

Revista

MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL	Pág.
Hospital General y Escuela de Medicina	
Dr. Antonio Bermúdez Milla	307
Cáncer Primitivo del Tracto Digestivo	
Dr. Silvio R. Zúñiga	310
Secuelas de los Traumatismos Arteriales	
Dr. José Gómez-Márquez G.	325
Lesión yatrogénica de un ureter sin consecuencias anatómicas ni funcionales	
Dr. Alejandro Zúñiga	335
Aplicación de Forceps en occipito derecha anterior (O.D.A.)	
Dres. Jesús Alberto Vásquez Cueva—Marcial Vides Turcios	342
SECCION INFORMATIVA	
Capítulo IV del Reglamento de la Revista Médica Hondureña ...	353
Reglamento del Comité de Auxilio Mutuo	354
CANTO A LA INFANCIA	
¿Qué significa a mi entender un niño?	
Dr. Héctor Laínez N.	356
Las tripsinas en el tratamiento de las lesiones deportivas agudas	
Dr. J. López Quiles	360
Nómina del Colegio Médico	367
Directivas	372
INDICE DE ANUNCIANTES	XXVII

REVISTA MEDICA HONDUREÑA ÍNDICE

GENERAL BEL VOLUMEN 36 #

EDITORIALES

Página

Universidad y Revolución	1
Revista y Biblioteca	89
Biblioteca Médica Nacional	195
Hospital General y Escuela de Medicina	307
Canto a la infancia	353

ARTÍCULOS ORIGINALES

Pesquisa del cáncer del cuello uterino	3
Canalización del conducto torácico para el diagnóstico de la tuberculosis abdominal	20
Aneurismas traumáticos verdaderos y falsos	27
Fracturas del codo	40
Síndrome del padraastro	50
Cáncer del estómago	91
Síndrome de Wegener	119
Leishmaniasis cutánea diseminada	143
Linfangio-adeno-flegografía accidental	149
Conferencia clínico patológica (Complejo tuberculoso primario en el adulto)	160
Cáncer del intestino grueso	197
Cáncer del hígado	211
Cáncer de la vesícula biliar	216
Quimioterapia de los epitelomas cutáneos	225
Histoplasmosis	241
Anticonceptivos orales	247
Histología endometrial en anticonceptivos intrauterinos	259
Conferencia clínico patológica (Tricocetalosis masiva del colon)	265
Educación médica en los países en desarrollo	271
¿Que es un Citólogo?	292
Cáncer del páncreas	310
Cáncer del esófago	316
Cáncer de vías biliares	319
Cáncer del intestino delgado	321
Secuelas de los traumatismos arteriales	324
Lesión yatrogénica del uréter	334
Aplicación de fórceps en O.D.A. (modificación a la toma clásica)	341

SECCIÓN INFORMATIVA DEL COLEGIO MEDICO

Las inversiones y sus riesgos frente a las fluctuaciones monetarias	54
Anteproyecto de Reforma al Reglamento de Ley de Auxilio Mutuo y Plan de Retiro Definitivo	59
Ley del Estatuto de Servicios Médicos del I.H.S.S	65
Proyecto Reglamento de Carrera Docente	67
Reglamento de la Revista Médica Hondureña	165
Reglamento de Tesorería del Colegio Médico	175
Reglamento del Comité de Vigilancia del Colegio Médico	179
Requisitos para ser considerado como Especialista	180
Reglamento para Técnicos Anestesiastas	181
Reglamento de Parteras del Colegio Médico	182
Reglamento de los Congresos Médicos Nacionales	183
Nómina del Colegio Médico	300
Reglamento del Comité de Auxilio Mutuo	351

COLABORACIONES DEL EXTRANJERO

Metabolismo del shock	166
Comentarios generales acerca de la Gota	275
Tratamiento inmediato de las quemaduras	285
Las tripsinas en el tratamiento de las lesiones deportivas agudas	357

AUTORES

Aguilar Paz, Enrique	119
Batres, Julio.....	54
Bermúdez M., Antonio	40-89-195-307
Carrasco Flores, Manuel	59
Castro Reyes, José	241
Corrales P., Hernán	143-225
Cueva, J. Adán	259
Durón M., Raúl	160-241-265
Gómez Márquez, José	27-149-324
Gutiérrez Moreno, Aurelio	275
Haddad Q., Jorge	271
Herrera, Hena de	3-292
Kukral, John	166
León Gómez, Francisco.....	50
Láinez, Héctor	143-353
López Quües, J.....	357
Montes G., Francisco	40
Núñez , Joaquín.....	247-259
Ramírez, Orlando	20
Rivera Williams, Carlos	153
Salamanca, Enrique	285
Schumer, William	166
Vásquez C, Jesús	311
Vides Turcios, Marcial	341
Yáñez, Agustín	1
Zúñiga, Alejandro	334
Zúñiga, Silvio	20-91-197-211-216-310-316-319-321

Revista MEDICA HONDUREÑA

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

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

Editores:
Dr. Jorge Rivera
Dr. Silvio R. Zúñiga
Dr. José Gómez-Márquez G.
Dr. Carlos A. Delgado
Dr. Carlos Sierra Andino

1.000 ejemplares

EDITORIAL

Hospital General y Escuela de Medicina

ANTONIO BERMUDEZ MILLA

Para concluir nuestra tarea en la Dirección de la Revista Médica Hondureña, después de dos años de labor, deseamos hacer una breve discusión a través de este sugestivo binomio que forman la Facultad de Medicina y el Hospital General de Tegucigalpa.

Este Hospital fue establecido por el Estado en 1880, durante la administración del Dr. Marco Aurelio Soto, para socorrer a la humanidad doliente, como lo expresara en el discurso inaugural don Francisco Planas, fundador y primer Director del Centro, en el edificio que hoy se conoce como Palacio de los Ministerios, frente al Correo Nacional, lugar en donde funcionó hasta el 6 de junio de 1926, fecha en que por la decisión y férrea voluntad del entonces Director Dr. Manuel Guillermo Zúñiga, fue trasladado al edificio levantado por la Junta Constructora del Asilo de Indigentes, en la zona de San Felipe.

No fue sino hasta 1894, cuando el Dr. Miguel Ángel Ugarte introdujo los conceptos de asepsia y antisepsia, que empezó a florecer la Cirugía en nuestro país, siendo el Dr. Ugarte el primero en operar las cavidades del cuerpo con verdadero éxito.

El Dr. Alanzo Suazo, que sustituyó a Ugarte en la dirección técnica del Hospital, fue el primer maestro de Clínica, caracterizándose por sus amenas; y magistrales lecciones. En aquella época el número de estudiantes era reducido, pero de una gran capacidad de comprensión.

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que la relación entre el Hospital General y la Escuela de Medicina comenzó en el momento mismo de la inauguración del Hospital, con media docena de practicantes y la influencia de los galenos ya mencionados y *de* otros, con entrenamiento en el extranjero, como Rubén Andino Aguilar y Rodolfo Espinoza. Entre

sus primeros egresados se destacan los nombres de Julián Baires, José Isaac Reyes, Trinidad E. Mendoza y Jenaro Muñoz Hernández.

Este núcleo inició lo que hoy es la Escuela de Ciencias Médicas, pero aquella primera intentona se terminó por consunción en 1891.

Sin embargo, en 1894 se organizó nuevamente el primer año de Medicina, gracias a la iniciativa de los Doctores Miguel A. Ugarte, Alejo S. Lara y Valentín Durón, figurando entre sus alumnos Federico Alvarado Guerrero, Esteban Guardiola, Carlos J. Pinel, Isidoro Martínez, Alejandro Montoya y Romualdo B. Zepeda —este último, poco después administró por primera vez en Honduras el entonces peligroso 606, más conocido como Salvarsán. Nuevamente, en 1904 se disolvió la Escuela de Medicina por SUBLEVACIÓN DE LOS ALUMNOS —primera huelga— debido a que, en forma provisional se había destinado una parte del edificio para establecer una sección para profilaxis venérea. En aquel entonces, en esa escuela, habían practicantes que trabajan técnicamente en el Hospital.

Hubo después otros médicos que sobresalieron en sus servicios para el Hospital y la Escuela, pero hasta ahora nadie ha escrito nada al respecto. Nosotros oímos hablar de José Jorge Callejas, Ramón Valladares, Ricardo D. Alduvín (fundador de la Biblioteca de la Escuela de Medicina), Manuel Larios Córdoba, Héctor Valenzuela, Carlos Romero, Carlos Cruz Velásquez, etc.

Cómo aseveramos al principio de estas notas, el Hospital fue creado para ofrecer los auxilios de la Ciencia Médica a las personas que no estuviesen en capacidad económica para recurrir a los servicios médicos privados. Infortunadamente, como ocurre con frecuencia entre nosotros, hay quienes teniendo los medios necesarios acuden al Hospital General, a través de recomendaciones de políticos o personeros gubernamentales, quienquiera que sea el mandatario de turno. Hemos visto pasar por los consultorios de este centro a profesionales y aún comerciantes que —además de quitarle el tiempo a los médicos que allí laboran— se aprovechan de las medicinas, de por sí ya limitadas, de otros enfermos verdaderamente necesitados y que no cuentan con la capacidad monetaria para adquirirlas.

Los sueldos simbólicos del pasado se han venido convirtiendo paulatinamente en una remuneración más o menos justa, tomando en cuenta el tiempo que los médicos dedican al Hospital.

La Escuela de Medicina ha aumentado la influencia que ejerce sobre el centro hospitalario y cuenta con instalaciones propias para la docencia dentro del edificio. El hecho de estar al frente de un Servicio Médico del Hospital es por sí mismo un factor muy importante para poder pertenecer a la plana de profesores de la Escuela de Ciencias Médicas o como ahora se le denomina, dentro del Plan de Reforma Universitaria.

Es indudable que con el adelanto progresivo que ha tenido la Facultad de Medicina también se han mejorado los servicios que el Hospital presta al público. Muchos médicos que se han especializado en el exterior han regresado para brindar sus conocimientos y esfuerzos en beneficio de la Escuela y del Hospital.

En 1926 el presupuesto anual del Hospital y Asilo de Indigentes era apenas de L 99.200-00 y existía un déficit de L 35.000.00 En la actualidad este presupuesto es de L 2.376.152.00 y el 62.66% se utiliza en sueldos

y salarios, sin contar el contrato anual de limpieza que asciende aproximadamente a 68.000.00 lempiras anuales. Con, lo que resta hay que hacer verdaderos milagros de ingenio para sufragar la alimentación de pacientes y empleados, medicinas, equipo de trabajo, material de Rayos X, Laboratorio, Patología, etc.

De todo esto se deduce fácilmente que el presupuesto actual continúa siendo insuficiente, a pesar de la ayuda directa que se recibe de la Universidad mediante el pago de algunos de los médicos recién graduados que prestan servicio como Residentes.

Es una verdad incuestionable que la Escuela de Medicina ha sido beneficiosa para el Hospital, pero no debemos olvidar el papel importantísimo que el Hospital General representa en la docencia médica del país. En el presente el problema principal para el Hospital estriba en los conflictos con los practicantes internos, que están haciendo el último año de su carrera y además están bien remunerados. En los dos últimos años han provocado dos huelgas que han sentado funestos precedentes para el futuro administrativo y funcional del mismo.

Se nos ocurre pensar que una de las maneras para evitar estos problemas sería la derivación de estos cargos de practicantes internos hacia la Escuela de Medicina, para que fueran considerados no como empleos y salarios sino más bien como becas de estudio.

Ahora que se está hablando tanto del Hospital-Escuela, creemos oportuno llamar la atención hacia la posibilidad de convertir el actual Hospital General —cuna de la enseñanza médica en Honduras— en ese centro hospitalario de la Universidad que está en período de gestación, aún cuando en el futuro se construya un edificio "ad hoc" en los predios de la Ciudad Universitaria. Se aprovecharía para forjar desde ahora, en bases firmes, la organización adecuada. Esta idea no es nueva, ya el D-r. Carlos M. Gálvez, cuando fue Ministro de Educación intentó hacer esta reforma.

Lo que no hay que olvidar, bajo ningún punto, es que un hospital no es eficiente sólo por causa del edificio en que está ubicado, sino que, y principalmente, por su organización, la preparación y la capacidad de trabajo de su personal médico y auxiliar.

Creemos que es muy temprano para enfocar el proceso de reforma, por lo menos en nuestra opinión. Hay todavía mucha tela que cortar en este sentido. Si queremos dejar patentizado nuestro agradecimiento para quienes fueron nuestros maestros en esa misma escuela y en ese mismo hospital, mencionaremos, con todo y el temor de olvidar algún nombre, a quienes más huella dejaron en nuestra formación académica, son ellos: Juan A. Mejía, Antonio Vidal, Salvador Paredes, José Ramón Durón, Napoleón Bográn, Humberto Díaz B., Abelardo Pineda Ugarte y José Gómez Márquez, el último fue nuestro verdadero profesor de Patología General, en aquellas amenas y prolongadas clases de Oftalmología, en las que con un solo síntoma nos hacía recorrer toda la patología y, a veces, aún nuestros flacos conocimientos de Anatomía.

Hemos terminado la misión que nos confiara la Junta Directiva del Colegio Médico al frente de esta Revista, hemos puesto en ella interés y cariño y sólo nos resta elevar nuestros más fervorosos votos para el buen suceso de los próximos directores.

Cáncer primitivo del tracto digestivo

Dr. S. R. Zúñiga*

V. —CÁNCER DEL PÁNCREAS

FRECUENCIA

El cáncer del páncreas ocupó el quinto lugar en nuestra serie de cánceres del tubo digestivo con una incidencia de 4.5%. Uno de cada 8.782 pacientes egresados llevó el diagnóstico comprobado de cáncer pancreático.

Su frecuencia por sexo y en décadas de vida se detalla en la figura 1 expuesta a continuación.

Por ella se logra apreciar que hubo ligero predominio en el sexo masculino, con 8 casos a su favor (57,1%) contra 6 del sexo femenino (42,8%)— Asimismo se constata que la década que tomó mayor número de casos fue la 6^a (35,7%), pero la mayoría de los casos se ubicaron entre la 6^a y la 8^a décadas que, sumadas, representaron el 78^a,5% de los casos.

En 505 casos de cánceres del tubo digestivo comprobados en Guatemala (1) se hallaron 45 casos en páncreas (8,9%) y entre 779 cánceres digestivos analizados en El Salvador (2) hubo 37 ubicaciones pancreáticas (4,7%), cifra esta última que se aproxima a la comprobada en nuestra serie. En la Argentina, Rojas y Col. (3) informan 28 localizaciones pancreáticas en 914 cánceres del tubo digestivo (3,0%).

Berk y Haubrich (4) nos dicen que en los Estados Unidos del Norte el cáncer pancreático se encuentra del 0.3 al 0,75% de todas las necropsias y que representa el 1,76 al 2% de los tumores malignos; según la impresión clínica de estos autores, la relativa frecuencia de esta enfermedad continúa en aumento en su medio. En El Salvador (2) la incidencia autóptica es de 0.52%.

Según Beker y Col (5) en Venezuela la mayor incidencia se encontró entre los 50 y 79 años de edad y la edad promedio fue 57 años. Se citan como edades extremas en que se comprobó este cáncer la de 7 meses y la de 104 años. En nuestra serie la edad más temprana fue 36 años y la más tardía 75 años.

En todas las series informadas hay predominio del hombre sobre la mujer en la proporción de 2 o 3 a 1 (4,6), proporción que se acerca a la constatada por nosotros. Sin embargo, en la serie venezolana hubo igual distribución en los sexos y en la salvadoreña el predominio masculino fue muy escaso.

Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General, Tegucigalpa, D. C.
Profesor de Diagnóstico Quirúrgico de la Facultad de Ciencias Médicas.

DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

El tiempo que databa la manifestación de la enfermedad en el momento de la hospitalización queda anotado en el siguiente cuadro:

1 mes	1 caso
2 meses	6 casos
4 meses	4 casos
6 meses	2 casos
1 año	1 caso

Se infiere que el 95% de los pacientes iniciaron su sintomatología dentro de los 6 meses anteriores a su ingreso hospitalario y que la duración más frecuente fue la de 2 a 4 meses..., que **representa** el **71%** de los casos.

SÍNTOMAS

La lista de síntomas se expone en el siguiente cuadro:

Dolor abdominal	100%
a) epigástrico	78%
b) hipocondrio derecho	21%
Ictericia obstructiva	78%
Anorexia	78%
Dispepsia	64%
Pérdida de peso	64%
Estreñimiento pertinaz	57%
Vómitos	50%
Debilidad	44%
Tumor abdominal	35%
a) hipocondrio derecho	21%
b) epigastrio	14%
Fiebre	21%
Diarrea	14%
Antecedentes alcohólicos	14%

El dolor fue el síntoma siempre presente y, además, el iniciador del cuadro clínico; en el 57% de los casos fue de acentuada intensidad y en el resto fue de carácter suave; en pocas ocasiones tuvo carácter cólico y casi en la mitad de los casos se irradió anteroposteriormente a la región lumbar y en el resto de los casos se propagó a hipocondrio derecho, a hombro del mismo lado o no se **irradió**. La ictericia fue en frecuencia el segundo síntoma, yendo acompañada de decoloración fecal o acolia, coluria y prurito cutáneo. Estas comprobaciones demuestran que "la instalación gradual de ictericia indolora" (7) ya no es aceptable para el cáncer del páncreas. Se llama la atención que hubo trastorno del hábito defecatorio en el 71% de los casos, pero este cambio se dirigió más bien, a la constipación pertinaz y en menor frecuencia a la diarrea pancreática. La percepción de tumoración por parte del paciente ocurrió en el 35% de los casos, pero sólo en el 14% tal tumoración correspondió a la neoplasia pancreática ya que en el resto de los casos lo percibido por el paciente era la vesícula biliar distendida.

Beker y Col. (5) obtuvieron en su serie el siguiente orden de síntomas: pérdida de peso, anorexia, dolor y fiebre. Piensan que el primero es el síntoma más constante con un 91,67%; el dolor lo comprobaron en el 88,3% con localización epigástrica, carácter sordo y con irradiación lumbar.

Berk y Col. (4) aseguran que el dolor es el más frecuente de los síntomas iniciales, seguido por la ictericia; cuando ambos están presentes el **dolor** precede a la última. Como tríada sintomática del período de estado dan dolor, pérdida de peso e ictericia. Aseguran que probablemente no hay enfermedad del tracto digestivo que en tan poco tiempo se pierda tanto peso, como en el cáncer del páncreas.

Rastogi y **Brown** (6) comprobaron que en una serie de 100 casos el dolor y la pérdida de peso iniciaban con igual porcentaje la lista de los síntomas.

HALLAZGOS

A continuación se expone la lista de las **comprobaciones** efectuadas

Ictericia	78%
Tumor en abdomen superior	71%
a) en epigastrio	43%
b) en 1/2 superior mesogastrio	21%
c) en 1/2 izquierda mesogastrio	7%
Vesícula distendida	71%
Hepatomegalia	50%
Dolor epigástrico	35%
Palidez	7%
Edema miembros inferiores	7%
Ascitis	7%

Beker y Col. (5) en su serie encontraron como signos de mayor importancia a la hepatomegalia (80%), la ictericia (60%), vesícula palpable (20%) y ascitis (3%). Algunos autores le dan un lugar prominente a la constatación de hepatomegalia, atribuyéndole hasta un 89% de frecuencia (8) y asegurando que tal aumento es más bien debido a la colestasis que a metástasis. De acuerdo con la Ley de Courvoisier, una vesícula biliar distendida e indolora es significativa de cáncer pancreático, pero como toda ley es violable por causas variadas (vesícula afectada de colecistitis crónica que no se deja distender, distensión no comprobable clínicamente pero sí radiológica u operatoriamente) de ahí que los porcentajes positivos de este hallazgo no sean tan altos. La ictericia y la vesícula distendida son privativos del cáncer de la cabeza del páncreas si se establece comparación con la ubicación en el cuerpo o cola del órgano; en esta serie todos los cánceres cefálicos menos uno se acompañaron de ictericia con distensión vesicular y, con frecuencia, de hepatomegalia dolorosa (7 de 11); en otra localización que no fuera la cefálica nunca se comprobó ninguno de estos hallazgos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El hemotócrito estuvo sobre 40 vols. /OO en 8 ocasiones, la cifra mínima fue de 24, la máxima de 49 y el promedio 37. La hemoglobina mostró

estar sobre 10 gm. /OO en 12 oportunidades, la cifra mínima fue 5, la máxima 15 y el promedio 11.

El índice icterico estuvo sobre 7 unidades en 11 casos, la cantidad más alta fue de 154 y las más frecuentes oscilaron entre 50 y 80.

La bilirrubinemia total más alta fue de 31 mg. /OO, la cifra promedio fue 16. El fraccionamiento demostró que en todos los casos el aumento era principalmente debido a la bilirrubina directa.

La fosfatasa alcalina y el colesterol total mostraron aumentos considerables. La proteinemia se mostró descendida. El B. S. P. y la Reacción de Hanger mostraron diversos grados de alteración.

En 5 protocolos no se comprobó la existencia de informes radiológicos, En los 9 restantes casos se efectuaron tránsitos gastro duodena les de los cuales solo 1 fue positivo por hallazgos anormales consistentes en la existencia de una masa circunscrita por el marco duodenal que se encontraba adelgazado. Un colangiograma intravenoso mostró que el contraste se detenía en el 1/3 distal del colédoco y una colangiografía transparietohepática reveló una obstrucción completa del colédoco en su trayecto pancreático.

Llama la atención la poca ayuda prestada por el tránsito gastroduodenal en nuestra serie (1 vez en 9 casos) contra los que nos dan autores extranjeros que obtienen 40 a 43% de datos positivos (4, 5). Ignoramos si en estos informes foráneos se efectuaron duodenografías hipotónicas pero si podemos asegurar que en nuestros casos no se efectuó tal técnica.

COMPROBACIÓN

En todos los casos se efectuó laparotomía exploratoria y los hallazgos intraoperatorios fueron los siguientes:

Tumor en cabeza del pancreas	78,5%
Tumor en cuerpo de pancreas	21,5%
Vesícula distendida	71,4%
Metástasis a hígado	42,8%
Metástasis a ganglios hilio hepático	21,5%
Metástasis a ganglios retroperitoneales	14,2%
Ascitis	14,2%
Metástasis a epiplón mayor	7,1%
Invasión a cólon transverso	7,1%

La localización cefálica del tumor es, según la literatura extranjera, el sitio de predilección del cáncer pancreático; según Berk y Col. (4) 2 de cada 3 cánceres pancreáticos se localizan en la cabeza y Beker y Col. (5) lo encontraron en el 76,6% con esa ubicación.

En 8 de 11 cánceres cefálicos se constataron metástasis (72%) y en ninguno de los cánceres del cuerpo se evidenció la existencia de las mismas. El sitio de predilección de las metástasis fue el hígado, seguido por la colonización en los ganglios del hilio hepático.

Microscópicamente todas las biopsias fueron calificadas como adenocarcinomas con distintos grados de diferenciación.

La conducta operatoria consistió en exploración, toma de biopsia y, además, en 10 casos se efectuó derivación de la bilis o del tránsito gastroduodenal (8 colecistoyeyunostomías, una colecistoduodenostomía y una gastroyeyunostomía).

CONDICIÓN DE EGRESO

La siguiente fue la condición de salida de los enfermos:

Egresaron en igual estado	8
Egresaron mejorados	2
Egresaron muertos	4

No hubo control hospitalario que nos indique el momento de muerte de los exhospitalizados.

