

*P. M. Peralta*

# REVISTA MEDICA DE PANAMA



ENERO, 1976

ES UNA PUBLICACION CUATRIMESTRAL, DE LA  
ACADEMIA PANAMEÑA DE MEDICINA Y CIRUGIA

## COMITE EDITORIAL

Dr. CARLOS CALERO M.  
Editor

Dr. JOSE A. FILOS DIAZ  
Editor - Asociado

Dr. ARTURO TAPIA  
Dermatología

Dr. RODOLFO YOUNG  
Neumología

Dr. JORGE GARCIA AROSEMENA  
Ortopedia  
Traumatología

Dr. JUAN LUIS CORREA  
Medicina Interna  
Gastro - Enterología

Dr. GASPAR GARCIA DE PAREDES  
Cirugía General

Dr. EDUARDO DE ALBA  
Cardiología

Dr. CARL M. JOHNSON  
Parasitología

## INFORMACION PARA LOS AUTORES

### POLITICA EDITORIAL

La revista publicará artículos originales, informes de casos médicos, editoriales, comentarios de libros selectos, monografías e información médica general. Para cualquier otro tipo de publicación se deberá consultar al Editor de la revista.

Los manuscritos serán aceptados para su publicación solamente si no han sido publicados con anterioridad. Los Editores no son responsables de las ideas expresadas por los autores.

### ORIGINALES

Deben ser mecanografiados a doble espacio con no más de 25 líneas por página, en una sola cara del papel, dejando márgenes anchos, en lo posible 45 espacios por línea. Todas las páginas deben estar numeradas y debe anotarse el nombre del autor en la esquina superior derecha.

Deben usarse los nombres científicos para las drogas. Las unidades de medidas, como las dosis, deben expresarse en el sistema métrico. La temperatura, en grados centígrados.

### ILUSTRACIONES

Las fotografías en blanco y negro deben ser presentadas en papel brillante. Las ilustraciones médicas deben presentarse en tinta

(Sigue en la parte interior de la Contra Portada)



## **NUESTROS PATROCINADORES**

**Centro Médico Paitilla**

**Clínica San Fernando**

### **LABORATORIOS**

**Abbott**

**Agencias Labor, S. A.**

**Armour**

**Bayer**

**Bristol Laboratories**

**Boehringer-Mannheim**

**Ciba-Geigy**

**Cutter**

**Kodak**

**Lafsa**

**Leo Pharmaceutical**

**Mead Johnson**

**McKesson**

**Merck**

**Sandoz y Wander**

**Smith, Kline y French**

**Westwood Pharmaceuticals**

**Winthrop Products Inc.**

### **DISTRIBUIDORES**

**Abbott Laboratories International Co.**

**Hermanos Bech**

**Agencias Tomás Arias, S. A.**

**Vilá Hermanos, S. A.**

**Agencias Feduro**

**Quimifar**

**Ciba-Geigy**

**Cutter Laboratories International**

**Kodak Panamá, Ltd.**

**Laboratorios Farmacéuticos**

**Miguel Arbaíza, S. A.**

**J. Ruiz Alvarez, S. A.**

**Calox Panameña**

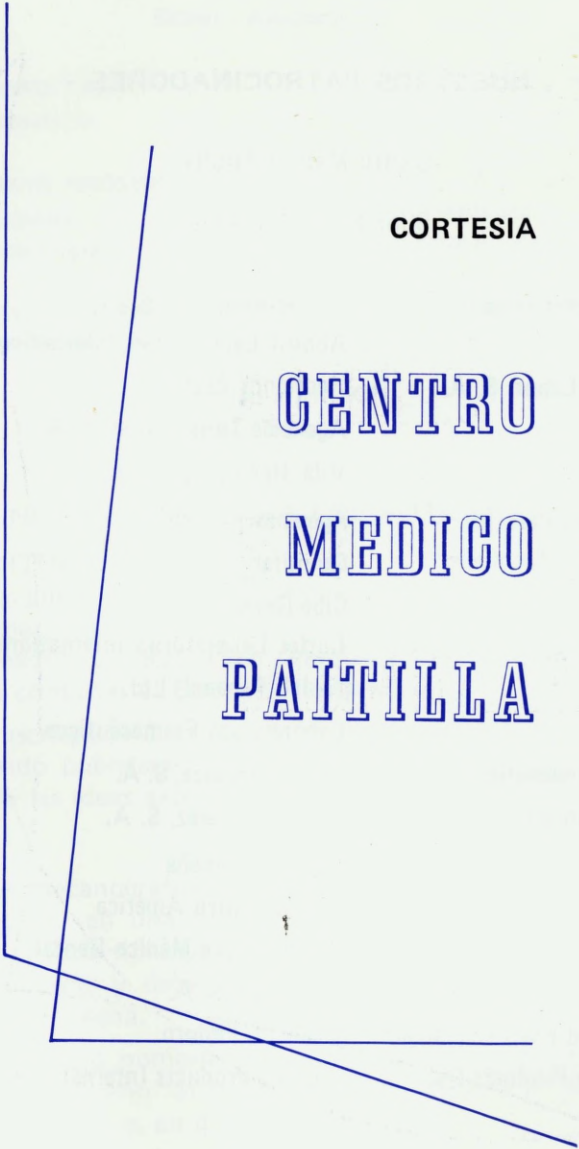
**Merck Centro América**

**Distribuidora Médico-Dental**

**Julio Vos, S. A.**

**Agencias Feduro**

**Sterling Products International, S. A.**

An abstract geometric design consisting of several blue lines. A vertical line starts near the top left, goes down, then turns right. Another line starts higher up, goes down and right, then turns right again. A third line starts further right, goes down and right, then turns right. These lines intersect to form a series of nested, irregular shapes, creating a dynamic, angular composition.

**CORTESIA**

**CENTRO  
MEDICO  
PAITILLA**



CORTESIA

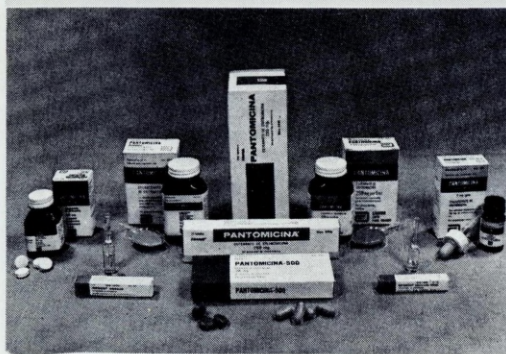
CLINICA  
SAN  
FERNANDO





**Si la infección  
en su paciente  
esta en las vias  
respiratorias  
ataquela  
con...**

# **PANTOMICINA®!**



Antibiotico específico  
para controlar las  
infecciones bacterianas  
mas frecuentes de las  
vias respiratorias.

- Pantomicina  
de comprobada eficacia.
- Pantomicina  
de comprobada inocuidad.
- Pantomicina  
se ha venido usando  
durante años.
- Una forma farmaceutica  
para cada paciente.

*Abbott*



**ABBOTT LABORATORIES INTERNATIONAL, CO.**  
 APARTADO POSTAL 4543 - TELEFONO: 23-0739  
 CALLE 45 OESTE No. 47 (Antigua Martín Sosa)  
 PANAMA 5, PANAMA

# **AGENCIAS LABOR, S. A.**

**(HERMANOS BECH)**

**Distribuidores exclusivos para**

**la República de Panamá de:**

**N. V. ORGANON**

**Oss, Holanda**

**MYCOFARM**

**Delft, Holanda**

**LABORATORIOS SERVET, S. A.**

**México, D. F.**

**LABORATORIOS ANDROMACO**

**Madrid, España**

**LABORATORIOS MADE, S. A.**

**Madrid, España**

**LABORATORIOS FERRER**

**Barcelona, España**

**TELEFONO: 25-0122**

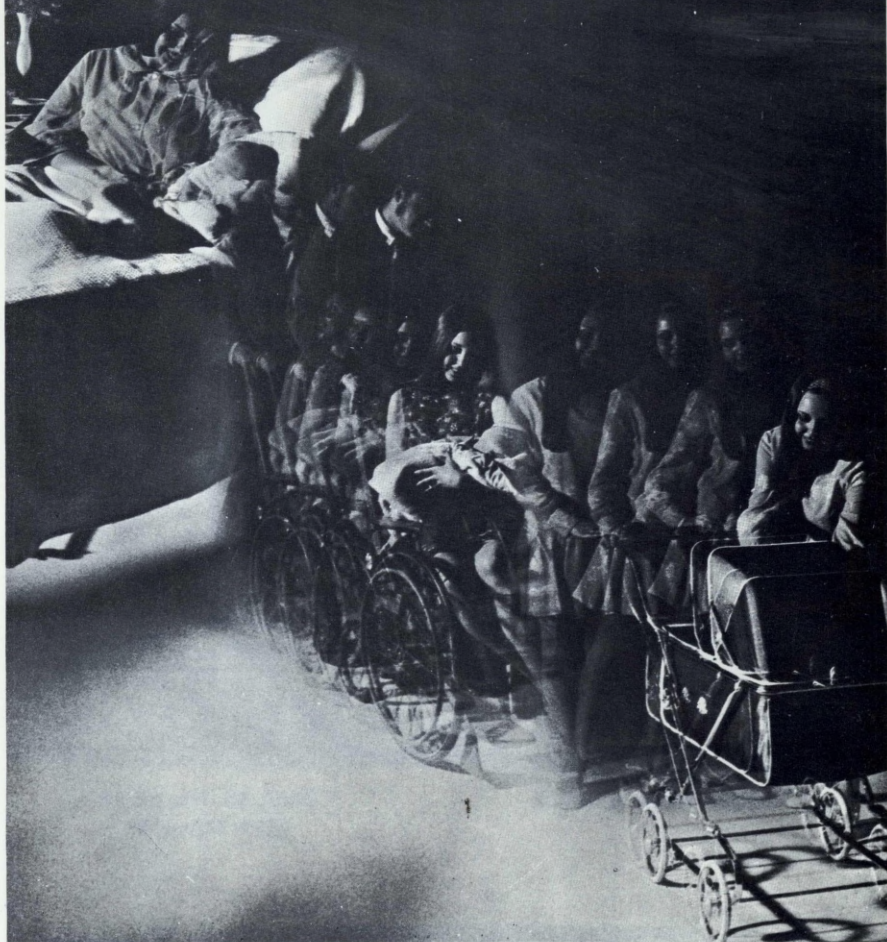
**AVE. 5a. No. 33-16  
(Ave. Cuba 26)**

**APARTADO 1516  
PANAMA 1**



# QUIMOCYCLAR<sup>®</sup>

Acelera la recuperación del paciente



**ARMOUR**

**AGENCIAS TOMAS ARIAS, S. A.**

APARTADO 4457

PANAMA 5

TELEFONO: 25-7067

**NUEVO**

# Canestén



**Antimicótico de amplio espectro  
con acción fungicida y tricomonocida**

**extermina hongos,  
extermina tricomonas**

**Los Hongos  
hacen  
invasión**



**Los Hongos no  
permanecen  
solos**

**Canesten Crema  
Canesten Solución**

**Canesten  
Comprimidos  
Vaginales**

**Composición:** 100 grs. de crema  
Solución contienen 1 gm. de  
bis-fenil (2-cloro-fenil)  
1-imidazolil-metano

**Dosificación:** Aplicar la Crema Solu-  
ción en capa delgada 2 a 3 veces  
por día y hacerla penetrar.

**Composición:** Cada comp.

0.1 gr. de bis-fenil-(2-cloro-fenil)  
1-imidazolil-metano

**Dosificación:** En 6 días sucesivos in-  
troducir un comp. vaginal.

**DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:**

**VILA HERMANOS, S.A.**

**Nuevo Reparto El Carmen**

**Tel: 64-0555**

**Apartado Postal: 72, Panamá 9-A**



**B  
R  
I  
S  
T  
O  
L**



## **Agencias Feduro**

**Teléfono: 25-5300**

**Apartado 3384**

**Panamá 4**



## Boehringer Mannheim GmbH.- Alemania

---

El laboratorio de investigaciones de productos farmacéuticos que figura entre los más importantes de la República Federal de Alemania y de toda Europa, pone ahora sus productos a disposición del distinguido cuerpo médico de la República de Panamá

**Algafán** – Analgésico (D-propoxifeno)

**Euglucón** – Antidiabético de la 2a. generación  
(Glibenclamida)

**Ginecosid** – Diagnóstico del embarazo

**Glucopostín** – Antidiabético oral (Fenformina)

**Iso-Triraupina** – Antihipertensivo (Salurético + Rauwolfias)

**Lamurán** – Activador de la circulación (Raubasina)

**Lanicor** – Digitálico (Digoxina)

**Lanitop** – Digitálico (Beta-Metil-digoxina)

**Paraxín** – Antibiótico (Cloranfenicol)

**Purinator** – Hepatoprotector (Bases púricas y pirimídicas)

**Quitaxón** – Antidepresivo (Doxepina)

**Trizimal** – Digestivo (Enzimas proteolíticas)

**BOEHRINGER MANNHEIM**

TELEFONO:

64-3452  
23-7267

**QUIMIFAR**

APARTADO 8806

PANAMA 5

# Analgesia segura sin desconectar la señal de alarma en procesos infecciosos



## Algafán Inyectable

el único analgésico en ampollas sin efecto antipirético



75 mg. D-propoxifeno



Boehringer Mannheim GmbH — Alemania

## BOEHRINGER MANNHEIM

TELEFONOS:  
64-3452  
23-7267

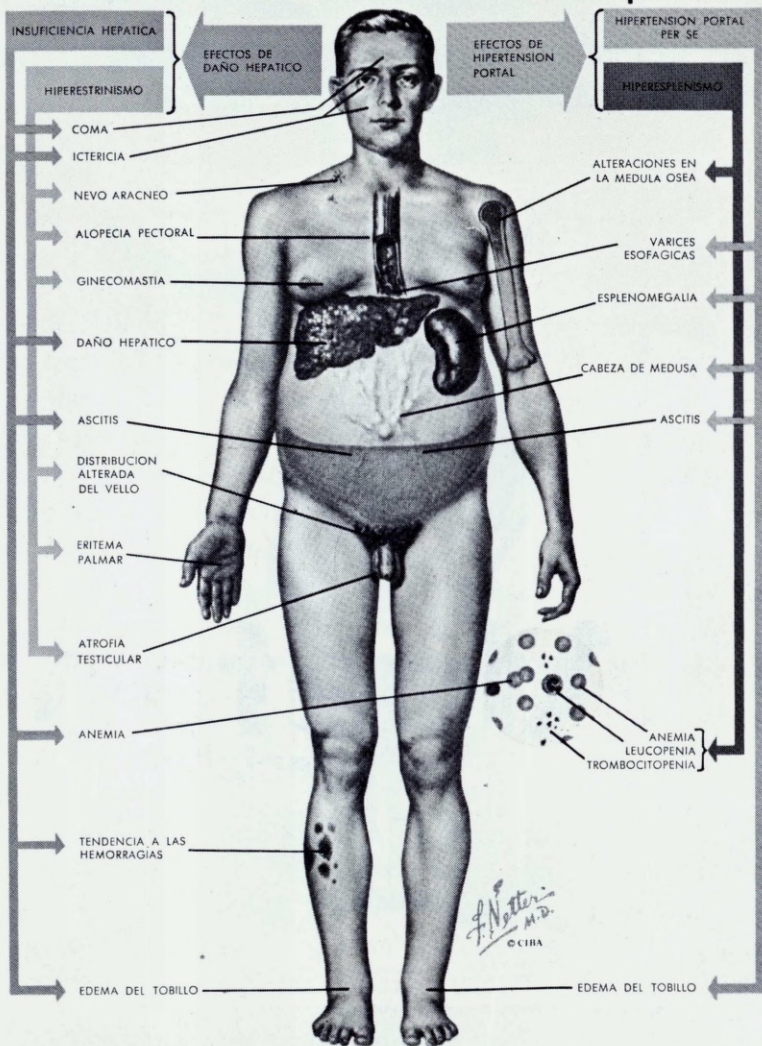
## QUIMIFAR

APARTADO 8806  
PANAMA 5



# EUSINEX<sup>®</sup>

## Protector De La Función Hepática



Manifestaciones Clínicas De Cirrosis

# CIBA - GEIGY

APARTADO 23-1227

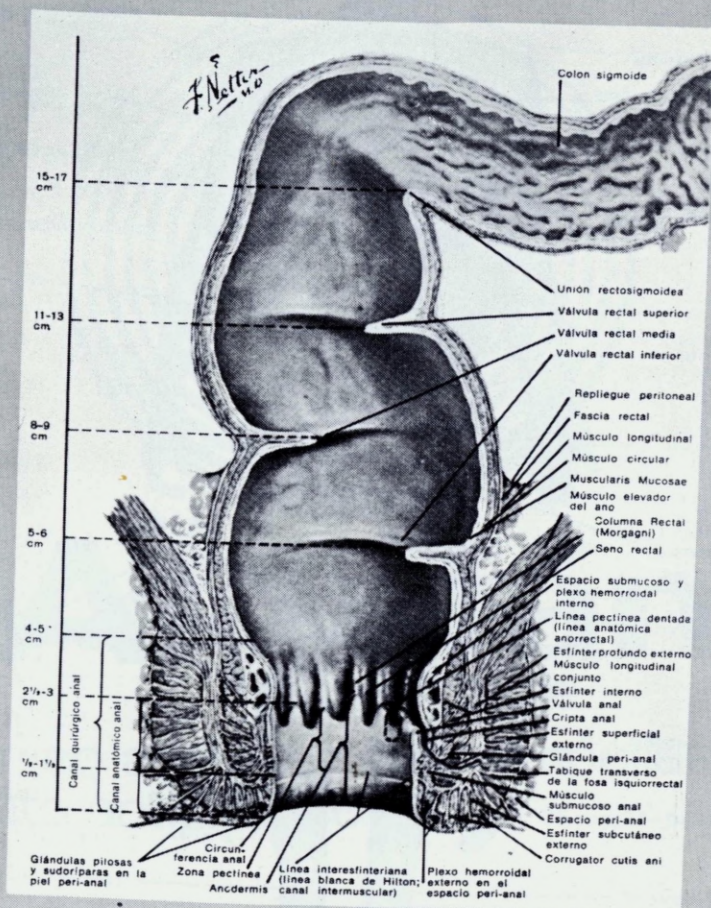
PANAMA 9 A

TELEFONO: 23-5062



# Procto-Glyvenol

CONTROL DEFINITIVO DEL DOLOR,  
ARDOR, PRURITO Y HEMORRAGIA



Región ano-rectal

## CIBA - GEIGY

APARTADO 23-1227

PANAMA 9 A

TELEFONO: 23-5062



# REVISTA MEDICA DE PANAMA

Es una publicación cuatrimestral de la  
Academia Panameña de Medicina y Cirugía

---

VOL. I

ENERO-ABRIL, 1976

Nº 1

---

## NOTA EDITORIAL

*La necesidad de un órgano científico de publicidad, que permita hacer conocer nuestra medicina regional en el ámbito internacional y con mayor razón entre los colegas del país, hizo que la ACADEMIA PANAMEÑA DE MEDICINA Y CIRUGIA resolviera publicar esta revista de medicina en la cual el lector encontrará las investigaciones científicas efectuadas por sus miembros (que hayan sido discutidas en alguna de sus reuniones científicas) como antes lo hizo en ARCHIVOS DEL HOSPITAL SANTO TOMAS, en ARCHIVOS MEDICOS PANAMEÑOS y en la REVISTA MEDICA DE PANAMA.*

*Para que el lector de esta revista tenga alguna idea de las razones por las cuales se organizó la Academia y conozca la labor científica que ha cumplido publicamos, como primera colaboración, el bien documentado discurso pronunciado por nuestro talentoso Secretario Vitalicio, doctor Rolando Chanis, en la sesión solemne efectuada con motivo del Vigésimo quinto aniversario de la fundación de nuestra Academia.*

*Al publicar este primer número de la revista y con el propósito de que sea efectivamente la expresión genuina de nuestra medicina regional, la A.P.M.C. invita a todo el cuerpo médico del país, como lo hace con la mayor satisfacción, a que envíe sus colaboraciones científicas y contribuya al mejoramiento de la clase médica nacional.*

## ORACION ALUSIVA LOS PRIMEROS 25 AÑOS

Dr. Rolando A Chanis, F.A.C.P.\*

**Académico Presidente, colegas Académicos, damas y caballeros:**

A los 25 años de existencia, la Academia Panameña de Medicina y Cirugía ha cumplido y se propone seguir cumpliendo.

“En la ciudad de Panamá, a los catorce días del mes de enero de mil novecientos cuarenta y nueve nos reunimos por derecho propio en la Universidad de Panamá los doctores Luis D. Alfaro, Leopoldo L. Benedetti, Augusto S. Boyd, Carlos N. Brin, Carlos Calero, Aristóbulo Carrizo, Herbert C. Clark, Horacio Conte Mendoza, Daniel Chanis Jr., Rolando A. Chanis, Guillermo O. Chapman, Jaime De la Guardia, Alfredo Figueroa, Guillermo García de Paredes, Antonio González Revilla, Mariano Gorriz, Tomás Guardia, Rafael Hernández Loeches, Juan M. Herrera, Lisandro López García, Amadeo Vicente Mastellari, Gustavo Méndez Pereira, Carlos E. Mendoza, Juan Nicosia, José María Núñez, Juan Antonio Núñez, Manuel Preciado, Luis Carlos Prieto, Mario Rognoni, Lidia G. Sogandares, José Joaquín Vallarino y Esteban Ysern Cervera para el acto formal de la fundación de la Academia Panameña

de Medicina y Cirugía, que ha nacido del concepto de que en Panamá hay el campo clínico en el cual puede germinar más activa la semilla científica que redunde en mejor cosecha de salud y bienestar para el nuestro y otros pueblos, y de nuevas luces para la medicina”.

Así reza el párrafo inicial del Acta de Constitución de la Academia Panameña de Medicina y Cirugía (el original está a la vista y a cada uno de los presentes se le ha entregado una fotografía de ella).

El primero a quien oí expresar la idea de la fundación de una Academia de Medicina en Panamá fue al Dr. Luis Domingo Alfaro, a fines de 1947. El había estado en reuniones médicas en dos países latinoamericanos y allá concibió la idea. No creí entonces que la idea visionaria del Dr. Alfaro fuera aplicable en nuestro medio. El Dr. Alfaro insistió y su idea ganó un adepto entusiasta en el Dr. Antonio González Revilla, a quien corresponde el mérito histórico de haber sido el dínamo que generó la energía creadora que transformó el concepto del Dr. Alfaro en el hecho de la Academia.

---

\* Profesor de Medicina de la Universidad de Panamá.



En el núcleo original de tres (González Revilla, Alfaro y yo) actué como el abogado del diablo. Contagiado por el entusiasmo del Dr. González Revilla, impulsado por el ejemplo de su laboriosidad planificadora, no dejaba yo de temer, sin embargo, que pudiera tratarse del castillo de arena que el niño construye con cariño al borde de la playa y que luego él mismo alegremente, o la marea o el tiempo ineludiblemente destruyen.

A principios de 1948 éramos once los que estábamos tratando de dar forma al concepto original: en orden alfabético, Alfaro, Daniel Chanirs Jr., Jaime de la Guardia, Antonio González Revilla, Tomás Guardia, Juan Miguel Herrera, Amadeo Vicente Mastellari, José María Núñez, Mario Rognoni, Lidia Gertrudis Sogandares y yo.

Un mes después el grupo se amplió a 19, con la adición de Leopoldo L. Benedetti, Aristóbulo Carrizo, Horacio Conte Mendoza, Guillermo Octavio Chapman, Alfredo A. Figueroa, Lisandro López García, Gustavo Méndez Pereira y Manuel Preciado Jr.

En abril de 1948 el grupo de 19 nombró comisiones que se dedicarían a la redacción de un ante-proyecto de Estatuto; a la confección del certificado o diploma de la Academia; a los asuntos de ceremonial o protocolo; a la confección de la medalla-insignia. A todos se les instó a proponer a otros para com-

pletar filas antes de la sesión inaugural.

El jueves 29 de julio de 1948 a las 8:30 p.m., en el local que entonces ocupaba la biblioteca en el último piso del edificio principal del Hospital Santo Tomás, nos reunimos 26 médicos a saber: Luis Domingo Alfaro, Leopoldo L. Benedetti, Augusto Samuel Boyd, Carlos N. Brin, Carlos Calero, Aristóbulo Carrizo, Horacio Conte Mendoza, Daniel Chanis Jr., Rolando A. Chanis, Guillermo O. Chapman, Jaime de la Guardia, Alfredo A. Figueroa, Antonio González Revilla, Mariano Górriz, Juan Miguel Herrera, Lisandro López García, Amadeo Vicente Mastellari, Gustavo Méndez Pereira, Juan Nicosia, José María Núñez, Juan Antonio Núñez, Manuel Preciado Jr., Luis Carlos Prieto, Mario Rognoni, Lidia G. Sogandares y Joaquín José Vallarino.

Por aclamación fue elegida la Junta de Gobierno:

Presidente

Dr. Antonio González Revilla

Vice-Presidente

Dr. Luis Domingo Alfaro

Secretario General

Dr. Rolando A. Chanis

Fueron elegidos Regentes:

por un período de seis años  
José María Núñez y Jaime de la Guardia;

por período de cuatro años  
Mario Rognoni y Tomás Guardia;



por período de dos años Juan Miguel Herrera y Daniel Chanis Jr.

Se repartió entre los presentes el ante-proyecto de Estatuto preparado por los comisionados González Revilla y Chanis. A los doctores José María Núñez y Juan Miguel Herrera se les encomendó la tarea de dar forma al ante-proyecto. El Dr. Conte Mendoza recomendó un modelo específico de toga como la vestimenta formal de la Academia. La existencia de una toga y específicamente la propuesta por el comisionado Conte Mendoza, fue aprobada (por 14 votos a favor, 10 en contra). El tipo general de diploma recomendado por el comisionado Herrera y el de la medalla, recomendado por el comisionado José María Núñez, fueron aprobados. Nuevamente se instó a los presentes a que propusieran a otros médicos que pudieran ser invitados a formar parte del grupo.

Un mes después, el jueves 19 de agosto de 1948, hubo sesión dedicada a la consideración del proyecto de Estatuto. Se aprobó entonces invitar a formar parte del grupo a seis médicos más, para hacer total de 32.

Los meses siguientes fueron dedicados a la consideración y aprobación final del Estatuto, y a la confección del diploma, la medalla y la toga. Al Secretario General se le asignó la redacción del Acta de Constitución de la Academia, con el asesoramiento del Dr. José María Núñez.

Por último se encomendó a la Junta de Regentes hacer los preparativos para la Sesión Inaugural. Una comisión integrada por González Revilla y Chanis solicitó del Dr. Octavio Méndez Pereira el aula máxima de la Universidad de Panamá (que entonces operaba en el local del Instituto Nacional), para la celebración de esa sesión y le pidió al ilustre maestro que honrara el acto con su presencia, cosas que él concedió.

No sería yo honrado si ahora no dejara constancia de un hecho colateral que, si hoy puede parecer ridículo, entonces fue mortificador. Era enero de 1949. Hasta entonces era lo usual que al constituirse un nuevo grupo de profesionales, los directores de éste nombraran en un alto cargo honorario a algún destacado funcionario gubernamental que fuera miembro de la profesión en cuestión. Era, pues, previsible que la nueva Academia otorgara algún título honorífico al doctor en medicina que a la sazón ocupaba elevado cargo en el gobierno del país. En los primeros días de enero de 1949 uno de los colaboradores inmediatos del funcionario en cuestión dijo a este Secretario General, al compás de un cocktail, que "había causado sorpresa y disgusto" que la nueva Academia no incluyera al alto funcionario en cuestión como Académico o como miembro honorario. El Secretario General contestó que los miembros del grupo habían sido seleccionados



exclusivamente a base de méritos profesionales, en plan estrictamente académico. Pocos días después se me hizo saber, en forma subrepticia, que “a lo mejor la Academia no se reunirá ese día en la Universidad”. De esto informé enseguida al Presidente Dr. González Revilla. Luego el Dr. González Revilla y yo pasamos la información al Dr. Octavio Méndez Pereira y él contestó: “A las siete y media de la noche del día 14 estaré esperándolos en el vestíbulo de la Universidad”. Y así fue. Puntualmente, a esa hora, ese día, estaba allí, esperándonos a la puerta central, ese agregio, valiente y extraordinario hombre: el Dr. Octavio Méndez Pereira. Al narrar este hecho histórico no me mueve minimizar el recuerdo de alguien que no se distinguía por su grandeza, sino exaltar la memoria de otro que miró muy lejos y que sí construyó para la eternidad, porque lo hizo sobre ideas y en el corazón de la juventud panameña.

A las 7:30 de la noche de ese 14 de enero de 1949 los 32 fundadores firmamos con tinta indeleble en un salón de clases contiguo al Paraninfo el Acta de Constitución de la Academia, que está aquí a la vista. En ese documento se deja constancia de que la Academia nació “del concepto de que en Panamá hay el campo clínico en el cual puede germinar más activa la semilla científica que redunde en mejor cosecha de salud y bienestar para el nuestro y otros

pueblos, y de nuevas luces para la medicina”. Existía el terreno propicio y había la semilla. Ese terreno era el amplio material clínico proporcionado por un pueblo plagado por enfermedades que clamaban por más y mejor atención. La semilla era la enseñanza sabia, el ejemplo exaltador y el estímulo inspirador de los iniciadores de la medicina científica en nuestro país: Alfred Herrick, Lawrence Getz, William James, Herbert C. Clark, Tomás Guardia, José María Núñez, Augusto Samuel Boyd. Ellos establecieron normas de trabajo, objetivos de alta calidad; practicaron la profesión honrada y noblemente y enseñaron su ciencia y su arte con la ternura de los buenos maestros.

El Acta de Constitución de la Academia dice:

“Los propósitos de la Academia Panameña de Medicina y Cirugía son:

Primero: Propender al adelanto de las ciencias médicas, quirúrgicas y otras afines, y a la práctica ética y competente del arte de Hipócrates.

Segundo: Estimular las investigaciones científicas que den lustro a la medicina nacional y que sirvan de beneficio a la humanidad; y

Tercero: Ayudar a la fundación y desarrollo de otras instituciones científicas que persigan igualmente la formación de mejores médicos y profesionales afines a las ciencias médico-quirúrgicas”.



La Academia ha cumplido plenamente estos propósitos. De ello hay multitud de pruebas fehacientes que sería petulante enumerar. Y lo ha hecho contra el viento y cara al sol, con raciocinio de conjunto (porque sola, la razón puede engendrar confinamiento), con pasión medida (porque sin freno, la pasión es la luz que flamea hasta la auto-destrucción) y con ternura que es el toque delicado de lo que se hace con confianza y con amor.

El camino no ha sido todo de rosas y los días no han sido todos brillantes. En verdad, en más de una ocasión fue menester abrir camino, porque no lo había (Detente viajero y piensa, porque no hay camino) y no pocas veces un chubasco juguetón nos sacó de un lapso de plácida somnolencia. Entonces un Amadeo Vicente Mastellari, un Daniel Chanis Jr., un Juan Miguel Herrera, un Joaquín José Vallarino, una Lidia G. Sogandares, un Jaime de la Guardia, un Mario Rognoni fueron de los que se detuvieron, pensaron, aconsejaron, actuaron y dirigieron para eliminar los escollos o para enderezar el rumbo. Ellos no están ahora aquí con nosotros, pero su obra, que incluye esta Academia, perdura ejemplar, fructífera y llena de vitalidad. Ellos dieron. Y al recordar en que forma dieron, cito aquí, por lo oportunas y poderosas, las bellas frases del gran poeta, filósofo y artista libanés Kahlil Gibran, en su magistral obra "El Profeta".

"Hay aquellos que dan con alegría, y esa alegría es su recompensa. Y hay aquellos que dan con dolor y ese dolor es su bautismo. Y hay aquellos que no sienten dolor en dar, ni dan con noción de virtud. Ellos dan como el mirto del valle cercano, que exhala su frangancia al espacio. A través de las manos de personas así habla Dios, y desde el fondo de sus ojos El le sonríe a la tierra".

