

MEDICA HONDUREÑA

(2a. Época)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

	Página
DERMATOLOGÍA:	
<i>Dermatología en el Trópico Centroamericano. I. Lepra Manchada de Lucio Antimaláricos en Reacción Leprosa.—Por el Dr. Hernán Corrales Padilla</i>	129
<i>El Micetoma en Honduras.—Dr. Eduardo Fernández.....</i>	136
ONCOLOGÍA:	
<i>Melanoma maligno en el Albino.—Dr. Raúl Duran</i>	149
OBSTETRICIA:	
<i>Aborto - Factores Médico Sociales.—Dr. Elías Faraj R. y Dr. Rene Carranza.....</i>	757
PSIQUIATRÍA:	
<i>Conceptos Psicodinámicos del Alcoholismo.—Dr. Francisco León Gómez</i>	164
SECCIÓN ANATOMOCLINICA:	
<i>Presentación de un Caso de Enfermedad Poliquistica del Hígado. Dr. Virgilio Cardona López.....</i>	767
SECCIÓN CLÍNICA:	
<i>La Arteriografía como posible causa de Error Diagnóstico. A propósito de un caso de Reconstrucción Arterial. — Dr. José Gómez-Márquez G.....</i>	170
<i>¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?—Dr. Jorge Rivera</i>	176
<i>EXTRACTOS DE REVISTA.....</i>	178
<i>PREGUNTAS Y RESPUESTAS.....</i>	185
<i>SECCIÓN DE LAS PREGUNTAS.....</i>	790
<i>CALENDARIOS DE CONGRESOS</i>	193
<i>DIRECTIVAS DE SOCIEDADES.....</i>	196
<i>NOMINA DE MIEMBROS DEL COLEGIO MEDICO</i>	799
<i>ÍNDICE DE ANUNCIANTES</i>	XL

MEDICA HONDUREÑA

(2a Época)

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Director: Dr. José Gómez-Márquez G.

Secretario:
Dr. Antonio Bermúdez Milla

Administrador:
Dr. Francisco Alvarado S.

Editores:

Dr. Jorge Haddad Quiñónez

Dr. Augusto Rivera Cáceres

Dr. Tito H. Cárcamo

Dr. Silvio R. Zúñiga

Dr. Jorge Rivera

Dr. Elías Faraj

Dr. Alfredo León Gómez

DERMATOLOGÍA

DERMATOLOGÍA EN EL TRÓPICO CENTROAMERICANO

I

LEPRA MANCHADA DE LUCIO

ANTIMALARIOOS EN REACCIÓN LEPROSA

Dr. *HERNÁN CORRALES PADILLA**

No nos detendremos a consignar los factores geográficos que, en su más amplio significado, condicionan en buena parte enfermedades de la piel que prevalecen en esta región. Pardo Castello¹, Schimidt², Cañizares³ y otros, han tratado con propiedad el tema y han puntualizado factores tales como situación geográfica, clima y vegetación, raza, altitud, etc.

Correlacionando los datos de diversas clínicas de Centroamérica, encontramos que las enfermedades de la piel más comúnmente observadas son; Dermatitis de contacto, Tinea (todos los tipos), Ulceras de las piernas (todos los tipos), Permatitis

* Jefe del Departamento, de Dermatología del Hospital General San Felipe, Profesor de Dermatología.

solares, Tuberculosis cutánea, Dermatitis atópica, Acné Vulgaris, Vitíligo, Impétigo, Prurigo.

Si bien es cierto que en Centroamérica no hemos alcanzado tal grado de industrialización, que produjere Dermatitis de contacto vinculada a la industria en alto porcentaje, sí tenemos una fuente no menos importante de Dermatitis de contacto, cual es la automedicación que los pacientes realizan, en virtud de la práctica nociva de vender medicamentos sin prescripción médica.

Las formas más comunes de erupciones por luz, son el prurigo solar, que en algunos casos avanzados llega a condicionar una facies de aspecto hanseniano. Los eritemas pelagroides son corrientes. Con frecuencia observamos máculas hipopigmentadas en caras externas de brazos y dorsales de antebrazos que a veces revelan discretas prominencias foliculares que aparecen en indudable conexión con exposiciones a la luz solar, especialmente en mujeres. Con Schmidt nos hemos referido a tales máculas designándolas como "acromías actínicas maculares".⁴⁵

Watkins⁶ en La Florida, Estados Unidos de América, da también especial atención a este cuadro cuando dice: "Los pacientes que demandan más atención, sin embargo, son aquellos con acromías actínicas maculares, una afección común en el Caribe y en las tierras bajas de la costa. Este complejo fue descrito independientemente por Corrales Padilla y Schmidt". Posteriormente se ha referido a este cuadro Flores⁷ en el Perú, relacionándolo con carencia de complejo B.

En nuestro medio es probable que el parasitismo intestinal y los focos infecciosos sean factores coadyuvantes en la etiología de las dermatitis solares.

Por otra parte, hay en América cierto número de enfermedades que son endémicas en el continente y además, han alcanzado características propias. En este aspecto deseamos referirnos a la "Lepra manchada" que se considera peculiar de México. En Centro América ha sido descrita por Romero⁸ y ⁹ colaboradores y en Honduras fue informada por nosotros en 1962. Se trata de la Lepra Lepramatososa difusa (Lucio), cuyos episodios agudos a los que Latapí llamó Fenómeno de Lucio, tienen como sustrato anatómico una capilaritis necrotizante aguda y múltiple.

En México tiene una distribución geográfica especial y parece que prevalece en la costa occidental, en los Estados de Sinaloa y Sonora; en estos Estados sería más frecuente que la Lepra Lepramatososa ordinaria y en Colima alcanzaría igual porcentaje que las formas diferentes a la de Lucio.

La paciente de quien damos información, muestra claramente la sintomato-logía que consigna Latapí y Colaboradores al identificar esta forma de lepra.

P. R. M., de 32 años de edad (Expediente N° 15704/58) del Servicio de Dermatología de Mujeres del Hospital General de Tegucigalpa, ingresa el año de 1956, época en que se hizo diagnóstico de "Lepra Lepramatososa", procede de El Progreso, Departamento de Yoro y es natural de Langue, Departamento de Valle, en donde con toda seguridad adquirió la enfermedad, pues este último sitio constituye un foco muy conocido de lepra y allí vivió hasta hace pocos años.

Resumimos a continuación los datos más importantes:

La paciente muestra una infiltración cutánea difusa, generalizada con cara redondeada, notoria anhidrosis, alopecia progresiva y discreta de cejas y pestañas. Experimenta adormecimientos, sobre todo en manos y pies; la leprominoreacción fue negativa y la basiloscopía de flujo nasal positiva. La estructura histológica, característica de lepra lepramatososa con numerosos bacilos-Año y medio después, sobrevinieron brotes recidivantes de elementos de color rojo oscuro, masivos en los miembros, pero sin respetar el tronco y aun la cara;



Fig. 1.—Lepra lepromatosa difusa. Aspecto «desinflado» de la cara en paciente que presentó primero apariencia «suculenta»



Fig 2.—Se advierten cicatrices hipocrómicas consecutivas a la capilaritis necrotizante

tamaño de 1 cm. aproximadamente, triangulares y poligonales que se necrozaban dejando pequeñas ulceraciones a veces como cortadas a pico y aun ampollas que al romperse dejaban también ulceraciones y que al fin de su evolución, de 10 a 20 días, dejaron cicatrices blanquecinas con un halo suavemente hiperpigmentado. Algunos de los brotes fueron claramente ampollares y a veces se observaron nódulos chicos sobre los cuales se presentó el eritema. El estudio histológico de estos elementos mostró trombosis de arteriolas terminales de la dermis y necrosis de capilares.

El estado general se afectó con los brotes, experimentando dolor de cuerpo, escalofríos, fiebre y a veces leve disfonía. La paciente reveló también un estado de emotividad que la llevaba al llanto frecuente y a largos períodos melancólicos.

La descripción anterior corresponde claramente al de un caso de "Lepra de Lucio" o Lepramatosis difusa con fenómeno de Lucio (Angeítis necrozante). Este último debe considerarse como el tipo especial de reacción leprosa de aquella forma clínica que fuera expuesta por Lucio y Alvarado¹⁰ en 1852 e identificada en 1938 por Latapí¹¹, cuya escuela ha hecho importantes aportaciones al tema, habiendo descrito el cuadro histológico del Fenómeno de Lucio, demostrando que en la fase de eritema hay una inflamación aguda con dilataciones y necrosis de capilares; necrosis que abarca la dermoepidermis con desprendimiento de hileras epiteliales; encontrándose en las ampollas, cuando existen, necrosis y líquido hemorrágico y aún proceso marginal inflamatorio.

De acuerdo con Latapí¹², debe interpretarse esta forma de reacción leprosa peculiar, como el resultado de una sinergia microbiana con reacción tipo Sanarelli-Schwartzman.

La paciente mejoró con tratamiento a sulfonas, desinfiltrándose y adquiriendo aspecto arrugado en la cara y aún en todo el cuerpo; podríamos decir que ha envejecido y en definitiva ha adquirido aspecto "desinflado". Posteriormente esta paciente ha tenido brotes de eritema nudoso que han obligado a frecuentes suspensiones del tratamiento y que controlamos con aspirina y antimaláricos, habiendo obtenido resultados que juzgamos como satisfactorios, con Triquin (combinación de tres antimaláricos).

Ensayamos este medicamento en varios casos más con reacción leprosa, basándonos en la experiencia obtenida con la Cloroquina en proceso reaccional de enfermos de lepra, por los dermatólogos del Hospital San Luis de París. En 1955 González Prendes y Colaboradores¹³, informaron 25 casos de lepra en estado reaccional tratados con Atebrina a la dosis de 300 mgs. diarios durante 7 días. Los resultados fueron manifiestamente favorables.

En 1957 Merklen y Riou¹⁴ publicaron 14 casos tratados con dosis hasta de 600 mgs. de Nivaquina por vía oral por periodos prolongados hasta por 14 días. Se han informado otros casos aislados en los que la Gloraquina ha revelado ser eficaz en el tratamiento de la reacción leprosa. Germain (cit. por Mocotela)¹⁵ informó 20 casos de enfermos de lepra en reacción (la que sobrevino durante el tratamiento sulfónico, en 12 de ellos) y en los cuales el tratamiento con Gloraquina fue útil, excepto en uno. Nosotros hemos empleado un triple antimalárico en la paciente que hemos informado y en cinco casos más de lepra lepramatosa con reacción a las sulfonas; habiendo observado únicamente un moderado trastorno digestivo en uno de ellos; la dosis empleada es de tres comprimidos diarios por períodos de 10 y 15 días. Disminuimos la dosis gradualmente de acuerdo con la respuesta del paciente. El compuesto es el Triquin de laboratorios Winthrop que contiene:

Clorhidrato de quinacrina	25 mgs.
Fosfato de cloroquina.....	65 „
Sulfato de hidroxicloroquina	50 „

CONSIDERACIONES:

El fenómeno de Lucio tiene una distribución geográfica muy restringida. Pocos casos han sido descritos fuera de México y en Centroamérica solamente ha sido informado por Romero en Costa Rica. Doull¹⁶ no encontró ningún caso en Filipinas, en donde se han realizado exámenes masivos en ciertas comunidades.

En contra de un factor racial condicionante en esta forma de lepra, podemos aducir que Arnold y Sloan¹⁷ han informado un caso probable en una mujer portuguesa en Hawaii y Derbes¹⁸ y colaboradores, otro caso¹ en un paciente negro de Louisiana.

La lepra difusa con fenómeno de Lucio ha sido reconocida pues desde hace muchos años y constituye una variedad de una enfermedad muy conocida y sin embargo la verdadera causa del fenómeno de Lucio no se ha dilucidado totalmente. Quizá haya un factor ambiental condicionante en esta forma de lepra que hoy informamos nosotros en Honduras. Tanto en las reacciones a las sulfonas que ha presentado nuestro paciente como en cinco más, hemos empleado un triple antimalárico que resultó muy aceptable.

RESUMEN:

La distribución geográfica de la lepra de Lucio es muy restringida y muy pocas veces ha sido informada fuera de México. Lo fue en Costa Rica por Romero y Colaboradores en 1949. Informamos el primer caso observado en Honduras, que dimos a conocer en nuestro país en 1962 de lepra de Lucio o "Lepranosis Difusa". El fenómeno de Lucio (Angeftis Necrotizante) debe considerarse como el tipo especial de reacción leprosa de aquella forma clínica expuesta por Lucio y Alvarado en 1852 e identificada por Latapí en 1938.

Se informan los resultados más o menos satisfactorios con el uso de un triple antimalárico en el control de la reacción leprosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. PARDO CASTELLO, V.: Dermatoses of the Americas, *Dermat. Trop.* 2: 55-60, 1963.
2. SCHMIDT, F. R.: *Clinical Selections in Dermatology and Mycology*, Springfield, U. S. A. Charles C. Thomas, 1956.
3. CAÑIZARES, O.: *Geographich Dermatology: México and Central America*, *Arch. Derm.* 82: 870, 1960.
4. CORRALES PADILLA, H.: Lucitis en Honduras, *Arch. Arg. Derm.* 3: 227, 1954.
5. CORRALES PADILLA, H.: Sunlight and skin Diseases in the tropics, *Clinical Selections in Dermatology and Mycology*, Springfield, U.S.A. Charles C. Thomas, 1956, p. 402.
6. WATKINS, D. B.: Pityriasis alba: a form of atopic Dermatitis, *Arch. Derm.* 83: 915, 1961.
7. FLORES, L.: Regional Depigmentation caused by avitaminosis «B». *Excerpta Medica. International Congress series N° 52 XII International Congress of Dermatology*. Washington, D. C, U.S.A. September, 1962.
8. ROMERO, A.; IBARRA, A. B. and FALLAS, M.: Clinical Study of Lepromatous leprosy in Costa Rica, *Internat. J. Leprosy*, 17: 27, 1949.
9. ROMERO, A.: Lerosy: Syntomatology, diagnosis and treatment, *Clinical Selections in Dermatology and Mycology*, Springfield, U.S.A. Charles C. Thomas, 1956. P. 204.
10. LUCIO, R.; ALVARADO, I.: Opúsculo sobre el mal de San Lázaro o Elfanciasis de los griegos, México. M. Murgía y Cía., 1852.
11. LATAPI, F.: Manifestaciones agudas de la lepra. *Rev. Med.*, 18: 526, 1938.
12. LATAPI, F.; and CHEVEZ ZAMORA A.: The Spotted leprosy of Lucio (la lepra «manchada» de Lucio) an introduction to its clinical and histological study, *Internat. J. Leprosy*, 16: 421, 1948.

13. GONZÁLEZ PRENDES, M. A.; VALHUERDI, C. y COUZ BAEZ, R.: La atebрина en el tratamiento de la reacción leprótica. *Rev. Derm. Sif. Cub.* 11: 10, 1955.
14. MERKLEN, F. P. y RIOU, M.: La Chloroquine dans le traitement des poussés reactionales hanseniennes, *Presse Med.*, 66: 984, 1958.
15. MACOTELA, E.: Reacción Leprosa, su tratamiento con Clorquinas. *Dermatología Rev. Mex.* 3: 238, 1959.
16. DOULL, J. A.: Two puzzles in Tropical Dermatology: Spotted leprosy of Lucio and Brazilian Penfigus. *Dermat. Trop.* 2: 55, 1963.
17. ARNOLD, H. L. Jr., and SLOAN, N. R.: Lucio's spotted leprosy (diffuse lepromatous leprosy of México): Report of a case in Hawaii, *Internat. J. Leprosy.* 19: 23, 1951.
18. DERBES, V. J.; SAMUELS, M.; WILLIAMS, O. P.; and WALSH, J. J.: The Lucio form of diffuse leprosy. Case in a Louisiana negro, *A. M. A. Arch. Derm.* 81: 210, 1960.

EL MICETOMA EN HONDURAS

Dr. EDUARDO FERNANDEZ h*

En Honduras, como en la mayor parte de países latinoamericanos, las enfermedades causadas por hongos han adquirido mucha importancia, en especial las llamadas Micosis Profundas, tanto por su frecuencia relativamente grande, como por su tratamiento y por su alta incidencia especialmente en las masas campesinas, que son sin lugar a dudas las más afectadas, por la clase de trabajo que desempeñan.

En nuestro país, prácticamente se han encontrado casi todas las micosis profundas, la última de ellas, la Blastomicosis Suramericana o Enfermedad de Lutz-Splendore de Almeida, fue informada por nosotros en 1961 durante el III Congreso C. A. de Dermatología. Pero indudablemente, de las micosis profundas que más problemas representan, por su frecuencia y sus peligrosas localizaciones toraco-pulmo-nares, su resistencia al tratamiento, cronicidad, etc., son los Micetomas, cuya importancia es grande en todo el ámbito centroamericano.

La Escuela Dermatológica Mexicana, con Latapí (1), González Ochoa, Lavalle, Romo Diez, Novales y otros colaboradores, han hecho notables contribuciones al estudio del Micetoma, especialmente desde el punto de vista del tratamiento.

De esta manera, presentamos nuestra contribución al estudio del Micetoma, que está basado en nuestra experiencia con pacientes observados y estudiados en el Servicio de Dermatología del Hospital General San Felipe, de Tegucigalpa, desde 1958 hasta 1964.

Micetoma es un término usado desde muy antiguo y que fue creado por Vandyke Cáster, aproximadamente en 1860 y que significa de una manera general "tumor causado por hongos", dicho tumor va acompañado de crecimiento de la zona afectada y la formación de trayectos fistulosos con secreción seropurulenta, de aspecto sumamente característico, por lo cual en la mayor parte de casos, el diagnóstico clínico es relativamente fácil. También ha sido ya descrita su insidiosa cronicidad, lo mismo que la tendencia que tienen de empezar superficialmente y luego la invasión lenta a planos profundos, aponeurosis, músculos, tendones, huesos, etc., causando de esta manera las conocidas lesiones destructivas. Entre nosotros hay una forma especial, que se observa con frecuencia, desgraciadamente, y que ya ha sido

* Jefe del Servicio de Dermatología Hombres, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, D. C. Honduras, C. A. Profesor Titular de Patología Tropical de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras. Profesor adjunto de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Honduras. Director Ad-Honorem de la Campaña Contra la Lepra de Honduras,

estudiada en México y es la forma Toracopulmonar, cuyas lesiones iniciales se encuentran en el dorso o en la cara anterior del tórax y que luego invaden planos profundos, costillas, cartílagos, pleura, pulmón, pudiendo también invadir los cuerpos vertebrales y la médula espinal, causando de este modo severas lesiones irreversibles al sistema nervioso y la muerte. Desgraciadamente como dije, esta es una de las formas observadas con más frecuencia por nosotros y 2 de los pacientes murieron a pesar de todos nuestros esfuerzos, con invasión avanzada al sistema nervioso espinal.

Desde hace 'algún tiempo habíamos englobado con el término de Nocardiosis a todos los micetomas producidos por las Nocardias, pero según la autorizada opinión de González Ochoa (2) hay mucha diferencia entre las Nocardiosis y los micetomas actinomicóticos producidos por actinomicetos aerobios, ya que son diferentes según el punto de vista clínico, patológico, etiológico y terapéutico; para él únicamente debe designarse con este término a la enfermedad granulomatosa de los pulmones, meningoencefalo y tejidos blandos producida por Nocardia asteroides, la cual morfológicamente presenta elementos bacilares o filamentos cortos, ramificados, ácido resistentes; mientras que el micetoma actinomicótico se caracteriza por fistulas y es causado por Nocardia brasiliensis y hongos del género Streptomyces, que adoptan la morfología del gránulo actinomicótico. Esto indudablemente hace un poco más complicada la ya difícil terminología micológica, especialmente para los no familiarizados con ella, por lo que si ambas entidades son causadas por Nocardias aunque de diferentes especies, no veo la dificultad para que los dermatólogos sigan pleando el término de Nocardiasis, para designarlas, ya que es un término muy generalizado por el uso, haciendo siempre la salvedad hecha por González Ochoa.

También sabemos que el Actinomicetes Israelí, que es el actinomiceto anaerobio, de una manera teórica debería ser incluido como causante de micetomas actinomicóticos (forma cervice-facial, torácica o abdominal), pero todos están de acuerdo en que desde el punto de vista práctico deben ser excluidos de los micetomas propiamente dichos; las actinomicosis son poco frecuentes en nuestro medio.

En nuestro estudio de 25 pacientes, hemos también comprobado' que la gran mayoría de casos fueron causados por Nocardia brasiliensis (99%) y un solo caso por Nocardia asteroides, habiendo sido hecha la comprobación por la Dra. Campbell del laboratorio del Hospital Walter Reed de Washington. Este caso, además de ser el primer micetoma informado en Centro América causado por Nocardia asteroides, va a ser objeto después, de un trabajo especial, ya que fue sometido a una extensa intervención quirúrgica (pneumectomía, resección de costillas y cartílagos costales invadidos) al mismo tiempo que se hacía el tratamiento con sulfas de acción prolongada, habiendo sido el resultado un éxito completo, ya que 2 años después el paciente se encuentra clínicamente curado. Es la primera vez que en Centro América se usa esta cirugía radical en un paciente de esta clase (Micetoma Toracopulmonar). En México, el Dr. Romo Diez (3-4) presentó ante el III Congreso Ibero-latinoamericano de Dermatología un interesante trabajo sobre lesiones óseas por micosis profundas y su tratamiento quirúrgico, pero no he podido encontrar que se haya hecho este tipo de cirugía en un paciente con micetoma toraco-pulmonar avanzado. Deseo adelantar que decidimos este tipo¹ de cirugía en este paciente en particular, porque la Nocardia asteroides se había vuelto resistente a las sulfonas y sulfas y en vista de que el paciente empeoraba gradualmente y que el proceso se tornaba más invasivo y amenazaba de muerte a nuestro enfermo, fue que decidimos intentar como último recurso el tratamiento radical, con el éxito apuntado más arriba, ya que todos los controles radiológicos verificados hasta la fecha, demuestran un completo control, del proceso, no habiendo tampoco podido detectar la Nocardia por cultivos, ya que todos los trayectos fistulosos se cerraron completamente. Sabemos, que el procedimiento quirúrgico en este paciente en particular, será objeto de críticas, pero precisamente de eso se trata, de presentar la experiencia de cada uno, enseñando lo bueno y lo

malo y aunque sólo se trata de un caso, me parece que en vista del éxito que obtuvimos y de lo desesperante que resulta casi siempre el tratamiento médico de este tipo de micetomas y cuando haya resistencia comprobada a las drogas, poder recurrir a la cirugía amplia ya que no se le puede ofrecer otra cosa al paciente, antes que permanecer desvalido asistiendo a la invasión de las vértebras y médula espinal con los resultados de todos conocidos.

Etiología: Refiriéndonos en especial a los casos observados por nosotros, diré que el factor más importante fue *Nocardia brasiliensis*, hecho también confirmado por los dermatólogos mexicanos (5) (6). No hemos tenido hasta el presente ningún caso causado por hongos del género *Streptomyces*, ni *Cephalosporium* o *Monosporium* y un solo caso hasta el presente cuya causa etiológica fue *Nocardia asteroides*. Sin embargo, nos parece que para fines más demostrativos el siguiente cuadro abarca los factores etiológicos más importantes de los micetomas:

		maduras
	G. <i>Streptomyces</i>	pelletieri
Actinomicótico		somaliensis
	G. <i>Nocardia</i>	íparagueyensis
Micetomax		brasiliensis
	G. <i>Cephalosporium</i>	asteroides
Mvladuromicótico		
	G. <i>Monosporium</i>	

Esquema de los factores etiológicos más importantes del Micetoma

En nuestros casos por *Nocardia brasiliensis*, obtuvimos, después de sembrar el material secretante de los procesos fistulosos en medio corriente de Sabouraud glucosado al 2% incubado a temperatura ambiente, el típico cultivo que aparenta una "palomita de maíz", de superficie cerebriforme, de color amarillento a anaranjado, con característico olor a tierra. De este material, solamente una cepa le fue enviada a la Dra. Campbell, del Laboratorio del Hospital Walter Reed de Washington, debido a su resistencia a las sulfa drogas, habiendo sido comprobada por ella que se trataba de una *Nocardia asteroides*.

Formas clínicas: han sido ya tan descritas magistralmente, que no creemos necesario repetir aquí dichos cuadros tan conocidos de los dermatólogos, sí diré que en nuestro medio, la forma conocida con el nombre de Pie de Madura es relativamente rara, siendo en nuestra estadística la localización toraco-pulmonar la más frecuente, con sus peligrosas invasiones a pleura, pulmón y cuerpos vertebrales. También las formas clínicas con tendencia a invadir huesos, en especial de los miembros las observamos y un caso solo de una rara localización inguino crural, fue encontrada en nuestro grupo de pacientes.

Anatomía Patológica. En algunos de nuestros pacientes, encontramos la imagen anatomo-patológica típica; esto es, microabsceso en cuyo centro se haya el grano lobulado (Foto N° 2), rodeado de células gigantes y células epitelioides. En algunos casos, el patólogo no pudo encontrar el granulo y solamente el conocido infiltrado tuberculoide (7). De todas maneras sabemos que el estudio¹ histopatológico no es diagnóstico, sino que sirve para orientar el diagnóstico, el cual es completado de una manera terminante por el cultivo del hongo.

