

66

VOLUMEN XIX

centro médico

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

- LOS INSTITUTOS PRIVADOS EN LA EDUCACION MEDICA DEL GRADUADO
Dr. Antonio Clemente H.
- DISCURSO DEL Dr. ARMANDO MARQUEZ R.
- DISCURSO DEL Dr. OTTO RODRIGUEZ ARMAS
- COMENTARIOS SOBRE EL ORIGEN DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS HASTA SU INAUGURACION
Dr. Leopoldo E. López
- DEPARTAMENTO DE ANESTESIA. SU PROYECCION Y EVOLUCION EN 32 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO
Dr. Roberto J. Lucca E.
- ESFINTEROPLASTIAS EN EL H. G. O.
Dres. Jaime Plaza C., Aaron Toledano M.
y Eduviges Congedo
- CANCER DEL ANO Y DEL CANAL ANAL
Dres. P. Morgado Nieves, Nelson Hamana
y Roberto Varnagy



M A Y O

1 9 8 0

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA



ITURBE HÑOS. C.A.

Representantes Exclusivos de:



fabricantes de

TERMOGRAFOS DE PLACAS

' ' T H E R M O D E T E C T ' '

Para detección del cáncer en las glándulas mamarias

y

CONTROLADORES DE TEMPERATURA

' ' T H E R M O F R O N T ' '

Para medir la temperatura humana

Paseo de Los Ilustres - Edif. RADS - Local "B"

Frente a la Universidad - Los Chaguaramos

Teléfonos: 662.30.33 - 662.31.47

Caracas - Venezuela



66 Vol. XIX

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernandez
Palazzi

Administrador-Editor:
Francisco Solé Pujol

Comité de Redacción:

Dres. Jaime Plaza Castés
Armando Pérez
Monteverde
José Francisco
David Márquez
Mercedes Aure Tulene

Asesor-Administrativo:
Dr. Jorge Soto Rivera

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Luis Arturo Ayala N.

Vice-Presidente:
Dr. Ramón Soto Sánchez

Secretario:
Dr. Leopoldo Cárdenas G.

Tesorero:
Dr. Víctor Baquero A.

Vocal:
Dr. Bruno Burger

Dirección:
Centro Médico de Caracas.
Plaza del Estanque,
San Bernardino, Caracas
Teléfono: 52.22.22
(cuarenta líneas)

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

Impreso en Venezuela por.
Di-Gráfica GOMEZ
Telf. 561.6799 - Caracas

Vol. XIX No. 66 - Mayo 1980

centro médico

VOL. XIX No. 66 — MAYO 1980

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD MEDICA
DEL HOSPITAL PRIVADO
"CENTRO MEDICO DE CARACAS"

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

PUBLICACIONES *del* CENTRO MEDICO *de* CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

EDITORIAL

- Los Institutos Privados en la Educación Médica del Graduado
Dr. Antonio Clemente H. 69
- Discurso del Dr. Armando Márquez R. 75
- Discurso del Dr. Otto Rodríguez Armas 77
- Comentarios sobre el Origen del Centro Médico de Caracas hasta su Inauguración
Dr. Leopoldo E. López 81
- Departamento de Anestesia. Su proyección y Evolución en 32 Años de Funcionamiento
Dr. Roberto J. Lucca E. 85
- Esfinteroplastias en el H. G. O.
Dres. Jaime Plaza C., Aaron Toledano M. y Eduviges Congedo 95
- Cáncer del Ano y del Canal Anal
Dres. P. Morgado Nieves, Nelson Hamana y Roberto Varnagy 101
- Revisión Bibliográfica 109

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

Más de 33 años sirviendo a Venezuela

- **Proyecto, Instalación y Suministro de Gases Medicinales Centralizados:**
Oxígeno, Oxido Nitroso, Aire Comprimido libre de Aceite, Vacío, Nitrógeno, Mezclas.
- **Dotación de Equipos para Clínicas y Hospitales:**
Medidores de Flujo, Humidificadores, Nebulizadores, Equipos de Succión, Máquinas de Anestesia Chemetron, Equipos de Ventiloterapia Puritan Bennet.
- **Distribuidor Exclusivo de los productos Chemetron y Puritan Bennet en Venezuela, contando con repuestos y Servicio Técnico Especializado.**

GIV

C. A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA

Oficina Principal: Av. Fco. de Miranda. Plaza Sur Altamira
Teléfonos: 33.53.81 al 83 - 33.60.38 - 33.61.09 - Caracas

Sucursal: Caracas: Teléfonos: 49.55.91 - 49.59.38

Sucursales:

Maracaibo: Telfs. 22.90.88 - 22.95.11

Maracay: Telfs. 22.985 - 26.928

Paraguaná: Telf. 91.747

Barquisimeto: Telfs. 45.20.48 - 45.21.84

Valencia: Telfs. 50.880 - 84.600

Puerto La Cruz: Telfs. 65.596 - 64.416

NORMAS PARA PUBLICACION DE LA REVISTA CENTRO MEDICO

Información para los autores:

La Revista "Centro Médico" se edita tres veces al año (enero mayo y septiembre). Les invitamos a participar en ella mediante la remisión de trabajos clínicos, de laboratorio, socio-económico, culturales e históricos afines con la medicina.

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

1. **Artículos de fondo**, no divulgados en otras revistas excepto en caso de consentimiento por el Director y por la revista original.
2. **Revisiones bibliográficas.**
3. **Presentación de casos clínicos.**
4. **Editoriales de interés general o relacionados con lo publicado en la Revista.**
5. **Noticias, informaciones y cartas dirigidas al Comité de Redacción.**

Instrucciones:

El original y un duplicado escrito a máquina y a doble espacio en papel tipo carta, con la inclusión de referencias y anexos (cuadros, figura y/o fotografías) deben ser entregados a la Dirección de la Revista.

1. Artículos de fondo.

- 1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.
- 1.2. Cada contribución no deberá excederse de 15 páginas incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras incluyendo el método, resultados y conclusiones. No se aceptarán más de 6 anexos (figuras, cuadros y fotografías). Debe incluirse una traducción del resumen en inglés o francés. El trabajo debe ser desarrollado así: introducción, material y métodos, resultados, discusión y comentarios, resumen y bibliografía. Si se requieren más de 6 anexos, debe pedirse especialmente a la Dirección de la revista y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo a las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de las 15 páginas en total.
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargos que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos. Si fue presentado en algún Congreso debe decirse.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas en orden alfabético. El estilo debe ser igual al que sigue el Index Medicus incluyendo: Apellidos e iniciales de autores, título del artículo, nombre de la revista en abreviación o completo cuando pueda haber confusión, (ciudad), número del volumen, primera y última página y año. Las referencias del libro serán: autor(es), título, capítulo, editorial, lugar, año y página(s). Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: Título, nombre de autores, de anexo, leyendas y ubicación en el texto.
- 1.5. Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de caracteres nítidos. Los dibujos deben ser en tinta negra sobre papel o cartulina blanco. Si se emplea ilustración de otro autor, debe consignarse el consentimiento de éste, o de la casa editorial si fuese un libro.
- 1.6. El autor sufragará los gastos de publicación de las fotos en color, así como los clisés de fotografías y dibujos y las separatas que el directamente solicite.

2. Revisiones Bibliográficas:

- 2.1. Se publicarán estudios críticos de experiencia o conceptos, trabajos prácticos y didácticos que sirvan de guía en la práctica clínica, particularmente en aquellos campos que han demostrado un gran progreso en los últimos cinco años.
- 2.2. Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación, pero no deben excederse de 8 páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.
3. **Presentación de casos clínicos:** Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser sucinto, aportando únicamente los datos positivos y negativos pertinentes. No se aceptarán más de 8 páginas incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas
4. **Editoriales:** Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes preferiblemente relacionados con artículos originales publicados en la revista o trabajos importantes en la práctica, la ciencia y cultura de la medicina. Los editoriales serán escritos por investigadores y especialistas seleccionados por el Comité de Redacción de la revista.
5. **Noticias médicas y cartas:** Al final de cada número se publicarán anuncios sobre Congresos, Cursos, Simposia y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

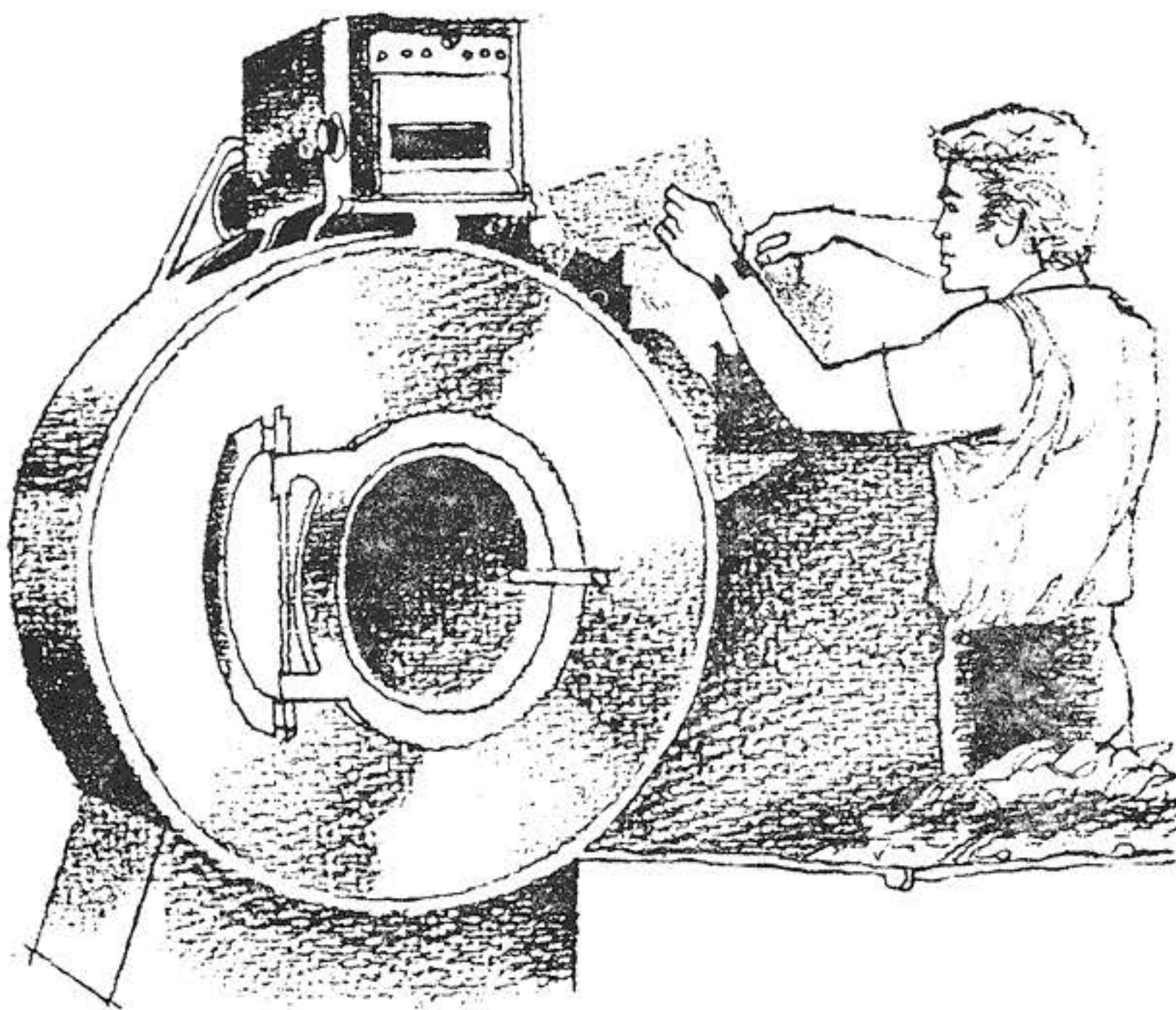
Manuscritos: Deben ser dirigidos al:

Dr. Federico Fernández Palazzi
Director Revista "Centro Médico"
Sociedad Médica
Centro Médico de Caracas
Plaza El Estanque
San Bernardino. Caracas 101.

Los editores no serán responsables por las opiniones individuales expresadas por los autores de los trabajos aceptados.

El Comité de Redacción se reservará el derecho de seleccionar las publicaciones de acuerdo con criterios estrictamente científicos.

El Comité de Redacción, si lo considerase conveniente, someterá los originales a revisión por especialistas consultantes de nuestra revista.



Hace 20 años comenzamos a ganar confianza...

Desde hace veinte años los profesionales de tintorerías y lavanderías saben que pueden confiar en Wyandotte. Porque en Wyandotte no sólo elaboramos la más variada línea de productos para esa industria (detergentes, incrementadores, blanqueadores, neutralizadores, desmanchadores y muchos otros), sino que, sobre todo, somos una empresa profesional con una tecnología altamente desarrollada para garantizar siempre la más alta calidad y el mejor servicio.



Wyandotte[®]

Tecnología química avanzada al servicio de la limpieza.



MD-LAB, C. A.