Es preciso insistir en que desde su fundación la Academia ha mantenido una constante actitud de auto-crítica, insistiendo en que cada uno de sus miembros cumpla con los postulados fundamentales de correcto comportamiento profesional y con el Estatuto de la Academia. El Artículo 29 de ese Estatuto se refiere específicamente a la separación de los Académicos. Basta decir aquí que en los 25 años de existencia de la Academia la Junta de Regentes ha expedido noventa y ocho citaciones para que se comparezca ante ella por el cargo de violación, generalmente trivial, del Estatuto, y ha decretado, después de juicio celebrado de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 29, la separación definitiva de cinco Académicos. En ese mismo lapso han renunciado como miembros, por causas relacionadas con las exigencias del Estatuto, otros cinco Académicos. Tratándose de un grupo integrado por un máximo de 40 miembros, cada uno de los cuales ha sido cui-

dadosamente seleccionado con anterioridad, estas cifras son muy significativas.

El aporte científico de la Academia ha sido impresionante. En 25 años la Academia ha celebrado 298 reuniones generales, de las cuales 247 han sido científicas. Cuatrocientos cuarenta (440) trabajos científicos han sido presentados en tales sesiones.

Los títulos de unos pocos de esos trabajos dan una idea de la enorme variedad de aportes:

“La aparición en Panamá de un brote de fiebre amarilla en su forma selvática”. Dr. Juan Miguel Herrera y Dr. Norman W. Elton. Marzo de 1950.

“Motivación en el actuar del médico”. Rev. P. Florentino Idoate, S. J. Noviembre de 1950.

“La prostitución en Panamá”. Dr. Carlos E. Mendoza. Marzo de 1951.

“Experiencias clínicas con el tratamiento de sífilis reciente con una sola inyección de di-bencil penicilina G”. Dr. Rolando A. Chanis. Mayo de 1953.

“Histoplasmosis pulmonar aguda en Panamá”. Dr. Amadeo Vicente Mastellari, Dr. Rodolfo V. Young, Dr. Edward A. Cleve. Julio de 1956.

“Enfermedades oculares en el antiguo Perú de acuerdo con hallazgos arqueológicos”. Dr. Osvaldo Velásquez. Mayo de 1963.

“Hipoacusias y Beethoven”. Dr. Alonso Roy. Junio de 1966.

“El concepto de muerte en la medicina de hoy”. Participó Monseñor Marcos MacGrath. Septiembre de 1969.

La lista de los que en estos primeros 25 años han sido presidentes de la APMC tiene resonancia de grandeza, de la grandeza que da el servicio noble del hombre bueno y del profesional distinguido. En orden cronológico:

Dr. Antonio González Revilla  
Dr. Daniel Chanis Jr.  
Dr. Joaquín José Vallarino  
Dr. José María Núñez  
Dr. Mariano Górriz  
Dr. Horacio Conte Mendoza  
Dr. Guillermo Octavio Chapman  
Dr. Gustavo Méndez Pereira  
Dra. Lidia Gertrudis Sogandares  
Dr. Mario Rognoni  
Dr. Alfredo Antonio Figueroa  
Dr. Esteban Ysern Cervera  
Dr. Benjamín Franklyn Boyd  
Dr. Juan Luis Correa.

Los propósitos de la Academia Panameña de Medicina y Cirugía, expresados en forma prístina en el Acta de Constitución, no incluyen interés en los aspectos gremiales de la profesión médica. La Academia mantiene el concepto de que la Asociación Médica Nacional de la República de Panamá es la representante máxima de la profesión médica panameña. Todos los miembros de la Academia somos también miembros de la Asociación Médica Nacional.



Así, la Academia se solidariza plenamente con la Asociación Médica Nacional en todas las decisiones oficiales de ella ya que, al nivel puramente personal, está integrada por miembros de ella.

La Academia Panameña de Medicina y Cirugía no tiene nexos ni reconocimientos oficiales. Sólo una vez, el 18 de octubre de 1968, siendo Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública el Dr. Salvador Medina, la Academia fue formalmente invitada a participar en la confección de un decreto relacionado con la reglamentación y supervisión de los programas de adiestramiento de médicos. La Academia aceptó la invitación del Sr. Ministro. El asunto no pasó de allí.

El Estatuto de la Academia ha sido modificado significativamente varias veces, pero fue a

principios de 1973 cuando se le sometió a la más amplia revisión. Las sesiones mensuales de marzo, abril, mayo y junio fueron dedicadas exclusivamente a la revisión y modificación del Estatuto. El resultado ha sido un instrumento más cónsono con la actualidad.

Hoy, al cumplirse el primer cuarto de siglo de fundación de esta Academia, podemos asegurar que siguen existiendo en ella los firmes propósitos expresados en el Acta de Constitución, que sigue ardiendo la antorcha que los fundadores encendimos, que sigue intenso el deseo de mejorar integralmente la medicina panameña y que, a la luz que el pasado nos brinda e invocando la gracia de Dios, enfocamos el futuro con fe, como aquel 14 de enero de 1949.



## COEXISTENCIA DE CARCINOMA Y TUBERCULOSIS PULMONARES

Dr. José A. Filós Díaz\*

Se corrobora otra vez la frecuente asociación del carcinoma con la tuberculosis pulmonar al encontrar once pacientes con ambas entidades en un grupo de 521 pacientes con una u otra enfermedad.

Se comprueba que la tuberculosis hace más difícil el diagnóstico de carcinoma pulmonar, si no recordamos que en el paciente tuberculoso la incidencia de carcinoma broncogénico es mayor que en la población en general.

Hacemos énfasis en la importancia de utilizar exhaustivamente los métodos de diagnóstico a nuestro alcance y la toracotomía temprana en pacientes tuberculosos cuya enfermedad no parezca responder a tratamiento adecuado o en los que aparezcan nuevas lesiones, ya sean adenopatías o infiltraciones parenquimatosas.

En el año de 1973 diagnosticamos el carcinoma pulmonar en dos pacientes con tuberculosis pulmonar inactiva y en uno con tuberculosis pulmonar activa, en el servicio de Neumolo-

gía y Alergia del Hospital Gorgas. Habíamos encontrado otros casos similares en años anteriores y esto nos indujo a revisar nuestra experiencia con estas enfermedades pulmonares cuyo diagnóstico diferencial es a veces harto difícil, con el fin de determinar la existencia de características, en estos pacientes, que nos ayuden a enfocar mejor su estudio en el futuro, evitando la demora en el diagnóstico, especialmente del carcinoma pulmonar.

### Material Clínico

Desde el 1o. de Abril de 1964 hasta el 30 de Septiembre de 1973 se dio de alta, en el servicio de Neumología y Alergia del Hospital Gorgas con los diagnósticos finales de tuberculosis pulmonar o de carcinoma pulmonar primario a 521 pacientes. En 404 de ellos se confirmó el diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacteriológica y/o histopatológicamente; y en 128 pacientes el diagnóstico de carcinoma pulmonar fue comprobado histopatológicamente. Un paciente con tuberculosis pulmonar activa murió a causa

---

\* Servicio de Neumología y Alergia, Hospital Gorgas, Zona del Canal  
Profesor Clínico Especial. Cátedra de Neumología, Escuela de Medicina,  
Universidad de Panamá.

de lo que clínicamente se consideró un carcinoma pulmonar con metástasis, pero el diagnóstico no se pudo confirmar. Once pacientes, todos varones, tenían tuberculosis y carcinoma pulmonares y ellos son sujeto de este estudio.

## Resultados

Los once pacientes con tuberculosis pulmonar y carcinoma primario del pulmón indican que el 2.7% de los pacientes con tuberculosis pulmonar tuvieron también un carcinoma pulmonar y que el 8.5% de los pacientes con carcinoma pulmonar tuvieron también tuberculosis pulmonar.

La edad de estos pacientes fluctuaba entre los 42 y los 72 años. La edad promedio fue de 58 años. Cinco se encontraban en la sexta década, 3 en la séptima, 2 en la octava y sólo uno en la quinta.

Todos los pacientes admitieron que fumaban de 1 a 3 paquetes de cigarrillos diariamente, por más de 10 hasta por 42 años. Cuatro de ellos presentaron evidencia franca de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Seis de los pacientes negaron síntomas atribuibles a su lesión parenquimatosa pulmonar, que fueron hallados por medio de una radiografía pulmonar: tres en la encuesta radiográfica o examen físico anuales y tres en radiografías de control por ser pacientes tuberculosos. Uno de

éstos negó todo síntoma y dos admitieron haber perdido peso en los meses anteriores al ser interrogados al respecto. En los cinco pacientes sintomáticos, tres se quejaron de tos y dos de hemoptisis. Uno también se quejó de fiebre.

La radiografía pulmonar reveló una lesión nodular o un "tumor" en cinco pacientes; una infiltración en tres; una infiltración y absceso en uno; adenopatía paratraqueal en uno y adenopatía hiliar e infiltración pulmonar en uno.

En cuatro de los pacientes la tuberculosis pulmonar era moderadamente avanzada, activa (bacteriología positiva en esputo y/o lavado bronquial) y en 7, mínima, inactiva (1 a 13 años) cuando se hizo el diagnóstico de carcinoma pulmonar. Uno de los pacientes con tuberculosis pulmonar activa y carcinoma tenía también histoplasmosis pulmonar.

Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar activa fueron tratados por lo menos con dos drogas, una de las cuales fue siempre la Isoniacida.

Nueve pacientes tuvieron la prueba de tuberculina positiva y no se encontró este dato en dos pacientes. En tres de los cuatro pacientes cuya tuberculosis estaba activa la tuberculina fue positiva cuando se hizo el diagnóstico de carcinoma pulmonar. En uno, la tuberculina había sido positiva anteriormente y no se repitió la prueba. En ninguno de



los pacientes inactivos se hizo la prueba de tuberculina cuando se les diagnosticó el carcinoma.

El diagnóstico de carcinoma se confirmó en cinco pacientes por el examen de Papanicolaou en el lavado bronquial; por biopsia bronquial; por biopsia de los nódulos linfáticos preescalenos; por biopsia de metástasis óseas (pubis) y biopsia de nódulos linfáticos del mediastino, obtenidos por mediastinoscopia, respectivamente. En seis pacientes se confirmó el diagnóstico sólo por medio de la toracotomía.

Excluyendo dos casos en los que se demoró excesivamente en hacer el diagnóstico (en uno porque el paciente se perdió y en el otro porque se consideró demasiado arriesgado hacer la toracotomía exploradora por insuficiencia pulmonar), el tiempo promedio que tomó hacer el diagnóstico de carcinoma, después de la admisión fue de 3 1/2 semanas.

El carcinoma estaba localizado en el pulmón no afectado por la tuberculosis en tres pacientes y en el mismo pulmón en ocho pacientes. En un paciente estaba localizado en el mismo lóbulo pero en otro segmento; en cinco pacientes estaba en el mismo lóbulo y segmentos, y en dos pacientes en el mismo pulmón pero en otro lóbulo. El pulmón derecho estuvo afectado por la tuberculosis en siete pacientes y el izquierdo en tres; ambos estuvieron afectados en un paciente.

Cuatro de los carcinomas fueron no diferenciados, de células pequeñas (hojuelas de avena) y uno de ellos se originaba en la pared de un tuberculoma inactivo. Dos fueron adenocarcinomas poco diferenciados, y uno se originaba en una cicatriz. Había dos carcinomas epidermoides bien diferenciados; dos carcinomas epidermoides poco diferenciados y en uno de ellos no se obtuvo clasificación patológica.

En cuatro de los pacientes el carcinoma fue inoperable y tres recibieron terapia por irradiación con  $^{60}\text{Co}$  al tumor; uno recibió irradiación a metástasis púlica solamente. En tres pacientes se hizo lobectomía superior derecha; en dos, lobectomía superior izquierda seguida de cobaltoterapia; en uno se hizo lobectomía media derecha seguida de cobaltoterapia y en otro paciente se hizo neumonectomía derecha.

Sólo dos pacientes viven aún: un paciente con carcinoma de células escamosas, poco diferenciado y tuberculosis pulmonar inactiva, tratado con lobectomía superior izquierda y cobaltoterapia (a pesar de padecer de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, moderadamente severa) hace seis años y medio; y otro paciente con adenocarcinoma poco diferenciado y tuberculosis pulmonar activa, tratado con lobectomía superior derecha hace dos años y medio.

El tiempo de sobrevida posterior al diagnóstico en los pa-

cientes que fallecieron osciló entre seis y cuarenta y dos meses, y el promedio fue de quince meses.

### Discusión

Desde que Bayle (1) documentó por primera vez la coexistencia de tuberculosis y de carcinoma pulmonares ha habido una gran controversia acerca de la relación que existe entre estas dos enfermedades. La idea de Rokitansky (2) de que la tuberculosis y el carcinoma pulmonares son antagonistas fue abandonada hace unos treinta años, y ahora más bien se piensa que existe una asociación definitiva entre ellas y que no coexisten sólo por casualidad (3, 4, 5, 6). Del análisis de las características de nuestros pacientes no es posible precisar la relación exacta que existe entre las dos entidades, pero impresiona el hecho de que ellos representan un porcentaje de pacientes tuberculosos mayor que el que encontramos en la población en general, así como también que la incidencia de carcinoma pulmonar sea mucho mayor en estos pacientes tuberculosos que en la población en general. Es conocido el hecho de que existen carcinomas pulmonares que tienen su origen en viejas cicatrices tuberculosas o están asociados a ellas. Generalmente son carcinomas de células escamosas. En dos de nuestros pacientes el carcinoma estaba asociado a una cicatriz (una de ellas un tuberculoma inactivo)

pero ninguno de los dos casos se trataba de carcinoma epidermoide. Uno era un carcinoma poco diferenciado y el otro, un carcinoma de células pequeñas, no diferenciado.

Es notable que en nuestros pacientes la incidencia de tabaquismo fue de un 100%. La relación etiológica entre el tabaquismo y el carcinoma pulmonar de células escamosas y el no diferenciado es generalmente aceptada, y es más probable que haya sido más importante en nuestros casos que la presencia de la tuberculosis que, en uno de ellos, fue quizás reactivada por el carcinoma pulmonar.

Cabe recordar que los pacientes tuberculosos ahora sobreviven hasta edad avanzada y también que la tuberculosis en los ancianos se encuentra cada vez con más frecuencia, y que es en los grupos de hombres de más de cincuenta años en los que la incidencia del carcinoma pulmonar es mayor.

Lo que constituye el aspecto más interesante e importante de la asociación de estas dos enfermedades es el hecho de que el hallazgo de bacilos ácido resistentes en el esputo o el lavado bronquial de un paciente con una lesión pulmonar puede desviarnos del diagnóstico de un carcinoma pulmonar coexistente. En dos de nuestros pacientes el carcinoma pasó inadvertido durante más tiempo del necesario, por esa razón. Sin embargo, el tiempo promedio



que transcurrió entre la hospitalización y el diagnóstico y tratamiento del carcinoma pulmonar no fue excesivamente largo. Quizás esto se deba al hecho de que estamos conscientes de que en el paciente con historia de tabaquismo notable el carcinoma pulmonar siempre es diagnóstico probable, sobre todo si se trata de un varón de más de cuarenta años. En los pacientes tuberculosos es importante sospechar la presencia de un carcinoma cada vez que la respuesta al tratamiento adecuado no es satisfactoria o cuando en las áreas de resolución encontramos lesiones que progresan. También debemos estar alertas a la aparición de lesiones nuevas en pacientes que han estado estables por meses o años, o a la presencia de nódulos linfáticos paratraqueales o hiliares y/o áreas de infiltración neumónica o de atelectasia. Los pacientes tuberculosos están bajo nuestro control periódico frecuente y por lo tanto es mayor nuestra responsabilidad si no hacemos el diagnóstico precoz de carcinoma pulmonar, ya que la tuberculosis pulmonar, aún activa, no impide el tratamiento apropiado de aquella terrible enfermedad. Por eso es preciso usar todos los medios a nuestro alcance, incluyen-

do exámenes citológicos del esputo y lavados bronquiales, broncoscopía, fibrobroncoscopía con escobillado bronquial, biopsia bronquial y de nódulos linfáticos pre-escalenos, mediastinoscopía y recurrir a la toracotomía temprana en todo caso cuyo diagnóstico no esté claramente establecido.

## SUMMARY & CONCLUSIONS

1. There were 11 patients with bronchogenic carcinoma and pulmonary tuberculosis in a group of 521 patients with either disease, confirming once more the frequent association of these two diseases.

