

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

**Comité de Redacción:** Dr. Antonio Sanabria, Dr. Alberto M. París.

**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 primeros martes 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: SEPTIEMBRE, ENERO, MAYO de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canje 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. Teléf.: 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

No. 22 — Septiembre — 1965

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

Esta Revista sustituye al anterior Órgano 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

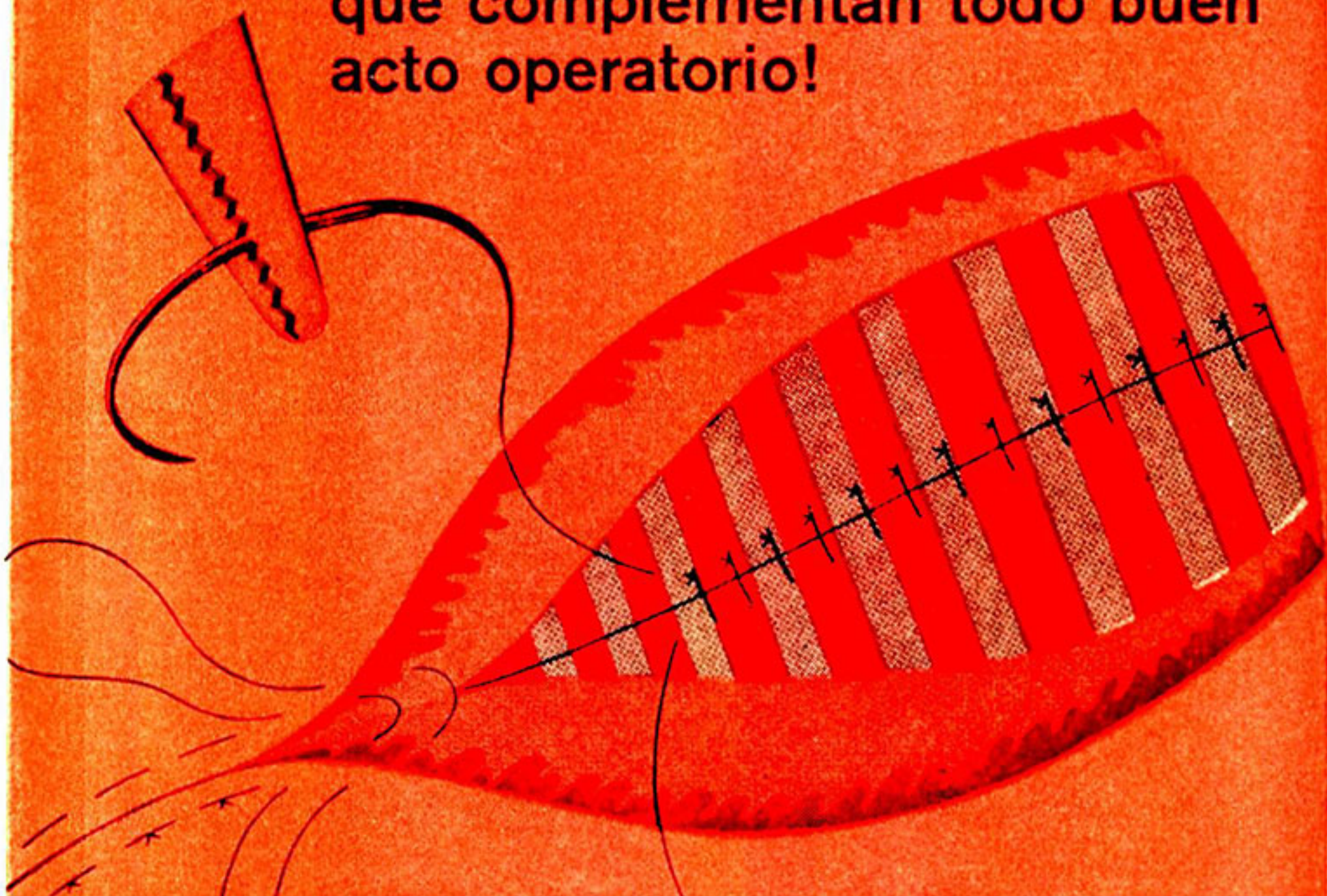
### S U M A R I O

- Bloqueo del Ganglio de Gasser en las Neuralgias del V Par (Nueve Años de Experiencia)  
Dr. Roberto J. Lucca E. .... 7
- Algunas Consideraciones sobre Embarazo Ectópico como Afección Ginecológica de Urgencia  
Dres. Adán Hermoso Centeno, Fernando Rodríguez Montalvo y Manuel J. Penso T. .... 15
- Aurícula Común.—Primer Caso Operado con Éxito en Venezuela  
Dres. Miguel A. Ortega, Rubén Jaén Centeno, Víctor Grossmann-Siegert, Guillermo Anselmi y Hugo Alex H. .... 23
- Factores Limitantes al Desarrollo de la Investigación Científica en Venezuela  
Raimundo Villegas ..... 37

ESTAMOS AFILIADOS A:



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



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

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

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

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

**Johnson & Johnson International**

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

\*Marca registrada de Johnson & Johnson

PRESENTES EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS  
DESDE SU INICIACION EN 1947

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:

Dr. Francisco Baquero González, Presidente.  
Dr. Rafael Bencosme, Tesorero.  
Dr. Jesús Miralles, Vice-Presidente.

Dr. Adolfo Koelzow J., Bibliotecario.  
Dr. Fidias Bianchi Cayama, Secretario.  
Dr. Roberto J. Lucca, Vocal.

## MIEMBROS ACTIVOS:

Aquatella, Dr. Harry  
Aguero, Dr. Oscar  
Alvarez, Dr. Pedro J.  
Andrade Niño, Dr. Rafael  
Andrade Niño, Dra. Zaira de  
Arreaza Coliza, Dr. Néstor  
Atencio Morillo, Dr. Humberto  
Bacalao Lara, Dr. Pedro  
Bacalao Lara, Dra. Ela de  
Blanco, Dr. Juan  
Blanco L. Dr. Jorge  
Beker, Dr. Simón  
Beauperthuy, 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  
Blanchi 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 Lairé, Dr. Alejandro  
Campo Moreno, Dr. Rafael  
Carbonell, Dr. José Antonio  
Castillo, Dr. Rafael  
Cifuentes S., Dr. Bernardo  
Chitty Van de Walle, Dr. Alberto  
Clemente, Dr. Antonio R.  
Colmenares Pacheco, Dr. Juan  
Conde Jahn, Dr. Franz  
Chalband Troconis, Dr. Román  
Escalona, Dra. Livia  
Fantes Kerdel, Dr. Francisco  
Flores Chacín, Dr. Guillermo  
Francisco, Dr. José  
Garriga Michelena, Dr. Esteban  
García Maldonado, Dr. Enrique  
Gedeón, Dr. Rafael  
Godoyol Rovira, Dr. Juan  
Gómez Guerra, Dr. José A.  
Gonzalo Leonardi, Dr. Pablo L.  
Graterol Monserrate, Dr. J.  
Gutiérrez Alfaro, Dr. José Jacinto  
Guinand Baldó, Dr. Alberto

Gutiérrez Osorio, Dr. J. J.  
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  
Kriboy, Dr. Abraham  
Lairé, hijo, Dr. Félix  
Lara Díaz, Dr. José  
Leamus, Dr. Luis  
Layrisse, Dr. Miguel  
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.  
Martínez Niochet, Dr. Arminio  
Martínez, Dr. Temístocles  
Martínez Herrera, Dr. Roberto  
Martínez Iturriza, Dr. L.  
Mathews 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.  
Ochoa, Dra. Cristina Solís de  
Ochoa, Dr. José  
Ochoa, Dr. Manuel  
O' Daly, Dr. José Antonio  
Padula, Dr. Héctor  
Padrón Amaré, Dr. José A.  
Parilli, Dr. Juan Pablo

París, Dr. Alberto Miguel  
Paz, Dr. Otto  
Peña, Dra. María T. Hernández de  
Pérez Luciani, Dr. Vasco  
Pérez Giménez, Dr. Gustavo  
Puchi Ferrer, Dr. José Angel  
Planchart, Dr. Alfredo  
Quijada Gamboa, Dr. Cruz  
Quintero Muro, Dr. Eduardo  
Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán  
Ramírez, Dr. Francisco  
Rivas Larralde, Dr. Eduardo  
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  
Valencia Parparcén, Dr. Joel  
Velutini, Dr. Luis Alberto  
Vázquez, Dr. Jacobo  
Vázquez, Dra. Alicia S. de  
Villalba Silva, Dr. Rafael  
Viana Rodríguez, Dr. Germán  
Villegas, Dr. José Antonio  
Zubillaga, Dr. Rafael

### MIEMBROS ASOCIADOS:

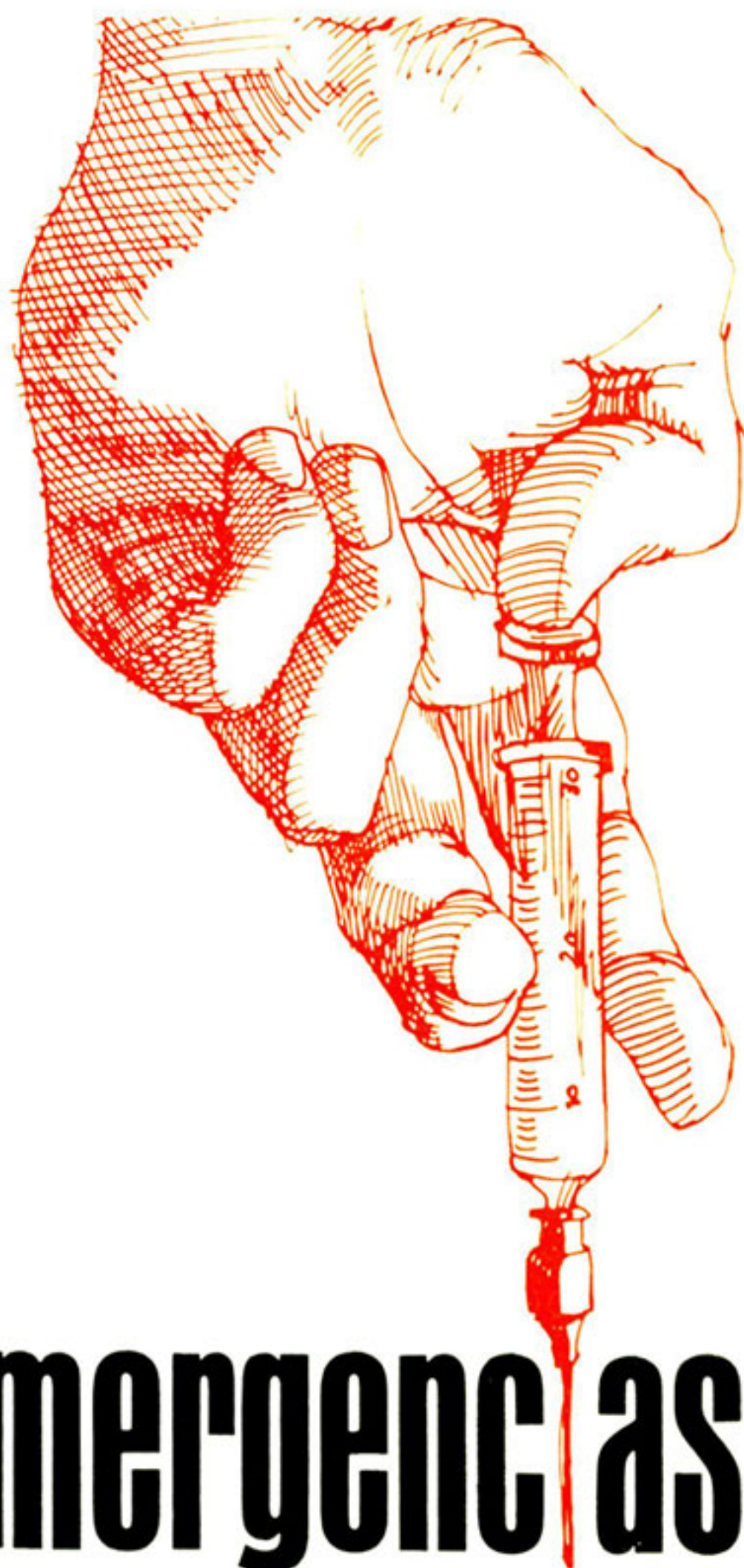
Aasen, Dra. Imelda Campo de  
Albornoz, Dr. Agustín  
Argumosa y Valdés, Dr. J. A. de  
Astros, Dr. José Gilberto  
Attías Attías, Dr. Moisés  
Braun, Dr. Peter  
Briceño Iragorry, Dr. Leopoldo  
Calzadilla, Dr. Rafael  
Castillo Plaza, Dr. Armando  
Clavel Penso, Dr. Rolando  
Diamante, Dr. Moisés  
Díaz Bruzual, Dr. Alfredo  
Egui, Dr. Pedro  
Ferrer, Dr. Alberto  
Feo Codecido, Dr. Ernesto  
Guida, Dr. Franco  
González Palacios, Dr. R. G.  
Pieracci, Dr. Giorgio  
Granier, Dr. Marcel  
Grossmann, Dr. Víctor  
Halabi, Dr. Alfredo  
Herrera Pinto, Dr. César  
Hitcher Santaella, Dr. Antonio  
Holz, Dr. Siegbert  
La Corte, Dr. Agustín  
Trautmanis Z., Dra. Laima

Larrazábal, Dr. Leopoldo  
Leamus, Dr. Luis  
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.  
Ron Pedrique, Dr. Miguel  
Marcano, Dra. Rosa T.  
Ruiz, Dr. Miguel  
Salas Marcano, Dr. Ismael  
Sánchez Soria, Dr. Seraffín  
Soto Rivera, Dr. Jorge  
Tineo Salazar, Dr. Jesús  
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. Robert A. Higson

Dr. Neal Owens



**CELESTONE\*  
INYECTABLE** **en emergencias**

**traumáticas/quirúrgicas/infecciosas/en reacciones alérgicas graves**

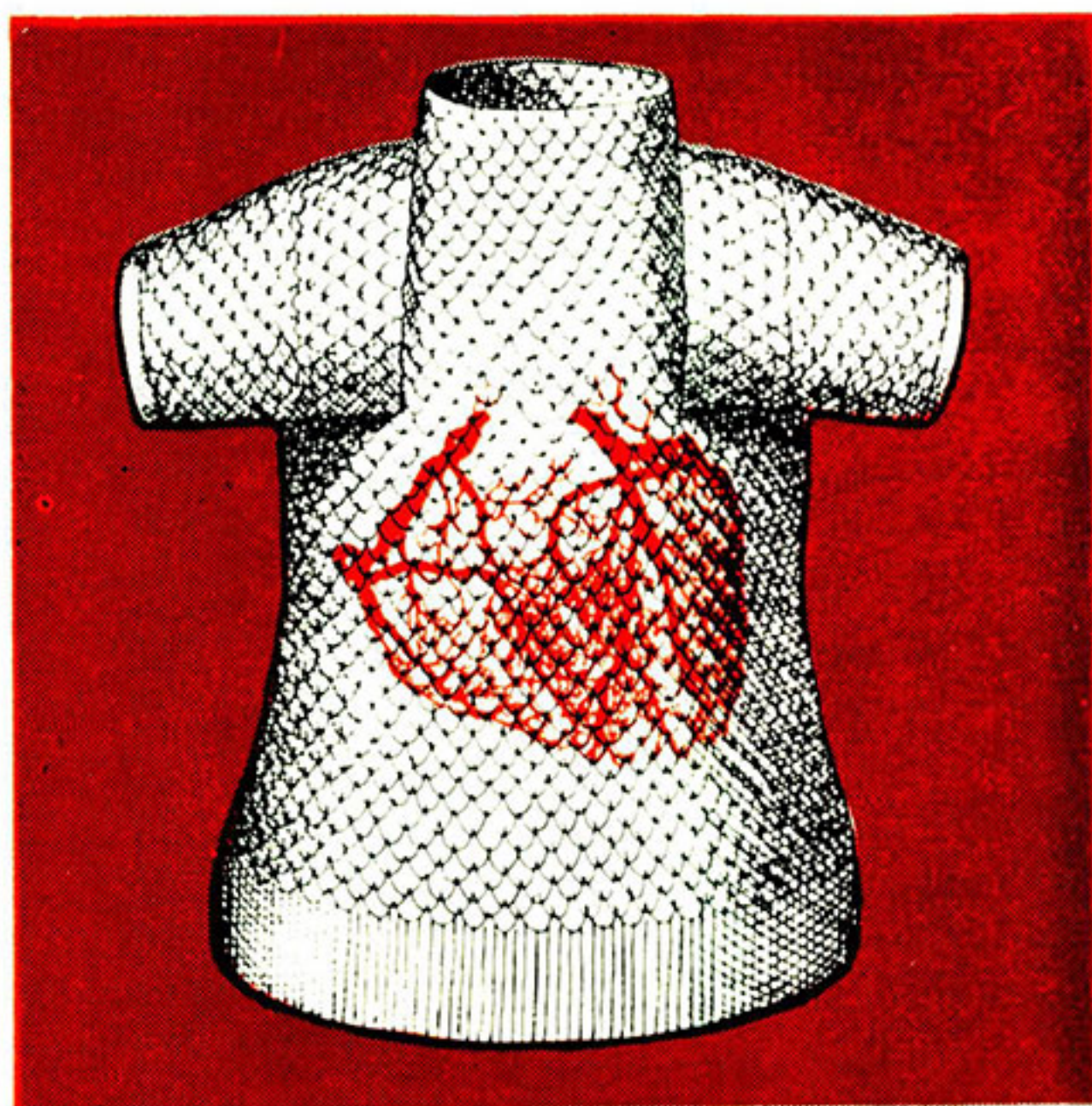
*Cuando las reservas corticosuprarrenales no son suficientes para hacer frente a la crisis  
CELESTONE INYECTABLE (fosfato disódico de betametasona) puede salvar la vida del paciente*

*PRESENTACION: Ampollas de 1 cm<sup>3</sup>; cada ampolla contiene 5,3 mg de fosfato disódico de betametasona. Cajas de 1 ampolla.*

REG. SCHERING S.A. - 1973

SCHERING CORPORATION U.S.A.





## “Como cota de malla”

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

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

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

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

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

 **PENTRITOL**<sup>®</sup>  
C A P S U L A S

Representantes Exclusivos para Venezuela:

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

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



# Bloqueo del Ganglio de Gasser en las Neuralgias del V Par

(Nueve años de experiencia)

Por el Dr. Roberto J. Lucca E. (\*)

Director del Departamento de Anestesia  
del Centro Médico de Caracas

Desde marzo de 1956 hasta la fecha, junio de 1965, cuarenta y tres (43) enfermos que presentaron alguna forma de neuralgia del Trigémino, o V par, han sido tratados mediante bloqueos llamados "terapéuticos" del ganglio de Gasser. Se practicaron 206 bloqueos, lo que nos da un promedio de 4,8 bloqueos por caso, lo que está bastante cerca de nuestro criterio actual, que considera un mínimo de cinco (5) bloqueos seriados por caso para obtener un resultado satisfactorio. Aunque el número de pacientes es reducido, nos referimos a la "labor de 9 años" debido a que este tipo de terapia interesa sobre todo en el tiempo.

## Estadística

|   |     |
|---|-----|
| Número total de casos .. .. .                   | 43  |
| Número total de bloqueos .. .. .                | 206 |
| Promedio de bloqueos por enfermo ... .. .       | 4,8 |
| Mayor número de bloqueos en un mismo enfermo .. | 24  |

## Caso con el mayor número de bloqueos

|  |    |
|--|----|
| Ficha N° 4. Lapso de 6 y 1/2 años. Total de bloqueos | 24 |
|--|----|

## Objetivo de los bloqueos

|   |    |
|---|----|
| Con fines de un diagnóstico diferencial, o pronóstico | 1  |
| Con fines puramente paliativos .. .. .                | 3  |
| Con ambiciones curativas .. .. .                      | 39 |

(\*) Trabajo leído en la reunión intercapitular de la Sociedad Venezolana de Anestesiología en Maracay, 24-25-26 de junio de 1965. Capítulo del Centro.

### Causas de los bloqueos

|  |    |
|--|----|
| Por neuralgia de tipo "Tic doloroso" .. .. .     | 15 |
| Por neuralgia de otras causas .. .. .            | 22 |
| Por dolor de cáncer, o sus consecuencias .. .. . | 3  |
| Por aclarar un diagnóstico .. .. .               | 1  |
| Otras causas .. .. .                             | 2  |

### Efecto de los bloqueos efectuados con Lidocaína al 2%

|  |          |
|--|----------|
| Tiempo máximo en la acalmia obtenida .. .. . | 33 meses |
| (O sea, 2 años con 9 meses).                 |          |
| Acalmia, promedio a esperar .. .. .          | 12 meses |

### Efecto de los bloqueos con Alcohol

|   |          |
|---|----------|
| Tiempo máximo de acalmia con Alcohol .. .. .            | 40 meses |
| (O sea, 3 años con 4 meses. Paciente aún asintomático). |          |
| Promedio a esperar en el tiempo de la acalmia .. .. .   | ?        |
| (Aún no predecible).                                    |          |

### Edad

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Edad promedio .. .. . | 52 años |
| Edad máxima .. .. .   | 96 años |
| Edad mínima .. .. .   | 19 años |

### Sexo

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Masculino .. .. . | 25 casos |
| Femenino .. .. .  | 18 casos |

### Ramas del V par afectadas

|   |          |
|---|----------|
| I <sup>a</sup> rama .. .. .                                       | 6 casos  |
| II <sup>a</sup> rama .. .. .                                      | 6 casos  |
| III <sup>a</sup> rama .. .. .                                     | 6 casos  |
| I <sup>a</sup> y II <sup>a</sup> ramas .. .. .                    | 9 casos  |
| II <sup>a</sup> y III <sup>a</sup> ramas .. .. .                  | 11 casos |
| I <sup>a</sup> , II <sup>a</sup> y III <sup>a</sup> ramas .. .. . | 5 casos  |

### Lado afectado por el dolor

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Lado derecho .. .. .   | 25 casos |
| Lado izquierdo .. .. . | 15 casos |
| Bilateral .. .. .      | 3 casos  |

### Agente usado para el bloqueo

|  |          |
|--|----------|
| Se usó Lidocaína al 2% .. .. .           | 28 casos |
| Se usó Lidocaína al 2% y alcohol .. .. . | 12 casos |
| Se usó únicamente alcohol .. .. .        | 3 casos  |

### Consideraciones de índole general:

- 1) Es frecuente que al penetrar la aguja en la cisterna Trigeminal, o perfore al propio ganglio, se observe una importante alza de la presión arterial.

Esto sucede sin que aún se haya inyectado el agente anestésico o neurolítico. Repetimos, este fenómeno es muy frecuente, y para nosotros significa una correcta colocación de la aguja.

- 2) Hasta hace poco menos de un año considerábamos que el punzar la duramadre y permitir la salida del L.C.R. no era recomendable, y más aún peligroso, pero después de leer el trabajo de Lyonnet & Silva (1) tratamos de que así suceda, cosa que garantiza casi en forma perfecta que estamos a nivel del plexo triangular de Valentin.
- 3) Hemos perforado la mucosa bucal en dos ocasiones. Este incidente carece de importancia, pero hay que pensar siempre en la posibilidad de una infección... Sin embargo, no olvidemos que los otorrinolaringólogos usan la vía mucosa, faríngea, bucal, etc. sin mayores contratiempos. Podemos evitar la perforación de la mucosa bucal haciendo la punción de la piel de la mejilla un poco más hacia afuera de lo que recomienda Hartel, citado por Bonica (2).
- 4) Hemos observado trastornos pasajeros de la audición. Quizás debidos a efectos de bloqueo vía ganglio ótico (nervio del músculo del martillo, o tensor del tímpano) (3), (4), (5). También vértigos y mareos de bastante intensidad, acompañados de vómitos, por lo general de pocas horas de duración. En ocasiones pueden prolongarse dos o tres días, lo que parece indicar cierto toque en la inervación laberíntica. En ninguno de nuestros casos han revestido gravedad, pero sí han obligado a hospitalizar de nuevo a un paciente.
- 5) Dos casos de posible perforación de la trompa de Eustaquio no comprobadas y con posible paso del líquido anestésico al oído medio (sensación de gota oscilante). Un caso quedó con ligera hipoacusia presente meses después.
- 6) Cuando la inyección de Lidocaína se hace intracisternal no es infrecuente observar una bradipnea, o un paro respiratorio. Este paro respiratorio se caracteriza por ser de corta duración (en una ocasión duró 45 minutos) y, además, de no ir acompañado de sintomatología cardiovascular alguna. Sólo requiere respiración artificial con la máquina de anestesia, con o sin intubación endotraqueal. La intubación traqueal se hace habitualmente muy fácil debido a anulación total de los reflejos faríngeos y glóticos.
- 7) La inyección intracisternal va acompañada, a veces, de pérdida de conciencia pasajera. Pero como desde hace ya tiempo todos nuestros bloqueos los practicamos bajo discreta anestesia con algún barbitúrico intravenoso, sólo se observa una repentina profundización de la misma. Para quienes observan por primera vez el efecto del anestésico inyectado intracisternal el incidente adquiere un aspecto dramático, pero su efecto pasajero y libre de repercusiones cardiovasculares lo hacen tolerable a la rutina. Sin embargo, lo antedicho ratifica el criterio que siempre hemos sostenido de que todo bloqueo de este tipo debe ser practicado en el quirófano, con todas las facilidades para la reanimación y practicado por o en presencia del anestesiólogo.
- 8) En varias ocasiones, con o sin punción de la dura, y por unas 48 horas, hemos observado cefalalgia de alguna consideración. Ninguna ha sido rebelde.

- 9) Dos pacientes nos han reclamado sobre lo molesto y desagradable que les resulta la sensación de hemianestesia de la cara, y esto a pesar de que se les había informado sobre las consecuencias de la alcoholización.
- 10) Hubo un caso de neuralgia de la I<sup>a</sup> rama y que fue alcoholizado, habiendo presentado una queratitis neuro-trófica, y siendo necesario practicarle una tarsorafía por el lapso de dos meses. El dolor desapareció y la queratitis curó poco tiempo después; es actualmente uno de los pacientes más satisfechos y lleva poco más de tres (3) años asintomático.
- 11) Hemos tenido seis (6) casos de hematomas del carrillo. Hematomas sin importancia, que no han obligado a interrumpir la secuencia de los bloqueos, pero que estéticamente han resultado inconvenientes en dos ocasiones. Infiltramos uno de ellos con Hyaluronidasa con buen resultado.
- 12) En dos ocasiones hemos observado una paresia del oblicuo mayor y del recto externo del ojo. Muy explicable si recordamos la intimidad y proximidad que tienen el nervio Patético y el Motor Ocular Externo, con la raíz del trigémino poco antes de ensancharse ésta en el plexo triangular de Valentin. La duración de estas paresias ha sido pasajera, no mayor de dos semanas, y fueron controladas por un oftalmólogo. Actualmente están normales.

#### Resultados obtenidos sobre 43 enfermos

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| a) Curación definitiva .. .. .        | 2 casos  |
| b) Alivio humanitario .. .. .         | 2 casos  |
| c) Socialmente curados .. .. .        | 30 casos |
| d) Fracaso total .. .. .              | 3 casos  |
| e) Abandonaron el tratamiento .. .. . | 6 casos  |

#### Casos interesantes

Tres casos de neuralgia post-herpética, I<sup>a</sup> rama.

Dos colegas con neuralgia del V par, I<sup>a</sup> rama, y que trabajan juntos en el mismo consultorio.

#### Casos de curación definitiva

- a) Neuralgia post-herpética, de I<sup>a</sup> rama y que fue bloqueado hace seis años y medio (6 y 1/2 años).
- b) Caso de proceso supurativo del oído medio y mastoides, primitivamente bloqueado para diferenciar tumor cerebral, fue posteriormente trepanado (antrotomía) y bloqueado para alivio del dolor. Actualmente curado.

#### Socialmente curados:

Sin dolor en la actualidad, trabajando, pero siempre con una posibilidad de recidiva y, por ende, necesidad de nuevas sesiones de bloqueo: 30 casos. Estos son casos ya crónicos, que acuden periódicamente al tratamiento tan pronto comienzan a sentir que el dolor vuelve.

