

# 27

VOLUMEN VI

# centro médico

órgano de la sociedad médica  
del hospital clínico  
"centro médico de caracas"

● PALABRAS DEL DOCTOR JOSE A. O'DALY

● EL BIOTIPO 1483-59 (EDWARDSIELLA TARDA).  
SU AISLAMIENTO EN VENEZUELA

Dr. J. Gutiérrez Alfaro  
y Bioanalista Josefina Guariguata

● DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA CON BLOQUEOS  
TERAPEUTICOS EN EL DEPTO. DE ANESTESIA  
DEL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO  
DE CARACAS

Dr. Roberto J. Lucca E.

● CIRUGIA ESTEREOTAXICA EN TRASTORNOS  
HIPERCINETICOS

Dres. Rafael Castillo  
y Abraham Krivoy

● RECIENTES AVANCES EN CIRUGIA CARDIO-  
VASCULAR

Dr. Rubén Jaén C.



M A Y O

1 9 6 7

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

INDULAC PONE A DISPOSICION DEL CUERPO MEDICO  
UNA GAMA COMPLETA DE LECHEs MODIFICADAS  
PARA LA ALIMENTACION ESPECIFICA DEL LACTANTE

## **nan**

*Alimento que suple a la leche materna, reproduciendo sus características esenciales.*

## *Dextrogeno*

*Ideal para implantar un régimen equilibrado, completo y suficiente desde edad temprana.*

## *Nestogeno*

*Específico para los períodos de mayor crecimiento, por su generoso aporte de glúcidos y proteínas.*

## **DRYCO**

*De alto tenor proteico, permite flexibilidad en el contenido glucídico de la fórmula.*

## **LACTOGENO**

*Confiere mayor resistencia a las infecciones, gracias a su alto tenor en crema.*

## *Pelargon*

*Ofrece la mayor seguridad en todo clima, gran valor nutritivo y excelente digestibilidad.*

## *Eledon*

*Especialmente indicado para prematuros y trastornos digestivos del lactante.*

ELABORADAS Y DISTRIBUIDAS EN VENEZUELA POR

**I N D U L A C**

**Cuerpo Ejecutivo.**—Director - Jefe de Redacción: Dr. Rafael Campo Moreno; Administrador-Editor: Dr. Jorge Soto-Rivera.

**Comité de Redacción:** Dr. Antonio Sanabria, Dr. José Lara Díaz.

**Colaboraciones:** Se aceptan colaboraciones de miembros o no de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, sujetas a las siguientes condiciones: 1) Los trabajos deben ser leídos previamente por su autor en las reuniones mensuales de la Sociedad, los segundos miércoles de cada mes. 2) Deben ser entregados al Jefe de Redacción debidamente mecanografiados a doble espacio y en duplicado. 3) Deben ser inéditos. Sin embargo, nos reservamos el derecho de reproducir los trabajos que a nuestro juicio merezcan especial divulgación, haciendo constar la referencia bibliográfica correspondiente.

**Frecuencia, reparto y canje:** Se publica cada cuatro meses: ENERO, MAYO, SEPTIEMBRE de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canjes con toda revista o publicaciones periódicas de ciencias médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

**Dirección:** Centro Médico de Caracas, Plaza del Estanque, San Bernardino, Caracas. Teléfono: 54.70.51 (veinte líneas).

La revista no se hace responsable o solidaria de los artículos que aparezcan identificados con el nombre del autor, salvo estipulación en contrario.



# centro médico

Vol. VI - Nº 27 — Mayo — 1967

**Director y Jefe de Redacción: Dr. R. Campo Moreno**  
**Administrador - Editor: Dr. Jorge Soto Rivera**

Esta Revista sustituyó al anterior Organismo Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Clínico "Centro Médico de Caracas", que se tituló:

## PUBLICACIONES *del* CENTRO MEDICO *de* CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta junio de 1963

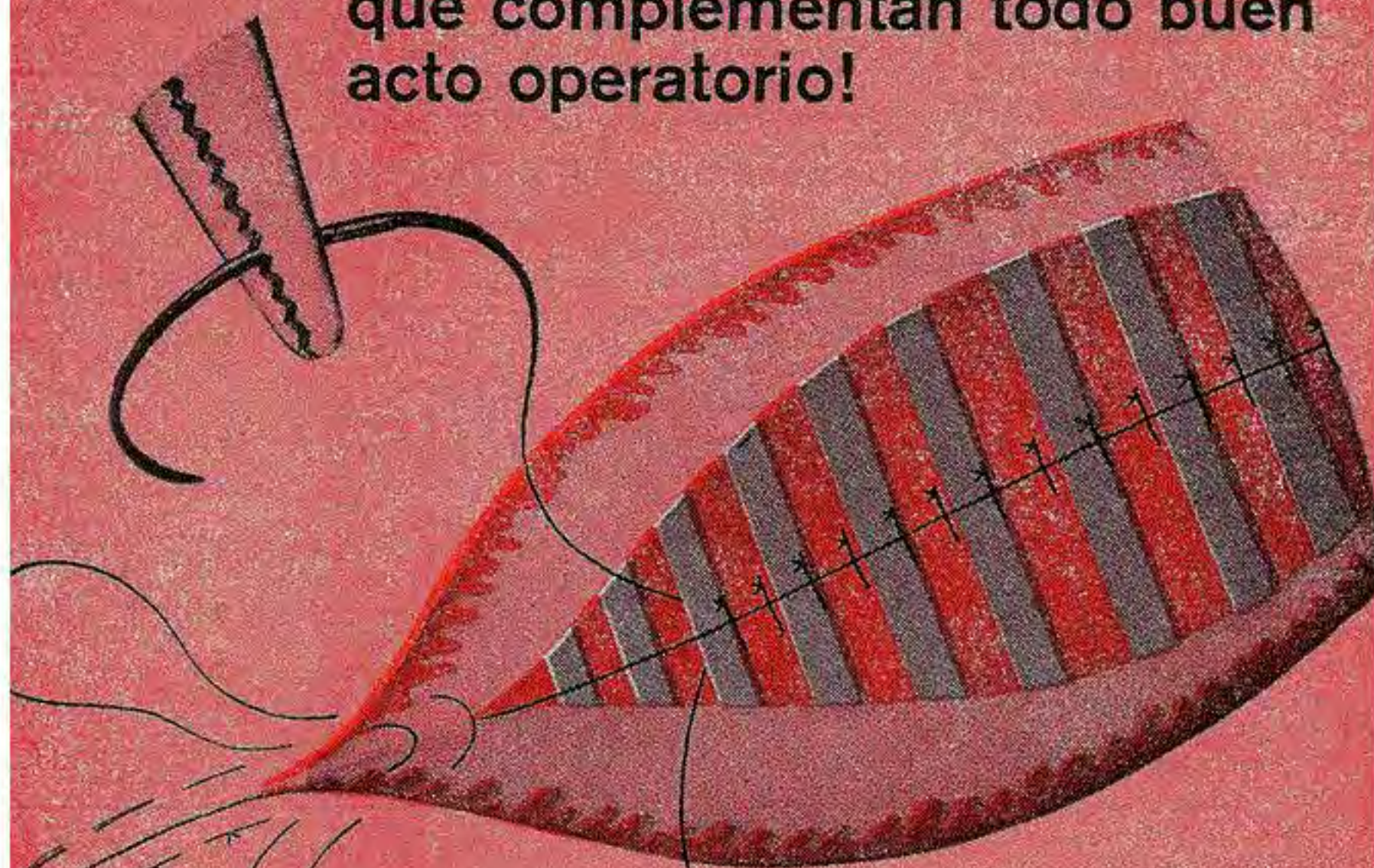
### SUMARIO

- Palabras del Dr. José A. O'Daly 53
- El Biotipo 1483-59 (Edwardsiella tarda) Su Aislamiento en Venezuela  
Por: Dr. J. Gutiérrez Alfaro  
y Bioanalista Josefina Guariguata 57
- Diez Años de Experiencia con Bloqueos Terapéuticos en el Dpto. de Anestesia del Hospital Privado Centro Médico de Caracas  
Por: Dr. Roberto J. Lucca E. 63
- Cirugía Estereotáxica en Trastornos Hipercinéticos  
Por: Dres. Rafael Castillo y Abraham Krivoy 73
- Recientes Avances en Cirugía Cardiovascular  
Por: Dr. Rubén Jaén C. 79

ESTAMOS AFILIADOS A:



**para suturas perfectas**  
que complementan todo buen  
acto operatorio!



**SUTURAS**  
**Ethicon**\*

Perfecta uniformidad de calibre. Máxima resistencia a la tensión. En distintos tamaños y tipos, **para todo requisito quirúrgico**: en catgut, Mersilene<sup>®</sup> fibra poliéster, seda, algodón, nilón, tantalio, etc., con o sin aguja Atraloc<sup>®</sup>.

**Rp.**—Suturas ETHICON, en sobres de aluminio, envasados en seco (en cajas) o en frascos con solución esterilizante.

**Sr. doctor:**—Solicite catálogo ilustrado con detalles completos que le enviaremos gustosamente a solicitud.

*Johnson & Johnson International*

Export Division—New Brunswick, N. J., U.S.A.

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:

Dr. Francisco Baquero González, Presidente  
Dr. Alberto Guinand Baldó, Vice-Presidente  
Dr. Harry Acquatella, Secretario  
Dr. Néstor Arreaza Colizza, Tesorero  
Dr. Gastón Arévalo Lizarraga, Bibliotecario

Dr. Roberto J. Luca E., Vocal  
Dr. Rafael Campo Moreno, Director de la  
Revista  
Dr. Antonio Sanabria y Dr. José Lara  
Díaz, Redacción.

## MIEMBROS ACTIVOS:

Acquatella, Dr. Harry  
Agüero, Dr. Oscar  
Alvarez, Dr. Pedro J.  
Andrade Niño, Dr. Rafael  
Andrade Niño, Dra. Zaira de  
Arévalo Lizarraga, Dr. Gastón  
Arreaza Coliza, Dr. Néstor  
Atencio Morillo, Dr. Humberto  
Bacalao Lara, Dr. Pedro  
Bacalao Lara, Dra. Ela de  
Blanco, Dr. Juan  
Blanco L., Dr. Jorge  
Blanco Angelino de, Dra. María C.  
Blanco Souchon, Dr. Pedro  
Beker, Dr. Simón  
Beaupérthuy, Dr. Luis A.  
Banchs, Dr. Francisco  
Baptista, Dr. Roberto J.  
Baquero González, Dr. Francisco  
Baquero González, Dr. Ricardo  
Bencosme, Dr. Rafael  
Bermúdez, Dr. Reinaldo Julio  
Bianchi Cayama, Dr. Fidias  
Brandt Pacheco, Dr. Francisco  
Briceño Torres, Dr. Leopoldo  
Brillembourg, Dr. Atilio  
Brillembourg, Dr. Joaquín  
Brito, Dr. Víctor  
Brito Arreaza, Dr. Víctor  
Bustamante Miranda, Dr. Oscar  
Bustamante Esáa, Dr. Rafael  
Calvo Lairer, Dr. Alejandro  
Campo Moreno, Dr. Rafael  
Carbonell, Dr. José Antonio  
Castillo, Dr. Rafael  
Cifuentes S., Dr. Bernardo  
Clemente, Dr. Antonio R.  
Colmenares Pacheco, Dr. Juan  
Conde Jahn, Dr. Franz  
Conde Jahn, Dr. Francois  
Chalbaud Troconis, Dr. Román  
Chitty Van de Walle, Dr. Alberto  
Chuecos, Dr. Rafael  
Diamante, Dr. Moisés  
Escalona de Ayala, Dra. Livia  
Fantes Kerdel, Dr. Francisco  
Feo Codecido, Dr. Ernesto  
Ferrer Roo, Dr. Oscar  
Fuenmayor R., Dr. Gustavo  
Francisco, Dr. José  
Garriga Michelena, Dr. Esteban  
García Maldonado, Dr. Enrique  
Gedeón, Dr. Rafael

Godayol Rovira, Dr. Juan  
Gómez Guerra, Dr. José A.  
Gonzalo Leonardi, Dr. Pablo L.  
Graterol Monserrate, Dr. J.  
Gutiérrez Alfaro, Dr. José Jacinto  
Gutiérrez Osorio, Dr. J. J.  
Guevara I., Dr. José M.  
Guinand Baldó, Dr. Alberto  
Hedderich, Dr. Henrique  
Hedderich, Dr. Hernán  
Hermoso, Dr. Adán  
Hernández, Dr. Agustín  
Hernández Olivares, Dr. R.  
Jaén, Dr. Rubén  
Jacir C., Dr. Alberto J.  
Jacir C., Dr. Alfonso I.  
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo  
Krivoy, Dr. Abraham  
Lairer, hijo, Dr. Félix  
Lamberti, Dr. José A.  
Lara Díaz, Dr. José  
Leamus, Dr. Luis  
Leonardi, Dr. José Domingo  
Lepage, Dr. Cruz  
Linares Gori, Dr. Jesús  
López, Dr. Hermógenes  
López, Dr. Leopoldo E.  
López Mendoza, Dr. Roberto  
Gonzalo Leonardo, Dr. Luis  
López Quintero, Dra. Ernestina  
Lovera, Dr. Ramón E.  
Lucca, Dr. Roberto J.  
Marcano, Dra. Rosa Teresa  
Martínez Aguirre, Dr. Edgar  
Martínez Niochet, Dr. Arminio  
Martínez, Dr. Temistocles  
Martínez Herrera, Dr. Roberto  
Martínez Iturriza, Dr. L.  
Matheus Méndez, Dr. Noé  
Márquez Reverón, Dr. Armando  
Mayobre, Dr. Ramón Augusto  
Méndez Rincón, Dr. Sixto  
Mendoza Alemán, Dr. Carlos  
Miralles, Dr. Jesús  
Malinos, Dr. Jesús R.  
Montbrun, Dr. Francisco  
Montenegro, Dr. Eloy  
Montenegro, Dr. Gilberto  
Morales, Dra. Gioconda Stopello de  
Morales Rocha, Dr. Julián  
Morillo Atencio, Dr. Manuel  
Morillo, Dra. Ilse Margarita

Mota Salazar, Dr. A.  
 Oderiz, Dr. Antonio J.  
 Ochoa, Dra. Cristina Solís de  
 Ochoa, Dr. José  
 Ochoa, Dr. Manuel  
 O'Daly, Dr. José Antonio  
 Padula, Dr. Héctor  
 Padrón Amaré, Dr. José A.  
 París, Dr. Alberto Miguel  
 Paz, Dr. Otto  
 Peña, Dr. Luis  
 Peña, Dra. María T. Hernández de  
 Pérez Luciani, Dr. Vasco  
 Pérez Giménez, Dr. Gustavo  
 Puchi Ferrer, Dr. José Angel  
 Planchart, Dr. Alfredo  
 Pulido, Dr. Pablo  
 Quijada Gamboa, Dr. Cruz  
 Quintero Muro, Dr. Eduardo  
 Quintero Prince, Dr. Manuel  
 Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán  
 Ramírez, Dr. Francisco  
 Rivas Larralde, Dr. Eduardo

Rodríguez Armas, Dr. Otto  
 Rodríguez Escovar, Dr. Rubén  
 Ruan Santos, Dr. Hugo  
 Salas, Dr. Rafael  
 Sanabria, Dr. Antonio  
 Sánchez Azopardo, Dr. José A.  
 Sánchez Carrillo, Dr. Francisco  
 Sánchez Pacheco, Dr. José R.  
 Sánchez Vegas, Dr. Luis  
 Scarcioffo, Dr. Pedro  
 Sierralta, Dr. Asdrúbal  
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar  
 Stolk Mendoza, Dr. Gustavo  
 Sucre Vegas, Dr. Carlos Vicente  
 Tovar E., Dr. Guillermo  
 Valencia Parparcén, Dr. Joel  
 Velutini, Dr. Luis Alberto  
 Vázquez, Dr. Jacobo  
 Vázquez, Dra. Alicia S. de  
 Villalba Silva, Dr. Rafael  
 Viana Rodríguez, Dr. Germán  
 Villegas, Dr. José Antonio  
 Zubillaga, Dr. Rafael

#### MIEMBROS ASOCIADOS:

Aasen, Dra. Imelda Campo de  
 Albornoz, Dr. Agustín  
 Argumosa y Valdés, Dr. J. A. de  
 Astros, Dr. José Gilberto  
 Attías Attías, Dr. Moisés  
 Ayala, Dr. Luis A.  
 Bello A., Dr. Alexis  
 Bilbao C., Dr. Joseba  
 Braun, Dr. Peter  
 Briceño Iragorry, Dr. Leopoldo  
 Calzadilla, Dr. Rafael  
 Castillo Plaza, Dr. Armando  
 Colina C., Dr. Oscar L.  
 Clavel Penso, Dr. Rolando  
 Cure Méndez, Dr. Farid  
 Del Vecchio, Dr. José  
 Díaz Bruzual, Dr. Alfredo  
 Egui, Dr. Pedro  
 Ferrer, Dr. Alberto  
 Guida, Dr. Franco  
 González Palacios, Dr. R. G.  
 Pieracci, Dr. Giorgio  
 Granier, Dr. Marcel  
 Grossmann, Dr. Víctor  
 Halabi, Dr. Alfredo  
 Hernández Navarro, Dr. Francisco  
 Herrera Pinto, Dr. César  
 Hitcher Santaella, Dr. Antonio  
 Holz, Dr. Siegbert  
 La Corte, Dr. Agustín

Larrazábal, Dr. Leopoldo  
 León González, Dr. Félix  
 Lizarraga, Dr. Pedro R.  
 Negrón S., Dr. Alberto  
 Núñez Mier y Terán, Dr. Sebastián  
 Ortega Borjas, Dr. Armando  
 Ortega Borjas, Dr. José Angel  
 Ortega, Dr. Miguel  
 Parra, Dr. Jorge  
 Penso Tirado, Dr. Amador  
 Pérez Tineo, Dr. Héctor  
 Pifano, Dr. Félix  
 Rivero, Dr. Alberto  
 Rodríguez Cabrera, Dr. J. H.  
 Rodríguez Navarro, Dr. Manuel  
 Ron Pedrique, Dr. Miguel  
 Ruiz, Dr. Miguel  
 Salas Marcano, Dr. Ismael  
 Sánchez Soria, Dr. Serafín  
 Soto Rivera, Dr. Jorge  
 Tineo Salazar, Dr. Jesús  
 Trautmanis Z., Dra. Laima  
 Uzcátegui Selvi, Dr. Iván  
 Valero Martínez, Dr. J. A.  
 Pizarro, Dr. Víctor  
 Padula, Dr. Víctor  
 Villalba, Dr. Gustavo  
 Vivas Salas, Dr. E.

#### MIEMBROS HONORARIOS:

Dr. Roberto A. Higson

Dr. Neal Owens

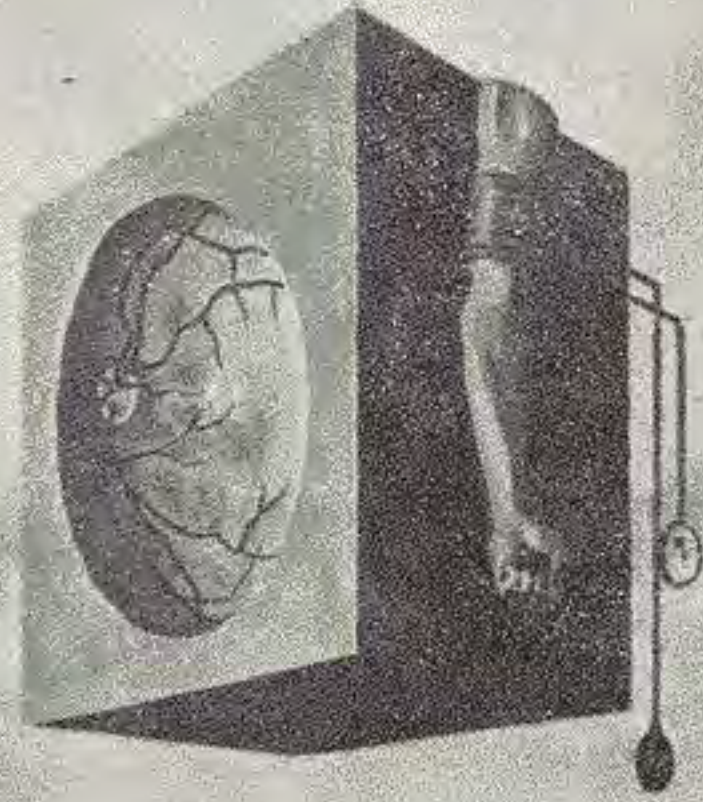


SQUIBB

**El control  
de la hipertensión  
empieza  
desde las raíces  
con**

# Rautractil

Bendroflumetazida y Raíz Integre Normalizada de Rauwolfia  
Serpentina (Rauwolfia) con Cloruro de Potasio Squibb. **Tabletas**



*"La rápida acción de Rautractil, la estabilización gradual de la presión sanguínea a niveles convenientes (normales o casi normales en la mayoría de los casos), y la baja frecuencia de efectos indeseables, aseguran la eficacia de la droga."*

\*L. H. Feldman, North Carolina Medical Journal, 23:549-562, June, 1968



## “Como cota de malla”

PENTRITOL Cápsulas protege al paciente en forma continua contra los ataques de la **angina de pecho**.

