

## Acropatía úlcero-mutilante

Dres. Franco Danza, Juana M. Wettstein y Hugo Sáez \*

Se presenta una observación de acropatía úlcero-mutilante a forma esporádica, caracterizada fundamentalmente por alteraciones de la sensibilidad dolorosa de ambos miembros inferiores y trastornos tróficos importantes de su sector distal. Se destaca la normalidad de los estudios angiográficos, la ausencia de diabetes y la buena respuesta a la simpaticectomía. Como patogenia se invoca una lesión de los ganglios simpáticos en un terreno carenciado.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Leg ulcer/etiology. Sympathectomy.

El motivo de esta comunicación es, a propósito de un caso clínico, traer a consideración una afección que, si bien es de incidencia relativamente rara, reviste interés porque sólo su sospecha diagnóstica puede permitir su confirmación y orientación hacia una terapéutica correcta. Por otra parte, es frecuente que se presente con una máscara de afección vascular de los miembros inferiores, que desorienta y puede conducir a conductas equivocadas como en el enfermo que presentamos.

Por todo esto creemos que tiene importancia no sólo para los neurólogos, que son los que con mayor frecuencia se han ocupado de ella, sino también para el médico general, cirujano, angiólogo y traumatólogo.

### OBSERVACION

Paciente del sexo masculino, de 46 años. Antecedentes de alcoholismo. Actividad laboral que exige una importante deambulación. Multioperado por patología variada.

La historia del sufrimiento de sus miembros inferiores comienza en 1968, en el miembro inferior izquierdo, con edemas, cambios en la coloración del miembro, tomando un aspecto particular que el paciente describe como color rojo morado; dolor intenso, flictena supramaleolar que cicatriza espontáneamente, para reaparecer en varias oportunidades hasta transformarse en una ulceración supramaleolar extensa. Esto determina su internación en varios centros hospitalarios, realizándose como tratamiento injertos cutáneos en varias oportunidades. Fracasos sucesivos de estos tratamientos y extensión de la úlcera, determina la amputación de su miembro inferior en 1970.

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Medicina de Paysandú, en Paysandú, el 19 de octubre de 1974.

Asistente de Clínica Quirúrgica y Residentes de Cirugía.

Dirección: Cuaró 3084 ap. 1. Montevideo (Dr. Danza)

*Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cendán Alfonzo). Hospital Maciel. Montevideo.*

Casi inmediatamente comienza con edema del miembro inferior derecho, que inicialmente retrocede. En 1973 reaparece el edema, al que se suma dolor. En esa oportunidad se realiza descubierta en dorso de pie para realizar flebografía, pero la herida no cicatriza y evoluciona a la ulceración.

Ingresa al Hospital Maciel en mayo de 1974. El examen del miembro inferior derecho muestra: edema de pie y parte inferior de pierna, de gran jerarquía, coloración rojiza de la zona, hiperqueratosis plantar, ulceración del dorso del pie con aspecto pseudoverrucoso (Fig. 1). Temperatura normal del miembro, pulsos femorales y poplíteos normales; ausencia de reflejo rotuliano y aquiliano; parestesias y disestesias. Actitud antálgica con miembro permanentemente en declive;



Fig. 1.— Miembro inferior derecho al ingreso: edema; ulceración de aspecto pseudo verrucoso del dorso del pie.

