

Revista
MEDICA HONDURENA

ÓRGANO DE LA A. M. H.

FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Director: Dr. José
Gómez-Márquez O.

•

S. H I T I O

Dr. Enrique Aguilar Paz

Administrador Dr.
Ramiro Coello Núñez

•

Redactores: Dr.
Virgilio Banegas M.

Dr. Armando Flores Fiallos

• IMPRENTA

CALDERÓN

1EC.UIG4LF4 D C-

• 400

ejemplares

Editorial

*Algo más Sobre el Ingreso
de los Alumnos a la
Universidad*

En el número pasado de esta Revista, uno de los miembros de nuestro Consejo Editorial, escribió, en esta misma sección, demostrando gran conocimiento de la materia, sobre la selección de candidatos a la Escuela de Medicina. Aclaró conceptos sobre la forma en que se lleva a cabo el examen de admisión y justificó, en una palabra, tal modo de proceder.

El tema es realmente inagotable porque se puede enfocar desde aspectos bien distintos y porque llevarse a cabo una selección, forzosamente tiene que haber quienes, al no resultar favorecidos por esta acción, se consideren frustrados en sus aspiraciones. Por lo demás, todo sistema que tienda a coartar el supuesto derecho de un Bachiller a ingresar sin más requisito en la Universidad, tiene que encontrar resistencia que en parte nacen de la ruptura de normas que hasta hace poco han sido tradicionales, en nuestro país. Buena prueba de lo que afirmamos son la serie de incidentes que en meses pasados se escenificaron en Escuela de Ciencias Políticas y Sociales y que estuvo a punto de poner en serio peligro la autonomía misma de nuestra Universidad.

El problema, en efecto, no atañe única y exclusivamente a nuestra Escuela de Ciencias Médicas. E realidad, debe existir una planificación bien meditada por medio de la cual se regule tras cuidadoso estudio las distintas fases que deben de mediar desde el momento en que un alumno obtiene su título de Bachiller hasta que ingresa en el primer curso de cualquiera de las Escuelas Universitarias existentes. Si en nuestro país, siguiendo el camino trazado en muchas otras

Nina-

ciones, se ha decidido hacer una selección de estudiantes y se ha organizado un curso de Estudios Generales, es por la sencilla razón, de que los progresos arrebatados de la ciencia en los últimos tiempos, hacen imposible que un joven llegue a capacitarse adecuadamente en una determinada profesión, si no cuenta con un bagaje mínimo de preparación previa.

Es también porque ha quedado demostrado por la experiencia anterior, sobre todo en la Escuela de Medicina, que no existe relación numérica entre la alta cifra de alumnos que ingresan a la Escuela y la exigua cantidad que de éstos se gradúan anualmente. Quiere ésto decir que una serie de jóvenes que no tienen la afición o las aptitudes necesarias pierden varios años en el vano intento de realizar sus estudios para los cuales por una u otra razón no están capacitados. Por su parte, el Estado o ^a Universidad, ambos escasos de recursos en nuestro medio, emplean fondos y energías en personas que no van a compensarles en ninguna forma sus esfuerzos. Lógico es en consecuencia, seleccionar, para que tanto los estudiantes como la Universidad no se vean defraudados en sus robles empeños.

Desde un punto de vista meramente teórico, las enseñanzas que se imparten en el Bachillerato deberían capacitar a un estudiante para ingresar en la Universidad, escogiendo libremente una determinada carrera, en armonía con sus inclinaciones y posibilidades. No obstante, ésto en la práctica suele no ser cierto y aunque desconozcamos las razones, los bachilleres, incluso aquellos que han cursado su educación media con excelentes calificaciones, suelen demostrar una falta desconcertante de ciertos conocimientos que son fundamentales para el estudio y la comprensión de diversas disciplinas, independiente de que éstas estén comprendidas en el plan de estudios de ésta o aquella carrera. Y no se crea que éste es un fenómeno peculiar de Honduras. En países con una alta tradición educacional y con *un* nivel cultural superior al nuestro, se ha comprobado desde hace muchos años esta situación. De ahí nació la idea de seleccionar lo más preparado del alumnado, haciéndolos pasar por un procedimiento de selección, previo a su ingreso a la Universidad. Nótese, sin embargo, que con el solo hecho de considerar necesaria esta selección, el Estado, la Universidad o el Organismo correspondiente, según los casos, reconoce tácitamente, que algo falla en la educación media que ha impartido a la juventud. Por ello, parece lógico que ante; de efectuar la selección tantas veces aludida, se dé una oportunidad a los alumnos que acaban de obtener su título de Bachiller para que pulen sus conocimientos y enmienden, hasta donde sea posible, las lagunas que se presenten en sus conocimientos. Este objetivo puede lograrse mediante la organización por parte de la Universidad, de cursos intensivos. El lapso que media entre la clausura de los cursos de los Institutos de Enseñanza Media y la Inauguración de las clases en la Universidad, es lo suficientemente amplio, para que los alumnos aspirantes pudieran recibir un curso de esta naturaleza de unos tres meses para el caso. Y después, forzosamente tendría que venir, la selección mediante el examen de admisión.

En varias Universidades de Europa, este examen de admisión sigue una pauta a nuestro modo de ver, muy razonable. Se le divide en dos fases, que constituyen a la vez un doble proceso de eliminación. En la primera fase, común a

lodos los aspirantes a alumnos universitarios, se estudian las condiciones intelectuales del candidato y se les exige un mínimo de conocimientos en language, redacción y composición, cultura general, etc. En la segunda etapa, se efectúa una división en dos secciones: una para los que piensan seguir una carrera relacionada con las ciencias exactas (Medicina, Odontología, Farmacia, etc.) y otra para aquellos que desean cursar estudios relacionados con [as Letras. Es natural, que en esta parte del examen de admisión para los futuros estudiantes de Medicina, se insista más en el conocimiento de Matemáticas, Física, Química, etc. Cuando el alumno ha sustentado estos exámenes satisfactoriamente, las puertas de la Universidad se le abren y está en libertad de matricularse en el curso Preparatorio de su Escuela, que equivale a lo que en nuestro ambiente se conoce con el nombre de Estudios Generales. El que pasa por este nuevo tamiz, que supone este año preparatorio, inicia el estudio propiamente dicho de la carrera escogida.

Nos permitimos hacer hincapié, que en las Universidades a que hemos aludido anteriormente, los factores de la selección se invierten, en relación con la política seguida en este aspecto hasta estos momentos en Honduras. A nuestro modo de ver, la forma de plantear el asunto en otros países, es correcta y justa.

Dense las facilidades al joven Bachiller para que por medio de *un* curso intensivo enmiende las deficiencias, que puedan haber existido en su preparación anterior; defínase después de ésto, mediante el examen adecuado si ese alumno posee el nivel intelectual necesario para cursar estudios universitarios y si ha logrado adquirir finalmente los conocimientos básicos necesarios para este mismo fin; rechácesele si a pesar de todo, se considera que por uno u otro motivo no es apto para ingresar en la Universidad; désele, por el contrario, el visto bueno si efectivamente demuestra las aptitudes requeridas. Pero no invirtamos los papeles, exigiéndole a un aspirante, cursar durante todo un año, los duros Estudios Generales, para, posteriormente, rechazarlo en un examen de admisión en la Universidad, porque ENTONCES se venga a demostrar que no posee, para el caso, un coeficiente intelectual adecuado. Es este un procedimiento, que desde luego, sin proponérselo nadie, resulta cruel y por lo tanto perjudicial, para el fin que indudablemente perseguimos: capacitar a nuestra juventud, para que en el devenir de los años, se constituyan en ciudadanos responsables, rectores muchos de ellos en sus diversos campos de acción, de los destinos de su país.

ONCOLOGÍA

Inálisis Estadístico de los Resultados Obtenidos en la clínica detectora del Cáncer Cervico - Uterino de Tegucigalpa. 1960-62

DR. ELIAS FARAJ R. **

Introducción

El análisis estadístico • aspira a ser imagen, lo más fiel posible, de lo que en realidad ocurre en los hechos estudiados; sin embargo, excepcionalmente se posee la totalidad de los datos necesarios para que las conclusiones posean un carácter de veracidad absoluta.

El Cáncer ocupa en las estadísticas de mortalidad, un lugar cada día **mil importante**.—López Monti y Cols. (10) refiere que en los E.E.U.U. ocupaba en 1910 el décimo lugar de todas las causas de fallecimiento en la mujer, siendo en la actualidad el segundo. La frecuencia del Cáncer uterino en los distintos países del mundo es diferente: en algunos ocupa el primer lugar y en otros el segundo o tercero, y raramente el cuarto. En México y en otros países latinoamericanos, ocupa el **primer** lugar, siguiéndole el cáncer mamario y el cutáneo.

Zuckermann C. y Cols. (17) afirma que de cada tres personas del sexo **temenino que** consultan por cáncer, una tiene cáncer del cervix en México: recordando **que existen** alrededor de 120.000 cancerosos, se puede afirmar que como mínimo hay 20.000 Mujeres con dicho blastoma en aquél país.—Aguirre F. y N. Quiroz (1) **refieren que en E.E.U.U.** fallecen anualmente de 30 a 35.001) mujeres de esa **enfermedad**.

Actualmente ya no se acepta que la Etapa Clínica I del cáncer uterino, aún en su forma **microscópica "Microcarcinoma"** significa cáncer diagnosticado **tempranamente** pues según Finn, F. W. (citado por Aguirre y Quiroz) el 20% de los **grados I** ya presentan **ganglios** linfáticos pélvicos invadidos, lo que significa que la detección de cáncer en esta etapa en realidad es tardía. En consecuencia, debemos redoblar nuestro **esfuerzos** y encaminarlos en lograr un diagnóstico precoz, es decir, ante; de que C. neo haya atravesado la membrana basal del cervix e invadido los vasos; linfáticos y sanguíneos.

Según Randall. C.L. y Gerhardt (citados por Younge) el cáncer cérvico-uterino atacaría el 2.2% de la población femenina de los E.E.U.U.. matando el 50% de las **mujeres** que lo padecen.

Según Younge (15) el cáncer **cérvico uterino** debería ser clasificado actualmente como una **enfermedad** previsible, y está completamente de acuerdo con Riva,

* Trabajo presentado en la Sesión Ordinaria de la Asociación Médica Hondureña el 1° de febrero de 1963. •* Médico Ginecólogo de la Clínica Detectora del Cáncer Cérvico-Uterino de Tegucigalpa, Honduras. • Sincero agradecimiento al Licenciado Francisco Barahona, Director de Bioestadística de la Dirección General de Salud Pública, por su eficaz colaboración en las tablas y gráficos del presente estudio.

H. L. y Cols. (12) al afirmar **que** mediante el diagnóstico precoz y tratamiento en la etapa **preinvasora** puede esperarse una curabilidad del 100%. Para **Zuckermann** (16) el cáncer **In situ** es hallazgo para el **dánico**; identificación y casi **afirmación para el citólogo** y afirmación y precisión para el patólogo, quien lleva la **principal responsabilidad en el diagnóstico**. **Este** grado de cáncer evoluciona en largo tiempo, haciendo posible su detección antes de transformarse en **Invasor**.

Teniendo siempre en mente el cáncer uterino y practicando **pruebas citológicas** de rutina, **se** puede eliminar teóricamente como **causa** de muerte, según lo afirma **Aguirre F.** (2); además, ya no se necesitaría de nuevos métodos de tratamiento ni **más drásticos**. Este mis-mo **autor** menciona que en México se **están** realizando **esfuerzos** para educar al pueblo acerca de la necesidad de los exámenes periódicos en **estado** de salud, uno por año hasta los 35 años y luego cada seis meses sin embargo, el médico no le ha dado la debida trascendencia y ello ha contribuido a que **el** público se muestre aún indiferente a **dichos exámenes**; igual fenómeno se ha observado en este analisis.

En Honduras, considerando que es un país de **escasos** recursos económico; y **que** el cáncer uterino es el **más** frecuente, **se** ha comenzado esta lucha con la creación de la "Clínica **Detector**» del Cáncer Cérvico-uterino", que viene funcionando desde el 10.10. de Febrero de 1960 en la Dirección General de Salud Pública; está **integrada** por el siguiente **personal** médico: un Cancerólogo, un anatomopatólogo, un citólogo y dos ginecólogos. En ella se atiende á todas las mujeres referidas o no por lo; médicos de **Tegucigalpa** o de los Departamentos, a **quienes se les** remite los **resultados** a la mayor brevedad y sin costo alguno. El trabajo está distribuido en dos secciones: la primera de Diagnóstico, en la que **se** practican los exámenes siguientes: 1) Colpocitología. 2) Test de Schiller. 3) Colposcopia. 4) Biopsia. 5) Examen **ginecológico** completo.

La segunda de Tratamiento, que cuenta con una Bomba de Cobalto 60 y Radium elemento en tubos y agujas.

MATERIAL DE TRABAJO

Nuestro trabajo consistió en un estudio estadístico a través del análisis de 11.939 colpocitologías. practicadas a 10.972 mujeres que acudieron a la Clínica de Cáncer Cérvico-Uterino de Tegucigalpa, desde el 1* de febrero de 1960 al 31 de Diciembre de 1962.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Referidas y no referida*

A la Clínica Detectora acudieron 2 clases de mujeres.

1°—Las referidas por colegas de lo; distintos centros asistenciales y de **sus** consultorios particulares.

2°—Las **que** llegaron por su propia iniciativa, éstas las liemos intitulado como las NO REFERIDAS, y representan el 20% del total. Es satisfactorio observar el aumento progresivo en los años estudiados, a pesar que las limitaciones del presupuesto no han permitido **ninguna** campaña de divulgación, salvo los **esfuerzos** realizados por el personal médico entre los facultativos de la capital y los de ciertos departamentos que han sido visitados. En los consultorios de pre-natal y en la consulta externa de **ginecología** del Hospital General San Felipe, se está exigiendo el informe citológico como requisito obligatorio para ser atendida: Stevenson Ch. S. y Cols (14) iniciaron la detección del cáncer uterino en **1953** con **la** misma política obligatoria, debido que las pacientes acudían solamente después de varios mese* de metrorragia.

Edad

En la tabla N° 2, puede observarse **el número** y porcentaje de **mujeres** examinadas, según grupos de edad, ocupando la 3ª década el mayor porcentaje. Las mujeres menores de 21 años, representaron el 25.3% del total en 1962; contrastando con cifras significativamente más bajas en los años anteriores.

Casos nuevos y subsiguientes

Los casos subsiguientes representaron el 8% del total de las citología-, notándose un aumento significativo en el año de 1962. **creemos** que en el futuro aumentarán cada vez más, debido a mayor cooperación de la clase médica, mejor comprensión y educación del pueblo y a la presencia de visitadoras sociales en el seno de la Clínica Detectora.

Gravidez

La tabla N° 4 nos revela que la incidencia **de mujeres embarazada!** es muy elevada, 23.9% y ella, se debe a la especial atención de la Clínica Detectora para investigar este grupo de mujeres que tienen predisposición para hacer cáncer. Según **Hertig** y Mannsel (8) en el embarazo puede producirse **modificaciones**; atípicas con núcleos gigantes o hiper cromáticos o ambos, desconociéndose actualmente su significado, siendo necesario estudios acuciosos del cérvix para su aclaración.

La coexistencia de cáncer y embarazo es más frecuente de lo que hasta ahora se ha reportado. Graham J. C. y Ramírez Soto (6) ; habiendo aumentado ostensiblemente en los últimos 10 años debido al mejor conocimiento del problema, pero sobre todo a los medios de detección más comúnmente usados en la actualidad **que** logran descubrir cánceres iniciales y asintomáticos que anteriormente pasaban desapercibidos y que años después por su invasión y **sintomatología** son **descubiertos** en estadios clínicos avanzados. Hirst J. C. (9) **reporta** que haciendo solamente inspección Cuidadosa de cérvix encuentra un cáncer en 2.042 gestantes y al afinar sus procedimientos de diagnóstico con el empleo de la citología, la colposcopia y la biopsia **dirigida, encuentra** un cáncer en 222 embarazadas,

W. Bickenbach y Scoost (31) comprobaron que el pronóstico del cáncer **el** mucho más reservado hacia el final del embarazo por lo que insisten en **su** diagnóstico más temprano. Según Lanvin citado por Da Cuna (4) la invasión ganglionar es menos frecuente durante el embarazo.

Test de Schiller

De las 11.939 citologías realizadas sólo se practicó la prueba de Schiller en 10.489 mujeres, resultando positiva en el 63.3%. Esta cifra tan elevada nos **evidencia** que la gran mayoría de las madres no se atendieron sus partos en centros hospitalarios y la falta de atención médica en las mujeres con patología cervicovaginal. Las biopsias de las áreas Schiller positivo tropiezan siempre con la dificultad de exigir un número considerable de cortes debido a sus grandes extensiones, por lo que deben de practicarse en las porciones más sospechosas, es aquí donde "la Colposcopia" tiene la mejor indicación al precisarnos las zonas que deben estudiarse histológicamente (biopsia dirigida).

Biopsia

Se hicieron 690 biopsias, es decir el 5.7% de las 11.939 citologías practicadas, sus resultados pueden verse en la tabla N° 6. En 1962 se hicieron menos biopsias que en 1961, pero se obtuvo un porcentaje mucho mayor de cáncer, lo cual nos demuestra **categoricamente** la importancia de la COL POSO O PÍA. que **V viene** practicando **sistemáticamente** en los casos de Cervicitis desde Jul o de 1961.

Edad de las pacientes cu-n cáncer ceroteo uterino

Hasta hace algún **tiempo** se aceptaba que **el** cáncer solamente atacaba a las personas de edad más avanzada, en la actualidad este concepto no es válido ya **que** esta enfermedad no respeta edad y puede aparecer en cualquier tiempo. La tabla N° 14 nos demuestra la quinta década como **la** más afectada. Y observamos un caso de cáncer en una mujer de 20 años de edad. El 92.8% de los tumores malignos fueron encontrados en las mujeres **mayores** de 31 años.

Colpocitología cancerológico

La tabla N° 8 nos lévela que el 3.6% resultó tener Citología **sospechosa o** sugestiva "3", el 1% probablemente positiva "4" y 0.7% francamente positiva "5"; a todas ellas se les practicó Colposcopia y estudio histológico.

La tabla 9 evidencia el 19.7% de cáncer del total de citología practicadas. García G. y Cols. (5) revisaron 34.833 **mujeres** durante los últimos 11 años encontrando el 4% absoluto de cáncer. Zuckerman C. (17) revela un 3.2% de cáncer en 105.330 citologías practicadas en México de 1949 a 1956. Para Graham R. (7) el 90% de los cánceres del cervix uterino puede ser diagnosticado por la Citología.

