

**PLANILLA PARA EL TRANSPORTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Lugar del accidente: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Causa del accidente: \_\_\_\_\_

HEMORRAGIA (En el lugar del accidente). (Subraye el tipo apropiado).  
 Grave Moderada Leve Inexistente

VIA DE AIRE  
 Libre Obstruida Vómitos

Maniobras realizadas:

ESTADO DE CONCIENCIA  
 En el lugar del accidente Primer examen Transporte

LUCIDO  
 SOMNOLIENTO  
 COMA

Movimientos fásicos  
 Reactividad tónica  
 Flaccidez

ESTADO DE LAS PUPILAS

Simétricas  
 Anisocoria  
 Reflejo fotomotor

CRISIS CONVULSIVAS

Generalizadas  
 Focales

RESPIRACION

Ritmo respiratorio (regular, con pausas, etc.)

DROGAS ADMINISTRADAS:  
 OBSERVACIONES:

FIRMA:

## Experiencia de un centro asistencial del interior

Dr. W. LANTERNA \*

El presente trabajo tiene por objeto demostrar nuestra experiencia en neurotraumatología en el Hospital Escuela del Litoral de Paysandú, que abarca una población de alrededor de 100.000 habitantes.

La mayor parte de los traumatismos se debe en nuestra casuística a accidentes de tránsito, predominando los de moto y bicicleta. Es así que en los primeros meses del año 1972 hemos tenido un incremento notable de TEC en relación directa con 500 motos y bicimotos que se vendieron en nuestra ciudad. En segundo término las caídas de caballo.

En primer término queremos mostrar, de acuerdo a nuestra experiencia, las diferencias fundamentales que existieron en el manejo del TEC en dos etapas bien precisas de nuestro hospital. Para eso tomamos dos quinquenios: uno del año 1962 a 1966, en que atendíamos a estos enfermos con criterio de cirujanos generales; y otro del año 1967 a 1971 en que realizamos un entrenamiento en neurocirugía y neurorradiología.

En el primer período solamente se diagnosticaron y operaron 5 hematomas intracraneales traumáticos. 2 *H. extradurales* con toda su sintomatología clásica, que fueron intervenidos por un cirujano con mucha experiencia en cirugía de urgencia, enclavados, con midriasis rígida bilateral y prácticamente en paro respiratorio, recuperándose ambos completamente. 2 *H. subdurales agudas* asociados a contusión cerebral severa que fueron operados de extrema urgencia, falleciendo ambos pocas horas después. 1 *H. subdural agudo puro*, provocado por un pelotazo jugando al foot-ball que evolucionó durante toda una noche bajo nuestra vista, hasta el enclavamiento herniario. Fue enviado al Instituto de Neurología a las 12 horas; operado, se evacuó el hematoma pero el paciente falleció por lesión irreversible del tronco cerebral.

En el segundo período se diagnosticaron y operaron con la clínica y la neuradiología 34 casos de hematoma traumático.

Comparando las cifras de ambos períodos, podremos apreciar el valor que tiene en el manejo de estos enfermos un entrenamiento adecuado en esta cirugía, así como el uso de la arteriografía como método fundamental de diagnóstico. ¿Cómo explicar la diferencia del número de casos entre ambos períodos?

En primer término, el mejor conocimiento de esta patología, hace que siempre estemos pensando en la posibilidad de la aparición de una complicación en cualquier TEC en cualquier momento de su evolución.

En segundo término, nos ha sido posible descubrir mediante la arteriografía hematomas subdurales agudos asociados a focos contusivos que de haber pasado desapercibidos hubieran evolucionado hacia la agravación y la muerte.

### CASUÍSTICA

Consideraremos el quinquenio 1967-1971, durante el cual vimos un total de 426 TEC ingresados a nuestro servicio de cirugía. Se dividen en varios grupos a saber: conmoción cerebral 350 casos; contusión cerebral 31 casos; hematomas intracraneales 34 casos; hundimiento 11 casos.

*Conmoción cerebral.* Como corresponde, en los 350 casos no hubo mortalidad.

*Contusión cerebral.* Dentro de este grupo existieron: 16 contusiones leves y 15 graves, siendo la mortalidad 8 casos y 3 con secuelas, psíquicas o motoras.

*Hundimiento de cráneo.* Once casos, todos operados sin mortalidad ni secuela.

*Hematomas intracraneales.* Comprobamos 34 casos, que se dividen en: extradurales 6 casos, subdurales agudos 12 casos, subdurales subagudos 2 casos, subdurales crónicos 7 casos, higrroma subdural 1 caso, intracerebrales 6 casos.

*Hematomas extradurales.* Tres casos fueron operados sin arteriografía previa, con midriasis rígida uni o bilateral, prácticamente en paro respiratorio, dentro de las 3 a 6 horas de ocurrido el traumatismo. Dos pacientes se recuperaron sin secuelas; uno falleció por no haber sido localizado el hematoma. Tres casos fueron operados con diagnóstico arteriográfico; uno de fosa posterior y uno temporal basal, que se recuperaron sin secuelas. El tercero tuvo una demora injustificada de 10 horas entre el ingreso y la consulta al cirujano por no haber sospechado la guardia el diagnóstico. Persistió en estado de estupor aquinético y falleció un mes después en caquexia con un empiema extradural.

La enseñanza de esta pequeña serie de *H. extradurales* es la expresada en todos los trabajos: el tratamiento quirúrgico debe ser precoz. Aún los enfermos de extrema gravedad operados en las primeras horas pueden recuperarse sin secuelas, mientras que en los dos casos en que existió demora en el tratamiento, la evolución fue fatal.

*Hematomas subdurales agudos.* Existe un total de 12 casos. En 6 se realizó arteriografía. Se trataba de pacientes que clínicamente hicieron plantear la aparición de un proceso expansivo luego de un traumatismo en general grave y que debieron ser operados dentro de los tres primeros días de su ingreso.

\* Cirujano del M.S.P. Paysandú.

En dos casos el *H. subdural fue puro*, es decir sin lesión cerebral visible. La evolución fue favorable sin secuelas.

En 4 casos los *H.S.D.A. fueron asociados* a lesiones contusivas generalmente de los lóbulos temporales. Fueron casos más graves, pues dos de ellos quedaron con importantes secuelas psíquicas.

Existieron 6 casos de *H.S.D.A.* operados sin arteriografía. En este grupo incluimos los enfermos de evolución sobreaguda que llegaron al servicio de puerta en estado desesperante, en coma profundo, con midriasis rígida uni o bilateral y sufrimiento de tronco. Fueron trasladados de inmediato al block quirúrgico y mientras eran preparados para la operación se les realizó la traqueotomía, hibernación moderada y tratamiento del edema cerebral con agentes osmóticos y diuréticos.

Fueron intervenidos dentro de las primeras horas del accidente, practicándose una craniectomía decompresiva de Cushing. La lesión generalmente comprobada fue un hematoma subdural agudo, con contusión severa de los lóbulos temporales y edema cerebral con hernia cerebral a través de la craniectomía. En un solo caso hubo necesidad de reseca una gran zona de hueso para decomprimir el cerebro realizándose prácticamente una hemicalotectomía.

La evolución fue mala: 4 casos fallecieron, uno por lesión asociada (traumatismo de tórax); uno por recidiva de la hemorragia (reintervenido); uno por edema cerebral y uno por hematoma intracerebral asociado que pasó desapercibido en la operación. Dos casos se recuperaron con graves secuelas: uno con estupor hipertónico y otro con trastornos psíquicos que obligaron a su internación psiquiátrica.

En conclusión: el *H.S.D.A.* con contusión cerebral y/o edema que requiere tratamiento quirúrgico en las primeras horas, tiene un pronóstico extremadamente grave, por su alta mortalidad y por las secuelas.

*Hematomas subdurales subagudos.* Son aquellos operados antes de los 15 días del acci-

dente. Existen dos casos; uno de la convexidad, que evolucionó bien los primeros días pero falleció luego por trastornos respiratorios y otro temporal basal que se recuperó.

