

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 - N° 28 — Septiembre — 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

- 20 Años 87
- Gastrectomía Total con Transplante Yeyunal, en Carcinomas Gástricos  
Por: Drs. Ricardo Baquero-González, Jacobo Vázquez, A. González Navas y Reinaldo J. Bermúdez 89
- Experiencia de Trece Años en el Tratamiento del Insuficiente Respiratorio Grave, en el Departamento de Anestesia del Centro Médico de Caracas  
Por Drs. Lucca Escobar, R. J., Santana Baez, W. y colaboradores 105
- Índice General por Autores y Temas 1947 - 1967 119

ESTAMOS AFILIADOS A:



# Preferidas

en hospitales, clínicas y consultorios  
por sus inigualables ventajas!



**VENDAS  
ENYESADAS**

*"Especialista"*  
REGISTERED TRADE MARK



Con las nuevas vendas enyesadas "ESPECIALISTA" se obtienen, en pocos minutos, enyesados firmes y resistentes que se endurecen rápidamente, sin contracciones o deformaciones, y aseguran **inmovilización óptima de la fractura desde el primer momento.**

Las vendas enyesadas "ESPECIALISTA" se preparan con yeso elaborado ex profeso y distribuido con uniformidad y adherido a la venda por un sistema ad hoc patentado. El contenido de yeso es tan alto y su desprendimiento, al saturarlas y exprimirlas, tan bajo, que es posible obtener enyesados ideales con una cantidad mínima de vendas.

**Rp.** Vendas enyesadas "ESPECIALISTA", en distintos tamaños, y de tipo Rápido (endurecimiento en 5 a 8 minutos) o Extra Rápido (endurecimiento en 2 a 4 minutos)— en cajas de 12 vendas envasadas especialmente para protegerlas contra la humedad.

Calidad excepcional respaldada por  
Johnson & Johnson, sinónimo de excelencia  
en productos ortopédicos de fama mundial.

*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  
Beaupertuy, 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. Temístocles  
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  
 Attias Attias, 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



## **!Vea la Diferencia!**

**NO HAY DESPRENDIMIENTO DE YESO EN LA VENDA GYPSONA**

La diferencia entre una venda de yeso de Paris GYPSONA y una venda corriente, se puede ver claramente en la fotografía de arriba. Note en la venda GYPSONA, que no hay desprendimiento de yeso y los bordes se conservan sin deshilachar, gracias a la muselina especialmente tejida.

La superioridad de la GYPSONA es aún más marcada, cuando se utiliza. El alto contenido de yeso, casi el 90 por ciento por peso de la venda, se fija al tejido por un proceso especial, y hay una pérdida de yeso insignificante, cuando se humedece.

Una cantidad de material sorprendentemente pequeña producirá un enyesado que es liviano, pero muy fuerte. Tal es la uniformidad de las vendas GYPSONA que el número exacto de éstas, para un enyesado, se puede determinar de antemano.

La GYPSONA es inodora, no irrita la piel, y en condiciones de almacenaje a temperatura corriente se conserva perfectamente. Usted encontrará que es el yeso ideal y, por muchas razones, el más económico en el tratamiento de las fracturas en general.

**LISTA PARA USARSE**

# **Gypsona**

**VENDAS DE YESO DE PARIS**

Para más informaciones, favor dirigirse a:

**LABORATORIOS BIOGEN, C. A.**

**Apartado 714 - Caracas-Venezuela**

*¿Por qué  
Tetraciclina  
sola*




*cuando  
hay  
RESTECLIN?*

# RESTECLIN

Clorhidrato de Tetraciclina con Acido Ascórbico y Anfotericina B (Fungizón) Squibb

- dosis completa de tetraciclina para eficacia de amplio espectro
- ácido ascórbico, esencial durante los periodos de *stress*
- protección específica contra la proliferación moniliásica secundaria

por razones de eficacia...comodidad del paciente...inocuidad...costo...  
cuando piense en tetraciclina...recete Resteclin

SQUIBB  *Más de un siglo de experiencia inspira confianza*

## 20 AÑOS

Cumplimos para esta fecha un triple aniversario: 20 años de la fundación del Hospital Clínico Centro Médico de Caracas, 20 años de la Sociedad Médica del Centro Médico y otros tantos a que ha llegado nuestra publicación como vocero oficial de nuestra Sociedad. En un principio se denominó "Publicaciones del Centro Médico de Caracas" y luego, con su número 19, en Septiembre de 1.964, entró en una segunda etapa con un nuevo formato, nuevo nombre de "Revista Centro Médico", periodicidad de tres veces al año en los meses fijos de Enero, Mayo y Septiembre, hasta culminar en el actual número 28 correspondiente a nuestro 20 Aniversario.

En este último quinquenio dos acontecimientos resaltantes han ocurrido que han cambiado la fisonomía física y científica de la Institución: En el primer aspecto, la construcción del nuevo edificio para consultorios y en el segundo, mucho más importante, la entrada de numerosos profesionales de la Medicina a formar en nuestras filas. Este último hecho merece algunos comentarios: La Institución organizada más antigua del mundo, la Iglesia, ha podido persistir a través de siglos gracias al estricto cumplimiento de estos dos principios: Renovación dentro de un sano espíritu de conservación, es el *Rerum Novarum* de la Encíclica Papal; en efecto los conceptos básicos de nuestra Institución, los estamentos hipocráticos, las bases morales y científicas que las sostienen deben supervivir, pero tampoco podemos encerrarnos dentro de las vetustas paredes de un castillo feudal sin posibilidad alguna de superación. Hasta la fecha estos dos postulados se han cumplido gracias a la acción mancomunada y conjunta de, por una parte, nuestra Junta Directiva, de carácter administrativo, cuya labor no merece sino adjetivos de felicitación y encomio: criterio conservador, con una dinámica que no excluye en absoluto saber en todo momento el terreno en que estamos asentados, plena conciencia de que esta Institución ha sido por largo tiempo ductora de la práctica privada de la Medicina en el País, de que, de nosotros mismos depende continuar siéndolo por tiempo indefinido, siempre y cuando los mercaderes de todas las épocas no invadan nuestro templo y no sean conculcados los férreos principios de la ética y la moral profesional.

De la otra parte, nuestra Sociedad Médica, de la cual podemos, con orgullo y sin modestias, decir que se ha mantenido, sin solución de continuidad en permanente actividad a través de estos largos años; ejemplo raro entre nosotros, donde, si bien es verdad, existen agrupaciones científicas de más edad que la nuestra, la mayoría son derelictos a la deriva con, en determinadas ocasiones fugaz actividad, sin estímulos aglutinantes que le den perennidad; y sea ésta la ocasión para elogiar también a su Junta Directiva la cual rige a nuestra Sociedad por varios años ininterrumpidos, pues, con magnífico criterio, ha sido reelegida en sus principales componentes, sacrificando así principios de alternabilidad en favor de una eficiencia que, mucho dudamos, otros pudieran alcanzar.

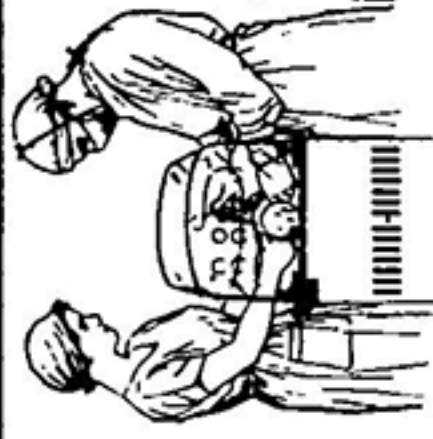
En estos postreros años y sobre todo en éste último luctuoso, dos anchos y profundos claros en nuestras filas constituye la desaparición de dos valores, de auténtica calidad científica y humana: los Drs. Juan Pablo Parilli y Juan Colmenares Pacheco: finura y flexibilidad de acero toledano el uno, rectitud y rigidez de temple damasquino el otro; nuestro pésame a nosotros mismos.

Damos las gracias a todos aquéllos que han contribuido al mantenimiento de nuestra Publicación y felicitamos a todo el personal del Hospital en ésta su fecha aniversaria.

# NCG

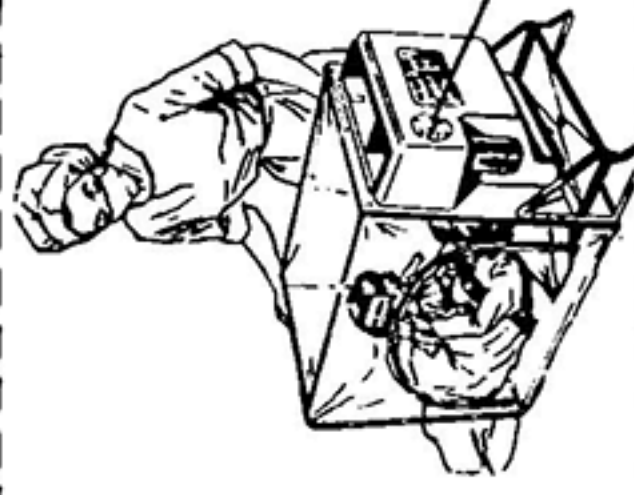
## TODA CLASE DE EQUIPOS PARA OXIGENOTERAPIA

### Incubadoras:



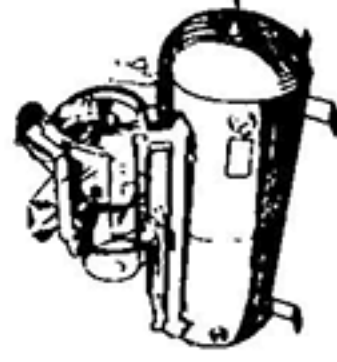
Proveen aislación completa para infantes con controles precisos de calor, humedad y oxígeno.

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

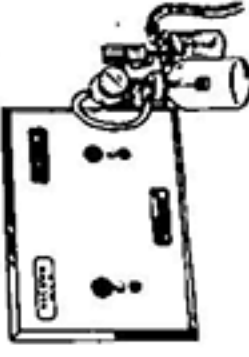


El "VAPO<sub>2</sub> - TENT" de NCG para terapia de aerosol y/u oxígeno. Puede alistarse en pocos minutos, para uso en niños y adultos.

### Resucitadores:



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



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

G1-12

# GIN

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

# beserol

Marco de Fábrica

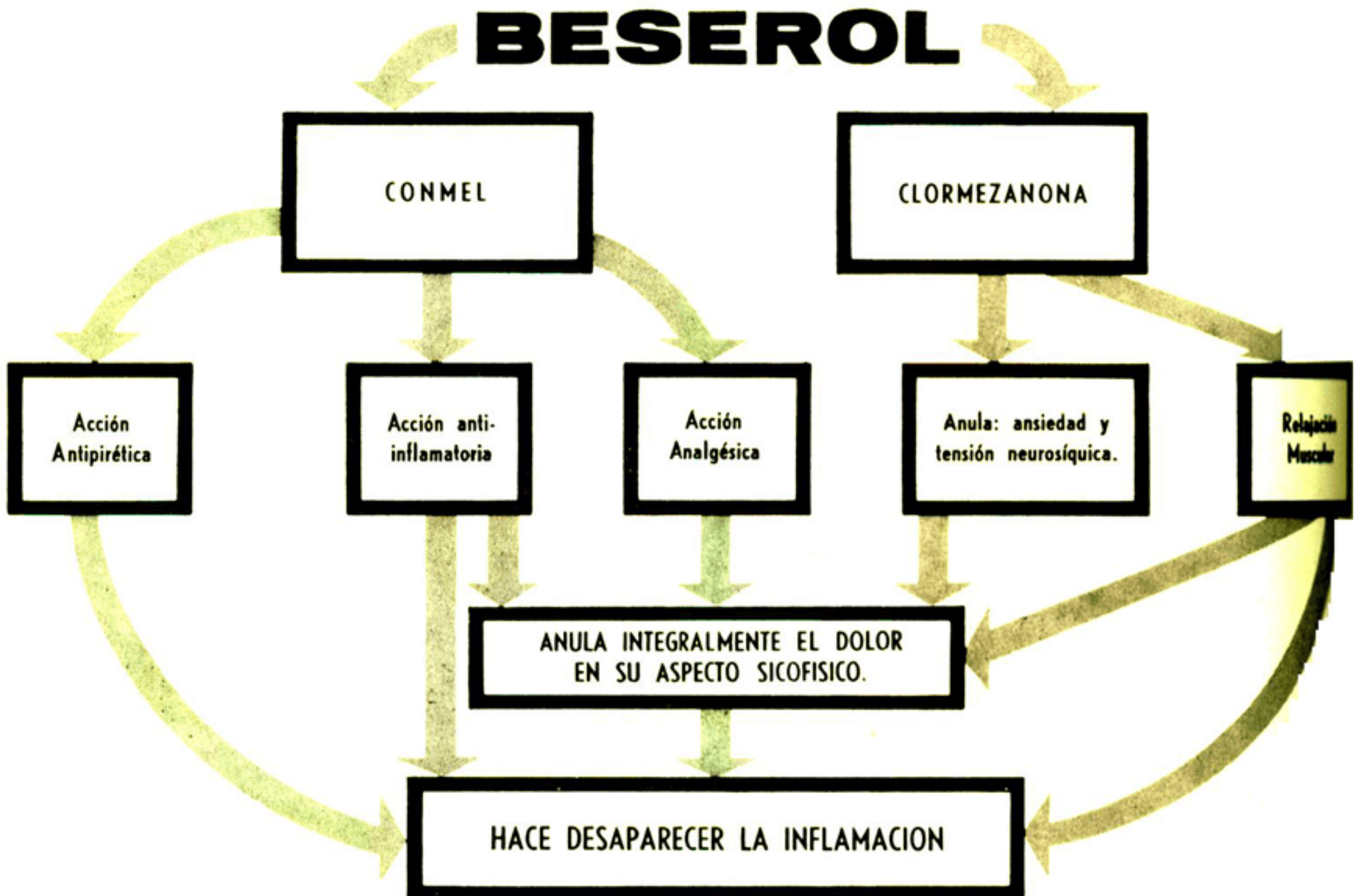
Potente analgésico  
de acción integral



**Doctor:**

Por qué  
abandonarlos  
en el lecho  
por el dolor?

# BESEROL



## INDICACIONES:

DOLORES NEURALGICOS      ODONTALGIAS  
DOLORES ARTICULARES      CEFALEA  
DISMENORREA                  INFLAMACIONES

BESEROL es un producto WINTHROP



Medicinas de confianza al servicio del Médico

# Gastrectomía Total con Transplante Yeyunal, en Carcinomas Gástricos

Por los Doctores:

\***Ricardo Baquero-González**, M.F.S.V.C.-F.A.C.S.-F.I.C.S.

\*\***Jacobo Vázquez**, M.T.S.V.C.-F.I.C.S.

\*\*\***A. González-Navas**, M.T.S.V.C.-F.A.C.S.

y

\*\*\*\***Reinaldo J. Bermúdez**, M.A.S.V.C.

En nuestra práctica quirúrgica somos partidarios de la cirugía radical amplia en los casos de cáncer gástrico. Después del célebre editorial de Frank Lahey publicado en el año 1950 en la revista **Surgical Gynecologic and Obstetrics** (20) tuvimos la esperanza de que la conducta sugerida por el eminente cirujano iba a traer una nueva era en los resultados del tratamiento del carcinoma del estómago. Fuimos en ese entonces partidarios de la gastrectomía total sistemática y nuestros resultados fueron dados a conocer en varias publicaciones (1), (2), (3), (4) y (5). Los resultados obtenidos con esta nueva conducta nos demostraron de un modo irrefutable que la solución quirúrgica del cáncer gástrico no es la extirpación total del estómago y de los órganos anexos invadidos, sino la gastrectomía convencional y la extirpación de las metástasis ganglionares. De allí el concepto actual acerca de la radicalidad de la exéresis en este tipo de enfermedad.

---

\*Profesor Titular, Jefe del Servicio de Cirugía N° 4 del Hospital Universitario de Caracas y de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica D, de la Universidad Central de Venezuela.

\*\*Profesor Titular de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica D, de la Universidad Central de Venezuela y Cirujano Adjunto del Servicio de Cirugía N° 4 del Hospital Universitario de Caracas.

\*\*\*Profesor Titular de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica D, de la Universidad Central de Venezuela y Cirujano Adjunto del Servicio de Cirugía N° 4 del Hospital Universitario de Caracas.

\*\*\*\*Instructor de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica D y Adjunto del Servicio de Cirugía N° 4 del Hospital Universitario de Caracas.

La cirugía radical del cáncer del estómago se practica con el fin de extirpar el tumor gástrico, realizando una gastrectomía lo más amplia posible sin sacrificar todo el órgano, si no fuese necesario, con la resección del epiplón mayor, epiplón menor, los ganglios del cardias, pedículo hepático, tronco celiaco y resección del bazo, cola del páncreas, etc. Con ello pretendemos hacer una cirugía más racional y lógica de acuerdo a los principios de la oncología moderna.

Esta conducta quirúrgica implica sacrificios de órganos y afluentes vasculares, pues al ligar y seccionar la arteria coronaria estomáquica a su salida del tronco celiaco, se suprime la irrigación de la porción superior del estómago y con la resección del epiplón gastro-esplénico y el bazo se compromete aún más su vascularización, dejando un muñón residual pequeño y con escasa irrigación sanguínea que sólo permite la práctica de una anastomosis gastro-yeyunal segura. Este muñón tan pequeño, tiene muy poca capacidad y a fin de cuenta, una resección tan amplia equivale a una gastrectomía total.

Cuando la localización del tumor es en el cardias o fundus, o en el cuerpo gástrico y es resecable, la única conducta posible es la de practicar una gastrectomía total con restablecimiento de la continuidad gastro-intestinal mediante una esófago-yeyunostomía termino-lateral con anastomosis yeyuno-yeyunal por la técnica de Braun. Este procedimiento puede realizarse en casos seleccionados, por la vía abdominal o mediante una toraco-laparatomía que nos permite un amplio campo operatorio y mejores facilidades para realizar una técnica segura.

Con la gastrectomía total sistemática aumentó la mortalidad operatoria, los resultados de supervivencia no mejoraron y la morbilidad fue mayor con la aparición de complicaciones como: el síndrome de vaciamiento rápido o dumping, el enflaquecimiento, la esofágitis por reflujo, etc. Por lo tanto, la gastrectomía total sistemática no es aconsejable en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico.

El objeto de esta comunicación es el de discutir la conveniencia de restablecer el tránsito esófago-yeyunal mediante la interposición de un segmento de yeyuno entre el esófago o un muñón gástrico y el duodeno y exponer los resultados obtenidos en quince casos de gastrectomía total a quienes les hemos aplicado esta técnica con resultados satisfactorios.

En nuestro empeño de mejorar la técnica y reducir la mortalidad de los enfermos que ingresan al Servicio de Cirugía 4 del Hospital Universitario de Caracas y en la clientela privada de uno de nosotros en el Hospital Clínico Centro Médico de Caracas; hemos puesto en práctica las sugerencias dadas por Zacho y Fischerman en su trabajo publicado en 1959 en la revista **Acta Chirurgica Scandinavica** (31) que son:

- a) hacer una mejor evaluación del paciente en el período preoperatorio y en especial, la determinación del volumen sanguíneo mediante la evaluación del INDICE TRANSFUSIONAL y la reposición de la volemia antes de la intervención.
- b) el restablecimiento de la continuidad esófago-yeyunal en casos de gastrectomía total mediante la técnica de Reux-Hersen y de

preferencia con la interposición de un segmento de yeyuno pediculado entre el esófago y el duodeno.

Desde el año 1961 en que leímos la publicación de Zacho y Fischerman (31), nos dimos a la tarea de ajustar nuestras técnicas siguiendo estas recomendaciones y así hemos logrado la casi eliminación de la mortalidad operatoria y la desaparición de los síndromes post-gastrectomía.

La evaluación del Volumen Sanguíneo lo hacemos de un modo rutinario en todos los pacientes con pérdida de peso, así sus cifras de **hemoglobina** y **hematocrito** sean normales, mediante la determinación del **INDICE TRANSFUSIONAL** cuya técnica y resultados hemos dado a conocer en diferentes trabajos publicados (6), (7).

La evaluación del Índice Transfusional mediante la inyección diaria de 500 cc. de sangre citratada y la determinación de la hemoglobina y peso del paciente, es un procedimiento simple y económico, que nos permite la terapia transfusional necesaria para la reposición de la volemia en pacientes desnutridos y con grandes pérdidas del peso corporal. Procuramos con este procedimiento, ponerlos en condiciones óptimas en un periodo de 2 a 7 días y solo los intervenimos cuando el Índice Transfusional nos da una cifra mayor de 70. Así preparados estos enfermos toleran muy bien el acto operatorio y el shock irreversible es poco frecuente. Estamos utilizando también, otros métodos para la determinación del volumen sanguíneo, como el uso de la albúmina sérica humana marcada con I-<sup>131</sup> y con los expansores del plasma, cuyos resultados daremos a conocer oportunamente

En cuanto a la técnica operatoria empleada desde el año 1961, hemos abandonado la práctica de la esófago-yeyunostomía término-lateral por los trasplantes yeyunales, cuya técnica ha sido descrita por Henley (14) Longmire y Beal (22) y en el trabajo de Hendstedt (14), ya mencionado. No tenemos experiencia en otros tipos de trasplantes como los que utilizan el segmento ileocólico (6) por considerarlos de técnica más laboriosa.

A continuación describiremos los puntos que consideramos más importantes de la técnica que hemos seguido en los casos presentados en esta publicación.

Se coloca el paciente en la mesa operatoria en decúbito dorsal con la parte izquierda del tórax ligeramente levantada para facilitar una posición toraco-laparatomía. Abrimos el abdomen, mediante una incisión oblicua que comienza en la parrilla costal izquierda a nivel del noveno espacio intercostal. Esta incisión la dirigimos de un modo oblicuo hacia la derecha pasando a dos traveses de dedo por encima del ombligo y terminando en el flanco derecho, (Figura 1).

Una vez seccionado el peritoneo, colocamos separadores abdominales sostenidos por ayudantes y exploramos los órganos intraabdominales, dándonos así cuenta de la extensión y propagación del tumor gástrico. Si se trata de un carcinoma del antro y siempre que sea posible, preferimos hacer una gastrectomía subtotal amplia con anastomosis gastroyeyunal tipo Billroth II con entero-anastomosis tipo Braun. En nuestros últimos casos, hemos practicado también en estas resecciones parciales amplias,

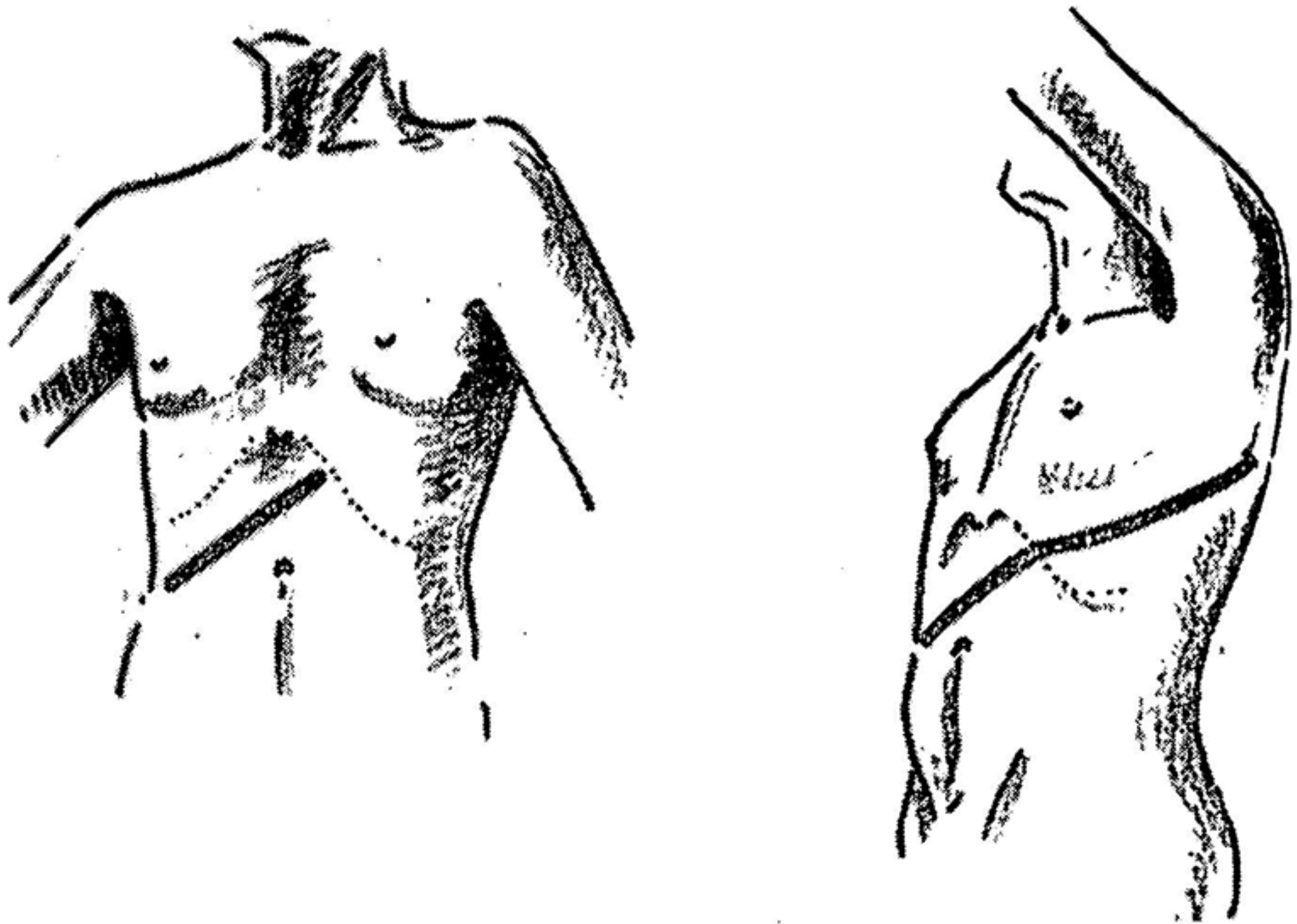


Fig. 1. Tipo de incisión abdominal y toraco-abdominal en casos de cáncer del estómago.

el trasplante yeyunal entre el muñón gástrico y el duodeno. Si se trata de un carcinoma del cuerpo gástrico, del cardias o del fundus, hacemos una gastrectomía total con restablecimiento de la continuidad esófago-duodenal mediante el trasplante de un segmento de yeyuno. En casos de carcinomas con metástasis y si las condiciones del paciente lo permiten y el estómago es reseccable, hacemos una gastrectomía subtotal o total paliativa con trasplante yeyunal.