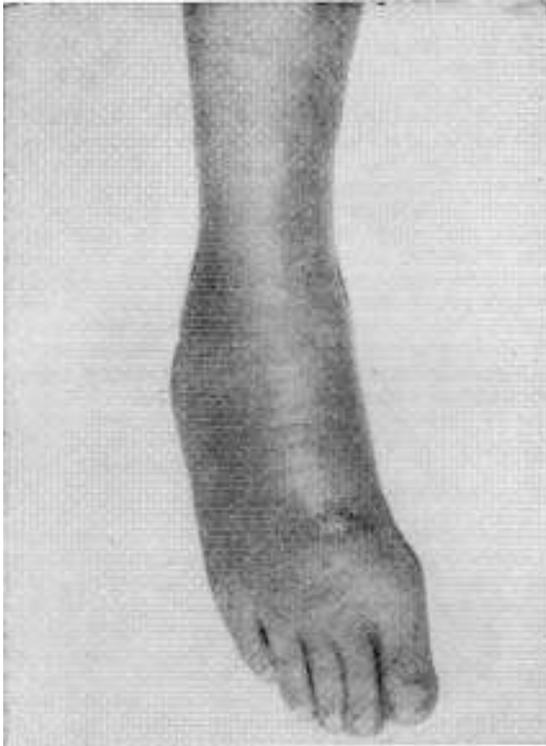


FIG. 2.—Aspecto luego de la simpaticectomía: desaparición del edema y curación de la úlcera.

los dolores incontrolables, de tipo lancinante, hacen que el enfermo exija la amputación del miembro. El enfermo tiene la máscara de la arteriopatía obstructiva en la etapa de dolor de reposo con trastornos tróficos. No obstante, llama la atención que pese a la larga evolución no hay verdaderos focos de gangrena. Los estudios realizados: biológicos, vasculares (arteriografía y flebografía), biopsia de piel y músculo, que llamativamente arrojan resultados normales nos llevan a pensar en la acropatía úlcero-mutilante y el planteo terapéutico de la simpaticectomía, que se realiza el 2-VIII-74. La evolución fue excelente, con regresión de la sintomatología dolorosa, desaparición del edema y curación de la úlcera (Fig. 2).

La anatomía patológica del ganglio simpático muestra alteraciones que apoyan el diagnóstico.

## COMENTARIO

La acropatía úlcero-mutilante presenta tres características fundamentales:

- trastornos tróficos distales;
- alteraciones de la sensibilidad, fundamentalmente dolorosa;
- localización en los miembros inferiores.

Se reconocen dos formas de esta afección (1):

1) *Familiar*, que se trasmite de manera hereditaria, autosómica, como un carácter predominante; se ve por igual en ambos sexos y tiene localización preferente en los miembros inferiores.

2) *Esporádica*, sin caracteres de transmisión hereditaria; prácticamente exclusiva del sexo masculino, en la edad media de la vida y de localización en miembros inferiores. Nos ocuparemos de esta última, a la que pertenece el caso clínico que presentamos.

Más recientemente, se ha cuestionado esta división esquemática en formas familiar y esporádica, por la existencia de formas intermedias (2).

En este trabajo nos ocuparemos de los aspectos que interesan al cirujano general y cirujano angiológico; los otros aspectos, fundamentalmente neurológicos, los veremos solamente en lo que sea complementario de lo anterior.

Los aspectos clínicos, así como los histopatológicos y fisiopatológicos, de la afección, han sido puestos al día por Bureau y colaboradores (1). En nuestro medio Laguardia y colaboradores (3) se ocuparon fundamentalmente de los aspectos neurológicos de la afección.

## Aspectos clínicos.

Aparece en sujetos de sexo masculino, en la edad media de la vida (entre 40 y 50 años), con factores de terreno común: alcoholismo crónico, carencias alimenticias, condición económica modesta, que realizan actividades que determinan una exigencia funcional importante de los miembros inferiores. La afección afecta exclusivamente a los miembros inferiores, bilateralmente. Aunque las lesiones comienzan siempre de un lado, llegan a tener luego un aspecto groseramente simétrico.

Los pacientes presentan:

1) Alteraciones de la sensibilidad, fundamentalmente dolorosa, así como también térmica, que en algunos casos toma la forma de una disociación siringomiélica; son distales, pudiendo revestir una distribución en media o en otros casos una distribución radicular. Juegan estos trastornos un rol preponderante en la aparición de las otras lesiones, que en algunos casos revisten la forma clásica del mal perforante plantar, pero que en términos generales llevan a la úlcera trófica.

2) Trastornos tróficos. Los más importantes son:

—Edema, que reviste una forma pseudoflemmonosa, que puede confundir y plantear diagnóstico con los procesos sépticos; no obstante, la larga evolución y su no modificación por el tratamiento con antibióticos, llevan a descartar la participación infecciosa.