*Hematomas subdurales crónicos.* Siete casos. En general el traumatismo pasó desapercibido antes de la intervención y muchos se presentaron clínicamente como accidentes vasculares cerebrales. Un caso estuvo asociado con un *H.S.D.A.* que descompensó rápidamente al paciente y requirió una arteriografía seguida de craneotomía de urgencia. Como técnica quirúrgica utilizamos en todos los casos una trepana parietal. En todos hubo recuperación completa.

*Higroma subdural.* Un caso, que se presentó clínicamente en forma similar a los anteriores; se le practicó la misma operación y la recuperación fue completa.

*Hematomas intracerebrales.* Seis casos. Los dividimos en dos grupos: primitivos y secundarios o adyacentes. Dentro de los primitivos, aquellos en los que el hematoma no está asociado a focos de contusión importantes y que evolucionan clínicamente de manera similar a los *H. extradurales*. Tenemos 2 casos. Ambos se localizaban en el lóbulo frontal, y su mecanismo fue por contragolpe por caída hacia atrás con zona de impacto occipital. La evolución fue buena en un caso y en el segundo, si bien la recuperación fue apreciable en los primeros días, falleció posteriormente por un proceso pulmonar intercurrente.

De los hematomas *I.C.* secundarios —aquellos asociados a focos contusivos extensos— existieron 4 casos. En la operación debe tratarse el hematoma y también el foco contusivo, que en general se localiza en la punta y base del lóbulo temporal, lo que a veces obliga a realizar una lobectomía parcial. La evolución de los 4 casos fue: 1 fallecido, 1 con secuelas en la esfera psíquica y 2 con recuperación completa.

La mortalidad total de la serie de hematomas fue de 9 en 34, es decir un porcentaje del 26 %.

## Conclusiones

Dr. ROMAN ARANA IÑIGUEZ \*

Los traumatismos encefalocraneanos y la forma como deben ser atendidos configuran un problema de primera importancia, ya que antes de los 35 años de edad, el traumatismo constituye la primera causa de muerte y entre los 35 y los 45 años la segunda.

Elliot (6) manifiesta que esta mortalidad es debida al traumatismo encefalocraneano entre el 30 y 70 % de los casos, de manera que como cifra global, podemos retener que la mitad

de las muertes por traumatismos debidas a accidentes de tránsito son consecuencia del traumatismo encefalocraneano. Estas cifras expresan claramente la importancia práctica del tema.

Folle y Benedek (7) en su trabajo sobre Traumatismos Encefalotorácicos, manifiestan que en 15 años fueron ingresados en el Hospital de Clínicas 3.859 enfermos por traumatismos encefalocraneanos. Si se tiene en cuenta que muchos de estos traumatismos se hospitalizan a pesar de su poca gravedad para una observación de 24 o 48 horas, se tiene

\* Prof. de Neurología. Fac. Med. Montevideo.

noción de la importancia que alcanza la cifra del 12 % de mortalidad, que estos autores encontraron en los casos referidos.

Un hecho que revela la trascendencia de los primeros cuidados en el TEC es que el 20 % de los traumatismos encefálicos que fallecen, pueden ser salvados con una atención correcta antes de la llegada al Hospital. De estos cuidados el más importante es, sin duda, el tratamiento de la vía de aire. Mc Iver (10) en el año 1958 tenía una mortalidad del 77 % en los traumatismos encefalocraneos graves y sólo con un correcto cuidado de la vía de aire, logró bajar esta mortalidad en el año 1969, al 38 %.

Estas cifras demuestran la importancia de estos cuidados, ya que son muchos los desvelos que pasa el cirujano para salvar, a veces, un enfermo, que en la estadística global del traumatismo encefalocraneano debe representar un bajísimo porcentaje. Quiere decir pues, que los cuidados brindados en el lugar del accidente y en el transporte de este lugar al Hospital, son fundamentales para el pronóstico del enfermo traumatizado. De estos cuidados repetimos, lo fundamental es el mantenimiento de una buena vía de aire.

En segundo lugar creemos que un adelanto grande para mejorar los resultados obtenidos en el tratamiento de este tipo de enfermos, se deberá a la obtención de ambulancias de correcto tamaño y adecuadamente equipadas. La ambulancia, como nos ha dicho el Dr. Rodríguez Juanotena, debe constituir un lugar donde se realiza un tratamiento correcto y se inicia la observación clínica. Manteniendo la buena vía de aire y restituyendo el volumen sanguíneo con suero de cualquier tipo para mantener una volemia normal, se combate la hipoxia y el estado de shock, lo que es fundamental para el éxito del tratamiento.

El tercer punto que deseamos dejar establecido es la forma como en un país de nuestras dimensiones debe solucionarse el tratamiento hospitalario de estos enfermos. Alemania, un país de superficie algo mayor que el nuestro, con un grado de desarrollo que lo pone a la cabeza de los países del mundo, tiene servicios de asistencia neurotraumatológica cada 200 kilómetros. Este hecho debe señalarse, pues revela que aún en estos países, no se puede contar con centros neuroquirúrgicos totalmente equipados para el tratamiento del trauma encefalocraneano. En países muy desarrollados como Estados Unidos, debido a sus enormes dimensiones, los hospitales en que un traumatizado encefalocraneano puede tener correcto tratamiento, se encuentran a distancias mucho mayores, de 500 o 600 kms.

Como lo manifestamos en la Mesa Redonda sobre Traumatismos Encefalocraneos (1) realizada en el año 65 en Copenhague, nuestro país está en buenas condiciones para ofrecer un correcto tratamiento del traumatizado de cráneo. Para esto debe contarse con el hospital no especializado y el hospital especializado. Dentro del hospital especializado establecemos dos categorías, la de hospital especializado que tiene una sección de neurotraumatología o neurocirugía elemental

y el centro neuroquirúrgico especializado con todos los recursos que hoy debe tener un servicio de neurocirugía, donde las diversas ramas de la neurología colaboran en el tratamiento del enfermo.

Ya se ha dicho como debe tratarse el enfermo en el hospital no especializado y el Dr. Fregeiro ha precisado las circunstancias excepcionales en que un cirujano general debe, para salvar una vida en circunstancias en que los minutos son fundamentales, realizar una decompresiva subtemporal o un orificio de trépano o trefina. En cuanto al hospital especializado con centro de neurotraumatología, la presentación del Dr. Lanterna ofrece una información muy demostrativa. Sus números estadísticos, muestran la diferencia entre 5 años sin experiencia neuroquirúrgica y 5 años después de realizado su aprendizaje en esta especialidad. Las tres observaciones clínicas relatadas por él, demuestran lo útil que puede ser el contar con estos centros de neurotraumatología. Nuestro país, con 5 o 6 centros de este tipo, puede estar pronto para solucionar los problemas urgentes que no dan tiempo a llegar al gran centro neuroquirúrgico, que ofrece las condiciones ideales de tratamiento para toda afección que implica el sufrimiento del sistema nervioso.

En el centro neurotraumatológico los dos hechos fundamentales, comentados por el Dr. Fregeiro, por el Dr. Azambuja y por el doctor Lanterna, están constituidos por el uso de la angiografía cerebral y el conocimiento de técnicas elementales neuroquirúrgicas. Estas permitirán realizar al cirujano general una decompresiva subtemporal de Cushing, orificio de trefina o trépano y excepcionalmente un colgajo óseo. Todo cirujano general puede tener en un servicio especializado como es el caso del Instituto de Neurología de Montevideo, el aprendizaje de estas técnicas en un período de 6 u 8 meses.

Aprovechamos este momento para insistir en el ofrecimiento para que todo cirujano concorra al Instituto. El número de TEC es muy abundante y también el número de operaciones de neurocirugía. En pocos meses puede adquirirse las nociones fundamentales tanto en neuroradiología como en neurocirugía.

Deseamos señalar que la creación de estos centros tiene un peligro, y es que el cirujano general al sentirse dueño de una técnica que le permite tratar correctamente un traumatizado, se crea con derecho a realizar procedimientos neuroquirúrgicos de mayor envergadura.

El médico del interior que más enfermos ha enviado al Instituto de Neurología es el Dr. Lanterna. Muchas veces el enfermo llega al centro especializado con un correcto diagnóstico de aneurisma o de tumor cerebral.