2. It is evident that the presence of pulmonary tuberculosis makes more difficult the diagnosis of bronchogenic carcinoma if one does not remember that it occurs more frequently in patients with tuberculosis than in the population at large.

3. We emphasize the importance of utilizing all diagnostic methods available, including early thoracotomy, in patients with tuberculosis whose disease does not seem to respond favorably to adequate therapy or when new lesions, either adenopathies or parenchymal infiltrates, appear.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kreuz KE, Hakama M, Saxen E: Association of Pulmonary tuberculosis and carcinoma of the lung. *Scand J Resp Dis* 51:276-289, 1970
2. von Rokitsansky C: A manual of pathologic anatomy. Sydenham Society, ed 1 313, London 1854

3. Steinitz R: Pulmonary tuberculosis and carcinoma of the lung: A survey from 2 population-based disease registers. *Am Rev Resp Dis* 92:758-766, 1965
4. Clifton EE, Bit-Alkhas IB: Pulmonary tuberculosis and cancer. *N. Y State J of Med* 70:274-278, 1970
5. Rossi NP, Recinos PR, Ehrenhoft JL: Tuberculosis and bronchogenic carcinoma. *J Iowa Med Svc* 60:255-257, 1970
6. Shah-Mirany J, Reimann AF, Adams WE: Coexisting bronchogenic carcinoma and tuberculosis. *Dis Chest* 50:258-264, 1966
7. Woodruff CE, Nahas HC: Pulmonary tuberculosis, bronchiectasis and calcification as related to bronchogenic carcinoma. *Am Rev Tuberc* 64:620-629, 1951



## ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ALCOHOLISMO

Dr. Luis A. Picard-Amí\*

El ser humano siempre se ha sentido intrigado por el hecho de que ciertas drogas sean capaces de afectar su estado de ánimo, su pensamiento, aún su comportamiento y en consecuencia, algunos individuos desarrollan dependencia a estas sustancias (1).

El alcohol, la droga psicoactiva por antonomasia, se remonta a la edad de piedra (2). No hay un sólo pueblo agrícola que desconozca su uso. La Biblia lo destaca temprano en la historia de Noé (Gen 9-21). Cambises, Rey de Persia en el Siglo VI A.C., es reputado como uno de los primeros alcohólicos de quien se conocen detalles históricos (3).

Franz G. Alexander en su Historia de la Psiquiatría (4) ha señalado que fue necesario integrar los aspectos biológicos, sociales y psicodinámicos del alcoholismo para tratar de entenderlo y racionalizar los esfuerzos terapéuticos por su connotación psicosocial.

El alcoholismo obedece sin duda a varios factores. Sin contar predisposiciones genéticas es aceptado que los aspectos psicosociales son de importancia

preponderante; sin embargo, no hay pruebas sólidas para sustentar la teoría de que exista un disturbio específico de la personalidad no obstante lo atractivo de la idea (5).

Desafortunadamente la inmensa mayoría de los alcohólicos han sido estudiados cuando ya tienen varios años de estar tomando y no es fácil determinar si ciertas características que se repiten se deben a una predisposición intrínseca o a las mismas condiciones provocadas por el alcoholismo en sí. Esto no ha impedido que la literatura esté plagada con una gran multiplicidad de apreciaciones teóricas de las cuales sólo pueden repasarse unas cuantas.

### Formulaciones Psicoanalíticas (5, 6, 7)

Freud comenzó por señalar la existencia de fijaciones orales y una tendencia a la regresión a un nivel infantil del pensamiento en los alcohólicos.

Otros autores hicieron énfasis en que el alcohol produce un estado alterado de la conciencia con características eróticas. Así han dicho que el licor libera las inhibiciones y que éste posee,

---

\* Profesor Clínico de Psiquiatría. Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Panamá.

para el bebedor, cualidades cuasi-mágicas. Las aparentes propiedades eróticas del alcohol han servido para que se le relacione, simbólicamente, a una masturbación infantil o a un escape homosexual.

Posteriormente se destacó que el alcohol se presta para la autodestrucción a largo plazo al mismo tiempo que sirve para vengarse de las personas con quien se lleva una relación ambivalente.

Frecuentemente la historia revela una madre sobreprotectora y un padre débil, alcohólico o ausente. Del conflicto con personas claves como los padres se pasa a otras personas, situaciones y hasta objetos.

El alcohólico se corta su propia nariz, por así decirlo, para que le duela la cara a los demás.

Las observaciones hechas por los psicoanalistas son extensas, pero resumidas en un manual sobre alcoholismo (7), proponen que éste es el resultado de privaciones y disturbios emocionales que han ocurrido a una edad temprana y han creado una gran inmadurez. El alcohólico depende del licor para mitigar su ansiedad, hostilidad, sentido de inferioridad y su depresión, elementos que son un reflejo de desajustes aún más profundos e inconscientes como la inseguridad, la furia reprimida y los sentimientos de culpabilidad. La gravedad del problema dependerá en gran parte del nivel de de-

sarrollo psicosexual en que se dieron los disturbios iniciales.

### **Formulaciones de la Teoría del Aprendizaje Social y Reflejos Condicionados (6, 8).**

El enfoque de la teoría del aprendizaje es un tanto más sencillo y sigue el modelo Skinneriano: ansiedad — alcohol — alivio. Repetido esto varias veces se suscita un reflejo condicionado. El alivio inmediato es un refuerzo poderoso que va en desmedro de otras vías de solución de la ansiedad. Desafortunadamente este reflejo condicionado no constituye una buena adaptación y el alivio es seguido de un período miserable lo cual impulsa a tomar más, creándose un círculo vicioso.

### **Formulaciones Inespecíficas (3, 6, 8, 9)**

Una serie de estudios empíricos u observaciones clínicas han dado origen a formulaciones teóricas que no se adhieren a una escuela psicológica en particular. La mayoría vuelve a afirmar el punto de vista más generalizado es decir: que el alcoholismo se da en una persona predispuesta, quien encuentra dificultades en su vida y a su vez controla la ansiedad a través del licor; pero prácticamente no hay patología que no se mencione. Por ejemplo: Un estudio encontró que los hombres alcohólicos eran: desordenados, impulsivos, rebeldes, dados a la negación y tendientes a exagerar su masculinidad. Otro estudio encontró



que las mujeres alcohólicas eran: sumisas, resentidas en forma pasiva y sin confianza en ellas mismas.

Otra investigación señaló que ambos sexos necesitaban muestras de aprecio de los demás; esperaban demasiado del mundo y reaccionaban en forma exageradamente negativa al fracaso o rechazo.

También se ha dicho que el alcohólico es irresponsable, mentiroso, agresivo, con baja tolerancia para la tensión ambiental, con sensación de aislamiento y aún de omnipotencia; que es homosexual latente y así mismo se le han endilgado otras características que más bien parecen epítetos y su enunciación sería muy larga.

Un estudio interdisciplinario de la Clínica de Alcoholismo en el "State University of New York College of Medicine" de 1954 a 1956 (8) encontró en forma consistente que los sujetos eran esquizoides, deprimidos, dependientes, hostiles y sexualmente inmaduros, sugiriendo pues toda una gama variada de psicopatología actuando al mismo tiempo.

Morris Chafetz, por su parte encuentra dos poblaciones de sujetos: "los alcohólicos reactivos" y "los adictos".

En los primeros su ajuste general, premórbido, es considerado como satisfactorio. Estas personas recurren al alcohol cuando se encuentran abrumados por la tensión externa, para

disminuir así la ansiedad subyacente que puede causar en él un medio amenazante o para romper barreras psicológicas. Estos individuos se tornan gradualmente más y más dependientes del alcohol, aunque su farmacodependencia puede pasar inadvertida por largo tiempo.

Los "alcohólicos adictos" muestran por el contrario psicopatología "grosera" en su fase pre-alcohólica. Sus relaciones interpersonales son inadecuadas; en toda su vida hay patrones autodestructores y el efecto del alcohol les fascina desde la primera vez. A estas personas se les reconoce inmediatamente como "enfermos".

Nosotros encontramos un paralelismo entre las formulaciones psicoanalíticas y el "alcohólico adicto" por un lado y las de la teoría del aprendizaje y el "alcohólico reactivo" por el otro.

### Factores Socioculturales (3, 5, 7, 8, 9)

Se acepta que factores socioculturales desempeñan un papel importante en la predisposición al alcoholismo.

Es sabido que el alcoholismo es muy común en ciertos grupos humanos y virtualmente ausente en otros. Los moradores del sector urbano consumen más licor que aquellos que viven en un medio rural. Por otra parte, ciertas ocupaciones conllevan mayor oportunidad de abusar del alcohol que otras. Por el contrario, el alcoholismo afecta por

igual a todos los estratos sociales (10).

Robert R. Bales ha propuesto una teoría sobre la relación entre la organización social, los patrones culturales y el alcoholismo, que es ampliamente citada (3, 8). De acuerdo con él, la relación se basa en el grado de presión y tensión interna producidas por la cultura; las actitudes hacia el licor propiciadas por esa misma cultura y por último, la manera en que la cultura proporciona rutas alternas de canales de catarsis para manejar las tensiones.

Las actitudes se subdividen en: abstinencia, ritualística, convivial y utilitaria que prácticamente se explican por sí solas.

Una variante de esta teoría sitúa las actitudes culturales divididas en otros cuatro grupos, a saber: de abstinencia total, de ambivalencia, de licencia o permisiva y de licencia total.

En los grupos humanos en que predomina la abstinencia, el alcoholismo no es común y ocurre consecuentemente en personas con desajustes emocionales graves. Un ejemplo de esto son los Musulmanes y los Mormones.

En los grupos que utilizan el alcohol ritualísticamente, parece ser que se suscita una gran presión contra excesos y el alcoholismo también es poco común. Los hebreos son frecuentemente citados en este estrato.

En las culturas en que el alcohol tiene una función convi-

vial, utilitaria y se usa con licencia e inclusive como un símbolo de prestigio, la incidencia del alcoholismo es grande si a esto se suman las presiones sociales. Es significativo que se cite a menudo que el alcoholismo es un problema serio entre los Irlandeses, los Franceses, los Rusos y los Norteamericanos, dando por descontado nuestra propia Iberoamérica.

La actitud de ambivalencia ocurre cuando la cultura está cambiando rápidamente, particularmente cuando dos grupos con valores diferentes están en estrecho contacto y se suscita cierta desintegración, por el factor des-culturativo del nuevo medio ambiente en que se desenvuelven.

A este efecto presentamos dos ejemplos:

La antropóloga Larissa Lominitz encontró que los Mapuches Chilenos se limitaban a borracheras ocasionales cuando permanecían en su hábitat original. Al emigrar a la ciudad de Santiago y encontrarse desubicados presentaban un índice alto de alcoholismo (11).

El antropólogo John Gillin confirmó que los Ladinos, en Guatemala, tienden a emborracharse con mayor amplitud y más a menudo que los Indios (12).

Para terminar mencionaremos que en Panamá, hasta ahora, se usa el alcohol convivialmente, encontrándose a menudo personas que toman en exceso, pero



sin llegar a perder la capacidad de abstenerse de él. También se ve el dipsómano, pero a juzgar por las estadísticas del Hospital Psiquiátrico Nacional y nuestra

propia experiencia como Psiquiatra en los Hospitales Generales, los ingresos al hospital por problemas relacionados al alcohol, si bien ocurren, no son frecuentes.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Picard-Amí LA: Drogas, Estereotipo y Sociedad, Panamá, 1971
2. Calder R: La herencia del hombre, Barcelona Ediciones C. P., 1966, p 88
3. Coleman J, Broen Jr. WE: Alcoholism, en **Abnormal Psychology and Modern Life**, Glenview, Illinois, Scoot, Foreman and Co., 1972, p 406-424
4. Alexander F, Selenik S: Alcoholism and Drug Addiction, en **The History of Psychiatry**, New York, The Harper and Row Publishers, 1966 p 331-348
5. Redlich FS, Freedman DX: Alcoholism, en **The Theory and Practice of Psychiatry**, New York, Basic Books Inc. Publishers, 1966, p 748-777
6. Chafetz ME: Addiction III: Alcoholism en **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, Baltimore, The William and Wilkins Co., 1967, p 1011-1026
7. American Medical Association. The Causes, en **Manual on Alcoholism**, 1967, p 11-28
8. Inverling J: Alcoholic Addiction and Personality en **American Hand Book of Psychiatry**, New York, Basic Books Inc. Publishers, 1959, p 623-644
9. Kolb L: Noyes Modern Clinical Psychiatry, Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1968, p 516
10. Hollingshead A, Redlich C: Class Position and Type of Mental Illness en **Social Class and Mental Illness**, New York, John Wiley and Sons, Inc., 1958, p 222-229
11. Lommitz L: Patrones de Ingestión de Alcohol en Mapuches en **Psiquiatría en la América Latina**, Bogotá, Humberto Roselli, 1968, p. 449-451
12. Gillin J: The Balance of Threat and Security in Mesoamerica en **Personalities and Cultures**, Reading in Psychological Anthropology, editado por R. Hunt. New York. The Natural History Press, 1967, p 139-149

## RUPTURA TRAUMATICA DEL BAZO

Dr. Guillermo O. Chapman, F.A.C.S.

Se estudian las historias clínicas de seis pacientes esplenectomizados por ruptura del bazo, secundarias a traumatismo sufridos. En una paciente se produjo la ruptura con motivo de accidente de tránsito; en dos, por caídas accidentales (uno de ellos tenía rubeola al momento del accidente); en un paciente, por traumatismo sufrido en una sesión de boxeo (él tuvo malaria recurrente después de haber sido esplenectomizado); en una, por accidente naval y en el otro paciente, como complicación iatrogénica.

La ruptura traumática del bazo ha adquirido gran importancia durante la última década, porque con el auge económico que han experimentado los pueblos el progreso material se ha hecho evidente y los accidentes de tránsito han aumentado paralelamente, produciendo síndromes clínicos distintos, inclusive el de la ruptura del bazo.

El estallido del bazo puede ser secundario a traumatismo directo, no penetrante, en hipocondrio izquierdo o en la base del hemitorax izquierdo, por el sistema direccional, palancas o panel de instrumentos del auto, o por caídas y golpes y también iatrogénicamente, al momento

de practicarse una intervención abdominal.

Vamos a informar las causas de la ruptura esplénica en seis pacientes a quienes practicamos intervenciones quirúrgicas de urgencia.

### Informe de los casos:

#### Caso 1

Paciente de 47 años de edad y de raza blanca, hospitalizado en el Hospital de Panamá con historia de diverticulitis del colon descendente y sigmoide, con estrechez progresiva de este último segmento y a quien se le practicó colectomía izquierda, sigmoidectomía y apendicectomía. Egresó del hospital después de una semana de operado, en buen estado general. Pero un mes después hubo que hospitalizarlo nuevamente por obstrucción del intestino delgado y absceso residual, en la región subdiafrágica izquierda, debido a lo cual se le practicó resección del omento y de 22 centímetros de yeyuno no viable. No obstante las precauciones que siempre se tienen al trabajar cerca del bazo hubo necesidad de operarlo de urgencia dos horas después de la segunda operación, por síndrome de hemorragia interna, producido por la ruptura de la cápsula, y hemorragia secundaria en la cavidad



abdominal. El post-operatorio en esta tercera operación fue normal.

#### Caso 2.

Paciente de 10 años de edad y de raza blanca, fue admitido en el Hospital de Panamá en estado de coma, con abdomen suave y anemia severa. Los familiares del paciente informaron que el niño se golpeó en el costado izquierdo, con el borde de la escalera, al rodar mientras corría y de que tenía dos días con exantema rubeoliforme. Fue operado de urgencia encontrándose hemorragia intraabdominal debido a ruptura parcial del bazo. No hubo complicaciones en su post-operatorio.

#### Caso 3.

Paciente blanco, de 22 años de edad, boxeador de profesión, llevado al Hospital Santo Tomás en estado de coma, después de haber recibido golpes en una sesión de boxeo que perdió. En la laparotomía se encontró ruptura completa del bazo, que era grande, de consistencia suave y pulposa. Dos días después de la esplenectomía tuvo fiebre alta debido a malaria recurrente, por lo que fue necesario tratarlo con medidas heroicas. Egresó del hospital al mes de haber sido operado pero subsecuentemente fue admitido en tres ocasiones más, por malaria recurrente, siendo la última hace ya 30 años.