—Alteraciones de la piel: piel lisa, en ciertos casos hiperqueratosis plantar, hiperhidrosis, cambios de coloración fundamentalmente en relación con cambios posturales del miembro.

—Los microtraumatismos repetidos o traumas mínimos originan úlceras que debutan como un proceso flictenular, de evolución insidiosa, y que a menudo cicatriza espontáneamente. Cuando la úlcera se ha constituido

toma el aspecto típico: ulceración profunda, netamente delimitada de los tegumentos, con bordes tallados a pico, de forma redondeada aunque puede tener contorno irregular, fondo sanioso, ligeramente brotante y recubierto de una costra espesa. A menudo esta costra se hipertrofia y da a la lesión un aspecto pseudo-verrucoso (como en la observación presentada), bajo la cual hay que buscar la verdadera ulceración. La úlcera en general es indolora y asienta en el antepie.

Generalmente hay atrofiás musculares, posiciones viciosas secundarias al mantenimiento durante largo tiempo de posturas antálgicas. En los casos típicos de mal perforante plantar, groseras deformaciones del pie.

De los estudios biológicos tenemos que destacar que la glicemia generalmente es normal y la serología sifilítica negativa.

Los estudios vasculares muestran desde el punto de vista semiológico la presencia de pulsos normales, aunque pueden no ser apreciables en las zonas con edema importante. La arteriografía de los miembros inferiores muestra que no existen alteraciones obstructivas de los gruesos troncos, por lo que se informan habitualmente como normales, aunque nos impresionan como arterias de un calibre regular pero más fino que lo habitual.

Como lo han señalado algunos autores que se han ocupado de este punto, se puede poner en evidencia, por la clínica y la arteriografía, seriada, la existencia de un relleno venoso precoz (4, 5).

Los estudios radiológicos del pie, muestran lesiones de osteolisis y groseras deformaciones del macizo plantar en etapas tardías, fundamentalmente en las formas que revisten el aspecto de mal perforante plantar.

#### Aspectos patológicos.

La etiología no es clara, habiéndose invocado lesiones simpáticas en un terreno carente. Esto está basado en los hallazgos anatómopatológicos y en la efectividad de la simpaticectomía como tratamiento.

Los hallazgos anatómicos son: ausencia de lesión medular de tipo siringomiélico, constancia de lesiones periféricas, alteraciones anatómicas en los ganglios simpáticos, que Bureau y colaboradores (1) describen como características, sin poder darles carácter de específicas: congestión e hiperplasia vascular; edema; lesiones celulares (sobrecarga pigmentaria, picnosis, cromatolisis); aumento del número de células redondas que rodean las células nerviosas (satelitosis); fibrosis.

## CONCLUSIONES

Hemos presentado un caso de una afección poco frecuente, que ha recibido el nombre de acropatía úlcero-mutilante, que creemos debe ser más conocida a los efectos del diagnóstico, planteo terapéutico correcto, en etapas precoces y útiles, evitando como en nuestro enfermo que llegue a etapas en que sea imprescindible la amputación, como creemos sucedió en su miembro inferior izquierdo. La afección debe ser sospechada cuando se presenten los síntomas y signos ya vistos, recibiendo fuerte apoyo el hecho de la normalidad de los exámenes complementarios, fundamentalmente la arteriografía, así como la buena evolución con la simpaticectomía lumbar y el estudio anatómopatológico del ganglio simpático.

## RÉSUMÉ

### Acropathie ulcéro-mutilante.

Présentation d'une observation d'acropathie ulcéro-mutilante à manifestation sporadique, caractérisée essentiellement par une altération de la sensibilité douloureuse des deux membres inférieurs et par des troubles trophiques importants de son secteur distal. Il faut souligner la normalité des études angiographiques, l'absence de diabète et une bonne réponse à la sympathectomie. A titre de pathogénie on invoque une lésion des ganglions sympathiques sur un terrain carenciel.