Tratamiento: De todos es conocido la rebeldía y la cronicidad de los micetomas, su lenta pero sistemática invasión a los planos profundos ante la expectación desesperada de los que manejamos esta clase de pacientes. Es aquí donde la Escuela Dermatológica Mexicana, con el Profesor Latapí (1) a la cabeza ha hecho grandes contribuciones al tratamiento de estas micopatías. En 1947 inicia Latapí (8) la terapéutica de los micetomas nocardíasicos con las sulfonas, que hasta entonces se habían usado para el tratamiento de la lepra, y usando sus propias palabras, se le ocurrió la idea de usar estas drogas, por el parentesco tan cercano que había entre los agentes causantes del micetoma y el *Mycobacterium leprae*; fueron usadas inicialmente el Promin y la Disona y luego la 4-4 diamino-difenil-sulfona, obteniendo buenos resultados y curaciones clínicas en la mayor parte de pacientes tratados, el tratamiento era largo y lentas las recuperaciones, pero se lograron detener la gran mayoría de las intervenciones radicales como la amputación de miembros en los micetomas de las extremidades. También introdujo a partir de 1952, la isoniazida y posteriormente la dihidroestreptomocina, que a no dudar poseen un efecto muy favorable en el tratamiento de los micetomas nocardíasicos.

Personalmente tengo muy poca experiencia en el tratamiento de los micetomas nocardíasicos con las sulfonas y no es porque no los he deseado emplear, ya que estoy plenamente convencido de su efectividad, sino que a partir de 1958 en que inicié el estudio de estos pacientes, ya se hablaba de la acción benéfica que ejercían las sulfa drogas sobre los micetomas y entonces decidimos usarlas en el tratamiento de nuestros enfermos. Usamos especialmente la sulfadiazina a la dosis de 4 grs. diarios, durante largos períodos de tiempo, obteniendo en la gran mayoría de casos la detención del proceso y la *curación clínica*. En vista de los excelentes resultados obtenidos, posteriormente hemos estado usando las sulfas de eliminación prolongada (Sulfametoxipiridazina), con tan buenos resultados, que prácticamente hemos abandonado todo otro género de tratamiento, excepto en los casos que presentan sensibilidad a esta droga.

Últimamente se está experimentando la droga "Ro-4-4393, que es un sulfamídico de eliminación lenta y que se administra a la dosis de 1 Gr. por semana, en el tratamiento de los Micetomas nocardíasicos, por autores mexicanos (9) y brasileños, con resultados bastante halagadores; lo que viene a agregar un arma más en la lucha contra estas crónicas e insidiosas micopatías. Personalmente no tenemos experiencia con esta nueva droga, pero tenemos la intención de iniciar trabajos en el futuro en este sentido, lo cual será objeto de una comunicación posterior.

Los resultados con el uso de estas sulfas de eliminación prolongada son realmente sorprendentes en corto plazo, habiendo además la comodidad de su administración ya que inicialmente damos dos tabletas (1 gramo) y luego 0.50¹ gr. cada 12 horas hasta obtener la mejoría del paciente, disminuyendo luego la dosis a 0.50 gr. cada día y luego tres o dos tabletas por semana; naturalmente que tenemos que continuar el control de los pacientes, ya que la curación que se obtiene es clínica y no bacteriológica, pues tenemos la experiencia de que si descontinuamos el tratamiento, las recidivas no se hacen esperar y son más difíciles de controlar que la infección original. Este tipo de drogas hasta el momento no nos han producido intolerancias serias y no hemos tenido que detener ningún tratamiento hasta el presente; de manera que según nuestra experiencia las sulfas de eliminación prolongada son por el momento las drogas de elección en el tratamiento de los micetomas nocardíasicos, sin por esto menospreciar las otras drogas antes mencionadas que indudablemente tienen un lugar ya definitivo en la terapéutica de los micetomas de este tipo. En cuanto al tratamiento quirúrgico radical, sólo se reserva para los casos de micetoma de los miembros, en los cuales hay destrucción avanzada y no existen posibilidades de recuperación con tratamiento¹, médico, lo cual dichosamente va siendo cada día más raro, ya que estos pacientes poco a poco van consultando más a menudo al

dermatólogo, en vez de hacerlo como antiguamente, en los servicio de cirugía, cuando ya no había más que hacer que la amputación. Algunos autores han hecho en nocardiasis de tejidos blandos, extirpación completa de la lesión seguida de injertos, que a menudo resulta en recidiva de la lesión, creo que esto en la actualidad es más factible, combinando dicho tratamiento con cualquiera de las drogas antes mencionadas.

En este punto quiero referirme al caso mencionado más arriba, el cual será objeto de una comunicación especial, del éxito obtenido por nosotros en un micetoma toraco-pulmonar por *Nocardia* asteroide resistente a sulfonas y sulfo-drogas, al cual le fue practicada pneumectomía y resección de costillas invadidas combinado dicho tratamiento con terapia intensiva a base de sulfas de eliminación prolongada, lo cual resulta en una curación clínica, que aún se mantiene dos años después, comprobada con controles radiológicos y micológicos periódicos. Este, aunque se trate de un solo caso, nos hace pensar en la posibilidad de un nuevo campo y algo más que ofrecerle a los pacientes con micetomas de este tipo muy avanzados, en los cuales fracasó el tratamiento médico.

Estamos seguros que actualmente y con el interés que ha despertado el estudio de las micosis profundas, no está lejano el día en que se encontrará una nueva droga o drogas, que vendrán a resolver el difícil problema del tratamiento de estas rebeldes afecciones, ofreciéndole al paciente, no solamente su curación clínica, sino que su curación bacteriológica definitiva.

INFORME DE NUESTROS CASOS

Los pacientes estudiados por nosotros, son en número de 25, en un lapso de tiempo de 6 años, comprendidos entre 1958 y 1964, todos del Servicio de Dermatología del Hospital General San Felipe, de la ciudad de Tegucigalpa, D. C, capital de Honduras.

Origen. Todos los pacientes, comprendidos en este estudio, procedían de las zonas rurales. Por esto podemos apreciar, que en realidad no hay una zona que pudiéramos llamar endémica si no que los pacientes procedieron de todos los rumbos del país. Deseo advertir que esto no es en manera alguna concluyente, ya que es necesario poder obtener mayor números de casos, para en realidad poder tener una visión panorámica de las condiciones geográficas importantes de nuestro país en el estudio del micetoma.

También es bueno apuntar, que a Honduras que apenas cuenta con cerca de 2 millones de habitantes, hemos tenido 25 casos en 6 años, solamente en la capital, sin haber ningún control en el resto de los hospitales de la República, donde no existen Servicios de Dermatología especializados.

Edad.—La mayor parte de nuestros pacientes tenían edades que oscilaban entre 30 y 40 años, siendo el más joven de 28 años y el más viejo de 48 años. Este lo atribuimos a que en estas edades es cuando hay más oportunidad *de* exposición para adquirir la enfermedad, por las condiciones de trabajo de estas personas. No hemos visto micetomas en niños o en pacientes menores de 20 años.

Sexo.—De los 25 pacientes, 23 correspondían al sexo masculino y solamente 2 al femenino, lo que está de acuerdo con estadísticas presentadas por otros autores, es decir, la predominancia franca del micetoma en el sexo masculino, con seguridad debido a los factores ocupacionales inherentes a nuestra gente del campo, lo que les hace ser más vulnerables ante el agente etiológico del micetoma.

Ocupación. (Foto N° 1) Como en otros países, confirmamos el hecho de la predominancia casi absoluta de los micetomas en la clase campesina, 23 de nuestros

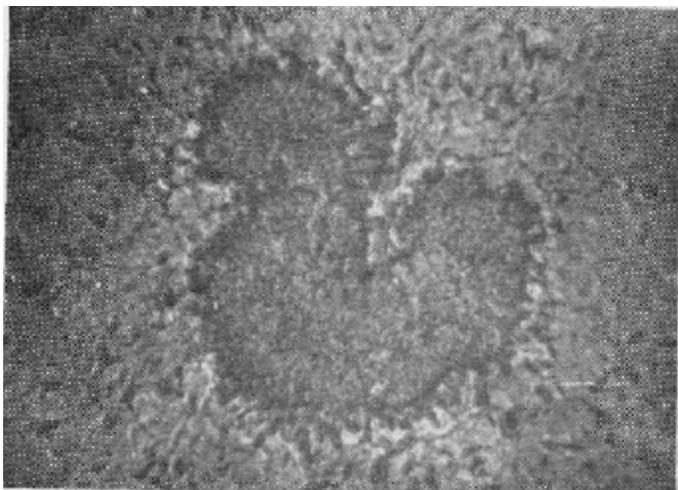
CUADRO N° 1

M I C E T O M A S
OBSERVADOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE. (1958-63)

Paciente	Edad	Sexo	Procedencia	Ocupación	Duración Enfermedad
1	40	M	El Paraíso	Labrador	6 años
2	48	M	"	"	6 años
3	32	F	"	Of. Domest.	4 años
4	39	M	Atlántida	Labrador	6 "
5	33	M	"	"	6 "
6	41	M	"	"	9 meses
7	28	F	Choluteca	Of. Domest.	5 años
8	29	M	"	Labrador	7 "
9	42	M	F. Morazán	"	6 meses
10	42	M	"	"	10 años
11	39	M	"	"	2 "
12	35	M	"	"	1 "
13	32	M	Cortés	"	6 "
14	36	M	Comayagua	"	5 "
15	18	M	Olancho	"	3 "
16	17	M	F. Morazán	"	2 "
17	43	M	F. Morazán	"	2 meses
18	21	F	F. Morazán	Of. Domest.	6 meses
19	33	M	Choluteca	Labrador	2 años
20	45	M	Choluteca	Labrador	3 meses
21	23	F	Olancho	Of. Domest.	5 años
22	42	M	F. Morazán	Labrador	1 año
23	25	M	F. Morazán	Labrador	10 meses
24	42	M	Choluteca	Labrador	6 meses
25	67	M	Cortés	Labrador	6 años

Cuadro explicativo de procedencia y ocupación de los pacientes con micetoma

FIG. N° 2



Típico granulo lobulado de *Nocardia brasiliensis*, al examen directo en KOH de secreción de una fístula de micetoma de espalda

FIG. N* 3



Micetoma de la espalda por *N. brasiliensis*, extensa invasión pulmonar y vertebral. Nótese el aspecto activo y secretante de trayectos fistulosos

FIG. N* 4



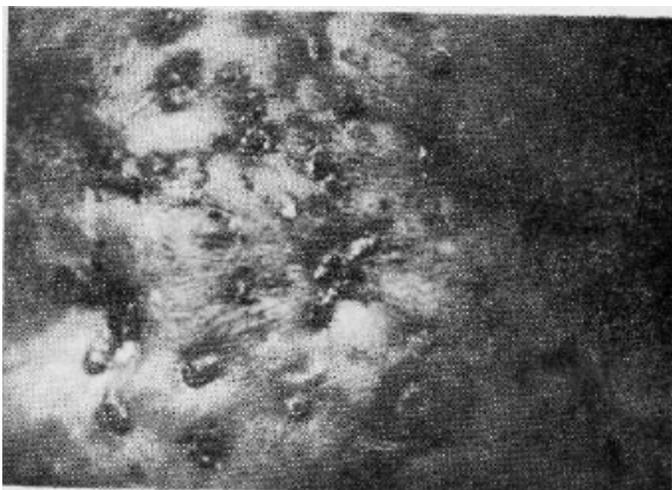
Micetoma gigante de todo el dorso por *N. brasiliensis*, con extensa invasión a vértebras y médula espinal, que causó la muerte del paciente

FIG. N« 5



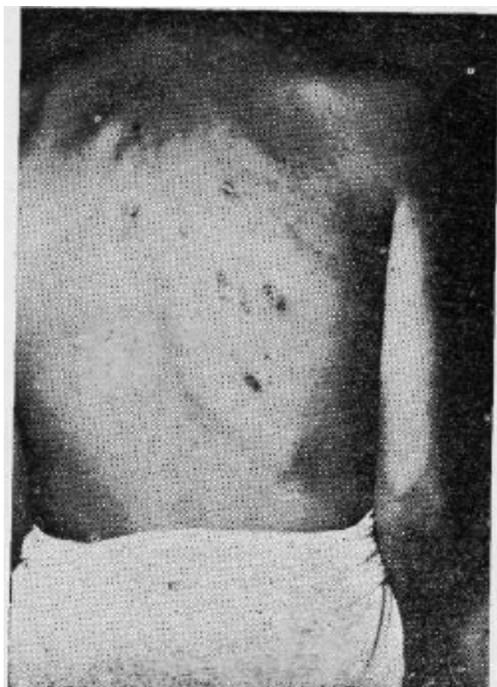
Extenso micetoma por *Nibrasiliusis*, de cara anterior del tórax, invasión pulmonar y costal

FIG. N° 6



Micetoma limitado a cara anterior del hemitórax izquierdo, sin invasión pulmonar

FIG. No 7



Micetoma del dorso (hemitórax derecho) por *Nocardia asteroides*,
Único caso informado en Centroamérica

FIG. N° 8



Rara localización inguino-eiural. Curación clínica con sulfas de eliminación prolongada

CUADRO N° 9

M I C E T O M A S				
SERVICIO DE DERMATOLOGIA, HOSPITAL SAN FELIPE (1958-62)				
Paciente	Localización de la Enf.	Etiología	Tratamiento	Resultado
1	Torácica, invasión pulmonar y vertebral, lesiones medul.	N. brasil	Sulfadiazina	Murió
2	Torácica, invasión pulmonar y vertebral.	N. brasil	"	"
3	Torácica, invasión pulmonar	N. asteroide	Sulfat. cirugia	Curado
4	Torácica, invasión pulmonar	N. brasil	Sulfadiazina	Curado
5	Torácica, invasión pulmonar	N. brasil	Lederkyn	Curado
6	Torácica, sin inv. pulmonar	N. brasil	Sulfadiazina	Curado
7	Torácica, sin inv. pulmonar	N. brasil	Sulfadiazina	Curado
8	Torácica, sin inv. pulmonar	N. brasil	Sulfadiazina	Curado
9	Rodilla, invasión articular	N. brasil	Lederkyn	Curado
10	Rodilla, invasión articular	N. brasil	Lederkyn	Curado
11	Rodilla, invasión articular	N. brasil	Lederkyn	Curado
12	Muslo y glútea, inv. ósea	N. brasil	Sulfadiazina	Curado
13	Muslo, invasión ósea.	N. brasil	Sulfadiazina	Curado
14	Pierna, invasión ósea	N. brasil	Lederkyn	Curado
15	Región inguino-crural	N. brasil	Sulfadiazina	Mejorado
16	Mano izquierda	N. brasil.	Sulfadiazina	Curado
17	Mano izquierda	N. brasil.	Sulfadiazina	Curado
18	Homero Derecho	N. brasil.	T. Sulfas	Mejorado
19	Torácica, sin inv. pulmonar	N. brasil.	Sulfadiazina	Mejorado
20	Torácica, sin inv. pulmonar	N. brasil	Sulfadiazina	Mejorado
21	Rodilla inq. sin inv. art.	N. brasil.	Sulfadiazina	Mejorado
22	Rodilla inq. sin inv. art.	N. brasil.	Sulfadiazina	Mejorado
23	Rodilla der. sin inv. art.	N. brasil.	Sulfadiazina	Mejorado
24	Pie der. con inv. ósea	N. brasil.	Sulfadiazina	Mejorado
25	Torácica, inv. pulmonar	N. brasil.	Sulfadiazina	Mejorado

Cuadro que resume la etiología, localización, tratamiento y resultado de los 25 pacientes con micetomas

casos eran labradores, que se dedicaban al trabajo del campo, dando algunos de ellos el antecedente franco de traumatismo o espinada en el sitio inicial de la afección. Solamente dos pacientes pertenecientes al sexo femenino, se ocupaban de labores domésticas.

COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS ASPECTOS INTERESANTES EN ESTOS PACIENTES

Desde el punto de vista de localización, es interesante señalar el hecho de que la localización podal (Pie de Madura) señalada como muy frecuente por otros autores (mexicanos y suramericanos), es relativamente poco frecuente en nuestro país, en comparación con la localización del dorso. La localización más frecuente fue en el dorso (Fotos Nos. 3, 4, 5, 6), de ahí le siguen, rodillas, muslo, pierna y un solo caso de localización para en la región inguino-crural (Foto N° 8). De estos pacientes fallecieron 2 que padecían de forma toraco-pulmonar, en los cuales se comprobó que hubo invasión a los cuerpos vertebrales y médula espinal, habiendo presentado ambos, paraplejia espástica y trastornos esfinterianos antes del deceso; en estos últimos no nos fue posible cultivar la *Nocardia* del líquido cefalorraquídeo. En los pacientes con micetoma de la rodilla, una vez obtenida la curación clínica con sulfas, obtuvimos la cooperación del ortopeda, devolviéndoles la función del miembro en aproximadamente un 80%.

A todos los pacientes se les practicaron exámenes directos de las secreciones de las fístulas, lo mismo que cultivos en el medio corriente de Sabourand, habiendo obtenido siempre el hallazgo de la *Nocardia brasiliensis* en 24 y sólo en 1 se aisló *Nocardia asteroides*. A todos se les practicaron estudios radiológicos antes, durante y después del tratamiento, especialmente en los que adolecían de la localización toraco-pulmonar; la mayor parte de ellos llegan a sus controles periódicos y cooperan en su tratamiento especialmente ahora que en los casos clínicamente curados, estamos usando las sulfas de eliminación prolongada, dos o tres tabletas por semanas.

RESUMEN

Se hacen consideraciones generales sobre los aspectos más importantes de los Micetomas en general, haciendo hincapié sobre el aspecto etiológico, que coincide con los autores mexicanos, en que la gran mayoría son causados por *Nocardia brasiliensis*; en nuestro trabajo el 99%. Se informa también al mismo tiempo de una forma toraco-pulmonar cuya causa fue *Nocardia* asteroide, que creemos es el primero informado en el istmo centroamericano (Foto N° 7).

El total de casos presentado es de 25, en un período de 6 años (1958-1964) (Foto N° 9), notándose la gran frecuencia de la localización en el dorso y la poca frecuencia de localizaciones podales citadas como frecuentes por otros autores; todos nuestros casos fueron adecuadamente comprobados con estudios micológicos (examen directo y cultivos).

Se informa al mismo tiempo del excelente resultado obtenido en la mayor parte de los casos con el tratamiento a base de sulfas, sulfadiazina inicialmente y sulfas de eliminación prolongada posteriormente; estas últimas han sido para nosotros las drogas mejores, en el manejo de estos pacientes, tanto por su efectividad y rapidez de acción como por la facilidad de su administración.

BIBLIOGRAFÍA

1. LATAPI, F.: Micetoma, Análisis de 100 casos estudiados en la ciudad de México. Mem. III Congr. Ib. Lat. Am. p. 203, 1959.

3. ROMO DIEZ, X.: Las Micosis del Raquis. Rev. Med. Hosp. Gen. Méx., 7:119, 1944.
4. ROMO DIEZ, X.: Micosis Profunda, Lesiones Óseas y su tratamiento quirúrgico. Mem. III Congr. Ib. Lat. Amer. p. 214, 1959.
5. GONZÁLEZ CHAVEZ, A.: Las Micosis profundas más comunes en México. Rev. Med. Hosp. Gen., Méx., 8:1018, 1946.
6. > LVALLE, A. P.: Las Micosis Cutáneas en México. Mem. Congr. Cient. Méx., 9:135, UNAM., México, 1953.
7. NOVALES, J.: Histopatología de las Micosis Profundas. Mem. III Congr. Ib. Lat. Am. de Derm., p 222, 1959.
8. LATAPI, F. y LVALLE, A. P.: Emploi de sulfones et de l'isoniazide dans le traitement des micetomes. Mem. VIIe. Congr. Internat. Botanique 44 pp. Paris, 1954.
9. MAGAÑA L., MARIO: Medicina Rev. Méx., 1964, TXLIV No 946 (397-399).

MELANOMA MALIGNO DEL ALBINO

Trabajo presentado en el III Congreso Centroamericano de Dermatología, Diciembre 1961.

Dr. RAÚL A. DURON M. ()*

Poco, se ha escrito sobre Patología Oncológica en el albino. El caso presente, parece que viene a constituir el cuarto informado en la literatura mundial de melanoblastoma en el albino.

CASO CLÍNICO

Se trataba de un paciente albino del sexo masculino, de 22 años de edad. 18 meses antes del ingreso notó una pequeña tumoración localizada en el tercio superior, cara interna del muslo izquierdo-, dolor-osa, blanda, sin precisar la historia clínica si la lesión era cutánea, subcutánea o profunda. De crecimiento rápido al comienzo y acompañada de febrículas, cesó, luego de crecer tras la aplicación intramuscular de penicilina, quedando estacionada del volumen de un "limón pequeño". Dos meses antes del ingreso, la tumoración comenzó nuevamente a crecer hasta alcanzar el tamaño de un "huevo de gallina". El examen: físico general fue negativo a excepción de la presencia de la tumoración antedicha, localizada en el triángulo de Scarpa izquierdo, subcutánea, movilizable sobre los planos profundos, dura, indolora, sin cambios en la piel suprayacente. El estado general era satisfactorio.

La tumoración fue extirpada en su totalidad y enviada al Servicio de Patología. Se trataba de un ganglio linfático casi totalmente reemplazado por tumor maligno, interpretado como sarcoma o carcinoma anaplásico. Debido a su localización, se consideró la posibilidad de tumor metastásico, pensándose incluso en melanoma amelanótico pero la revisión clínica para descartar patología dermatológica, especialmente en miembro inferior izquierdo, fue negativa. El paciente fue dado de alta después de diez días de hospitalización, con la recomendación de volver para chequeo dentro de tres meses.

Catorce semanas más tarde, reingresó con sintomatología de hipertensión intracraneana, tales como cefalalgia, vómitos y mareos. Había estrabismo por parálisis del motor ocular común izquierdo y hemiplejía derecha. En la región inguinal derecha se palpaba un ganglio de 3 cm. en mayor diámetro. Se practica punción lumbar obteniéndose líquido claro con una presión, de 170 mm. El paciente entró luego en estado comatoso, falleciendo a las 60 horas del ingreso.

La autopsia mostró proceso tumoral metastásico en los siguientes órganos: Hemisferio General izquierdo, Pulmones, Páncreas, Glándula Suprarrenal izquierda y

<i>Astor</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>L. Inicial</i>	<i>T. de Evolución</i>	<i>DOPA</i>	<i>Plata Anomálica</i>	<i>Distribución</i>
BHENDÉ, V. M. (1) (1952)	27	M	Reg. Lumb. Izquierda	? meses	No se hizo	Negativo	Generalizado
T. ELLIOT YOUNG (2) (1957)	40	F	Pantorrillas Pierna Derecha	2 años	Negativa	Negativo	Corteza Cerebral, Ganglios Linfáticos, Hiliares y Axilares, Riñón y Piel de Abdomen.
LEONARDI & GRASSO (3) (1958)	30	M	Región Torácica Post. Izquierda	? meses	No se hizo	Positivo	No Especificado
DURON, R. A. (1961)	22	M	Indeterminado	18 meses	No se hizo	Negativo	Corteza Cerebral, Pulmones, Páncreas, Suprarrenal Izquier- da, Ganglios Linfáticos Ingui- nales.