#### Caso 4.

Paciente mestizo, de 20 años de edad, fue hospitalizado de urgencia en el Hospital de Panamá, por rigidez y defensa muscular en el área de Mc Burney, fiebre y leucocitosis. El paciente refirió que mientras raspaba un tanque de gasolina, para pintarlo posteriormente, cayó al perder el equilibrio y quedó colgado, gracias a las correas de seguridad que tenía colocadas alrededor de la base del tórax. Mientras colgaba sintió dolor abdominal agudo y náusea y tuvo vómito también. Fue bajado cuidadosamente y acostado en el suelo, recobrándose en una hora. Pudo continuar después el trabajo del día. Cuarenta y ocho horas más tarde sintió dolor agudo en el cuadrante inferior derecho, náusea y vómito. Fue hospitalizado en estado de coma. La laparotomía mostró hemorragia en la cavidad peritoneal y un gran coágulo en el omento gastroesplénico. Se le practicó esplenectomía por ruptura del bazo. Cinco días después tuvo obstrucción intestinal debido a necrosis del yeyuno, por adherencias secundarias debidas al drenaje de Penrose dejado en la intervención original. Posteriormente tuvo cuatro nuevos episodios de obstrucción por bandas que hubo necesidad de seccionar. Desde hace seis años está en buen estado general de salud.

#### Caso 5.

Paciente de 20 años de edad, de raza blanca y de sexo feme-



nino, que fue hospitalizada en la Clínica San Fernando, con historia de haber sido lanzada desde el asiento delantero derecho del automóvil en que viajaba contra el parabrisas, donde quedó prensada alrededor del abdomen por los vidrios. Dos días después, mientras evacuaba, sintió dolor agudo en el hombro izquierdo y dificultad para respirar. La laparotomía reveló gran hematoma periesplénico y al extirparse el bazo se observaron múltiples laceraciones en su cara externa, en el hilio, y ruptura de la cápsula.

#### Caso 6.

Paciente de 39 años de edad, de raza blanca y sexo femenino que fue hospitalizada en la Clínica San Fernando en estado de coma. Según la historia, al abordar un barco de pasajeros a la entrada del Canal de Panamá, fue prensada entre la escalera del barco y la lancha de motor que la transportaba. El examen físico reveló fractura de las costillas 5a., 6a. y 7a. izquierdas, en su porción posterior y pleuresía del mismo lado. La convalecencia fue lenta y egresó aparentemente bien. Pero tres semanas más tarde, fue hospitalizada nuevamente con dolor agudo en hombro izquierdo, náusea, vómito y coma, lo que se inició al regresar a su casa después de un viaje corto en automóvil. La laparotomía mostró gran hemorragia en la cavidad abdominal y el bazo seccionado parcialmente, con laceraciones de la cápsula y

hematomas subcapsulares. El post-operatorio fue libre de complicaciones. Un mes después presentó cuadro séptico con temperaturas de 40°C, leucocitosis de 31,750 y trombocitosis de 500.000, que cedió a tratamiento de antibiótico.

#### Comentarios:

El bazo es un órgano vascular, friable, cubierto por una cápsula delgada que se rompe fácilmente. Está situado debajo del diafragma, prácticamente inmovilizado por sus ligamentos, pero se mueve siguiendo los movimientos de la respiración. El hombre se defiende del traumatismo externo contrayendo los músculos abdominales y el diafragma, y conteniendo la respiración. El bazo se dobla al recibir el golpe. En ese momento es cuando se produce la ruptura de la cápsula. Cuando el traumatismo produce fractura costal, al daño producido por el golpe se añade la desgarradura que los fragmentos costales pueden producir en el adulto; en los niños esta posibilidad es menor en razón de que las costillas son elásticas en esa edad. Cuando el golpe se recibe directamente en el área del bazo este órgano es comprimido contra los cuerpos vertebrales, produciéndose entonces la ruptura del hilio.

Lieberman y col. (1) encontraron 176 casos de rupturas iatrogénicas en un período de diez años, que se presentaron durante operaciones por hernia diafragmática (10%), vagoto-



mías, resecciones de estómago y colon, etc. Esta última fue la causa etiológica de la ruptura del bazo en el primero de nuestros pacientes.

El traumatismo abdominal en niños es la causa etiológica de la ruptura del bazo en un tercio de los casos aproximadamente. En la Universidad de Toronto (2), por ejemplo, de 123 niños admitidos con traumatismo abdominal, 52 tenían ruptura del bazo. Según Gross (3) la complicación más frecuente en niños, después de un golpe seco, es la ruptura del riñon siguiendo luego la del bazo. La ruptura del bazo se produce más fácilmente si el paciente tiene rubeola, porque normalmente en el curso de esa enfermedad se produce hiperplasia y focos pequeños de necrosis. El caso 2 en nuestra serie de esplenectomizados (traumatismo en paciente con rubeola) corresponde a este grupo de causas.

Una de las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes esplenectomizados es la recurrencia de Malaria. El caso 3 de nuestra serie tuvo esta complicación.

La ruptura del bazo puede manifestarse tardíamente. Se considera como ruptura tardía la que aparece después de 48 horas del trauma. La Universidad de Harvard (4) presentó seis casos de ruptura tardía del bazo y estudió los 306 casos que se habían informado hasta dicha fecha. Baudet fue el primero en

llamar la atención sobre el período de calma aparente después del trauma y que hoy se le conoce como el "período latente de Baudet". Los casos 4, 5, y 6 de nuestra serie presentaron este síndrome clínico.

La causa más común del estallido del bazo es el accidente de tránsito. Debe recordarse que lo que constituye trauma severo para una persona puede pasar inadvertido en otra, y ser la causa de la llamada "ruptura espontánea", en los cuales pueden observarse los signos de Kehr (dolor en el hombro izquierdo por irritación del nervio frénico debida a hematoma o sangre fresca en la región subdiafragmática); de Pender (signo de Kehr, producido al aumentar voluntariamente la presión abdominal); de Ballance (matítez en flanco izquierdo en decúbito dorsal, y que se produce cuando la hemorragia es abundante), y el de Max Saegesser (al hacer presión digital sobre el músculo escaleno anterior izquierdo y comprimir el nervio frénico se produce dolor en el cuadrante superior del abdomen).

## SUMMARY

The Author studies the clinical histories of six splenectomized patients due to a traumatic splenic rupture. In one patient the rupture was due to an automovil accident; in two, it was due to a fall (one had rubeola at the time of the

accidente); in one patient, due to a trauma while boxing (this patient had recurrent malaria after being splenectomized); in another one, by trauma at a naval accident; and in the last one, because of an iatrogenic complication.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lieberman RC, Welch S: A study of 248 instances of rupture of the spleen. S G & Obs 127: 961-965, 1968
2. Upadhyaya P, Simpson JS: Splenic trauma in children. S G & Obs 126: 781-790 1968
3. Gross RE: The surgery of infancy and childhood. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1963, p 562
4. Sizer JS, Wayne ER, Frederick PL: Delayed rupture of the spleen. Arch Surg 92: 362-366, 1966



# ESTUDIO DE MALFORMACIONES FETALES EN PANAMA

Dr. Roderick L. Esquivel\*

Una anomalía congénita es una anormalidad caracterizada por cambios químicos o celulares irreversibles que existen en el momento del nacimiento, o cuyo subsecuente desarrollo se determina antes del nacimiento.

Una malformación congénita es una anormalidad en tamaño, forma, localización o estructura de cualquier parte de la anatomía, causada por disturbios prenatales en el desarrollo.

Cuando una anormalidad incluye ambos, la forma y la función, sin especificar, se usa la palabra SINDROME.

## Material y método

Se estudiaron 16.001 partos consecutivos en la Maternidad María Cantera de Remón, incluyendo partos prematuros y partos con óbito fetal anteparto, durante el año 1964, y parte de 1965. En cada caso, al ser admitida la paciente, se llenó parte de una tarjeta solicitando información sobre la madre y el padre incluyendo consanguinidad. La otra parte de la tarjeta tenía toda la información sobre el parto y el recién nacido y era completada después del nacimiento por el médico o la enfer-

mera que atendió el parto, y el pediatra que examinó el bebé en el cuarto de recién nacidos.

En caso de parto gemelar doble o triple, se utilizaron 2 y 3 tarjetas respectivamente, con los colores distintivos. La descripción de las anormalidades fetales se basó en el examen físico exclusivamente. No se utilizaron otros métodos de diagnóstico tales como rayos X, laboratorio, laparotomía, etc., excepto en casos de óbito fetal cuando se lograron autopsias por el Departamento de Patología.

Las tarjetas, una vez revisadas se enviaban por correo al centro de cómputos estadísticos en Oxford, Inglaterra, para el procedimiento estadístico requerido. El estudio duró aproximadamente 14 meses hasta completar los 16.001 casos, cuyo análisis presentamos a continuación.

## Resultados

En los 16.001 partos estudiados hubo 16.151 nacimientos, porque se registraron 149 embarazos múltiples - 15.764 niños dejaron el Hospital vivos - 104 murieron en el Hospital después de nacidos y 283 nacieron muertos. Entre los que vivieron

---

\* Profesor de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Panamá.

se encontraron 292 malformados, mientras que en aquellos que murieron después de nacidos se contaron 19 y en los mortinatos 23 malformados.

De los niños nacidos malformados, en nacimientos simples, 162 fueron del sexo masculino y 144 del femenino (once niños murieron en el Hospital).

De los niños nacidos malformados, en nacimientos gemelares, 3 fueron del sexo masculino y 2 del sexo femenino.

La Tabla I analiza con más detalles el fenómeno gemelar, investigando la incidencia de

malformaciones por tipo de gemelos dobles.

En el caso de gemelos triples, sólo se logró un parto de este tipo en los 16.001 que se estudiaron, las 3 criaturas nacieron bien y sin malformaciones.

La Tabla II estudia la correlación entre edad de la madre y las malformaciones fetales en embarazos simples, estableciendo la edad materna media en 25 años aproximadamente, para todos los nacimientos con o sin malformaciones fetales. Igual edad pudo establecerse para las madres que dieron vida a niños sin malformación fetal.

## ESTUDIO DE MALFORMACIONES FETALES

**Tabla I Malformaciones por Tipo de Gemelos Dobles**

Malformado	PAR TIPO	NUMERO DE PARES	NUMERO MALFORMADOS		
			M	F	T
Ninguno	MM	49			
	FF	48			
	MF	45			
Uno	MM	2	2		2
	FF	1		1	1
	MF	2	1	1	2
Ambos	MM				
	FF				
	MF				

+ 1 Par Masc/Sex. N.R. Ambos No Malformados



Tabla II

ESTUDIO DE MALFORMACIONES FETALES

NACIMIENTOS SIMPLES CON MALFORMACIONES POR EDAD MATERNA Y No. DEL EMBARAZO:

No. DEL EMBARAZO	EDAD MATERNA – AÑOS									TOTAL
	0-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45+	NR	
1		1	3							4
2		14	33	9	5	1			2	64
3		6	38	5	2	1				52
4		5	18	10	5	2				40
5			7	14	9	1	1		1	33
6		1	3	5	11	1				21
7				7	3	4			1	15
8				4	6	1				11
9				3	1					4
10+				1	2	8	5			16
NR	1	33	23	6	3	3				69
TOTAL	1	60	125	64	47	22	6		4	329

EDAD MATERNA MEDIA 25.4 AÑOS

La Tabla III estudia la relación entre consanguinidad y supervivencia del feto nacido con malformaciones, en embarazos simples.

demos afirmar que en la ciudad de Panamá, entre los nacimientos que ocurrieron en la Maternidad María Cantera de Remón durante el año de 1964 y parte

### ESTUDIO DE MALFORMACIONES FETALES

Tabla III CONSANGUINIDAD Y SUPERVIVENCIA NACIMIENTOS SIMPLES:

SUPER-VIVENCIA	CONSANGUINIDAD						TOTAL
	1	2	3	4	0	NR	
LBA	15208	228	31	8			15475
LBD	95	1	3				99
SB	268	10					278
TOTAL	15571	239	34	8			15852

Grupos étnicos:

1. Mulatos
2. Mestizo
3. Negro
4. Indio (AM)
5. Zambo
6. Europeo
7. Otro

Consanguinidad:

1. Ninguna
2. Primos hermanos
3. Cualquier relación más distante que 2.
4. Cualquier relación más cercana que 2.

### Conclusiones

Del análisis de las observaciones señaladas en este estudio po-

del año 1965, se encontró cierto número de anomalías fetales entre las cuales las principales fueron:

Síndrome de Down	incidencia	10.7 x 10.000	nacidos
Anencéfalus		4.4 x 10.000	nacidos
Anencéfalus y Esp. bífida		1.3 x 10.000	nacidos
Hidrocéfalus		9.5 x 10.000	nacidos
Hidrocéfalus y Esp. bífida		1.3 x 10.000	nacidos
Espina bífida		6.3 x 10.000	nacidos
Atresia anal		1.3 x 10.000	nacidos
Labio leporino		2.5 x 10.000	nacidos
Labio y paladar leporinos		4.4 x 10.000	nacidos
Talipes		108.5 x 10.000	nacidos
Polidactilia		30.3 x 10.000	nacidos
Sindactilia		1.3 x 10.000	nacidos
Urogenital		1.3 x 10.000	nacidos
Múltiple		7.6 x 10.000	nacidos



Del mismo estudio podemos deducir que durante el período mencionado (Table IV):

1. La mortalidad fetal post-natal inmediata (48 horas) fue de 6.6 por mil nacidos vivos.
2. Que la incidencia de mortinatos fue de 17.5 x 1.000 nacimientos totales.
3. Que de cada 1.000 nacimientos 20.7 presentaron malformaciones.
4. Que de 1.000 mortinatos 81.3 eran malformados.
5. Que la incidencia de malformaciones fue mayor en los embarazos múltiples que en los simples.
6. Que la consanguinidad de los padres se encontró en grado de segundo o más cercano, con mucha mayor frecuencia entre los nacimientos con malformaciones que en aquellos sin malformaciones. Sin embargo, la consanguinidad en general no parece ser un factor importante en nuestra población como causa de malformaciones fetales.

**Tabla IV ESTUDIO DE MALFORMACIONES FETALES**

RESUMEN ESTADISTICO:	
TASAS	
MORTALIDAD POST NATAL	6.6 x 1.000 Nac. vivos
MORTINATOS	17.5 x 1.000 Nac. totales
MALFORMADOS	19.6 x 1.000 Nac. vivos
	81.3 x 1.000 Mortinatos
	20.7 x 1.000 Nac. totales
GEMELOS DOBLES	9.2 x 1.000 embarazos
GEMELOS TRIPLES	0.06 x 1.000 embarazos
MALFORMADOS EN EMB. SIMPLES	20.8 x 1.000 embarazos
MALFORMADOS EN EMB. MULTIPLES	33.6 x 1.000 embarazos
CONSANGUINIDAD	37.1 x 1.000 SB y LBD
CONSANGUINIDAD	17.3 x 1.000 LBA
CONSANGUINIDAD	39.5 x 1.000 Malformados
CONSANGUINIDAD	17.3 x 1.000 No Malformados

## QUILURIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Ramón García de Paredes\*

El autor hace el estudio de la sintomatología, tratamiento y fisiopatología de la quiluria con motivo de haber atendido con este síndrome a dos pacientes en el Hospital General de la Caja de Seguro Social.

Quiluria es el paso de líquido linfático hacia la orina, debido a comunicación anormal entre los linfáticos retroperitoneales y el tracto urinario.

La quiluria es un síndrome raro en nuestro medio. Se le observa con más frecuencia en los países en donde la filariasis es endémica. Nosotros tuvimos la oportunidad de estudiar dos casos de quiluria en el Hospital General de la Caja de Seguro Social, en el curso de los últimos tres años. Ellos son objeto de la presente comunicación.

### Caso I

Paciente de 35 años de edad, nacido en Cantón, China, con residencia en la ciudad de Colón desde hace muchos años.

Su padecimiento se inició dos meses antes de hospitalizarse, cuando presentó dolor sordo y

continuo en hipogastrio, que comenzó sin causa aparente. Un mes más tarde, notó la emisión de orina blanca lechosa que ocasionaba la expulsión de coágulos fibrinosos y dificultad para la micción. El paciente informó que mejoraba cuando estaba acostado o después de tomar purgantes, y que se acentuaba el síndrome después de la ingestión de una comida rica en grasas.