CONCLUSIONES

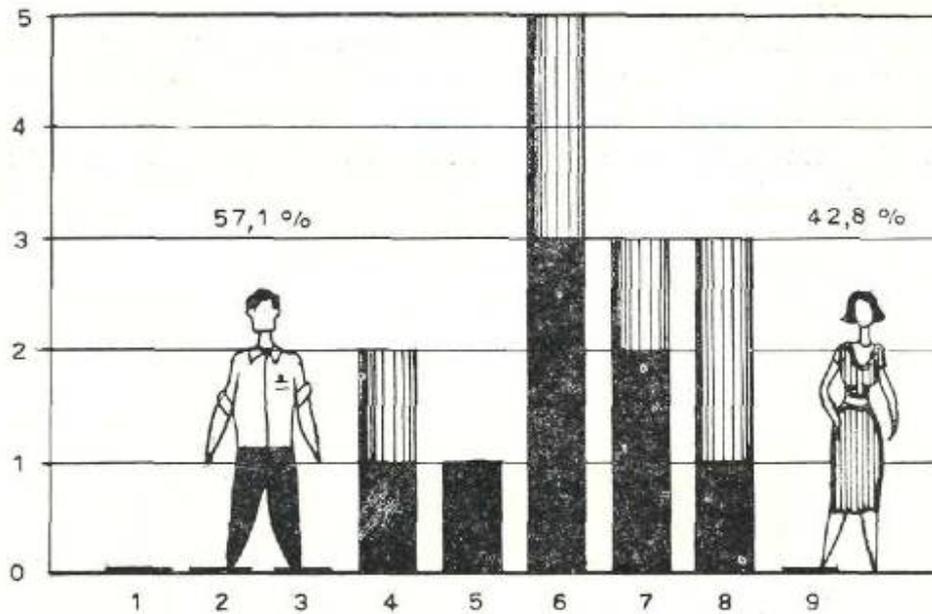
- 1.—El cáncer del páncreas ocupó el quinto lugar de la serie de cánceres del tubo digestivo con una incidencia de 4,5%.
- 2.—Hubo ligero predominio en el sexo masculino (57,1%).
- 3.—La mayoría de los casos se ubicaron entre la 6ª y 8ª décadas.
- 4.—El 95% de los pacientes iniciaron su sintomatología dentro de los 6 meses anteriores a su hospitalización, pero la duración de los síntomas más frecuente fue la de 2 a 4 meses.
- 5.—El síntoma siempre presente e iniciador del cuadro sintomatológico fue el dolor. La ictericia tipo obstructivo y la anorexia tomaron el 78% de los casos. La dispepsia (64%), la pérdida de peso (64%), y el estreñimiento pertinaz (57%) siguieron a los anteriores síntomas.
- 6.—Como hallazgos exploratorios se obtuvieron: ictericia (78%), tumoración en abdomen superior (71%), vesícula distendida (71%), hepatomegalia (50%) y dolor epigástrico (35%).
- 7.—El promedio del hematócrito fue 37 vols./00, el de la hemoglobina 11 gm./00, el de la bilirrubinemia 16 mg./00. La fosfatasa alcalina y el colesterol total se mostraron muy aumentados. Las pruebas de funcionamiento hepático tradujeron diversos grados de alteración.
- 8.—El tránsito gastroduodenal prestó poca ayuda al diagnóstico. La colangiografía transparietohepática no fue un método rutinario.
- 9.—Todos los casos fueron laparotomizados con lo que se demostró que la cabeza del páncreas fue el sitio de predilección (78,5%) y el resto se ubicó en el cuerpo. Se comprobaron metástasis en el 72% de los casos.
- 10.—El estudio histopatológico reveló que todos eran adenocarcinomas.
- 11.—La conducta operatoria fue meramente exploratoria o paliativa.
- 12.—Hubo un 28,5% de mortalidad intrahospitalaria y se desconoce la supervivencia de los egresados que sólo se exploraron o en quienes se intentó una mejoría.

SUMMARY

Carcinoma of the páncreas ranked in 5th place among the total of G.I. tract carcinomas **reviewed** in this paper (4.5%). It was predominant in males between the 6th and 8th decades of life. **The** head of the páncreas was the predilect site of origen (78.5%) and metastases were foimd in 72% of the cases when the diagnoses was made.

CANCER DE PANCREAS

TOTAL DE CASOS	14
INCIDENCIA GLOBAL	0,01 %
# EN VIAS DIGESTIVAS	4,5 "



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—TEJADA, J. C. y SCHRIMSHAW, N. S.: Patología guatemalense a mediados del siglo XX. *Rev. Col. Méd.* 15: 113, 1964.
- 2.—INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. Ministerio de Educación. El Salvador. 1966.
- 3.—ROJAS, J. C., CORCHON, J. F. y GALLEGO, O.: Tumores del aparato digestivo. *Prens. Méd. Argent.* 51: 919, 1964.
- 4.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Capítulo 129 (Berk, J. E. y Haubrich, W. S.) W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1965.
- 5.—BEKER, S., VALENCIA-PARPARCEN, J., CASALTA, V. y SALOMON, R.: Adenocarcinoma del páncreas; análisis de 60 casos. *G. E. N.* 19: 43, 1964.
- 6.—RASTOGI, H. y BROWN, C. H.: Carcinoma of the pancreas; a review of one hundred cases. *Cleveland Clin. Quarterly* 34: 243, 1967.
- 7.—ROSS, D. E.: Cancer of the pancreas. *G. E. N.* 14: 157, 1959
- 8.—SCHIFF, L.: Absence of a palpable liver; a sign of value in excluding obstructive jaundice due to pancreatic cancer. *Gastroenterology*, 32: 1.143, 1957.

VL—CÁNCER DEL ESÓFAGO

FRECUENCIA

Con un 3,2% de incidencia entre los cánceres primitivos del tubo digestivo, ocupó el 6^o lugar en la serie por nosotros analizada.

El número total de casos, la incidencia global y en vías digestivas, lo mismo que su distribución por sexo y su ubicación en décadas de vida queda expuesto en la figura 1.

En esta pequeña casística hubo un ligero predominio en el sexo masculino (60%) y a partir de la 4^a década casi se manifestó una distribución proporcional hasta la 8^a, con un mínimo aumento en la 5^a década.

En el exterior los porcentajes de incidencia de esta afección entre los cánceres digestivos presenta variaciones. En Guatemala (4) se nos informa un 1,4%, en El Salvador (2) un 4,3%, en Estados Unidos de Norte América (3) un 7% y en la Argentina (4) un 18,1%.

La mortalidad por cáncer esofágico presenta, también, oscilaciones según los países (5): cifras extremadamente altas son informadas en Sur África, cifras altas proceden de las Indias Occidentales (Puerto Rico y Jamaica), Lejano Oriente (China) y de Francia. Hay islotes de alta incidencia en Sur América (Brasil).

Parece aceptado el predominio del sexo masculino que según Young (3) guarda una relación con el femenino de 4:1 a 6:1. Sin embargo, consideraciones mundiales muestran que donde es mayor la incidencia la proporción se iguala (5 en algunos países (Sur África) y en otros (Francia) la proporción es 20 veces mayor en los hombres. En los países vecinos al nuestro (2) se ha informado predominio en el sexo femenino (55%). En la Argentina (4) la proporción vuelve a ser desventajosa para el sexo femenino ya que el masculino asume el 86% de los casos y en una serie de Venezuela (6) este sexo es tomado en el 68,3%.

En cuanto a distribución por décadas, en El Salvador hubo mayor frecuencia en la 6^a y 7^a décadas (2) y lo mismo ocurrió en la Argentina (1). En Brasil (7) predomina en la 5^a, 6^a y 7^a, con máxima ocurrencia en la 6^a. En Venezuela la 6^a y la 7^a sumadas representan el 65% de los casos. En los Estados Unidos de Norteamérica la enfermedad ocurre a menudo entre los 50 y los 70 años (3).

Entre las causas predisponentes al cáncer esofágico se han mencionado las siguientes: estenosis benignas, hernia hiatal, acalasia, excesiva ingestión de alcohol, divertículos esofágicos, síndrome de Plummer-Vinson, pólipos, ingestión de alimentos o bebidas muy calientes, etc.

SÍNTOMAS

La lista de síntomas acusados por los pacientes fueron:

Disfagia	90%
a) para sólidos	60%
b) para líquidos y sólidos	30%
Vómitos posprandiales	80%
Pérdida de peso	60%
Odinofagia	30%
Hematemesis	20%
Debilidad	20%
Sialorrea	10%
Disfonía	10%

Parece que es mundial la aceptación que el síntoma más frecuente de cáncer esofágico es la dificultad mecánica para la deglución () ; su instalación es usualmente progresiva, al principio únicamente para los sólidos, luego para los alimentos blandos y, por último, hasta para los líquidos. En nuestra serie, los vómitos, o mejor las regurgitaciones postprandiales ocuparon el segundo lugar en frecuencia; la pérdida de peso fue común y en su patogenia intervinieron de manera preponderante la disfagia y las regurgitaciones postprandiales. El dolor a la deglución localizado subesternalmente es manifestación de la invasión de los tejidos vecinos y, por tanto, indicio de* cáncer esofágico avanzado. El resto de los síntomas es poco frecuente y en otras series ocupan igualmente los últimos lugares de la lista de síntomas.

HALLAZGOS FÍSICOS

En el 40% de los casos no se comprobó la existencia de anormalidad al efectuar el examen físico. En el 60% se constató enflaquecimiento acentuado y/o palidez de las mucosas. Se dice que en las fases tempranas de la enfermedad la exploración clínica de los pacientes es negativa (3) y que el más común de los hallazgos es la pérdida de peso (6). Se mencionan como posibles comprobaciones: adenopatías linfáticas asilares, supraclaviculares o cervicales, hepatomegalia por metástasis y siembras pulmonares.

RADIOLOGÍA

El tránsito esofágico evidenciado por medio de la papilla baritada dio el resultado siguiente:

Estenosis esofago inicial con invasión a tráquea	1 caso
Estenosis pars hiliaris	2 casos
Estenosis a nivel del cayado aórtico	2 casos
Estenosis del 1/3 distal del esófago	3 casos
Defecto de relleno en el 1/3 distal del esófago	2 casos
Dilatación del esófago proximal	3 casos

De estos informes radiológicos podemos inferir la siguiente, ubicación del cáncer en esta corta serie:

1/3 proximal	1 caso
1/3 medio	4 casos
1/3 distal	5 casos

Se dice (3) que el cáncer esofágico ocurre frecuentemente en los 3 sitios de disminución normal del calibre del esófago: área postcricoidea, cerca del bronquio izquierdo y en la unión cardio-esofágica. En Brasil (7) el 1/3 medio toma el 43% y el inferior el 38% ; ignoramos si este informador incluye entre los cánceres de esófago a los adenocarcinomas del 1/3 inferior que la mayoría de los autores consideran como primitivos del estómago y que secundariamente invaden esófago; nosotros agrupamos los adenocarcinomas de este tercio en los ya estudiados cánceres del estómago. Una distribución semejante nos dan Louis y Bronfenmajer* (6) en casos venezolanos. Postlethwait y Col. (9), al revisar 253 carcinomas escamosos del esófago, encontraron que la mitad de ellos estaba en el 1/3 medio y el resto igualmente dividido en los dos tercios restantes.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Como regla, en la pequeña serie no se comprobó la existencia de anemia acentuada. El **hematócrito** estuvo sobre 40 vols./OO en el 50% de los casos y la cifra promedio fue de 37. En cuanto a la hemoglobina, también se mostró sobre 10 gm. /OO en la mitad de los casos y la cifra promedio fue de 11,5 gm. /OO.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

El diagnóstico histopatológico fue obtenido merced a biopsia endoscópica en 6 oportunidades y mediante estudio de la pieza reseca o de biopsia operatoria en 4 casos. En todos los casos el informe patológico fue carcinoma epidermoide, bien diferenciado en 2, moderadamente diferenciado en 4 y sin especificación en otros 4.

OPERACIÓN

En 2 oportunidades se efectuó una esofagectomía parcial y en los otros casos se efectuó únicamente una intervención paliativa: tubo gástrico retroesternal 1, gastrostomía 1, traqueotomía 1.

EGRESO

Egresaron en igual condición que a su ingreso 5 pacientes, uno fue conceptuado como mejorado y hubo 4 muertes. No se llevó a cabo ningún control de los egresados.

CONCLUSIONES

- 1.—En la serie analizada del cáncer del esófago ocupó el 6º lugar de frecuencia (3,2% entre los cánceres primitivos del tubo digestivo).
- 2.—Hubo ligero predominio del sexo masculino (60%).
- 3.—Fue frecuente a partir de la 4ª década pero el máximo ocurrió en la 5ª.
- 4.—Los síntomas más frecuentemente acusados fueron disfagia (90%), regurgitaciones postprandiales (80%) y pérdida de peso (60%).
- 5.—El examen físico no reveló anormalidad en el 40% y en el porcentaje restante sólo se observó enflaquecimiento y/o palidez.
- 6.—La radiología fue de gran ayuda diagnóstica, revelando estenosis orgánica en el 1/3 proximal 10%, en el medio 40% y en el distal 50%.
- 7.—Los exámenes hematológicos no revelaron anemia acentuada.
- 8.—La confirmación se obtuvo por biopsia endoscópica u operatoria.
- 9.—Sólo en 5 oportunidades se efectuó intervención quirúrgica, en 2 ocasiones de tipo curativo y en las 3 restantes de naturaleza paliativa.
- 10.—Hubo 4 muertes intrahospitalarias, 5 egresaron en igual estado y solamente un caso fue conceptuado como mejorado.
- 11.—No se llevó a cabo ningún control de los egresados.

VII.—CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES PRINCIPALES

FRECUENCIA

Sólo logramos encontrar 3 casos probados de cáncer de las vías biliares principales, lo que da para ellas una incidencia de 0,9% entre las neoplasias malignas del tubo digestivo. Dos de ellos pertenecían al sexo masculino y los casos estuvieron localizados en la 5[^], 6[^] y 8[^] décadas.

Según literatura extranjera este cáncer no es muy frecuente (10) pero se cree que su frecuencia es un poco más alta que lo que se asegura porque en la necropsia es difícil determinar el sitio primario de un tumor que se extiende a estructuras vecinas (hígado, vías biliares, vesícula, páncreas). Según Colín (10) la frecuencia del carcinoma de las vías biliares extra hepáticas en autopsia varía entre 0,19 y 0,26% y representa el 2,2% de todos los carcinomas verificados en necropsias. Según Neibling y Col. (11) se comprobó carcinoma de las vías biliares 41 veces en 14.000 operaciones sobre el tracto biliar (0,29% de frecuencia). El sexo masculino es más afectado que el femenino en la proporción aproximada de 3:2 (10). En la serie de Infante Díaz (2) la década más afectada fue la 6[^] pero, según Cohn, los pacientes usualmente están entre las edades de 50 a 70 años. De acuerdo con la serie de Braasch y Col. (12) la edad promedio es 57 años.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas acusados en nuestros casos fueron los siguientes:

Ictericia obstructiva	3 casos
Dispepsia	3 casos
Dolor en hipocondrio derecho	2 casos
Pérdida moderada de peso	2 casos
Anorexia	1 caso
Vómitos	1 caso
Fiebre	1 caso

Como comprobaciones se notaron las siguientes:

Ictericia	3 casos
Hepatomegalia dolorosa	3 casos
Manifestación biliar distal	2 casos

Al apuntar en la lista de síntomas "ictericia obstructiva" se quiere decir que iba acompañada de acolia, coluria y prurito. El dolor se presentó con carácter continuo y fue de intensidad variable.

En la serie informada por Braasch (12) la ictericia se comprobó en el 82%, el dolor en el abdomen superior es el 57%, la pérdida de peso en el 46% y hepatomegalia en el 37%. La ictericia es obstructiva y progresiva y según Kuwayti y Col. (13) fluctúa alrededor del 60% de los casos; estos mismos informadores comprobaron en el 31,5% de sus casos que la vesícula era palpable; para que ésto se logre la obstrucción debe estar distal a la desembocadura del cístico en la vía principal, la vesícula biliar no debe estar excluida patológicamente y no debe haber sido extirpada quirúrgicamente. Cohn (10) da a la pérdida de peso un 61% de ocurrencia y a la hepatomegalia un 70 u 80%; informa, asimismo, un 25% de fiebre que cuando va acompañada de escalofríos y sudoración en testimonio de colangitis asociada.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

En nuestra corta serie no hubo descenso marcado del hematócrito ni de la hemoglobina; el primero usualmente estuvo alrededor de 44 vols. /OO y el segundo de 12 gm. /OO. El índice icterico fue **siempre** superior a 33 unidades y la cifra máxima comprobada **fue** de 90. La bilirrubinemia se mostró aumentada a expensas principalmente de la fracción directa. La reacción de cefalin-colesterol sólo en una oportunidad estuvo francamente patológica.

La radiología no aportó datos ya que la colecisto o colangiografías orales o intravenosas eran inoperantes por la ictericia y nunca, se efectuó colangiografía transparietohepática.

CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA

En todos los casos se efectuó laparotomía- exploradora comprobándose en 2 oportunidades que el cáncer estaba ubicado en el colédoco distal y en una ocasión en el hepático común. En 2 casos había involucramiento hepático, en uno por invasión y en el otro por metástasis. Sólo en una ocasión se efectuó colangiohepatoduodenostomía y en las otras dos el cirujano se contentó con tomar biopsia.

El estudio anatomopatológico reveló en las 3 oportunidades la existencia de un adenocarcinoma de vías biliares extrahepáticas.

CONDICIÓN DE EGRESO

Dos de los pacientes egresaron del hospital, en el mismo estado y el otro murió 5 días después de la intervención exploradora. No hubo control de los egresados.

CONCLUSIONES

Consideramos que esta serie es muy corta para que tengan validez las conclusiones que podamos extraer. Sin embargo, creemos que algunas son válidas ya que gozan del apoyo de análisis foráneos:

- 1.—El cáncer de las vías biliares principales no es muy frecuente entre las neoplasias malignas del tubo digestivo (0,9%).
- 2.—Parece afectar con mayor frecuencia al sexo masculino.
- 3.—La ictericia obstructiva y la dispepsia fueron los síntomas más constantes y la hepatomegalia dolorosa junto con la constatación de la ictericia fueron las comprobaciones más comunes.
- 4.—No hubo marcada anemia, el índice icterico fue siempre superior a 33 unidades con bilirrubinemia elevada a expensas principalmente de la fracción directa.
- 5.—La radiología no contribuyó al diagnóstico.
- 6.—La confirmación diagnóstica se obtuvo de la laparotomía exploradora con toma de biopsia.
- 7.—Todos los casos fueron adenocarcinomas.
- 8.—No hubo ningún tipo de cirugía curativa.
- 9.—No hubo control en los exhospitalizados.

VIII.—CÁNCER DEL INTESTINO DELGADO

En este capítulo se incluyen los cánceres que se desarrollaron en el duodeno, yeyuno e íleon.

Es esta serie fueron las ubicaciones menos frecuentes, con un número total de 3 casos. Lo que da una incidencia de 0,9% para los cánceres del tracto digestivo. Puede decirse que aproximadamente hubo un caso de cáncer del intestino delgado por cada 41.000 egresos del hospital.

Esta escasa incidencia no es privativa de nuestra serie. Tanto en material de autopsia como en series clínicas los informes mundiales revelan lo escaso que es el cáncer del intestino delgado. En El Salvador (2) solo se encontraron 15 casos en 3.681 autopsias (0,4%) y en los Estados Unidos de Norteamérica (14) la cifra sube a un 0,62%. En Guatemala (1) representa el 1,7% de los cánceres del tubo digestivo; en Argentina (4) tiene entre los mismos una incidencia de 1,5%; en Egipto (15) toma el 5% de las neoplasias malignas digestivas.

Refieren Braasch y Derribo (16) que en la revisión de la literatura mundial efectuada hasta 1960, Rochlin y Longmire encontraron sólo 650 casos de tumores malignos del intestino delgado.

En lo que a localización se refiere, uno de nuestros cánceres estaba situado en duodeno, uno en yeyuno y uno a todo lo largo del yeyuno-íleon.

El cáncer duodenal radicaba en la 2^a porción de este segmento digestivo, era de crecimiento exofítico y ocurrió en un mulato de 69 años, cuya principal sintomatología era fiebre y anemia y cuya palpación abdominal descubría una masa tumoral en cuadrante superior derecho. Se efectuó laparotomía exploradora comprobándose metástasis hepáticas. Se tomó biopsia y el estudio histopatológico reveló que la tumoración era un LEIOMIOSARCOMA.

El cáncer yeyunal ocurrió en un hombre de 64 años, estaba ubicado a lo cm. del ángulo de Treitz, era de crecimiento exofítico considerable y simulaba casi a perfección una esplenomegalia. El síntoma principal era fiebre y secundariamente dolor en cuadrante superior izquierdo y anorexia. Se laparotomizó extirpándose una tumoración de 700 gm. Que tenía su pedículo en la primera asa yeyunal y cuyo estudio demostró, asimismo, que se trataba de un Leiomiomasarcoma. Se constataron metástasis en hígado. Este caso fue objeto de una comunicación escrita (17).

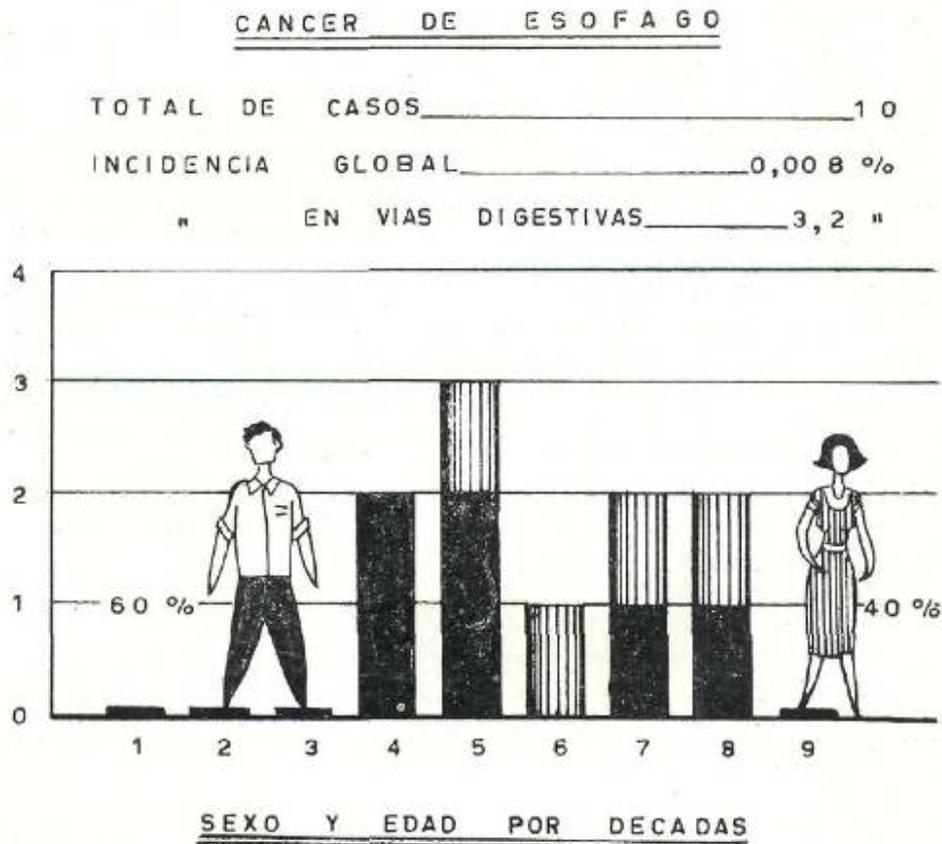
El cáncer yeyuno-ileal se presentó en una mujer de 17 años cuya enfermedad tenía 1½ meses de evolución, con artralgias, diarrea, vómitos y dolor cólico; la exploración demostró distensión abdominal con dolor difuso. Al laparotomizarla se constató líquido ascítico, tumoración a todo lo largo del intestino delgado en su implantación mesentérica y con linfadenopatía regional. El estudio histológico informó linfosarcoma linfoblástico.