El traumatizado encefalocraneano irá al hospital regional, el que está más cerca del lugar del accidente para tener un correcto tratamiento, asegurar una buena vía aérea, si es necesario con traqueotomía y corregir el estado de shock que, repetimos, no se debe al traumatismo encefalocraneano, pero que pone en serio peligro la vida del enfermo. La causa de este shock, será muchas veces la hemo-

rragia, consecuencia de una rotura de bazo, por ejemplo, que puede ser tratada por los cirujanos generales de hospitales no especializados. El enfermo pasará luego, si es necesario a un servicio de neurotraumatología, donde beneficiará de la realización de una angiografía y de la evacuación de un hematoma que no tiene tiempo de ser llevado al centro de mayor especialización.

Por último, si el enfermo lo requiere, llegará al centro especializado, cuyas instalaciones exigen grandes costos y personal numeroso, principalmente neuroradiólogos y neurocirujanos de guardia. El equipo cada vez se enriquece más, para beneficio de nuestros enfermos, pero cada vez es más costoso. En un país de las dimensiones del nuestro debe y puede ser solucionado con un solo servicio.

No es momento ahora de discutir este punto, que sólo queda planteado como consecuencia del esquema que se ha hecho para el tratamiento del traumatizado encefalocraneano en las circunstancias actuales de nuestro país.

En brevísimo resumen podemos decir que es necesario un buen entrenamiento del personal de enfermería, que es el que a menudo llega primero a atender el enfermo, ambulancias adecuadas y el aprendizaje por el cirujano general, de técnicas angiográficas y procedimientos elementales de neurocirugía. Este entrenamiento del cirujano general permitirá el funcionamiento de unidades neurotraumatológicas dentro de los hospitales del interior del país, que constituyen un gran beneficio para el accidentado y para todo enfermo neuroquirúrgico.

## Resumen

1) En el lugar del accidente no se movilizará a la víctima para evitar las lesiones de la médula cervical. Se descubre el tórax y abdomen, sobre todo para controlar la respiración hasta el arribo de la ambulancia. Por lo menos dos personas entrenadas colgarán el enfermo en la ambulancia.

2) Se precisará el nivel de conciencia inicial.

3) Se debe asegurar la permeabilidad de la vía de aire por aspiración de secreciones y decúbito lateral adecuado. No debe realizarse intubación ni traqueotomía en la vía pública.

4) En situación de fallo respiratorio y/o cardíaco, se debe iniciar la reanimación en el lugar mismo del accidente, donde también se efectuará el tratamiento de una severa hemorragia, del shock y del tórax abierto.

5) El traslado al Hospital local se efectuará sobre una parihuela, inmovilizando la columna cervical y las fracturas de miembros. Deben continuarse las medidas de reanimación citadas previamente.

6) En el hospital local se efectuará una anamnesis exhaustiva, un examen completo y se iniciará una historia con registro de la evolución del nivel de conciencia, de las pupilas y si existe o si aparece una paresia.

7) Las radiografías de cráneo y de columna cervical son obligatorias.

8) Las heridas de cuero cabelludo serán suturadas sin exploración digital previa.

9) Los traumatizados lúcidos u obnubilados serán tratados en el Hospital local. Los que se encuentran en coma o con una depresión progresiva de la conciencia serán trasladados en forma urgente a un centro especializado, salvo que la rapidez de la agravación sea fulminante. En esta situación (excepcional) el cirujano tratante deberá efectuar una decompresiva subtemporal de emergencia del lado de la midriasis.

10) El transporte al centro especializado se realizará en una ambulancia con capacidad para que dos personas de pie puedan asistir cómodamente al accidentado, dotada de aspirador, respirador y elementos para combatir el shock y el edema cerebral.

11) Se comenta lo que debe entenderse por "centro especializado". De acuerdo a la organización de los países más avanzados, debe existir un centro de este tipo cada 200 kms. de distancia.

## RÉSUMÉ

1) Sur le lieu de l'accident on ne fera faire aucun mouvement à la victime afin d'éviter les lésions de la moelle cervicale. On découvre le thorax et l'abdomen, surtout pour contrôler la respiration jusqu'à l'arrivée de l'ambulance, où pour le moins deux personnes entraînées placent le malade.

2) On précisera le niveau de conscience initial.

3) On s'assurera de la perméabilité de la voie d'air par aspiration de sécrétions et décubitus latéral adéquat. On ne doit effectuer ni intubation ni trachéotomie sur la voie publique.

4) Dans les cas de déficience respiratoire et (ou) cardiaque, on doit commencer la réanimation sur le lieu même de l'accident, où l'on traitera également une forte hémorragie, ainsi que le shock ou le thorax ouvert.

5) Le déplacement jusqu'à l'hôpital local se fera sur une civière, en immobilisant la colonne cervicale et les fractures des membres. On doit poursuivre la réanimation déjà mentionnée.

6) A l'hôpital local on réalisera une anamnèse exhaustive, un examen complet et on commencera à rédiger l'histoire clinique en notant l'évolution du niveau de conscience, l'aspect des pupilles et l'existence ou l'apparition d'une parésie.

7) Les radiographies du crâne et de la colonne cervicale sont obligatoires.

8) Les blessures du cuir chevelu seront suturées sans exploration digitale préalable.

9) Les traumatisés lucides ou obnubilés seront traités à l'hôpital local. Les malades en état de coma ou de dépression progressive de la conscience seront transportés le plus rapidement possible dans un centre spécialisé, à moins que la rapidité de l'aggravation soit fulminante. Dans cette situation (exceptionnelle) le chirurgien traitant devra effectuer une décompression sub-temporale d'urgence du côté de la mydriase.

10) Le transport vers un centre spécialisé se fera dans une ambulance qui permette à deux personnes de se tenir debout pour assister commodément l'accidenté, et qui soit dotée d'aspirateur, de respirateur et d'éléments susceptibles de combattre le shock et l'œdème cérébral.

11) Commentaires sur ce que l'on doit entendre par "centre spécialisé". Conformément à l'organisation des pays les plus avancés, il doit exister un centre de ce genre tous les 200 kms.

## SUMMARY

1) The victim must not be moved —to avoid further damage to the cervical chord— until expert ambulance personnel (at least two people) arrive. Only the thorax and abdomen should be exposed.

2) The initial level of consciousness must be exactly determined.

3) The airway must be kept free by aspiration of secretions and an adequate lateral position. Neither intubation nor tracheostomy should be attempted outside the Hospital.

4) In case of respiratory and/or cardiac failure, reanimation must be immediately started at the roadside, where severe hemorrhage, shock and traumatopnea must also be taken care of.

5) Transportation to the local hospital must be undertaken on a special handbarrow, with the cervical spine and limb fractures immobilized. Reanimation must be continued during transportation.

6) An exact anamnesis, a thorough examination and a record of the level of consciousness, pupils and the existence or installation of hemiparesis must be carried.

7) Skull and cervical spine X-Rays are mandatory.

8) Scalp wounds should be sutured without previous digital exploration.

9) Conscious or drowsy patients can be treated at the local hospital. Those in coma or with a progressive deterioration of the level of consciousness should be urgently transferred to a neurosurgical center, unless the aggravation is very quick. In this (exceptional) situation, the attending general surgeon must perform an emergency subtemporal decompression on the side of the mydriasis.

10) Transportation to the neurosurgical center must be performed in a special ambulance with capacity for at least two standing people, equipped with an aspirator, a respirator and the means for treating shock and brain oedema.

11) The panel discussed what should be understood by "specialized center". According to the organization of advanced countries, there should exist one of these centers every 200 km.