La toma del frotis citológico se destaca por su sencillez, adaptabilidad y estar a! alcance ríe cualquier médico especializado o no. Un resultado negativo en mujer asintomática se interpreta como caso indemne. La citología negativa con o sin patología ginecológica asociada no excluye la presencia de cáncer. Ante una Citología positiva, la conducta correcta del Clínico es exigir la confirmación histológica; hay casos en que aún cuando los **frotís** continúan siendo positivos, las biopsia no los confirman, en ellos se ha llegado a la conclusión de que tres exámenes positivos efectuados a intervalos de **15** días tienen el mismo valor que una biopsia.

HISTOPATOLOGIA CANCEROLOGICA

El **91.5%** de los cánceres pertenecen al tipo Epidermoide del Cervix, el 5.1% al Adenocarcinoma del Cervix, el 0.4% al Adenocarcinoma del **Endometrio**, el **1.7%** al Carcinoma **Anaplásico** y el **1.3%** al Epidermoide de la Vulva.

En la tabla N° 11 se **observa** que de las 690 biopsias practicadas, el 34.1% **evidenció** Cáncer. El 44.3% del total de Cáncer se manifestó en 1962.

Ciados clínicos de los cánceres descubiertos

La tabla N° 12 demuestra que el Cáncer 0, in situ, intraepilelial, pre-invasor representó el 10.4%. el Grado I el 6.5%, el Grado II el 22.1%, el Grado **III** el 53.~j/r' y el Grado IV el 7.3%. La mayor incidencia del Grado 0 sobre el Grado I se puede explicar por dos factores: a) La acuciosidad o inquietud del cuerpo medico de la Clínica Detector» por el Cáncer in-situ. b) Los grados I no tienen sintomatología ruidosa para acudir al consultorio del Clínico.

En la tabla N° 13 se observa el aumento alarmante del Cáncer en los tres años de analisis, es decir, del 16.6% en 1960 subió a 35.7% en 1961 y a 47% en 1962.

Soule y Dahlin (13) informaron que en los últimos 10 años, la incidencia de (cáncer in situ en 90.257 citologías practicadas fue de 0.73%. Caite, Cuyler y cols. Hitados por Navratil) (11) de Duke University, Durham, encontraron 95 casos In situ en 51.022 citologías. La Clínica Universitaria de Graz (Navratil de 38.0a citologías descubrieron 250 In situ, es decir el 0.65%. Burghardt-Bajardi (Navratil) de 18.607 citologías encontraron 208 in Situ. es decir, el 1.11%. García G. y Cols. (5) de 34.833 mujeres examinadas encontraron 2.8% de Cáncer in situ.

Los grados clínico; menos avanzados se observaron en las mujeres más jóvenes, lo cual se debe a la precoz concurrencia de este grupo de mujeres a la Clínica Detectora y se espera que en el futuro sean los casos de Cáncer que se descubrirán con mayor frecuencia.

R E S U M E N

El Cáncer uterino ocupa el 1° lugar entre los cánceres de la mujer. Actualmente se acepta que es una enfermedad curable siempre y cuando se diagnosticara en su etapa inicial, entiendo por tal su localización exclusiva en el epitelio del Exo o Endocervix. es decir, Cáncer In situ pre-invasor, intraepitelial. Grado Cero, etc. Su diagnóstico es hallazgo del microscopio mediante, la Citología, cuyo frotis se destaca por ser sencillo y estar al alcance de cualquier clínico.

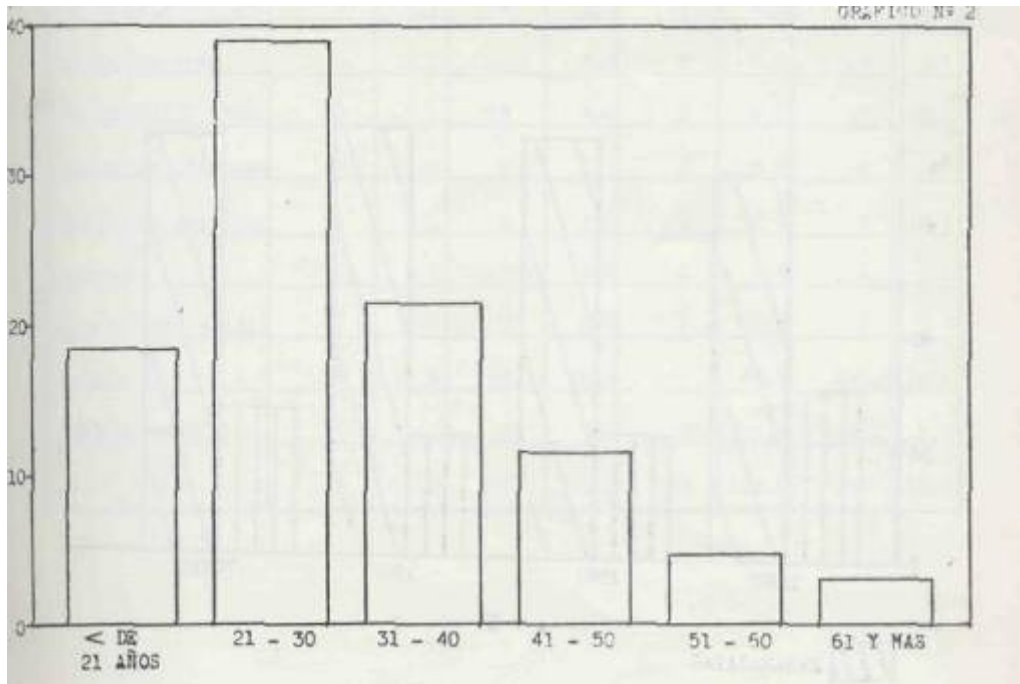
Consideramos nuestra obligación de influir en la iniciativa privada y oficial para la creación del Instituto del Cáncer.

- 1.—Se analizan estadísticamente 11,939 colpocitologías practicadas a 10,972 mujeres que acudieron a la Clínica Detectora del Cáncer Cérvico Uterino de Tegucigalpa. desde el 1° de Febrero de 1960 al 31 de Diciembre de 1962.
- 2.—El 20% de las mujeres acudieron por su propia iniciativa, es decir, que no fueron referidas por Clínico alguno.
- 3.—La tercera y la cuarta década-, de la vida fueron las de mayor incidencia.
- 4.—Los casos subsiguientes representaron el 8%. demostrando un aumento significativo en 1962.
- 5.—El 23.9% de las mujeres estaban embarazadas.
- 6.—La Prueba de -Schiller resultó positiva en el 63.3%.
- 7.—Se practicaron 690 biopsias. es decir el 5.7% del total de citologías, encontrándose Cáncer en el 34.1%.
- 8.—La quinta década de la vida resultó con la mayor frecuencia de Cáncer merino, representando el 33.2%. La mujer más joven tenía 20 años de edad.
- 9.—La Citología cancerológica resultó sospechosa "3" en el 3.6%. Probablemente positiva "IV" en el 1.0% y francamente positiva (V) en el 0.7%. 10.—Se encontró el 19.7% de Cáncer sobre el total de citologías.
- 11.—La Histología registró carcinoma epidermoide de Cervix en el 91.5%. Adenocarcinoma de Cervix en el 5.1%, Adenocarcinoma de Endometrio en el 0.4%, Carcinoma anaplásico de Cervix en el 1.7% V Carcinoma Epidermoide de Vulva en el 1.3%.
- 12.—El 47.7% de todos los casos de cáncer fue diagnóstica en 1962.
- 13.—Los Grados Clínicos de la Clasificación Internacional fueron los siguientes: Grado Cero: 10.4%. Grado I 6.5%, .Grado II 22.1%. Grado III 53.7ft Grado IV 7.3%.

NUMERO Y PORCENTAJE DE MUJERES EXAMINADAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD
CLÍNICA DETECTOR* DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C, HONDURAS, C.A.

GRUPOS DE EDAD	3960 - 11-2						TOTAL	
	1960		1961		1962		N	%
	N	%	N	%	N	%		
HEHOKKS :Z 21	201	10.3	643	15.0	1.199	5.3	2.043	18.6
21 * 30	903	41.1	1.673	43.8	1.600	33.6	4.276	39.0
31 " 40	470	24.0	981	21.0	1.402	21.1	2.4^; ;?g.1	
"1 " 50	300	15.5	448	10.5	580	13.2	1.328	12.1
51 " 60	150	6.1	269	4.9	201	4.2	530	4.3
61 Y MAS	67	3.2	120	2.8	160	3.4	342	3.1
T O T A L	1.956	100.0	4.274	100.0	4.742	100.0	10.072	100.0

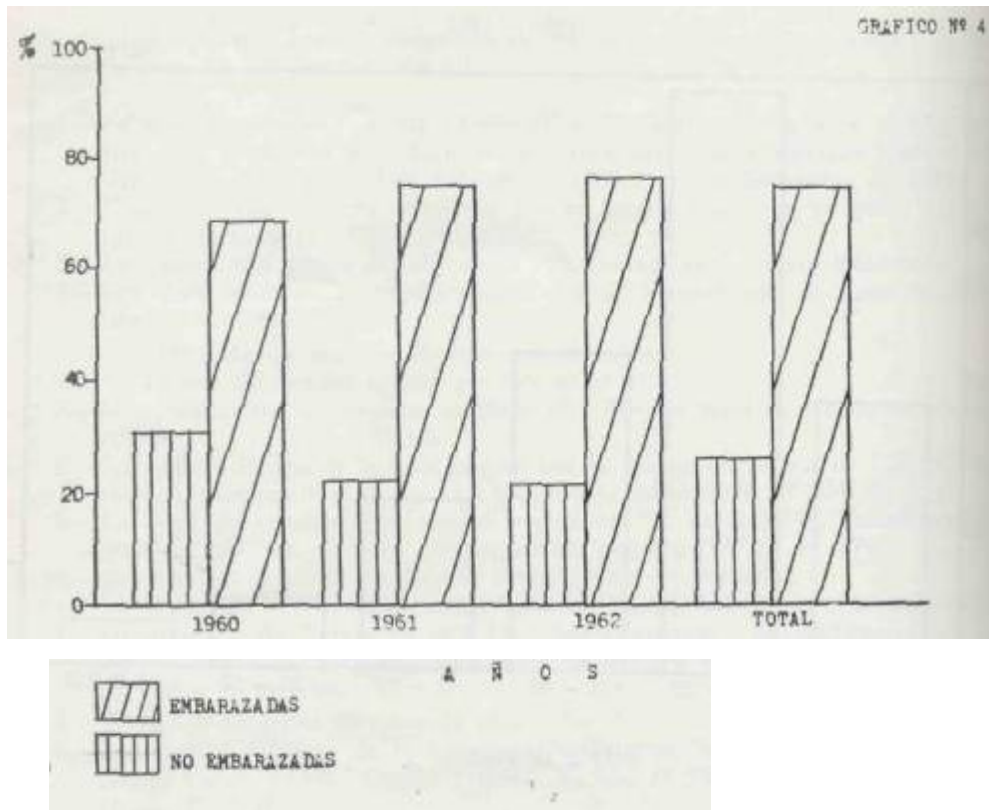
PORCENTAJE DE MUJERES ATENDIDAS EN TRES AÑOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C.A.
1960 - 1962



HUMERO Y PORCEHTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS T NO EMBARAZADAS
 ATENDIDAS EN LA CLINICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERIHO
 TEGUCIGALPA .D.C.,HONDURAS, C. A.

		TOTAL M U J E R E S				1960	
196.	196						
EMBARAZADAS	^9^ 30.1	980	23.9	1.050	23.1	2.625	
23.99 SO EKE.VRAZAU3	1.361	69.Í	1,594	77.J	Í.692	77.9	6.347
76.1 T 0 T * 1	1.956	100J1	4.274	100.0	4,742	100JD	10.972
100.0							

PORCENTAJES DE MUJERES 5EGUN EMBARAZADAS Y HO EMBARAZADAS CLINICA
 DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO TEGUCIGALPA
 ,D.C.,HONDURAS,C.A. 1960-1962



HALLAZGOS HISTOLÓGICOS OBTENIDOS **pon** BIOPSIA
CLÍNICA EETECTRA DEL CAHCKR UTERINO
TEGUCIGALPA.D.C..HONDURAS, C.t.
1960 - 1962

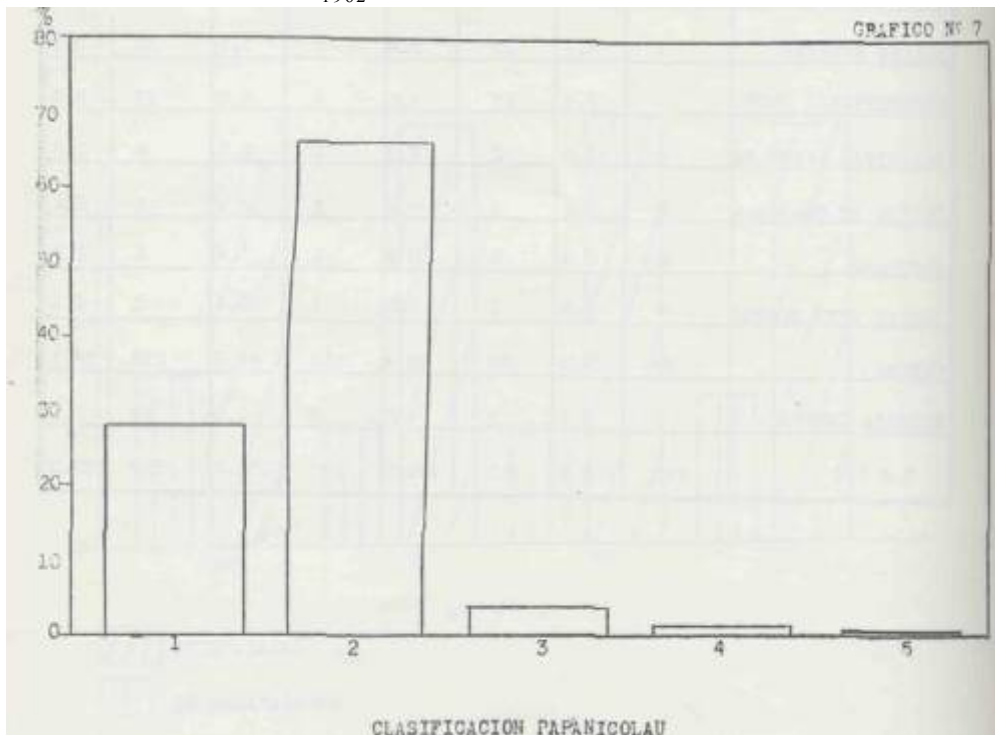
DIAGNOSTICO	A S O						TABÚ H* 6	
	1960		1961		1962		TOTAL	
	K»	*		%	Ni	%	H»	
CERVICITIS CRONICA	49	34.S	68	23.1	54	31.3	171	24.E
KNDOCERVICITIS	22	15.5	90	50.:	52	20.5	164	23.6
ENECCERV. AGUDA	0	0.0	0	0.0	2	0.8	2	0.3
IPERPLASIA ATIPICA	11	7.7	11	3.7	3	1.2	25	3.6
METAPLASIA HIPE.AT...	5	3.5	y	3.1	11	4.3	25	3.6
PCI.TPO UTERINO	3	¿.1	10	5.1	9	3.6	28	4.1
ENDOMETITRIS .CRON	10	7.1	13	1.4	0	0.0	23	3.3
VAGINITIS AMEBIANA	C	0.0	2	0.1	¿	0.8	4	0.6
TEJIDO DE GRANUALO		0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.1
PAPILOMA	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.1
CUELLO UTER.NORMAL	0	0.0	0	0.0	1	U.4	1	0.1
	39	27.5	B4	28. i	112	44.3	235	34.1
BIOPSU IHSUFIC.	3	2.1	2	OJ	5	2.0	10	1.5
T O T A L	142	100.0	295	100.C	253	100.0	690	100.0

COLPOCITOLOGIA CANCEROLÓGICAS REALIZADAS, SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAU Y POR AÑO
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C.A.

CLASIFICACIÓN PAPANICOLAU	Año						TOTAL	
	1960		1961		1962		Nt	%
	Ni	%	Nt	%	Nt	%		
1	146	22.8	715	16.1	1.950	40.7	3.111	27.9
2	1.323	67.4	3.506	79.3	2.630	55.0	7.469	66.6
3	147	7.5	125	2.9	126	2.6	401	3.6
4			31	0.7		0.9	110	1.0
5						0.8	84	0.7
TOTAL	1.955	100.0	4.425	100.0	4.767	100.0	11.167	100.0

NOTA: NO SE REALIZARON 772 COLPOCITOLOGÍAS, DEBIDO A HECHO AJENOS.