Lo reducido de nuestros casos nos impide sacar conclusiones en cuanto a frecuencia de localización en los distintos segmentos del intestino delgado y, otro tanto, en lo relacionado con la naturaleza y sintomatología de este cáncer. Por lo mismo nos abstendremos de revisar literatura extranjera ya que no podemos establecer comparaciones con nuestros escasos casos.

CÁNCER DEL TRACTO DIGESTIVO

SUMMARY

Esophageal cáncer ranked the 6th place among the series of G.I. tract carcinomas reviewed in this paper (3.2%) with slight preponderance in males about the 5th decade of life. The main symptoms were dysphagia, post-prandial regurgitation and weight loss. The cases of biliary tract carcinoma and small bowel cáncer were found so rarely that no valid conclusions can be drawn from our study.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—TEJADA, J. C. y SCHRIMSHAW, N. S.: Patología guatemalense a mediados del siglo XX. *Rev. Col. Méd.* 15: 113, 1964.
- 2.—INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. Ministerio de Educación El Salvador. 1966.
- 3.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Capítulo 11: 169 (Young, J. F.). W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1966.
- 4.—ROJAS, J. C., CORCHON, J. F. y GALLEGO, O.: Tumores del aparato digestivo. *Prens. Méd. Argent.* 51: 519, 1964.
- 5.—DOLL, R.: Worldwide distribution of gastrointestinal cancer. Tumors of the alimentary tract in Africa. National Cancer Institute. Monografía 25: 173, 1967.
- 6.—LOUIS, C. E. y BRONFENMAJER, S.: Carcinoma del esófago. *G. E. N.* 20: 445, 1965.
- 7.—MONTENEGRO, M. R.: Cancer of the gastrointestinal canal in Sao Paulo, Brazil. National Cancer Institute. Monografía 25: 173, 1967.
- 8.—AMANS, H. D.: Malignant tumors of the esophagus and esophago-gastric junction. *The Surg. Clin. of N. A.* 44: 585, 1964.
- 9.—POSTLEHWAIT, R. W., SEALY, W. C., EMLET, J. R. y ZAVERTNIK, J. J.: Squamous cell carcinoma of the esophagus. *Surg. Gynec. and Obst.* 105: 465, 1957.
- 10.—BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*. Capítulo 116: 811 (Cohn, E. M.) W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1965.
- 11.—NEIBLING, H. A., DOCKERTY, M. B. y WAUGH, J. M.: Carcinoma of extrahepatic bile ducts. *Surg. Gynec. and Obst.* 89: 429, 1949.
- 12.—BRAASCH, J. W., WARREN, K. W. y KUNE, G. A.: Malignant neoplasms of the bile ducts. *The Surg. Clin. of N. A.* 47: 627, 1967.
- 13.—KUWAYTI, K., BAGGENSTOSS, A. H., STAUFFER, M. H. y PRIESTLY, J. T.: Carcinoma of the major intrahepatic and the extrahepatic bile duct exclusive of the papilla of Vater. *Surg. Gynec. and Obst.* 104: 357, 1957.
- 14.—McILRATH, D. C. y HINNEKENS, P. H.: Primary tumors of the small intestine. *The Surg. Clin. of N. A.* 47: 909, 1967.
- 15.—ABOUL NARS, A. L.: Epidemiology of cancer of the gastrointestinal tract in Egyptians. National Cancer Institute. Monografía 25: 1, 1967.
- 16.—BRAASCH, J. W. y DENBO, H. E.: Tumors of the small intestine. *The Surg. Clin. of N. A.* 44: 791, 1964.
- 17.—ZUNIGA, S. R.: Leiomiomas del intestino delgado. *Rev. Méd. Hondur.* 33: 234, 1965.

Secuelas de los traumatismos arteriales

Por el Dr. José Gómez-Márquez G.

De un total de 76 casos de traumatismos arteriales, 40 correspondían a consecuencias tardías de aquéllos. Esta realidad que obedece a tratamiento inadecuado de los traumas arteriales en nuestro medio por diversas causas, ha llamado poderosamente nuestra atención, y nos ha considerado obligados a hacer un análisis de nuestros casos por los problemas que estas secuelas tardías crean con mucha frecuencia al cirujano vascular, por la significación tan grande en lo que se refiere a la atención mejor de los heridos en nuestro país, y por la observación de una serie de cuadros clínicos difícilmente vistos en medios con condiciones más desarrolladas que el nuestro.

MATERIAL. Como decimos, en un lapso de diez años, hemos atendido 76 traumatismos arteriales de los cuales solamente 36 fueron tratados antes de las primeras 24 horas; mientras que los 40 casos restantes llegaron a nuestras manos entre 24 y 9 años, con un promedio de 11 meses de intervalo entre el trauma y nuestra asistencia. De estos 40 casos, se observaron: falsos aneurismas: 22; aneurismas verdaderos: 1; fístulas arteriovenosas, 14; oclusiones arteriales antiguas: 3.

FALSOS ANEURISMAS. La tabla #1 nos da una idea cabal del tratamiento practicado en cada caso y los resultados obtenidos.

Para valorar el resultado del tratamiento (tabla # 2), hemos dividido estos casos en dos grupos, aquellos con arterias consideradas "críticas" y aquellas consideradas "no críticas". En estas últimas, (9 en total), el tratamiento fue sencillo. Bastó con hacer la evacuación del falso aneurisma y llevar a cabo la ligadura de la arteria.

En los falsos aneurismas de las arterias consideradas "críticas", 13 se pusieron con frecuencia con grandes dificultades, particularmente en lo que se refiere a los casos consignados en la tabla N^o 1 como los números 8, 13, 17, 19, 20 y 21, de los que daremos una breve reseña.

Caso N^o 8. —Paciente con falso aneurisma de la femoral superficial con gangrena de los dedos del pie. El injerto venoso colocado se trombosó y se completó el tratamiento con una simpatectomía lumbar. Los dedos necrosados pudieron ser extirpados con conservación del resto del pie.

Caso N^o 13. —Asimismo el falso aneurisma estaba localizado en el femoral superficial. Encontramos una arteria muy degenerada, no siendo factible técnicamente el injerto y hubo que ligarla. Sobrevino la gangrena distal y si bien el enfermo no aceptó la amputación, es bien cierto, que no había otro recurso disponible.

Caso N^o 17. —Falso aneurisma de la subclavia derecha con enorme bolsa y gran dilatación del tronco braquiocefálico. No fue posible practicar una hemostasia provisional adecuada. La hemorragia fue muy intensa y se tuvo que recurrir a la ligadura, que llevó consigo la pérdida del brazo por gangrena.

Caso N° 19. —La lesión asentaba sobre la carótida interna izquierda y había dado lugar a una gran bolsa con ulceración de la piel. Así fue recibido en nuestro servicio. Mientras se preparaba la operación, estalló el falso aneurisma y el paciente fue llevado casi exangüe, en estado de profundo shock al quirófano, donde únicamente llegamos a practicar ligadura arterial. Sobrevino un intenso edema cerebral y el enfermo falleció a los tres días del postoperatorio.

Caso N° 20. —En esta ocasión el falso aneurisma asentaba en la subclavia derecha y asimismo estalló con la consiguiente hemorragia cataclísmica. Llamados de urgencia, practicamos toracotomía, asegurándonos la hemostasia provisional, mediante el pinzamiento transitorio de la arteria subclavia en su origen. A continuación abordamos la región supraclavicular, logrando diseccionar perfectamente la arteria con su defecto que consideramos pedíamos cubrir con un parche venoso. En este momento sobrevino paro cardíaco y el masaje fue incapaz de lograr la resurrección.

Caso N° 21. —Paciente con evolución de 8 años, presentando un miembro inferior derecho de proporciones elefantíacas gigantescas, con intenso linfedema y flebedema. Presentaba una úlcera muy infectada de unos 15 centímetros de diámetro en el tercio medio de la pierna. En el acto operatorio, se comprobó la existencia de dos falsos aneurismas, uno de la arteria ilíaca externa de 18 centímetros de diámetro y otro menor en la femoral superficial. Existían grandes masas ganglionares linfáticas en las regiones ilíaca e inguinal y trombosis de la vena femoral. Se practicó resección de ambos falsos aneurismas y se colocó un injerto venoso de ilíaca a femoral (por no poseer en aquel momento un sustituto de Dacron o similar). Al cuarto día postoperatorio, sobrevino gangrena del pie. Se amputó a nivel del muslo y se comprobó permeabilidad de la femoral a ese nivel si bien la arteria distalmente estaba trombosada. A los 15 días de la primera intervención se produjo una hemorragia fulminante por la herida de la laparotomía, seguramente por dehiscencia de la sutura del injerto y no hubo lugar ni de llevar el paciente a sala de operaciones, puesto que falleció por hemorragia.

Como puede observarse, los falsos aneurismas, constituyen con frecuencia (5) problemas quirúrgicos de muy difícil resolución. Aquí, no existe como en las fistulas arteriovenosas la gran dificultad de circulación colateral, formada en éstas por razones fisiopatológicas, bien conocidas y que como veremos más adelante, crean algunas veces problemas tremendos al cirujano, pero en cambio hallamos tres grandes condiciones negativas:

a) El hecho mismo de no existir una gran circulación colateral, impone la necesidad de llevar a cabo en las arterias críticas, una cirugía reconstructiva, so pena de poner en peligro la integridad del miembro (7).

b) La cirugía reconstructiva a que aludimos en el párrafo anterior, «e ve en algunos casos dificultada o imposibilitada por la degeneración de la pared arterial, unas veces consecutiva al mismo proceso traumático y otras, por arterioesclerosis sobreañadida (9).

c) Pueden producirse estallidos, como los referidos en los casos 19 y 20, en los cuales, el paciente, si puede llegar al quirófano, es en pésimas condiciones.

d) Cuando los falsos aneurismas asientan en las arterias subclavia y axilar, la hemos tasia provisional, puede llevar consigo grandes problemas, no sólo por dificultades técnicas del abordaje quirúrgico, sino también por la necesidad de interrumpir, aunque sea por un corto lapso, la circulación carotidea con el consiguiente peligro de lesión cerebral irreversible (8).

En lo que se refiere a qué tipo de reconstrucción arterial debe llevarse a cabo es natural, que ella debe amoldarse a las circunstancias de cada caso en particular, pero cuanto más sencillo sea el procedimiento, mejor. La arteriorrafia simple a ser posible, la ateriectomía seguida de movilización de los dos extremos arteriales, el parche venoso o de material sintético y el injerto en última instancia y siguiendo este orden de preferencia. Vale la pena hacer resaltar que de las 9 reconstrucciones efectuadas en casos de falsos aneurismas en "arterias críticas", solamente se perdió el miembro en uno (caso N^o 21), paciente por demás complicado, como ya se describió. En cambio, en las tres ligaduras practicadas en "arterias críticas" hubo dos pérdidas de miembro y una muerte achacable también a déficit circulatorio (caso N^o 19). En las reconstrucciones arteriales, cualquiera que sea el procedimiento a que tengamos que recurrir, puede ser que no se obtenga un restablecimiento total de la circulación troncular, con reaparición de pulsos periféricos, pero ello con frecuencia es debido a trombosis periféricas, a pesar de que el segmento arterial reconstruido esté permeable. En todo caso, la reconstrucción da oportunidad en el peor de los casos, la formación de una circulación colateral adecuada, para salvar el miembro. Fístulas arteriovenosas (2-3-4-6)

Nuestros catorce casos quedan representados en la Tabla N^o 3. Desde el punto de vista de la sintomatología, señalaremos que salvo en un caso, que tenía una evolución de tan sólo 2 días, el signo de Nicoladom-Branham fue constante en todos ellos. Asimismo se observaron en casi todos los casos variaciones de "la tensión arterial, al comprimir la arteria aferente, siendo esta variación en la mayor parte de los casos consistente en una elevación de la tensión arterial con ligera preferencia por la diastólica (9). Se encontró repercusión cardíaca en 5 casos, habiendo sido en uno de ellos (caso N^o 1) marcadísima, con gran insuficiencia a pesar de contar con una evolución de únicamente 4 días. En contraposición a lo observado en los falsos aneurismas, no perdimos ningún miembro, debiendo lamentar dos muertes, una por embolia pulmonar y otra por bloqueo renal postoperatorio. Aquí también se encontraron algunas veces grandes dificultades operatorias, pero éstas obedecieron a distintas causas a las observadas en los falsos aneurismas. El problema mayor residió en la enorme circulación colateral tanto arterial como venosa y en el hecho de que la hemostasia provisional de los cuatro extremos vasculares (los dos arteriales y los dos venosos) no resuelven el problema de la hemorragia intraoperatoria más que en un 50% si acaso. Para nosotros la única hemostasia adecuada, se consigue mediante el uso de torniquete, pero desgraciadamente ésto sólo es posible cuando la fístula está algo alejada de la raíz del miembro. Por ello las fístulas arteriovenosas de los vasos subclavios, axilares, ilíacos y parte superior de los femorales, son sumamente difíciles de intervenir. Aquí, al contrario de lo observado en los falsos aneurismas, la restitución de la continuidad vascular, arterial y venosa, es mucho menos importante debido a la intensa circulación colateral. No obstante, nuestro criterio ha ido evolu-

cionando en el decurso de los años y después de haber practicado en nuestras primeras experiencias varias ligaduras cuádruples, con resultados que juzgamos no del todo satisfactorios, intentamos llevar a cabo la reconstrucción por lo menos de la arteria. En lo que se refiere a la de la vena, únicamente la pudimos realizar en dos casos. Según nuestra experiencia, el sacrificio forzado de la vena, no ha tenido consecuencias dignas de mención. Practicamos ligadura de la arteria aferente en un solo caso (N^o 1) (1-10), si bien ésto debe considerarse en general como formalmente contraindicado, por tratarse de una medida de extrema emergencia. Además se realizaron cuatro ligaduras cuádruples, de las cuales un caso falleció (N^o 2) por bloqueo renal postoperatorio. En los tres restantes, uno tuvo que ser reoperado con colocación de injerto por temor a isquemia inminente; otro evolucionó tan bien que incluso se observó pulso pedio y un último no llegó a tener pulso distal pero el pie se mantuvo en buen estado circulatorio. La reconstrucción arterial se llevó a cabo en 9 casos. Esta reconstrucción consistió en dos casos en los que podríamos considerar como ideal (arteriorrafia y venorrafia); en los otros siete casos se colocó injerto, cinco venosos, uno de Dacron y un homoinjerto. En el total de las 9 reconstrucciones arteriales, hubo permeabilidad perfecta en 4 de ellos, siendo comprobada esta permeabilidad por medio de **arteriografía** en todos ellos.

ANEURISMAS VERDADEROS (5).—Sólo tenemos un caso de la arteria axilar. Se resolvió por medio de extirpación seguido de injerto de Dacron, que fue rechazado al cabo de 7 meses. No obstante el miembro se conservó en buenas condiciones.

OCCLUSIONES ANTIGUAS.—Contamos con tres casos. Una sección de la poplítea con trombosis distal y alteraciones tróficas. Se le practicó simpaticectomía lumbar, cicatrizando las lesiones mencionadas. Una trombosis de la sublavía con mínimas atleraciones circulatorias, que no fue operado.

Una trombosis de la humeral con obliteración distal, que presentaba un síndrome de Raynaud el cual obtuvo una gran mejoría mediante una simpatectomía cervical.

COMENTARIO

De la revisión de unos 40 casos presentados, podemos deducir lo siguiente:

1.—Que cuanto más antiguo es el trauma y las -secuelas que éste ha dejado, más difícil es su reparación adecuada. En las fístulas arterio-venosas, por la enorme circulación colateral que se forma, lo cual dá lugar a una intervención quirúrgica, habitualmente con hemorragia muy profusa. En los falsos aneurismas, porque pueden sobrevenir lesiones isquémicas irreversibles y porque se observan frecuentemente degeneraciones arteriales distales que hacen difícil o imposible una reconstrucción adecuada del vaso. Citemos por su dramatismo, el estallido de dos falsos aneurismas, que llevaron por una u otra causa la muerte del paciente.

2. —Las dificultades de la intervención se acrecientan considerablemente, cuando la arteria afectada está en la raíz del miembro, bien sea éste superior o inferior, no sólo por el grueso calibre de estos vasos, sino

por la imposibilidad de usar una **hemostasia** provisional adecuada, lo cual en general no se obtiene sino con un torniquete de uno u otro tipo.

3.—Tuvimos que lamentar en total 5 muertes, lo que en el total de 40 casos nos da un **12.5%**. De estas muertes, dos corresponden a fistulas arteriovenosas y otras tres a falsos aneurismas. Las dos primeras, una por probable embolia pulmonar y otra por bloqueo renal.

Entre las segundas, dos estallidos dramáticos, uno por edema cerebral (consecutiva a ligadura de la carótida) y otro por paro cardíaco intraoperatorio. El último caso de mortalidad por hemorragia a los 15 días de un injerto ilíaco femoral.

4.—El número de pérdida de miembros fue de cuatro (o sea un 10%), todos ellos consecutivos a falsos aneurismas.

5.—Se practicaron un total de 18 reconstrucciones arteriales (es decir un 45%). De estas 18 reconstrucciones, hubo 11 injertos (de ellos sólo dos de Dacron y un homoinjerto y los otros venosos); 6 arteriorrafias y un parche venoso. Estas reconstrucciones llevaron consigo el restablecimiento completo de la circulación troncular en 10 ocasiones. Este restablecimiento total se comprobó en 6 casos por medios clínicos (presencia de pulsos distales y oscilometría adecuada) y arteriográficos. En otros cuatro casos, la comprobación sólo se hizo clínicamente.

6.—El injerto de Dacron nos pareció cómodo en su manipuleo pero probablemente más sensible a la infección. El injerto venoso es de empleo mucho más **laborioso** y con frecuencia la vena safena disponible no tiene un calibre adecuado; en cambio parece ser **mucho** más resistente a la infección.

7.—Se practicaron 3 simpaticectomías (dos lumbares y una cervical) en dos de los casos como único tratamiento quirúrgico (oclusiones arteriales antiguas).

8.—Se llevaron a cabo 8 ligaduras en arterias principales, cuyo resultado es interesante analizar, 5 de estas ligaduras se llevaron a cabo en fistulas arteriovenosas y de ellas, 4 fueron ligaduras cuádruples. De estas cuatro, un caso **tuvo** que ser **reoperado** colocando un injerto por iniciarse isquemia del miembro; otras tres evolucionaron muy bien y uno de éstos, incluso con persistencia de pulsos distales. El quinto caso de ligadura en fistulas arteriovenosas fue de emergencia en la subclavia y el paciente murió de embolia pulmonar.

En los otros tres casos restantes de ligaduras, todos ellos fueron en falsos aneurismas, uno femoral, otro de carótida y otro de maxilar y ya se explicaron las razones que obligaron a ello en cada uno de los casos. En los tres, el resultado fue muy malo. El de la femoral y el de la axilar perdieron el miembro; el de la carótida, la vida.

Nuestra impresión sobre la ligadura de arterias principales, es que deben evitarse hasta el límite de las posibilidades. Una reconstrucción (por el medio que sea posible, según la individualización de cada caso), podrá fallar en el sentido de no obtenerse el restablecimiento total de la vía troncular, con pulsos distales, palpables, pero da lugar probablemente a una mayor oportunidad de formación de circulación colateral, adecuada en el peor de los casos.

9.—**Los** problemas que se han enumerado en los puntos anteriores se evitarían si todos los médicos tuvieran un mayor entrenamiento en la detección de las lesiones vasculares por trauma y un criterio adecuado en cuanto a la forma de manejarlos.

RESUMEN

El autor presenta 40 casos de secuelas de traumatismos arteriales, sobre un total de 76 de estos últimos observados por él. Entre estos 40 casos figuran 22 falsos aneurismas, un aneurisma verdadero, 14 fistulas arteriovenosas y 3 oclusiones antiguas. La mortalidad fue de cinco pacientes (12.5%). Se perdieron cuatro miembros (10%). Las reconstrucciones arteriales alcanzan en la cifra de diez y ocho (45%) de las cuales hubo 6 arteriorrafias, 11 injertos y un parche venoso. Compara los resultados obtenidos cuando se practicó cualquier tipo de cirugía reconstructiva a cuando se vio obligado a realizar ligaduras, llegando a la conclusión de que la ligadura debe evitarse hasta el extremo. Considera como principal riesgo en los falsos aneurismas, la necesidad mucho mayor que en las fistulas arteriovenosas, de llevar a cabo reconstrucción; la del posible estallido de ellos y las alteraciones que pueden observarse en la pared arterial dificultando la reconstrucción. En lo que concierne a las fistulas arteriovenosas, llama la atención sobre el problema que representa la enorme circulación colateral arterial y venosa y la dificultad de la cirugía cuando la fistula está cerca de la raíz del miembro. Termina, recordando una mejor preparación del médico general en la detección de las heridas arteriales, para que con su reparación pronta y adecuada se eviten secuelas con todos sus problemas.

SUMMARY

Fourty cases of arterial trauma sequéis are studied: 22 false aneurysms, 1 true aneurysm, 14 arterio-venous **fistulae** and 3 old occlusions. Five operative deaths occurred, four limbs **were** lost and it was possible to repair 18 vessels. According to the **resulte**, ligatures must be avoided as possible. False aneurysms may burst at operation. Arteriovenous fistulae are **difficult** to manage because of the tremendous colateral arterial and venous circulation. It is important the early and adequate treatment of arterial wounds to avoid the late problems represented by sequéis.

TABLA Nº 1

Año	Sexo	Edad	Arma	Evolución	Arteria	Isquemia	P. Dist. Preop.	RX Preop.	Operación	RX Post.	P. Dist. Post.	Resultado
1.50	M	22	B	37 días	Peronea	No	Sí	No	Ligadura	No	—	Bueno
2.60	M	48	Ac. Aut.	6 horas	Glútea	No	—	No	Ligadura	No	—	Bueno
3.51	M	34	Bala	3 meses	Humeral	No	—	No	Arteriorrafia	No	Sí	Excelente
4.53	M	25	Bala	40 días	Radial	No	No	No	Ligadura	No	No	Bueno
5.54	M	37	Bala	4 días	Cubital	No	No	No	Ligadura	No	No	Bueno
6.54	M	42	Bala	1 mes	Fem.-Sup.	No	Sí(-)	No	Arteriorrafia	No	Sí	Bueno
7.54	M	34	Bala	39 días	Iliaca Ext.	No	Sí(-)	No	Arteriorrafia	No	Sí	Bueno
8.65	M	25	Bala	2 años	Fem. Sup.	Sí	No	Sí	Injerto	Sí	No	Bueno
9.55	M	14	Bala	19 días	Fem. Sup.	Sí	No	Sí	Parque venoso	Sí	Sí	Excelente
10.65	M	16	Machete	15 horas	Radial	No	No	Sí	Ligadura	No	No	Bueno
11.55	M	23	Bala	12 horas	Tib. Post.	No	No	Sí	Ligadura	No	No	Bueno
12.56	M	33	Bala	5 meses	Femoral	No	No	Sí	Ligadura	Sí	—	Malo
13.67	M	60	Bala	4 meses	Fem. Sup.	Sí	No	Sí	Ligadura	No	No	Malo
14.67	M	7	Machete	9 días	Radial	No	No	No	Ligadura	No	No	Bueno
15.67	M	22	Bala	18 días	Axilar	No	—	Sí	Ligadura	No	—	Bueno
16.67	M	48	Bala	2 meses	Fem. Sup.	No	No	Sí	Aut. Inj.	No	Sí	Excelente
17.67	M	33	Bala	30 días	Subclavia	No	No	Sí	Sutura B.A.	No	No	Malo
18.67	M	27	Bala	22 días	Femoral	No	Sí	Sí	Arteriorrafia	Sí	Sí	Excelente
19.58	M	18	Bala	2 meses	Carotida	No	No	Sí	Ligadura	No	—	Malo
20.68	M	26	Bala	40 días	Subclavia	No	Sí	No	Injerto	Sí	No	Malo
21.58	M	30	Bala	8 años	Iliaca	No	No	Sí	Injerto	Sí	No	Malo
22.68	M	36	Bala	20 días	Femoral	No	No	Sí	Injerto	Sí	No	Excelente

NOTA: Se consideraron excelentes, aquellos en que hubo pulso distal postoperatorio; buenos, en los que si bien el territorio vascular correspondiente quedó bien nutrido, no se hizo reconstrucción arterial o se fracasó en ella; malos, los casos con pérdida de miembro.