### Abandonaron el tratamiento:

Precozmente debido a cierta mejoría, y también por temor al tratamiento: 6 casos.

### Fracaso total: 3 casos.

- a) El primero, sexo femenino, se entregó de lleno y con toda disciplina a las órdenes médicas y secuencia del tratamiento. Fue bloqueada varias veces; al comienzo con Lidocaína y luego con alcohol, habiendo sido repetido este último. El resultado obtenido fue mediocre, o nulo. Se refirió entonces para neurocirugía, pero hasta ahora ha sido rechazada, debido quizás a importante fondo psicopático.
- b) El segundo, caso de radionecrosis del maxilar inferior post cirugía y radium. El tratamiento, que iba bien, fue interrumpido para la extirpación de un secuestro óseo. No volví a saber del paciente.
- c) El tercero, sexo femenino de 62 años. Cuando se le propuso el uso del alcohol por haber fracasado la Lidocaína, prefirió la cirugía.

### Recomendaciones, comentarios

El bloqueo terapéutico del ganglio de Gasser, o mejor aún del plexo triangular de Valentin (1) retro ganglionar, es un tratamiento de apreciable valor en la mayoría de las neuralgias que afectan al V par. Bien se trate del llamado "Tic doloroso", o de neuralgias de las llamadas "atípicas". Claro está que es un tratamiento sintomático, ya que combate sólo el dolor, y es necesario siempre que sea factible el descartar cualquier patología vascular, de ocupación de espacio, infecciosa, etc. que pueda ocasionar daño, compresión, maltrato, etc. de la raíz nerviosa.

Sin embargo, el síntoma dolor adquiere en estos casos un cariz tan dramático que consideramos plenamente justificado que en ocasiones aliviemos primero e investiguemos después. La amenaza de suicidio está siempre a flor de labio en estos enfermos.

Por lo demás, ningún bloqueo terapéutico puede pretender ser de resultados definitivos, o sea curativo del dolor. La recidiva a plazo variable es casi segura y en tal sentido debe instruirse al enfermo sin engañarle. Pero, por otra parte y ante la amenaza de un dolor tan terrible, los enfermos regresan precozmente, apenas sienten las primeras amenazas de su antiguo dolor.

Nuestros pacientes nunca han sido engañados, ni siquiera en forma piadosa. Y es de hacer notar que cuatro casos que venían de grandes centros neuroquirúrgicos de Norteamérica y Canadá, resultaron de los más disciplinados y quizás por ello en los cuatro obtuvimos marcado éxito. Puede haber influido también los sacrificios familiares y económicos que han tenido que afrontar, cosa que los hace apreciar mejor la necesidad de una rígida disciplina y subordinación al médico. La cooperación del enfermo es condición "sine qua non" para el éxito en el tratamiento por bloqueos. Los bloqueos no sustituyen a la cirugía. Sin embargo, un caso que había sido previamente rizotomizado ha caído en

nuestras manos para ser bloqueado, y hasta el momento el resultado ha sido halagador.

Para la introducción de la aguja hemos usado en todos los casos la vía antero-inferior de Hartel, actualizada por Bonica (2). En todos los casos usamos control radiográfico como comprobación de la correcta colocación de la aguja. Y, desde hace un año, tratamos de obtener el goteo del L.C.R., habiéndolo obtenido en 9 casos. En todos los casos en que se usó anestésico del tipo local lo fue con Lidocaína, específicamente Xilocaína Astra (r). En todos los casos en los que se usó alcohol lo fue el absoluto y, desde unos años hacia acá, el alcohol absoluto Abbott (r) especial para bloqueo nervioso, estéril y en ampolletas de 2 c.c.

Usando la técnica de practicar por lo menos cinco (5) bloqueos sucesivos con la Lidocaína, hemos encontrado que el tiempo de acalmia es bastante prolongado y se aproxima al obtenido usando el alcohol absoluto. Esto al menos en algunos casos. Tal cosa es explicable por una más profunda neurolisis ocurrida cuando el anestésico local se repite varias veces, concepto de acuerdo al emitido por Pizzolato & Mannheim (6).

Cabe señalar como importante el hecho de que, bien se haya usado alcohol o la Lidocaína, el efecto benéfico de los bloqueos se deja ver en su intensidad definitiva, final, a los 10 días aproximadamente. Por lo tanto, no hay que dar por fallido un tratamiento por bloqueo si la desaparición del dolor no es inmediata a la última infiltración, y es muy conveniente advertírsele así al paciente antes de comenzar el tratamiento para evitar su desmoralización.

Todos nuestros bloqueos fueron practicados en el quirófano y con el equipo de reanimación listo para su uso.

Es de hacer notar que muchos de estos enfermos llegan a nuestras manos totalmente desmoralizados por el dolor y con una amenaza de suicidio a flor de labio. Es más, en una ocasión hube de practicar el primer bloqueo a un enfermo a media noche y de urgencia por auténtico riesgo de suicidio. El trauma emocional que vienen arrastrando por años estos enfermos los hace aparecer a veces como casos de psiquiatría, y hasta se ha tratado en ocasiones de atribuir el dolor a trastornos psíquicos. Hay que tener mucho cuidado con pensar en tal forma; de los casos señalados en este trabajo sólo uno podría ser catalogable como tal, y eso con grandes dudas al respecto.

Hemos encontrado que el control radiográfico de la posición de la aguja es de una necesidad para nosotros imperativa, ya que sin él se corre el riesgo de fracasar en buen porcentaje de los casos, con el consiguiente descrédito del método (atribuimos a esta causa papel importante en el escepticismo de muchos neurocirujanos, otorrinos, etc., etc. sobre las bondades del procedimiento por bloqueos terapéuticos).

En ocasiones, y a fin de hacer un bloqueo más selectivo de alguna de las ramas, he usado dos agujas simultáneas, escogiendo para la inyección la más próxima a la rama afectada. Sin embargo, con la punción intracisternal tal cosa no es posible, y será necesario por ello retirar un poco la aguja hasta que no gotee el L.C.R.

La hospitalización de los enfermos que van a ser sometidos a una serie de bloqueos (sesiones) es muy recomendable por distintas razones:

- 1) Posibilidad de usar anestesia general durante los bloqueos, así como también el uso endovenoso de un gota a gota de Procaína o Lidocaína, posible adyuvante a la terapéutica de base.
- 2) Posibilidad de controlar en mejor forma los efectos de los bloqueos.
- 3) Los enfermos se hacen más dóciles, conceden al tratamiento mayor importancia y fe, y se puede hacer una terapéutica más intensiva y sin temor de complicaciones que puedan aparecer en el domicilio del paciente.

En general los pacientes se muestran contentos y agradecidos, ya que esta afección los había desmoralizado y los imposibilitaba en sus ocupaciones habituales, trabajo, etc. Es por ello que acuden gustosos otra vez cuando comienzan a sentir que el dolor reaparece.

Es deseable que el mismo anesthesiólogo pueda actuar como técnico radiólogo y posea su propio equipo. Con una potencia de 30 miliamperios segundo basta y sobra para el control de todos los tipos de bloqueos factibles. Hemos encontrado que, además, el uso de los Rayos X permite practicar los bloqueos bajo una ligera analgesia general, cosa muy conveniente ya que, muchos de ellos suponen sensaciones dolorosas bastante molestas. Sobre este particular merece especial mención el advenimiento del metohexital, Brietal o Brevital (r) y, en la actualidad practicamos una mayoría de nuestros bloqueos bajo anestesia con el metohexital. Hemos estudiado la recuperación de estos pacientes y en forma simplista hemos llegado a la siguiente conclusión: para dosis terapéuticamente iguales en clínica de bloqueos, no hay una marcada diferencia en el tiempo transcurrido para las primeras manifestaciones de recuperación cuando se usa tiopentona o metohexital pero, el sujeto anestesiado con metohexital sale del sueño quirúrgico con una rapidez mucho mayor que el anestesiado con tiopentona. Casi tan rápido como el salir de un sueño fisiológico y, en esta forma el paciente ambulatorio puede reintegrarse a su actividad en forma precoz y con un mínimo de riesgo. La dosis media necesaria para cada uno de los pasos del bloqueo (introducción de la aguja, reajuste, inyección del anestésico) varía por los alrededores de 50 mgmos. y, al final de la sesión se han consumido unos 150 a 250 mgmos. según las dificultades de cada caso.

Para terminar diré que, hasta hace dos años consideraba que el bloqueo terapéutico de ganglio de Gasser estaba indicado en las siguientes situaciones (7) (8).

- 1) En pacientes con una posible corta sobrevida.
- 2) En pacientes en quienes existe una patología causante de la neuralgia, que puede ser comprobada y, tratada y eliminada más tarde (infecciones, tumores, problemas dentales, etc.).
- 3) Determinadas condiciones económicas (en especial aquellos que no pueden interrumpir sus obligaciones por muchos días).
- 4) Pacientes con riesgo quirúrgico alto.
- 5) Como tratamiento previo a todo enfermo que vaya a ser sometido a una rizotomía, o equivalente y, a fin de que se adapte y acepte la hemianestesia de la cara.

Pero, en la actualidad, después de nueve años de tratar enfermos con neuralgias del V par, y después de haber mejorado las técnicas de punción, cambiando conceptos, aclarando otros, etc., creemos que las contra indicaciones para el bloqueo terapéutico del ganglio de Gasser, o mejor, del plexo triangular retrogassereano de Valentin, son muy pocas. No debe bloquearse, claro está, un paciente con infección de la piel a nivel del sitio de punción, ni con infección general grave tipo piohemia, ni con una aneurisma del sifón, etc. Pero tampoco debe dejar de bloquearse a un sujeto que sufre intensamente so pretexto de que es un tratamiento puramente sintomático y por lo demás; la rizotomía es también un tratamiento sintomático idéntico al del bloqueo sólo que el procedimiento usado es diferente.

Todo enfermo con problemas de este tipo puede ser tratado con bloqueos terapéuticos del Ganglio de Gasser, y esto con ambiciones de "curación social". El Departamento de Bloqueos debe ser muy serio, estar bien dotado, y usar de rutina los Rayos X como control técnico de la posición de las agujas. El concepto de curación puede ser planteado desde un punto de vista de índole o actividad social y verificado periódicamente por el control de los pacientes.

## R E S U M E N

Se presenta la experiencia de nueve (9) años con el bloqueo del ganglio de Gasser en las neuralgias del V par. Se comenta la técnica habitualmente usada que es la de Hartel, actualizada por Bonica. Se recomienda el uso rutinario de los controles radiográficos, frente y perfil, como corroboración de la correcta colocación de la aguja. Las disestesias no son índice suficiente de un buen paso por el agujero oval. Se presenta una estadística de 206 bloqueos efectuados sobre 43 pacientes: resultados y recomendaciones, bien sea para el uso de algún anestésico local, o del alcohol. Complicaciones.

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

- (1) LYONNET, JULIO H. & SILVA, FERNANDO.: "Neuralgia del Trigémino". Su tratamiento por la neurolisis percutánea transoval del plexo triangular retrogassereano. 1963. Editorial Baraca S.R.L. Pedernera 3253 o Buenos Aires.
- (2) BONICA, JOHN J.: "The Management of Pain". Lea & Febiger - Philadelphia - 1953.
- (3) TESTUT, L.: "Traite D'anatomie Humaine". Octave Doin et Fils, Editeurs. 8, Place de L'Odeon, 8 Paris 1911.
- (4) STOOKEY, BYRON & RNSHOFF, JOSEPH: "Trigeminal Neuralgia". Its History and Treatment. Charles C. Thomas - Publisher, Springfield-Illinois - 1959.
- (5) POTES, JAIME - MORA RUBIO, JOSE - VERGARA, IGNACIO: "Neuroanatomía Básica". Imprenta de la Universidad Nacional. Bogotá - Colombia - 1963.
- (6) PIZZOLATO, PHILIP & MANNHEIMER, WALTER: "Histopathologic Effects of Local Anesthetic Drugs". Charles C. Thomas - Publisher - Springfield - Illinois, 1961.
- (7) LUCCA E., R. J.: "Bloqueo del Ganglio de Gasser". (siete años de experiencia). Tribuna Médica - Venezuela Año 1 - Vol. 1 - Octubre 21 de 1963.
- (8) LUCCA E., R. J.: "Bloqueo del Ganglio de Gasser". Anestesiología. Vol. 1 No. 1. 1962. Caracas.

**R. J. Lucca E.**

Caracas, 23 de junio de 1965

# Técnica Nuclear de Venezuela, C. A.

EQUIPOS MEDICOS Y DE LABORATORIO

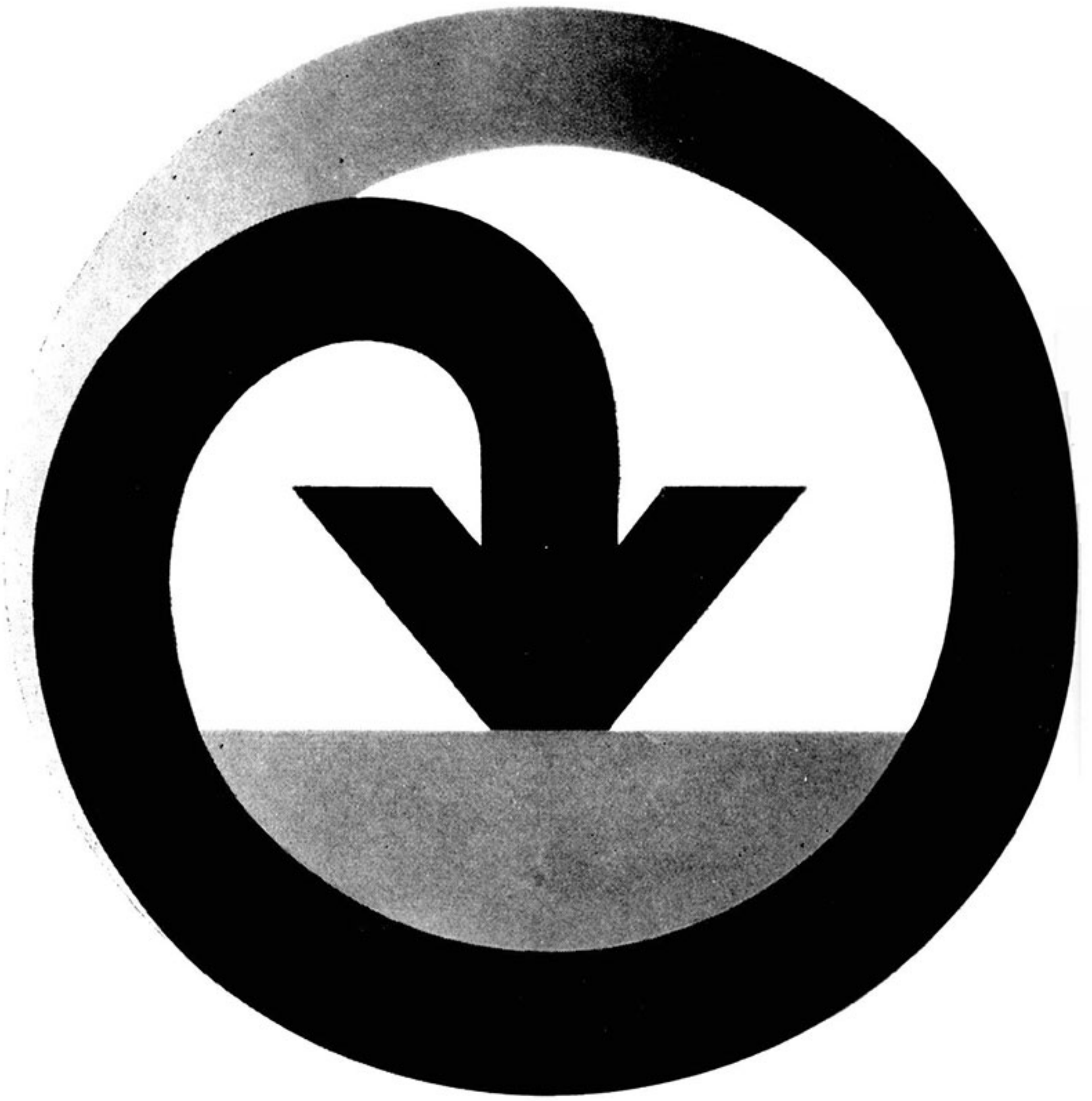
PLAZA MORELOS - EDF. ESSO - 6º PISO

TELEFONO: 54 39 56

D i s t r i b u i d o r e s   E x c l u s i v o s

|                      |  |
|----------------------|--|
| ADVANCED INSTRUMENTS | Fotómetros de llama<br>Osmolímetros electrónicos   |
| BENDER & HOBEIN      | Equipos de electroforesis ELPHOR   |
| DISA ELEKTRONIK      | Electromiógrafos   |
| KAISER               | Electroencefalógrafos  |
| PERKIN ELMER         | Espectrofotómetro en visible y ultravioleta  |
| RADIOMETER           | pH- - metros; Equipo según Astrup para la<br>determinación del equilibrio ácido - básico<br>de la sangre |
| SAUTER               | Balanzas automáticas con lectura digital   |
| SIMONSEN & WEELS     | Electrocardio y encefaloscopio portátil  |
| TEKTRONIX            | Osciloscopios  |

SERVICIO DE MANTENIMIENTO



# Higrotón-Reserpina Antihipertensivo



J. R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)  
Departamento farmacéutico  
Distribuidores exclusivos para Venezuela:  
Farma S.A., Apartado 1548, Caracas

## Geigy

**Neubiión**  
**Combinación de las**  
**vitaminas neurotropas**

**B<sub>1</sub>**  
100 mg.

+

**B<sub>6</sub>**  
100 mg.

**B<sub>12</sub>**  
1000 mcg.

**Neuritis**  
**Neuralgias**

# NEUBIION

# NEUBION

Combinación vitamínica neurotrópa

1 ampolla contiene:

Vitamina B<sub>1</sub> 100 mg.

Vitamina B<sub>6</sub> 100 mg.

Vitamina B<sub>12</sub> 1000 mcg.

**Neubiön** posee una acción muy intensa sobre el metabolismo neuronal y un pronunciado efecto analgésico.

Está indicado en el tratamiento parenteral, sintomático y causal, de neuritis, neuralgias, herpes zóster, paresia facial, síndrome hombro-mano, migraña, etc.

Presentación: Ampollas · Caja de 3



D A R M S T A D T  
A L E M A N I A

10/763.20/764

NUEVO TRATAMIENTO DE LOS GASES ABDOMINALES EN PEDIATRIA

# **Pexilan Infantil**

**POLVO**

**Antiespumante - Gelificante - Protector de la Mucosa Digestiva**

Una medida rasa suministra 0,50 de polvo, equivalente a:

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Dimetilpolisiloxano .....             | 50 mg.  |
| Harina de semillas de algarrobo ..... | 200 mg. |
| Edulcorante .....                     | 250 mg. |

**Muestras y Literatura a la orden de los Señores Médicos**

**LABORATORIOS PHYSIA S. A.**

**Edificio Pauly - Ave. Baralt, Esq. Qta. Crespo**

**C a r a c a s**

CUANDO SE REQUIERE  
UNA RESPUESTA...

... A LA TERAPEUTICA  
CORTICOSTEROIDE

# Decadron\*

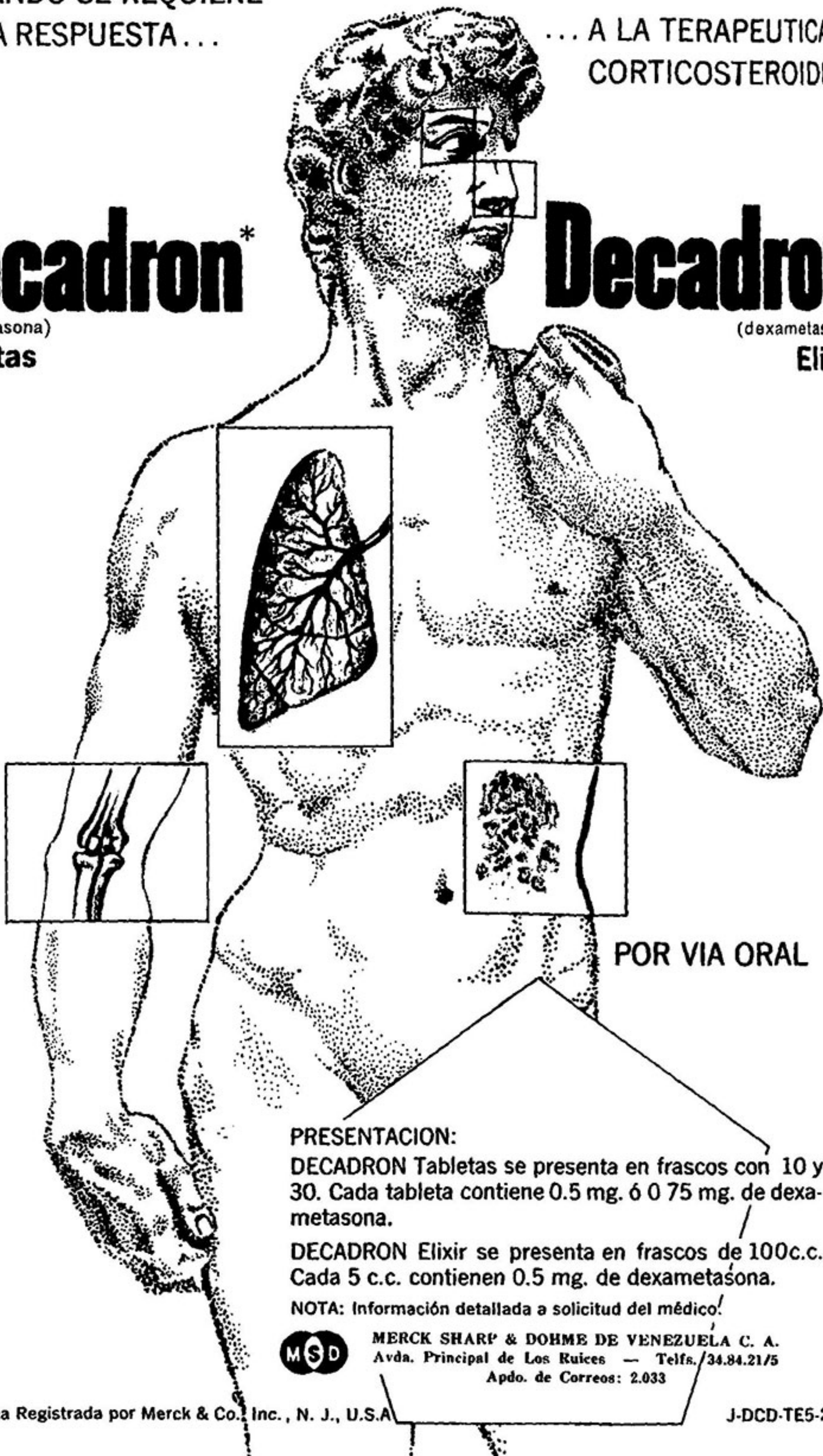
(dexametasona)

Tabletas

# Decadron

(dexametasona)

Elixir



POR VIA ORAL

**PRESENTACION:**

DECADRON Tabletas se presenta en frascos con 10 y 30. Cada tableta contiene 0.5 mg. ó 0.75 mg. de dexametasona.

DECADRON Elixir se presenta en frascos de 100c.c. Cada 5 c.c. contienen 0.5 mg. de dexametasona.

NOTA: Información detallada a solicitud del médico!



MERCK SHARP & DOHME DE VENEZUELA C. A.  
Avda. Principal de Los Ruices — Telfs./34.84.21/5  
Apdo. de Correos: 2.033

# Algunas Consideraciones sobre Embarazo Ectópico como Afección Ginecológica de Urgencia

**DR. ADAN HERMOSO CENTENO**

Jefe de Servicio de Cirugía No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.

**DR. FERNANDO RODRIGUEZ MONTALVO**

Residente del Instituto Oncológico Luis Razzetti

**DR. MANUEL J. PENSO T.**

Interno del Servicio No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.

## EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO

La primera causa de error para diagnosticar un embarazo ectópico es esperar la amenorrea.

La segunda causa es creer que los dolores son cólicos.

Datos funcionales: Antecedentes: { Ectópico anterior 10%  
Infección anexial  
Esterilidad  
Curetaje

### Síntomas funcionales:

A. Irregularidad menstrual (3 últimos meses)

B. Dolores

A. 1. Modificación en el tiempo { Adelanto ligero  
Corto retraso

2. Modificación en la calidad { Sangre negruzca  
achocolatada  
café  
serosa  
clara

3. Modificaciones en la cantidad { Reglas cortas  
Reglas abundantes  
hemorragias

B. No hay que insistir en esperar el dolor intenso como signo patognomónico de embarazo ectópico.

El dolor es un síntoma casi constante. Es variable en su aparición, intensidad y modalidad. Por regla general se sitúa en la pelvis y frecuentemente se irradia al recto y en ocasiones al hombro derecho, izquierdo o ambos. Rara vez hay los intensos dolores típicos del llamado cólico tubárico que se caracteriza por su aparición brusca, su breve duración y su repetición frecuente. A veces la paciente acusa una pesadez o un dolor fijo en un determinado punto de la porción lateral inferior del abdomen:

**Exámen:** Hacer el examen con suavidad para no producir rupturas.

**Estado general:** no alterado.

**Abdómen:** El examen del abdomen no da nada. Discreto dolor a la palpación. Hay que hacer el tacto vaginal, combinado a la palpación abdominal hipogástrica e ilíaca.

**Cuello:** Un poco reblandecido; algunas veces grueso y entreabierto, alto y un poco lateral.

**Cuerpo:** En anteflexión un poco reblandecido y un poco grueso. En los ectópicos de varias semanas de evolución puede estar pequeño.

**Fondos de saco:** Masa palpable 40 — 60%. Buscar la masa anexial la cual puede

ser — { dura  
renitente  
dolorosa  
redonda  
alargada

Dolor en fondos de saco: **Específico.**

**Examen de laboratorio:** Poco valor.

- Otras exploraciones:**
- Galli-mainini
  - Estudio del endometrio
  - Diagnóstico hormonal
  - Celioscopia

**Diagnóstico diferencial del Embarazo Ectópico No Roto.**

- Aborto
- Fibroma
- Gestación Angular { Embarazo en el cuerno de un útero normal.  
Embarazo tubárico ístmico o intersticial.

- Útero grávido en retroversión.
- Después del 5º mes con embarazo normal: Para no confundirse será necesario investigar la percepción de las contracciones. Si no se sienten, desconfiar de un embarazo ectópico y procurar percibir por la palpación el cuerpo del útero vacío, pero aumentado de volumen como si fuera grávido de 2-3 meses.
- Con embarazo normal en útero doble.

### Complicaciones de Embarazo Ectópico

#### A. Ruptura.

- |                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 1. Cataclísmica            | } | Shock.<br>Dolor brusco en hipogástrico irradiado al hombro.<br>Abdomen doloroso a la palpación sin defensa. Matidez, en los flancos.<br>Hiperestesia cutánea — timpanismo.<br>Tacto: Cuello blando. Cuerpo aumentado de tamaño pero difícil de apreciar, doloroso a la movilización.<br>Douglas muy aumentado, doloroso. Douglas renitente, pastoso. Punción del Douglas positiva. |
| 2 En dos tiempos.          |   | Crisis dolorosa inicial seguida de acalmia, después de un intervalo libre aparece el síncope de inundación cataclísmica.   |
| 3 Ruptura en tres tiempos. |   |  |

- B. Hematocele. Se llama así al enquistamiento de sangre derramada después que una hemorragia se ha cohibido espontáneamente. También es debido a un aborto tubárico.

#### Clínica:

##### Síntomas.

1. Evolución de 2-3 meses en una paciente con trastornos menstruales.
2. Síncopes con dolor brusco en abdomen. Síncopes repetidos de corta duración.
3. Molestias al caminar, molestias al orinar.
4. Obstrucción intestinal, trastornos vesicales o rectales debido a la compresión y a la irritación.

#### Examen Físico:

##### Abdomen.

Poco distendido.  
Resistencia en las fosas ilíacas o en el hipogastrio.  
Discreto dolor a la palpación.

#### Examen Ginecológico:

El cuerpo uterino y el cuello son empujados hacia adelante.  
El cuerpo uterino puede ser difícil de palpar en algunas ocasiones.