## SUMMARY

### Ulcerο-mutilant acropathy.

The authors report an ulcerο-mutilant acropathy of sporadic incidence. Its primary characteristics were the loss of pain perception in both lower limbs and important trophic abnormalities of their distal area. Angiograms were normal and there was no diabetes. The response to sympathectomy was satisfactory. A lesion of the sympathetic ganglia with a deficitary background seems to explain the pathogenesis of this case.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BUREAU Y, BARRIÈRE H, KERNEIS JP et FERRON A. Acropathies ulcéro-mutilantes pseudo-siringomyéliques non familiales des membres inférieurs. *Presse Méd.*, 65: 2127, 1957.
2. KISSEL P, SCHMITT J et BARRUCAUD D. Les acropathies ulcéro-mutilantes. *Rev Prat*, 17: 1731, 1967.
3. LAGUARDIA G, DEFFÉMINIS HA, BASTARRICA E y ROUSSO M. Neuropatía analgésico-trófica (acropatía úlcero-mutilante). *Acta Neurol Latinoam*, 12: 249, 1966.
4. PIULACHS P et VIDAL-BARRAQUER F. Pathogenic study of varicose veins. *Angiology*, 4: 59, 1953.
5. PIULACHS P et VIDAL-BARRAQUER F. Ulcères poliomyélictiques. *Lyon Chir*, 51: 679, 1956.
6. VIGNON G, MEGARD M et MARIN A. Une observation anatómico-clinique d'acropathie ulcéro-mutilante. *Presse Méd.*, 64: 1954, 1956.

# Tesis y Monografías

## Roturas de diafragma por traumatismos cerrados

Dr. Juan A. Chifflet

Monografía final del Curso de Graduados en Cirugía. Facultad de Medicina de Montevideo, 1975 (26 páginas dactilografiadas, 7 ilustraciones, 38 referencias bibliográficas).

La primera descripción de una Hernia Diafragmática Traumática fue hecha por Ambrosio Paré en 1579 en una necropsia. Riolfi fue el primero en operar una rotura diafragmática (R.D.) en 1886.

Todos los autores concuerdan en que la R.D. está presente entre el 5 % y el 10 % de los politraumatizados. Ríos en nuestro medio la encuentra en el 3 %. Hay un predominio franco en los hombres, con una relación de 5 o 6 hombres por cada mujer. La edad de mayor frecuencia está entre los 20 y 50 años.

**Etiopatogenia.**— Actualmente la causa más frecuente de R.D. son los accidentes de tránsito; le siguen las caídas desde cierta altura. En general el traumatismo debe ser violento, brusco, de gran intensidad y la zona de impacto amplia. Los traumatismos abdominales localizados producirían roturas viscerales aisladas.

Elementos clínicos y experimentales ponen en evidencia a la hipertensión intraabdominal como causa de la rotura. Cualquier traumatismo abdominal, al aumentar la presión intraperitoneal, tiende a empujar el diafragma hacia arriba, sobre todo a la izquierda. A la derecha el hígado, al distribuir las fuerzas actúa como protector.

Los traumatismos torácicos y toracoabdominales actúan por mecanismos diferentes.

Cosacesco y Zlotesto han demostrado que la rotura se produce en la zona más débil del diafragma, dependiendo fundamentalmente de la dirección de las fuerzas de compresión. La dirección del desgarro es en el mismo sentido que la dirección de las fuerzas de compresión, o sea perpendicular a la tracción de las fibras musculotendinosas del diafragma.

A izquierda la mayoría de las roturas se acompañan de hernia visceral, que puede producirse en el momento del traumatismo, o en las pequeñas, hasta meses o inclusive años después.

Para Moreaux existiría Hernia Diafragmática en el momento del traumatismo en el 95,8 % de los casos.

El pasaje de las vísceras abdominales hacia el tórax es debido en primer lugar a la presión intraabdominal, a lo que se le suma la presión negativa intrapleural. A derecha la situación es diferente, porque las roturas se acompañan de hernia en un porcentaje mucho más bajo. Esto es debido a que el hígado de gran tamaño y fijo actúa bloqueando la brecha.