Una sola cápsula de **desintegración regulada** proporciona 12 horas de vasodilatación coronaria rápida, uniforme y sostenida. PENTRITOL disminuye la severidad, duración y frecuencia de los ataques. Asimismo, acorta o elimina los requerimientos de nitroglicerina y reduce notablemente la intensidad del dolor.

PENTRITOL reúne en cada cápsula de **desintegración regulada**, cientos de microgránulos de tetranitrato de

pentaeritritol que liberan la droga en forma gradual y sostenida, evitando las variaciones bruscas que pueden precipitar un ataque anginoso. PENTRITOL, aun a dosis más pequeñas, rinde efectos profilácticos superiores a los obtenidos con la droga en forma de tabletas. Dos cápsulas de PENTRITOL —una por la mañana y otra por la noche— **protegen al miocardio en forma continua**: durante 24 horas.

Rp.—PENTRITOL en cápsulas de 30 mg., PENTRITOL se suministra también en cápsulas de 30 mg. con 50 mg. de butabarbital.



# PENTRITOL®

C A P S U L A S

Representantes Exclusivos para Venezuela:

H I G I A C. A. — Apartado 768 — Caracas

ARMOUR PHARMACEUTICAL COMPANY Kankakee Illinois, E.U.A.



Palabras del Dr. José A. O'Daly,

Padrino de la "PROMOCION 1.941", con ocasión

de la Celebración de las Bodas de Plata Profesionales.

Colegas, discípulos y amigos:

La celebración del vigésimo-quinto aniversario de un acontecimiento importante en nuestra vida es de carácter trascendental, más aún si lo que se conmemora es un cuarto de siglo de la carrera profesional.

Para el médico en particular es hora en la que al par del justo y natural regocijo que experimentamos debe ir parejo un análisis de la obra realizada en los planos profesional y personal fruto de cuidadosa meditación sobre nuestras acciones y de sus resultados.

Coincide la fecha por razones de mera cronología con la década en que el hombre goza la plenitud de sus facultades, superada ya en la emotividad de la juventud. Hecha presente la madurez del criterio y el balance de las emociones se está en uso de todas las fuerzas físicas y espirituales.

Esta hora debe marcar también el lapso de mayor trabajo y preparación para lo que ha de venir después cuando traspasada la cumbre adonde cada uno debe llegar se inicie el descenso, fatal e inexorable por absolutamente cierto; es entonces cuando tendremos que echar mano de toda nuestra inteligencia para vivir al margen dando paso a las nuevas generaciones con otras inquietudes, las propias de su tiempo, en los campos científico y social.

Para entonces lleváis buen bagaje obtenido de vivencias en vuestra formación académica y profesional, de las lecciones que da la vida y el diario quehacer.

Habéis aprendido a valorar lo que hay de bueno y de bello en el diario vivir y actuar y también el contenido trágico, la miseria y el dolor de los cuerpos y de las almas.

Muchos de vosotros habéis escalado altas posiciones en el cuerpo social, en el campo de la ciencia, en la política, y también edificado hogares, tenido hijos y hecho medios de fortuna. Habréis sentido el goce de los objetivos logrados y disfrutado de sus provechos.

Acaso pocos no llegaron a culminar las metas que se habían prefijado, y allá en su intimidad dan cabida a sentimientos de frustración y descontento y creyendo exclusiva su culpa muelen su espíritu dentro de preocupaciones y angustias sin parar en mientes que acaso sus puntos de vista no fueron entendidos, o hubo insuficiente esfuerzo o no hubo "suerte" ese hilo sutil e imponderable que tiene tan importante papel en el desarrollo cabal de la persona.. Motivo de reflexión a la vista; necesidad de rectificaciones de conducta sin dar lugar nunca al desánimo porque es éste el comienzo seguro de la derrota.

Otros en fin no tuvieron tiempo... y secó la espiga antes de la maduración del grano y en temprana siega cayó luto y tristezas en hogares en capullo.

Ir y venir de las cosas de la vida. Alternancia de goces y desdichas, luchas, éxitos y fracasos. Oleaje perpetuo con sus bellas alburas de espuma seguidas de las piedras y los guijarros de la resaca.

La vida es así y no podemos cambiarla. Dentro de ese complejo dinámico y cambiante de signo debemos buscar los fines que justifiquen la aventura de vivirla dando base a una modalidad de pensamiento y acción enrumbada a un acrecentamiento del ser individual y social.

En este sentido, apartando la vida mística no apropiada a todos los temperamentos, sobresale como valor sustantivo el trabajo y esto no se pierde nunca, nadie puede robarlo, si ha habido eficiencia y buena fe el reconocimiento tarde o temprano llega, y prueba la buena ruta la abundancia de la cosecha.

Vivimos época difícil y navegamos en un mar "picado" y lleno de peligros. El vértigo se ha apoderado del hombre y los caminos más fáciles y de bajo contenido moral, a la vez que se diversifican tienden a generalizarse como nuevos patrones de conducta. Me inquieta sobremanera hoy la juventud. Se descuidan deberes y derechos y en una tendencia cómoda de recibir lo más por el menor trabajo, se descuidan obligaciones porque al multiplicarse las acciones naufragan los objetivos y los ideales y se pierden muchos esfuerzos dentro de la desorganización, la falta de fe y la incoordinación de los pensamientos.

Una cura de reposo, acaso de sueño, es urgente en el mundo en que vivimos.

No queremos preocuparnos; cuando surge algún problema de difícil solución o echamos mano de las reacciones primarias y montamos en cólera dando rienda suelta a la intemperancia y al mal humor, o disgustados por lo que nos molesta y ya desacostumbrados a la lucha, recurrimos a las drogas tranquilizantes sumiéndonos en un dulce letargo profundamente estéril y atrofiante de las más bellas aptitudes del espíritu. Nos hacemos entonces la ilusión de que hemos resuelto la problemática del momento.

Lo indicado en tal situación es el análisis metódico y profundo con el mayor esfuerzo y claridad de percepción sin premuras ni preocupaciones, por más presiones que sobre nosotros se ejerza, en busca de las soluciones apropiadas que satisfagan en lo posible nuestros propósitos y con pleno respeto y consideración de los intereses de los demás. Lo contrario es dar pie a un egoísmo desenfrenado y al propio provecho personal: es decir, barbarie de categoría.

Un ejemplo típico de situación semejante está patente en la crisis que incide en el seno de la familia: Hijos a la deriva, madres de poca responsabilidad que no saben o no quieren saber de los deberes y obligaciones que adquieren cuando brotan de sus entrañas humanos retoños... Padres complacientes con sus emociones y pasiones personales que creen que un puñado de monedas, automóvil, televisor, buena mesa y buen vino bastan para mantener el equilibrio del hogar, para satisfacer las necesidades espirituales de la esposa y de los hijos. Estos, a menudo en manos del servicio, se alejan de los padres demasiado ocupados en problemas "serios" para perder tiempo en cosas infantiles. Así no se lleva a buen fin la educación de quienes en un mañana menos lejano de lo que parece, deberán tomar las posiciones ductoras en la patria y en la sociedad.

Pero el hombre siempre ha sido renuente a aceptar sus propias responsabilidades y las deriva a otro sujeto. Así resulta muy fácil decir: "Fenómeno mundial", "Crisis de desarrollo", "culpa del Gobierno"... lugares comunes de nuestro tiempo bajo los que se esconden grandes mentiras y tremendas responsabilidades individuales. Quienes así proceden olvidan que en la tierna estructura mental de los niños no debe tomar parte el látigo que destroza ni el castigo que desmoraliza sino la labor diaria y sutil y efectivamente penetrante del buen ejemplo.

Acaso estas reflexiones pudieran considerarse un poco inapropiadas en una efemérides donde todo debe ser gozo y contentamiento. Se perdería así un momento psicológico óptimo para la posibilidad de pensar en provechosas rectificaciones si hubiere lugar.

Por otra parte yo traicionaría la misión que me impuse cuando hace treinta y seis años dí la primera clase en un Liceo de esta ciudad.

Acepten ustedes las ideas expuestas, si quieren, como una clase más recordando aquellas que les dí cuando empezaban su formación de médicos; en ésta encontrarán otra ciencia, no la morfológica de aquellos tiempos, sino la vital y humana que da la experiencia en la vida; porque hoy, ya viejo, he aprendido a convencerme que la mejor de todas las ciencias es la de aprender a vivir como Dios manda... y nunca es tarde para eso.

En mis palabras no busquéis reproches de ninguna especie sino profesión de fe hacia una evolución profundamente optimista de la humanidad. Estoy convencido que si no hemos conquistado un mundo mejor y más justo es por nuestra propia culpa.

Día vendrá, quizás tarde todavía, cuando se comprenda con toda plenitud que en muchas cosas no tenemos razón. Día vendrá en que el Trabajo metódico consagrado como valor substantivo sustituirá a la viveza

y a la pillería y en esfuerzo coordinado y armónico enfocará todas nuestras acciones hacia objetivos precisos de encontrar el cómo vivir más y mejor con mayor justicia y moralidad.

No queremos más puristas que pretenden moverse en un mundo ideal de tipo paradisiaco de donde fuimos expulsados como pena a la transgresión de sus leyes.

Están demás los indolentes, egoístas y aprovechadores que creen que la colectividad debe ponerse a su propio servicio para mantener el nivel de sus apetitos personales.

En cambio nos urgen quienes entienden y practican el culto a la religión del hacer y del saber ser, con juicio y conciencia llenando el papel histórico que les toca a cada uno en su medio y en su tiempo.

Y valga insistir que el incremento de los valores fundamentales de la persona no pueden lograrse sin el ejercicio cabal de la libertad en el hogar, en las instituciones y a todo lo largo y lo ancho del país.

No son los gritos ni los decretos ni las presiones del poder ni tampoco las leyes los que hacen grandes a los pueblos, sino las virtudes de los hombres que los forman en otros términos: seremos felices como colectividad en el grado que seamos virtuosos como individuos.

Quiero ver al haberseme escogido para hablar en este Acto una manifestación de gratitud por lo poco que contribuí a la formación de ustedes desde la cátedra universitaria. Tal actitud me complace y a la vez me obliga a la recíproca. De aquí la razón de ser del contenido de mi discurso de hoy; pretendo continuar la obra de entonces.

Este reencuentro con ustedes es motivo para mí de la mayor satisfacción. Casi me parece volver a vivir aquellos años en que vosotros adolescentes todavía se agrupaban a mí alrededor en busca de informaciones y enseñanzas; por eso me siento rejuvenecido en este momento y he recibido el impetu otra vez de ustedes.

Estas líneas hilvanadas para ustedes con el mayor afecto tienen quizás como mayor valor al ser absolutamente sinceras y destinadas a estimular vuestros méritos a la vez que darles ánimo para proseguir en la gran empresa que tienen entre las manos.

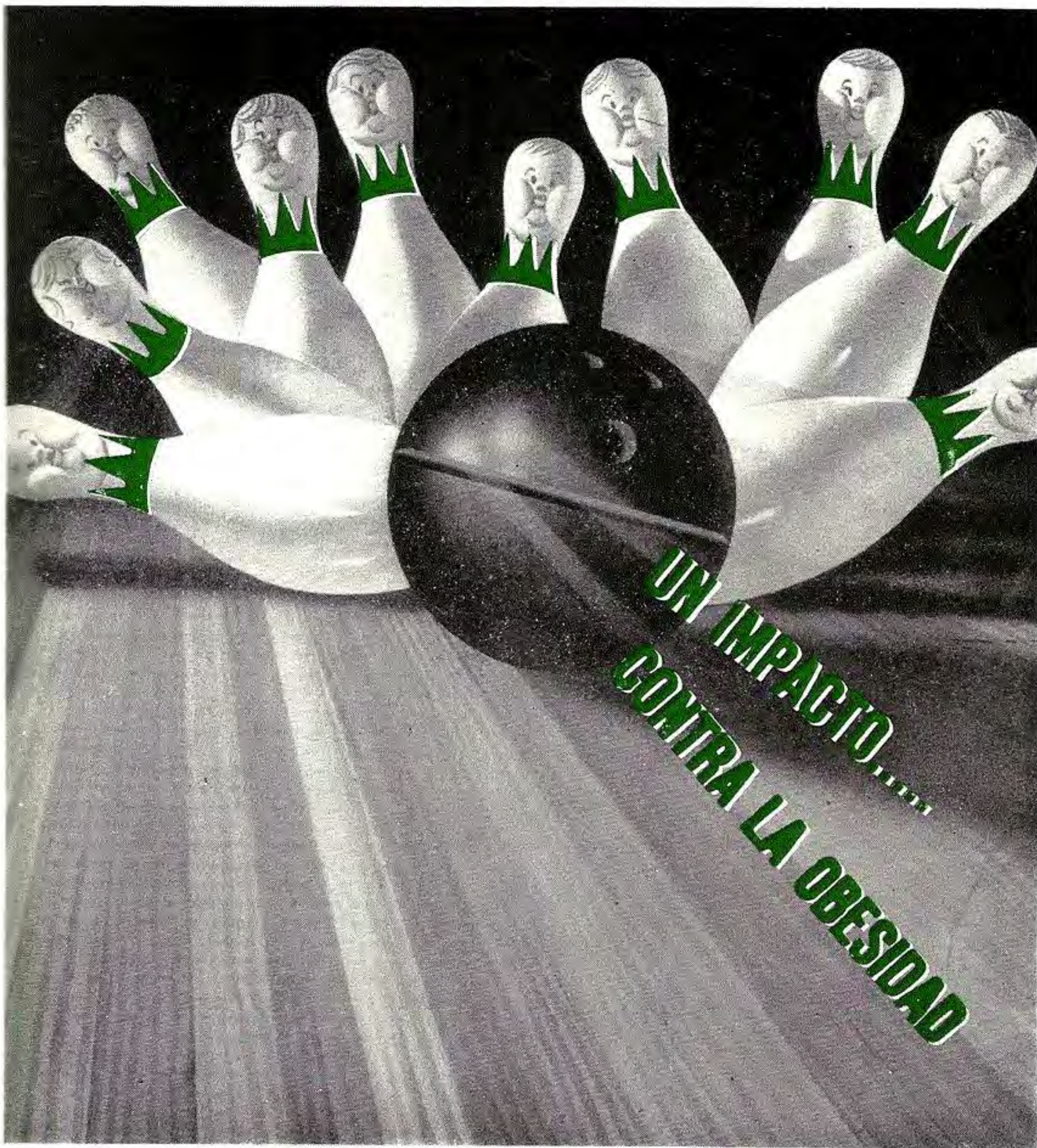
Recibid el cordial abrazo de vuestros viejos profesores que esta noche me tomo la libertad de representar en la seguridad que comparten conmigo las intenciones que me animan.

Al dispersaros de nuevo llevad hasta el seno de vuestros hogares mis más cálidas felicitaciones y que la paz de espíritu sea con vosotros, máximo bien a que puede aspirarse en este mundo.

Caracas, 3 de diciembre de 1966.

# NUEVO!... REBAL®

CLORHIDRATO DE CLORFENTERMINA



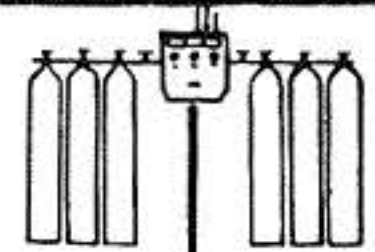
**ANOREXIA DURANTE TODO EL DIA  
...CON UNA SOLA TABLETA**

**PRESENTACION:**

REBAL (clorfentermina Palenzona) se presenta en estuches de 20 tabletas de desintegración lenta. Cada tableta contiene 65 mg. de clorfentermina base en forma de clorhidrato.

Hecho en Venezuela en las modernas instalaciones del  
**LABORATORIO  
PALENZONA**  
Caracas

REBAL 2 c (RA) 67

**NCG****TODA CLASE DE EQUIPOS PARA OXIGENOTERAPIA**

**\* Incubadoras:**

Proveen aislación completa para infantes con controles precisos de calor, humedad y oxígeno.



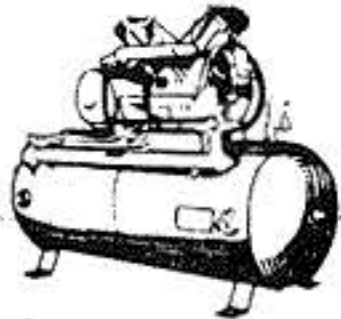
**\* Tiendas de oxígeno refrigeradas por hielo:**

El "VAPO<sub>2</sub> -TENT" de NCG para terapia de aerosol y/u oxígeno. Puede alistarse en pocos minutos, para uso en niños y adultos.

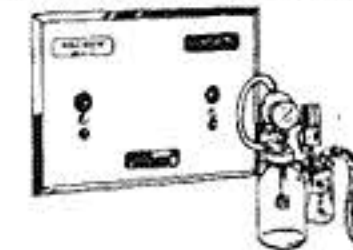


**\* Resucitadores:**

De oxígeno para uso en cilindros o en hospitales con instalación central.



Instalaciones completas de sistemas centrales de oxígeno, succión, óxido nitroso etc. Consulte nuestro departamento técnico sin ningún compromiso.



GI-12

**GIV**

Servicios Médicos

**C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA**

**CARACAS: Telfs.: 33.60.38 - 33.61.09 y 33.83.01**  
**MARACAIBO - VALENCIA - MARACAY - BARQUISIMETO**  
**PUERTO ORDAZ - PTO. FIJO - SAN JOSE DE GUANIPA**



## SUPERACION

A través de los siglos y de las culturas, el hombre ha manifestado su permanente espíritu de superación, creando nuevas perspectivas de progreso y bienestar para el mundo... Desde las Ciencias y las Artes, hasta la Economía y el Deporte, en todas las ramas del quehacer humano se han acumulado esfuerzos y experiencias que hoy constituyen el patrimonio espiritual y cultural de la humanidad. Viasa -Venezolana Internacional de Aviación S.A.- es también el brillante resultado de la experiencia, responsabilidad y espíritu de superación que significan para Venezuela un excelente prestigio mundial en la aviación comercial.