MATERIAL MEDICO y DE LABORATORIO

Distribuidores Autorizados de:

KENDALL (Productos Hospitalarios)

3M (División de Productos Médicos)

 **TERUMO**

Prolongación Av. Principal de La Carlota, entre Av. Fco. de Miranda
y Av. Rómulo Gallegos, Local No. 2 - Anexo al Colegio Madre Emilia
Los Dos Caminos, Caracas
Teléfono: 35.45.14

**LOS INSTITUTOS PRIVADOS
EN LA EDUCACION MEDICA DEL GRADUADO ***

Dr. Antonio Clemente H. *

INTRODUCCION

En la Federación Médica Venezolana tenemos el concepto de que todas las Instituciones que presten servicio de salud, deben contribuir a la formación de personal, siempre y cuando llenen los requisitos requeridos y ellos sean debidamente evaluados por la Facultad de Medicina de la Universidad del área donde se encuentre ubicados.

En la región capital donde está la U.C.V., muchos de los egresados luego de concluir la experiencia en el área rural no encuentran plazas vacantes en los Hospitales para hacer un año de Internado que pueda permitirles cumplir con el requisito para ingresar en las Residencias programadas de Post-grado.

El año de Internado de Pregrado con sus 50 semanas (10 en cada Departamento Clínico básico: Cirugía, Medicina, Obstetricia, Pediatría y 10 de Medicina Rural o Participativa) junto con el año rural y el año de Internado de Post-grado, permiten al ser estructuradas debidamente constituir un lapso ideal para hacer el entrenamiento e interiorizar las actitudes que permitan formar un médico general/familiar, que tanto necesita la estructura de atención nacional así como continuar un Curso de Especialización.

MATERIAL Y METODO

La Comisión de Internado de la Facultad de Medicina, con el fin de adscribir facilidades hospitalarias para distribuir los alumnos del último año, hizo un estudio de los Institutos del área, de ellos obtuvimos algunos datos, especialmente cuatro de ellos de gran significación.

Estudiamos también 7 clínicas y Hospitales Privados. En todos ellos evaluamos el número de camas por Departamento, no de admisiones por año, no de operaciones.

Hay en el área 8.838 camas que pueden ser utilizadas discriminadas en Clínicas y Hospitales Privados, Hospitales de 4, 3, 2 y 1 Departamento respectivamente y dos tipos de hospitales de especialidades (T.B.C. y Psiquiatría) (Cuadro 1).

* Ex-Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital Universitario de Caracas.
Ex-Jefe de la Cátedra de Cirugía 3, Facultad de Medicina U.C.V.

CUADRO 1

Número de Camas Hospitales - Clínicas

Clínicas Privadas	360
Hospitales Privados	636
Hospitales 4 Departamentos	3.203
Hospitales 3 Departamentos	960
Hospitales 2 Departamentos	472
Hospitales 1 Departamento	1.721
T. B. C.	536
Psiquiatria	950
TOTAL	8.838

CLEMENTE: 1975

Fuente: Comisión de Internado de Pre-grado U.C.V.
Comunicaciones Personales

CLINICAS PRIVADAS DE CARACAS (1, 2, 4, 5).

Escogimos siete de ellas, que las consideramos más representativas del sector.

En todas ellas hay las unidades fundamentales de apoyo: Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Terapia Intensiva, Radiodiagnóstico, Laboratorio, Emergencia y Cirugía Menor.

Durante este año (1975) fueron practicadas 16.769 historias clínicas, fueron atendidos de emergencia y cirugía menor 11.796, y practicadas 12.533 intervenciones de Cirugía Mayor. Es de hacer notar que dentro del personal médico de estos Institutos hay una predominante mayoría de profesores universitarios, y de muy destacados especialistas (cuadro 2).

CUADRO 2

CLINICAS PRIVADAS - CARACAS

	AP.	BS.	TI.	Rx.	LAB.	H.M.	His x Res.	Emerg, C.Menor	Oper,
Centro Médico	+	+	+	+	+	+	4.763	2.190	2.920
Clínica "El Avila"	+	+	+	+	+	+	1.177	2.520	1.278
Clínica Razetti	+	+	+	+	+	+	2.329	1.000	1.750
Clínica "Stgo. de León"	+	+	+	+	+	+	2.701	1.160	2.030
Clínica "Vista Alegre"	+	+	+	+	+	+	931	400	710
Instituto Diagnóstico	+	+	+	+	+	+	1.860	600	1.420
Inst. Méd. La Floresta	+	+	+	+	+	+	2.508	2.005	2.425
TOTAL							16.769	11.796	12.533

CLEMENTE: 1975

FUENTE: PAS - Comunicaciones Personales

El contacto diario con una muestra tan abundante de material clínico es realmente conveniente para la información y formación de internos. Es necesario destacar que por definición la labor médica desempeñada no corresponde a la denominación de "Residente" indebidamente empleada. Pues ella implica un grado de responsabilidad con el cuidado de la salud de los pacientes diferente a la labor desempeñada por los internos que son el comienzo de la carrera hospitalaria.

En el cuadro 3 señalamos el número de camas de cada uno de ellos, así como el hecho de que en todas ellas se atienden pacientes de las cuatro disciplinas clínicas básicas (Cirugía, Medicina, Obstetricia y Pediatría). El total de Internos es de 45 y la frecuencia con la cual hacen guardias nocturnas es variable, de más está decir que para ser parte de un programa docente todos estos aspectos tendrían que ser normados por un Organismo Coordinador, que por decisión de la Federación Médica es la Universidad Central de Venezuela.

CUADRO 3
CLINICAS PRIVADAS - CARACAS

	No. Camas	Cirug.	Med.	Obst.	Pediat.	No. Res.	Guard.
Centro Médico	102	+	+	+	+	9	4
Clínica "El Avila"	36	+	+	+	+	6	1
Clínica Razetti	50	+	+	+	+	7	1
Clínica 'Stgo. de León'	58	+	+	+	+	6	1
Clínica "Vista Alegre"	20	+	+	+	+	7	1
Instituto Diagnóstico	40	+	+	+	+	4	2
Inst. Méd. La Floresta	360	+	+	+	+	45	13

CLEMENTE: 1975

FUENTE: PAS = Comunicaciones Personales

HOSPITALES PRIVADOS CARACAS, LA GUAIRA, MAIQUETIA (6)

Escogimos cuatro de ellos, el San José de Maiquetía, el "Carlos J. Bello" de Caracas y dos especializados en Ortopedia, el "Ortopédico Infantil" y el "San Juan de Dios".

Tienen en totalidad 636 camas, la gran mayoría de ellas de Cirugía 517. Creemos oportuno señalar que en nuestros días con el gran desarrollo de los métodos de diagnóstico especialmente los llamados no invasivos así como el enorme esfuerzo hecho en la investigación química y farmacodinámica, hay una marcada tendencia a usar las facilidades de hospitalización para los casos de Cirugía, por la necesidad de apoyo técnico que muchos de ellos requieren.

Es una verdad que la historia del Sanatorio para Tuberculosis y Lepra, de hoy es que han sido convertidos en hospitales generales, pues ambas enfermedades son tratadas por medicamentos que permiten que la mayoría de los pacientes puedan estar en contacto con sus familiares y sin temor de transmitirles el agente causante.

HOSPITALES DEL AREA CAPITAL CON LOS CUATRO DEPARTAMENTOS CLINICOS.

Ellos son: El Hospital Universitario de Caracas, el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, el Hospital "Miguel Pérez Carreño" y el Hospital "José María Vargas" de la Guaira.

Ellos cuatro tienen 3.202 camas repartidas así: Cirugía 1.959, Medicina 914, Obstetricia 232 y Pediatría 304. En este grupo de hospitales observamos que la proporción de camas destinadas al tratamiento de enfermedades por procedimientos operatorios es significativamente alta, por las razones expuestas.

La productividad del Hospital (3) entre 1956 y 1976 fue de 8.700 operaciones por año, lo que señala que de cada una de las 500 camas egresaron **17 pacientes** por año. En las 360 camas de las Clínicas estudiadas (1975) fueron hechas 12.533 operaciones, debiendo señalar que el número de pacientes hospitalizados y no operados fue de 16.769. Con este margen de imprecisión cada una de esas camas egresaron **34 pacientes** o sea el doble que la muestra anterior.

CUADRO 4

HOSPITALES PRIVADOS - CAPITAL

	Cirugía	Med.	Obst.	Pediat.	Total
Hospital San José de Maiquetía	51	45	8	32	136
Hospital "Carlos H. Bello"	86		33		119
Hospital Ortopédico Infantil	180				180
Hospital "San Juan de Dios"	200				200
TOTAL	517	45	41	32	636

CLEMENTE: 1975

FUENTE: Comisión de Internado de Pre-grado U.C.V.

CUADRO 5

HOSPITALES AREA CAPITAL - 4 DPTOS.

		Cirug.	Medic.	Obst.	Pediat.	?	Total
Hospital Univers. de Caracas	IA-SAS	502	439	58	101		1.100
Hospital Militar de Caracas	MD	575	375	25	75		1.050
Hospital "Miguel Pérez C."	IVSS	448	60	66	78		652
Hospital "José María Vargas de La Guaira"	IVSS	134	90	83	50	43	400
TOTAL		1.659	914	232	304	43	3.202

CLEMENTE: 1975

Comisión de Internado de Pre-grado U.C.V.

CONCLUSIONES

1. — Consideramos que los hospitales y Clínicas Privadas deben someter sus programas de Internados y Residencias a la consideración de la Comisión de Post-grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para que puedan ser utilizados sus recursos en la formación de médicos.
2. — Los índices de productividad y de evaluación de los Hospitales y Clínicas deben ser mejorados y ajustados a las metas propuestas internacionalmente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BAQUERO G., RICARDO (q.e.p.d.). Comunicación personal, Centro Médico del Instituto Diagnóstico.
- 2 — BENSIMOL, ALBERTO. Comunicación personal Clínica Vista Alegre.
- 3 — CLEMENTE H., ANTONIO. Hospital Universitario de Caracas, 1956-1976. Congreso Venezolano de Cirugía, Puerto Ordáz 1977.
- 4 — CLEMENTE U., LINO. Comunicación personal, Clínica "El Avila".
- 5 — DONAHI B., REINALDO. Comunicación personal, Clínica "Santiago de León".
- 6 — VIZCARRONDO, JOSE R. Comunicación personal, Junta de Beneficencia del Distrito Federal.

Suministros Médicos C. A.

- APARATOS E INSTRUMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS
- MOBILIARIO PARA MEDICOS, CLINICAS Y HOSPITALES
- MATERIAL DESECHABLE
- DISTRIBUIDORES DE LOS ACCESORIOS PARA RAYOS X DE LAS MARCAS HALSEY Y WOLF
- PELICULAS RADIOGRAFICAS Y QUIMICOS "KODAK", REPUESTOS Y SERVICIO TECNICO

Avenida Sorocaima, Edificio Los Andes, Local 1-A
Teléfonos: 52.02.82 - 51.55.82
San Bernardino - Caracas

**DISCURSO DEL Dr. ARMANDO MARQUEZ R.
como Presidente del Centro Médico de Caracas,
en las III Jornadas Científicas
Diciembre 1979**

Distinguidos Médicos invitados,
Estimados Colegas del Centro Médico,
Señoras y Señores:

Como Presidente del Centro Médico de Caracas y en nombre de la Junta Directiva, es para mí un especial placer inaugurar estas III Jornadas Científicas patrocinadas por nuestra institución. Ellas no sólo significan un aporte a la comunidad médica venezolana sino que además consolida al Centro Médico como pionero en este tipo de eventos así como también lo ha sido en otros campos de la medicina. Baste recordar como ejemplo el uso de la colangiografía per-operatoria iniciada desde 1948 por el Dr. Ricardo Baquero y actualmente el inicio de la cirugía cardio-vascular en los hospitales privados venezolanos.

En esta ocasión contamos con la presencia de destacadas personalidades extranjeras. Ellos han venido a compartir sus experiencias con nosotros. Este intercambio de conocimientos, que se realiza hoy por 3ra. vez, representa el esfuerzo y la mentalidad del equipo de médicos que integran el Centro Médico de Caracas. Es símbolo del constante deseo de actualización y renovación que mueve a los profesionales de la medicina que hoy se encuentran aquí reunidos.

Al declarar inauguradas estas III Jornadas les doy la bienvenida más cordial y les auguro los mejores éxitos en beneficio de la comunidad científica.

DOTACION

MEDICA

COMPANÍA ANONIMA

INSTRUMENTAL MEDICO QUIRURGICO - RAYOS X - REACTIVOS - MOBILIARIO
CLINICO - PRODUCTOS DE LABORATORIO - MATERIAL DESCARTABLE

Av. Cagigal, Residencias Danubio - San Bernardino, Caracas

TELEFONO: 52.13.66 (serial)

Ofrecemos a los Señores Médicos y Laboratoristas los prestigiosos productos
de la firma

OLIDEF c z IND. de Brasil



INCUBADORAS

TIENDAS DE OXIGENO

LAMPARAS

PARA FOTOTERAPIA

HORNOS

ESTUFAS

DISCURSO DEL Dr. OTTO RODRIGUEZ ARMAS como Presidente de las III Jornadas Científicas

Sres. Presidentes de las Juntas Directivas de la C. A. y
Sociedad Médica Centro Médico de Caracas

Sres. Directivos

Dr. Leopoldo López - Dr. Leopoldo Cárdenas Conde.

Distinguidos invitados especiales

Colegas

Señoras, Señores:

Para alguien que hace 20 años, en su época de recién egresado de la carrera médica, veía como metas inalcanzables en su vida profesional, el ser profesor universitario y ejercer en un hospital público y en el Centro Médico de Caracas, ocupar hoy la Presidencia de las III Jornadas, máximo evento científico de la primera Institución médica privada del país, resulta mucho más que una fantasía hecha realidad.