Ya decididos a practicar el trasplante, procedemos a revisar cuidadosamente las condiciones del duodeno. Por lo regular, en los cánceres gástricos, el duodeno no es invadido y se encuentra siempre libre y de fácil disección, a menos que el sujeto tenga una úlcera duodenal estenosante que lo deforme, en este caso si no es posible practicar la anastomosis término-terminal, se hará término-lateral.

Iniciamos la operación con el despegamiento coloepiploico que hacemos con bisturí, seccionando la inserción de las hojillas anteriores del epiplón mayor al colon transversal (Fig. 2). Terminada esta separación entramos en la transcavidad de los epiplones y revaluamos las condiciones de los órganos de la retrocavidad, principalmente el estado del páncreas y ganglios suprapancreáticos. Si es posible la resección, continuamos la intervención con la disección y movilización del duodeno mediante la maniobra de Kocher (Figuras 4 y 5). Revisamos los ganglios retropilóricos, los extirpamos y los entregamos al patólogo para su estudio histoló-

gico. Se ligan las arterias gastro-epiploica y pilórica y se deja la primera porción del duodeno lista para su sección. Procedemos entonces a seleccionar la primera asa yeyunal después del ángulo de Treitz. El tamaño del segmento necesario se calcula de acuerdo al tipo de gastrectomía. En la sub-total amplia, bastarán unos 15 cms. y en la total, unos 20. El asa no debe ser ni muy corta, ni muy larga. Si es muy corta, pueden quedar las suturas bajo tensión y provocar su desunión. Si es muy larga, el tránsito intestinal puede ser muy lento y en casos de gastrectomía subtotal, las secreciones gástricas pueden lesionar la mucosa yeyunal. (Fig. 6).



Figura 2. Despegamiento coloepiploico con bisturí para penetrar en la transcavidad de los epilones y extirpar los ganglios de la curvatura mayor gástrica.

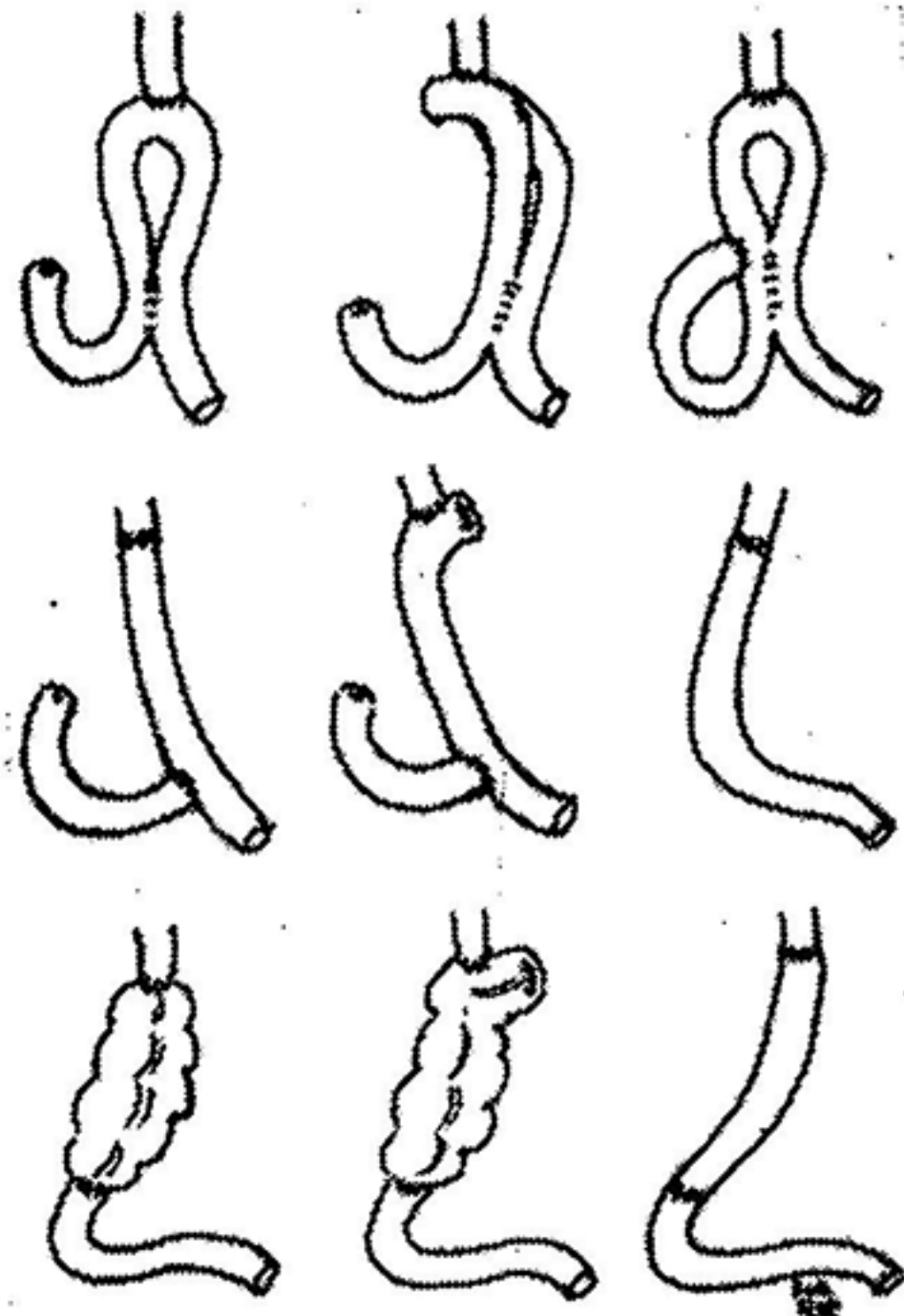


Figura 3. Diversas técnicas para el restablecimiento de la continuidad esófago-yeyunal después de la gastrectomía total.

La vascularización del segmento aislado debe ser perfecta. Esto se logra seccionando el mesenterio en una zona avascular y conservando los arcos vasculares. El segmento puede ser movilizado, sin cortar estos arcos. La sección del yeyuno se hace con tijeras y sin colocar pinzas de copros-tasis que con su presión pueden lesionar los bordes del asa seccionada y alterar así su vascularización.

La continuidad yeyuno-yeyunal se establece de inmediato, con sutura cabo a cabo y en dos planos, uno con catgut cromado 000 con sutura continua y el otro con puntos invaginantes interrumpidos con seda negra 000. Se levanta entonces el colon transverso y se practica una pequeña incisión en la zona vascular del mesocolon, siguiendo a la arteria cólica media.

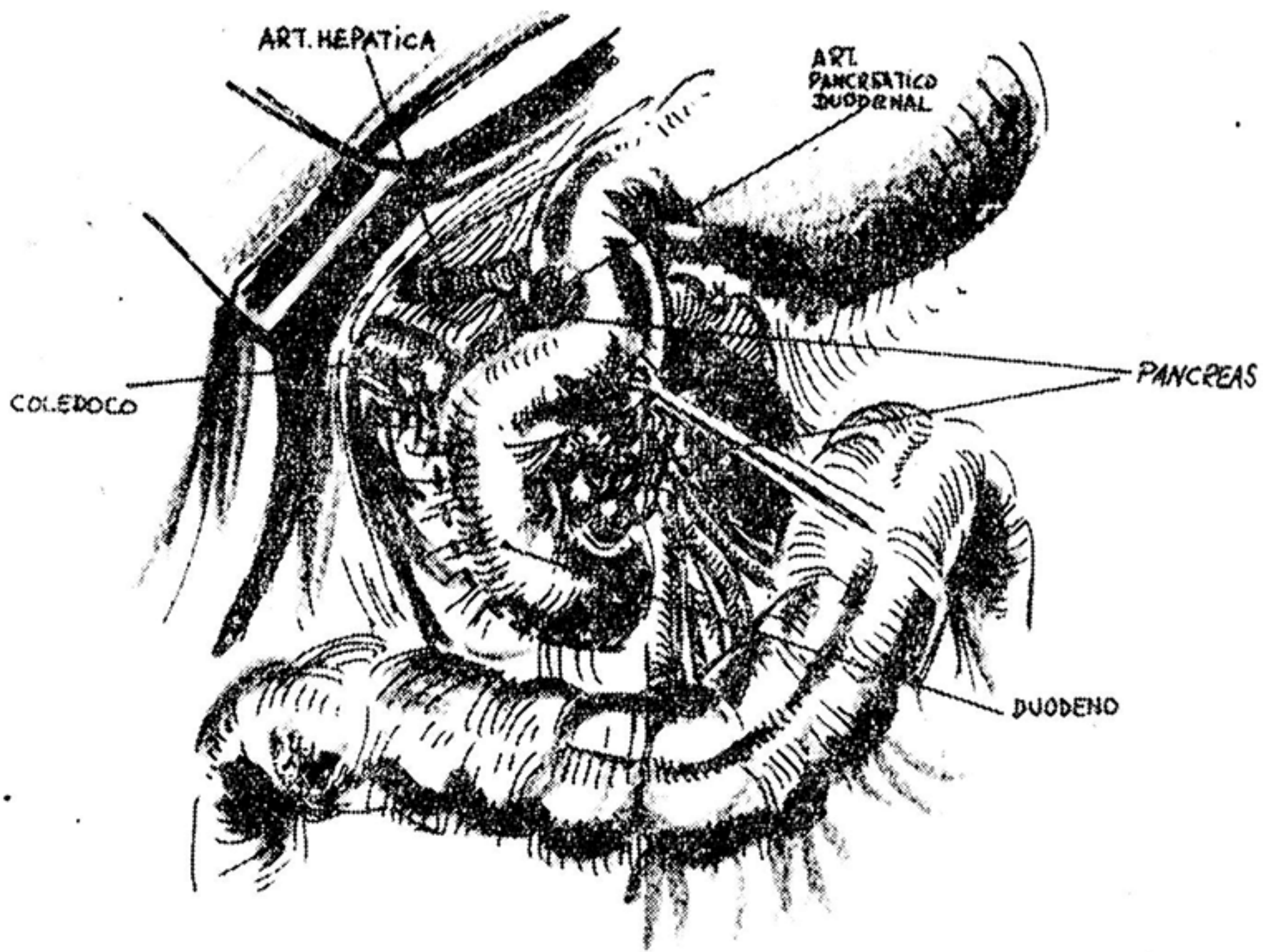


Figura 1

El segmento aislado del yeyuno se pasa a través de la brecha del mesocolon y su cabo distal se anastomosa de un modo isoperistáltico con el duodeno (Fig. 7), lo que se hace sin dificultad, ya que los cabos son del mismo diámetro. Esta anastomosis se hace con sutura en dos planos. Una total continua con catgut cromado 000 y otra invaginante con seda negra 000 a puntos separados. La anastomosis debe permitir el paso de un dedo. El cabo superior del segmento aislado debe ser preparado convenientemente antes de la anastomosis con el esófago, o con el muñón gástrico residual, para evitar que los vasos mesentéricos sean heridos al practicar la anastomosis esófago, o gastro-yeyunal, y provocar una zona de necrosis con posible fistulización. Esta modificación consiste en colocar en el tercio inferior de la boca del cabo superior, varios puntos invaginantes con catgut cromado 000, de modo que los vasos mesentéricos queden protegidos del paso de las suturas al realizar la anastomosis esófago-yeyunal (Fig. 8). El borde antimesentérico de la boca del cabo proximal se corta oblicuamente con el objeto de ampliarla y hacer posible la anastomosis con el esófago. La anastomosis del asa transplantada con el esófago, se realiza también en dos planos pero con seda negra 000 y a puntos separados. El segundo plano debe ser hecho con puntos en U invertidos, de modo que el esófago se enchufe en el asa yeyunal, procurando

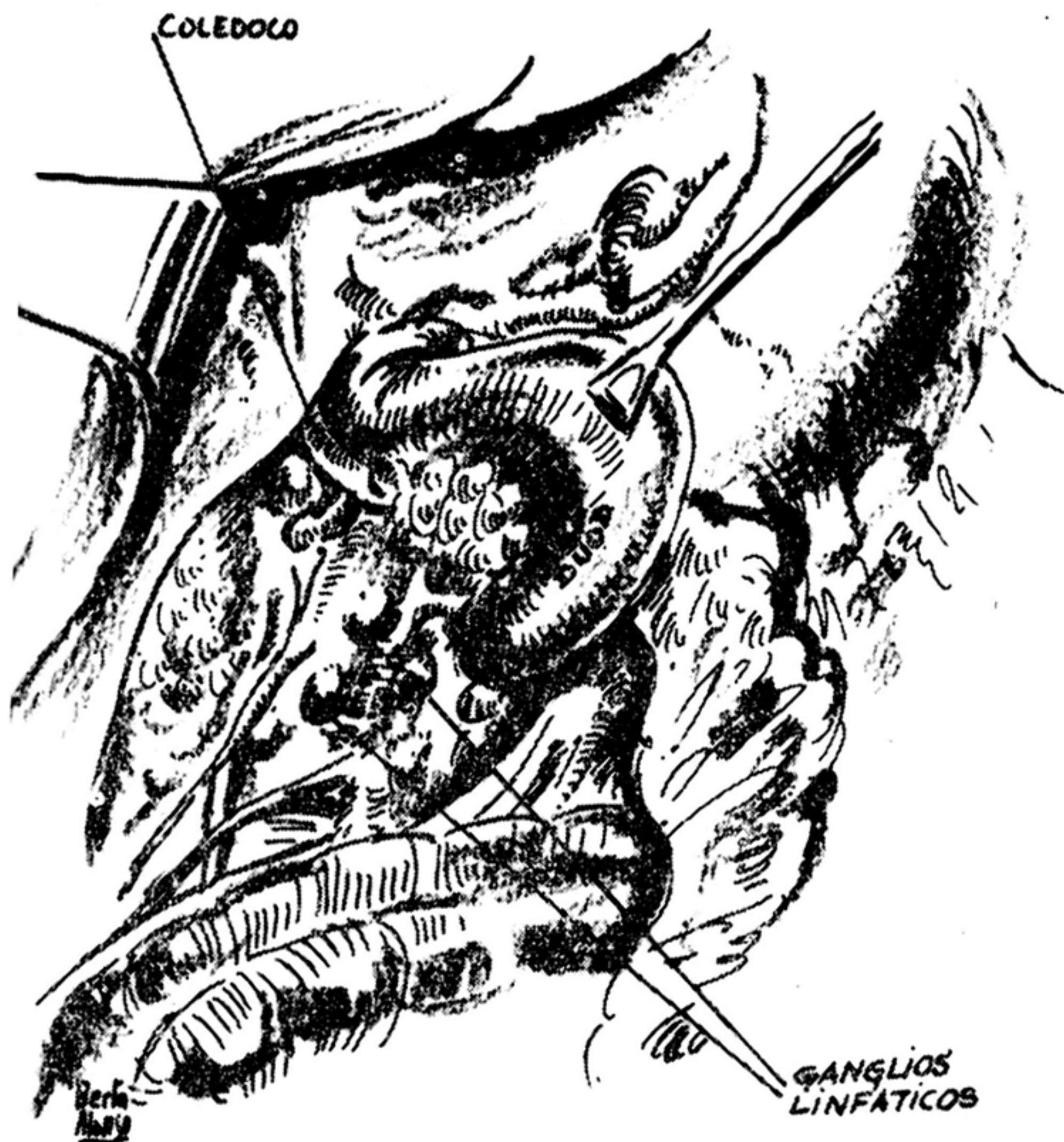


Figura 5. Movilización del duodeno mediante la maniobra de Kocher.



Figura 6. Selección del segmento de yeyuno a transplantar

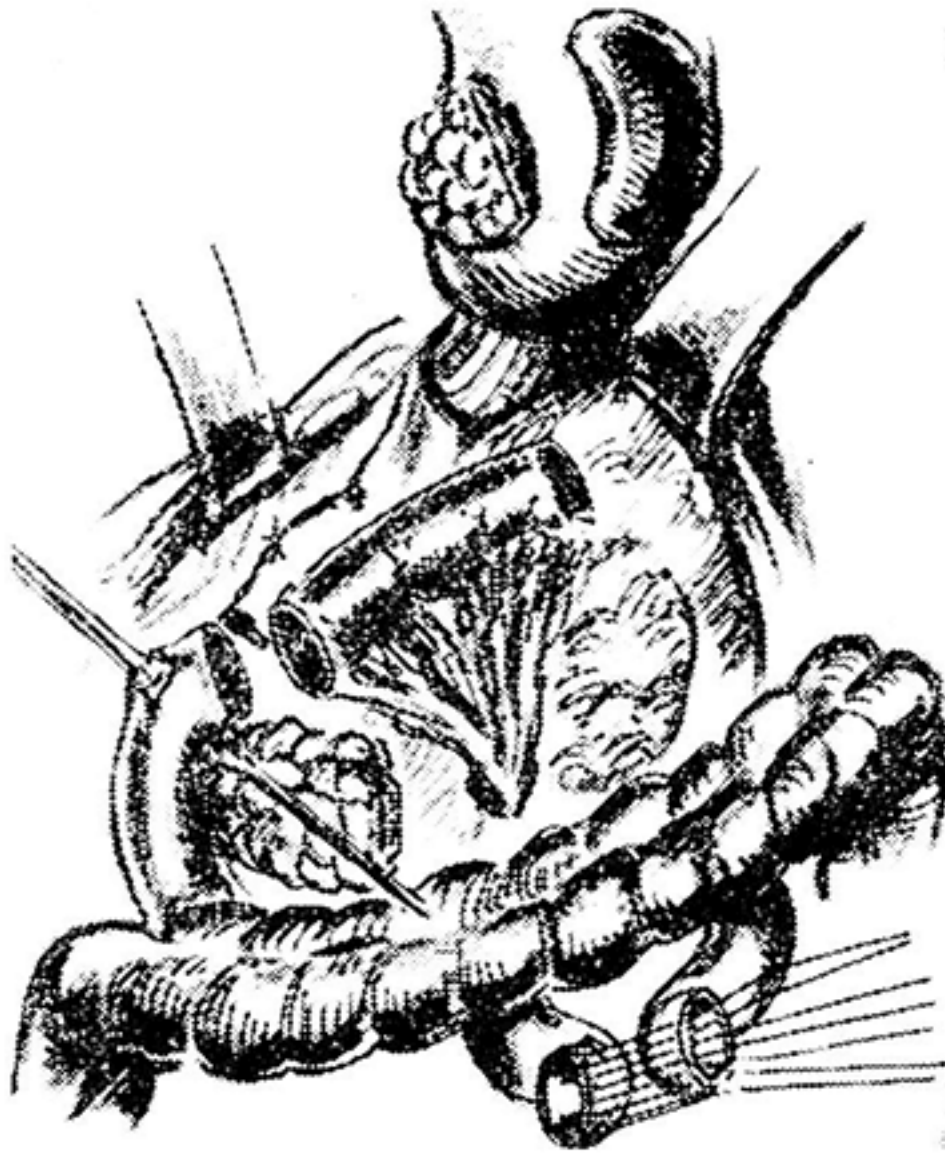


Figura 7. El segmento de yeyuno aislado se pasa a la parte superior del abdomen, a través de una brecha practicada en el mesocolon transverso.

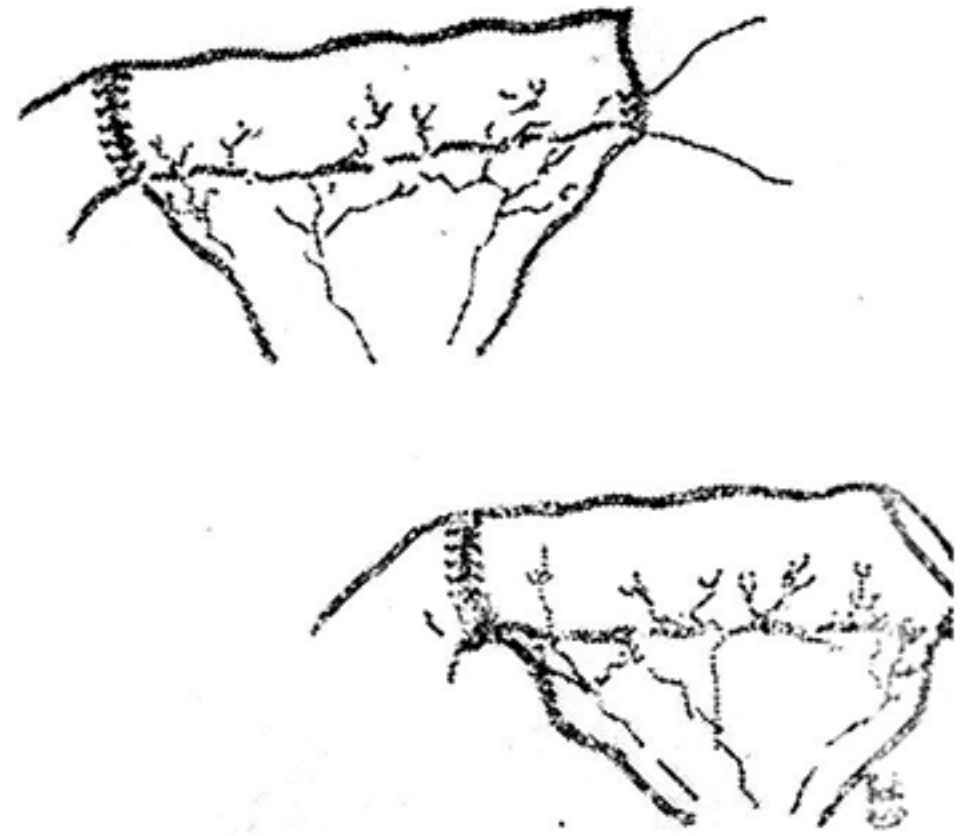


Figura 8. Sutura invaginante del tercio inferior de la boca del cabo superior, con el fin de evitar la herida de los vasos mesentéricos. Resección oblicua del cabo superior y anastomosis del cabo inferior del segmento yeyunal con el duodeno.

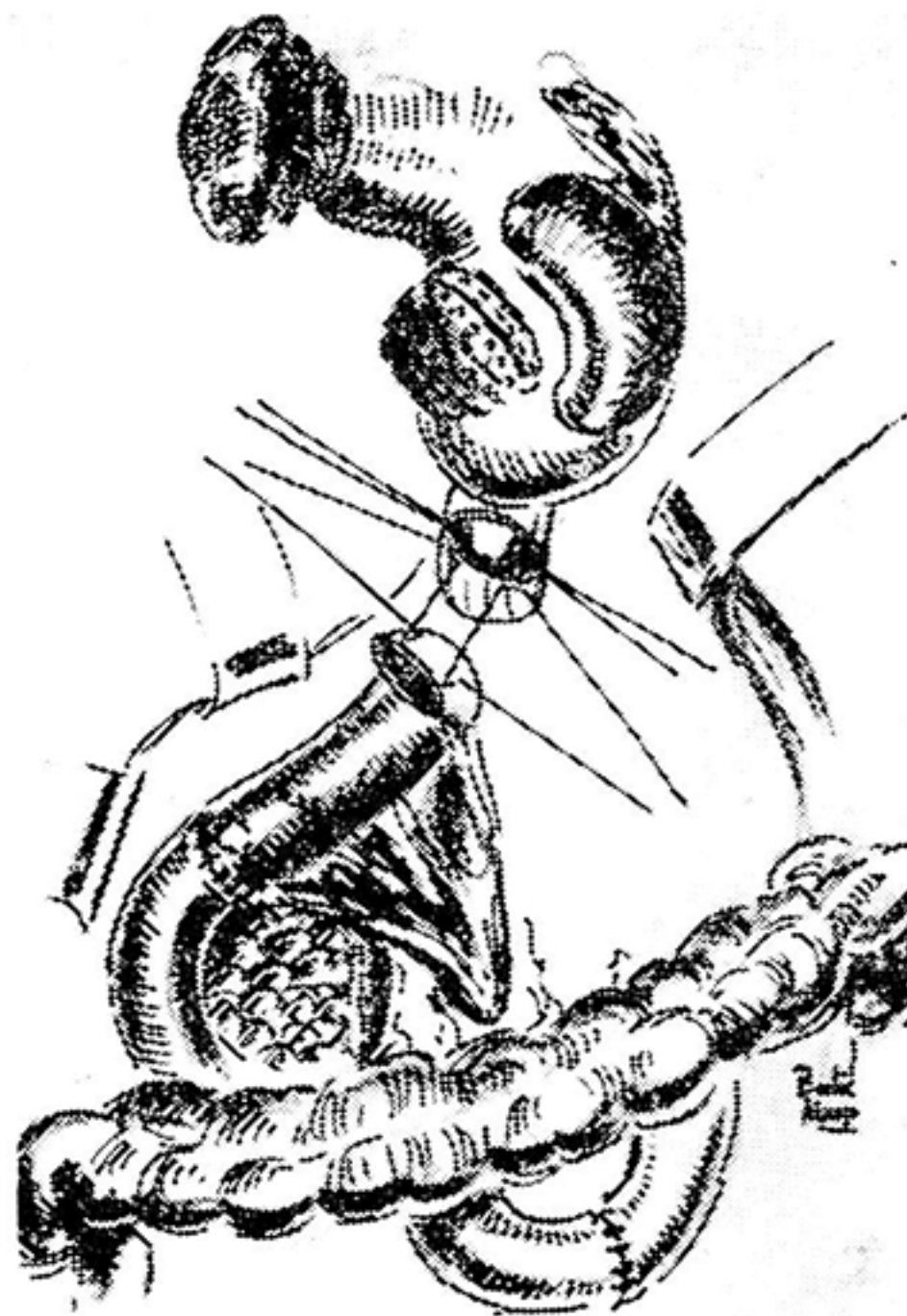


Figura 9. Anastomosis del esófago con el segmento yeyunal. Plano posterior.