## Bibliografía

- AGUADO MATORRAS, A., DEHESA GARCIA DE VIEDMA, E., PUIG FLORES, A. and LEON SANCHEZ, A. Reanimation in polytraumas with cranio-encephalic involvement on predominance. En: Head Injuries. Proceedings of a International Symposium held in Edinburgh and Madrid, Churchill Livingstone, Edinburgh and London, pp. 175-181. 1971.
- ARANA INIGUEZ, R. Panel discussion on "Acute head injury". III Internat. Congress of Neurol. Surg., Copenhagen, Denmark, 1965.
- ARANA INIGUEZ, R., FOLLE, J. A. El politraumatizado grave. Traumatismo encefalocraneano. Relato al XVII Congreso Urug. de Cirugía, Montevideo, 107-142. 1966.
- BUSHE, K. A. Organization of head injury services in Germany. (Integration of first aid and accident emergency services). En: Head injuries. Proceedings of an International Symposium held in Edinburgh and Madrid. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, pp. 48-53. 1971.
- DAVIS, L. y DAVIS, R. A. Neurocirugía. Ed. Interamericana S. A. México, pp. 318-362. 1965.
- ELLIOTT, H. Neurological and neurosurgical aspects of traffic accidents. *J.A.M.A.*, 163: 242-245, 1957.
- FOLLE, J. A. y BENEDEK, P. Traumatismos encefalocraneotorácicos. *El Tórax*, 20: 133-38, 1971.
- GILLINGHAM, F. J. (Citado por Maloney (11)). *Proc. R. Soc. Med.*, 47: 869, 1954.
- HOOPER, R. Traumatismos craneanos agudos. Ed. Jims, Barcelona, 1971.
- MACIVER, I., FREW, I. J., MATHESON, J. G. The role of respiratory insufficiency in the mortality of severe head injuries. *Lancet*, 1: 390-393, 1958.
- MALONEY, A. F. J. The fatal head injury and some neuropathological observations. En: Head Injuries. Proceedings of an International Symposium held in Edinburgh and Madrid. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, pp. 28-32, 1971.
- MALONEY, A. F. J. and WHATMORE, W. J. Clinical and pathological observations in fatal head injuries. A 5 year study of 173 cases. *Br. J. Surg.*, 56: 23-31, 1969.
- MYLES GIBSON, R. Technical factors, equipment and time. En: Head Injuries. Proceedings of an International Symposium held in Edinburgh and Madrid. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, pp. 38-42, 1971.
- RINGKOB, R. Care at the road side — prevention of second accident. En: Head Injuries. Proceedings of an International Symposium held in Edinburgh and Madrid. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, pp. 32-36, 1971.
- ROBARTS, F. H. A summarized exposition of the causes of head injury in infancy and childhood; precipitating factors and indications as to their prevention. En: Head Injuries. Proceedings of an International Symposium held in Edinburgh and Madrid. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, pp. 16-17, 1971.
- RODRIGUEZ BARRIOS, R. y BOTTINELLI, M. D. Trastornos oculomotores en la clinica neurológica. Seminario del Instituto de Neurología, Ed. Delta, Montevideo, 1962.
- ROWBOTHAM, G. F. Acute injuries of the head. Third Edition. E. and S. Livingstone Ltd. Edinburgh, p. 258, 1949.

## Síntesis quirúrgica nacional

### Nuestra experiencia con el corazón-pulmón artificial del Instituto de Cardiología de San Pablo.

Roure, J.; Fiandra, O.

El Tórax. 21(3-4): 152-155, 1972.

Los autores exponen su experiencia inicial en el corazón-pulmón fabricado en el Hospital de Clínicas de San Pablo, destacando sus ventajas e inconvenientes. — J. R.

### Marcapasos cardíacos. Complicaciones post-implante.

Pera Erro, E.

El Tórax. 21(3-4): 156-162, 1972.

Referimos una nueva patología debida al incremento en el uso de los marcapasos. Este tipo de complicaciones representa alrededor del 4 % de nuestros casos.

Factores generales, locales e iatrogénicos deben ser tenidos en cuenta a fin de disminuir la incidencia de las complicaciones.

Enfatizamos el rol de la cirugía plástica reparadora que puede y debe tener a su cargo la corrección de estos defectos, para lo cual se aplican técnicas propias y de uso corriente.

Se establecen algunas normas sobre la profilaxis y tratamiento de las complicaciones post implante de los marcapasos, con especial énfasis en una nueva técnica de implantación. — E. P. E.

### Revascularización del miocardio.

Filgueira, J. L.; Abo, J. C.; Rubio, R.

El Tórax. 21(3-4): 163-176, 1972.

El implante de arteria mamaria interna, procedimiento indirecto de revascularización del miocardio, tiene indicaciones precisas. Se analizan los criterios clínicos, electrocardiográficos y angiocardiógráficos en los que se basa la indicación quirúrgica. Se describe la técnica empleada por los autores.

El bypass aortocoronario, procedimiento directo de revascularización, es de más reciente aplicación. Son posibles de este tratamiento los portadores de insuficiencia coronaria aguda (síndrome intermedio e infarto de miocardio) y crónica. Se examinan los criterios a tener en cuenta para la indicación quirúrgica en cada una de esas situaciones. Para la correcta realización de la operación se exige el conocimiento preciso de la técnica y una adecuada sistematización. — J. L. F.

### Indicaciones y táctica quirúrgica en la valvulopatía mitrales.

Filgueira, J. L.

El Tórax. 21(3-4): 177-180, 1972.

La importancia del tema surge de la frecuencia de esta patología (la estenosis mitral es la valvulopatía más frecuente) y de las controversias sobre la táctica quirúrgica, tanto de la estenosis como de la insuficiencia valvular.

Las lesiones anatómicas llevan en su evolución a alteraciones funcionales secundarias, que a su vez agravan las primeras. De esto se deduce que teóricamente sería necesario corregir cualquier valvulopatía mitral. En la práctica, surgen limitaciones debido a que la corrección de una lesión mitral no lleva a obtener una válvula anatómicamente perfecta (para el caso de

la estenosis) y, por otro lado, las válvulas artificiales traen aparejados problemas propios de las mismas (para el caso de las insuficiencias). — J. L. F.

### El ligamento de Cooper en las herniorrafias inguinocrurales.

Bergalli, L.

El Día Médico Uruguayo. 38(466): 1579, 1972.

El autor precisa los términos "herniotomía", "herniorrafia" y "hernioplastia"; historia el uso del ligamento de Cooper; señala las indicaciones de su utilización y expone sus ventajas; concluye que la renuencia en usar el ligamento de Cooper radica en múltiples errores conceptuales.

Aconseja finalmente el método que expone, para tratar las hernias indirectas grandes, todas las directas y las crurales que tengan debilidad importante de la pared posterior. — G. E.

### Tratamiento de los cánceres de mama.

Valls, A.

El Día Médico Uruguayo. 38(467): 1615, 1972.

El autor analiza los 4 grados de la escala de Portmann y señala el tratamiento para cada uno de ellos, realizando consideraciones sobre diferentes técnicas quirúrgicas, actínicas y hormonales. — G. E.

### Ileo biliar.

Santos Dubra, A.

El Día Médico Uruguayo. 38(467): 1620, 1972.

El autor concluye que se trata de una enfermedad grave y poco frecuente; aparece más en el sexo femenino y en edad avanzada; los signos y síntomas corresponden a una obstrucción intestinal intermitente o completa; la radiología puede mostrar el cálculo o aire en las vías biliares.

Destaca el tratamiento preoperatorio e indica la táctica quirúrgica. — G. E.

### Aspectos diagnósticos diferenciales a propósito de las acroparestesias.

Goller, W.; Lanza, M.; Wettstein, J. M.

El Día Médico Uruguayo. 38(468): 1665, 1972.

Los autores señalan que, descartando el origen visceral, osteoneurológico central y vascular central u obstructivo periférico, los sufrimientos acrales se clasifican en dos grandes grupos:

1) Trastornos periféricos neurovegetativos en relación con el vasoespasmo.

2) Alteraciones del sistema nervioso periférico en relación con el sistema osteomusculoaponeurótico periférico.

Hacen consideraciones sobre el síndrome de Raynaud, la eritrocianosis, la acrocianosis, la eritromelalgia, la braquialgia parestésica, los síndromes del canal carpiano y los síndromes neurovasculares de la cintura escapular. — G. E.

### La piloroplastia.

Castiglioni, J. C.

El Día Médico Uruguayo. 38(469): 1699, 1972.

El autor señala los tipos de piloroplastia, así como sus indicaciones y contraindicaciones. Precisa los distintos detalles técnicos y analiza los resultados obtenidos, así como sus raras complicaciones. — G. E.

## Noticuario médico

### Cursos de Graduados (año 1973)

#### Facultad de Medicina de Montevideo.

Departamento de Cirugía. Prof. Int. Dr. Uruguay Larre Borges.