Agradezco profundamente la inmerecida designación hecha por la Junta Directiva de la Sociedad Médica presidida por mi dilecto amigo, el Dr. Luis Arturo Ayala Nuñez, ya que me permite una vez más poder servirle con cariño y dedicación a mi Institución.

De igual forma mi gratitud se extiende al equipo que conformó el Comité Organizador, quienes en forma inteligente, ecuánime y creadora, elaboraron el programa y contribuyeron ampliamente en los aspectos organizativos de este evento.

Nuestro reconocimiento vá también a la Junta Directiva de la C. A. Centro Médico de Caracas cuyo respaldo resultó vital para el desarrollo de estas Jornadas.

Los colegas del Cuerpo Médico de la Institución colaboraron generosa y oportunamente atendiendo al llamado hecho por nuestro Comité Organizador. Para ellos todos, muchas gracias.

El Centro Médico de Caracas, como un aporte científico-docente a la comunidad médica del país, inició este sistema de Jornadas en los hospitales privados con el objeto de comunicar sus experiencias y resultados de un ejercicio médico de la más óptima calidad.

Las primeras Jornadas efectuadas en Noviembre del 73, organizadas por la Junta Directiva de la Sociedad Médica presidida por el gran ausente, Dr. Francisco

Baquero González y concebidas y dirigidas por mi apreciado Profesor, el Dr. Leopoldo López, rebasaron el éxito deseado al presentar en su programa a los Dres. Robert Good, eminente inmunólogo y Edward Beatty, Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Memorial de Nueva York. Tuve la oportunidad de vivirlas muy cerca al servir a ellas en calidad de secretario de las mismas.

Quiso el destino que para las II Jornadas en Noviembre 76, me encontrara en la posición de Presidente de la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, ocasión que me permitió solicitar al Profesor Dr. Joel Valencia Parparcén la aceptación de la presidencia de dicho evento. La magistral dirección de mi respetado y admirado Dr. Valencia nos llevó a un feliz y resonante éxito al contar entre los invitados a ocho destacados colegas extranjeros y a muchos nacionales que conformaron y desarrollaron el programa de esas Jornadas. El Dr. Luis Arturo Ayala realizó en esa oportunidad de manera muy eficiente la secretaría e inició el sistema de cursos al coordinar "EL ARTICULO MEDICO, SU PREPARACION Y PRESENTACION".

Esta vez, en 1979, nos íbamos a encontrar con la desaparición física de alguien que habiendo estado íntimamente ligado a la Institución durante toda su historia y quien fue una de las más brillantes figuras de la medicina quirúrgica venezolana, honraremos de manera muy especial con una conferencia magistral Dr. Ricardo Baquero González. Para mí y para muchos el presidente póstumo de las III Jornadas.

La participación de todos los médicos que han ejercido o ejercen su profesión en este hospital durante los 32 años de funcionamiento, será expuesta a través de las conferencias por departamentos o servicios dictados por dignos representantes de cada uno de ellos. Se señalarán los logros, aciertos y errores, de la prestigiosa trayectoria de una institución al servicio de una comunidad enferma. Los portavoces de esas experiencias, de acuerdo al orden del Programa, serán los Dres. José J. Gutiérrez en Microbiología, Joel Valencia Parparcén por el Departamento de Medicina, el Dr. Roberto J. Lucca por el Servicio de Anestesia, el Dr. Luis Navarro por la Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido, el Dr. Francisco Brandt Pacheco por el Departamento de Obstetricia y en Cirugía, el Dr. Rubén Jaén en el área Cardiovascular y el Dr. Francisco Montbrun en Cirugía General.

Los temas principales seleccionados para el programa de estas Jornadas fueron la Cirugía Gastrointestinal, muy bien desarrollada en nuestro hospital siendo el fruto del trabajo de Cirujanos y Gastroenterólogos, ductores de sus especialidades a nivel nacional e internacional.

El Politraumatizado, uno de los problemas más vigentes en salud pública, ya que corta la vida útil o incapacita gente de todas las edades pero con preferencia a los jóvenes de mayor potencial para la vida del país, será discutido por un grupo multidisciplinario de expertos y sus recomendaciones serán recogidas de una Mesa Redonda coordinada por el Dr. Roberto J. Lucca, iniciador, propulsor y coordinador de la acreditada Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital.

Las exploraciones diagnósticas fundamentadas en la aplicación de los principios físicos a la medicina y realizadas con el empleo de magníficos y costosos aparatos, serán discutidos ampliamente por un selecto panel de especialistas, algunos de ellos responsables de importantes servicios auxiliares tales como Radiología,

Tomografía, Hemodinamia y Ecosonografía. Los Dres. Francisco Banchs y Alberto Guinand Baldó serán los coordinadores del Simposio y Mesa Redonda respectivas. Para apoyar la relevancia de los temas escogidos tuvimos especial cuidado al invitar a distinguidos especialistas expertos en esas materias. Ellos son:

El Dr. Robert Zollinger intervendrá en la Mesa Redonda sobre Cirugía Gastrointestinal, expondrá el tema "Qué hay de nuevo en ese tipo de cirugía" y además tendrá a su cargo la conferencia especial "Dr Ricardo Baquero González" titulada "Tumores de los islotes del Páncreas". El Dr. Pedro Guillén García, intervendrá en la Mesa Redonda sobre Politraumatizado y dictará las conferencias "El Polifracturado" y "Cirugía de la Columna Vertebral". El Dr. Michael Grossman, participará en la Mesa Redonda sobre "Errores en la interpretación de los métodos de diagnóstico incruentos" y expondrá sus experiencias en ecosonografía y tomografía computada en el estudio del abdomen así como su futuro y perspectivas.

Una vez más se ha incluido en el programa un curso de 5 horas de duración relacionado con la enseñanza y la divulgación de nuestra profesión médica y su título será "La utilización de los recursos audiovisuales en medicina" y estará a cargo del Dr. Glenn Gelhoed, y el Sr. Jim Kendricks.

Estas Jornadas se realizan a solo pocos días del comienzo de una nueva década. Nos encontramos con que la práctica actual de nuestra profesión tiene las características de un contrasentido, por una parte el vertiginoso progreso de la tecnología aplicada que nos suministra modernos costosos y sofisticados aparatos los cuales no pueden ser empleados sino en un número limitado de pacientes, lo que contrasta en profundo abismo con la medicina simplificada, masiva y de fines preventivos.

Se distancian de esa forma cada vez más lo científico y técnico de lo social y humano. Los descubrimientos por parte de la mente humana al utilizar los inmensos recursos de la naturaleza conlleva a nuestra medicina hacia una ciencia perfecta haciendo menos natural a la vida misma.

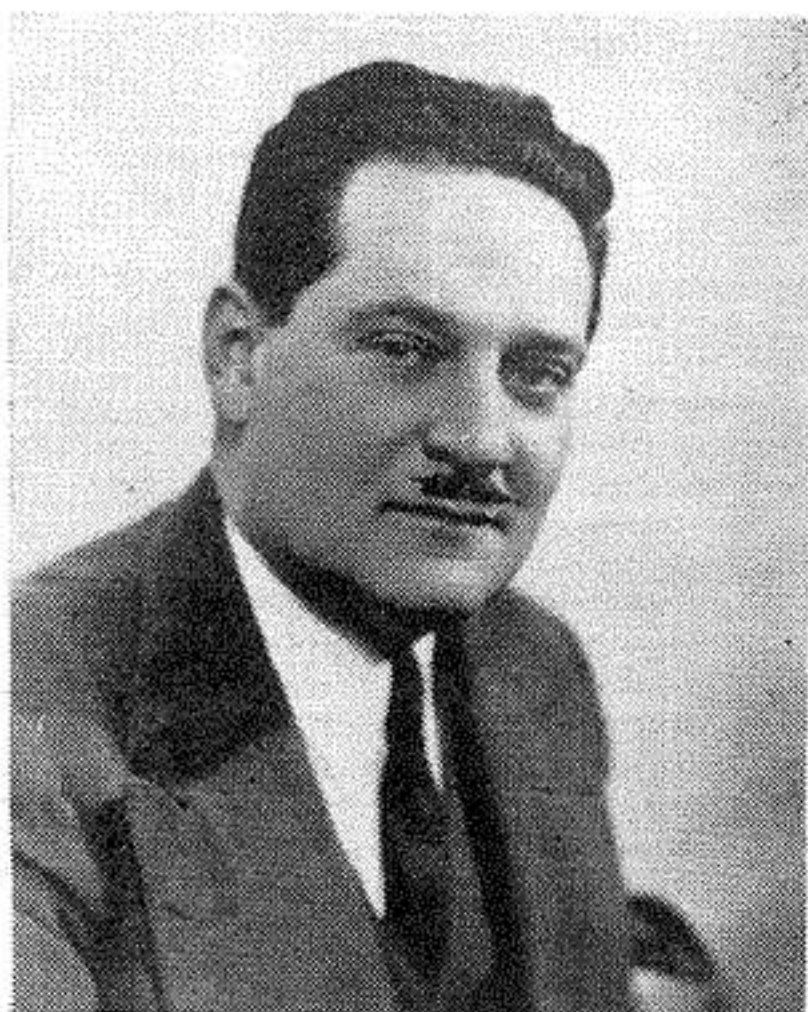
El médico de hoy, apoyado en el empleo de esos modernos métodos buscará en los hospitales e instituciones privadas, las mejores condiciones de trabajo y eficiencia en el desarrollo de su ejercicio. Se alejará cada vez más de los hospitales públicos negándole a los necesitados pacientes indigentes sus valiosos conocimientos y existirá el peligro de olvidar la esencia misma de la medicina que exige desprendimiento, altruismo y prodigalidad.

Pienso con legítimo orgullo pero a la vez con profunda tristeza que pertenecemos a las últimas generaciones médicas que podremos apreciar la satisfacción de curar o aliviar a los enfermos independientemente de los medios económicos que posean.

Anna Frank, a los 13 años de edad, huyendo de la Gestapo, escribe en su famoso diario: "Nadie se ha vuelto pobre por dar" y el médico puede cumplir su "Cuota Patria" en dos formas básicas: dedicándole parte de su tiempo a hospitales o

instituciones sin fines de lucro o enseñando y trasmitiendo sus experiencias a otros médicos o a estudiantes de medicina proyectándose a través de ellos hacia la comunidad enferma de este país que sigue aguardando silenciosamente. Concluyo con la frase de Mahler, Director de la OMS, que la verdadera medicina es aquella que se realiza cuando el médico se despoja de sus investiduras imperiales.

Distinguidos invitados especiales, bienvenidos a nuestro país y a nuestro hospital, gracias por vuestra visita y por contribuir al engrandecimiento de la medicina venezolana al trasmitirnos sus conocimientos y brindarnos su amistad.



**COMENTARIOS SOBRE EL ORIGEN
D E L
CENTRO MEDICO DE CARACAS
HASTA SU INAUGURACION**

**Palabras leídas por el Dr. Leopoldo E. López
en el Acto Inaugural de las III Jornadas Médicas del
Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Dic. 1979**

Es de gran interés para nosotros recordar las incidencias que rodearon la génesis de este hospital. El Centro Médico de Caracas tuvo su origen en 1936. La idea original de su realización fue del Dr. Rafael Ernesto López.

Vivo está en mí el recuerdo de que pocos meses después de la muerte del tirano Gómez. Rafael Ernesto me habló de su propósito y me mostró en su consultorio en Nueva York un proyecto inicial. Soñaba con la creación en Caracas de un Instituto semejante a la Clínica Mayo.

En esos días ambos visitamos esa famosa Clínica con el propósito de acopiar conocimiento y datos al respecto. Rafael Ernesto se disponía a regresar a Venezuela después de 18 años de exilio. Todo ese tiempo había ejercido exitosamente su profesión de cirujano en Nueva York. Poco después, en 1937, fue designado Ministro de Educación en el Gobierno del General Eleazar López Contreras. En el desempeño de ese alto cargo firmó una opción de compra por un terreno con el propósito de construir un Hospital Privado en la recién comenzada Urbanización de San Bernardino y de inmediato se dio a la tarea de promover una compañía para la ejecución de la obra, el futuro Centro Médico de Caracas.

En Caracas, para entonces, funcionaban varias pequeñas clínicas de hospitalización entre las cuales las más importantes eran la Policlínica Caracas, la Clínica Córdova la Clínica Razetti, la Clínica Fermín Díaz y la Clínica González Lugo.

Ninguna de ellas tenía suficientes camas ni estaba adecuadamente equipada para satisfacer las demandas de la ciudad. Era obvia la necesidad de una Institución Hospitalaria moderna y era ese precisamente el momento oportuno para su realización.

La fundación de la Sociedad "**Centro Médico de Caracas, Compañía Anónima**" tuvo lugar en la residencia del notable abogado y entusiasta promotor de la Compañía Dr. Manuel Felipe Núñez. La Asamblea constitutiva para la legalización de la Compañía se efectuó el día 24 de Noviembre de 1941, hace exactamente 38 años. Estuvieron presentes para firmar el documento los Dres. Rafael Ernesto López, Félix Lairer, hijo, Franz Conde Jahn, Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, Fermín Díaz, Andrés Gutiérrez Solís, Ricardo Baquero González, Leopoldo E. López, médicos y Manuel Felipe Núñez abogado, sus fundadores.