Otras veces se encuentra pegado a la pared abdominal anterior justo encima del pubis.

En el fondo de saco posterior se encuentra un enorme empastamiento, sin límites precisos, de consistencia acartonado y de resistencia irregular.

Se aprecia un sangramiento de color sepia.

### **Evolución del Hematocele.**

1. Reabsorción.
2. Aumento de tamaño.
3. Supuración.
4. Abrirse en un órgano vecino.
5. Complicarse de peritonitis difusa.

### **Formas Clínicas del Embarazo Ectópico Roto.**

- |                        |   |                     |
|------------------------|---|---------------------|
| 1. Formas graves       | { | Tipo peritonitis    |
|                        |   | Tipo oclusiva       |
| 2. Formas menos graves | { | Tipo apendicular    |
|                        |   | Tipo falso embarazo |
|                        |   | Tipo salpingitis    |

#### **1. Diagnóstico de la forma pseudo Peritonitis.**

1. Dolores de aparición brusca, difusos.
2. Temperatura 39°.
3. Vómitos.
4. No expulsión de gases.
5. Contractura.
6. Hiperestesia cutánea.

Este cuadro se confunde con la peritonitis por perforación o la pelviperitonitis.

La confusión con la peritonitis puede ser esclarecida en el acto operatorio, el error grave es con la pelviperitonitis, pues la conducta será el reposo, los antibióticos y la paciente puede morir por la hemorragia interna. Otro error es confundirlo con un absceso del Douglas por palpar una masa en el fondo de saco posterior, o porque la paciente refiere trastornos pélvicos de compresión; entonces se practica la colpotomía posterior, para drenar el absceso del Douglas diagnosticando erróneamente, llevando la paciente en final fatal si no se hace la laparotomía urgente.

El signo diferencial en este diagnóstico entre peritonitis por perforación y embarazo ectópico roto forma pseudo peritonitis es la contractura. En la primera hay un verdadero abdomen en tabla mientras que en el segundo no existe el abdomen de madera sino una contractura insignificante.

#### **2. Forma Pseudo Oclusiva.**

1. No hay signos de anemia.
2. Dolores.

3. No hay expulsión de gases.
4. Vómitos.
5. Timpanismo periumbilical.
6. Distensión de asas intestinales.

Según Pinard, la comprobación de signos de oclusión al comienzo de un embarazo, hará que uno piense en embarazo ectópico. Se debe más a ileo paralítico que a ileo por estrangulación. Hay que asegurarse que los dolores no son crisis de contracción intestinal, que los vómitos no son fecaloideos y que el Douglas está distendido y doloroso.

Las formas oclusivas son frecuentes sobre todo en los diagnósticos retardados de hematoceles antiguos debido a las aglutinaciones, angulaciones y las acodaduras de asas delgadas.

**: Forma Pseudo Gravídica.**

El diagnóstico es muy difícil pues ocurre que en el curso del embarazo un cuerpo amarillo puede transformarse en quiste dando una masa o una tumefacción anexial temporal algunas veces considerable.

El error es posible con:

1. Utero en retroflexión
2. Utero en lateroflexión
3. Embarazo ístmico
- Embarazo intersticial
- Embarazo angular

El diagnóstico con embarazo angular se hace por:

- a. Localización de la tumefacción y del ligamento redondo con respecto al útero.
  1. Si la tumefacción está anterior y lateral = Embarazo angular.
  2. Si la tumefacción está posterior y lateral = Embarazo tubárico.
  3. Cuando el ligamento redondo está por afuera de la tumefacción = Embarazo angular.
  4. Cuando el ligamento está por dentro de la tumefacción = Embarazo tubárico.
- b. Cambios de consistencia de la tumefacción.
  1. El embarazo tubárico aumenta de volumen entre exámenes repetidos y su consistencia es blanda.
  2. El embarazo angular disminuye de volumen, desaparece la asimetría del útero y su consistencia tiene alternativas de endurecimiento y reblandecimiento.

El diagnóstico con embarazo intersticial es muy difícil:

- |   |  |
|---|--|
| { | Si el tumor es retro uterino es un embarazo tubárico.  |
| { | Si el tumor es preuterino es un embarazo intersticial. |

En cuanto a la consistencia los dos son blandos. Otro diagnóstico difícil de hacer es el embarazo ectópico con un fibroma del cuerno uterino.

#### 4. Forma Pseudo Abortiva.

Hay dos clases de abortos

- 1. Aborto Uterino.
- 2. Aborto tuboabdominal.

En presencia de todo aborto, el primer cuidado es descartar el aborto tubárico. Toda mujer presentando el cuadro clínico de un aborto debe ser examinada con la idea que puede ser un embarazo ectópico, sobre todo si los dolores son de localización lateral y no son de localización mediana.

El estudio clínico debe ser más minucioso cuando se palpa una masa parauterina; pues ésta puede ser una salpingitis, la cual podrá transformarse en pio-salpinx por el curetaje, o ser un ectópico el cual podría romperse por la misma maniobra. La punción del Douglas es útil para aclarar el diagnóstico.

#### 5. Forma Pseudo Salpingitis.

El embarazo ectópico puede confundirse con salpingitis de paredes gruesas. El diagnóstico se hace difícil cuando el hematocele presenta localizaciones anormales ya que éste puede ser:

Antero-uterino

Meso-celíaco

Sub-peritoneal

En el ligamento ancho

Pelviparietocólico izquierdo, derecho o bilateral.

También se hace difícil con respecto a los síntomas o a la evolución anatómica anómala: así encontramos tenesmo rectal, síntomas vesicales, fistulización rectal o vesical. La colpotomía no está indicada para defender el diagnóstico diferencial ya que puede producirse hemorragias graves por ruptura del hematocele.

El signo de Hard puede servir para el diagnóstico diferencial:

Cuando en una afección reciente de comienzo brusco, con evolución de 15 días, se duda entre el diagnóstico de hematocele, o el de una anexitis o apendicitis y se comprueba en días siguientes una tumoración sub-umbilical unilateral, no hay que dudar en el diagnóstico de hematocele. Desde el punto de vista de temperatura y leucocitosis tenemos el siguiente esquema:

|                   |   |                                    |
|-------------------|---|------------------------------------|
| Embarazo ectópico | { | Temperatura moderada               |
|                   |   | Leucocitosis oscilante             |
| Salpingitis aguda | { | Temperatura oscilante              |
|                   |   | Leucocitosis uniformemente elevada |

En cuanto al signo del Douglas, encontramos depresión y dolor vivo asociados lo que va en favor del ectópico y en contra de la salpingitis, aunque en la pelviperitonitis tenemos dolor exquisito al tacto del Douglas; por lo tanto

no nos da un gran aporte para el diagnóstico diferencial. De todas maneras puede usarse la punción del Douglas para dicho diagnóstico.

#### b. Formas Pseudo Apendicular.

En favor del ectópico hay que buscar:

1. Signos de anemia (fascies, pulso, tendencia al vértigo y síncope).
2. Signos respiratorios (respiración rápida y superficial).
3. Los trastornos vesiculares y rectales son más netos y más frecuentes que en una apendicitis de comienzo.
4. El diagnóstico difícil es entre apendicitis aguda y embarazo ovárico. El diagnóstico se hace en la mesa de operaciones aunque la punción del Douglas es muy útil.
5. En el embarazo ectópico hay aceleración de la velocidad de sedimentación debido a la reabsorción de la sangre.

#### Conducta a seguir en el Embarazo Ectópico.

##### A. No Roto:

Salpingectomía u Oosforectomía unilateral, según la localización.

##### B. Roto:

Anestesia: Eter puro.

Incisión: Laparotomía media suprapúbica.

Éstas son las formas anatómicas del embarazo ectópico roto con las indicaciones de técnica operatoria correspondiente:

1. **Forma angular rota** — Salpingectomía completa.
2. **Forma Salpingoovárica unilateral:** Oosforosalpingectomía.
3. **Forma aborto tubárico:** La liberación de la trompa con conservación de la misma exponen a hemorragias secundarias y está indicado si el anexo opuesto ha sido extirpado en una operación anterior.
4. **Forma Intersticial:** Extirpación cuneiforme del cuerpo uterino con Salpingectomía y sutura en dos planos.
5. **Forma Hematocele roto:** Liberación de las adherencias. Para evitar las lesiones del sigmoides, hay que liberar empezando por el fondo del útero, bajar al Douglas y hacer una salpingectomía retrógrada.
6. **Forma aborto provocado:** Hay que practicar la salpingectomía y hacer la histerectomía si hay lesiones uterinas extendidas e irremediables del tipo infarto y colocar un drenaje de Mickulicez.

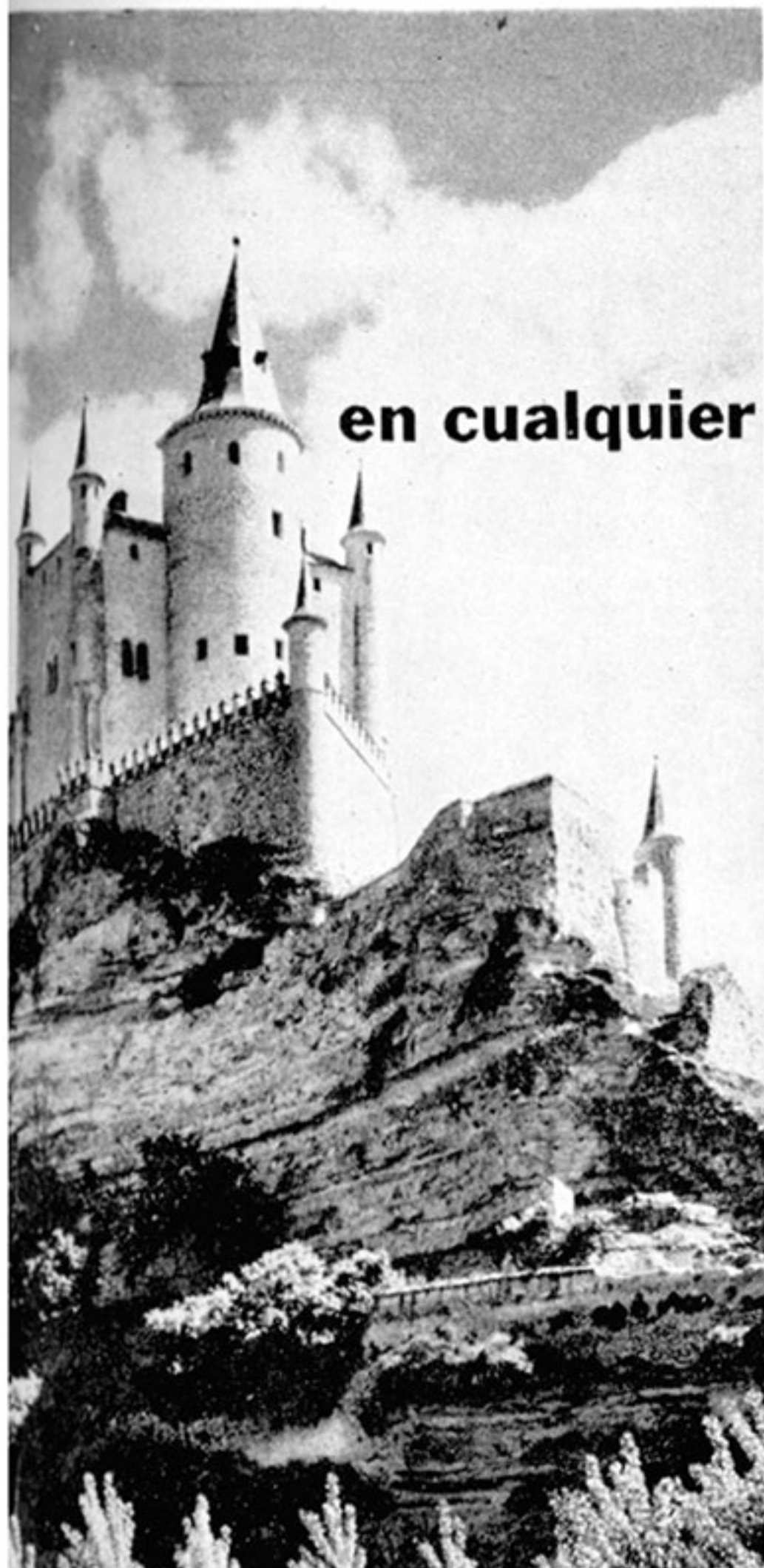
Hay que completar la intervención con una buena peritonización y una plicatura de los ligamentos redondos para evitar la retroversión. No es necesario evacuar toda la sangre del abdomen; solamente los grandes coágulos. El riesgo de infección por la apendicectomía es muy alto por tal motivo no debe practicarse nunca. Cierre de la pared por planos o en un plano según el estado de la paciente. Drenar solamente en las formas aborto provocado.

## Conducta a seguir en Hemorragias Intraperitoneales de Origen Uterino u Ovárico.

- A. Si se trata de una adolescente, el diagnóstico se hace de apendicitis aguda. Se procede a la incisión de Mc-Burney. Al comprobar el hemoperitoneo podremos tratar la lesión por esa incisión si es el ovario derecho, pero si la lesión es en el ovario izquierdo hay que practicar una laparotomía mediana.
- B. Si se trata de una mujer joven, el diagnóstico se hará con el embarazo ectópico roto. En el curso de la operación habrá que hacer el diagnóstico diferencial entre el quiste de ovario folicular, quiste del cuerpo amarillo y el embarazo ectópico ovárico y de la endometriosis del ovario. No siempre es necesario hacer la ooforectomía en estos casos, pues a menudo se puede enuclear el quiste que sangra y hacer una operación conservadora. Cuando se trata de una endometriosis del ovario se practica la ooforectomía. Cuando de hemorragia intraperitoneal por ruptura vascular en la superficie de un fibroma uterino, la conducta es practicar una histerectomía.

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

1. -BROCQ, P.: Traite des urgences en chirurgie. Toray Mason S. A. Vol. 2. 1956.
- 2.—CLAVEL, CH.: Strategie et Tactique en Chirurgie abdominale. D'Urgence Toray Mason S. A. 1955.
- 3.—DOMENECH, A.: Diagnóstico y terapéutica quirúrgica de urgencia. 2º E. Salvat 1951.
- 4.—MONDOR, H.: Diagnostic urgent Toray Mason 8º E. 1960.
- 5.—SPIVACK, J. L.: Cirugía de urgencia. Editorial Hispanoamericana. Vol. 1. 1948.



en cualquier visita a domicilio



# LEDERMICINA<sup>®</sup>

DEMÉTILCLORTETRACICLINA LEDERLE

## asegura óptimo tratamiento antibiótico

Concentraciones antimicrobianas más elevadas... hasta 3,5 veces más activas que otras tetraciclinas<sup>†</sup> □ Dosis, en miligramos, más bajas... sólo el 60 por ciento de las dosis de tetraciclina □ Actividad más duradera... hasta 48 horas después de la última dosis □ En las infecciones comunes proporciona una "medida extra" de actividad antibiótica de amplio espectro □ Para adultos: Cápsulas, 150 mg. Para niños: Gotas Pediátricas aromatizadas, 60 mg/cm<sup>3</sup>. (3 mg/gota) y Jarabe aromatizado, 75 mg/cda. de 5 cm<sup>3</sup>. <sup>†</sup>Sweeney, W. M., y col.: Amer. J. Med. Sci. 243:296-308 (marzo) 1962.

\*Marca de fábrica



LEDERLE LABORATORIES, A DIVISION OF CYANAMID INTER-AMERICAN CORPORATION

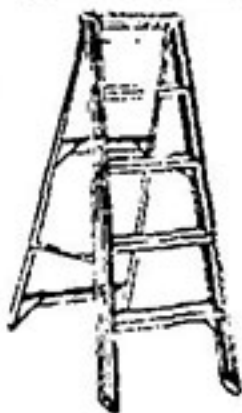


Distribuido por

**CYANAMID DE VENEZUELA, C. A.**

Edificio Principal, N° 1 - Avda. Principal - Los Ruices  
Apartado del Este N° 11.391 - Teléfono 34.35.18 y 19  
CARACAS - VENEZUELA

# ESCALERAS



desde 1 hasta 15 metros de altura, de aluminio magnesio, acero, madera; para recostar de tijera y de doble y triple extensión y la especial para varios usos. Tenemos la

escalera necesaria para cada industria o negocio, y las garruchas correderas para escaleras, para su mayor comodidad y máxima seguridad. También ofrecemos SEÑORITAS, WINCHES, PULLIFTS, de todas las capacidades con sus accesorios y cadenas.

PRECIOS INCOMPETIBLES

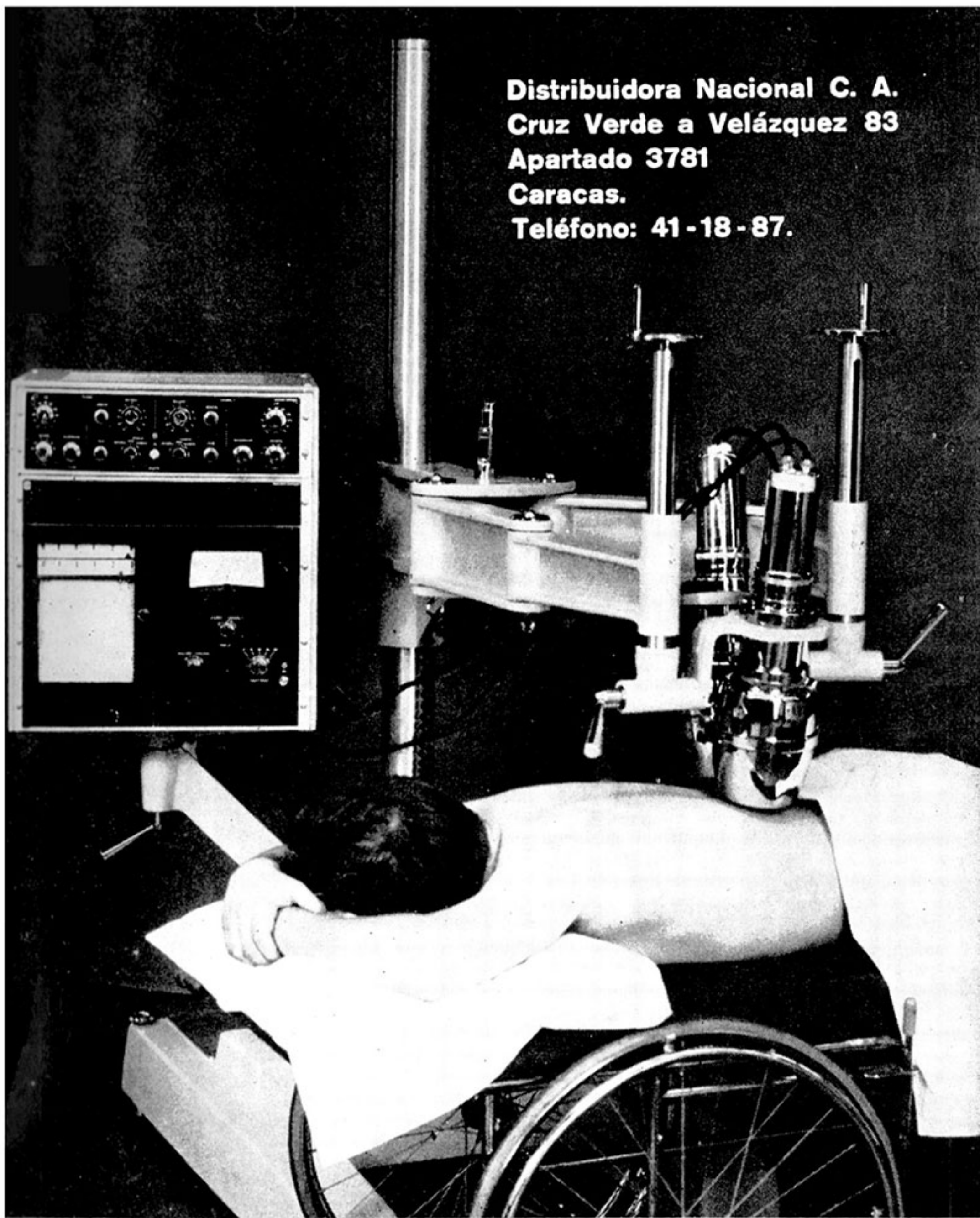
**A. García S. & Cía. Sucs. C. A.**

Cipreses a Hoyo 105. Telfs. 41-83-15

(3 líneas), 41-36-03 - 41-66-65.



**Distribuidora Nacional C. A.  
Cruz Verde a Velázquez 83  
Apartado 3781  
Caracas.  
Teléfono: 41-18-87.**



Modelo 4130 Renaltron IV de Nuclear Chicago, es el equipo más completo y práctico para el estudio de la función renal mediante el uso de Radioisótopos.  
(Test de Winter)

# SULFOBARINA (ORAL)

Lata de 150 grs.



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

CARACAS

NUEVA PRESENTACION

# SILICON LIQUIDO

PARA

LACTANTES

NIÑOS y

ADULTOS

# SILICON

COMPRIMIDOS *Adultos*

NUEVO ANTIFLATULENTO A BASE DE METILPOLISILOXANO

---

**LABORATORIOS ANDROMACO**

URBANIZACION INDUSTRIAL SAN MARTIN  
AVENIDA "B" — ESQUINA AVENIDA "D"

TELEFONO 41.48.49 - 41.27.11 - 41.27.12

# NCG

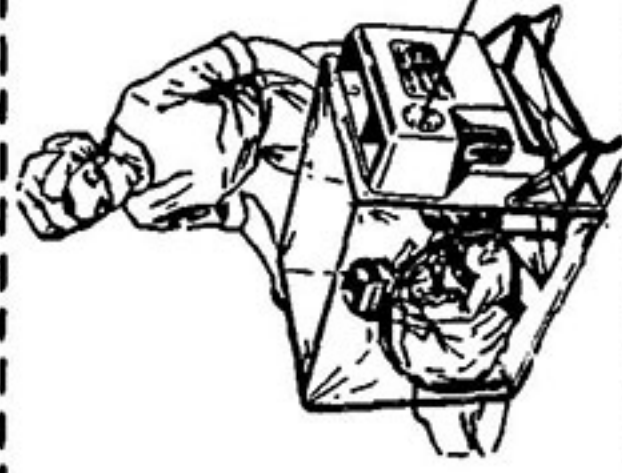
## TODA CLASE DE EQUIPOS PARA OXIGENOTERAPIA

### 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.

GI-12

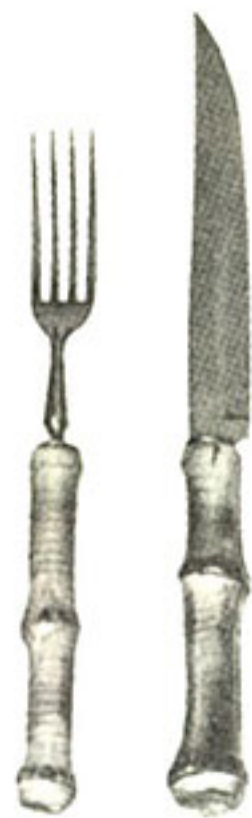
# GIN

Servicios Medicinales

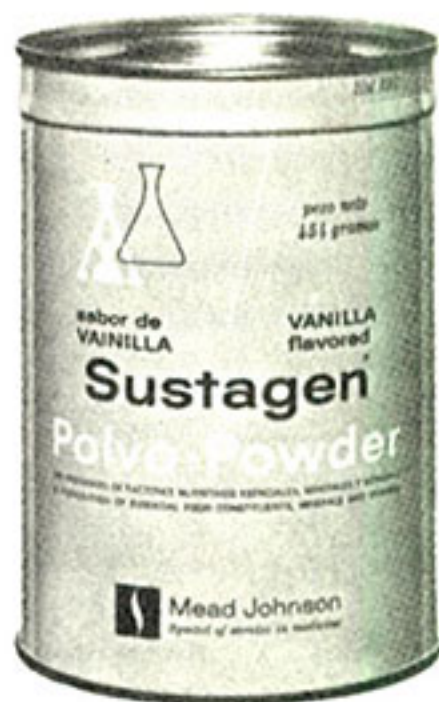
C.A. GASES INDUSTRIALES  
DE VENEZUELA

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

Si su  
paciente  
no puede  
(o no  
quiere)  
comer esto...



Puede  
usted  
prescribirle  
esto



(Sabor delicioso)

Sustagen, en la dilución normal recomendada, es una combinación cuidadosamente controlada de proteínas, hidratos de carbono y grasa, además de minerales y vitaminas esenciales.

Como protección nutritiva y sostenimiento terapéutico, o para fortalecer la dieta normal cuando se requiera... Sustagen\*

**En los melindrosos** Sustagen provee un alimento completo en forma de líquido concentrado de rico sabor para los niños y adultos cuyos hábitos alimenticios causan que coman poco o mal.

**Durante la convalecencia** Uno o dos vasos diarios de Sustagen proveerán los elementos nutritivos necesarios para acelerar el proceso de recuperación en muchas enfermedades.

**En la úlcera péptica** Sustagen contribuye a neutralizar el exceso de ácido, y así ayuda sistemáticamente a la ci-

catrización de la úlcera y al restablecimiento del paciente a un estado de nutrición óptima.

**En dietas especiales** Sustagen, por su bajo contenido de grasa, sodio y residuos, se adapta con facilidad a la preparación de la mayor parte de dietas especiales.

**Para el paciente geriátrico** Sustagen, en forma líquida fácil de tomar y con agradable sabor, provee cantidades substanciales de proteínas que a menudo faltan en las dietas de estos pa-

cientes, quienes frecuentemente tienen dificultad para masticar alimentos ricos en proteínas.

**Para aumentar de peso** Tres vasos de ocho onzas (237 mililitros) del sabroso Sustagen, tomados dos entre comidas y otro al acostarse, proporcionan 1.170 calorías adicionales.

 **Mead Johnson**  
*Símbolo de servicio en medicina*

MEAD JOHNSON INTERNATIONAL LTD - CARACAS, VENEZUELA

\* MARCA DE FÁBRICA

*para controlar, estabilizar o prevenir/  
la recurrencia de*

**disfunciones gastrointestinales intensificadas  
por estados de ansiedad crónica**

# Paxatrina®

(Meprobamato + Homatropina, Mead Johnson)

terapia anticolinérgica  
reforzada con un efecto  
tranquilizante recíproco

- El espasmolítico combinado con un tranquilizante de elección.
- Control efectivo de la hipermotilidad, hipersecreción y espasmos gastrointestinales sin los efectos secundarios de la atropina.
- Reduce la ansiedad a menudo asociada con la perpetuación de las difusiones gastrointestinales.
- Extiende el campo de acción para el control de los trastornos orgánicos y funcionales del tracto gastrointestinal, cuando ellos se acompañan de ansiedad, neurosis o tensión.

## *Indicaciones:*

Úlcera duodenal • Úlcera gástrica • Colon espástico irritable • Cardioespasmo • Ileítis • Hipermotilidad gástrica • Síntomas gastrointestinales de naturaleza variada y de etiología psicogénica.

Paxatrina se expende en frascos de 24 tabletas. Cada tableta contiene 400 mg. de Paxate (meprobamato, Mead Johnson) y 2.5 mg. de homatropina.

Al igual que en el caso de todas las demás combinaciones anticolinérgicas, Paxatrina está contraindicada en la hipertrofia prostática y en el glaucoma.



**Mead Johnson**  
*Símbolo de servicio en medicina*

MEAD JOHNSON INTERNATIONAL, LTD. - CARACAS, VENEZUELA

# Tensoplast

*sus usos en la*

## **CIRUIGIA MODERNA**



# *La Evolucion de los Vendajes*



**E**L progreso y desarrollo de la medicina y de la cirugía por todas las edades ha sido influenciado, en gran parte, por las creencias religiosas, pero paradójicamente cada guerra ha aumentado tanto el número de víctimas y la gravedad de las heridas, que el hombre ha estado constantemente buscando nuevos métodos de tratamiento. En el año 606 antes de Jesucristo, los médicos del Segundo Imperio de Babilonia estaban convencidos de que la enfermedad y la muerte eran debidas a la acción de los diablos. A pesar de su teoría parece que practicaron la medicina: que esponjearon y curaron las heridas y también que utilizaron vendajes.

Los antiguos egipcios conocían algo sobre los vendajes, que utilizaban con especial habilidad en sus procedimientos de embalsamar—empleando en algunos casos muchos centenares de metros de tela para dicha finalidad.