PORCENTAJE DE COLPOCITOLOGÍAS CANCEROLÓGICAS REALIZADAS EN TRES AÑOS
SIGUIENDO LA CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAU
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C.A. 1960-1962

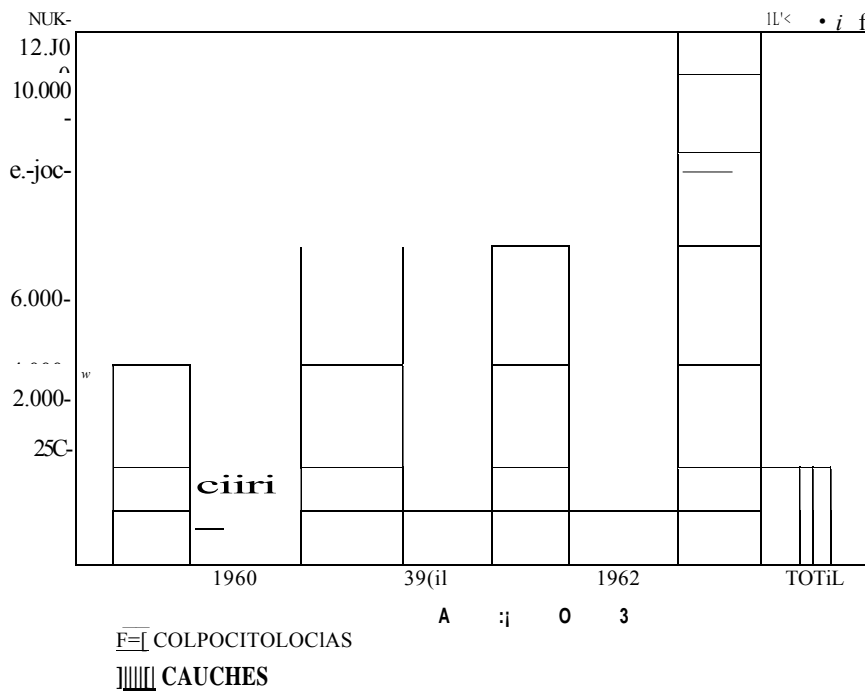


COLPOCITOLOGÍAS REALIZADAS Y HUBO UN PORCENTAJE DE
 CÁNCERES DIAGNOSTICADOS, CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
 DE TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C.A. 1960 - 1962

TABLA N° 9

AÑO	COLPOCITOLOGÍAS	CÁNCERES	%
1960		39	1,9
	4.575	84	
1962	5.305	112	ya
TOTAL	11.939	215	10,7

NUMERO DE COLPOCITOLOGÍAS REALIZADAS Y CÁNCERES DIAGNOSTICADOS
 CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO DE TEGUCIGALPA,
 D.C., HONDURAS, C.A. 1960 - 1962

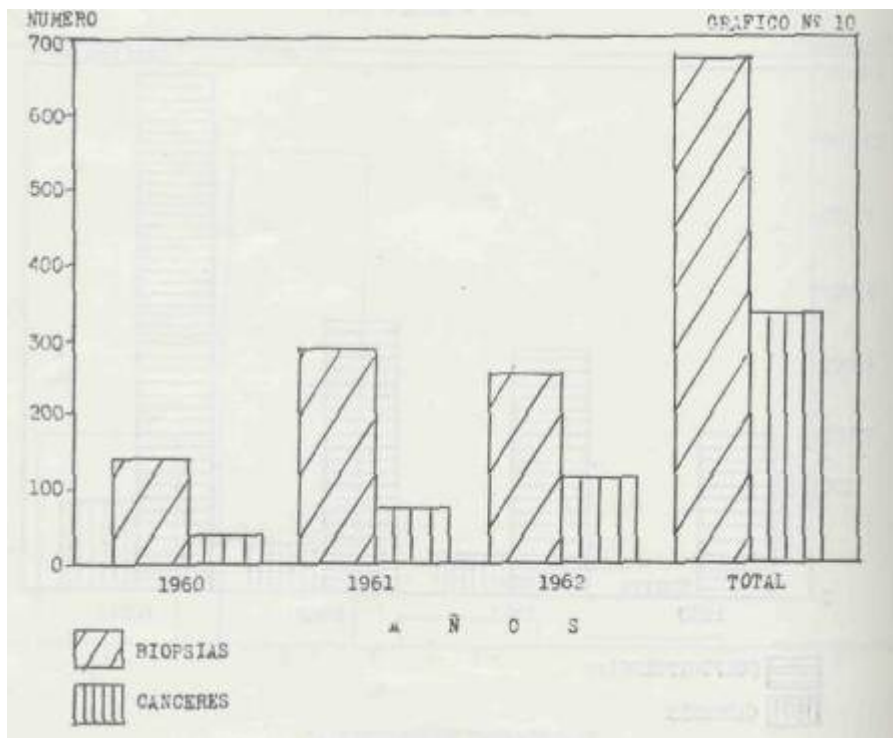


BIOPSIAS PRACTICADAS Y SÚMERO Y PORCENTAJE
DE CÁNCERES DIAGNOSTICADOS, SERUM AÑO
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C.A. 1960 -
1962

11

AÑO	BIOPSIAS	CÁNCERES	%
1960	142	39	27.5
1961	290	84	28.9
1962	258	115	44.6
TOTAL	690	238	

HUMERO DE BIOPSIAS PRACTICADAS Y CÁNCERES DIAGNOSTICADOS
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO TEGUCIGALPA,
D. C., HONDURAS, C.A.
1960 - 1962



NUMERO Y PORCENTAJE DE CÁNCERES UTERINOS SEGÚN GRADO CLÍNICO Y
GRADO CLÍNICO DETECTOR! DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS C.A..

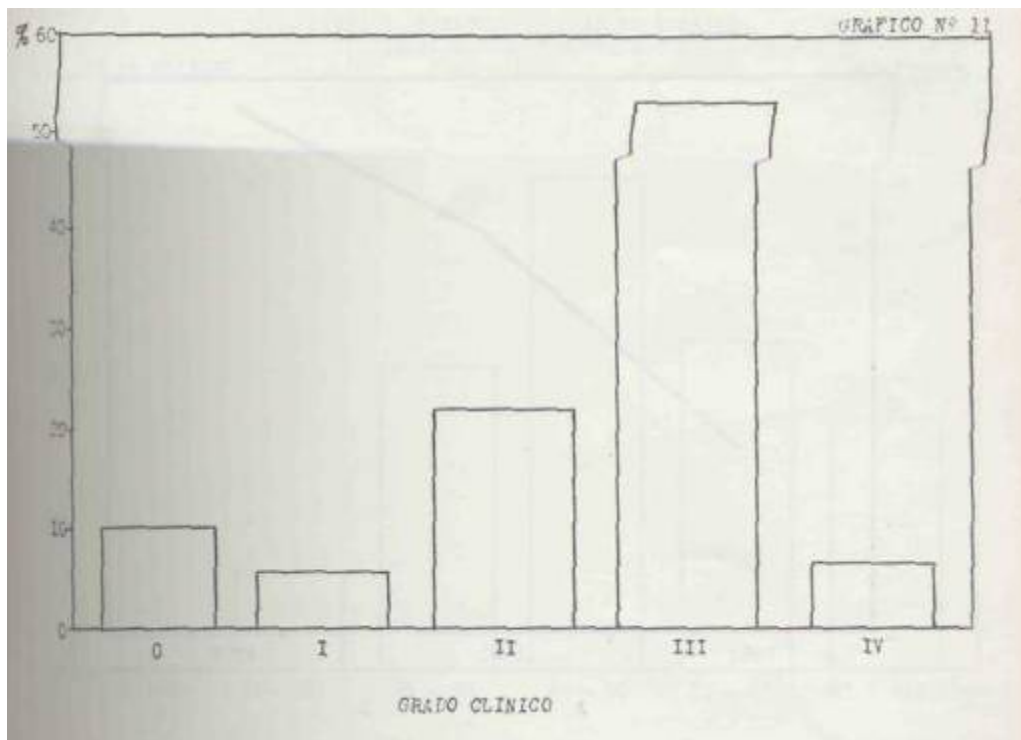
1960 - 1962

TABLA

12

GRADO CLÍNICO	i 1 0						TOTAL	
	1960		1961		1962		119	
	Nº	%	Rff	%	Nº	%		
0	2	5.2	10	12.0	12	10.9	24	10.4
I	1	B.O	5	6.0	7	6.4	13	5.5
II	11	29.0	12	14.1	29	25.4	52	22.1
III	12	47.1	12	en. 1	55	sn. q	79	53.7
IV	4	10.5	6	7.2	n	6.4	17	7.3
T O T A L	36	100.0	83	100.0	110	100.0	231	100.0

PORCENTAJE DE CÁNCERES UTERINOS DIAGNOSTICADOS
EN TRES AÑOS, SEGÚN GRADO CLÍNICO
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C. A. 1960 -
1962

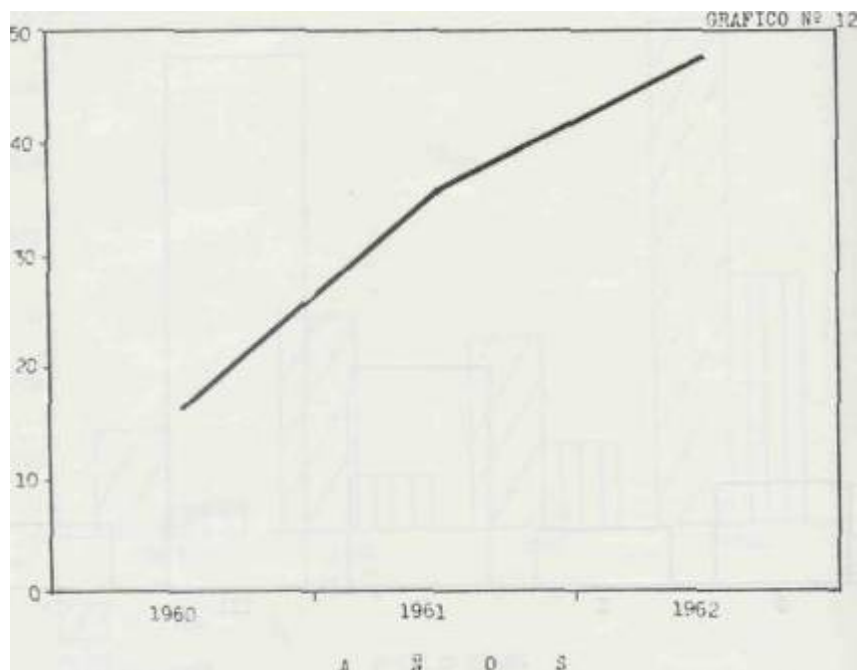


NUMERO PORCENTAJE DE CASOS DE CÁNCER DIAGNOSTICADOS POR AÑO
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C.A. 1960 - 1962

TABLA Ns 13

AÑO	Ni	%
1960	39	16.6
1961	84	35.7
1962	112	47.7
TOTAL	235	100.0

PORCENTAJE DE CASOS DE CÁNCER POR AÑO
CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO
TEGUCIGALPA, D. C. . HONDURAS, C. A. 1960 -
1961

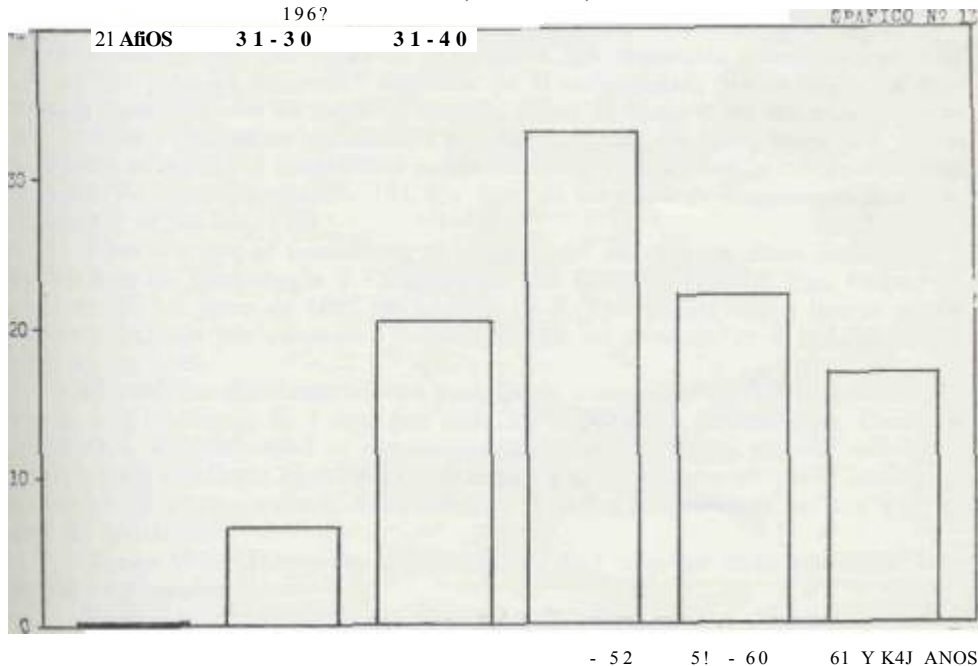


MUJERES EXAMINADAS Y NUMERO Y PORCENTAJE DE (UNCERES) DIAGNOSTICADOS, SEGÚN EDAD DE LA CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO TEGUCIGALPA, D.C., HONDURAS, C.A. X96C - 1062

GRUPOS DE EDAD	A									A9LA TCTAL		
	1960			19-31			195?			f.f.f-	D ^o	
	KiJ, EXAM.	N ^o CAN		MUJ.	Ni 8A"j		i-y - v	Ni CAN	<			
21 AÑOS		-		"A*		-		1*			1	C.4
21 - 30	003		5,1	1H73		7.1	1.6C-D	P	7.1	*??^	10	P.P
31 - 40	-170			981	1fj	19.0	1.0?2	10	17.C	2453	48	20,4
41 - 50	300		25,7		36	31.D	580	-i:	37.5	132P		
51 - 60	120	g	23.1	209	22	26.2	201	22	19.6	530	53	22,6
61 Y CAS	62	5	12.8	120	14	16,7	163	20	1"9	34;	39	1 f. f
T O T A L,	1.956	39	300.0	4.271	84	100.0	4.742	Mí	100.C	- 0.97;		1000

* PASIETE DE 20 AÑOS

PORCENTAJE DE CASOS DE CÁNCER DIAGNOSTICADOS EN TRES EDAD, SEGUN EDAD DE LA CLÍNICA DETECTORA DEL CÁNCER UTERINO TEGUCIGALPA, G.C., HONDURAS, C.A. 1960 - 196?



GRUPOS DE EDAD

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—AGUIRRE F. y N. QUIROZ: Revista Ginecología y Obstetricia de México; Val. XVI, N° 92, 1961. Pág. 277.
- 2.—AGUIRRE F.: Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer, XXI. 1953, Pág. 239.
- 3.—BICKENBACH W. y SOOST: Sinopsis Obstétrico Ginecológico. 4, 1960. Pág. 337
- 4.—DA CUNHA: Acta Gynaecologia et Obstétrica Hispano Lusitana. 7, 1958. Pág. 269.
- 5.—GARCÍA G. y COLS: Ginecología y Obstetricia de México, Vol. XVII, 97, 1962; Pág. 105.
6. GRAHAM J. C y RAMÍREZ SOTO: Ginecología y Obstetricia de México, 7, 6. 1955, Pág. 374.
- 7.—GRAHAM RUTH: Progresos de la Ginecología. Meigs y Sturgis. Vol. I, 1953, Pág. 589.
- 8.—HÉRTIG y MANNSELL: Progresos de la Ginecología. Meigs y Sturgis. Vol. H, 1958, pag. 589.
- 9.—HIRST j. C: Am. Jour. Ginec. Obst, Vol. 64, 1952. 10.—LÓPEZ MONTI y COLS.; Revista Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Vol. XV, 1957, Pág. 158.
- 11.—NAVRATIL: Progresos de la Ginecología. Meigs y Sturgis. Vol. II. 1958, Pág. 112.
- 12.—RIVA H. L. y COLS.: "Obstetrics and Gynecology". 17. 1961, Pág. 525. 13.—
- SOULE y DAHLIN: Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic. 34: 1, 1959. 14.— STEVENSON CH, S. y COLS.: The Journal of the American Medical Association 179, 1962, Pág. 930.
- 15.—YOUNGÉ P.: "Obstractics and Gynecology. Vol. X, 5, 1957, Pág. 469. 16.—
- ZUCKERMANN: Treinta hechos importantes del Cáncer In situ del cuello de la matriz. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Campaña Nacional Contra el Cáncer. México.
- 17.—ZUCKERMAN C. y COLS: Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XI, 81, 1959. Pág. 317.

CÁNCER DE LA VULVA

Vulvectomy Radical con Linfonectomía Pélvica Bilateral

DR. RBNE CARRANZA
DR. ELIAS FARAJ

El cáncer de la vulva ha sido uno de los más obstinados problemas ginecológicos.

Téoricamente **pareciera** de que no habría razón de que así fuera, puesto que la vulva es accesible tanto para diagnóstico temprano como para extirpación radical. Los ganglios, linfáticos de la ingle y de la pelvis son mucho más accesibles **que** en cualquier otro sitio donde se desarrolle cáncer. (1)

Sin embargo, todavía recientemente el cáncer de la vulva ha sido una de las lesiones malignas más **pobremente** manejadas. Retraso en el diagnóstico junto con falla para tomar adecuado conocimiento de la naturaleza **biológica** y de la forma de distribución del tumor en el planeamiento de su terapia, ha resultado en un porcentaje de cura desconsoladoramente bajo. La responsabilidad en el tardío diagnóstico, a menudo recae en el paciente, que encuentra penoso buscar consejo médico para los tempranos síntomas de la **enfermedad**. Sin **embargo** un muchísimas **oportunidades** los médicos mismos, fallan al tratar estos síntomas tempranos, en forma puramente sintomática por meses y aún por años, hasta **que** ya en un estadio avanzado el diagnóstico se vuelve obvio y el adecuado tratamiento con esperanza de cura es imposible. (2). En 50% de los casos de diagnóstico tardío es responsable el médico, (10).

Nuestro material consiste en el estudio del número de casos ingresados a los servicios de Ginecología y Cancerología del Hospital General San Felipe, de junio de 1957 a junio de 1962, en número de 6. Tres de los cuales fueron personalmente tratados por nosotros e incidentalmente se presentaron al servicio, en el curso de un mes.

El total de admisiones en este **período** de tiempo fue de 8.251 **pacientes**, lo que da una incidencia de 1 caso por cada 1.375 pacientes ginecológicas. Como se ve entonces, la enfermedad es sumamente rara y es difícil que un solo individuo, **llegue** a tener suficiente experiencia a lo largo de su vida, a menos que se constituya un equipo al que se refieran sistemáticamente todas las pacientes en una extensa área de población.

Stanley **Way** (3) reporta una incidencia de 1 caso por cada 44.556 mujeres de todas las edades.

Edad: Las edades oscilaron entre 82 y 32 años, con un promedio de edad de 57 años.

Sintomatología: En cinco pacientes el síntoma principal fue nódulo (ulcerado o verrucoso) en la vulva y en uno de ellos, prurito, ardor para orinar estaba

presente en 4 casos y en todos ellos se asociaba con la presencia de lesiones en la proximidad del meato.

Tamaño de las lesiones: En 3 de ellos no está especificado, en 1 caso fue de 5 era.; en otro de 8 cm.; y en el otro de 3 cm.

Diagnóstico anatomopatológico: Carcinoma epidermoideo bien diferenciado: 1 caso; **melanoma** maligno 1 caso: carcinoma epidermoideo (estadio intraepitelial) 1 caso; carcinoma epidermoideo moderadamente diferenciado 2 casos; no **especificado** 1 caso.

Tratamiento: Nuestro particular interés al traer esta contribución, ha sido presentar un informe preliminar sobre 3 casos que **personalmente** hemos lido oportunidad de atender con carcinoma de vulva de grados 1 y 2 clínicamente, y tratados con **vulvectomía** radical y linfadenectomía pélvica bilateral superficial (inguinal femoral) y profunda (Tacos **externos**, hipogástricos y obturadores) en un sólo **tiempo**.