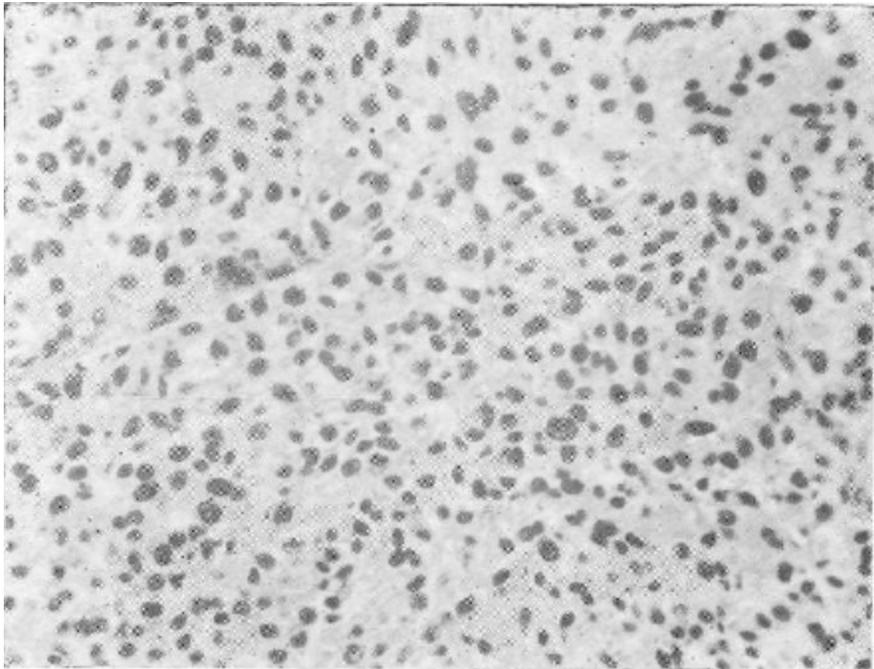


Fig. 1.—Biopsia. Ganglio linfático inguinal izquierdo. Disposición alveolar de células

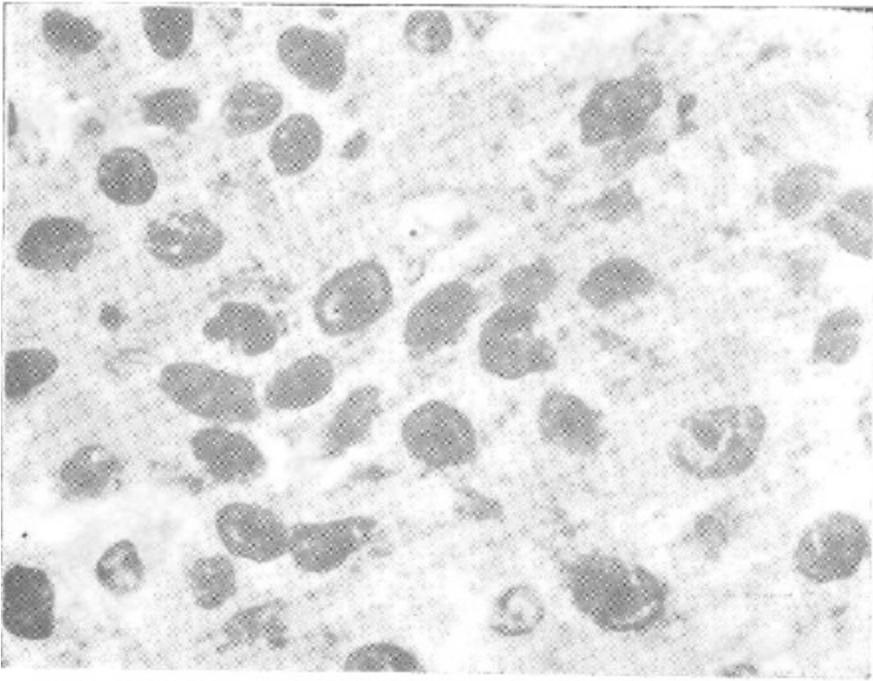


Fig. 2.—Biopsia. Ganglio linfático inguinal izquierdo. Detalle celular mostrando

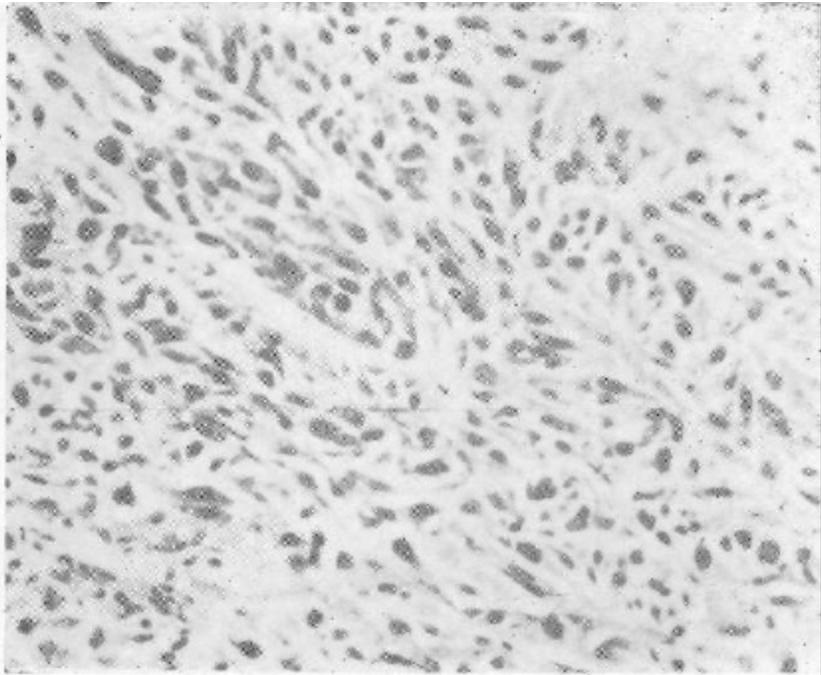


Fig. 3.—Autopsia. Ganglio linfático inguinal derecho. Vista panorámica mostrando imagen sarcomatosa, diferente de la imagen carcinomatosa de las figuras 1 y 2

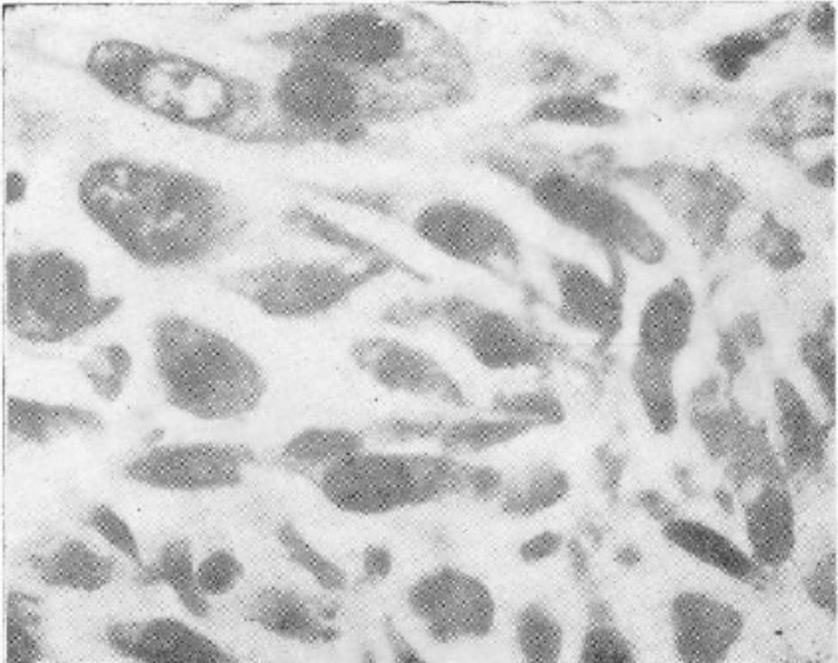


Fig. 4.—Autopsia. Ganglio linfático inguinal derecho. Detalle celular mostrando marcados cambios de anaplasia nuclear

ABORTO-FACTORES MEDICO SOCIALES*

*Por: Dr. ELIAS FARAJ R. y Dr. RENE CARRANZA,
Ginecólogos y Obstetras del Hospital del Instituto Hondureño de
Seguridad Social, Honduras*

INTRODUCCIÓN:

El aborto es definido, según Goodno (6), como la expulsión del producto de la concepción antes de las 28 semanas de gestación; Cabrera (3) también considera como tal cuando el producto del embarazo pesa menos de 1,000 gramos al nacer. Constituye en Honduras un creciente problema médico-social de gran importancia, tanto desde el punto de vista de su frecuencia como de su mortalidad y morbilidad.

En la práctica es imposible saber cuántos abortos son provocados y cuántos espontáneos, debido a que los primeros son considerados como criminales y reciben teóricamente como tales la sanción correspondiente de nuestras leyes; en virtud de lo cual las enfermas se niegan rotundamente a confesar, aún en aquellos casos en que se encuentran las pruebas que evidencian la provocación, tales como sondas de Nelaton, etc.

El aborto provocado o criminal se vuelve cada día más frecuente y así Taussig F. J. (13) reporta que el 66% de los abortos en Estados Unidos son criminales. Calderone (4) estima de 200.000 a 1.200.000 abortos criminales que ocurren anualmente en aquel país del Norte. Cabrera H. (3) y Matus L. (9) reportan separadamente que casi el 90% de los abortos estudiados por ellos en Santiago de Chile son provocados. Sequeiros M. (11) manifiesta que en el 90% de los abortos estudiados por él en Tegucigalpa, reconoce la misma causa.

¿Quiénes recurren al aborto criminal?:

1°—La casada y la que vive acompañada, de hogar armónico o anárquico en su estructura económica o afectiva, con exceso de familia y carente de todo, o aún con medios económicos suficientes, pero que ya no desea más hijos. Las exigencias económicas cada vez mayores, la falta de protección por parte de la ley en caso de abandono, la falta de una campaña de planificación de familia (recientemente iniciada en Honduras) para limitar el número de hijos y la irresponsabilidad del esposo para enfrentar sus obligaciones de jefe de hogar, hace que ella asuma la responsabilidad para conservar un buen nivel de vida familiar, limitando el número de hijos recurriendo al aborto criminal.

2°—La soltera joven o madura, para quien el problema es sobre todo de ín-

**Trabajo presentado en la IV Conferencia de la Federación Internacional de Planificación de Familia, Sección del Hemisferio Occidental, en San Juan de Puerto Rico, en abril de 1964. Publicado en la Revista de la FCASOG.

de índole social; pues el embarazo representa un estorbo, una afrenta que la lleva a la discriminación y al desprecio de la comunidad.

En la Tercera Mesa Redonda de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y ginecología (14) celebrada en Managua, Nicaragua, en 1961, se llegó a las siguientes conclusiones y recomendaciones sobre el tema "El Aborto-como Problema Médico-Social".

CONCLUSIONES:

- 1—La interrupción del embarazo, tanto espontánea como provocada, es un problema social.
- 2—Los caminos que conducen al aborto son: miseria, ignorancia, perversidad y patología.
- 3—Los ginecólogos y obstetras no pueden permanecer como espectadores de este drama de la humanidad.

RECOMENDACIONES:

- 1—Esta Mesa Redonda recomienda como medios factibles para luchar contra esta plaga social la profilaxis realizada:
 - a) Educación sexual, en consultorios anticoncepcionales creados para orientación general a cargo de las autoridades competentes.
 - b) Proponer a las Instituciones de Asistencia Social del Seguro Social, especial atención a la embarazada durante los tres primeros meses de gestación.
- 2—Recomendar a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia que procuren porque los dos puntos anteriores se realicen efectivamente en sus respectivos países.
- 3—Recomendar a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia federadas, que gestionen la revisión de la legislación del aborto provocado, esterilización y demás problemas médicos, legales, sociales, económicos y educativos.

MATERIAL DE TRABAJO

En el presente estudio se analizan los expedientes clínicos de 667 casos de abortos confirmados por estudio histológico que acudieron al Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social desde el 1º de marzo de 1962 (fecha de su inauguración) hasta el 31 de diciembre de 1963, haciéndose especial hincapié en los factores médico-sociales.

RESULTADOS:

1—Incidencia;

602 enfermas acudieron a la Sala de Ginecología del Hospital por aborto en 667 ocasiones, debido a que algunas de ellas presentaron abortos en dos, en tres y hasta en cuatro oportunidades.

En la Tabla N° 1 se observa 17.5% de abortos sobre el total de partos y abortos que se presentaron en el Hospital durante el período de estudios. En el Hospital General "San Felipe" de esta ciudad, comprobamos 17.6% de abortos desde 1959 hasta 1963. Urcuyo (16) publica 15.01% de abortos en los hospitales de San José de Costa Rica desde 1956 a 1958. Behm (citado por Matus (9)) comunica 17% de abortos ocurridos en el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile desde 1955 hasta 1961.

2^o—Mortalidad:

En el Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, durante los años 1962 y 1963, murieron 2 pacientes por parto y 2 por aborto, representando esta cifra sobre el total de partos y abortos una mortalidad por parto de 0.06% y una mortalidad por aborto de 0.29%; lo cual significa que aproximadamente por cada muerte materna ocurrida durante el parto se producen 5 muertes por aborto.

En el Hospital General "San Felipe", de Tegucigalpa, se produjo una mortalidad por parto de 0.28% y una mortalidad por aborto de 0.50%. Urcuyo (16) publica una cifra de 0.16% de mortalidad por aborto. Behm (citado por Matus (9)) de Santiago de Chile, en el estudio referido, comunica 0.32% de mortalidad por aborto. Cabrera (3) menciona una mortalidad por aborto de 0.4%. Torre (15) comunica una mortalidad por parto de 0.04% en la ciudad de Buenos Aires en 1952. La mortalidad por aborto séptico en Estados Unidos, reportada por los siguientes autores, es como sigue: Ramsey (10) : 3.29%; Studdiford (12) : 1.08%; Knapp (7) : 0.80%; Davis (5): 0.45%; Goodno (6): 0.29%. Actualmente en Baltimore (2) constituye la causa principal de muerte materna.

Lañe (8) menciona una mortalidad materna por parto de 2.2 en la mujer blanca y de 4.7 en la mujer negra, en un estudio hecho en Chicago desde 1956 a 1960 inclusive.

3.—Edad de las Pacientes:

En la Tabla N^o 2 se comprueba una frecuencia de 54.7% para la tercer década y 36.4% para la cuarta década; coincidiendo con la mayor actividad sexual y productiva de la mujer.

4^o—Análisis Estadístico:

a) En la Tabla N^o 3 se observa que las casadas representan el 44.7% y las solteras el 55.3%.

b) La Tabla N^o 4 demuestra que las aseguradas representan el 58.3% y las beneficiarias el 41.7%. El Instituto Hondureño de Seguridad Social por ley constitucional, proporciona atención médica a las embarazadas que aun no siendo aseguradas hacen completa vida marital con un asegurado, por lo menos durante el último año.

c) En la Tabla N^o 5 se observa que el 55.2% de las mujeres se dedican a oficios domésticos. Urcuyo (16) y Armijo (1) publican cifras semejantes.

Siguiendo en orden de frecuencia, encontramos en la misma Tabla el 14.2% para secretarias, 13.3% para enfermeras, 7.5% para las obreras, 4.6% para maestras, 4.1% para costureras, 0.9% para dependientas en almacenes y 0.2% para profesional universitaria.

d) Las pacientes manifestaron en la anamnesis pasada que el 39.3% de sus embarazos finalizaron en aborto (incluyendo los actuales) y el 60.7% terminaron en partos, como puede verse en la Tabla N^o 6.

e) Los 667 abortos permanecieron en el Hospital durante 1.460 días, es decir, que cada aborto presentó una estancia de 2.2 días. Urcuyo (16) menciona una estancia de 4.57 días en el Hospital San Juan de Dios de San José de Costa Rica.

f) La pérdida económica que representa un aborto es similar a la de un parto. Durante los dos años analizados, el Banco de Sangre transfundió 858 pintas de sangre, de las cuales 403 fueron empleadas en los casos estudiados; es decir, que el 47% de este Departamento del Hospital fue dedicado exclusivamente a los abortos

El Instituto Hondureño de Seguridad Social tiene que pagar:

- a) *Prestaciones en especie* (Tratamiento médico y hospitalario) que aproximadamente suman cien lempiras (dató proporcionado por la Administración del Hospital).
- b) *Prestaciones en dinero*, solamente a las aseguradas, mientras dura la incapacidad de la misma. Los hogares de estas mujeres quedan abandonados, creando serios problemas.

Las instituciones empleadoras sufren las consecuencias de una disminución de la producción, lo cual encarece sus costos; y tienen que pagar en dinero un porcentaje del sueldo mientras permanecen enfermas. Creando-tai situación que las mujeres solicitantes de trabajo sean rechazadas y que las ya ocupadas sean despedidas; en virtud de lo cual, la mujer para poder subsistir en medio de su pobreza, con el agravante de tener una familia numerosa, se vea en la necesidad de limitar el número de hijos, recurriendo? al aborto criminal.

COMENTARIO

La población femenina que asiste al Instituto Hondureño de Seguridad Social la constituyen en un 80% personas de nivel cultural muy bajo y en su mayoría analfabetas, o con instrucción de 1 ó 2 grados de primaria, con nivel económico extremadamente bajo, esposas o compañeras de obreros, quienes en nuestro país tienen un ingreso económico exiguo.

El exceso de hijos en el seno de la familia, el trabajo abrumador de la casa, la distancia considerable entre su lugar de vivienda y el consultorio y la ignorancia son factores que contribuyen a que se presenten tardíamente a los cuidados prenatales cuando están embarazadas y, en muchos casos, sólo la gran hemorragia o la infección aguda las deciden a buscar asistencia médica, cuando ya es poco lo que puede hacerse por salvar su embarazo.

La multiparidad, la miseria, la obscuridad profunda que mantiene ignorante, la promiscuidad inevitable que conllevan y la impunidad judicial, son factores que en nuestro ambiente influyen en forma ostensible en la alta incidencia de abortos; en este tipo de pacientes.

Creemos sinceramente, que una franca contribución para mejorar esta situación catastrófica la constituirían, entre otros renglones, la adecuada elaboración y aplicación de una *legislación jurídica* que proteja a la madre soltera y a la madre casada que sufran de abandono o de irresponsabilidad, sobre todo económica por parte de su marido. El establecimiento de maternidades integrales en donde la madre parturienta tenga quien tome cuidado de sus otros hijos durante el internamiento por parto y tenga, además, el soporte económico agregado a la nueva boca por alimentar; la descentralización de las maternidades urbanas, con creación de centros: de parto en las zonas rurales y suburbanas que permitan la atención por personal entrenado de la embarazada con complicaciones obstétricas tempranas. La creación de un ejército de trabajadoras (visitadoras) sociales, que vayan a iluminar parcialmente las tinieblas adscritas a la ignorancia en el hogar analfabeta y miserable, junto con la intensificación de los programas de alfabetización, a nivel de la fábrica y del campo. Y, finalmente, la intensificación y universalización en el país de una campaña de Planificación de la Familia, que libre al matrimonio múltipara de la pesadilla que constituye la actividad sexual y le permita limitar el número de sus vástagos en proporción a sus recursos económicos; todo ello asociado a la obligatoriedad de la educación sexual en los programas de instrucción primaria y secundaria y a

su impartición sistemática también, a través de la radio, del cine y la televisión. Con ello habremos contribuido, en cierto modo, a descargar de los hombros de la atribulada mujer que no desea el producto de la concepción, la tremenda responsabilidad de eliminarlo por su propia iniciativa, arriesgando con ello su vida, traumatizando su psiquis y recargando al estado económicamente, como lo hemos establecido a través de nuestra investigación, y habremos puesto nuestro pequeño óbolo en el mejoramiento de la condición humana de la mujer, a quien como obstetras devotamente servimos.

R E S U M E N

1. Se analizan los factores médico-sociales de los expedientes de 602 pacientes que se internaron por aborto en el Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, desde el 1º de marzo de 1962 (fecha de su inauguración) hasta el 31 de diciembre de 1963.
2. Las 602 pacientes se hospitalizaron por aborto en 667 oportunidades; representando una incidencia del 17.5 sobre el total de partos y abortos habidos durante el período de estudio.
3. Murieron dos mujeres por parto y dos por aborto; es decir, que mientras la mortalidad por parto fue de 0.06%, la de aborto fue de 0.29%.
4. El 91.1% de las pacientes tiene una edad que oscila entre los 20 y los 39 años.
5. Análisis Estadísticos:
 - a) Las casadas representaron el 44.7% y las solteras el 55.3%.
 - b) Las aseguradas fueron el 58.3% y las beneficiarías el 41.7%.
 - c) Respecto a la Ocupación, las mayores frecuencias fueron las siguientes:

Oficios domésticos	55.2%	Enfermeras	13.3%
Secretarías	14.2%	Obreras	7.5%
Maestras			4.6%
 - d) Los 667 abortos permanecieron en el Hospital 1.460 días, es decir, una estancia de 2.2 días.
 - e) Cada aborto representó un gasto económico grande, similar a la de un parto.

Para el Instituto Hondureño de Seguridad Social significó aproximadamente unos cien lempiras en gastos médicos y hospitalarios, más una cantidad de dinero para las aseguradas. El 47% del esfuerzo del Banco de Sangre, fue empleado para atender todos los abortos.

I N C I D E N C I A

Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras - 1962 - 1963

DIAGNOSTICO	1 9 6 2		1 9 6 3		T O T A L	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Aborto	270	17.7	397	17.4	667	17.5
Parto	1,257	82.3	1,878	82.6	3,135	82.5
TOTAL	1,527	100.0	2,275	100.0	3,802	100.0

E D A D

Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras - 1962 - 1963

TABLA N° 2

AÑOS	CASOS	%
16 - 19	23	3.5
20 - 29	365	54.7
30 - 39	243	36.4
40 - 45	36	5.4
TOTAL	667	100.0

E S T A D O C I V I L

Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras - 1962 - 1963

TABLA N° 3

ESTADO CIVIL	CASOS	%
Casadas	298	44.7
Solteras	369	55.3
TOTAL	667	100.0

CALIDAD DE LAS PACIENTES

Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras - 1962 - 1963

TABLA N° 4

CALIDAD	1 9 6 2		1 9 6 3		T O T A L	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Aseguradas	154	57.1	235	59.2	389	58.3
Beneficiarias	116	42.9	162	40.8	278	41.7
TOTAL	270	100.0	397	100.0	667	100.0

O C U P A C I O N

Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras - 1962 - 1963

TABLA N° 5

OCUPACION	CASOS	%
Oficios Domésticos	368	55.2
Secretarias	95	55.2
Enfermeras	89	13.3
Obreras	50	7.5
Maestras	31	4.6
Costureras	27	4.1
Dependientes de Almacenes	6	0.9
Profesionales	1	0.2
T O T A L	667	100.0

HISTORIA GESTACIONAL

Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social
Tegucigalpa, Honduras - 1962 - 1963

TABLA N° 6

DIAGNOSTICO	CASOS	%
Abortos	1,257	39.3
Partos	1,944	60.7
TOTAL	3,201	100.0

BIBLIOGRAFÍA

1. ARMIGO, R., y MONTREAL, T.: «Revista de la Confederación Médica Panamericana», Vol. 10: 221, 1963.
2. CITY OF BALTIMORE, One Hundred and Forty-fourth Annual Report of the Department of Health, 1958.
3. CABRERA, H., y ZAMBRA, G.: «Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas», Tomo XV: 240, 1958.
4. CALDERONE, M. S.: «Am. J. Pub. Health» 50: 948, 1960.
5. DAVIS, A.: «Brit. M. J.» 2:123, 1950.
6. GOODNO, J. A., CUSHNER, I. M., and MOLUMPHY, P. E.: Am. J. Obst. & Gynec» 85:16, 1963.
7. KNAPP, R. C, PLATT, M. A., and DOUGLAS, R. G.: «Obst. & Gynec» 15:344, 1960.
8. LAÑE, R. E., and ANDELMAN, S. L., «Am. J. Obst. & Gynec» 85:52, 1963.
9. MATUS, L., y AGUILO, J.: «Boletín del Hospital San Juan de Dios». Vol. 9:300, 1962.
10. RAMSAY, A. M., BROWN, E. H., and MANNERS, S. M.: «Brit. M. J.» 2:1239, 1955.
11. SEQUEIROS, M.. Comunicación personal sobre estudio del aborto en el Hospital General «San Felipe de Tegucigalpa, Honduras. (Aún no se ha publicado), 1964.
12. STUDDIFORD, W. E.: In Meigs, J. V., and STURGIS, S. H., editores: «Progress in Gynecology», Ed. 2, New York, 1950, Grune & Straton, Inc.
13. TAUSSIG, F. J.: «Abortion spontaneous and induced. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1936.
14. Tercera Mesa Redonda de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología: «El Aborto como Problema Médico-Social. Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginec. Pág. 31, 1961.
15. TORRE, M.: «Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas», Tomo GV: 233, 1958.
16. URCUYO, C, y PORTUGUEZ, A.: «Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología», Pág. 20, 1961.

CONCEPTOS PSICODINAMICOS DEL ALCOHOLISMO

*Por el Dr. FRANCISCO LEÓN GÓMEZ**

INTRODUCCIÓN:

En tres de cada cuatro publicaciones científico-médicas se encuentra con seguridad un artículo relacionado con el problema que ha llegado a constituir el alcoholismo, y las dificultades que el médico general, el internista y otros especialistas encontramos al tratar casos de alcohólicos crónicos que, como es usual y corriente, continúan, a pesar de las buenas intenciones terapéuticas del médico, ingiriendo alcohol y siendo causa de múltiples dificultades para ellos mismos, su familia, y el doctor bien intencionado-

Naturalmente, este tipo de problemas se nos presentan a los médicos hondureños tanto como a los de cualquier otro país, principalmente en países latinoamericanos en donde los estudios sobre el alcoholismo y sus dinámicas aún se encuentran en períodos iniciales. Algunos conceptos que son básicos para orientarse en tratamientos en cuanto a las dinámicas del alcoholismo se resumen a continuación:

CRITERIO DE TRATAMIENTO:

Excepto en casos de alcoholismo agudo, o de intoxicación, el tratamiento debe dirigirse más bien al aspecto de las complicaciones físicas, si es que éstas existen, y si no a lograr que el paciente entre, aunque sea temporalmente, en un período de abstinencia, caso en el cual ya podrá tratar de iniciar un tratamiento en forma. Es importante el informar a los familiares que hasta que el paciente entre en dicho período de abstinencia se tratará de "curarlo". Los tratamientos de alcohólicos crónicos iniciados en individuos intoxicados siempre fracasan.