La primera Junta Directiva elegida fue la siguiente:

Dr Félix Lairer, hijo	Presidente
Dr. Rafael Ernesto López	Vice-Presidente
Dr. Ricardo Baquero G.	Secretario-Tesorero
Dr. Fermín Díaz	Vocal
Dr. Pedro A. Gutiérrez A.	Vocal
Dr. Franz Conde Jahn	Suplente
Dr. Leopoldo López	Suplente

El Dr. Félix Lairer, hijo, no ocupó la presidencia porque, para entonces, se desempeñaba en el cargo de Ministro de Sanidad y Asistencia Social en el Gobierno del General Isaías Medina, por lo cual le sustituyó el Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro

Igualmente el puesto de Vice-Presidente fue ocupado por el Dr. Franz Conde Jahn, ya que el Dr. Rafael Ernesto López había regresado nuevamente a Nueva York donde se encontraba radicado; por esta razón tuve el honor de ocupar el cargo de Vocal en esa primera Junta Directiva.

El capital inicial de la Compañía fue de Bs. 2.600.000,00 con la cantidad de Bs. 1.500.000,00 suscritas en acciones nominativas comunes y preferidas a Bs. 1.000,00 cada una, para pertenecer a la Junta Directiva era requerido un mínimo de 50 acciones comunes y para trabajar en un consultorio un mínimo de 10 acciones preferidas. Las acciones preferidas tenían prioridad en cuanto a percibir dividendos.

El 23 de Diciembre de 1941 la Compañía adquirió este terreno de 6.954 m² a Bs. 18,00 por m² en esta Urbanización de San Bernardino. Entre los primeros suscriptores de acciones comunes se encontraba Eugenio Mendoza. Fue Eugenio un entusiasta sostenedor de la idea y un asiduo concurrente a las reuniones de la Junta Directiva, en calidad de Consejero Económico. Con mucha frecuencia era convocado por nosotros para oír sus recomendaciones, las cuales nos permitieron superar muchos obstáculos en esos difíciles años.

La construcción de la obra comenzó pocos meses después del ataque a Pearl Harbor, en plena Guerra Mundial, circunstancia que ocasionó muchas dificultades tanto en lo económico como en la obtención de materiales.

A principios de 1942, Rafael Ernesto envió de Nueva York un Anteproyecto propuesto por los Arquitectos Marcus & Nocka que estimaban un costo aproximado de construcción, de Millón y Medio de Bolívares.

La Junta Directiva resolvió solicitar un Anteproyecto al Dr. Gustavo Wallis, arquitecto, quien lo presentó y estimó su costo en Dos Millones de Bolívares. A mediados de 1942 el arquitecto Luis Tani sometió a la Junta Directiva otro anteproyecto, espontáneamente, cuyo costo de construcción estimaba en Un Millón Trescientos Mil Bolívares. A principios de 1943, la Asamblea decidió otorgar el contrato para su desarrollo a la firma Stelling-Tani.

Un dato curioso que vale la pena mencionar es que nuestra compañía tuvo que comprar una franja adicional de terreno de 1.200 mts. para que los planos de Luis Tani, diera comienzo a la construcción en Abril de 1943.

A fines de 1943, la firma Pontón y Marín, de Chicago, por insinuación de los Dres. Ricardo Baquero y Leopoldo E. López, fue contratada, a un costo de Bs. 38.000,00 para revisar los planos de Tani, los Ingenieros Thomas Ponton y Edgar Martin, especialistas en la edificación de hospital, se encontraban en Caracas trabajando en la construcción del Hospital Universitario, que había sido proyectado por ellos. Esta decisión nos obligó a paralizar la obra durante cuatro meses. Los servicios de Ponton y Martin fueron valiosísimos en lo relativo al funcionalismo, instalaciones mecánicas y distribución eléctrica.

El cambio de Gobierno que se realizó el 18 de Octubre de 1945, nos ocasionó serios trastornos, tanto por la situación económica del país como por habérsenos negado la exoneración de derechos aduanales de los materiales importados.

A comienzos de 1946 se paralizó nuevamente el trabajo de la obra por haberse agotado los fondos de la compañía. Fue entonces cuando Don Andrés Velutini, Presidente del Banco Caracas y Don Arturo Ayala, Presidente del Banco Industrial nos concedieron un préstamo de Bs. 800.000,00 a mitad por cada Banco. Al agotarse estos fondos el Dr. Germán Vegas nos ayudó a conseguir un préstamo con Don Andrés Velutini con la Compañía de Seguros Avila de la cual era el Presidente por Bs 1.800.000,00; sin embargo, la situación se presentaba insostenible.

Fue entonces cuando Ricardo Baquero cablegrafió al Dr. Rafael Ernesto López en Nueva York para que viniera a Caracas y gestionara un aumento de capital. Rafael Ernesto López y Eugenio Mendoza hicieron gestiones para efectuar este aumento de capital y lograron que las compañías Creole Petroleum Corporation, Caribbean (Shell) Petroleum Company y Mene Grande Oil Co., aportasen la suma de Bs. 1.050.000,00 en acciones comunes especiales. El capital de la compañía se elevó entonces a la suma de Bs. 3.700.000,00 en Noviembre de 1946. Las compañías de petróleo exigieron un 20% de las camas del hospital para sus empleados y familiares, así como también un director como representante en la Junta Directiva. En la Asamblea fue nombrado Presidente el Dr. Franz Conde Jahn.

Después de muchos tropiezos, angustias y contratiempos se completó la construcción del edificio, el cual nos fue entregado por Stelling-Tani en Septiembre de 1947. Su construcción duró cuatro años y medio. Su costo fue de Bs. 3.500.000,00. Nunca podré olvidar la imagen de Ricardo Baquero con su incansable energía, enorme actividad, vigor físico y su gran pasión por el proyecto durante los arduos años de la construcción de este hospital.

Sin duda alguna que gran parte de la realización de la obra se debió a su obstinada tenacidad.

El Domingo 28 de Septiembre de 1947, hace 32 años fue inaugurado el Hospital Centro Médico de Caracas, con la asistencia del Presidente de la Junta Revolucionaria de Gobierno, Don Rómulo Betancourt y Miembros de su Gabinete.

Con gran nostalgia recuerdo aquellos años duros e inciertos impregnados del gran entusiasmo de un grupo de colegas visionarios que contribuyeron a impartir un gran progreso a la asistencia hospitalaria en nuestro país. Casi todo aquel núcleo de sus iniciadores ha desaparecido, por eso quisiera que este recuerdo sirva de homenaje a todos ellos como precursores y realizadores de esta trascendental obra.

Caracas 24 de Noviembre de 1979.-

DEPARTAMENTO DE ANESTESIA

Su Proyección y Evolución en 32 Años de Funcionamiento *

Dr. Roberto J. Lucca E. *

ORIGEN Y FUNDACION

En Octubre de 1947 se inaugura el Hospital Privado "Centro Médico de Caracas" y desde ese mismo momento se funda el Servicio de Anestesia, recibiendo el nombramiento los Dres. Roberto Lucca, Rafael Campo Moreno, Jesús R. Molinos, por el Dr. Franz Conde Jhan, en aquel momento Presidente de la C. A. Centro Médico de Caracas; el Dr. Roberto Lucca como Jefe del Servicio y los Dres. Campo y Molinos como integrantes del mismo.

Desde ese mismo momento, el Servicio de Anestesia cubrió veinticuatro (24) horas continuas de prestación de asistencia. Primera vez que sucedía esto en un Departamento o Servicio de Anestesia. Además muy pronto comenzó a cultivar las reuniones Interclínicas efectuando reuniones científicas, habiendo cursado la primera invitación el día 14 de Diciembre de 1949, para la proyección de dos películas: la primera "Reanimación del Recién Nacido", la segunda "Raqui Continua de Tuohy". Así pues el Departamento de Anestesia antes de la Fundación de la Sociedad Médica comienza a efectuar reuniones científicas dentro del Hospital y al mismo tiempo hace también relaciones Interclínicas.

En el ínterin y con el transcurso de los años van llegando especialistas en distintas ramas de la Cirugía, tal como Neurocirugía, Tórax, Plástica, Reconstructiva, Cardiovascular, etc., y el Departamento de Anestesia jamás se vió ante la imposibilidad de administrar, con las mejores posibilidades de la técnica para el momento, Anestesia para estos especialistas.

Desde que se fundó el Departamento de Anestesiología del Centro Médico de Caracas, jamás se ha dicho: esta Anestesia no la podemos, o no la sabemos hacer.

En el transcurso del tiempo el Servicio fue creciendo y se transformó en Departamento, ya que consta de dos secciones: la Sección de Cirugía y la Sección de Maternidad; la primera, con siete (7) integrantes y dos (2) suplentes, y la segunda con cuatro (4) integrantes y un (1) suplente, o sea, los catorce (14) integrantes en total del Departamento.

* Leído en las III Jornadas Científicas del Centro Médico de Caracas, Diciembre 1979.

* Jefe del Departamento de Anestesia del Centro Médico de Caracas.

En el momento actual siempre hay dos (2) Anestesiólogos de guardia a cuerpo presente durante las 24 horas para cubrir las emergencias especialmente nocturnas, uno para los actos quirúrgicos y uno para los actos obstétricos.

En los treinta y un (31) años que tiene el Hospital, miembros del Departamento han realizado ciento dieciocho (118) publicaciones, se han producido veintiseis (26) películas, se han recibido siete (7) premios: cinco (5) de la Sociedad Venezolana de Cirugía, y dos (2) de la Sociedad Venezolana de Pediatría.

Pero lo más importante es que en el lapso de estos años el Departamento desarrolló, ideó, algunas técnicas originales que son las que vamos a comentar a continuación y que, consideramos, forman parte de lo que llamamos "Aportes a la Anestesiología Nacional", a base de la exploración del "Curriculum del Departamento", y además, desde el comienzo ha hecho trabajos de investigación clínica y de laboratorio.

Entre algunos datos de interés, cabe señalar que la primera **Peridural** fue practicada en Diciembre de 1949; también en 1949 se comenzaron a usar los Respiradores Automáticos con el "Spiropulsator", de la casa Aga, de Crafoord; el primer respirador para cirugía "**Jefferson**", se compró en 1955 cuando se nos criticaba porque la "mano educada" era la que debía conducir la anestesia; se comenzó el uso del "Citocromo C" en 1949 con magníficos resultados en aquellos pacientes en "la zona de penumbra" de la irrigación cerebral y el estado de conciencia; el primer Respirador de Volumen o "**Engström**" fue adquirido en Agosto de 1961; se comenzó la investigación de Gases en Sangre y Equilibrio Acido Básico, con el "PH Meter" de Escala Expandida de la "Beckman" en 1964, y con el "**Astrup**" hacia finales de 1964; la Presión Venosa Central comenzó a ser investigada en 1964; la primera Subclavia se practicó en Octubre de 1968; el Cuarto de Recuperación fue inaugurado en 1954; la Unidad de Cuidados Intensivos fue inaugurada en Diciembre de 1971.

Uno de los trabajos que consideramos de mayor interés bajo el punto de vista de investigación clínica, fue el titulado "Anestesia por Inhalación sin Movimiento Respiratorio", de los cuales se llevaron a efecto sesenta (60) casos. Fue publicado en el Boletín del Hospital "Carlos J. Bello", Vol. IV, No. 2, Mayo de 1947. Muy posteriormente el Dr. Martin Holmdahl de la Universidad de Upsala, Suecia, quien nos visitó en Caracas, nos relató que él había hecho esta experimentación en perros, nosotros obtuvimos muy buenos resultados en aquella época con esta técnica.

De este trabajo se publicó separatas de Boletín de la Sociedad de Cirugía, y al mismo tiempo se produjo una película de 1.600 pies que se llamó "Anestesia General por Inhalación sin Movimientos Respiratorios", la primera película producida en Venezuela con sonido magnético valiéndose del invento de uno de nosotros.

La aparición del Curare hizo de uso muy selectivo a esta técnica. También se desarrolló la técnica de la inducción en el Cuarto por enema; al comienzo lo fue con Avertina, posteriormente con Pentothal, en los niños menores de siete años con menos de 25 gs. de peso, para evitarles el trauma emocional que supone al subirlo despierto al quirófano.

Desde el mismo comienzo de la apertura del Hospital se instaló la técnica de reanimación del recién nacido por medio de la intubación traqueal, y fue motivo

de la primera película científica hecha por el Departamento. De parte del Doctor Robert A. Hingson se solicitó permiso para hacer cien (100) copias, efectuadas en los Estados Unidos de Norteamérica y que se encuentran distribuidas por Argentina, Colombia, Inglaterra, Portugal y los Estados Unidos. El Dr. Robert A. Hingson fue invitado por el Departamento de Anestesia en 1952 a pasar unos días entre nosotros, a fin de dictarnos algunas charlas y demostrarnos sus técnicas en anestesia obstétrica.

Esta película, a pesar de tener treinta (30) años de hecha, está todavía vigente.

Otra de las técnicas también con características particulares o personales del Departamento, fue la Anestesia Peridural Continua para Laminectomía. Este trabajo fue publicado en la Revista Norteamericana, A. and A., Noviembre-Diciembre de 1958, Vol. XXVII - No. 6.

En Enero de 1951 desarrollamos la técnica de Anestesia Caudal Continua con prolongación de la misma en el post-operatorio, para la hemorroidectomía. Haciéndose así tolerable e indoloro un post-operatorio que hasta ese momento era muy temido.