TABLA N° 2
ARTERIAS NO CRITICAS

Arteria		Tratamiento	Resultado
Cubital	1	Ligadura	Bueno
Femoral profunda	1	Ligadura	Bueno
Glútea	1	Ligadura	Bueno
Maxilar interna	1	Ligadura	Bueno
Peronea	1	Ligadura	Bueno
Radial	3	Ligadura	Bueno
Tibial posterior	1	Ligadura	Bueno

ARTERIAS CRITICAS

		Arteriorrafia	2	Excelente	2
FEMORAL		Injerto-Simpatec.	1	Bueno	1
SUPERFICIAL	7	Lig.-Simpatec.	1	Malo	1
		Injerto	2	Excelente	1
				Malo	1
		Parche venoso	1	Excelente	1
HUMERAL	1	Arteriorrafia	1	Excelente	1
		Arteriorrafia	1	Excelente	1
ILIACA	2	Injerto	1	Malo	1
CAROTIDA	1	Ligadura	1	Malo	1
SUBCLAVIA	2	Muerto por paro card.	1	Malo	1
		Ligadura	1	Malo	1

TABLA Nº 3

Casos	Sexo	Arma	Región	Vasos	Evel.	Thrill	Soplo	P. Dist.	Pres.	T-C	T-C	Nicolademi	Variac.	Corazón	Uso	OPERACION		
									Ven.	B-L	B-P	Branham	T.A.		V E	Tipo	Int.	P. Dist.
1.58	M	F	Sic.	Sube.	4 d.	Sí	CRS	Si(-)	—	—	—	100-75	210/105	Gran Ins.	No	Lig.A.S.	No	Muerte
2.59	M	F	Mus.	Pop.	3 a.	Sí	CRS	No	—	—	—	—	—	Normal	No	Lig.C.	No	Muerte
3.59	M	F	Musl	Fem.	2 d.	Sí	CRS	Sí	—	—	—	86-60	100/58	Hiper.	No	Extirp.	—	Bueno
4.62	M	F	S.C.	Sub.	1 m.	Sí	CBS	Si(-)	—	—	—	87-73	120/70	Normal	No	homoinjerto	—	Bueno
													105/60	Normal	No	No se	—	Igual
5.63	M	F	Mus.	Fem.	10 m.	Sí	CRS	Si	20.5	20.	17	68-52	120/80	Normal	No	Ext. Lig.	—	Igual
													130/95	Normal	No	Cuád.	Sí	Bueno
6.64	M	B	Mus.	Fem.	2 m.	Sí	CRS	Si	—	10	8.5	82-72	126/62	Normal	No	Ext. Inj.	—	Bueno
													126/75	Normal	No	venoso	Sí	Excelente
7.66	M	F	Mus.	Fem.	6 m.	Sí	CRS	Si	—	—	—	86-76	120/85	Hip.	No	1) Lig. Cuad.	—	Bueno
													160/100	Vent. Iz.	No	2) Ext. Inj.	No	Bueno
8.66	M	F	Mus.	Fem.	3 m.	Sí	CRS	Si	—	14	8	74-46	150/85	Hip.	No	Ext. In.	—	Bueno
													160/100	Vent. Iz.	No	Sutura	No	Bueno
9.66	M	E	Mus.	Fem.	2 d.	Sí	Sist.	Si	—	—	—	Neg.	Neg.	Normal	Sí	Art. y Ven.	Sí	Excelente
10.66	M	F	Mus.	Fem.	9 a.	Sí	CRS	Si(-)	—	—	—	80-60	130/70	Hip. Vent.	Sí	Sutura	—	Excelente
													140/80	Der.	Sí	Art. y Ven.	Sí	Excelente
11.66	M	F	Mus.	Fem.	3 d.	Sí	CRS	No	17	20	20	94-70	100/50	Normal	Sí	Ext. Inj.	—	Excelente
													110/70	Normal	Sí	venoso	Sí	Excelente
12.67	M	F	S.C.	Sub.	6 d.	Sí	CRS	Si(-)	14	—	5	94-82	135/50	Normal	No	Ext. Inj.	—	Bueno
													135/65 ^b	Normal	No	Dacron	No	Bueno
13.67	M	B	Mano	Radial	1 a.	Sí	CRS	Si	—	—	—	80-72	90/60	Normal	Sí	Ex. Lig.	—	Bueno
													110/70	Normal	Sí	Cuád.	Sí	Bueno
14.67	M	F	Mus.	II, Ext.	10 d.	Sí	CRS	No	11.2	20	18	105-88	100/60	Normal	No	Ext. Inj.	—	Bueno
													130/60	Normal	No	venoso	No	Bueno

d: día

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—GOMEZ-MARQUEZ G., J.: Fístula arteriovenosa con rápida descompensación cardíaca en un herido múltiple. *Angiología* 12: 579, 1960.
- 2.—GOMEZ-MARQUEZ G., J.: Fístulas arteriovenosas. *Rev. Med. Hondur.* 31: 28, 1963.
- 3.—GOMEZ-MARQUEZ G., J.: Fístula arteriovenosa femoral tratada con extirpación e injerto. *Rev. Med. Hondur.* 32: 136, 1964.
- 4.—GOMEZ-MARQUEZ G., J.: Fístulas arteriovenosas traumáticas *Rev. Med. Hondur.* 35: 134, 1967.
- 5.—GOMEZ-MARQUEZ G., J.: Nuestra experiencia en aneurismas traumáticos verdaderos y falsos. *Rev. Med. Hondur.* 36: 27, 1968.
- 6.—GOMEZ-MARQUEZ G., J.: Trauma vascular. Nuestra experiencia en 43 casos. *Angiología* 18: 70, 1966.
- 7.—HUGHES, C. W. y BOWERS, W. F.: *Traumatic lesions of peripheral vessels.* Charles C. Thomas Publishers. Springfield, Illinois, 1961.
- 8.—KEELEY, J. L., SCHAIBER, A. E. y PESEK, I. G.: *Peripheral arterial aneurysms and arteriovenous fistulas* *Surg. Clin.N.A.* 40: 97, 1960.
- 9.—MEDINA, A. L., SAVIANO M., y PERISSE MOREIRA, R. S.: *Lesões vasculares traumáticas. Análisis de 209 lesões en 165 pacientes.* *Angiopatia* 2: 151, 1962.
- 10.—VILLALPANGO, J., ESPENO-VELA-NETTO, S., LAMUEL J. S., FERCER G. y ARTEAGA, G.: Fístula arteriovenosa traumática. Estudio clínico y hemodinámico de 10 casos tratados quirúrgicamente. *Arch. Inst. Cardiología, México,* 31: 596, 1961.
- 11.—WEGRIA, R., NAKANO, J. McCLIFF J., ROCHESTER, D. F., BLUMENTAL, M. R. MURAVIET: Effect of arteriovenous fistula on mean arterial blood pressure, coronary blood flow, cardiac output, oxygen consumption, work and efficiency. *Journal of Physiology.* 193: 147, 1948.

Lesión yatrogénica de un uréter sin consecuencias anatómicas ni funcionales

Dr. Alejandro Zúñiga

INTRODUCCIÓN

Doble objetivo me ha movido a presentar a vuestra consideración esta comunicación:

1) El hacer un breve recuerdo filosófico de la cirugía vaginal y en especial de las lesiones yatrogénicas más frecuentemente cometidas por tal cirugía o por tales procedimientos quirúrgicos.

2) Para que sirva de experiencia que al practicar intervenciones quirúrgicas repetidas veces y por muy numerosas que éstas nos parezcan, no deben de infundirnos demasiada confianza; y aún por sencillas que éstas sean, no debe descuidarse al ser practicadas el más estricto celo, y poner en ellas toda nuestra atención y nuestra habilidad, para evitar con ello, riesgos innecesarios de consecuencias ilimitadas y a veces desastrosas. A Dios gracias, en el presente-caso no tuvimos ni lesión anatómica, ni derivación excretoria fisiológica que lamentar.

CIRUGÍA VAGINAL

El tema de cirugía vaginal, es apasionante (1) "es antiguo, es moderno y sabemos que no todo lo nuevo es lo mejor/, ni que todo lo antiguo debe de ser cambiado. De allí el interés de sentar bases y establecer criterios, con espíritu eclético y científico a fin de contribuir a fijar la posición de nuestra escuela ginecológica en relación con esta clase de cirugía de acuerdo con las metas avanzadas que ha alcanzado la medicina moderna".

La evolución de la cirugía vaginal en nuestro medio ha ido paso a paso avanzando en una forma brillante; a pesar que en algunos centros la cirugía ginecológica ha perdido su tendencia vaginalista. Afortunadamente, cada día aumenta la familia de Ginecólogos que ingresan al país, como fieles admiradores de la vía vaginal y propulsores de la formación íntegra del Ginecólogo, que debe dominar esta vía quirúrgica, que por su nobleza, su plasticidad y sus excelentes resultados, mantendrá hoy y siempre su alta jerarquía y por consiguiente se justifica su práctica frecuente.

La escuela norteamericana no muy tradicionalmente amantes de la cirugía vaginal, desde hace unos 20 años a esta fecha, se han vuelto vaginalistas, porque han encontrado en este tipo de cirugía, la resolución certera y segura de muchos padecimientos pélvicos. En nuestro modo de pensar, la frase vieja, pero siempre nueva y certera del Maestro Manuel Catillejos "La vía vaginal, en cirugía ginecológica es la vía del especialista" sigue siempre en pie.

COMPLICACIONES YATROGENICAS

Complicaciones iatrogénicas en los procedimientos quirúrgicos de vía vaginal

Me referiré especialmente a las complicaciones yatrogénicas causadas por intervenciones quirúrgicas de lesiones benignas, dejando de lado las producidas por intervenciones radicales. La Cirugía cada día se practica con más frecuencia; pero mientras en la cirugía no radical el porcentaje de complicaciones yatrogénicas va siendo cada vez menor, en la radical dicho porcentaje aumenta, quizás porque las causas que les dan origen también aumentan tales como: ja denervación, mala irrigación, extensas disecciones, etc., etc., que provocan lesiones inmediata o mediatamente a las intervenciones quirúrgicas.

Las complicaciones médicas o yatrogénicas en cirugía radical no incontrolables; en cambio estas lesiones yatrogénicas en cirugía de proceso benignos (8) "Ya sean para curar una enfermedad, corregir una deformidad o establecer un diagnóstico, son en cierta forma previsibles gracias a los adelantos de la medicina moderna aplicados a la cirugía ginecológica. Por la brevedad de esta exposición, no es posible hacer mención de todos y cada uno de ellos, sólo enumeraré los más destacados:

- 1) Un mejor estudio preoperatorio.
- 2) Aplicación más científica y racional de antibióticos y quimioterápicos.
- 3) Balance adecuado de líquidos y electrolitos.
- 4) Instrumental y material de sutura más apropiado.
- 5) Mejor conocimiento de la asepsia.
- 6) Ventajas de estudios histopatológicos pre, trans y postoperatorio.
- 7) Métodos anestésicos más inocuos.
- 8) Utilización más racional de la transfusión sanguínea.
- 9) Cuidados postoperatorios más eficaces."

Sin embargo, a pesar de todos estos cuidados, en toda intervención quirúrgica se presentan numerosos riesgos, que todo cirujano consciente de su deber tratará de obviar y llevará siempre en mente que las complicaciones yatrogénicas pueden presentarse y que las mismas pueden ser de consecuencias múltiples; desde la que pone en peligro la vida del paciente (4), como una hemorragia incontrolable, hasta una insignificante estenosis vaginal en una viuda añosa de 80 años.

Principales lesiones yatrogénicas

Hemorragia.—Puede ser intraoperatoria o postoperatoria (6) durante el acto quirúrgico debe de obviarse, con ligaduras metódicas y adecuadas, y siempre debe de medirse la cantidad de, sangre derramada para ser repuesta. La postoperatoria, puede ser inmediata o mediata, manifestándose algunas horas después de la terminación del acto quirúrgico. En ambas formas pueden ser agudas y dramáticas o lo suficientemente leves para no necesitar ningún procedimiento de coactuación, pero siempre debemos estar alertas para su tratamiento y su debida restitución.

En la vagina.—Las más importantes lesiones yatrogénicas son:

La dispareunia, las sinequias y fístulas uretrovaginales y rectovaginales. La primera es la consecuencia de una reparación inadecuada, como

resultado de un acortamiento y estrechamiento vaginal. La sinequia se presenta especialmente en mujeres posmenopáusicas con vaginas delgadas, apergaminadas, retráctiles. La dispareunia en las jóvenes en pocas ocasiones resulta un problema serio, puesto que las simples relaciones sexuales practicadas con alguna frecuencia la corrigen, porque se trata de tejidos elásticos; no así en las viejas que están casadas con hombres **débiles**, añosos, poco agresivos o demandantes, y en las cuales la vagina ha perdido su propia elasticidad. Las relaciones de contigüidad, inervación e irrigación hacen que tanto la uretra, como el recto pueden lesionarse, durante el curso de las operaciones ginecológicas.

En el cuello uterino

Para evitar las lesiones yatrogénicas del cervix, debemos individualizar cada caso en **particular**, y el cirujano debe de practicar la intervención más adecuada. Siempre será deseable dejar la mayor cantidad de cuello, en mujeres con posibilidades de embarazo. Hay que tratar de hacer conos con bisturí, cuando ésto sea necesario y así evitaremos hemorragias, estenosis, rigidez e insuficiencia ístmico-cervical; etc. etc.

Legrado Uterino

El legrado uterino ha sido considerado como una "operación menor", sin embargo, no pocas veces se ha visto casos fatales debido a dicha intervención (8). Además es una operación, que no llena los requisitos fundamentales de un acto quirúrgico, tales como: a) control visual, b) no garantiza asepsia perfecta y c) no hay garantía de hemostasia adecuada.

Las principales complicaciones médicas o yatrogénicas son: Desgarro cervical, perforación del útero, lesiones del endometrio (sinequias, amenorrea, síndrome de Asherman) (5-7), lesiones de órganos vecinos e insuficiencia ístmico-cervical.

LESIONES VESICALES

A) Disturbios de la micción

La clasificación de éstos según Lewington mencionado por Bedoya (3) es la siguiente;

1) La pérdida de la sensación de repleción vesical por lesión de los nervios sensitivos.

2) Dificultad para la micción; es el disturbio más frecuente con sus fases: a) fase de choque como resultado del traumatismo operatorio, caracterizado por atonía vesical; b) **fase** de retención de orina, que está condicionado al grado de lesión nerviosa ; c) fase de micción imperfecta, en la cual la paciente orina espontáneamente, pero lo hace con dificultad. Cuando la paciente no mejora en esta fase, puede entrar en la última etapa; d) Fase de atonía vesical, la cual la mayoría de las veces es irreversible.

3) La incontinencia de esfuerzo, que es el reflejo de la lesión del ángulo vesico uretral **posterior**, puede ser el resultado de una mala técnica o la predisposición de una paciente múltipara.

B) Las fístulas vesicovaginales

La lesión directa de la vejiga puede ser realizada con alguna frecuencia, pero si ésta se corrige inmediatamente no tiene ninguna consecuencia lamentable. En cambio a veces sucede que la lesión vesical sea debida a necrosis posterior por disección amplia con lesiones vasculares o denervación de las paredes de la misma, dando lugar a la formación de fístulas vesico vaginales, que pueden presentarse a diferentes alturas, poniendo en comunicación a ésta con el útero.

Lesiones ureterales

La herida, ligadura, o compresión de los uréteres, es la complicación mortal más seria de la cirugía ginecológica.

Según Wharton (9) se pueden considerar dos clases de lesiones:

1) LESIONES DIRECTAS. Producto de un accidente quirúrgico percibido o no por el operador. Estas lesiones pueden ser ligaduras, aplastamientos seccionales parciales o totales o sección de un segmento.

2) LESIONES INDIRECTAS. Son bastante frecuentes especialmente en cirugía radical, debidas a trastornos de la irrigación-, inervación, procesos adherenciales del uréter a la pared pélvica y acodaduras del mismo.

La prevención de las lesiones ureterales requiere: Una buena exposición y visualización, perfecto conocimiento anatómico de la región operatoria, especialmente los puntos más vulnerables de los uréteres, tales como (2) el entrecruzamiento con la arteria uterina donde se producen el mayor número de lesiones y por fin una exploración urográfica excretora preoperatoria.

CASO CLÍNICO

L.I.M. de 26 años, casada, vecina de Choluteca, consulta el 15 de julio de 1966, porque sus relaciones sexuales no son satisfactorias, lo mismo que para su marido, debido probablemente a que se siente "muy floja" y que a consecuencia de ello tiene problemas conyugales. Además acusa flujo abundante acompañado de prurito vulvovaginal.

Antecedentes familiares: Sin importancia. Hija de padres añosos.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 15 años, tipo 3/28.

Primera experiencia sexual a los 18 años. Gra. 4 Para 4. En el segundo y tercer embarazo tuvo mortinatos, suponiéndose que eran eritoblastósicos, porque la paciente tiene factor Rh negativo. Sin embargo, tuvimos la ocasión de verla con su cuarto embarazo, y la prueba de Coombs fue siempre negativa y el producto fue normal, lo mismo que otros exámenes: bilirrubina, hemoglobina, etc.

Examen físico; Vello pubiano normal, vulva entreabierto al esfuerzo de pujo salen por el intrito 2/3 de la pared anterior y posterior de la vagina, arrastrando consigo vejiga y recto. Vagina arrugada delgada de coloración rosada con escasa secreción mucoserosa, amplia, muy estirada.

Cuello: Con erosión del tamaño de una moneda de diez centavos y con abundantes huevos de **Naboth**, descendido hasta el tercio medio de la vagina. Matriz: Tamaño normal ligeramente retrodesviada y de consistencia normal. Anexos normales. Mamas normales. Temperatura 36.5°C, pulso 75 por minuto y T.A. 110/70. Estudio de gabinete: biometría hemática normal; glicemia, normal; Khan y V.D.R.L., normales; colpocitología, negativo II y secreción vaginal, negativa. Impresión diagnóstica Cistocele y Rectocele grado II y cervicitis erosiva folicular.

Por exigencias de la paciente y además porque siente molestias al permanecer de pie, sensación de pesadez en hipogastrio, porque se orina al menor esfuerzo de tos o de risa y porque sus relaciones sexuales son insatisfactorias por la flojedad de su vagina procedemos a corregir su uretro-cisto-colpo-rectocele, practicando una colporrafia anterior con suspensión de su uretra y acercamiento de *los* ligamentos cardinales y colpo-perineorrafia posterior con sutura de los elevadores del ano y conización del cuello, con puntos de Studendorf. El día 20 de julio de 1966, el postoperatorio inmediato fue satisfactorio. Se dejó sonda de Foley 48 horas abierta permanentemente, 24 horas con obstrucción intermitente cada 6 horas y se retiró a las 72 horas, quedando con micción aparentemente normal. A las 8 días se presenta con fuerte dolor en la región lumbar izquierda y ligera febrícula, dice orinar bien.

Efectivamente constatamos dolor en dicha región, especialmente marcada en los puntos renales y a la percusión con el puño. La enviamos al Radiólogo para una pielografía descendente y nos reporta lo siguiente: Los riñones tienen forma, tamaño y posición normales. En el riñón izquierdo no hubo eliminación del medio de contraste durante este examen. A la derecha hay buena eliminación renal y los cálices, pelvis renal y la mitad proximal del uréter son normales. No se visualizó porción distal del uréter derecho. La vejiga no se opacificó con el medio de contraste y en la cavidad pelviana se ve una opacidad redondeada que nos parece que representa la vejiga distendida. No se ven cálculos urinarios. Impresión: Bloqueo renal izquierdo. Se recomienda pielografía retrógrada para investigar la posibilidad de una obstrucción del uréter. En vista de este informe, referimos a la paciente a un Urólogo, quien trató de hacer una pielografía retrógrada, pero le fue completamente imposible introducir el catéter en el uréter izquierdo.

En vista de ésto se ordenó una pielografía por infusión y se inyectaron 120 cc. de Ipaque al 50% con 120 cc. de glucosa al 5%. Se obtuvieron radiografías al final de la infusión a los 20, 40 y 60 minutos y a las 2 y 4 horas, observándose un nefrograma izquierdo, persistente aún a las 4 horas, mostrando un riñón de casi el doble de su tamaño normal, sin concentración pélvicaliceal. En el lado derecho una moderada ectasia pélvicaliceal y ureteral. El extremo inferior del uréter derecho, se adelgaza en sus últimos 2 centímetros como si tuviera un largo trayecto intramural vesical. Sin embargo, hay buen paso de la orina a la vejiga, que es de forma, tamaño y capacidad normal.

En vista de los reportes de las pielografías, que indican un bloqueo renal izquierdo decidimos con el Dr. Midence hacer una laparotomía exploradora. Primeramente se hizo una cistostomía extraperitoneal, y no pudo localizarse la ligadura del uréter, como tampoco pudo cateterizarse el uréter izquierdo, únicamente lográndose ésto con el derecho. Entonces se

pensó en abrir peritoneo, y disecando la vejiga, de la cara, anterior de la matriz, como cuando se va a practicar una histerectomía abdominal total, encontramos que con el punto más alto del acercamiento de los ligamentos cardinales se había ligado el uréter izquierdo y desviado un poco de su trayecto el uréter derecho. Se cortó dicho punto, y revisando la cavidad vesical a través de la cistostomía, se vio salir orina en gran cantidad por la envocadura del uréter izquierdo de la vejiga. Además el calibre del uréter disminuyó, que se encontraba muy dilatado. El postoperatorio fue muy satisfactorio. Se tomó a los 8 días un pielograma excretor mostrando buena concentración del material de contraste en ambos riñones. Las sombras renales son de forma y tamaño normal, en el lado izquierdo persiste una moderada ectasis pelvicaliceal. El uréter se observa de calibre normal y se observa lleno de todo su trayecto a los 25 minutos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—Presentamos a vuestra consideración un caso de lesión yatrogénica de un uréter, sin consecuencias anatómicas ni funcionales.
- 2.—Hacemos un breve recuerdo filosófico de la cirugía vaginal, y recalcamos la necesidad de su conocimiento para la formación integral del Ginecólogo.
- 3.—Mencionamos someramente las principales complicaciones yatrogénica en procesos ginecológicos benignos, tratados quirúrgicamente por vía vaginal.
- 4.—Concluimos, que el médico en una forma involuntaria, puede actuar negativamente sobre la psiquis y el soma de su paciente, ya sea por falta de atención, por negligencia o por ignorancia, produciendo padecimientos patológicos que Bumke desde 1925 llamó yatrógenos. Sin embargo, creemos que el pecado no está en cometerlos sino que en no verlos y corregirlos a tiempo; de aquí que nuestro esfuerzo de superación, el acucioso estudio y el perfeccionamiento constante será su mejor prevención.