Toda esperanza de vida eterna, al parecer dependía, según los egipcios, de la conservación del cuerpo, pues el alma no podía vivir sin el mismo. Fué este razonamiento el que hizo que buscasen métodos para conservar el cuerpo.

Los egipcios utilizaron vendas medicamentadas para el tratamiento de las heridas y según parece dichas vendas consistían en tela de hilo saturada con un unguento de miel de abeja y de grasa.

En la medicina griega, la literatura hipocrática contiene muchas referencias al uso de vendajes e instrucciones sobre su aplicación. En la época de los romanos, unos 70 años antes de Jesucristo, parece que los soldados de César recibían instrucción sobre el uso de vendajes. Posiblemente llevaban algunos como parte de su equipo personal. Se cuenta en las crónicas que un grupo de soldados, que no deseaban servir a las ordenes de un jefe que no era popular, se vendaron varias partes del cuerpo fingiendo que estaban heridos. Así pues, han sido usados vendajes para muchas finalidades desde épocas primitivas y han resultado ser útiles a la humanidad para cada raza y edad. Son muchos los que han inventado vendajes que recibieron su nombre según el de sus descubridores, y, aunque algunos han retenido su puesto en la medicina, la mayoría ha sido substituida por otros más modernos. En el capítulo que sigue se indica algo acerca de un vendaje que fué ideado en años recientes.



# El "Tensoplast"

## —vendaje moderno

EL vendaje Tensoplast fué presentado por primera vez en 1929. Era el vendaje adhesivo, elástico, original, en

Inglaterra y sus muchos usos en la cirugía moderna quedaron demostrados rápidamente, siendo la única venda adhesiva que hubo disponible hasta entonces la de la variedad rígida.

La tela está hecha toda de hilo de algodón y tejida en fábricas de propiedad de Smith & Nephew Ltd. Los hilos de la urdimbre están hechos de hilado muy retorcido que dá elasticidad al tejido después de encoger, sin necesidad de tener que incluir en el mismo hilos de caucho.

Es de la mayor importancia la fabricación correcta del tejido, interviniendo en la misma toda la habilidad y experiencia de las industrias de hilado y tejido de algodón.

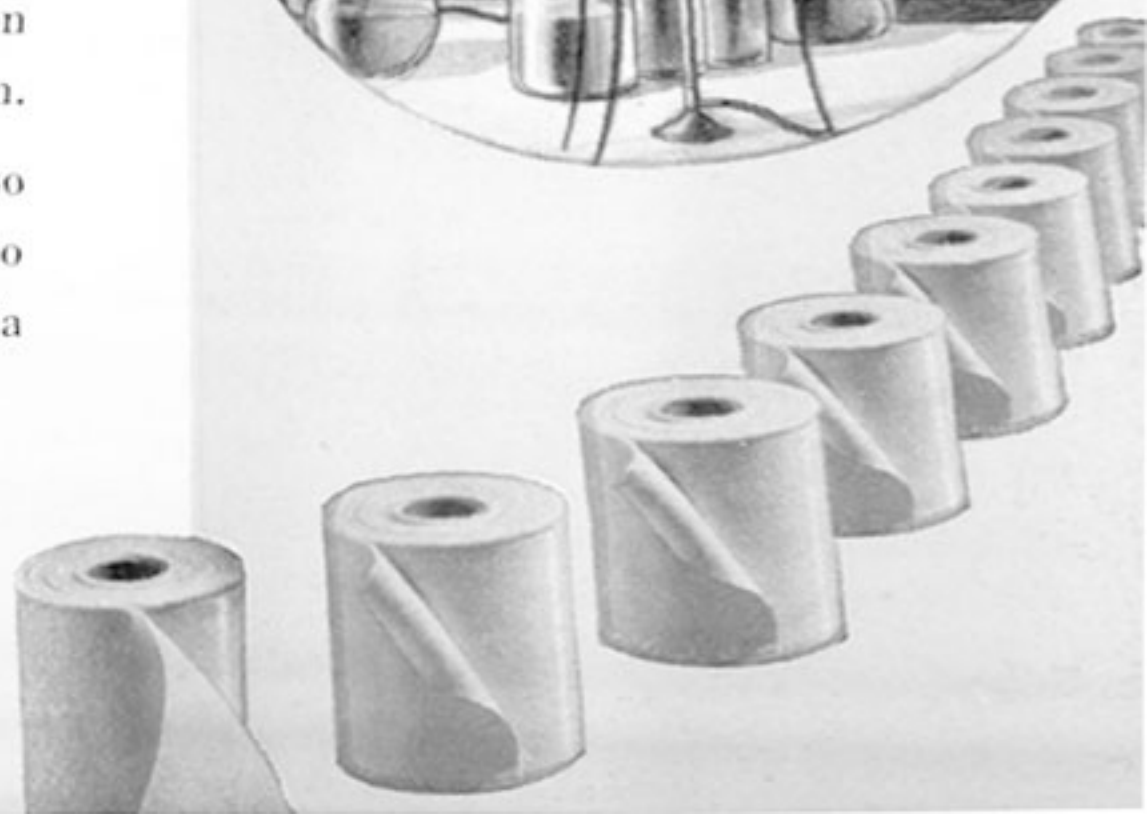
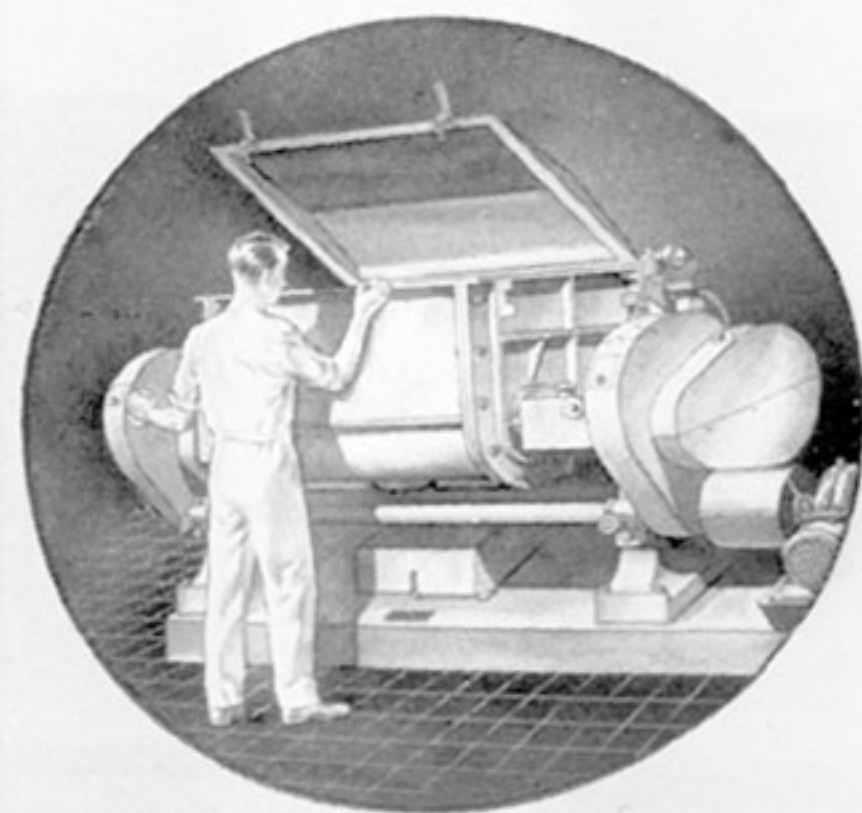
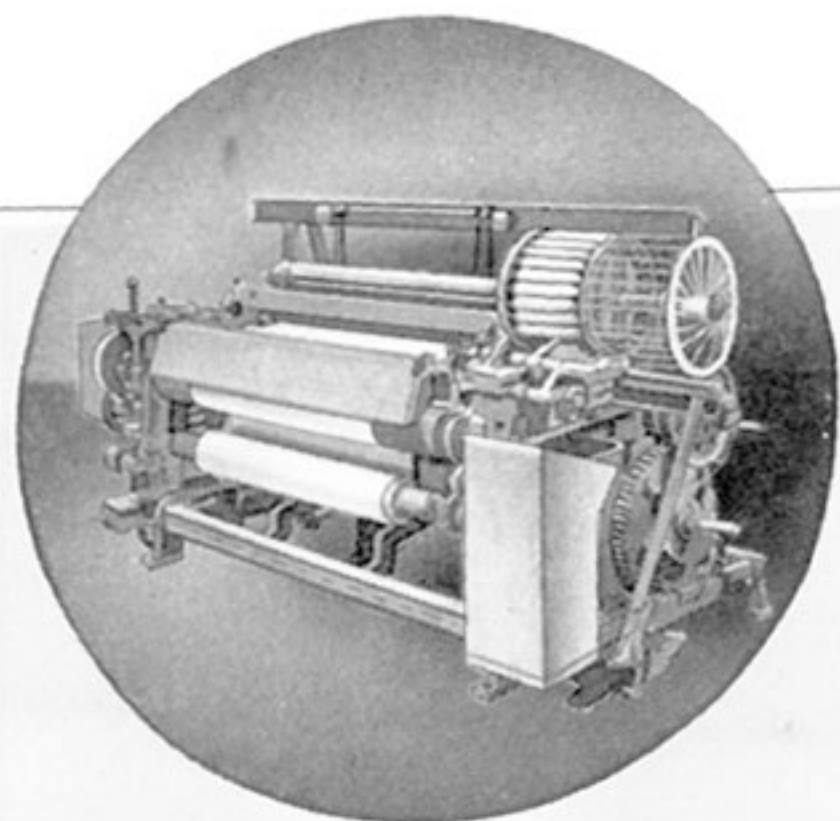
La tela terminada es después enviada desde Lancashire—el centro de la industria del algodón—a Hull, donde es recibida en la fábrica principal. Allí es recubierta con una masa adhesiva de óxido de zinc que contiene materiales de la mejor calidad. Todas las etapas de su fabricación, desde el telar hasta el producto acabado, son constantemente revisadas por el laboratorio, y la única meta de todos los interesados es producir un vendaje que sea inmejorable y que haga honor a su nombre—TENSOPLAST—el vendaje moderno.

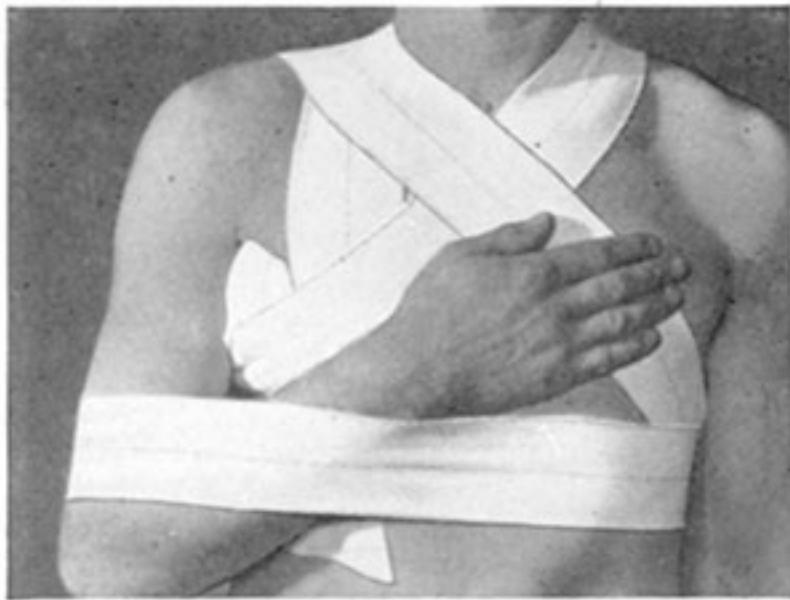
Son tres las formas de Tensoplast que se mencionan en este folleto.

El vendaje Tensoplast—de color crema, de peso medio (con elasticidad a lo largo únicamente). El adhesivo no es extendido hasta los bordes, los que quedan así flojos. Es enrollado con la parte del adhesivo hacia afuera para facilitar su aplicación.

El emplasto Tensoplast—de tejido de color de carne, peso liviano (con elasticidad a lo largo solamente), que tiene extendido el adhesivo hasta los bordes. Enrollado con el adhesivo hacia adentro.

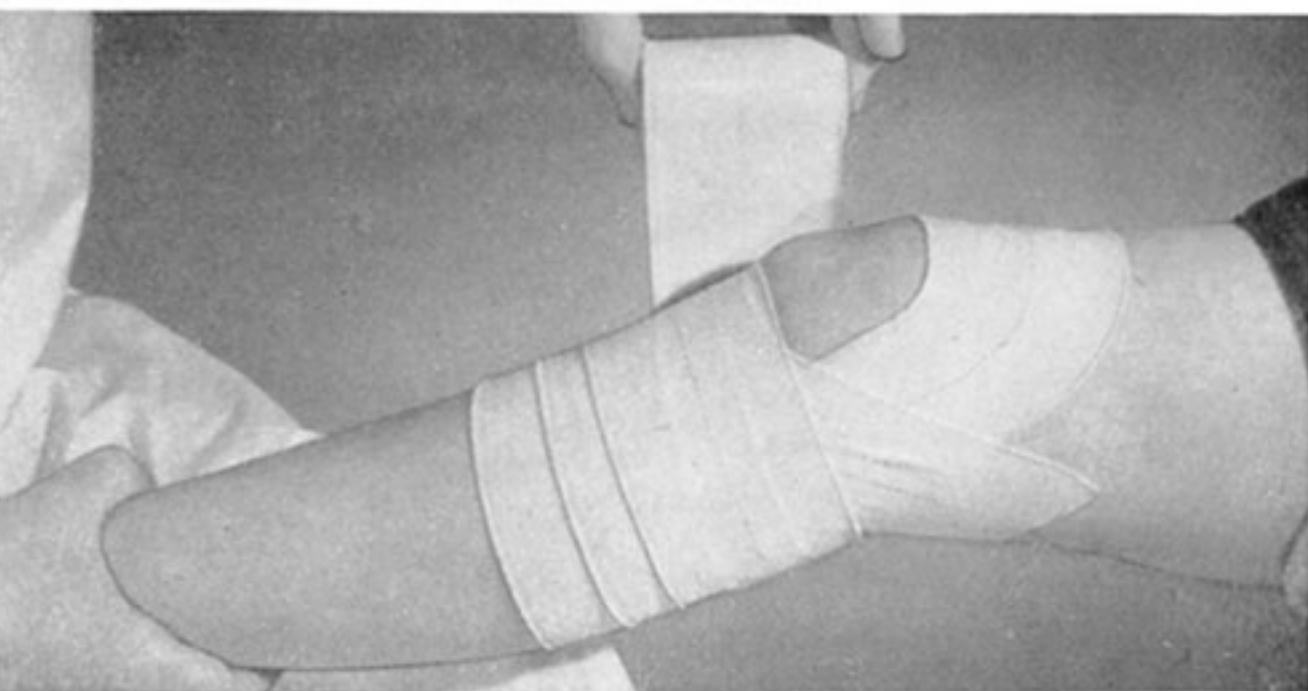
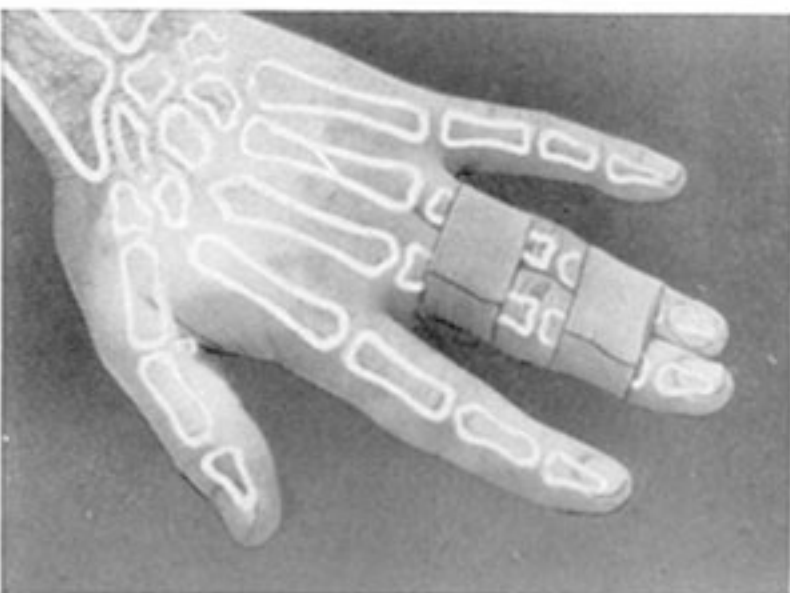
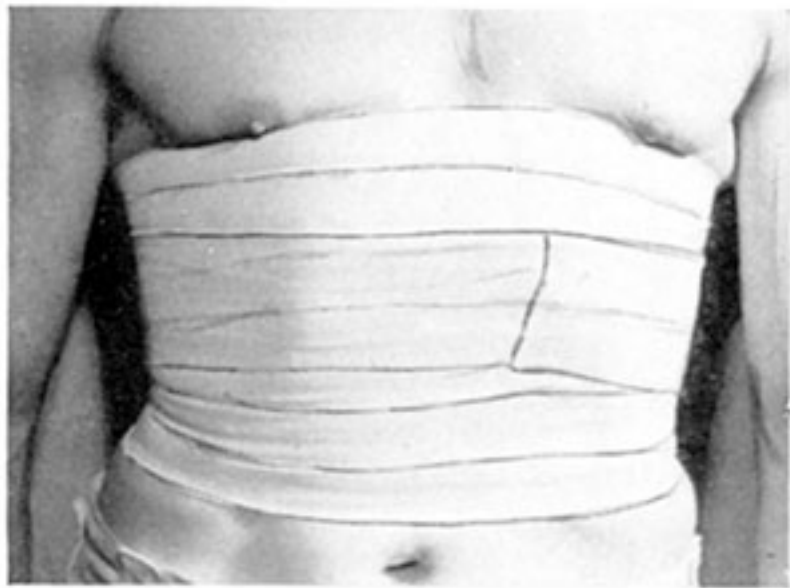
El emplasto transversal Tensoplast—de tejido color de carne, de peso extra liviano (con elasticidad transversal solamente), que tiene el adhesivo extendido hasta los bordes. Enrollado con el adhesivo hacia afuera.





# El "Tensoplast"

en el tratamiento de fracturas



EL Tensoplast puede ser usado para entablillados ligeros en las fracturas que no requieran inmovilización o enyesado. Se aplica fácilmente, pudiendo ser moldeado a los contornos de los miembros; no se desplaza durante su uso y no hay que retirarlo para exámenes con rayos X. Un método sencillo para mantener la reducción de una clavícula fracturada es el que se indica en la foto de arriba. Este método de vendaje impide que el fragmento exterior se desplace hacia adelante, y cualquiera superposición queda corregida con la acción de palanca del brazo sobre la almohadilla colocada en el sobaco.

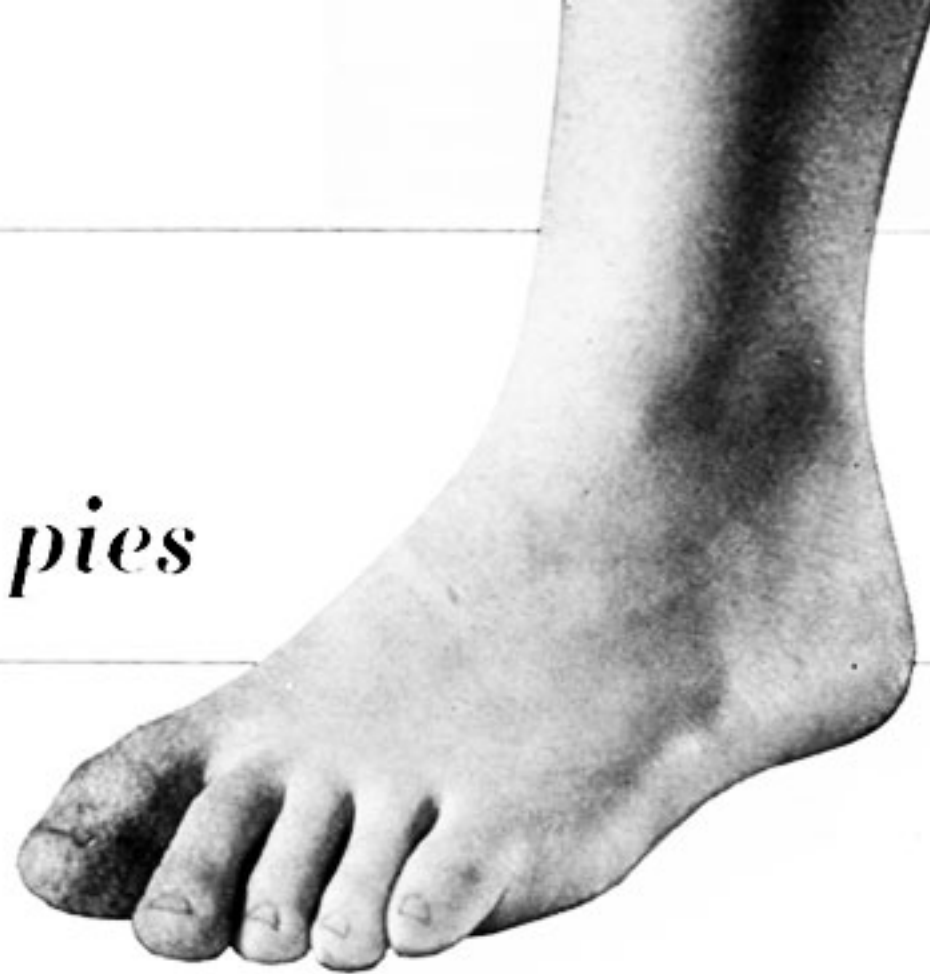
En el tratamiento de costillas fracturadas, el grado requerido de inmovilización puede ser logrado aplicando tiras de Tensoplast bien por encima y más allá del sitio de la fractura. Sin embargo, si el dolor producido por los movimientos respiratorios no queda aliviado por este método, el vendaje puede ser aplicado como se indica en la foto con el pecho mantenido en posición de espiración.

Las torceduras y dislocamientos reducidos de los dedos y las fracturas estables de las falanjes y de los metacarpos, pueden ser tratadas envolviendo el dedo dañado con un dedo contiguo no dañado con dos tiras cortadas de un emplasto Tensoplast de 2.5 cms. de ancho. El vendaje se aplica transversalmente alrededor de dos dedos completamente extendidos de modo que las articulaciones de las falanjes no queden cubiertas. Este método de vendar impide los movimientos laterales de las articulaciones dañadas; permite que los dedos puedan ser plenamente flexionados y extendidos, y también que no se produzca rigidez en las articulaciones o una limitación permanente de movimiento como ocurre frecuentemente con otros medios de inmovilización. En los tipos de fractura de agrietamiento de la rótula, donde no haya rotura de los cuádriceps, o expansión o separación de fragmentos, generalmente no es necesaria ninguna intervención operativa. Es

conveniente, sin embargo, inmovilizar la rodilla y esto se puede hacer satisfactoriamente aplicando tiras, cortadas de un Vendaje Tensoplast, por encima y por debajo de la rótula y luego vendar dicha parte con vueltas circulares desde mediados de la pantorrilla hasta 15 cms. por encima de la rodilla.

# El "Tensoplast"

## para desordenes en los pies



LOS usos del Tensoplast en el tratamiento de los males de pies puede ser considerado bajo tres rubros: curas, vendajes correctores y almohadillas protectores.

Como cura se puede usar en unión de medicamentos para el tratamiento de callos blandos cortando trozos *en forma de mariposa* del Vendaje Tensoplast o del Emplasto Transversal, y haciendo huecos en los mismos que correspondan al tamaño de los callos. Este tipo de cura protege la piel circundante y forma un bolsillo o nido dentro del cual se puede colocar los medicamentos que se desee—cubriéndolo con otro trozo de Tensoplast que retiene el medicamento en su sitio.

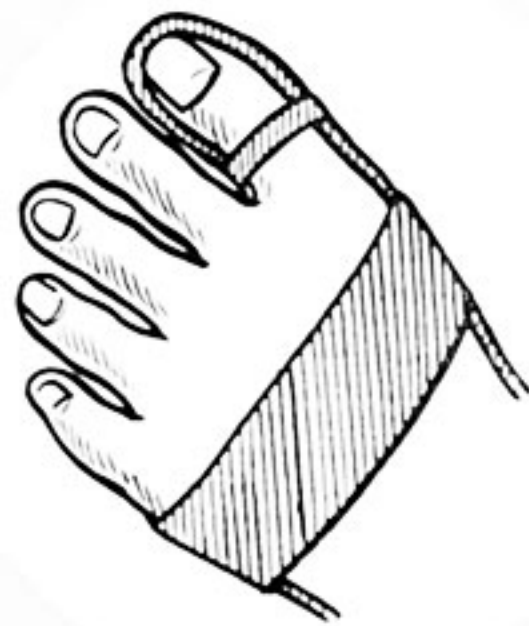
Después de la extirpación de un callo duro corriente, el Tensoplast puede ser usado para rodear el dedo y reducir su roce con el calzado. Tratándose de callos delgados y algo grandes, que no pueden ser extirpados, se coloca una tira de Tensoplast sobre los mismos para protegerlos y a su tiempo desaparecerán.

El Tensoplast tiene muchos usos como vendaje corrector en trabajos de pedicuro pero por falta de espacio no podemos describir sino solamente un caso, el del "Hallux Valgus".

Un método eficaz es cortar un trozo *en forma de pera* de un Emplasto Transversal Tensoplast, como se ilustra en los dibujos, de modo que el estiramiento de la tela quede a través de las colas. Se fija el extremo angosto frente a la articulación con las colas rodeando el dedo grueso por detrás de la uña. Se tira del dedo directamente y se fija el extremo más ancho del emplasto bastante detrás de la articulación. Una tira angosta de Tensoplast puede ser aplicada sobre el extremo ancho para asegurar la adherencia. Una fijación aún más fuerte se puede lograr cortando el emplasto original más largo de modo que un extremo pueda ser fijado alrededor del "hallux" por debajo de la uña—y el otro sujetándolo detrás del talón.

Para almohadillados protectores, el Tensoplast es muy valioso como medio de retener las almohadillas en su posición. Sus propiedades elásticas permiten que pueda ser moldeado por los contornos sin arrugamientos, para mayor comodidad del paciente.

En las ilustraciones que se acompañan puede verse uno de sus usos en unión de almohadillas—reteniendo la posición de un apuntalamiento plantar para varios dedos del pie.



# El "Tensoplast"

## *como cura post-operatoria*

UNO de los usos más importantes del Tensoplast es el de apósito post-operatorio. Hay numerosos medios de usarlo y muchos de ellos han sido ya descritos en la literatura médica. Aunque algunos de los apósitos más importantes están descritos detalladamente en "Técnica del Tensoplast" (para el uso de la profesión médica solamente), que es un folleto publicado por los fabricantes, unas pocas curas o apósitos se describen brevemente aquí para ilustrar el amplio uso del Tensoplast como apósito post-operatorio en la cirugía moderna.