Jaime Raventós nos trae el Halothano en Noviembre de 1956, y desde ese momento comenzamos a usarlo en nuestro Hospital; sospecho que fue el primer sitio donde se usó en América incluyendo Norteamérica, ya que habiendo sido producido por la Imperial Chemical Industries y traído directamente por Raventós, nos lo entregó recién salido de la fábrica.

En 1959, con motivo del tema principal de las Primeras Jornadas Venezolanas de Anestesiología, en Caracas, 2 al 6 de Diciembre, comentamos que el insuficiente respiratorio era paciente "huérfano" y consideramos que era un problema de salud pública. Ya en esa época estábamos tratando a los insuficientes respiratorios por medio de traqueostomía y con el "Pulmospirator" de la casa AGA.

Por otra parte, se hizo un estudio bastante interesante sobre la Electroencefalografía durante la anestesia; fue un trabajo experimental clínico con resultados muy interesantes. Fue publicado en el VI Congreso Venezolano de Cirugía de San Cristóbal en Marzo de 1961.

Otro de los aportes que ha hecho el Departamento ha sido la instalación de —llamémoslo así— una Sección de Bloqueos Terapéuticos. En el Departamento de Anestesia se han practicado todos los bloqueos terapéuticos conocidos que figuran en el libro de Bonica pero, la mayor experiencia, es a nivel de la infiltración del Ganglio de Gasser, en la que tenemos la segunda experiencia mundial con referencia a la infiltración con alcohol del mismo, teniendo en la actualidad ciento cincuenta y seis (156) pacientes y, a partir de unos cuatro años en adelante, solamente un (1) fracaso de aproximadamente un 7%.

En la Investigación de Ciencias Básicas, hemos hecho especial énfasis con relación a la investigación de Osmolaridad en plasma y orina, para uso de los líquidos o soluciones en el post-operatorio; desgraciadamente esto no ha sido debidamente apreciado o evaluado por la mayoría de los cirujanos y una interesantísima información para conducir correctamente el reemplazo de líquidos como es ésta, no ha sido tomada en cuenta. Misma cosa diríamos para la oncolaridad, en el futuro próximo.

En el Departamento de Anestesia se practicaron las primeras anestias a corazón abierto con hipotermia profunda sin haber tenido para aquel entonces ningún fracaso. Fueron tres (3) casos solamente: el primero lo fue el día 8 de Junio de 1961 para una estenosis pulmonar, habiendo sido el cirujano el Dr. Manuel Adrianza, la niña para aquel entonces, hoy en día un adulto en perfectas condiciones de salud.

Hay que hacer mención que nuestro Hospital fue pionero en esta rama de la Cirugía Cardiovascular.

Luego de varios casos aislados, en Septiembre de 1976, se comienza la cirugía cardíaca mas sistemáticamente. Los Dres. Jaén y Bello como cirujanos, contaron de nuevo con el apoyo del Servicio de Anestesia para esta nueva etapa y en la actualidad contamos con los Dres. Fco. Díaz Rodríguez, Ashely Daantje, Nicola Guglielmelli y Carlos Jiménez que se ocupan de la Anestesia en esta especialidad.

Durante este tiempo se han operado 54 pacientes, con Circulación Extracorpórea de los cuales 43 del sexo masculino y 11 del femenino.

De estos:

43 By-Pass Aorto-Coronarios

7 Valvulares

1 Comunicación Inter-auricular

1 By-Pass Aorto-coronario + Resección de aneurisma-ventrículo

1 Resección de Aneurisma ventricular

1 Tetralogía de Fallot

Con relación a la Neurocirugía que comienza en 1949, desarrollamos técnicas especiales que son motivo de una publicación que se titula "Anestesia para Neurocirugía en el Centro Médico de Caracas, 10 primeros años", que merece el premio "Fermín Díaz", en 1959 de la Sociedad Venezolana de Cirugía. De esa época data, la rutina mantenida hasta ahora en el Departamento de sutura a la Columela de los tubos endotraqueales, sobre todo en los pacientes operados "cara abajo", y también de los tubos de la gastro-succión, tipo Levine o similares, han dado gran seguridad frente a la extubación accidental. Además se desarrolla una técnica especial para las Laminectomías en posición cara abajo con uno o dos catéteres peridurales, que desde aquella se ha hecho rutina en nuestro Hospital, habiendo sido publicado este trabajo en el extranjero; también para aquella época desarrollamos con bastante intensidad la Anestesia hipotensiva, la cual en la actualidad ya no es necesaria debido a los fármacos nuevos que disponemos como agentes anestésicos.

El Banco de Sangre, junto con nosotros, practicó la primera exanguinotransfusión que se hizo en Venezuela; el paciente por cierto, está vivo en perfectas condiciones y es, a título de curiosidad, pariente muy cercano nuestro, y, esto sucedió en 1951.

A propósito de la exanguinotransfusión, el Banco de Sangre en colaboración con nosotros, hicimos una película titulada "Exanguinotransfusión" que mereció un premio que no está computado en los anteriormente expuestos; esta película

fue proyectada en el año 1954 en Valencia con ocasión a un Congreso de Pediatría y fue premiada.

Para aquella ocasión —hablo para 1964— se había producido ya un total de veintiún (21) películas científicas, de las cuales, quizás la más interesante sería comentar la intitulada "Anestesia Caudal Continua para Hemorroidectomía", técnica especialmente desarrollada en nuestro Departamento, casi diríamos que única en el mundo, y concebida para procurar un post-operatorio indoloro en los hemorroidectomizados, manteniendo la infiltración a través de la sondita plástica durante tres, cuatro, cinco y algunas veces hasta seis días.

También en el Centro Médico de Caracas se hizo la primera Raqui-Continua llamada de "Tuohy", la que posteriormente fue abandonada porque el orificio que se hacía a nivel de la dura era relativamente grande y la cefalea un poco más marcada de lo que se deseaba.

La Peridural Continua también fue inaugurada y viene haciéndose de rutina desde hace ya muchos años —desde Diciembre de 1949— en el Centro Médico para todo tipo de intervención, pero, muy especialmente, para Laminectomías, para Cesáreas y para Partos.

También para aquellas épocas se prepara una película que merece un premio de la Sociedad de Cirugía que se llama "Insuficiencia Respiratoria", teniendo aquella película el mérito de tener sonido óptico, cosa para la fecha difícil, y 1.200 pies; fue proyectada en el Congreso de Cirugía, efectuado en Barcelona y recibió premio por tal motivo, exactamente en el VII Congreso Venezolano de Cirugía en 1963.

Se publica también el trabajo intitulado "El Laboratorio de Anestesia, su importancia práctica", el cual luego se transforma en Laboratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Como técnica especial, también de nuestro Departamento, publicamos un trabajo titulado "La Exanguinotransfusión seriada en las intoxicaciones barbitúricas de carácter grave", y tenemos el honor de manifestar que, desde que se fundó el Centro Médico de Caracas no hemos perdido jamás un caso por intoxicación medicamentosa, bien sea accidental, o con intento de suicidio, usando el tratamiento de la exanguinotransfusión. No hemos perdido ningún caso, inclusive uno que había ingerido diez (10) veces la dosis letal y: cuatro, seis veces la dosis letal, y el resto siempre por encima de las dosis llamadas letales. No hemos perdido jamás un solo caso. Se les extrae 1.000 cc. de sangre y se les inyecta 1.500 de sangre fresca; solamente un (1) caso necesitó tres (3) exanguino, la mayoría salieron con dos (2) con un promedio de pérdida del conocimiento entre 48 y 72 horas, no más de eso.

En 1959 con el decidido apoyo del Dr. Félix Lairret, se inaugura la Sección de Anestesia Obstétrica del Departamento de Anestesia del Centro Médico y, para 1964 se publica un trabajo titulado "Cinco Años de Analgesia Obstétrica en el Centro Médico de Caracas".

Se desarrollaron también técnicas especiales para anestesia en Otorrinolaringología y Endoscopias, Laringoscopias, etc.

Se hacen investigaciones clínicas cuidadosas sobre los problemas de "shock".

Sobre el particular tenemos varias publicaciones, y con relación a los quemados se hacen muchas publicaciones habiendo obtenido resultados favorables en quemaduras hasta entonces tenidas como mortales, o sea, entre 70 y 80% y de 2º y 3º grados con una mortalidad aproximada del 50%.

Como uno de los trabajos de investigación quizás mejor hecho, de mayor interés, fue uno intitulado "La Electroencefalografía durante la Anestesia", donde se ensayaron todos los fármacos actualmente o para el momento en uso, inclusive la Lidocaína intravenosa, ya que en ese momento se encontraba entre nosotros el Dr. Héctor Horacio Vásquez de Buenos Aires, experto en tal tipo de disciplina. Inauguramos también la investigación del equilibrio ácido-básico, investigación directa de los gases en sangre en 1964. Hace (15) años fundamos el Laboratorio de Anestesia el que posteriormente se transformó en el Laboratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Con relación a la investigación clínica sobre "shock", presentamos ante el IX Congreso Venezolano de Cirugía, en Caraballeda, Marzo de 1967, una mesa redonda sobre "Shock" y "Alteraciones del medio interno", que mereció el premio "Guillermo Morales" por segunda vez.

Se publica también un trabajo para 1966, que dice "Experiencia de trece años en el tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria grave en el Departamento de Anestesia", VIII Congreso Venezolano de Anestesiología, o sea, que nosotros comenzamos a tratar la insuficiencia respiratoria en 1953.

La Presión Venosa comenzó a investigar en 1954, con el Flebobaumanómetro de la B-D; ésta era la presión venosa periférica, y con el advenimiento de los equipos descartables y con el catéter ascendido por punción a nivel del pliegue del codo, se comenzó, —no tengo exactamente la fecha— la investigación de la presión venosa central, pero tenemos la certeza que fuimos los primeros en hacerlo. La presión venosa central fue también motivo de una película que se llamó "El Control de la Presión Venosa Central como índice de la Volemia en Anestesia y Cirugía", sonido magnético, color, de 16 mm., 700 pies.

Otro trabajo experimental y de investigación clínica de mucho interés, se llama "Demostración práctica in vitro de la importancia de la hemodilución en el aumento de flujo en las venoclisis, su posible proyección y reología", X Congreso Venezolano de la Cirugía. Allí demostramos nosotros que descendiendo el hematócrito en 10 puntos, la velocidad del flujo a nivel de los pequeños vasos, aumentan en tres (3) veces y que, por otra parte, como bien lo dice McLean: un hematócrito de 35 es el ideal para un post-operatorio grave, o sea, 10 puntos menos del 45, y esto supone un flujo demostrado por nosotros de tres (3) veces más rápido a nivel de los conductos de calibre muy pequeños.

Como trabajo también experimental y de investigación clínica desarrollamos un trabajo llamado "El pH de la sangre, algunas soluciones expansores del plasma de uso más corriente en el reemplazo de la volemia, agua y electrolitos". Esta es la 1ra. vez que llamamos la atención fuertemente sobre el pH de las soluciones que normalmente se usan por vía intravenosa, ya que todas ellas, a excepción de una de muy reciente aparición son marcadamente ácidas, produciendo flebitis química que en otra época se atribuían a flebitis infecciosa, sobre todo cuando el líquido usado es dextrosa que es uno de los que —por ejemplo— son más ácidos, se inyectan en venas de pequeño flujo, venas delgadas.

Otro trabajo de investigación clínica también que se efectuó y que tiene un gran valor práctico y que no se usa, es "Evaluación de la pérdida sanguínea por el color de las compresas y gasas"; esta evaluación da una aproximación bastante exacta de la pérdida de sangre habida durante el acto quirúrgico.

Se hizo un trabajo también sobre el equilibrio ácido-base del líquido amniótico en embarazos normales y patológicos.

En Marzo de 1970 publicamos en la revista "Centro Médico", Vol. 9 - No. 36, el primer trabajo intitulado "Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas", cuando ya ésta comienza a ser desarrollada y donde se expone el desarrollo, ubicación y módulos físicos de la Unidad, número de camas y forma de trabajo, ya estaba en construcción.

En colaboración con el Dr. Víctor Baquero se elabora un trabajo que, al mismo tiempo, es una unidad física, llamado "Consideraciones sobre el Tratamiento del Paro Cardio-respiratorio. Presentación y descripción de una unidad móvil de resucitación o carro de emergencia". El carro fue construido y determinada época había uno en cada piso incluyendo quirófano. El carro, a diferencia de los que posteriormente vimos anunciados en revistas norteamericanas, tenía además de todo, oxígeno y la prensa manual para los paros cardíacos. Este carro, más el uso de la Clave 1 bajó la mortalidad por Paro Cardíaco de 70 a 30%.

Otro trabajo de investigación clínica que publicamos en colaboración de los Dres. Krivoy, Rivero y Castillo, se intituló "Aspectos Metabólicos del Líquido Céfalorraquídeo. Comunicación Preliminar".

