Vásquez

Brucelosis. Informe de Casos:Dres. Jesús Rivera h.

y Edmundo Poujol

Otoesclerosis en HondurasDr. Enrique Aguilar Paz

Anestesia Obstétrica en Silla de Montar y su

aplicación en Parto dirigidoDr. Gustavo A. Zúñiga

y colaboradores

Analgesia en Cirugía de TóraxDra. Zulema Canales

Mégacolon Congénito. Informe de Casos:.....Dres. Raúl Chirinos y

Marco A. Cáceres.

Vulvectomía Radical con Linfo-adenectomía

Pélvica:.....Dr. Rene Carranza

Colposcopia-Experiencia en la Clínica Detectora

del Cáncer UterinoDr- Julio Batres

Mielolofía Múltiple. Informe CasosDres. Jesús Rivera h. y

Ramón Custodio

Alteraciones cardiovasculares en anemias cróni

casDres. Jesús Rivera h.,

Alfredo León Gómez y

Creemos digno de señalar el esfuerzo hecho por el gran número de colegas que presentaron temas libres, todos ellos de positivo valor que constituyeron una valiosa, contribución al progreso de la medicina nacional.

El próximo Congreso será organizado por la Junta Directiva del nuevo Colegio Médico de Honduras, el cual se encargará en el curso de este año venidero de señalar la fecha y la sede del mismo.

Se aprovechó esta concentración de médicos de los diversos rumbos del país, para proceder a la organización del Colegio Médico de Honduras, obedeciendo a un mandato constitucional.

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras quedó en la siguiente forma:

Presidente.....	Dr. GILBERTO OSORIO CONTRERAS
Vicepresidente.....	Dr. VIRGILIO BANEGAS M.
Secretario....- ..	Dr. RAMÓN CUSTODIO
Prosecretario	Dr. JORGE HADDAD Q.
Tesorero.....	Dr. JORGE RIVERA
Pro tesorero.....	Dr. ENRIQUE AGUILAR-PAZ
Fiscal.....	Dr. IGNACIO MIDENCE
Vocal 1«	Dr. ÁNGEL VARGAS
Vocal 2»	Dr. JULIO BATRES

TRIBUNAL DE HONOR

- Dr. Napoleón Bográn
- Dr. José Martínez Ordóñez
- Dr. Hernán Corrales P.
- Dr. Gabriel Izaguirre
- Dr. Roberto Lazaras
- Dr. Zulema Canales
- Dr. Eugenio Matute Cañizales

SUPLENTE

Dr. Manuel BUESO y Gustavo Adolfo Zúniga

COMITÉ DE VIGILANCIA

Dr. César A. Zúniga y Dr. José Gómez-Márquez G.

CONGRESO CENTROAMERICANO DE RADIOLOGÍA Y PATOLOGÍA

Tendrá lugar en Tegucigalpa, en los días comprendidos entre el 13 y el 15 de diciembre del presente año. Se espera la asistencia de la mayor parte de los Radiólogos y Patólogos de Centro América.

En la parte científica se incluye un Seminario conjunto de Patólogos y Radiólogos, en el que se discutirán ID casos clínicos muy interesantes.

Como invitados asistirán el Dr. Jorge Ceballos Labat, Radiólogo mexicano, y el Dr. Manuel Malenchini, de Buenos Aires, Radiólogo mundialmente conocido. Los patólogos contarán con la asistencia del Dr. Ruy Pérez Tamayo.

Se invita a todo el Cuerpo Médico a inscribirse y a asistir. No se cobrará cuota de inscripción a los médicos no Radiólogos ni Patólogos,

*IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (S. I. T. S.)*

*IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HEMATOLOGÍA
CON PARTICIPACIÓN DE LA LIGA DE LA SOCIEDAD DE LA CRUZ ROJA*

Llevados a cabo en la ciudad de México, D. F., del 5 al 15 del mes de septiembre próximo pasado.

* Participaron los siguientes países: Alemania, Argentina, Austria, Bélgica, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Corea, Costa Rica, Cuba, Chile, Dinamarca, Ecuador, España, Estados Unidos, Filipinas, Finlandia, Francia, Guatemala, Holanda, Honduras, India, Inglaterra, Irán, Israel, Italia, Japón, Líbano, Marruecos, México, Nicaragua, Noruega, Nueva Zelandia, Panamá, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, República Árabe Unida, República de El Salvador, Suecia, Suiza, U.R.S.S., Uruguay y Venezuela.