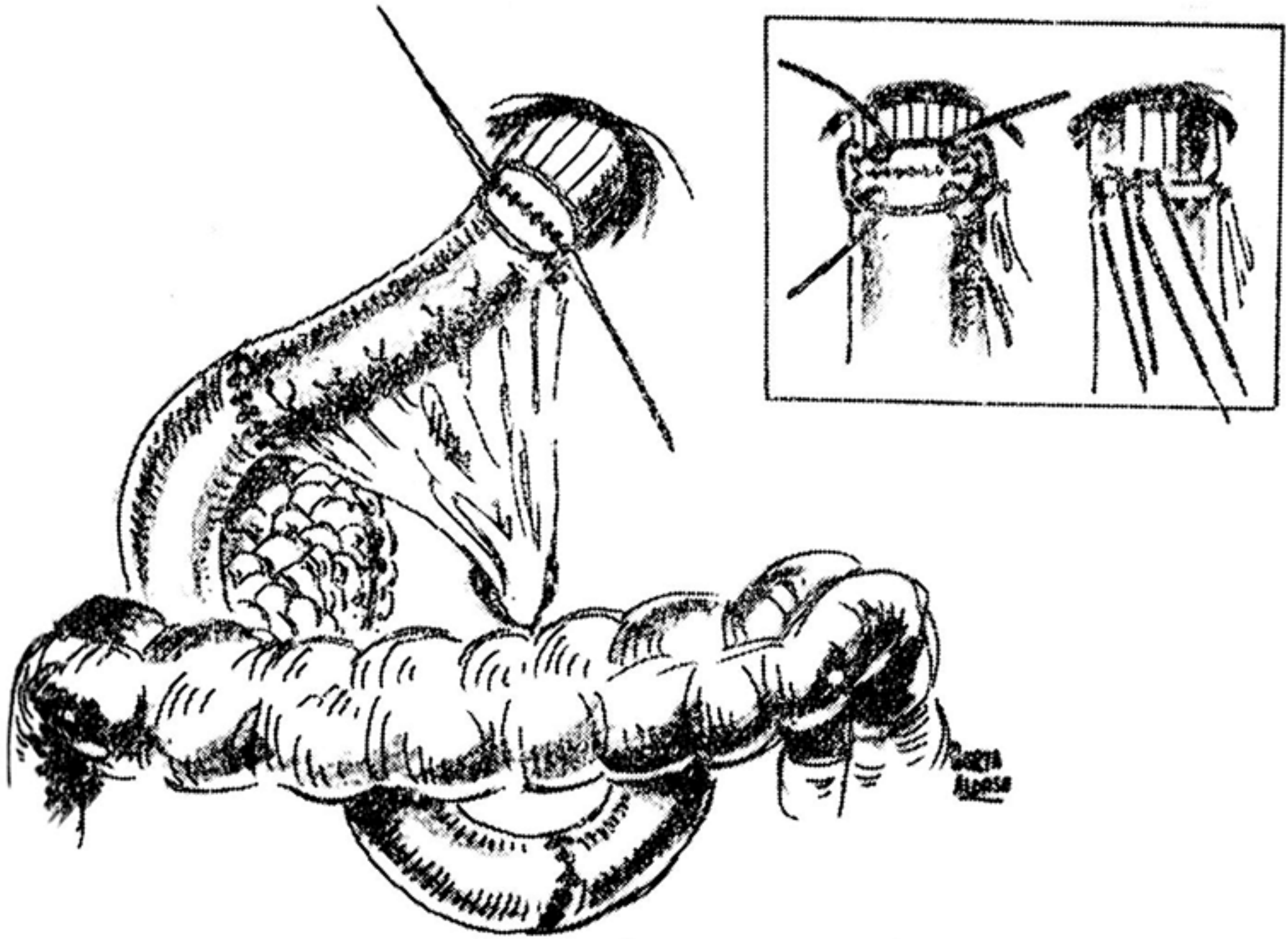


Fig. 10. Anastomosis del esófago con el segmento yeyunal. Sutura total cabo a cabo con seda negra 000.

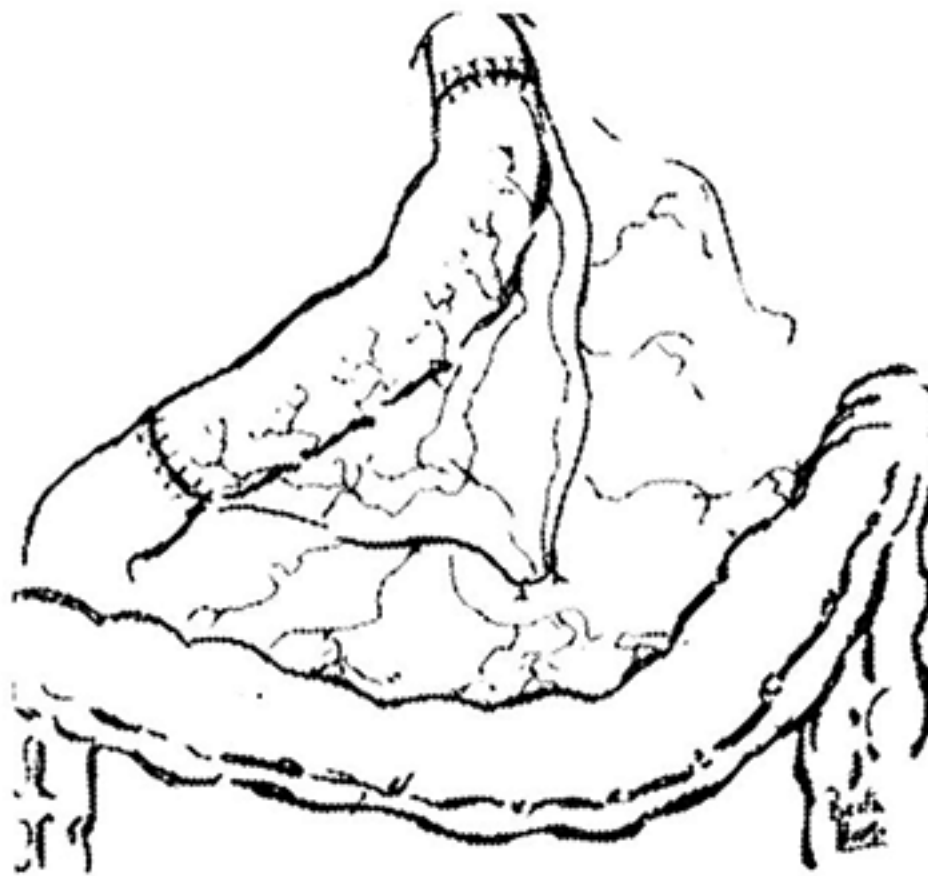


Figura 11. La operación terminada. Se ha interpuesto un segmento de yeyuno entre el esófago y el duodeno en casos de una gastrectomía total.

asi una unión más segura y un ligero estrechamiento de la boca que evite el reflujo yeyuno-esofágico. (Figuras 9 y 10). Cuando este trasplante se hace para unir el muñón gástrico residual con el duodeno, debe complementarse la operación con una vaguectomía troncular para evitar así la formación de úlceras en el asa transplantada, aunque en los casos de gastrectomía por cáncer, la resección del estómago es tan amplia que el muñón restante queda muy pequeño y la escasa secreción es insuficiente para provocar lesiones en el asa interpuesta. Se termina la operación fijando el mesenterio del asa a los bordes de la brecha del mesocolon transversal.

## CASUÍSTICA Y RESULTADOS

Fueron intervenidos quince casos de carcinoma gástrico a los cuales se les practicó una gastrectomía total radical con restablecimiento de la continuidad esófago-yeyunal mediante el trasplante de un segmento de yeyuno pediculado. De ellos, seis fueron hombres y nueve mujeres. (Cuadro 1).

C U A D R O 1

S e x o

	Casos	Porcentaje
Varones	6	39.96
Hembras	9	60.04
TOTAL	15	100.00

La edad de los casos intervenidos fue entre los 30 a los 80 años, siendo el mayor número en la edad de 41 a 50 años. (Cuadro 2).

C U A D R O 2

E d a d

	Casos	Porcentaje
30 a 40 años	1	6.66
41 a 50 "	6	39.96
51 a 60 "	2	13.32
61 a 70 "	5	33.30
71 a 80 "	1	6.66
TOTAL	15	99.90

La preparación preoperatoria fue orientada además de la evaluación clínica general y el conocimiento del estado cardiovascular a la determinación del volumen sanguíneo y a la corrección de la hipovolemia me-

diante transfusiones diarias de 500 cc. de sangre citratada, que nos sirvieron también para la obtención del INDICE TRANSFUSIONAL. La determinación de la volemia se llevó a cabo doce veces con el Índice Transfusional, cuatro con la Albúmina sérica humana marcada con (131) (RISA) y dos veces por medio de los Expansores de Plasma (Cuadro 3).

**C U A D R O 3**  
**Preparación Preoperatoria**

Valoración del volumen sanguíneo (Métodos)

	Casos	Porcentaje
Índice Transfusional	12	69.92
Volemetrón	4	26.64
Expansores	2	13.32

En 3 de estos pacientes se utilizaron todos los métodos de determinación del volumen sanguíneo.

El diagnóstico operatorio fue de ocho casos de tumor ulcerado, 4 de tumores amplios y 3 de infiltración total del estómago (linitis plástica) (Cuadro 4).

**C U A D R O 4**  
**Diagnóstico Operatorio**

	Casos	Porcentaje
Tumor ulcerado	8	53.28
Tumor	4	26.28
Infiltración gástrica (Linitis plástica)	3	19.98
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>99.54</b>

La anatomía patológica de los casos intervenidos fue en 8 casos adenocarcinoma, 3 con carcinoma gelatinoso, 2 con linfosarcomas, 1 caso de linitis plástica y uno de carcinoma coloide (Cuadro 5).

**C U A D R O 5**  
**Anatomía Patológica**

	Casos	Porcentaje
Adenocarcinomas	8	53.28
Carcinoma gelatinoso	3	19.98
Linfosarcoma	3	13.32
Linitis Plástica	1	6.66
Carcinoma coloide	1	6.66
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>99.90</b>

En el postoperatorio tuvimos una muerte por shock e hipovolemia en un caso en muy mal estado general y en el que la preparación preoperatoria no fue satisfactoria. En el postoperatorio tardío (más de 10 días) hubo dos fallecimientos. Uno motivado por una fistula esófago-yeyunal y otro por un infarto pulmonar. Fueron estos los primeros casos intervenidos y suponemos que la causa principal fue el no haber preparado convenientemente el cabo superior del segmento de yeyuno, como lo preconiza Hendestedt (14) (Cuadro 6).

**C U A D R O 6**  
**Evaluación postoperatoria**

	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Mortalidad inmediata (Causa: shock. Hipovolemia)	1	6.66
Mortalidad tardía (Causa: *Fistula esófago-yeyunal. Pictórax. Bronconeumonía)* (Infarto Pulmonar)**	2	13.32

La Supervivencia de los casos operados, ha sido baja, dado el escaso número de casos intervenidos. De los quince casos presentados, sólo fue posible controlar a nueve de ellos, con una sobrevivida de 5 años en un 6.6 por ciento. Esperamos que con mayor número de casos y en mejores condiciones, podamos mejorar estos resultados (Cuadro 7).

**C U A D R O 7**  
**Supervivencia**

	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
0-6 meses	6	39.96
6 meses-1 año	1	6.66
1-3 años	1	6.66
3-5 años	1	6.66
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>59.94</b>

**Pacientes no controlados**

Número de casos: 3		19.98%
	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
0-6 meses	2	13.32
6 meses-1 año	1	6.66

De la observación postoperatoria de los pacientes que hemos seguido después de este tipo de intervención, deducimos las ventajas de este procedimiento. La mayor parte de ellos han tolerado satisfactoriamente la ausencia del estómago. No hemos tenido síndromes de vaciamiento rápido (dumping) y a los pocos meses de la intervención los enfermos se han incorporado de lleno a sus labores habituales. Su alimentación al principio administrada en poca cantidad y de un tipo adecuado, ha ido incrementándose poco a poco hasta hacerla de un modo normal, sin fenómenos postprandiales apreciables. Hemos podido observar que al año de la intervención, el asa yeyunal transplantada, revisada radiológicamente, aumenta su capacidad y semeja un estómago normal. Estos pacientes ingieren todo tipo de alimentos, iguales a los que acostumbraban antes de la operación. El peso se ha recuperado y las condiciones generales han sido satisfactorias. Esto nos ha hecho ser partidarios de este procedimiento que proponemos sea practicado con más frecuencia, en el deseo de mejorar las condiciones postoperatorias de los pacientes sometidos a amplias resecciones gástricas.

Como no hemos tenido la oportunidad de reintervenir a ninguno de estos pacientes no hemos comprobado la creación de una suplencia vascular propia del segmento transplantado independiente del pedículo mesentérico, como lo citan Hendstedt y Lundberg (15).

## RESUMEN

Se presentan 15 casos de gastrectomía total radical por cáncer avanzado del estómago a los que se les transplantó un segmento de yeyuno pediculado para restablecer la continuidad esófago-intestinal. Se expone la técnica seguida y sus ventajas entre otros procedimientos quirúrgicos conocidos. Se hace una revisión de la casuística, preparación preoperatoria, evolución postoperatoria y supervivencia de los casos.

## SUMMARY

There are fifteen (15) cases of radical total Gastrectomy for advanced cancer of the stomach; to these were transplanted a separated yeyunal segment to reestablish the continuity esofago-intestinal. The technique used and its advantages are explained among other known surgical procedures. A revision is made of these cases, preoperatives preparation and postoperative evolutions and survival of the operated cases.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—BAQUERO-GONZALEZ, Ricardo, Sociedad Venezolana de Cirugía, Conferencias sobre cirugía del cáncer: 75-95, 1953.
- 2.—BAQUERO-GONZALEZ, R. y GOMEZ-PAOLI, A. La Cirugía del Cáncer del Estómago. Segundo Congreso Venezolano de Cirugía, Vol. II: 177-194, 1953.
- 3.—BAQUERO-GONZALEZ, R. y VASQUEZ, Jacobo. La Gastrectomía total para el Cáncer Gástrico. Tercer Congreso Venezolano de Cirugía, Vol. II: 931-944, 1955.
- 4.—BAQUERO-GONZALEZ, Ricardo, GOMEZ-PAOLI, Aparicio, MAZZIOTTA-MIRABAL, Roque y VARGAS-GUILLIANY, Pedro. Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del Cáncer Gástrico. Quinto Congreso Venezolano de Cirugía, Vol. II: 553-569, 1959.

- 5.—BAQUERO-GONZALEZ, Ricardo, MAZZIOTTA-MIRABAL R. ,L., VASQUEZ, Jacobo., LOUIS, César y BERMUDEZ, Reinaldo J. Asesor Estadístico: Prof. JERJES VILDOSOLA, B.G.E.N. Organo de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Vol. XX: 221-236, 1956.
- 6.—BAQUERO-GONZALEZ, Ricardo, y MAZZIOTTA-MIRABAL Roque. La Evaluación clínica del Volumen Sanguíneo en Pacientes Quirúrgicos con pérdida de peso. Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Vol. XV/66: 435-454, 1961.
- 7.—BARONI-RIVAS, A. Sustitución Total del Estómago mediante Transplante Ileo-Cólico Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía. 14: 1-2: 261-272, 1960.
- 8.—CLEMENTSEN, H. J. and KRAKELUND, E. Clinical Estimation of Blood Volume in Surgical Patients with Weight Loss. Acta Chirurgica Scandinavica. 115/3: 170-177, 1958.
- 9.—CORNELL, G. N., GILDER, H., MOODY, F., McSHERRY, C. N., and BEAL, J. M., The use of jejunal Interposition with Total Gastrectomy. Ann. Surg. 152/3: 430-444, 1960.
- 10.—CIMINATA, A. Zulla tecnica della esofago-digiunostomia depo gastrectomia totale per via addominale. Minerva Chir. 18/9: 355-358, 1964.
- 11.—CHRYSOPATHIS, P., PROOS, G. and CAMBANKS, N. A. New Method of Restoration of the Continuity of the Gastro-Intestinal Tract After Total Gastrectomy. (Greek Text). Acta Hellen. Chir. 1: 62-65, 1961. Excerpta Médica 1961, 15: 1183 (5157).
- 12.—FICARRA, B. J. Postoperative Management of Patients With Total Gastrectomy. Surg. Clin. N. Amer. 29/6: 1643-1648, 1959.
- 13.—GASINSKY, J. Total Gastrectomy by author's own Method. Pol. Med. J. 11/1: 111-115, 1962. Excerpta Médica, 1964, 8: 576 (3652).
- 14.—HENDESTEDT, S. Gastrectomy with Jejunal Replacement. Acta Chirurgica Scandinavica. 117/4: 2. 259-310, 1960.
- 15.—HENDESTEDT, S. y LUNDBERG, B. Vascularization of the Jejunal Segment after Resection Combined with Jejunal Transposition. Nord. Med., 65/20: 703-704, 1961. Excerpta Médica, 1962, IX, 16:229, (1086).
- 16.—INGLEXAKIS, J. A., LECOMTE, P. and SENI, Cl. L'interposition oeso-duodénale suivant le precedé de Tomoda après gastrectomie totale pour cancer. Etude clinique biologique et radio-cinematographique de cinq observations. Marseille Chir. 124. 351-362, 1962.
- 17.—KARNBAU, S. and SCHUR, A. Jejunum Stomach after Total Gastrectomy. Chir. Klin., 30,5: 231-233, 1959. Excerpta Médica, 1960, 14: 953. (4282).
- 18.—KRAUSE, U. Partial Gastrectomy with Jejunal Transposition a follow up Investigation of Patients treated operatively. Acta Chir. Scand., 123/2: 132-136, 1965.
- 19.—KAY, A. W. and COX, A. G. Jejunal Transposition for the Postgastrectomy Patients. Brit. J. Surg. 51,10: 763. 1964. Excerpta Médica, 19: 595, (2720), 1965.
- 20.—LAHEY, F. H. Total Gastrectomy for all Patients with Operable Cancer of the Stomach. Surg. Gynec & Obst, 84: 2130, 1947.
- 21.—LONGMIRE, W. P. Total Gastrectomy for Carcinoma of the Stomach., Surg. Gynec & Obst, 84: 2130, 1947.
- 22.—LONGMIRE, W. P. and BEAL, J. M. Construction of the Substitute Gastric Reservoir Following Total Gastrectomy. Ann. Surg., 135: 637-645, 1952.
- 23.—MATSUKUMA, M. Clinical Evaluation of the Lengthening of Braun' anastomosis in Reconstruction Following Total Gastrectomy in relation to oesophagitis due to regurgitation. Surgery (Tokio) 24/2 17-22, 1962. Excerpta Médica. 18:683 (1128), 1964.
- 24.—MAURER, H. J. and SCHREIBER, H. W., LANGENBECK'S. Arch. Klin. Chir. 305 4 297-312, 1965. Excerpta Médica 18: 1549, (7135), 1964.
- 25.—NAKAZONO, I. Plasma Protein and Liver Protein After Total Gastrectomy. Surgery (Tokio), 25 2: 171-178, 1963. Excerpta Médica, 10: 685, (2132), 1965.

- 26.— NEGRET LOPEZ, Mario. Interposición de yeyuno en resecciones esófago-gástricas. *Universitas Médicas*. (Publicación de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, República de Colombia) Vol. VI: 1-10, 1964. Reproducido en *Tribuna Médica Colombiana*. Vol. III No. 239: 1-2, 22-23, 1964.
- 27.— RITS, I. A. and VERONSKII, G. I. (Russian) Replacement of the Stomach by Transplant of Large Intestine. *Khirurgiya*, 28/11: 59-62, 1962. *Excerpta Médica*, 18: 324. (1479), 1962.
- 28.— RIVERO-GONZALEZ, Modesto, BAQUERO-GONZALEZ, Ricardo, MAZZIOTTA-MIRABAL, Roque Luis, y GONZALEZ-NAVAS, Alfredo. Determinación del volumen sanguíneo con albúmina sérica humana con todo radioactivo. *Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía*, 17/2: 77-88, 1963.
- 29.— RE-MINE, W. H., PRIESTLEY, J. T. and GACE, R. P. A Critical Evaluation of Total Gastrectomy. *Arch. Surg.*, 87 1: 23-34. *Excerpta Médica*, 18: 82 (360), 1964.
- 30.— ROSENAUER, F. Is Total Gastrectomy a Reasonable and Promising Operation? Its die totale Gastrektomie ein sinnvoller erfolversprechender Eingriff? *Wien. Klin. Wschr.* 71/38: 783-751, 1959. *Excerpta Médica*, IX, 14: 327, (3736), 1960.
- 31.— ZACHO, A. and FISCHERMANN, K. Total Gastrectomy in Cancer of the Stomach. *Acta Chir. Scand.* 117, 4: 278-279, 1959.
- 32.— WAAS, G. Restoration of the Duodenale Passage After Total Gastrectomy. Ein Beitrag zur Wiederherstellung der Duodenal-passage bei totaler Gastrektomie. *Zbl. Chir.* 84/32: (1257-1262), 1959. *Excerpta Médica*, IX, 14: 828 (3737), 1960.

En 1897, es decir, hace ya 85 años, disertando  
 Sir William Osler acerca de las afecciones  
 vasculares, enfocaba el tema con mucha  
 perspicacia y maestría, como puede verse  
 por las siguientes palabras:

“En el afán y tensión de la vida moderna, la degeneración arterial no sólo es muy común, sino que a menudo se desarrolla en edad relativamente temprana. Considero causas de ello la alta presión a que vive el hombre y el hábito de forzar la máquina a su máxima capacidad, más que los excesos en el comer y beber o que cualquier predominio especial de la sífilis. Insinuándose lenta pero segura, “con paso imperceptible”, la angiosclerosis es la Némesis mediante la cual aplica justicia distributiva la naturaleza por las transgresiones de sus leyes.

“En ninguna otra parte vemos un elemento de tan trágico desconsuelo como en muchos de estos casos. Así, un hombre que luchando por el éxito en la vida comercial, profesional o política, se ha acostado siempre tarde y se ha levantado temprano, y nunca ha comido sin preocupaciones, llega un día, al cabo de veinticinco o treinta años de incesante afán, a un punto en que quizá con justificada satisfacción puede decir: “Alma, ya has atesorado bastante para muchos años; reposa, pues.” Y no se percata de que ya el cruel verdugo ha recibido la orden de ejecución.”

Sir William Osler, 1879.

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

# **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



Felicitamos al

**Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"**

en su vigésimo aniversario de servicio a la comunidad.