Quizás el trabajo de Investigación Clínica más serio y completo es el que efectuamos, con relación a la Evolución del Pulmón del paciente que ha sufrido shock, y fue motivo de la publicación de un libro, y la edición de una película. El título sería "Evolución del Pulmón del paciente que ha sufrido shock, politraumatismo, sepsis grave, quemaduras. Comprobación de las alteraciones habidas en la fisiopatología y en la Anatomía Patológica. Aproximación matemática al pronóstico y tratamiento del paciente", impreso en la imprenta de la Universidad Central, edición 3.000 ejemplares. También está en prensa en la imprenta de la Universidad Central, otro pequeño libro titulado "Manual de Pre y Post-Operatorio", o más propiamente "Fisiopatología Dinámica en el Pre y Post-Operatorio" del cual se hicieron 2.000 ejemplares. Como última contribución científica hemos publicado un pequeño manual intitulado "Curso de Actualización Medicina Crítica", XV Congreso Venezolano de Cirugía, coordinador Dr. Roberto J. Lucca E., con la colaboración de muchos colegas de nuestro Hospital.

Cabe ser notar que desde hace muchos años toda anestesia efectuada en nuestros quirófanos, o fuera de ellos, lleva el control de las condiciones cardíacas con el uso de monitores, lo que además de prestarnos una ayuda científica de importancia también nos protege en la parte legal.

La exanguino a que hacía referencia fue la primera realización con éxito en Venezuela. Fue hecha en el Centro Médico en el año 1951, y la película de "Exanguinotransfusión" fue premiada en 1954 en un Congreso de la Sociedad de Pediatría en 1954 en Valencia.

También el Departamento de Anestesia precedió a la Sociedad Médica en actividades interclínicas y reuniones mensuales. Se pasaba una tarjetica de invi-

tación y se presentaban trabajos y películas, habiendo sido las primeras demostraciones de sonido de alta fidelidad, cuando con ocasión de la 1ra. y 2da. reunión que se efectuaron donde actualmente es el restaurant del Hospital.

En total, el personal médico del Departamento de Anestesia ha hecho ciento dieciocho (118) publicaciones médicas y veintitres (23) películas. Se mantiene completamente al día en lo relativo a todas las técnicas de anestesia, y en equipos creemos estar al día. Tan es así, que ya como ustedes podrán haber visto toda anestesia es monitorizada.

El total de anesthesiólogos regulares es de once (11) médicos anesthesiólogos, además cuatro (4) suplentes, también anesthesiólogos calificados.

Y especial mención merece el personal Paramédico que está bajo nuestro directo control y escogencia; de primerísima calidad. Una de ellas tiene con nosotros treinta (30) años. La otra tiene dieciocho (18) de no interrumpidos nunca con magnífica colaboración también, y la tercera tiene solamente un año con nosotros, habiendo ahora además dos nocturnas.

Cabe hacer notar que cuando comenzó el Departamento de Anestesiología del Centro Médico de Caracas, no había ningún hospital con docencia en anestesia; en aquella época las compañías petroleras, especialmente la Shell, aún era accionista de nuestro Hospital, y fue aquí donde primero dimos instrucción y preparamos tres (3) anesthesiólogos de los cuales dos (2) fueron para Maracaibo y uno (1) fue para Maracay y Valencia. Además en el transcurso de los años posteriores numerosos internos, o residentes nuestros se entusiasmaron en la Especialidad de Anestesiología y fueron directamente influenciados a tomar dicho camino, ello por labor ejercida en nuestro Departamento; creo no exagerar que por lo menos ocho (8) de ellos se han dedicado a la Anestesiología.

La estructura actual del Departamento estaría formada así: quince (15) médicos Anesthesiólogos, entre ellos un jefe de Departamento, un jefe de la Sección de Maternidad, un jefe de la Sección de Cirugía, un coordinador de los Adjuntos y de los Suplentes. El personal Paramédico estaría integrado por dos (2) Secretarías, un Contabilista, un Kinesiólogo y una Consultoría Jurídica.

Como datos misceláneos cabría señalar lo siguiente: hace ya muchos años y antes de que apareciesen los telecontactos, el Departamento de Anestesia instaló un servicio de radio-teléfono desde su oficina, a algunas de las casas de sus integrantes y algunos de los automóviles de sus integrantes.

Hace ya mucho tiempo también inició el ambiente musical en quirófanos y en el Cuarto de Recuperación, habiendo instalado en forma fija lo que en aquel momento se llamaba oficialmente "ambiente musical" por vía inalámbrica; esto puede haber sido hace fácilmente unos 22 a 24 años.

Con relación a nuestra estadística de mortalidad en el momento actual, la mortalidad del Departamento de Anestesiología es de un caso de cada 33.600.

Dudo que consigan en el mundo entero más de cinco o seis Departamentos de Anestesiología que le ofrezca esta estadística.

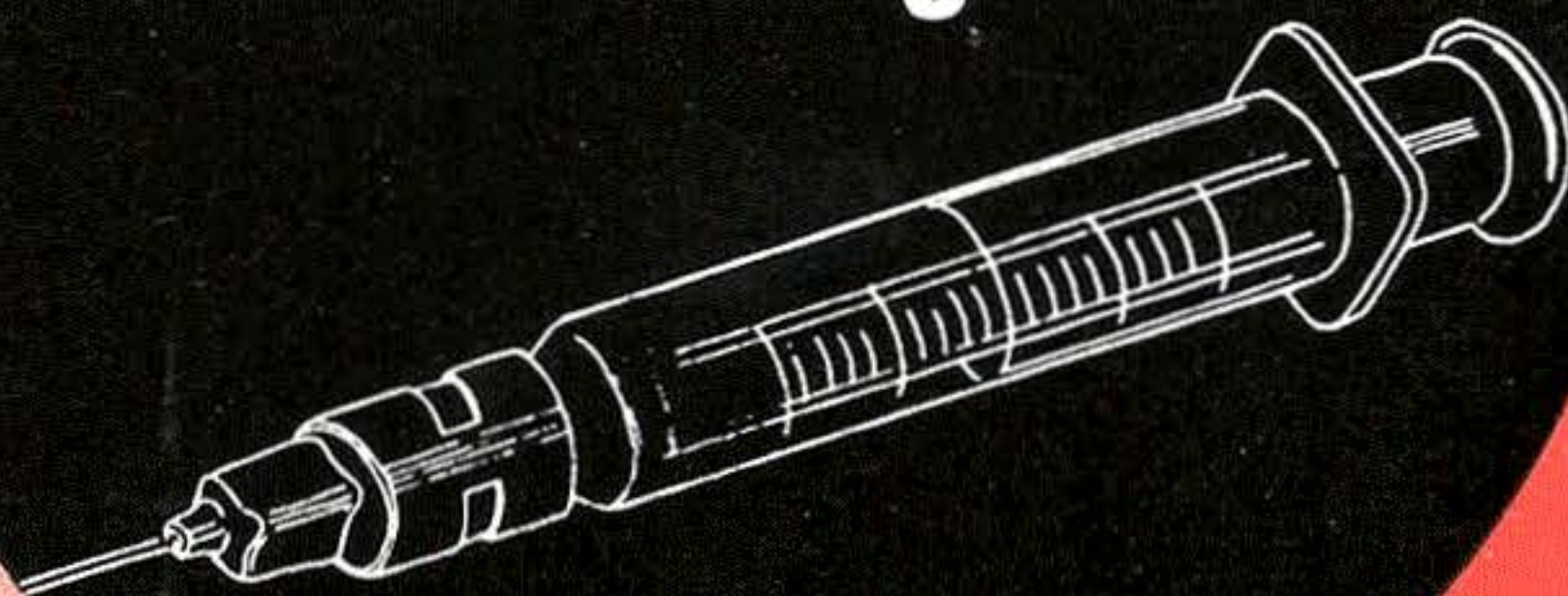
En lo relativo a funciones divulgativo y docente, los integrantes del Departamento disponen de aproximadamente unos cuatro mil quinientos (4.500) slides, en perfectas condiciones de uso muchos de ellos ya preparados en gavetas que no necesitan sino simplemente ser montados en el proyector para su uso; además de 46 películas sobre motivos anestésicos con un total de cincuenta y seis mil cuatrocientos (56.400) pies, y el que quiera hacer un poco de números multiplique el pie por 60 bolívares.

El Departamento de Anestesia también ha tenido bastante influencia en nuestro Hospital en lo relativo al tratamiento de los Politraumatizados, de los quemados, de los pacientes en shock, de los prematuros con dificultad respiratoria, de los envenenados y en forma muy especial en los pacientes con insuficiencia respiratoria.

Con relación a los neonatos prematuros con dificultad respiratoria, nos cabe el orgullo que con la colaboración del Dr. Luis Navarro hijo y su grupo, la mortalidad de estos pequeños que era de casi 100% fue llevada en la actualidad a 30%.

Gracias

**el antibiótico
de primera
elección aun en
infecciones
bacterianas graves**



GENTALYN

- cuando los patógenos causantes no han sido identificados
- cuando existe o se sospecha una infección bacteriana mixta
- cuando se ha desarrollado resistencia a otros antibióticos

espectro de actividad "único" que abarca la mayoría de las bacterias grampositivas y gramnegativas, inclusive: estafilococos resistentes, klebsiella, *E. coli*, pseudomonas y proteus (indol + e indol-).

Gentalyn*
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

CAR (1)-5127/70J



SCHERING DE VENEZUELA, S. A.
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta
Norte, Dtto. Sucre, Edo. Miranda, Caracas, Venezuela

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

*Marca de fábrica

ESFINTEROPLASTIAS EN EL H. G. O.

Dr. Jaime Plaza C.
Dr. Aaron Toledano M.
Dra. Eduviges Congedo

INTRODUCCION

Desde hace muchos años, los trastornos del Esfinter de Oddi han sido tratados quirúrgicamente, por operaciones que intentan mejorar la obstrucción de las vías biliares, bien estableciendo una comunicación entre el coledoco supraduodenal y el duodeno, mediante la coledocoduodenostomía, o mediante sección, o procedimientos plásticos a nivel del esfinter de Oddi propiamente dicho.

En lo que se refiere a la terminología de este último tipo de operaciones, ha habido gran confusión, y se han utilizado términos como: Papilectomía, esfinterotomía, papilo esfinterotomía, papiloplastia, etc. que no son realmente descriptivos y no están acordes con la fisiopatología del problema. La operación motivo del presente trabajo es la ESFINTEROPLASTIA DEL ODDI, la cual también ha sido mal interpretada. Se ha dicho que la diferencia fundamental entre esfinterotomía y esfinteroplastía, es que esta última incluye aproximación o sutura de la mucosa duodenal a la mucosa del coledoco, mientras que en la esfinterotomía no es así.

Como estos conceptos no son válidos, es obvio que en primer lugar debemos describir lo que entendemos por Esfinteroplastía. La esfinteroplastía es un procedimiento transduodenal, por el cual se realiza una anastomosis término-lateral, coledoco-duodenal, con un diametro que es igual a la parte más ancha o dilatada del coledoco. Esta abertura no debe ser contractil, es permanente y todo el mecanismo esfinteriano debe estar abolido. Por otra parte existe la coledocoduodenostomía latero-lateral, o anastomosis biliodigestiva que de acuerdo a nuestra experiencia, practicamente no tiene indicación para ser aplicada en problemas benignos del área coledocoduodenal. Nuestro objetivo es aclarar las posibles confusiones y presentar nuestra experiencia de dos años y medio en el H. G. O.

MATERIAL:

Se revisaron 33 historias de pacientes todos pertenecientes al Departamento Quirúrgico del H. G. O. de Los Magallanes, comprendidas en el período 1974-1976, a quienes se les practicaron Esfinteroplastías del Esfinter de Oddi.

Servicio de Cirugía I. Hospital General del Oeste, Lcs Magallanes Catia.

RESULTADOS:

Masculinos 7, Femeninos 26; la edad promedio fue de 44,1 años, con una máxima de 71 años y una mínima de 19 años. En la tabla No. 1, se analiza el diagnóstico pre-operatorio de los 33 casos, observándose que 78,7% de los pacientes, se presentaron con diagnóstico de Litiasis de las Vías Biliares en sus diferentes formas clínicas, relacionadas algunas con litiasis del tracto biliar.

TABLA No. 1
Diagnóstico Preoperatorio

	No. Casos	Porcentaje
Ictericia Obstruccion por Litiasis Biliar	7	21.2%
Litiasis Residual del Coledoco	7	21.2%
Litiasis Biliar	7	21.2%
Colecistitis Aguda	5	15.1%
Pancreatitis Aguda Recidivante	3	9.0%
Odditis y Colangitis	1	3.0%
Pancreatitis Crónica	1	3.0%
Fístula Colecisto-Cólica	1	3.0%
Colangitis Recidivante	1	3.0%
TOTAL	33	100.0%

En la Tabla No. 2, se observa que solamente 9 enfermos habían sido operados previamente, y que la esfinteroplastia fue realizada como operación definitiva en 72.7%.

TABLA No. 2
Operaciones Previas

Operación	No. Casos	Porcentaje
Colecistectomía	5	15.1%
Colecistectomía + Coledocotomía	3	9.1%
Colecistectomía + Anastomosis Término-Terminal Coledoco-Hepático	1	3.1%
TOTAL	9	27.3%
NO OPERADOS	TOTAL	24
		72.7%
		100.0%

En la Tabla No. 3, vemos que el diagnóstico de los pacientes operados previamente, el caso más frecuente fue el de Litiasis Residual del Coledoco, con 7 de 9 casos, y Odditis sin cálculos en los 2 pacientes restantes.