HOSPITALIZACIÓN:

Todo tratamiento antialcohólico debe efectuarse en un hospital, de preferencia con facilidades psiquiátricas. La hospitalización proporciona un grado de protección ambiental necesario para asegurar la abstinencia y mayor apoyo emocional del que puede brindarse en consulta externa a pacientes ambulatorios. Como veremos adelante, cierto grado de psicoterapia es indispensable para que el tratamiento pueda ser efectivo y si se puede tener la colaboración del psiquiatra se podrá iniciar al paciente en sesiones regulares de psicoterapia. Como en nuestro medio nos es difícil obtener ayuda psiquiátrica, el médico que trate alcoholismo puede efectuar una psicoterapéutica elemental encaminada a obtener dos objetivos: a) hacer que el

* Profesor de Psiquiatría y Psicoterapia de la facultad, de Medicina de Honduras.

paciente se dé cuenta de la verdadera significación de la bebida, *una defensa, producto de su ansiedad en contra de la presión interna y sus conflictos síquicos que aún no ha podido resolver por sí mismo*. Si se consigue este primer objetivo, el paciente puede ser tratado casi como un neurótico ansioso, y el paciente mismo tendrá ahora una razón para considerar el alcohol sino como un mecanismo más bien dañoso que beneficioso para él. Este primer paso es el que da la llave de 'tratamiento' a los grupos de Alcohólicos Anónimos, en los cuales los miembros más antiguos, "saturan", por decirlo así, a los nuevos con la noción de que son "enfermos" y que necesitan ayuda colectiva para sus problemas interiores, causantes de su adicción, y luego, brindándoles comprensión como individuos con similares problemas de personalidad, más bien que el alcoholismo, y con la meta común de no volver a tomar. De esta forma, si no hay ayuda siquiátrica disponible o el médico no dispone de tiempo o vocación para tratar alcohólicos, éstos pueden ser referidos a los grupos de Alcohólicos Anónimos más cercanos, como un recurso legítimo para ayudarlos, sobre todo aquellos casos con psicopatología subyacente relativamente benigna; b) como segundo objetivo el médico general debe hacer que el paciente se dé cuenta que para curarse tiene que ganar suficiente auto comprensión para poder manejar su frustración y ansiedad sin recurrir al alcohol y continuamente alentarle a desistir por completo del alcohol.

ALCOHOLISMO Y ENFERMEDAD:

Desde el punto de vista médico únicamente, el alcoholismo *NO ES UNA ENFERMEDAD*, sino más bien un trastorno del funcionamiento de la personalidad, un estado psicopatológico. Entre el público, grupos de alcohólicos anónimos y conferencistas, es frecuente la aseveración de que "el alcohólico es un enfermo" que para los fines prácticos tal vez, o ciertamente, tiene utilidad terapéutica, ya que aumenta la solidaridad dentro del grupo; pero algunos individuos alcohólicos a veces usan o abusan del término enfermedad como excusa para continuar bebiendo. Nuevamente insisto: "el alcohólico es una persona psicológicamente enferma que sufre de intensos conflictos neuróticos internos; usando como medida de defensa la ingestión excesiva del alcohol; esta medida tiende a causar empeoramiento de su ajuste y a aumentar nuevamente sus conflictos internos". Si el médico reconoce así al alcohólico, tendrá más probabilidades de éxito en su tratamiento, y tendrá menos decepciones en su trato con alcohólicos.

El paciente mismo podrá decir que el alcoholismo es una enfermedad, pero íntimamente no considera la bebida como una enfermedad, o como un síntoma, sino como una salvación (temporal) de su exagerada ansiedad (algo así como el individuo normal considera el fin de semana), como un alivio de su permanente frustración que amenaza hacer irrupción en su conciencia-

PRONOSTICO DE ALCOHOLISMO:

Tratar un alcohólico crónico es una tarea difícil y frecuentemente frustrante. Drogas del tipo Antabuse o Ancol son efectivas sólo cuando el paciente ha reconocido ya la verdadera causa de su hábito, y encontrado otra manera de manejar su ansiedad que no sea el alcohol.

Es indispensable al tratar un caso, conocer algo de la vida pasada del individuo, sobre todo sus previas experiencias emocionales negativas. Estas deben discutirse libremente con el paciente, varias veces, para que poco a poco vayan perdiendo "intensidad" afectiva para el paciente. Lo mismo en cuanto a situaciones frustrantes presentes; trabajo, esposa, situaciones económicas, etc.

RESUMEN:

- a) Todo tratamiento para "curar" un alcohólico debe iniciarse con el paciente en un período de abstinencia.
- b) De preferencia se le debe tratar hospitalizado, con ayuda o consulta psiquiátrica. Se debe intentar que el paciente reconozca que su adicción es el resultado de problemas de ansiedad y frustración internos.
- c) El alcoholismo, desde el punto de vista médico, no es una enfermedad, sino un estado anormal del funcionamiento de la personalidad, un estado psicopatológico.
- d) El pronóstico se mejora un tanto cuando se trata de explorar las causas del mal funcionamiento de la personalidad del alcohólico, tanto las remotas como las presentes

Presentación de un Caso de Enfermedad Póliquística del Hígado

Dr. VIRGILIO CARDONA LÓPEZ

Paciente de 89 años, sexo femenino, viuda, salvadoreña, residente en El Paraíso, Departamento de El Paraíso, que ingresa a la Casa de Salud La Policlínica el 3 de VI, del 65.

S. P.: Dolor abdominal.

H. de la E.: Refiere la paciente que hace 4 día-, le comenzó fiebre con escalofríos, sudoración y hace 2 días dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas y vómitos alimenticio-. No ha defecado desde hace 3 días y la orina es de color amarillo rojizo. Tiene anorexia y ha expulsado gases.

También refiere que desde hace 4 años tiene una tumoración abdominal del tamaño de una toronja, indolora, palpable en la región epigástrica a través de una marcada eventración que adolece desde hace muchos años. Desde que le empezó marcada eventración que adolece desde hace muchos años. Desde que le empezó

E:A:

Infancia: Enfermedades eruptivas.

Adulta: Resfríos, dolores óseos generalizados y bronquitis desde hace 3 meses.

H. Genital:

Menopausia a los 48 años. 6 embarazos de 9 meses.

R. de S.:

Apetito: disminuido. Sed intensa, sueño irregular.

Aparato circulatorio: Nada de particular.

Aparato respiratorio: Nada de particular.

Aparato urinario: Orina rojiza.

Aparato digestivo, lo expuesto en la anamnesis.

Sistema nervioso: Nada de particular.

Examen físico:

P.: 90. P. A. 180/100, R: 25/min. T: 38.2° C.

Aparato respiratorio: Nada de particular.

Abdomen: Distendido, globuloso por eventración marcada, depresible sin ruidos intestinales.

Hígado y Bazo: Nada de particular. Genitales: Nada de particular. Miembros: Nada de particular. Examen ginecológico: Nada de particular.

Exámenes de laboratorio 3 de junio de 1965.

CO₂: 16.6 mEq. pH: 7.2. Na: 121 mEq. K: 3.9 mEq; Cl: 98. 2 mEq; Glicemia: 100 mgs. NNP: 69 Mgs. %; Creatinina: 2.95 Mgs.

4 de junio de 1965

CO₂: 22.6 mEq. Ph: 7.4; Na: 141.8. mEq. K: 4.5 mEq. Cl: 107 mEq.

G. R.: 4.600.000. G. B.: 14.650. N: 89%; M: 1%; L: 10%.

Plaquetas: 228.000. Hb: 14 grms. (90%).

Orina: Albúmina +; Glucosa: Neg. D: 1013. G. R.: O. Leucocitos: escasos. Epitelios: +; Acetona: Neg.; Rx de Tórax: Campos pulmonares: libres.

Rx de Abdomen: Se observa una masa proyectándose en el epigastrio. Hay moderada distensión de asas de intestino delgado y pequeño nivel fluido en las mismas.

Curso Hospitalario

Durante su hospitalización el estado general de la paciente empeoró, considerándole varios diagnósticos como 1) Quiste de páncreas o mesenterio. 2) Síndrome oclusivo de etiología a determinar. 3) Trombosis mesentérica. 24 horas después de su admisión se practicó una laparotomía exploradora encontrándose líquido abdominal hemorrágico con tinte café. Habían múltiples formaciones quísticas voluminosas invadiendo el tejido hepático sobre caras supero-inferior englobando la vesícula, la cual estaba edematosa y friable. La mayoría de los quistes multiloculares conteniendo líquido cetrino se encontraban en el lóbulo izquierdo. El quiste más grande se encontró roto, explicando la presencia del líquido libre intra-abdominal y el cuadro de íleo-reflejo. Se extirparon la mayoría de los quistes y casi todo el lóbulo izquierdo. (Dr. Gómez-Márquez).

Reporte Histopatológico. N^o S-694 (V)

Descripción Macroscópica. LMC de múltiples formaciones quísticas, multiloculares, redondeadas, todas pesando 500 gms. y midiendo entre 1 x 1 cms. hasta 12 x 12 cms. una de ellas completamente colapsada, con una pared hemorrágica y aparentemente inflamada, el resto contenía líquido amarillento. El tejido hepático medía 16 x 9 x 4 cms. de color café, blando y que en cortes demostraba pequeños espacios quísticos. 6 x

Descripción Microscópicas

Los cortes de las paredes quísticas revelan evidencia de infiltrado linfocítico y leucocitario. La superficie interna se encuentra tapizada por un epitelio cúbico no ciliado, con una sola hilera de células, pero que en ciertas áreas es estartificado. En estos cortes no hay evidencia de malignidad.

Diagnóstico:

Enfermedad Poliquística de Hígado con ruptura de uno de los quistes.

Después de la operación la paciente evolucionó aparentemente bien, sin embargo, 3 días después comenzó con disnea, agitación, distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y mal estado general. Se encontró galope diastólico y se consideró una Embolia Pulmonar con insuficiencia cardíaca. La paciente fue digitalizada, sin embargo, el 8 de junio del 65, falleció repentinamente.

No se practicó autopsia.

Comentario:

Esta condición hepática es considerada por algunos autores como una enfermedad familiar, difusa, que afecta en un 50% los riñones y un porcentaje menor el páncreas, dejando un buen número de casos limitados al hígado. Hay a veces aneurismas de las arterias cerebrales.

Los síntomas de E. P. de H., como dolor abdominal y sensación de llenura, suelen comenzar entre los 40 a 50 años; y a veces existe obstrucción biliar e ictericia.

La histogénesis es análoga a la de la Enfermedad Poliquística del riñón.

Los quistes son múltiples y pueden medir hasta 20 cms.

Desde el punto de vista de diagnóstico diferencial se pueden considerar varios tipos:

- 1) Quistes Parasitarios;
- 2) Quistes Hamartomatosos;
- 3) Quistes Hemorrágicos;
- 4) Quistes causados por estasis biliar.
- 5) Quistes ciliados; derivados de entodermo desplazado;
- 6) Quistes teratoides y dermoides
- 7) Quistes linfáticos.

El diagnóstico histológico generalmente se hace determinando el tipo de epitelio que tapiza la pared del quiste y examinando el contenido líquido del quiste principalmente cuando se sospecha Equinocosis; ya que según el tipo de quiste depende el tratamiento el cual es básicamente aspiración del contenido y después extirpación de toda la pared.

En caso de Equinocosis, se aconseja evitar el derrame de líquido en la cavidad y se usan soluciones de formol con el objeto de destruir las escolices viables que puedan provocar recurrencia de la enfermedad.

El objeto de esta presentación es de reportar el primer caso de esta enfermedad en nuestro país, la cual de por sí es relativamente rara y hacer notar su importancia en el diagnóstico diferencial y tratamiento con respecto a otras tumores quísticas intra-abdominales.

REFERENCIAS

- 1) Case No 4631. New England Journal of Medicine. August 18, 1960: 263:7:353. B. Casleman.
- 2) Popper Y. Shaffner: Liver: Structure and Function. Pág. 588.

La Arteriografía como posible causa del error Diagnóstico. A propósito de un caso de Reconstrucción Arterial

Por el Dr. JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ G. (*)

La arteriografía, es a no dudar un elemento valiosísimo en el diagnóstico de las obstrucciones arteriales de cualquier naturaleza, siempre y cuando sea evaluada adecuadamente; siempre que es practicada en forma correcta y sin olvidar que la observación clínica, aún hoy día, en medio de los adelantos de los diversos medios auxiliares de diagnóstico, tiene un puesto en primera línea en el estudio de toda entidad patológica. El caso que a continuación presentamos, es a nuestro juicio, una valiosa enseñanza.

Resumen del caso

A. A. G. Z., sexo masculino, de 14 años de edad, ingresa al Hospital General San Felipe de Tegucigalpa, el día 6 de abril de 1965. (Registro N° 52387). Refiere haber recibido 19 días antes, un balazo calibre 45, accidentalmente, en el tercio superior del muslo izquierdo. Hubo abundante hemorragia externa. En los días sucesivos se formó una tumoración en la región herida, que es dolorosa, caliente, pulsátil y crece continuamente de tamaño.

En el examen físico, se encuentra efectivamente una tumoración bilobulada situada en la cara anterointerna del muslo izquierdo, con partes endurecidas y otras blandas con "thrill" franco y que a la auscultación presenta un soplo continuo con refuerzo sistólico. La maniobra del Nicoladoni-Branham, provoca una ligera disminución de la frecuencia del pulso radial, de 62 pulsaciones por minuto, a 57. Los pulsos de la extremidad están todos presentes, inclusive los pedio y tibial posterior. La oscilometría a nivel del tercio superior de la pierna es de 5 y a la altura del maleólo de 3. Hacemos el diagnóstico provisional de fístula arteriovenosa femoral. Como segunda posibilidad, se piensa en un falso aneurisma.

El arteriograma, practicado el día 9 de abril, (Fig. N° 1) demuestra que no trata de una fístula arteriovenosa, sino de un falso aneurisma.

Se planea la intervención quirúrgica pero ello no resulta posible por diversas circunstancias, llegando así al día 20 de abril, fecha en que se observa que el paciente se queja de dolor muy intenso y fiebre y han desaparecido los pulsos poplíteo, tibial posterior y pedio. La oscilometría, por consiguiente es 0, del tercio superior de pierna para abajo. Suponemos que se ha producido trombosis del segmento distal de la arteria femoral y forzamos la operación para ese mismo día,

* Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General. Jefe del Servicio de Cirugía General de La Policlínica, S. A. Profesor de Cirugía. Jefe del Departamento de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas,

Acto Operatorio

Se descubre toda la zona comprometida, por medio de una incisión que parte del arco crural por arriba y llega por abajo hasta el tercio inferior del muslo. Hemostasia provisional de la arteria femoral común. Se encuentra una gran falso aneurisma que es evacuado (peso 450 grs.) y se descubre la arteria a ese nivel. Existe un desgarro de la arteria femoral superficial que abarca la mitad de su perímetro en una longitud de 4 cms., y hay¹ trombosis del extremo distal en una longitud de unos 5 cms. Por expresión retrógrada se expulsa el trombo. Los intentos para liberar la arteria y llevar a cabo una, sutura término-terminal, no aparecen favorables, por lo cual se decide colocar un parche venoso de vena safena. La reconstrucción resulta muy satisfactoria y hay pulso en el segmento distal de la arteria.

Curso Postoperatorio

Excelente: Hay pulsos pedio y tibial posterior. La oscilometría vuelve a sus niveles anteriores.

El día 9 de mayo (19 días después de la intervención), se hace nueva arteriografía (Fig. N° 2) que, para nuestra gran sorpresa, muestra una detención total del medio de contraste! por encima del lugar donde la arteria fue reparada. Suponemos que se ha tromboado¹ y que hay una "by-pas" natural que reinyecta el segmento distal de la arteria y que no hemos podido poner de manifiesto en la arteriografía (en el Hospital General aún no tenemos seriógrafo).

El día 7 de junio (48 días después de la operación), repetimos la arteriografía esta vez bajo anestesia con Pentotal, pues el enfermo coopera mal. En ella (Fig. N° 3) se comprueba la falta de visualización total de la arteria femoral superficial, circulando todo el medio de contraste por la femoral profunda. Aún repetimos otra inyección de contraste (cuya radiografía no reproducimos por dificultades técnicas) y observamos que la femoral superficial se ha llenado, aunque muy débilmente. Animados por este hallazgo, colocamos un torniquete en el tercio inferior del muslo y repetimos la inyección obteniendo la imagen que nos muestra (Fig. N° 4), que en realidad la arteria femoral superficial es permeable con una pequeña dilatación correspondiente al parche venoso.

Comentario

La arteriografía, es un método excelente de diagnóstico, siempre y cuando se pueda realizar en condiciones óptimas. F. Martorell (Barcelona), quien en general no es partidario del uso indiscriminado de la arteriografía, ha insistido sobre la posibilidad de errores gruesos cuando no se dispone de un seriógrafo. Loóse (It-zehoe), gran partidario de la arteriografía rutinaria, insiste en la necesidad de hacer la arteriografía bajo anestesia general y con intubación, para eliminar la posibilidad de espasmos, que pueden cambiar en absoluto el cuadro radiológico. Creemos que el caso que se ha presentado, debe servir como una llamada de alerta ante la interpretación poco ponderada de una arteriografía.

Resumen

Se presenta un caso de falso aneurisma de la arteria femoral superficial, reparado mediante parche venoso, con arteriografías en el pre y postoperatorio, y se llama la atención sobre la posibilidad de cometer errores diagnósticos si se atiende solo a este examen

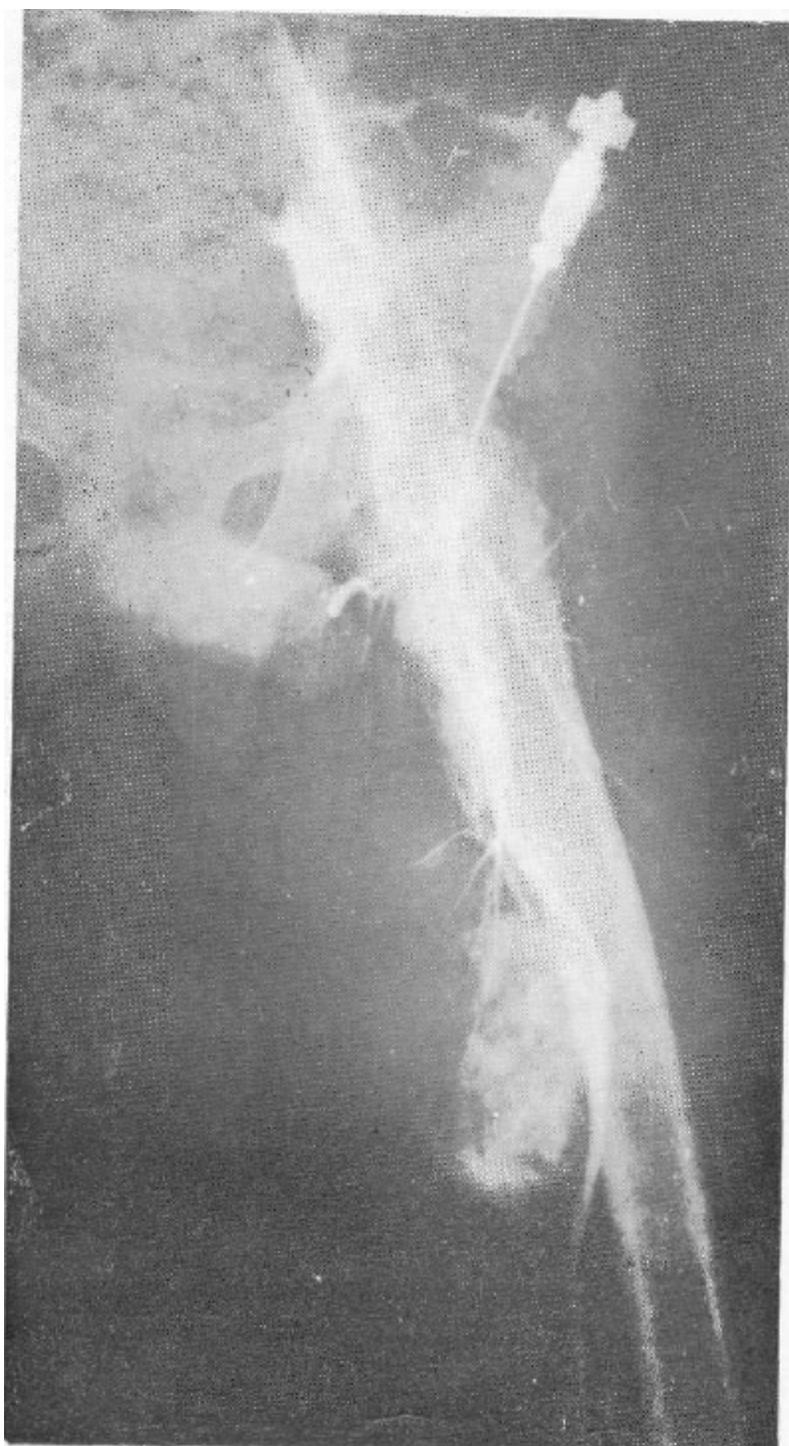


Fig. No 1.—Arteriografía preoperatoria que muestra el falso aneurisma de la arteria femoral superficial

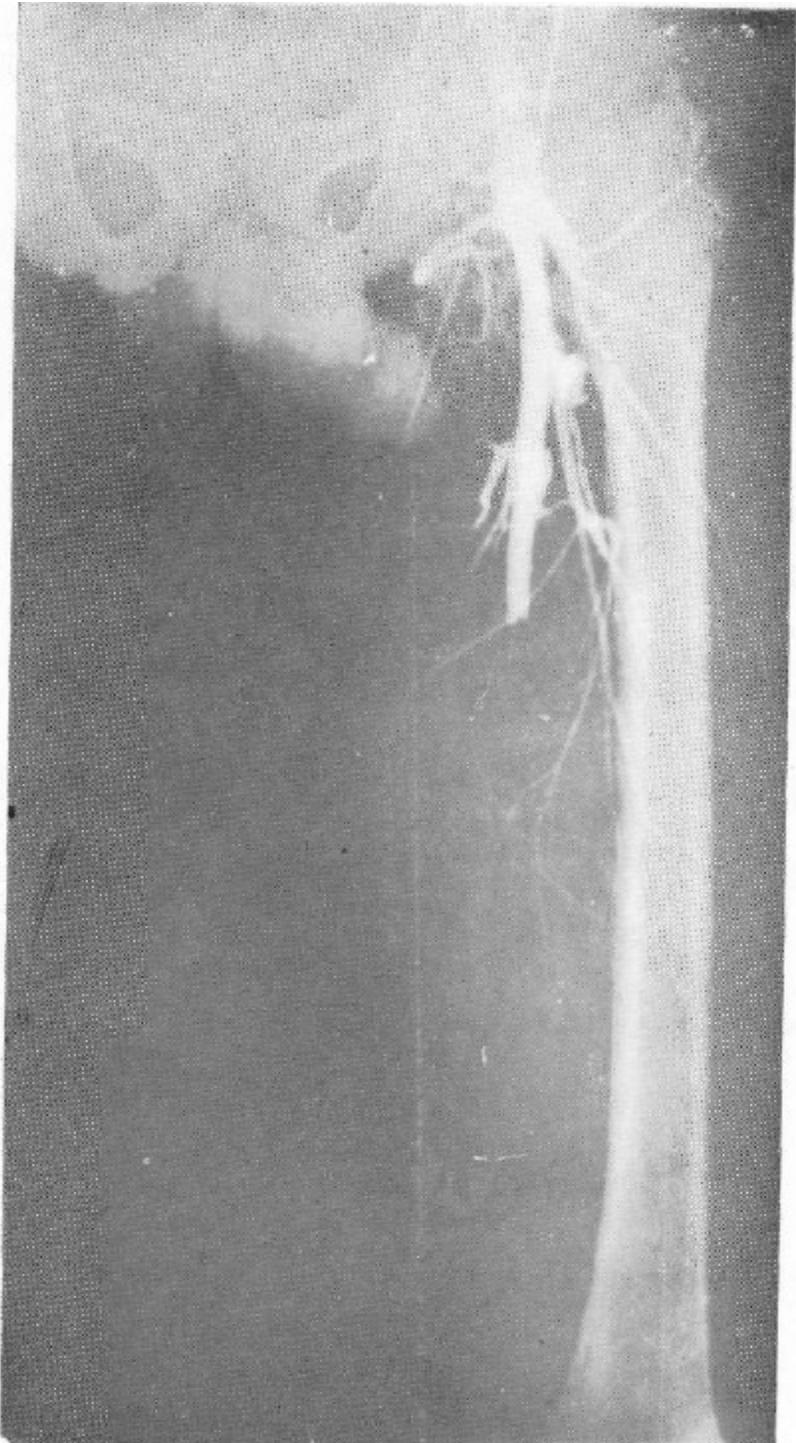


Fig. No 2.—Arteriografía postoperatoria con oclusión total de la arteria femoral superficial