**Anatomía patológica.** La mayoría de las R.D. son del hemidiafragma izquierdo (70 a 100 %).

Clasificaremos las R.D. según su topografía en:

1) *Roturas periféricas o desinserciones frenocostales.*

Son poco frecuentes. En general son desgarros largos, de unos 20 cm de promedio y se extienden en la parte lateral del tórax entre la línea axilar anterior y la posterior (entre 8 y 13 %).

2) *Roturas en plena cúpula (85,5 %).*

A) *Radiadas a punto de partida raquídeo.* Son las más frecuentes (50-60 %).

B) *Radiales a punto de partida costal.* Son más raras (10-15 %) y generalmente se inician en la inserción costal anterolateral y se dirigen hacia la cúpula diafragmática.

C) *Roturas centrales o tendinosas.* Son también poco frecuentes (6-15 %), pero tienen un interés especial porque generalmente llevan implícita la posibilidad de la lesión del pericardio, poniendo en comunicación la cavidad peritoneal con la pericardiaca con sus posibles complicaciones.

Las roturas bilaterales son excepcionales y generalmente se acompañan de lesiones incompatibles con la vida siendo hallazgos de autopsias.

**Caracteres de la brecha.** En el momento inicial, la R.D. es lineal o casi lineal pero a medida que pasa el tiempo se va redondeando, los bordes se hacen irregulares, y con el tiempo toman una forma ovalada y se presenta como una pérdida de sustancia.

Las lesiones asociadas, son muy frecuentes.

Pueden verse: *Lesiones parietales.* En donde las fracturas costales son las más frecuentes (50 % de los casos); *lesiones esqueléticas* muy frecuentes y generalmente múltiples (en primer lugar fracturas de los miembros y de la pelvis); *lesiones viscerales* frecuentes y muy variadas; pueden ser torácicas y/o abdominales, siendo estas últimas las generalmente vistas y sobre todo las del compartimento supramesocólico.

Según existan o no lesiones asociadas, se pueden clasificar las R.D. en puras o complejas respectivamente. Un tercio de las R.D. son complejas.

**Contenido de la Hernia Diafragmática A izquierda** en general son voluminosas y multiviscerales, mientras que a derecha, son univiscerales.

El órgano más frecuentemente herniado es el estómago y le sigue en orden de frecuencia el colon, intestino delgado y bazo.

Es poco frecuente la estrangulación herniaria inmediatamente al traumatismo o en las horas siguientes.

**Fisiopatología.** El diafragma ocupa un lugar preponderante entre los músculos vinculados a la respiración, tiene gran participación en la regulación de la circulación venosa y en las maniobras de expulsión del contenido abdominal. La lesión diafragmática produce trastornos a nivel de todas estas funciones.

La repercusión que tiene la R.D. sobre la función respiratoria, cardiocirculatoria y digestiva está condicionada en primera instancia al tamaño y velocidad de pasaje del contenido abdominal a la cavidad torácica.

La insuficiencia respiratoria presente, resulta de la suma de los movimientos paradójales del diafragma, del colapso pulmonar, de la ocupación pleural y de la desviación mediastinal a lo que se suma la presencia de hipersecreción bronquial y alveolar provocando un encharcamiento traqueobronquial. Todos estos elementos llevan a una hipercapnia y anoxia así como a trastornos del ritmo cardíaco.

Una vez pasado el período inicial, se crea un estado de adaptación a las nuevas condiciones de la mecánica respiratoria y se ponen de manifiesto fundamentalmente trastornos respiratorios y digestivos. Estos van desde simples dispepsias a trastornos graves como obstrucción o estrangulación y pueden requerir intervención quirúrgica de urgencia.

# Síntesis Quirúrgica Nacional

Artículos de interés quirúrgico publicados por autores uruguayos en otras revistas

## REVISTAS NACIONALES

### Quiste hidático calcificado de pulmón.

Ventura Comas, G. y Fernández de Cardinal, I.  
Tórax, 23: 213, 1974.

Existe opinión unánime acerca de la rareza de la calcificación en el quiste hidático de localización pulmonar. Su presencia sirve para descartar esta etiología o admitir que de ser hidática su asiento no es parenquimatoso.