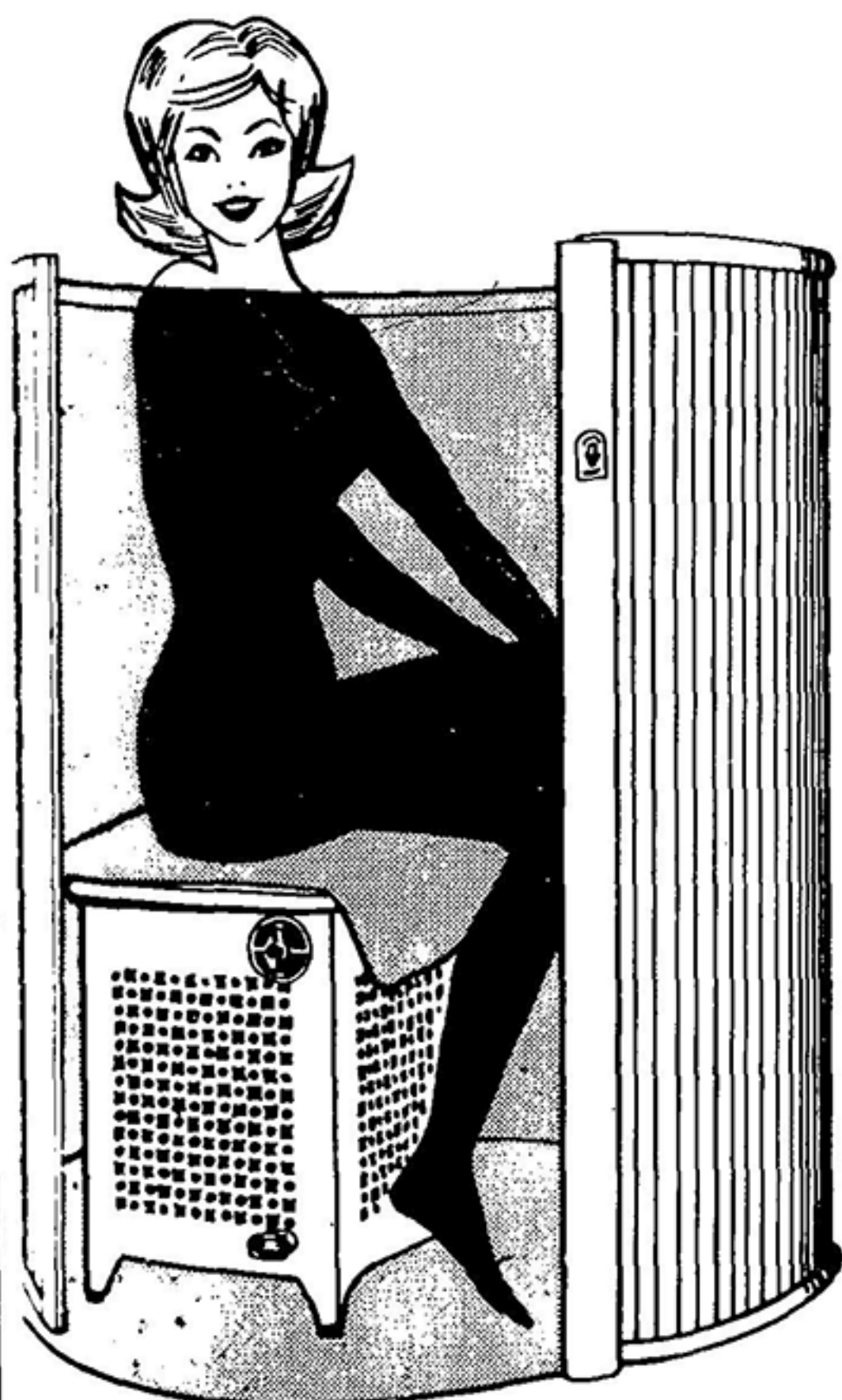
Septiembre 1947 - Septiembre 1967

**TELEFONOS ERICSSON C. A.**

EDIFICIO HALVEN  
ESQUINA DE MONROY  
TELF. 54.31.21

# 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



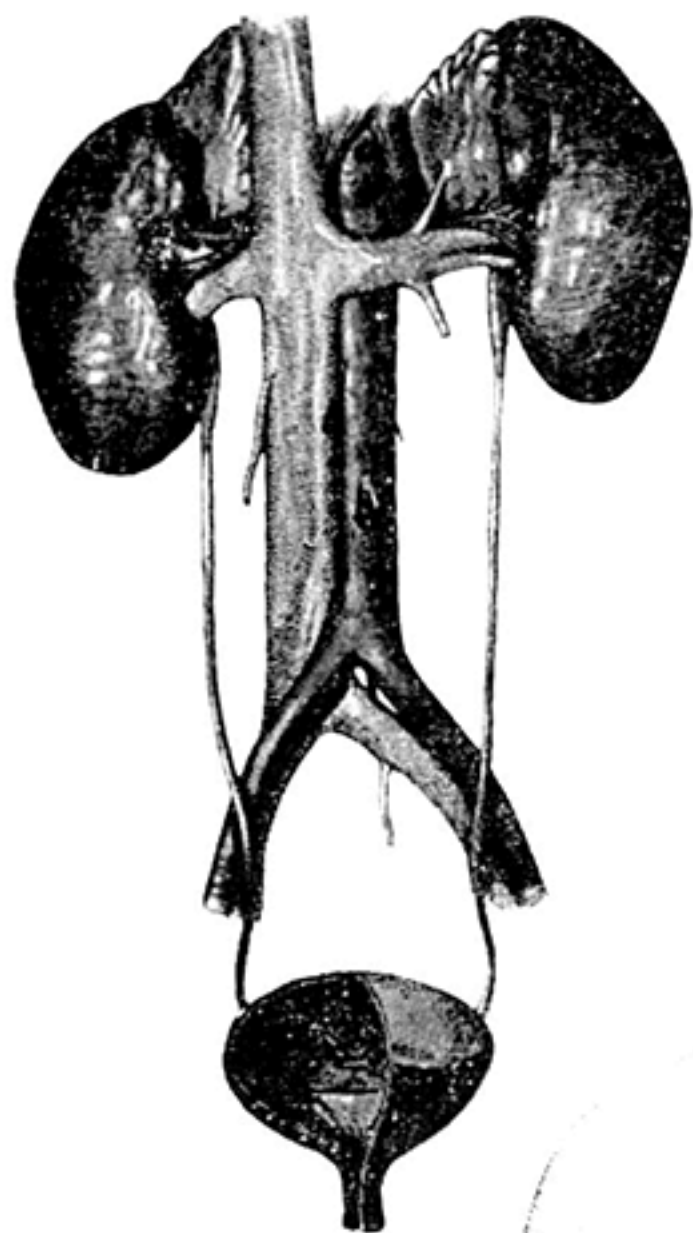
LABORATORIOS BRISTOL DE VENEZUELA S. A.

MADE IN U.S.A.

**Aquí**



**y aquí**



**y también aquí  
la penicilina que ud. puede usar como  
antibiótico de amplio espectro**

---

**Pentrexyl**

(ampicilina)

CAPSULAS

**Pentrexyl**

(ampicilina)

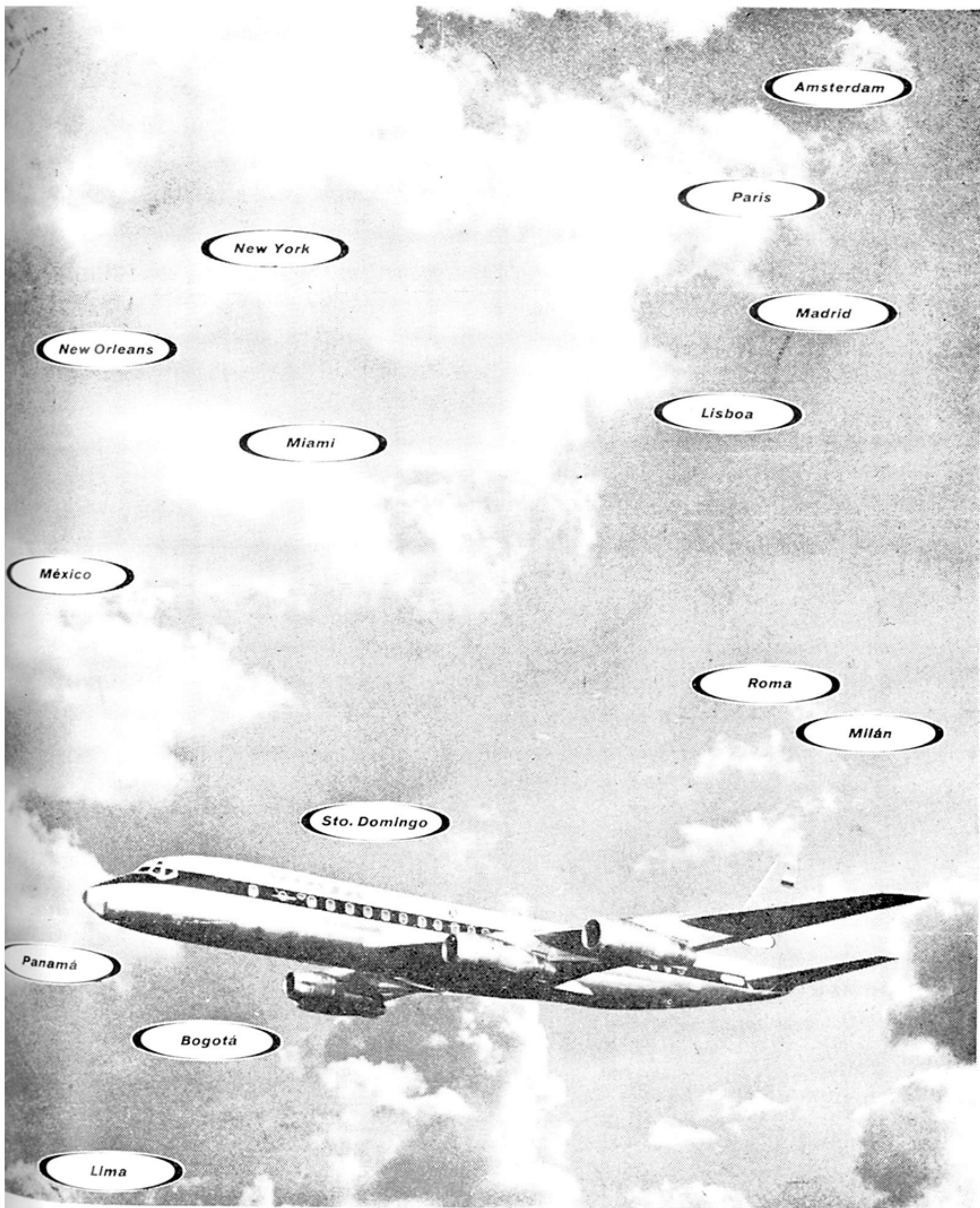
PARA SUSPENSION ORAL

**Pentrexyl**

(ampicilina)

INYECTABLE (IM-IV)

---



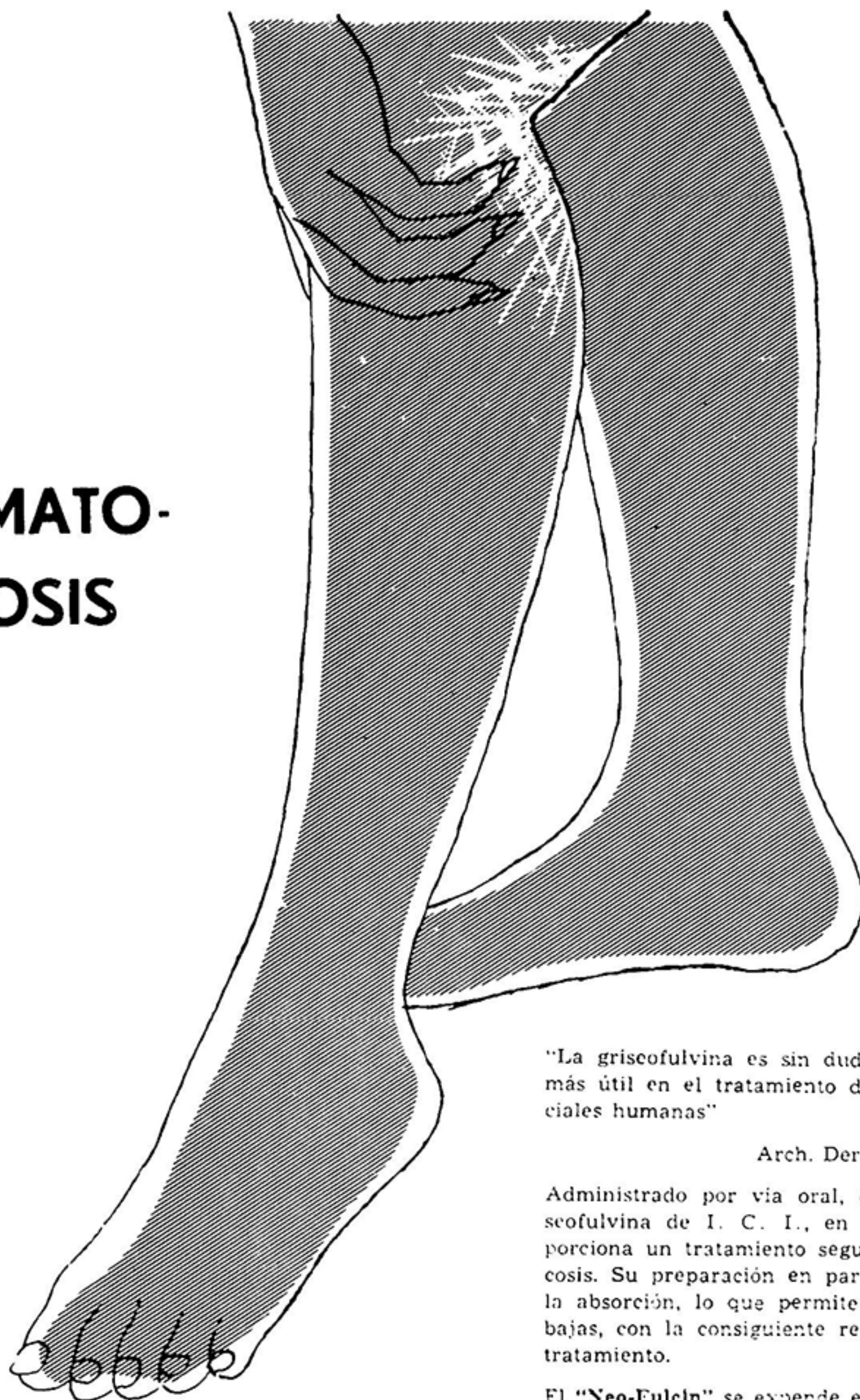
EN



EL TIEMPO PASA VOLANDO!

VENEZOLANA INTERNACIONAL DE AVIACION S. A.

# EN LAS DERMATO- MICOSIS



"La griseofulvina es sin duda el agente sistémico más útil en el tratamiento de las micosis superficiales humanas"

Arch. Dermatol. (1963), 87, 179.

Administrado por vía oral, el "Neo-Fulcin" (griseofulvina de I. C. I., en micropartículas) proporciona un tratamiento seguro de las dermatomycosis. Su preparación en partículas finas aumenta la absorción, lo que permite usarlo en dosis más bajas, con la consiguiente reducción del costo del tratamiento.

El "Neo-Fulcin" se expende en tabletas con 125 mg de griseofulvina, en envases de 15 y 25 tabletas.

# NEO-FULCIN

MARCA REGISTRADA



IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED

PHARMACEUTICALS DIVISION Alderley Park Macclesfield Cheshire England.

Distribuidores Exclusivos en Venezuela: H. KERN & CO., S. A.-Apartado 1567-Telf. 34.05.11-Caracas

# Experiencia de Trece Años en el Tratamiento del Insuficiente Respiratorio Grave, en el Departamento de Anestesia del Centro Médico de Caracas \*

Años 1953 - 1966

COMUNICACION PRELIMINAR

Por los Dres.: Lucca Escobar, R. J. y Santana Baez, W.  
Colaboradores: Drs.: Campo M, R., Molinos P, J. R., Padula F.,  
H., Martínez Aguirre, E., Pérez Vilchez, M., Rodríguez  
Chuecos, R., Marín, J.

Enf. Hna. Marina, León Carmen E.

En esta comunicación recopilamos la experiencia de trece (13) años en el tratamiento del Insuficiente Respiratorio Grave. La Casuística es mayor que la presentada, pero, sólo hemos querido incluir en este trabajo aquellos casos en los que fue posible recabar información completa.

El total de casos estudiados es de 75, sin contar los reingresos que en el curso de meses fue necesario para algunos pacientes.

Se estudian casos sin discriminación alguna en cuanto a diagnóstico pronóstico, gravedad, etc., habiendo sido muchos de ellos casos terminales. No nos ha importado presentar una estadística alta en mortalidad ya que, por una u otra causa, estos enfermos fueron tratados por nosotros bajo alguna forma de Terapia Ventilatoria. La mortalidad global fue de 28 casos sobre 75 pacientes tratados lo que da, una mortalidad relacionada a porcentaje de 37.33%.

Pero, si bien es verdad que en muchos casos no pudimos hacer nada, también lo es que en bastante otros logramos un éxito que nadie esperaba y que, nuestra actuación fue motivo de sorpresa para colegas de nuestro hospital y de fuera, habiéndosele puesto el remoquete del "cuarto de los brujos" a la sala de recuperación de nuestro Departamento de Anestesia y debido a que muchos de los pacientes salvados habían sido totalmente desahuciados por Colegas muy competentes, no siendo raro encontrar en esas historias datos tales como: lesión del sistema nervioso central de carácter posiblemente irreversible; posible encefalitis, etc. Todo esto debido a que la gran mayoría de estos enfermos ingresan al Hospital en estado de profundo coma por acidosis respiratoria.

---

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

Hemos resuelto dividir este trabajo en dos partes: la primera estudia las influencias y condiciones ambientales que nos fueron obligando a ocuparnos de los Insuficientes Respiratorios en fase aguda y, la hemos contemplado en tres ETAPAS para su mejor estudio. La segunda parte ubica los casos según categorías; o sea, orientando el estudio según la gravedad, equipo usado, técnica seguida, criterio, etc.

Dada la brevedad del tiempo disponible hemos planificado el trabajo en forma casi telegráfica.

## PRIMERA PARTE

### ETAPA (A)

Contempla el período comprendido entre el día en que nos vimos obligados a tratar por 96 horas a un caso bajo condiciones de VPPI (°) (caso No. 1-14 nov. 1953.-VPPI por 4 días) con el Spiropulsator de Aga, máquina no apropiada para tales fines y, el momento en que adquirimos el primer respirador para VPPI (Pulmospirator de Aga) el 14-feb.-1959.

Durante este lapso cinco (5) pacientes (casos 1-2-3-4-5) fueron atendidos por Insuficiencia Respiratoria Aguda de carácter grave. Tres (3) murieron y dos (2) se recuperaron en forma total después de mes y medio de estado de coma y 49 días de hospitalización el uno y, 18 días de coma y 20 de hospitalización el otro.

Los tres que fallecieron fueron: una lesión del sistema nervioso central de origen desconocido (hipoglicemia aguda?), dos angiografías de carótida, una trepanación y 4 días de VPPI fueron inútiles; otra, una hemorragia ponto-cerebelosa, confundida los primeros minutos con una intoxicación barbitúrica; por último, una intoxicación barbitúrica grave que ingresa al Hospital en paro Respiratorio, se le reanima en lo cardiovascular pero fallece bajo VPPI a las 48 horas.

De la experiencia personal de esta primera etapa sacamos en claro lo siguiente:

- 1o. Es posible atender a este tipo de pacientes con máquinas del tipo Spiropulsator o Jefferson.
- 2o. El problema de personal es básico, esencial.
- 3o. Hay que tener un criterio muy claro y firme en lo relativo a que no es recomendable conectar a máquinas de VPPI a pacientes que han hecho un paro respiratorio por lesión del sistema nervioso central, pues se corre el riesgo de tener organismos vegetantes conectados a aparatos respiratorios por meses, o años. De esta serie de 5 pacientes, tuvimos esa triste situación en una ocasión.
- 4o. Que muchas veces los intoxicados por barbitúricos pueden sufrir lesión anóxica del sistema nervioso central durante el traslado al hospital.

---

(\*) Ventilación a Presión Positiva Intermitente.

50. Que la traqueotomía puede ser salvadora en los traumatismos de cráneo.

### ETAPA (B)

Comprende el lapso habido entre la adquisición de la primera máquina para VPPI y la instalación del Laboratorio de Anestesia (1) destinado al control del equilibrio ácido-base del Insuficiente Respiratorio. O sea, desde Febrero de 1959 hasta Octubre de 1961, cubriendo un lapso de dos años y ocho meses.

Fueron atendidos 4 casos (6-7-8-9), murieron dos (2) de ellos. Fue nuestra primera experiencia con la Poliomiélitis.

En esta etapa aprendimos que:

10. El pulmón de acero no es lo mejor para los casos de Polio con pulmones húmedos.
20. Que para cierto tipo de pacientes (caso No. 9) era necesario una máquina poderosa capaz de ventilar enfermos de "compliance muy bajo". Específicamente hablando, el caso No. 9 lo perdimos antes de que tuviesemos al Engström, y no pudimos hacer nada positivo porque las otras máquinas para VPPI que teníamos para entonces, no pudieron ventilarlo. Era un brillante cirujano y estupendo amigo.
30. Que la traqueotomía en lactantes es de gran riesgo por lo exigente en su cuidado y limpieza (Caso N° 6, curó).
40. Que la competencia del personal subalterno (enfermeras) es tan importante que: en el caso No. 7, la enfermera (X) por no succionar bien la cánula de traqueotomía el paciente entraba en coma acidótico y, al estar bajo el cuidado de la enfermera (Z) salía espontáneamente del estado de inconciencia por buena aspiración traqueal. Esto se repitió en forma alternada (día vs. noche) hasta que lógicamente le pusimos reparo.

### ETAPA (C)

Cubre el tiempo transcurrido desde el momento en que iniciamos el Laboratorio de Anestesia y, el momento actual. O sea de Octubre de 1961 hasta Octubre de 1966, cinco años.

Durante este tiempo se han tratado a 66 pacientes (caso No. 10 al 75), cubriendo los más variados aspectos de la patología funcional respiratoria y con una mortalidad global de 23 pacientes o sea, relacionado a porcentaje sería un 34.83%.

La mayoría de estos enfermos han sido casos "in extremo", obteniéndose en algunos de ellos éxitos notables.

Durante este lapso adquirimos un respirador Engström, un pH metro a escala expandida, un Hemoglobinómetro, un Hemorreflector Brinkman, dos microgasómetros tipo Natelson, un analizador de CO<sub>2</sub> alveolar, una centrífuga para microhematócrito, un respirador tipo Poliomat y; dos equipos Astrup, uno fijo para el Hospital y otro rodable para nuestro uso

particular. Además, equipo misceláneo y drogas de diversos tipos entre las cuales merece citarse el THAM, del cual disponemos desde 1961. En los últimos casos hemos llevado el control de la Presión Venosa Central (P. V. C.)

Después que adquirimos los equipos de Astrup desistimos de los microgasómetros tipo Natelson, así como también el pH metro de escala expandida que poseíamos desde 1961.

Durante este lapso desarrollamos una técnica especial en el tratamiento de las Intoxicaciones Barbitúricas de caracter grave a base de exanguino-tranfusión seriada (2), obteniendo excelentes resultados.

De la etapa (C) sacamos las siguientes conclusiones: que hasta el momento actual la única forma que existe de tratar una Insuficiencia Respiratoria es por intermedio de una VPPI. Para una persona experta y con experiencia en el manejo de este tipo de enfermos le basta como laboratorio mínimo lo siguiente: pH metro con escala expandida, equipo para medir la saturación de la hemoglobina, un hemoglobinómetro y, equipo para micro-hematócrito. La observación clínica es capital y la interpretación de los signos y datos de laboratorio debe ser racional y supeditados a la experiencia del médico tratante. La verdad es que, la causa más factible para que se pierdan injustificadamente estos pacientes es la deficiencia en número y capacidad del personal subalterno.

En estos trece primeros años la información estadística que hemos recopilado puede resumirse así:

a)	Incidencia	Año 1953 - 1960	....	8 casos
		1961 - 1962	....	8 casos
		1963 - 1964	....	18 casos
		1965 - 1966	....	41 casos

75 casos

b) Edad	de 16 meses a 10 años.....	4 casos
	de 11 años a 20 años.....	4 casos
	de 21 años a 30 años.....	10 casos
	de 31 años a 40 años.....	6 casos
	de 41 años a 50 años.....	10 casos
	de 51 años a 60 años.....	12 casos
	de 61 años a 70 años.....	17 casos
	de 71 años a 80 años.....	10 casos
	de 80 años plus.....	2 casos

75 casos

c) Casos tratados por algún tipo de Enfisema y patología broncopulmonar conexas. Alteraciones graves del "compliance" pulmonar. Casos catalogables como "médicos":

Total.....	20 casos
Muertos en el Hospital.....	5 casos

Mortalidad estimada en porcentaje: 25%

- d) Insuficiencia Respiratoria Aguda post-quirúrgica, por patología muy diversa:
- |  |          |
|--|----------|
| Total.....                               | 14 casos |
| Muertos en el Hospital.....              | 8 casos  |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 57.1% |          |
- e) Intoxicaciones por barbitúricos, atarácicos y drogas afines:
- |  |         |
|--|---------|
| Total.....                               | 9 casos |
| Muertos en el Hospital.....              | 2 casos |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 22.2% |         |
- f) Afecciones del tipo infecto-contagiosas:
- |   |         |
|---|---------|
| Total.....                              | 3 casos |
| Muertos en el Hospital.....             | 2 casos |
| Muerto en aislamiento SAS.....          | 1 caso  |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 100% |         |
- g) Traumatismo craneo-encefálico:
- |  |          |
|--|----------|
| Total.....                             | 10 casos |
| Muertos en el Hospital.....            | 1 caso   |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 10% |          |
- h) Traumatismo del Torax puro:
- |                     |        |
|---------------------|--------|
| Total.....          | 1 caso |
| No hubo mortalidad. |        |
- i) Abceso Hepático (quirúrgicos, toracolaparotomía, etc.)
- |  |         |
|--|---------|
| Total.....                               | 3 casos |
| Muertes en el Hospital.....              | 2 casos |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 66.6% |         |
- j) Status Asmático de carácter grave:
- |                     |         |
|---------------------|---------|
| Total.....          | 2 casos |
| No hubo mortalidad. |         |
- k) Casos médicos de distinta naturaleza (aneurisma ventricular, paro cardíaco por Stoke-Adams-Hipoglicemia Iatrogénica gravísima, etc.)
- |  |         |
|--|---------|
| Total.....                             | 6 casos |
| Muertes en el Hospital.....            | 3 casos |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 50% |         |
- l) Quemaduras (estadística incompleta)
- |   |        |
|---|--------|
| Total.....                              | 1 caso |
| Muertes en el Hospital.....             | 1 caso |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 100% |        |
- m) Algún tipo de cáncer de las vías de aire o generalizado:
- |  |         |
|--|---------|
| Total.....                             | 4 casos |
| Muertos en el Hospital.....            | 2 casos |
| Mortalidad estimada en porcentaje: 50% |         |

n) Accidente cerebro-vascular (médico):

Total.....	2 casos
Muertes en el Hospital.....	1 caso
Mortalidad estimada en porcentaje: 50%	
Gran total.....	75 casos
Muertos en el Hospital.....	28 casos
Mortalidad estimada en porcentaje: 37.33%	

## SEGUNDA PARTE

En esta segunda parte contemplamos cuatro categorías designadas por color escogidos al azar. ROJA-AMARILLA-AZUL-VERDE.

La categoría ROJA corresponde a aquellos casos tratados sólo con las medidas rutinarias de control de Laboratorio, o equilibrio acido-base, hipotermia, etc., pero, sin intervenir activamente sobre la anatomía o, la función respiratoria de los pacientes:

En esta categoría atendimos a cuatro (4) casos.