Curso de Medicina Operatoria para graduados.

Parte V: Cabeza y cuello

Martes y viernes de 18 a 20 horas

Mayo:

Viernes 4. Traqueostomía. Indicaciones. Técnica.

Dres. J. Grümberg y B. Alonso de Vilaseca.

Martes 8. Estado actual de la Cirugía Funcional del Oído. Prof. Dr. L. A. Castillo, Prof. Adj. Dr. F. Oreggia

Viernes 11. Tratamiento del Cáncer de Laringe, Faringe, Cavidad Oral. Profs. Adjs. Dres. J. E. Alonso, P. Hounie y Dr. J. Blasiak.

Martes 15. Directivas generales de técnica neuroquirúrgica. Tratamiento de las lesiones traumáticas encefalocraneanas. Prof. Adj. Dr. J. Rodríguez Juanotena.

Martes 22. Cirugía de tiroides. Anatomía quirúrgica. Técnica operatoria. Complicaciones. Prof. Dr. W. Suiffet, Prof. Adj. Dr. L. Mérola, Dres. L. A. Cazabán y R. Gary.

Viernes 25. Cirugía de parótida. Anatomía quirúrgica. Técnica operatoria. Peligros, dificultades operatorias. Prof. Dr. H. Ardao, Profs. Adjs. Dres. A. Valls y L. Praderi.

Martes 29. Vaciamiento celulo-linfoganglionar de cuello. Profs. Adjs. Dres. J. C. Priario, R. Praderi y Dr. L. A. Cazabán.

Junio:

Viernes 19. Tratamiento de las lesiones traumáticas maxilofaciales. Dr. G. Fossati.

Local: Anfiteatro Farabeuf. Facultad de Medicina.

Clínica Quirúrgica "1". Prof. Dr. Walter Suiffet.

Curso para graduados y residentes.

Tema: Cirugía de la hernia crural

Mayo:

Lunes 7. Hora 9: Fundamentos anatómicos. Dr. A. Arpayoglou.

Clasificación de los procedimientos quirúrgicos. La vía de abordaje crural. Dr. W. Liard. La vía de abordaje inguinal e inguinocrural. Prof. Dr. W. Suiffet.

Miércoles 9. Hora 9: La vía de abordaje pre e intraperitoneal. Dr. L. Bergalli.

Táctica quirúrgica en el accidente de estrangulación. Prof. Dr. W. Suiffet. Preguntas. Discusión.

Películas pasadas en el curso: Segmentación broncopulmonar, Laboratorio Pfizer; Neumonectomía por tuberculosis, Laboratorio Pfizer; Neumonectomía ensanchada por cáncer, Prof. Ad. B. Urioste; Tratamiento de tórax excavado, Prof. Ad. B. Urioste; Tratamiento de la enfermedad de Fallot, Laboratorio Squib.

Local: Salón de Clase. Clínica Quirúrgica (Hospital Pasteur).

Clínica Quirúrgica "A". Prof. Dr. Roberto Rubio.

Tratamiento del cáncer del esófago.

Panel. A realizarse los días 30 y 31 de mayo.

Mayo:

Miércoles 30. Hora 9: Aspectos clínicos del cáncer de esófago. Prof. Adj. Dr. E. Pérez Fernández.

Radiología y cineradiología. Dr. E. Cibils.

Esofagoscopia. Dr. D. Vega.

Aspectos histopatológicos. Dr. O. E. de Stéfani.

La realidad del diagnóstico y tratamiento del cáncer de esófago en nuestro país. Estadística del Hospital de Clínicas. Dres. R. Portos, A. Xavier y G. Müller.

Diagnóstico precoz. Dr. E. Sojo.

Discusión.

Jueves 31. Hora 9: Tratamiento quirúrgico del cáncer de tercio medio de esófago. Prof. Dr. R. Rubio.

Tratamiento quirúrgico del cáncer distal de esófago y cardiotuberositario gástrico. Prof. Dr. R. Rubio y Dr. E. Kamaid.

Resultados del tratamiento quirúrgico. Dres. E. Torterolo y R. Portos.

Radioterapia. Dr. F. Leborgne.

Procedimientos paliativos en el cáncer irrecesable de esófago.

Experiencias en el uso del tubo de Suttar. Dr. D. Vega.

By-Pass esofagogástrico. Dr. P. Mateucci.

Gastrostomía. Dr. E. Terra.

Discusión.

Local: Anfiteatro Piso 9º (Hospital de Clínicas).

Clínica urológica y Nefrología y Unidad de riñón artificial. Prof. Dr. Jorge Lockhart. Dres. Luis Campalans y Dante Petruccelli. Con la colaboración de: Clínicas Médicas y Quirúrgicas. Infectocontagiosos. Cátedra de Bacteriología. Anatomía patológica. Laboratorio Central del Hospital de Clínicas.

Tema: La infección en urología y nefrología.

Días 29 y 31 de mayo, 5, 7, 12 y 14 de junio de 1973. De 9 a 12 horas.

Mayo:

Martes 29. Coordinador: Dr. D. Petruccelli.

1º) Concepto general de la infección. Dr. R. González Puig.

2º) Actualización en el uso de los antibióticos. Consideraciones generales. Prof. Int. Dr. T. Fischer.

3º) Fisiopatología de la infección en el aparato urinario. Prof. Dr. J. Lockhart.

Discusión.

Jueves 31. Coordinador: Prof. Adj. Dr. H. Schenone.

Uretritis. Br. S. L. de Amor. Dr. J. M. Garat. Dr. V. Ferla Dr. P. Sosa.

Prostatitis. Dres. O. Clark. R. Sierra. G. Braga. Epididimitis. Dres. J. Pereyra Bonasso. J. R. Piñeyro. M. Gayol.

Cistopatía e infección en la mujer. Prof. Adj. Dr. A. Durante y Dr. R. Topolanski.

Discusión.

Junio:

Martes 5. Coordinador: Dr. H. Delgado.

Tuberculosis urogenital (actualización). Prof. Adj. Dra. O. Muras, Dras. M. Chiossoni y M. Ramos, Prof. Adj. Dr. H. Schenone, Dra. S. Piovano, Br. L. García Guido.

## Discusión

Jueves 7. Coordinador: Prof. Adj. Dr. J. C. Viola Peluffo.

Pielonefritis (actualización). El médico general: Prof. Dr. J. Bouton; el nefrólogo: Dr. J. Alvarez Martinez; el urólogo: Prof. Adj. J. C. Lorenzo; el bacteriólogo: Dra. M. Ramos y Dr. J. Assandri; el inmunólogo: Prof. Adj. Dr. Joaquín Galiana; el patólogo: Prof. Adj. Lic. W. Acosta Ferreira; el pediatra: Dr. José Grunberg.

## Discusión.

Martes 12. Coordinador: Dr. L. Campalans.

Pielonefritis (2ª parte). El obstetra: Dres. J. Morón, M. Olazábal y C. Tiscornia; el diabetólogo: Dra. P. Temesio; tratamiento médico: Dra. L. Rodríguez y Dr. N. Mazzucchi; tratamiento quirúrgico: Prof. Adj. Dr. J. C. Viola y Dr. L. Bonavita.

## Discusión.

Jueves 14. Coordinador: Prof. Adj. Dr. A. Durante.

Septicemias de origen urológico. 1º) Shock séptico: Dr. C. Silva; 2º) Septicemias de origen urológico: Prof. Adj. Dr. F. Mendy; 3º) La insuficiencia renal aguda en las septicemias de origen urológico: Dres. L. Campalans y E. Corio.

## Discusión.

Local: Piso 9. Hospital de Clínicas.

**OTROS CURSOS Y CONGRESOS****Ier. Coloquio Nacional de Cirugía Biliar. (Col. Inter. Chir. Digest.).**

Buenos Aires. 7 de abril de 1973.

## Temas:

Cáncer de las vías biliares estrahepáticas.  
Anastomosis bilio digestivas.

Secretaría: Hospital Privado Modelo. Roca 1811. Florida. Pcia. de Buenos Aires. Argentina.

**Jornadas del Atlántico.****(Inter. Coll. Surg.).**

Buenos Aires. 3 al 15 de mayo de 1973.