La vulvectomía radical es relativamente una **operación** poco común. (W la misma **rareza** de la patología que la indica, y es difícil para un solo operador ganar experiencia con esta operación. y las lesiones que extirpa (41).

Para curar el cáncer de la Vulva el cirujano debe extirpar ampliamente la vulva, la frasa, y el enrejado linfático de ambas fosas inguinofemorales, a lo que **debe agregarse** los ganglios linfáticos, pélvicos profundos a lo largo de lo; vasos liacos internos y externos y de la fosa obturadora. (5)

La preparación de la paciente incluye un estudio exhaustivo pulmonar y **óseo**, para descartar metástasis pulmonares y óseas (8) e igualmente una **evaluación** total de las condiciones de su sistema cardiovascular y renal.

La técnica que seguimos es la de Twombly (6) con ligeras modificaciones tomadas de Ball (7) : incisión en U de una espina iliaca anterosuperior a la otra. incindiendo celular subcutáneo hasta fascia de músculo oblicuo y recto, inmediatamente después un cirujano procede a disecar los ganglios superficiales incluyendo la grasa, hacia arriba y hacia abajo, en generosa extensión, e igual labor ejecuta en el otro lado otro cirujano, de tal **suerte** que en el curso de la operación, la disección superficial y profunda se verifica simultáneamente por 2 cirujanos, con lo que se ahorra la mitad del tiempo. sin encontrarse ninguna dificultad *de* interferencia en los campos operatorios; los tejidos siempre se van disecando desde la periferia hacia el cáncer; la disección rápidamente extirpa la grasa sobre el ligamento inguinal y sobre la fascia lata en el aspecto superior del muslo; todos los **elementos** vasculares, arteriales y venosos son ligados a medida que se encuentran, no se hace hincapié en la disección específica de filetes nerviosos. Como la superficie de exposición es bastante extensa continuamente las áreas se cubren con compresas calientes.

Los elementos vasculares de la fosa ovalis con la vena safena y sus tributarias; la artera circunfleja superficial, la **epigástrica superficial** y las venas externas pudendas í-e ligan. El triángulo se Scarpa con la fascia cribiforme se limpia de sus elementos linfáticos y ganglionares.

A continuación se limpia el canal femoral de sus linfáticos y tejido aerolar tan alto como posible, hasta llegar al ganglio Cloquet o Rosenmuller, el resto del canal se limpia por encima del arco de Poupart incindiendo la aponeurosis oblicua externa como se hace en una herniorrafia y retrayendo los colgajos hacia arriba y hacia abajo se expone ampliamente el ligamento redondo y estructuras adyacentes que se cortan y ligan tan lejos como posible; enseguida se abre el músculo oblicuo **interno** y el transversa en la dirección de sus fibras hasta exponer la artera iliaca externa y la hipogástrica y rechazando el peritoneo hacia la línea media, se disea la grasa subperitoneal, los ganglios linfáticos que rodean los vasos antes mencionados y el tejido aerolar que los envuelve. A ésta altura hay que tener cuidado en

identificar adherido al peritoneo el uréter que hay que esconder **detrás** de un retractor **protegido con** una compresa.

El nervio femoral se ve salir del aspecto lateral del músculo **psoas** y sobre el músculo ileopectíneo, debe preservarse. La disección se continúa tan lejos como posible hacia las ilíacas comunes en la misma forma, se practica luego la disección de la fosa obturadora extrayendo el ganglio obturador, hasta que se mire en el fondo el color blanco nacarado del nervio obturador. Se limpiarán los vasos ilíacos en su aspecto posterior, mediante **adecuada** y suave retracción, con lo que queda **terminado** el **vaciamiento** ganglionar. A continuación se reparan los elementos de la pared abdominal **progresivamente** de adentro a afuera hasta llegar a la piel.

Inmediatamente se coloca la paciente en posición ginecológica y se practica la resección amplia de la vulva, con márgenes que no deben ser menores de 5 cm. de la lesión **primaria**; se une la incisión de piel con la incisión que limita la vagina y se extirpa todo de un solo bloque, la grasa se **extirpa** tan cerca del periostio como posible, se amputan los **músculos** bulbocavernosos e isquiocavernosos ligando los elementos **arteriales** a medida que se van seccionando.

Se dejan sendos drenos en las partes más declives de la herida **operatoria**, de preferencia sondas de melaton gruesas conectadas a succión para evitar los seromas. Adecuado reemplazamiento de sangre (3 ó 4 pintas) se administran durante la intervención. Las conquistas alcanzadas hasta ahora en el control de la infección con antibióticos, la prevención del shock quirúrgico por el uso de sangre o **plasma**, la utilización de la anestesia endotraqueal **disminuyendo** los **peligros** de la anestesia prolongada, **indiscutiblemente** contribuyen a **disminuir** el riesgo **operatorio** relativamente alto que significa para un **paciente**, sobre todo de edad avanzada, la vulvectomía radical (9).

La **duración** media del procedimiento operatorio **fue** de 3 horas. Las complicaciones **intraoperatorias** consistieron: en 1 caso; sección del uréter **izquierdo** seguido inmediatamente, con la colaboración del urólogo, de ureteroneocistostomía con éxito. Y en otro caso en él que la proximidad de la lesión al periné y la presencia de de gano perineal de 2º grado nos **condujeron** a lesión del recto **que fue** reparada inmediatamente en 3 **planos** con éxito.

El **promedio** de **estadía** de las **pacientes** en el **Hospital** fue de 90 **días**, atribuyendo esto al hecho de que las pacientes precedían de lugares remotos de tal suerte que no se les podía hacer ambulatorias para las sencillas curaciones que **exige** el prolongado periodo de granulación de la herida operatoria.

En los 3 casos hubo necrosis de una mayor o menor **extensión** de los bordes cutáneos, tanto inguinales como perivulvares. Se administraron sistemáticamente antibióticos a todas ellas, y en ninguna se vio evidencia de infección en la herida.

Todas las heridas han llegado a **cicatrizar** satisfactoriamente y al control de las 3 **pacientes**; al cabo de 5 meses, se encuentran en buen estado; presentando una de ellas nada más, un moderado edema de las extremidades inferiores que se mejora con elevación de los miembros.

Ninguno de los ganglios; reportados anatomopatológicamente **se** informó como conteniendo metastasis. Dos casos; fueron de carcinoma epidermoideo moderadamente diferenciado, y uno de ellos a **pesar** de los múltiples cortes solo llenó el criterio de lesión carcinomatosa epidermoidea **intraepiteal**.

R E S U M E N

Se analizan los casos *de* carcinoma de la vulva admitidos al **Servicio** de Ginecología de) Hospital General San Felipe, en un periodo de 5 años. No se trata de extraer conclusiones estadísticas por ser muy reducido el número de casos.

El cáncer de la vulva es una enfermedad rara, y la **única** forma de adquirir experiencia en su evolución y manejo es colocar en manos de un grupo determinado todos los casos de un amplio sector de la población.

Se describen los **hallazgos** clínicos de 3 casos de carcinoma de la vulva, estudio clínico 1 y 2. Se expone *el* criterio aceptado por la generalidad de autores en la materia, sobre lo que constituye el adecuado tratamiento quirúrgico del cáncer de la vulva. Se describe la técnica usada de Twombly con modificaciones de Thomas L. **Ball**. Se narran las complicaciones intraoperatorias y los resultados obtenidos a los cinco **meses** de haberse instituido el tratamiento.

B I B L I O G R A F Í A

- 1) WAY STANLEY: Carcinoma of the Vulva; American Journal of Obstetrics and Gynecology, 79: 692 April 1960.
- 2) THOMAS H. GREEN Jr. M. D. HOWARD ULFELDER M. D. and JOE V. MEIGS M, D.: Epidermoid Carcinoma of the Vulva, an analysis of 238 cases: American Journal of Obstetrics and Gynecology: 75: 834 No 4, April 1958.
- 3) WAY STANLEY: Progress in Gynecology, Volume III; MEIGS and STURGIS: Pág. 489. GRUÑE and STRATTON, 1957.
- 4) JACK R. PASTTE M. D.: Vulvectomy; American Journal of Surgery 97: 690; June 1959.
- 5) ULFELDER HOWARD: Radical Vulvectomy with Bilateral Inguinal, Femoral and iliac Node Resection; American Journal of Obstetrics and Gynecology, 78: 1074, November 1959.
- 6) J. P. GREENHILL: Surgical Gynecology, Year Book Publishers: Vulvar Carcinoma. Radical Vulvectomy and nodie dissection, Pág. 108-1957.
- 7) THOMAS L. BALL; Gynecologic Surgery and Urology, The C. V. Mosby Company; Radical Vulvectomy and Groin Dissection, Pág.: 330. 1957.
- 8) COLLINS CONRAD G. M. D. COLLINS H. JASON M. D. NELSON EDWARD, LEWIS N. GEORGE M. D. CASSIDY ROBERT E. M. D.: Malignant Vulvar Tumor; Obstetrics and Gynecology Volume 8 Number 1; 18 July 1956.
- 9) PRATT JOSEPH HYPE, and WATSON JOHN R.: Carcinoma of the Vulva. New Incision for one Stage Radical Vulvectomy and Bilateral Nodal Dissection; Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic 30: 23 January 26: 1955.
- 10) JAMES P NOLAN M. D.: Carcinoma of the Vulva, Am, J. Obst. & Gyneec. 78: 823, Oct. 1959.

Cáncer Pediátrico en Honduras

Dr. R. A. DUROS' M. (*)

Dr. CARLOS DELGADO (**)

Dr. RENE MEDINA N. (**•)

INTRODUCCIÓN.—El objetivo del presente trabajo es presentar una revisión estadística de los casos de tumores malignos en niños constatados en los Archivos del Servicio de Patología del Hospital General San Felipe desde su fundación en 1951 hasta diciembre de 1962. No se pretende que este sea un reflejo de la incidencia de cáncer infantil en Honduras ni siquiera del área metropolitana de Tegucigalpa. Es de notar sin embargo, que el Hospital General San Felipe es el único en esta área que cuenta con Servicios de Pediatría. En este reporte solamente se incluyen los casos diagnosticados mediante biopsia. No se incluyen reportes de autopsia por no practicarse esta sistemáticamente en todo niño fallecido, lo cual naturalmente resta gran número en la incidencia real de cáncer pediátrico. El Servicio de Patología tampoco lleva un registro de que casos de **leucemia**, ya que estos casos son por lo general diagnosticados mediante procedimientos hematológicos y solamente muy raros casos llegan a la biopsia.

DATOS ESTADÍSTICOS.—Los archivos del Servicio de Patología muestran un total de 115 casos de cáncer pediátrico en un período de 11 años, desde 1951 a 1962.

De éstos, 45 pertenecen al sexo femenino y 70 al sexo masculino. La edad **menor** observada fue de 8 meses: un caso de retinoblastoma y otro un sarcoma de partes blandas. El límite de edad fue de 15 años aunque estamos conscientes del hecho de que algunos autores consideran los 13 años como edad tope para considerar estrictamente infantil cualquier tipo de patología hasta ese límite.

La distribución por grupo de edades arrojó los siguientes porcentajes:

0-4 años: 32% de los casos
5-9 años: 29% de los casos
10-15 años: 39% de los casos

En un total de 5.50(1 admisiones de niños en los años 1960, 1961 y 1962 se encontraron 55 casos de cáncer pediátrico, lo cual da un porcentaje de 1% de casos de malignidad en el total de admisiones.

La distribución de estos 115 casos por sistemas y aparatos es la siguiente:

Sistema linfático y retículo endotelial	43 casos
Sistema óseo	"
Aparato ocular	14 u
Aparato genital	H u

(•) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras.

(") Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

(*♦*) Asistente Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

Partes blandas	11	"
Aparato urinario	6	"
Sistema nervioso	6	"
Aparato digestivo	4	M
Piel	3	"
Misceláneos.....	6	"

De los 43 casos del sistema linfático. 41 eran linfoma?

De los 14 casos en el aparato ocular, la mayoría eran retinoblastomas en número de 12.

De los 6 casos del aparato urinario, 5 eran tumores de **Wilms**.

De los 6 casos del sistema nervioso, 2 eran del sistema nervioso central y 4 del sistema nervioso periférico (3 neuroblastomas).

DE los tumores misceláneos, 4 eran de glándula tiroides.

COMENTARIOS.—La incidencia de cáncer **pediátrico** en los hospitales de niños de los Estados Unidos e Inglaterra varía desde el 0.5% al 1% del total de **admisiones** (19). En hospitales **especializados** en cáncer donde se admiten casos de toda edad esta incidencia desciende notablemente dando un índice falso de morbilidad de cáncer de niños (3). En una revisión de las necropsias practicadas en un período de 27 años en el **hospital** de la Universidad de Michigan, el 8.6% de las autopsias en niños eran casos de neoplasias malignas (13). En un período de 11 años se **reportaron** 2.145 casos de cáncer infantil en el Estado de New York, de los cuales un 50% aparecieron en el grupo edad de 0-4 años, un 30% en el grupo 5-9 años; y un 20% en el grupo de 10-14 años. En todos los grupos la **malignidad** más frecuente fue la leucemia (11). Se estima que de 3.000 a 4.000 niños bajo los 15 años de edad mueren de cáncer anualmente en los Estados Unidos (16). **Cuando** se revisan todos los tipos de tumores en niños, benignos y malignos la **proporción** de estos últimos en relación al total **varía** del 19 al 23% (2-7). Excluyendo la edad de 1 a 1 años donde predominan como **causa** de muerte las lesiones de nacimiento, **malformaciones** congénitas y **enfermedades** peculiares de esta edad, el cáncer des-cuella como principal causa de muerte en niños de 1 a 14 años, (19) (17).

En todas partes del **mundo**, **especialmente** en los países **anglosajones** el cáncer infantil ha ido subiendo progresivamente en la **escala** de mortalidad y por ejemplo de posición 12 que sostenía en 1939, subió a **posición** 5 en 1953 (19).

DATOS **ETIOLOGICOS**.—**Nada** más cierto en materia de **cáncer** infantil como la teoría de su origen congénito por lo menos en la mayoría de tumores observados en esta época. En algunos casos, el tumor existía desde antes del nacimiento **habiéndose** reportado por ejemplo casos de niños muertos a los pocos minutos de nacer debido a un neuroblastoma y **de nielan orna** en la madre que atraviesa la barrera placentaria implantándose en el niño (6). Aunque el hecho no es generalmente apreciado el grupo edad de 1 a 4 años es el más azaroso con respecto a la malignidad. Esto se debe a que es en este grupo de edad cuando se manifiesta la ocurrencia de **tumores de origen embriogénico** tales como el tumor de Wilms, los neuroblastomas, los retinoblastomas y los teratomas (12). En **teñirnos** generales se observa mayor frecuencia de tumores de tipo conjuntivo y **escasez** de los carcinomas a revés de lo que sucede en la edad adulta. Sin embargo los carcinomas pueden **ocurrir** en niños aunque en menor cuantía que en los adultos (16).

Es de **suponer** que el brusco **descenso** en incidencia de **tumores** malignos en el período **presexual** (8 a 15 años) es un factor de importancia fundamental sugiriendo que los factores etiológicos de la infancia se han agotado y que de ahí en adelante podrán esperarse nuevas condiciones etiológicas y por consiguiente nuevos tipos de tumores, comenzando ya a aparecer casos precoces de neoplasias de los adultos (8).

En una extensiva encuesta sobre **malignidad** en niños en Inglaterra se notó

la frecuencia de 3 eventos prenatales significantes como lo son la **irradiación** fetal directa, infecciones virales de la madre y **amenaza** de aborto. Como eventos postnatales de significaron se notaron la excesiva exposición del niño a los Rayos X, las infecciones pulmonares agudas y los traumatismos **severos** (24). Simpson ha notado casos de leucemia y carcinoma de **tiroides que pueden relacionarse directamente a irradiación previa en el área cervical** inferior por **hiperplasia de timo** (23). Se sugiere también que la **irradiación a regiones** craneal, cervical o torácica en la infancia pueda ser un factor **etiológico importante en la aparición** de cáncer tiroideo más **adelante** (22).

PRONOSTICO.—A menos **que se instituya** tratamiento, el promedio de vida después de diagnosticarse uno de estos tumores es de 1 año (14). Todo depende del tipo de tumor para **evacuar** los resultados del tratamiento. El pronóstico no es **siempre** sombrío. Por ejemplo, los reticulosarcomas de la **región amigdalina** curan con radioterapia regional incluyendo los nodulos cervicales. Niños **irradiados** por meduloblastoma **pueden** llegar a la edad adulta, casarse y obtener **títulos** profesionales (19). Un niño de 2 años con tumor maligno diagnosticado **tempranamente** y tratado exitosamente puede llegar a los 64 años de edad (12).

En la casuística que **estamos presentando** hemos observado un caso de **leucemia en un niño** de 13 años, quien, en la fecha de escribir este artículo más de 2 años **después**, se encuentra en perfectas condiciones y **aparentemente** libre de síntomas. También hemos observado un caso de retículoendoteliosis del tipo **Lette-
rer-Siwe**, quien aún **se encuentra vivo** y libre de síntomas más de un año después de haberse hecho el diagnóstico. Como se sabe, esta enfermedad es **invariablemente** fatal en **un término** de 6 meses después de diagnosticarse. También se encuentra en nuestra estadística el caso de un niño quien a los 19 meses de edad presentaba una pequeña tumoración de partes blandas en la rodilla y la cual fue diagnosticada como sarcoma mesenquimal. El niño está vivo y libre de síntomas a la edad de 11 años.

Se suman a muchos los casos, **de niños que han sobrevivido 5" o más años**; después del tratamiento por cánceres tales como méduloblastoma, **retinoblastoma**, tumor de Wilms y lifosarcoma para mencionar sólo algunos (5).

Son datos ya conocidos los de la **espontánea** regresión de neuroblastomas en algunos casos (20).

Se refiere **el caso** de un niño de 5 semanas con un neuroblastoma que había dado metástasis al hígado. El pronóstico no podría ser más grave. **Sin** embargo la niña aún estaba viva y libre de síntomas a los 3 años y medio de edad, tratada solamente con radioterapia. Otro **niño** de 4 años; y medio **tenía** un tumor de Wilms que había sido drenado por creerse que se trataba de un absceso. Se produjeron siembras peritoneales. Se instituyó entonces radioterapia y cirugía combinadas y el niño aún vivía y se **encontraba** en excelentes condiciones 3 años más tarde. El mismo autor relata el caso de un niño a quien se le diagnosticó una leucemia linfocítica aguda a los 3 años de edad. A excepción de ACTH dado inicialmente no hubo otro tratamiento. A los 9 años de edad el niño se encontraba libre de síntomas y en excelentes condiciones (21).