De origen traumático.....	1 caso
Por razones de índole médica.....	3 casos
Muertos.....	0 casos

Mortalidad: 0%

La categoría AMARILLA supone aquellos casos tratados con intubación traqueal prolongada bien sea con, o sin el recurso de la VPPI.

En esta categoría atendimos a nueve (9) casos.

Intoxicación barbitúrica grave.....	6 casos
Crisis asma gravísima.....	2 casos
Trauma craneo-encefálico.....	1 caso
Muertos.....	2 casos
(intoxicación barbitúrica)	

Mortalidad: 22.2%

De esta serie AMARILLA aprendimos lo siguiente: a) la intubación prolongada de la tráquea con tubo via nasal y suturado este, o su conexión, a la columela (nariz) sólo puede usarse cuando al lado del paciente permanece sentada persona muy competente en estos menesteres, esto es debido a que dichos tubos se obstruyen con facilidad y, en caso tal es necesario cambiarlos con rapidez. Creemos que la prueba con el tubo traqueal permanente NO debe prolongarse más allá de 48 horas y, si hay que prolongar la intubación por más tiempo, la traqueotomía nos ofrece mucho ma-

por seguridad. Es esta la rutina actual de nuestro Departamento en los casos de Intoxicación Barbitúrica Grave.

También aprendimos que, para nosotros, la mejor manera de tratar una Intoxicación Barbitúrica de carácter grave es, con la exanguinotransfusión seriada (2) de 1/3 de la volemia estimada c/v y, por tres o cuatro días. Actuando así hemos reducido a la mitad el tiempo de recuperación de los pacientes. Claro está que el resto de la terapia de mantenimiento y ventilatoria, se practica como de costumbre.

Las dos crisis de asma citadas fueron muy graves, una de ellas ingresó al quirófano en estado pre-mortem. Los dos casos fueron sometidos a seis (6) horas de anestesia con éter profunda (un caso con VPPI y el Engström, el otro con R.E.) y otros tratamientos auxiliares tales como el bloqueo del ganglio estrellado, éter via rectal y una gran parafernalia de drogas de uso común en medicina interna.

La categoría AZUL comprende a todos aquellos casos que fueron tratados solamente con traqueotomía pero, sin recurrir a la VPPI. En esta categoría atendimos a 15 casos. (Traumatismos craneoencefálicos, Insuficientes Respiratorios no tan graves, casos médicos y casos de cáncer terminal.

Muertos en el Hospital..... 4 casos

Mortalidad: 26.6%

De esta categoría AZUL aprendimos que: la traqueotomía en los traumatismos de cabeza puede ser la causa principal de la recuperación del caso; que a pesar de NO usarse la VPPI es indispensable el uso de tubos de traqueotomía con balón insufable ya que, de no ser así, es muy frecuente la inundación traqueal por secreciones salivares, regurgitaciones, o alimentos.

Por desgracia, algunas veces el efecto benéfico de la traqueotomía sobre las condiciones del encefalo es factor para que sobrevivan algunos casos en condiciones lamentables de deficit mental.

En dos casos que no están contemplados en esta estadística por historia incompleta y haber pasado muchos meses ya en su casa, vimos prolongarse angustiosamente por años la vida de dos enfermos con accidente cerebro-vascular, a quienes habíamos indicado una traqueotomía.

#### Categoría VERDE

En esta categoría incluimos todos aquellos casos tratados con traqueotomía, VPPI y otras medidas auxiliares. Es este el grupo fuerte y de mayor interés para el propósito de este trabajo.

En esta categoría fueron tratados 47 casos.

Muertos en el Hospital..... 22 casos

Mortalidad: 46.8%

Consideramos que en esta gran categoría VERDE lo más interesante es contemplar los incidentes y accidentes.

Fueron estos: (a) obstrucción total de la vía de aire de un paciente bajo VPPI por hernia gigante del balón insufable y debido a defecto de fábrica (se podía inflar, pero no podía desinflarse por ningún medio), desgraciadamente el médico que se encontraba al lado del paciente aunque muy conocedor de los problemas de pneumología no estaba familiarizado (para la época) con las intimidades del cuidado de estos equipos, e interpretó la fuga de aire entre el macho y la hembra del traqueotomo con un balón desinflado. Este caso desgraciadamente murió. (No. 50).

b) Caída al interior de la tráquea y cabalgamiento sobre la carina de un guiador de cánula de traqueotomía incorrectamente seleccionado (muy pequeño y de otro tipo). Fue necesario bajo broncoscopia dividir "in situ" al guiador por intermedio de pinza cizalla especial, sacar primero una mitad y, luego la segunda. El caso está vivo en la actualidad.

c) Interrupción de la energía eléctrica en una (1) ocasión. Desde entonces tenemos siempre listo y ya ajustado al paciente a una máquina de VPPI movida por aire u oxígeno comprimido (Poliomat, Pulmopirator, Spiropulsator, Jefferson, etc). Debemos reconocer que durante las muchas horas que hasta ahora hemos tenido de funcionamiento con el Engström (4.545) sólo en una ocasión hemos sufrido de una interrupción. De todas formas el Hospital cuenta con planta de emergencia de buena capacidad. No hubo complicaciones en este caso. (No. 48).

d). Obstrucción del macho de un tubo de traqueotomía mientras el paciente estaba siendo VPPI y en presencia de dos (2) médicos muy competentes y a cargo de lo quirúrgico del caso pero, NO integrantes de nuestro equipo terapeuta. Fue necesario que uno de nosotros se liberase de una emergencia que estaba cubriendo para clarear el caso (Nº 12). Vive en la actualidad.

e) La interferencia iatrogénica, aunque muy bien intencionada y en principio valiosa, ha sido nefasta en nuestra serie y podemos señalar dos muertes directamente achacables a esta causa y otras dos donde aunque no decisiva, la interferencia iatrogénica contribuyó en forma importante al desenlace fatal. A mi me han visto como se ve a un loco cuando en cierta ocasión propuse una traqueotomía a un paciente en coma y a quien le estaban practicando una punción lumbar como investigación diagnóstica de afección neurológica, afortunadamente los familiares creyeron en mí y la traqueotomía borró en pocas horas el supuesto cuadro neurológico. El paciente se recuperó en forma total y vivió cinco años más en completa normalidad.

Las primeras 6 horas después de la traqueotomía y del comienzo de la VPPI son, a nuestro entender, las más peligrosas por los graves desajustes tensionales que podemos provocar en los pacientes al hiperventilarlos de pronto.

Los controles del equilibrio ácido-base deberán, en lo posible, ser hechos en su totalidad por el mismo personal de Terapia Intensiva ya que muchas veces su interpretación no puede ser matemática y, en la toma

y manejo de las muestras de sangre puede haber algún factor de alteración que es necesario considerar.

El gran total de horas de los casos bajo VPPI suman 5.766 horas (cifra muy conservadora ya que sólo consideramos las horas claramente computables). O sea, aproximadamente 120 por cada enfermo, lo que equivale a cinco (5) días de VPPI para c/u.

El caso que tomó mayor duración y para una sola ocasión fue de 22 días, y está vivo. (Nº 48).

El caso que tomó menor tiempo fue de dos (2) horas. (No. 50).

#### COMENTARIOS FINALES

En lo relativo a la Sala de Recuperación o, de Terapia Intensiva cabe hacer algunas consideraciones.

- a) Lo más importante, y antes que todo, es la calidad del personal de guardia que deberá cubrir las 24 horas del día.
- b) La ubicación de la sección para el tratamiento de estos pacientes no debe interferir con el movimiento del área quirúrgica del Hospital.
- c) En nuestro medio es imprescindible de que se disponga de un buen salón de estar próximo a la sala de terapia, ya que a los familiares es muy difícil de que sean retirados a otros niveles del Hospital.
- d) Es muy recomendable que la sección de Terapia Intensiva Respiratoria posea un laboratorio con el mínimo indispensable para el control permanente de la bioquímica de la sangre en estos pacientes.
- e) Es imperativo que la terapia a cumplir en el enfermo esté centralizada en alguien, de preferencia el Jefe del equipo de terapeutas. Esto no quiere decir que el médico de cabecera, o a cargo del caso, no ha de actuar; solo que todas sus indicaciones y las de cualquiera otro colega deben ser discutidas y canalizadas por la Dirección de la Sección. De no ser así, la interferencia iatrogénica puede llegar a niveles de peligrosidad.
- f) El costo del paciente en Terapia Intensiva por Insuficiencia Respiratoria es sumamente alto en nuestro medio y, en cualquier otro. Siendo muy difícil bajar su costo ya que la capacidad máxima de una enfermera para atender correctamente a pacientes en estado de gravedad y bajo VPPI es de: dos (2) pacientes por una (1) enfermera y, un (1) médico especializado por las 24 horas del día.
- g) No creemos sea posible fundar un centro para el tratamiento de la I/R separado de un buen Hospital. Siempre tendrá que ser un anexo al Hospital (al menos en nuestro medio) ya que necesita del recurso de tantas otras facilidades, que no podría funcionar correctamente en forma aislada. Además, el costo de operación subiría a cifras prohibitivas.
- h) Para terminar, insisto una vez más en lo prudente que es necesario ser al conectar las máquinas de VPPI a pacientes que han hecho un paro respiratorio por lesión del sistema nervioso central (traumatismo, accidente cerebro-vascular, tumores del encefálo, etc.) porque personas con cardio-pulmonar en buenas condiciones, pueden durar años bajo VPPI y en estado de descerebración.

## RESUMEN

Se presenta la experiencia de trece (13) años en el tratamiento de distintos tipos de pacientes en Insuficiencia Respiratoria Grave. No se contemplan casos menores.

El trabajo se ha dividido en dos partes.

### Primera parte:

Contempla las ETAPAS cumplidas en el desarrollo, mejoras y perfeccionamiento de técnicas destinadas a tratar a estos enfermos: la etapa (A) contempla el período comprendido desde el día en que nos vimos obligados a tratar el primer caso grave y prolongado de Insuficiencia Respiratoria con respiradores para anestesia, inapropiados para esta nueva aplicación y, el momento en que adquirimos el primer aparato específicamente diseñado para terapia prolongada por VPPI. La etapa (B) comprende el lapso habido entre la adquisición de la primera máquina para VPPI y, la instalación del Laboratorio de Anestesia destinado al control del equilibrio acido-base del I/R. La etapa (C) cubre el tiempo transcurrido desde la instalación del Laboratorio de Anestesia y el momento actual.

En cada ETAPA se explican los equipos adquiridos y los desechados, someramente el tipo de pacientes tratados, etc. En los trece (13) años contemplados fueron tratados 75 pacientes en condiciones de I/R grave, cubriendo un mínimo de 8.000 horas de Terapia Intensiva. Se dan cifras relativas a la mortalidad, reingresos periódicos de pacientes, distintos factores etiológicos de la I/R, etc.

### Segunda parte:

Esta segunda parte contempla cuatro CATEGORIAS: ROJA-AMARILLA-AZUL-VERDE. La ROJA corresponde a aquellos casos tratados sólo con las medidas rutinarias de control y laboratorio, equilibrio acido-base, hipotermia, etc., pero sin intervenir activamente sobre la anatomía o, la función respiratoria de los pacientes. La consideramos roja por suponer una expectativa armada de delicada interpretación. La AMARILLA supone aquellos casos tratados con intubación traqueal prolongada, bien sea con, o sin el recurso de la VPPI. La categoría AZUL comprende todos los casos que fueron tratados con traqueotomía, pero sin recurrir a la VPPI. La categoría VERDE supone aquellos casos tratados con traqueotomía, VPPI y otras medidas auxiliares; es este el grupo fuerte y de mayor interés para este trabajo. En capítulo aparte se tratan los accidentes, incidentes y fallas graves en el tratamiento y consideramos a este como el capítulo más valioso para los que se inicien en estas disciplinas. Para finalizar, se cierra el trabajo con una sección sobre comentarios generales donde se contemplan algunos aspectos del tipo administrativo y económico, a la vez que consideraciones filosóficas de la mayor importancia.

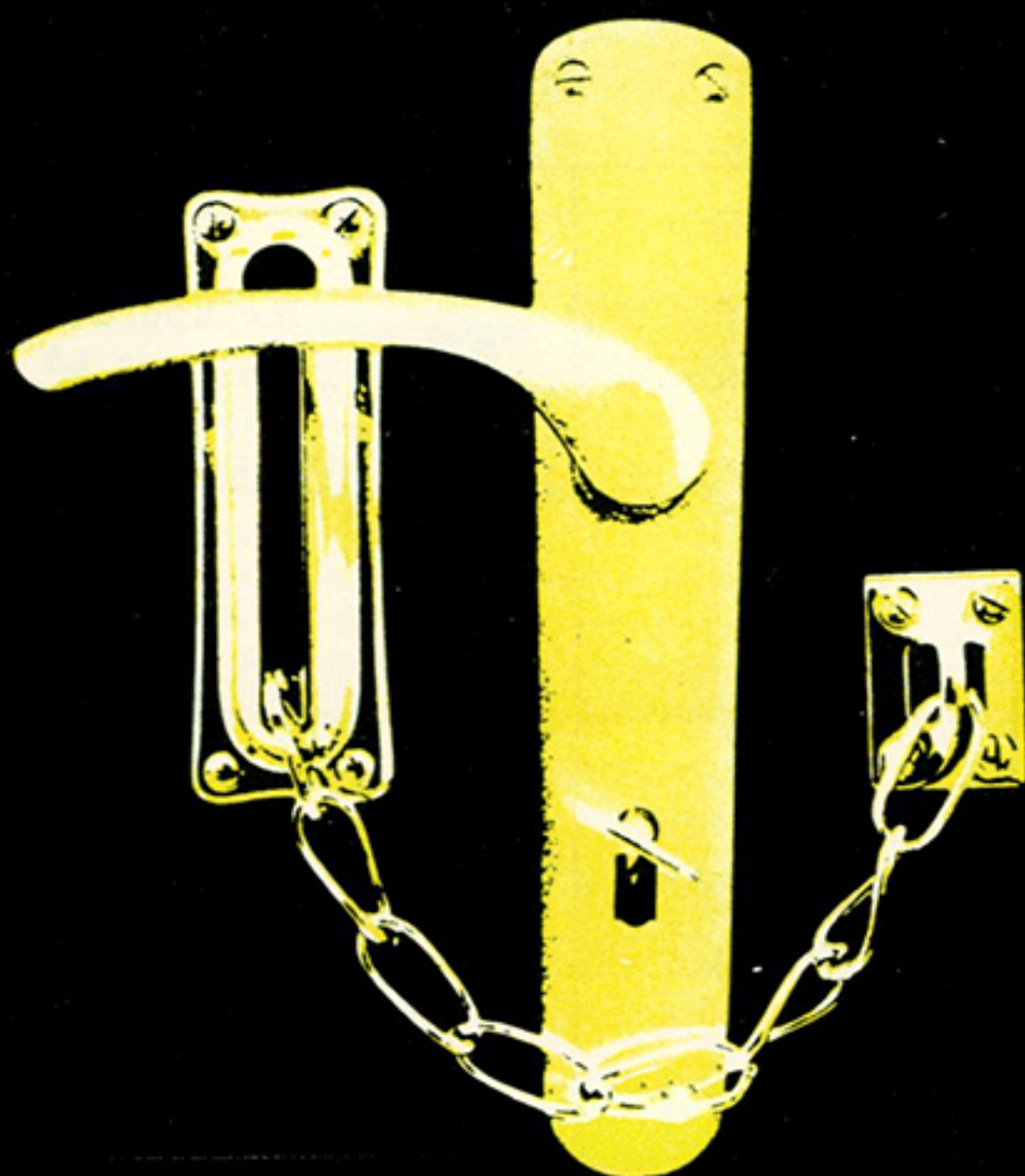
## R E F E R E N C I A S

- (1) Lucca Escobar, R.J., y Santana Baez, W., "El Laboratorio de Anestesia". Ier. Congreso Venezolano de Anestesiología. Caracas, 29 de Abril a 4 de Mayo de 1964. Memorias. Sociedad Venezolana de Anestesiología. Septiembre, 1966.
- (2) Lucca Escobar, R. J. y Santana Báez, W., "La Exanguino-transfusión en las Intoxicaciones Barbitúricas de Carácter Grave". Ier. Congreso Venezolano de Anestesiología. Caracas, 29 de Abril a 4 de Mayo de 1964. Memorias. Sociedad Venezolana de Anestesiología. Septiembre, 1966. Revista del Centro Médico de Caracas, No. 20, Enero, 1965.

Caso No	Diagnóstico	Edad	Categoría	Fecha	Resultados
1	Lesión del S.N.C Hipoglucemia aguda	28 a	Verde	14-11-53	Muerte al 40. día
2	Intox. Barbitúrica	15 a	Amarilla	23- 1-54	Muerte al 20. día (48h)
3	Trauma craneo/enc.	24 a	Roja	6- 3-54	Se recupera (coma de 45 días)
4	Hemorragia Ponto- Cerebelosa	36 a	Verde	22-10-55	Muere a las 25h 30'
5	Trauma craneo/enc.	46 a	Azul	24- 1-59	Se recupera (coma de 18 días)
6	Somnolia de maní en arbol traqueo-bronc.	16 m	Azul	10- 5-59	Recuperada (canulada 15 días)
7	Enfisema-Bronquitis	75 a	Azul	10- 7-59	Recuperado a los 21d (1a. vez)
8	Poliomielitis	24 a	Verde	19- 2-59	(Actuamos directamente en el Tto y VPPI en Aislamiento H.U.)
9	Complicación post- quirúrgica I/R	51 a	Verde	18- 7-61	Muere a las 36 h (Pulmospirat)
10	Intox. Barbitúrica	20 a	Verde	2- 6-62	Recupera (siete días canulado)
11	Poliomielitis	23 a	Verde	3- 9-62	Muere a los 20 d (Engström)
12	Aplasta <sup>to</sup> Torax	42 a	Verde	10-9-62	Recuperado. 34 horas VPPI Pulmospirator & Bennett.
13	Enfisema plus	64 a	Verde	30-10-62	Recupera (Engström 36 horas).
14	Intox. Barbitúrica grave	28 a	Amarilla	10- 9-62	Recuperada (Exanguino-T)
15	Complica post-qui- rúrgica - Toracotía	57 a	Verde	3- 7-62	Recuperado (Engström 48 h)
16	Enfisema-plus	63 a	Verde	17- 2-63	Muere 10h Engström (Fibrilac)
17	Patología pulmonar variada-1/4 área útil	67 a	Verde	15-10-63	Recuperado 33 días (Engström por 8 días)
18	Enfisema-plus	69 a	Verde	15-11-63	Recuperada. VPPI 4 días la 1a Vez & 4 días 2 <sup>a</sup> (Engström)
19	Intox. Barbitúrica	23 a	Verde	16-12-63	Exanguino. VPPI por 48 h Engström. Recuperado.
20	Enfisema-plus	64 a	Verde	21- 3-64	pH 6.90 de comienzo. VPPI por 4 días (Engström) Recuperó.
21	Complicación post- quirúrgica	64 a	Verde	10- 4-64	Bautizan "Cuarto de los Brujos" Recupera VPPI 6 días.
22	Aneurisma ventrí- culo-post infarto.	60 a	Verde	20- 4-64	pH inicial 7.03. VPPI por 7 días (Engström) Recuperó.
23	Complicación post- quirúrgica.	79 a	Verde	27- 4-64	Muere. 24 h Spiromat VPPI
24	Complicación post- quirúrgica	74 a	Verde	12- 5-64	Muere 30 h VPPI (Engström)
25	Post-quirúrgico. Absceso Hepático.	52 a	Verde	1- 7-64	Caso óptimo. VPPI por 14 días (Engström) hospitalizado 44 días

Caso No.	Diagnóstico	Edad	Categoría	Fecha	Resultados
26	Enfisema - plus	77 a	Verde	2- 7-64	pH inicial 7.16. VPPI por 3 días (Engström) Recupera.
27	Enfisema - plus	77 a	Verde	15- 7-64	Recaída. VPPI por 10 días (Engström). Recuperado.
28	Arterioesclerosis Cerebral	76 a	Verde	11- 9-64	1er caso con Astrup VPPI por 24 horas. Muere a los 11 días.
29	Post-quirúrgico. Absceso Hepático	45 a	Verde	13-11-64	Muere. 50 h VPPI (Engström)
30	Post-quirúrgico	64 a	Verde	53272	Recuperada, 5 días VPPI
31	Enfisema-Plus	70 a	Verde	25- 9-64	Recuperado. VPPI por 3 días THAM & Astrup (Optimo)
32	Enfisema-Plus	64 a	Verde	7 - 7-64	Recuperado. VPPI por 7 días Poliomat. Cánula 11 días.
33	Intoxicación Triofluoroperazina	16 a	Roja	8- 1-65	Recuperado al 3er día
34	Trauma craneo-encefálico grave.	29 a	Azul	6- 3-65	Hipotermia 33o. Astrup. Cánula 19 d. Recupera 3 1/2m.
35	Paro cardíaco por Stoke-Adams	75 a	Roja	22- 7-65	Dep. Anestesia Resucita-Implanta pace-maker (Recupera)
36	Parálisis Ascen <sup>te</sup>	40 a	Verde	11- 8-65	Muere. 28 días VPPI (Poliomat)
37	Trauma Torax-plus	21 a	Verde	22- 8-65	Recupera. VPPI por 9 días
38	Cancer Laringe	62 a	Azul	9-12-65	Bloqueo Gasser con Alcohol Glossofaríngeo con Alcohol
39	Contusión Cerebral	8 a	Amarillo	13-10-65	Intubac nasal 3 d. (Recuperado)
40	Cancer Laringe (op)	49 a	Verde	5- 8-65	Urevert-Astrup. VPPI por 5 días. Muere
41	Complicación Post-Quirúrgica	50 a	Azul	16-4-65	Muere 18 horas despues Tract <sup>ia</sup>
42	Trauma craneo-enc.	67 a	Verde	12- 6-65	Muere al 5o. día en VPPI.
43	Cáncer de Traquea	45 a	Azul	4-11-65	De alta a los 7 días Muere en su casa
44	Edema de pulmón traumático (quirúrgico)	35 a	Verde	8- 4-65	Astrup-VPPI por 4 días (Engström) Recuperada a los 14 días
45	Post-quirúrgico	57 a	Verde	30- 5-65	VPPI por 5 días (Recuperado)
46	Traumático General	39 a	Verde	19- 5-65	Poliomat. VPPI 24 horas cánula 7 días (Recuperado)
47	Complicación post-quirúrgica	55 a	Verde	15- 5-65	VPPI Poliomat por 24 h. Cánula por 8 días (Recuperado)
48	Enfisema - plus	76 a	Verde	16- 4-65	Caso óptimo VPPI por 22 días y 1 día. Recuperado.
49	Complicación post-quirúrgica	54 a	Azul	17-11-65	Canulada 4 días (Recuperada)
50	Patología pulmonar múltiple	50 a	Verde	8-10-65	Muere a las 2 h. de VPPI por defecto del balón insuflable.

Caso No	Diagnóstico	Edad	Categoría	Fecha	Resultados
51	Caso médico	65 a	Azul	9- 9-65	Recuperado. Sala de Recuperación por 48 h. Hospital 2 meses
52	Complicación post-quirúrgica	48 a	Verde	27-9- 65	SPIROMAT Drager para VPPI por 24 h. Muere (Linfang-Carci)
53	Enfisema - plus	59 a	Verde	13- 9-65	Muere a los 15 días VPPI.
54	Hematoma sub-dural	64 a	Verde	10- 3-65	Hipotermia 35.5°. VPPI por 11 días. Recuperado.
55	Complicación post-quirúrgica	57 a	Verde	25- 3-65	Hipotermia. Astrup. VPPI por 2 días Poliomat. Muere.
56	Intoxic. Barbitúrica	41 a	Amarillo	3-10-65	Manitol. Recuperado
57	Trauma Craneo y pneumo-hemotorax	4 a	Azul	1- 2-65	Hipotermia 35° 4 días. Cánulado 12 d. Recuperado 12 días.
58	Intoxic. Barbitúrica	15 a	Amarillo	9-11-65	Muere a las 36 horas Interf. iatrogénica.
59	Enfisema - plus	63 a	Verde	4- 3-66	Primer caso P.V.C. Astrup VPPI por 3 días. Recuperado
60	Asma grave	61 a	Amarillo	11-10-65	Recuperado despues de 5 horas Eter profundo. Gang. estrellado
61	Intoxic. barbitúrica	37 a	Amarillo	8- 5-66	Astrup. Exanguino 1.500 plus 2.000 cc. Recuperada 24 horas
62	Cáncer generalizado	71 a	Azul	11- 4-66	Astrup. Hipotermia. Muerte.
63	Bronconeumonía Quemaduras 80%	58 a	Verde	7- 4-66	Fase aguda tratada perfecta P.V.C. THAM. Muere a 90 día
64	Atelectasia Pulm.	68 a	Rojo	2- 3-66	Paciente que luego casi muere por spondilolitesis. Recuperado
65	Hipoglicemia Iatrog.	58 a	Azul	22- 3-66	Caso brillante. Astrup. Bicarbonato. Coma por 8 días. Recuperado
66	Intoxicación Cloropromaz.	9 a	Amarillo	9- 6-65	VPPI a mano. Recuperada 24h.
67	Traumatismo de Craneo Encéfalo	39 a	Azul	19- 5-66	Hipotermia por 3 días. Astrup Cánula por 41 d. Act. 1 1/2a
68	Abceso Hepático	45 a	Verde	3- 1-66	Muere a las 12 horas VPPI P.V.C. Caso muy grave.
69	Asma grave plus	23 a	Amarillo	20- 7-66	VPPI con Engströn y eter profundo. Recuperada 11 d.
70	Flegmón leñoso del cuello	25 a	Verde	3- 8-66	Paro cardíaco no quirúrgico Muere a las 96 h. de VPPI
71	Enfisema-plus	77 a	Verde	21- 6-66	Muere a 36 h. VPPI (THAM)
72	Complicación post-quirúrgica	53 a	Verde	25- 5-62	Recuperada despues de 5 días contínuos de VPPI y 2 interrup.
73	Complicación post-quirúrgica	82 a	Azul	21-10-63	Muere a los 8 días (Diábetes)
74	Enfisema-plus	89 a	Azul	8- 5-63	Caso grave. Recuperado Muere luego.
75	Post-quirúrgico Pancreatitis	63 a	Verde	20- 6-66	P.V.C. Trasylol por 25.000 u Muere a las 24 h. de VPPI.