SUMMARY

A case of iatrogenical ligature of a ureter without anatomical or functional sequéis is presented. In regard of it, the author makes a review of the more important iatrogenical complications in gynecological pathology treated through vaginal surgery.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ALVAREZ BRAVO, A.: Simposium de cirugía vaginal. Memorias del IV Congreso de Ginecología y Obstetricia, 1963.
- 2.—ARRIGHI A. A. DI PAOLA R.: Complicaciones urinarias del tratamiento quirúrgico del carcinoma de cuello uterino y Obst. y Gin. Lat. Am. 21: 377, 1963.
- 3.—LEWINGTON, R.: Disturbance of micturition following Wertheim hysterectomy, J. Obst. Gynec. Brit. Empire, 63: 861, 1956.
- 4.—PRATT, J.: Complicaciones yatrogénicas de la cirugía pélvica en padecimientos benignos. Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 1963.
- 5.—RICAUD, R.: A propósito del síndrome de Asherman. Gine-Obst. Mex. 14, 1959.
- 6.—RIVERO P. GOLTNER E.: Pérdida sanguínea y su hemodinamia durante operaciones ginecológicas. Obst. Gine-Lat. Amer. 23: 305, 1965.
- 7.—ROLON, O. J.: Adherencias intrauterinas traumáticas post-raspado. Obst. Gine-Lat. Amer. 21, 1965.
- 8.—VASQUEZ, A. S., PEREZ, R. L., VILLANUEVA, A.: Patología yatrogénica en cirugía ginecológica. Primer simposium XII Reunión Nacional Mex. de Gineco-Obstetricia, Torreón COAH, Gine-Obst. de Mex. 20, 1965.
- 9.—WHARTON, L. R.: Gynecology. Urología ginecológica. 1950, página 252.

Aplicación de Fórceps en occipito derecha anterior (O.D.A.)

Modificación a la toma clásica

Por *Dr. Jesús Alberto Vásquez Cueva

Dr. Marcial Vides Turcios

El fórceps continúa siendo uno **de los instrumentos** indispensables en el arsenal del Tocólogo; manteniendo una utilidad permanente y necesaria siempre y cuando sea manejado por manos diestras y apegado a las indicaciones precisas, aceptadas universalmente.

Su aplicación deberá ir precedida de una valorización **justa** de los requisitos conocidos para esta intervención y sobre todo tener la convicción de que hacemos un bien al binomio madre y producto. La integridad materno fetal deberá respetarse permanentemente para mantener **este** instrumento como un auxiliar irrecusable; perdida esta condición, el fórceps se convierte como decía Delee "en un simple instrumento de extracción, similar al embriotomo sin las insuperables cualidades de éste" (1-2).

La aplicación de fórceps está considerada como un arte, de allí que su técnica está sujeta a principios estables y modificables de acuerdo a la destreza del operador. A través de los años hemos podido apreciar las incontables variedades de fórceps creados de acuerdo a las circunstancias y al deseo permanente de hacer su aplicación más fácil y benévola. Aunque conocemos los principios y leyes invariables, resulta a veces que hay modificaciones tanto en el instrumento, como en su técnica de aplicación, que suman beneficios incalculables.

Es indiscutible que estas modificaciones substanciales tiendan a hacer más elemental cada día su aplicación, procurando como finalidad despojar el concepto de "Operación de Fuerza" que antes se tenía (1).

Como el objeto principal de nuestro tema es presentar una modificación a la técnica clásica de toma de occipito derecha anterior (O.D.A) (aplicable con ligera variante a la occipito izquierda posterior), nos apartaremos de toda descripción innecesaria, presumiendo que están llenados los requisitos indispensables para una aplicación lógica y **correcta**.

Con el objeto de hacer más fácil la comprensión de nuestra modificación, después de exponer los principios o pasos operatorios, hacemos una comparación objetiva y esquemática con la toma clásica en O.D.A. para poder diferenciarla y apreciarla claramente.

Consideramos que nuestro proceder entraña conceptos diferentes a los aceptados como clásicos, pero estamos convencidos que benefician y facilitan ciertas maniobras de las técnicas antes mencionadas.

Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital Vicente D'Antoni
La Ceiba, Atlántida, Honduras, C. A.

- 1) Feto vivo.
- 2) Cervix con dilatación completa o dilatada.
- 3) Membranas rotas o (amniorrexis).
- 4) Polo cefálico en III o IV plano de penetración pélvica -1; a + 5 (Delee), (medios, medio bajo, bajo).
- 5) Actitud de flexión (vértice) o intermedia (bregma) deflexionada (cara) discutible.

De los números 1, 2 y 8 sólo hacemos mención -puesto que sabemos es obvia su descripción, en cuanto a los requisitos 4 y 5 es universalmente aceptado que una aplicación correcta solamente debe hacerse cuando la presentación es media o profundamente descendida, toda toma arriba de los planos indicados es perjudicial y **peligrosa** tanto para la madre como para el producto (7).

Aceptando, que estas clasificaciones varían de acuerdo a las distintas escuelas y para aunar criterios nos permitimos en las figuras 1-2-3 presentar los diagramas que corresponden a las distintas clarificaciones reconocidas y enunciadas en el requisito N^o 4.

Volvemos a repetir que toda toma arriba de lo especificado debe evitarse y solamente es justo y recomendable las tomas medias y bajas, ya que la presentación a esta altura nos permitirá hacer tomas simétricas o ideales, o una toma frontomastoidea ya que el asinclitismo a esta altura es discreto o nulo.

En cuanto a la actitud cefálica (N^o 5) solamente en flexión o intermedia es permisible (vértice y bregma) eliminando en esta forma todas las actitudes deflexionadas (frente y cara) aunque en esta última es discutible.

TÉCNICA DE TOMA MODIFICADA

- 1) Diagnóstico obstétrico correcto: Presentación; variedad de presentación; actitud; grado de descenso.
- 2) Presentación del forceps u objetivación de la toma.
- 3) Elección de la primera rama que será en esta modificación la anterior o para fines didácticos la que ocupa la parte posterior en la presentación del forceps.

Elegida la rama anterior o primera a introducirse, se tomará por el mango con la mano izquierda dejándola orientada en posición vertical como un péndulo, luego la mano derecha sujetará el vértice o pico de la cuchara y desempeñando el papel de mano guía orienta el fórceps hacia el cuadrante inferior y posterior izquierda de la pelvis (entre 5 y 6 de la carátula del reloj, en esta situación la cuchara se introduce y progresa mediante un movimiento de deslizamiento entre el espacio dejado por el macizo facial del producto y la pelvis, hasta colocarse en el diámetro oblicuo izquierdo (a las 2 de la carátula del reloj) ; a medida que esto sucede el mango tomado con la mano izquierda irá efectuando el descenso y rotación sobre su eje (maniobra en espira de Lachapelle). (figuras 4-5-6) (Dicho sea de paso ésta maniobra resulta fácil, sin ninguna dificultad puesto que el espacio polo cefálico-pelvis estará libre del estorbo y limitación ocasionado por una rama previa colocada en el cuadrante

infero posterior derecho) (3). Dejada la rama anterior del fórceps orientada en el diámetro oblicuo izquierdo, con su rama descansando en el cuadrante posterior derecho y el muslo del mismo lado.

4) INTRODUCCIÓN DE LA 2ª RAMA

Se procederá a la introducción de la segunda rama directamente en el cuadrante posterior derecho (entre 7 y 8 de la carátula del reloj) sirviendo como guía la mano izquierda que sujetará el pico o vértice de la cuchara entre los dedos pulgar, índice y medio; y con un movimiento de descenso ejecutado por la mano derecha que sujeta el mango se introducirá la rama entre polo cefálico y pelvis hasta una profundidad en que se haga coincidir los elementos de embrague o articulares de ambas ramas.

5) ARTICULACIÓN DEL FÓRCEPS

Cuando las muescas de embrague o articulares están superpuestas se efectúa la articulación con un pequeño movimiento de aproximación lo que bastará para lograr su adaptación perfecta (Fig. 7). Como podemos ver, la articulación es directa, diferencia notoria con la toma clásica en que se hace un tiempo complementario que es; el descruzamiento de las cucharas. Cuando esta articulación directa no es posible a primera intención, lo cual es muy raro; pequeños movimientos laterales de desalojamiento inversos, permitirán su correcta articulación.

6) VERIFICACIÓN DE LA TOMA

Una vez realizada la articulación es necesario corroborar o verificar el tipo de toma. Tres elementos nos guiarán:

- a) Posición de la fontanela- lambdoidea, la cual deberá estar coincidiendo con el plano de los mangos o a un travez de dedo por delante. Cualquier variación hacia adelante o posterior de esta especificación nos estarán indicando una toma muy atrás, deflexionada o una toma hiperflexionada respectivamente.
- b) La sutura sagital ha de coincidir en toda su extensión con un plano perpendicular al eje de los mangos o dicho en otra forma quedará equi distante de ambas cucharas. Cualquier desplazamiento lateral es indicativo de toma anormal, de tipo ceja-mastoides, y
- c) La fenestra deberá palpase en grado mínimo o nulo; cualquier palpación fácil nos indicará que las cucharas no han sido introducidas lo suficiente o es indicativo de deslizamiento.

7) PRUEBA DE TRACCIÓN

Toda aplicación de fórceps antes de la tracción propiamente dicha deberá ir precedida de una prueba de tracción y cerciorarnos de que no hay deslizamiento; aunque *es* obvio, diremos que en este momento es más fácil verificar la toma si es correcta o no (4).

8) TRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

El factor más importante después de la aplicación será este tiempo operatorio. Toda tracción deberá hacerse en el eje de la pelvis sea cual fuere la posición o situación del polo cefálico, porque es la única manera de evitar los puntos pélvicos de resistencia que disminuyen el esfuerzo necesario de tracción y extracción de la presa.

Cuando la aplicación corresponda al nivel medio (III plano Hodge, —1; O De Lee) la tracción se ejercerá en un plano perpendicular al plano anteroposterior de la pelvis, en el cual estará situado el diámetro biparietal cefálico, que coincide con el diámetro oblicuo derecho. Deberá intentarse una rotación occipito púbrica del polo cefálico tan pronto sea factible para mejorar la tracción (5). Cuanto más alto esté la cabeza, más baja y posterior será la línea de tracción y a medida que desciende se vuelve anterior. Usamos la maniobra de Saxtorph-Pajot para la tracción manual (mano derecha sujeta los mangos y la izquierda los tallos del fórceps). Esta fuerza se aplica en dos direcciones: a) hacia delante y hacia arriba con la mano aplicada a los mangos, b) hacia abajo con la mano colocada en los tallos, el vector de estas dos fuerzas ejercidas simultáneamente, corresponderá a la línea de tracción en el eje de la pelvis.

Una vez descendido el móvil hasta el nivel de que el punto toconómico ha pasado la extremidad correspondiente del diámetro anteroposterior del estrecho inferior o cuando el sub occipucio ha franqueado el borde **subpúbico**; ordenamos presión constante en el fondo uterino para la desarticulación y extracción de las ramas del fórceps, generalmente es más fácil comenzar extrayendo la rama izquierda (1-5-6).

Practicamos simultáneamente con este tiempo una episiotomía media posterior y vaginotomía moderada; terminando el desprendimiento y **expulsión** del feto mediante maniobras de Kirsteller suaves y rítmicas. Sujetamos por vía perineal el polo cefálico frontal para facilitar el desprendimiento y manejarlo con movimientos intermitentes hasta la verificación total (maniobra de Qlshausen-Ritgen). De esta manera imitamos¹ o reproducimos las secuencias naturales del parto.

Previa inyección de Methergin (Ergonovina Sandok) por vía intravenosa en el momento que coincide con el **desprendimiento** cefálico o del hombro; asistimos el alumbramiento con las secundinas mediante pequeños tirajes del cordón suavemente, hechos coordinados con elongación supra-púbica transabdominal del cuerpo uterino y delicada expresión del fondo; de esta manera se logra un desprendimiento tipo Duncan con poco sangrado posterior.

Revisión de partes blandas vulva, vagina, esfínter, cervix y cavidad uterina.

10) SUTURAS

Deberán practicarse de haber laceraciones. La episiorrafia media posterior la suturamos en planos simultáneos con un solo catgut 000 procediendo en la forma siguiente: a) primer punto colocado en la comi-

sura superior de la vaginotomía, dejando un extremo de catgut de unos 10 cm. que lo descendemos por todo el trayecto de la episiotomía hasta la comisura posterior de la misma, donde lo sujetamos con una pinza que hará las veces de un péndulo; b) Continuamos la sutura de la mucosa vaginal, incluyendo los músculos transversos del periné hasta el nivel del surco himeneal, cuyos extremos deben coincidir para dejar un círculo himeneal completo y lograr una simetría vulvar natural, en este sitio anudamos dejando una asa de catgut que posteriormente nos servirá para anudar el cabo final; c) En este momento y con la misma hebra abandonamos la sutura de mucosa previo un punto invertido y continuamos suturando los músculos profundos del periné con un surjete entrelazado hasta llegar a la comisura posterior de la episiotomía y nos anudamos con el extremo dejado como péndulo y sujetado con la pinza, esto hace reducir el espacio muerto dejado entre mucosa vaginal y músculos del perine. Cortamos el sobrante de ese extremo y procedemos; d) A una sutura ascendente intradérmica que remata a nivel de la fosita navicular donde dejamos el asa antes advertida, la seccionamos en un extremo para que nos proporcione un cabo suficiente para la anudación final.

DIFERENCIA ENTRE LA TOMA CLASICA Y LA MODIFICADA

TOMA MODIFICADA Fig.	TOM ACLASICA O. D. A.
Primera rama anterior	Fig. Primera rama posterior
Mano guía derecha	Mano guía izquierda
Mano del fórceps izquierda	Mano del fórceps derecha
Introducción 1- rama a las 6;	Introducción 1 rama a las 8
deslizamiento hasta las 2 de	de la carátula del reloj.
la carátula del reloj. Fig.	
Segunda rama posterior	Fig. Segunda rama anterior
Mano guía izquierda	Mano guía derecha
Mano del fórceps derecha	Mano del fórceps izquierda
Introducción 2- rama a las 8	Introducción 2- rama a las 6
de la carátula del reloj.	deslizamiento hasta las 2
	de la carátula del reloj. Fig.
Fig. Articulación de las	Articulación de las ramas
ramas directas	cruzadas
Ausencia	Necesidad
maniobra de	maniobra de descruzamiento
descruzamiento	

Ver esquema comparativo de las figuras 1, 2, 3 y 1[^], 2[^] y 3[^] (Fig. 8)

COMENTARIO

El presente procedimiento y aplicación de fórceps en occipito derecho anterior la comunicamos como una técnica personal porque ya en encuestas o en revisiones bibliográficas no hemos encontrado descripción de un procedimiento similar. Estamos convencidos de los beneficios que este procedimiento permiten al Obstetra. En primer lugar porque la introducción de la rama anterior sobre la cual se efectuará el movimiento en espira de Madame Lachapelle se verifica con suma facilidad, podríamos decir que el mismo fórceps al irse deslizando del cuadrante posterior izquierdo al cuadrante anterior izquierdo de la pelvis materna (de 6 a 2 de la carátula del reloj) por su mismo peso la efectúa sin imprimir esfuerzo alguno en la rama del forcep; en segundo lugar el hecho de no

existir una cuchara posterior previa como en la toma clásica el espacio pélvico cefálico es mucho más amplio, la cuchara describe esa rotación como antes dijimos con suma facilidad; en tercer lugar podemos afirmar que el simple hecho de eliminarse la maniobra de descruzamiento estamos evitando producir lesiones tanto de las partes blandas de la madre como de la integridad fetal.

Dejamos a criterio de quienes pongan en práctica esta modificación confirmar nuestros puntos de vista.

RESUMEN

Se presenta una modificación al procedimiento clásico de aplicación de fórceps en occipito derecha anterior consistente en la introducción primero de la rama anterior mediante una maniobra de deslizamiento del cuadrante posterior izquierdo al cuadrante anterior izquierdo usando como mano de fórceps la izquierda y mano de guía la derecha. Introducción de la segunda cuchara directamente en el cuadrante posterior derecho de la pelvis fetal y articulación directa de ambas ramas del fórceps eliminando la maniobra de descruzamiento.

- 1.—WHITACRE, F. E.: Use of obstetric forceps Ciba Sump. 4: 224, 1952.
- 2.—Obstetricia, 9 edición, DeeLee Grennhill, p. 880. Saunders.
- 3.—JONES, E. P.: Kielland's forceps. Butterworth, London, 1952.
- 4.—WILLSON, J. R.: Management of obstetric difficulties. Mosby St. Louis, 1961.
- 5.—H. DENNEN, E., M.D.: Techniques of application for low forceps. Clinical Obstetric and Gynecology. 8: 4, 1965.
- 6.—Manual of Standards. American College Obst. and Gynec. 1965, p. 30.
- 7.—AMADOR FERNANDEZ, R.: Aplicación de forceps sin mano guía. Revista Confederación Panamericana, 12: 4, 1965.

DIFERENTES CONCEPCIONES DE LOS PLANOS DE APLICACIÓN
DEL FÓRCEPS

FIGURA (1).—Concepción Americana de altura para aplicación de Fórceps ALTO, MEDIO Y BAJO. La zona rayada es la aceptable para aplicación.

FIGURA (2).—Concepción en relación a los planos paralelos de Hodge. Zona aceptable III y IV.

FIGURA (3).—Concepción DeLee
■—5 a 0; O a +5.— Zona aceptable
—1 a 4-5.—

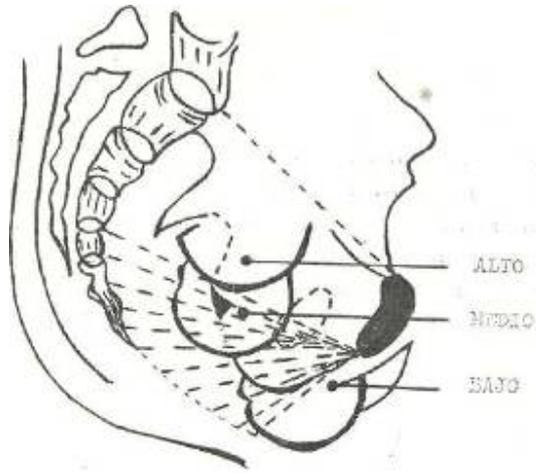


Figura (1)

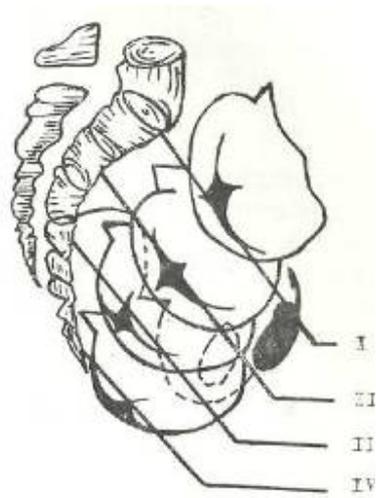


Figura (2)

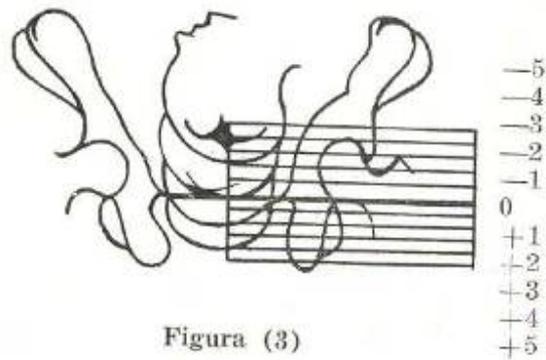
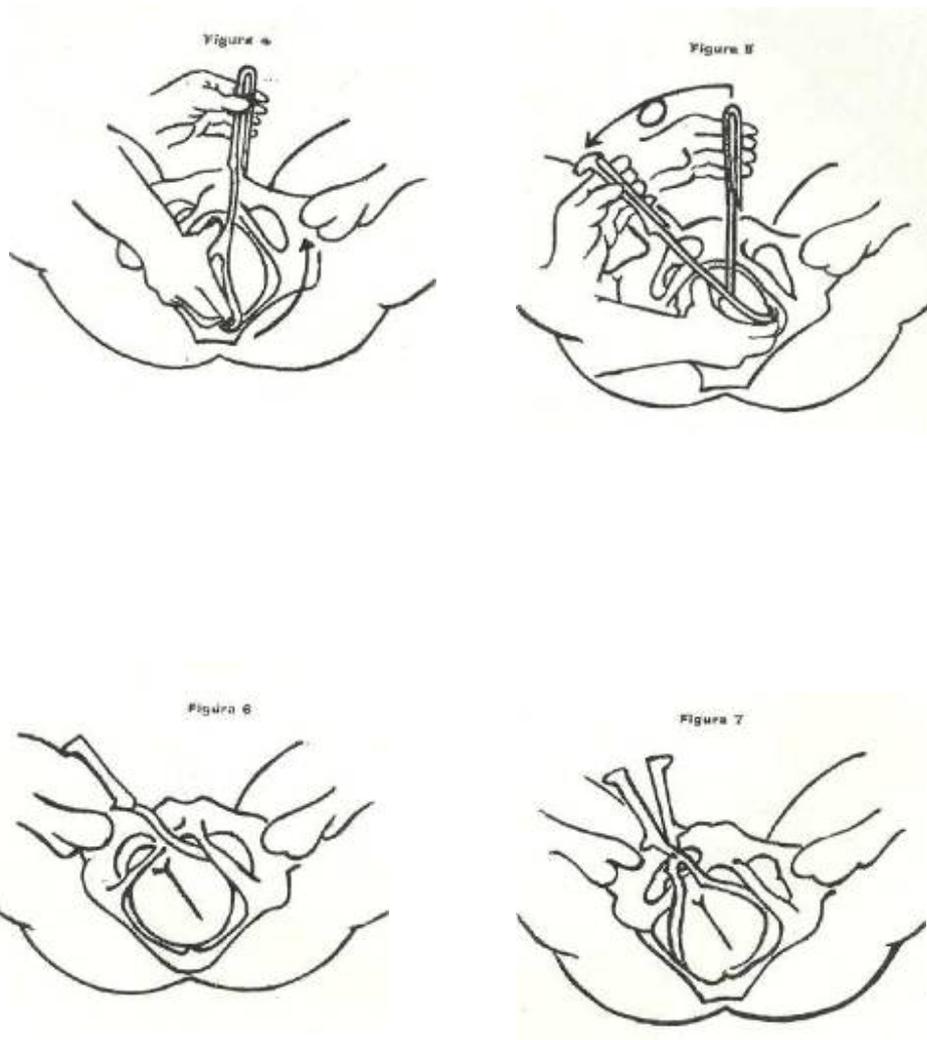


Figura (3)

Seleccionada la rama anterior o primera a introducirse; toma del mango izquierdo mano guía la derecha. Introducción de la cuchara entre 5 y 6 de la carátula del reloj (cuadrante inferior y posterior izquierdo de la pelvis) mediante movimiento de deslizamiento la cuchara rotará hasta las 2 de la carátula del reloj. (*Fig. 6*) El mango tomado con la mano izquierda irá efectuando el descenso y rotación sobre su eje (maniobra en espira de Lachapelle).