Presidente Honorario: Señor Licenciado Adolfo López Mateos (Presidente de los Estados Unidos Mexicanos).

Vicepresidentes honorarios: Señor Doctor José Alvarez Amezcuita (Secretario de Salubridad y Asistencia).

Señor Licenciado Benito Coquet (Director General del Instituto Mexicano de Seguridad Social).

Presidente de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea, Dr. P. L. Mollison.

Presidente de la Sociedad Internacional de Hematología: Dr. Ignacio González Guzmán.

MIEMBROS DE HONOR

Dr. E. D. Benhamou, Francia; Dr. R. Fischer, Suiza; Dr. P. Introzzi, Italia; Dr. A. Lessa, Portugal; Dr. C. Muñoz-Baratta, Perú; Dr. L. K. Diamond, Estados Unidos; Dr. J. Guasch, España; Dr. J. J. van Loghem, Holanda; Dr. G. Marinone, Italia; Dr. A. Maycock, Reino Unido; Dr. P. Moureau, Bélgica; Dr. I. S. Radvin, Estados Unidos; Dr. T. Ogata, Japón.

Entre los temas que más sobresalieron fueron:

Circulación extracorpórea.

Aspectos Bioquímicos y Químicos de las Proteínas Sanguíneas y Nuevas Fracciones Plasmáticas. Transfusión de Médula Ósea e Injertos.

Autélnunización para Glóbulos Rojos. Auto inmunización para Glóbulos

Blancos. Auto inmunización para Plaquetas.

Eritrocitos y Eritopatías. Leucocitos y Leucopatías.

Simposium sobre Coagulación y Hemofilia. Trombocitos y Trombopatías.

Nucleónica. Hemoglobina Anormal. Microscopía Electrónica, etc.

SELIM CASTILLO H.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

PREGUNTA: ¿Cuáles son los conceptos modernos sobre la dieta en el tratamiento de la hepatitis viral?

RESPUESTA: Las tendencias más nuevas pueden sintetizarse así:

1.—Tan pronto como se haga el diagnóstico, el enfermo debe ser estimulado a comer hasta el grado que tolere; pueden emplearse antieméticos no icterogénicos tanto como sea necesario; debe sacarse ventaja del hecho de que la anorexia es menor por la mañana. Proteínas uno a dos gramos por kilo de peso, diario; las grasas no deben restringirse a menos que el enfermo no las tolere.

2.—En pacientes con signos de pre-coma hepático, las proteínas deben reducirse pero no eliminarse.

3.—En la convalecencia, el paciente retornará a la dieta necesaria para mantener su peso normal.

En resumen, las restricciones dietéticas otrora muy en boga, sólo pueden aplicarse ahora si hay intolerancia o amenaza de complicaciones neurosiquiátricas.

PREGUNTA: ¿Cuáles son las contraindicaciones de la Digital?

RESPUESTA: Existe confusión entre las contraindicaciones de la digital y cuando no está indicada la digital. Aunque la digital debe usarse con mucha precaución en los enfermos con trastornos de la conducción auriculo-ventricular e intraventricular y con ritmos ectópicos ventriculares, si existe insuficiencia cardíaca debe administrarse con las precauciones debidas, es decir, empleando dosis moderadas de digitálicos de acción y eliminación rápidas. No está indicada (aunque no es contraindicación), en las taquicardias de origen extracardíaco, edemas y disnea del mismo origen. Tampoco está indicada como profilaxis en las neumonías. La única verdadera contraindicación es la intoxicación digitálica, es decir, que los síntomas cardíacos sean debidos a la administración excesiva de la droga.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA — 1962-68

PRESIDENTE.....	DR.	SILVIO R. ZUÑIGA
VICEPRESIDENTE.....	DR.	ÁNGEL D. VARGAS
SECRETARIO.....	DR.	JORGE HADDAD Q.
PROSECRETARIO.....	DR.	JESÚS RIVERA h.
VOCAL 1".....	DR.	ARMANDO VELASQUEZ L.
VOCAL 2".....	DR.	TITO H. CÁRCAMO
VOCAL 3».....	DR.	HENA CARDONA DE HERRERA
FISCAL.....	DR.	EDGARDO ALONZO
TESORERO.....	DR.	NICOLÁS ODH NASRALLA