LOS EFECTOS ANTIBACTERIANOS POTENCIALIZADOS DE LA FENOXIMETILPENICILINA Y DEL PALLIDIN, EN EL

# Palliopén<sup>®</sup>

ASEGURAN UNA MAYOR SEGURIDAD TERAPEUTICA.

- Amplio efecto penicilínico por vía oral.
- Intensa actividad antibacteriana del Pallidín.
- Inhibición intensa de la penicilinasas por el Pallidín.
- Optima tolerancia.

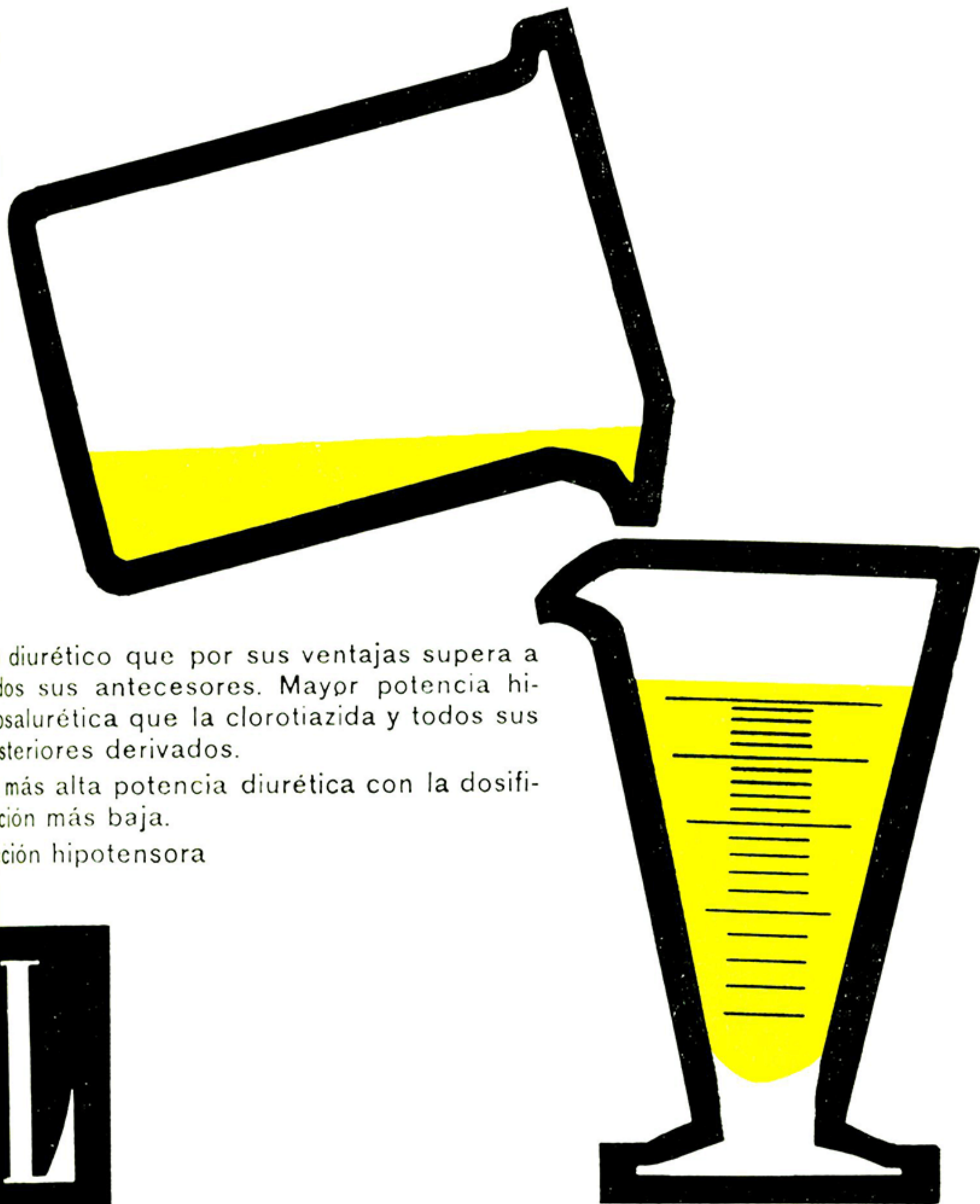
EN INFECCIONES A CAUSA DE GERMENES GRAMPOSITIVOS Y GRAMNEGATIVOS.



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

# du fortan

Frascos de 20 tabletas ranuradas, cada una con 4 mg. de  
**Triclorometiazida**



Un diurético que por sus ventajas supera a todos sus antecesores. Mayor potencia hiposalurética que la clorotiazida y todos sus posteriores derivados.

La más alta potencia diurética con la dosificación más baja.

Acción hipotensora



**PRODUCTOS LAZAR C. A.**

Distribuidores Exclusivos: Higía, C. A.,

Apartado No. 768 - Caracas



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



EQUIPOS DE REHABILITACION  
TERAPIA OCUPACIONAL  
DIAGNOSTICO  
APARATOS PARA EJERCICIOS

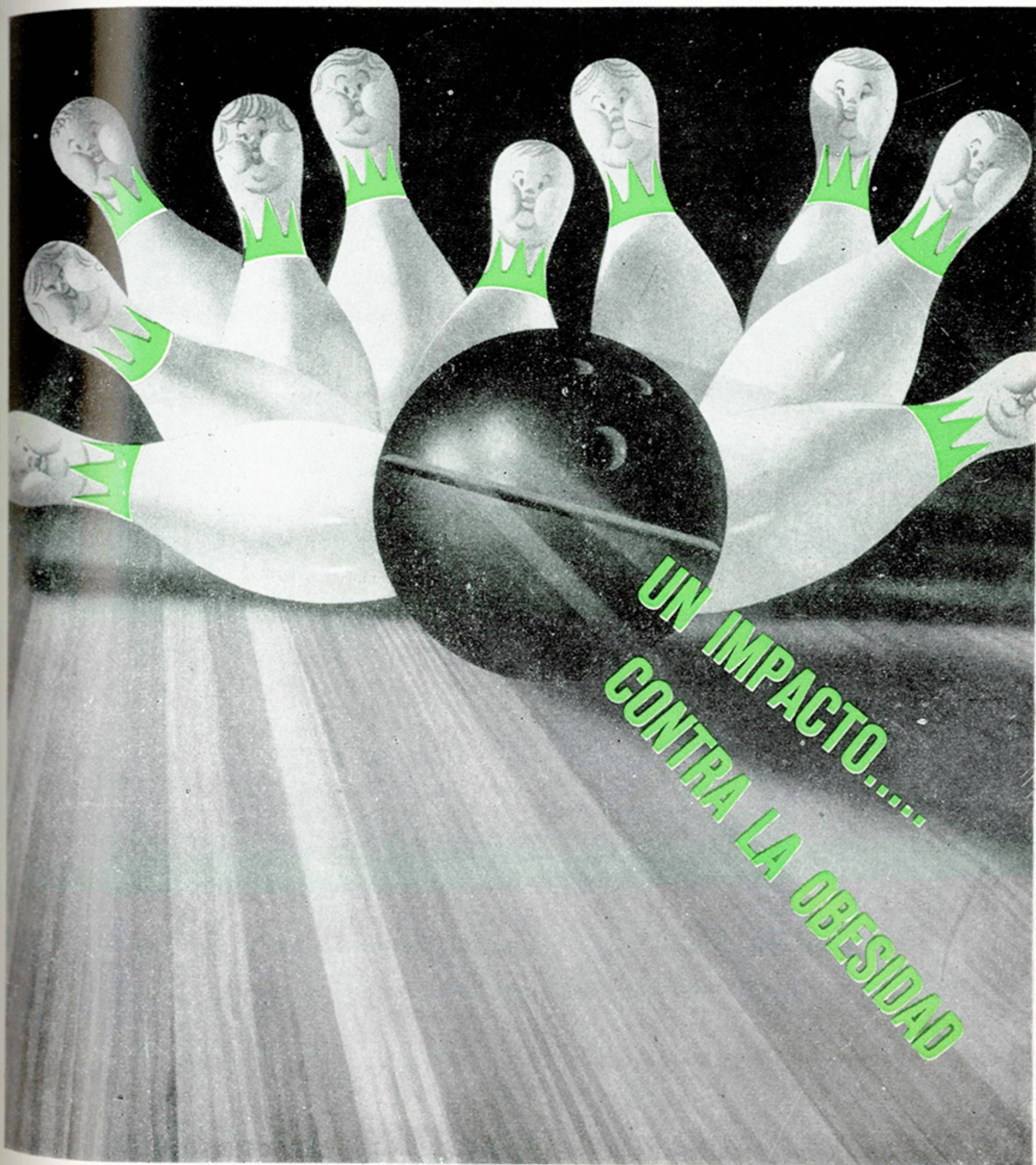
## Sillas de Ruedas

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

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

# ampliciclina - v



un progreso significativo en la antibiosis de amplio espectro

Asociación de PENICILINA V con una sal derivada de la Tetraciclina, que dá origen a una nueva molécula de doble espectro bacteriano y con las siguientes ventajas:

1. - Una acción de retardo que produce altos núcleos hemáticos.
2. - Sinergia entre la Penicilina y la Tetraciclina.
3. - Reactivación de la Penicilina hacia los gérmenes Penicilino-Resistentes.
4. - Alta solubilidad del Producto.

# ampliciclina - v

## POSOLOGIA

500 mg.



INYECTABLE

**Adultos:** 1 - 2 frascos de 500 mgr. disueltos en 3 cc. de solvente al día (cada 12 horas) por vía intramuscular profunda no debiéndose de asociar a otras sustancias.

250 mg.

**Niños:** Hasta 25 Kg. de peso: 10 mg./Kg. al día de 25 a 40 Kg. de peso: 2 frascos de 250 mg. al día (cada 12 horas) disueltos en 2 - 3 cc. por vía intramuscular profunda.

# ampliciclina - v

400 mg.



CAPSULAS

1 Cápsula cada 6 - 12 horas. En casos graves y como dosis de ataque, 2 cápsulas cada 6 horas.

1 gr.

10 cc.



GOTAS PEDIATRICAS

La dosis pediátrica se establece sobre la base de 15-20 mg./Kg. de peso al día repartidos en 4 tomas (cada 6 horas).



## 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.

# **COLIMODIO S. A.**

**ESTE 2 — SUR 21 No. 148 — EDIFICIO COLIMODIO**

**Apartado 1053 — Caracas**

Felicitemos cordialmente al

**Hospital Privado “Centro Médico de Caracas”**

con ocasión de cumplir Veinte Años de servicio a la colectividad

**DOTACION Y EQUIPOS INICIALES SUMINISTRADOS  
POR NUESTRA FIRMA**

# REVISTA "CENTRO MEDICO"

anteriormente titulada

## "PUBLICACIONES DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS"

INDICE GENERAL CLASIFICADO EN ORDEN ALFABETICO

POR AUTORES

1 9 4 7 - 1 9 6 7

### A

**ALEX H., Dr. HUGO, otros.**

Aurícula común. Primer caso operado con éxito en Venezuela.

IV: 23 - Sep. 1965 - N° 22.

**AGUAYO, Dr. ALEJANDRO y MORALES ROCHA, Dr. JULIAN.**

Estenosis mitral.

I: 37 - Jul.-Sep. 1965 - N° 6.

**AGUERO, Dr. OSCAR.**

Tendencias actuales ante las toxemias del embarazo.

I: 17 - Ene. 1956 - N° 7.

**ANGULO, Dr. ALBERTO, RODRIGUEZ, Dr. CESAR y otros.**

Fibrosis pulmonar en la esclerodermia generalizada.

II: 127 - Dic. 58-Mar. 1959 - N° 78.

**ANSEMI, Dr. GUILLERMO y otros.**

Aurícula común. Primer caso operado con éxito en Venezuela.

IV: 23 - Sep. 1965 - N° 22.

### B

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Tumores del ureter.

I: 9 - Abr. 1954 - N° 1.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Tratamiento de la enuresis con el Largactil.

I: 19 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Comentario acerca del X Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.

I: 13 - Abr.-Jun. 1955 - N° 5.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Orquitis urliana sin parotiditis.

I: 29 - Ene. 1956 - N° 7.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Plastias de la Pelvis Renal.

I: 13 - Ago. 1956 - N° 9.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Tratamiento de la esterilidad masculina (II Parte).

V: 7 - May. 1966 - N° 24.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Tratamiento de la esterilidad masculina.

V: 7 - Ene. 1966 - N° 23.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO y HERNANDEZ N.,**

**DR. FRANCISCO**

Anastomosis de la Safena al cuerpo cavernoso del pene como tratamiento quirúrgico del priapismo.

VI: 9 - Ene. 1967 - N° 26.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Primer caso de Leyomioma Vesical diagnosticado en Venezuela.

I: 37 - Abr. 1957 - N° 12.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**

Procedimientos nuevos Médico-Quirúrgicos.

I: 25 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y CARBONELL, Dr. EDUARDO.**

Comentarios sobre el Cuadragésimo Congreso del Colegio Americano de Cirujanos.

I: 43 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**

Nuevos métodos para cerrar la pared abdominal mediante el uso de marcos de alambre de acero.

I: 42 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**

Operación paliativa en la obstrucción por Carcinoma utilizando tubos plásticos intraesofageanos.

I: 41 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO, OCHOA, Dr. JOSE y ORTEGA,**

**Dr. MIGUEL ANGEL.**

Tratamiento paliativo de las hematemesis por várices esofágicas.

II: 39 - Jul. 1957 - N° 1.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y MATHISON, Dr. EDUARDO.**

La Histerectomía Abdominal subtotal con injerto miometrial por acoda.

II: 59 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y otros.**

Senos y fistulas pilonidales.

III: 10 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y SOTO-RIVERA, Dr. JORGE.**

Las obras del programa de ampliación del Hospital Clínico Centro Médico de Caracas.

IV: 7 - Ene. 1965 - N° 20.

**BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y BERMUDEZ, Dr. REINALDO J.**

El tratamiento de las heridas por la depresión mediante un sistema de aspiración continua.

V: 7 - Sep. 1966 - N° 25.

**BERMUDEZ, Dr. REINALDO J. y BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**

Tratamiento de las heridas por la depresión mediante un sistema de aspiración continua.

V: 7 - Sep. 1966 - N° 25.

**BIANCHI CAYAMA, Dr. FIDIAS.**

Un caso de tiroiditis aguda no supurada tratada con Prednisona.

I: 29 - Abr. 1957 - N° 12.

**BORELLI, Dr. DANTE y CAMPO-AASEN, Dra. IMELDA.**

Tinea capitis por microsporum canis.

I: 7 - Ago. 1956 - N° 9.

**BORELLI, Dr. DANTE, VELUTINI, Dr. LUIS y ESTRADA, Dr. E.**

Micetoma cervico-facial por actinomyces bovis en mujer con síndrome de Cushing.

II: 9 - Jul. 1957 - N° 1.

**BRAVO, Dr. FERNANDO, SANABRIA, Dr. ANTONIO y RECAGNO de ROUSSE, Dra. ANA.**

Tratamiento de la angina de pecho y de la claudicación intermitente con el (J. B-516), Catron.

II: 166 - Dic. 1961 - N° 12.

## **O**

**CALZADILLA, Dr. RAFAEL y PAZ, Dr. OTTO.**

Hipertrofia del Timo.

II: 188 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**CAMPO-AASEN, Dra. IMELDA y BORELLI, Dr. DANTE.**

Tinea capitis por microsporum canis.

I: 7 - Ago. 1956 - N° 9.

**CAMPO MORENO, Dr. RAFAEL.**

Renovamos nuestra publicación.

IV: 3 - Sep. 1964 - N° 19.

**CASTILLO, Dr. RAFAEL y KRIVOY, Dr. ABRAHAM.**

Cirugía Estereotáxica en trastornos hipercinéticos.

VI: 72 - May. 1967 - N° 27.

**CAMPO R., Dr. RAFAEL y otros.**

Nuevos aspectos farmacodinámicos de la Mefentermina.

I: 27 - Abr. 1957 - N° 12.

**CAMPO RODRIGUEZ, Dr. RAFAEL A.**

Contribución al estudio farmacológico de la Hidroxicina.

II: 23 - Jul. 1957 - N° 1.

**CARBONELL, Dr. EDUARDO y BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**

Comentarios sobre el Cuadragésimo Congreso del Colegio Americano de Cirujanos.

I: 43 - Jul.-Sep. - 1955 - N° 6.

**CLEMENTE, Dr. ANTONIO y FERGUSON, Dr. M.**

Ruptura de un aneurisma disecante de la Aorta en un caso de Síndrome de Marfan.

II: 82 - Ene.-Sep. - 1958 - N° 4-5-6.

**CLEMENTE, Dr. ANTONIO y PEREZ CARREÑO, Dr. MIGUEL.**

Control Post-Operatorio tardío de los enfermos operados por hipertensión portal.

III: 16 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**CLEMENTE, Dr. ANTONIO y DIEZ, Dr. AUGUSTO.**

Hematemesis.

III: 22 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**CONDE JAHN, Dr. FRANZ.**

Breve reseña histórica sobre la fundación del Centro Médico de Caracas.

III: 4 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**CONTRAMAESTRE, Dr. LUIS, LUCCA, Dr. ROBERTO J. y SANTANA, Dr. WILLIAM.**

Anestesia en Cirugía Cardíaca: Aspectos fisiopatológicos, Hipotermia.

III: 33 - Ene.-Sep. - 1962 - N° 1.

## **D**

**DE ARGUMOSA, Dr. J. A.**

Penfigo brasiliensis.

I: 25 - Ago. 1956 - N° 9.

**DIEZ, Dr. AUGUSTO y CLEMENTE, Dr. ANTONIO.**

Hematemesis.

III: 22 - Ene.-Sep. - 1962 - N° 1.

**DRAYER, DR. A., y PEREZ-GALDOS, Dr. I.**

Un caso de Corea de Sydenham y enfermedad mitral reumática tratado con cortisona.

I: 20 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

## **E**

**ESTRADA, Dr. E., VELUTINI, Dr. LUIS y BORELLI, Dr. DANTE.**

Micetoma cérvico-facial por actinomyces bovis en mujer con síndrome de Cushing.

II: 9 - Jul. 1957 - N° 1.

## F

**FEO CODECIDO, Dr. ERNESTO y GONZALEZ PALACIOS, Dr. RAFAEL.**  
Primeras impresiones sobre un nuevo modelo de ventosa obstétrica. El "Vacuum Extrator".

II: 104 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**FERGUSON, Dr. M. y CLEMENTE, Dr. ANTONIO.**

Ruptura de un Aneurisma Disecante de la Aorta en un caso de Síndrome de Marfan.

II: 82 - Ene.-Sep. 1958 - N° 4-5-6.

**FERRER, Dr. ALBERTO J., LEDEZMA, Dr. RAFAEL D. y ORTEGA, Dr. J. A.**

Faro cardíaco post-anestesia local.

III: 78 - Jul. 1963 - N° 2.

**FRAGACHAN, Dr. FRANCISCO y SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Emergencias Hipertensivas.

IV: 13 - Ene. 1965 - N° 20.

**FRAGACHAN, Dr. FRANCISCO y SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Farmacología clínica de los glucósidos cardiotónicos.

III: 49 - Jul. 1963 - N° 2.

**FRAGACHAN, Dr. FRANCISCO, SANABRIA, Dr. ANTONIO y otros.**

Symposium sobre Hipertensión Arterial.

II: 170 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

## G

**GARRIGA MICHELENA, Dr. E., RIVERO, Dr. ALBERTO y PEÑA, Dr. LUIS.**

Tiroidectomía total con vaciamiento del cuello por primarios bilaterales.

I: 11 - Oct. 1955 - N° 3-4.

**GONZALEZ NAVAS, Dr. ALFREDO, BAQUERO GONZALEZ,**

**Dr. RICARDO y otros.**

Senos y fistulas pilonidales.

III: 10 - Ene.-Sep. - 1962 - N° 1.

**GONZALEZ NAVAS, Dr. ALFREDO, RODRIGUEZ RODRIGUEZ,**

**Dr. FEDERICO y VIZCARRONDO, Dr. OSWALDO.**

Las infecciones en cirugía.

IV: 29 - Sep. 1964 - N° 19.

**GONZALEZ NAVAS, Dr. ALFREDO y otros.**

Contusiones, heridas vasculares en las fracturas y traumatismos de los miembros.

VI: 31 - Ene. 1967 - N° 26.

**GONZALEZ PALACIOS, Dr. RAFAEL y FEO CODECIDO, Dr. ERNESTO.**

Primeras impresiones sobre un nuevo modelo de ventosa obstétrica. El "Vacuum Extrator".

II: 104 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL y otros.**

Tratamiento sintomático de un caso de enfermedad de Thomsen con la Etil-Bataina del ácido estriónico.

I: 31 - Abr. 1957 - Nº 12.

**GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL y otros.**

Nuevos aspectos farmacodinámicos de la Mefentermina.

I: 27 - Abr. 1957 - Nº 12.

**GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL, PEREZ-FERNANDEZ, Dr. EDUARDO y HORANDE, Dr. MARCEL.**

Estudio experimental y clínico del poder histaminopéxico del Suero Sanguíneo.

II: 145 - Abr.-Dic. 1959 - Nº 9-10-11.

**GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL.**

Datos históricos acerca del Cáñamo de la India.

III: 68 - Jul. 1963 - Nº 2.

**GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL.**

Algunas anotaciones para el análisis crítico del tratamiento prescrito y aplicado al Libertador en su última enfermedad por Alejandro Prospero Reverend.

IV: 7 - Sep. 1964 - Nº 19.

**GROSSMAN-SIEGERT, Dr. VICTOR y otros.**

Aurícula común. Primer caso operado con éxito en Venezuela.

IV: 23 - Sep. 1965 - Nº 22.

**GUARIGUATA, JOSEFINA-BIOANALISTA y GUTIERREZ ALFARO, Dr. J. J.**

El Biotipo 1483-59 (Edwarsiella Tarda). Su aislamiento en Venezuela.

VI: 57 - May. 1967 - Nº 27.

**GUTIERREZ ALFARO, Dr. J. J. y GUARIGUATA, JOSEFINA, BIOANALISTA.**

El Biotipo 1483-59 (Edwarsiella Tarda). Su aislamiento en Venezuela.

VI: 57 - May. 1967 - Nº 27.

**GUZMAN BLANCO, Dr. BERNARDO.**

Exicisión de Melanoma en la espalda con vaciamiento radical de la axila y vaciamiento Ilio-Inguinal radical en continuidad. Primera intervención practicada en Venezuela.

I: 25 - Dic. 1956 - Nº 10-11.

**GUZMAN BLANCO, Dr. BERNARDO.**

Primera Hemi-Peluectomía practicada con éxito en Venezuela.

I: 40 - Abr.-Jun. 1955 - Nº 5.

**GUZMAN BLANCO, Dr. BERNARDO, PEÑA, Dr. LUIS y VON SCHILING, Dr. BAER.**

Afecciones de las glándulas salivares.

I: 19 - Abr.-Jun. 1955 - Nº 5.

## H

**HERMOSO, Dr. ADAN, RODRIGUEZ MONTALVO, Dr. FERNANDO y PENSO, Dr. MANUEL.**

Algunas consideraciones sobre embarazo ectópico como afección ginecológica de urgencia.

IV: 15 - Sep. 1965 - N° 22.

**HERMOSO, Dr. ADAN y otros.**

Emergencias en Ginecología.

V: 25 - Ene. 1966 - N° 23.

**HEREDIA M., Dr. JUAN L. y otros.**

Contusiones, heridas vasculares en las fracturas y traumatismos de los miembros.

VI: 31 - Ene. 1967 - N° 26.

**HEREDIA MUÑOZ, Dr. JUAN LUIS, BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y otros.**

Senos y fistulas pilonidales.

III: 10 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**HERNANDEZ N., Dr. FRANCISCO y BAQUERO GONZALEZ, Dr. FRANCISCO.**

Anastomosis de la safena al cuerpo cavernoso del pene como tratamiento quirúrgico del priapismo.

VI: 9 - Ene. 1967 - N° 26.

**HENRIQUEZ, Dr. EDMUNDO y RODRIGUEZ ILLAS, Dr. J.**

Modificaciones electrocardiográficas provocadas por el antimonio tartrato de sodio.

II: 63 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**HOLZ, Dr. S., NUÑEZ MIER y TERAN, Dr. SEBASTIAN y GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL.**

Tratamiento sintomático de un caso de enfermedad de Thomsen con la Etil-Bataina del ácido estriánico.

I: 31 - Abr. 1957 - N° 12.

**HORANDE, Dr. MARCEL y otros.**

Nuevos aspectos farmacodinámicos de la Mefentermina.

I: 27 - Abr. 1957 - N° 12.

**HORANDE, Dr. MARCEL, PEREZ FERNANDEZ, Dr. EDUARDO y GRANIER-DOYEUX, Dr. MARCEL.**

Estudio experimental y clínico del poder histaminopéxico del suero sanguíneo.