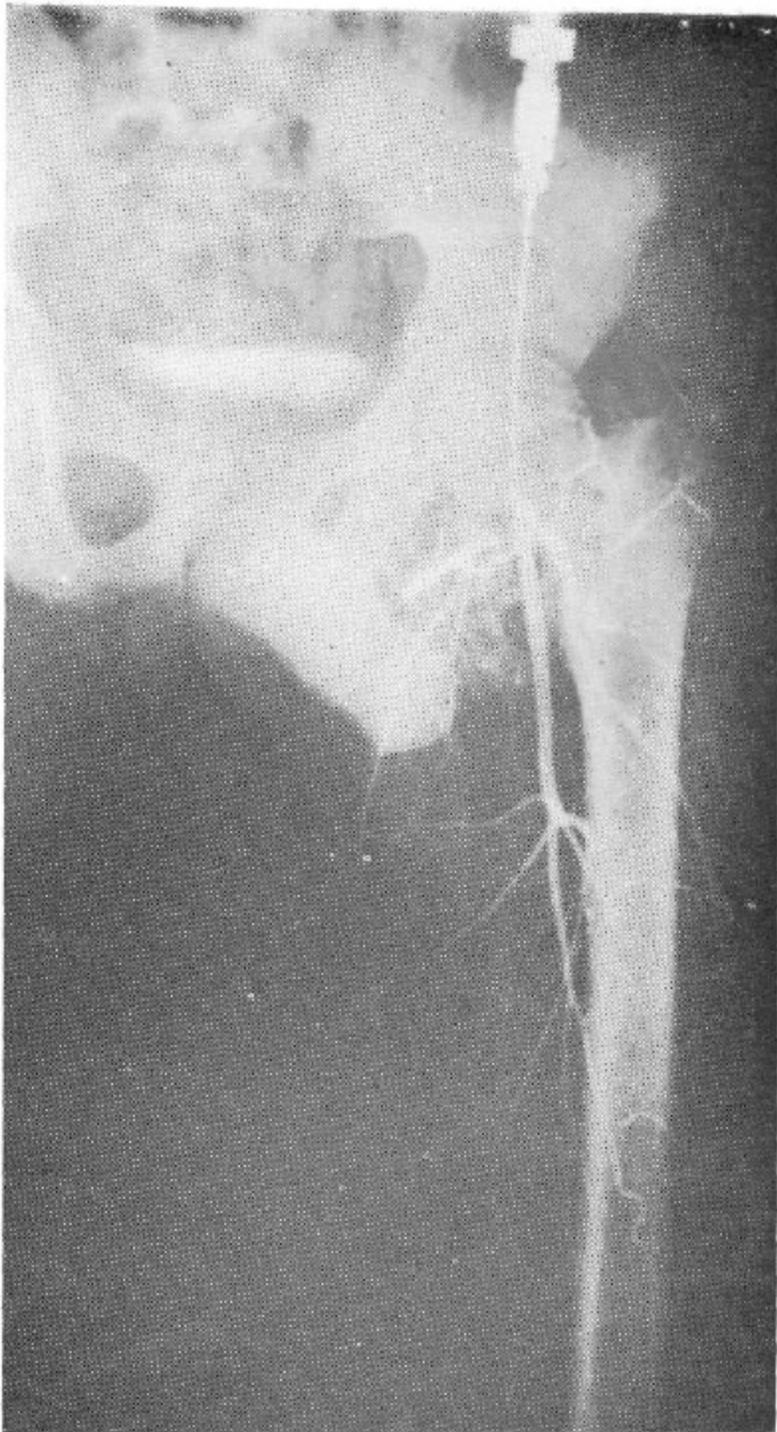


Fig. N^o 3.—Arteriografía postoperatoria en la cual sólo se visualiza la arteria femoral profunda y apenas se insinúa la femoral superficial

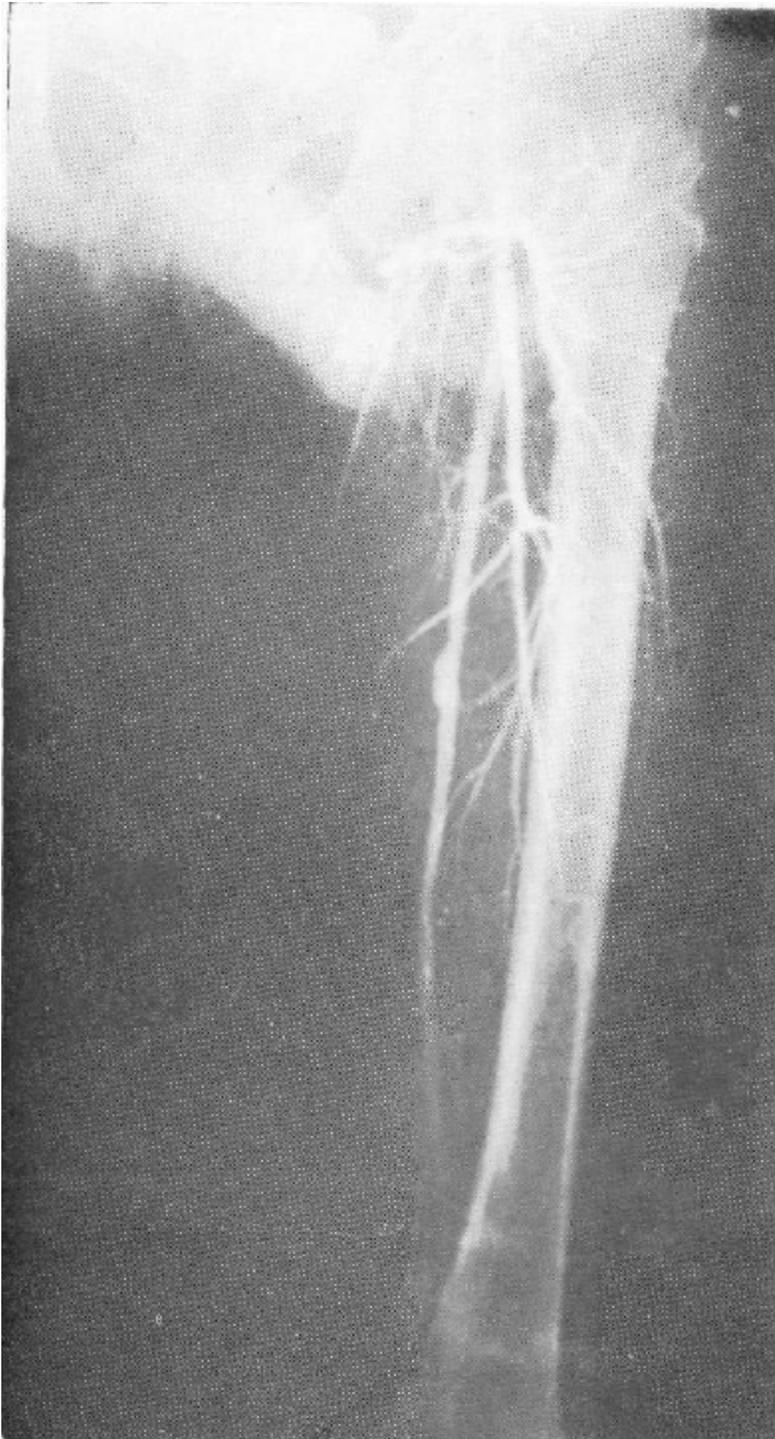
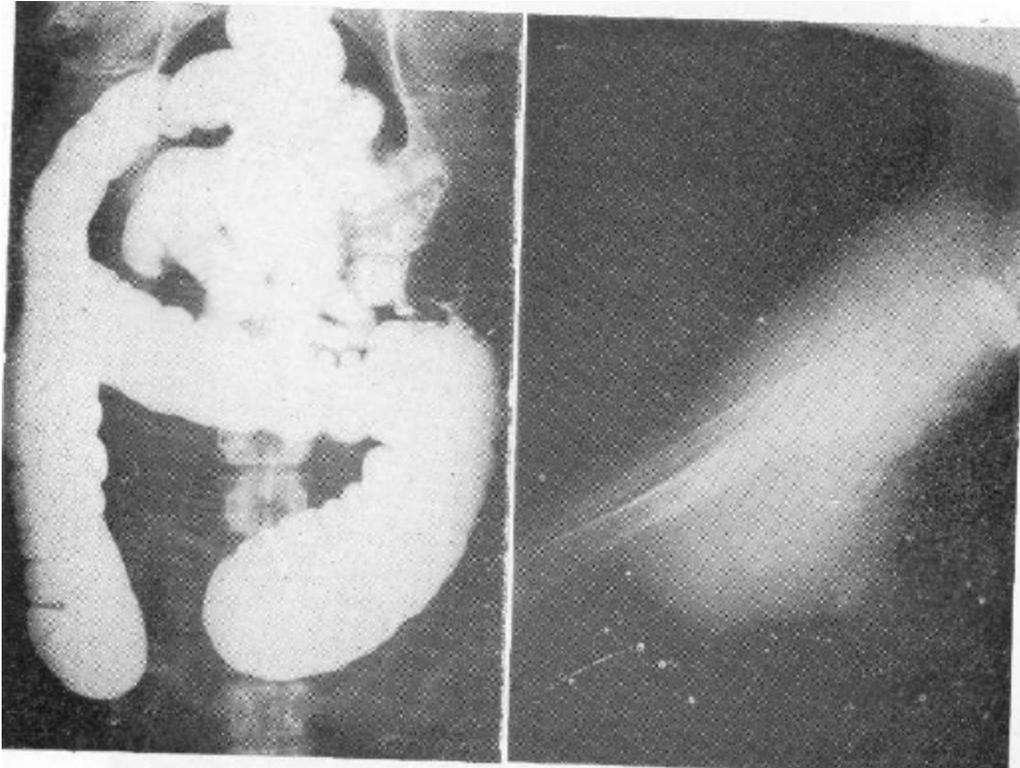


Fig.- Ng 4.—Arteriografía postoperatoria efectuada en la misma sesión que la de la figura N» 3, en la cual se visualiza la arteria femoral superficial y la dilatación correspondiente al parche venoso colocado

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

Por el Dr. JORGE RIVERA

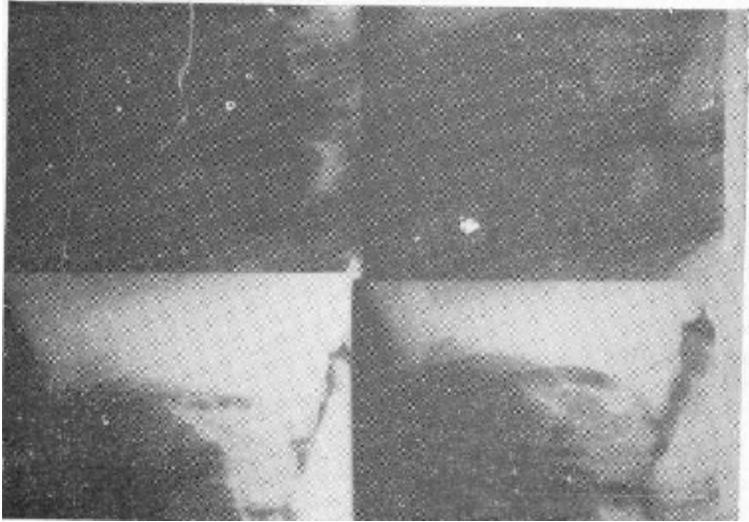


Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, a quien nueve meses antes de su ingreso le apareció una tumoración en la pierna izquierda cuyo tamaño a crecido progresivamente, hasta alcanzar el volumen actual, midiendo 16 cm. en su mayor 'diámetro. En el centro de la tumoración la piel se había ulcerado dando salida a un pequeño mamelón ligeramente sangrante. La paciente se quejaba del dolor en el miembro afecto especialmente por las mañanas y en las últimas semanas de su ingreso tuvo fiebre que en ocasiones fue elevada.

Examen de sangre: G. Blancos 23.400, N 76%, L 24%. G Rojos 2.720.000.

CONTESTACIÓN EN PAG. 184

Caso No2



Paciente de 56 años de edad, labrador, que nueve días antes de su ingreso empezó a sentir dolor en la fosa ilíaca derecha. Suave al comienzo, se fue intensificando progresivamente y al momento de su ingreso se presentaba en crisis que se acompañaban de peristaltismo visible y que eran seguidas de expulsión de flatos. A la palpación se encontró una tumoración situada profundamente en la fosa ilíaca derecha, del tamaño de una naranja, ligeramente movable y algo dolorosa. El examen de heces por sangre oculta fue negativo. El recuento de *G. Blancos* dio una cifra »de 8.300, con un diferencial de N 63% y L 38%.

CONTESTACIÓN EN PAG. 184

EXTRACTOS DE REVISTAS

LA PRUEBA DE JIRGL EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ICTERICIA
(*The Jirgl Test in the Diferential Diagnosis of Jaundice*) Rosental, W.S. y Douvres, P. A-
Am. Jour. Dig. Dis. 10:800 Abril, 1965.

Frecuentemente, las múltiples pruebas de funcionamiento hepático no resuelven si una ictericia es médica o quirúrgica. En 1957 y de manera fortuita Jirgl observó que ocurría floculación en el suero de 45 de un grupo de 47 pacientes con ictericia obstructiva extrahepática si S3 utilizaba una técnica especial. Posteriormente, utilizando dicha técnica se obtuvo un 10-11% de falsas positivas en ictericias parenquimatosas y un 813% de falsas negativas en ictericias obstructivas.

Los autores dan la técnica, su lectura y su probable mecanismo de acción. Finalmente, evalúan la prueba efectuándola en 70 pacientes de los cuales 7 tenían ictericia obstructiva extrahepática, 47 ictericia parenquimatosas y 16 fueron controles. El resultado fue positivo en los 7 primeros casos (100%), ninguno de los controles fue positivo pero en los que tenían ictericia parenquimatosas hubo 14 casos positivos (29.8% falsos positivos).

Concluyen que la prueba tiene significación sólo cuando el resultado es negativo, lo que indica que la ictericia es hepatocelular; una reacción positiva tiene escaso valor ya que casi el 30% da un resultado falso (hepatitis viral, cirrosis, etc.)

(Dr. S. R. Z.)

BIOPSIA PANCREÁTICA EN EL DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE ZOLLINGER-ELLISON
(*Pancreatic Biopsy in the Diagnosis of Zollinger -Ellison Syndrome*) DeMuth Jr., W, E. y Smith, J. M. *Surgery* 57:791- Junio, 1965.

Los autores aseveran que la morbilidad y alta mortalidad asociada al Síndrome de Zollinger-Ellison están directamente relacionadas con la tardanza del diagnóstico. Como falta una prueba para detectar la presencia del agente humoral responsable de la hipersecreción, la única evidencia disponible es la demostración de lesiones en las células non-beta de los islotes pancreáticos (tumor, hiperplasia o neo-formación). Son necesarias operaciones drásticas (gastrectomía total con resección pancreática mayor) para controlar la extrema hipersecreción gástrica y, a menos que se tenga seguridad, la mayoría de los cirujanos justificadamente vacilan emprender una cirugía tan radical. La experiencia de los autores con 4 casos de tumores ulcerogénicos del páncreas los lleva a la conclusión que la demostración de la lesión pancreática debe efectuarse en la primera intervención para poder después, Con la confianza del informe histológico, escoger la operación debida. Aseveran que si hay sospecha de la existencia del síndrome, una apariencia macroscópica normal del páncreas no es suficiente, ya que lesiones pancreáticas elaboradoras de potentes

hormonas semejantes a la gastrina pueden no ser evidentes más que en exámenes histológicos. La frecuencia con que estas lesiones son múltiples (33%) y localizadas en el páncreas distal (66%) los hace escoger la biopsia de la cola del páncreas como sitio de elección.

Resumen las indicaciones de la biopsia así: a) altos niveles de secreción ácida nocturna; b) úlceras pépticas de situación desusada; c) rápida recurrencia de úlceras en la neoboca a pesar de la adecuada gastrectomía; d) alivio gestacional de las manifestaciones severas de úlcera péptica en mujeres jóvenes y e) coexistencia de úlcera, cálculos urinarios o tumores paratiroides por interrelaciones endocrinas.

(Dr. S. R. Z.)

MODIFICACIÓN AL PROCEDIMIENTO EN Y DE ROUX (Modification of the Roux-en Y pavec dure) Warren, K. W. The Surg. Cl. of N. A- 45:611, 1965.

La técnica en Y de Roux fue ideada con objeto de impedir el reflujo del contenido gastrointestinal hacia el sistema biliar, pancreático, gástrico o esofágico, utilizando una enteroenterostomía entre una corta asa delgada proximal y una larga asa delgada distal. Sin embargo, según el autor, una pequeña o gran cantidad del contenido gastrointestinal no sigue el camino de la entero-enterostomía y llega, por tanto, por medio del asa proximal a la vesícula, colédoco, Wirsung, estómago o esófago, según el caso. El informante asevera que por muchos años ha empleado una modificación de este procedimiento que soluciona este inconveniente: el asa proximal del yeyuno se ocluye por medio de suturas de colchonero con seda fina que toman ambas paredes del intestino. De este modo el contenido gastrointestinal se ve forzado a seguir la vía de la entero-enterostomía, pudiendo efectuarse el reflujo excepcionalmente por actividad antiperistáltica. Asegura no haber tenido complicaciones con esta modificación.

(Dr. S. R. Z.)

EVALUACIÓN DE LAS VARICES ESOFÁGICAS EN ENFERMEDAD HEPÁTICA POR MANOMETRÍA DE PULPA ESPLÉNICA, ESPLENOPORTOGRAFIA Y ESOFAGOGASTROSCOPIA (Evaluation of Esophageal Varices in Liver Disease by Splenic-Pulp Manometry, Splenoportography, and Esophagogastroscopy) Green, L. et. al. Am. Jour. of Dig. Dis. 10:284 Abril 1965.

Estas pruebas fueron efectuadas en 60 pacientes con enfermedad hepática y con sospecha de hipertensión portal; las 3 pruebas fueron hechas en cada uno de los pacientes dentro de un período de 6 días y 20 de ellos estaban sangrando activamente en el momento del examen endoscópico.

La esofagoscopia demostró várices en el 90% de los estudiados. La esplenoportografía demostró circulación colateral sólo en el 50% de los casos varicosos endoscópicamente comprobados; en ningún caso la esplenoportografía reveló circulación colateral que no hubiera sido ya detectada por la endoscopia; nunca evidenció circulación colateral en los pacientes con presión de pulpa esplénica menor de 270 mm. de agua.

En 20 pacientes con sangramiento gastrointestinal superior, la altura de la presión de la pulpa esplénica fue un indicio pobre del sitio de sangramiento; 8 pacientes con hipertensión portal y várices esofágicas estaban sangrando de sitios no varicosos; 5 pacientes con hemorragia procedente de várices verificada por endoscopia no tenían circulación colateral visible por esplenoportografía,

Es evidente, concluyen, que los 3 procedimientos frecuentemente conducen a resultados divergentes. Creen que la esplenoportografía es útil para demostrar la integridad de la luz portal en tanto que la esofagogastroscofia es un mejor método para evidenciar várices esofágicas y determinar si están sangrando- Creen que la altura de la presión de la pulpa esplénica tiene poco valor para indicar el origen de hemorragias del tracto digestivo superior.

(Dr. S. R. Z.)

THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ASCENDING SUPERFICIAL THROMBOPHLEBITIS (EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL ASCENDENTE). Totten, H. P. *Angiology* 16:37:1965.

El autor refuta la opinión bastante extendida de la supuesta poca importancia que puedan tener las tromboflebitis superficiales ascendentes. Hace una revisión de las tendencias terapéuticas sostenidas actualmente por diversos angiólogos, que van desde el tratamiento conservador en cama con fomentos calientes y anticoagulantes; del tratamiento conservador ambulatorio hasta las indicaciones cruentas, considerando el estado patológico en referencia como una emergencia quirúrgica, como lo es la apendicitis aguda. Cabe resaltar la cita que se hace de Zollinger, en cuya estadística figura el dato de que el 10% de un total de 335 pacientes con tromboflebitis superficial tuvieron embolias pulmonares, de las cuales cinco fueron fatales. Asimismo impresionan los datos de Fjores, según los cuales en una serie de cuarenta casos, hubo un 32% propagación de la trombosis al sistema venoso y cinco casos de embolia pulmonar, de los cuales dos fueron fatales.

El autor, en vista de la revisión bibliográfica que hace y de su propia experiencia concluye que el tratamiento conservador de la tromboflebitis superficial ascendente es insatisfactorio y potencialmente peligroso. Aboga por la cirugía rápida consistente en la ligadura del cayado de la safena interna con flebectomía completa. No considera conveniente hacer la fleboextracción en presencia de tromboflebitis activa o reciente. Aconsejan la trombectomía cuando se produce la extensión al sistema profundo. Cree que existen tres razones para el tratamiento quirúrgico precoz:

1.—La extensión al sistema profundo con el peligro de embolia pulmonar, todo lo cual se previene con el acto quirúrgico.

2.—Una convalecencia rápida habitualmente sólo de días en contraposición con las semanas que requiere el tratamiento conservador.

3.—Impedir la pierna postflebítica que puede ocurrir después de ataques repetidos de tromboflebitis superficial.

(Dr. J. G. M. G.)

VASCULAR EMERGENCIES OF THE LOWER EXTREMITY (EMERGENCIAS VASCULARES EN LA EXTREMIDAD INFERIOR) Julián, O- C. *Hunter J. A. S. Clin. A.* 45 135:1965.

En la parte correspondiente al tratamiento de la tromboflebitis, los autores exponen el criterio del tratamiento quirúrgico de la tromboflebitis femoral. Para ellos este tratamiento tiene por objeto remover el trombo y restaurar a su grado normal la circulación novosa. Consideran que ello es deseable a fin de resolver el edema, para prevenir la embolización espontánea del pulmón, para reducir a un minimum las secuelas de la insuficiencia venosa y finalmente para, evitar la extensión masiva

del proceso trombótico. En el curso de la intervención, abren la vena femoral por incisión longitudinal, extrayendo el trombo y exprimiéndole el que pueda existir en la vena ilíaca por medio de presión abdominal y succión. Usan heparina intraoperatoriamente. Afirman que los resultados obtenidos en el 80% de los casos operados, consisten en la resolución inmediata del dolor, la desaparición del edema y la restauración de la circulación venosa normal. El tratamiento quirúrgico después de los 10 días ensombrecería el pronóstico. Han tenido algunos casos de embolia pulmonar por trombo residual por lo que consideran la posibilidad de asociar la trombectomía a la ligadura de la ilíaca o de la cava.

(Dr. J. G. M. G.)

TRATAMIENTO DE LA DIARREA PRODUCIDA POR ANTIBIÓTICOS.
William H. Dearing, M. D. *Modern Treatment*. Vol. 2, N° 2, marzo, 1965. Pág. 362,

El autor, del Departamento de Medicina de la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota, dice que la flora intestinal del hombre es susceptible de cambios por la edad, la dieta, ingestión de bacterias así como de cambios producidos por enfermedades intestinales, cirugía en el tracto digestivo y antibióticos, especialmente algunos de amplio espectro.

Los más conocidos de éstos son las tetracelinas, Neomicina, Kanamicina y combinaciones de éstos, los cuales cambian totalmente la flora intestinal por períodos de tiempo variables. El síntoma más común de estos cambios es la diarrea, la cual no siempre se relaciona con la administración de antibióticos, debido a que es frecuente el hallazgo de *Staphylococcus aureus* en las heces.

El tratamiento puede resumirse así:

- 1.—Supresión del antibiótico administrado, al cual *S. aureus* es resistente.
- 2.—Alimentar normalmente al paciente tan pronto como se pueda para normalizar la flora, lo cual ocurre a las 48 horas por término medio.
- 3.—Administrar oralmente antibióticos a los cuales *S. aureus* es sensible (eritromicina, 250-500 mgs c/6 horas.
- 4.—Aislar al paciente para prevenir la diseminación de la infección estafilocócica a otros pacientes.
- 5.—Balance hidroelectrolítico adecuado. En el caso específico de la enterocolitis pseudomembranosa con o sin *S. Aureus*, la que es mucho más grave, se aconsejan las siguientes medidas:
 - 1.—Líquidos y electrolitos parenterales para compensar las enormes pérdidas por el intestino. Pueden perderse hasta 15 litros de líquidos sólo por la diarrea,
 - 2.—Sangre, si es necesario para combatir el shock.
 - 3.—Agentes presores, si es necesario.
 - 4.—Suspender el antibiótico, y sustituirlo por el que se indique en el antibiograma,
 - 5.—Alimentarlo por boca tan pronto como sea posible.

(Dr. J. H. Q.)

TRATAMIENTO MEDICO DE LAS NEOPLASIAS PANCREÁTICAS.—
Arthur P. Klotz, M. C. Modern Treatment, Vol. 2, N^o 3, mayo 1965, p. 498.

El autor de la Universidad de Kansas, se refiere específicamente al carcinoma de los acinos y de los conductillos pancreáticos. La única esperanza para estos pacientes es la cirugía radical precoz, pero esto casi nunca se logra en la etapa adecuada. La enfermedad rara vez supera el lapso de 6-12 meses.

Analgésicos y Narcóticos.—Deben administrarse en la dosis necesaria para calmar el dolor, ya que nada se gana con restringirlos. Sulfato de codeína, puede ser útil al principio, ayuda un poco agregar 100-200 mgs. diarios de clorpromazina. En fases más avanzadas, meperidina y morfina están indicados.