## Temas:

Cáncer de mama  
Cirugía de tiroides.  
Equinocosis hidatídica, hepática y pulmonar.  
Cirugía del hepato coledoco.  
Hernia hiatal.  
Tumores óseos metastásicos.

Secretaría: Paraná 976. Pta. Baja. Buenos Aires. Argentina.

**Ias. Jornadas de Anestesiología en el Interior de la República.**

Florida. 18 y 19 de mayo de 1973.

Secretaría: Departamento de Anestesia. Piso 17. Hospital de Clínicas. Montevideo.

**7as. Jornadas Rioplatenses de Ortopedia y Traumatología.**

Buenos Aires. 18 y 19 de mayo de 1973.

Secretaría: Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

**10º Congreso Mundial de Otorrinolaringología.**

Venecia. 21 al 25 de mayo de 1973.

Secretaría: Pr. V. Bötner. P.O. Box. Otocongress 30-100. Venecia. Italia.

**42º Congreso Médico-Quirúrgico del Centro de la República**

Canelones. 1, 2 y 3 de junio.

Secretaría: Hospital de Canelones (Canelones).

**Ias. Jornadas Angiológicas Argentinas.**

Posadas. 19 al 22 de junio de 1973.

Inscripciones: Zenith Viajes. Paraguay. Buenos Aires. Argentina.

**16º Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.**

Amsterdam. 1º al 6 de julio de 1973.

Secretaría: Holland Org. Centre. Lange Voor Hoot 16. Gravenhage. Holanda.

**2as. Jornadas Quirúrgicas de la Provincia de Buenos Aires.**

Mar del Plata. 15 al 18 de agosto de 1973.

Secretaría: Dr. Loyarte. Hospital de Clínicas. Mar del Plata. Argentina.

**13º Congreso Panamericano de Gastroenterología (A.I.G.E.).**

Buenos Aires. 2 al 7 de setiembre de 1973.

24 Sesiones de trabajo. Temas libres. Simposios sobre úlcera gastroduodenal y diarrea crónica. Forum de endoscopia digestiva. Cursos. Conferencias y 5ª Reunión del Comité Latino-Americano para estudio de la cirrosis hepática.

Secretaría: Avda. Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

**20º Congreso Brasileiro de Angiología.**

Bahía. 12 al 15 de setiembre de 1973.

Secretaría: Hospital Naval de Salvador. Bahía. Brasil.

**8º Congreso de la Federación Europea (Inter. Coll. Surg.)**

Madrid. 16 al 20 de setiembre de 1973.

Secretaría: 1516 Lake Shore Drive. Chicago. Ill. 60610. U.S.A.

**25º Congreso de la Societe Internationale de Chirurgie.**

Barcelona. 22 al 27 de setiembre de 1973.

Secretaría: Rue des Champs Elysees 43. 1050. Bruxelles. Belgique.

**15º Congreso Latinoamericano de Neurocirugía.**

Panamá. 25 al 28 de setiembre de 1973.

Secretaría: Universidad de Panamá. Facultad de Medicina. Panamá.

**11º Congreso de la International Cardiovascular Society.**

Barcelona. 27 al 29 de setiembre de 1973.

Secretaría: Dr. H. Puig Massena. Paseo de la Bonanova 47. Barcelona.

**44º Congreso Argentino de Cirugía.**

Buenos Aires. 10 al 13 de octubre de 1973.

Secretaría: Avda. Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

**6° Congreso del Hemisferio Occidental y la Sección de los Estados Unidos (Inter. Coll. Surg.)**  
Chicago. 23 al 29 de noviembre de 1973.

Secretaría: 1516 Lake Shore Drive, Chicago, Ill. 60610 U.S.A.

**3as. Jornadas Internacionales de Cancerología y Gastroenterología.**

Buenos Aires. 26 de noviembre al 1º de diciembre de 1973.

Secretaría: Hospital Privado Modelo. Roca 1811. Florida. Pcia. de Buenos Aires. Argentina.

**23° Congreso Uruguayo de Cirugía.**

Montevideo. 3 al 5 de diciembre de 1973.

**Relato:**

Complicaciones hepatobiliares y canaliculares de la hidatidosis.

**Mesas Redondas de Cirugía General:**

Heridas del cuello y Tumores de mediastino.

**Mesa Redonda de Técnica quirúrgica:**

Gastrectomía total.

**Mesa Redonda:**

El Cirujano y el Seguro de Salud.

**Mesas Redondas de especialidades:**

Conferencias. Forum, temas libres.

Secretaría: Congreso Uruguayo de Cirugía. Avda. Agraciada 1464 Piso 13. Montevideo. Uruguay.

**7° Congreso Nacional de Medicina Interna.**

Montevideo. 5, 6 y 7 de diciembre de 1973.

Secretaría: Soc. de Medicina. Agraciada 1464. Piso 13. Montevideo. Uruguay.

**19° Congreso Mundial del International College of Surgeons**

Lima. 24 al 28 de marzo de 1974.

Secretaría: Avda. Javier Prado Este 255 Oficina 201, San Isidro, Lima, Perú.

**9° Congreso Internacional de Angiología**

Florenca. 3 al 7 de abril de 1974.

Secretaría: Prof. F. Pratesi. Via Della Robbia, 5. 50132 Firenze. Italia.

**11° Congreso Internacional de Cáncer**

Florenca. 20 al 26 de octubre de 1974.

Secretaría: Cancer Congress, cc. 1729/00 Casa di Risparmio. Via Bupalini 4. Firenze. Italia.