Para establecer el diagnóstico, se le practicó un pielograma intravenoso, que mostró irregularidad en el cáliz medio del riñón izquierdo. El pielograma ascendente confirmó este hallazgo pero no mostró reflujo pielolinfático. El urinálisis inicial mostró albuminuria moderada y escasos eritrocitos y piocitos. Varios urocultivos fueron negativos.

Se le hizo el diagnóstico presuntivo de tuberculosis renal y se inició la quimioterapia específica. Al no mejorar el paciente, fue hospitalizado. El examen físico no presentó anomalía de importancia. La orina era de aspecto lechoso y de reacción áci-

---

\* Servicio de Urología. Hospital General de la Caja del Seguro Social.



da y contenía 3 cruces de albúmina, 2 a 4 eritrocitos y más de cien leucocitos por campo. El sedimento fue teñido en varias ocasiones con Sudan III sin mostrar la presencia de glóbulos grasos. Los cultivos de orina para BAAR fueron negativos. La albuminuria alcanzó cifras de 48 gramos en 24 hrs. Las proteínas y el colesterol séricos eran normales.

El linfangiograma mostró una comunicación cruzada con las cadenas pre-sacra y para-aórticas izquierdas, con drenaje en el conducto torácico. La cadena de ganglios para-aórticos del lado derecho captó el medio de contraste en menor grado, sugiriendo una obstrucción de ese lado. Existía pues, una conexión anormal entre los linfáticos retroperitoneales del lado izquierdo y el riñón ipsilateral. Así se explicó la quiluria que el paciente tenía (Fig. 1). Desafortunadamente la cistoscopia no fue muy demostrativa, ya que la orina del paciente se mantuvo clara durante el procedimiento.

Como la quiluria era intermitente y de carácter benigno, el paciente fue tratado con dieta baja en grasa y, hasta el presente, no ha regresado a la Consulta Externa.

## Caso 2

Paciente de raza negra, de 56 años de edad y con residencia en la Costa Atlántica. Informó que empezó a orinar de color blanco como leche, con dificultad para la micción, debido a la

formación de coágulos gelatinosos, y que había perdido 36 libras de peso en los últimos dos meses.

El examen físico fue esencialmente negativo con excepción de manifiesto adelgazamiento. Los urinálisis mostraron 4 cruces de albúmina, microhematuria y ocasionales leucocitos en el sedimento. El urocultivo fue negativo. En 24 horas la orina se separó en tres capas y se aclaró al mezclar con éter y agitar el recipiente. La paciente perdía alrededor de 12 gramos de proteínas en la orina, cada día. El hemograma y la química sanguínea fueron informadas dentro de límites normales. La orina tiñó positivamente con Sudan III. La electroforesis de proteínas mostró hipo gamaglobulinemia leve. Un espécimen de orina en la mañana, y otro de sangre tomado a la medianoche, no mostraron microfilaria.

La cistoscopia, después de un desayuno rico en grasas, mostró afluencia de quilo por el uréter derecho, mientras el meato contralateral eyaculaba orina clara. El pielograma intravenoso no mostró anomalías. El linfangiograma mostró una fístula comunicante entre la cadena linfática para-aórtica derecha y el riñón ipsilateral (Fig. 2).

En vista de que la paciente perdía peso y la quiluria era persistente, se procedió a realizar la limpieza del pedículo renal derecho y de las conexiones linfáticas a la cadena para-aórtica derecha. En la fig. 3 se

puede apreciar la disección de un megalinfático en la región para-aórtica derecha, cerca del riñón.

El post-operatorio de este paciente fue excelente y a los tres meses, ya había recuperado peso y la orina se mantenía clara.

### Comentarios

1. La quiluria es rara en niños. Cuando esto sucede se debe a enfermedad primaria del sistema linfático (5, 11). La mayoría de los casos ocurre en adultos, de ambos sexos, y el agente etiológico, frecuentemente confirmado, es la microfilaria de *W. bancrofti*. Las causas no parasitarias son más raras y muchas de éstas son clasificadas como "idiopáticas", por desconocer su patogenia.

El síntoma patognomónico de la quiluria es la eliminación de orina lechosa, que puede ocurrir en forma súbita o intermitente, a veces acompañada de trastornos miccionales y de hematuria. La orina contiene albúmina, globulina y fibrinógeno en cantidad anormal, que son irritantes del urotelio y se puede precipitar como coágulos gelatinosos, con obstrucción secundaria de las vías urinarias (8). La dieta, el ejercicio y el embarazo pueden influir en la evolución clínica de estos pacientes.

En una minoría de pacientes, la eliminación de grandes cantidades de proteínas y grasas puede causar un estado de caquexia y hasta la muerte del paciente.

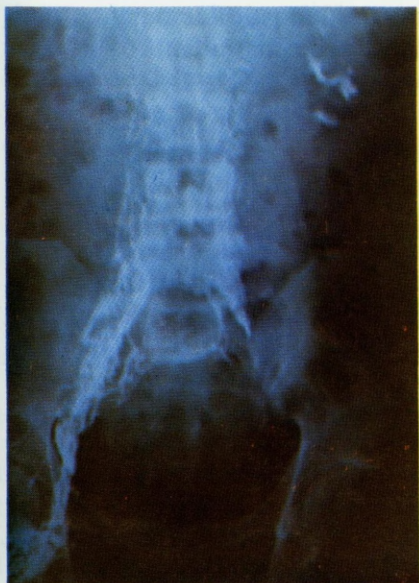
2. Cuando se investiga la causa etiológica de la quiluria se debe siempre buscar en primer lugar la microfilaria de *W. bancrofti* en la orina y en la sangre del paciente. El diagnóstico se establece, en ocasiones, tomando en cuenta que el paciente vivió o visitó un país donde la enfermedad es endémica (8, 14). La filariasis es endémica en China y en otros países asiáticos, pero no en Panamá.

El diagnóstico de quiluria es obligante cuando la orina es de aspecto lechoso. La hematuria franca puede hacer difícil el diagnóstico. La demostración de glóbulos grasos en la orina teñida con Sudan III confirma el diagnóstico de quiluria.

La evaluación urológica se complementa con el pielograma intravenoso que suele ser normal. Con la cistoscopia, practicada después de la ingestión de una comida rica en grasa, se puede determinar si la quiluria renal es unilateral o bilateral. Pueden existir comunicaciones anormales en todo el recorrido del tracto urinario (9), lo que hace necesario el estudio cuidadoso de la vejiga y de la uretra durante la endoscopia.

Pero el examen más útil es el linfangiograma (1, 7, 12). Este estudio demostrará áreas de bloques a nivel del retroperitoneo, con comunicaciones anormales entre los linfáticos retroperitoneales y los riñones, como sucedió en nuestros pacientes. Es importante tomar placas tardías

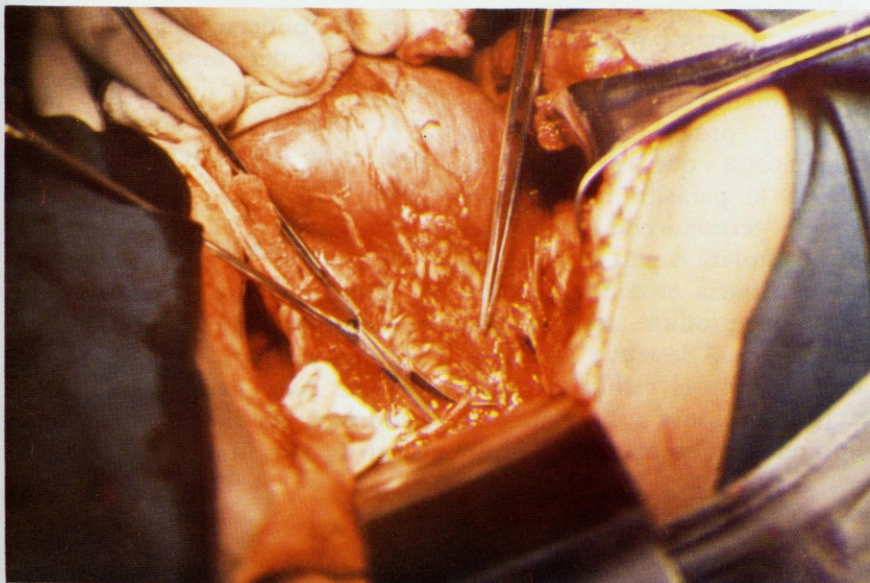




**Fig. 1:**  
Linfangiograma del primer caso mostrando conexiones cruzadas de derecha a izquierda y una fístula linfático-renal izquierda.



**Fig. 2:**  
Linfangiograma del segundo caso mostrando un megalinfático en el hilio renal derecho y flujo retrógrado hacia los linfáticos precapsulares e intra renales.



**Fig. 3:**  
Operación del segundo caso mostrando un megalinfático cerca del pedículo renal derecho.

para visualizar el conducto torácico.

La arteriografía renal no está indicada en la evaluación de estos pacientes.

3. El tratamiento médico fue el originalmente recomendado. Se trató de corregir la quiluria con dieta pobre en grasa (4) y posteriormente con dieta a base de triglicéridos, de cadenas medias (3).

El tratamiento quirúrgico original consistió en irrigar las pelvicillas renales con nitrato de plata (8). Posteriormente, se recomendó la decapsulación renal y limpieza del pedículo (13). Más recientemente, se comenzó a practicar la linfadenectomía renal (5) cuya eficacia en el control de la quiluria es ya ampliamente reconocida (1, 2, 8, 10).

4. En la quiluria parasitaria, la microfilaria de *W. bancrofti* se incrusta en los canales linfáticos, especialmente en el conducto torácico, provocando reacción inflamatoria que persiste aún cuando el parásito muere. Este proceso termina con la obstrucción completa o parcial del flujo linfático hacia el conducto torácico que produce hipertensión linfática, que destruye las válvulas y permite el reflujo de quilo hacia los riñones y las glándulas suprarrenales, afectando el retor-

no linfático de los órganos genitales y de los miembros inferiores.

La fisiopatología debe ser similar en casos de quiluria no parasitaria, como sucede en pacientes con neoplasia infiltrante o con tuberculosis retro-peritoneal; pero es más difícil explicar la quiluria que muchos autores atribuyen al trauma, al embarazo o a la diabetes mellitus. Sin embargo, recientemente se está reconociendo la importancia de descartar enfermedades primarias del aparato linfático, usualmente congénitas, como causa de la quiluria. Lloyd Davies y colaboradores (8) informaron que no es necesario tener una obstrucción del conducto torácico para producir la quiluria ya que, utilizando cinelinfangiografías pudieron demostrar reflujo linfático a nivel de esta estructura sin poderse demostrar una estrechez del mismo. En este sentido, el uso del linfangiograma permitirá una mejor clasificación de los pacientes en el futuro.

## SUMMARY

The author reviews the symptomatology, treatment and pathophysiology of chyluria and reports two patients with this syndrome studied at the Social Security Hospital in Panamá.

## BIBLIOGRAFIA

1. Callahan DH, Graf EC, Gersack J, Turbow AM: Lymphangiography and simultaneous excretory urography as a diagnostic aid in chyluria. *J Urol* 93: 417-419, 1965
2. Chang Che, Lue IB, Lapides J: Surgical treatment of chyluria. *J Urol* 109: 299-301, 1973



3. Hashim SA, Roholt HB, Babayan VK, Van Ytallie TB: Treatment of chyluria and chylothorax with medium-chain triglyceride, *New Eng J Med* 270: 756-761, 1964
4. Hertz AF: The use of special dietary fats in chyluria, *Lancet* 172: 733, 1907
5. Kinmonth JB, Taylor GW: Chylous Reflux. *Br Med J* 1:529-532, 1964
6. Kishimoto T, Higuchi T, Endo My Kai Y: Lymphangiography in a patient with unilateral chyluria. *J Urol* 92: 574-578, 1964
7. Lloyd Davies RW, Edwards JM, Kinmonth JB: Chyluria: A report of five cases with particular reference to lymphangiography and direct surgery. *Brit J Urol* 39: 560-570, 1967
8. Maged A: Renal chyluria. *Brit J Urol* 39: 555-559, 1967
9. Pope S: Chyluria with a vesical sinus. *Calif State J Med* 7: 285, 1909
10. Sangmit S: Strippuig of the renal vascular pedicle in treatment of chyluria. *Int Surg* 46: 447-451, 1966
11. Servelle N, Turiaf J, Rouffilange H, Scherer S, Perrot H, Frentz F, Turpyn H: Chyluria in abnormalities of the thoracic duct. *Surg* 54: 536-549, 1963
12. Swanson GE: Lymphangiography in chyluria. *Radiology* 81: 473-478, 1963
13. Torres LF, Estrada Jr. J: Experience in the treatment of chyluria. *J Urol* 87: 73-76, 1962
14. Yamauchi S: Chyluria: Clinical laboratory and statistical study of 45 personal cases observed in Hawai. *J Urol* 54: 318-347, 1945

## AMIBIASIS HEPATICA

Dr. Rafael Sabonge A.\*

Se practicó la prueba de Aglutinación (floculación) de Látex en 45 pacientes internados en el Hospital Santo Tomás entre Octubre de 1973 y Abril de 1974. Seis (6) enfermos tenían diagnóstico de Absceso hepático amibiano; siete (7) tenían amibiasis intestinal; tres (3) eran portadores de quistes de *E. histolytica*; seis (6) tenían diversos procesos patológicos del intestino grueso; dos (2) tenían poli-parasitismo intestinal, y veintiuno (21) eran testigos. La reacción fue positiva en los seis que tenían absceso hepático amibiano, en tres con amibiasis intestinal, en dos con poli-parasitismo intestinal y en tres de los pacientes del grupo testigo. Se explica la razón probable de los "positivos falsos" y se recomienda practicar la prueba cuantitativa de Hemaglutinación Indirecta; si aparecen títulos bajos eso sería indicativo de una infección antigua y no activa.

El diagnóstico de la amibiasis hepática aún resulta difícil en un promedio de 8 a 15% de los casos según informes de médicos con probada experiencia (1-2-3).

No obstante, han aparecido nuevas pruebas de laboratorio que han facilitado aún más la labor de establecer el diagnóstico.

Vamos a referirnos en el presente trabajo al uso de la Aglutinación (floculación) de látex en pacientes con diagnóstico clínico de Absceso hepático amibiano, de colitis amibiana aguda y de portadores de quistes, para determinar su importancia y la necesidad de usarla.

### Material y método

Se practicaron 45 pruebas de aglutinación de látex en igual número de pacientes internados en el Hospital Santo Tomás, en el período comprendido entre Octubre de 1973 y Abril de 1974 (Cuadro No. 1).

### Resultados

En los seis (6) pacientes con diagnóstico clínico de Absceso hepático amibiano la reacción fue positiva.

En diez (10) pacientes se practicó la reacción porque tenían Amibiasis aguda o porque eran portadores de quistes de *E. histolytica*. Tres (3) de estos diez pacientes con Amibiasis in-

---

\* Profesor Clínico Especial. Cátedra de Medicina Interna. Universidad Nacional de Panamá.



CUADRO No. 1

No. del paciente	Diagnóstico	Sera-ameba	
		Positivo	Negativo
1-2-3-5-9-43	Absceso Hepático amibiano	+	
15-16-22	} Amibiasis intestinal	+	
26-34-41-45			—
18-19-39	Portadores quistes de <i>E. histolytica</i>		—
8-25	Poli-parasitismo intestinal	+	
13-14-17-31-32-33	Patología intestino grueso*		—
4-6-7-10-11-12-20	} CONTROLES**		
21-23-24-28-35-36			
37-38-40-42-44			—
27-29-30***		+	

\* inflamación del ciego, colitis y tromboembolismo pulmonar, cáncer del colon descendente, diarrea sanguinolenta, etiología indeterminada en dos pacientes, colon irritable.

\*\* sarcoma neurogénico retroperitoneal, adenocarcinoma infiltrante de vesícula y cístico, cirrosis hepática, eventración músculo diafragmático post-traumático, hepatoma, neumonía en el lóbulo medio derecho, absceso del pulmón derecho, colelitiasis, hepatitis anictérica, lobulación hemi-diafragma derecho, cáncer hepático, colelitiasis, úlcera duodenal, melanoderma, artritis reumatoidea, tuberculosis ganglionar, absceso pulmón derecho, anemia falciforme.