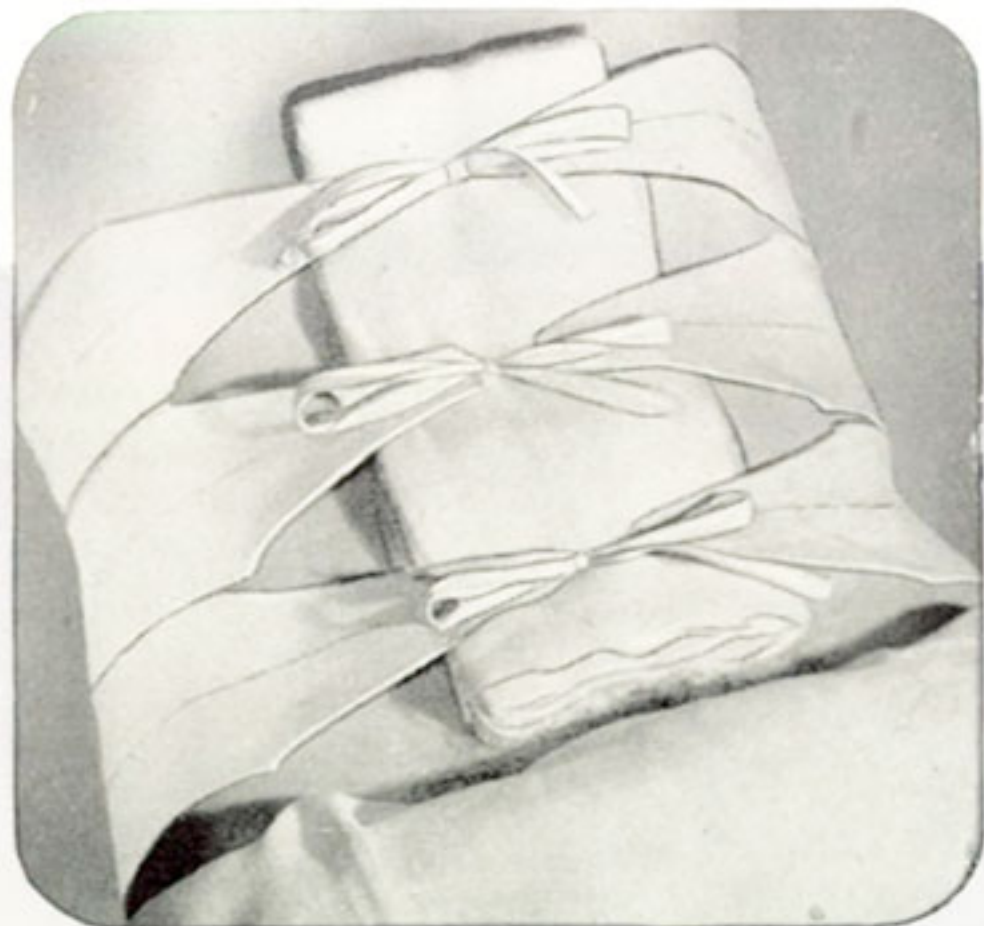
La mayoría de los miembros de las profesiones médicas y de enfermería habrán tenido ya alguna experiencia con el uso de vendaje de franelita de muchas colas, y sabrán que es necesario contar con dos personas para aplicarlo correctamente. Además, el vendaje tiende a subirse hacia arriba si se omiten los estribos perineales y su uso puede causar fricciones en las ingles, haciendo que resulte necesario el almohadillado de huata. Cualquier movimiento puede variar el apósito habiendo siempre la posibilidad de que el paciente tenga que descansar sobre una masa de franelita que resulta muy incómoda.

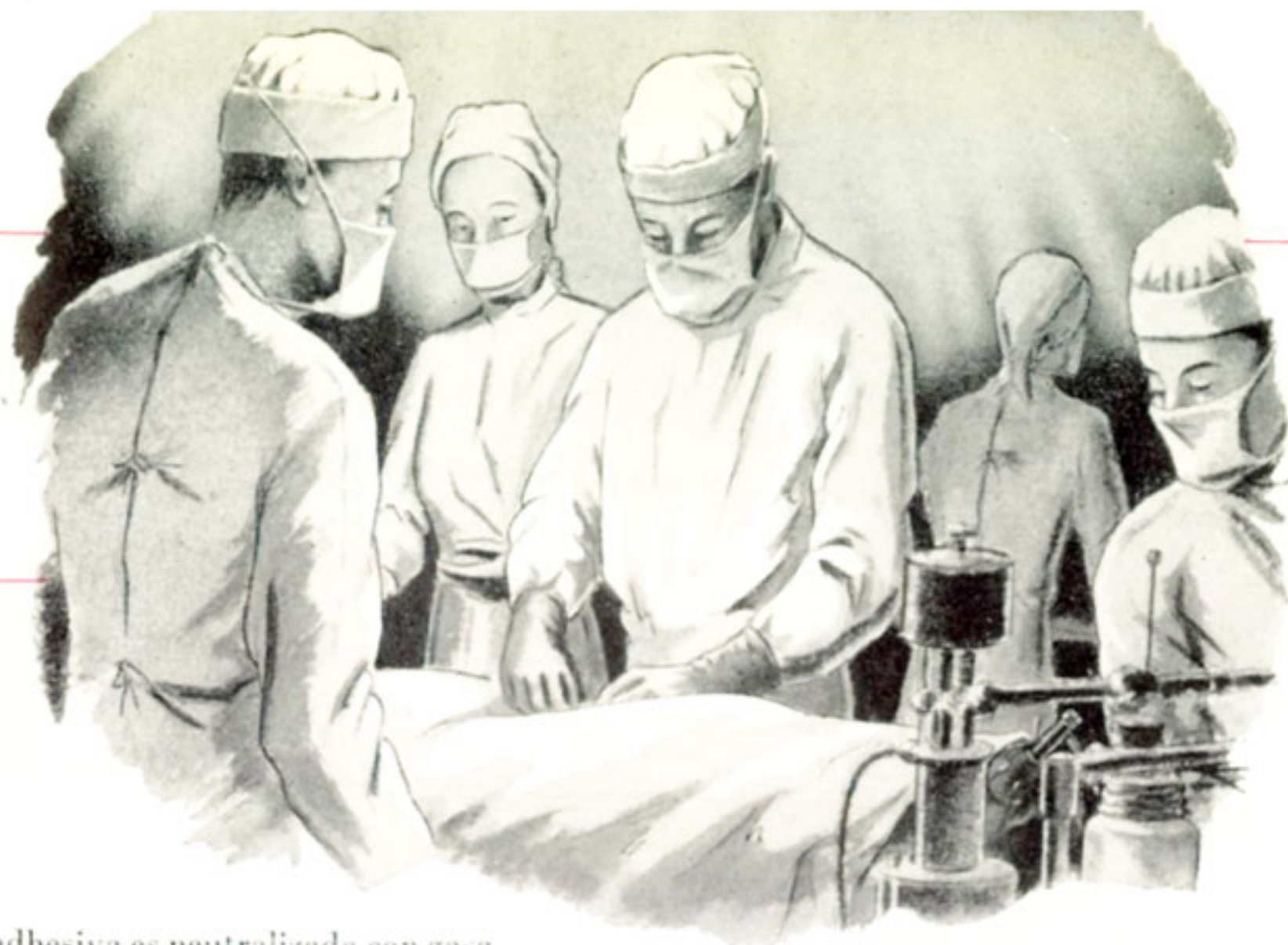
El vendaje de muchas colas hecho con Tensoplast está rápidamente substituyendo al antiguo. Es muy fácil de hacer (se necesitan solamente seis trozos de 30 cms. de Tensoplast de 7,5 cms. de ancho, a las que se sujetan trozos largos de

cinta) y puede ser aplicado por una sola persona sin dificultad. El apósito queda firmemente en su sitio—y ninguna franelita incómoda es necesario utilizar ni tampoco estribos perineales que lastimen las ingles. Ofrece un fácil acceso a la herida permitiendo que el paciente respire sin dificultad. Este vendaje Tensoplast de muchas colas es uno de los varios apósitos ideados para heridas abdominales, torácicas y otras, y el soporte que provee alivia la tensión sobre las suturas, reduciendo así el dolor y desasosiego producido por la tos, el hipo, los estornudos, vómitos y distensiones gaseosas. Hay menos tendencia a la infección y la necrosis, y el soporte elástico impide la separación de los bordes de la herida, de las hernias y grietas o hendiduras. Mejora la circulación de la sangre en los bordes de las heridas con el resultado de que se produce una curación o cicatrización más firme y más rápida.

Los vendajes rígidos y no adhesivos son difíciles de aplicar y retener en posición en la cabeza, aunque los daños o heridas en el cuero cabelludo y las orejas con frecuencia requieren un apósito firme que no se deslice aunque el paciente esté desasosegado.

Empleando un trozo corto de vendaje de Tensoplast de 7,5 cms., formando colas en cada extremo para acomodarlo a los oídos, es posible mantener un apósito firmemente en su sitio sobre la cabeza sin incomodidad. Las colas son aplicadas a la piel por ambos lados de las orejas y la





superficie adhesiva es neutralizada con gasa corriente o huata por las partes en que está en contacto con el pelo.

Después de operaciones hechas en el cuello, sobre todo en las tiroidectomías, la aplicación del Tensoplast es un medio eficiente para retener los apósitos en su sitio. Se puede aplicar con la ayuda de solamente una persona, cuando siguiendo los métodos anteriores se necesitaban por lo menos tres auxiliares. Así se ahorra mucho tiempo, y se reduce al mínimo las dificultades e incomodidades para el paciente.

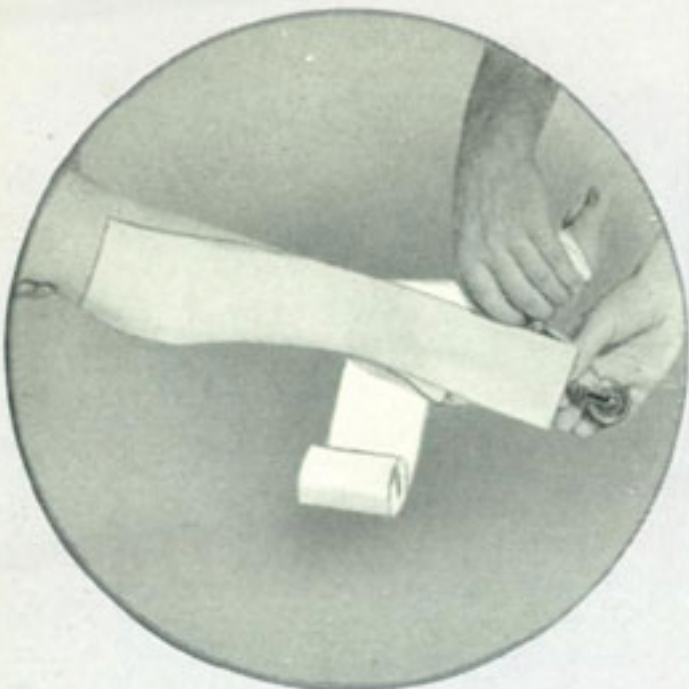
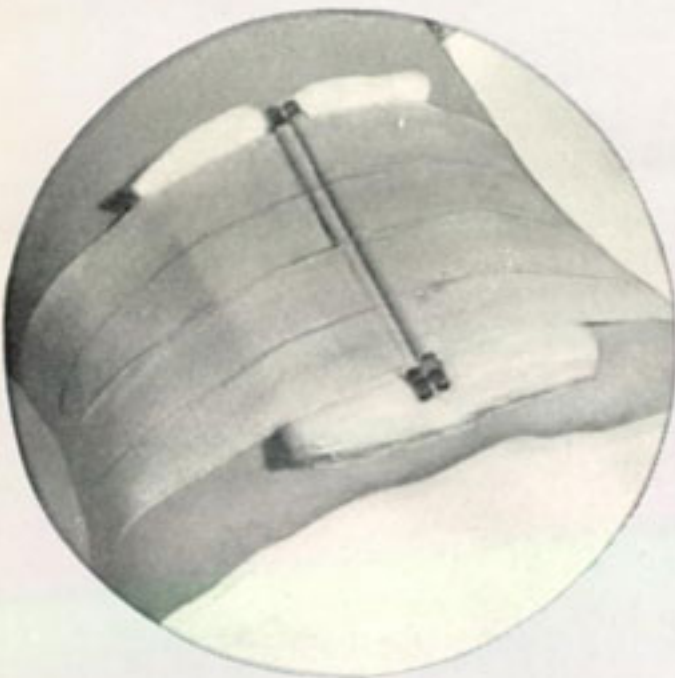
El vendaje Tensoplast debe ser aplicado a manera de "estola" sobre los apósitos. La adherencia del vendaje debe ser neutralizada en la parte en que entra en contacto con la nuca, frotándolo con huata. Cuando hay que cambiar los apósitos, el Tensoplast es dividido transversalmente con unas tijeras y fijado nuevamente con imperdibles o sujetadores.

Cuando se usa una tira de Tensoplast para cubrir una herida, es ventajoso bifurcar cada extremidad en una distancia adecuada para poder sujetar bien el apósito. Este tipo de cura o apósito es especialmente útil después de una herniotomía.

- \* Es fácil de aplicar.
- \* Limpio y sin que se note por fuera.
- \* Se tarda menos tiempo en aplicarlo.
- \* Ofrece un firme soporte.
- \* No se desplaza ni se afloja.
- \* Cómodo para el paciente.
- \* Eficaz.
- \* Impide que el paciente pueda inspeccionar su herida.
- \* Aplica una presión elástica a una herida suturada favoreciendo así la cicatrización e impidiendo la formación de hematomas.
- \* Moldea los contornos de la piel.



# “Tensoplast” *dispositivos*



**H**AY muchas maneras de utilizar el Tensoplast como dispositivo en la cirugía moderna, y en los ejemplos siguientes describiremos con cuanta facilidad se puede hacer dichos dispositivos y las ventajas que ofrecen respecto a otros métodos existentes.

En los casos en que se necesite hacer cambios frecuentes de apósitos después de una laparotomía, un dispositivo se puede hacer con cuatro trozos de Tensoplast, cada uno de aproximadamente 35 cms. de largo. Dichos trozos se ponen unos al lado de otros por pares, con la superficie adhesiva hacia arriba, y varillas de metal, madera o plástico, son colocadas sobre un extremo de cada par sujetándolas en su sitio con vueltas de los extremos del Tensoplast sobre las mismas. Dichos dispositivos preparados son luego colocados en posición y adheridos al cuerpo de modo que las varillas queden paralelas unas a otras y con una separación de aproximadamente 10 cms. El apósito es cerrado tirando de las varillas hasta acercarlas, y se sujeta por medio de bandas de caucho que se ponen en los extremos de las varillas. El apósito puede ser cambiado aflojando las bandas.

Las fracturas de la mandíbula, con desplazamiento efectivo o potencial, requieren la fijación de entablillados o alambres interdentes. Estos a su vez requieren protección contra fracturas por un soporte adicional externo que puede ser provisto por un dispositivo Tensoplast como el que se ilustra en la foto. La característica principal del mismo es su doble grueso—con las superficies adhesivas juntas, salvo en un extremo de un solo grueso y capa con superficie adhesiva para permitir el ajuste del dispositivo hasta la tensión requerida.

Este método es al mismo tiempo simple y eficaz y también cómodo para el paciente. El pedazo transversal encima de la cabeza asegura la estabilidad del vendaje sin haber adherencia al pelo o a la piel.

En la reducción de fracturas por métodos de tracción de la piel, el Emplasto Transversal Tensoplast es el más adecuado. En la ilustración puede verse como se aplica para la reducción de un fémur fracturado por el método de tracción de Russell.

# El "Tensoplast"

## en el tratamiento de *Torceduras y Lastimaduras*

**E**N el tratamiento de torceduras y daños relacionados, el éxito depende del uso juicioso de descanso combinado con movimiento. Las fibras dañadas no deben ser sometidas a las tensiones o esfuerzos ordinarios sin protección y el soporte sirve para restringir los movimientos extremados, pero sin una inmovilización completa, de modo que las fibras dañadas no sean estiradas y queden abiertas—factor éste que produce fuertes dolores y dificulta gravemente el proceso de curación.

En los casos poco graves con poca o ninguna inflamación, se puede efectuar un vendaje con Tensoplast inmediatamente después del daño, pero en casos más graves, como en torceduras graves del tobillo, el vendaje adhesivo debe ser aplazado hasta que haya cedido la inflamación, lo que ocurre generalmente después de unos pocos días de descanso en la cama.

El Tensoplast controla la formación de derramamientos y hematomas y permite el uso funcional de la parte dañada al mismo tiempo que mantiene el grado requerido de soporte y compresión.

El tobillo, la rodilla, el hombro y las articulaciones de la muñeca son lo que más frecuentemente es objeto de torceduras o lastimaduras, habiendo varios medios de emplear el Tensoplast para los respectivos tratamientos. Por ejemplo, en el tratamiento de una torcedura del tobillo, se puede usar un estribo de emplasto transversal Tensoplast para retener el pie y alinear el ligamento dañado. Sobre éste, se aplica un vendaje Tensoplast con tensión moderada, con vueltas en figura de ocho desde afuera hacia adentro alrededor del pie y el tobillo y finalmente con vueltas circulares alrededor de la pierna hasta un punto que quede aproximadamente 15 cms. por encima de los maléolos. El vendaje debe comenzar desde el punto de unión de los dedos de los pies.



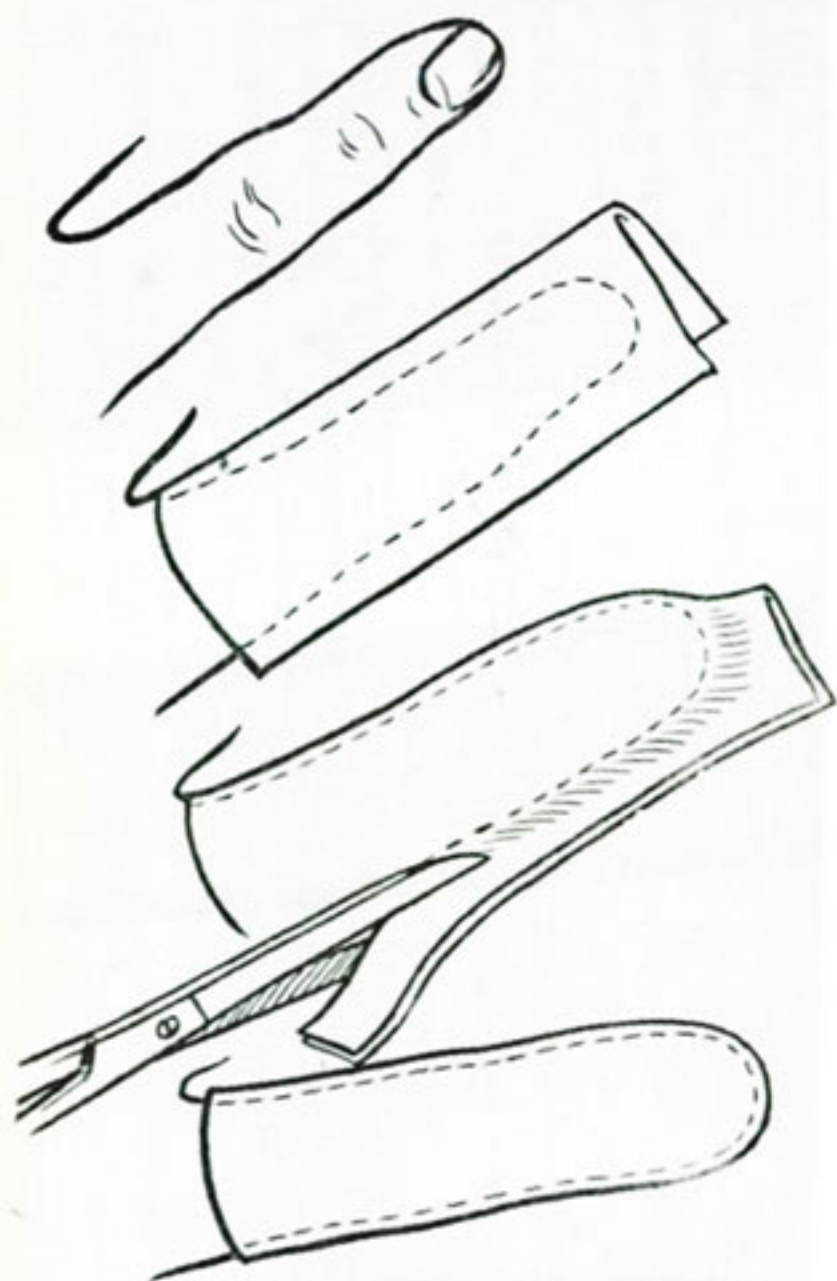
# El “Tensoplast”

en el tratamiento de enfermedades de la piel



EN casos de impétigo la meta que se persigue en el tratamiento es ayudar a la resistencia natural de la piel a vencer la infección y mantener el líquido vesicular lejos de la piel saludable que rodee la parte enferma. En los niños esto se puede lograr con la aplicación de Tensoplast sobre las lesiones sin ninguna cura especial, y las costras, si las hay, se dejan en su sitio, y las pústulas superficiales no son punzonadas. Los apósitos se dejan sin tocar durante una semana y luego son renovados y mantenidos durante otra semana más si es necesario hasta que la enfermedad haya quedado curada.

Hay muy poco riesgo de que la infección se propague a otros niños a través del apósito, y por consiguiente no es necesario aislar a ningún niño con impétigo ni impedir que vaya a la escuela.



En el tratamiento de llagas por prolongada permanencia en el lecho, la aplicación de Tensoplast acorta el tiempo de curación, disminuye el trabajo de los cuidadores así como la necesidad de una enfermera diplomada. El método de tratamiento es limpiar la lesión, secarla cuidadosamente y luego cubrirla con una capa simple, o de preferencia, una capa doble de Tensoplast sin ninguna cura intermedia, y *sin estirar el emplasto*. Si es extensa la llaga, se aplicará el Tensoplast en forma de tiras puestas una al lado de la otra y sujetándolas con otros dos pedazos puestos en ángulo recto. El apósito debe ser dejado en su sitio por tanto tiempo como sea cómodo. En las primeras etapas puede ser necesario renovar el emplasto cada doce a cuarenta y ocho horas si la supuración es excesiva, y al renovar el vendaje no se deberá tratar de limpiar la superficie de la llaga; bastará pasar un pedazo de huata por la parte de la piel que rodee la llaga antes de aplicar un nuevo trozo de vendaje.



Las propiedades de oclusión del Tensoplast se pueden usar con buenos efectos en el tratamiento de verrugas fajando los dedos afectados con una tira de 2.5 cms. de Tensoplast, debiendo quedar las verrugas completamente cubiertas. El Tensoplast se retira semanalmente y los restos “pulposos” epiteliales son raídos o raspados suavemente, aplicando una nueva faja en cada ocasión y en muchos casos, después de algunas pocas semanas de dicho tratamiento, las verrugas desaparecen completamente.

# El "Tensoplast"

## en el tratamiento de *Estados Varicosos*

ESTE folleto no estaría completo si no mencionásemos algo sobre el uso del vendaje Tensoplast en el tratamiento por compresión de venas varicosas y sus complicaciones, porque principalmente a causa de su empleo en este caso especial su nombre se ha hecho famoso en toda la Comunidad Británica de Naciones.

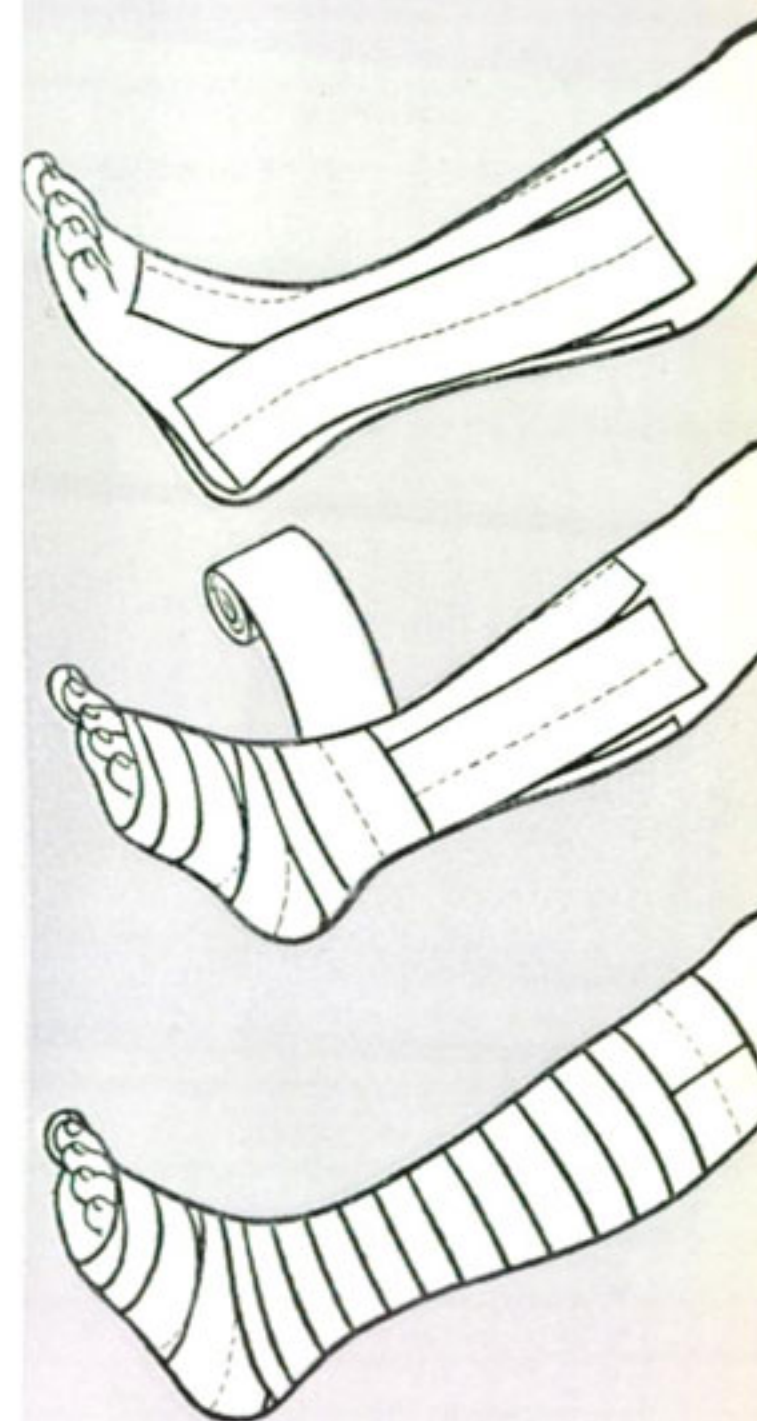
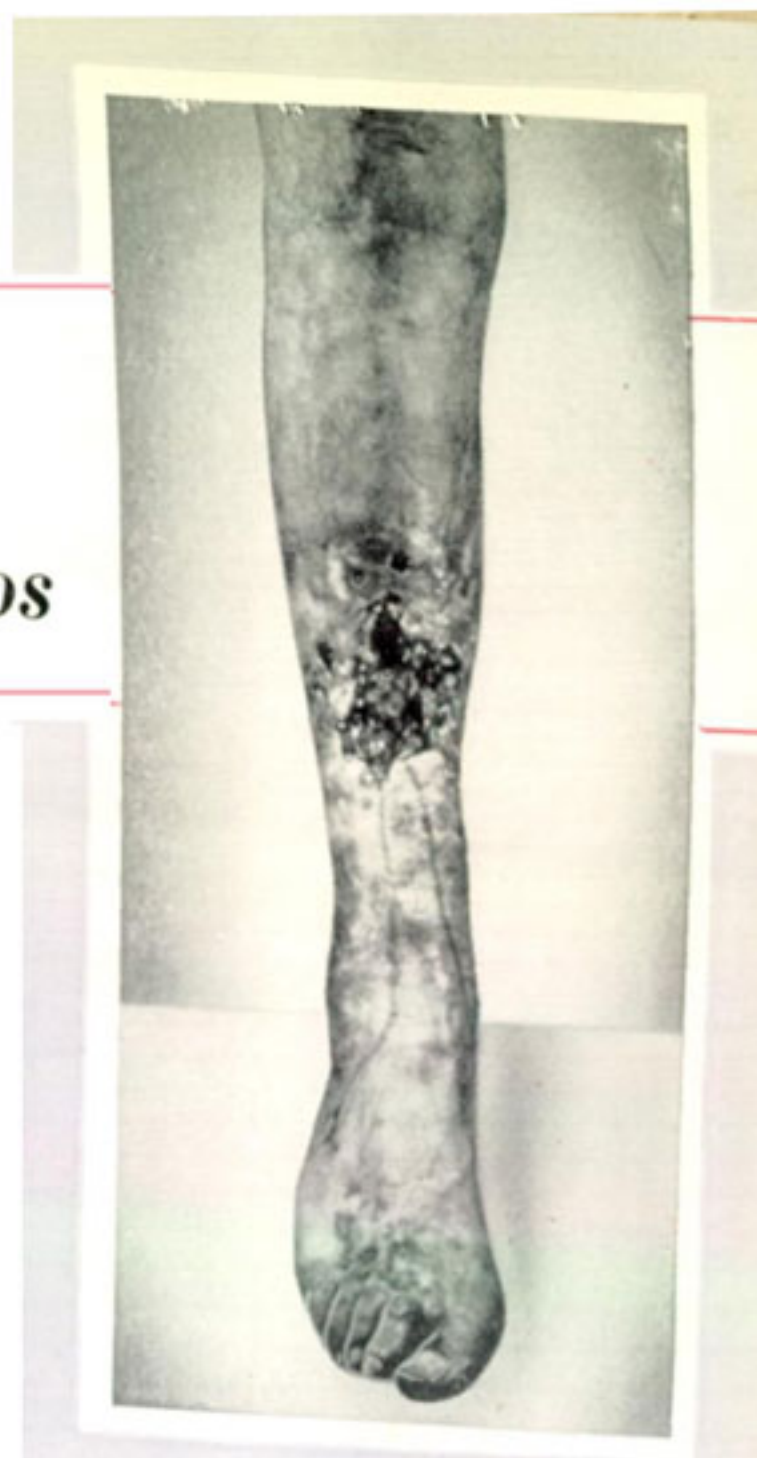
El tratamiento por medios no operatorios, antes de la presentación del vendaje Tensoplast en 1929, consistió principalmente en el uso de ungüentos, descanso en el lecho y en algunos casos tratamiento de compresión con vendajes de variedad no elástica. Para este último se necesitaba volver a aplicarlos diariamente a fin de mantener la compresión.