Las oportunidades de supervivencia son del 80% en el primer año para el tumor de Wilms y 43% arriba de esta edad. En caso de neuroblastoma las probabilidades de supervivencia son de 45% en los 2 primeros años de edad y de 11% arriba de los 2 años (1-9).

Asumiendo que las células neoclásicas tienden a crecer logarítmicamente en un radio constante bajo condiciones óptimas, de tal modo que su número se duplica y por consiguiente su masa en cada **intervalo** de tiempo, se ha sugerido **la hipótesis** de que un neoplasma tratado recurrirá, si es que habrá de recurrir, **solamente** dentro de un pronosticado período de riesgo, definido como el doble de la edad del niño al momento del tratamiento más 9 meses. Pasado **este período** se entra en

un *período* de seguridad, presumiéndose entonces que el niño está curado. Esta hipótesis **de Colima** ha sido aparentemente confirmada, por otros autores (15J).

Las maniobras de exploración en cierto tipo de tumores pueden propiciar la diseminación vascular del mismo, lo cual es cierto especialmente en el tumor de Wilms por lo cual estos casos se consideran como de emergencia quirúrgica.

En ciertos estudios se ha comprobado que la **positividad** en sangre periférica por células tumorales durante la intervención quirúrgica de un tumor en niños. Lega a veces hasta sextuplicarse [10].

EL REGISTRO DE CÁNCER INFANTIL.—Nunca deja de enfatizarse la importancia que tiene para todo médico que trata niños, el tener presente las neoplasias malignas en todo diagnóstico diferencial de patología pediátrica. Solamente "pensando" en el cáncer en todo cuadro obscuro, si.; tendrán las mejores oportunidades de hacer un diagnóstico temprano y por consiguiente un tratamiento más prometedor (6). El médico que ve niños debe estar constantemente alerta de la posibilidad de neoplasia en sus pacientes. Un cuidadoso examen físico, debida atención a los síntomas y un alto grado de sospecha con estudios bien dirigidos proporcionarán la satisfacción de hacer un diagnóstico temprano y ofrecer mayores probabilidades de curación. Aún en los casos fatales esta política ganará el agradecimiento de los padres **quienes verán** que a su niño, por lo menos se le dio el *optimum* de oportunidades para curarlo (1).

Además de esto ¿qué cosa práctica puede hacerse en nuestro medio para **darle** la importancia **debida** al problema del cáncer infantil?, sobre todo hay que eliminar ciertos prejuicios de los médicos generales y aún de los pediatras que pueden ser perjudiciales con relación al cáncer infantil. Dichos prejuicios según pack son: (1) El cáncer es tan raro en los niños que no merece ser estudiado. :2) Es universalmente fatal y de ahí que se justifique una actitud pesimista. (3) Son de evolución rápida y dan metástasis tan precozmente que todo esfuerzo de control local es inútil. (4) Representan la etapa final **de un** proceso que comenzó **intrauterinamente** de tal modo que cuando se descubre ya está generalizado (18).

Creemos que ya es tiempo de crear el Registro de Cáncer Pediátrico y que la Asociación **Pediátrica** Hondureña tiene el deber ineludible de organizarlo. **Dicho Registro** consistiría en llevar un control clínico bien detallado de todo caso de **cáncer** pediátrico diagnosticado en el país y seguirle su curso aún en el caso de muerte de! pacenté. Solamente así tendríamos un reflejo fiel de la Incidencia y mortalidad infantil de **cáncer pediátrico** en nuestro medio. Haciendo extensivas las actividades **del** Registro hacia la investigación se podrían acumular datos etiológico' importantes sobre **este** lema interesante. El Registro englobara los especialistas mejor documentados en lo; diferentes capítulos del cáncer formándose así un consejo consultivo permanente de gran utilidad para todo pediatra o médico del país **que se viera** confrontado con un caso de cáncer en niños.

Las enfermedades neoplásicas en niños **constituyen** un reto a todos los **campos** de especialidades en la medicina: **clínicos, radiólogos,** dermatólogos, patólogos, etc. Todos ellos se confrontan con problemas difíciles y serios. Es por esa razón **que** se necesita el esfuerzo en conjunto de todos ellos para conocer mejor el problema. En el Center Memorial Hospital de Nueva York se creó con este motivo el **Registro** de tumores de niños en 1940. Allí se llevan todos los datos de los casos **observados** en dicho centro y sirve de asistencia a todo médico que se confronta con problemas de esta naturaleza (4).

El Organismo de tumores pediátricos en el hospital de niños de San Francisco se fundó en 1951. Todo el personal médico es invitado a asistir a las sesiones y a presentar sus casos. Se planifica el tratamiento y el caso es seguido muy de cerca para proporcionar mayor ayuda y obtener información acerca del progreso de la enfermedad. Una de las utilidades más **valiosos** de tal organización es el acumulo de **conocimientos** en las diferentes disciplinas de especialidades integradas para ejercer una

acción conjunta dirigida hacia **cualquier** paciente. Los padres son ayudado: emocionalmente **sabiendo** que un esfuerzo de **grupo** concentrado se está haciendo en beneficio de su hijo. Otro beneficio de tal organización es el compartimiento de responsabilidad al plantearse medidas de **tratamiento** como por ejemplo cirugía radical, mutilación o radioterapia (16).

Con la proximidad de la inauguración del Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa será muy provechoso comenzar al mismo **tiempo** de las actividades de los **servicios** de Pediatría las actividades de este Registro que hemos esbozado someramente en **rete** trabajo.

R E S U M E N

Se hace una revisión global de los casos de cáncer pediátrico **observados** en los **servicios** de niños del Hospital General San Felipe, diagnosticados por procedimientos de biopsia. Se observaron un total de 115 casos en un periodo de 11 años. La **incidencia** por admisiones fue del 1%. Se comparan estos datos con los de otros autores y se enfatizan los puntos más importantes en etiología y pronóstico. Se plantea la necesidad de crear un Registro de Cáncer Pediátrico en Honduras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—AGERTY, H. A.: The pediatric aspects of cancer. CA, 8: 97, 1958.
- 2.—CAMPOS, REY DE CASTRO J.: Las neoplasias en los niños. Arch. Padiatric. Uruguay, 26:816, 1955.
- 3.—CHATTEYEE, J.: Cáncer as pediatric problem. IND. J. PADIAT., 22: 208, 1955.
- 4.—DARGEON, H. W.: Cáncer in childhood. ACTA TJNIIO INTERNAT. Cancer. 11: 351, 1955.
- 5.—DARGEON, H. W.: Tumors in chidhood. N. YORK STATE J. M., 58: 402, 1958
- 6.—DRESSLER, O.: Malignancies in childhood. J. AM OSTEOPASH. ASS., 55: 427, 1956.
- 7.—ESPINOZA, J.: Tumores y malformaciones tumorales de los niños. REV. CHILENA PEDIAT., 28: 347, 1957.
- 8.—EWING, J.: A survey of cancer in childhood, in Dargeon H. W.: Cáncer in childhood and a discussion of certain benign tumors. C. V. MOSBY CO., St. Louis, 1940.
- 9.—GROSS, R. E.: The surgery of infancy and childhood. W. B. SAUNDERS CO. Philadelphia, 1953. 10. GROVE, W. J. et al: Vascular dissemination of cancer in children. A. M. A. ARCH. SURG., 78: 698, 1959.
- 11.—HANDY, V. H.: The occurrence of malignancies in children. N. YORK STATE J. M., 56: 258, 1956.
- 12.—HANSEN A. E, BOELSCHE, A. N.: The problem of malignancy in the childhood periods. TEXAS J. M., 53: 894, 1957.
- 13.—HENDRIX, R. C.: Neoplasma in children: a review of necropsy records in 244 cases. UNIV. MICHIGAN M. BULL., 22: 524 1956.
- 14.—HENRY, R. L.: Neoplasms in childhood. J. ARKANSAS M. SOC, 54: 362, 1958.
- 15.—KNOX, W. E.; PILLERS, M. K.: The time of recurrence or cure of tumors in childhood. LANCET; 1: 188, 1958,
- 16.—KUSHNER, J. H. et al: Tumors in childhood and the role of a Pediatric tumors Board. J. AM. M. WOMEN ASS., 12: 291, 1957.
- 17.—MACAULAY, D.; STEWARD, J. K.; Malignant disease in childhood. MED. ILLUST. LOND., 10: 284, 1956,
- 18.—PACK, G. T.; ARIEL, I. M.; Sarcomas of the Soft Somatic tissues in infants and children. SURG. GYNEC & OBST., 98: 675, 1954.
- 19.—PATERSON, E.: Malignant disease in children. S. AFR. M. S., 29: 1199, 1955.
- 20.—PATERSON, E.: Malignant tumors in children. J. FAC. RADIOLOGISTS. LOND, 9: 170, 1958.
- 21.—RIKER, W.; BIGLER, J. A.: Unpredictability of tumors in children. PEDIATRIC, 24: 666, 1959.
- 22.—ROONEY, DONALD R.; POWELB. WALDO: Carcinoma of the thyroid in children after X Ray Therapy in early childhood. J. A. M. A., 169: 1 1959.
- 23.—SIMPSON, C. L.; & FULLER, L. M.: RADIOLOGY, 64: 840, 1955.
1º de febrero de 1963.
- 24.—STEVVART, A. et al.: Survey of childhood malignancies. BRIT M J. 5086: 1945, 1958.

FÍSTULAS ARTERIOVEJSOSAS

Informe Sobre 6 Casos Personales

Por el Dr. JOSE GÓMEZ-MÁRQUEZ G. (*)

A partir de fines del año de 1958, hemos observado 6 casos de fistulas arteriovenosas cuyas características y localizaciones son las siguientes:

Congénitas: 1 Traumáticas: Subclavias 2; Femorales 3.

He aquí a continuación el resumen de nuestros casos.

Caso N° 1.—F. T. de 17 años, Sexo Masculino. Ingresa a La Policlínica el 8 de junio de 1962. Desde; nacimiento, ha tenido una tumoracion azulada en la región lumbar que pulsa desde hace 3 años. Al examen encontramos efectivamente una tumoracion en dicha región de aspecto abollonado de un diámetro aproximadamente de 8 cms., de color azulado, pulsátil, con thrill y soplo continuo con refuerzo sistólico que se propaga en diversas direcciones. A la compresión profunda hacia la **parte** superior, se provoca la desaparición de los síntomas antes mencionados, permaneciendo la tensión arterial invariable (Mx 120 Mn 701 y bajando la frecuencia. del pulso de 80 a 71 por minuto. (Signo de Nicoladoni-Branham).

El resto del examen físico fue negativo. El examen radiológico de pulmones y corazón asimismo. Diagnóstico clínico: Aneurisma Círsoideo por comunicaciones arteriovenosas con gen tas. Aortograma: se demuestra la aorta con arborizaciones evidentemente de tipo venoso. El tratamiento consistió en extirpación en bloque de la masa círsoidea lo que llevó consigo la desaparicion del soplo y del thrill.

Visto de nuevo 1 año después, el paciente permanece asintomático. Sobre la región Imperatoria existe una fuerte pulsación pero sin soplo ni thrill.

Caso N° 2.—T. 1). A. de 22 años de edad. Sexo masculino. Visto por primera v-z en el Hospital General, donde ingresó el 9 de mar/o de 1959. Refiere haber recibido un balazo calibre 38 hace tres años en el muslo derecho, habiéndose formado posteriormente una tumoracion pulsátil del tamaño de una mandarina, en el tercio inferior de la cara interna del muslo. Hay thrill y **soplo** continuo con **refuerzo** sistólico. Tensión arterial 100/60. pulso: 78/min. Examen angiológico: pulsos femorales y poplíteos presentes en ambos lados. En el lado izquierdo presente el tibial posterior y pedio. En el lado derecho ausencia de estos dos.

Oscilometria:

	Derecho	Izquierdo
Muslo	8	2
Rodilla	1	2
Maleólo	1/10	3/4

(♦) Jefe del Servicio de Cirugía Vascular ad honorem del Hospital General. Profesor Adjunto de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas. Jefe del Servicio de Cirugía General y Angiología de La Policlínica, S. A. Tegucigalpa, D. C, Honduras. C. A.

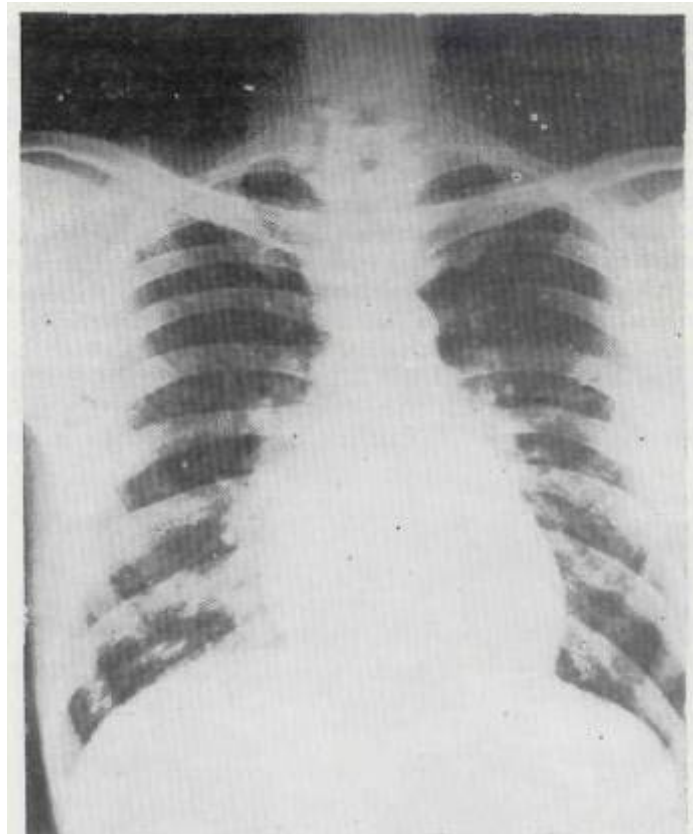


FIGURA No. 1

Radiografía de tórax lomada aproximadamente tres meses después del establecimiento de la fistula arteriovenosa en el caso No. 3» que muestra la hipertrofia ventricular.

Exámenes complementarios: Nada de particular.

Arteriografía: Se **demuestra la artería femoral** y una bolsa aneurismática en el tercio inferior; se visualizan la vena femoral y los vasos venosos, con lo cual se confirma el diagnóstico.

El **tratamiento** consistió en exposición de la arteria y la **vena** para hemostasia **provisional por encima** del saco y asimismo **de** los vasos poplíteos con igual fin. Operación **laboriosa** y sangrante debido al gran número de vasos colaterales, arteriales y añosos. Ligadura cuádruple con resección de toda la masa aneurismática. Post operatorio inmediato bastante bueno. Al día siguiente, edema del miembro con **frialdad** del pie operado, especialmente en los dedos. Se observa zona cianótica en el primer espacio intermetatarsiano. Oscilometría a la altura delleador 0. A los dos días el estado general d<4 paciente se deteriora rápidamente. Presenta hipo intenso; adquiere un tinte icterico generalizado; la orina es de color negruzco y queda reducida a alguno" centímetros cúbicos en 24 horas. Se comprueba mediante las pruebas de labora-torio adecuadas que ha habido una incompatibilidad sanguínea en las transfusiones \ d pariente fallece al 60. día post-operatorio.

Caso N^o 3.—N. A. Sexo masculino, de 42 años de edad, se interna en La **Pol-clinica** el 9 de abril de 1959, por herida por arma de fuego del abdomen. Orificio tic entrada en la fosa ilíaca izquierda con orificio de salida **en** el tercio superior de

la cara **posterior** del muslo izquierdo. Laparotomía exploradora con sutura de perforaciones de yeyuno y mesosigmoide. El día II (dos días después) aparece tumora-
ción en la región inguinal con thrill y soplo continuo con refuerzo sistólico. Conser-
vación de los pulsos distales. En es-tos momentos la T. A. es de 110/68 y o! **pulid**
86/min. Después de la compresión de la arteria por encima *de* la masa, la tensión
arterial es de 115/78 y «1 pulso 60/min. Arteriografía que confirma el diagnóstico
clínico hecho previamente de fistula arteriovenosa.

Por tratarse de un caso reciente en el cual se supone puede no haber una
circulación colateral adecuada, se espera para hacer la intervención la oportu-
nidad de tener disponible una arteria que injertar. Por ello es dado de alta el día 20 de
abril. A principios de julio se observa disnea de esfuerzo y claudicación intermitente;
fe hacen estudios radiológicos d-e corazón **que** demuestran hipertrofia ventricular
(Fig. 1). Regresa el 19 de julio para la intervención en cuyo momento ya se tiene
arteria tomada de un cadáver fresco, muerto acc'dentalmente y que se ha conservado
durante tres días en solución de Penicilina con Estreptomina, a la temperatura

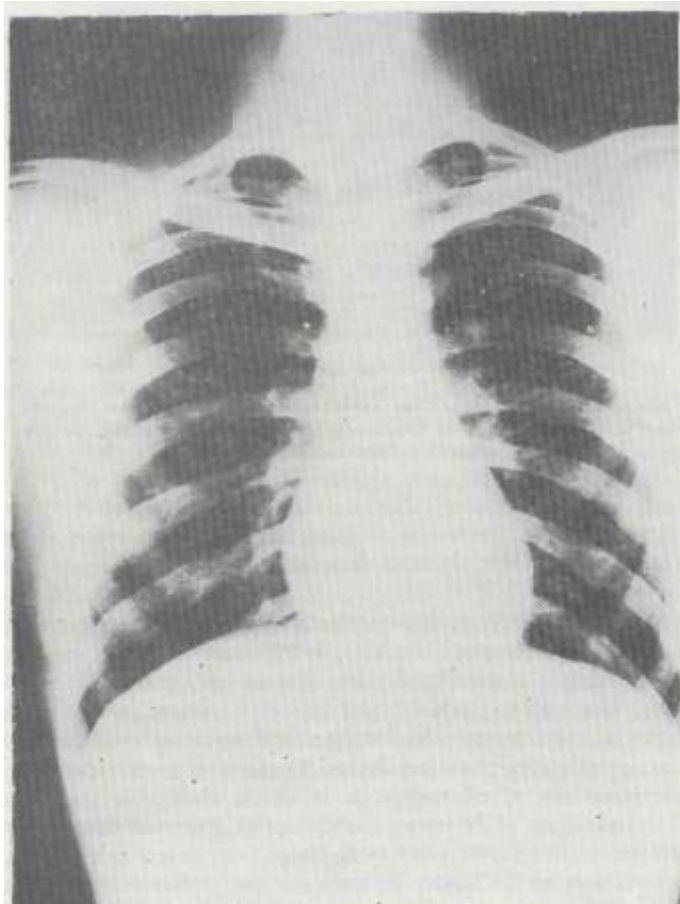


FIGURA No. 2

**Radiografía da tórax tomada dos meses después de la resección da
la fístula arteriovenosa en #1 caso No, 3 que demuestra la regresión
del tamaño del corazón a la normalidad-**

de VC. Operado el día 20 de julio. La intervención consiste en lo siguiente: **Hemostasia provisional** de los vasos ilíacos externos por vía extraperitoneal y de **los vasos Femorales** eferentes. Extirpación de la masa aneurismática con ligadura cuadruple. colocación del homoinjerto con sutura Termino-terminal. El pie se mantiene caliente y se observa ligero pulso pedio. La oscilometría demuestra: Muslo J/2; Rodilla 1/4; Maleólo 1/8, Es dado d« alta en buenas condiciones y se observó en dos ocasiones más durante 4 meses. Se hicieron nuevas radiografías de tórax que demostraron el regreso del área cardíaca a condiciones normales. (Fig. 2). Más adelante, desaparición del pulso pedio pero conservándose el pie caliente y **aparentemente** con buen **estado circulatorio**. **Posteriormente** se perdió de **vista**.