Dieta y suplementos pancreáticos.—En los pacientes con esteatorrea, signo inequívoco de insuficiencia pancreática, 3 grs. de Viokasc con cada comida pueden ayudar un poco. Si el caso amerita, pueden darse pequeñas dosis de insulina o hipo-glicemiantes orales. No hay restricciones dietéticas.

Quimioterapia.—Esta es sólo de ayuda temporal. Los mejores resultados se han observado con mostaza nitrogenada y 5 fluorouracilo. Hay una mortalidad de 5 a 10% por la droga (hemorragias gastrointestinales, manifestaciones tóxicas, etc.) Es mejor utilizarlos acompañados de esteroides y antibióticos. Respecto a 5-fluorouracilo, se recomienda una inyección rápida de 15 mgs. por Kg. de peso diario por 4 días. Si no hay signos de toxicidad, se continúa con 7.5 mgs/kg. en los días 6^o, 8^o, 10^o y 12^o. La dosis diaria no debe exceder 1 gramo. El tratamiento se hace siempre en el hospital. Las manifestaciones tóxicas son estomatitis, náusea, diarrea, ulceraciones gastrointestinales, hemorragia, leucopenia, pérdida del cabello.

(Dr. J. H. Q.)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN TOTAL — TECUMSEH, MICHIGAN. F- H. Epstein, M. L., L. D. Ostrander, M. D., B. C. Johnson, M. D., M. W. Payne, M. D. N. S. Hayner M. D., J B. Keller. M. P. H., F. Francis. M. D. Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública y Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la, Universidad de Michigan. Ann Arbor, Michigan. Anales de Medicina Interna, junio 1965.

Se estudió la existencia de enfermedad cardiovascular en nueve décimos (8.641 personas) de la población total de Tecumseh, Michigan, comunidad que puede considerarse como representativa por sus características económico-sociales, de las pequeñas ciudades de los Estados Unidos. Se determinó la existencia de enfermedad coronaria, hipertensiva, reumática y congénita del corazón, así como la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva. Se establece la relación existente entre enfermedad coronaria y colesterol sérico, presión arterial, y glicemia. Se hace hincapié en la probable importancia del nivel de la glucosa sanguínea como factor contribuyente para coronariopatía. Se hace además una valoración de la obesidad y el tabaquismo en relación con cardiopatía. Este estudio es una parte de otro a largo plazo que se realiza en esta población con fines epidemiológicos.

(Dr. A. L. G.)

OXIGENACIÓN HIPERBARICA. R. E. Whalen. M. D-, H. D. McIntosh, M. D. Departamento de Medicina, Duke University Medical Center. Durham, North Caroline. Estados Unidos. America Heart Journal, Editorial, junio 1965.

Los autores hacen una revisión detallada del desarrollo histórico de la oxi-

nación hiperbárica. Se analizan en detalle los principios y leyes de la física en los cuales se basa este procedimiento. Los diversos usos del método terapéutico son evaluados, tales como su valor en la intoxicación por monóxido de carbono, infecciones anaeróbicas, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, cardiopatías congénitas, enfermedades malignas y otras más en etapa experimental. Este sistema de tratamiento *es* caro y requiere personal altamente adiestrado. Se mencionan en detalle las complicaciones y posibles accidentes al emplear este tipo de oxigenación. Los autores llaman la atención sobre dos hechos importantes: Uno, la demostración de que el oxígeno puede ser transportado en la sangre físicamente disuelto en el plasma y llenar todas las necesidades de los tejidos sin necesidad de la hemoglobina, y dos, la posibilidad de que la piel y las mucosas absorban oxígeno cuando se administra en concentraciones altas, tal como se ha demostrado en recién nacidos. Se llama la atención sobre las enormes posibilidades que abre este método de tratamiento,

(Dr. A. L. G.)

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPORADIAL (Ulnar-Tunnel Syndrome at the wrist)- Dupont C., Clovlier E. Prevost Y. Dion M. A. J. B. J. S. 474, 757, 1965.

Los autores hacen la revisión de 4 casos de neuritis compresiva del nervio radial a nivel del túnel carpeano.

Señalan como síntoma principal, dolor en la muñeca acompañado de entumecimiento, temblores y parestesias a nivel del anular y meñique. Signos y síntomas motores solamente lo reportan en un caso. Asimismo señalan que la compresión del mediano y del radial (una combinación de ambos síndromes) ocurrió en un solo paciente.

Los autores pudieron observar que el tratamiento quirúrgico (sección del ligamento anterior del carpo con la extirpación de todos los tejidos anormales (ganglioma, tromboangeítis de los vasos radiales, etc.), dieron por resultado un alivio inmediato del dolor y del temblor, pero que el retorno de la sensibilidad normal y de la fuerza muscular era gradual.

Dr. L. S. S.

FRACTURA DEL FÉMUR EN LA ENFERMEDAD DE PAGET (Fracture of the femur in Paget's disease). Nicholas J. A.; Killoran P. J. B. J. S. 474 N^o 3, 450-1965-

Los autores de este artículo concluyen de que las fracturas de la diafisis fémur en la enfermedad de Paget son peligrosas y difíciles de tratar.

Dan a conocer la experiencia de 23 casos, de los cuales 11 se supone que tuvieron buen resultado. En 3 pacientes las fracturas no pudieron nunca consolidar y nunca más volvieron a caminar. 5 murieron por haber desarrollado un sarcoma os-teogénico, de los cuales 4 de ellos murieron dentro de los primeros dos meses después de la intervención

2. En fracturas de la diafisis femoral asociada con enfermedad de Paget, siempre hay que sospechar un sarcoma y obtener una biopsia.

3. En la serie de casos que presentan, ningún paciente fue posible sacarlo de la cama tempranamente, debido a que no fue posible una fijación interna rígida en el hueso anormal de la enfermedad de Paget.

4. Las fracturas trocantéricas consolidan con menos dificultad.

Las fracturas de cuello del fémur en esta serie de casos fueron de resul-

teclados muy pobres, con una sola excepción. Las prótesis no son recomendables.

6. Las fracturas de la diáfisis femoral en la enfermedad de Paget, no consolidan con la misma rapidez que el hueso normal.

7. Los autores no recomiendan ningún método de tratamiento. Cada caso debe de ser evaluado' en particular-

Dr. L. S. S.

SITIOS DE ELECCIÓN PARA AMPUTACIONES EN LA PRACTICA MODERNA. Ernest M. Burges, M. D.³ Clinical Orthopaedics 37; 17, 64.

El objetivo primordial de la cirugía de las extremidades es la restauración funcional, por lo que el cirujano debe considerar en su verdadera perspectiva la sustitución protésica, que tan avanzada se encuentra en la actualidad. En principio deben conservarse en su mayor longitud posible ambas extremidades (sup. e inf.) preocuparse por el sitio adecuado de las cicatrices del muñón, eliminar en lo posible todas las protuberancias que puedan interferir con el correcto y confortable ajuste de las prótesis y tratamiento adecuado de vasos y nervios. El nivel de amputación es de grandísima importancia, y el sitio hay que seleccionarlo con una comprensión perfecta del resultado final que S3 desea para una buena prótesis. Este criterio debe tenerse aún en las amputaciones de emergencia, en la reamputaciones y en los casos de trastornos circulatorios. En los niños no debe olvidarse nunca el factor del crecimiento, acercándose en lo posible a los discos de crecimiento.

(Dr. A. B. M.)

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

VIENE DE LA PAG. 176

RESPUESTA AL CASO N» 1

El paciente fue operado y se encontró un plastrón apendicular situado por fuera del ciego.

RESPUESTA AL CASO N« 2 El diagnóstico

histológico fue de sarcoma osteogénico.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Dr. J. G. M. G.)

1* Pregunta.—*TRATAMIENTO DE LA RETENCIÓN TESTICULAR.*

¿Hasta qué momento se puede esperar sin riesgo para ver si se produce el descenso espontáneo? ¿Cuál es el tratamiento más adecuado (hormonoterapia, operación) ?

RESPUESTA: El tratamiento de la ectopia testicular depende fundamentalmente de la causa que impide o retarda el descenso testicular. Dejando de lado que en aproximadamente un 4 a 5% de los neonatos masculinos existe una ectopia testicular "fisiológica" que se normaliza espontáneamente en el curso del primer año de vida, quedan aquellos casos en que un déficit cuantitativo de gonadotropina materna o su acción insuficiente en el feto ha dejado de producir el impulso para la ectopia testicular anatómica, o bien en que el descenso testicular incipiente se detuvo debido a un impedimento mecánico. En el caso de la ectopia unilateral con testículo descendido y de tamaño normal del otro lado, no resulta defendible una causa hormonal.

El tratamiento conservador con una serie de inyecciones de coriogonadotropina produce efectos óptimos en la ectopia bilateral de testículos bien móviles, no fijados. También en presencia de ectopia unilateral se justifica la cura hormonal porque el agrandamiento del órgano que se consigue, el crecimiento longitudinal de los anexos y la dilatación de la vía del descenso, crean mejores condiciones para la corrección quirúrgica.

Es de importancia fundamental instituir a tiempo todas las medidas indicadas, es decir en el momento en que el aparato tubular pasa de su fase de reposo a la fase de crecimiento, o sea aproximadamente el sexto año de vida. Como tratamiento inicial vale siempre la pena hacer un ensayo con inyecciones de coriogonadotropina (1000 a 1550 UI dos veces por semana por vía intramuscular, por espacio de seis semanas). Si no se produce ningún resultado, se puede repetir la cura, pero, si fracasa de nuevo, no se debería titubear en hacer seguir de inmediato la ectopia quirúrgica con técnica tan protectora como sea posible. Según el concepto actualmente en vigencia, debe evitarse la fijación del testículo en el muslo o en la pared escrotal. Cualquier lesión del plexo vascular, una compresión pasajera, o una tracción, resulta irreversible en sus repercusiones en el testículo y definitiva en lo que respecta a la fertilidad posterior. Hasta, los diez años de vida a más tardar, todas las medidas terapéuticas deben haber concluido.

Con el paso a la fase de maduración, el testículo no descendido experimenta lesiones permanentes graves. Un descenso espontáneo poco antes o en el curso de la pubertad reduce considerablemente la fertilidad; por lo tanto, en ningún caso se debe esperar que se produzca. El tamaño del testículo no es elemento de juicio de su funcionalidad. Sólo el resultado de un espermatograma efectuado según las

reglas del arte puede informar sobre el resultado del tratamiento efectuado en la edad infantil.

*Dr. W. Maier, Chirurgische u. Orthopadische
Abteilung der Universitäts Kinderklinik, München 15, Lindwurmstr 4.*

2* Pregunta.—*SIGNIFICACIÓN DE LA REACCIÓN DE MENDEL-MANTOUX.*

¿Tiene esta reacción, todavía alguna importancia en medicina interna? ¿Sugieren las reacciones locales a 1:10000 y 1:100000 una sospecha de tuberculosis evolutiva en ausencia de otros síntomas?

RESPUESTA: La reacción de Mendel-Mantoux tiene en medicina interna lo mismo que en pediatría y en la medicina veterinaria la significación de indicar quién está infectado por bacilos tuberculosos o con BCG o acaso por otros mycobacterium, y quién, tratándose de bacilos tuberculosos, puede contraer una tuberculosis si no la tiene ya. Con cuanta mayor frecuencia se practica esta reacción en el hombre, tanto más exactamente es posible definir el momento en que la persona puede haber sido infectada. Conociendo este tiempo, es más fácil averiguar por quién ha sido infectada. Como la tuberculosis está generalmente en vías de retroceder entre nosotros, la reacción a la tuberculina va adquiriendo cada vez mayor importancia en medicina interna, porque su negatividad deja excluida con gran seguridad (99%) una tuberculosis en el diagnóstico diferencial. En la actualidad ya no es posible aceptar que cada adulto esté infectado por la tuberculina en nuestras latitudes. La intensidad de la reacción a la tuberculina no informa acerca de la evolutividad o no evolutividad de una tuberculosis. Una reacción intensa a la tuberculina no puede ser evaluada por el diagnóstico de una tuberculosis en ausencia de otros signos.

Prof. Dr. R. W. Müller, Köln-Linderthal, Herderstr, 6.

3ª Pregunta: ¿Tratamiento de la tartamudez en un adulto

RESPUESTA: La tartamudez es un fenómeno tan polimorfo y tan poco transparente en sus manifestaciones, en su etiología y en sus posibilidades de influir en ella que resulta aún más difícil que en otros trastornos neurológicos, ofrecer una apreciación exhaustiva y sugerencias sin tomar contacto con el afectado. De todos modos habrá que pensar en un trastorno de la exteriorización de la personalidad que ciertamente no se originó a raíz de las influencias por parte de sus colegas profesionales, sino que, haciendo caso omiso de factores disposicionales, debe ser investigado hasta la remota infancia, no precisamente en los primeros años de vida, sino casi siempre en los subsiguientes. En toda evidencia se ha producido una pérdida circunscrita de la naturalidad del vivir y del hablar. Con seguridad medrosa y en un afán de hacer las cosas bien, el paciente se preocupa en ciertas situaciones, de procesos funcionales que transcurrirían en forma excelente si el afectado no interfiriera deliberadamente con su persona consciente. Como continuación de una frustración temprana para la cual se han establecido entretanto mecanismos homeóstáticos, el trastorno se manifiesta ahora a modo de neurosis de expectación en forma característica en circunstancias en que, a pesar o justamente a causa de sus éxitos profesionales, el afectado, no tanto en su conciencia como sin confesarlo, se siente cuestionado, por sus colegas profesionales, mientras que en un ambiente de confianza, de reconocimiento y de afirmación sobrentendida, el paciente parece estar libre de trastornos. En una elaboración analítica de los problemas de

vida, será necesario indagar las causas que pueda haber para una inseguridad tan especial pesquisando las vivencias primitivas de frustración. Se procurará contribuir a la maduración de la personalidad promoviendo la aceptación de la situación dada, y a una amplia independencia interna del medio ambiente. Habrá que buscar la colaboración de un foniatra y de un atmoterapeuta. Con la ejercitación autógena y ejercicios de relajación se podrá contribuir en forma decisiva a la tonificación quietiva. En todas estas medidas terapéuticas, la atención no debiera ser dirigida innecesariamente al acto de fonación, sino, por el contrario, se debiera crear una indiferencia cada vez mayor apoyándola con fórmulas, si fuera necesario, y, más aún, infundir el coraje de soportar un papelón. Expresado en forma paradójica, la cuestión es que emparente se atreva a tartamudear para que pierda la tartamudez. Se debiera procurar ampliar el círculo de amigos entre los cuales el afectado puede exteriorizarse sin trastornos y adaptar los allegados para que no se alarmen por un fenómeno de tartamudeo. La vivencia consciente de su propio valor debiera ahondarse en todos los demás sectores, de suerte que el trastorno neurótico resulte progresivamente de más. Si el tratamiento ambulatorio no condujera a la meta, se debería hacer por lo menos el ensayo de un tratamiento clínico.

Prof. Dr. W. Schulte Universitäts-Nervenlinik, Tübingen.

PREGUNTA. ¿Hay un Síndrome hepatorenal? G. A. Martini.

Cuatro observaciones diferentes han dado lugar al concepto del síndrome hepatorenal. En primer lugar se observaron trastornos de la actividad renal (oliguria, azotemia) en afecciones inflamatorias de las vías biliares antes y después de operaciones así como en lesiones hepáticas. En segundo lugar es posible que enfermos con cirrosis hepática tengan no raras veces una glomerulonefritis. En tercer lugar se encuentra en enfermos con cirrosis hepática un trastorno de la eliminación de cloruro sódico y de agua, que puede alcanzar un grado tan alto, que se produce el cuadro de la "insuficiencia renal terminal". Hay finalmente muchos estados patológicos, en los cuales están afectados por un daño el hígado y los riñones, y gr la enfermedad de Weil, intoxicación de tetracloruro de carbono y eclampsia. El grupo más importante lo constituye la hiperazotemia (insuficiencia renal) en la coledocolitiasis y colangitis antes o después de operaciones biliares. El cuadro patológico es reseñado a base de doce observaciones propias. El transcurso clínico está caracterizado la más de las veces por un síndrome a modo de choque con aumento de la temperatura, en parte después de escalofrío, con descenso de la presión sanguínea y oliguria para examinar la cuestión de una correlación entre alteraciones hepáticas parenquimatosas y trastornos de la función renal se observaron diez enfermos con intericia hepatocelular grave (hepatitis de virus) y distrofia hepática, respectivamente: La retención de substancias sujetas a la orina no está en estos enfermos tan pronunciada, como debería esperarse según la concepción de la palabra hepatorenal. Sólo en casos muy aislados y poco antes de la muerte se observó un aumento de N residual en un enfermo con distrofia hepática. También una triple carga —operación y función hepática disminuida en anastomosis portocava— condujo sólo en tres de once enfermos a un exiguo incremento de N residual. En estos tres enfermos había sobrevenido durante la operación un considerable descenso de la presión sanguínea, que explica el aumento de N residual. La insuficiencia renal terminal (dependiente de la circulación) en la cirrosis hepática muestra, además de la hiperazotemia, alteraciones electrolíticas; chocantes con hiposodemia

hiperpotasemia e hipocloremia. El estado se desarrolla a menudo después de la función de ascitis y /o diuresis forzada. Tenemos aquí —si cabe— un síndrome hepatorrenal típico. En el llamado síndrome hepatorrenal no se trata de una relación causal auténtica entre el trastorno hepático y el de la función renal. La infección, el descenso de la presión sanguínea y trastornos del metabolismo electrolítico e hídrico, que las afecciones de las vías biliares y del hígado tienen en común con otros estados patológicos, conducen al trastorno funcional de los riñones. El tratamiento apunta en primer término a la supresión de este trastorno. La denominación "síndrome hepatorrenal" dirige la atención, equivocadamente tan sólo a un daño hepático como causa del fracaso renal y debería abandonarse por lo tanto.

Dtsch. Med. Wschr. 87 (1962), 2408 y SIG.

5ª Pregunta: *TERAPÉUTICA ANTICOAGULANTE DESPUÉS DEL INFARTO MIOCARDICO.*

¿Puede darse por descontado el efecto profiláctico favorable de una terapéutica anticoagulantes después del infarto miocárdico? ¿Considerase la omisión de esta terapéutica como un error médico? ¿Cuál es la posición del seguro social con respecto a un tratamiento crónico?

RESPUESTA: La omisión de una terapéutica anticoagulante no ha de evaluarse necesariamente como error médico ya que algunos (pocos) cardiólogos prominentes como McMichael (Lancet 1960/11,991). Todavía no se han convencido del valor incontestable de esta terapéutica. En el caso individual todavía no es posible demostrar si una trombosis coronaria ha sido la causa principal del infarto y si subsiste el riesgo de una nueva trombosis con recidiva del infarto. Si se pudiera poner en evidencia este mecanismo en determinado caso, la indicación de la terapéutica anticoagulante ya no sería negada por nadie. Por el momento, los autores se atienen a los datos de los anatomopatólogos que señalan un 70 a 80% de frecuencia de la trombosis coronaria en el infarto miocárdico, así como a la experiencia de que, por la frecuencia relativamente baja en los hombres más jóvenes, la terapéutica anticoagulante tiene tanta mayor indicación cuanto más joven es el paciente. Resulta difícil formarse una opinión porque los grupos testigos no son bien comparables. McMichael ha destacado la heterogeneidad de los grupos de pacientes y sacó de esta circunstancia la conclusión de que el valor de la terapéutica no estaría probado. Por otra parte, la conclusión de que la terapéutica sería, ineficaz por esto, es falsa por la misma razón. Se han acumulado ahora tantas experiencias y grupos testigos que nadie puede ni debe aventurarse a formar grupos homogéneos dejando a uno sin tratar por razones de mayor riesgo de labilidad y de recidivas.

Si con Borchrevink (*Pharmakotherapie* 1 (1963), 109); Pezold (*Münch. Med. Wschr.* 104 (1962), 1549); Schettler (Congreso de la Sociedad Alemana de Medicina Interna. Wiesbaden, 1963), y la gran mayoría de los congresales del último Simposio sobre la Terapéutica Anticoagulante celebrado en Hamburgo en mayo de 1963, llegamos a un concepto positivo, este concepto positivo no deja por esto detener un carácter provisional. Nuestra experiencia personal formada en tres años de funcionamiento de un servicio ambulatorio anticoagulante, nos ha convencido del valor de este tratamiento. De cien pacientes bien compensados con anticoagulantes, un 5% tuvo un reinfarto en el curso de dos años y un 3% murió de una muerte cardíaca. Los por cientos comparados de un grupo de 63 pacientes dejados sin tratar son del 21% y del 14%, respectivamente. Los dos grupos no son homogéneos porque los pacientes dejados sin tratar son aquellos que por falta de

inteligencia o por ligereza no han seguido el consejo médico de proseguir el tratamiento. Es imposible estimar el riesgo que corren estos pacientes.

En el grupo que se trata, se han reunido aquellos pacientes que se preocupan seriamente de su salud; siguen los consejos médicos, y toman puntualmente sus comprimidos. El resultado se refleja también en la laborabilidad: un 38.6% de los que no se tratan, y un 29% de los que se tratan, tienen que suspender sus quehaceres por tiempos relativamente largos siguiendo el consejo médico.

En vista de la experiencia formada estamos tan convencidos del valor de la terapéutica anticoagulante que no nos podemos decidir en principio¹ a darla por finalizada al cabo de dos años, nadie puede en este momento durante cuánto tiempo ella tendrá eficacia. También en este caso reza la regla: cuanto más joven es un paciente tanto más tiempo y tanto mejor será la profilaxis de las recidivas.

Hasta ahora no hemos tenido dificultades con las organizaciones de obra social.

Prof. Dr. F. Hartmann, Medizinische Universitäts. Poliklinik, Marburg/I. Robert— Kosch-Str, 7K

(Tomado de "Medicina Alemana")

SECCIÓN DE "LAS PREGUNTAS"

A cargo del Dr. TITO H. CÁRCAMO() (**)*

- 1) ¿Cuál es el tipo anatomopatológico más frecuente en las carcinomas de] esófago?
 - a) De células escamosas;
 - b) De células transicionales;
 - c) Adenocarcinomas;
 - d) De células escamosas y transicionales;
- 2) ¿Cuál es la metástasis más frecuente del cáncer del esófago?
 - a) El hígado;
 - b) El estómago;
 - c) Los nódulos linfáticos;
 - d) El pericardio;
 - e) Los ganglios supraclaviculares.
- 3) ¿Cuál de los siguientes síntomas es el menos frecuente en una esofagitis péptica?
 - a) Disfagia;
 - b) Dolor retroesternal;
 - c) Anemia;
 - d) Malestares epigástricos;
 - e) Hematemesis masiva.
- 4) ¿A qué nivel está localizado el Divertículo de Zenker?
 - a) Arriba del esfínter esofágico superior;
 - b) En el extremo inferior del esófago;
 - c) En el 1/3 medio del esófago;
 - d) En el estómago;
 - e) En la tercera porción del duodeno.
- 5) ¿Entre qué términos de los que citamos a continuación varía el PH del estómago?
 - a) 6 y 8;
 - b) 1 y 8.5;
 - c) 1 y 10;
 - d) 3 y 7;
 - e) 1 y 13;

(*) Jefe del Servicio de Ortopedia de Mujeres del Hospital General. (**)
Catedrático de Embriología en la Universidad Autónoma de Honduras,

- 6) ¿Cuál es el promedio de supervivencia de 5 años después de una resección de cáncer esofágico?
- a) Menos del 5%;
 - b) 5 a 10%;
 - c) 10 a 20%;
 - d) 20 a 30%;
 - e) 0%.
- 7) ¿Cuál es el sitio de elección de las úlceras pépticas?
- a) El esófago;
 - b) Gran curvatura del estómago;
 - c) Curvatura menor;
 - d) Bulbo duodenal;
 - e) Ninguno.
- 8) ¿Con qué asociaría Ud. las úlceras de Curling?
- a) Con un adenoma paratioides;
 - b) Con un tumor cerebral;
 - c) Con un tumor pancreático;
 - d) Con las quemaduras;
 - e) Con un tumor adrenal.
- 9) ¿Cuál es el tipo predilecto del dolor ulceroso?
- a) Cuadrante superior derecho;
 - b) Cuadrante inferior derecho;
 - c) Epigástrico;
 - d) Sub-esternal;
 - e) En la espalda.
- 10) ¿Dónde se encuentran con mayor frecuencia los carcinoides?
- a) En el duodeno;
 - b) En el yeyuno;
 - c) En el íleon;
 - d) En el apéndice;
 - e) En el colon;
- 11) ¿Cuál cree Ud. que es el mayor porcentaje de Diverticulosis en la población general?
- a) 5%;
 - b) 1%;
 - c) 20%;
 - d) 10%;
 - e) 50%.
- 12) ¿En qué consiste el Síndrome de "Dumping"?,
- a) Diarrea y calambres abdominales;
 - b) Vómitos persistentes;
 - c) Desmayo y debilidad post prandial;
 - d) Ataques convulsivos;
 - e) Flatulencia y constipación,

- 13) ¿Cuál es la complicación más frecuente de la Vagotomía?
- a) Sequedad de la boca;
 - b) Disfagia;
 - c) Aerofagia;
 - d) Diarrea;
 - e) Taquicardia.
- 14) ¿Dónde se encuentra la anomalía histológica en la Acalasia?
- a) En el músculo liso;
 - b) En los plexos de Meissner;
 - c) En el plexo de Auerbach;
 - d) En el epitelio escamoso;
 - e) En el nervio vago.
- 15) ¿Cuál es el signo más característico por medio del cual se puede diferenciar un tumor benigno de células gigantes de un quiste óseo solitario?
- a) Por la ausencia del dolor;
 - b) Por su aspecto radiológico;
 - c) Por su rareza entre la 3ª y 4ª décadas;
 - d) Por su aparición en las diáfisis;
 - e) Por su rareza antes del cierre epifisario.
- 16) Es un paciente cuyo metabolismo basal es normal y que se queja de disnea, disfagia, disfonía, dolor y ocasionalmente síntomas de hipertiroidismo, ¿cuál cree Ud. que sea el diagnóstico más probable?
- a) Tiroiditis aguda;
 - b) Bocio nodular;
 - c) Estruma de Riedel;
 - d) Carcinoma tiroideo;
 - e) Tumor de Hurthle.