\*\*\* infección urinaria, cáncer del hígado (los dos últimos casos).

testinal aguda tuvieron una reacción positiva y en cuatro (4) pacientes, el resultado fue negativo. En los otros tres (3) pacientes, que eran portadores de quistes de *E. histolytica*, la reacción fue negativa.

Hubo dos (2) pacientes, con reacción de serameba positiva, que tenían poli-parasitismo intestinal a pesar de que nunca se hallaron quistes o trofozoítos de *E. histolytica* en las heces.

En seis (6) pacientes con patología del intestino grueso, pero sin trofozoítos o quistes de

*E. histolytica* en el excremento, la aglutinación de látex fue negativa.

En el grupo testigo de 21 sujetos, que no tenía historia de infestación amibiana, la reacción fue negativa en diez y ocho (18) pacientes.

Hubo tres reacciones falsas positivas en personas que no mostraron quistes o trofozoítos de *E. histolytica* en las heces.

### Comentarios

Morris y Powell (5) fueron los primeros en usar la prueba

de Aglutinación de Látex para el diagnóstico de Amibiasis invasora. Ellos comunicaron 98% de exactitud en los casos de Absceso hepático amibiano.

Biagi (6) la encontró positiva en el 93% de enfermos con Absceso hepático amibiano, en el 70% de los casos de Amibiasis intestinal crónica y en el 63% de pacientes con Amibiasis intestinal aguda. La prueba resultó negativa en todos los casos de portadores asintomáticos. Como consecuencia de estos hallazgos el autor concluyó que la reacción es una nueva arma muy útil y práctica para establecer el diagnóstico de la Amibiasis.

Un resultado negativo a la Aglutinación es de gran valor diagnóstico. En el enfermo No.4 por ejemplo, el cuadro clínico y la Centelleografía hepática inducían fuertemente a hacer el diagnóstico de absceso hepático amibiano. La prueba de látex fue negativa en dos ocasiones y el diagnóstico final fue Sarcoma retro-peritoneal.

Hubo ocho pacientes con enfermedades hepatobiliares, diafragmáticas o pleuro pulmonares en quienes se hacía imperativo descartar el diagnóstico de Absceso Hepático amibiano.

Todos presentaron una Serameba negativa; se excluyó el absceso amibiano y se establecieron otros diagnósticos no relacionados con amibiasis.

Los "falsos positivos" se atribuyen a una posible infección amibiana anterior, porque mu-

chos de estos enfermos habían residido en medios endémicos de amibiasis y se presume que un ataque invasor de la amibiasis dejó una respuesta inmunológica prolongada o permanente, que se refleja en la positividad de la prueba. En estos casos se hace necesario complementar el estudio con la prueba de Hemaglutinación Indirecta que, por ser cuantitativa, expresaría más bien un título bajo, y el mismo sería indicativo entonces de un proceso amibiano antiguo y no activo.

En cuatro pacientes (Casos 26-34-41-45) con diagnóstico comprobado de Amibiasis intestinal y con Serameba negativa, el resultado negativo reflejó que la amibiasis no era de tipo invasor.

Dos pacientes (Casos 5 y 9) presentaron gamagrafías hepáticas sugestivas (pero no confirmatorias) de absceso amibiano. La Serameba positiva reforzó la sospecha clínica y posteriormente se comprobó el diagnóstico de absceso hepático.

## SUMMARY

The latex agglutination test was performed in forty-five patients hospitalized at the Santo Tomas Hospital from October 1973 to April 1974. Six patients had amebic abscess and seven, intestinal amebiasis; three were carriers of *E. histolytica* cysts; six had other pathology of the large intestine; two had



multiple intestinal parasites and twenty-one patients free of intestinal amebiasis were used as controls. The reaction was positive in the six patients with hepatic amebic abscess, in three with intestinal amebiasis, in two with multiple intestinal

parasites and in three of the controls.

We give the probable reason for the false positive results and recommend the use of the quantitative indirect hemagglutination test. Low titers indicate an inactive, old infection.

#### BIBIOGRAFIA

1. Sepulveda B: Introducción al seminario sobre amibiasis. Segundo Seminario sobre amibiasis. Arch de Invest. médica, suplemento, 1.M.S.S. 5 - 8, 1970
2. Sepulveda B: La amibiasis invasora por *Entamoeba histolytica*. Monografías médicas. Gaceta Médica de México (órgano de la Academia Nacional de Medicina) 100: 201, 224 - 254, 1970.
3. Stoopen M, Elizondo L, Landa L: Utilidad de la angiografía en el diagnóstico del absceso amibiano, estudio de setenta casos. Arch. de Invest. médica 173 - 186, 1970
4. Borges CC, Moctezuma MU, Montiel RJ, Arrubarrena VM: Valoración diagnóstica de la prueba de látex en el absceso hepático amibiano. Rev. Gastroenterol México 36: 284 - 90, 1971
5. Morris MN, Powell SJ, Elsdow-Dew R: Látex agglutination test for invasive amoebiasis. Lancet 1: 1362, 1970
6. Biagi F, Alvarez R, González C: La reacción de floculación en el diagnóstico de la amibiasis. Rev. Gastroenter. México 36: 236 - 246, 1971

## 2 CASOS DE CROMOMICOSIS TRATADOS CON 5- FLUOROCITOSINA

Dr. Reynaldo Arosemena M.\*

Dr. Rolando E. Sáenz\*\*

Los resultados del tratamiento con 5-fluorocitosina en los 2 pacientes, que tenían 30 y 15 años respectivamente de padecer cromomicosis fueron realmente espectaculares.

Fueron tratados intrahospitalariamente con 100 mg. por Kg. de peso, por día de la droga, repartida en 6 tomas, por un período de 4 meses. La mejoría empezó a evidenciarse a las 3 semanas de iniciado el tratamiento y fue completa a los 4 meses. Se hicieron controles quincenales de Hb., glóbulos blancos, plaquetas, N. de Urea, creatinina, transaminasas y orina, sin observarse ninguna toxicidad. La tolerancia fue excelente, por lo que no hubo que suspender el medicamento en ningún momento.

El criterio de curación se fundamentó en la remisión lesional y en la negativización de las biopsias seriadas.

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes coinciden con los informados en otras latitudes, y nos permiten afirmar que la 5-fluorocitosina es la mejor

arma terapéutica con que contamos en la actualidad para el tratamiento de la cromomicosis.

El tratamiento de la cromomicosis ha constituido por muchos años uno de los problemas más difíciles y desalentadores para el médico, por el alto índice de fracasos y recaídas.

Los intentos terapéuticos han sido numerosos y han incluido agentes quimioterapéuticos (arsenicales, mercurio, oro, bismuto, sulfas, isoniácida, yoduros, calciferol, griseofulvina, etc.) electroforesis con sulfato de cobre, roentgenterapia, cirugía y combinaciones de diferentes métodos. Más recientemente, se ha utilizado el thiabendazole con resultados también inconsistentes (1, 2). Con la anfotericina B se obtuvieron mejores resultados (3), pero su acentuada toxicidad obligó a buscar otra droga que la reemplazara en el tratamiento de la cromomicosis.

En los últimos 5 años han aparecido informes en la literatura médica sobre una nueva

\* Profesor Clínico de Dermatología de la Escuela de Medicina de Panamá. Dermatólogo del Hospital Santo Tomás.

\*\* Profesor Clínico de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de Panamá. Jefe del Servicio de Enf. Infecto-Contagiosa del Hospital Santo Tomás.



droga antimicótica, la 5-fluorocitosina, que ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de la criptococosis, candidiasis sistémica y la cromomicosis (4, 10).

La 5-fluorocitosina es una pirimidina fluorada que inhibe competitivamente la síntesis de los ácidos nucleicos del hongo. Para ejercer su acción debe convertirse, en el interior de la célula micótica, en 5-fluoracilo que es el verdadero antagonista metabólico. Tiene la ventaja sobre la anfotericina B-, de que puede administrarse por vía oral y es menos tóxica (11).

Su absorción es excelente y aproximadamente el 90% de la dosis administrada se elimina por la orina sin ninguna modificación (11).

Su difusibilidad al S.N.C. supera al de la anfotericina B y alcanza niveles más altos en el líquido céfalorraquídeo (11).

Su toxicidad no está totalmente definida, pero la experiencia hasta ahora demuestra que es mínima, y se presenta especialmente en pacientes con insuficiencia renal (11).

Esta droga puede producir elevaciones de las transaminasas, del N. de Urea y depresiones medulares. Recientemente se publicó un caso fatal de anemia aplásica en un paciente con meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* tratado con esta droga (12).

Los primeros informes en la literatura sobre la utilidad de la

5-fluorocitosina en el tratamiento de la cromomicosis, fueron los de López (4) del Brasil, en 1969. Ese mismo año, González Ochoa (5) presentó en el VII Congreso Centroamericano de Dermatología, 2 casos tratados con éxito con esta droga.

En 1971, López (8) y sus colaboradores presentaron en el VII Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología 15 nuevos casos, de los cuales 7 se habían curado y el resto estaba aún bajo tratamiento. Durante ese mismo Congreso Barbosa de Silva (13) presentó 11 casos: 5 curados y 6 mejorados. En 1972, Vandeveldt (9), en los Estados Unidos, informó de 2 casos curados. Finalmente, en 1974 Nsanzuhire (10), en Uganda, publicó el primer caso de cromomicosis por *Cladosporium trichoides*, tratado exitosamente con la 5-fluorocitosina.

A raíz de estos informes tan alentadores, decidimos emplear este fármaco antimicótico en dos de nuestros pacientes. Los resultados de esta terapia constituyen el motivo de esta comunicación.

### Caso 1.

Catalino B., de 48 años de edad, procedente de la Provincia de Herrera, quien vino a la consulta en agosto de 1974, por presentar placa rosada, de superficie cubierta de escamocostras en algunos sectores y con aspecto cicatrizal en otros, de un tamaño aproximado de 20x15 cms., que se extendía desde el

1/3 inferior del brazo al 1/3 superior del antebrazo izquierdo, incluyendo todo el codo, y que le imposibilitaba la extensión del miembro (Fig. 1).

El examen directo de las escamas con hidróxido de potasio al 10% y el estudio histopatológico de las mismas mostró esporas oscuras. En la biopsia observamos hiperplasia pseudoepiteliomatosa, abscesos, células gigantes de Langhans y los típicos esclerotes. El cultivo en medio de Sabouraud mostró crecimiento de un hongo que fue identificado como **Fonsecae pedrosoi**. Los exámenes de rutina resultaron normales.

El tratamiento se inició con 6 gramos diarios de la droga (3 tabletas cada 6 horas), y fue mantenida por 4 meses. Durante el curso del tratamiento, se realizaron controles iconográficos y biopsias seriadas que evidenciaron la regresión clínica e histopatológica de las lesiones (Fig. 2).

## Caso 2.

Gregorio C., de 51 años de edad, residente en la Provincia de Los Santos, quien consultó el 11 de noviembre de 1974, por presentar placa rosada, de aspecto verrugoso, con pequeñas escamocostras oscuras en su superficie, que medía aproximadamente 10 por 6 cms., localizada por encima del maléolo externo del pie derecho. Por dentro de la misma existían lesiones nodulares satélites. Estas lesiones te-

nían 15 años de evolución y habían aparecido después de mordedura de culebra en el área afectada (Fig. 3).

Como en el caso anterior se realizó examen directo y estudio histopatológico de las escamas, biopsia y cultivo, aislándose también el hongo **F. pedrosoi**.

Todos los exámenes de laboratorio resultaron normales.

El tratamiento se realizó utilizando la misma dosis de 5-fluorocitosina durante el mismo período de tiempo.

Al igual que el caso anterior, se realizaron iconografías de control y biopsias seriadas que pusieron de manifiesto la involución clínica e histopatológica de las lesiones (Fig. 4).

## SUMMARY AND CONCLUSIONS

Two patients with chromomycosis of thirty and fifteen years duration, respectively, responded spectacularly to impatient treatment with 100 mg of 5-fluorocytosine per kilo per day, divided in six equal doses, for a period of four months. Improvement was evident three weeks after initiation of therapy and cure was complete at four months. Hemoglobin, total white blood cell count, platelet count, serum BUN, creatinine, transaminases and urinalysis were obtained every two weeks and no signs of toxicity were found. The drug was tolerated extremely well and there was no





**Figura 1, antes del tratamiento**



**Figura 2, después del tratamiento**



**Figura 3, antes del tratamiento**



**Figura 4, después del tratamiento**

need to interrupt therapy at any time.

The criteria for healing were the clinical remission of the lesion and negative serial biopsies.

Our results confirm those reported by others and allow us to state that 5-fluorocytosine is the best treatment available now for chromomycosis.

---

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bayles M: Chromomycosis treatment with thiabendazole. Arch Derm 104: 476 - 485, 1971
2. Solano AE: Tratamiento co thiabendazole: Experiencia de 6 años. Memorias del VII Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología, Caracas, Venezuela, Editora Síntesis Dos mil, 1971, p 433
3. Hughes WT: Chromoblastomycosis: Successful treatment with topical amphotericin B. J Pediatr 71: 351-356, 1967
4. López CF, Alvarenga RJ, Cisalpino EO: Tratamento da cromomicose pela 5-fluorocitosina: primeiros resultados. Hospital (Río de J) 75: 1335 - 1342, 1969
5. González Ochoa A: Curación de la criptococosis y de la cromomicosis con 5-fluorocitosina. Rev. Invest. Salud Pública (Mex) 30: 63 - 75, 1970
6. López CF: Treatment of chromomycosis with 5-fluorocitosina. Int. J Dermatol 10: 182, 1971.
7. Borelli D, Torres N: Cromomicosis tratada con 5-fluorocitosina. Memorias del VII Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología, Caracas, Venezuela, Editora Síntesis Dos mil, 1971, p 693
8. López CF, Alvarenga RJ, Cisalpino EO: Resultados de tratamento da cromomicose pela 5-fluorocitosina, Terceira comunicacao. Memorias del VII Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología, Caracas, Venezuela, Editora Síntesis Dos mil, 1971, p 1043
9. Vandeveld AG, Mauceri AA, Johnson III, JE: 5-fluorocytosine in the treatment of mycotic infections. Annals of Internal Medicina 77: 43 - 51, 1972
10. Nsanzumuhire H: Chromomycosis due to Cladosporium trichoides treated with 5-fluorocytosine. Am J Cl Path 61: 257-263, 1974
11. Bennet JE: Chemotherapy of systemic mycosis, N Engl J Med 290: 320-22, 1974
12. Meyer R: Fatal aplastic anemia resulting from Fluorocytosine. JAMA 228: 1573, 1974





## **HYPERAB<sup>MR.</sup>**

(Primer Suero Humano Antirábico)  
2 y 10 mls.

## **HYPER-TET<sup>MR.</sup>**

(Globulina Inmune Antitetánica HUMANA)

- Mayor protección temporal con dosis más bajas
- Preparado a partir de sangre venosa humana
- Administración compatible con individuos sensibles a la antitoxina equina
- Evita las reacciones anafilácticas derivadas de la administración de suero equino
- Evita el efectuar pruebas cutáneas o conjuntivales

**DISTRIBUIDOR**

# **F. ICAZA Y CIA.**

Teléfono: 62-7300

Panamá 1, R. de P.

Apartado postal: 2140

*Y para disfrutar de lo que nos rodea...*

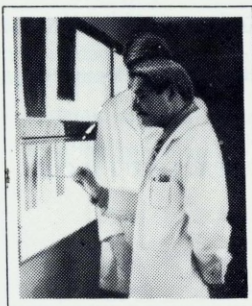


...necesitamos conservar la salud. Sanos tenemos oportunidades plenas y puede disfrutarse en todo su esplendor la vida.

Usted en su profesión médica debe encontrar grandes satisfacciones. Debe ser grato borrar la expresión de incertidumbre de un paciente.

Devolverle su tranquilidad y su salud.

A nosotros nos complace colaborar en su trabajo. Consientes del papel que desarro-



llan nuestras películas, pantallas, equipos de procesado y químicos, en el campo radiográfico, sometemos la elaboración de estos materiales al más estricto control de calidad.

Confíe en nuestra calidad y prestigio.