FIGURA No. 3

Radiografía de tórax del caso No. 4, que demuestra el marcado estado congestivo de ambos campos pulmonares y la moderada reacción pleural en el ángulo costofrénico derecho a los tres días de haberse constituido la fístula.

Caso N° 4.—S. A. de 33 años de edad, sexo masculino, ingresa a La Policlínica el 25 de diciembre de 1938, por heridas de arma de fuego ocurridas un poco antes y situadas en el hipocondrio izquierdo; en la región parietal izquierda (en sedal) y en la región pectoral izquierda, todas ellas sin orificio de **salida**, en la región lateral derecha del cuello (entrada) con salida en la región escapular del mismo lado. El paciente tuvo que SCT sometido a una laparotomía durante la cual se efectuó ne-

frectomia **izquierda**, suturas de colon, de **duodeno** y de yeyuno. Hubo **intensa** oliguria en el curso postoperatorio de los **primeros** dos días que fue combatida con éxito, pero al tercer día se **observa** que la tensión arterial en el brazo **derecho** es de 120/70 y en el **brazo izquierdo** de 80/70. Por debajo de la clavícula izquierda se nota soplo continuo con n-fuerzo sistólico y thrill. La **compresión** de la arteria subclavia suprime **estos** síntomas provocandose bradicardia. Hay pulso en lodo <A miembro superior izquierdo, pero la oscilometría es:

	<i>Derecho</i>	<i>Izquierdo</i>
Brazo	4Vo	2%
Muñeca	5	

El día 29 (4 días después de la herida) se observa, disnea, tos con expectoración **sanguinolenta** y estertores crepitantes en la parte inferior del pulmón derecho.

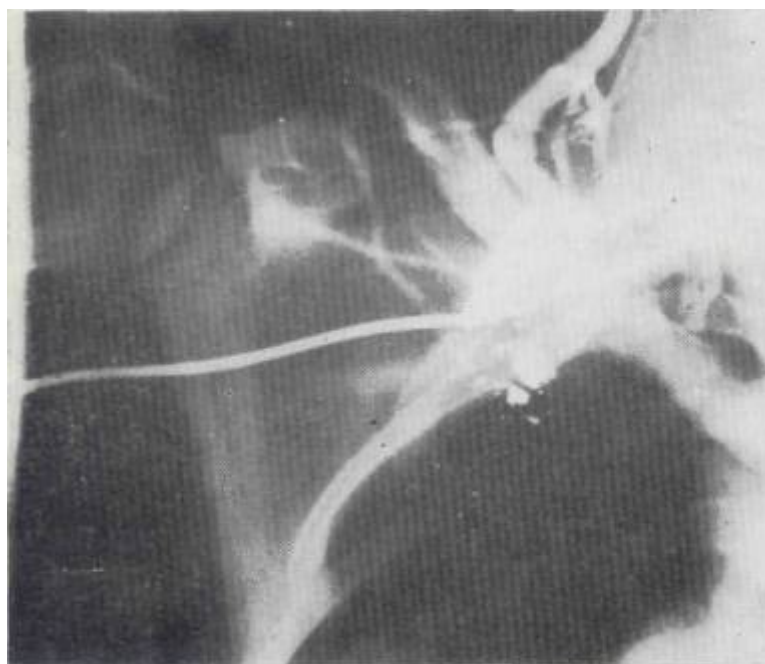


FIGURA No. 4

Arteriografía del caso No. 5. lograda por cateterización de la arteria humeral, que demuestra la presencia de vasos arteriales y venosos.

Esta &ç va agravando en los días **siguientes**. La cara se vuelve **intensamente** cianótica. El pulso es de 95/min. con tensión arterial (en brazo derecho) de 220/70. La radiografía pulmonar demuestra marcado estado congestivo de ambos campos pulmonares, moderada reacción pleural en las proximidades **del ángulo** costofrénico derecho, y moderada elevación de la cúpula diafragmática derecha. (**Fig. N° 3**) interconsulta con el **cardiólogo (Dr. A. Flores Fiallos)** quien confirma el diagnóstico de insuficiencia cardíaca por fistula **arteriovenosa**,

ECG: "Traquicardia sinusal. Intervalo PR en los límites superiores normales. segmentos QRS: Se encuentra ensanchado sugiriendo hiperpotasemia"
Digitalización

sin mejoría. El día 3 d-c enero de 1959 (9 días después de la herida) **intervención quirúrgica** a fin de intentar mejorar el estado de descompensación cardíaca. Ligadura **de la arteria** subclavia que provoca inmediatamente el descenso de la **tensión arterial** de 210/105 a 125/70. El pulso baja de 100/min. a 75/min. La cara adquiere inmediatamente un color **rosado**. Postoperatorio inmediato: bueno. Sin embarco a las 8 horas aproximadamente, fallece con un cuadro brusco **que se interpretó** como de embolia pulmonar (15 y 331).

Caso N° 5.— J. R. L. de 21 años de **edad**, sexo masculino, ingresa a **Hospital General** el día 8 de agosto de 1962. Refiere haber recibido bala/o en la región **supraclavicular** izquierda hace 1 mes. Poco **tiempo** después presencia de **masa pulsátil** en **fosa supraclavicular**. Al examen se reconoce la masa pulsátil con "thrill y soplo **continuo** con **refuerzo** sistólico. La tensión arterial es de 120/70 y el pulso 87/min. Después de la **compresión de la** arteria subclavia la tensión arterial baja a 105/60.

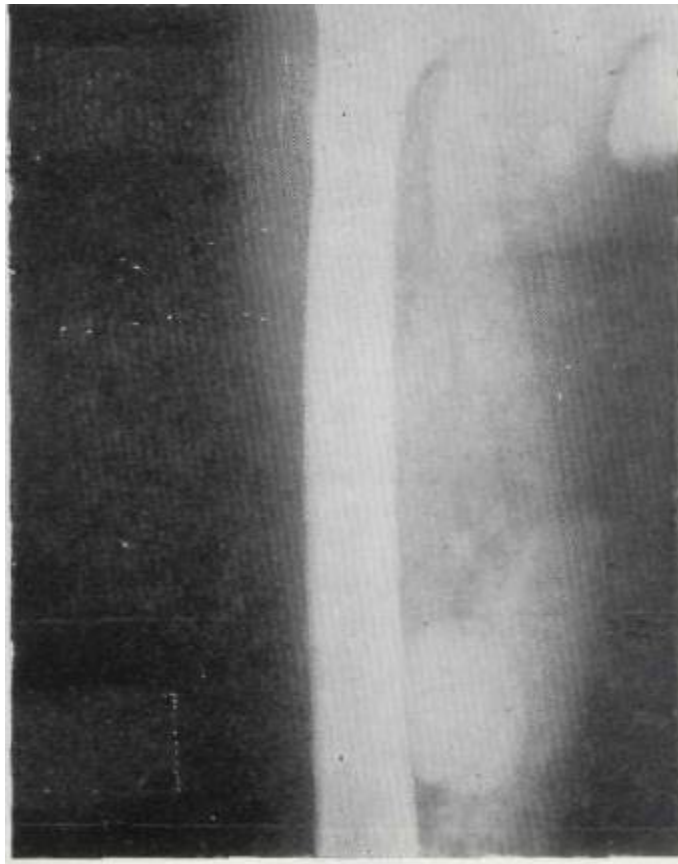


FIGURA No. 5

Arteriografía femoral preoperatoria en el talo No. 6. en la cual el medio de contraste « ha diluido considerablemente por la gran dilatación de la arteria supraclavicular y de la íln»; presencia de embolia aneurismática en lituadén distal y otros vasos peribafes. torioioi, de atpacte vanoio-

El pulso a 73/min. La radiografía del tórax demuestra **corazón** normal, con **prominencia** del arco medio izquierdo. Oscilometría de miembros superiores

	<i>Derecho</i>	<i>Izquierdo</i>
Brazo	11	<i>H</i>
Pliegue de codo	1	4
Muñeca	1	1

Arteriografía: Se introdujo sonda urétera! *por* la arteria humeral izquierda **f** se llega bajo control fluoroscópico a la arteria subclavia donde se inyecta el medio de contraste. La **imagen** confirma *el* diagnóstico de fistula arteriovenosa subclavia



FIGURA No. 6

Arteriografía femoral postoperatoria en «1 caso No. 6. Se observa claramente el medio de contraste. Llega por la vía principal hasta la parte media de la arteria femoral, pasando posteriormente a través de una gruesa colateral hacia abajo. Se observa la rica circulación colateral hacia abajo. Se observa la rica circulación colateral y en la parte inferior de la radiografía el "by-pass" natural, que es el resultado de la patología de la arteria.

(Fig. 4). Ante las dificultades que representa la región, se decide esperar unos meses para obtener una mejor circulación colateral y se da alta al **enfermo**. Este aún no ha regresado para ser sometido a intervención.

Caso N° 6.—O. T. Sexo masculino, de 25 años de edad, ingresa el 27 de mayo de 1963, por tumoración-pulsátil en muslo **izquierdo**, después de haber sufrido **herida** por arma de fuego hace 10 meses. Examen físico que demuestra tumoración pulsátil con thrill \ soplo sistólico en la unión del **tercio** medio con el tercio inferior de la cara interna del muslo; otra con semejantes características en la cara anterior del muslo y otra más. sin thrill ni soplo en la cara posterior del mismo **miembro**.

Todos lo. pulsos estan presentes. ocilometría:

	<i>Derecho</i>	<i>Izquierdo</i>
Muslo	2M _i	12M _i
Pierna	3	3y ₂
Maleolo	1y±	\

Tensión arterial 120/90. Pulso 68/min. La compresión de la arteria femoral hace desaparecer los síntomas. Signo de Nicoladoni Branham: Mediante la compresión de la arteria el pulso desciende a 52/min. La T. A. se eleva a 130/95. Radiografía pulmonar; Pulmones y corazón normales. Exámenes complementarios-normales. Presión venosa: 265 mms. de agua. Tiempo de circulación brazo-lengua: 20 segundos. Tiempo de circulación brazo pulmón: 17 segundos. Arteriografía femoral (Fig. N° 5), que demuestra el diagnóstico clínico. Intervención: hemostasia provisional de vasos femorales aferentes. No se pueden localizar los eferentes por distorsión de la anatomía. Ataque directo sobre la formación aneurismática. No fue posible extirpar sino la porción correspondiente al saco interno por hemorragia intensa. Ligadura cuádruple con extirpación de esta porción del saco, dejando excluida la porción externa cuya pared interna fue suturada. No se hizo el injerto venoso que se tenía disponible, por haberse prolongado la operación por mas de 6J horas y estar el pie caliente ostensiblemente después de la ligadura. **Posteriormente** buen estado general. Muslo edematoso que se va reduciendo con los días. A los 30 días pie caliente; hay pulso pedio manifiesto. **Oscilometría** como sigue:

	<i>Derecho</i>	<i>Izquierdo</i>
Muslo	2	2
Rodilla	3y ₂	%
Maleólo	1%	1/2

Presión venosa: 150 mm. de agua. Tiempo de circulación brazo-lengua: 17 **segundos**. Tiempo de circulación brazo-pulmón: 7 segundos (21 junio 1963).

Nuevo arteriograma (Fig. N° 6) que demuestra la arteria femoral hasta su ligadura, con ciertas irregularidades en su pared que se atribuyen a espasmos: magnífica circulación colateral en el sentido distal con formación en la parte más inferior visible de un "by pass" natural. no se visualiza ninguna red venosa o masa **aneurismática**

La radiografía de corazón, de control postoperatorio. demuestra al comparar con la primera, que en ésta exist a una exageración de la vascularización de los hilos bronquiales, que se han normalizado en la radiografía de control.

DISCUSIÓN.—Hemos presentado 6 casos de fístulas arteriovenosas, una de días congénita y 5 traumáticas. De las 5 fístulas arteriovenosas traumáticas, 2 pertenecían a la subclavia y 3 a la femoral. De las de subclavia, una de ellas fue operada de emergencia haciendo únicamente ligadura de la arteria aferente, muriendo el paciente a las 8 horas probablemente por embolia pulmonar. El otro caso aún no

ha sido operado. De los tres casos femorales, uno de ellos falleció por causas ajenas a la **intervención** (accidente **post-tranfusional** debidamente comprobado), los otros dos casos sobrevivieron con buen resultado local. En el caso N° 1, con fistula congénita, se hizo **extirpación** en bloque de todo c, aneurisma cirsoideo con desaparición de los síntomas locales y ha sido visto **posteriormente en** situación asintomática. Sin **embargo**, no tenemos grandes esperanzas en cuanto a su porvenir, debido al carácter esencialmente maligno que suelen presentar este tipo de fístulas.

En el segundo caso, fallecido a consecuencia del accidente post-transfusional, el resultado local no **puede** considerarse bueno, ya que se observaron trastornos de insuficiencia circulatoria **inmediatamente** después de la operación y esta situación **persistió** hasta el día de la muerte. Creemos que en este caso no existía una circulación colateral suficiente y que hubiera estado indicado intentar el restablecimiento de la vía arterial troncular por medio de un injerto. En *tú* caso N° 3 se hizo homoinjerto. El **resultado** inmediato fue muy bueno con persistencia de los pulsos distáis, y si bien al cabo de algunas semanas desaparecieron éstos, lo cual hace presumir una trombosis del injerto, las condiciones circulatorias permanecieron muy buenas lo cual puede ser indicativo que el injerto debe hacerse aún en el caso en que se **tromboce** posteriormente, porque **él lapso** que media entre su colocación y su posible obstrucción es un plazo más que se da para que pueda establecerse una circulación colateral apropiada. En el caso N° 4, un multihendido en el cual se descubrió a los 3 días la **existencia** de una fistula **subclavia** con rápida d«compensación cardíaca, se llevó a cabo una operación de emergencia **debido** a la situación gravísima en que se encontraba el enfermo, por la severísima **descompensación** cardíaca y en la cual hubo **necesidad de hacer** una intervención desesperada contra todas las reglas que norman la terapéutica de una fistula arteriovenosa, ligando únicamente la **arteria** aferente, con el intento de mejorar provisionalmente el estado general del enfermo, para hacer luego una cirugía más planificada. Como se sabe, el enfermo murió a las 8 horas a consecuencia de una probable embolia pulmonar. En el caso N° 5 se recomendó que regresara al cabo de algún tiempo con el fin de permitir «•/ establecimiento de una mejor circulación colateral. En el caso N° 6, que es el último que **hemos operado**, se hizo ligadura cuádruple con resección parcial de la bolsa **aneurmática**, sin **restablecimiento** de la circulación troncular, pero el estado circulatorio postoperatorio es muy bueno con conservación del pulso pedio.

(Cabe notar que se observaron constantemente el thrill, el soplo continuo **con** refuerzo sistólico y el signo de Branham-Nicoladoni: estos tres elementos a nuestro modo de ver son manifestaciones clínicas de primer orden que ayudan a **establecer** el diagnóstico.

Desde el punto de vista de la repercusión cardíaca, no la hubo evidentemente en los casos N° 1 y N° 2 a pesar de que en el caso N° 1 se trataba de una fistula congénita que se supone es de las que producen con mayor frecuencia este tipo de alteraciones.

En los casos 3 y 4 la repercusión cardíaca fue manifiesta, siendo violentísima e inusitada en el N° 4. En el caso N° 5 hubo **simplemente** una prominencia del arco medio. Y en el caso N° 6, si bien es cierto que radiológica y clínicamente no se **encontraron** signos de insuficiencia cardíaca, sí se pudo observar una manifiesta elevación de la presión venosa, aumento en el tiempo de circulación brazo-lengua y **brazo-pulmón**, que regresaron a sus valores primitivos después de la intervención. y una marcada diferencia en la trama vascular de los hilios entre la radiografía pulmonar preoperatoria y la postoperatoria.

En **los** casos de fistulas traumáticas, el tiempo que medió entre el momento en que se supone que se constituyó la fistula arteriovenosa y nuestro examen y **consecutivamente** la intervención, fue diverso. En el caso N° 2, el intervalo fue de 3

años. En el caso N° 5, de 1 mes y en el N° 6 de 10 meses. Los casos N° 3 y 4 son fístulas de pocos días, fueron los que desarrollaron una insuficiencia cardíaca más manifiesta, en una forma moderada en el caso N° 3 y en forma **violenta en el N° 1**. En el caso N° 3, como lo comprueban las radiografías que se presentan, hubo aumento del área cardíaca **aproximadamente** dos meses después del trauma, y empezó a observarse disnea de esfuerzo y en el caso N° 4 el **aumento en el área** cardíaca y la sintomatología clínica de insuficiencia se **presentó** al cabo del cuarto día.

Esto; datos están en franca concordancia con la experiencia de la mayor parte de los autores. No suele en efecto ser frecuente, que fístulas arteriovenosas **traumáticas**, produzcan descompensación cardíaca en lapsos tan cortos. Así Elkin no **observó** desfallecimiento cardíaco en ninguno de los casos de la **segunda guerra mundial**. En cambio Hughes y Jahnke (19) **tuvieron** dos casos de desfallecimiento cardíaco; uno de estos casos fue a la semana y el otro a las dos **semanas después de** la cirugía de disco intervertebral. (17).