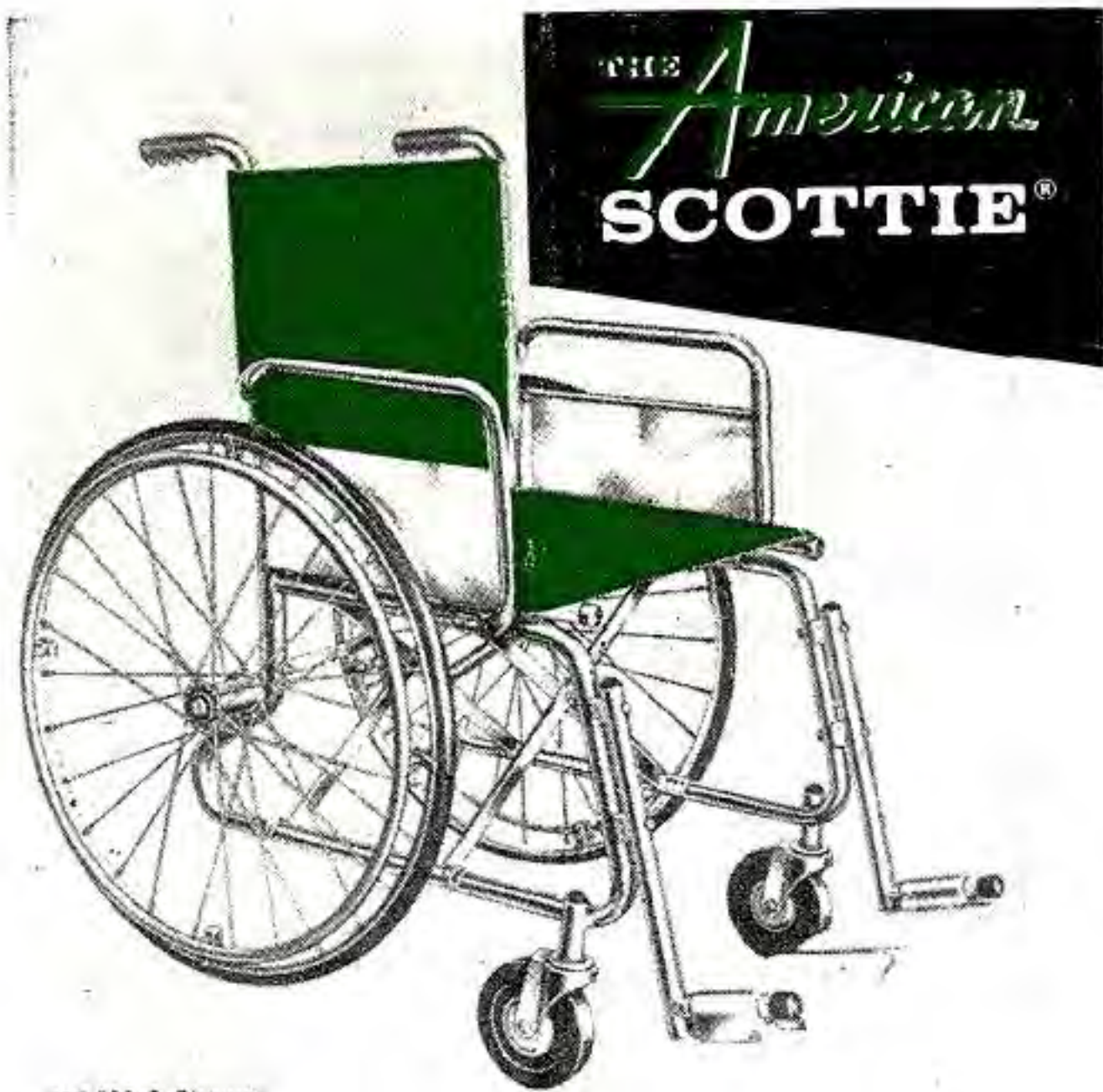


VENEZOLANA INTERNACIONAL DE AVIACION S. A.



*American*

**HOSPITAL SUPPLY CORPORATION  
DE VENEZUELA C. A.**



496-500-2 Shown

EQUIPOS DE REHABILITACION  
TERAPIA OCUPACIONAL  
DIAGNOSTICO  
APARATOS PARA EJERCICIOS

## **Sillas de Ruedas**

Edificio La Hacienda. Oficina 31-L  
Teléfonos: 33-63-05 y 33-59-01  
Avenida Principal de Las Mercedes  
Caracas - Venezuela

# **El Biotipo 1483-59**

## **(Edwarsiella Tarda)**

### **Su Aislamiento en Venezuela**

Por el Dr.: **José J. Gutiérrez Alfaro**  
y Bioanalista **Josefina Guariguata**  
Hospital Privado Centro Médico de Caracas  
Departamento de Laboratorio  
Servicio de Bacteriología

El objeto de esta comunicación es señalar la presencia en Venezuela del Biotipo 1483-59 (*Edwarsiella tarda*) aislado el 24-5-65, N° 424 en nuestro Servicio, en las heces de un paciente con síndrome disentérico, indicar someramente el procedimiento seguido para su identificación, revisar las características de este grupo de enterobacterias y contribuir con su divulgación a facilitar su clasificación a los que laboran en este campo en nuestro país.

#### **Material y Métodos**

C.H. de 56 años consulta por diarreas frecuentes de más de 40 días de duración, sin que hubiera mejorado a pesar del régimen dietético y de los medicamentos administrados. Ante la consulta que se nos hace recomendamos examen coprológico en fresco para examen parasitológico.

El examen directo, revela la presencia de *Trichomonas intestinalis*.

La siembra bacteriológica de rutina la realizamos dentro de los 30 minutos siguientes a su emisión en: Agar sangre, Agar de Levine, S.S. Agar, Caldo Tetrathionato y Wilson Blair Agar. (Utilizamos medios Difco y B.B.L.)

A las 24 horas de su siembra, el S.S. Agar nos muestra la presencia de colonias no fermentadoras que con el hilo del platino pasamos al medio de Kligler. Al día siguiente nos llama la atención la imagen del Kligler: taco ácido con gas e intensa producción de  $H_2S$ . La prueba para hidrólisis de la urea es negativa.

Para orientarnos hacemos una aglutinación con antisuero polivalente O de *Salmonellas* la cual es negativa, así como también con los antisueros Bethesda-Ballerup.

El examen microscópico en fresco nos revela la presencia de bacilos móviles y la coloración de Gram nos indica que son negativos.

Los medios de selección que sembramos dan los siguientes resultados: Indol +, citrato —, malonato —, lactosa —, lisina +, dulcitol —. Esta imagen singular que no corresponde a ninguno de los grupos frecuentes de las Enterobacterias, nos hizo pensar en la descripción que habíamos leído del Biotipo 1483-59 y procedimos a sembrarlos en la mayoría de los medios que señalan en su trabajo Ewing y Col. (Ver cuadro N° 1, parte 1 y 2.) Estas reacciones las practicamos paralelamente con una cepa del Biotipo cedida gentilmente por el Dr. Ewing en Oct. de 1964.

En vista de la igualdad de las reacciones clasificamos el bacilo como perteneciente al Biotipo 1483-59.

Este grupo de bacterias (Edwardsiellas) presentan las características siguientes:

Bacilos Gram negativos, fermentan la glucosa con gas, producen gran cantidad de H<sub>2</sub>S, son lactosa, manitol, oxidasa-negativos, indol-positivo, rojo metilo positivo, reducen los nitratos.

Los trabajos citados de Ewing y Col (1,2) señalaban hasta la fecha de su publicación 37 aislamientos, cuyas muestras provenían de 16 Estados de la Unión y 4 muestras de otros países: Brasil, Ecuador, Israel y Japón.

El cuadro N° 2 señala las fuentes de las cuales fueron aisladas las cepas arriba mencionadas.

## C U A D R O N ° 1

### I Parte

Comparación de las reacciones bioquímicas dadas por cepas de Biotipo 1483-59 y las de otros grupos de las Enterobacteriaceas.

Prueba o Substrato	Biotipo 1483-59	%	Salmonella	Arizona	Citrobacter	P. Vulgaris	P. mirabilis	E. coli
Hidrógeno sulfurado	+	100	+	+	+	+	+	—
Ureasa	—	0	—	—	d	+	+	—
Indol	+	100	—	—	—	+	—	+
Rojo Metilo (37C)	+	100	+	+	+	+	+	+
Voges Proskauer	—	0	—	—	—	—	—	—
Citrato (Simmons)	—	0	+	+	+	d	d	—
KCN	—	0	—	—	+	+	+	—
Motilidad	+	100	+	+	+	+	+	+o—
Gelatina (22C)	—	0	—	(+)	—	+	+	—
Lisina (decarboxilación)	+	100	+	+	—	—	—	d

# BONIFEN

NEURODINAMICO



## REFERATA

**Experimentaciones sobre el metabolismo cerebral bajo tratamiento con Piritioxina.**

**Becker, K. y Hoyer, S. Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde 1966, Tomo 188, H. 3, pág. 200-209.**

La influencia del **BONIFEN** en el metabolismo cerebral fue ensayada en 11 pacientes con edades entre 25 y 62 años. Los diagnósticos clínicos de los enfermos (4 mujeres y 7 hombres) eran muy diferentes. Se trataba de casos de cerebroesclerosis, abuso crónico de alcohol, parkinsonismo, encefalopatías y secuelas de traumatismos craneoencefálicos.

A comienzos y a un promedio de 20 días de tratamiento estacionario, fueron evaluadas la irrigación cerebral así como diversos factores del metabolismo (gasto de oxígeno, liberación de CO<sub>2</sub>, gasto de glucosa, liberación de ácido láctico). Los valores de irrigación cerebral fueron medidos según método modificado del oxidulo de nitrógeno (Kety y Schmidt); oxígeno y CO<sub>2</sub> con el aparato de van Slyke; análisis de los substratos según métodos enzimáticos específicos de Gottstein y col. La dosis diaria de **BONIFEN** osciló entre los 900 y 1200 mgs. El preparado se suministró al principio en infusión endovenosa y más tarde por vía oral. En 8 pacientes se mostró antes del tratamiento con **BONIFEN** un gasto de glucosa sumamente reducido. Mientras que normalmente el gasto de glucosa en el tejido cerebral es de 5,30 mg/100 gramos-minuto, se había reducido en estos casos a un promedio de 2,35 mg/100 gr-min., estando de este modo a un 44,4% del valor normal.

A los 20 días de tratamiento con **BONIFEN**, aumentó el gasto de glucosa en el cerebro de los pacientes a un promedio de 4,57 mg/100 gr-min., siendo ya esta cifra un 86,2% del valor normal. Los otros valores metabólicos dejaron entrever también la influencia positiva del **BONIFEN** en el metabolismo cerebral: la liberación de ácido láctico bajó de un promedio de 0,85 a 0,62 mg/100 gr-min., (valor normal = 0,42) lo que influyó notablemente en el cociente —formación de ácido láctico/gasto de glucosa— que bajó de 45,5 a 12,5 (valor normal = 7,6).

El gasto de oxígeno no aumenta perceptiblemente bajo tratamiento con **BONIFEN**; el cociente —gasto de glucosa/gasto de oxígeno— que antes de la terapia estaba anotado con 0,82 y por ello extraordinariamente bajo, se normalizó totalmente. El valor de oxidación glucosídica aumentó durante el tratamiento de 1,54 a 3,83 mg/100 gr-min., (valor normal 4,90). Por el contrario, el valor de irrigación cerebral no varió durante el tratamiento con **BONIFEN**.

Un aumento parecido en la utilización de glucosa así como una notable disminución de ácido láctico se percibieron también en dos pacientes en los que desde un principio no se habían registrado valores muy diferentes a los normales. El aumento del gasto de glucosa se elevó en estos casos en un 56%. El pequeño aumento de gasto de oxígeno en el cerebro en comparación con el gasto de glucosa después del tratamiento con **BONIFEN**, permite concluir que existía una falla en el metabolismo cerebral, una hipoglucoxidosis, en los pacientes tratados por los autores. Se trataba de anomalías aisladas en el proceso de oxidación glucosídica, mientras que la oxidación de otros substratos se realizaba con normal gasto de oxígeno.

Estos trastornos en el metabolismo cerebral pueden ser corregidos —según resultados obtenidos por los autores— con un tratamiento a base de **BONIFEN**.



MERCK VENEZOLANA S. A.  
Apdo. Sabanagrande 10.788 - Caracas  
Elaborado en Venezuela  
bajo licencia y según fórmula original de  
**E. MERCK A. G. DARMSTADT/ALEMANIA**

C U A D R O N º 1

Prueba o Substrato	Biotipo 1483-59		Salmonella	Arizona	Citrobacter	P. Vulgaris	P. mirabilis	E. coli
		%						
Arginina dihidrolasa	—	0	(+)	(+)	(+)o+	—	—	d
Ornitinina (decarboxi- lación)	+	100	+	+	—o+	—	+	d
Fenilalanina (desmi- nación)	—	0	—	—	—	+	+	—
Gas de Glucosa	+	100	+	+	+	+	+	+
Lactosa	—	0	—	d	d	—	—	+
Suerosa	—	0	—	—	d	+	(+)o+	d
Manitol	—	0	+	+	+	—	—	+
Dulcitol	—	0	+	—	d	—	—	d
Salicina	—	0	—	—	—	d	(+)	d
Adonitol	—	0	—	—	—	—	—	—
<b>II Parte</b>								
Inositol	—	0	d	—	—	—	—	—
Sorbitol	—	0	+	+	+	—	—	d
Arabinosa	—	3.0	+	+	+	—	—	+
Rafinosa	—	0	—	—	d	—	—	d
Ramnosa	—	0	+	+	+	—o+	—	d
Malonato	—	0	—	+	d	—	—	—
Maltosa	+	100	+	+	+	+	+	d
Xilosa	—	0	+	+	+	d	+	d
Trehalosa	—	0	d	+	+	(+)o+	+	+
Celobiosa	—	0	d	—	+o(+)	(+)o—	(+)o—	—
Glicerol	d	77	+	+	+	+o(+)	+o(+)	+
Esculina	—	0	—	—	—	d	—	d
Beta Galactosidasa	—	0	—	+	+o—	—	—	+o—

El gas producido es igual al 50 % o más del tubo de fermentación.

+: positivo en uno o dos días de incubación.

—: sin reacción.

(+): reacción positiva después de tres o más días.

+o—: mayoría de cepas positivas ocasionalmente negativas.

—o+: la mayoría de los cultivos negativos ocasionalmente positivos.

(+)c—: la mayoría de las reacciones tardías, algunas son positivas en uno o dos días.

d: reacciones dicientes: +, (+), -.

**C U A D R O   N °   2**

**FUENTES DE AISLAMIENTO DEL BIOTIPO 1483-59**

**EDWARSIELLA TARDA**

	Humanas	Animales	Bacteriotecas
<b>Heces:</b>			
Sin historia	18	1	
Diarrea	5	1 (bovina)	
Portadores	2		
Heridas	5		
Sangre	1		
Orina	1		
Desconocido	2		
Misceláneas	—		1
	-----	-----	-----
Totales	34	2	1

Después de estas comunicaciones de Ewing y Col. los autores mencionados han aislado 26 cepas más, para totalizar 63.

Ewing y Col. han descrito hasta ahora en este grupo ocho tipos de antígenos O y diez de antígenos H.

**Grupo Asakusa:**

Simultáneamente desde 1959 Sakasaki del Instituto de Higiene de Tokio, ha venido aislando bacterias idénticas o muy similares al Biotipo 1483-59 (existen diferencias en el indol, trehalosa, decarboxilación de la ornitina, etc.) para los cuales él propone el nombre Asakusa, por haber realizado su primer aislamiento en esta localidad. Hasta la fecha de su publicación (4) Sakasaki ha aislado 256 cepas, de las cuales 248 en serpientes, 2 en focas y 5 en casos humanos. En la opinión de Ewing (2) este grupo es un poco heterogéneo por las razones que anotamos anteriormente (indol-ornitina).

## CARACTERISTICAS DEL GRUPO ASAKUSA

Gas de la Glucosa	+	Sorbitol (acidificación)	—
Lactosa (acidificación)	—	Indol	Usualmente +
Sacarosa	—	Rojo Metilo	+
Maltosa	+	Voges Proskauer	—
Trehalosa	+	Citrato de Amonio	—
Manitol	—	H <sub>2</sub> S	+
Ducitol	—	Ureasa	—
Salicina	—	Liquefacción de la Gelatina	—
Adonitol	—	Crecimiento en Medio KCN	—
Inositol	—	Deaminación de la fenilalanina	—
Rhamnosa	—	Malonato de sodio	—
Rafinosa	—	Lisina decarboxilasa	+
Arabinosa (acidificación)	—	Arginina dehidrolasa	—
Xilosa	—	Ornithina decarboxilasa	+

### Grupo Bartholomew:

En 1964, Benjamín M. King y David L. Adler, de la División de Microbiología de Bartholomew Country Hospital de la Ciudad de Columbus (Indiana U.S.A.) (3) se refieren a un grupo no descrito previamente de "Enterobacteriáceas" cuyas características bioquímicas son las siguientes:

## CARACTERISTICAS DEL GRUPO BARTHOLOMEW

Glucosa	gas +	Citrato de Simmons	—
Manitol	—	H <sub>2</sub> S	+
Dulcitol	—	Urea	—
Lactosa	—	Nitratos	+
Sacarosa	—	Motilidad	+
Salicina	—	Lisina decarboxilasa	+
Indol	+	Fenilalanina deaminasa	—
Rojo Metilo	+	Gelatina	—
Voges-Proskauer	—	Malonato	—

Escriben los autores antes citados (loc. cit.) "estos organismos son incapaces de fermentar manitol y este criterio los distingue de las Salmonellas, Citrobacter y Arizona" ... "como este grupo no ha sido descrito anteriormente y el problema de clasificación debe ser considerado, el nombre Grupo Bartholomew es sugerido, señalando el lugar donde el primer miembro del grupo fue aislado".

Ewing y Col. (2) consideran que los nombres de Asakusa y Bartholomew, no llenan los requisitos exigidos actualmente por la nomenclatura y muy juiciosamente propone el nombre de Edwarsiella, derivado del nombre del gran enterobacteriólogo P. R. Edwards, conspicua figura de la Bacteriología mundial y tarda (del latín lento, poco activo) en atención de su acción muy limitada sobre los glucidos.

Así tendremos: Tribu = Edwarsiella

Género: Edwarsiella (Ewing y Mc Whorter)

Especie: Edwarsiella tarda.

### CONCLUSIONES

- 1.—Se comprueba por primera vez la presencia en Venezuela del Biotipo 1483-59 (Edwarsiella tarda) aislada de las heces de un paciente con disentérico.
- 2.—Nos adherimos a la proposición de Ewing y Col. de la creación de la tribu Edwarsielleae, del género Edwarsiella y la especie tarda, por las razones anotadas por dichos autores.
- 3.—Queda a demostrar el papel patógeno definitivo de la especie.
- 4.—Recomendamos la investigación de estas enterobacteriáceas en el medio rural como posible fuente de infecciones.

### ADDEDUM

Un año después de aislado el caso, motivo de esta primera comunicación, en la Sección de Bacteriología del Hospital Universitario de Caracas, hemos aislado dos casos más en síndromes disentéricos, uno en un niño de 10 meses y el otro en un adulto con diagnóstico de colitis ulcerosa. Estos casos serán motivo de otra comunicación.

### S U M A R I O

Se aísla por primera vez en Venezuela el Biotipo 1483-Edwarsiella tarda. (24-5-65).

Se señalan sus características bioquímicas y sus semejanzas y diferencias con otros grupos similares, con el objeto de facilitar su identificación. Compartimos la sugerencia de la creación del Género Edwarsiella y la especie tarda por las razones anotadas. Se sugiere su investigación en medios rurales.

### S U M M A R Y

We describe the Isolation for the first time in Venezuela of Biotipo 1483-Edwarsiella tarda (may-24-1965). We point out the biochemical reactions of the type and the resemblings and differences with similar groups in order to facilitate its identification. We agree with the suggestion to create the Genus Edwarsiella and the Species tarda for the given reasons. We suggest the investigation of this Biotipo in rural communities.

### B I B L I O G R A F I A

- 1.—Roundtable on Enterobacteriaceae.— A.S.M., Meeting, Washington D.C., May-1964.
- 2.—W.H. Ewing, A.C. Mc Whorter, M.R. Escobar y A.H. Lubin "Edwarsiella, a New Genus of Enterobacteriaceae Based on a New species, E. Tarda-Bull." Of Bact. Nomen. Tax. Vol. 15,, N 1, January 1965, pp. 33-38.
- 3.—King B.M. y D.L. Adler 1964: "A previously undescribed group of Enterobacteriaceae.— Amer Jour. Clin. Path. 41:230-232.
- 4.—Sakasaki: A. proposed Group of the Family Enterobacteriaceae. The Asakusa Group— Inter Bull Of Bact. Nomen. And Tax. Vol. 15, N° 1, January 15, 1965, pp. 45-47.
- 5.—P.R. Edwards and W.H. Ewing: Identification of Enterobacteriaceae.— Burgess Publishing Company, 1960.
- 6.—Leon Le Minor; Le Diagnostic De Laboratoire des Entérobactéries.— 2e. Edition, 1962.



EN **VIAJA** EL TIEMPO PASA VOLANDO!

VENEZOLANA INTERNACIONAL DE AVIACION S.A.

# SULFOBARINA (ORAL)

Lata de 150 Gramos



Comida opaca a base de Sulfato de Bario purísimo, aromatizado con cacao, para radio-diagnóstico del tracto gastro intestinal.

La calidad especial del Sulfato de Bario empleado permite obtener imágenes de contraste preciso que facilitan el cometido del radiólogo. El medio emulsionante contribuye a la perfecta distribución del Bario.