CLAVE: La contestación correcta a las preguntas anteriores es la siguiente:

(N« 1: e) (N? 2: c) (N* 3: e) (N? 4: a) (N* 5: b) (N« 6: a) (N° 7: d) (N? 8: d)
(N? 9: c) (N? 10: d) (N* 11: a) (N* 12: c) (N» 13: d) (N» 14: c) (N¹? 15: e)
(N" 16: c).

Próximos Congresos Médicos a Realizarse en el Corriente Año

- Septiembre 5-10* Octavo Congreso Internacional de Neurología, Viena, Austria, Congress Secretariat, Vienna Academy of Medicine, 4 Alserstrasse, Vienna IX, Austria.
- Septiembre 10-12* Distrito 2 de la Academia Americana de Pediatría, Kiamesha Lake, New York, Estados Unidos.
- Septiembre 13-15* Simposio en Mecanismo y control de la secreción gástrica. Edmonton, Alberta, Canadá.
- Septiembre 19-25* Decimonona Asamblea General Asociación Médica Mundial. Londres, Inglaterra. Dr. H. S. Gear, Secretary-General, 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10019.
- Septiembre 22-28* Congreso Internacional de Radiología, Roma, Italia. Dr. Arduino Ratti, Secretario General, Vía Moscova 44/1 Milán, Italia.
- Octubre 4- 6* Academia de Medicina Psicosomática, Sherman Hotel, Chicago, 111. Mr. Gordon M. Marshall, Executive Secretary, 2737 W. Peterson, Chicago, 111. 60645.
- Octubre 7- 9* Tercera Reunión. American College of Physician. Deauville Hotel, Miami Beach, Fla. Dr. Edward C. Rosenow, Executive Director, 4200 Pine St. Philadelphia, Pa. 19104.
- Octubre 16-17* Sociedad de enfermedades infecciosas en los Estados Unidos. Washington, D. C, Estados Unidos.
- Octubre 5- 9* Conferencia Internacional para tuberculosis. Munich, Alemania Deutsches, Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Schiessgrabenstrasse 24/11, Augsburg, Alemania. (Fed. Rep)
- Octubre 15-17* American Heart Association, American Hotel, Bal Harbour, Fla.
- Noviembre 1-4* Southern Medical Association, Houston, Texas.
- Noviembre 7-13* Congreso Internacional de Pediatría, Ohkura Hotel, Tokyo, Japón,

Diciembre 1 - 4 Congreso Centroamericano de Cardiología. Ciudad de Panamá, Panamá.

Diciembre 7-11 undécimo Congreso Centroamericano de Medicina, Guatemala.

Diciembre 5-11 Congreso de Radiología y Patología Centro Americano, Guatemala.

Congreso Internacional de Enfermedades Reumáticas. Buenos Aires-, Argentina. Dr. A. Caruso; Juncal 1875, Planta Baja Dept. 2. Buenos Aires, Argentina.

XI CONGRESO CENTROAMERICANO DE MEDICINA

Guatemala Centro América, del 7 al 11 de diciembre de 1965

- I Centroamericano de Anestesiología.
- II Centroamericano de Cirugía.
- II Centroamericano de Gastroenterología.
- IV Centroamericano de Neurología.
- II Centroamericano de Oftalmología.
- XI Centroamericano de Patología.
- VIII Centroamericano de Radiología.
- V Centroamericano de Traumatología y Ortopedia.
- IX Centroamericano de Urología; y el
- XVI Congreso Nacional de Medicina.

Durante el desarrollo de este Congreso se tiene preparada una serie de cursillos y Mesas Redondas sobre diferentes tópicos de interés general, entre los cuales podemos mencionar los siguientes: Cursillos sobre "Aplicación de Computadores Digitales a la Medicina"; "Introducción a Genética Clínica"; "Mecanismos de Defensa en los Procesos Infecciosos (Inmunología)"; y las Mesas Redondas sobre "Promoción de Investigación Científica en Centro América". "Instrumentación y Automatización de Laboratorios de Bio-Química Clínica" y una sobre "Psicofármacos" o sobre "Antibióticos".

DIRECTIVA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR.	HERNÁN CORRALES P.
VICEPRESIDENTE	DR.	EDGARDO ALONZO M.
TESORERO	DR.	ARMANDO CASTILLO
PROTESORERO	DR.	FRANCISCO ALVARADO
FISCAL	DR.	GILBERTO OSORIO CONTRERAS
SECRETARIO	DR.	RAMÓN CUSTODIO
PROSECRETARIO	DR.	CESAR A. ZUNIGA
VOCAL 1	DR.	JULIO C. BATRES
VOCAL 2	DR.	MANUEL CARRASCO FLORES

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS	DR.	ROBERTO LAZARUS
	DR.	EUGENIO MATUTE CAÑIZALES
	DRA.	ZULEMA CANALES
	DR.	JOSÉ MARTÍNEZ O.
	DR.	MANUEL BUESO
SUPLENTE	DR.	GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA
	DR.	VIRGILIO BANEGAS M.
	DR.	CARLOS PORTILLO
JUNTA DE VIGILANCIA	DR.	JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ G.
	DR.	SILVIO R. ZUNIGA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

PRESIDENTE	DR.	NICOLÁS ODEH NASRALLA
VICEPRESIDENTE	DR.	JESÚS RIVERA h.
SECRETARIO	DR.	ELIAS FARAJ
PROSECRETARIO	DRA.	EVA M. DE GÓMEZ
VOCAL 1	DR.	S. MUNGUIA
VOCAL 2	DR.	ARMANDO VELASQUEZ
VOCAL 3	DR.	DANIEL MENCIA
FISCAL	DR.	ÁNGEL D. VARGAS
TESORERO	DR.	LUIS CALLEJAS ZELAYA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR.	J. NAPOLEÓN ALCERRO O.
SECRETARIO	DR.	ENRIQUE AGUILAR-PAZ
TESORERO	DR.	JOSÉ CASTRO REYES
VOCAL 1	DR.	GAGOBERTO MORENO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍA Y RADIOLOGÍA CLÍNICAS

SECRETARIO GENERAL	DR.	RAÚL DURON M,
PROSECRETARIO	DR.	JORGE RIVERA
TESORERO	DR.	RAMÓN PEREIRA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDURENA

PRESIDENTE.....	DR.	LUIS A. BARAHONA
VICEPRESIDENTE.....	DR.	JUAN PABLO BENAVIDES
SECRETARIO.....	DR.	MARIO MEDAL
PROSECRETARIO.....	DR.	GUILLERMO OVIEDO PADILLA
TESORERO.....	DR.	JOSÉ TABORA
VOCAL 1.....	DR.	GILBERTO OSORIO CONTRERAS
VOCAL 2.....	DR.	ARMANDO PAREDES

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTE.....	DR.	FRANCISCO MONTES
TESORERO.....	DR.	TITO H. CÁRCAMO
VOCAL 1.....	DR.	RIGOBERTO RAMÍREZ

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN HONDURENA DE TISIOLOGIA

PRESIDENTE.....	DR.	RAÚL FLORES FIALLOS
VICEPRESIDENTE.....	DR.	ALBERTO GUZMAN B.
SECRETARIO.....	DR.	EDGARDO GIRÓN M.
PROSECRETARIO.....	DR.	JOSÉ MANUEL DAVILA
TESORERO.....	DRA.	EVA MANNHEIM DE GÓMEZ
FISCAL.....	DR.	JOAQUÍN REYES SOTO
VOCAL 1?.....	DR.	RIGOBERTO ALVARADO L.
VOCAL 2?.....	DRA.	ZULEMA CANALES
VOCAL 3?.....	DR.	ROBERTO GÓMEZ ROVELO

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA

PRESIDENTE.....	DR.	J. NAPOLEÓN ALCERRO
SECRETARIO.....	DR.	ARMANDO RIVERA
PROSECRETARIO.....	DRA.	ZULEMA CANALES ZUNIGA
TESORERO.....	DR.	CESAR VIGIL
VOCAL 19.....	DR.	RENE CERVANTES GALLO

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE HONDURAS

PRESIDENTE.....	DR.	RENE CARRANZA
SECRETARIO.....	DR.	ELIAS FARAJ
TESORERO.....	DR.	ALEJANDRO ZUNIGA
VOCAL 1.....	DR.	ARMANDO VELÁSQUEZ
VOCAL 2.....	DR.	MANUEL SEQUEIROS
FISCAL.....	DR.	JOAQUÍN A. NUÑEZ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE.....	DR.	ARMANDO FLORES FIALLOS
VICEPRESIDENTE.....	DR.	RAMÓN CUSTODIO
SECRETARIO.....	DR.	ÓSCAR RAUDALES
PROSECRETARIO.....	DR.	FRANCISCO LEÓN GÓMEZ
TESORERO.....	DR.	JORGE PACHECO
FISCAL.....	DR.	CARLOS SIERRA ANDINO

**DIRECTIVAS Y SOCIOS DIRECTIVA DE LA
ASOCIACIÓN MEDICA SAMPEDRANA**

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

DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN MEDICA CEIBEÑA

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

LISTA DE LOS MIEMBROS DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

- 1.—Aguilar Paz, Enrique..... Colonia El Prado, Calle N° 5, Casa N° 106. Tegucigalpa
- 2.—Aguiluz Berlioz, Osear..... C. Palmira, No 324. Tegucigalpa, D. C.
- 3.—Andonie F., Juan Alberto..... Barrio Palmira, Tegucigalpa, D. C.
- 4.—Alonzo Medina, Edgardo Barrio La Hoya, Tegucigalpa
- 5.—Alvarado S., Francisco Ramón.. C. Alameda, 7a Avenida, Tegucigalpa
- 6.—Alcerro Oliva, J. Napoleón..... C. La Granja, Comayagüela, D. C.
- 7.—Acosta Guifarro, Isidoro Cuesta La Leona, N° 743, Tegucigalpa, D. C.
- 8.—Ayestas López, Claudio Leonardo Bo. El Manchen, Tegucigalpa
- 9.—Alvarado Lozano, Rigoberto..... Bo. La Hoya, 2ª Avenida, No 87, Tegucigalpa
- 10.—Alvarado Lozano, Carlos Alberto 2ª Calle B N° 1227, Tegucigalpa, D. C.
- 11.—Andino Matamoros, Armando Colonia 15 de Septiembre, Comayagüela
- 12.—Alemán Quiñónez, Armando Bo. Palmira No 202, Tegucigalpa
- 13.—Abadie García, César Augusto.... Avenida Cervantes, No. 509, Tegucigalpa, D. C.
- 14.—Abdul Handal, César Roberto... 7ª Ave., N° 14, San Pedro Sula
- 15.—Aguilar B., Gabriel Rafael..... Calle del Comercio, Progreso, Yoro
- 16.—Arriaga Iraheta, ógdardo..... 6ª Ave. S. O. N° 44, San Pedro Sula
- 17.—Alvarado Lozano, Hugo Hospital Tela RR. Co., Lima Nueva, Cortés
- 18.—Abularach Sabat, Francisco..... Yoro, Yoro
- 19.—Aguilar, José Trinidad..... San Pedro Sula, Cortés
- 20.—Batres Pineda, Julio César..... Calle Morelos, N° 305, Tegucigalpa
- 21.—Boza Zerón, Adán..... Detrás Iglesia La Merced, Tegucigalpa
- 22.—Bendaña Medal, Renato..... Colonia Lara, N° 306, Tegucigalpa, D. C.
- 23.—Bueso Gómez, Manuel..... Colonia Palmira, No. 240, Tegucigalpa, D. C.
- 24.—Bermúdez Milla, Antonio la. Ave. B No. 321, Colonia Palmira, Tegucigalpa, D. C.
- 25.—Borjas V., Ernesto A la. Calle, No. 413, Comayagüela, D. C.
- 26.—Banegas, Virgilio..... Colonia Las Palomas, Tegucigalpa, D. C.
- 27.—Barrientos V., Juan..... la. Ave. 5a. y 6a. Calle, No. 518, Tegucigalpa
- 28.—Burgos C, Marco Tulio 6a. Ave. 5a. y 6a. Calles. No. 518, Tegucigalpa
- 29.—Bueso C, Julio César Lomas del Guijarro, Tegucigalpa
- 31.—Baltodano Mejía, Federico..... Bo. Guacerique, No. 1736, Comayagüela, D. C.
- 30.—Benavides G., Juan Pablo..... 7a. Ave. No. 508, Tegucigalpa
- 32.—Bendaña Ulloa, Carlos A Ave. Cervantes, No. 1124, Tegucigalpa
- 33.—Barahona Garay, Luis Alonso. Colonia La Campaña, Tegucigalpa, D. C.
- 34.—Bertrand Anduray, Tulio la. Ave., No. 273, Comayagüela, D. C.
- 35.—Bendaña Meza, Guillermo..... 17 Ave. S. O. No. 46, San Pedro Sula, Cortés
- 36.—Bendaña Meza, Sergio San Pedro Sula, Cortés
- 37.—Bendaña Meza, Arturo San Pedro Sula, Cortés
- 38.—Bendaña Meza, Rene San Pedro Sula, Cortés
- 39.—Beaumont L., Austin A La Laguna, Puerto Cortés, Cortés
- 40.—Bustillo O., Guillermo..... Col. Juan Lindo. Apdo. No. 569, San Pedro Sula
- 41.—Bustamante C, María Cristina... Puerto Cortés, Cortés
- 42.—Bermúdez B., Roberto..... 4a. Calle S. O. No. 31-B, San Pedro Sula
- 4v.—Bueso Arias, Luis..... San Pedro Sula, Cortés
- 44.—Barahona C, J. Rodrigo..... 2a. Ave. N. O. No. ?2, San Pedro Sula
- 45.—Bobadilla B., J. Antonio 5a. Calle S. O., No. 31, San Pedro Sula
- 46.—Barahona C, Adán..... Colonia Altiplano, San Pedro Sula
- 47.—Bennaton G., Carlos A Bo. Las Piedras, 5a. Calle S. O. No. 18
- 48.—Bendaña M., Luis Tirso Comayagua, Comayagua
- 49.—Breve M., Roberto..... Juticalpa. Olancho
- 50.—Bustilio Rivera, Emilia..... Choloteca, Choloteca
- 51.—Bueso Arias, Juan Ángel 2a. Calle S. O. N° 24, San Pedro Sula
- 52.—Custodio López, Ramón A 3a. Calle, No. 1229, Tegucigalpa
- 53.—Corrales Padilla, Hernán..... Bo. La Granja, No. 315, Comayagüela
- 54.—Carranza V., Rene Colonia Alameda, Tegucigalpa
- 55.—Carrasco Flores, Manuel..... 3a. Ave. 4a. y 5a. Calles, Comayagüela
- 56.—Cárcamo, Tito H Colonia Alameda, No. 1012, Tegucigalpa, D. C.
- 57.—Cueva V., J. Adán..... Bo. Palmira, Tegucigalpa, D. C.
- 58.—Castro Reyes, José..... 2a. Ave., No. 85, Bo. La Hoya, Tegucigalpa, D. C.
- 59.—Cáceres Vigil. Manuel..... Colonia Country Club, Comayagüela
- 6é.—Castillo Handal, Selim Colonia Las Jacarandas, Tegucigalpa, D. C.
- 61.—Cardona López, Virgilio 3a. Ave. 10 y 11 Calles, No. 1005, Comayagüela
- 62.—Castillo M., Carlos A Avenida Cervantes, Casa No. 1206
- 63.—Callejas Zelaya, Luis 4a. Calle, No. 207, Colonia El Prado, Comayagüela
- 64.—Canales Zúñiga, Zulema 6a. Ave., No. 103, Tegucigalpa
- 65.—Cardona R. de Herrera, Hena H.... Colonia Alameda, 2a. Avenida, Tegucigalpa
- 66.—Corrales Padilla, Cornelio Colonia Las Palomas, Tegucigalpa

- 67.—Cervantes Gallo, Rene..... Colonia Palmira, Casa No. 355, Tegucigalpa
68.—Cuevas Bustillo, Pablo José..... Colonia Reforma, Tegucigalpa
69.—Canahuati, M. Shibli..... Apdo. Postal No. 216, San Pedro Sula
70.—Cousin B., Luis Alejandro..... 22a. Ave. Norte, No. 10, San Pedro Sula
71.—Cuéllar Martínez, Raúl..... San Pedro Sula, Cortés
72.—Collart Valle, Juan Ramón..... 6a. Ave. S. O., No. 10, San Pedro Sula
73.—Castellón T., Esteban..... 2a. Ave. S. O. No. 26, San Pedro Sula
74.—Calderón R., Manuel Antonio..... Calle La Independencia, Santa Bárbara
75.—Claros Fortín, Honorio..... El Mochito, Santa Bárbara
76.—Carias Oviedo, Rolando..... Siguatepeque, Comayagua
77.—Castillo Antúnez, Mario..... Ave. Ramón Rosa, No. 57, La Ceiba, Atlántida
78.—Coello Oliva, Miguel H..... 8a. C, Casa No. 23, La Ceiba
79.—Caballero Rivera, Armando..... Santa Rosa de Copan, Copan
80.—Cárcamo Tercero, Osear Jacobo..... San Marcos de Colón, Choluteca
81.—Casco Mazier, José Harold..... Colonia Maradiaga, Tegucigalpa, D. C.
82.—Chavarría Suazo, Gilberto..... Calle 12a., 6a. y 7a. Aves, No. 617
83.—Chirinos Velásquez, Raúl..... Hospital Vicente D'Antonie, La Ceiba, Atlántida
84.—Chirinos Velásquez, Manfredo..... Hospital Vicente D'Antonie, La Ceiba, Atlántida
85.—Dávila A., José Manuel..... C. San Juan de Dios (Barrio Belén), Comayagüela, D. C.
86.—Delgado González, Carlos A..... Colonia Reforma, No. 211, Tegucigalpa. D. C-
87.—Durón Rivera, José Ramón..... Bo. La Granja, Comayagüela, D. C.
88.—Domínguez R., José Refugio..... 4a. Ave., 3a. y 7a. Calles, Comayagüela
89.—Durón Martínez, Raúl..... Colonia San Felipe, No. 503, Tegucigalpa
90.—Delgado Pineda, Juan..... Comayagüela, D. C.
91.—Díaz Maestre, Luis*..... San Lorenzo, Valle
92.—Díaz Santos, Pablo..... Colonia Soto, Comayagüela, D. C.
93.—Downing Chavarría, Alberto..... 16a. Ave. N. O. No. 27, San Pedro Sula
94.—Díaz Bonilla, José Manuel..... Juticalpa, Olancho
95.—Elvir Aceituno, Carlos..... 7a. Ave. S. O., No. 2-B, San Pedro Sula
96.—Echeverri Mendoza, Victoriano..... Río de Piedras, San Pedro Sula
97.—Eibuschitz, Roberto..... 3a. Calle N. O., No. 63, San Pedro Sula
98.—Estrada Domínguez, Anarda..... Calle Real, Bo. Guanacaste, No. 1533, Tegucigalpa, D. C.
99.—Fernández Selva, Eduardo..... Colonia Palmira, Tegucigalpa, D. C.
100.—Fiallos Salgado, Federico J..... 3a. Calle No. 1229, Tegucigalpa
101.—Faraj R., Elias Alejandro..... 8a. Calle, No. 419, Tegucigalpa, D. C.
102.—Flores Fiallos, Raúl..... 5a. Ave., No. 822, Comayagüela, D. C.
103.—Figueroa Rosa, Rodolfo..... Ave. Morelos, No. 617, Tegucigalpa
104.—Ferguson Luna, Arturo..... Bo. Alameda, No. 1006, Tegucigalpa
105.—Flores Fiallos, Armando..... Barrio San Felipe, Tegucigalpa
106.—Florentino Pineda, Guillermo..... 5ª Ave. S. O., No. 6, San Pedro Sula
107.—Ferrufino Ortiz, Ramón..... El Progreso, Yoro
108.—Fajardo F., Jerónimo..... 3a. Ave., entre 6a. y 7a. Calles, Puerto Cortés
109.—Fajardo C, Danilo Hernán..... Hospital Vicente D'Antoni, J.a Ceiba, Atlántida
110.—Fiallos Fonseca, Ernesto N..... Danlí, El Paraíso
111.—Fortín Midence, Benjamín..... Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba
112.—González Flores, Atilo..... 1a. Ave., 4a. y 5a. Calles, No. 417, Comayagüela
113.—Gómez-Róbelo, Roberto..... 5a. Ave., Cruce Calle Lempira, Tegucigalpa
114.—Gómez Padilla, César Alberto..... Tegucigalpa, D. C.
115.—Girón Mena, Edgardo..... 4a. Ave., No. 409, Comayagüela
116.—Godoy Arteaga, Carlos..... Bo. La Plazuela, No. 1228, Tegucigalpa, D. C.
117.—González Ortiz, Julio R..... 2a. Ave., No. 417, Comayagüela, D. C.
118.—Gómez Núñez, Concepción..... Bo. El Guanacaste, Tegucigalpa, D. C.
119.—Gúnera Aguilar, Napoleón..... 7a. Ave., No. 1313, Comayagüela, D. C.
120.—Gómez-Márquez, José..... Carretera El Picacho
121.—Gálvez Róbelo, Carlos M..... Bo. La Guadalupe, Tegucigalpa
122.—Girón Aguilar, Aristides..... Ave. La Paz, Tegucigalpa, D. C, No. 303
123.—Guzmán Banegas, Alberto..... 4a. Calle, No. 1232, Tegucigalpa
124.—González Rosa, Virgilio..... Campo Rojo, Puerto Cortés, Cortés
125.—García Becerra, Guillermo..... Calle Centenario, Juticalpa, Olancho
126.—Godoy Sandoval, J. Leonardo..... La Ceiba, Atlántida
127.—Gutiérrez V., Roberto..... Choluteca, Choluteca
128.—Haddad Quiñónez, Jorge..... Las Lomas del Guijarro, Tegucigalpa
129.—Herrera Arrivillaga, Víctor..... La Ceiba, Atlántida
130.—Handal, Alberto Elias..... 7a. Ave., 3a. Calle S. O., No. 42, San Pedro Sula
131.—Interiano Torres, Rodolfo E..... Bo. El Calvario, Santa Rosa de Copan
132.—Javier Santos, Carlos Alberto..... Centro Médico Guanacastal, Tela R. C. Co., Lima
133.—Jiménez Navarro, Rodolfo..... 4a. Ave., No. 211, Frente Normal de Señoritas, Comayagüela
134.—Jiménez Leiva, Salvador..... Danlí, El Paraíso