El vendaje con Tensoplast revolucionó el tratamiento, a causa de las propiedades elásticas del tejido que permitieron que se ajustase al encogimiento gradual de la pierna hinchada, y entonces solamente se tenía que renovar el vendaje semanalmente. La característica principal era que el paciente podía ser tratado mientras quedaba en condición ambulatoria.

Los resultados obtenidos con estos tratamientos fueron casi milagrosos pues en muchos casos, úlceras de larga duración fueron curadas en pocos meses.

El tratamiento no ha sido alterado materialmente desde el año de 1929 y sus principales ventajas son: reducción del dolor, lo que permite que los pacientes puedan dormir normalmente, y el pleno uso funcional de sus miembros, siendo ambas cosas indispensables para obtener una curación permanente.

La técnica completa del vendaje de compresión se explica en un manual: "Técnica del Tensoplast". Este manual contiene también detalles sobre los usos del Tensoplast en la cirugía moderna y los varios métodos de aplicación.





Otros vendajes son producidos por los fabricantes del Tensoplast y en otros manuales se dan detalles completos de las indicaciones para su uso y los métodos de aplicación.

Se pueden suministrar más informaciones solicitándolas a la División Médica de los fabricantes:

**T. J. SMITH & NEPHEW LTD.**

**HULL, INGLATERRA.**

o a sus Representantes

# Aurícula Común: Primer Caso Operado con Éxito en Venezuela

Doctores: Miguel A. Ortega (1)  
Rubén Jaén Centeno (2)  
Víctor Grossmann-Siegert (3)  
Guillermo Anselmi (4)  
Hugo Alex H. (5)

Los progresos alcanzados en la cirugía a corazón abierto han permitido que en el momento actual se tenga un conocimiento exacto de la anatomía de los defectos cardíacos congénitos y que se haya logrado, mediante el uso de la circulación extracorpórea, la corrección completa de algunos de ellos.

El objeto de esta comunicación es presentar el primer caso de aurícula común operado con éxito en nuestro país. Hemos considerado interesante la publicación de este caso aislado, ya que, como veremos luego, es una malformación de las más raras que afectan al septum interauricular.

La sinonimia de este tipo de defecto es también motivo de confusión.

Aurícula común o Cor Triloculare-biventriculare, es el término utilizado en la Clínica Mayo, otros lo llaman "defecto continuo", otros, aurícula única, y la mayoría lo asimilan a las variedades del canal común atrioventricular.

Aurícula común es un defecto poco usual; en una revisión hecha por nosotros (G. A. y colaboradores) se encontró lo siguiente: en el Hospital Infantil "J. M. de los Ríos" (Caracas), en un estudio de 321 piezas de necropsia de cardiopatías congénitas hubo solamente un caso de aurícula única con hendidura de la mitral y de la tricúspide.

---

(1) M. T. SVC.—Fellow in Cardiovascular Surgery, Baylor University, Houston.—  
Cirujano Cardiovascular de la División de Enf. Cardiovasc. del M.S.A.S.

(2) M. T. SVC.—Profesor Titular de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C".  
Universidad Central. Cirujano Coordinador de la Cirugía Cardiovascular del M.S.A.S.

(3) Profesor Asistente de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" de la Facultad de Medicina de la UCV. Fellow in Cardiovascular Surgery, Baylor University, Houston.

(4) Jefe de la Sección de Cardiopatías Infantiles de la División de Enf. Cardiovasculares del M.S.A.S.

(5) Adjunto en Cirugía en el Hospital Infantil J. M. de los Ríos de Caracas. Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

En 88 casos de comunicación interauricular estudiados en el Departamento de congénitos del Hospital Universitario de Caracas, solamente dos casos correspondieron a este tipo de defecto.

En la literatura extranjera encontramos lo siguiente:

Kjellberg (8) en 77 casos de defectos interauriculares observó dos ejemplos de esta malformación. En la Clínica Mayo (5-6) se han encontrado cinco casos, todos han sido operados; de ellos sobrevivieron 4 a la intervención. En estos 5 casos, cuatro de ellos presentaron la forma parcial de canal común atrioventricular y uno la completa.

Abbot (1) en sus 1.000 casos de necropsia refiere 5 casos de este tipo de defecto.

#### CUADRO Nº 1

|   | Nº casos    | A. C. | %    |
|---|-------------|-------|------|
| Hospital "J. M. de los Ríos" .....      | 321 (N)     | 1     | 0,31 |
| Hospital Universitario de Caracas ..... | 88 (C.I.A.) | 2     | 2,2  |
| Kjellberg .....                         | 77 (C.I.A.) | 2     | 2,3  |
| Clínica Mayo (EE. UU.) .....            | 128         | 5     | 3,9  |

La descripción más clara parece ser la de Cunningham (4), quien presentó un caso en un paciente masculino de 51 años de edad; las válvulas atrioventriculares tenían la deformidad característica de la variedad completa del canal atrioventricular.

El caso de Probyn-William (5-6), un recién nacido con atresia valvular pulmonar, era similar al de Cunningham. Gunn y Dieckmann (5-6) describieron otro caso en un niño de dos meses, donde el septum interauricular estaba representado solamente por una delgada hoja muscular.

Zadoc-Kahn y Cousin (11) describieron otro caso en una pieza de necropsia de un hombre de 31 años que tenía una aurícula común con rudimentos de septum atrial. No describieron el estado de las válvulas atrioventriculares.

Lewis (6) y colaboradores, en una revisión de 63 intervenciones de cierre de comunicación interauricular utilizando hipotermia, encontró un defecto que él llamó "defecto continuo".

Watkins y Gross (6) describieron otros dos casos de aurícula común entre 43 pacientes con defectos interauriculares operados por la técnica cerrada. Ni en el caso de Lewis ni en estos dos últimos se reportó el estado de las válvulas atrioventriculares.

Giknis (7) refiere un caso de aurícula única con hendidura de la mitral y hace referencia a otra malformación asociada a estos defectos: el síndrome de Ellis Van Creveld. En los 36 casos de este síndrome revisados por el autor, todos tenían algún defecto en el septum interauricular. (No: sólo 7).

Desde el punto de vista embriológico, el defecto se debe a la falta de desarrollo de los septum primun y secundum, que son los elementos que normalmente

forman el tabique interauricular. Es una malformación bastante precoz en cuanto a desarrollo embrionario se refiere, y éste es el motivo por el que se encuentra la mayor parte de las veces asociada a otros defectos, tales como el ventrículo único (Cor biloculare, etc.).

Cooley y Mc Namara (3) y otros autores han encontrado casos asociados a defectos del canal aurículo-ventricular del tipo de la hendidura mitral o de la tricúspide, clasificando esta malformación dentro del grupo del Atrioventricularis Communis, separándolos, como éstos, en sus dos variedades parcial y completa. La forma parcial es aquella en que hay hendidura de la mitral solamente; la forma completa es cuando hay hendidura de la mitral y de la tricúspide con un defecto del septum interventricular.

Los autores no reportan casos de aurícula única como malformación aislada.

Esta última, indudablemente, presenta diferencias importantes con las variedades asociadas a hendidura de la mitral o de la tricúspide; diferencias no sólo anatómicas, sino también referente a su comportamiento clínico, y donde la precisión diagnóstica es importante para orientar la técnica quirúrgica.

En la aurícula única aislada hubo una falta de desarrollo de los septum primun y secundum, pero hay una formación normal de los cojines ventral y dorsal del canal atrioventricular, con válvulas mitral y tricúspide normales y septum interventricular intacto. En la aurícula única con hendidura de la mitral o de la tricúspide, además de la falta de desarrollo de los septum primun y secundum, hubo defectos en la formación del canal atrioventricular, produciéndose en esta forma variedades en todo semejantes al ostium primum, con la diferencia de que no se tabicó la aurícula primitiva.

Desde el punto de vista anatómico, en la aurícula única, como malformación aislada, encontramos una sola cavidad donde desembocan las venas cavas y pulmonares en sus respectivos sitios; en algunos casos se encuentra un pequeño reborde, usualmente en la parte anterior de la cavidad única, hecho éste que permite al cirujano fijar con facilidad un parche de material plástico (teflón, dacrón, ivalón) en ese sitio; en otros casos no existe el mencionado reborde y es imposible ubicar el sitio hipotético del tabique interauricular. Las válvulas mitral y tricúspide son competentes y la cavidad única no se encuentra muy dilatada como es lo frecuente en los defectos interauriculares simples de cierta magnitud. El ventrículo derecho, así como la arteria pulmonar y sus ramas, se encuentran dilatados, contrastando a veces con la dilatación moderada de la cavidad única. Las cavidades izquierdas son normales.

Hemos revisado la literatura nacional y no hemos encontrado casos de aurícula común reportados.

**HISTORIA CLINICA N° 20 20 31.**—Hospital Universitario de Caracas. Paciente masculino de 17 años de edad. Ingresó al Hospital Universitario de Caracas y fue examinado por uno de nosotros (G. A.) el 24-9-63, debido a que la madre había muerto en el año 1960 de una cardiopatía congénita diagnosticada como probable comunicación interauricular. El hermano menor presenta un defecto interauricular diagnosticado en el Departamento de congénitos de este hospital y operado con éxito por nosotros. El paciente refiere palpitaciones con

frecuencia y disnea moderada de grandes esfuerzos. Infecciones respiratorias ocasionales. Poca incapacidad física en el momento del examen.

#### Examen físico:

Paciente en aparente buenas condiciones generales, sin disnea ni cianosis. Apex en 5° EII con L.M.C. Chasquido protosistólico en foco pulmonar seguido de un soplo sistólico corto (++) protomesosistólico; segundo ruido constantemente desdoblado. Resto de la exploración normal.

Tensión arterial: 120 mmHg./65 mmHg.

Pulso:: 88/minuto, regular.

#### Electrocardiograma:

RS/94 x mto./AP-30° (ritmo seno coronario?). P empastada en St, AQRS a -30°, BIRDHH, qRS con S empastada en V<sub>5</sub> y V<sub>6</sub>. Trazos de este tipo son usuales en los canales AV incompletos.

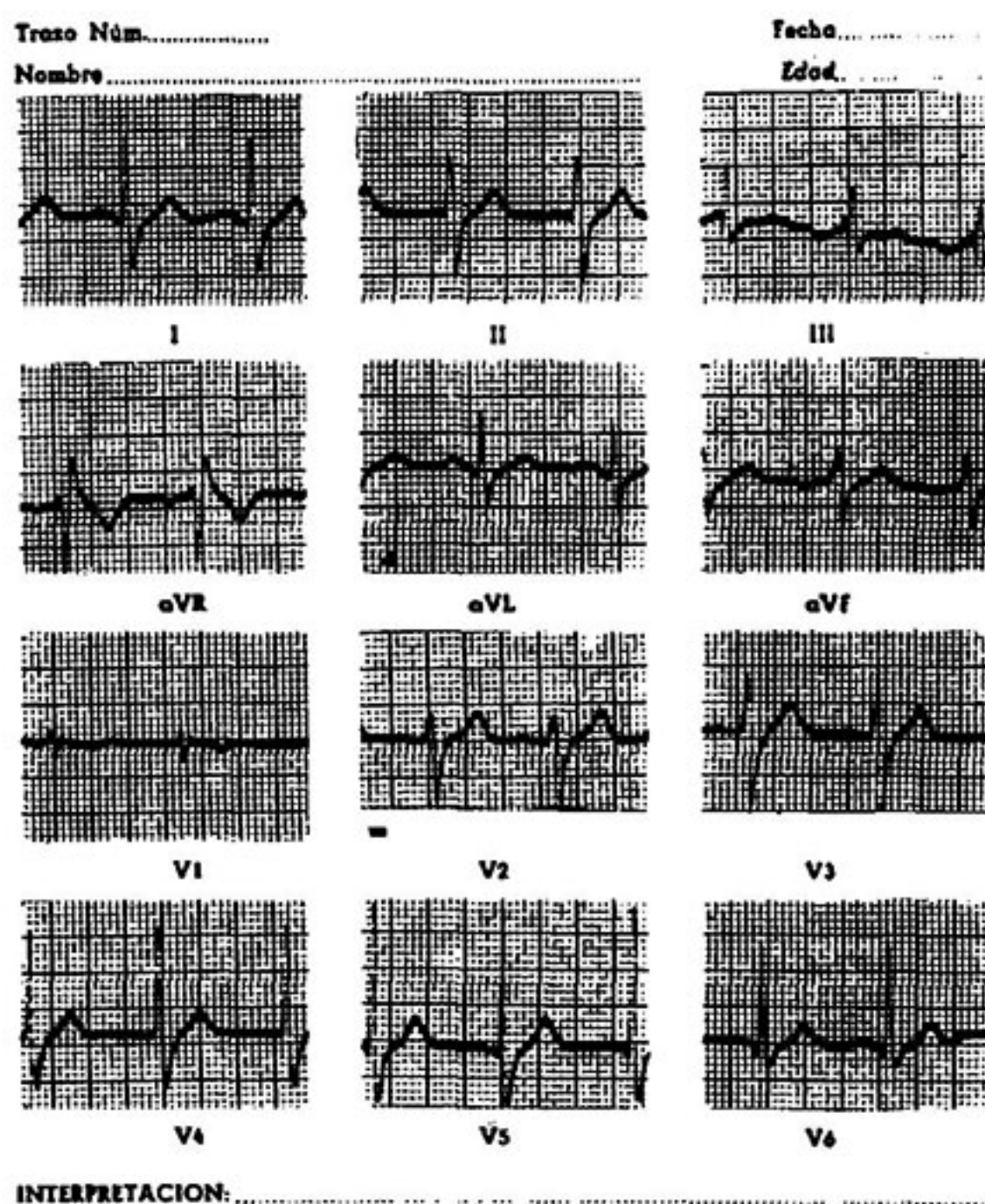


Foto 1.—Electrocardiograma.

#### Estudio radiológico (24-9-63):

“Tórax óseo: cifosis de columna dorsal. Silueta cardíaca moderadamente crecida, el crecimiento debido principalmente al ventrículo derecho, el cual se observa con redondeamiento de su superficie anterior. El ventrículo izquierdo se ve levantado por el ventrículo derecho. Aorta normal o más pequeña de lo normal. Aurícula derecha discretamente crecida. Arteria pulmonar y sus ramas del hilio aumentadas, lo mismo las periféricas, lo que indica aumento de flujo en la pequeña circulación por un corto-circuito que estaría por encima del plano A-V”. (Fdo.: Dra. F. Pisani).



Foto 2.—Estudio radiológico preoperatorio.

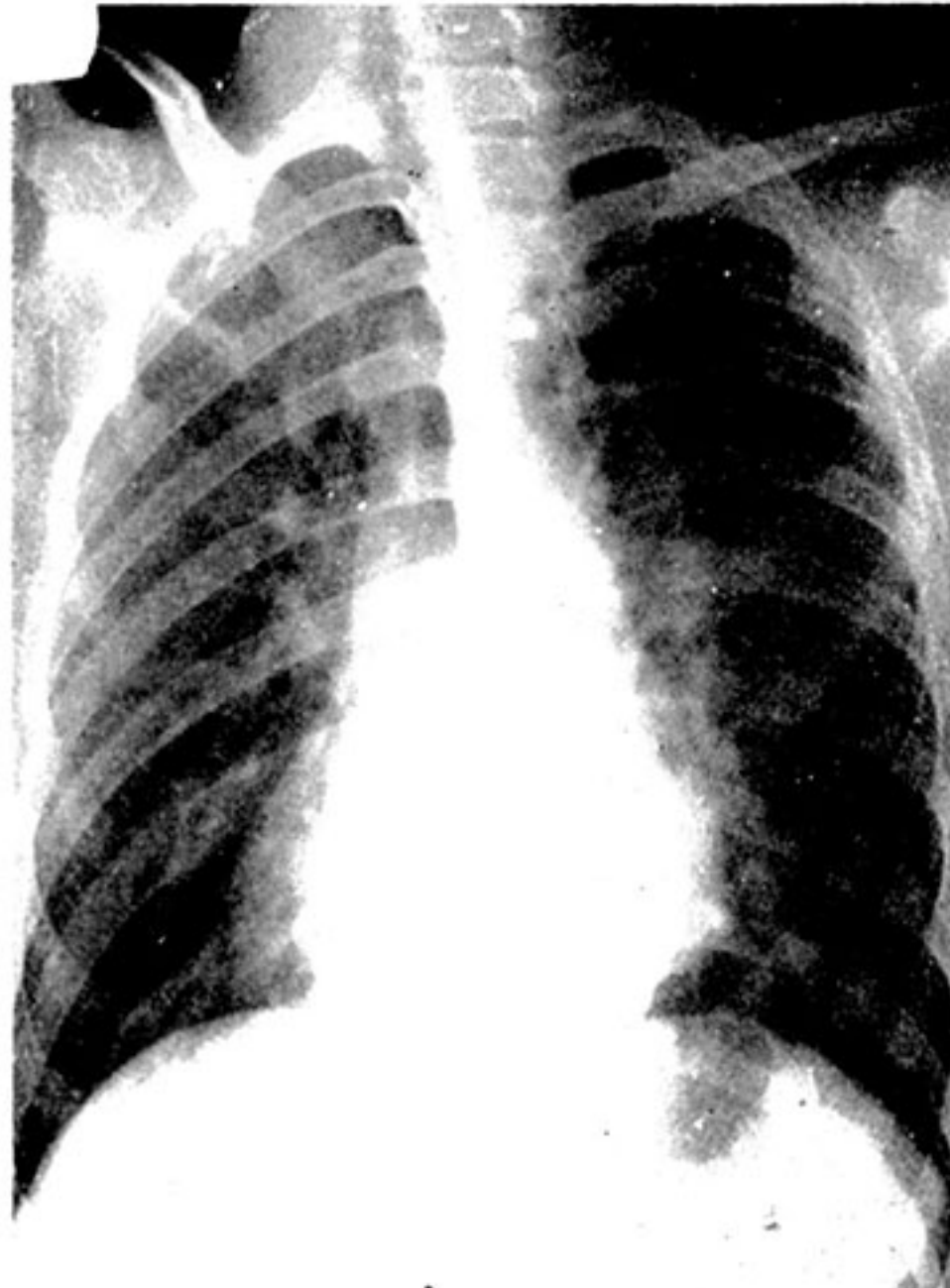


Foto 3.—Estudio radiológico preoperatorio.

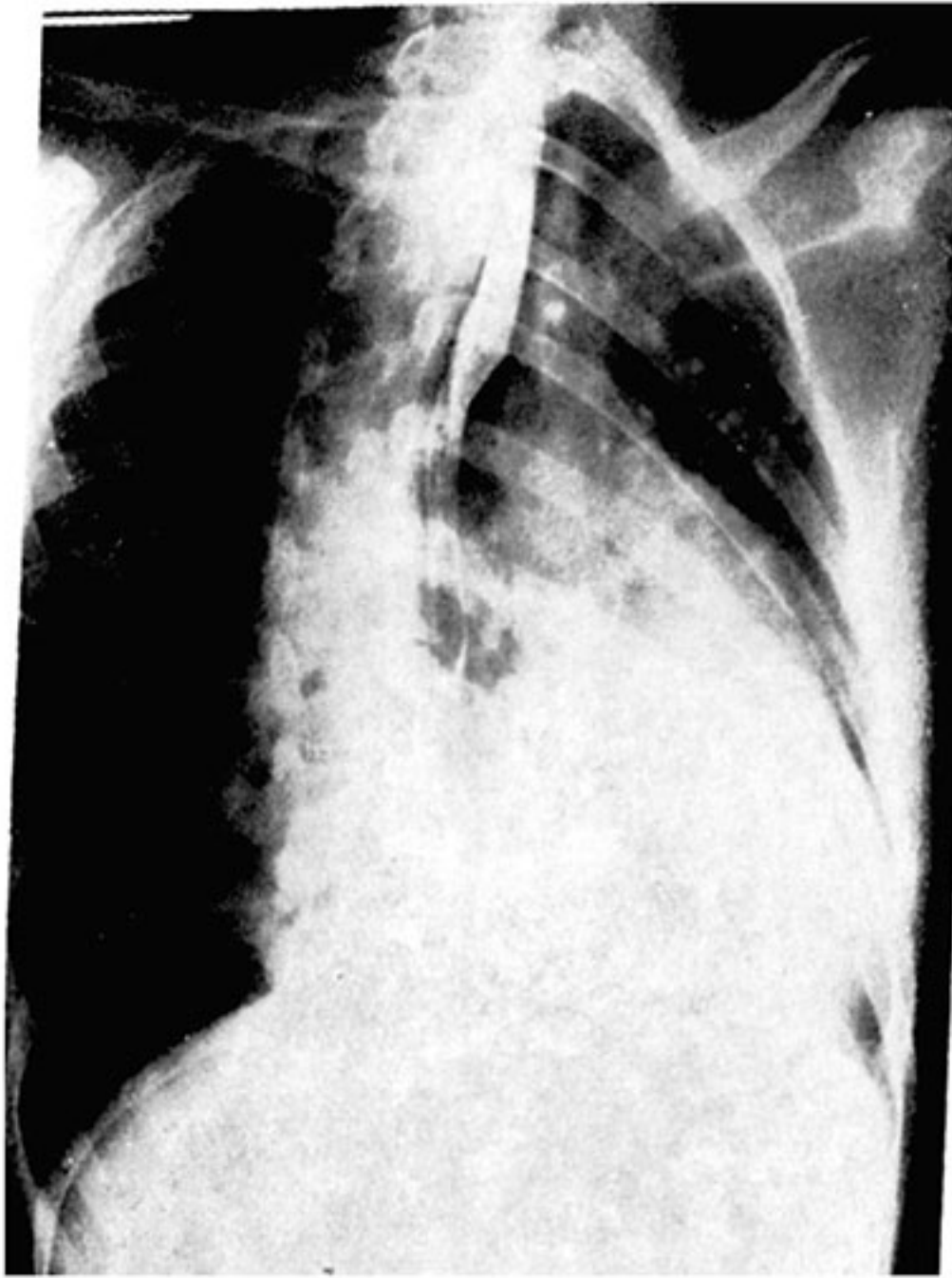


Foto 4.—Preoperatorio.

#### Exámenes de laboratorio:

- Glóbulos rojos: 4.660.000/mm<sup>3</sup>.
- Glóbulos blancos: 5.000/mm<sup>3</sup>.
- Hemoglobina: 13,6 grs.‰.
- Hematocrito: 46‰.
- Tiempo de coagulación: 7 minutos.
- Tiempo de sangría: 2 minutos.
- Fibrinólisis negativa: retracción del coágulo: + + + + (primera hora).
- Plaquetas: 828.000/mm<sup>3</sup>.
- Fibrinógeno: 635 mgs.‰.
- Urea: 27 mgs.‰.
- Glicemia: 118 mgs.‰.
- Prótidos: 7,2 grs.‰.
- Tiempo de protrombina: paciente, 12"; control, 12".
- Actividad protrombínica: 100‰.
- Orina y heces normales.

#### Cateterismo (Drs. Puigbó, Blanco y Machado):

- a) **Trayecto:** Se abordaron las cavidades izquierdas a partir de aurícula derecha, entrándose a venas pulmonares, aurícula izquierda y ventrículo izquierdo.
- b) **Presiones:** Normales en los territorios explorados.
- c) **Gasometría:** En el esquema adjunto se observa elevación del tenor de oxígeno a partir de aurícula derecha, lo cual es compatible con un corto-circuito de izquierda a derecha a nivel auricular.

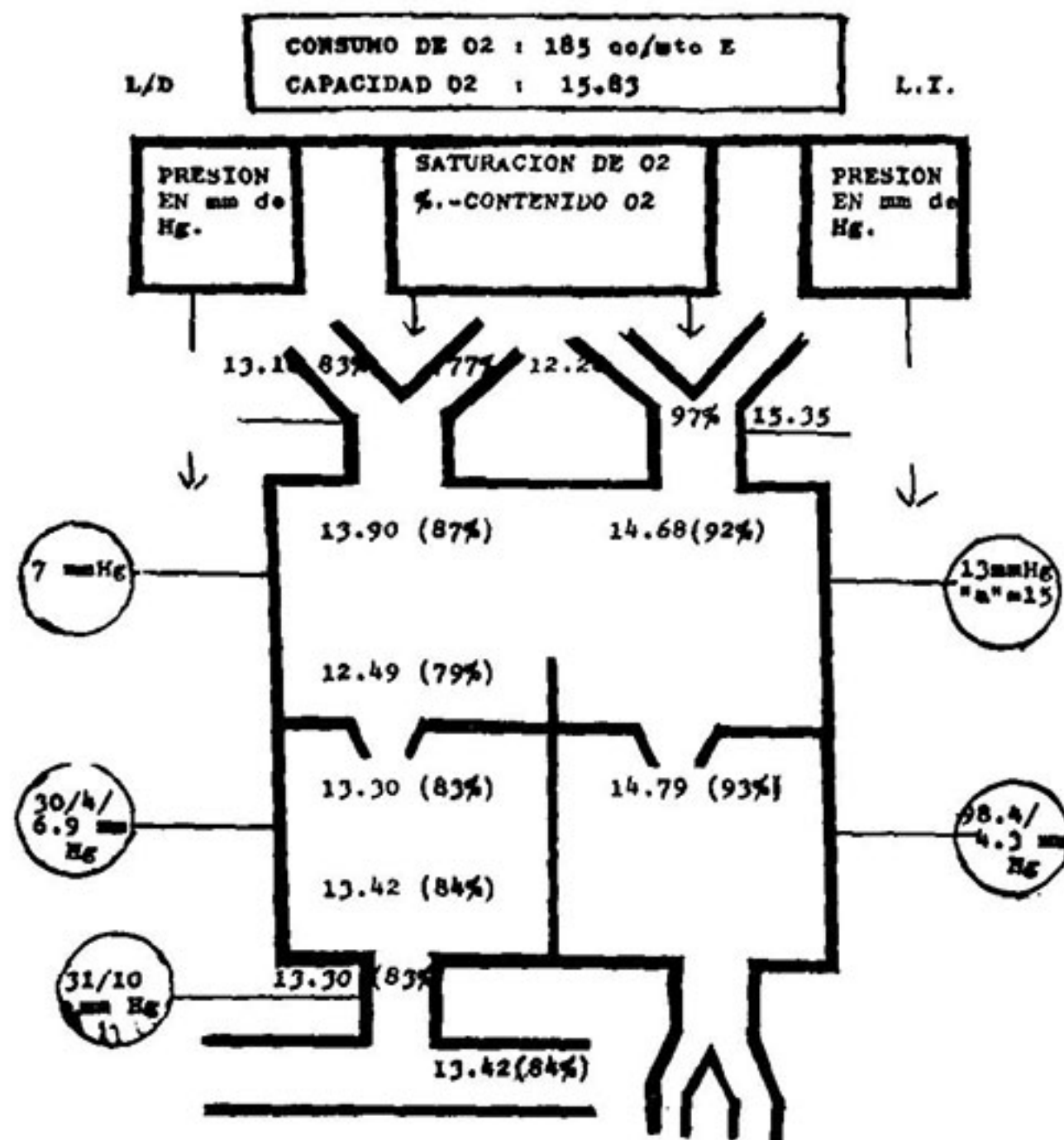


Foto No. 5.