A **continuación haremos** una síntesis acerca de las consideraciones estadísticas, **clínicas** y terapéuticas sobre las fístulas arteriovenosas tanto congénitas como traumáticas

FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGENITAS

Si bien no **poseemos** datos en cuanto a su frecuencia, existen numerosas publicaciones al respecto y tenemos a la vista informes como los de Robertson, Gasparini, Castro Fariñas y Rivera López, Martorell, **Martorell** y Palou. Guadagno y **col Weinberg** y col. (31-10-11-12-6-7-23-24-28-16-35).

Desde el punto de vista de su localización, estas fístulas pueden **estar** unas **MUS** limitadas a ciertos sectores o, lo que es más frecuente, son generalizadas como **sucede** por ejemplo en el síndrome de Parkes-Weber o síndrome de **Klippel-Trenaunay**. **Entre las localizaciones** circunscritas, merecen citarse como de especial interés. **aquellas** en las cuales las comunicaciones arteriovenosas se llevan a cabo a **través** de un **hueso**, como sucede en los tres casos citados por Martorell y Palou (25) y en los de Castro Fariñas y Rivera **López** (7). **Y** cabe destacar un informe muy interesante de Martorell y Palou (24) en el cual la comunicación se había efectuado a **través** de la quinta vértebra lumbar, en un caso por otra parte **asociado** a un **síndrome** de el-Trenaunay. Por lo que se refiere a su fisiopatología, la situación es igual a la **de** la fístula traumática a la cual nos **referiremos** en detalle posteriormente.

Como es bien sabido estas comunicaciones congénitas suelen dar una **repercusión** cardíaca mucho más **frecuente** que las fístulas traumáticas. (1-21-34)".

El diagnóstico puede ofrecer dificultad en ciertas ocasiones y la **visualización** radiológica es con frecuencia precaria por el pequeño tamaño de las mismas y su multiplicidad. No obstante varios autores informan de casos en los cuales la arteriografía seriada ha sido de gran valor. Así Gasparini y Mayall (12), al citar un caso de **aneurisma** cirsoideo de la región frontal hacen énfasis en la **importancia** de **la arteriografía** seriada utilizando arterias proximales a la lesión; en el caso que ellos estudiaron, la inyección se hizo por el **ramo** frontal de la arteria temporal. Cros y col. han usado con **éxito la cineo-angiografía** en la **localización** de estas fístulas (35).

La terapéutica de estas fístulas -es difícil por estos **dos** factores: el tamaño y **la multiplicidad** y por el hecho de tenerse que sacrificar en ciertas circunstancias los miembros. donde las fístulas están localizadas. Por ello la terapéutica quirúrgica sólo puede estar justificada cuando la lesión constituye un peligro real para el enfermo bien sea desde el punto de vista local, porque existan úlceras o hemorragias, (6) o por las repercusiones cardíacas. Para Robertson (31) la extirpación debe hacerse en masa **aunque ello** con frecuencia signifique la amputación; Martorell y Palou se

muestran acordes con este criterio, (25) mientras que Castro Fariñas y Rivera López **refieren varios** casos en los **cuales** han obtenido éxito mediante la cirugía conservadora (6 y 7). Hughes (18) refiere que el resultado quirúrgico de las fistulas arteriovenosas congénitas es descorazonador por incluir **éstas** huesos, tendones y nervios. \ por su parte Guadagno y col. (16), insisten en lo inútil de hacer la ligadura de las arterias **aferentes**, por lo **múltiple** de las comunicaciones.

FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS TRAUMÁTICAS

Frecuencia y Distribución.—Elkin y Shumaker (18) tuvieron ocasión de observar 503 casos de **fistulas** arteriovenosas traumáticas de las cuales el 13% estaban en la cabeza y cuello, el 11% en la extremidad **superior**, el 67% en la extremidad **interior** y el 3% en el tronco.

Fisiopatología.—Martorell expone el concepto de que la fistula arteriovenosa crea un sistema de vasos comunicantes en el cual, por la diferencia de presiones, la sangre tiende a pasar del **sistema** arterial al venoso, y que por lo tanto en el lugar de la comunicación se establece una especie de aspirador que deriva la sangre arterial hacia el sistema venoso. Piulachs (29) enfatiza sobre la diferencia que existe **entre el** circuito sanguíneo normal cuya sangre llega hasta la periferia y el circuito parásito de Holman en el cual la sangre regresa por la fistula. Se produce **según** él. en primer lugar, una hipovolemia relativa con una normovolemia absoluta. Esta hipovolemia provoca, después, un proceso de regeneración sanguínea dando lugar a una hipervolemia absoluta, con una normovolemia relativa. La hipervolemia **produce** un aumento «n el calibre de la arteria suprafistularia la cual además aumenta de grosor y se vuelve tortuosa, provocándose un aumento de la tensión **arterial** sistólica como consecuencia de la **hipervolemia** y una disminución de la tensión arterial **diastólica** por el paso de la sangre **al sistema** venoso. Así mismo se observa **hiperoscilometría** como lo hace **notar** Hughes (18). Esta hiperoscilometría ha sido comprobada **constantemente** por nosotros. En el caso N° 6, para el caso, la oscilometría en el muslo **fue** de 12.5. Por el contrario, la arteria infra-fistulosa disminuye de calibre estableciéndose una hipooscilometría. Como consecuencia de la sobrecarga del sistema venoso en el miembro afecto, se establecen várices y debido a la hipervolemia y la exagerada circulación colateral se observa el aumento de la temperatura local (32). La sangre venosa cercana a la región **fistularia** es lógicamente más rica en oxígeno y por ello la oximetría está aumentada y puede ser de gran valor en el **diagnóstico de fistulas** arteriovenosas, sobre todo congénitas. en las cuales este **diagnóstico** puede ofrecer dudas.

Conviene hacer hincapié con Piulachs (29), que el exceso de sangre que **sopporta** la arteria suprafistularia consecuencia de la hipervolemia, tiende a burlar **MI salida** por alguna parte, forzando las colaterales, que se hacen especialmente ricas, las que llevan por estas vías sangre a la arteria eferente. Según Gage (10) si la fistula es muy grande, pueden haber trastornos isquémicos inmediatos y hace ver en **que** una buena circulación colateral antes de la intervención no indica forzosamente que ésta continúa así después de aquella.

La hipervolemia ocasiona una dilatación del corazón derecho lo cual en ciertas ocasiones puede provocar congestión renal, hepática, o incluso ascitis, si **bien** todo este conjunto se observa más frecuentemente en las congénitas que en las adquiridas. Para Richter y Schieffers (18-30) la lesión es primero del corazón derecho por estasis, produciéndose posteriormente la estasis de! corazón izquierdo que **reacciona** primero por medio de la **hipertrofia** y. al final **por** una dilatación.

.Según Villalpando (33) por razones de estructura, el ventrículo derecho tolera bien elevaciones, incluso considerables, del volumen circulatorio; en cambio el

ventrículo izquierdo tolera mal los aumentos volumétricos; aunque éstos sean **discretos**, por el hecho de estar **constituido** como una cámara de expulsión. **Esto** explica según él, que lo predominante, sea la **insuficiencia cardíaca izquierda** en estos **casos**. **Los** portadores de fistulas arteriovenosas **pueden tener** con el tiempo dilataciones cardíacas con insuficiencia muy acentuada **que** pueden exigir el **tratamiento** quirúrgico de urgencia con el objeto de cerrar por uno u otro procedimiento la fistula arteriovenosa. **Según** ciertos autores, el índice de desfallecimiento cardíaco en estos paciente; es muy bajo. Shumaker **refiere** solo dos casos en un total de 185 pacientes con F.A.V. **Debakey** encuentra 3 casos entre 25 pacientes que tenían Fistula Arteriovenosa de 3. 12 y 27 años **respectivamente**, Elkin no tuvo ningún desfallecimiento cardíaco en 375 casos. No obstante el propio Elkin -encuentra aumento del área cardíaca y aumento de! volumen sanguíneo que él considera como desfallecimiento? cardíacos incipientes. (20).

En nuestros casos merece especial atención la producción de. insuficiencia cardíaca franca en dos casos (Los N° 3 y 4). Villalpando (33) recoge nuestra observación del N° 4 (15) como un caso particularmente extraordinario. Por otra parte, los casos ñ y 6 tuvieron animismo moderada repercusión cardíaca **aunque sin llegar** a la insuficiencia cardíaca desde el punto de vista clinico.

Existe habitualmente taquicardia y alteraciones de la tensión arterial. Con frecuencia existe una ligera disminución de la tensón sistólica con pequeña elevación de. la diastólica. Según Hughes y col. (18 después de la: formación de la fistula **Arteriovenosa**, se puede observar un descenso de la tensión arterial, tanto máxima como mínima y al aumentar el gasto cardíaco, tiende a normalizarse especialmente la sistólica. Asimismo hacen observar que inmediatamente después del **c'-erre** de la (fistula arteriovenosa se puede **observar** un aumento de la tensión arteria!, estableciéndose posterior monte un retorno a la tensón arterial normal con tendencia a ligera elevación de la diastólica. De acuerdo con nuestros casos, las alteraciones de la tensión arterial son por demás variables sí bien existe ligero predominio hacia la hipotensión. Más no queremos dejar de señalar sue en el caso N° 4 la hipotensión maxima llegó a 210 y que al hace* la ligadura de la arteria aferente bajó a 'o **normal**.

Por lo que se refiere a la presión venosa, según los **autores**, existe una tendencia primero al aumento sin que ello constituya un dato significativo y después de la reparación de la fistula esta presión venosa desciende inmediatamente. En nuestro caso N° 6, **que fue en** el único en el que se controló la presión venosa, esta era **preoperatoriamente** de, 265 mm. de agua y descendió después de la operación a 150 mm.

Sobre la significación de la bradicardia que se produce **al** cerrar la fistula arteriovenosa, signo observado por Nicoladoni, primero y después por Branham, hay **diversas** opiniones (3-4). **Lewis y Drury** manifestaron que se trata de una respuesta a través del vago ya que la **antropinización** la inhibía; creen que lo-, receptores 3e e te **reflejo** están situados en el arco aórtico y en el seno carotídeo mientras que Gage y Piulachs opinan que es la hipervolemia sanguínea la que provoca el aumento de la tensión en el sistema arterial viniendo a excitar los sistemas presoreceptoras del arco aórtico y del seno carotídeo. En nuestra breve experiencia el signo de Nicola-doni-Branham es de una **fidelidad** ahsoluta y en nuestro-, 6 casos su presencia fue ostensible y marcada.

TRATAMIENTO (2-4-9-14-22-26-27-28). Desde el punto de, vista ideal es lógico deducir que una fistula arteriovenosa debe ser tratada mediante la extirpación de la misma, con restitución de la continuidad tanto de la arteria como de la vena. Hasta los últimos años en que los procedimientos de la cirugía arterial reconstructiva se han abierto paso rápidamente, ésto casi nunca era posible ya que lo único que

se podía hacer era reconstruir la arteria mediante sutura término-terminal, lo que en general no era posible técnicamente. Sin embargo, actualmente mediante los injertos la situación ha cambiado considerablemente. Es evidente que la simple ligadura **cuádruple** con o sin resección de la fístula, **puede** resolver el problema, ya que las fístulas arteriovenosas por las razones fisiopatogénicas que hemos enumerado poseen una **irradiación** colateral amplísima que se establece aproximadamente después de dos meses de **establecida** la fístula. No obstante, pueden **existir** ciertos inconvenientes para esta ligadura cuádruple con o sin extirpación. Si se hace la ligadura cuádruple simple, **existe** la posibilidad de que la comunicación arteriovenosa, por lo menos en cierta **magnitud**, pueda **quedar** aún establecida a través del gran número de colaterales. La ligadura cuádruple seguida de extirpación de la comunicación elimina este peligro pero puede plantear **dos** problemas: a) que a pesar de la circulación colateral K produzca isquemia distal porque aquella no sea suficiente. Esto es probablemente lo que hubiera sucedido en nuestro caso N° 2. Las pruebas preoperatorias como la de Matas no siempre son concluyentes. b) Que sin establecerse una isquemia, que ponga en peligro la vida del miembro, exista un déficit circulatorio que provoque claudicación **Interin tente**. Autores como Hughes (18) que **tienen** enorme experiencia en la **guerra** de Corea, afirman que los procedimientos obliterantes provocan en el 30% de los casos, insuficiencia arterial al cabo de cierto tiempo y que en el 50% de los casos **esta** insuficiencia **se** observa al cabo de 5 años; por ello aconsejan hacer siempre la reconstrucción troncular arterial y a ser posible, la reparación venosa.

Por supuesto que el peligro de la isquemia depende de varios factores, entre ellos si la fístula se localiza, en vasos grandes o pequeños (4) o se asientan en **aquellos** que se consideran críticos, como las arterias femoral común y **poplítea**.

Desde el punto de vista histórico, en lo que se refiere a reconstrucción arterial de las fístulas arteriovenosas, Moulin (27) recuerda que Lexer fue el primero que en 1917 usó trasplantes venosos en el tratamiento de la fístula arteriovenosa y que **Rehn** los usó durante la primera **guerra** mundial por medio de los cuales, éste afirma **haber** obtenido hasta el 88.8% de éxitos. En cuanto al tipo de injerto, los **maternos** han ido evolucionando en estos últimos años y tras de haberse considerado que lo homoinjertos constituían el método ideal, parece existir una cierta tendencia a abandonarlos (8) **prefiriéndose** los venosos que tienen la ventaja de ser un material orgánico del **propio individuo**; que no actúa únicamente como un esqueleto para la futura reconstrucción arterial, sino que se incorpora **realmente** a los tejidos de los **pacientes** y que su disponibilidad es grande, puesto que cada enfermo es portador de sus **propios** injertos. En cuanto a los injertos plásticos, pueden aceptarse como una segunda posibilidad, caso **que** por cualquier motivo no sea aconsejable usar los venosos.

Nunca será suficiente insistir en no proceder a la ligadura simple de la arteria **aferente**, si bien el hacerlo, de momento puede crear una falsa idea de éxito **puesto** que **inmediatamente** se obtienen la desaparición del soplo, del thrill y la **restitución** de las cifras normales de pulso y de tensión arterial.

Siguiendo las enseñanzas de Martorell recordaremos, que la ligadura de la arteria aferente sola, suprime el pequeño caudal **hemático** que por vía trencillar pasa directamente a la porción arterial eferente y que además, la sangre que llega a esta última por vía colateral, es derivada casi en su totalidad por el aparato succionador que persiste a nivel de la fístula aún intacta; todo esto hace que la ligadura de la arteria aferente **provoque** casi siempre la gangrena del miembro. Malan (22) es **también** de la misma opinión y afirma que esto debe reservarse única y exclusivamente para casos extremos. Como recurso efectivamente extremo, procedimos nosotros a la **ligadura** de la arteria **subclavia** en el caso N° 4, conscientes del **pro-**

bable sacrificio del miembro y en un intento de detener la insuficiencia cardíaca de carácter gravísimo que presentaba el paciente.

La arteriografía postoperatoria **es discutible**; ciertos autores no la aconsejan y consideran que las pruebas termico-oscilométricas son suficientes para evaluar el resultado postoperatorio.

RESUMEN

Se presentan 6 casos **personales** de fistulas arteriovenosas; uno **congénito** y 5 traumáticas de los cuales sólo uno no ha sido intervenido aún quirúrgicamente. Se hace una revisión biográfica de los problemas relacionados con las alteraciones locales y generales que provocan las **fistulas**, haciendo hincapié muy especial monto en las repercusiones cardíacas y en las variaciones de pulso y de la tensión arterial en estos casos. Se hace asimismo un análisis del problema **terapéutico** en relación con los progresos de la moderna cirugía vascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALLEN-BARKER-HINES: Peripheral Vascular Diseases. W. B. Saunders. Philadelphia, p. 405 1956.
- 2.—AULONG, J. LAHITTE-DATCHARRY: A propos du traitement de 21 aneurysmes arteriels et arterioveineux posttraumatiques. Memoires de l'Academie de Chirurgie de Paris. 84:617:1958.
3. BILLING, D. M.; SHADLE, O. W.: Mechanism of reflex bradycardia which follows sudden closure of an arteriovenous fistula. Proceedings Society of Experimental Biology. 4:232:1959.
- 4.—BIKFÁLVI, A. WINTER: L. Arteriovenoser Aneurysma twischen Arterio Subclavia und Vena Anonyma. Thoraxchirurgie, 4:232:1959.
- 5.—BURCHELL, H. B.: Observations on Bradycardia produced by occlusion of an artery proximal to an arteriovenous fistula. (Nicoladoni-Branham sign). Medical Clinica of North America. 63:1029:1958.
- 6.—CASTRO FARINAS, E.; RIVERA LÓPEZ, R.: Fístulas arteriovenosas de la mano. Angiología 12:200:1980.
- 7.—CASTRO FARINAS, E.; RIVERA LÓPEZ, R.: Fístulas arteriovenosas de la mano por comunicación intraósea. Angiología 13:332:1961.
- 8.—DE WESE, J.; WOODS, W. D.; DOLÉ, W. A.: El fracaso de los homoinjertos como substitutos arteriales. Surgery 46:565:1959.
- 9.—FREITAS, J.; PUIG, A.; VASCONCELOS, B. M.; DE BRUM, O.; SILVA, SANTOS: Aneurisma arteriovenoso da região escapular. Angiopatias 1:313:1961.
- 10.—GAGE, I. M.: Arteriovenous Fistulas, Bulletin Tulane Medical Faculty. 17:77:1958.
11. GASPARINI, S.: Sobre un caso de aneurisma arteriovenoso asociado a hematoma pulsátil. Angiopatias. 2:224:1962.
- 12.—GASPARINI, S.; MAYALL, R. C.: Sobre un caso de fistula arteriovenosa femoral asociada a hematoma pulsátil. Angiología. 10:273:1958.
- 13.—GASPARINI FILHO, E.; MAYALL, R. C.: Sobre un caso de aneurisma cirsoide de la región frontal. Angiología. 13:327:1961.
- 14.—GASPARINI, S.; MAYALL, R. C.: Sobre un caso de aneurisma arteriovenoso traumático de la mano. Angiología. 14:187:1962.
- 15.—GOMEZ-MARQUEZ, J.: Fistula arteriovenosa con rápida descompensación cardíaca en un herido múltiple. Angiología. 12:579:1960.
- 16.—GUADAGNO, N.; PAVONE, M.; SASSO, M.; FREGOI, A. E.: Aneurisma cirsoide del cuero cabelludo. Giornali Italiano de Chirurgia. 17:641:1931.
- 17.—HUFNAGEL, C. A.; WALSCH, B. J.; CONRAD, P. W.: Iliac-caval arteriovenous fistula following operation for herniated disc. Angiology. 12:579:1961.
- 18.—HUGHES, C. W.; BOWERS, W. F.: Traumatic Lesions of Peripheral Vessels. Charles C. Thomas Publishers Springfield, Ill. 1961.
- 19.—HUGHES, C. W.; JAHNKE, Jr. E. J.: The surgery of traumatic arteriovenous fistulas and aneurysms. International Surgical Digest. 67:150:1959.
- 20.—KEELEY, J. L.; SCHAIRER, A. E.; PESEK, I. G.: Peripheral arterial aneurysms Surg. C.I.N.A.—40:97:1960.
- 21.—KREMEŠI, K.: Chirurgie der Arterien. Georg Thieme, Verlag. Stuttgart. 1959.
- 22.—MALAN, E.: Therapeutique des fistules arterioveineuses, Angiologie. 9:16:1957.
- 23.—MARTORELL, F.: Aneurisma cirsoide supraclavicular. Angiología. 15:11:1963.