La observación que se presenta correspondió a una lesión moneda. Los planteamientos diagnósticos fueron los correspondientes a las lesiones calcificadas intraparenquimatosas. Con sorpresa, la anatomía patológica demostró la naturaleza hidática del proceso al hallarse calcificaciones en el material larvario constituido por restos de membranas.

Se revisan las causas más frecuentes de lesiones calcificadas pulmonares, procurando explicar la fisiopatología de la calcificación en el quiste hidático.

### Linfangioma quístico de mediastino

Martínez Apertegúa, J. L.  
Tórax, 23: 220, 1974.

Paciente de 50 años que en la radiografía de tórax de frente presenta una imagen redondeada de 6 cm. de diámetro, de contorno nítido y densidad homogénea, contactando con el mediastino, proyectada sobre el arco posterior de la 6ª y 7ª costilla derechas.

Se opera resecaando un tumor quístico de 6 cm. de diámetro que se apoya además sobre el cuerpo vertebral.

Llama la atención la dilatación de los linfáticos de la pared torácica, los cuales convergen hacia el tumor. Extirpación fácil.

La anatomía patológica mostró que se trataba de un linfangioma quístico típico.

### Tuberculosis peritoneal del adulto

Valor de la punción biopsica peritoneal.  
Viola, A., Suárez, L., Segura, J., Failache, L. R., Reisenweber, N. y Tarallo, N.  
Tórax, 23: 184, 1974.

Se presentan siete casos de peritonitis tuberculosa, sus formas clínicas y los diagnósticos diferenciales planteados.

Dentro de los estudios de orientación diagnóstica se jerarquiza el aporte realizado por la punción biopsica de peritoneo con aguja de Cope, sus indicaciones, contraindicaciones y complicaciones.

El tratamiento se basó en la asociación de Estreptomina, Isoniacida y PAS, con prednisona en la mayoría de los casos, con evolución vital y funcional generalmente buena.

### Hidático-pericardio

Korytnicki, L.  
Tórax, 23: 211, 1974.

Las pericarditis de tórpida y progresiva instalación que luego de cuadro febril prolongado llegan a la acumulación de abundante exudado serofibrinoso, son generalmente tuberculosas. Sin embargo, en nuestro medio pueden corresponder a complicaciones pericárdicas de una hidatidosis cardíaca. Las diferencias pronósticas y terapéuticas enfatizan el diagnóstico diferencial, del cual es un ejemplo el caso presente.

## REVISTAS EXTRANJERAS

### A propósito de tres observaciones de metástasis óseas de hipernefoma en los miembros, estudiadas por arteriografía

Vanrell, R., Silva, C. y Chiossoni, M.  
Quirón, 5: 53, 1974.

Los autores presentan tres observaciones de metástasis óseas de carcinomas renales estudiadas por arteriografía, destacando la poca frecuencia con que se hace este estudio.

Analizan la casuística de los carcinomas renales y sus metástasis, del Hospital de Clínicas de Montevideo.

Señalan el valor y la limitación, en el orden diagnóstico, de la arteriografía y la necesidad de integrarla con la clínica, la radiografía simple y el estudio anatómopatológico.

Destacan algunas particularidades halladas en sus observaciones no mencionadas en la literatura.

Insisten en la necesidad de buscar el tumor primitivo ya que, en casos seleccionados, es posible el tratamiento de éste y la metástasis con posibilidad de éxito.

### Emergency resection for acute neoplastic obstruction of left colon

Praderi, R., Delgado, B., Maquieira, G., Aguiar, A. and Mazza, M.  
Chir. Gastroenterol., 8: 291, 1974.

Se describen las ventajas de la colectomía primaria en el cáncer de colon izquierdo en oclusión.

Los criterios que fundamentan este proceder son: el riesgo de difusión linfática después de colostomía; un mayor índice de resecabilidad del tumor; la frecuente difusión neoplásica a otras vísceras que debe ser detectada desde el comienzo; la posibilidad de exéresis ensanchada del tumor como consecuencia de esta difusión y la menor morbilidad y mortalidad operatoria que en las operaciones escalonadas.