La segunda rama se introducirá en el cuadrante posterior derecho hasta una profundidad en que ha de coincidir los elementos de embrague o articulares de ambas ramas.



APLICACIÓN DE FÓRCEPS EN OCCIPITO DERECHA ANTERIOR

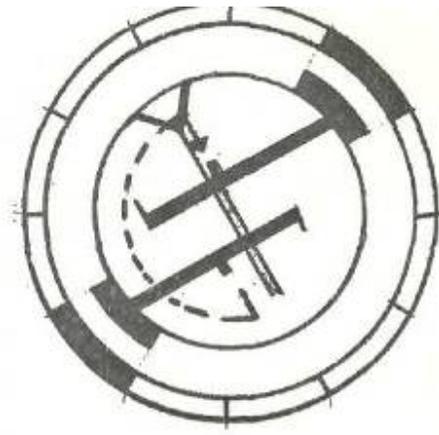
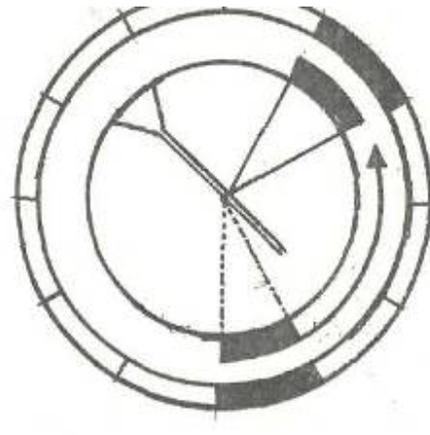
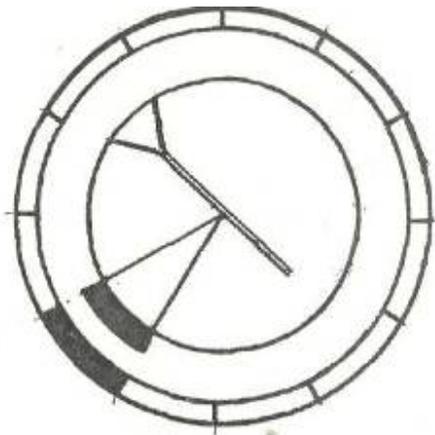
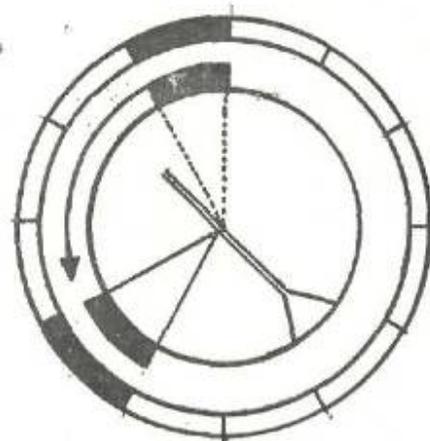
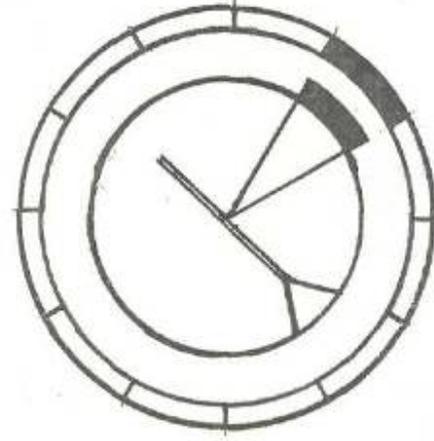
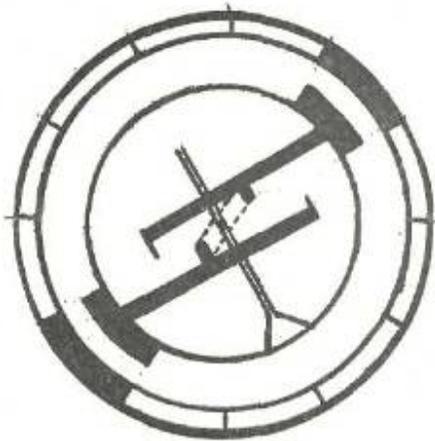


Figura (8)

TOMA CLASICA



TOMA MODIFICADA

CAPITULO IV DEL REGLAMENTO DE
LA REVISTA MEDICA HONDURENA

IV.—DE LOS TRABAJOS ORIGINALES:

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

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

Art. 20.—Las colaboraciones deberán ser remitidas al Secretario de la Revista.

Art. 21.—El director comisionará a uno de los miembros del Consejo Editorial para verificar la evaluación científica del trabajo. Este nombramiento deberá recaer en el colegiado que, de acuerdo con su especialidad, esté más capacitado.

Art. 22.—Todos los trabajos deberán de ser remitidos escritos a máquina a doble espacio, sin exceder de veinte páginas, y deberá contener al final, siempre que sea posible, un resumen en español y en inglés o interlingua. Asimismo deberá contener, en hoja aparte, la bibliografía consultada, en la forma siguiente:

- a) Número de referencia intercalada en el texto;
- b) Apellido del autor (en orden alfabético), en letras mayúsculas;
- c) Iniciales del nombre del autor, en letras mayúsculas;
- d) Título del artículo consultado;
- e) Nombre de la revista o boletín;
- f) Volumen de la revista o boletín;
- g) Número de la primera página del artículo consultado;
- h) Año de la publicación;
- i) En caso de un libro en la referencia, deberá hacerse constar además del nombre del autor y del título del libro, el nombre de la casa editorial, la ciudad, la edición, el número de la primera página consultada y el año de la publicación;
- j) No se publicarán trabajos sin referencias bibliográficas y en el orden indicado, excepto aquellos que por su índole no lo ameriten.

Art. 23.—Las ilustraciones, en blanco y negro o a colores, serán remitidas por separado, detallando en forma clara la leyenda que debe ir al pie de cada ilustración.

Art. 24.—El costo en que se incurra por concepto de fotograbados será pagado así: Los primeros cuatro por la Administración de la Revista y los restantes por el autor.

Art. 25.—El Consejo Editorial se reserva el derecho de rechazar cualquier trabajo que no llene los requisitos estipulados en este reglamento, o que a su juicio no se ajuste a las exigencias de orden científico, ético u estético, establecidos internacionalmente.

Art. 25.—La publicación por separatas será por cuenta del interesado y deberán ser solicitadas por escrito, al entregar el trabajo.

Reglamento del Comité de Auxilio Mutuo

Artículo 1.—De conformidad con el artículo 9 del Reglamento de la Ley de Auxilio Mutuo del Colegio Médico de Honduras, se constituye el "COMITÉ DE AUXILIO MUTUO", que será el encargado del manejo de las inversiones de su fondo, de acuerdo con lo previsto en este **Reglamento**.

CONSTITUCIÓN

Artículo 2.—El Comité estará constituido por nueve miembros, de los cuales siete serán nombrados por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras; los dos restantes, serán el Fiscal y el Tesorero, de conformidad con el Reglamento de la Ley de Auxilio Mutuo.

Artículo 3.—Los miembros nombrados durarán en sus funciones por lo menos un año, al término del cual, queda facultada la Junta Directiva para sustituir hasta tres de ellos.

Artículo 4.—En caso de ausencia por un período mayor de tres meses, de uno o más de los miembros que integran este Comité, se procederá en la siguiente forma:

- a) Si se tratara del Fiscal, la Junta Directiva nombrará al Vocal de la misma que estime conveniente, o a un miembro del Comité de Vigilancia, mientras se elige nuevo Fiscal, de conformidad al artículo 29 de la Ley Orgánica de Colegiación.
- b) En caso de ausencia del Tesorero, lo sustituirá el Pro-Tesorero.
- c) En caso de tratarse de uno de los siete miembros restantes, la Junta Directiva inmediatamente nombrará el sustituto.

Artículo 5.—En el transcurso de *los* quince días siguientes a la primera sesión de la Junta Directiva del Colegio Médico y a convocatoria del Fiscal, el Comité se reunirá en sesión constitutiva.

DEL DIRECTORIO

Artículo 6.—El Comité elegirá entre sus miembros un Directorio formado por un Presidente, un Vice-Presidente, un Secretario y un Pro-Secretario.

Artículo 7.—Serán funciones del Directorio: recabar, estudiar y tramitar informaciones referentes a la inversión de fondos.

Artículo 8.—El Presidente, por medio del Secretario, convocará a sesión siempre que existan asuntos a discutir.

Artículo 9.—Para que el Comité pueda celebrar sesiones, el quorum será de cinco de sus miembros.

Artículo 10.—Las decisiones se tomarán por un número de votos no menor de cinco.

Artículo 11.—En caso de ausencia del Presidente, lo sustituirá el Vice-presidente, y en ausencia del Secretario, el Pro-Secretario.

Artículo 12.—No formarán parte del Directorio, en ningún caso, el Fiscal y el Tesorero.

Artículo 13.—No podrá participar en las deliberaciones ni en las decisiones que al efecto se tomaren, el miembro que tenga interés personal en cualesquiera de las ofertas de inversión que conozca el Comité.

Artículo 14.—El Comité dictará en porcentajes, dentro de los tres primeros meses de su ejercicio, la política de inversión de los fondos para el período de un año, lo que comunicará a la Junta Directiva para su aprobación. Esta política deberá ser revisada anualmente. En caso fortuito o de fuerza mayor, solicitará a la Junta Directiva sesión especial para revisar, conjuntamente con el Comité de Vigilancia, las modificaciones a la misma.

Artículo 15.—Una vez tomadas las decisiones por el Comité, las comunicará a la Junta Directiva del Colegio Médico, para cumplir con el trámite legal correspondiente.

Artículo 16.—El Comité tiene la obligación de presentar un informe de sus actividades ante la Asamblea General, enviándolo a través de la Junta Directiva del Colegio Médico, por lo menos treinta días antes de la celebración de la mencionada Asamblea.

Artículo 17.—El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de su aprobación.

LA SECRETARIA

Aprobado por la Junta Directiva del Colegio Médico
en la sesión celebrada el 18 de julio de 1968. Acta N^o 162.

¿Qué significa a mi entender un niño?

Por el Dr. Héctor Láinez N.*

Es realmente asombroso, como esa fugaz etapa de transición llamada infancia, por la que todo adulto en su recorrido por la vida, obligatoriamente pasa, pueda representar cual milagroso fenómeno, la más genuina revelación de inocencia, amor, pureza y ternura humanas, impregnadas a su vez, de esa energía inagotable y de esa curiosidad insatisfecha encerradas apenas dentro de unos pocos kilos de ingenua picardía en incipiente desarrollo.

Basta con presenciar la dinámica de un parto normal, para ser testigo de uno de los acontecimientos biológicos más impresionantes y admirables.

Sí! basta con hacer una incursión a una sala de Obstetricia; para ver nacer a un niño y oír por vez primera ese llanto agudo y espontáneo, en señal manifiesta de una nueva humanidad que se está anunciando a gritos. Proyectil viviente, que al impulso de potentes contracciones uterinas. . . brota y emerge, entre la abierta desnudez del ángulo que forman ese par de muslos maternos. Breve momento de expectación! Aquel en que la sección entre dos pinzas hemostáticas de ese vital cordón de sangre y gelatina, interrumpe para siempre la subordinación circulatoria del recién nacido a expensas de la hemoglobina placentaria. Y establece ante los ojos del médico partero, cual si fuera otro milagro fisiológico gestándose, el automatismo de la respiración pulmonar del niño en ese instante.

¡ Eureka, Eureka, Eureka, Eureka!

Feliz culminación de nueve largos meses de paciente espera. Niñez triunfal estrenándose ante el mundo. Y ¡Sexo neonatal sellado, que hasta ahora se expone al descubierto!

Contemplar después, la secuencia ordenada de los diferentes períodos involucrados en el desarrollo de la personalidad infantil, es todavía de por sí, tan espectacular como el nacimiento mismo.

Al analizar el comportamiento de tal o cual niño, detectamos de inmediato en la inmadurez de sus gestos y movimientos, la natural ausencia de convencionalismos e inhibiciones sociales. Su virgen psicología desconoce en su espontaneidad, la prudencia ante la inminencia del peligro físico y la premeditación tibiamente calculada.

Fase peregrina y de particulares exigencias funcionales, donde la demanda de cariño y de cuidados impuestos por el niño, solicita con la alarma de su llanto nuevos hábitos o atenciones especiales, a costa del desvelo de sus progenitores.

Temprana edad de inexperiencias, donde la autogratificación oral centraliza toda la atención del niño.

Por todas esas razones, creo sin temor a equivocarme, que descubrir el fabuloso mundo de la infancia, es sencillamente reconocer que tenemos a un palmo de nuestras pupilas, uno de los múltiples perfiles con que a diario la madre naturaleza nos muestra su infinita maravilla.

Clinicas Unidas, Tegucigalpa, D. C-, Honduras, C. A.

Tras la paciente observación de la conducta de mis tres pequeños hijos, he juzgado pertinente a manera de original ensayo literario, pretender definir como médico y como padre de familia, todo lo que para mí significa un niño en sus primeros años de vida.

No es de extrañar pues, que los distintos conceptos aquí vertidos, contengan una buena dosis de lexicología médica y estén saturados en su tono descriptivo de esa inspiración y sentimiento paternos.

Al emplear repetidamente la palabra niño, no he pretendido en ningún momento prejuiciar la atención del amable público lector, haciendo entrever que únicamente el varón es el centro donde gravita la ideología de este ensayo. Entiéndase bien, que su definición califica indistintamente a cualquier pequeño humano, sea este un niño o una niña.

Así las cosas,

UN NIÑO ES:

Abdomen gravídico de madre en perspectiva.

Fusión de cromosomas en incipiente vida, que se nutren y abrigan al calor prodigado por el vientre materno.

Células en embrión multiplicándose. Un niño ya es un niño, aún sin haber nacido todavía. Puente de unión entre la herencia fusionada de los padres y el código genético de los futuros nietos.

Pedacito de carne en revoltosa vida, que muerde, grita y llora por uno de sus extremos y se evacúa sin pedir disculpas por el otro.

El lenguaje onomatopéyico más universal e incomprensible. Y a la vez, el sonido más dulce y cariñoso entre todo lo accesible a la acústica del hombre.

Plieguecitos cutáneos que bisectan lo interno de sus muslos infantiles, en doble y graciosa simetría.

Sarampión, rubéola y enteritis, enjuiciadas con criterio de catástrofes.

Tierna inmunidad desprotegida, que reclama el auxilio de vacunas preventivas.

Nudismo galopante en riña permanente contra el frío.

Síntesis de nuestras esperanzas pasadas convertidas en realidad de hoy e ilusión de nuestras ambiciones presentes proyectadas al mañana.

Armónica simbiosis de células, glándulas y órganos que crecen. Y joven epidermis que se estira día a día.

Desarrollo, dulzura y gracia improvisada. Músculos incansables, chichones en la frente y orina inoportuna, compendiados en la más bella y pura de las santidades.

Encías desdentadas al nacer. Y al ratito, perlas naturales germinando en blancos botoncillos de esmalte y de dentina. Dientecitos de leche en premier de gala.

Cuerdas vocales en superestereofonía. Rivales por excelencia del radio y del televisor propios y del vecino, vibrando al unísono en su máximo volumen.

Pequeño ángel sin alas, capaz de las más inverosímiles diabluras.

Rodillas sucias e insensibles. Locomoción a rastras sobre el suelo. Y más tarde, pies semidescalzos corriendo al aire libre todo el día. Maratón olímpico desposeído de medallas y de zapatos duraderos.

Greñas en rebelde pugna con el peine.

Sexo virgen en escaparate. En actitud desafiante contra la curiosidad de las demás personas. Y contra el protocolo de sus propias ropas.

Anatomía in púribus, anunciándose en vitrina permanente. Pudor desconocido.

Reloj despertador que funciona no cuando nosotros precisamente lo deseamos, sino cuando su laringe precisamente nos lo impone.

Tubo anatómico que chupa, balbucea, ríe y grita por arriba y sin ruborizarse por nada ni por nadie, emite ruidos hidroaéreos y ensucia¹ pañales por abajo.

Metabolismo en ebullición constante, responsable de las travesuras más insólitas y atrevidas. Capaz a ratos, de desquiciar al más cuerdo de los padres y de endulzarnos la más amarga de las penas.

Leche convertida en biosíntesis proteica y en activo crecimiento.

Vandálica y angelical criatura, que sin necesidad de acudir a la violencia armada, nos despoja del bocado más sabroso al instante de llevarnoslo a la boca. Sin cortesías ni permisos, nos interrumpe intempestivamente el sueño más profundo y placentero. Y ensopa cual copioso chapuzón en tropical tormenta, el más presentable de nuestros trajes. . . en el más inoportuno de los tiempos!

Técnico en felicidad doméstica. Artífice del amor y la ternura.

Curiosidad insatisfecha en perenne actividad inquisitiva.

Indagación continua e inconforme, que absorbe cual esponja insaturable, retazos de experiencia en su memoria.

Por naturaleza propia, el más íntimo y más belicoso contendiente de sus otros hermanos. Y a su vez, el más resentido de los seres, por las caricias profesadas hacia ellos, en presencia suya.

Acaparador exclusivo de todo nuevo juguete que esté al alcance de sus inquietas manos.

Consumidor autoritario de la mayor parte del presupuesto navideño de la casa.

Diminuto personaje que con las persuasivas falanges de su espíritu, es capaz sin hacer ningún esfuerzo, de imprimir en el entendimiento de sus progenitores, la idea de asegurarse la vida en esta vida, para después él, obtener un justo beneficio de la muerte inevitable de uno de ellos.

Elongación somática y anímica, que expande hacia el futuro nuestra propia biología.

Pequeño eslabón viviente que garantiza con sus cartas credenciales, la continuidad de los genes amalgamados de los padres.

Matas de pelos desaliñados en las sienas. Mejillas tiznadas e inocentes, combinadas con bombones y monedas de níquel en su boca.

Impetuosa energía que aniquila rifles, trenes y muñecos, descuaderna libros y revistas y destroza botas y zapatos, con la eficacia de un incendio con seguro oneroso, en almacén de comerciante pirómano mañoso.

Atento párvulo casero que nos pone las pantuflas cuando más necesidad tenemos de ellas, haciendo gala de espontánea y humilde diligencia.

Tierra, mugre y clavos. Tuercas y tornillos en sus **bolsas**. Suciedad y lodo entre sus uñas y blancura de armiño en su conciencia.

Cachetes imberbes y redondos. Sonrisas puras y espontáneas, que demuestran en el brillo perlado de sus dientes, esa jovialidad espiritual desprovista de la más mínima malicia.

Diablillo terrenal que reúne en la inmadurez de su YO propio, la rabieta estridente e inoportuna con la travesura indiscreta y perdonable.

Pulgares humedecidos en tibia saliva complaciente. Succión bucal de dígitos sucios y terrosos, en manifiesto desafío a las leyes de la higiene y medicina preventiva.

Miniatura jubilosa cabalgando en un triciclo en movimiento.

Héroe o heroína que usando únicamente las armas sensitivas de su alma, contiende a diario en la difícil batalla del amor al prójimo y emerge sin violencias victorioso.

Sucio retazo de trapo viejo e inanimado, que atrae cual magnético imán sus pueriles atenciones. Vínculo afectivo incomprensible proyectado hacia un objeto cualquiera incompatible.

Dedos inquietos y traviosos que al modelar la dócil **plasticina**, dejan escapar por sus pulpejos, esa artística imaginación sin horizontes. Novel prospecto en esculturas surrealistas.

Dar rienda suelta a la improvisación creadora y construir torres, puentes y castillos con cubos y cilindros de madera.

Protagonista universal, que otorgando °) encanto de sus esporádicos abriles, es el recurso audiovisual por excelencia, en la propaganda comercial de las casas fabricantes de productos infantiles.

Regocijo de pascua que deambula libremente en cualquier época del año.

Miniorquesta concentrada en la garganta de un pequeño. Productor de ruidos y berrinches disonantes, saturando el ambiente de agudos e intensos decibeles.

Jerarca en el hogar que al momento preciso de enfermarse, hace con la elocuencia misma de su crisis, una crisis mayor en el ámbito moral de la familia.

Escuchar en señal de bienvenida cariñosa, las voces de "papá" y de "mamá" pronunciadas tiernamente, al regresar cansados a la casa, después de un largo día de trabajo.

Verde fragmento espiritual de luz y de **esperanza** y segmento de porvenir en Kindergarten.

¡Sí! ¡Mil veces sí!

Un niño es aquí y en cualquier rincón del orbe; La única forma de anarquía compatible con la verdadera felicidad del hombre como hombre.

Un niño es: La mayor alegría con que Dios puede premiarnos en la tierra, la legítima suerte de convertirnos alguna vez en padres y comportarnos nuevamente como niños sin saberlo.

Correr, llorar, reír,
comer, jugar, dormir.
Y fabricar auténtica felicidad,
en un incesante devenir.

Eso y mil potencialidades imprevisibles más!

Significa a mi entender, **el** maravilloso tesoro de sorpresas escondidas, bajo la tersa piel de un niño.

Las Tripsinas en el Tratamiento de las Lesiones Deportivas Agudas

Por el **Dr. J. López Quiles**

Traumatólogo del Real Madrid, C de F. (España)

El tratamiento de las lesiones deportivas debe basarse fundamentalmente en las siguientes premisas: a) Restauración anatómica perfecta del segmento lesionado; b) Conservar la movilidad articular normal sin movimiento patológicos; c) Evitar la pérdida de potencia muscular; d) Recuperación lo más rápida posible del deportista para el ejercicio de su actividad.

Aunque en principio estas condiciones constituyen el ideal de la Traumatología, en general, no cabe duda que en el ambiente deportivo, el médico debe ser mucho más exigente en su cometido, ya que, una ligera pérdida de potencia muscular o de movilidad articular, en un atleta supone el no conseguir otra vez sus marcas normales, y mucho menos superarlas.

Si la rapidez de recuperación es siempre deseable, mucho más lo es en los sujetos a una organización deportiva, donde **tantos** intereses se superponen, ya sean de tipo **económico** como puramente competitivo. Esta rapidez de recuperación es asimismo importante desde el punto de vista puramente médico, puesto que cuanto menos tiempo permanezca inactivo el paciente, menor será la atrofia muscular, menores las **rigideces** articulares y menor la pérdida de condición física que, en resumidas cuentas, es la que más duro golpe recibe con una inactividad prolongada.

De aquí el enorme interés de los entrenadores por ver pronto en condiciones a sus pupilos, y de ahí la preocupación del médico por hallar solución urgente a los problemas que su actividad le plantea, y cuya experiencia le ayudará también más allá del terreno deportivo.

El mayor número de accidentes traumáticos lo constituyen esa serie de lesiones en que no se halla comprometida la continuidad del órgano afectado, por lo menos en grado considerable. Se trata de las contusiones, esquinces y rupturas fibrilares que, si en principio, no se trata de lesiones importantes, lo cierto es que con sus secuelas de dolor, hematomas, edemas, etc. mantienen inactivo al atleta durante un tiempo variable, y en ocasiones se prolongan de modo incompatible con una actividad deportiva normal.

Atendiendo a la fisiopatología de la contusión o del esquince, observamos que se origina una hinchazón o aumento de volumen inmediato, producido por el hematoma, y otra algo más tardía, que se superpone con la anterior, cuya causa es el edema inflamatorio.

Comunicación presentada al V Congreso Do Agrupamento Latino de Medicina Física e Dos Desportos. Lisboa, septiembre de 1965.