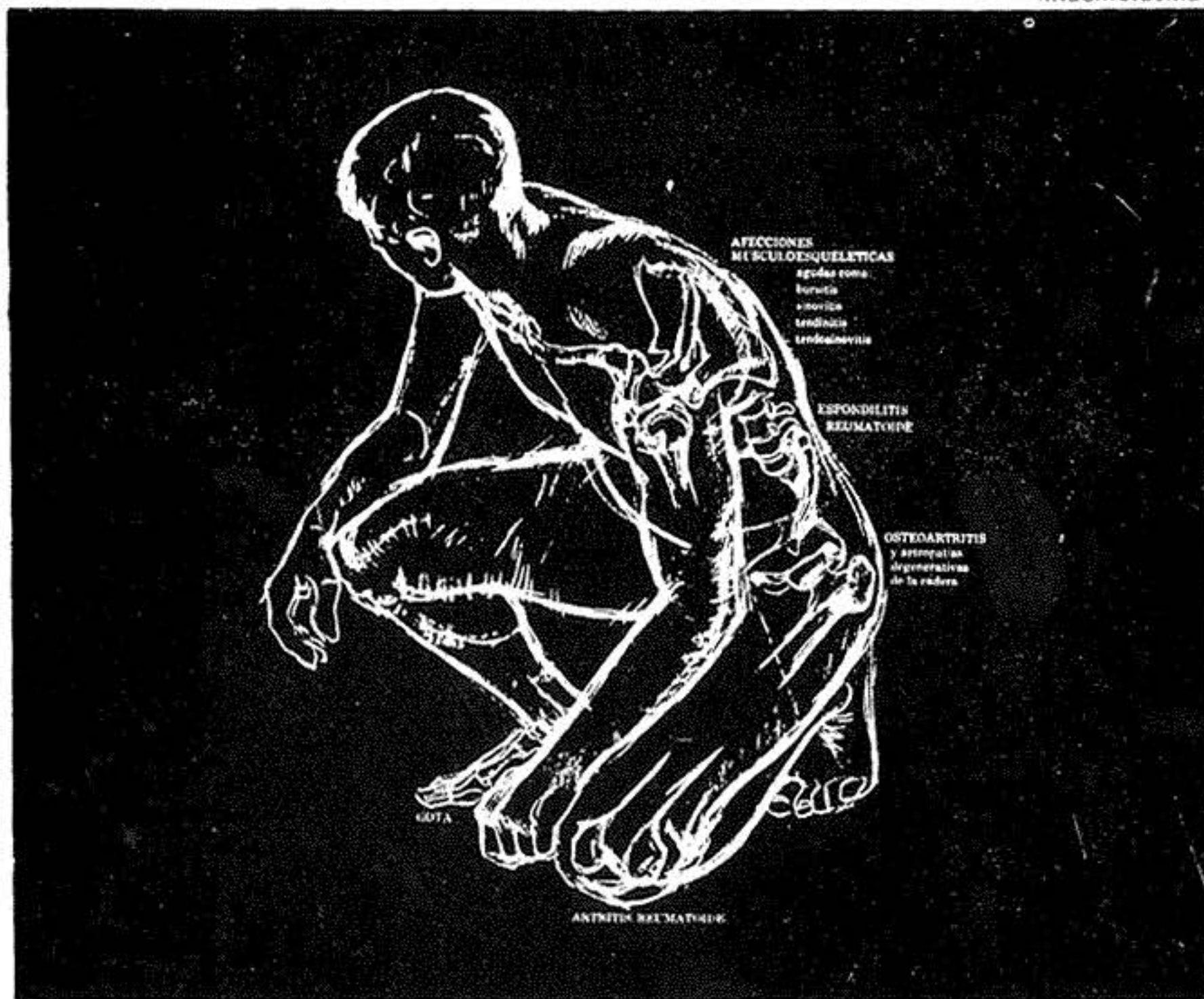
**Laboratorios Tecno - Químicos, C. A.**

Capital: Bs. 500.000,00

C A R A C A S

# INDOCID\*

(indometacina)



- **SUPRIME...** la inflamación
- **CONTROLA...** rápidamente el dolor
- **REDUCE...** la fiebre

...innovación  
en  
reumatología...

- EFICAZ ANTIINFLAMATORIO  
NO ESTEROIDE
- CON PROPIEDADES ANALGESICAS  
Y  
ANTIPIRETICAS

## indicado

EN AFECCIONES  
REUMATICAS AGUDAS  
Y CRONICAS

**PRESENTACION:** INDOCID se presenta en cápsulas opacas, azul y blanco, que contienen 25 mg. de indometacina por cápsula, en frascos ámbar con 30,

NOTA: Información detallada a solicitud del médico.



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL

DIVISION OF MERCK & CO., INC.

100 CHURCH STREET, NEW YORK 7, N. Y. U. S. A.

\*Marca de fábrica de Merck & Co., Inc.

TW-IDC-T5 110

¡Inspirado por los Pediatras!  
EL NUEVO MODELO 190 DE INCUBADORA  
OHIO-ARMSTRONG TIPO AISLAMIENTO



DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

**COLIMODIO S. A.**

ESTE 2 — SUR 21 No. 148 — EDIFICIO COLIMODIO

Apartado 1053 — Caracas

# **NARCIDINE**

( NIH - 7519 ) - FENAZOCINA

**NUEVO Y PODEROSO  
ANALGESICO DE SINTESIS**

**MAS POTENTE QUE LA MORFINA...  
...SIN SUS EFECTOS SECUNDARIOS**

**PRESENTACION:**

- Ampollas de 2 mg. (1.1cc)  
Cajas de 6 y 100 ampollas

# NARCIDINE (NIH 7519)

MARCA REGISTRADA  
MARCA DE FENAZOCINA

INDICACIONES	DOSIFICACION EN ADULTOS
Dolor General	1-3 mg intramuscular, según sea necesario. Para repetirse cada 4-6 horas si es necesario. Dosis más elevadas pueden suministrarse en el caso de dolor intenso.
Medicación Pre-Operatoria	1-2 mg. intramuscular, 45-60 minutos antes de la operación.
Durante la Operación	0,5 - 1 mg. por vía intravenosa.
En Estado Post-operatorio	1-2 mg. intramuscular, según sea necesario.
Obstetricia	1-2 mg. intramuscular o por vía intravenosa inicialmente, seguido por 0,5-1 mg. según sea necesario. La dosis total durante el trabajo muy rara vez excede de 6 mg.

EL NARCIDINE ESTA SUJETO A LOS REGLAMENTOS DE  
DROGAS ESTUPEFACTIVAS.

**SMITH & NEPHEW PHARMACEUTICALS, LTD.**

WELWYN GARDEN CITY, HERTS. - INGLATERRA

Fabricado en Venezuela, bajo licencia, por  
**LABORATORIOS BIOGEN, C. A.**

APARTADO DE CORREOS 714. CARACAS

Teléfonos: 34 04 41 a 43

# Diez Años de Experiencia con Bloqueos Terapéuticos en el Departamento de Anestesia del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.\*

Dr. Roberto J. Lucca E.  
Director del Departamento

En esta comunicación se analizan los resultados obtenidos en diez (10) años de experiencia con los bloqueos terapéuticos por dolores rebeldes de causas diversas. Se han escogido los últimos diez años debido a que estimamos que, a partir de marzo de 1956 es que estamos realizando bloqueos terapéuticos con un criterio bien definido. Además, los resultados en el tratamiento por bloqueos de este tipo tiene particular importancia en su proyección en el tiempo y, son los beneficios a largo plazo los que interesan. Nuestro estudio comienza con el primer ganglio de Gasser bloqueado con una técnica correcta, o sea con control radiológico. Se trataba de un cáncer recidivante en la cara después de una operación de Comando.

Lo antes dicho no supone que con anterioridad no practicásemos bloqueos de carácter "mayor", sólo que orientábamos nuestros bloqueos hacia un concepto anestésico en general.

Tampoco están considerados todos nuestros bloqueos practicados desde entonces; son muchos más, sólo que hemos querido seleccionar aquellos bien historiadados, cuya evolución completa se conoce y que pueden considerarse como bloqueos "mayores", o sea todos los que han sido efectuados en Quirófano y, o con el paciente hospitalizado.

A lo largo de la exposición se consideran los siguientes tipos de bloqueos:

---

\* Trabajo leído ante el VIII Congreso Latinoamericano de Anestesiología y II Congreso Venezolano de Anestesiología, Caracas 10 al 15 de Octubre 1966.

a) Bloqueos del ganglio de Gasser .....	60 casos
b) Bloqueos a nivel del ganglio Esfenopalatino .....	5 "
c) Bloqueos del nervio Glossofaríngeo .....	6 "
d) Alcoholización subdural en dolores intratables del cáncer .....	6 "
e) Bloqueos por distintos tipos de neuralgia intercostal .....	12 "
f) Anestesia epidural continua por diversas causas pero, sin incluir el dolor post-quirúrgico .....	17 "
g) Bloqueos del nervio Obturador .....	3 "
h) Bloqueo de la Cadena Simpática a distintos niveles .....	12 "
i) Casos varios de interés y, misceláneos .....	9 "
Total .....	130 casos

Todos los comentarios y opiniones de la experiencia personal sobre estos 130 casos, haciendo la advertencia de que muchos de estos pacientes tienen ya varios años en tratamiento y, si los computásemos como caso nuevo por cada reingreso, el total se cuadruplicaría.

#### a) **Bloqueos del Ganglio de Gasser por algún tipo de neuralgia del Trigémino**

En esta serie han sido tratados 60 enfermos, siguiendo la vía Hartell y la técnica preconizada por Bonica (1) según lo comunicamos en publicación más completa hace año y medio (2).

De entonces acá, la única variante de importancia en el procedimiento a seguir lo ha sido el empleo de la Jalea de Lidocaína como agente anestésico de fondo en vez de la solución al 2% que usábamos como rutina hasta mayo de 1966. Hemos empleado la Jalea en siete (7) casos en los últimos 5 meses, completando 16 infiltraciones. Además, la experiencia de Lyonnet & Silva (3) nos hacen hoy en día buscar la punción de la dura en vez de evitarla, cuando usamos la solución de Lidocaína al 2% o, el Alcohol.

Las opiniones y criterios emitidos en nuestra anterior comunicación ya citada (2) siguen siendo válidas y, a los interesados en este tipo específico de bloqueo le sugerimos su lectura.

#### C a s u í s t i c a

Número total de casos .....	60
Número total de infiltraciones .....	279
Promedio de bloqueos por enfermo .....	4.66
Mayor número de infiltraciones en un solo enfermo .....	24
Resultados satisfactorios (socialmente curados) .....	50
Abandonaron el tratamiento .....	7
Fracaso total del tratamiento .....	3
Mortalidad, o morbilidad .....	0
Secuelas de importancia .....	0

Tenemos la impresión de que casi todos los casos catalogados como fracaso se han debido a que para la fecha en que sucedieron, pudimos haber confundido una neuralgia de Sluder (ganglio Esfenopalatino) con la del Trigémino.

b) **Bloqueo a nivel del ganglio Esfenopalatino en la fosa pterigomaxilar, por neuralgia del tipo Sluder**

Esta neuralgia comenzó a ser tratada por nosotros hace relativamente poco tiempo, diciembre de 1965 y, creemos que entre los fracasos en los bloqueos de ganglio de Gasser por neuralgia supuesta del Trigémino deben encontrarse una mayoría catalogable en esta otra categoría.

Al comienzo usamos la vía lateral y anterolateral, percutánea y extraoral para introducir la aguja pero, los controles radiológicos nos demostraron cierta irregularidad en la posición de la punta de la aguja frente al agujero redondo mayor. Por ello, en las últimas infiltraciones hemos recurrido a la vía oral y a través del agujero palatino posterior. Esta vía no permite error en la colocación de la aguja.

**C a s u í s t i c a**

Casos tratados por neuralgia tipo Sluder .....	5
Casos puros .....	1
Casos impuros (mixtos) .....	4
Número total de infiltraciones .....	9
Resultado excelente .....	1
Resultados buenos .....	1
Resultados regulares, mediocres .....	3
Fracaso total .....	0
Secuelas .....	1
(paresia del recto externo del ojo izquierdo, pasajera y que desapareció totalmente en un mes).	
Mortalidad y Morbilidad .....	0

Este tipo de neuralgia, aparentemente de menor categoría que la del Trigémino, nos ha resultado mucho más difícil de dominar. Creemos que esto se debe a dos factores: 1º al rico entrecruzamiento de fibras sensitivas con otros territorios, tales como el nervio vidiano, el petroso superficial mayor y el profundo, el ganglio geniculado a nivel del facial, el nervio maxilar superior e inclusive, se discute una posible conexión con el glossofaríngeo; 2º a la relación directa que tiene este síndrome doloroso con la patología ventilatoria e infecciosa, del antro maxilar. Conocemos de dos casos muy rebeldes consecutivos a una antromía maxilar en blanco y con curetaje de mucosa sana.

A todos nuestros casos de neuralgia del tipo Sluder le hemos inyectado alcohol "in situ".

c) **Bloqueos del nervio Glosso-faríngeo**

**C a s u í s t i c a**

Total de bloqueos .....	6 casos
Total de infiltraciones .....	12 "
Casos puros .....	5 "
Casos impuros (mixtos) .....	1 caso
Bloqueo para establecer un diagnóstico .....	2 "
Bloqueo por dolor del cáncer .....	2 "
Bloqueo por neuralgia de etiología desconocida .....	2 "

Resultados en general buenos .....	6 casos
Fracasos .....	0
Accidentes o incidentes de importancia .....	0
Mortalidad .....	0

En todos los casos usamos la vía lateral del cuello y, tanto a nivel del agujero rasgado posterior como a nivel de la porción media de la apófisis estiloides. Esto según las técnicas descritas por Bonica (1). En algunos hicimos control radiológico, pero no en todos. El beneficio aparece después de varios bloqueos y transcurridos 7 días, o más.

#### d) Alcoholización subdural

##### C a s u í s t i c a

Total de casos bloqueados (puros) .....	6 casos
Total de infiltraciones efectuadas .....	14 "
Tratados por dolor del cáncer .....	5 "
Tratado por destrucción osteoartrítica de D <sub>12</sub> y D <sub>11</sub> más, fractura del cuello femoral y de la diáfisis, mal consolidada .....	1 caso
Resultado excelente .....	3 casos
Resultado bueno .....	2 "
Resultado mediocre .....	1 caso
Mortalidad, morbilidad o, secuelas .....	0

En esta serie obtuvimos resultados muy halagüeños ya que la situación más que lamentable en la que se encontraban los pacientes fue mejorada, a veces en forma teatral y, aun en el caso catalogado como mediocre los resultados específicamente buscados fueron buenos pero, la patología tan extensa que presentaba el paciente impedía obtener mejores resultados. Todos estos casos fueron tratados en quirófano, bajo anestesia; 1º subdural y de prueba con Pantocaina hipobara al 1/1.500 y luego, 2º alcohol subdural bajo anestesia general. Algunos de ellos fueron controlados por curiosidad científica con rayos X.

Los niveles alcoholizados fueron: L<sub>3</sub> a S<sub>1</sub> -- D<sub>10</sub> a D<sub>12</sub> -- D<sub>10</sub> a S<sub>1</sub> -- D<sub>3</sub> -- D<sub>4</sub> a D<sub>5</sub> -- L<sub>4</sub> a S<sub>2</sub> -- C<sub>7</sub> a D<sub>1</sub> -- D<sub>1</sub> a D<sub>3</sub> -- L<sub>3</sub> a L<sub>5</sub> -- De los cáncer tratados, tres fueron del tipo "Pancoast" (vértice del pulmón) y, dos de pelvis (vejiga y recto).

#### e) Bloqueos por distintos tipos de neuralgia intercostal

##### C a s u í s t i c a

Total de casos tratados .....	12 casos
Por neuritis post-herpética .....	5 "
Post-trauma de costilla, o cirugía .....	4 "
Post infarto pulmonar .....	1 "
Por algún tipo de cáncer .....	2 "
Incidente, accidente o mortalidad .....	0 "

Comentarios: en la neuralgia, o neuritis (?) post-herpética los resultados pueden catalogarse como mediocres y esto se debe a que fisio-

patológicamente hablando, lo correcto sería el infiltrar al ganglio de la raíz posterior (ganglio espinal) y no al nervio en algún punto de su trayecto extra-raquídeo. Esto debido a que la patología nerviosa en el caso de Herpes Zoster reside a nivel del ganglio.

En los casos de trauma, y dolor post-trauma los resultados son muy buenos. Vale la pena comentar el efecto teatral obtenido en una señora que presentó un cuadro de colapso grave y dolor muy intenso debido a embolia pulmonar post-parto y a quien por dos días consecutivos se le bloqueó con Jalea de Lidocaína los intercostales 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 del lado derecho.

Habitualmente usamos alcohol cuando se trata de tres o cuatro nervios por bloquear y, jalea de Lidocaína cuando son mayor número. Hoy en día no usamos la solución de Lidocaína.

Practicamos de rutina una placa de tórax al siguiente día buscando un posible pneumotórax, no habiendo esto sucedido hasta ahora.

f) **Anestesia epidural del tipo continuo por diversas causas pero, sin incluir el dolor post-quirúrgico.**

#### C a s u í s t i c a

Total de casos .....	17 casos
Cervical .....	2 "
Dorsales .....	6 "
Lumbares .....	9 "
Por trastornos vasculares .....	3 "
Por Insuficiencia Renal Aguda .....	3 "
Por Pancreatitis Aguda .....	2 "
Por Hepatitis de 8 meses de duración .....	1 caso
Por hernia discal o, espondilolitosis .....	4 casos
Por osteoartritis de columna .....	2 "
Por dolores de origen canceroso .....	2 "
Mortalidad o, morbilidad .....	0 "

Comentarios: En esta serie hay algunos casos excelentes que constituyeron verdadera sorpresa, inclusive para nosotros. Por ejemplo: médico de 68 años con marcada espondilolitosis, aparte de gran patología asociada de columna cervical, a nivel de C<sub>4</sub> y C<sub>5</sub>; con arterioesclerosis cerebral compatible con un intelecto bueno sólo en presencia de absoluta normalidad tensional y en ausencia total de drogas analgésicas. Los dolores tremendos que padece el enfermo obligan a hospitalizarle para posible cirugía pero, debido a las muy malas condiciones del paciente por deterioro iatrogénico (analgésicos), todos los Traumatólogos y Neurocirujanos llamados en consulta rechazaron el caso y lo consideraron como perdido a muy corto plazo. Fue traído y consultado un eminente especialista extranjero quien opinó en igual forma. Le practicamos entonces una epidural con Jalea de Lidocaína cubriendo a C<sub>5</sub>-C<sub>6</sub>-C<sub>7</sub> y, el resultado fue teatral. Desde marzo de 1966, hasta el momento actual ha vuelto a sus actividades regulares sin ningún síntoma de dolor. Otro caso: persona de

70 años hospitalizada para ser intervenida por hernia discal a nivel de L<sub>4</sub> a S<sub>1</sub>, y que a última hora resuelve no operarse pero, los lamentos de la enferma son tan alarmantes e incómodos para los otros pacientes, que se resuelve practicarle una doble epidural (L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> y L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>). Se mantuvo la analgesia por espacio de cuatro (4) días. Esto fue el 3 de junio de 1965 y, hasta el momento actual el dolor no ha reaparecido.

Los casos de Insuficiencia Renal Aguda fueron los tres muy graves y en anuria total (ninguna eliminación de orina); el primero, por glomerulonefritis aguda en paciente hipertenso y con un solo riñón ya que el otro le había sido extirpado con anterioridad, se mantuvo la epidural por 36 horas (a nivel de D<sub>12</sub>), mejoró y curó del episodio agudo. Murió meses después de su hipertensión arterial. El segundo, anuria total por 60 horas de posible origen tóxico, epidural a nivel de D<sub>12</sub> por 24 horas, curó. El tercer caso, anuria total después de la cuarta inyección de Fuadina<sup>(r)</sup> (Antimonio-pirocatequinadisulfonato sódico) y de 36 horas de duración, epidural a nivel de D<sub>12</sub> por 24 horas la primera vez y, 12 horas la segunda; además se usó Procaína intravenosa a dosis subconvulsivante. A los 11 días está bien y, a los 19 días es dado de alta. Queremos hacer marcado hincapié en que todas las epidurales para bloqueo terapéutico efectuadas en nuestro Departamento de Anestesia llevan control radiográfico ya que consideramos que es muy fácil que la sondita se salga del canal raquídeo por uno de los agujeros de conjugación, con los siguientes inconvenientes: a) fracaso del procedimiento y posible pérdida de un paciente; b) descrédito del método ya que suponiendo que todo está bien hecho, el resultado no se deja ver.