TABLA No. 3

Diagnóstico Preoperatorio de 9 Pacientes Operados Previamente

	Casos
Colecistectomía	8
Con Coledocotomía	4
Colecistostomía	1
Diagnóstico	
Litiasis Residual del Coledoco	7
Odditis sin Cálculos	2

En la Tabla No. 4, se observan las intervenciones asociadas a la Esfinteroplastia del Oddi, que muestra que cuando el paciente no ha sido reintervenido, el procedimiento usual es practicar Colecistectomía, Colangiografía Coledocotomía, Esfinteroplastia y en algunos casos Pancreatografía, cuando se sospecha patología pancreática asociada. En un solo de estos casos, la Esfinteroplastia se practicó sin coledocotomía. Las reintervenciones fueron acompañadas de Coledocostomía.

TABLA No. 4

Operación Practicada 33 Esfinteroplastias, Asociadas a

Colecistectomía	24	Casos
Coledocotomía	23	Casos
Sin Colodocotomía	1	Caso
Pancreatografía	11	Pacientes
Colangiografía	29	Pacientes
Coledocotomía (Reintervenciones)	9	Pacientes

En la Tabla No. 5, se presentan las indicaciones de la Esfinteroplastia, observando que casi siempre el colédoco está dilatado, con cálculos enclavados, o no, frecuentemente múltiples, hay dos casos P. A. R. y dos de Odditis escleroretractil sin litiasis.

TABLA No. 5

Indicación de la Esfinteroplastía	
Colédoco Dilatado + Cálculos + Cálculo Enclavado	9
Colédoco Dilatado + Cálculos + Fibrosis de Papila	7
Colédoco Dilatado + Fibrosis de Papila	7
Colédoco Dilatado + Cálculos	4
Pancreatitis Aguda Recidivante	2
Odditis Escleroretractil	2
Colédoco Dilatado + Cálculos + Odditis Necrotizante	1
Colédoco Dilatado + Cálculo Unico no Enclavado	1
TOTAL	33

En la Tabla No. 6, observamos que las complicaciones pueden ser muy variadas, siendo las más importantes: 3 casos de Fístula Duodenal de Gasto bajo, 1 Pancreatitis Aguda y 1 Septicemia en 1 de los casos de Fuga Duodenal.

TABLA No. 6

Complicación	No. Casos	Porcentaje
Infección de la Herida	4	12.1%
Fístula Duodenal	3	9.0%
Derrame Pleural	2	6.0%
Neumonía Basal	1	3.0%
Absceso Subhepático	1	3.0%
Pancreatitis Aguda	1	3.0%
Septicemia	1	3.0%

En la Tabla No. 7, observamos que en nuestra serie de 33 casos, hubo una mortalidad de 1 caso, 3.3%, el cual se debió a una septicemia fulminante en una paciente de 70 años, que había tenido una colecistitis aguda, y se le había practicado colecistostomía, la cual demostró a la colangiografía, un cálculo enclavado en el colédoco.

TABLA No. 7

Mortalidad Operatoria		
Septicemia	1 Caso	3.3%

En la Tabla No. 8 presentamos el estudio Anatomopatológico de 14 biopsias del Esfinter de Oddi, demostrándose que la patología del Esfinter es muy variada. Consideramos que la biopsia no es indispensable y la hacemos con fines didácticos más que prácticos.

TABLA No. 8

Anatomía Patológica de la Ampolla de Vater	
Fibrosis + Inflamación Crónica	6 Pacientes
Inflamación Crónica	5 Pacientes
Fibrosis + Inflamación Aguda	1 Paciente
Papilitis Hipertrófica Necrotizante	1 Paciente
TOTAL	14 Pacientes

En la Tabla No. 9, vemos que el 84% (27 casos) se controlaron post-operatoriamente, y solo 5 pacientes (15%), no vino a control post-operatorio tardío, el cual fue desde 2 meses hasta 2 años.

TABLA No. 9

Controles Post-Operatorios		
Evolución Excelente	23 Pacientes	71.8%
Buenos Resultados	2 Pacientes	6.2%
Malos Resultados	2 Pacientes	6.2%
No se Controlaron	5 Pacientes	15.6%

El 78% de los casos tuvieron buenos resultados, de los cuales en 71.% fue excelente, estando todo este grupo totalmente asintomático, y reincorporados a sus quehaceres habituales. Solo 2 pacientes persisten con síntomas, como dolor en H. D. y náuseas.

DISCUSION:

En Venezuela se han publicado recientemente 2 trabajos sobre Cirugía del Esfínter de Oddi. Baroni (1), reporta 112 casos para un período de 1958-1970, es decir 12 años, pertenecientes a 3 Hospitales; y después de revisar la literatura nacional, encontramos que es la serie más numerosa reportada en nuestro medio. El porcentaje de pacientes reintervenidos en dicha serie es de 23.2%, lo cual es comparable con nuestros datos (27.3%). Hemos pensado que hay factores importantes en relación a los problemas del Esfínter de Oddi: **Indicaciones:** 1.- Cuando el coledoco está dilatado y no haya paso del medio de contraste al duodeno, o el dilatador de Bakes No. 3, no pueda franquear la ampolla de Vater fácilmente. 2. - Cuando exista litiasis múltiples del coledoco, indistintamente de que un cálculo esté enclavado en la ampolla de Vater. 3. - Cuando exista un cálculo único enclavado en la Ampolla, y el coledoco esté dilatado. 4. - En casos de Pancreatitis. 5 - En casos seleccionados de espasmos hipertónico del Esfínter de Oddi y 6. - Cuando exista litiasis residual del coledoco.

De lo cual, se deduce que las indicaciones para las esfinteroplastías, son mucho más amplias en la actualidad, y que cada vez es más un procedimiento operatorio primario para resolver la patología del tracto biliar, que usualmente se asocia a la litiasis del mismo.

En cuanto a la longitud de la Esfinteroplastía, según Jones (2) desde 1963 la amplitud de la esfinteroplastía es de aproximadamente 25 mm. de modo que el mecanismo esfinteriano sea totalmente destruido. Para tal efecto hemos realizado la manometría biliar, (3) la cual viene a constituir el control de calidad de la extensión de la esfinteroplastía.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BARONI RIVAS A. y QUINTERO CIRIMALE C. Papilo Esfinterotomía. Análisis de 112 casos. Bo. Soc. Ven. Cir.
- 2 A. JONES, L. SMITH. A reappraisal of sphincteroplasty. Surgery 71: 565; 1972.
- 3 M. GUELRUD, E. ROA, J. PLAZA, V. ZAMBRANO, A. TOLEDANO y S. BEKER. Colangio Manometria en el control de las Esfinteroplastías. En Prensa.

NUEVO EXPANSOR DE CANALES

A C A

El Laboratorio del  Centro Médico de Caracas

Ofrece ahora nuevas Pruebas de Química Sanguínea

- FENOTEINA
- FENOBARBITAL
- PRIMIDONA
- BILIRRUBINA NEONATAL
- CREATINA KINASA



DUPONT DE VENEZUELA C. A.

Edif. Los Frailes — Calle La Guairita — Chuao, Caracas

Apartado de Correos 61582 — Teléfono 92.60.22



FABRICA DE LENCERIA Y UNIFORMES

TODO PARA CLINICAS Y HOSPITALES

EQUIPO DE QUIROFANO

Batas cirujano - Pijama cirujano - Pijama instrumentista - Sábanas cerradas
Sábanas abiertas - Campos cerrados y abiertos - Botas cirujano - Gorros
y tapabocas - Guanteras - Fundas de Mayo - Lencería hospitalización



MODELO 418
Telas: Poliestar
Colores: Blanco, azul, beige



MODELO 528
Telas: Poliéster
Colores: Blanco, azul, verde
Manga: Larga y corta
(Bata y conjunto)

- Ya no es necesario comprar batas importadas.
- ¡Cuidado con los artículos de dudosa procedencia!
- En Venezuela se producen telas de buena calidad.
- Nosotros le aseguramos la mejor confección.
- Nuestras modelistas trabajan incansablemente, para satisfacer los gustos más exigentes.
- Patriotismo es sinónimo de desarrollo, grandeza e independencia de un país.
- Compra venezolano y harás Patria.

EN EL CENTRO:
Pele el Ojo a Peligro
Edif. Golden
Telfs.: 572.78.13 - 572.47.54

EN EL ESTE:
Centro Av Libertador
Av. Libertador, Esq. Negrín
La Florida - Telf. 72.35.56

CANCER DEL ANO Y DEL CANAL ANAL *

Dr. P. Morgado Nieves *

Dr. Nelson Hamana **

Dr. Roberto Varnagy ***

Las lesiones malignas del ano y del canal anal se ha dicho que son más bien raras, particularmente en nuestro país donde la incidencia de cáncer del intestino grueso ha sido tenida siempre como baja (1,2,5,7,10,11,14). Sin embargo, cuando se compara la incidencia del cáncer del ano y del canal anal con el total de cánceres del recto, observamos que la relación en nuestro país es mayor a la de otras series extranjeras. Así, en la revisión de Mazziota (10) esta relación es del 11%, en tanto que para Stearns y Quan (20) es de 3.9%; para Gabriel (4) del 3.5% y del 1% en la Clínica Mayo (17) hasta 1962. En el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, en Caracas, las cifras absolutas de cáncer del ano y del canal anal son de 21 casos, admitidos entre Octubre de 1970 y el 31 de Diciembre de 1976, que hacen una relación del 65.6% cuando se las compara con 32 cánceres del recto admitidos durante el mismo período.

Es importante fijar algunos conceptos anatómicos fundamentales, que nos permitirán comprender con más facilidad la patología, la clínica, el tratamiento y el pronóstico del cáncer del ano y del canal anal.

Entendemos por canal anal —que realmente deberíamos llamar conducto anal— aquella porción del intestino grueso comprendida entre la margen del ano y el borde superior del anillo anorectal, teniendo una longitud que varía entre tres y cuatro centímetros (13). En esta porción encontramos la línea pectínea o dentada, que está formada por la confluencia de las válvulas anales, las cuáles son, a su vez, la terminación de las llamadas columnas de Morgagni. Entre las márgenes del ano y la línea pectínea queda comprendido el canal anal anatómico, cuya importancia veremos luego. En la parte proximal, o superior, el canal anal está recubierto por mucosa colónica; en su parte media, la mucosa intestinal es reemplazada abruptamente por epitelio estratificado, compuesto de células escamosas o cuboideas, pudiendo tener glándulas mucosas. Esta zona recibe el nombre de **transicional** o **cloacogénica**, porque en ella se produce, en el embrión, la unión

* Ponencia Oficial sobre "Cáncer del Intestino Grueso", XIV Congreso Venezolano de Cirugía, 13 al 19 de Marzo de 1977, Puerto Ordáz.

• Cirujano, Servicio de Cirugía IV, Hospital Miguel Pérez Carreño.

** Anatomo-Patólogo, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Miguel Pérez Carreño.

*** Médico Residente, Servicio de Cirugía IV, Hospital Miguel Pérez Carreño.

entre la cloaca y el proctodeo, es decir, entre el endodermo y el ectodermo, y es en esta zona donde encontramos la línea pectínea que, al decir de Gray (6), es el límite exacto de esta unión y que corresponde, aproximadamente al tercio inferior del esfínter interno del ano.

Por debajo de la línea pectínea hay una zona de piel modificada, llamada **pécten**, muy poco móvil y exquisitamente inervada, y finalmente la piel típica de la porción distal del canal anal. En el pécten puede palpase el borde inferior del esfínter interno del ano y el surco interesfinteriano, que lo separa del fascículo subcutáneo del esfínter externo.

De modo, pues, que en el canal anal pueden aparecer, usualmente, adenocarcinomas en su porción superior; carcinomas cloacogénicos, llamados también transicionales o basaloides, en la línea dentada o inmediatamente por encima de ella y carcinomas epidermoides en el resto del canal anal.

La derivación linfática del canal anal varía, igualmente, con la altura que se considere. Así, en su porción proximal, los linfáticos drenan en los ganglios hemorroidales superiores que acompañan a los vasos de este mismo nombre, y en la cadena iliaca interna a través de los vasos hemorroidales medios. Por debajo de la línea dentada, los linfáticos drenan en los ganglios inguinales.

Finalmente, debemos recordar que por debajo de la línea dentada la inervación es particularmente rica para los estímulos dolorosos.

PATOLOGIA

Los neoplasmas malignos que se originan en el canal incluyen carcinoma epidermoide, adenocarcinoma, melanoma, carcinoma cloacogénico, carcinoma de Bowen, enfermedad de Paget extramamaria, linfosarcoma, sarcoma neurogénico, y carcinoma basocelular. En nuestra muestra, en orden de frecuencia, los tipos encontrados fueron carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y carcinoma cloacogénico.

La mayor parte de estos cánceres nace en la zona de transición, a nivel de la línea dentada o inmediatamente por encima de ella (16). De manera general, en la márgen del ano aparecen los carcinomas epidermoides que se comportan en un todo igual a los cánceres de la piel de cualquier otra parte del cuerpo.

EDAD Y SEXO

Las estadísticas generalmente admiten una mayor frecuencia del cáncer del ano y del canal anal en las mujeres (3,15,16,20), con mayor incidencia entre 40 y 60 años de edad. Nuestras cifras concuerdan con esta generalidad. (Cuadro No. 3).