En efecto, un traumatismo origina, por un lado, ruptura de arteriolas o capilares, dando lugar a los hematomas o equimosis, según su intensidad, y por otro lado un aumento de la permeabilidad celular y tisular, apareciendo con ello una trasudación de líquido hacia los espacios intercelulares, es decir, un edema cargado de proteínas insolubles, particularmente fibrina.

Este proceso es en realidad un importante mecanismo de defensa del organismo contra la infección, pues este depósito de fibrina constituye una barrera frente a los gérmenes que, en el seno del hematoma con tejidos necrosados, obtendría un excelente caldo de cultivo. Pero, en ausencia de infección, este proceso tiene un efecto negativo, puesto que por esta misma circunstancia se produce una éstasis con anoxia, que impide la reabsorción del hematoma y la acción de los agentes reparadores de la sangre, que no pueden llegar al foco para la eliminación de los tejidos necrosados y cicatrización de la zona dañada (SWEENEY) (6).

Naturalmente, y por estas razones, nuestro esfuerzo terapéutico debe ir dirigido a la reducción de la inflamación mediante la destrucción de esta barrera de fibrina, con lo que al eliminar la éstasis se acelera la reabsorción del edema y del hematoma, al mismo tiempo que se disminuye la tensión de los tejidos, se restablece la circulación en el foco y, junto con el aporte de oxígeno que revitaliza las células, se incrementa la eliminación de los detritus orgánicos merced a los elementos normales de la sangre y, gracias a todo ello, aparece rápidamente la reparación tisular normal.

Al propio tiempo evitamos la formación del hematoma y de los depósitos de fibrina, cuya consecuencia son cicatrices hipertróficas y duras, que restan elasticidad a los tejidos y, que si no son tratadas debidamente, en ocasiones se infiltran de sales calcicas, constituyendo los osteomas post-traumáticos.

Dirigidas a este fin comenzaron a utilizarse las tripsinas, de las que se mostraron como más activas la tripsina y la quimotripsina, especialmente esta última, cuyas propiedades antiinflamatorias habían sido puestas de manifiesto experimentalmente (1), así como clínicamente en multitud de procesos agudos.

Las características biológicas de la tripsina y de la quimotripsina son muy parecidas, pese a que su naturaleza proteica difiere por su distinta dimensión molecular, distinto comportamiento electroforético, distinta composición de aminoácidos, diferente pH óptimo, distinto comportamiento en relación a la temperatura, diferente toxicidad, etc.

Desde el punto de vista bioquímico, la acción antiinflamatoria de las tripsinas se ejerce merced a su poder depolimerizante sobre la fibrina y otras proteínas: mientras la tripsina destruye las uniones adyacentes a las cadenas de aminoácidos libres (histidina, lisina, arginina) la quimotripsina rompe las adyacentes a aminoácidos aromáticos (tirosina, triptófano, fenilalanina). Dichas enzimas tripticas no son capaces de atacar a las células vivientes porque éstas disponen de agentes inhibidores que las neutralizan (7), por lo que en un principio se utilizaron tópicamente como disolvente enzimático de los tejidos **necróticos** en heridas y úlceras superficiales.

En un segundo tiempo, su evidente acción fibrinolítica abrió camino a la administración endovenosa en las trombosis, pero mientras se demostró que para obtener la lisis del trombo se precisaban fuertes dosis de enzima, cercanos al límite de seguridad, se puso en evidencia un constante y rápido efecto antiinflamatorio con dosis pequeñas de tripsina, lo que indujo a su administración por vía intramuscular, local y posteriormente oral, únicamente en busca de este efecto antiinflamatorio.

Diversos autores han intentado explicar el mecanismo íntimo de esta acción antiinflamatoria de las tripsinas, pero como nuestro cometido en esta comunicación es presentar una experiencia clínica personal, remitimos al lector hacia los documentados trabajos de Innerfield (3). Moser (4), Spector (5) y Grob (2).

EXPERIENCIA CLÍNICA

Nuestras primeras experiencias clínicas las realizamos merced a la amabilidad de los Laboratorios Armour, con Quimar inyectable (quimotripsina cristalizada en aceite de sésamo) y posteriormente con Quimoral (quimotripsina y tripsina en forma de grageas).

Los resultados se reflejan en los siguientes casos, todos ellos jugadores del Real Madrid, Club de Football.

Caso 1°—F.G.L.—Durante un partido de fútbol, sufre una fuerte contusión en el tercio medio de la cresta tibial izquierda. Al terminar el partido presenta un hematoma del tamaño de un huevo de gallina.

Se comienza inmediatamente el tratamiento con Quimar intramuscular, vendaje compresivo y aplicación local de hielo. A los dos días, el hematoma ha desaparecido, residuando una ligera inflamación local. A los cuatro días es dado de alta y reanuda los entrenamientos sin ninguna molestia.

Caso 2°—V.M.C.—En el curso de un partido de fútbol sufre una contusión frontal con hematoma subcutáneo del tamaño de un huevo de paloma.

Tratamiento: Quimar intramuscular y aplicación local de hielo. A los dos días reanuda los entrenamientos con solo una ligera equimosis orbitario, que desaparece totalmente a los cuatro días.

Caso 3°—F.B.P.—Durante un partido de fútbol, sufre una compresión torácica por haberle caído encima otro jugador. Se comprueba fractura doble de 12^o- costilla y fractura de la 11^o- costilla, todo ello en lado derecho.

Tratamiento: Aplicación de vendaje de esparadrapo y administración de Quimar intramuscular durante dos días, prosiguiendo después con Quimoral durante quince días, al término de los cuales se le quita el vendaje de esparadrapo. No presenta ningún "equimosis y reanuda los entrenamientos con ligeras molestias, que no le impiden su actividad casi normal. Al mes del accidente reaparece en partido de competición sin ninguna molestia.

Caso 4°—L.S.C.—En el curso de un partido de fútbol sufre una contusión-esguince del tobillo derecho de tal intensidad que le impide con-

tinuar el juego. Al cabo de una hora todo el tobillo ha aumentado extraordinariamente de volumen. Sobre el maleolo externo se percibe una zona fluctuante de hematoma no bien delimitada por la intensa reacción inflamatoria circundante. La presión sobre el ligamento lateral externo es sumamente dolorosa, pero no se aprecia movilidad anormal del tobillo.

Tratamiento: Infiltración local de novocaína, vendaje compresivo y Quimar intramuscular. Reposo en cama. Tres días después se debía celebrar un importante partido para el que se consideraba casi imprescindible la actuación de este jugador. Unas horas antes de dicho partido se practica otra exploración, en la que se aprecia la total desaparición del hematoma y de la inflamación. No existen equimosis. Persiste una ligera molestia a la presión sobre el ligamento lateral externo.

Se le hacen unas pruebas de carrera y toque de balón, y ante el resultado satisfactorio de las mismas, se autoriza su actuación en el partido con un vendaje elástico, siendo su resultado satisfactorio. A la terminación del encuentro aquejaba cierto dolor, pero se prosiguió el tratamiento con Quimoral durante otros dos días, con el resultado de que no tuvo que interrumpir su actividad deportiva normal.

Caso 5°—W.H.—Jugador de baloncesto. Durante el desarrollo de un partido sufre una caída con el miembro inferior derecho en abducción. Radiográficamente se aprecia en cadera derecha una fractura de reborde cotiloideo sin desplazamiento.

Tratamiento: Reposo absoluto en cama. Quimar intramuscular durante tres días, continuando seguidamente con Quimoral. Infiltraciones locales de novocaína y acetato de hidrocortisona en suspensión. A los 11 días reanuda los entrenamientos con mucha suavidad ya que, aunque la deambulación es normal e indolora, la carrera despierta todavía molestias.

Poco a poco se intensifican los entrenamientos y a los 18 días de la lesión actúa en un importante partido de Copa de Europa, con rendimiento excelente hasta el punto de ser el máximo encestador de dicho encuentro. Posteriormente no hubo ninguna complicación.

Caso 6°—Y.D.C.—Contusión sobre músculo vasto externo derecho con hematoma subfascial importante perceptible perfectamente a la palpación.

Tratamiento: Reposo absoluto en cama durante dos días. Aplicación local de hielo e inyecciones de Quimar por vía intramuscular. A los dos días ha desaparecido totalmente el hematoma y no se aprecia signo alguno de inflamación. Se le autoriza a comenzar los entrenamientos, y a los 5 días es dado de alta.

Caso 7°—J.M°V.B.—Contusión sobre maleolo izquierdo con escara de piel de unos 3 cms. de diámetro.

Tratamiento: Cura local con Quimar ungüento y Quimar intramuscular. A los 4 días se ha eliminado totalmente la escara y comienzan los entrenamientos. A los 10 días de la lesión es dado de alta.

Caso 8°—F.P.B.—Contusión sobre cresta de la tibia izquierda con hematoma subcutáneo del tamaño de un huevo de paloma. Esguince de tobillo izquierdo.

Tratamiento: **Quimoral**. Vendaje compresivo. Aplicación local de hielo. A los tres días ha desaparecido el hematoma y no aqueja ninguna molestia en el tobillo. Es dado de alta.

Caso 9°—L.O.S.—En el curso de un entrenamiento sufre una fuerte contusión sobre músculo vasto externo derecho con gran hematoma.

Tratamiento: Quimar intramuscular. Aplicación local de hielo. A los 5 días se ha reabsorbido totalmente el hematoma y a los 7 días es dado de alta, curado,

Caso 1°.—A.A.V.—En el curso de un entrenamiento sufre una contusión sobre el músculo vasto externo izquierdo con hematoma subfascial.

Tratamiento: Quimar intramuscular y aplicaciones locales de hielo. A los 5 días, totalmente restablecido, actúa en partido de competición sin ninguna reserva.

En los dos casos siguientes se trata de lesiones ocurridas a dos jinetes de concursos hípicas, que traemos aquí por ser muy demostrativos.

Caso II°—F.G.C.—Durante un concurso hípico sufre una ruptura **fibrilar** del músculo abductor mayor izquierdo.

Se le aplican diversos tratamientos sin resultado positivo. Cuando se acude a nuestra consulta han transcurrido 15 días desde su lesión y se halla totalmente incapacitado para la equitación. La deambulación incluso, es claudicante. A la exploración se aprecia una enorme equimosis que ocupa toda la cara interna del muslo y se extiende desde la ingle hasta la rodilla.

Se comenzó entonces el tratamiento con Quimoral e infiltraciones locales de novocaina con **hialuronidasa** cada dos días. A los 6 días la equimosis había desaparecido y a los 10 días de comenzar el tratamiento participó en el C.H.I.O. de Madrid, obteniendo dos grandes premios. Únicamente se le aconsejó que no participara en la Prueba de Potencia, por exigir ésta mayores esfuerzos.

Caso 12°—L.C.M.—Durante un concurso hípico sufre una ruptura fibrilar de músculo abductor mayor izquierdo. Durante diez días no hace ningún tratamiento, y al intentar nuevamente montar a caballo sufre dos recaídas.

Entonces acude a nuestra consulta y se le aplica el mismo tratamiento del caso anterior. Una semana después deja de acudir a la consulta, pero interesados personalmente por el caso, recibimos informes de que reanudó su actividad deportiva sin ninguna molestia, por cuya razón suspendió el tratamiento por su cuenta.

Como aclaración sobre los casos expuestos en lo que respecta a su tratamiento, queremos hacer constar que las dosis usualmente administradas son de 1 cc. de Quimar inyectable cada 12 horas durante uno o dos días, continuando con 1 cc. cada 24 horas durante otros dos días. Si se precisa continuar el tratamiento, lo hacemos en la forma oral, cuya dosis habitual es de 8 grageas diarias de Quimoral. Si la lesión es leve, administramos desde el principio la forma oral.

COMENTARIOS

Las casos expuestos anteriormente son bien elocuentes de por sí y no precisan grandes comentarios. Al menos en nuestra experiencia no habíamos observado una resorción tan rápida de los hematomas y procesos inflamatorios, con anterioridad al empleo de las tripsinas. Algunos autores señalan la inconstancia de los resultados con este tipo de tratamiento, pero a este respecto conviene señalar dos puntos que nos parecen de especial interés: en primer lugar la indicación del tratamiento, puesto que no se puede pretender que la administración de las tripsinas constituya la panacea universal, y en segundo lugar la precocidad del tratamiento, que en nuestro Club se verifica ya de modo sistemático en toda clase de traumatismos agudos, con resultados verdaderamente notables.

Nuestra experiencia, no sólo en el seno del Real Madrid, sino también producto de la clientela privada, nos permite plantear como indicaciones fundamentales del tratamiento con Quimar y Quimoral.

1°—Las contusiones con hematoma, en las que se consiguen una reducción en el período de inactividad de un 50 y hasta un 60%.

2°—Los esguinces, especialmente acompañados de equimosis, cuya reabsorción se acelera también, en ocasiones de manera espectacular. La administración de enzimas proteolíticas no exime en estos casos del tratamiento normal de la lesión con las terapéuticas usuales.

3°—En las rupturas fibrilares de los músculos, si bien constituyen una eficaz ayuda al tratamiento, por acelerar la reabsorción de los hematomas y equimosis, acortando claramente el período doloroso, no son de por sí totalmente resolutorias, y así vemos que, si bien en los accidentes ligeros es posible constatar una reducción de la capacidad en un 20 o 30%, en los casos más graves no es posible apreciar una acción clara a este respecto. No obstante, la acción de las tripsinas es muy digna de tenerla presente, aún en estos casos, puesto que con su empleo se evitan secuelas desagradables, como son por ejemplo, las cicatrices duras y frágiles, así como los osteomas postraumáticos.

Desde que nosotros adoptamos la administración sistemática y precoz de Quimar en toda clase de lesiones agudas, hemos podido comprobar los siguientes resultados: a) No se ha presentado un solo caso de osteoma postraumático. b) Los equimosis no aparecen en la gran mayoría de las lesiones, y cuando lo hacen, son de escasa entidad y desaparecen en el curso de pocos días, c) No se ha constatado ningún-hematoma enquistado ni seroma. Los hematomas inmediatos a la lesión se han resuelto en un plazo increíblemente corto, entre dos y cinco días, d) Los lesionados, a quienes se les administra sistemáticamente Quimar inmediatamente después del accidente, aparecen al día siguiente en la consulta con la zona lesionada sólo discretamente inflamada o sin signos inflamatorios apreciables. e) En los casos que ha habido necesidad de inmovilizar con escayola, sea por lesión reciente o por intervención quirúrgica, no ha habido necesidad de abrir ningún vendaje por fenómenos compresivos.

No tenemos constancia de ningún caso de infección.

COMPLICACIONES

Hemos tenido dos casos de reacción anafiláctica grave, uno de ellos con edema de glotis, que se resolvieron en pocas horas con la administración de corticoesteroides y antihistamínicos, y un caso leve.

Aunque se ha señalado que la acción anafiláctica pudiera residir en el vehículo oleoso, debemos señalar que uno de los casos reseñados sufrió una nueva reacción similar cuando, algún tiempo después, se le inyectó **otro** preparado de quimotripsina liofilizada, con disolvente acuoso. Estas reacciones anafilácticas no se han presentado jamás con Quimoral, el cual es, por otra parte, perfectamente tolerado por el aparato digestivo.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—DAVIS, O. F., LEVINE, A. J., BECK, CH. y HORWITZ, B.: Post-graduate Medicine. 26: 719, 1959.
- 2.—GROB, D.: J. Gen. Physiol. 2: 405, 1943.
- 3.—INNERFIELD, I., ANGRIST, A., SCHWARTZ, A. y RUGGERO, W.: J. Clin. Invest. 31: 1.049, 1952.
- 4.—MOSER, K. M.: The New England J. Med. 256: 304, 1957.
- 5.—SPECTOR, W. G.: J. Path. and Bact. 63: 93, 1951.
- 6.—SWEENEY, F. J.: Medical Times. 91: 765, 1963.
- 7.—TESTA, V.: Sobre el empleo de la quimotripsina por vía intramuscular en cirugía plástica. Rassegna di clinica, terapia e scienze affini. LIX, 3, 1960.

COLEGIADOS POR ORDEN ALFABÉTICO

Aguilar Paz, Enrique
 Alonzo Medina, Edgardo
 Aguiluz Berlioz, Oscar
 Aguilar Barrientos, Gabriel Rafael
 Arriaga Iraheta, Edgardo
 Andonie Fernández, Juan A.
 Alvarado Lozano, Rigoberto
 Alvarado Lozano, Hugo
 Alvarado Salgado, Francisco R.
 Alvarado Ramírez, Enrique Ernesto
 Alvarenga Maradiaga, Oscar R.
 Alvarez Santos, Manuel Efraín
 Andino Matamoros, Armando
 Alcerro Oliva, José Napoleón
 Abularach Sabat, Francisco
 Acosta Guifarro, Isidoro
 Abud Handal, César Roberto
 Alvarado Lozano, Carlos Alberto
 Ayestas López, Claudio Leonardo
 Alemán Quiñónez, Armando
 Abadie García, César Augusto
 Aguilar Antúnez, Reginaldo
 Agüero Vega, René ...
 Alcerro, Ramón
 Andrade Tejeda, Rolando
 Aguilar A., José Trinidad
 Agurcia Membreño, Carlos
 Abraham Galo, David
 Ayala Avila, Saúl
 Argueta Ariza, Ernesto
 Azcona del Hoyo, Fernando F.
 Ayestas López, Juan Francisco
 Ayestas López, Guillermo
 Alvarado Sagastume, Rómulo
 Amaya Bográn, Antonio Ramón
 Alcerro Castro, Mario
 Almendares Bonilla, Juan
 Aguilar y Aguilar, Rafael Antonio
 Aguilera Romero, Rolando
 Argueta Aguilar, Angel Ernesto
 Atuán Simón, José
 Almendares Irias, Juan Bautista
 Ayestas López, Santos Darío
 Aguilera Ponce, Rolando Alonso
 Arriaga Chinchilla, José Rigoberto
 Arita Chinchilla, Carlos Arturo

"B"

Bueso Gómez, Manuel
 Bustillo Oliva, Guillermo
 Barahona C., J. Rodrigo
 Barahona, Edmundo Alejandro
 Barahona Garay, Luis Alonso
 Bardales R., Gustavo A.
 Bobadilla, J. Antonio
 Barahona Coello, Adán
 Beaumont L., Austin Augustus
 Bendaña Meza, Sergio
 Banegas Montes, Virgilio
 Boza Zerón, Adán
 Batres Pineda, Julio César
 Bennaton G., Carlos Alfonso

Bermúdez Bográn, Roberto
 Bermúdez Milla, José Antonio
 Bustamante C., María Cristina
 Borjas V., Ernesto A.
 Bendaña Medal, Renato
 Barrientos Valle, Juan
 Brevé Martínez, Roberto
 Bendaña Medal, Luis Tirso
 Bendaña Meza, Arturo
 Bueso, Julio César
 Baltodano Mejía, Federico
 Benavides G., Juan Pablo
 Bendaña Ulloa, Carlos Alberto
 Bertrand Anduray, Tulio
 Bulnes B., Martín A.
 Bustillo R., Emilia
 Bonilla Contreras, Adán
 Bográn Idiáquez, Marco Antonio
 Bueso Castillo, José Antonio
 Bendaña Meza, Guillermo
 Bueso Arias, Juan Angel
 Bueso Arias, Luis
 Bendaña Meza, René
 Bendeck Nimer, Alberto C.
 Barrientos Ventura, Oscar Adolfo
 Boesh Matute, Raúl Fernando
 Bueso Pineda, Arnulfo
 Bueso Cáceres, Arturo
 Bustamante, Luis Alonso
 Bados Mendoza, Leonel Armando
 Berlioz Simón, Sady Edgardo

"C"

Cassis Assaf, Lincoln Geo
 Cámbar Ramos, Pablo José
 Cardona Bonilla, Juan
 Custodio López, Ramón
 Claros Fortín, Honorio
 Cuéllar Martínez, Raúl
 Corrales Padilla, Hernán
 Carranza Velásquez, René
 Collart Valle, Juan Ramón
 Carrasco Flores, Manuel
 Calderón R., Manuel Antonio
 Cárcamo T., Tito Humberto
 Cárcamo Tercero, Oscar Jacobe
 Carías Oviedo, Rolando
 Coello Oliva, Miguel Humberto
 Castillo Moncada, Armando
 Canales Zúñiga, Zulema
 Castillo Antúnez, Mario
 Cueva Villamil, J. Adán
 Castro Reyes, José
 Cáceres Vijil, Manuel
 Cardona López, Virgilio
 Castillo Handal, Selim
 Caballero R., Armando
 Caballero Mejía, Lucas
 Cortés de Villeda, Martha
 Callejas Zelaya, Luis
 Cardona de Herrera, Hena Haydeé
 Corrales Padilla, Cornelio

Cervantes Gallo, René
 Casco Mazier, José Harold
 Cuevas B., José Pablo
 Castillo Barahona, Manuel
 Carias Donaire, Gustavo
 Cousin B., Luis Alejandro
 Canahuati, Shibli M.
 Castellón, Esteban
 Cerna Salgado, Félix
 Castellón Tercero, Prisciliano
 Castellanos S., Plutarco
 Cardona Chinchilla, Herlindo
 Coello Núñez, Ramiro
 Cáliz Hernández, Roberto
 Canahuati Mitri, Jamal Emilio
 Caminos Díaz, Carlos
 Castillo Molina, Danilo
 Castillo Ochoa, José de Jesús
 Cerrato Zelaya, Ciro Randolpho
 Cuevas Recinos, Juan Ramón
 Cruz Moreno, Enemecio
 Cruz Alvarado, Camilo
 Corea Molina, Jorge A.
 Cuestas Chinchilla, Luis Antonio

"CH"

Chávez Quán, Manuel Armando
 Chavarria Suazo, Gilberto
 Chavarria R., Santiago Ramón
 Chirinos Velásquez, Raúl
 Chirinos Velásquez, Manfredo

"D"

Durón Rivera, José Ramón
 Downing Chavarria, Alberto
 Díaz Bonilla, José Manuel
 Domínguez de Murrillo, M^{rs} Elena
 Domínguez R., José Refugio
 Durón Martínez, Raúl
 Delgado, Carlos Antonio
 Dávila, José Manuel
 Delgado Pineda, Juan
 Díaz Montoya, Rafael
 Díaz Santos, Pablo
 Díaz Maestre, Luis
 Duarte de Lafitte, Olga
 Dubón Doblado, José Francisco
 Dubón Martínez, Rodolfo
 Díaz Salinas, René
 De León Paz, Carlos
 Durón García, Jorge Arturo
 Díaz Lobo, Alfonso
 Duarte M. de Núñez, Flora C.
 Del Cid López, Juan Rafael
 Delgado y Aguirre, Ricardo
 Delgado Zepeda, Armando Nicolás
 Dox Guillén, Francisco

"E"

Eibuschitz, Roberto
 Estrada Domínguez, Anarda
 Estrada Duarte, Rafael
 Escoto Manzano, Ezequiel
 Echeverría, Justo Manuel
 Erazo Caballero, Servio Tulio
 Escorcia H., Rafael de Jesús

Echeverri, Victoriano
 Elvir Aceituno, Carlos
 Echeverría, Manuel de Jesús
 Espinoza Mourra, Dagoberto
 Enamorado Castro, Edgardo
 Elvir Girón, Luis

"F"

Fiallos Salgado, Julián Federico
 Fiallos Montero, Denis
 Florentino P., Guillermo
 Fernández h., Eduardo
 Fajardo h., Jerónimo
 Faraj Rischmawy, Elías Alejandro
 Ferrufino O., Ramón
 Flores Fiallos, Raúl
 Flores Flores, José René
 Fajardo Cabrera, Hernán Danilo
 Fiallos Fonseca, Ernesto Narciso
 Ferguson Luna, Arturo
 Fortín Midence, Benjamín
 Fajardo Aguirre, Modesto
 Figueroa Rodezno, Ramiro
 Flores Fiallos, Armando
 Figueroa Girón, Virginia
 Férrez Illa, Marcio César
 Fiallos Montero, Denis
 Fiallos Medina, Pedro Orlando
 Figueroa Sarmiento, José Pablo

"G"

González Rosa, Virgilio
 García Becerra, Guillermo
 González Flores, Atilo
 Gómez Robelo, Roberto
 Godoy Sandoval, José Leonardo
 Gómez Padilla, César Alberto
 Girón Mena, Edgardo
 García, Donald L.
 Godoy Arteaga, Carlos
 Gómez Núñez, Concepción
 Gómez-Márquez G., José
 Gúnera Aguilar, Napoleón
 González O., Julio Augusto
 González Ardón, Oscar
 González de Cámbar, Martha Yolanda
 Girón Aguilar, Aristides
 Gálvez Robelo, Carlos M.
 Gutiérrez Villafranca, Roberto
 Guzmán Banegas, Alberto
 García Erazo, Tomás
 González H., Carlos Humberto
 Gutiérrez López, Rodrigo
 Guaggel C., José Eduardo
 Guillén Pinel, Humberto
 Galo Puerto, Ramón
 Gómez Rivera, Daniel
 García G., Jacinto Radegundo
 Gómez Alvarado, Vicente
 Girón Rodríguez, Miguel A.
 Gómez Hernández, Nery
 Guillén A., Jorge A.