En los casos de pancreatitis los resultados fueron también muy buenos así como también en el de la hepatitis, caso seguido en su totalidad por gastroenterólogo competente. Conviene recordar aquí que desde el año de 1951 usamos la caudal continua para controlar el dolor postquirúrgico (4) y por 48 horas o más, en la hemorroidectomía. Con tal procedimiento hemos obtenido muy buenos resultados en más de 300 casos.

#### g) Bloqueo del nervio Obturador

### C a s u í s t i c a

Total de casos .....	3
Total de infiltraciones .....	16
Por artritis/osis de cadera .....	2 casos
Por dolor post-prótesis de Thompson .....	1 caso
Resultado excelente .....	1 caso
Resultados buenos .....	2 casos
Accidente, incidente, o mortalidad .....	0

A pesar de que bloqueo del nervio Obturador es de técnica relativamente imprecisa, creemos que los resultados en general buenos que obtuvimos en estos tres casos se deben a la perseverancia y fe de los pacientes bajo tratamiento ya que, como se verá, recibieron 5-6-5 infiltraciones c/u y respectivamente. Hubo control radiográfico en todos. Debemos advertir que en el último caso tratado también se usó Cortisona intracapsular.

## n) Bloqueo de la cadena simpática a distintos niveles

### C a s u í s t i c a

Total de casos .....	12
Bloqueo a nivel cervical .....	7 casos
Bloqueo a nivel del Ganglio Estrellado .....	4 "
Bloqueo a nivel del simpático lumbar .....	1 caso

Accidentes, incidentes (un pneumotórax después de infiltración del ganglio Estrellado por trastornos vasomotores post-trauma de mano y antebrazo). Curó.

De esta serie, que como se verá casi toda cubre al simpático cervical, merecen comentario los siguientes casos: a) vértigo de Menière después de haber sufrido múltiples intervenciones sobre columna cervical; hay mejoría importante después de seis (6) bloqueos del simpático cervical siguiendo la técnica de Moore (5) y, vuelve a conducir automóvil, cosa que le era imposible anteriormente. b) en los accidentes cerebro-vasculares por trombosis o espasmo, creemos haber obtenido resultados catalogables como buenos. c) en los trastornos vasomotores post-trauma a nivel de la mano también hubo buen resultado. Tuvimos también un caso curioso que curó y, se trataba de una señora que presentaba un síndrome inverso al de Claude Bernard-Horner, o sea; exoftalmos y midriasis unilateral y, no se pudo encontrar causa alguna. Pero, para la enferma era muy antiestético la alteración de la fisonomía y aceptó que se le practicasen cinco bloqueos del simpático cervical del lado afecto, aunque se desconocía la etiología. El resultado inmediato fue nulo pero, semanas después comenzó a ceder el trastorno y actualmente está normal. Este resultado relativamente tardío en los bloqueos es frecuente en todos los terrenos y, por ello no debe considerarse el caso como un fracaso si no hay mejoría inmediata; en nuestra experiencia la estabilización de la mejoría comienza a los 10 días de finalizada la terapia por bloqueos.

## i) Casos varios y misceláneos

### C a s u í s t i c a

Total de casos .....	9
Paravertebral cervical .....	1
Bloqueo del nervio frénico por hipo rebelde .....	4 plus
Bloqueos seriados por lumbago rebelde .....	3 plus
Bloqueo seriado por tortícolis .....	1 plus
Accidente, incidente, o mortalidad .....	0

En esta serie contemplamos sólo tres casos de infiltración del frénico porque los consideramos como "mayores" debido a la gravedad de los enfermos y a la importancia del hipo (uno de los pacientes murió en anuria pero sin hipo, fue un caso terminal por cáncer). La verdad es que la cantidad de frénicos infiltrados es grande pero, consideramos a este tipo de bloqueo tan simple que sólo figura en la historia general del paciente; no le llenamos historia de anestesia; además, los bloqueos son practicados en el cuarto del paciente, lo que le quita categoría de "mayor" según nuestra manera de ver. En los lumbagos intensos y de carácter

rebelde hacemos infiltración de las masas musculares a cuatro niveles e inyectamos Lidocaína a dosis subconvulsivante. Es necesario repetir el procedimiento unas cinco veces y advirtiéndole al paciente que se sentirá bien después del último bloqueo o sea, al finalizar los traumatismos de las agujas. Hay que hacer notar que la inyección intramuscular de una dosis tan alta de la droga es casi como si se la usase por vía intravenosa y, estos enfermos salen del quirófano para Recuperación bajo anestesia general por la Lidocaína. Es un tipo de bloqueo que necesita ser hospitalizado siempre.

Hay también un caso de "status asmático" grave en el que, además de la anestesia profunda con éter, también se le hizo infiltración del ganglio estrellado del lado izquierdo. No sabemos en cuanto contribuyó esto a terminar con el "status asmático".

### COMENTARIOS FINALES

Como podrá verse, en esta serie de 130 pacientes tratados con alguna forma de bloqueo terapéutico no tenemos que lamentar ninguna muerte, tampoco ninguna complicación o secuela de importancia, ni reclamo de parte de algún enfermo.

Para obtener éxito en el tratamiento por bloqueo terapéutico del tipo "mayor" creemos que debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos.

- 1º Todo bloqueo mayor debe practicarse en quirófano, bajo correcta sedación y de preferencia con el paciente hospitalizado.
- 2º Siempre que se pueda es conveniente practicar los bloqueos bajo analgesia general. No conviene transformar la sala de bloqueos en una sala de torturas.
- 3º Siempre que sea posible; diría en la casi totalidad de los casos, el control radiológico es imperativo y, aún haciéndolo así uno se lleva a veces sorpresas inesperadas.
- 4º Tanto el anesthesiólogo que practica los bloqueos como el paciente bajo el tratamiento necesitan de gran perseverancia, fe y disciplina, ya que es muy raro el dolor del tipo rebelde que desaparece con sólo uno o dos bloqueos. Muy rara vez practicamos una serie menor de cinco.
- 5º El dolor puede persistir aún terminada la serie completa de bloqueos y antes de considerar al tratamiento como fallido es conveniente esperar unos diez días.
- 6º Se debe explicar muy claramente el pro y el contra del tratamiento por bloqueos y sobre todo del riesgo inherente en cada caso específico de modo que el enfermo esté dispuesto a tolerar determinadas sensaciones, parestesias, o posibles secuelas, etc. Es la única forma de evitar una reclamación.
- 7º Todo bloqueo terapéutico puede suponer una emergencia de reanimación cardio-respiratoria.

## RESUMEN

En esta comunicación se analizan los resultados obtenidos en diez años de experiencia con los Bloqueos Terapéuticos por dolor rebelde, a causas diversas. Se han escogido los últimos diez años debido a que estimamos que, a partir de esa fecha estamos realizando los Bloqueos Terapéuticos con un criterio bien definido. Nuestro estudio comienza con el primer ganglio de Gasser bloqueado con una técnica que consideramos correcta, o sea bajo estricto control radiográfico. Esto no supone que con anterioridad no practicásemos bloqueos de carácter mayor, sólo que los orientábamos en un concepto anestésico general. Tampoco están expuestos todos nuestros bloqueos practicados desde entonces; son muchos más, sólo que hemos querido seleccionar aquellos bien historiadados, cuya evolución completa se conoce y pueden considerarse como bloqueos "mayores", o sea todos los que han sido efectuados en quirófano, o con el paciente hospitalizado.

A lo largo de la exposición se consideran los siguientes tipos de Bloqueos Terapéuticos.

- a) Bloqueo del Ganglio de Gasser por algún tipo de neuralgia del Trigémico en 60 pacientes y, con un total de 279 infiltraciones.
- b) Bloqueos a nivel del Ganglio Esfenopalatino, por algún tipo de neuralgia de Sluder. Cinco (5) casos tratados.
- c) Bloqueo del Nervio Glossofaríngeo. Seis (6) casos.
- d) Alcoholización subdural. Seis (6) casos tratados.
- e) Neuralgia Intercostal. Doce (12) casos tratados.
- f) Epidural tipo continuo por diversas causas, sin incluir el dolor postquirúrgico. Diecisiete (17) casos.
- g) Bloqueos del Nervio Obturador. Son tres (3) casos.
- h) Bloqueo de la cadena simpática. Son doce (12) casos.
- i) Casos varios y misceláneas. Nueve (9) casos.

Son 130 casos de Bloqueos Terapéuticos del tipo "mayor" por algún dolor de importancia y en casos de trascendencia. Se estudia en cada grupo los resultados obtenidos, complicaciones, etc.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—BONICA, John J.— "The Management of Pain". Lea & Febiger —Philadelphia— 1953.
- 2.—LUCCA ESCOBAR, Roberto J. "Bloqueo del Ganglio de Gasser en las Neuralgias del V par". Nueve años de experiencia. Leído ante las Jornadas Intercapitulares (Capítulo del Centro) de la Sociedad Venezolana de Anestesiología. Maracay, junio de 1965.
- 3.—LYONNET, Julio H. & SILVA, Fernando. "Neuralgia del Trigémico". Su tratamiento por neurolisis percutánea transoval del plexo triangular retrogassereano. 1963. Editorial Baraga S.R.L. Pedernera 3253. Buenos Aires.
- 4.—LUCCA ESCOBAR, R.J., "Anestesia Caudal tipo continuo para Hemorroidectomía con prolongación de la Anestesia en el Post-operatorio inmediato".— III Congreso Latinoamericano de Anestesiología, Bogotá, octubre de 1956. Publicado en revista del Hospital de San Juan de Dios. Volumen IV - Nº 18, - Bogotá - Colombia.
- 5.—MOORE, Daniel C., "Stellate Ganglion Block".— Charles C. Thomas - Springfield - Illinois-U.S.A., 1954.

Un medicamento original

de tolerancia óptima y de extensas y variadas indicaciones

# PRIMPERAN (Delagrange)

(Metoclopramida)

MODIFICADOR DEL COMPORTAMIENTO DIGESTIVO

**GASTROENTEROLOGIA: ULCERAS GASTRODUODENALES.**

**Manifestaciones funcionales digestivas** de las gastritis y estenosis gástricas; litiasis vesicular y disquinesis biliares, entero y colopatías. Secuelas de las gastrectomías y colecistectomías.

Preparación a los tubajes gástricos.

**CIRUGIA:** Náuseas, hipo, vómitos (anestésicos, post-operatorios).  
Reacciones digestivas de origen central en neurocirugía.

**RADIODIAGNOSTICO:** "Test" con PRIMPERAN

**MEDICINA GENERAL:** Trastornos digestivos de cualquier origen.

Su empleo en Obstetricia no expone a malformaciones fetales.

**POSOLOGIA: Adultos:**  $\frac{1}{2}$  a 1 comprimido o una cucharadita de las de café 3 veces al día, antes de las comidas. Síndromes agudos: Inyecciones I.M. o I.V.

**Niños:**  $\frac{1}{2}$  a 1 mg. por Kg. de peso y en 24 horas.

**PRESENTACION:** Comprimidos de 10 mg., caja de 30 comprimidos.

**Solución Bebible:** Frasco de 120 cc., (5 mg. por cucharadita de 5 cc.)

**Inyectable:** 10 mg. por ampolla de 2 cc., Caja de 6 ampollas.

LABORATORIOS DELAGRANGE (Francia)

Elaborado en Venezuela por

LABORATORIOS PHYSIA, S.A.

CARACAS



# Ultralan

Pruebe primero  
ultralan el non plus  
ultra de las pomadas  
corticoides.  
La única con  
mecanismo de acción  
en dos fases.  
Tubos de 10 y 30 g



Schering AG Berlin

---

## EMPLEO DEL "VALIUM" ROCHE EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Hay pocos campos de la medicina, como ginecología y obstetricia, en que exista una relación tan estrecha entre las enfermedades orgánicas y los trastornos afectivos. El autor, durante los dos últimos años, ha tenido ocasión de asistir a un gran número de pacientes, refugiadas políticas que, además de afecciones orgánicas, presentaban diversas reacciones neuróticas.

En 99 enfermas de este tipo, con edades comprendidas entre los 17 y 75 años, el autor ensayó el "Valium" Roche. Treinta y nueve de ellas tenían problemas obstétricos, incluyendo 3 reacciones afectivas post-aborto, 34 casos de exagerada reacción al embarazo y 3 neurosis fronterizas a la psicosis. Estas enfermas sufrían insomnio, irritabilidad y no eran capaces de hacer frente a los problemas personales. Las embarazadas tenían hiperemesis, depresión cíclica, fobias, conducta compulsiva y trastornos del apetito (anorexia o hambre insaciable). De las otras 60 enfermas, la mayor parte (47) padecían afecciones ginecológicas, orgánicas o funcionales: síndromes pelvianos, cáncer, tumores no malignos, vaginitis recalcitrantes, hernia vaginal, prociencia uterina, bartholinitis, síndrome menopáusico y tensión premenstrual. Las restantes (13) presentaban reacciones psiconeuróticas con enfermedades fantasmas; reacciones depresivas con ansiedad y cancerofobia; psicosis incipiente y esclerosis múltiple.

La mayoría de estas enfermedades habían sido tratadas con 2-3 tranquilizantes o sedantes (meprobamato, hidroxicina, promazina, trifluorperazina, mefenozalona, etc.), sin respuesta apreciable. El "Valium" Roche se administró a dosis variables, según la tolerancia; de 2.5 a 10 mg, tres veces al día, valorándose los resultados al terminar el mes de tratamiento. Antes y después del estudio se hicieron análisis de sangre y orina de rutina. Durante el tratamiento con el "Valium" Roche, no se empleó ningún otro psicofármaco; sin embargo, si por la naturaleza del caso fue necesario, se agregaron otros tratamientos (médicos o quirúrgicos) como estrógenos, antianémicos, analgésicos, etc. Se consideró como resultado **excelente** si hubo mejoría total o casi total; **bueno**, si la mejoría fue muy satisfactoria, pero no tan espectacular; **regular**, si hubo alguna mejoría; **malo**, si fue escasa o nula.

Con el "Valium" Roche, en 93 de las 99 enfermas (94%), se obtuvieron resultados de excelentes a buenos y en las 6 restantes (6%) el resultado fue regular o malo. En las pacientes que mejoraron, los síntomas neuróticos desaparecieron o se calmaron marcadamente; la tensión se alivió, mejoró el estado de ánimo y se normalizó la conducta en los casos de reacciones fóbicas y compulsivas. En las enfermas con afecciones orgánicas, se observó una gran estabilidad emocional con regresión de sus temores y aceptación de la intervención quirúrgica cuando fue necesaria. En los casos de psicosis incipiente se esfumaron los síntomas, desapareciendo por completo en 2 casos.

En todas las enfermas durante el tratamiento con el "Valium" Roche los análisis de laboratorio permanecieron dentro de la normalidad, no observándose ningún signo de lesión renal o hepática ni de habituación. Sólo se observaron efectos secundarios (náuseas, fatiga y somnolencia) en las 6 enfermas calificadas como de resultado regular o malo; en 5 de ellas fue necesario discontinuar el tratamiento. En algunas enfermas se observó sobredosificación con la dosis de 10 mg, 3 veces al día, pero este defecto desapareció al ajustar la posología.

Tratamiento más eficaz  
del eczema:

# Locortén<sup>®</sup>

un corticosteroide de  
sello original



Para cada caso  
la forma que conviene:

Locortén loción: envases de 15 ml.  
Locortén crema: tubos de 15 g.  
Locortén pomada: tubos de 15 g.

C I B A

un siglo de  
experiencia mundial  
al servicio del  
desarrollo nacional



Mobil Oil de Venezuela

# JOSE F. BAUTE MESA

O F R E C E   A   L O S   S E Ñ O R E S   M E D I C O S  
C L I N I C A S   Y   H O S P I T A L E S  
U N   E X T E N S O   S U R T I D O   E N

## **MATERIAL MEDICO - QUIRURGICO, EQUIPOS E INSTRUMENTAL**

---

EXHIBICION Y VENTAS:

MANDUCA A FERRENQUIN No. 136 — EDIFICIO BAUTE

TELEFONOS: 55.93.49 - 55.46.22 - 54.45.69

CARACAS, D. F.

ESTACIONAMIENTO PROPIO PARA CLIENTES

Y RELACIONADOS

# DAVIS & GECK

SUTURAS QUIRURGICAS DE ALTA CALIDAD

A nombre de sus productos:

SEDA SILICONADA A N A C A P

FLEXON

DERMALENE

DERMALON

SURGILON

CATGUT, etc., etc.

Participa a sus amigos y relacionados su nueva dirección,  
donde gustosamente serán atendidos:

## CYANAMID DE VENEZUELA C. A.

Calle Chicago con Autopista del Este

California Sur

Apartado del Este 11.391

Cables "CYANAMID"

TELEFONOS: 34 35 18

34 35 19

34 91 10

**beserol**

Marca de Fábrica

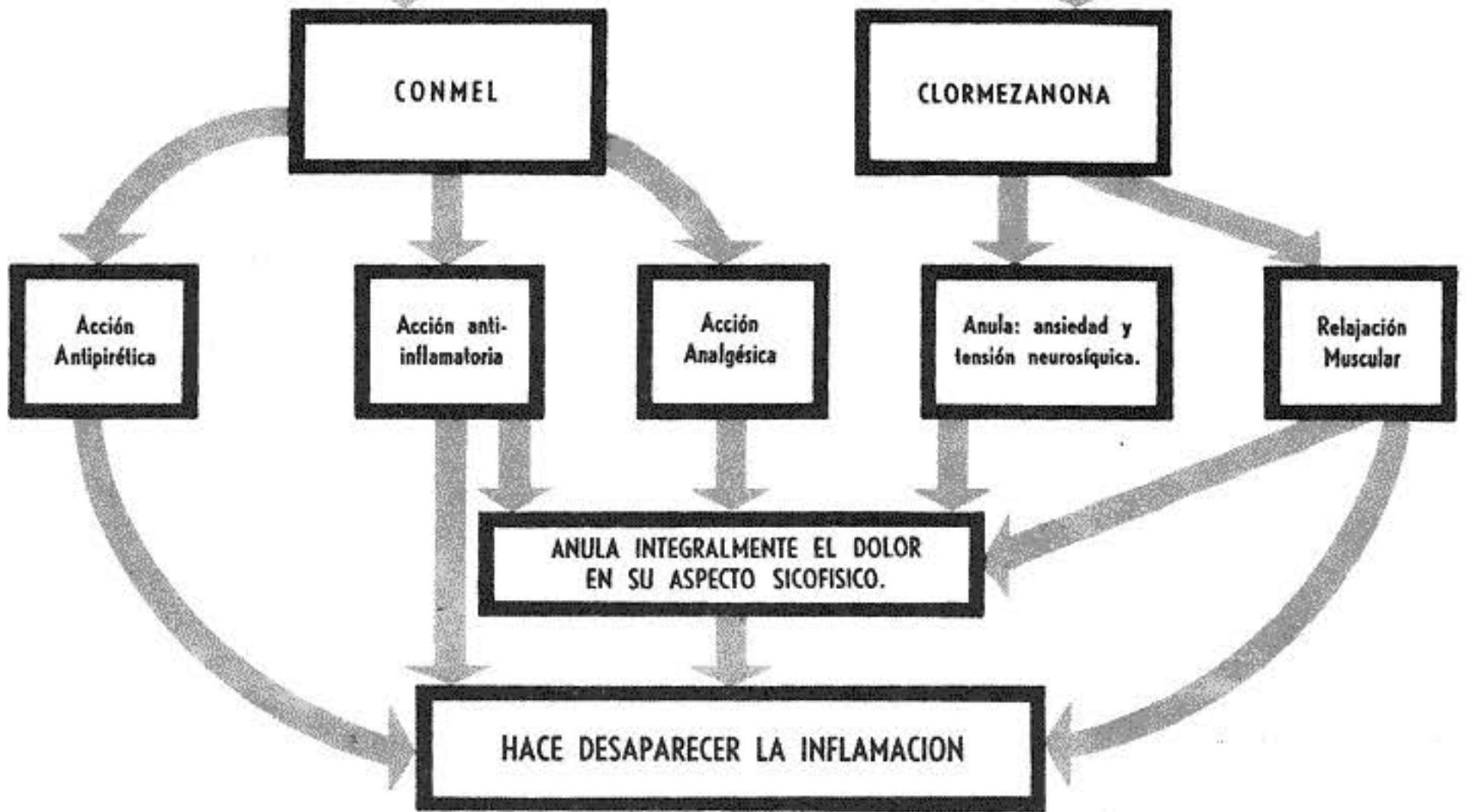
Potente analgésico  
de acción integral



**doctor:**

¿Por qué  
abandonarlos  
en el lecho  
del dolor?