II: 145 - Abr. Dic. 1959 - N° 10-11.

## J

**JACIR, Dr. ALBERTO.**

Consideraciones sobre un caso de Radomiosarcoma.

II: 184 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**JAEN CENTENO, Dr. RUBEN y otros.**

Aurícula común. Primer caso operado con éxito en Venezuela.

IV: 23 - Sep. 1965 - N° 22.

**JAEN CENTENO, Dr. RUBEN.**

Recientes avances en cirugía cardiovascular.

VI: 79 - May. 1967 - N° 27.

**JAMES HARA, Dr. H.**

Tumores malignos de la Naso-Faringe; excisión quirúrgica transpalatina.

I: 13 - Jul. Sep. 1954 - N° 2.

## **K**

**KRIVOY, Dr. ABRAHAM.**

Meningioma del nervio olfatorio.

IV: 51 - Sep. 1964 - N° 19.

**KRIVOY, Dr. ABRAHAM.**

Aneurismas arteriovenosos congénitos intracraneales.

IV: 33 - May. 1965 - N° 21.

**KRIVOY, Dr. ABRAHAM.**

Anastomosis ventrículo-arterial en el tratamiento de las hidrocefalias.

IV: 39 - Ene. 1965 - N° 20.

**KRIVOY, Dr. ABRAHAM.**

Gliomas del nervio óptico.

VI: 15 - Ene. 1967 - N° 26.

**KRIVOY, Dr. ABRAHAM y CASTILLO, Dr. RAFAEL.**

Cirugía extereotáxica en trastornos hipercinéticos.

VI: 73 - May. 1967 - N° 27.

## **L**

**LANDA, Dra. CARMEN y SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Tratamiento de los edemas con espirolactonas.

IV: 23 - May. 1965 - N° 21.

**LEDEZMA, Dr. RAFAEL D., FERRER, Dr. ALBERTO y ORTEGA, Dr. J. A.**

Paro cardíaco post-anestesia local.

III: 78 - Jul. 1963 - N° 2.

**LOPEZ R., Dr. LUIS ARTURO y RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Biopsias pulmonares a cielo abierto.

I: 31 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**LOPEZ, Dr. LEOPOLDO E.**

Impresiones sobre el 41 Congreso Anual del Colegio Americano de Cirujanos.

I: 39 - Ene. 1956 - N° 7.

**LOPEZ PARRA, Dr. JOSE, BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y otros.**

Senos y fístulas pilonidales.

III: - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**LOPEZ RAMIREZ, Dr. A. y RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Lesiones aisladas solitarias del pulmón.

I: 10 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**LUCCA E., Dr. ROBERTO J.**

Comentarios básicos extraídos de las conferencias y charlas del profesor Dr. Roberto A. Hingson.

I: 17 - Abr. 1956 - N° 8.

**LUCCA, Dr. ROBERTO J.**

Resucitación del recién nacido.

I: 21 - Ago. 1956 - N° 9.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Anestesia para neuro-cirugía en el Centro Médico.

II: 87 - Ene.-Sep. 1958 - N° 4-5-6.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Anestesia para neuro-cirugía en el Centro Médico.

II: 113 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

La ventilación artificial en cirugía o la respiración controlada en cirugía.

II: 29 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J., CONTRAMAESTRE, Dr. LUIS y SANTANA, Dr. WILLIAM.**

Anestesia en cirugía cardíaca: Aspectos fisiopatológicos, Hipotermia.

III: 33 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Algunos aspectos de la anestesia pediátrica.

III: 75 - Jul. 1963 - N° 2.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J., SANTANA Dr. WILLIAM, PADULA, Dr. HECTOR.**

Resumen del guión de la película "Insuficiencia Respiratoria".

III: 62 - Jul. 1963 - N° 2.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J., y SANTANA B, Dr. WILLIAM.**

La Exanguino-Transfusión seriada en las intoxicaciones barbitúricas de carácter grave.

IV: 21 - Ene. 1965 - N° 20.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Insuficiencia respiratoria.

IV: 7 - May. 1965 - N° 21.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Bloqueo del ganglio de Gasser en las neuralgias del V par (nueve años de experiencia).

IV: 7 - Sep. 1965 - N° 22.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Volemia y Shock.

V: 33 - Sep. 1966 - N° 25.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**

Diez años de experiencia con bloqueos terapéuticos en el Departamento de Anestesia del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

VI: 63 - May. 1967 - N° 27.

**LUCCA ESCOBAR, Dr. ROBERTO J.**  
Equilibrio ácido base; parte metabólica.  
VI: 49 - Ene. 1967 - N° 26.

## **M**

**MARIN, Dr. JUAN y otros.**  
Cinco años de analgesia obstétrica en el Centro Médico de Caracas.  
IV: 27 - Ene. 1965 - N° 20.

**MARTINEZ AGUIRRE, Dr. EDGAR.**  
La inyección peridural de sangre como tratamiento de la Cefalea Post-Punción Lumbar.  
III: 81 - Jul. - N° 2.

**MARTINEZ, Dr. ENRIQUE, SANABRIA, Dr. ANTONIO y otros.**  
Symposium sobre Hipertensión Arterial.  
II: 170 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**MARTINEZ NIOCHET, Dr. Arminio.**  
El valor diagnóstico del edema de papila.  
I: 36 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**MARTINEZ NIOCHET, Dr. Arminio.**  
Hematomas intracraneanos traumáticos.  
II: 17 - Jul. 1957 - N° 1.

**MARTINEZ NIOCHET, Dr. Arminio.**  
Diabetes insípida post-traumática.  
I: 30 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**MATHISON, Dr. Eduardo y BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**  
La Histerectomía abdominal subtotal con injerto mioendometrial por acodo.  
II: 59 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**MAZZIOTA MIRABAL, Dr. ROQUE, BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y otros.**  
Senos y fistulas pilonidales.  
III: 10 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**MIRALLES, Dr. JESUS.**  
Ligadura de la arteria Espleno-Palatina por vía transmaxilar en un caso de hemorragia nasal grave.  
I: 21 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**MIRALLES, Dr. JESUS.**  
Nuevo tratamiento de la otitis media serosa.  
II: 99 - Ene.-Sep 1958 - N° 4-5-6.

**MORALES ROCHA Dr. JULIAN y AGUAYO, Dr. ALEJANDRO.**  
Estenosis mitral.  
I: 37 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**MORALES ROCHA, Dr. JULIAN.**  
Tetralogía de Fallot.  
I: 13 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**MORALES ROCHA, Dr. JULIAN y ZUBILLAGA, Dr. RAFAEL.**

Insuficiencia aórtica. Primer caso operado en Venezuela.

I: 11 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**MORALES ROCHA, Dr. JULIAN.**

Cirugía del corazón en Venezuela.

I: 36 - Abr. 1956 - N° 8.

**MORALES ROCHA, Dr. JULIAN.**

Atresia tricúspidea.

I: 21 - Abr. 1956 - N° 8.

**MOTA-SALAZAR, Dr. ANTONIO.**

Dolor y angustia en el paciente quirúrgico infantil.

IV: 35 - Ene. 1965 - N° 20.

**MOTA-SALAZAR, Dr. ANTONIO.**

Fluidos y electrolitos en cirugía infantil.

I: 19 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**MUCI MENDOZA, Dr. FIDIAS.**

Comunicación previa acerca de un caso de Filariasis diurna observado en Venezuela.

II: 78 - Ene.-Sep. 1958 - N° 4-5-6.

## **N**

**NESI, Dr. JUAN A.**

Agua y electrolitos en cirugía.

II: 138 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**NUÑEZ MIER y TERAN, Dr. SEBASTIAN.**

Algunas consideraciones médicas en torno a los Indios Guaraunos.

I: 12 - Ene. 1956 - N° 7.

**NUÑEZ MIER y TERAN, Dr. SEBASTIAN y otros.**

Tratamiento sintomático de un caso de enfermedad de Thomsen con la Etil-Betaina del ácido estriánico.

I: 31 - Abr. 1957 - N° 12.

## **O**

**OCHOA, Dr. JOSE, BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y ORTEGA, Dr. MIGUEL A.**

Tratamiento paliativo de las hematemesis por várices esofágicas.

II: 39 - Jul. 1957 - N° 1.

**ORTEGA, Dr. J. A., FERRER, Dr. ALBERTO, LEDEZMA, Dr. RAFAEL.**

Paro cardíaco post-anestesia local.

III: 78 - Jul. 1963 - N° 2.

**ORTEGA, Dr. MIGUEL A., BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y OCHOA Dr. JOSE**

Tratamiento paliativo de las Hematemesis por várices esofágicas.

II: 39 - Jul. 1957 - N° 1.

**ORTEGA, Dr. MIGUEL A., y otros.**

Aurícula común. Primer caso operado con éxito en Venezuela.

IV: 23 - Sep. 1965 - N° 22.

## **P**

**PADULA, Dr. HECTOR, LUCCA, Dr. ROBERTO J., SANTANA.**

**Dr. WILLIAM.**

Resumen del guión de la película "Insuficiencia Respiratoria".

III: 62 - Jul. 1963 - N° 2.

**PARIS, Dr. ALBERTO y otros.**

Contusiones y heridas vasculares en las fracturas y traumatismos de los miembros.

VI: 31 - Ene. 1967 - N° 26.

**PAZ, Dr. OTTO.**

Tele-Radioterapia con altos voltajes con especial referencia a las radiaciones emitidas por el Cobalto 60.

II: 67 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**PAZ, Dr. OTTO y CALZADILLA, Dr. RAFAEL.**

Hipertrofia del Timo.

II: 188 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**PENSO, Dr. MANUEL, HERMOSO, Dr. ADAN y RODRIGUEZ**

**MONTALVO, Dr. FERNANDO.**

Algunas consideraciones sobre embarazo ectópico como afección ginecológica de urgencia.

IV: 15 - Sep. 1965 - N° 22.

**PENSO, Dr. MANUEL y otros.**

Emergencias en ginecología.

V: 25 - Ene. 1966 - N° 23.

**PEÑA, Dr. LUIS, GUZMAN BLANCO, Dr. BERNARDO**

**y VON SCHILING, Dr. BAER.**

Afecciones de las glándulas salivares.

I: 19 - Abr.-Jun. 1955 - N° 5.

**PEÑA, Dr. LUIS, GARRIGA MICHELENA, Dr. E., y RIVERO, Dr. ALBERTO.**

Tiroidectomía total con vaciamiento del cuello por primarios bilaterales.

I: 11 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**PEREZ CARREÑO, Dr. MIGUEL y CLEMENTE, Dr. ANTONIO.**

Control post-operatorio tardío de los enfermos operados por hipertensión portal.

III: 16 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**PEREZ FERNANDEZ, Dr. EDUARDO, GRANIER-DOYEUX,**

**Dr. MARCEL y HORANDE, Dr. MARCEL.**

Estudio experimental y clínico del poder histaminopéxico del suero sanguíneo.

II: 145 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**PEREZ-GALDOS, Dr. I. y DRAYER, Dr. A.**

Un caso de Corea de Sydenham y enfermedad mitral reumática tratado con Cortisona.

I: 20 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**PEREZ VILCHEZ, Dr. M., RODRIGUEZ CHUECOS, Dr. R., SANTANA, Dr. WILLIAM y MARIN, Dr. JUAN.**

Cinco años de Analgesia Obstétrica en el Centro Médico de Caracas.

IV: 27 - Ene. 1965 - N° 20.

**POLLAK, Dr. LADISLAO y RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Tuberculosis y Nocardiosis.

II: 157 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

## Q

**QUIJADA GAMBOA, Dr. CRUZ.**

Eritroblastosis fetal.

I: 15 - Abr. 1954 - N° 1.

**QUIJADA GAMBOA, Dr. CRUZ. VILLALOBOS C., Dr. TULIO.**

Indicaciones y contraindicaciones de la transfusión de sangre.

I: 31 - Ene. 1956 - N° 7.

**QUIJADA GAMBOA, Dr. CRUZ, VILLALOBOS Dr. TULIO y SÉPULVEDA, Dr. JOSE RAFAEL.**

Desarrollo de la Hemoterapia en Venezuela y Organización de los Bancos de Sangre.

I: 29 - Abr. 1956 - N° 8.

**QUINTERO MURO, Dr. EDUARDO.**

Impotencia psíquica.

I: 23 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**QUINTERO MURO, Dr. EDUARDO.**

Inmigración e Higiene mental.

I: 17 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

## R

**RECAGNO DE ROUSSE, Dra. ANA, SANABRIA, Dr. ANTONIO, BRAVO, Dr. FERNANDO.**

Tratamiento de la angina de pecho y de la claudicación intermitente con el (J. B.-516), Catron.

II: 166 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**RECAGNO de ROUSSE, Dra. ANA, SANABRIA, Dr. ANTONIO y otros.**

Symposium sobre hipertensión arterial.

II: 170 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**RINCON,, Dr. NESTOR L., RODRIGUEZ, Dr. CESAR y otros.**

Fibrosis Pulmonar en la esclerodermia generalizada.

II: 127 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**RINCON, Dr. NESTOR L., y RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Las resecciones segmentarias del pulmón por procesos no tuberculosos.  
I: 19 - Abr. 1957 - N° 12.

**RIVERO, Dr. ALBERTO, PEÑA, Dr. LUIS y GARRIGA MICHELENA, Dr. E.**  
Tiroidectomía total con vaciamiento del cuello por primarios bilaterales.  
I: 11 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**RIVAS LARRALDE, Dr. E.**

La obesidad y la diabetes.  
I: 55 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**RIVAS LARRALDE, Dr. E.**

La diabetes también es problema nuestro.  
I: 28 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**RIVAS, Dra. MARIA, BAQUERO GONZALEZ, Dr. Ricardo y otros.**

Senos y fistulas pilonidales.  
III: 10 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR y LOPEZ RAMIREZ, BR. A.**

Lesiones aisladas solitarias del pulmón.  
I: 10 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR y LOPEZ R., Dr. LUIS ARTURO.**

Biopsias pulmonares a cielo abierto.  
I: 31 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Contribución al estudio de la paracoccidiosis brasilensis en Venezuela.  
I: 9 - Abr. 1957 - N° 12.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR y RINCON, Dr. NESTOR L.**

Las resecciones segmentarias del pulmón por procesos no tuberculosos.  
I: 19 - Abr. 1957 - N° 12.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR y TROCONIS GARCIA, Dr. GUSTAVO.**

Abcesos pulmonares, algunas consideraciones al respecto.  
II: 51 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Cuerpos extraños en las vías respiratorias y esófago en niños.  
II: 72 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR y otros.**

Fibrosis pulmonar en la esclerodermia generalizada.  
II: 127 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**RODRIGUEZ, Dr. CESAR y POLLAK, Dr. LADISLAO.**

Tuberculosis y Nocardiosis.  
II: 157 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**RODRIGUEZ CHUECOS, Dr. R. y otros.**

Cinco años de analgesia obstétrica en el Centro Médico de Caracas.  
IV: 27 - Ene. 1965 - N° 20.

**RODRIGUEZ ILLAS, Dr. J., y HENRIQUEZ, Dr. EDMUNDO.**

Modificaciones electrocardiográficas provocadas por el antimonio tartrato de sodio.

II: 63 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**RODRIGUEZ M., Dr. FERNANDO y otros.**

Emergencias en Ginecología.

V: 25 - Ene. 1966 - N° 23.

**RODRIGUEZ MONTALVO, Dr. FERNANDO, PENSO, Dr. MANUEL y HERMOSO, Dr. ADAN.**

Algunas consideraciones sobre embarazo ectópico como afección ginecológica de urgencia.

IV: 15 - Sep. 1965 - N° 22.

**RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Dr. FEDERICO, GONZALEZ NAVAS, Dr. ALFREDO y VIZCARRONDO, Dr. OSWALDO.**

Las infecciones en cirugía.

IV: 29 - Sep. 1964 - N° 19.

**ROMERO, Dr. JESUS y VIVAS SALAS, Dr. E.**

La insuficiencia aórtica en la forma incompleta (Forme Frustrate) del Síndrome de Marfan.

III :40 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

## **S**

**SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Estudio terapéutico del Aminoisometradina.

I: 30 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO y otros.**

Nuevos aspectos farmacodinámicos de la Mefentermina.

I: 27 - Abr. 1957 - N° 12.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Patogenia de la retención de agua y sodio en la insuficiencia cardíaca congestiva.

II: 133 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO y TREMARIAS TORRES, Dr. ARMANDO.**

Amiloidosis cardíaca primitiva.

II: 152 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO y otros.**

Symposium sobre Hipertensión Arterial.

II: 170 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO, BRAVO, Dr. FERNANDO y RECAGNO de ROUSSE, Dra. ANA.**

Tratamiento de la angina de pecho y de la claudicación intermitente con el (J. B. 516), Catron.

II: 166 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO y FRAGACHAN, Dr. FRANCISCO.**

Farmacología clínica de los glucosidos cardiatónicos.

III: 49 - Jul. 1963 - N° 2.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO y LANDA, Dra. CARMEN.**

Tratamiento de los edemas con espirolactonas.

IV: 23 - Mayo 1965 - N° 21.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO y FRAGACHAN, Dr. FRANCISCO.**

Emergencias hipertensivas.

IV: 13 - Ene. 1965 - N° 20.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Patogenia de la cirrosis hepática.

V: 31 - Mayo 1966 - N° 24.

**SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Patogenia de la ascitis en la cirrosis hepática.

V: 39 - Ene. 1966 - N° 23.

**SANTANA, Dr. WILLIAM, LUCCA, Dr. ROBERTO J., CONTRAMAESTRE, Dr. LUIS.**

Anestesia en cirugía cardíaca: Aspectos fisiopatológicos, hipotermia.

III: 33 - Ene. 1962 - N° 1.

**SANTANA, Dr. WILLIAM, LUCCA, Dr. ROBERTO J. y PADULA, Dr. HECTOR.**

Resumen del guión de la película "Insuficiencia Respiratoria".

III: 62 - Jul. 1963 - N° 2.

**SANTANA B., Dr. WILLIAM y LUCCA E., Dr. ROBERTO J.**

La exanguino-transfusión seriada en las intoxicaciones barbitúricas de carácter grave.

IV: 21 - Ene. 1965 - N° 20.

**SANTANA, Dr. WILLIAM y otros.**

Cinco años de analgesia en el Centro Médico de Caracas.

IV: 27 - Ene. 1965 - N° 20.

**SANTANDER, Dr. RAFAEL, SANABRIA, Dr. ANTONIO y otros.**

Symposium sobre hipertensión arterial.

II: 170 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**SCANNONE, Dr. FRANCISCO, RODRIGUEZ, Dr. CESAR y otros.**

Fibrosis pulmonar en la esclerodermia generalizada.

II: Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**SEPULVEDA, Dr. JOSE RAFAEL, QUIJADA GAMBOA, Dr. CRUZ y VILLALOBOS, Dr. TULIO.**

Desarrollo de la Hemoterapia en Venezuela y Organización de los Bancos de Sangre.

I: 29 - Abr. 1956 - N° 8.

**SOSA TINOCO, Dr. OSCAR.**

Efecto de las explosiones nucleares.

I: 36 - Abr. Jun. 1955 - N° 5.

**SOTO-RIVERA, Dr. JORGE y BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO.**

Las obras del programa de ampliación del Hospital Clínico Centro Médico de Caracas.

IV: 7 - Ene. 1965 - N° 20.

**SUAREZ, Dr. J. A., BAQUERO GONZALEZ, Dr. RICARDO y otros.**

Senos y fístulas pilonidales.

III: 10 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

## **T**

**TREMARIAS TORRES, Dr. ARMANDO y SANABRIA, Dr. ANTONIO.**

Amiloidosis cardíaca primitiva.

II: 152 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**TROCONIS GARCIA, Dr. GUSTAVO y RODRIGUEZ, Dr. CESAR.**

Abcesos pulmonares, algunas consideraciones al respecto.

II: 51 - Dic. 1957 - N° 2-3.

## **V**

**VALENCIA PARPARCEN, Dr. JOEL.**

Juan Pablo Parilli.

VI: 5 - Ene. 1967 - N° 26.

**VALENCIA PARPARCEN, Dr. JOEL.**

Miguel Pérez Carreño.

VI: 7 - Ene. 1967 - N° 26.

**VELUTINI, Dr. LUIS A., BORELI, Dr. DANTE y ESTRADA, Dr. E.**

Micetoma cérvico-facial por actinomyces bovis en mujer con síndrome de Cushing.

II: 9 - Jul. 1957 - N° 1.

**VILLALOBOS, Dr. TULIO, QUIJADA GAMBOA, Dr. CRUZ y SEPULVEDA, Dr. JOSE RAFAEL.**

Desarrollo de la Hemoterapia en Venezuela y Organización de los Bancos de Sangre.

I: 29 - Abr. 1956 - N° 8.

**VILLALOBOS, Dr. TULIO y QUIJADA GAMBOA, Dr. CRUZ.**

Indicaciones y contradicciones de la transfusión de sangre.

I: 31 - Ene. 1956 - N° 7.

**VILLEGAS, Dr. RAIMUNDO.**

Factores limitantes al desarrollo de la investigación científica en Venezuela.

IV: 37 - Sep. 1965 - N° 22.

**VIVAS SALAS, Dr. E.**

Un caso de quiste pericárdico de localización poco usual en el mediastino.

I: 12 - Abr. 1956 - N° 8.

**VIVAS SALAS, Dr. E.**

Estudio de la onda T post-extrasistólica.

I: 17 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**ANASTOMOSIS DE LA SAFENA AL CUERPO CAVERNOSO DEL PENE  
COMO TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PRIAPISMO.**

F. Baquero G., y F. Hernández N.

VI: 9 - Ene. 1967 - N° 26.

**ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS CONGENITOS INTRACRANEALES.**

A. Krivoy.

IV: 33 - Mayo 1965 - N° 21.

**ANESTESIA PARA NEUROCIRUGIA EN EL CENTRO MEDICO.**

R. Lucca E.

II: 87 - Ene.-Sep. 1958 - N° 4-5-6.

**ANESTESIA EN CIRUGIA CARDIACA: ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS,  
HIPOTERMIA.**

R. J. Lucca E., L. Contramaestre y W. Santana.

III: 33 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**ANESTESIA PARA NEUROCIRUGIA EN EL CENTRO MEDICO.**

R. J. Lucca E.

II: 113 - Dic. 1958 - Mar. 1959 - N° 7.

**ANTIDIABETICOS ORALES. (EDITORIAL).**

I: 11 - Abr. 1956 - N° 8.

**ATRESIA TRICUSPIDEA.**

J. Morales R.

I: 21 - Abr. 1956 - N° 8.

**AURICULA COMUN. PRIMER CASO OPERADO CON EXITO  
EN VENEZUELA.**

M. A. Ortega., R. Jaén Centeno V. Grossman-Siegert, G. Alselmi y H. Alex H.

IV: 23 - Sep. 1965 - N° 22.

**B**

**BIOPSIAS PULMONARES A CIELO ABIERTO.**

C. Rodríguez y L. A. López R.

I: 31 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**BLOQUEO DEL GANGLIO DE GASSEIR EN LAS NEURALGIAS DEL V  
PAR (NUEVE AÑOS DE EXPERIENCIA).**

R. J. Lucca E.

IV: 7 - Sep. 1965 - N° 22.

**BREVE RESEÑA HISTORICA SOBRE FUNDACION DEL CENTRO MEDICO  
DE CARACAS.**

F. Conde Jahn.

III: 4 - Ene. 1962 - N° 1.

## C

### **CINCO AÑOS DE ANALGESIA OBSTETRICA EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS.**

M. Pérez V., R. Rodríguez CH., W. Santana., J. Marín.

IV: 27 - Ene. 1965 - Nº 20.

### **CIRUGIA CARDIOVASCULAR. (EDITORIAL).**

I: Abr. 7 - 1957 - Nº 12.

### **CIRUGIA DEL CORAZON EN VENEZUELA.**

J. Morales R.

I: 36 - Abr. 1956 - Nº 8.

### **CIRUGIA ESTEREOTAXICA EN TRASTORNOS HIPERCINETICOS.**

R. Castillo y A. Krivoy.

VI: 73 - May. 1967 - Nº 27.

### **COMENTARIO ACERCA DEL X CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGIA.**

F. Baquero G.

I: 13 - Abr.-Jun. 1955 - Nº 5.

### **COMENTARIOS SOBRE EL CUADRAGESIMO CONGRESO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS.**

R. Baquero G., y E. Carbonell.

I: 43 - Jul.-Sep. 1955 - Nº 6.

### **COMENTARIOS BASICOS EXTRAIDOS DE LAS CONFERENCIAS Y CHARLAS DEL PROFESOR Dr. ROBERTO A. HINGSON.**

R. Lucca E.

I: 17 - Abr. 1956 - Nº 8.

### **COMUNICACION PREVIA ACERCA DE UN CASO DE FILARIASIS DIURNA OBSERVADO EN VENEZUELA.**

F. Muci M.

II: 78 - Ene.-Sep. 1958 - Nº 4-5-6.

### **CONTUSIONES Y HERIDAS VASCULARES EN LAS FRACTURAS Y TRAUMATISMOS DE LOS MIEMBROS.**

A. Paris, J. L. Heredia M., A. González N.

VI: 31 - Ene. 1967 - Nº 26.

### **CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE RADOMIOSARCOMA.**

A. J. Jacir.

II: 184 - Dic. 1960-Dic. 1961 - Nº 12.

### **CONTROL POST-OPERATORIO TARDIO DE LOS ENFERMOS OPERADOS POR HIPERTENSION PORTAL.**

A. Clemente, M. Pérez Carreño.

III: 16 - Ene.-Sep. 1962 - Nº 1.

### **CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PARACOCCIDIODOSIS BRASILENSIS EN VENEZUELA.**

I: 9 - Abr. 1957 - Nº 12.