## *Adherentes al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía*

- ABADIE SILVA, Guillermo; Salto.  
 ABO, Juan Carlos; Cartagena 1618, Montevideo.  
 ACEVEDO CROSA, Alfredo; Miñones 403, Montevideo.  
 ACOSTA, Carlos; Treinta y Tres 640, San José.  
 AGUIAR, Alberto R.; Belastiquí 1472, Montevideo.  
 ALBA, Enrique; Artigas 857, Las Piedras.  
 ALBISU de Mazzulla, Martha; Brasil 434, Salto.  
 ALONSO, Oscar M.; Artigas 677, Salto.  
 ALVAREZ VIERA, Orlando; Av. España 1477, Paysandú.  
 AMORIN CAL, Raúl; Ituzaingó 355, Florida.  
 AMORIN, Germán; 18 de Julio 94, Salto.  
 ANAVITARTE, Eduardo; 20 de Setiembre 1455 ap. 7. Mont.  
 ARANA INIGUEZ, Román; Cremona 6751, Montevideo.  
 ARDAO, Héctor; San Lúcar 1531, Montevideo.  
 ARIAS PUENTES, José F.; Monzón 1803, Montevideo.  
 ARIAGA, Pedro; Blanca de Tabaré 2973 ap. 2, Montevideo.  
 ARRUTI, César H.; Defensa 2235, Montevideo.  
 ARTUSI, Luis Mario; Ugarteche 73, Concep. del Uruguay.  
 AZAMBUJA, Antenor; Uruguay 1372, Salto.
- BATISTA DE SUAREZ, Marina; 8 de Octubre 1045, Salto.  
 BEGUIRISTAN FRANCIA, Luis A.; Flores 328, Durazno.  
 BELZARENA, Luis A.; Uruguay 506 ap. 2, Salto.  
 BELZARENA de Scaparoni, Celeste; Av. Barbieri 442, Salto.  
 BELLONI, Sonia E.; J. J. Reissignier 2528, Montevideo.  
 BELLONI GARCIA, Rogelio; Agraciada 2417, Montevideo.  
 BENEDEK, Pedro; Rbla. Rep. del Perú 1043 ap. 901, Mont.  
 BENEEDITO, Victor Hugo; Salto.  
 BERGALLI, Luis; Centenario 2910 ap. 11, Montevideo.  
 BERMUDEZ, Francisco Jorge; Larrañaga 1042 ap. 1709, Mont.  
 BERMUDEZ, Oscar; Yacó 1432, Montevideo.  
 BEROIS, Néstor L.; Bv. Artigas 2080, Montevideo.  
 BORGES, Freddy; N. York 1460 ap. 11, Montevideo.  
 BORTAGARAY, Carlos; Rivera 831, Salto.  
 BOSCH DEL MARCO, Luis M.; Luis P. Ponc 1296, Mont.  
 BRACERAS, Eduardo; Roosevelt 678, Mercedes.  
 BRADNER, Enrique; C. Moller 241, La Paz (Canelones).  
 BUGATTI, Juan C.; Sanatorio Concordia (Concordia).  
 BURJEL, Jorge; Rivera y Cerrito, Paysandú.  
 BUENO, Lady; 8 de Octubre 1284, Salto.  
 BZUROVSKY, Enrique; Mariano Uriarte 5822, Montevideo.
- CAMES, Oscar; Bv. Oroño 847, Rosario (Argentina).  
 CAMPOS, Néstor; Pta. Batlle 2560 ap. 2, Montevideo.  
 CASARETTO, Víctor; España 1124, Fray Bentos.  
 CASTIGLIONI BARRERE, Juan C.; B. Hidalgo 2932, Mont.  
 CASTIGLIONI, Néstor; Santiago Nieves 2354, Montevideo.  
 CASSINELLI, Daniel; Adolfo Berro 1088, Montevideo.  
 CAZABAN, Luis A.; J. M. Montero 3035; Montevideo.  
 CENDAN, Juan E.; Av. Ricaldoni 2732, Montevideo.  
 CERRUTI, Norberto; Zorrilla de San Martín 238, Carmelo.  
 CEVALLOS, Rodney; Instituto de Traumatología, Montevideo.  
 CID, Alberto; Orinoco 5078, Montevideo.  
 CRIADO, Francisco J.; Brandzen 1990, Montevideo.  
 CUCULIC, Carlos R.; 18 de Julio 68, Salto.  
 CURBELO MALDINI, Eduardo; Rivera 3708 ap. 12. Mont.
- CHAVARRIA, Oscar; Pereira de la Luz 1041 ap. 101. Mont.  
 CHACON, Reinaldo; Mendoza 1853, Buenos Aires.  
 CHEGUEM, Gabriel; Garzón 252, Artigas.  
 CHIFFLET, Juan; Av. Italia 5098, Montevideo.  
 CHIOSSONI, H. Martha; Gaboto 1367, Montevideo.
- DE CHIARA, Juan C.; Constituyente 1778, Montevideo.  
 DANZA, Rómulo; Alicante 1975, Montevideo.
- D'AURIA, Agustín; J. Paullier 970, Montevideo.  
 DARSCHT, Alejandro; 33 Orientales 1032, Paysandú.  
 DEL CAMPO, Alberto; Bolivia 1474, Montevideo.  
 DELGADO, Bolívar; Fco. Vidal 785 ap. 5, Montevideo.  
 DE LEON de REVETRIA, Ruth; Juncal 128, Salto.  
 DE LOS SANTOS, Julio; Lavalleja 1884, ap. 3, Montevideo.  
 DE MARCO, Walter M.; Carlos Crocker 2733, Montevideo.  
 DE STEFANI, Eduardo; Montevideo.  
 DUFFAUT, Osvaldo; Las Piedras y Rincón, Fray Bentos.  
 DURANTE BARBOT, Arturo; José Montero 3075 P. 2. Mont.  
 ERRANDONEA, Jorge T.; Artigas 678 P. 5 ap. 501, Salto.  
 ESCOBAR, Washington; 25 de mayo 315, Tacuarembó.  
 ESTAPE, Gonzalo; Blanca de Tabaré 2950, Montevideo.  
 ESTEFAN, Alberto F.; Comercio 1414, Montevideo.  
 ETALA, Emilio; Montevideo 604 P. 2, Buenos Aires.  
 ETCHEVERRIA, Pedro; Lavalleja 897, Durazno.
- FALCONI, Luis M.; Garzón 973, Montevideo.  
 FAVAT, Juan; P. Campbell 1483 ap. 202, Montevideo.  
 FERNANDEZ, Adolfo; Brasil 1105, Salto.  
 FERREIRA, Clivio Osvaldo; C. O. y Ayala 213, Tacuarembó.  
 FERREIRA, Nelson; 25 de Mayo 289, Tacuarembó.  
 FILGUEIRA, José Luis; Gaetán 959, Montevideo.  
 FREGEIRO, Julio Osvaldo; Colla 2324, Montevideo.  
 FORNOS, Nelson; Rca. Española 568, Trinidad.  
 FORRISI, Carlos; Artigas 398 P. 1, Salto.  
 GARCIA CAPURRO, Rafael; Garibaldi 2915, Montevideo.  
 GARDIOL, Valdo C.; Santa Rosa 6529, Montevideo.  
 GARY, Ruben; Av. Brasil 3092, Montevideo.  
 GATEÑO, Nisso J.; M. Pagola 3233, Montevideo.  
 GAYOL GOLLETE, Mario; J. Bolívar 1449, Montevideo.  
 GHIGGINO, Carlos W.; H. Irigoyen 1452 ap. 101, Montevideo.  
 GIGUENS, Marcos; D. Terra 1541, Montevideo.  
 GIL SOLARES, Orlando; I. Barrios 285, Carmelo.  
 GIRARDI, Rodolfo; Alberdi 2085, Corrientes (R. A.).  
 GLAUSIUS OLIVERA, José A.; Solano Antuña 2618, Mont.  
 GOLULOFF de MILLIES, Rosa; Tomás Diago 765, Mont.  
 GOLLER, Wolfgang; Bv. Artigas 481 P. 2., Montevideo.  
 GOMEZ FOSSATI, Carlos; Gral. Caraballo 1182 ap. 702, Mont.  
 GOMEZ GOTUZZO, Fco.; Luis A. de Herrera 272, Artigas.  
 GREGORIO, Luis Alberto; Scosería 2675, Montevideo.  
 GROLERO de CAT, María Luisa; Blanes Viale 6062, Mont.  
 GRUNING HERRERA, Alejandro; Brasil 590 P. 3 ap. B, Salto  
 GUGLIELMONE, Oscar; Av. Italia 2783, Montevideo.  
 GUICHEFF, Vladimir; Rbla. R. Argentina 1591 ap. 801, Mont.  
 GUTIERREZ BLANCO, Horacio; 21 de Setiembre 2329, Mont.  
 GUZMAN, Prudencio; H. de Clínicas, Montevideo.
- HAZAN, Alberto; Coronel Alegre 1327, Montevideo.  
 HARRETCHÉ, Martín R.; Grecia 3586, Montevideo.  
 HENDLIN, Alberto; San Luis 944, Concordia (R. A.).  
 HOJMAN, Isaac; San Carlos.
- INVERNIZZI, Luis A.; 18 de Julio 22, Salto.  
 IRAZUSTA, Julio César; 19 de Abril 859, Salto.  
 ITUÑO, Carlos; 21 de Setiembre 2280 ap. 1, Montevideo.
- LACA, Emilio; 25 de Agosto s/n., Tacuarembó.  
 LANTERNA, Washington; Leandro Gómez 766, Paysandú.  
 LARRE BORGES, Uruguay; 8 de Octubre 3241, Montevideo.  
 LATARO, Diver; 18 de Julio 2037 ap. 402, Montevideo.  
 LEONI, Carlos A.; Entre Ríos 818, Paysandú.  
 LESINA, Elmer; Monte Caseros 2851, Montevideo.  
 LIARD, Washington; Millán 2917, Montevideo.