# BESEROL



## INDICACIONES:

DOLORES NEURALGICOS      ODONTALGIAS  
DOLORES ARTICULARES      CEFALEA  
DISMENORREA                  INFLAMACIONES

BESEROL es un producto WINTHROP

Medicinas de confianza al servicio del Médico

# Cirugía Estereotáxica en Trastornos Hipercinéticos.

Por los Doctores Rafael Castillo y Abraham Krivoy \*

Las técnicas neuroquirúrgicas estereotáxicas, aun cuando se hallan en pleno desarrollo y revisión constante, han comenzado a dar algunos frutos de razonable valor en el campo de los trastornos hipercinéticos o patologías extrapiramidales, también se las conocen, en la cirugía del dolor, pero omitimos voluntariamente su revisión por ser motivo de otro enfoque.

A manera de recordatorio, las patologías hipercinéticas mejor conocidas son los síndromes parkinsonianos (genuinos, encefalíticos, tóxicos, arterioescleróticos, etc.), síndromes coreicos (de Huntington o hereditarios, de Sydenham o inflamatorios, etc.), balismos, atetosis (ver figura 1), distonias o espasmos de torsión y tortícolis espasmódicas. Estas diferentes patologías suelen tener etiologías diferentes y se asientan en zonas anatómicamente distintas pero todas ellas pertenecen al llamado sistema extrapiramidal.

Para tener una ligera idea de lo que anatómicamente abarca el sistema extrapiramidal basta con mencionar las principales estructuras que son involucradas, sin olvidar el extraordinario número de conexiones que entre ellas existe. Así, las zonas corticales 1-2-3-5-6-8 y 19, el cuerpo estriado con su núcleo caudado, antemuro y núcleo lenticular y éste a su vez con el putamen y globus pallidus, el tálamo, el cuerpo de Luys, el núcleo rojo, la substancia negra, la formación reticular bulbo-segmentaria, etc., son las principales zonas anatómicas en cuestión. Es sumamente interesante el hecho de que experimentalmente no se han podido reproducir los síndromes clínicos.

---

\* Cátedra de Clínica Neurológica de la U.C.V. Sección de Neurocirugía del Departamento de Neurología del Hospital Universitario de Caracas.



Figura 1. Mano típica en actitud atetósica en un paciente postencefalítico de 28 años. Dicho paciente mejoró después de una quimiopaleotomía según la técnica de Cooper.

De manera fisiológica se sabe que el sistema extrapiramidal, filogenéticamente más antiguo que el piramidal, es el sistema motor antiguo más desarrollado que tiene que ver con el tono, movimiento y postura, y se integra con otros niveles del sistema motor para el control de la actividad muscular.

El sistema extrapiramidal constituye el basamento postural a través del cual se realizan los movimientos voluntarios; en formas inferiores participa en el vuelo, la lucha, defensa y movimiento sinérgicos. Es interesante observar cómo un mono decorticado con sus núcleos basales íntegros puede caminar, saltar, correr en forma automática pero carece de iniciativa, espontaneidad y memoria. Posee algunos rudimentos de reflejos condicionados pero no puede reaccionar a la luz de experiencias pasadas, aunque una orientación actual trata de demostrar que los ganglios basales

tienen que ver con los altos patrones de conducta integrados y que pueden ser modificados por las experiencias.

Fisiopatológicamente no es factible integrar una sola teoría aún como decía Walker (4), debido a los diferentes puntos de ataque de las enfermedades extrapiramidales desde el punto de vista de la terapéutica neuroquirúrgica; por lo que aún estamos obligados a utilizar hipótesis de trabajo no definitivas, para la mejor comprensión de estas patologías y de las actitudes neuroquirúrgicas que permiten derivarse de ellas. Así el concepto jacksoniano establece que los trastornos extrapiramidales serían la resultante de actividades de niveles inferiores debido a una lesión. Martín, en 1945, resucita la noción fecunda de lesión por descarga de H. Jackson para explicar los fenómenos convulsivos y que pueden emplearse en algunas enfermedades extrapiramidales, donde las descargas son menos violentas y más prolongadas que en los epilépticos.



Figura 2. Neumoencefalografía lateral de paciente parkinsoniano donde se nota el alambre que atraviesa el cráneo verticalmente por las referencias anatómicas externas y que debe pasar 5 mm. por detrás del agujero de Monro.

Para Kinnier Wilson (5) la actividad involuntaria se debería a un descontrol en la corteza electromotriz, hecho corroborado por Bucy (1) quien realizando intervenciones neuroquirúrgicas en pacientes con coreoatetosis y temblor, avala el concepto de Wilson, esto a su vez obliga a pensar que una lesión estriada libera la actividad cortical, nivel superior de evolución, que contradice los postulados de Jackson, que implicaría una regresión a un nivel inferior de funcionamiento.

Bucy establece la existencia de tres importantes circuitos reverberantes que partiendo de la corteza regresan a ella. Dichos circuitos son:

- a) El córtico-caudato-pálido-tálamo-cortical.
- b) El córtico-ponto-dento-rubro-tálamo-cortical.
- c) El córtico-nigro-pálido-tálamo-cortical.

Von Monakow y Mourgue sostienen que los movimientos involuntarios se deberian, de manera general, a una disolución de la función tal, que ésta se reintegraría en un nivel diferente de valores biológicos, no inferiores; es un esfuerzo del organismo a defenderse contra la agresión y a reintegrar la función con los medios disponibles en base a las estructuras no destruidas; es un esfuerzo de reintegración funcional. Esto coincide en cierto modo con los actuales conceptos de circuitos reverberantes.

En cuanto a las técnicas seguidas, éstas varían según los dispositivos utilizados, e inclusive en Suecia se trabaja en realizar las lesiones deseadas con un haz de radiaciones.

Entre nosotros, Castillo (2) realizó las primeras intervenciones estereotáxicas según la técnica de Cooper (3), cuyos lineamientos generales son los que siguen:

Debe localizarse exactamente el sitio de la lesión, para esto es necesario valerse de una neumoencefalografía según técnicas rutinarias con 30 cc. de aire. Bien localizado el agujero de Monro; una línea que pase 5 mm. por detrás de dicho agujero, debe marcarse como referencia importante. Dicha línea se obtiene colocando un alambre sobre la piel a 14 cm. aproximadamente de la glabella y perpendicular al cigoma. Para verificar la posición exacta se toma una radiografía lateral con el alambre colocado en la posición descrita y la neumoencefalografía ya realizada (ver figura 2).

Luego se realiza una trepanación a 5,5 o 6 cms. de la línea media sobre la referencia anatómica ya tomada con el alambre. Luego se coloca el dispositivo guía o marco con el soporte de la aguja especial, colocado frente al agujero de trépano. La otra referencia anatómica lo constituye el canthus interno del ojo homolateral. Se introduce la aguja 2 centímetros de profundidad según las referencias anatómicas externas que en este momento dejan de ser útiles, para continuar guiándose por las referencias internas; para ello se toma una radiografía anteroposterior y otra lateral. Si la aguja está bien orientada debe llegar a una profundidad de 6 a 6,5 cms., en la confluencia que realizan en la placa anteroposterior una línea horizontal que pasa por la parte media del tercer ventrículo con la vertical que pasa por el ángulo súpero externo del cuerpo del ventrículo lateral (ver figura 3).

En la radiografía lateral la punta de la aguja debe estar colocada de 3 a 5 mm. detrás del agujero de Monro. Alcanzado así la parte media y lateral del globus pallidus se llena el balón adaptado a la punta de la aguja con substancia yodada de contraste (ver figura 4). Lográndose con ello formar una cavidad para la introducción de la substancia terapéutica, previniendo la difusión por reflujo de los agentes neurolíticos y al mismo tiempo, al inflar el balón producir la lesión fisiológica en el globo pálido que atenúa temporalmente el temblor y la rigidez contralateral, si la aguja está bien colocada.

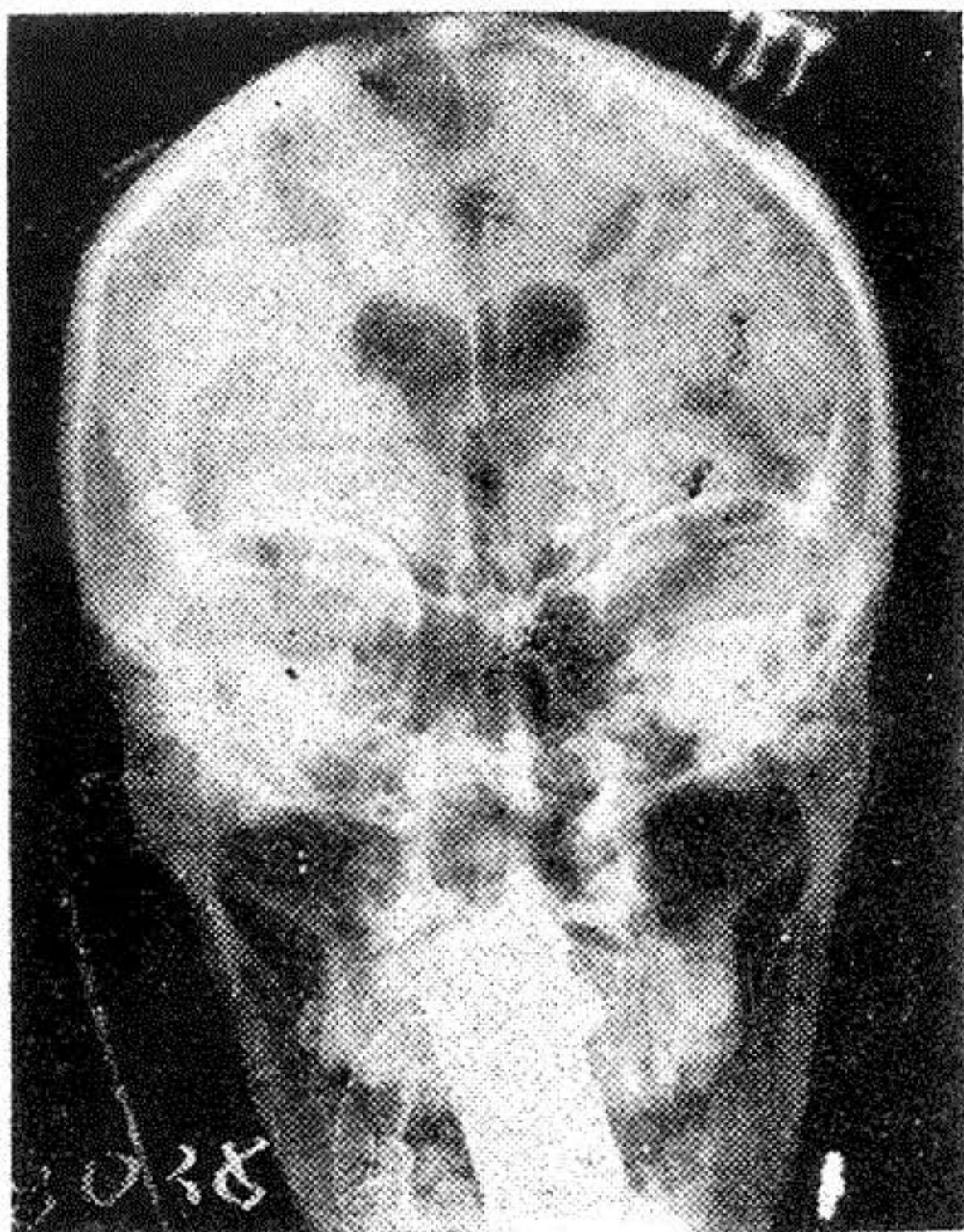


Figura 3. Neumoencefalografía en proyección A. P., donde se observa la aguja de Cooper, cuyo extremo llega a la confluencia de la horizontal que pasa por la parte media del tercer ventrículo y la vertical que pasa por los ángulos súpero-externos de los ventrículos laterales.

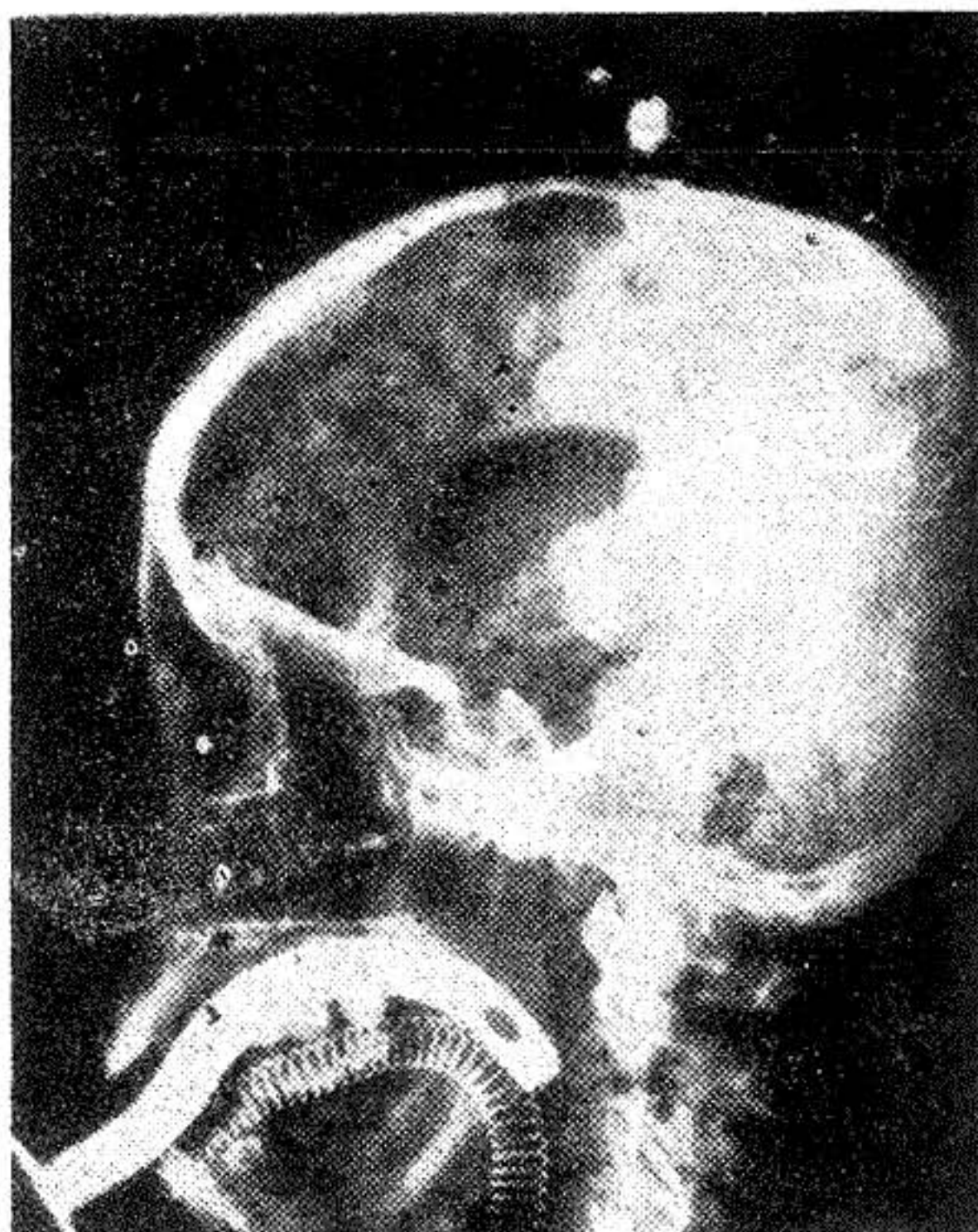


Figura 4. Neumoencefalografía en proyección lateral en un paciente parkinsoniano, donde muestra el balón de la aguja de Cooper lleno de contraste yodado y en la posición adecuada.

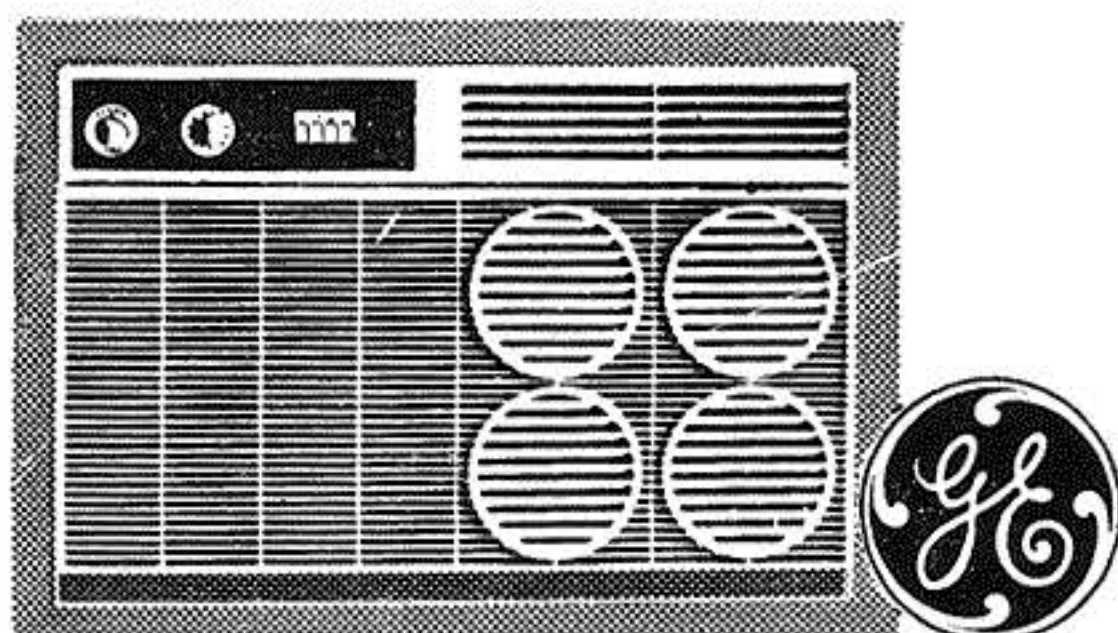
Si se desea, puede usarse una inyección de  $\frac{1}{4}$  cc de novocaína para verificar con mayor precisión el efecto funcional de la buena posición de la aguja. Fijada la aguja, el enfermo se lleva a su habitación y se le indica reincorporarse y deambular a las 24 horas. Las inyecciones de alcohol o etopalina (que es una solución al 8% de celoidina-piroxilina en alcohol de 95°) pueden comenzarse a las 24 ó 48 horas después de la intervención, desinflándose previamente el balón de la aguja. Con el enfermo sentado y previa verificación radiográfica de la posición correcta de la aguja se inyecta 0,4 cc. de alcohol absoluto. Se suelen inyectar de 3 a 4 inyecciones más, según las necesidades, en un lapso hasta de dos semanas. La etopalina, que posee una sustancia de contraste (lopendilato), permite seguirla radiográficamente. El tratamiento finaliza cuando se han obtenido las modificaciones clínicas deseadas y el aspecto radiológico de las lesiones son satisfactorias, según la experiencia. En algunas oportunidades cuando las modificaciones clínicas deseadas, no se realizan al cabo de una semana, hay que reintervenir al paciente, colocando una nueva aguja 7 mm. detrás de la anterior y produciéndose una nueva lesión cerebral, en la mayoría de los casos se obtiene el resultado deseado y luego se retira la cánula oportunamente.

Una buena selección de los pacientes ha permitido, en manos de Cooper, la reducción del temblor en 70% y la rigidez en 80%, en pacientes seguidos por tres años. La mortalidad global oscila entre 2 y 2,6% en los parkinsonismos intervenidos por la técnica de Cooper. Las otras patologías hipercinéticas como las coreoatetosis, la distonía muscular deformante, el hemibalismo mejoran notablemente con las intervenciones estereotáxicas. Aun cuando es mucho lo que todavía tenemos que aprender en relación a la fisiología y fisiopatología de las vías extrapiramidales, la cirugía estereotáxica ha abierto un mundo de posibilidades y esperanzas a los enfermos aquejados de patologías hipercinéticas.