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO FARMACOLOGICO DE LA HIDROXICINA.**

R. A. Campo R.

II: 23 - Jul. 1957 - Nº 1.

**CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VIAS RESPIRATORIAS  
Y ESOFAGOS EN NIÑOS.**

C. Rodríguez.

II: 72 - Dic. 1957 - Nº 2-3.

**D**

**DATOS HISTORICOS ACERCA DEL CAÑAMO DE LA INDIA.**

M. Granier-Doyeux.

III: 68 - Jul. 1963 - Nº 2.

**DIABETES INSIPIDA POST-TRAUMATICA.**

A. Martinez N.

I: 30 - Jul. Sep. 1955 - Nº 6.

**DIEZ AÑOS DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS (Editorial).**

II: 7 - Jul. 1957 - Nº 1.

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

R. J. Lucca E.

VI: 63 - May. 1967 - Nº 27.

**DESARROLLO DE LA HEMOTERAPIA EN VENEZUELA  
Y ORGANIZACION DE LOS BANCOS DE SANGRE.**

C. Quijada G., T. Villalobos y J. R. Sepúlveda

I: 29 - Abr. 1956 - Nº 8.

**DOLOR Y ANGUSTIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO INFANTIL.**

A. Mota Salazar.

IV: 35 - Ene. 1965 - Nº 20.

**DOCTOR RAFAEL ERNESTO LOPEZ (Editorial)**

I: 9 - Jul. - Sept. 1954 - Nº 2.

**DOCTOR ROBERT A. HINGSON (Editorial).**

I: 11 - Ene. 1956 - Nº 7.

**E**

**EL BIOTIPO 1483-59 (EDWARSIELLA TARDA) SU AISLAMIENTO  
EN VENEZUELA**

J. J. Gutiérrez A. y J. Guariguata.

VI: 57 - May. 1967 - Nº 27.

**EL INSUFICIENTE RESPIRATORIO (Editorial)**

II:103 - Dic. 1958 - Mar. 1959 - Nº 7-8.

**EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS POR LA DEPRESION MEDIANTE  
UN SISTEMA DE ASPIRACION CONTINUA.**

R. Baquero G., R. J. Bermúdez.

V: 7 - Sept. 1966 - Nº 25.

**EL VALOR DIAGNOSTICO DEL EDEMA DE PAPILA.**

A. Martínez N.

I: 36 - Dic. 1956 - N° 10-11

**EFEECTO DE LAS EXPLOSIONES NUCLEARES.**

O. Sosa T.

I: 36 - Abr. Jun. 1956 - N° 5

**EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS.**

A. Sanabria y F. Fragachan.

IV: 13 - Ene. 1965 - N° 20.

**ENFERMEDAD CORONARIA Y LIPIDOS DEL SUERO (Editorial)**

II: 49 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**EMERGENCIAS EN GINECOLOGIA.**

A. Hermoso C., F. Rodríguez M., M. Penso T.

V: 25 - Ene. 1966 - N° 23.

**EQUILIBRIO ACIDO BASE; PARTE METABOLICA.**

R. J. Lucca E.

VI: 49 - Ene. 1967 - N° 26.

**EROTROBLASTOSIS FETAL.**

C. Quijada G.,

I: 15 - Abr. 1954 - N° 1.

**ESTUDIO DE LA ONDA T POST-EXTRASISTOLICA.**

E. Vivas S.

I: 17 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**ESTUDIO TERAPEUTICO DEL AMINOISOMETRADINA.**

A. Sanabria.

I: 30 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**ESTUDIO EXPERIMENTAL Y CLINICO DEL PODER HISTAMINOPEXICO DEL SUERO SANGUINEO.**

E. Pérez-Fernández., M. Granier-Doyeux y M. Horande.

II: 145 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**ESTENOSIS MITRAL.**

J. Morales R. y A. Aguayo.

I: 37 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**EXCISION DE MELANOMA EN LA ESPALDA CON VACIAMIENTO RADICAL DE LA AXILA Y VACIAMIENTO ILIO-INGUINAL RADICAL EN CONTINUIDAD. PRIMERA INTERVENCION PRACTICADA EN VENEZUELA.**

B. Guzmán B.

I: 25 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**F**

**FACTORES LIMITANTES AL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN VENEZUELA.**

R. Villegas.

IV: 37 - Sep. 1965 - N° 22.

**FARMACOLOGIA CLINICA DE LOS GLUCOSIDOS CARDIOTONICOS.**

A. Sanabria, F. Fragachan.

III: 49 - Jul. 1963 - N° 2.

**FIBROSIS PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA GENERALIZADA.**

C. Rodríguez, A. Angulo O., F., Scannone, y N. L. Rincón.

II: 127 - Dic. 1958-Mar. 1959 - N° 7-8.

**FLUIDOS Y ELECTROLITOS EN CIRUGIA INFANTIL.**

A. Mota S.

I: 19 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**FRANCISCO ANTONIO RISQUEZ.**

I: 5 - Ago. 1956 - N° 9.

**FUNDACION DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE ANESTESIOLOGIA.**

I: 9 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**G**

**GLIOMAS DEL NERVIO OPTICO.**

A. Krivoy.

VI: 15 - Ene. 1967 - N° 26.

**H**

**HEMATOMAS INTRACRANEANOS TRAUMATICOS.**

A. Martínez N.

II: 17 - Jul. 1957 - N° 1.

**HEMATEMESIS.**

A. Clemente y A. Diez.

III: 22 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**HIPERTROFIA DEL TIMO.**

O. Paz y R. Calzadilla.

II: 188 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**HIPERTENSIVAS.**

III: 47 - Jul. 1963 - N° 2.

**I**

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TRANSFUSION DE SANGRE.**

C. Qijada G. y T. Villalobos C.

I: 31 - Ene. 1956 N°

**IMPOTENCIA PSIQUICA.**

E. Quintero M.

I: 23 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**IMPRESIONES SOBRE EL 41 CONGRESO ANUAL DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS.**

L. E. López.

I: 39 - Ene. 1956 - N° 7.

**INMIGRACION E HIGIENE MENTAL.**

E. Qintero M.

I: 17 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.**

R. J. Lucca E.

IV: 7 - May. 1965 - N° 21.

**INSUFICIENCIA AORTICA. PRIMER CASO OPERADO EN VENEZUELA.**

J. Morales R. y R. Zubillaga.

I: 11 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**J**

**JUAN PABLO PARILLI.**

J. Valencia P.

VI: 5 - Ene. 1967 - N° 26.

**L**

**LA DIABETES TAMBIEN ES PROBLEMA NUESTRO.**

E. Rivas L.

I: 28 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**LA EXANGUINEO-TRANSFUSION SERIADA EN LAS INTOXICACIONES BARBITURICAS DE CARACTER GRAVE.**

R. J. Lucca E., y W. Santana B.

IV: 21 - Ene. 1965 - N° 20.

**LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL CON INJERTO MIOENDOMETRIAL POR ACODO.**

R. Baquero G., y E. Mathison.

II: 59 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**LA INYECCION PERIDURAL DE SANGRE COMO TRATAMIENTO DE LA CEFALEA POST-PUNCION LUMBAR.**

E. Martinez A.

III: 81 - Jul. 1963 - N° 2.

**LA INSUFICIENCIA AORTICA EN FORMA INCOMPLETA (FORME FRUSTE) DEL SINDROME DE MARFAN.**

E. Vivas S., y J. Romero.

III: 40 - Ene.-Sep 1962 - N° 1.

**LA OBESIDAD Y LA DIABETES.**

E. Rivas L.

I: 55 - Jul.-Sep. 1955 - N° 6.

**LA VENTILACION ARTIFICIAL EN CIRUGIA O LA RESPIRACION CONTROLADA EN CIRUGIA.**

R. J. Lucca E.

III: 29 - Ene.-Sep. 1962 - N° 1.

**LAS INFECCIONES EN CIRUGIA.**

A. González N., F. Rodríguez R., O. Viscarrondo.

IV: 29 - Sep. 1964 - N° 19.

**LAS OBRAS DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DEL HOSPITAL CLINICO  
CENTRO MEDICO DE CARACAS.**

R. Baquero G., J. Soto-Rivera.

IV: 7 - Ene. 1965 - N° 20.

**LAS RESECCIONES SEGMENTARIAS DEL PULMON POR PROCESOS NO  
TUBERCULOSOS.**

C. Rodríguez y N. L. Rincón.

I: 19 - Abr.-1957 - N° 12.

**LESIONES AISLADAS SOLITARIAS DEL PULMON.**

C. Rodríguez y A. López R.

I: 10 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**LIGADURA DE LA ARTERIA ESPLENO-PALATINA POR VIA TRANS-  
MAXILAR EN UN CASO DE HEMORRAGIA NASAL GRAVE.**

J. Miralles.

I: 21 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**LITIASIS VESICAL GIGANTE.**

F. Baquero G.

I: 14 - Oct.-Mar. 1955 - N° 3-4.

**M**

**MENINGIOMA DEL NERVIO OLFATORIO.**

A. Krivoy.

IV: 51 - Sep. 1964 - N° 19.

**MESA REDONDA CON EL Dr. JOHN ADRIANI.**

I: 43 - Abr. 1956 - N° 8.

**METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA EN LAS ICTERICIAS. (EDITORIAL).**

II: 77 - Ene.-Sep. 1958 - N° 4-5-6.

**MICETOMA CERVICO-FACIAL POR ACTINOMYCES BOVIS EN MUJER  
CON SINDROME DE CUSHING.**

L. A. Velutini, D. Boreli y E. Estrada.

II: 9 - Jul. 1957 - N° 1.

**MICROSCOPIO ELECTRONICO.**

J. Weibel.

II: 159 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**MIGUEL PEREZ CARREÑO.**

J. Valencia P.

VI: 7 - Ene. 1967 - N° 26.

**MODIFICACIONES ELECTRO-CARDIOGRAFICAS PROVOCADAS POR EL  
ANTIMONIO TARTRATO DE SODIO.**

E. Henriquez y J. Rodríguez I.

II: 63 - Dic. 1957 - N° 2-3.

**N**

**NECROLOGIA: Dr. ROLANDO CURIEL.**

III: 48 - Jul. 1963 - N° 2.

**NUEVO TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA SEROSA.**

J. Miralles.

II: 99 - Ene.-Sep. 1958 - Nº 4-5-6.

**NUEVOS ASPECTOS FARMACODINAMICOS DE LA MEFENTERMINA.**

M. Granier-Doyeux, M. Horande, A. Sanabria y R. Campo R.

I: 27 - Abr. 1957 - Nº 12.

**NUEVOS METODOS PARA CERRAR LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE EL USO DE MARCOS DE ALAMBRE DE ACERO.**

R. Baquero G.

I: 42 - Dic. 1956 - Nº 10-11.

**O**

**ORQUITIS URLIANA SIN PAROTIDITIS.**

F. Baquero G.

I: 29 - Ene. 1956 - Nº 7.

**OPERACION PALIATIVA EN LA OBSTRUCCION POR CARCINOMA UTILIZANDO TUBOS PLASTICOS INTRAESOFAGEANOS.**

R. Baquero G.

I: 41 - Dic. 1956 - Nº 10-11.

**P**

**PROCEDIMIENTOS NUEVOS MEDICO-QUIRURGICOS.**

R. Baquero G.

I: 25 - Jul.-Sep. 1954 - Nº 2.

**PUBLICACIONES DEL CENTRO MEDICO. (EDITORIAL).**

I: 7 - Abr. 1954 - Nº 1.

**PRIMER AÑO DE PUBLICACIONES DEL CENTRO MEDICO. (EDITORIAL).**

I: 11 - Abr.-Jun. 1955 - Nº 5.

**PRIMERA HEMI-PELVECTOMIA PRACTICADA CON EXITO EN VENEZUELA.**

B. Guzmán B.

I: 40 - Abr.-Jun. 1955 - Nº 5.

**PLASTIAS DE LA PELVIS RENAL.**

F. Baquero G.

I: 13 - Ago. 1956 - Nº 9.

**PENFIGO BRASILENSIS.**

J. A. De Argumosa.

I: 25 - Ago. 1956 - Nº 9.

**PRIMER CASO DE LEYOMIOMA VESICAL DIAGNOSTICADO EN VENEZUELA.**

F. Baquero G.

I: 37 - Abr. 1957 - Nº 12.

**PRIMERAS IMPRESIONES SOBRE UN NUEVO MODELO DE VENTOSA OBSTRETICA. EL "VACUUM-EXTRACTOR".**

E. Feo C. y R. González P.

II: 104 - Dic. 1958-Mar. 1959 - Nº 7-8.

**PATOGENIA DE LA RETENCION DE AGUA Y SODIO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.**

A. Sanabria.

II: 133 - Dic. 1958-Mar. 1959 - Nº 7-8.

**PRIMERAS JORNADAS VENEZOLANAS DE ANESTESIOLOGIA. (EDITORIAL).**

II: 137 - Abr.-Dic. 1959 - Nº 9-10-11.

**PROGRAMA DE LAS SEGUNDAS JORNADAS DE ANESTESIOLOGIA.**

II: 187 - Dic. 1960-Dic. 1961 - Nº 12.

**PARO CARDIACO POST-ANESTESIA LOCAL.**

A. J. Ferrer, R. D. Ledezma, J. A. Ortega.

III: 78 - Jul. 1963 - Nº 2.

**PATOGENIA DE LA CIRROSIS HEPATICA.**

A. Sanabria.

V: 31 - May. 1966 - Nº 24.

**PATOGENIA DE LA ASCITIS EN LA CIRROSIS HEPATICA.**

A. Sanabria.

V: 39 - Ene. 1966 - Nº 23.

**PALABRAS DEL Dr. JOSE A. O'DALY.**

VI: 53 - May. 1967 - Nº 27.

**QUIMIOTERAPIA ORGANO-ESPECIFICA EN EL CARCINOMA DE PROSTATA.**

H. Wilmanns.

I: 15 - Oct.-Mar. 1955 - Nº 3-4.

**Q**

**QUINTO CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA. (EDITORIAL).**

I: 11 - Jul.-Sep. 1955 - Nº 6.

**QUINCE AÑOS DEL CENTRO MEDICO.**

III: 3 - Ene.-Sep. 1962 - Nº 1.

**R**

**RECIENTES AVANCES EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR.**

R. Jaén C.

VI: 79 - May. 1967 - Nº 27.

**RESUMENES DE PUBLICACIONES MEDICAS.**

I: 23 - Jul.-Sep. 1954 - Nº 2.

**RESUMENES DE PUBLICACIONES MEDICAS.**

I: 35 - Abr. 1954 - Nº 1.

**RESUCITACION DEL RECIEN NACIDO.**

R. J. Lucca E.

I: 21 - Ago. 1956 - Nº 9.

**RESUMEN DEL GUION DE LA PELICULA "INSUFICIENCIA RESPIRATORIA".**

R. J. Lucca E., W. Santana y H. Padula.

III: 62 - Jul. 1963 - Nº 2.

**RENOVAMOS NUESTRA PUBLICACION.**

IV: 3 - Sep. 1964 - Nº 19.

**RUPTURA DE UN ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA EN UN CASO DE SINDROME DE MARFAN.**

M. Ferguson y A. Clemente.

II: 82 - Ene.-Sep. 1958 - Nº 4-5-6.

**S**

**SEGUNDAS JORNADAS VENEZOLANAS DE ANESTESIOLOGIA. (EDITORIAL).**

II: 165 - Dic. 1960-Dic. 1961 - Nº 12.

**SENOS Y FISTULAS PILONIDALES.**

R. Baquero G., J. L. Heredia, A. González N., R. Mazziota M., J. L. Parra., M. Rivas y J. A. Suárez.

III: 10 - Ene.-Sep. 1962 - Nº 1.

**SYMPOSIUM SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL.**

A. Sanabria, R. Santander, A. Recagno de Rouse, E. Martínez y F. Fragachan.

II: 170 - Dic. 1960-Dic. 1961 - Nº 12.

**T**

**TELE-RADIOTERAPIA CON ALTOS VOLTAJES CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS RADIACIONES EMITIDAS POR EL COBALTO 60.**

O. Paz.

II: 67 - Dic. 1957 - Nº 2-3.

**TENDENCIAS ACTUALES ANTE LAS TOXEMIAS DEL EMBARAZO.**

O. Agüero.

I: 17 - Ene. 1956 - Nº 7.

**TETRALOGIA DE FALLOT.**

J. Morales R.

I: 13 - Jul.-Sep. 1955 - Nº 6.

**TINEA CAPITIS POR MICROSPORUM CANIS.**

I. Campo-Aasen y D. Borelli.

I: 7 - Ago. 1956 - Nº 9.

**TIROIDECTOMIA TOTAL CON VACIAMIENTO DEL CUELLO POR PRIMARIOS BILATERALES.**

E. Garriga M., A. Rivero y L. Peña.

I: 11 - Oct.-Mar. 1955 - Nº 3-4.

**TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO Y DE LA CLAUDICACION INTERMITENTE CON EL (J. B.-516), CATRON.**

A. Sanabria, F. Bravo y A. Recagno de Rouse.  
II: 166 - Dic. 1960-Dic. 1961 - N° 12.

**TRATAMIENTO PALIATIVO DE LAS HEMATEMESIS POR VARICES ESOFAGICAS.**

R. Baquero G., J. Ochoa y M. A. Ortega.  
II: 39 - Jul. 1957 - N° 1.

**TRATAMIENTO SINTOMATICO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE THOMSEN CON LA ETIL-BETAINA DEL ACIDO ESTRICNICO.**

S. Holz, S. Núñez M. y T. y M. Granier-Doyeux.  
I: 31 - Abr. 1957 - N° 12.

**TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD MASCULINA (II PARTE).**

F. Baquero G.  
V: 7 - May. 1966 - N° 24.

**TRATAMIENTO DE LA ENURESIS CON EL LARGACTIL.**

F. Baquero G.  
I: 19 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

**TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD MASCULINA.**

F. Baquero G.  
V: 7 - Ene. 1966 - N° 23.

**TRATAMIENTO DE LOS EDEMAS CON ESPIROLACTONAS.**

C. Landa S. y A. Sanabria.  
IV: 23 - May, 1965 - N° 21.

**TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. (EDITORIAL).**

I: 9 - Dic. 1956 - N° 10-11.

**TUBERCULOSIS Y NOCARDIOSIS.**

L. Pollak y C. Rodríguez.  
II: 157 - Abr.-Dic. 1959 - N° 9-10-11.

**TUMORES DEL URETER.**

F. Baquero G.  
I: 9 - Abr. 1954 - N° 1.

**TUMORES MALIGNOS DE LA NASO-FARINGE; EXCISION QUIRURGICA TRANSPALATINA.**

H. James H.  
I: 13 - Jul.-Sep. 1954 - N° 2.

## U

### **UN CASO DE COREA DE SYDENHAM Y ENFERMEDAD MITRAL REUMATICA TRATADO CON CORTISONA.**

A. Drayer e I. Pérez-Galdos.

I: 20 - Jul.-Sep. 1954 - Nº 2.

### **UN CASO DE TIROIDITIS AGUDA NO SUPURADA TRATADA CON PREDNISONA.**

F. Bianchi C.

I: 29 - Abr. 1957 - Nº 12.

### **UN CASO DE QUISTE PERICARDICO DE LOCALIZACION POCO USUAL EN EL MEDIASTINO.**

E. Vivas S.

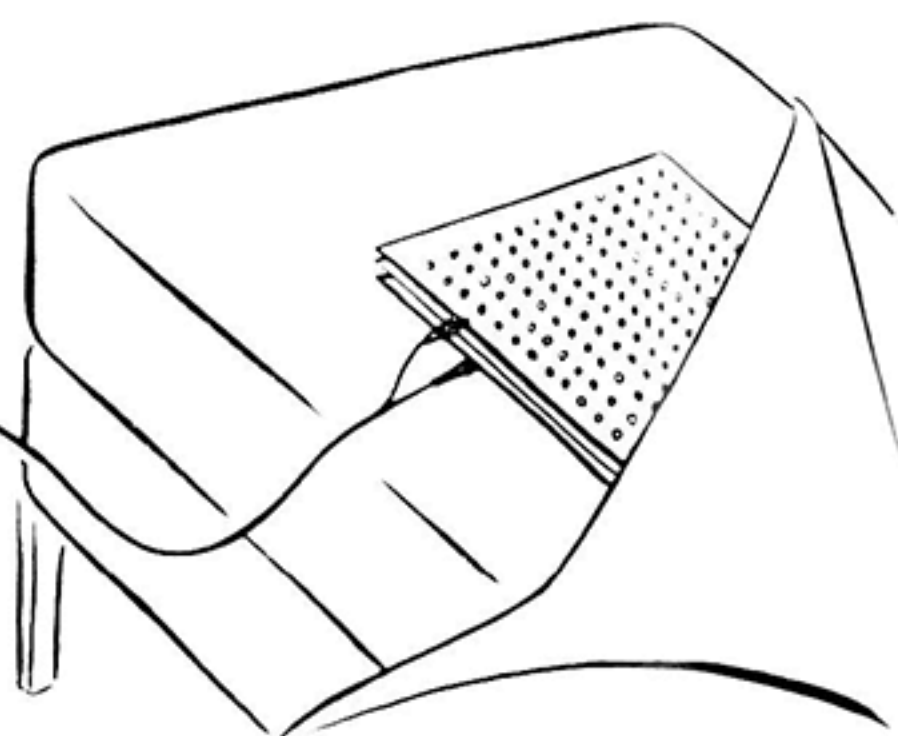
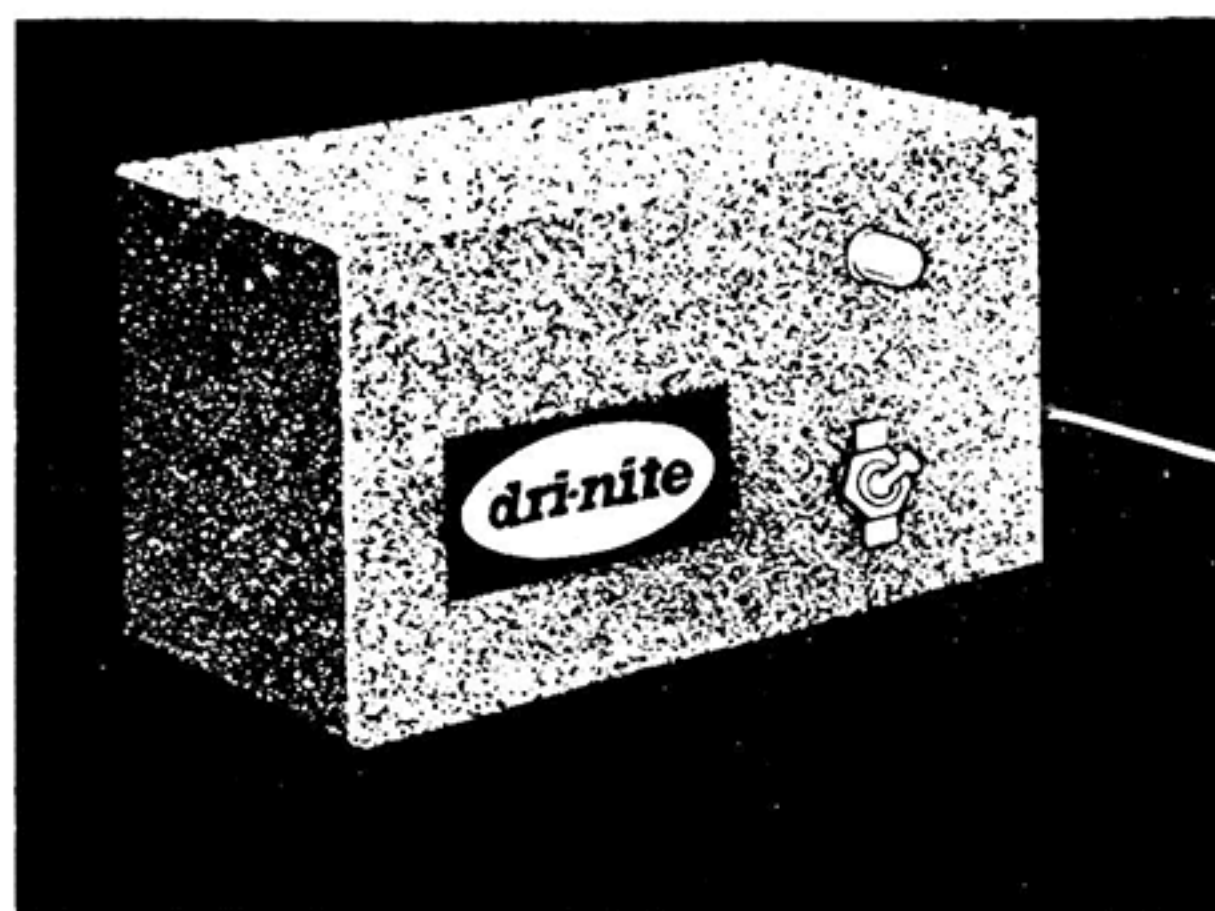
I: 12 - Abr. 1956 - Nº 8.

## V

### **VOLEMIA Y SHOCK.**

R. J. Lucca E.

V: 33 - Sep. 1966 - Nº 25.



## ENURESIS NOCTURNA

Aparatos para prevenir esta alteración psíquica infantil:  
"DRI-NITE", "URI-STOP", y otros

CONSORCIO MERCANTIL

Apartado 651  
Teléfono 72.05.08  
Caracas



# Laboratorios Ergos, S. A.

S A L U D A

AL HONORABLE CUERPO MEDICO

DE

VENEZUELA

y tiene la satisfacción de poner a su disposición  
su nuevo preparado

## **E U M I N**

T A B L E T A S

para el tratamiento oral y local de la  
**Tricomoniasis tanto vaginal como uretral.**

# 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**

# 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

---

# **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**

---