SOCIO HONORARIO

DR. VICENTE MEJIA COLINDRES

SOCIOS RESIDENTES EN TEGUCIGALPA

DR. ALVARADO, FRANCISCO	DR. IZAGUIRRE, GABRIEL
DR. ALVARADO, ÉIGOBERTÓ	DR. LAINEZ, HÉCTOR
DR. AGUILAR PÁZ, ENRIQUE	DR. LAZARUS, ROBERTO
DR. ALCERRO J., NAPOLEÓN	DR. LEÓN GÓMEZ, ALFREDO
DR. ALONZO M., EDGARDO	DR. LOZANO, RAMIRO H.
DR. ANDONIE F., JUAN	DR. MOLINA, RAFAEL
DR. BALTODANO, FEDERICO	DRA. MANNHEIM DE GÓMEZ, EVA
DR. BANEGAS M., VIRGILIO	DR. MARTÍNEZ O., JOSÉ
DR. BENDASA, CARLOS A.	DR. MATUTE C, EUGENIO
DR. BATRES, JULIO	DR. MEDAL, MARIO
DR. BOGRAN, NAPOLEÓN	DR. MENDOZA, JOSÉ T.
DR. BUESO, MANUEL	DR. MENCIA S., DANIEL
DR. CALLEJAS, LUIS	DR. MIDENCE M., IGNACIO
DR. CANAHUATI, SHIBLY M.	DR. MUNGUÍA ALONZO, SALOMÓN
DRA CANALES, ZULEMA	DR. MUNGUÍA ALONZO, LUIS
DRA TARDONA DF HFRRFRA HFNA	DR. ODEH NASRALLA, NICOLAS
DR.' CARRANZA RENE	DR. OSORIO CONTRERAS, GILBERTO
DR CASTRO HISEM	DR PEREIRA J., RAMÓN
DR. CASTILLO H., SELIM	DR PINEDA, CARLOS A.
DR. CASTILLO BARAHONA, MANUEL	DR RIERA H. ABRAHAM
DR CACERES VIJIL, MANUEL	DR RIVERA H, JESUS
DR' CARCAMO TITO, H.	DR RIVERA, OSACAR ARMANDO
DR. CORRALES P., CORNELIO	DR SARMIENTO MANUEL
DR. CORRALES P., HERNÁN	DR' TABORA J. ELISEO
DR. CUSTODIO, RAMÓN	DR
DR. CUEVA, J. ADÁN	DR VALLECILLO, GASPAR
DR. DELGADO, CARLOS A.	DR VALENZUELA, HÉCTOR
DR. DELGADO PINEDA, JUAN	DR. VARGAS, ÁNGEL D
DR. DURON, J. RAMÓN	DR VELASQUEZ L., ARMANDO
DR. DURON M., RAÚL	DR. VILLANUEVA, JORGE A.
DR. FARAJ, EUÁS ,	DR. VIDAL, ANTONIO
DR. FIGUEROA R., RAMIRO	DR. ZAVALA C, OCTAVIO
DR. FLORES FIALLOS, ARMANDO	DR. ZEPEDA, J. ADÁN
DR. GOMEZ-MARQUEZ, JOSÉ	DR. ZUNIGA, CESAR A..
DR. GOMEZ-ROVELO, ROBERTO	DR. ZUNIGA L., ALEJANDRO
DR. GUILBERT, HENRY D.	DR. ZUNIGA O., ENRIQUE
DR. GUZMAN B., ALBERTO	DR. ZUNIGA R., SILVIO
DR. HADDAD, JORGE	DR. REYES SOTO, JOAQUÍN

SOCIOS RESIDENTES EN EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA

DR. BULNES B., MARTIN.....	LA PAZ
DR. DÍAZ BONILLA, MANUEL.....	JUTICALPA
DR. FIALLOS FEDERICO.....	SANTA BARBARA
DR. GUTIÉRREZ L., RODRIGO.....	CHOLUTECA
DR. LARACH, CESAR J.....	SAN PEDRO SULA
DR. MADRID, HERMÁN.....	TRINIDAD, SANTA BARBARA
DR. MACKINEY, M. B.....	SIGUATEPEQUE
DR. MONTOYA A., JUAN.....	LA CEIBA
DR. PAVÓN, ARMANDO.....	COYOLÉS CENTRAL (S. F. Co.)
DR. RIVAS, CARLOS.....	LA CEIBA

SOCIOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR DE LA REPÚBLICA

DR. AGUÍLUZ, ÓSCAR.....	MEXICX), D. F.
DR. BARDALES, ARMANDO.....	SANTIAGO DE CHILE
DR. HERRERA A., VÍCTOR.....	NEW YORK
DR. CASTRO REYES, JOSÉ.....	BURDEOS, FRANCIA
DR. MEJIA M., JUAN A.....	GUATEMALA
DR. RODRÍGUEZ SOTO, GONZALO.....	INGLATERRA
DR. SAMAYOA, ENRIQUE.....	BOSTON
DR. VALENZUELA, J. RAMÓN.....	MÉXICO, D. F.
DR. VALLADARES L., RENE.....	SANTIAGO DE CHILE.

SOCIOS FALLECIDOS

DRES.: RUBÉN ANDINO AGUILAR, MANUEL M. AGUILAR, JUAN JESÚS CASCO, MARCIAL CACERES VIJIL, BLAS CANTIZANO, LORENZO CERVANTES, HUMBERTO DÍAZ B., PASTOR GÓMEZ H., JOSÉ GÓMEZ-MARQUEZ, MANUEL LARIOS C, JOSÉ MARÍA OCHOA VELASQUEZ, MIGUEL PAZ BARAONA, SALVADOR PAREDESP., MARCO ANTONIO RODRÍGUEZ, DOMINGO ROSA, CORNELIO MONCADA, MARCO DELIO MORALES, FRANCISCO A. MATUTE, ISIDORO MEJIA h., VIRGILIO BANEGAS, ALFREDO SAGASTUME, FRANCISCO SÁNCHEZ U., ABELARDO PINEDA UGARTE, MARIO DÍAZ QUINTANILLA Y PLUTARCO CASTELLANOS "

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 1".....	DR. ÁNGEL D. VARGAS
VOCAL 2».....	DR. JULIO BATRES

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS.....	DR. NAPOLEÓN 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 GOMEZ-MARQUEZ G.
	DR. CESAR ZUNIGA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD HONDURENA DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE.....	DR. 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 1962-63

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA DE HONDURAS 1962 -68

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 1962-63

PRESIDENTEDR. CESAR A. ZUNIGA
SECRETARIO.....DR. FRANCISCO MONTES
VOCAL 1».....DR. LUIS SAMRA

**DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD HONDURENA DE GASTROENTEROLOGIA
1962-63**

PRESIDENTEDR. EDGARDO ALONZO
SECRETARIO.....DR. CESAR LOZANO
TESORERO.....DR. JORGE HADDAD Q.
VOCAL 1?.....DR. SHIBLY CANAHUATI

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

PRESIDENTEDRA. ZULEMA CANALES Z.
VICEPRESIDENTE.....DR. JOSÉ M. DAVILA
SECRETARIO.....DR. RAÚL FLORES FIALLOS
PROSECRETARIO.....DRA. EVA M. DE GÓMEZ
TESORERO.....DR. ROBERTO GOMEZ-ROVELO
FISCAL.....DR. RIGOBERTO ALVARADO L.
VOCAL 1.....DR. DANIEL MENCIA
VOCAL 2DR. RAMÓN LARIOS CONTRERAS
VOCAL 3DR. CANDIDO MEJIA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA (1962-63)

PRESIDENTE.....DR. J. NAPOLEÓN ALCERCO
VICEPRESIDENTE.....DR. ARMANDO RIVERA
SECRETARIO.....DRA. ZULEMA CANALES ZUNIGA
TESORERO.....DR. CESAR VIJIL
VOCAL 1".....DR. RENE CERVANTES GALLO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN PEDRIÁTICA HONDURESA (1962-63)

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

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESIDENTEDR. JOAQUÍN NUÑEZ
PRESIDENTEDR. ELIAS FARAJ
VOCAL 1».....DR. ROBERTO GÓMEZ RÓBELO
VOCAL 2'DR. ARMANDO VELASQUEZ
VOCAL 3?.....DR. SERGIO BENDASA
TESORERO.....DR. ELIAS FARAJ