- 135.—Lozano Caballero, César..... Colonia Las Minitas, Tegucigalpa
136.—León Gómez Alfredo..... Colonia La Campaña, Tegucigalpa
137.—León Gómez, Francisco..... Colonia Matamoros, No. 105, Tegucigalpa
138.—Lozano Matamoros, Ramiro H..... Calle La Fuente, No. 709, Tegucigalpa
139.—Laínez Núñez, Héctor..... 5a. Calle, No. 624, Tegucigalpa
140.—Lozano Matamoros, Ramiro H..... Calle La Fuente, No. 709, Tegucigalpa
141.—Lázarus Bernhard, Roberto..... Barrio Viera, Tegucigalpa
142.—Lardizábal García, Donaldo..... Ave. Jerez, Calle La Ronda, No. 913, Tegucigalpa >
143.—Larios Bonilla, Manuel Enrique..... Colonia Palmira, No. 221, Tegucigalpa
144.—Lara López, Alejo..... Avenida La Paz, Tegucigalpa
145.—Lanza Sandoval, Mario Lulio..... Trinidad, Santa Bárbara
146.—Larach Mamis, César..... Apdo. Postal No. 95, San Pedro Sula
147.—Laffite Martínez, Enrique..... Ave. Ramón Rosa, No. 64, La Ceiba, Atlántida
148.—Leiva Vivas, José María..... Santa Bárbara, Santa Bárbara
149.—Lara Zepeda, Juan..... 2a. Ave. y 8a. Calle, Puerto Cortés, Cortés
150.—Moneada Medrano, Lucas Gregorio.....Bo. La Moneada, Tegucigalpa
151.—Midence Moneada, Ignacio Emilio...Colonia Las Palomas, Tegucigalpa, D. C.
152.—Medina Nolasco, Aníbal..... Barrio La Hoya, No. 155, Tegucigalpa, D. C.
153.—Munguía Alonzo, Luis..... Colonia La Florencia, Apdo. P. No. 751, Tegucigalpa
154.—Munguía Alonzo, Salomón..... 7a. Ave., No. 710. Comayagüela
155.—Medrano Díaz, Héctor Alfredo..... Bo. La Ronda, 1ia. Ave., No. 606, Tegucigalpa
156.—Midence Raudales, Martha de .. Colonia Country Club, Comayagüela, D. C.
157.—Midence Vailecillo, Alfredo..... Colonia Country Club, Comayagüela, D. C.
158.—Montes Guerrero, Francisco..... Bo. Morazán, 1a. Ave., No. 421, Tegucigalpa
159.—Muñoz Mendoza, Miguel Rafael... Farmacia Ariza, Tegucigalpa, D. C.
160.—Mendoza Alvarado, Amado Mario...4a. Ave., 5a. Calle, No. 415, Comayagüela
161.—Muriño Selva h., Francisco..... Colonia Reforma, Tegucigalpa
162.—Moneada Amador, Miguel Rafael.. Barrio La Guadalupe, No. 513, 1. al sur Ig. Guad.
163.—Mencía Salgado, Daniel..... Colonia Las Minitas, Tegucigalpa
164.—Martínez Ordóñez, José..... Colonia Palmira, Tegucigalpa, D. C. -
165.—Mannheim de Gómez, Eva..... Ave. Paz Barahona, Tegucigalpa
166.—Mejía Castro, Cándido..... Ave. Toncomín, Comayagüela, D. C.
167.—Matute Cañizales, Eugenio..... Barrio La Ronda, Tegucigalpa
168.—Molina Castro, Rafael..... Lomas del Guijarro, Tegucigalpa
169.—Martínez Pinel, Carlos Alfredo Tierra Colorada, Tegucigalpa
170.—Medal, Mario Santos..... Colonia Alameda, No. 1105, Tegucigalpa, D. C.
171.—Mejía Durón, Roberto..... Colonia Alameda No. 202, Tegucigalpa, D. C.
172.—Mendoza Fiallos, José Trinidad. Ave. República de Chile, No. 412, Tegucigalpa
173.—Moneada Banegas, Pablo..... Barrio La Hoya, 2a. Calle, Tegucigalpa
174.—Mena Díaz, Carlos..... Ave. Edificio el Poatal, Tegucigalpa
175.—Matamoros Flores, Benjamín..... Hospital La Lima, Cortés
176.—Milla Galeano, Horacio..... 4a. Calle N. O. No. 59, San Pedro Sula
177.—Mejía M., Miguel Ángel..... Hospital Sta. Teresa, Comayagua
178.—Martel Guillen, Pedro..... Hospital La Lima, Cortés
179.—Moreno Perdomo, Dagoberto ... 6a. Calle, S. O., No. 82, San Pedro Sula
180.—Me Kinney, Mariano B..... Hospital Evangélico, Siguatepeque, Comayagua
181.—Moneada Ramírez, Miguel Roberto..Boulevard 15 de Septiembre, 1ra. Calle, La Ceiba
182.—Mena Quiroz, Emigdio..... Calle Laz, No. 42, Santa Bárbara
183.—Meza Galeas, Ramón..... Bo. Las Flores, Juticalpa, Olancho
184.—Madrid Zelaya, Germán Rigoberto..Trinidad, Santa Bárbara
185.—Murillo Escobar, Francisco..... Hospital Lima Nueva, Cortés
186.—Moreno Vásquez, José Jacinto..... El Zamorano, F. M,
187.—Núñez Corrales, Cristóbal..... Bo. La Guadalupe, 2a. Calle, No. 404, Tegucigalpa, D. C.
188.—Núñez Ortiz, Joaquín Ángel..... Bo. La Granja, Comayagüela, D. C.
189.—Osorio Contreras, Gilberto..... 8a. Calle, No. 425, Tegucigalpa, D. C.
190.—Odeh-Nasralla, Nicolás..... Lomas del Guijarro, Tegucigalpa, D. L.
191.—Ochoa Reina, Efraín..... Bo. La Granja, Comayagüela, D. C.
192.—Oliva Barralaga, Roberto..... Choluteca, Choluteca
193.—Pineda Tabora, Manuel..... Colonia El Prado, Comayagüela, D. C.
194.—Pacheco Reyes, Jorge Alberto..... Costado Norte Embotelladora Kist, Tegucigalpa, D. C.
195.—Ponce Ochoa, Marco Antonio..... 6a. Calle, 3a. y 4a. Ave., No. 314, Comayagüela
196.—Pereira, José Ramón..... Colonia Alameda, 3a. Ave., No. 803, Tegucigalpa, D. C.
197.—Palma Molina, Jacobo..... Barrio La Granja, 4a. Calle, No. 209, Comayagüela
198.—Pineda Muñoz, Carlos Alberto..... Colonia Alameda, 6a. Ave. No. 1006, Comayagüela
199.—Paredes Regalado, L. Salomón..... Colonia Reforma, 1a. Calle No. 005, Tegucigalpa
200.—Portillo G., Carlos Fidencia..... Calle Atrás, No. 1633, Bo. Guanacaste, Tegucigalpa
201.—Pineda Contreras, Octavio..... Tela, Atlántida
202.—Pascua Leiva, Hernán..... 2a. Ave. S. O. No. 90, San Pedro Sula

- 203.—Peraza Casaca, Antonio..... 4a. Ave. No. 6, San Pedro Sula
 204.—Pastor Zelaya, Rodolfo..... 7a. Ave. 1a. Calle No. 0, San Pedro Sala
 205.—Pavón Aguilera, Armando Hospital La Lima, La Lima, Cortés
 206.—Pavón Leiva, Rafael-Antonio Ave. 14 de Julio No. 82, La Ceiba, Atlántida
 207.—Ponce Ochoa, Marcial..... Comayagua, Comayagua
 208.—Pinto Mejía, José..... El Paraíso, El Paraíso
 209.—Paredes P., Manuel Armando..... Barrio La Plazuela, No. 309, Tegucigalpa, D. C.
 210.—Peña Zelaya, Guillermo Calle 10a., Puerto Cortés, Cortés
 211.—Rivera Reyes, Manuel de Jesús... 2a. Ave., Colonia Lara, No. 506, Tegucigalpa
 212.—Rivera Reyes, Osear Armando Colonia Lara, No. 301, Tegucigalpa
 213.—Ramírez Alfaro, Rigoberto..... Colonia Palmira, 4a. Ave., 2a. Calle, Tegucigalpa
 214.—Reyes Soto, Joaquín..... Colonia Florencia, Tegucigalpa
 215.—Raquel Sánchez, Pompeyo..... 5a. Calle, entre 12a. y 13a. Aves., No. 1210, T.
 216.—Rivera Williams, Carlos..... Bo. El Olvido, No. 118, Tegucigalpa
 217.—Rivera Miyares, Jorge Alberto Colonia Las Minitas, Tegucigalpa
 218.—Raudales A., Rodolfo Asdrúbal.. Contiguo Campo de Golf, Country Club
 219.—Riera Hotta, Abraham 4a. Ave., No. 722, Tegucigalpa
 220.—Rivera Medina, Carlos H..... Ave. Cervantes, No. 29, Tegucigalpa
 221.—Raudales Barahona, Osear..... Barrio La Hoya, No. 104, Tegucigalpa, D. C.
 222.—Ramos Reina, Luís Vidal..... la. Ave., 10a. y Ira. Calles, No. 1008, Comayagüela
 223.—Rivera Cáceres, Augusto Colonia Palmira, Tegucigalpa, D. C.
 224.—Rodríguez Soto, Gonzalo Edificio Lázarus, No. 8, Tegucigalpa, D. C.
 225.—Rodríguez Ortez, Conrado E Avenida Jerez, No. 631, Tegucigalpa, D. C.
 226.—Rivera Vallecillo, M. Jesús Calle Cervantes No. 410, Tegucigalpa, D. C. :
 227.—Reyes Ramírez, Ramón Calle 3a. Antes Ave. Cervantes, Bo. La Plazuela
 228.—Rivera Núñez, José Benjamín..... 12a. Calle, No. 728, Comayagüela
 229.—Rivera Henry, Julio César Lima Nueva, Cortés
 230.—Rivas Alvarado, Carlos..... Ave. San Isidro, No. 120, La Ceiba, Atlántida
 231.—Reyes Berlioz, Rodolfo Comayagüela
 232.—Reyes de Paz, Olga 5a. Calle S. O., No. 30, Clínica San Pedro Sula
 233.—Rivera Fajardo, Elio 5a. Calle, S. O., No. 29, San Pedro Sula
 234.—Rivas, Bustamante, Gustavo A..... Clínica Médica, Tela, Atlántida
 235.—Romero Madrid, Manuel..... Hospital La Lima, La Lima, Cortés
 236.—Romero Madrid, Raúl Manuel La Lima Nueva, Casa No. 5802
 237.—Ruiz Leiva, José Rafael..... Hospital Coyoles Central, Yoro
 238.—Rodríguez Armijo, Reynaldo A..... La Ceiba, Atlántida
 239.—Sosa Alvarado, Manuel Esteban.. la. Ave., 7a. y 8a. Calles, Comayagüela
 240.—Sandoval Pineda, Manuel Antonio... Colonia Matamoros, 5a. Ave., No. 106, Tegucigalpa
 241.—Sánchez Guevara, Ángel Porfirio.... Col. Lomas del Country, No. 17, Comayagüela
 242.—Sarmiento Soto, Manuel..... Colonia Palmira, 2a. C. B., No. 504, Tegucigalpa
 243.—Sierra Andino, Carlos..... Barrio La Hoya, Tegucigalpa, D. C.
 244.—Suazo Córdova, Roberto..... Colonia Las Palomas, Tegucigalpa
 245.—Salvado Aguilar, Ramón..... 3a. Aves, y 2a. Calle, Puerto Cortés, Cortés
 246.—Sequeiros Verde, Manuel..... Colonia Ciudad Nueva, Tegucigalpa, D. C.
 247.—Sosa Vidal, Jesús..... 10a. Calles, S. O., No. 42, San Pedro Sula
 248.—Seaman Reyes, Julio Centrp de Salud San Pedro Sula
 249.—Sabillón Leiya, Juan 5a. Ave. N. O., No. 35, San Pedro Sula
 250.—Sánchez Zelaya, Miguel Andrés.. Santa Bárbara, Santa Bárbara
 251.—Salgado Martínez, Humberto..... 7a. Ave. Norte No. 80, San Pedro Sula
 252.—Sikaffy S., Jesús..... San Pedro Sula, Cortés
 253.—Tercero Mendoza, Rafael Antonio... la. Ave., *entre* 4a. y 5a. Calles, Comayagüela
 254.—Tabora Bautista, José Eliseo Colonia La Campaña, Tegucigalpa
 255.—Talavera Westin, Eduardo..... 6a. Calle, S. O. No. 127, San Pedro Sula
 256.—Torres Wills, Carlos Arturo..... 4a. Avenida. N. O. No. 13, San Pedro Sula
 257.—Torres Wills, Manuel Antonio..... La Esperanza, Intibucá
 258.—Ulloa Donaire, Miguel Antonio..... Danlí, El Paraíso
 259.—Valle Mejía, Carlos Arístides..... Bo, Buenos Aires, 7a. Ave., 14a. Calles, No. 1404, Tegucigalpa
 260.—Vargas Funes, Ángel D Colonia Reforma, No. 97, Tegucigalpa
 261.—Velásquez Laínez, Armando Ave. Jerez, No. 307, Tegucigalpa
 262.—Valladares Lemaire, Juan Rene.. Casa de Salud La Policlínica, S. A.
 263.—Velásquez V., Víctor Manuel..... Calle La Ronda, No. 1018, Tegucigalpa
 264.—Villanueva Doblado, Jorge Alberto... Colonia La Campaña, Tegucigalpa
 265.—Valenzuela A., Juan Ramón..... 13a. Ave. S. O. No. 4, San Pedro Sula
 266.—Vallecillo Toro, Octavio César Colonia Palmira, 4a. Ave. No. 219, Tegucigalpa
 267.—Vallecillo Toro, Gaspar 2a. Ave. No. 622, T.
 268.—Valle Mendieta, Teodoro..... Barrio La Ronda, No. 1103, Tegucigalpa
 269.—Velásquez García, José Ramón Barrio La Ronda, No. 1018, Tegucigalpa
 270.—Vilella Vidal, Ricardo 3a. Ave. No. 808, Tegucigalpa, D. C.

- 271.—Voto Delgado, José 4a. Ave. S. E., No. 9, San Pedro Sula
 272.—Vaquero Muñoz, Luis 7a. Ave. N. O. No. 5, San Pedro Sula
 273.—Vásquez Cueva, Jesús Alberto Ave. San Isidro, La Ceiba, Atlántida
 274.—Villeda Soto, Juan José Hospital R. R. Co., Lima Nueva, Cortés
 275.—Valladares Rivera, José Erasmo.. 2a. Calle S. O., No. 30, Barrio Concepción, San Pedro Sula
 276.—Valladares Estrada, Octavio Ciudad de La Paz, La Paz
 277.—Valerio Pazzety, José Rene Danlí, El Paraíso
 278.—Venegas Flores, Arturo J..... Calle frente Hospital Lima Nueva, Cortés
 279.—Velásquez Suazo, Fausto La Paz, La Paz
 280.—Várela Mejía, Fausto José..... La Paz, La Paz
 281.—Villela Chinchilla, Roberto..... 12a. Ave. S. O., No. 44, San Pedro Sula
 282.—Zúniga Duran, Silvio Renato..... 2a. Avenida de Comayagüela
 283.—Zúniga, César Augusto Colonia Reforma, 3a. Ave., 2a. Calle A. N. 118, T.
 284.—Zelaya Smith, Jorge M..... 5a. Avenida, Colonia Palmira, Tegucigalpa
 285.—Zúniga Díaz, Gustavo Adolfo Barrio La Granja, Comayagüela, D. C.
 286.—Zepeda Raudales, Adán Colonia Mayangle, Comayagüela
 287.—Zelaya Flores, Juan Evangelista.....Colonia Mayangle, Comayagüela
 288.—Zavala Castillo, Octavio Colonia Las Minitas, Tegucigalpa
 289.—Zavala Chirinos, Alejandro..... Barrio La Ronda, No. 615, Tegucigalpa
 290.—Zelaya Pinel, Arturo..... Colonia La Primavera, Tegucigalpa
 291.—Zepeda Valladares, Francisco Barrio El Manchen
 292.—Zambrana Castillo, Mario Alfredo...Frente Asociación China, Tegucigalpa, No. 1307 .
 293.—Zúniga Lagos, Alejandro la. Ave. 11 Calle, Comayagüela, D. C.
 294.—Zúniga Ortega, Raúl Enrique la. Ave. No. 201, Comayagüela
 295.—Zelaya Ramírez, Ángel Hospital Lima Nueva, Cortés
 296.—Zepeda Turcios, Roberto Hospital D'Antoni, La Ceiba
 297.—Zelaya Martínez, Rafael Sub-Centro de Salud, Amapala, Valle
 298.—Cortés Méndez, Martha..... 5a. Avenida de Comayagüela, 9a. y 10a. Calles, No. 815

LISTA DE LOS MIEMBROS DEL COLEGIO MEDICO DE
HONDURAS (AGREGADOS EN 1965)

- 1.—Alcerro, Ramón Reside en los Estados Unidos
- 2.—Alberto Orellana, Carlos..... Barrio El Calvario, Santa Rosa de Copan, Copan
- 3.—Agüero Vega, Rene Calle Morazán, No. 14, Choluteca
- 4.—Andrade Tejeda, Rolando..... Avenida Morazán No. 92, La Ceiba, Atlántida
- 5.—Ayala Ávila, Saúl..... Calle El Paraíso, Olanchito, Yoro
- 6.—Agurcia Membreño, Carlos..... La Ceiba, Atlántida
- 7.—Bueso Castillo, Antonio..... Choluteca
- 8.—Bulnes Bustillo, Martín A La Paz
- 9.—Caballero Erazo, Servio Tulio Campo Rojo, Puerto Cortés, Cortés
- 10.—Carias Donaire, Gu;tavo Minas de Oro, Comayagua
- 11.—Cardona Chinchilla, Herlindo Ocotepeque, Ocotepeque
- 12.—Chavarría Rodríguez, Santiago Danlí, El Paraíso
- 13.—Duarte de Laffite, Olga..... Avenida Ramón Rosa, No. 64, Atlántida, La Ceiba
- 14.—Dubón M., Rodolfo Barrio Las Delicias, No. 430, Tegucigalpa
- 15.—Díaz Salinas, Rene Barrio Abajo, Calle Centenario, No. 618, Tegucigalpa
- 16.—De León Paz, Carlos..... Calle Morelos, No. 307, Tegucigalpa
- 17.—Echeverría Fong, Justo Manuel Colonia Alameda, No. 515, Tegucigalpa
- 18.—Escorcía Hernández, Dafael de Jesús.. Calle 5a. A. No. 104, Tegucigalpa, D. C.
- 19.—Fajardo Aguirre, Modesto Calle la. Calvario, Santa Rosa de Copan
- 20.—Figuroa Rodezno, Ramiro..... Colonia Las Palomas, Tegucigalpa, D. C.
- 21.—González Herrera, Carlos Humberto.. Farmacia Europa, La Ceiba, Atlántida
- 22.—Gutiérrez López, Rodrigo Avenida Roosevelt, Choluteca
- 23.—Galo, David Abraham..... Edificio El Nortal, No. 2, Tegucigalpa
- 24.—García Erazo, Tomás Masapán, La Ceiba, Atlántida
- 25.—Gómez Rivera, Daniel..... Bo. Este, San José de Colinas, Santa Bárbara
- 26.—Galo Puerto, Ramón Tela, Atlántida
- 27.—Gauggel Cardona, José Eduardo..... Hacknda San José, Florida de Copan, Copan
- 28.—Guillermo Pinel, Humberto Avenida Valle, Choluteca
- 29.—Hernández Meléndez, Pablo 7a. Calle, N. O. No. 4, San Pedro Sula, Cortés
- 30.—Hilsaca H., Fernando..... Edificio Landa Blanco, Tegucigalpa, D. C.
- 31.—Hernández Rodríguez, Rene..... 2a. Ave., entre 10a. y Ira. Calles, Comayagüela
- 32.—Interiano Rodríguez, Manuel..... San Luis, Santa Bárbara
- 33.—Irrás Cáliz, Héctor Armando Catacamas, Olanchito
- 34.—Joya Moneada, Pablo Ulises..... Ira. Ave. N. O. No. 6, San Pedro Sula, Cortés
- 35.—López Villa, Antonio Farmacia Honduras, La Ceiba, Atlántida
- 36.—Martínez Valenzuela, Rafael..... Boulevard Morazán, Apdo. P. No. 603, San Pedro Sula
- 37.—Membreño Marín, Héctor 10a. Ave. S. O. y Boulevard Morazán, San Pedro Sula
- 38.—Montoya Álvarez, Juan..... Barrio Alvarado, La Ceiba
- 39.—Moneada García, Juan Vicente.. 2a. Calle, No. 81, La Ceiba, Atlántida
- 40.—Montes Guerrero, José Aníbal..... Bo. Belén, 9a. Calle 15 Ave., No. 1424, Comayagüela
- 41.—Mejía Delcid, Armando..... Bo. El Guanacaste, 2o. Callejón, No. 618, Tegucigalpa, D. C.
- 42.—Mejía Antúnez, Cornelio Yoro, Yoro
- 43.—Montenegro Peña, Leopoldo Puerto Cortés, Cortés
- 44.—Miralda Navas, Valentín Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Atlántida
- 45.—Márquez Cerrato, Antonio..... Colonia No. Tona, Apdo. P. N. No. 6, San Pedro Sula
- 46.—Mayes Huete, Santos Eduardo..... Cuarta Calle, Ave. San Isidro, La Ceiba, Atlántida
- 47.—Martínez Guillen, Andrés Arturo... Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba
- 48.—Oviedo Cubas, Raúl Gabriel Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba
- 49.—Oviedo Padilla, Guillermo Calle La Fuente, Casa No. 702, Tegucigalpa
- 50.—Osejo Paz, Gloria..... Hotel Las América", Tegucigalpa
- 51.—Orellana Magüioni, Jesús Humberto.. Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Atlántida
- 52.—Paredes Toro, Salvador Ramón 4a. Calle N. O. No. 35, San Pedro Sula
- 53.—Pineda Coello, Mario Centro Médico, Tela RR. Co., El Progreso, Yoro
- 54.—Ponce Tejeda, Felipe Policlínica San Jorge, El Progreso, Yoro
- 55.—Pineda Fasquelle, Conrtantino Tela Nuevo, Atlántida
- 56.—Pérez Izaguirre, Jo:é Antonio Danlí, El Paraíso
- 57.—Paz Rivera, José Trinidad..... 5a. Calle S. O. No. 30, San Pedro Sula
- 58.—Rodríguez Guerrero, Benjamín 5a. Ave. N. O., No. 15, San Pedro Sula
- 59.—Rivas Pérez, Mario Catarino..... Río Piedras, San Pedro Sula
- 60.—Reyes Quezada, José Lisandro.... Colonia La Campaña, Tegucigalpa. D. C.
- 61.—Romero Méndez, Joaquín Reside en Buenos Aires, Argentina
- 62.—Saybe Cabús, Jorge Martín..... El Maxi, Apdo. No. 580, San Pedro Sula
- 63.—Sierra Lagos, Rafael Enrique Colonia Palmira, esquina opuesta a Campos Marcó, Ao. 217, T.
- 64.—Sibrián Corea, Laudelino Centro de Salud de San Pedro Sula, Cortés
- 65.—Tróchez Sabillón, Gonzalo 6a. Ave. N. O. No. 5, San Pedro Sula, Cortés

-
- 66.—Tinoco Araya, Eduardo Yoro
67.—Ulloa Padilla, Atel Augusto..... Siguatepeque
68.—Villafranca Soto, Terencio..... Mineral El Mochito, Santa Bárbara
69.—Villeda Morales, José Ramón..... Finca San Antonio, Tegucigalpa, D. C
70.—Villalobos, Roberto..... Choluteca, Choluteca
71.—Vilela Aguilar, Miguel Ángel..... Barrio Los Andes, San Pedro Sula
72.—Bonilla Contreras, Adán..... Márcala, La Paz

Síndrome Neurasténico: Comparación del Efecto Terapéutico del "Librium" con el Meprobamato

BEYME, F.

Schweiz. med. Wschr, 94, 1147-1150 (1964)

El autor, compara el efecto del «Librium» Roche con el del meprobamato en un grupo de enfermos diagnosticados de síndrome neurasténico. A cada uno de los 24 pacientes se le asignó un número y se dividieron en 2 grupos, según que fuese par o impar. El grupo A (números pares) se trató durante una semana con «Librium», 10 mg 3 veces al día, y la semana siguiente con meprobamato 400 rag 3 veces al día. El grupo B de la misma manera, pero empezando con el meprobamato y siguiendo con el «Librium».

Para valorar los resultados se estudió en cada enfermo el efecto del medicamento («Librium» o meprobamato) sobre 32 síntomas. La valoración se hizo siguiendo el principio de «todo o nada»; es decir, que solamente se registró si estaba o no presente el síntoma en cuestión.

Los resultados pueden verse en el cuadro siguiente:

GRUPO A Nº DE SINTOMAS EN CADA ENFERMO					
Enfermo Nº	Antes del tratamiento	Después de 1 semana de Librium	Síntomas suprimidos	Después de 1 semana de meprobamato	Síntomas suprimidos
2	18	11	7	11	0
4	22	17	5	12	5
6	14	17	— 3	14	3
8	19	10	9	19	— 9
10	11	8	3	6	2
12	19	13	6	7	6
14	7	3	4	2	1
16	18	8	10	11	— 3
18	7	2	5	9	— 7
20	13	3	10	4	— 1
22	17	13	4	12	1
24	23	3	20	6	— 3
TOTAL	188	108	80	113	— 5

GRUPO B Nº DE SINTOMAS EN CADA ENFERMO					
Enfermo Nº	Antes del tratamiento	Después de 1 semana de meprobamato	Síntomas suprimidos	Después de 1 semana de Librium	Síntomas suprimidos
1	15	14	1	12	2
3	26	26	0	18	8
5	23	19	4	15	4
7	13	11	2	6	5
9	27	29	— 2	17	12
11	26	22	4	17	5
13	22	17	5	18	— 1
15	18	14	4	10	4
17	22	9	13	11	— 2
19	25	26	— 1	23	3
21	20	22	— 2	19	3
23	13	12	1	5	7
TOTAL	250	221	29	171	50

Total síntomas suprimidos (grupo A+ grupo B): Librium = 130
 Meprobamato = 24