- LIMA OLIVEIRA, Favio; Alberto Calamet 4680 ap. 14, Mont.  
 LISCHINSKY, Arnoldo; 18 de Julio 1355, Paysandú.  
 LOCKHART, Jorge; Cuareim 1244, Montevideo.
- LLANOS SOMCZA, Dardo An., Riosa 1212, Corrientes (R.A.)
- MAQUIEIRA, Gonzalo; Armonía 3122, Montevideo.  
 MARELLA, Muzio; Izcuá Barbat 1178, Montevideo.  
 MARIN SANCHEZ, Felipe; Andes 1174, Montevideo.  
 MARTINEZ APEZTEGUI, J. L.; Fco. Bicudo 3824, Mont.  
 MARTINEZ DE LIMA, Gladys; A. Calamet 4628 ap. 14, Mont.  
 MASLIAH, Roberto; Palmar 2579, Montevideo.  
 MASTROCESARE, Jorge A.; Castillo 637, Curuzu Cuatía.  
 Corrientes (R.A.).
- MATE, Miguel; Rafael Pastoriza 1547-2, Montevideo.  
 MATTEUCCI, Pablo; Carlos Berg 2442, Montevideo.  
 MAZZA BRUNO, Milton E.; Arenal Gde. 1414 ap. 602, Mont.  
 MAZZULLA, Fernando J.; Brasil 434, Salto.  
 MELOGNO, Silvio; P. Campbell 1483-5, Montevideo.  
 MENDEZ, Hugo; Roosevelt 659, Mercedes.  
 MENDY, Fabián; Vázquez Ledesma 2977 P. 10 ap. 1001, Mont.  
 MENONI, Juan M., Brasil 1766, Salto.  
 MEROLA, Lorenzo; Leyenda Patria 2942, Montevideo.
- NANDE, José; Yaguaneles 1335, Montevideo.  
 NIN VIVO, Esteban; Bv. Artigas 302 ap. 301, Montevideo.
- OLAZABAL, Mario; Fco. Solano Antuña 2804, Montevideo.  
 ORMAECHEA, Carlos A.; Manuel Pérez 6016, Montevideo.
- PAGLIARI, Luis A.; San José.  
 PALMA, Eduardo C.; 21 de Setiembre 2385, Montevideo.  
 PATIÑO, Vida; Santiago de Chile 1008, Montevideo.  
 PATARO, Arnaldo H. A.; Rivadavia 4350 R. 12A, B.A.  
 PAVON DAVILA, Raúl; Inst. de Traumatología, Montevideo.  
 PEREZ ALVAREZ, Manuel; Maipú 1967 ap. 1, Montevideo.  
 PERI, Homero; Calle 10 N° 2336, Montevideo.  
 PERICON RICO, L. Fernando; H. de Clínicas P. 18, Mont.  
 PERNIN, Alfredo; Amazonas 1723, Montevideo.  
 PERRONE, Luis R.; Félix Laborde 2571, Montevideo.  
 PERTUSSO, Juan C.; 18 de Julio 43, Rocha.  
 PIACENZA, Guillermo; 8 de Octubre 2661 P. 1, Montevideo.  
 PIGURINA, Carlos; Larrañaga 110 P. 2, Salto.  
 PINO, Marcelino; Monte Caseros 1040, Paysandú.  
 PINO, Ruben; Garzón 440, Artigas.  
 PINEYRUA SAAVEDRA, Julio; Paysandú.  
 PIOVANO de LISTA, Sélka; Jackson 1404 P. 1 ap. 1, Mont.  
 PIROTTO, José M.; Bv. Artigas 2978, Montevideo.  
 POCH, Luis Andrés; 26 de Marzo 3644 ap. 201, Montevideo.  
 POLTO, Jaime J.; Bv. Artigas 4286, Montevideo.  
 PORRAS, Yamandú; Artigas 4286, Mercedes.  
 PORRINI, Claudio; Juan Paullier 951 ap. 2, Montevideo.  
 PORTOS, Ruben; Belgrano 2891, Montevideo.  
 POSE, Serafín V.; R. Graceras 873, Montevideo.  
 PRADERI, Luis A.; Bv. España 2761, Montevideo.  
 PRADERI, Raúl; Mones Roses 6435, Montevideo.  
 PRAVIA GARAT, Juan Antonio; Juan C. Blanco 3429, Mont.  
 PREVE SUSVIELA, Andrés; Rodó 496, Mercedes.  
 PRIARIO, Julio C.; Av. Brasil 2489 ap. 801, Montevideo.  
 PRINZO, Humberto; 19 de Abril 1814, Salto.  
 PURRIEL, Juan; Gerardo Grasso 2630, Montevideo.
- QUINTERO, Ariel; Luis A. de Herrera y Rodó, Rivera.  
 QUEIROLO, Jaime; Ibicuy 1230 ap. 2, Montevideo.  
 QUIROZ, Dario; Rep. del Salvador 3283, Montevideo.
- RAMOS, Sergio; P. Campbell 1483 ap. 8, Montevideo.  
 REARDEN, Moisés; Bv. España 2096, Montevideo.  
 REVETRIA, Ricardo; Juncal 28, Salto.  
 RIOS, Barsabás; W. Beltrán 195, Tacuarembó.  
 RITORNI, José María; 18 de Julio 115, Mercedes.  
 ROBRIGUEZ ARRARAS, Nelson; Agraciada 2053, Salto.  
 RODRIGUEZ IRIBARNE, Luis A.; Brasil 1676, Salto.  
 RODRIGUEZ JUANOTENA, Jorge; Vázquez Ledesma 2995  
 apto. 801, Montevideo.  
 RODRIGUEZ, Manuel; 18 de Julio 263, Salto.  
 RODRIGUEZ, Orlando; 19 de Mayo 443, Concordia (R.A.)  
 ROSA, Folco; Mercedes 925, Montevideo.  
 ROZADA, Héctor; Larrañaga 2904, Montevideo.  
 RUBIO, Roberto; Bv. España 2904, Montevideo.
- SAEZ, Hugo; Av. Centenario 2756 ap. 503, Montevideo.  
 SALSAMENDI, María Julia; Cuareim 1427 ap. 602, Mont.  
 SANTOS, Alfredo; Artigas 715, Salto.  
 SARROCA, Carlos; Guayaquí 3233, Montevideo.  
 SAURE, Carlos; Sanatorio Concordia, Concordia (R.A.).  
 SCHARN, Federico C.; Alberdi 195, Concordia (R.A.).  
 SCHENONE, Héctor; Br. España 2249, Montevideo.  
 SCHIORCHAR, Mario; Cap. Basedas 467 ap. 1, Montevideo.  
 SEGAL, Marcos; Pasaje Denis 3421, Montevideo.  
 SIERRA OBIOL, Atanasio J.; Pedro Larghero 5920, Mont.  
 SILVA, Celso; García Morales 1129, Montevideo.  
 SILVA GARCIA, Ernesto; J. B. Blanco 1047, Montevideo.  
 SILVEIRA, Cesalino; Melo.  
 STAJANO, Carlos; Gabriel Otero 6550, Montevideo.  
 SUAREZ, Raúl A.; 8 de Octubre 172,  
 SUIFFET, Walter; Br. Artigas 1545 ap. 9, Montevideo.  
 SOTO, José; Mar del Plata 1666, Montevideo.
- TAIBO CANALE, Walter; Agraciada 2030 P. 3 ap. 6, Mont.  
 TOMALINO, Dante; Fco. Bicudo 3824, Montevideo.  
 TORRES, David Héctor; G. Gallinal 1780, Montevideo.
- TURCO, Nesto B.; Medrano 822, B.A.  
 UBILLOS, Juan Antonio; Roosevelt 931, Mercedes.  
 UGARTE, Raúl; José Martí 3435 ap. 501, Montevideo.  
 URIOSTE, Bonifacio; Br. Artigas 1545 ap. 8, Montevideo.
- VAEZA, Eusebio; Agraciada 1532 ap. 27, Montevideo.  
 VALIZ, Alberto; Br. España 2831 ap. 201, Montevideo.  
 VANRELL, Rafael; José B. Lamas 2856 ap. 9, Montevideo.  
 VARALLA DE LIENDLE, Mary; Fco. Simón 2248, Mont.  
 VARGAS, Hernán; J. de Salterain 972, Montevideo.  
 VILLAR, Ariel; J. P. Varela 412, Salto.  
 VIOLA PELUFFO, Julio C.; Miami 1830, Montevideo.
- WALTERSKIRCHEN, Max; Fco. Vidal 625, Montevideo.  
 WETTSTEIN, Juana María; Luis A. de Herrera 4207, Mont.
- YANNICELLI, Ricardo; Av. Brasil 2578, Montevideo.
- ZAGIA, Miguel; Gral. Flores 337, Artigas.  
 ZALDUA, Lorenzo; 19 de Abril 1290, Salto.  
 ZAMONSKY, Efraim; F. Sánchez 406, Paso de los Soros.  
 ZART, José C.; Sarandí 636, Rivera.