#### B I B L I O G R A F I A

1. BUCY P. and CASE T. J.: Tremor mechanism and abolition by surgical means. *Arch. Neurol and Psychiat.* 41: 721-746, 1939.
2. CASTILLO R.: Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Parkinson. *Gaceta Médica de Caracas.* Año LXX, Nos. 7-9, pp. 369-375, Sept., 1961.
3. COOPER I. S.: Clinical results and follow-up studies in a personal series of 300 operations for parkinsonism. *St. Barnabas Symposium on Surgical Therapy of Extrapiramidal Disorders*, pp. 14-39, 1956.
4. WALKER E. A.: Summary of Symposium. *Pathogenesis and Treatment of Parkinsonism.* Charles C. Thomas, pp. 364-372, 1958.
5. WILSON KINNIER: *Neurology*, vol. II, pp. 992, 1954.

**IMPRESINDIBLE**  
**PARA**  
**ARQUITECTOS**  
**INGENIEROS**  
**ABOGADOS**  
**EJECUTIVOS**  
**MEDICOS**



**AIRE ACONDICIONADO**  
**GENERAL ELECTRIC**

eficiente, silencioso y de bajo costo, proporciona el clima idealmente fresco y sano imprescindible en su ambiente profesional. General Electric tiene el modelo que Ud. necesita y a precios más convenientes.

**GENERAL  ELECTRIC**  
E. U. A.

# Neutrogena®

**JABON NEUTRALIZANTE - NO ALCALINO  
BACTERIOSTATICO - DESODORANTE**

Contribuye a restablecer el pH normal de la piel y mantiene intacta la barrera ácida.

**SENSIBILIDAD AL JABON y DETERGENTES**

Como coadyuvante en el tratamiento de

**Acné - Dermatitis**

**Eczemas de etiologías distintas**

---

**PARA LAS MANOS Y BAÑO DIARIO**

---

Pastillas de 100 g.

B. J. of D. Feb. 1960 Bettley & Donoghue p75

B. M. J. June 30, 1956 Martin-Scott & Ramsay p525

**Laboratorios Ed. FROMONT**

**B E L G I C A**

Distribuidores:

**G. & C. MUSKUS**

Telfs.: 62.40.60 - 62.08.10 - Caracas



500 ml. (con exceso)



**BECLYSYL**

**DEXTROSA 5%**

**COMPLEJO B**

**EN DOSIS TERAPEUTICA**

Facilita el metabolismo de los carbohidratos y contribuye a prevenir estados carenciales del complejo B.

Usese el Equipo Venopak para administrar esta solución.

LABORATORIO ABBOTT

**El BECLYSYL**  
Contiene Dextrosa al 5 %  
y factores del complejo  
Vitamínico B en dosis  
terapéuticas.

#### **ADMINISTRACION**

En venoclisis a razón de 60 gotas por minuto como dosis media, según el peso y la necesidad del paciente. La infusión de 500 ml. de **BECLYSYL** proporciona dosis adecuadas de Tiamina, Riboflavina, Nicotinamida y Vitamina B<sub>12</sub>.

#### **COMPOSICION**

Cada frasco contiene:

Dextrosa	25 gm.
Clorhidrato de Tiamina	5 mg.
Riboflavina	5 mg.
Vitamina B <sub>12</sub> (cristalina)	1,5 mcg.
Nicotinamida	125 mg.
Clorhidrato de Piridoxina	2,5 mg.

En agua o solución salina.

#### **INDICACIONES**

Todos los casos en que está indicada la administración parenteral de líquidos: Vómitos Persistentes por obstrucción u otros trastornos Gastrointestinales, Hiperémesis Gravídica, Estados Post Operatorios, Enfermedades graves en general, etc.

#### **PRESENTACION**

Frascos de 500 ml. "ABBO - LITER "

Protegidos contra la luz

**BECLYSYL** en agua

(Núm. de lista 4420)

**BECLYSYL** en solución salina

(Núm. de lista 4195)

**VENOPAK** con aguja equipo estéril descartable  
(Núm. de lista 4615)

# Recientes Avances en Cirugía Cardiovascular.

Por: Doctor Rubén Jaén C., M.T.S.V.C. \*

Doy las gracias al Consejo Nacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía, por haberme designado expositor en esta importante especialidad tan llena de novedades y de nacimiento tan reciente. Reconozco que este honor implica una gran responsabilidad debido a que debo resumir, en corto tiempo, los muy numerosos avances de una rama de la ciencia quirúrgica que, en el espacio de una decena de años, ha logrado conquistas que antes parecían imposibles. Como cirujano dedicado por entero a la especialidad, me ha tocado presenciar y actuar dentro de la rápida evolución que ha tenido en nuestro país. Debo confesar que siento orgullo y satisfacción al poder exponer, ante tan distinguida audiencia, que Venezuela ha marchado al mismo paso que los mejores centros y que las realizaciones alcanzadas y puestas en práctica cada día tienen poco o nada que envidiar a las del extranjero. Atribuyo este éxito a la práctica constante de la cirugía experimental, a los viajes de perfeccionamiento de nuestros cirujanos a centros de otros países —en especial a los Estados Unidos de América y dentro de él, a la Universidad de Baylor en Houston (Texas)— y a la constante renovación de conocimientos. El hecho de que otras naciones envíen sus pacientes para tratamiento al Hospital Universitario de Caracas corrobora, en forma irrefutable, lo anteriormente expuesto.

Para mayor claridad, la exposición será dividida en tres partes: cirugía vascular periférica, aórtica y cardíaca. Los conceptos emitidos están basados en la experiencia de los grupos más destacados del extranjero y en la nuestra, vivida a través de los ocho últimos años de trabajo. Debemos reconocer aquí la importancia de practicar la investigación aplicada, que permite mantener en nivel elevado la ciencia de un país, hasta que su desarrollo económico y maduración intelectual lleven a mentes privilegiadas ya preparadas por el legado de una disciplina científica depurada, hasta los objetivos creadores, culminación de las aspi-

---

\* Profesor Titular de Clínica Terapéutica Quirúrgica de la U. C. V.

raciones del ser humano. Si bien la investigación aplicada no está orientada en forma directa hacia la innovación pura, no debemos olvidar que la preparación de grupos hacia la aplicación práctica de las ideas ya establecidas, lleva el bienestar y la seguridad a vastos conglomerados sociales y eleva la moral de la colectividad con la consecuencia de orientarla hacia realizaciones más importantes. Siempre hemos creído que nuestro papel principal es el de cumplir con la tarea que se impone a nuestra generación y dejarle a la que nos sigue el camino preparado, a través de una sólida disciplina y honestidad, para convertir a nuestra patria en una verdadera potencia científica. Desgraciadamente, ese legado sólo se puede obtener a través de una labor seria y mantenida y no con proyectos que nunca se llevan a efecto o palabras huecas repetidas tantas veces que, con el tiempo, llegan a tomar cariz de verdad. Es de vital importancia que el cirujano, a través de su largo ejercicio lleno de entusiasmos pasajeros y de frustraciones duraderas, comprenda que su función no es la de ejecutar operaciones brillantes y, luego, sin una mirada hacia el ser que acaba de intervenir, abandonar el quirófano y el futuro del enfermo. Cada intervención, por espectacular que nos parezca, debe ser exactamente valorada no solo para el postoperatorio inmediato, sino para los resultados tardíos. Nada hacen nuestros semejantes con actos quirúrgicos sensacionales, pero de malos resultados alejados, que, además de llevarlos a una vida miserable, los hacen descender al peor de los abismos de la frustración, al ver que la esperanza puesta en la ciencia médica alimentada por un éxito transitorio, fue totalmente infundada. Tal el caso de algunos reemplazos valvulares, colocación de marcapasos eléctricos, etc. Es por ello que esta actualización no estará influida por alegrías pasajeras, sino por hechos descarnados. La visión clara de la realidad es de enorme importancia tanto para nuestros enfermos como para el cirujano que desea tener tranquilidad de conciencia.

## CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA

### 1. Cirugía de las obstrucciones de la arteria femoral

Las prótesis de Nylon, Teflón o Dacrón no han tenido resultados alejados satisfactorios. Nosotros abandonamos hace tres años dichas prótesis y volvimos al injerto autólogo venoso de safena interna, cuya permeabilidad a través de los años ha probado ser mucho mayor que la de los plásticos. En los casos de obstrucciones muy cortas puede hacerse la tromboendarteriectomía con parche de ampliación de safena interna. Las endarteriectomías extensas, con o sin parche, se obstruyen con más frecuencia que los injertos de safena interna. En 1957 expusimos la teoría de que los fibroblastos, con su crecimiento desordenado intra-tubular, eran la causa de la trombosis de las prótesis plásticas. El tiempo nos ha confirmado esta aseveración y es rarísima la prótesis de pequeño calibre con permeabilidad a los 4 años de implantada. El pulso va desapareciendo paulatinamente hasta que sobreviene el bloqueo total. Los injertos de safena interna pueden usarse hasta por debajo de la rodilla y de la longitud que se desee (hasta 60 cms.). Hasta el presente se han publicado poquísimos casos de aneurismas de estos injertos.

## **2. Reconstrucción de arterias renales**

El papel de las obstrucciones de las arterias renales en la producción de la hipertensión está bien establecida. La tromboendarteriectomía o el reemplazo de la arteria renal trombosada hacen descender la presión arterial de inmediato. Por desgracia los resultados alejados son uniformemente malos y la hipertensión regresa a pesar de que las arterias o injertos se conserven permeables. No creemos que la cirugía reconstructiva sea la solución al problema de las hipertensiones renovasculares. Es posible que esta cirugía, adicionada a otras medidas terapéuticas que prevengan el regreso de las altas cifras tensionales, pueda ser de alguna utilidad a estos pacientes.

## **3. Reconstrucción de arterias carótidas y vertebrales**

La escuela de la Universidad de Baylor ha manifestado con frecuencia su decepción por la poca acogida que ha tenido esta cirugía en los centros especializados. La razón es muy sencilla: es difícil creer que la limpieza de un tronco carotídeo o vertebral pueda solucionar un problema de vasos intracraneales. Es posible que en casos excepcionales donde la carótida primitiva o interna tengan una obstrucción segmentaria, esta cirugía puede ayudar a prevenir o mejorar los accidentes cerebrovasculares, pero en la inmensa mayoría de pacientes la enfermedad sigue su curso y la intervención ni siquiera alivia temporalmente la sintomatología. Cuando la carótida se alarga por un proceso de arterioesclerosis (dolicoomega carótida), el restablecimiento a su forma normal puede mejorar la circulación cerebral. Debo confesar que mi posición en este problema es francamente pesimista, ya que no creo en la solución quirúrgica de la insuficiencia cerebral, salvo en lesiones de comienzo y limitadas a los grandes troncos arteriales.

## **4. Tronco celiaco y mesentérico superior**

La frecuencia de los síndromes de malabsorción intestinal y la serie de cuadros digestivos que parecen responder a obstrucciones de las arterias celiacas, hacen que este problema merezca atención especial. Aunque en número muy limitado, ya se han hecho reconstrucciones de estos vasos. No hay una evaluación de los resultados alejados que permita considerar esta técnica como de aplicación rutinaria; sin embargo, la mortalidad terrible de los infartos intestinales hace terrible cualquier esfuerzo reconstructivo que se pueda hacer, ya sea en el accidente agudo o cuando hay pruebas definidas de una obstrucción mesentérica severa. La endarteriectomía es de difícil realización y se prefieren, por tanto, los "puentes" de dacrón o de vena safena.

# **CIRUGIA DE LA AORTA**

## **1. Aorta abdominal**

La extirpación de los aneurismas de la aorta abdominal es hoy un procedimiento rutinario en ciertos hospitales y con una baja mortalidad, aproximadamente un 10%. Los injertos homólogos han sido abandonados por su tendencia a formar aneurismas, debido a destrucción de la capa media y las prótesis plásticas de nylon y teflón han seguido la misma suerte. El material usado de preferencia en la actualidad es el dacrón, ya sea en su

forma **knitted** porosa y que sangra en los momentos iniciales que siguen a su implantación o **woven**, de tejido muy tupido y que no sangra a través de la malla. El primero ha sido usado por nosotros en 70 pacientes y ha demostrado sus magníficas condiciones a través de los años. Tenemos un paciente operado hace 7 años con reemplazo de la aorta y ambas ilíacas, y se encuentra en perfectas condiciones. La otra clase, **woven**, debe ser empleada en pacientes en muy malas condiciones y en los que la pérdida de sangre no puede permitirse. El mejor comportamiento de las prótesis en aorta e iliaca se debe al mayor calibre empleado y a la intensidad de la corriente sanguínea, factores que hacen más difícil una trombosis tardía.

En el tratamiento de la trombosis aorto-iliaca pueden emplearse dos procedimientos, la tromboendarteriectomía con parche de ampliación de safena interna o de dacrón, o el reemplazo por una prótesis bifurcada, también hecha de dacrón. La tromboendarteriectomía debe reservarse para los casos muy limitados y sus resultados, cuando la indicación ha sido bien hecha, han sido muy satisfactorios. Recordar que siempre es mejor evitar la introducción de materiales extraños en el organismo.

Cuando se haga reemplazo por una prótesis bifurcada no es necesario extirpar la aorta e ilíacas trombosadas; más bien, de hecho, esta contraindicación por la destrucción de la circulación colateral. Bastará hacer anastomosis término-laterales en aorta por debajo de las renales y en ambas femorales comunes o ilíacas, de acuerdo al caso. La trombosis de la femoral superficial no contraindica el injerto o prótesis porque si la femoral profunda está permeable, la circulación quedará asegurada a través de dicha arteria. Nosotros hemos usado esta técnica en unas 20 ocasiones con resultados excelentes. Cuando se trate de un enfermo en la década de los 50 y haya trombosis de las femorales superficiales, la prótesis puede llevarse desde la aorta hasta las arterias poplíteas.

Se ha cumplido ya el deseo de Rene Leriche, expresado en 1924, de una reconstrucción del árbol arterial dañado. La mortalidad puede calcularse en un 9%, porcentaje que tiende a disminuir a medida que la edad del paciente es menor.

## 2. Aorta descendente

La resección de las ectasias de la aorta descendente se hace hoy con la ayuda de un **by-pass** aurícula-izquierda-femoral que evita el uso de la hipotermia. La mortalidad es de 20% y los resultados alejados son excelentes. Debido al uso de la heparina, deben emplearse prótesis de dacrón **woven** o teflón. Los aneurismas muy grandes y que obliguen a resecar muchas intercostales, acusan una mortalidad mayor y la paraplejía es una complicación frecuente.

## 3. Aorta ascendente y cayado

Los aneurismas sacciformes de la aorta ascendente y del cayado pueden ser resecados con facilidad y poco riesgo. Cuando son fusiformes, la mortalidad es elevada, menos en las de aorta ascendente que en las del cayado, donde es definitivamente prohibitiva. Las ectasias de la ascendente pueden ser eliminadas con la ayuda de la máquina corazón-pulmón artificial, procedimiento casi imposible de emplear en la resección total del cayado,

debido al profuso sangramiento causado por el uso de los anticoagulantes. La extirpación total del cayado aórtico solo ha podido ser completada con éxito en 5 casos en todo el mundo y en pequeñas ectasias. Se plantea aquí el grave dilema de intentar resecar una dilatación, compatible con la vida por muchos años, a costa de una intervención prácticamente mortal. No ha llegado aún la solución a este problema y la consideramos muy lejana.

#### 4. Aorta tóraco-abdominal

La extirpación de la aorta tóraco-abdominal en todas sus ramas y su reemplazo, es ciertamente una operación heroica que ha sido perfeccionada y aplicada con éxito por el grupo de la Universidad de Baylor (Houston). La técnica de los "puentes" que permite conservar la circulación hasta el momento final del reemplazo por una prótesis plástica, ha permitido a De Bakey salvar un 50% de estos pacientes. La intervención está plenamente justificada si se considera que la muerte es segura para estos enfermos. Un grupo de especialistas, compenetrado con anestesiólogos y cuidado intensivo, podrán disminuir la mortalidad de esta terrible enfermedad.

#### CIRUGIA DE LA INSUFICIENCIA CORONARIA

Las técnicas Beck 1 y Beck 2 de revascularización miocárdica no han dado, por desgracia, buenos resultados. Los pacientes tal como sucedía en la ligadura de ambas mamarias, se sienten subjetivamente bien por algún tiempo hasta que sobreviene el fatal infarto. Es bueno asentar que, experimentalmente, Beck comprobó la creación de nuevas anastomosis intercoronarias después de su procedimiento 1. En cambio la ligadura de las mamarias internas jamás tuvo base fisiopatológica y no se pudo comprobar el menor aumento de flujo sanguíneo hacia las coronarias. Recientemente se ha dado nueva vigencia a la operación de Vineberg, implantación de la mamaria interna en el miocardio, debido a que en pocos casos se ha comprobado la permeabilidad de dicha arteria luego de 3 a 4 años de implantada. La mayoría de los cirujanos la ejecutan con el mayor de los escepticismos y la completan con una simpatectomía peri-aórtica y con una simpatectomía torácica izquierda alta. La tromboendarterioectomía coronaria, de altísima mortalidad, tampoco ha dado los resultados esperados. En resumen: no hay solución aceptable actual para el tratamiento de la insuficiencia coronaria crónica. La respuesta final no será dada por el bisturí, sino por medidas preventivas y drogas que impidan la obstrucción progresiva de dichas arterias.

#### CIRUGIA CARDIACA

No es el momento para comentar la cirugía del ductus arterioso, de la coartación de la aorta o de la estenosis pulmonar. Todas estas afecciones y muchas otras son ya de corrección rutinaria con muy elevado porcentaje de éxitos. Me referiré aquí a los recientes avances en la cirugía a "corazón abierto".

La simplificación y bajo costo de los controles usados en la actualidad son factores de primera importancia para la extensión de esta técnica a muchos centros. La mayoría de los hospitales especializados usa únicamente la presión arterial directa y la presión venosa central para el control de los pacientes durante la perfusión. Conocido ya el comportamiento del ser humano bajo la perfusión total, se hace innecesario el uso de encefalograma, electrocardiograma continuo, etc. Los exámenes de laboratorio se han re-

ducido, además de los de rutina, a la medición del pH, contenido de CO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> en ciertos casos especiales.

El oxigenador de discos de Kay-Cross ha demostrado ser uno de los más efectivos recomendable para los grupos que comienzan, por su comportamiento extraordinario en largas perfusiones. El oxigenador descartable cebado con suero es realmente un adelanto muy importante, porque permite operar sin necesidad de recurrir a gran número de donantes y elimina prácticamente las complicaciones inherentes a la inyección de grandes cantidades de sangre. Considero que la hemodilución, o sea el cebar el oxigenador con suero glucosado isotónico u otro similar en cantidad hasta de 50 o más cc. por kg. de peso, es el adelanto más importante de la circulación extracorpórea en los últimos años. La técnica de Zuhdi, hemodilución más hipotermia, simplifica aún más el procedimiento, porque permite reducir los flujos de perfusión hasta 20-30 cc. por kg. de peso y por minuto.

La simplificación de la técnica y la mayor experiencia de los especialistas han permitido que defectos tales como la comunicación interauricular, la trilogía y la tetralogía de Fallot puedan ser intervenidas con gran seguridad y éxito. Merece destacar el hecho de que se haya eliminado la colocación de parches de ampliación en el tracto de salida pulmonar en la tetralogía de Fallot. Solamente en casos extremos debe ampliarse dicho tracto con parche de pericardio. El teflón ha sido abandonado como material de uso intracardiaco, debido a su tendencia a endurecerse y retraerse. Para los parches intracavitarios se usa el **knitted** dacrón o pericardio.