Se hace un análisis estadístico de 32 colectomías izquierdas de urgencia por cáncer con una única muerte operatoria, que incluye 17 (53%) anastomosis primarias y 9 (28%) anastomosis diferidas. Seis casos (19%) quedaron con una colostomía permanente.

## Noticiario Médico

### **11º Congreso de Cirugía del Norte.**

Jujuy. 9 al 13 de setiembre de 1975.  
Informes: Gral. Paz 346, Jujuy, Argentina.

### **44º Congreso de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Centro de la República.**

Rivera. 25 al 27 de setiembre de 1975.  
Informes: Dr. José Zart, Sarandí 636, Rivera.

### **46º Congreso Argentino de Cirugía. 2º Congreso Latinoamericano de Cirugía.**

Buenos Aires. 28 de setiembre al 4 de octubre de 1975.  
Relatos: Fistulas digestivas externas abdominales. Pancreatitis aguda.

Simposios latinoamericanos: Cáncer de mama. Ulcera de duodeno. Enfermedad diverticular del colon. Lesiones pleuropulmonares no neoplásicas. Cáncer de tiroides. Obstrucciones arteriales agudas de los miembros inferiores. Cirugía biliar no neoplásica. Hernias y eventraciones.

Cursos: Oncología. Patología gastroesofágica.  
Secretaría: Dr. H. Achával. Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

### **Reunión anual de la Federación Internacional de Colegios de Cirugía.**

Edinburgo. Setiembre 1975.  
Secretaría: Dr. J. Gilbert. Royal Coll. Surg. England 3543. Lincoln's Inn Fields London WC2A 3PN England.

### **26º Congreso de la Société Internationale de Chirurgie.**

Edinburgo. Setiembre 1975.  
Secretaría: Dr. J. V. Geertruyden. Société Internationale de Chirurgie. 43 rue des Champs Elysées. Bruxelles B1056. Belgique.

### **15º Congreso Argentino de Broncoesofagología.**

Concordia, Entre Ríos. 1º al 4 de octubre de 1975.  
Informes: Bernardo de Irigoyen 28, Concordia, Entre Ríos, Argentina.

### **20º Congreso Peruano de Cirugía,**

Lima. 12 al 16 de octubre de 1975.  
Secretaría: Acad. Peruana Cirug. Casilla 2031. Lima. Perú.

### **2º Congreso Latinoamericano de Mastología.**

Lima. 12 al 16 de octubre de 1975.  
Informes: Dr. Eduardo Cáceres. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Av. Alfonso Ugarte 825, Lima, Perú.

### **33º Jornadas Quirúrgicas, Soc. Argentina Cirujanos Iras. Jornadas de la Hispanidad**

Madrid. 20 al 23 de octubre de 1975.  
Secretaría: Dr. E. Beveraggi. Soc. Arg. Ciruj. Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

### **6º Congreso Latinoamericano de Proctología.**

Buenos Aires. 26 al 31 de octubre de 1975.  
Informes: Diag. Roque Sáenz Peña 1110, 2º. Buenos Aires.

### **14º Congreso Panamericano de Gastroenterología. 1er. Congreso Interamericano de Endoscopia Digestiva.**

Caracas. 24 al 28 de noviembre de 1975.  
Informes: Apartado Granada 40459, Nueva Granada, Caracas, Venezuela.

### **26º Congreso Uruguayo de Cirugía.**

Montevideo, 30 de noviembre al 4 de diciembre de 1975.  
Mesas Redondas:

- Absceso subfrénico.
- Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de la equinocosis hidática pulmonar.
- Cáncer de mama (técnica).
- Poliposis digestiva.

Curso postgrado:

- Shock.
- Seccionales:
- Anestesiología.
  - Urología.
  - Angiología.

Secretaría: XXVI Congreso Uruguayo de Cirugía. Sociedad de Cirugía del Uruguay. Agraciada 1464, P. 13. Montevideo. Uruguay.