"H"

Haddad Quiñónez, Jaime
 Haddad Quiñónez, Jorge
 Herrera Arrivillaga, Víctor
 Handal Handal, Alberto Elías

Hilsaca H., Fernando
 Hernández Meléndez, Pablo
 Hernández Rodríguez, René
 Hernández Canales, Miguel Angel
 Hernández Santos, F. Alberto
 Hernández Cañadas, Vicente
 Handal Handal, José Elías
 Hiza Kury, Salvador
 Herrera Cruz, Santiago
 Herrera Cruz, Oscar Leonel
 Henríquez Izaguirre, César
 Henríquez García, Ronaldo

"P"

Interiano, Rodolfo E.
 Iriás Cáliz, Héctor Armando
 Iriás Miralda, Marco Tulio
 Inestroza Zelaya, Javier
 Interiano Rodríguez, Manuel
 Interiano Rodríguez, Pompilio

"J"

Javier S., Carlos Alberto
 Jiménez N., Rodolfo
 Jiménez Leiva, Salvador
 Joya Moncada, Pablo Ulises
 Juárez Pereira, Leonardo

"L"

León Gómez, Francisco
 León Gómez, Alfredo
 Lozano Caballero, César
 Larach Jamis, César
 Láinez Núñez, Héctor
 Lázarus Bernhard, Roberto
 Lozano Matamoros, Ramiro H.
 Lafitte Martínez, Enrique
 Lara Zepeda, Juan
 López Zelaya, Alejandro
 Leiva Vivas, José María
 López Villa, José Antonio
 López Nieto, Marco Antonio
 López Canales, José Rubén
 López Medina, Camilo
 López Herrera, Heberto
 López Canales, Gustavo Ernesto
 Lorenzana, Dagoberto Sosa
 Lara López, Alejo
 Larios Bonilla, Manuel Enrique
 Larios Hernández, Saúl Enrique
 Lanza, Mario Duilio
 López Lagos, Rigoberto
 Larios Contreras, Ramón
 Lacayo Sánchez, Alfonso
 Larios Ulloa, Jerónimo
 Lagos Lagos, Wilberto
 Lezama Castellanos, Rolando

"M"

Midence Moncada, Ignacio Emilio
 Márquez Cerrato, Antonio
 Moreno Perdomo, Dagoberto
 Mejía y Mejía, Miguel Angel
 Milla Galeano, Horacio
 Matamoros Flores, Benjamín

Moncada Medrano, Lucas Gregorio
 Midence, Alfredo C.
 Medina Nolasco, Aníbal
 Munguía Alonzo, Salomón
 Munguía Alonso, Luis
 Moncada Amador, Miguel Rafael
 Moncada, Miguel Roberto
 Mejía Castro, Cándido
 Medrano Díaz, Héctor
 Medrano Martínez, Raúl H.
 Mendoza F., José Trinidad
 Martel Guillén, Pedro
 Muñoz Mendoza, Miguel Rafael
 Matute Canizales, Eugenio
 Mendoza Alvarado, Amado Mario
 Mencía Salgado, Daniel
 Murillo Selva h., Francisco
 Mannheim de Gómez, Eva
 Madrid Zelaya, German Rigoberto
 Montes Guerrero, Francisco
 Martínez Ordóñez, José
 Magarín Rosales, Julio César
 Molina Castro, Rafael
 Molina Ortiz, Juan B.
 Mejía Durón, Roberto
 Medal, Mario Santos
 Mena Baide, Benjamín Alirio
 Martínez Pinel, Carlos Alfredo
 Montoya Alvarez, Juan
 Martínez Valenzuela, Rafael
 Moreno V., José Jacinto
 Moreno Perdomo, Eduardo
 Mena Díaz Galindo, Carlos
 Meza Galeas, Ramón
 Membreño Marín, Héctor
 Membreño Padilla, Martha Eleonora
 Mejía del Cid, Armando
 Montes Guerrero, José Aníbal
 Murillo Elvir, Sergio Arturo
 Montenegro P., Leopoldo
 Mejía Antúnez, Cornelio
 Martínez Guillén, Andrés Arturo
 Mc. Kinney, Mariano B.
 Murillo Escobar, Francisco
 Moncada Iriás, José Máximo
 Martínez Matamoros, Oscar
 Muñoz Muñoz, Carlos Miguel
 Mendoza Valdés, Clemente
 Morales San Martín, Ramón
 Membreño Padilla, Alejandro
 Mejía Valladares, Enrique
 Mariona Mejía, Antonio
 Merino Zaldívar, Orlando
 Murillo Escobar, Edgar Anibal
 Mayes Huete, S. Eduardo
 Martínez Funes, José
 Munguía Padilla, Carlos Elpidio
 Martínez Castillo, Carlos
 Martínez Boquín, Gustavo
 Medina Nolasco, René
 Matute Alvarez, Roberto A.
 Montes Zepeda, Francisco Javier
 Martínez Meza, Luis Edgardo

"N"

Núñez Ortiz, Joaquín Angel
 Núñez Zúniga, Antonio Roberto

Hilsaca H., Fernando
 Hernández Meléndez, Pablo
 Hernández Rodríguez, René
 Hernández Canales, Miguel Angel
 Hernández Santos, F. Alberto
 Hernández Cañadas, Vicente
 Handal Handal, José Elías
 Hiza Kury, Salvador
 Herrera Cruz, Santiago
 Herrera Cruz, Oscar Leonel
 Henríquez Izaguirre, César
 Henriquez García, Ronaldo

"I"

Interiano, Rodolfo E.
 Irias Cáliz, Héctor Armando
 Irias Miralda, Marco Tulio
 Inestroza Zelaya, Javier
 Interiano Rodríguez, Manuel
 Interiano Rodríguez, Pompilio

"J"

Javier S., Carlos Alberto
 Jiménez N., Rodolfo
 Jiménez Leiva, Salvador
 Joya Moncada, Pablo Ulises
 Juárez Pereira, Leonardo

"L"

León Gómez, Francisco
 León Gómez, Alfredo
 Lozano Caballero, César
 Larach Jamis, César
 Láinez Núñez, Héctor
 Lázarus Bernhard, Roberto
 Lozano Matamoros, Ramiro H.
 Lafitte Martínez, Enrique
 Lara Zepeda, Juan
 López Zelaya, Alejandro
 Leiva Vivas, José María
 López Villa, José Antonio
 López Nieto, Marco Antonio
 López Canales, José Rubén
 López Medina, Camilo
 López Herrera, Heberto
 López Canales, Gustavo Ernesto
 Lorenzana, Dagoberto Sosa
 Lara López, Alejo
 Larios Bonilla, Manuel Enrique
 Larios Hernández, Saúl Enrique
 Lanza, Mario Duilio
 López Lagos, Rigoberto
 Larios Contreras, Ramón
 Lacayo Sánchez, Alfonso
 Larios Ulloa, Jerónimo
 Lagos Lagos, Wilberto
 Lezama Castellanos, Rolando

"M"

Midence Moncada, Ignacio Emilio
 Márquez Cerrato, Antonio
 Moreno Perdomo, Dagoberto
 Mejía y Mejía, Miguel Angel
 Milla Galeana, Horacio
 Matamoros Flores, Benjamin

Moncada Medrano, Lucas Gregorio
 Midence, Alfredo C.
 Medina Nolasco, Anibal
 Munguía Alonzo, Salomón
 Munguía Alonzo, Luis
 Moncada Amador, Miguel Rafael
 Moncada, Miguel Roberto
 Mejía Castro, Cándido
 Medrano Díaz, Héctor
 Medrano Martínez, Raúl H.
 Mendoza F., José Trinidad
 Martel Guillén, Pedro
 Muñoz Mendoza, Miguel Rafael
 Matute Canizales, Eugenio
 Mendoza Alvarado, Amado Mario
 Mencía Salgado, Daniel
 Murillo Selva h., Francisco
 Mannheim de Gómez, Eva
 Madrid Zelaya, German Rigoberto
 Montes Guerrero, Francisco
 Martínez Ordóñez, José
 Magarín Rosales, Julio César
 Molina Castro, Rafael
 Molina Ortiz, Juan B.
 Mejía Durón, Roberto
 Medal, Mario Santos
 Mena Baide, Benjamín Alirio
 Martínez Pinel, Carlos Alfredo
 Montoya Alvarez, Juan
 Martínez Valenzuela, Rafael
 Moreno V., José Jacinto
 Moreno Perdomo, Eduardo
 Mena Díaz Galindo, Carlos
 Meza Galeas, Ramón
 Membreño Marín, Héctor
 Membreño Padilla, Martha Eleonora
 Mejía del Cid, Armando
 Montes Guerrero, José Anibal
 Murillo Elvir, Sergio Arturo
 Montenegro P., Leopoldo
 Mejía Antúnez, Cornelio
 Martínez Guillén, Andrés Arturo
 Mc. Kinney, Mariano B.
 Murillo Escobar, Francisco
 Moncada Irias, José Máximo
 Martínez Matamoros, Oscar
 Muñoz Muñoz, Carlos Miguel
 Mendoza Valdés, Clemente
 Morales San Martín, Ramón
 Membreño Padilla, Alejandro
 Mejía Valladares, Enrique
 Mariona Mejía, Antonio
 Merino Zaldívar, Orlando
 Murillo Escobar, Edgar Anibal
 Mayes Huete, S. Eduardo
 Martínez Funes, José
 Munguía Padilla, Carlos Elpidio
 Martínez Castillo, Carlos
 Martínez Boquín, Gustavo
 Medina Nolasco, René
 Matute Alvarez, Roberto A.
 Montes Zepeda, Francisco Javier
 Martínez Meza, Luis Edgardo

"N"

Núñez Ortiz, Joaquín Angel
 Núñez Zúñiga, Antonio Roberto

Osorio Contreras, Gilberto
 Odeh Nasralla, Nicolás
 Oviedo C., Raúl G.
 Ochoa Reina, Efraín
 Oviedo Padilla, Guillermo
 Osejo Paz, Gloria
 Orellana M., J. Humberto
 Orellana, Carlos Alberto
 Oliva Barralaga, Roberto
 Oliva Aguilar, Marco Tulio
 Oviedo Meza, Lisandro
 Oviedo Pineda, Antonio
 Ortega Ordóñez, León Adalid
 Ortega Matamoros, Julio César
 Ochoa Alcántara, Ricardo
 Ochoa Valle, José María

"P"

Pascua Leiva, Herman
 Peraza Casaca, J. Antonio
 Peña Zelaya, Guillermo
 Pineda Tábora, Manuel
 Pereira, J. Ramón
 Ponce Ochoa, Marco Antonio
 Pastor Zelaya, Rodolfo
 Portillo G., Carlos F.
 Pavón Leiva, Rafael Antonio
 Pavón Lagos, Héctor Eduardo
 Pacheco Reyes, Jorge Alberto
 Paredes Regalado, Leandro S.
 Pineda Muñoz, Carlos Alberto
 Pavón Aguilera, Armando
 Pinto Mejía, José
 Palma Molina, Jacobo
 Ponce Ochoa, Marcial
 Pérez Izaguirre, José Antonio
 Ponce Tejeda, Felipe
 Paredes P., Manuel Armando
 Pineda Coello, Mario
 Pineda Fasquelle, Constantino
 Paredes Toro, Salvador Ramón
 Paz Rivera, José Trinidad
 Pineda Contreras, Octavio
 Pérez Izaguirre, Manuel de Jesús
 Pineda Santos, F. Humberto
 Paredes P., Francisco Otomán
 Pino Montes de Oca, Emilio Roy
 Pavón Moncada, Mario
 Ponce de Avalo, Reinaldo
 Paredes Escoto, Marco Antonio
 Pinto González, Ernesto Antonio
 Pérez Estrada, Alberto Vicente
 Pineda Escoto, José David
 Paz Rivera, Juan
 Paredes Toro h., Salvador Ramón

"R"

Rivera Reyes, Manuel de Jesús
 Reyes de Paz, Olga
 Ramírez Alfaro, Rigoberto
 Raquel Sánchez, Pompeyo
 Reyes Berlioz, Rodolfo
 Reyes Vásquez, Jorge Isaac
 Rodríguez A., Reynaldo

Ramos Reina, Luis Vidal
 Raudales de Midence, Martha
 Rivera Williams, Carlos
 Rivas Alvarado, Carlos
 Rivera Reyes, Oscar Armando
 Rivas Bustamante, Gustavo A.
 Rivera Miyares, Jorge Alberto
 Raudales Alvarado, Rodolfo A.
 Romero Madrid, Manuel
 Rivera Medina, Carlos Humberto
 Raudales Barahona, Oscar
 Riera Hotta, Abraham
 Rivera Henry, Julio C.
 Romero Madrid, Raúl Manuel
 Reyes Soto, Joaquín
 Rodríguez O., Conrado Ernesto
 Rodríguez Soto, Gonzalo
 Rivera Cáceres, José Augusto
 Rivera Domínguez, Presentación
 Rivera Suazo, Edgardo
 Rivas, Mario Catarino
 Rodríguez, Benjamín
 Rivera N., José Benjamín
 Rivera Vallecillo, M. Jesús
 Reyes Quezada, José Lisandro
 Rivera Fajardo, Elio
 Rivera Reyes, Roberto
 Rodríguez Izaguirre, Rigoberto
 Rodríguez Leiva, Saúl
 Ramos Funes, Carlos Ventura
 Ramírez, Marco Antonio
 Rivas García, José Armando
 Ruiz Leiva, Rafael
 Ramírez Castañeda, Orlando
 Rosales Colindres, Martín U.

"S"

Sosa Vidal, Jesús
 Salvadó Aguilar, Ramón
 Sosa Alvarado, Manuel Esteban
 Sandoval Pineda, Manuel Antonio
 Sánchez Guevara, Angel Porfirio
 Suazo Córdova, Roberto
 Sabillón Leiva, Juan
 Seaman Reyes, Julio
 Salgado Martínez, Humberto
 Salgado Molina, César Rodolfo
 Sarmiento Soto, Manuel
 Sierra Andino, Carlos
 Sarmiento Acosta, Luis Alonso
 Sikaffy Talamas, Jesús
 Sequeiros Verde, Manuel
 Sierra Lagos, Rafael Enrique
 Saybe Cabús Jorge Martín
 Sibrián C., Laudelino
 Suazo Bulnes, Aristides
 Samra Saykaly, Luis
 Sosa Vidal, Marco Antonio
 Solís Pinto, Carlos A.
 Sierra García, Donaldo
 Sierra Martínez, Miguel Angel
 Sandoval Cálix, Wilfredo
 Samayoa, Enrique Octavio
 Sarmiento Soto, Marco Antonio
 Sarmiento Sota, Ramón Alberto
 Sierra Martínez, Edgardo
 Sabillón Rivera, Oscar Rolando

Sevilla Rivera, Marco Antonio
 Silva de Rivas, María Elena
 Silva Godoy, José Luis
 Salinas Portillo, José Luis

"T"

Talavera Westin, Eduardo
 Táhora Bautista, José Eliseo
 Torres Wills, Carlos Arture
 Torres Wills, Manuel Antonio
 Tercero Mendoza, Rafael Antonio
 Tróchez Sabillón, Gonzalo
 Tinoco Araya, Eduardo
 Torres Padilla, Benjamín
 Tomé Abarca, Fernando

"U"

Ulloa D., Miguel A.
 Ulloa P., Angel Augusto
 Ulloa Vásquez, Ernesto

"V"

Valladares Rivera José Erasmo
 Voto Delgado, José
 Valladares Lemaire, Juan René
 Velásquez Láinez, Armando
 Vargas Funes, Angel Donoso
 Vaquero Muñoz, Luis
 Vásquez Rodríguez, José Octavio
 Villeda Soto, Juan José
 Velásquez V., Víctor Manuel
 Valerio Pazzetti, José René
 Venegas Flores, Arturo Joaquín
 Villanueva Doblado, Jorge Alberto
 Vallecillo Toro, Gaspar
 Valle Mejía, Carlos Aristides
 Villela Vidal, Ricardo
 Vidal Soto, César Antonio
 Vindel Serrano, Ramón Pedro
 Valle Mendieta, Teodoro
 Vallecillo Toro, Octavio César
 Velásquez Suazo, Fausto

Villeda Chinchilla, Roberto
 Varela Mejía, Fausto José
 Velásquez G., José Ramón
 Villafranca Soto, Terencio
 Villela A., Miguel Angel
 Villeda Morales, José Ramón
 Valenzuela, Juan Ramón
 Villalobos Castillo, Juan Roberto
 Vásquez, Jesús Alberto
 Velásquez Cruz, Danilo
 Vides Turcios, Marcial
 Valenzuela Guerrero, Rodolfo
 Valle Siguí, Héctor Augusto
 Vallejo Larios, Víctor Manuel
 Vijil Osorio, Julio César
 Vijil González, Max Alonso

"Y"

Ynestroza López, Luis
 Youngberg Strepheh, Aaron

"Z"

Zelaya Appel, Julio Antonio
 Zelaya Flores, Juan Evangelista
 Zúñiga Durón, Silvio Renato
 Zelaya Smith, Jorge M.
 Zúñiga, César Augusto
 Zelaya Ramírez, Angel
 Zelaya Flores, Juan Evangelista
 Zúñiga Díaz, Gustavo Adolfo
 Zepeda Raudales, Adán
 Zavala Castillo, Octavio
 Zepeda Turcios, Roberto
 Zavala Chirínos, Alejandro
 Zavala Sandoval, Reynaldo Omar
 Zelaya Pinel, Arture
 Zepeda V., Francisco Salomón
 Zúñiga Ortega, Raúl Enrique
 Zelaya Martínez, Rafael
 Zambrana Castillo, Mario Alfredo
 Zúñiga Lagos, Alejandro
 Zúñiga h., Gustavo Adolfo
 Zúñiga Amador, Darío
 Zerón Ortega, Roberto

Colegio Médico de Honduras

JUNTA DIRECTIVA 1967-1968

PRESIDENTE	DR. ABRAHAM RIERA HOTTA
VICE-PRESIDENTE	DR. ENRIQUE AGUILAR PAZ
SECRETARIO	DR. FRANCISCO ALVARADO S.
PRO-SECRETARIO	DR. ADAN BOZA E.
TESORERO	DR. FRANCISCO MURILLO SELVA
PRO-TESORERO	DR. ENRIQUE O. SAMAYOA
FISCAL	DR. VIRGILIO BANEGAS MONTES
VOCAL 1º	DR. IGNACIO E. MIDENCE MONCADA
VOCAL 2º	DR. CESAR A. ZUNIGA

COMITE DE VIGILANCIA

DR. EDGARDO ALONZO MEDINA
DR. ANGEL D. VARGAS

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS:	DR. NICOLAS ODEH
DR. JOSE MARTINEZ ORDONEZ	DRA. EVA MANHEIM DE GOMEZ
DR. SALOMON PAREDES REGALADO	DR. MANUEL CARRASCO FLORES
DR. CARLOS M. GALVEZ	DR. JULIO C. BATRES PINEDA
SUPLENTE:	
DR. AUGUSTO RIVERA CACERES	DR. CANDIDO MEJIA CASTRO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

PRESIDENTE	DRA. EVA M. DE GOMEZ
SECRETARIO	DR. ENRIQUE SAMAYOA
TESORERO	DR. JOSE CASTRO REYES

ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

PRESIDENTE	DR. CANDIDO MEJIA CASCO
SECRETARIO	DR. J. AUGUSTO RIVERA CACERES
TESORERO	DR. RAUL FLORES FIALLOS

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

PRESIDENTE	DR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.
SECRETARIO	DR. RAFAEL MOLINA CASTRO
TESORERO	DR. FRANCISCO LEON GOMEZ

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION DE PATOLOGIA Y RADIOLOGIA CLINICAS

SECRETARIO GENERAL	DR. JORGE RIVERA
TESORERO	DR. RAMON PEREIRA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION QUIRURGICA DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR. JOSE GOMEZ MARQUEZ
SECRETARIO	DR. LUIS SAMRA
TESORERO	DR. ANTONIO BERMUDEZ MILLA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESIDENTE	DR. J. NAPOLEON ALGERRO O.
SECRETARIO	DR. ENRIQUE AGUILAR-PAZ
TESORERO	DR. JOSE CASTRO REYES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION PEDIATRICA HONDURENA

PRESIDENTEDR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.
 SECRETARIODr. DANILO CASTILLO M.
 TESORERODR. JOSE ELISEO TABORA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTEDR. CESAR A. ZUNIGA
 SECRETARIODR. ANTONIO BERMUDEZ MILLA
 TESORERODR. FRANCISCO MONTES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION HONDURENA DE TISIOLOGIA

PRESIDENTEDR. RAUL FLORES FIALLOS
 SECRETARIODR. EDGARDO GIRON M.
 TESORERODRA. EVA MANNHEIM DE GOMEZ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESIDENTEDRA. ZULEMA CANALES Z.
 SECRETARIODR. J. MANUEL ECHEVERRIA F.
 TESORERODR. ARMANDO RIVERA R.

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DE HONDURAS

PRESIDENTEDR. ALEJANDRO ZUNIGA
 SECRETARIODRA. MARTA R. DE MIDENCE
 TESORERODR. ELIAS FARAH

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTEDR. CESAR LOZANO CABALLERO
 SECRETARIODR. HECTOR LAINEZ N.
 TESORERODR. JESUS RIVERA h.

ASOCIACION HONDURENA DE MEDICOS SANITARISTAS

PRESIDENTEDR. ALBERTO GUZMAN B.
 SECRETARIO DEL INTERIORDR. ANGEL PORFIRIO SANCHEZ G.
 SECRETARIO DEL EXTERIORDR. JULIO A. GONZALEZ
 TESORERODR. CARLOS A. PINEDA

DIRECTIVAS Y SOCIOS

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA SAMPEDRANA

PRESIDENTEDR. J. RAMON VALENZUELA
 SECRETARIODR. ADAN BARAHONA COELLO
 TESORERODR. PEDRO MARTEL

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA CEIBENA

PRESIDENTEDR. RIGOBERTO RODRIGUEZ
 SECRETARIODR. ENRIQUE LAFFITE MARTINEZ
 TESORERODRA. OLGA DUARTE DE LAFFITE