La observación de la cirugía de reemplazo de las válvulas aórticas nos ha permitido tomar lo mejor y rechazar los materiales que han fracasado en otros centros. Las válvulas aórticas de teflón con "valvas" han sido un completo fracaso y los pacientes han muerto por insuficiencia, o han sido sometidos a una nueva intervención. Lo propio puede decirse de la válvula mitral. En la actualidad se considera como la mejor la válvula de "bola", tipo Starr-Edwards, aunque está lejos de ser la solución ideal. En la aorta, esta válvula se comporta bastante bien y con bajo índice de complicaciones, pero en la mitral aún constituye una verdadera pesadilla por su alta mortabilidad: embolias, trombosis, etc. Nosotros hemos implantado válvulas aórticas pero solo en casos con una indicación irrefutable. Aquellos casos con lesiones bien toleradas preferimos someterlos a tratamiento médico hasta que llegue una prótesis mejor. Si lo anterior es cierto para la aorta, lo es aún más para la mitral. No deben implantarse válvulas mitrales a menos que el paciente no tenga otra solución, ya que las complicaciones son la regla y no la excepción. No basta decir que la mortalidad en reemplazo aórtico es de 15% y que la de la mitral es de 30%. Hay que pensar en los riesgos de esos seres con un aparato intracardiaco cuyo destino alejado se desconoce y que puede, y de hecho las produce, producir serias complicaciones y muerte. Es nuestra costumbre plantear al paciente y familiares, la situación con toda crudeza y realidad sin dejarnos llevar por un entusiasmo que, a la larga, sólo nos conducirá a una situación desairada. Ofrecemos únicamente lo que podemos dar.

La adecuada protección al miocardio, especialmente en la cirugía aórtica, es vital para garantizar el éxito de la intervención. Está com-

probado que, para perfusiones de una hora de duración, basta irrigar la coronaria izquierda con un flujo equivalente a 150 cc por minuto. Si se piensa mantener abierta la aorta por más tiempo, es mejor perfundir ambas coronarias.

La solución de la arterioesclerosis y de la enfermedad reumática no está en limpiar arterias o reemplazar válvulas, procedimientos que son y serán imperfectos. Los debemos hacer ahora porque no hay nada más que ofrecer, pero no debemos olvidar que la prevención y tratamiento médico adecuado de estas enfermedades son la verdadera esperanza de la humanidad. La circulación extracorpórea y la hipotermia profunda quedarán entonces como base para un futuro no ya tan lejano: el reemplazo de órganos.

### MARCAPASOS PERMANENTES

La estimulación cardíaca artificial ha permitido mantener la vida a enfermos condenados en forma irremisible. La fabricación de estos pequeños y delicados instrumentos se considera una realización tan importante como la conquista del espacio exterior. De hecho no hubiera podido hacerse si no hubiera sido por las técnicas que han obligado a desarrollar la necesidad de reducción de peso de los satélites artificiales. Se ha hablado de una vida de 5 años para la fuente de energía: nada más falso. Los fabricantes hablan de una garantía hasta de 15 meses y de un reconocimiento de parte del valor del aparato si falla antes de un período determinado. Estos instrumentos fallan y lo hacen con frecuencia. Algunos son influidos por muchos estímulos externos: pantallas de televisión, tubos de neón, etc. Además, a veces, no pueden dominar el ritmo ventricular y crean graves problemas. La realidad es que no deben ser implantados a menos que no haya desde ningún punto de vista, otra solución. Agotar el tratamiento médico, hospitalizar al paciente el tiempo que sea necesario y recurrir al marcapaso cuando todo se haya agotado. Una vez colocado el primer aparato, ya tendremos a un ser humano dependiendo de estímulos eléctricos y de operaciones periódicas e inevitables. Se ha intentado aprovechar la energía de la distensión aórtica para generar una energía continua y evitar el cambio de pilas de mercurio. Esta y cualquier otra solución permanente debe ser buscada por todos los medios.

### CAMARA HIPERBARICA

Los experimentos de Boerema y otros en cámaras en las que se subía la presión a tres atmósferas, permitiendo así la mayor dilución del oxígeno en los líquidos del organismo y llevar la llamada "vida sin sangre", dieron esperanzas a los investigadores preocupados en el tratamiento radical de las cardiopatías cianógenas graves tales como tetralogías de Fallot, transposición de grandes vasos, etc. A la larga, la verdad ha surgido. El resultado ha sido poco grato pero una comunicación sincera evita muchos fracasos a los que la leen. La cámara hiperbárica ha demostrado ser peligrosa para el personal que trabaja con ella (embolias gaseosas, crisis de locura, etc.) y para los pacientes que en ella se tratan. La mayor concen-

tración de oxígeno extracelular no hace que este gas penetre con mayor abundancia dentro de las células. Las aplicaciones se reducen al tratamiento de las intoxicaciones por  $\text{CO}_2$ , a las infecciones por anaerobios y a una mejoría transitoria de los pacientes con isquemias de los miembros. Todo esto ha conducido al Colegio Americano de Cirugía a emitir una declaración oficial en la que opina que no hay "condición clínica alguna que pueda mejorar con el oxígeno hiperbárico", y aconseja a los hospitales invertir su dinero en instrumentos más necesarios. Sólo los grandes centros de experimentación deberán seguir sus investigaciones. La Universidad de Duke (Carolina del Norte), donde trabaja Brown, paladín del hiperbarismo en los Estados Unidos de América, ha transformado su cámara hiperbárica en un centro de investigación para medicina aeronáutica y submarina. Una vez más podemos derivar frutos de la experiencia de los mejor dotados.



**RESOLVEMOS SU PROBLEMA DE SEGUROS**

# **LA COORDINADORA S. R. L.**

**Sociedad de Corretaje de Seguros**

**Inscrita en el Ministerio de Fomento bajo el N° 9**

**DIRECTORES - EJECUTIVOS**

**Y**

**PERSONAL VENEZOLANOS**

**EN**

**UNA EMPRESA VENEZOLANA**

**AL SERVICIO**

**DE**

**V E N E Z U E L A**

**OFICINAS: Santa Capilla a Mijares**

**Edificio San Mauricio**

**Teléfonos: 81-51-71 — 81-63-72**

**81-51-72 — 81-63-73**

**81-51-73**

**81-51-74**

---

# **A. GARCIA S. & Cía. Suc. C. A.**

**FERRETERIA — METALES — ESCALERAS — MADERAS — CARTONES**

**Cipreses a Hoyo N° 105**

**Teléfono 41 83 15 al 17**

---

LAMINAS DE ACERO INOXIDABLE

LAMINAS DE BRONCE

LAMINAS DE COBRE

LAMINAS DE PLOMO PURO

LAMINAS DE ALUMINIO PURO

LAMINAS DE ZINC PURO

LAMINAS DE METAL EXPANDIDO

LAMINAS DE VIDRIO PLASTICO

LAMINAS PLASTICAS ACANALADAS PARA TECHOS

LAMINAS AISLANTES Y ACUSTICAS

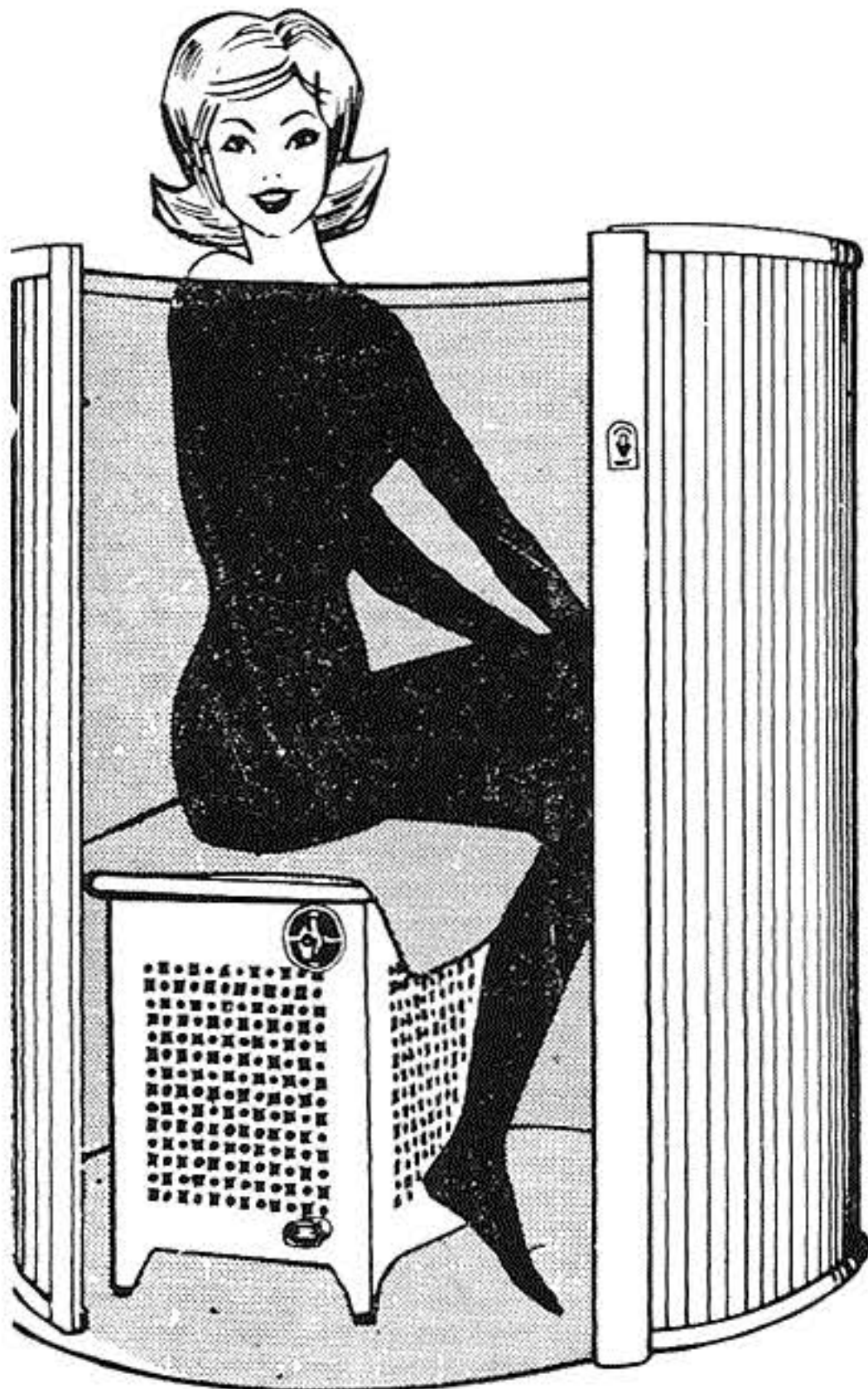
LAMINAS PLASTICAS PARA DECORACION

**Más de 28 años sirviendo mejor calidad a menor precio**

---

# SAUNA CASERA

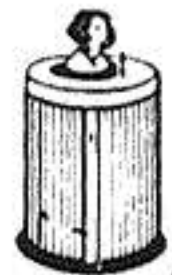
En su propio hogar, en cualquier momento con poco gasto, Ud. puede obtener resultados maravillosos en beneficio de su salud, tomando un baño de vapor. El valor terapéutico de los baños en el SAUNA es conocido desde hace miles de años por los pueblos de la antigüedad.



## SAUNA CASERA

es un producto alemán, recomendado mundialmente para:

Balancear la tensión nerviosa tras un día agitado.  
Normalizar un eventual sobrepeso  
Normalizar Dificultades de la circulación.  
Obtener un sueño reparador.  
Eliminar la grasa de los poros.  
Combatir dolores de reumatismo y artritis.  
Combatir dolores de la articulación.



El **SAUNA CASERA** se compone de una cabina con termómetro y una silla que incluye los elementos de irradiación infrarroja invisible. El aparato tiene el sello de aprobación de la Unión de Ingenieros Alemanes.

Pida una demostración en nuestros locales de exhibición.

Si piensa en su salud, piense en la Casa Heymann.

**DISTRIBUIDOR:**

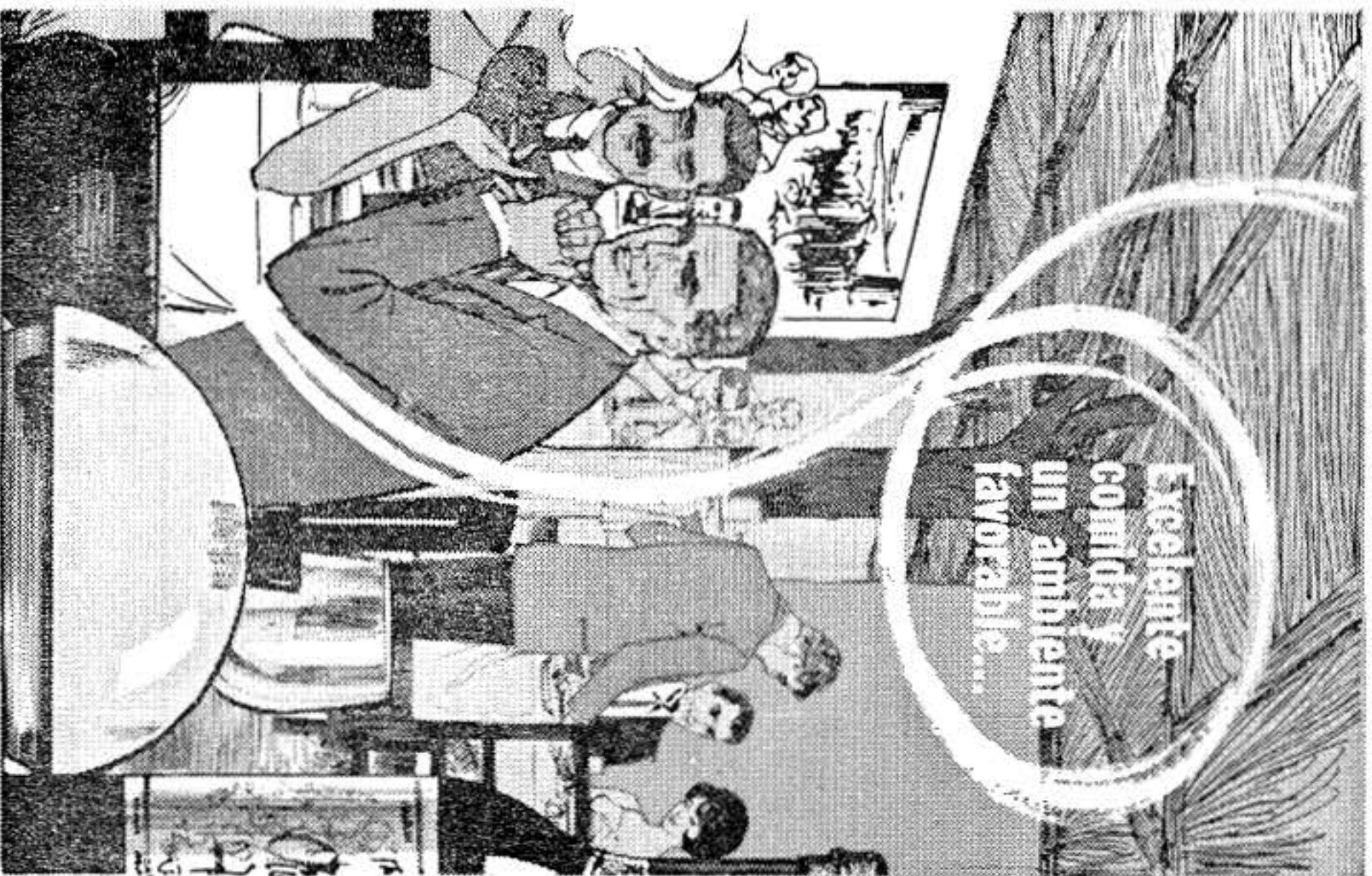
**J. R. HEYMANN K.**

Ave. Vollmer - San Bernardino  
Teléfono: 55-84.44 - CARACAS

# **Di-Gráfica GOMEZ**

- **Especialidad en Publicaciones Médicas**
- **Revistas, Folletos, Encartes**
- **Plegables**
- **Impresos en General**

**Canónigos a Esperanza - Local N° 4 - Caracas**



...Para sus negocios  
Para su familia  
Para sus amigos

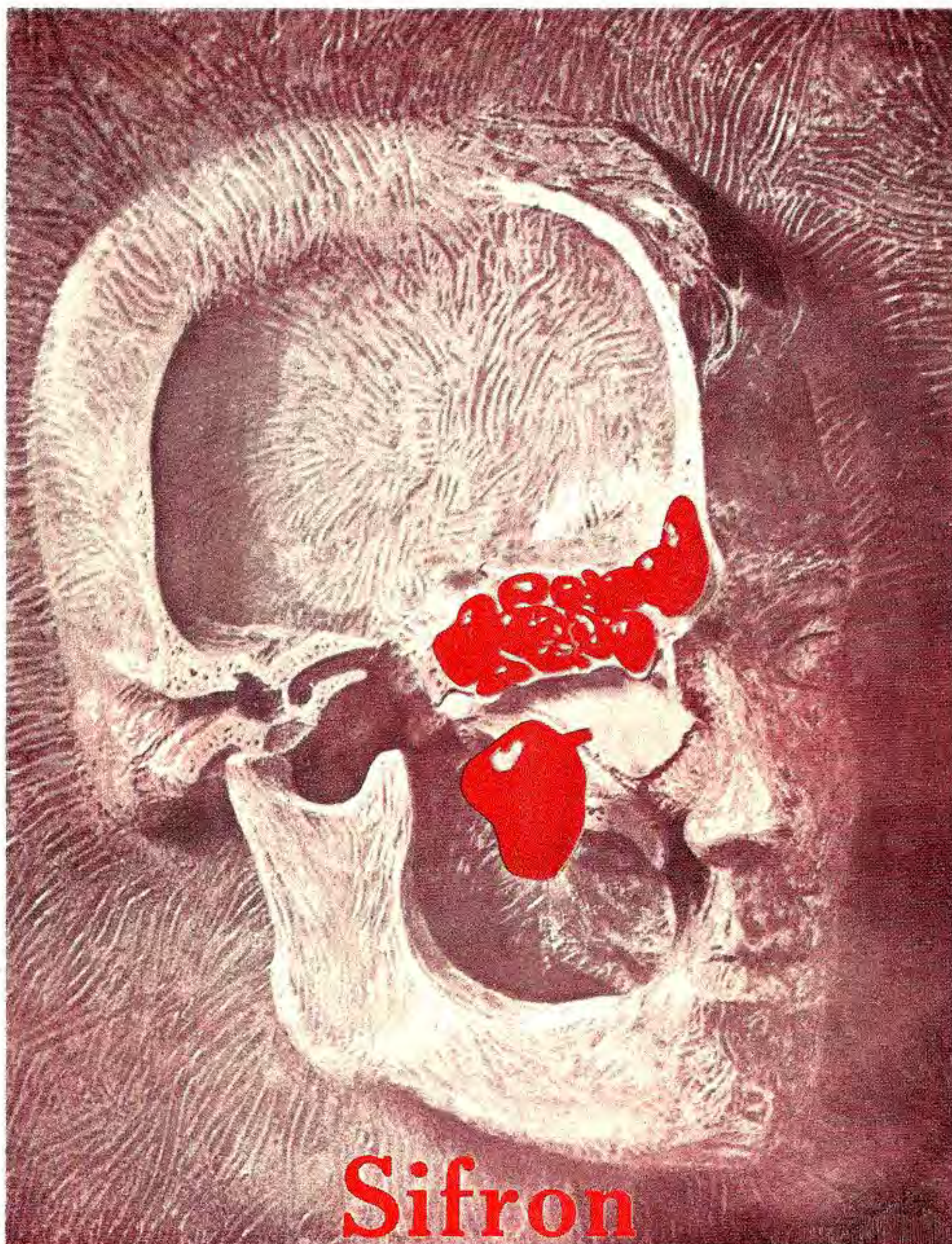


**RESTAURANT**

**LA CASTELLANA**

Con la mejor carne venezolana, la mejor parrilla argentina

AV. PRINCIPAL, LA CASTELLANA, ESQUINA URDANETA — TELEFONO: 33-19-37 — CARACAS — VENEZUELA



# Sifron

**específico para el dolor, congestión y tensión en  
cefalea sinusal**

**...y en aquellos procesos que evolucionan con síntomas similares  
(sinusitis, rinitis, cefalea tensional, resfriado agudo y crónico, etc.)**

**Sifron: Cada tableta contiene 150 mg. de acetaminofen, 150 mg. fenacetina,  
25 mg. de fenilpropanolamina (clorhidrato) y 22 mg. de feniltoloxamina (citrato)**

**WARNER - CHILCOTT**

Elaborado y Distribuido por  
*Laboratorios Substantia C.A.*  
Caracas - Venezuela