**Diagnóstico:**

Comunicación interauricular grande del tipo probable de ostium primun. Aumento de la circulación pulmonar. Probable drenaje anómalo parcial en aurícula derecha.

**OPERACION (22-10-63):**

Bajo anestesia general con intubación, el paciente fue colocado en posición de decúbito supino con el brazo derecho ligeramente elevado. El tórax fue abierto mediante una incisión submamaria a través del 4º EID. El esternón fue seccionado transversalmente con la sierra de Gigly y los vasos mamarios internos derechos fueron seccionados y ligados con algodón 2-0. El pericardio fue abierto transversalmente por delante del nervio frénico, colocándose referencias en sus bordes. La aorta ascendente fue disecada y referenciada con cinta umbilical. Ambas venas cavas fueron disecadas y referenciadas con cinta umbilical, la cual fue pasada a través de torniquetes de goma. La arteria femoral fue disecada en el triángulo de Scarpa mediante una incisión vertical y, previa heparinización del paciente, se introdujo en ella una cánula metálica N° 14. Luego se procedió a colocar un clamp de Derra-Cooley en la orejuela derecha, se hizo una jareta con seda negra 2-0 alrededor de ella y se pasó por un torniquete de goma; se abrió la orejuela derecha y se colocó un catéter en la vena cava superior; del mismo modo se hizo otra jareta en la pared lateral de la aurícula derecha y se introdujo un catéter en la vena cava inferior. Los catéteres fueron N° 32 y 34, respectivamente. Se procedió a la colocación de las suturas de referencia en el sitio elegido para la auriculotomía. Se hicieron las conexiones respectivas y se dio comienzo a la

perfusión; después de un by pass parcial corto, se ocluyeron las venas cavas y se hizo la auriculotomía.

**Lesiones encontradas:** Se encontró un gran defecto interauricular con un pequeño reborde anterior que empezaba cerca de la desembocadura del seno coronario. No había septum interauricular, las venas pulmonares y ambas cavas desembocaban en una cavidad común. Aurícula "derecha" aumentada de tamaño.

Debido a las dimensiones del defecto, se decidió colocar un parche de teflón, el cual fue suturado con seda negra 3-0 empezando por el ángulo más bajo, cerca del seno coronario; al principio se colocaron tres puntos separados y luego se hizo una sutura continua que fue interrumpida dos veces. Las venas pulmonares quedaron desembocando en la aurícula izquierda por detrás del parche. (Foto N° 5). Antes de cerrar la arícula, se aflojó el torniquete de la cava inferior para observar si la desembocadura de esta vena no había quedado estrechada por la sutura. Tampoco se observó bloqueo durante la colocación del parche ni al final de la operación. Cierre de la auriculotomía con seda negra 3-0 en doble sutura continua; se aflojaron los torniquetes de las cavas para permitir el llenamiento de la aurícula y evitar que quede aire en ella. Al terminar la perfusión, se retiraron los catéteres intracardíacos y por último el de la arteria femoral, la cual fue suturada con seda negra 5-0. Colocación del drenaje habitual torácico. El esternón fue suturado con alambre de acero, suturas pericostales con catgut crómico N° 2; los músculos fueron suturados con catgut crómico 2-0, el tejido celular subcutáneo con catgut simple 2-0 y la piel con dermalón 4-0, sutura continua.

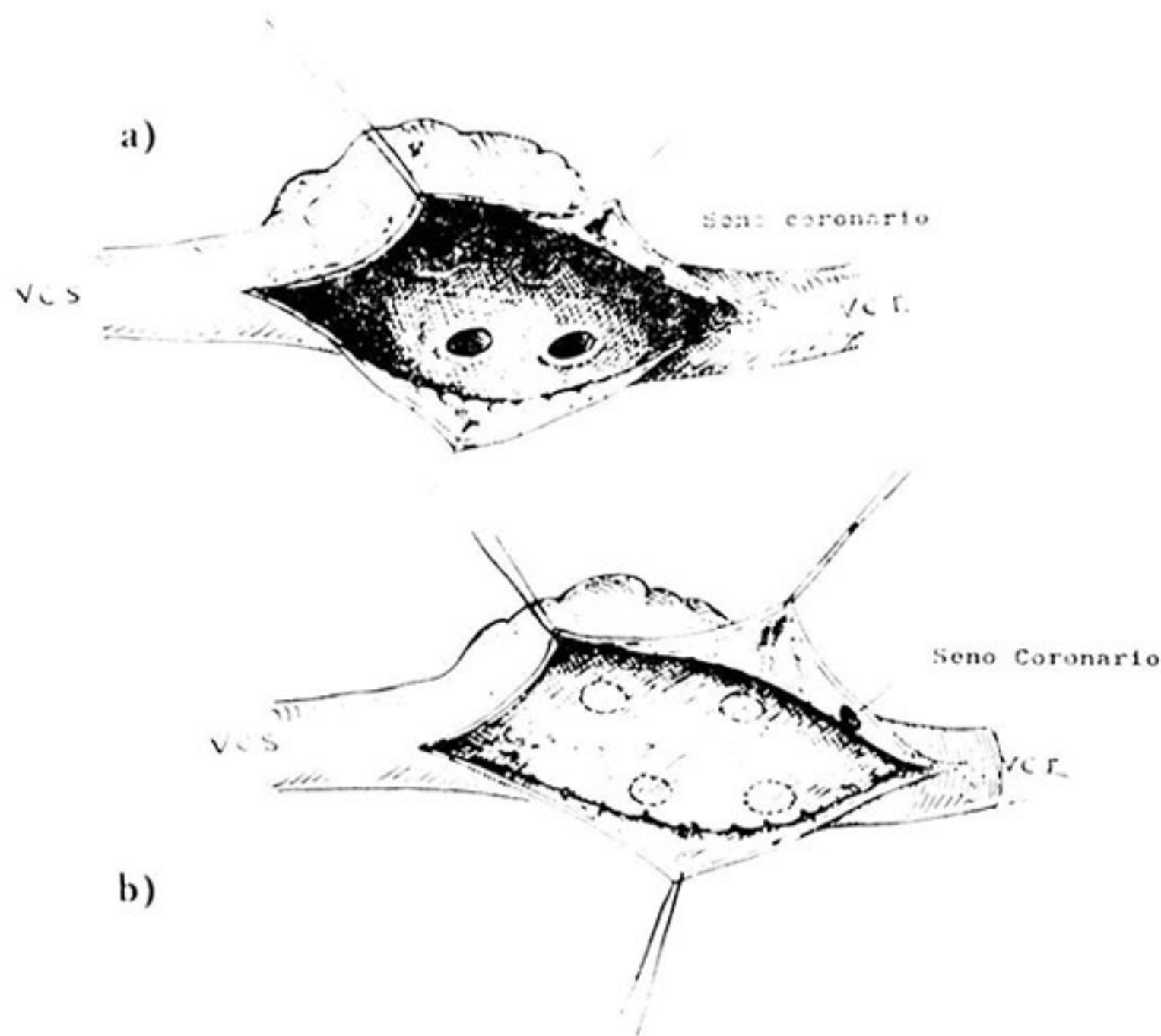


Foto 6. Dibujo que muestra en la parte superior: a) las 4 venas pulmonares y las cavas desembocando en una cavidad común; igualmente se observa el orificio del seno coronario. b) Colocación del parche de teflón.

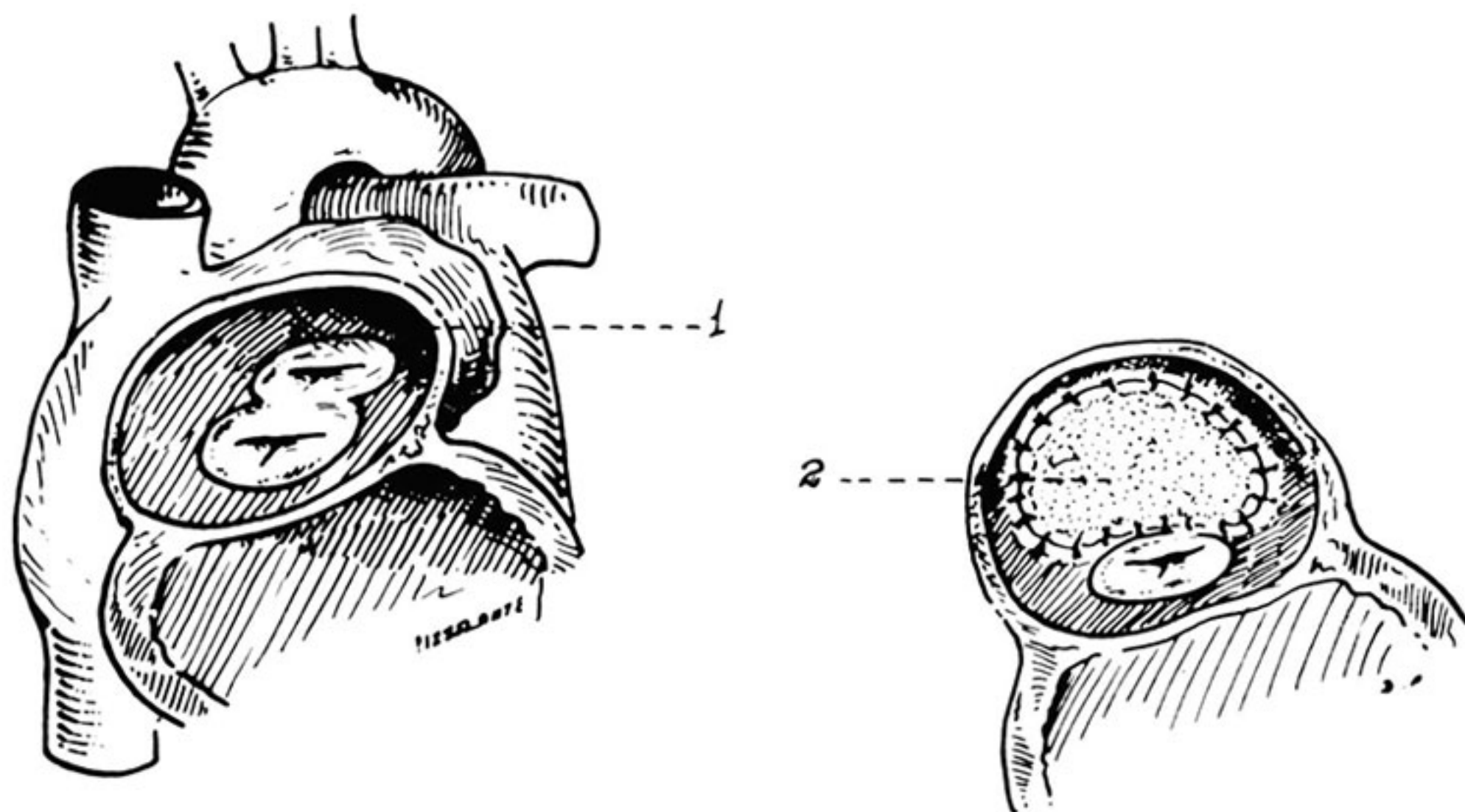


Foto 7.—Dibujo que muestra un corte de la aurícula derecha: 1) Cavidad común, donde puede observarse que las válvulas mitral y tricúspide son normales. 2) Colocación del parche de teflón y válvula tricúspide.

#### DATOS DE LA PERFUSION

Peso: 50 kgs. Talla: 1,67 m. Superficie corporal: 1,55 m<sup>2</sup>.

Volumen sanguíneo: 3.500 cc.

Flujo: 2,2 L/m<sup>2</sup> de superficie.

Grupo sanguíneo: AB.

Heparina: 2 mgs./Kg-p; dosis total: 100 mgs.

Protamina: dosis total: 240 mgs.

Transfusión en sala operatoria: 550 cc.

Pérdida de sangre en 24 horas del post-operatorio: 300 cc.

Oxigenador de discos: 21"; número de discos: 97.

Flujo calculado: 3.400 cc.

Revoluciones por minuto: 40.

Cantidad de sangre en el oxigenador: 2.500 cc.; Rheomacrodex 1.000 cc.

Flujo de oxígeno: 5 lts; Fluothane: 0,5%.

pH inicial: 7,38.

pH post-perfusión: 7,35.

Hemólisis en el oxigenador: 22 mgs.‰.

Hemólisis post-perfusión: 50 mgs.‰.

Tiempo total de perfusión: 27 minutos.

## POST-OPERATORIO:

El paciente tuvo una recuperación total al terminar la intervención.

Los exámenes de laboratorio en el post-operatorio inmediato dieron el resultado siguiente:

Hemoglobina: 14, grs.‰.

Hematocrito: 42‰.

Reserva alcalina: 38 vol.‰.

Electrolitos: sodio: 133 mEq/L; cloro: 81 mEq/L; Potasio: 3,8 mEq/L.

El estudio radiológico en el post-operatorio inmediato reveló lo siguiente: "Buena expansión de campos pulmonares. La opacidad que se observa hacia la base del campo pulmonar derecho podría deberse a pequeña cantidad de líquido dentro de la cavidad pleural. Hay un tubo de drenaje en hemitórax derecho".

El estudio radiológico a los seis meses de la intervención reveló lo siguiente:

"Se observa una moderada disminución del tamaño de la silueta cardíaca, especialmente del ventrículo derecho y aurícula derecha. En campos pulmonares se observa disminución del flujo por el cierre del corto-circuito". (Fdo.: Dra. Folga de Pisani).



Foto 8.—Estudio radiológico post-operatorio.

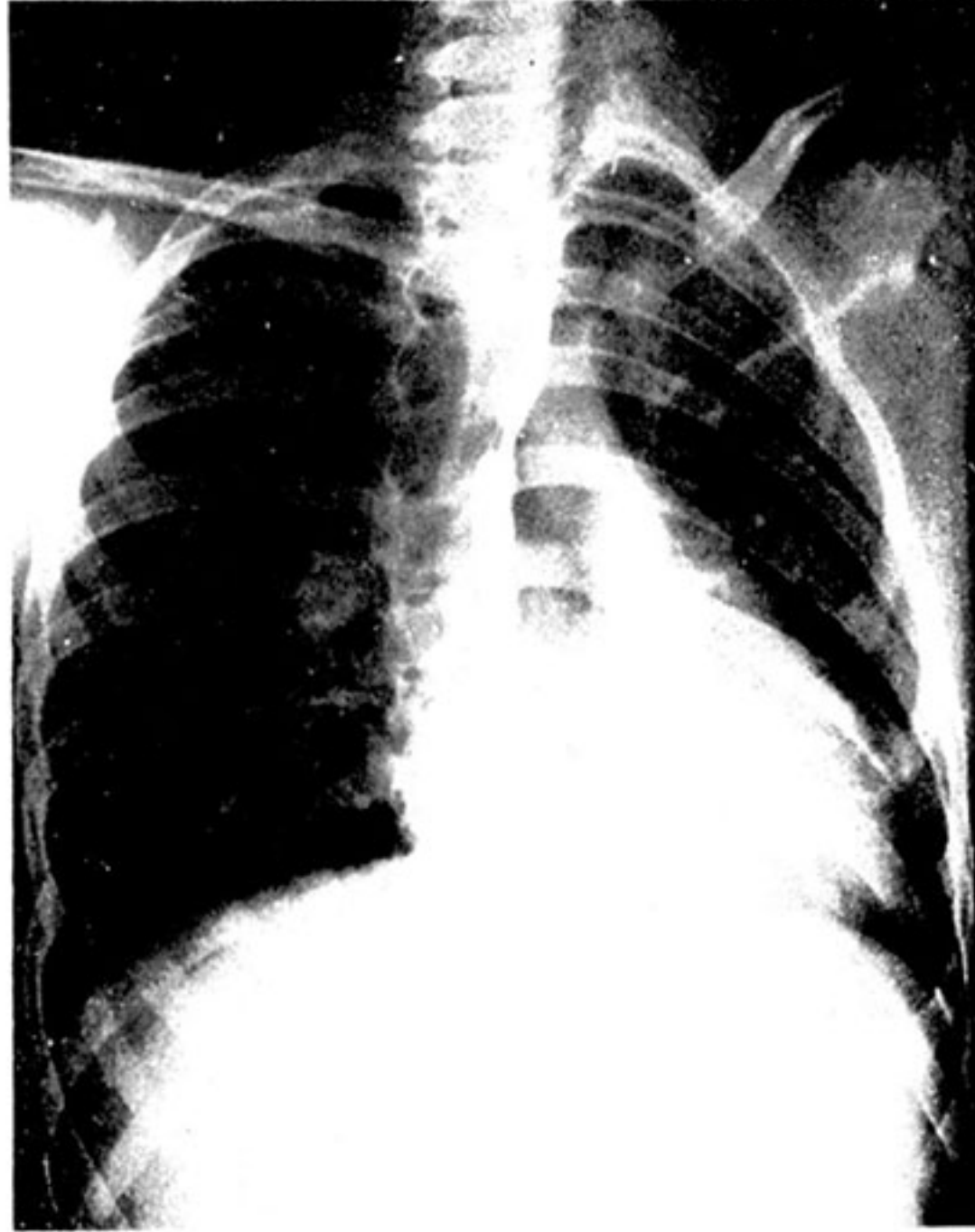


Foto 9.—Estudio radiológico post-operatorio.

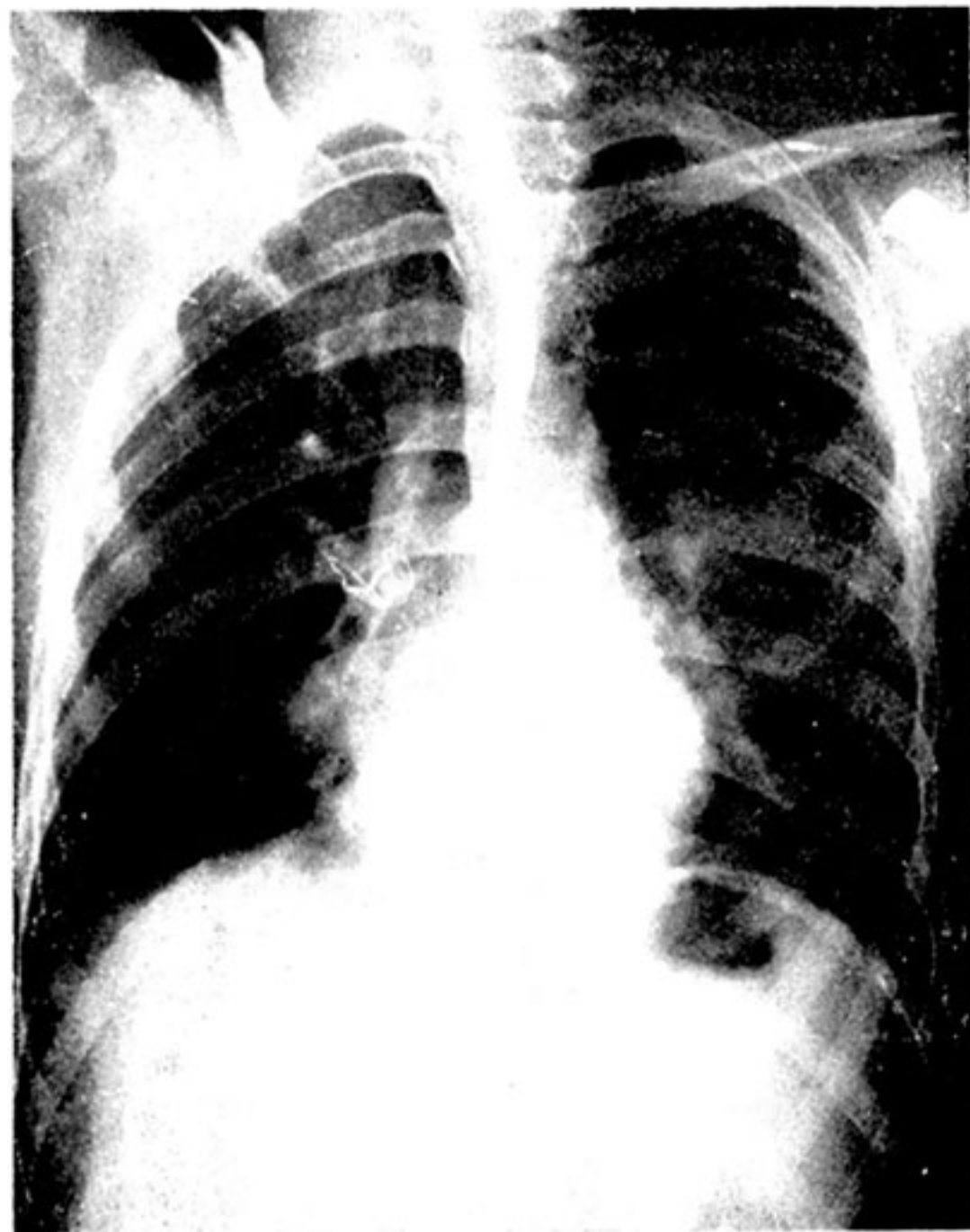


Foto 10.—Estudio radiológico post-operatorio.

## COMENTARIOS:

En la aurícula común el corto-circuito predominante es arterio-venoso y existe un aumento considerable de la circulación pulmonar. Los casos con hipertensión pulmonar importante, los que tienen insuficiencia cardíaca, los que presenten infecciones respiratorias agudas y otras condiciones que eleven las presiones en cavidades derechas y dificulten el vaciamiento de aurícula a ventrículo derecho, tendrán un mayor grado de corto-circuito veno-arterial a nivel auricular y la consiguiente insaturación arterial periférica con grados variables de cianosis. Existen casos en donde, sin haber hipertensión pulmonar ni las circunstancias anotadas antes y se encuentra durante el cateterismo insaturación moderada o importante en el lado izquierdo de la cavidad única o en ventrículo izquierdo, lo que contrasta con la saturación normal de venas pulmonares. Esto indica la presencia de grados variables de corto-circuito veno-arterial explicables probablemente por la ausencia completa de tabique que facilita la mezcla de sangre.

El comportamiento clínico de este defecto generalmente es el de un gran defecto interauricular; los casos reportados en la literatura demuestran comienzo precoz de la incapacidad física, la presencia de infecciones respiratorias frecuentes y la más rápida evolución hacia la hipertensión pulmonar por aumento de las resistencias, hecho que no encontramos en nuestro caso, que prácticamente era asintomático, nunca presentó cianosis, las infecciones respiratorias fueron muy escasas y, a pesar de la edad, las presiones pulmonares eran normales. Los hallazgos clínicos son semejantes a los usuales en los defectos interauriculares comunes (anillo-valvulares) y los datos de sospecha los da el electrocardiograma, que muestra datos similares al canal atrioventricular común, es decir, AQRS desviado a la izquierda, usualmente entre  $-30^{\circ}$  y  $-160$  por encima de la línea  $0-180^{\circ}$ , con imágenes de bloqueo de la rama derecha del Haz de His, crecimiento auricular derecho y frecuentes trastornos de la activación auricular: ritmo nodal, empastamientos de la onda P, ritmo del seno coronario, etc. La desviación hacia la izquierda del AQRS en estos casos de aurícula única aislada no se debe indudablemente a crecimiento del ventrículo izquierdo como se podría explicar sólo en parte en el canal atrioventricular común, puesto que en la aurícula común el ventrículo izquierdo es normal, incluso hipofuncionante en algunas ocasiones. La explicación podría estar en una forma particular de activación de estos corazones donde el sistema de conducción (Haz de His) en su porción auricular baja no lleva su trayecto normal en el septum interauricular, por no existir éste; encontrándose desplazado hacia atrás en la pared posterior de la cavidad única, lo que, probablemente, sí podría explicar esta forma especial de activación.

Los RX nos muestran igualmente datos de defecto interauricular. La aurícula común no es diagnosticable desde el punto de vista radiológico puro, por ser el crecimiento de cavidades derechas, la dilatación de la arteria pulmonar, sus ramas del hilio y el aumento de la circulación pulmonar, hallazgos comunes en los defectos del tabique interauricular de cualquier tipo. El estudio radiológico unido a los datos clínicos y electrocardiográficos antes citados, sí nos pueden hacer sospechar la existencia de un gran defecto interauricular, como en nuestro caso, que semejaba un ostium primum por los datos del ECG, y alertar a los hemodinamistas sobre la precisión del tamaño del defecto.

El estudio hemodinámico nos da datos de gran valor, pues nos demuestra el paso libre del catéter de un lado a otro de la aurícula. Si se usa un balón para mensurar el defecto, se encontrará un defecto de gran tamaño, y es prácticamente imposible llevar a cabo esta maniobra.

Se encuentra un corto-circuito importante y frecuentemente mixto a nivel auricular. Du Shane, por medio de las curvas de dilución, inyecta el indicador en la vena cava y en "aurícula derecha", consigue curvas semejantes de corto-circuito veno-arterial, mientras que la inyección del indicador en ventrículo derecho o en la arteria pulmonar demuestran corto-circuito arterio-venoso, lo cual indica una mezcla amplia a nivel auricular y, por ende, sospecha de cavidad común o, al menos, un gran defecto.

El estudio angiocardiográfico es importante en estos casos por la precisión de datos que puede darnos. Inyectando la sustancia opaca en "aurícula izquierda" y utilizando la angiocardiografía biplanar en una posición determinada, donde el tabique interauricular puede ser visualizado con bastante precisión, en el caso de que exista. La existencia de aurícula común nos daría la imagen de una sola cavidad sin restos de tabique interauricular. Esta precisión diagnóstica es de importancia para el acto quirúrgico y aconsejamos, en los casos donde sospechemos, por los datos anteriormente anotados, la existencia de una gran comunicación interauricular o una aurícula común, efectuar estudio angiocardiográfico. De todos modos, ante la duda, el cirujano deberá ir preparado, en estos casos para tratar un gran defecto o un tabique ausente con una prótesis y los mayores cuidados que estos casos requieren. No hicimos referencia a los casos complicados con hendidura de la mitral o de la tricúspide, por ser la signología distinta y creerlos más bien asimilados al *atrioventricularis communis* en cuanto a clínica, tratamiento y pronóstico se refieren.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presenta el primer caso de aurícula común operado con éxito por primera vez en Venezuela mediante el uso de la circulación extracorpórea, utilizando el oxigenador de discos de Kay-Cross y hemodilución parcial con Rheomacrodex. El caso reportado aquí no tenía lesiones de las válvulas mitral y tricúspide, y el defecto fue cerrado con un parche de teflón.

Los autores hacen una revisión de la literatura sobre esta rara anomalía cardíaca, un análisis de sus características embriológicas, anatómicas, clínica y fisiopatológicas, así como se dan detalles de técnica quirúrgica.

Se hace énfasis en el hecho de que el caso aquí presentado, a pesar de la edad de 17 años, prácticamente era asintomático, en contraposición a la opinión de otros autores que dicen que la sintomatología en estos casos es precoz y su evolución rápida hacia la hipertensión pulmonar.

El diagnóstico preoperatorio en estos casos debe ser bastante preciso y se recomienda el uso de la angiocardiografía y las curvas de dilución. Ante la imposibilidad de estos estudios especiales, el cirujano deberá ir preparado para corregir un gran defecto interauricular o colocar un parche de material plástico.

## SUMMARY

The first case of Common Atrium successfully operated in Venezuela with extracorporeal circulation and closure of the defect by the implantation of a prosthetic septum of Teflon, is presented. In this case, the mitral and tricuspid valves were normal.

The literature on this rare cardiac malformation is reviewed and its anatomy, embryology, clinical picture, physiological aspects and surgical technics are discussed.

The authors emphasize the lack of severe symptoms in this 17 years old boy contrariwise to most cases reported in the literature, in which early symptomatology and pulmosary hypertension are prominent features.

The preoperative diagnosis in these cases must be accurate and angiography and dye dilution curves are recommended as the elective methods diagnosis. In any case, the surgeon who undertakes the surgical correction of a defect of this type must be prepared to correct it by placing a prosthetic patch.

## AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la señorita Hilda Velarde, técnica de Perfusión durante la intervención; al doctor Duilio Pizzolante, al Departamento Audiovisual de la Universidad Central y al Departamento de Cirugía N° 3 del Hospital Universitario, especialmente a su jefe, doctor Hermógenes Rivero, sin cuya colaboración hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—ABBOT, M.: Atlas of Congenital Cardiac Diseases. The American Heart Association, 1936.
- 2.—ANSELMINI, G., MACHADO, I., MUÑOZ, S., REYES, I., BRUZUAL, J.: Revisión del material de necropsia de cardiopatías congénitas del Hospital J. M. de los Ríos de Caracas. IV Jornadas de Puericultura y Pediatría, San Cristóbal, enero 1964.
- 3.—COOLEY, DENTON A. and McNAMARA, G.: Dan Ostium Primun and Atrioventricularis Communis Defects: Clinical Manifestations and Surgical Treatment. Progress in Cardiovascular Diseases: 1:89-101.1, 1958.
- 4.—CUNNINGHAM, G. J.: Trilocular Heart with Bilateral Aneurysmal Dilatation of the Pulmonary Arteries. J. Pathology & Bact. 60:379, 1948.
- 5.—DU SHANE, J. W., WEIDMAN, W. H., BRANDEMBURG, R. O. and KIRKLIN, J. W.: Differentiation of Interatrial Communications by Clinical Methods. Ostium Secundum Ostium Primun, Common Atrium and Total Anomalous Pulmonary Venous Connection. Circulation, 21:363, 1960.
- 6.—ELLIS, F. HENRY, KIRKLIN, J. W., SWAN, J. C., DU SHANE, J. W., and EDWARD, E. J.: Diagnosis and Surgical Treatment of Common Atrium (Cor Triloculare Biventriculare). Surgery, 45:160-171, 1, 1959.
- 7.—GIKNIS, F. L.: Single Atrium and the Ellis Van - Creveld Syndrome. The J. of Pediatric, 62:558, April, 1963.
- 8.—KJELLBERG, S., MANNHEIMER, E., RUDHE, V., JONSSON, B.: Diagnosis of Congenital Heart Disease. Second Edition. The Year Book Publishers, Inc. Chicago, page 411.
- 9.—NADAS, S. A.: Pediatric Cardiology. W. B. Saunders Company, second Edition. Philadelphia and London, 1963.
- 10.—SHERMAN, F.: An Atlas of Congenital Heart Disease. Lea & Fibiger, Philadelphia, 1963.
- 11.—ZADOC-KAHN y COUSIN: Citados por Ellis, F. Henry, Kirklin, J. W. Swan, J. C., Du Shane, J. W. and Edward, E. J. Ref. No. 6.

**NOTA:** Después de la aparición de este trabajo, hemos operado dos casos más de aurícula común con éxito.



*American*

HOSPITAL SUPPLY CORPORATION  
DE VENEZUELA C. A.



496-500-2 Shown

EQUIPOS DE REHABILITACION  
TERAPIA OCUPACIONAL  
DIAGNOSTICO  
APARATOS PARA EJERCICIOS

**Sillas de Ruedas**

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

para iniciar una nueva era en terapéutica corticoidea



GLAXO PRESENTA

# Betasona

(BETAMETASONA)

## nuevo esteroide anti-inflamatorio

He aquí un esteroide de aumentada actividad anti-inflamatoria y reducidas reacciones secundarias. Betasona, el esteroide de mayor potencia para uso clínico.

carece de actividad para retener sodio  
influye muy escasamente sobre el balance del  
potasio no causa depresión mental y promete  
ser clínicamente superior en otros aspectos

Para los tratamientos de corta duración se sugiere aplicar el esquema "2 : 1 : 1/2" de dosificación. En los accesos agudos del asma, el eczema grave, la urticaria, el shock y cualquiera otra condición tributaria de un tratamiento corticoideo por la vía sistemática, por ejemplo, se pudieran administrar dos tabletas tres veces al día por dos días, seguido de una tableta tres veces al día por dos días y después, de media tableta tres veces al día por dos días. Las dosis de mantenimiento casi nunca sobrepasarán de media tableta dos veces al día.

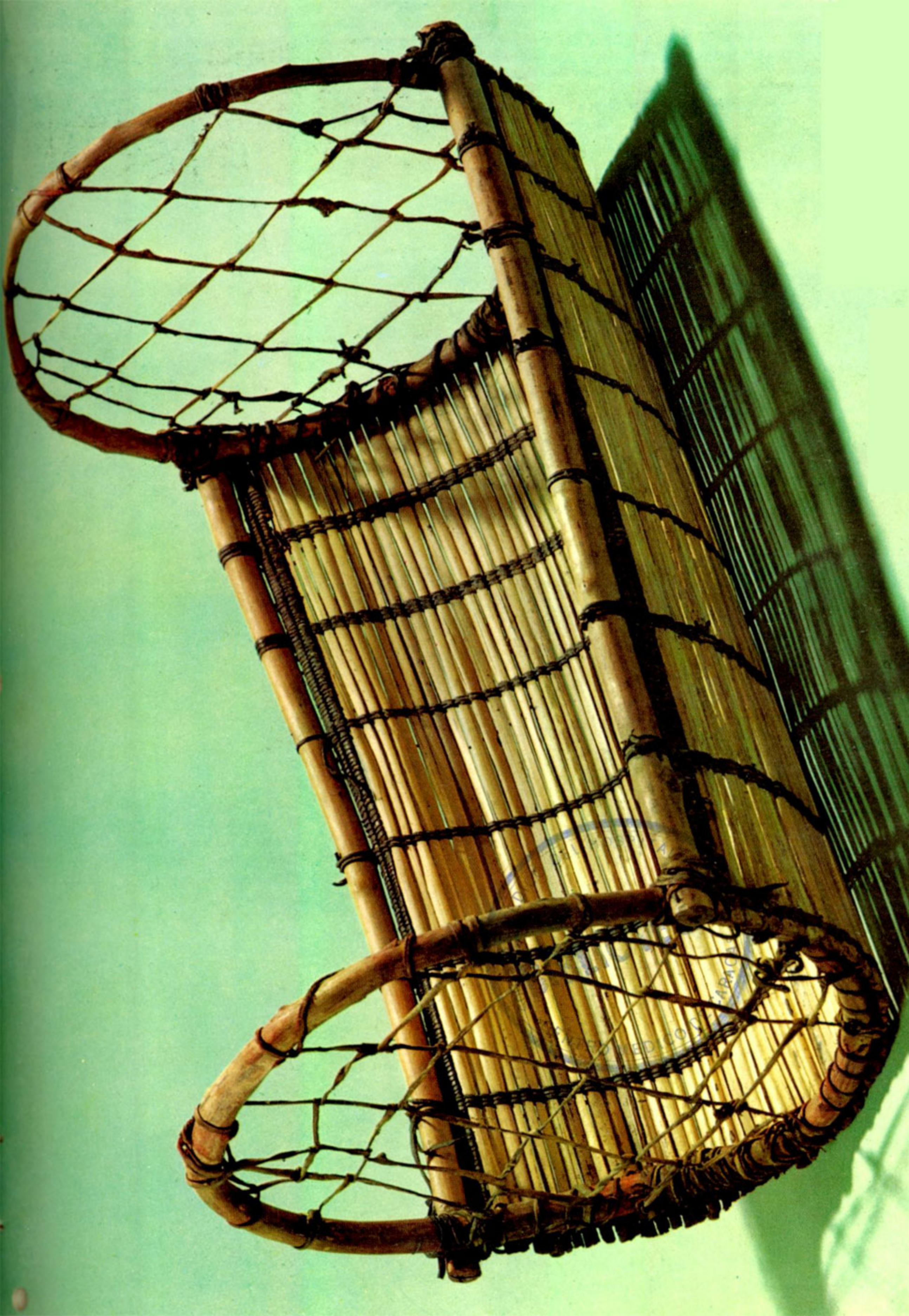
BETASONA se presenta en forma de tabletas ranuradas cada una de las cuales contiene 0.5 mg. de betametasona. Frascos de 12, 30 y 100 tabletas.

BETASONA es un nuevo corticoide desarrollado en Gran Bretaña por Glaxo que deriva sus ventajas de su singular estructura química en la que la posición beta del grupo 16-metilo en la fórmula 16-beta-metil-9-alfa-fluoro-prednisolona (betametasona) expresa la introducción de más de veinte nuevas fases químicas en su complejo proceso de manufactura, BETASONA, dosis por dosis, cuesta menos que cualquier otro sucesor de la prednisolona.

**Betasona** m.r. Inglaterra

mejor — más seguro — más activo — más económico





# nan

Alimento de composición científicamente establecida para asemejarse a la leche de mujer.

---

Especialmente indicado para el lactante durante el tiempo en que necesita un alimento que supla las características esenciales de su leche materna.

En su elaboración se consideran esencialmente los factores siguientes para hacerla semejante a la leche de mujer.

Adaptación del tenor de proteínas para obtener la misma relación caseína-lactoalbúminas.

Idéntica proporción de ácidos grasos saturados y no saturados.

Ajuste del contenido de sales minerales.

NAN está enriquecido con vitaminas A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, Nicotinamida, Pantotenato de Calcio, C, D<sub>3</sub>, E, glicocola y hierro orgánico, en cantidades fisiológicamente útiles.

Su composición ideal y excelente digestibilidad permiten al lactante beneficiarse de su íntegro valor nutritivo.

Se recomienda generalmente reconstituir Nan al 15%, que se obtiene disolviendo una medida (5 g) por onza (30 cm<sup>3</sup>) de agua hervida, tibia.

---

Serie de cunas antiguas.

“Cuna Tuareg, Tengueredief”

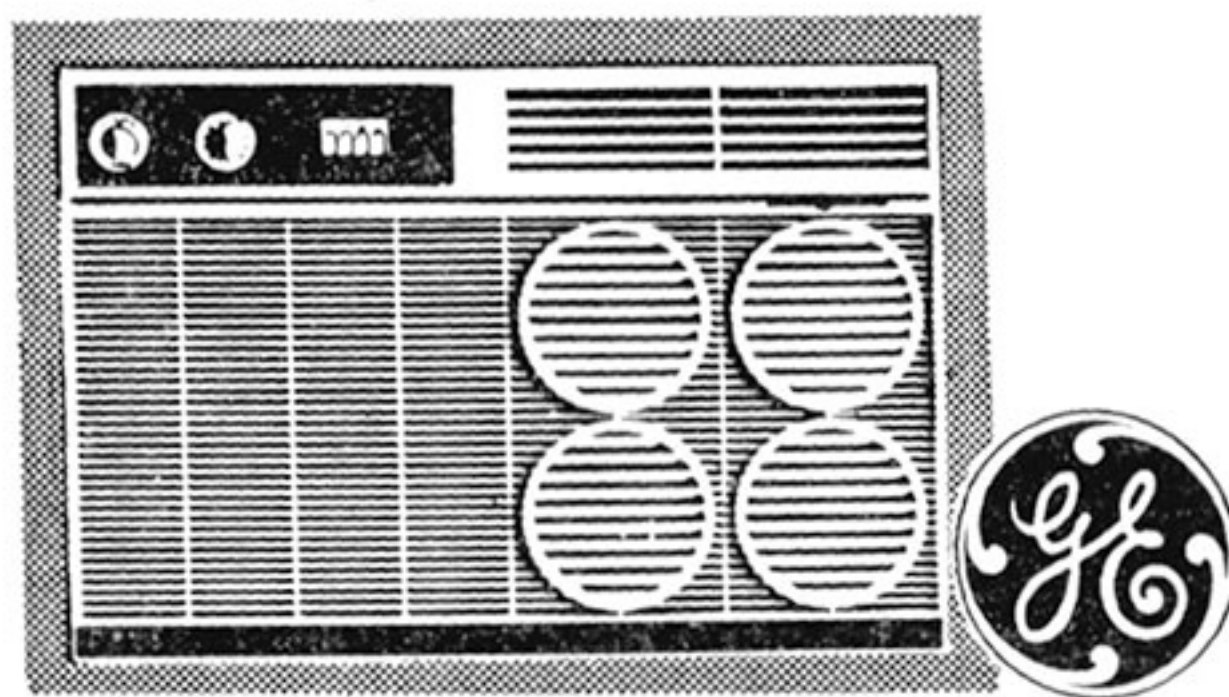
Lecho confeccionado con tallos de palmera doum sujetos con tiras de cuero.

(Museo del Hombre, París)

Ref.: IND · CA8 · A · NA · A000



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

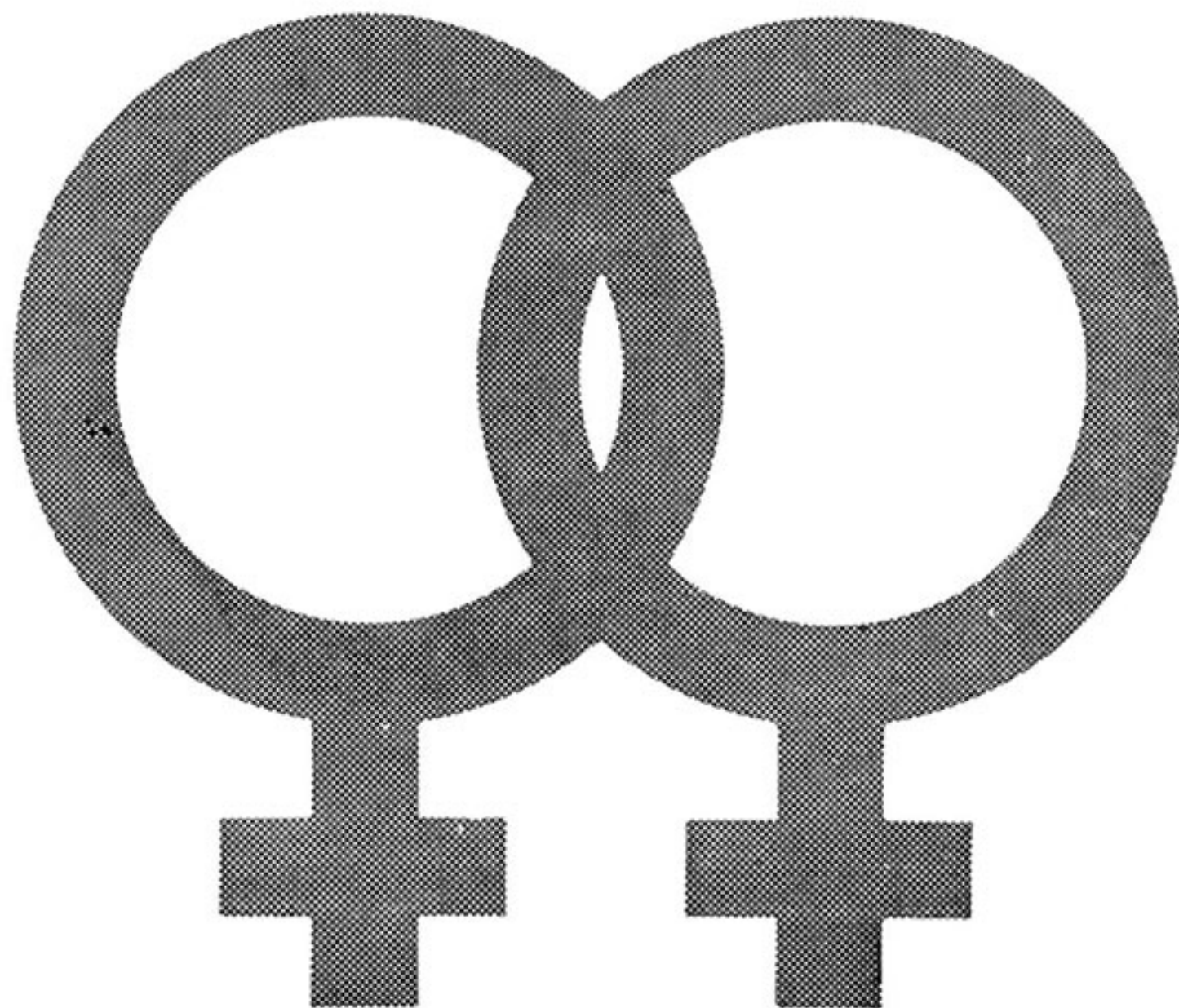


**AIRE ACONDICIONADO**  
**GENERAL ELECTRIC**

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

**GENERAL**  **ELECTRIC**

E. U. A.



# Gynovlar

Asociación hormonal estrógeno-gestágena para el tratamiento de las ginecopatías que requieren reposo ovárico transitorio. Mejora o hace desaparecer las molestias y trastornos producidos por

---

Dismenorrea • Endometriosis

---

Esterilidad funcional

---

Crisis ovulatorias

---

Irregularidades del ciclo

---

Presentación: Envase con 21 grageas  
SCHERING A. G. BERLIN / ALEMANIA



## XV CONVENCION ANUAL DE LA ASOVAC

Caracas, Mayo de 1965

# Factores Limitantes al Desarrollo de la Investigación Científica en Venezuela

RAIMUNDO VILLEGAS

Señores:

En Venezuela, como en todos los países latinoamericanos, existe una aristocracia reducida viviendo en el lujo, una clase media no muy extensa viviendo con moderada comodidad y una gran mayoría de la población que tiene muy poco más de lo que necesita para mantenerse viva. Con palabras parecidas describió Bertrand Russell cómo era en épocas pasadas la estructura social de los países hoy altamente desarrollados.

La relación entre el desarrollo de un país y su progreso científico se ha hecho cada día más evidente. Todos los países que progresan científicamente, además de elevar su nivel cultural, alcanzan un alto grado de desarrollo tecnológico, industrial y económico. El incremento de los bienes materiales de los individuos, hasta niveles razonables, aumenta las posibilidades de que esas personas se desarrollen espiritualmente.

Si consideramos a la ciencia y la tecnología como instrumentos esenciales para superar el atraso de un país, estamos obligados a acelerar nuestro progreso científico.

Quiero referirme esta noche a los factores que considero frenan el desarrollo de la investigación científica en Venezuela.

El factor fundamental para el desarrollo científico de cualquier país es siempre humano. Cifras optimistas sugieren que en Venezuela hay algo más de 500 investigadores científicos. Pero si consideramos como investigadores científicos solamente a los hombres y mujeres que saben y comprenden las leyes de la naturaleza, están capacitados en las técnicas de la investigación científica, tienen entusiasmo, tenacidad y talento creador se puede estimar que en Venezuela el número de investigadores científicos es solamente de alrededor de medio centenar,

siendo por tanto mucho menor el de las personas con vocación y capacidad para orientar y enseñar el arte de la investigación científica. Esta escasez de investigadores con espíritu docente constituye nuestra primera causa de atraso. **Faltan quienes transformen las vocaciones latentes en el deseo consciente e irresistible de hacer ciencia. Hacer ciencia que es diferente de hablar de ciencia.** Esta situación debería obligar a los investigadores a preocuparse muy seriamente por los jóvenes que se les acercan en busca de orientación y enseñanza, y a los institutos de investigación a estimular la función docente de sus científicos. Las instituciones científicas deberían enaltecer a sus investigadores con capacidad docente y favorecer el crecimiento de los núcleos que hacen buena investigación y demuestran capacidad para la enseñanza. La calificación de un científico debe hacerse en base, primero, como todo ser humano, por su calidad moral y luego por su obra, que está formada por sus aportes al conocimiento universal y por sus discípulos de buena calidad.

**Intimamente relacionada con la escasez de investigadores con capacidad docente puede considerarse la presencia de personas poco preparadas ocupando puestos docentes de asignaturas científicas, ó peor aún, posiciones directrices.** Estas personas sólo sirven para desorientar a los jóvenes que se les acercan en busca de consejo. Ellos deberían dirigir esos jóvenes hacia los investigadores que pueden darles, si no la educación y el entrenamiento necesarios, al menos la orientación.

**Acentuando los factores anteriormente citados aparece la indeseable selección que ejercen las circunstancias del lugar donde se nace y los recursos económicos que se poseen.** Aunque densos sectores populares se han incorporado en los últimos años a la educación superior y se ha intensificado la educación en provincia, estos factores siguen teniendo vigencia.

Aún en los países altamente desarrollados no ha sido posible hacer desaparecer totalmente las limitaciones que representan el nacer lejos de las ciudades con buenos centros docentes o el nacer en la pobreza. Si consideramos siempre el talento y la fortuna no deberíamos preocuparnos demasiado por quienes dejan de seguir estudios superiores por razones económicas. Sin embargo, sabemos que hay personas de talento distribuidas en toda la población y esto ocasiona, como apunta Vannevar Bush, una tremenda pérdida del mayor recurso de una nación, la inteligencia de sus ciudadanos. Es deber del Estado impedir la pérdida de sus jóvenes de talento que nacen sin medios de fortuna.

**Nuestro sistema educativo tradicional también representa un obstáculo al progreso de la ciencia.** Nuestras escuelas, liceos y universidades son esencialmente centros de distribución de información. La enseñanza debería estar orientada a producir personas cultas, imaginativas, capaces de progresar intelectualmente y con un conocimiento experto en alguna especialidad. **Al educar a los niños y a los jóvenes deberíamos cuidarnos de no destruir su imaginación.** La capacidad creadora del investigador científico es la imaginación de la juventud desarrollada por la educación y fortalecida por la disciplina. Deberíamos enseñar pocas materias, pero fundamentales y a fondo. Nuestra educación, como señala Whitehead, debería despedir a los alumnos con algo que saben bien y algo que puedan hacer bien.

Desearíamos señalar ahora algunos factores del medio que han ejercido una influencia negativa sobre la evolución de la ciencia en el país.

El Estado ha apoyado económicamente a las universidades y a los institutos de investigación, pero si bien es cierto que los presupuestos son más elevados que hace 8 años, no hay proporción entre sus aumentos, las necesidades y el incremento del número de beneficiarios.

Nuestra sociedad parece organizada sobre una escala de falsos valores como son el lujo, la ostentación y el aplauso local.

Los hombres creen valer tanto como la fortuna que poseen. Algunos padres inculcan a sus hijos el que el lujo y la ostentación son iguales a la felicidad y los orientan exclusivamente hacia profesiones lucrativas. La ciencia, las artes y las letras resultan las más perjudicadas con esta escala de valores. Para disminuir el efecto de estas malas costumbres, Venezuela debería estimular su intercambio intelectual con el exterior y especialmente con los países latinoamericanos y abrir sus puertas a sus científicos e intelectuales de talento y con deseos de vivir entre nosotros. Está demás señalar que la ciencia puede contribuir científicamente a la unidad latinoamericana y al desarrollo armónico de estos países.

Las personas y familias que poseen grandes riquezas, con honrosas excepciones, no colaboran en forma estable al progreso de la ciencia y de los movimientos culturales en la medida de sus posibilidades. La filantropía debería de ser un ejercicio obligatorio de quienes alcanzan la riqueza. Otra solución, más técnica, es el establecimiento de impuestos que nivelen dentro de lo razonable los ingresos, de manera de poder sufragar los gastos del desarrollo.

Los medios de información no han colaborado eficazmente en dar a conocer los esfuerzos que se realizan en la actualidad, dentro de las universidades y de los institutos de investigación. Ellos deberían ayudar a interesar al público en las grandes líneas de investigación que se cultivan en el país, sin sensacionalismos, colaborando a despertar el interés de los jóvenes en la ciencia y a explicar a los adultos los gastos que ocasiona la investigación científica. Los encargados de los medios de información deberían armonizar su deber de informar al público sobre la investigación que se realiza en el país y el deber de los científicos de rechazar la propaganda personal excesiva.

Como consecuencia de propaganda inmerecida y excesiva, el país cuenta con falsos ídolos que entorpecen directa o indirectamente el progreso de la ciencia. Unos de estos hombres dió prueba de su incapacidad directiva, egoísmo y desprecio por los venezolanos, cuando mantuvo durante un accidente de nuestra historia, el control de la investigación básica en el país durante varios años. El científico antes que todo y por encima de todo es un ser humano, al cual debe exigírsele, por su capacidad intelectual, que sea responsable de sus actos y de su conducta al igual o más que a cualquier ciudadano. El hombre, cualquiera sea su ocupación, tiene el deber de buscar la perfección moral.

Señores:

Aún con las limitaciones anteriormente expuestas, quienes nos señalaron y precedieron en el camino que hoy transitamos han logrado echar las bases de un

**movimiento científico que no existía hace 15 años, cuando se reunió la primera Convención de esta Asociación. Es deber de la nueva generación engrandecer esa labor.**

**Es necesario aumentar el número de los hombres y mujeres de calidad que trabajan en investigación científica, mejorar o crear las estructuras necesarias y el ambiente propicio a un acelerado progreso científico, tecnológico y espiritual.**

El 52 por ciento de la población del país es menor de 21 años. Cuatro millones de personas constituyen un grupo extraordinario para cualquier empresa.

**Tenemos la obligación de remover los factores que tradicionalmente han impedido que la mayoría de los jóvenes de talento de cada generación alcancen su pleno desarrollo intelectual.**

Los países que han comprendido cabalmente que el progreso depende fundamentalmente del número de personas capaces, bien entrenadas y con entusiasmo, de los cuales dispone, han buscado la manera de descubrir y educar a sus jóvenes de mayor talento, brindándoles la ayuda necesaria para que puedan alcanzar su pleno desarrollo intelectual.

Estimo que Venezuela debe hacer el mismo esfuerzo por ayudar a sus hombres y mujeres de talento. Hay que dar a la inteligencia una oportunidad, luego de tantos años de dominación de la fuerza.

**Debemos buscar entre los estudiantes de nuestras escuelas, liceos y universidades, a los más talentosos.** Esta empresa pudiera limitarse en un principio a los jóvenes de los últimos años de educación secundaria y de los primeros años de las escuelas universitarias. La selección debe hacerse precozmente para evitar o contrarrestar en lo posible la influencia indeseable de algunos factores negativos del medio. **A los mejores debemos estimularlos y ayudarlos a finalizar sus estudios en los mejores centros educativos sean nuestros o de otros países.** La ayuda económica es necesaria porque el camino para hacerse investigador científico es largo y es muy escaso el número de personas que pueden mantenerse estudiando tanto tiempo sin ayuda del Estado o de Fundaciones particulares. El número debe ser suficientemente grande, ya que si bien es posible seleccionar a los mejores dotados intelectualmente, ningún método permite descubrir quienes alcanzarán posiciones distinguidas como científicos o como tecnólogos.

Si el país emprendiera esta gran tarea de descubrir y ayudar a los más inteligentes y tenaces, sin descuidar la educación general de la mayoría, en muy pocos años tendríamos un vigoroso florecimiento de Venezuela.

DOLOR DE CABEZA  
GRIPE  
RESFRIADOS

# BUFFERIN

ALIVIA RAPIDAMENTE  
NO TRASTORNA EL ESTOMAGO



# JOSE F. BAUTE MESA

OFRECE A LOS SEÑORES MEDICOS  
CLINICAS Y HOSPITALES  
UN EXTENSO SURTIDO EN

## **Material Médico-Quirúrgico, 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



**PARTICIPAMOS**  
A LOS HONORABLES CUERPOS:  
MEDICO Y FARMACEUTICO

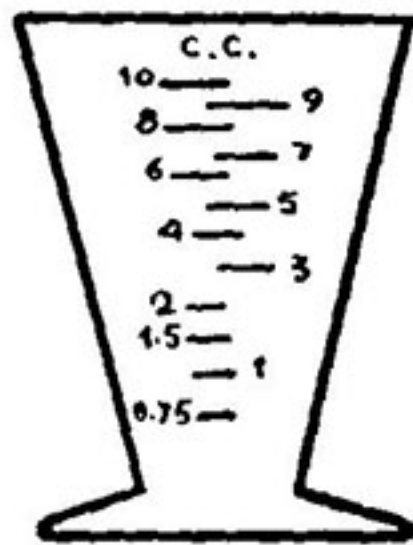
que ya está a la venta en todas las Farmacias y Droguerías del país, nuestra especialidad:

# ILOCLOR

asociación antibiótica: Demetilclortetraciclina y Laurilsulfato de Eritromicina Propionato.

en sus dos formas farmacéuticas

1) SUSPENSION



Fco. x 60 cc.

2) CAPSULAS



Fcos. x 8 y 16  
cápsulas

FARMACO ESPECIALIDADES, S. A.  
"FESA" — CARACAS

# **LABORATORIOS BEQUIM**

*en un modesto esfuerzo para la clase médica venezolana*

*P R E S E N T A*

## **Resúmenes Médicos**

*UNA BREVE SINTESIS MENSUAL CON IMPORTANTES*

*RESUMENES DEL AVANCE MEDICO*

Agradecemos solicitarlo al APARTADO 7832 - Nueva Granada,

o por el TELEFONO 61.21.01 al 03