- 24.—MARTORELL, F.; PALOTJ, J. **Klippel**: Trenaunay con comunicaciones arteriovenosa intraóseas de la V. vértebra lumbar. *Angiología*. 15:16:1962.
- 25.—MARTORELL, F.; PALOU, J.: Aneurismas cirsoídes por comunicación intraósea, *Angiotología*. 11:389:1959.
- 26.—MAHTESON, J. M.: Traumatic Arteriovenous Fistulas: Treatment and Results. *Journal Royal Arm. Medical Cor.* 240341:90:1958.
- 27.—MOULIN, D.; Pver de behandeling van het postraumatische aneurysma. *Ned. Milit. Gonnesk. Tidjascher.* 10:293:1957
- 28.—MUNOZ CARDONA, P.; GONZALEZ ALVAREZ, J.; SANZ FERNANDEZ, R.; ALFARO, E.; MOLERO, M.: Fístulas arteriovenosas traumáticas. *Angiología* 14:20:1962.
- 29.—PIULACHS, P.: Physiopathologie de, fistules arterioveineuses, *Angeilogie* 9:3: 1957
- 30.—RICHTER, W.; SCHIRIESFERS, K. H.: Früh und Spätergebnisse der operativen Behandlung traumatischer arteriovenoser Fisteln *Arztliche Wochenschrift* 290. 1938
- 31.—ROBERTSON, D. J.: Fístulas arteriovenosa congintas de las extremidades, *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 18:73:1956.
- 32.—STEVENSON, T. D.: Varicose Veins of the Lower extremity secondary to traumatic arteriovenosa fistula. Late resulta of war injuries. *Annales of Surgen*, 153:314:1931
- 33.—VILLALPANDO, J.; ESPINO VELA, J.; MURAD NETTO, S.; LAMUELS, J. S.; FERCER, G ; ARTEAGA, G.: Fístula arteriovenous traumática. Estudio Clínico y hemodinámico de 10 casos tratados quirúrgicamente. *Arch. Inst. Cardiología. México.* 31:596:1961.
- 34.—WEGRIA, R.; NAKANO, J.; McCIFF, J. Cé ROCHESTER, D. F.; BLUMENTHAL, M.; R. MURAVIEV, T : Effect of arteriovenous fistula on mean arterial blood pressure, coronary blood flow, cardiac output oxygen consumption, work and efficiency. *Journal of Physiology* 193:147:1958.
- 35.—WEINBERG, M.; STEIGER, Z; FELL, E, H.: Unusual congenital anomalies of the **arteriovenoua** system. *Surgical Clinics of North America.* 40:67:1963.

Tratamiento Incruento de Fracturas Supracondíleas del Húmero

DR. LUIS SAMRA*

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

CLASIFICACIÓN

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

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

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

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

ELECCIÓN DHL MOMENTO DE LA REDUCCIÓN

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

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



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

INMOVILIZACIÓN

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

TIEMPO DE INMOVILIZACIÓN

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

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

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CERRADO

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

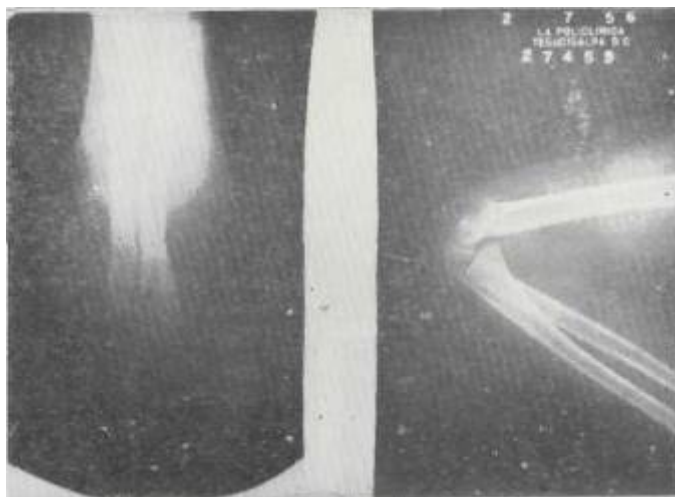


FIG- No- 2—Radiografía de control de paciente de la Fig. No. 1.

CONCLUSIONES

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

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

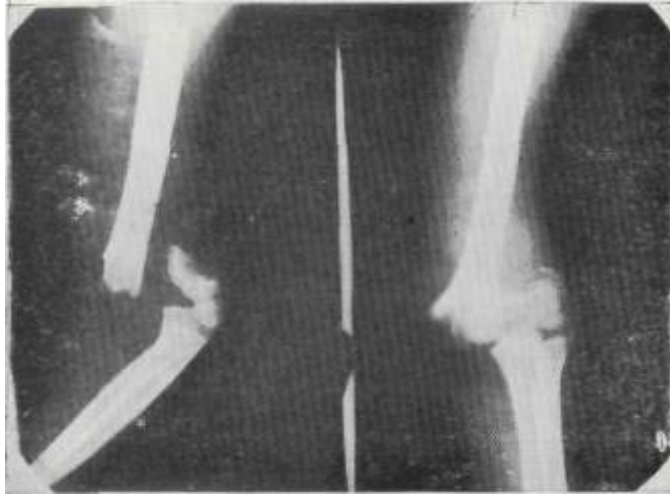


FIG- No- 3—Otro ejemplo da fractura supracondilea con gran desplazamiento «fe los fragmentos-

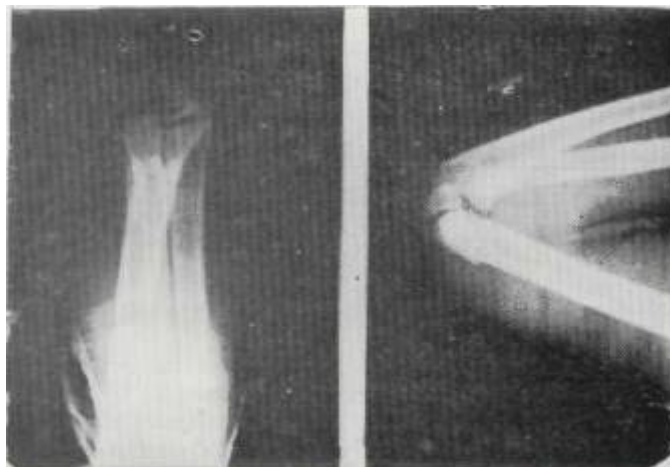


FIG. No- 4—Control, despues da la reducci3n **carrada**, de la **Fig. No. 3**.

R E F E R E N C I A S

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

PSIQUIATRÍA

La Relación Médico-Enfermo

Dr. MARIO MENDOZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sesiones de la A. M. H.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DR. JUSE RAMÓN DURON

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

SECCIÓN DE LAS PREGUNTAS

MICRO-HISTORIAS

A cargo del Dr. TITO H. CÁRCAMO

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

Nº 1.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

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

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

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

Nº 3.—¿Cuál sería la manifestación radiológica más característica?

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

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

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

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

N° 5.—¿Cuál es su diagnóstico?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N⁵¹ 12.—¿Cuál es su probable diagnóstico?

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

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

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

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

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

N^o 15.—Supongamos **que el diagnóstico** de coleditiasis fue establecido y se va a la intervención quirúrgica pero que una vez practicada ésta no se encuentran **pedras** en la vesícula. **¿Cuál** cree Ud. que sería en **definitiva el procedimiento** d ó⁷ de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLAVE DE CONTESTACIÓN A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

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

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

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

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

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

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

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

Di. Amelio Pinto-Ribeiro. (Angiopatías 2:138.19521.

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

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

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

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

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

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

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

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

S

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

EXTRACTOS DE REVISTAS

FIBRINOLISINA EN EL TRATAMIENTO DE TROMBOSIS ARTERIAL EN LOS INJERTOS ARTIFICIALES

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

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

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

Veinte injertos fueron colocados en **diez perros**, 24 horas después de la intervención quirúrgica los perros recibieron fibrinolisina intravenosa en dosis de 5.300 v 6.000 unidades por kilogramo de peso. Al segundo día post-operatorio los animales **Fueron** reoperados. es decir, después de 24 horas de la administración de la fibrinolisina y todas las artera **trombosadas intencionalmente seguían obstruidas** y por consiguiente, no pulsaban. Igual **experimento** **Be** h₇o con las arterias aorta, iliacas externas, con los mismos resultados.

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

Dr. Virgilio Banegas M.

TÉCNICA DE LA EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PARA LA PANCREATITIS RECURRENTE

(*The Technic of Pancreatic Duct Exploration for recurrent Pancreatitis*): Marshall K. B. Edwin L.C., Boston Mass.
The American Journal of Surgery, Vol. 105, No. 6, Pág. 755-758, 1963.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. J. Gómez-Márquez G.

PROBLEMAS ACTUALES EN LA HORMONO TERAPIA DEL CARCINOMA MAMARIO

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

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

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

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

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

Dr. J. Gómez-Márquez G.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO DEL ASMÁTICO

América Clínica, 42; 1963.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Ramiro Coello

LA CIBERNÉTICA EN LA CIENCIA MEDICINA ELECTRÓNICA

M. D. en español. I: 1963.

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

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

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

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

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

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

Di. Ramiro Coello

*"NUEVO MEDICAMENTO PARA EL TRATAMIENTO DE
SÍNDROMES VERTIGINOSOS*

MORA, E.

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

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

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

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

Dr. Enrique Aguilar-Paz

-PRUPHYLACTIC ANTIBIOTICS?"

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

459: 1963.

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

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

Dr. Enrique Enrique-Paz

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD HONDURESA DE MEDICINA INTERNA

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

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 1962-G3

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

DIRECTIVA BE LA ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA DE HONDURAS 198^83

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

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

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

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD HONDURENA DE GASTROENTEROLOGIA
1962-63

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

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

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

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA (1962-63)

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN PEDRIATICA HONDURENA (1962-G3)

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

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

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

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

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

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA — 1963 - 1963

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

SOCIO HONORARIO DR.

VICENTE MEJIA COLINDRES

SOCIOS RESIDENTES EN TEGUCIGALPA

DR. AÜUILAR PAZ, ENRIQDE	DR. IZAGUIRRE, GABRIEL
DR. AGUÍ LUZ B., ÓSCAR	DR. LAINEZ, HÉCTOR
DR. ALCERRO, J. NAPOLEÓN	DR. LEÓN GÓMEZ, ALFREDO
DR. ALONZO M., EDGARDO	DR. LOZANO, RAMIRO H.
DR. ANDONIE F., JUAN	DRA. MANNHEIM DE GÓMEZ, EYA
DR. ALVARADO S., FRANCISCO	DR. MARTÍNEZ ORDOÑEZ, JOSÉ
DR. ALVARADO L., RIGOBERTO	DR. MATUTE CAÑIZALES, EUGENIO
DR. BATRES, JULIO	DR. MEDAL, MARIO
DR. SALTODANO, FEDERICO	DR. MENDOZA, JOSÉ T.
DR. BANEGAS M., VIRGILIO	DR. MENCIA SALGADO, DANIEL
DR. BANDAÑA, CARLOS A.	DR. MIDENCE M., IGNACIO
DR. BOGRAN, NAPOLEÓN	DR. MUNGUÍA ALONZO, LUIS
DR. BUFISO, MANUEL	DR. MUNGUÍA ALONZO, SALOMÓN
DR. CACERES VIJIL, MANUEL	DR. MOLINA CASTRO, RAFAEL
DR. CALLEJAS, LUIS	DR. ODEH NASRALA, NICOLÁS
DR. CANAHUATI, SHIBLI M.	DR. OSORIO CONTRERAS, GILBERTO
DRA. CANALES 2., ZULEMA	DR. PEREIRA, J. RAMÓN
DR. CÁRCAMO, UTO H.	DR. PINEDA, CARLOS A.
DRA. CARDONA DE HERRERA, HENA	DR. REYES SOTO, JOAQUÍN
DR. CARRANZA, RENE	DR. RIERA H., AHKAHAM
DR. CASTILLO H., SELIM	DR. RIVERA, ÓSCAR ARMANDO
DR. CORRALES P., CORNELIO	DR. RIVERA h., IESUS
DR. CORRALES P., HERNÁN	DR. SAMRA, LUIS
DR. COELLO NUÑEZ, RAMIRO	DR. SARMIENTO, MANUEL
DR. CUEVA, J. ADÁN	DR. SEQUEIROS, MANUEL
DR. DAVILA, JOSÉ MANUEL	DR. TABORA, J. ELÍSEO
DR. DELGADO, CARLOS ANTONIO	DR. VALLECILLO, GASPAS
DR. DELGADO P., JUAN	DR. VALLECILLO, OCTAVIO
DR. DURON M., RAÚL	DR. VARGAS, ÁNGEL D.
DR. PARAJ, ELIAS	DR. VELASQUEZ L., ARMANDO
DR. FIALLOS, FEDERICO	DR. VILLAMUEVA, JORGE A.
DR. FIGUEROA R., RAMIRO	DR. ZAVALA C, OCTAVIO
DR. FLORES FIALLOS, ARMANDO	DR. ZEPEDA, J. ADÁN
DR. GÓMEZ MÁRQUEZ G., JOSÉ	DR. ZUNIGA, CESAR A.
DR. GUZMAN B., ALBERTO	DR. ZUNIGA L., ALEJANDRO
DR. HADDAD Q., JORGE	DR. ZUNIGA, SILVIO R.
	DR. ZUNIGA, ENRIQUE

SOCIOS RESIDENTES EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA

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

SOCIOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR DE LA REPÚBLICA

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

SOCIOS FALLECIDOS

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

DIRECTIVAS S. SOCIOS DIRECTIVA DK LA ASOCIACIÓN MEDICA SAMPEDRANA

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA CEIBESA

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

DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

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

TRIBUNAL DE HONOR

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

EMPLEO INTRAVENOSO DEL CLORODIAZEPOXIDO EN
EL SERVICIO DE URGENCIA

Son muy diversos los cuadros de emergencia que el *Diazepam* IG presentan en los servicios de urgencia de los hospitales. En estos servicios más que en ningún otro, es necesario hacer un diagnóstico rápido y establecer un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible para salvar la vida del enfermo y su dignidad, para tranquilizar al paciente, sobre todo cuando existe un cuadro de excitación o de agitación.

Teniendo en cuenta la rapidez de acción del *Librium*, según la experiencia de otros autores *Diazepam* utiliza este medicamento por vía intravenosa en 51 enfermos agitados atendidos en el servicio de urgencia del Hospital Knickerbocker, según la efectividad de los tratamientos «empicaron dosis de 50 a 100 mg. En 42 enfermos la dosis inicial fue de 50 mg que en 3 de ellos, fue seguida de una segunda inyección de 50 mg; en 9 enfermos la dosis inicial fue de 100 mg.

La edad de los enfermos oscilaba entre los 20 y 84 años. La agitación iba unida a infecciones generalizadas (gripe y neumonía) en 5 enfermos; en otros a enfermedades orgánicas dil cerebro, histeria, etc.

Para la valoración del efecto de *Librium* se consideró como resultado marcado cuando hubo una mejoría de los síntomas del 75%, y *ineficaz*, si los síntomas persistían a pesar del tratamiento.

En 39 enfermos (78%) se registró una marcada mejoría entre los 5 y 30 minutos después de administrar el *Librium*; en 3 de ellos la memoria fue perfecta. En 9 enfermos el resultado fue significativo y los 3 restantes *ineficaz* o no muy bueno efecto. En el cuadro siguiente figuran estos resultados con arreglo al diagnóstico:

El efecto más rápido se observó en los enfermos con reacción psicógena; mejoría dentro de los 10 minutos siguientes a la inyección de *Librium*. En todos los alcohólicos hubo mejoría, siendo posible darles el alta a las 1 ó 2 horas de la administración.

De los 3 enfermos que no respondieron al tratamiento, 1 fue hospitalizado por gripe, otro tenía insuficiencia cardíaca y el tercero jaqueca.

En 13 enfermos se presentó una ataxia leve que desapareció de manera espontánea en 12 de ellos, a los 15 ó 45 minutos. Un enfermo con historia de hiperventilación que quejó de vértigo además de la ataxia: el síndrome de hiperventilación desapareció por completo, pero la ansiedad sólo mejoró en un 50%.

Otro enfermo (Esquizofrenia) tuvo náuseas, sedación, descenso de la presión arterial con taquicardia, además de ligera acayia. Todos estos efectos desaparecieron a las 2 horas, quedando el enfermo tranquilo y alerta.

DIAGNÓSTICO	Número de enfermos	RESULTADO		
		Markado	Significativo	Ineficaz
Reacción a infección generalizada:				
Neumonía	1	1	1	1
Meningitis neumocócica	1		1	
Gripe	3	2		1
Reacción a enfermedad orgánica:				
Cardiovascular	2	1		1
Asma	3	3		
Diversas	5	3	1	1
Reacción al alcoholismo	7	6	1	
Reacción psiconeurótica:				
Reacción a traumatismo	4	3	1	
Reacción psicótica	6	3	3	
Agitación y confusión	7	6	1	
Histeria	8	7	1	
Reacción post-convulsiva	4	4		
TOTALES	51	39	8	3