*Imágenes vivas...  
Imágenes humanas*



**KODAK PANAMA, LTDA.**

APARTADO: 7333

PANAMA: 5

TELEFONOS: 62-3851  
23-9440



# LABORATORIOS FARMACEUTICOS

Director: Lcdo. R. V. ORTIZ M.



Se complace en anunciar

## A LA CLASE MEDICA Y FARMACEUTICA DE LA REPUBLICA DE PANAMA

### SUS ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERAPICOS:

**AMPIBIOL:** Ampicilina, grageas de 250 y 500 mgs., Suspensión de 125 mg/5ml.

**CAF:** Cloranfenicol Tabletas de 250 mg. y Suspensión de 125 mg/5ml.

**ERITROL:** Eritromicina Tabletas de 250 mg. y Suspensión de 125 mg/5ml.

**TETRADOL:** Tetraciclina Metafosfato, grageas de 250 mg.; Suspensión 125 mg/5ml.

**URICOL:** Asociación de Tetraciclina, Sulfametroxipiridazina y Fenazopiridina en grageas.

**URISAN:** Sulfametoxipiridazina Tabletas de 250 mg. y Suspensión 125 mg/5ml.

**MANDELOL:** Metenamina Mandelato, Tabletas de 500 mg. y Suspensión 250 mg/5ml.

**ENTEROMICIN:** Suspensión antidiarréica de Neomicina, Sulfaguanidina, Caolín y Pectina.

**HONRADEZ**

**CALIDAD**

**SERVICIO**

Apartado: 642  
Panamá 9-A

Teléfonos: 24-1947  
24-6029

# Pondocillin®

clorhidrato de pivampicilina - nuevo antibiótico desarrollado por Leo Pharmaceutical Products

**AMPLIO ESPECTRO - ACTIVIDAD BACTERICIDA**  
**ALTAS CONCENTRACIONES EN SANGRE Y TEJIDOS**  
**ABSORCION RAPIDA Y COMPLETA**  
**MAXIMA EXCRECION URINARIA**  
**BAJA TOXICIDAD**

## **INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS**

La marcada actividad de PONDOCILLIN frente a los gérmenes Gram-negativos y los niveles muy altos de antibiótico activo alcanzados en los tejidos renales y en la orina, son de importancia decisiva en el tratamiento de las infecciones del sistema urinario.

## **INFECCIONES O.R.L.**

Las infecciones del oído, nariz y laringe se encuentran entre las indicaciones más importantes para PONDOCILLIN. Los niveles elevados, en sangre y tejidos, alcanzados con PONDOCILLIN son de gran significancia terapéutica, especialmente en el tratamiento de los pacientes con otitis media o sinusitis.

## **BRONQUITIS**

La superioridad clínica de PONDOCILLIN en la bronquitis aguda y crónica se debe a las concentraciones extraordinariamente altas conseguidas en el tejido pulmonar durante el tratamiento con este antibiótico.

## **Dosificación:**

Adultos y niños

mayores de 6 años: 350 mg. 3-4 veces al día.

Niños menores de 6 años: 175 mg. 3-4 veces al día.

En los casos graves, estas dosis se pueden doblar.

NOTA: Las cápsulas deben deglutirse enteras durante las comidas o con un vaso de leche o agua.

## **Presentación:**

Cápsulas de 350 mg y 175 mg de clorhidrato de pivampicilina, en frascos de 12 y 100.



LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS . DINAMARCA

L. SP. 1985/2 - 74

# MIGUEL ARBAIZA, S. A.

TELEFONOS: 25-1163  
25-1164

APARTADO 7241

PANAMA 5



# VADOSILAN<sup>\*</sup> 20mg.

## HEMODINAMICO CEREBRAL

Aumenta el flujo sanguíneo y la oxigenación cerebral

### INDICACIONES

El área de indicaciones de VADOSILAN<sup>\*</sup> se extiende a todas las manifestaciones clínicas causadas por

### INSUFICIENCIA CEREBRO-VASCULAR

• Cefaleas • Lagunas mentales • Mareos y vértigos • Fatiga mental y física • Cambios de carácter • Espasmos vasculares • Ataques de isquemia • Insomnio • Confusión asociada generalmente a Arterioesclerosis, Diabetes e Hipertensión.

### DOSIS Y ADMINISTRACION

Una tableta de 20 mg., 3 ó 4 veces al día.

### PRESENTACION

Tabletas de 20 mg.: Caja con 20.

**Reacciones secundarias:** No se han presentado a las dosis medias recomendadas. Las dosis elevadas pueden producir taquicardia e hipotensión ligeras, las que ceden al ajustarse la dosis a la respuesta individual.

**Contraindicaciones:** Hemorragia aguda o reciente.

#### BIBLIOGRAFIA (Clínica cerebral)

1 - Affleck, D.C., Treptow, K.R. and Herrick, H.D.: J. Nerv. Ment. Dis. 132, 335-336, 1961. 2 - Burkhardt, W. & Montast, M.: Wien. med. Wochs., 106, 395-396, 1958. 3 - Dhymiotis, A.D. & Whittier, J.R.: Curr. Ther. Res. 4, 124-129, 1962. 4 - Dungan, K.W. & Lish, P.M.: Fed. Proc. 17, No. 1439, 1958. 5 - Fazekas, J.F. & Almar, R.W.: Amer. J. med. Sci. 248, 50-53, 1964. 6 - Job, J.: Monch med. Wochs. 182, 483-484, 1960. 7 - Karlsberg, P., Elliot, H.W. & Adams, J.E.: Neurology 13, 772-778, 1963. 8 - Whittier, J.R.: Angiology 15, 82-87, 1964. 9 - Whittier, J.R. & Dhymiotis, A.D.: Angiology 16, 575-579, 1965. 10 - Whittier, J.R. & Dhymiotis, A.D.: Angiology 13, 324-327, 1962. 11 - Chatterjee, A.K. & Dayal, S.: Indian J. Psychiat. VII, No. 3, 160-168, 1965.

**MeadJohnson<sup>\*</sup>**

MEAD JOHNSON DE MEXICO, S. A. DE C. V.  
Calzada de Tlalpan No. 2996, México 21, D.F.

\*Marcas Reg. Los conceptos vertidos en esta literatura son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía. Literatura exclusiva para médicos. Este medicamento es de empleo delicado. P. Med. DAE 138/J Reg. No. 75711 S.S.A. VAD-L1-75X

## J. Ruíz Alvarez, S. A.

APARTADO 196

PANAMA 1

TELEFONO: 25-6965



**McKesson**

**McKesson:**  
**medicina moderna**  
**al alcance de todos**

- Ampicilina McK
- Kanamicina McK
- Oxitetraciclina
- Tetraciclina McK
- Cloranfenicol McK
- Dipirona McK
- Fenobarbital McK
- Vitamina C McK
- Multivitaminas  
Prenatales McK

**CALOX PANAMEÑA, S. A.**

**DIVISION FARMACEUTICA**

**TELS.: 62-3800 — 62-3975**





- Espasmólisis segura (incluso por vía oral)
- Analgesia rápida
- Excelente tolerancia

\* nuevo

... ventajas del \* producto de Investigación Merck

## Sintaverín compositum

Ampollas y grageas

que aseguran un tratamiento rápido y seguro de cólicos de toda índole

## Sintaverín

Ampollas y tabletas

Nuevo espasmolítico sintético, que reduce al mínimo los efectos anticolinérgicos secundarios, permitiendo en clínica y en diagnóstico radiológico un mayor aprovechamiento de su intenso efecto antiespasmódico.

**Merck Centroamericana, S. A.**  
Guatemala, C. A.

**MERCK**

# MERCK CENTRO AMERICA

APARTADO: 4004

PANAMA 5

TELEFONO: 25-8256

# Neurobión 10 000

B<sub>1</sub> 100 mg  
B<sub>6</sub> 100 mg  
B<sub>12</sub> 10.000 mcg

La única combinación de las  
vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub> y B<sub>12</sub> con tan altas  
concentraciones de vitamina B<sub>12</sub>

- Selectividad por el tejido nervioso
- Acción neurotrópica fisiológica
- Sinergia potente y efecto inmediato

Envase con 2 ampollas de 3 ml



Merck Centroamericana, S. A.  
Guatemala, C. A.

**MERCK**

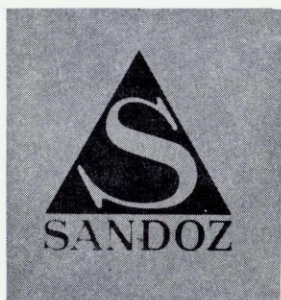
## MERCK CENTRO AMERICA

APARTADO: 4004

PANAMA 5

TELEFONO: 25-8256





# SANDOZ Y WANDER

---

colabora  
en el  
progreso  
de la Medicina

TELEFONO: 25-8256

APARTADO 5159

PANAMA 5

CORTESIA DE LOS

**LABORATORIOS**  
**SMITH KLINE AND FRENCH, S. A.**

MEXICO, D. F.

DISTRIBUIDORES EN LA REPUBLICA DE PANAMA

**JULIO VOS, S. A.**

TELEFONOS: 64-9465  
64-9469

APARTADO 391 — PANAMA 9



tiña...candida ?



nuevo

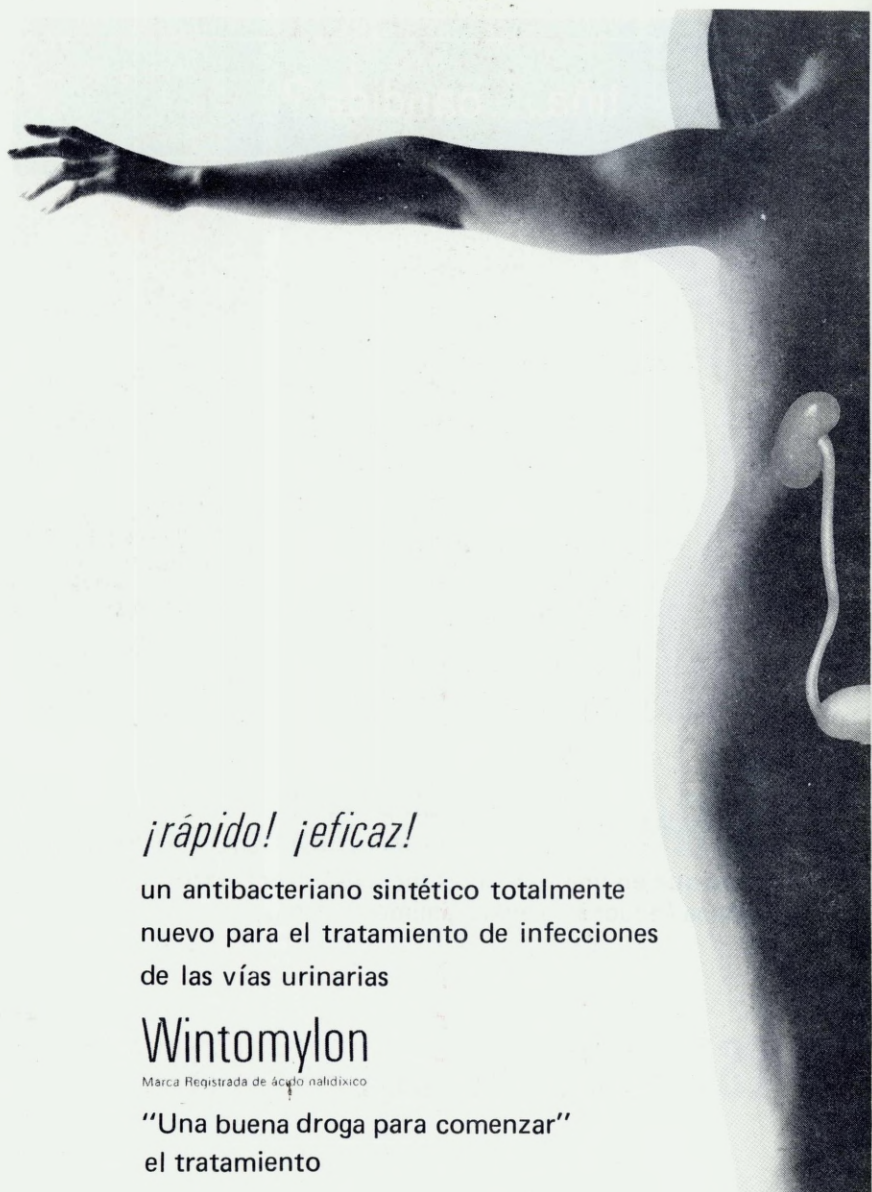
**FUNGACLOR**\* (haloprogin)  
CREMA y SOLUCION TOPICAS  
el primero que en una sola substancia, reúne actividad  
antimicótica / anticandidiásica (antimoniliásica)

**WESTWOOD PHARMACEUTICALS**

**Agencias Feduro**

TELEFONO: 25-5300  
APARTADO 3384  
PANAMA 4

---



*¡rápido! ¡eficaz!*

un antibacteriano sintético totalmente  
nuevo para el tratamiento de infecciones  
de las vías urinarias

**Wintomylon**

Marca Registrada de ácido nalidixico

"Una buena droga para comenzar"  
el tratamiento

**STERLING PRODUCTS INTERNATIONAL, S. A.**

**Apartado: 1210**

**Panamá 1**

**Teléfono: 23-9440**



(Viene de la parte interior de la Portada)

china (en negro) sobre papel blanco, con suficiente amplitud para que se pueda leer después de la reducción necesaria. Las ilustraciones deben numerarse, indicándose la posición correcta de las mismas en la parte superior. Al reverso de la ilustración debe escribirse el nombre del autor y el título del artículo. En una hoja de papel, por separado, debe enviarse la descripción mecanografiada de las ilustraciones.

## BIBLIOGRAFIA

Al final del manuscrito debe aparecer la bibliografía con las referencias numeradas en el orden en que son mencionadas en el texto. La bibliografía debe ajustarse al estilo del INDEX MEDICUS y en el siguiente orden: nombre del autor (apellido e iniciales del nombre), título del artículo, nombre de la revista, número del volumen, números de la primera y última páginas y año de la publicación. Ejemplo:

1. Kunkel HG, Mannik M, Williams RD: Individual antigenic specificities of isolated antibodies. Science 140: 1218-1219, 1963

Cuando se refiera a un libro debe seguirse el siguiente orden: apellido e iniciales del nombre del autor, nombre del libro, número de la edición, ciudad, casa editora y año, página de referencia. Ejemplo:

2. Pessoa SB: Parasitología Médica. Río de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S. A., 1967, p. 89

Si se trata de artículos publicados en libros debe seguirse el siguiente orden: apellido e iniciales de los autores, título del artículo, número del capítulo (si lo tiene), título del libro, editor, edición (si es más de una), ciudad, casa impresora, año y página. Ejemplo:

3. Cohen SS: Biochemistry of the Virus Infected Cell, 3, en **Viral and Rickettsial Infections of Man**, Rivers TM, Horsfall Jr. FL, 3a. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1959, págs. 49-95

## APROBACION DE LOS ORIGINALES

Todos los originales serán leídos por el Editor y por uno o más de los miembros del COMITE EDITORIAL. Los comentarios que reciba el Editor serán enviados al autor para su conocimiento y aprobación.

## DIRECCION DE CORREOS

Cualquier comunicación con el Editor debe ser enviada a:

EDITOR

Academia Panameña de Medicina y Cirugía

Apartado 1815

Panamá 1

ENERO, 1976

Volumen 1

Número 1

## INDICE

Nota Editorial .....	1
Oración Alusiva a los primeros 25 años. Dr. Rolando A. Chanis .....	2
Coexistencia de Carcinoma y Tuberculosis pulmonares. Dr. José A. Filós Díaz .....	9
Aspectos Psicosociales del Alcoholismo. Dr. Luis A. Picard-Amí .....	15
Ruptura traumática del bazo. Dr. Guillermo O. Chapman .....	20
Malformaciones Fetales en Panamá. Dr. Roderick L. Esquivel .....	25
Quiluria en el Hospital General del Seguro Social. Dr. Ramón García de Paredes .....	30
Amibiasis hepática. Dr. Rafael Sabonge A. ....	36
2 Casos de Cromomicosis tratados con 5-fluorocitosina. Dr. Reynaldo Arosemena M. y Dr. Rolando E. Sáenz .	40