APARIENCIA MACROSCOPICA

El cáncer del ano y del canal anal se presenta, usualmente, bajo una forma ulcerante. Por su forma habitual de extensión, hacia arriba, desde el punto de vista clínico tiene tendencia a ser visto más que como una lesión del recto, en vez de una lesión anal. La extensión distal muy rara vez ocurre, por lo cual es excepcional, salvo en casos muy avanzados, hacer el diagnóstico de carcinoma del canal anal por la simple inspección. Cuando es obvia su presencia en la márgen del ano, casi con toda seguridad se tratará entonces de un carcinoma epidermoide, el cual tendrá tendencia a ser más bien protuberante que ulcerante.

APARIENCIA MICROSCOPICA

El carcinoma epidermoide, con acúmulos de queratina y el típico arreglo de estructura celular estratificada, es el más frecuente de estos neoplasmas, siendo muy parecido al carcinoma del cuello uterino. Las células espinosas —“prickle cells”— son vistas pocas veces en el cáncer del canal anal, en contraste con el de la margen del ano donde representan el tipo usual de célula. El carcinoma puede tener una estructura similar a los carcinomas de la vejiga, recibiendo el nombre de carcinoma cloacogénico —porque nace en la región de la cloaca— aunque es llamado también transicional o basaloide, por su semejanza a los carcinomas vesicales y a los basocelulares.

FRECUENCIA

Hasta el 31 de Diciembre de 1976, en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño se habían diagnosticado, en material de quirófano o en biopsias de sala, 21 cánceres del ano y del canal anal, los cuales tenían la siguiente distribución:

Carcinoma Epidermoide	14 casos
Adenocarcinoma	4 casos
Carcinoma Cloacogénico	3 casos

MODO DE DISEMINACION

Por diseminación directa, el carcinoma del canal anal se extiende preferentemente hacia el tercio inferior del recto, a través de los espacios tisulares y las aberturas anatómicas. La propagación hacia abajo muy pocas veces se encuentra.

En un 36% de los casos de cáncer del canal anal tratados en el St. Mark's Hospital, Londres (4,16), la diseminación linfática se hizo hacia los nódulos hemorroidales superiores y los de la pared lateral de la pelvis, así como también hacia los ganglios inguinales. En la serie de Stearns (20) el 37% de sus pacientes tuvo invasión ganglionar inguinal; de ellos, 14 de 35 pacientes tenían metástasis evidentes al tiempo de la intervención y fueron tratados, además, con disección radical de la ingle, sobreviviendo solamente dos pacientes a los cinco años, pero muriendo después de cáncer. De los otros 21 pacientes cuyas metástasis se hicieron evidentes después de la intervención, uno fue tratado solamente con radiación y murió muy poco tiempo después; en 20 se hizo disección radical de las ingles y de ellos quince sobrevivieron 5 o más años; de éstos, tres murieron de carcinoma después de cinco años. En esta misma serie, 24% de los pacientes tuvo invasión ganglionar mesentérica; 15 de 45 pacientes que tuvieron linfadenectomía abdominopélvica o extramesentérica presentaron metástasis ganglionares en el obturador y en la cadena hipogástrica. De ellos, solamente cinco, o un tercio, sobrevivió más de cinco años.

En nuestra serie no se describe ningún paciente con invasión ganglionar inguinal: en doce pacientes de quince en quienes se pudo establecer el grado de diseminación linfática, los ganglios mesentéricos estaban infiltrados por el tumor y en dos de ellos la invasión llegaba a otros órganos abdominales; en tres pacientes, a quienes se practicó una resección local, no se pudo investigar si

había o no infiltración ganglionar mesentérica y tres pacientes rehusaron la intervención.

Hay, pues, evidencia, de que los ganglios inguinales se afectan tardíamente. En el cáncer de la margen del ano las metástasis hemorroidales son sumamente raras, no así las inguinales. En el cáncer del canal anal, por el contrario, las metástasis ganglionares son más frecuentes en la cadena mesentérica que en las ingles.

SIGNOS Y SINTOMAS

A pesar de que son fácilmente localizables, estos tumores llegan al cirujano generalmente con el diagnóstico equivocado. El dolor es, quizás, uno de los síntomas más importantes del carcinoma del canal anal. Se hace peor durante la defecación y puede ser confundido con una fisura anal. Lamentablemente, muchas veces la queja del paciente, que es mal o incompletamente examinado, se atribuye a "hemorroides" olvidando que solamente duelen las hemorroides complicadas. El sangramiento y el cambio de hábito intestinal, muchas veces con tenesmo rectal, son frecuentes en los tumores localizados por encima de la línea pectínea. Hay poco dolor en los carcinomas de la piel del ano, pudiendo ser confundidos con un plicoma anal, unas "hemorroides externas" e incluso con un condiloma acuminado del ano.

Un exámen proctológico que incluya inspección, tacto y endoscopia, orientará al diagnóstico que deberá ser confirmado por biopsia incisional en los casos de tumores del canal anal y de biopsia excisional, bajo anestesia regional, en los tumores de la margen del ano.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Deberá ser planteado con dermatosis severas de la piel del ano, condilomas, fisura anal, enfermedad de Crohn del ano, úlcera inespecífica, carcinoma complicando una fístula anal muy crónica, lesiones de radiación, linfogranuloma venéreo, sífilis, enfermedad de Paget extramamaria y hemorroides. La biopsia y el exámen regional minucioso son esenciales para definir el diagnóstico y precisar la localización del tumor.

TRATAMIENTO

Hay suficiente experiencia mundial para afirmar que el tratamiento del cáncer del canal anal debe ser mediante la resección abdominoperineal del recto, acompañado, en lo posible, por linfadenectomía pélvica (1,3,4,8,15,16,20). Aún cuando las estadísticas de sobrevida son relativamente pobres en todas partes, el tratamiento radical es el menos pobre de todos los tratamientos y el que ofrece razonable prospecto de curación, en el caso de que el paciente esté en suficientes buenas condiciones como para tolerar el procedimiento quirúrgico. De no ser así, deberemos apelar a una cirugía menos agresiva pero conscientes de que estamos haciendo un tratamiento paliativo.

En el caso de los carcinomas de la margen del ano, la extirpación local amplia, con resección de parte del fascículo subcutáneo del esfínter externo del ano, parece ser suficiente.

La disección inguinal profiláctica al tiempo de hacer la cirugía del tumor primario no es recomendable, por dos razones básicas: cuando hay ganglios positivos al momento del procedimiento quirúrgico inicial, la sobrevida no es, generalmente, mayor de dos años; y, por otra parte, la disección ganglionar de la ingle lleva consigo una gran morbilidad, que no justifica hacerla a título profiláctico. A nuestro modo de pensar, la disección ganglionar de la ingle debe hacerse cuando en el seguimiento del paciente operado aparecen ganglios inguinales en los cuales, mediante biopsia, se encuentra tumor.

La radioterapia ha sido frecuentemente invocada como tratamiento del cáncer del ano y del canal anal, en lugar de la cirugía, con el objeto de controlar la enfermedad y preservar el complejo esfinteriano anal. En varias series (3,15,20) ha probado ser extremadamente insatisfactoria en el logro de ambos objetivos. Su papel ha quedado reducido al de un procedimiento paliativo o para tratar de reducir el tamaño de la lesión de piel y hacerla más fácilmente extirpable.

La radiación endocavitaria por contacto con la técnica de Papillon (21) ha sido utilizada en el tratamiento del cáncer del recto, en tumores a menos de 10 centímetros de la margen del ano, sin metástasis a distancia, con diámetro menor de 3 centímetros, de bajo grado de malignidad y con canal anal largo. Los resultados de esta técnica están bajo análisis.

QUIMIOTERAPIA

El papel de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer del ano y del canal anal no está definido (9,18). Parece haber un consenso general en que su uso solamente está justificado como coadyuvante de la terapia quirúrgica, en la etapa post-operatoria, y, en particular, para aliviar los dolores cuando se producen las metástasis pélvicas. Bajo este criterio, nosotros usamos de manera sistemática el 5 Fluor-uracilo, en dosis de 10 miligramos por Kilo de peso, por semana, en series que se interrumpen cada 20 semanas para efectuar exámenes hematológicos, particularmente recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina. Los resultados obtenidos, hasta ahora, no nos permiten asegurar que el 5 Fluor-uracilo sea particularmente bueno en la terapéutica post-operatoria del cáncer del ano y del canal anal.

PRONOSTICO

En 252 casos de carcinoma epidermoide del ano y del canal anal tratados en el St. Mark's Hospital entre 1928 y 1962 (4), la tasa de sobrevida de cinco años es alrededor del 40%. Otras estadísticas presentan cifras similares (3,15,20), mientras que en nuestras series la sobrevida es pobre (2,10,5,7). El pronóstico es mejor, sin embargo, en los cánceres de la margen del ano que en los del canal anal.

La evaluación en nuestros pacientes ha sido la siguiente: tres pacientes rehusaron la intervención quirúrgica; uno murió en el post-operatorio inmediato, por aspiración bronquial. De los 17 pacientes restantes, dos murieron en el transcurso del primer año del post-operatorio; uno se perdió del control quirúrgico y 14 estaban vivos al final del primer año. De éstos, ocho estaban para control del segundo año: cinco cumplieron el segundo año, una paciente murió por trombosis mesentérica, sin signos de cáncer, y dos desaparecieron del control. De los cinco disponibles para control del tercer año, uno desapareció del control, otra fue

operada por bocio, practicándosele lobectomía tiroidea izquierda, luego una nefrectomía derecha por hidronefrosis y finalmente murió por insuficiencia renal crónica —de la que era portadora antes de ser intervenida por su cáncer— sin evidencias de enfermedad neoplásica activa. Tres pacientes continúan vivos después de cumplir 4 años de operados, sin evidencia de enfermedad cancerosa. En dos de ellos se hizo resección local y en otra una resección abdominoperineal. En la actualidad controlamos 9 sobrevivientes: 6 con un año de post-operatorio y 3 con 4 años.

Desde luego que mientras más temprano se detecte y se opere, mejores serán las cifras de sobrevivencia. Pero, al parecer, no es mucho lo que hemos progresado diagnosticando cánceres del ano y del canal anal, desde 1928 hasta la fecha.

CUADRO No. 1

Cáncer del Ano y Canal Anal

Cifras Absolutas

Mazziota	11 casos	1956 - 1968
Gabriel - Morson	157 casos	1928 - 1956
Stearns - Quan	109 casos	1944 - 1963
Morgado - Hamana	21 casos	1970 - 1976

CUADRO No. 2

Patología

Carcinoma Epidermoide	14 casos
Adenocarcinoma	4 casos
Carcinoma Cloacogénico	3 casos

CUADRO No. 3

Sexo

Mujeres	15 casos
Hombres	6 casos

RESUMEN

Al presentar una serie de 21 casos de cáncer del ano y del canal anal registrados en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, entre 1970 y 1976, revisamos el estado actual del diagnóstico, clínica y tratamiento de esta enfermedad, señalando la alta incidencia que tiene en nuestro país y particu-

larmente en nuestro Hospital. Recomendamos el tratamiento del cáncer del ano y del canal anal mediante la resección abdominoperineal del recto, acompañada, cuando el caso lo permita, de linfadenectomía pélvica. En los cánceres de la margen del ano preferimos la resección local a la radioterapia, con aparentes buenos resultados. Nuestra cirugía es complementada por la administración de 5 Fluor-uracilo y no la acompañamos de vaciamiento ganglionar inguinal profiláctico, dejandola para cuando hay ganglios positivos en el curso de la evolución de los pacientes. Hacemos hincapié en que la presencia de ganglios inguinales metastásicos al momento de la intervención inicial ensombrece el pronóstico y exponemos, de forma preliminar, la experiencia de los Servicios que conforman el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño en relación con el tratamiento del cáncer del ano y del canal anal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BRITO, V.: Cáncer del Colon. Bol. Soc. Ven. Cirugía, 13:73, 1959.
- 2 De BELLARD EP Pérez Carreño M. Cáncer de la zona anorectal. Un estudio de sus características en la patología venezolana. Bol. Soc. Ven. Cirugía, 12:1, 1956.
- 3 FAILES D., MORGAN BP: Squamous-cell carcinoma of the Anus. Dis. Colon & Rectum, 16:397, 1973.
- 4 GABRIEL W: The principles and Practice of Rectal Surgery. 5th Ed., H. K. Lewis & Co., London, 1973.
- 5 GOMEZ R: Revisión de la Patología Anorectal en el Hospital Vargas durante el período 1945-1963. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XX, 2:333, 1966.
- 6 GRAY'S ANATOMY: Edited by D. V. Davies, 34th Ed., Longmans, Green and Co., London, 1967.
- 7 HERNANDEZ C., PERALTA J., RODRIGUEZ C: Cáncer de Colon Recto y Ano en el Servicio de Cirugía No. 1, Hospital Vargas. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXVI, 2:169, 1972.
- 8 HUGHES E., CUTHBERTSON A: Anorectal Surgery, Chapman & Hall Ltd., London, 1972.
- 9 JOHNSON R: Cell Kinetics, Chemotherapy and Colonic Cancer. Dis. Colon & Rectum, 15:120, 1972.
- 10 MAZZIOTA RL., DIAZ A: Carcinoma Epidermoide del Ano. Bol. Soc. Ven. Cirugía XXVI: 735, 1972.
- 11 MORENO JJ., SANCHEZ C: Cirugía de Colon y Recto en el Hospital Universitario de Maracaibo. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXIV:567, 1970.
- 12 MORGADO NIEVES P., D'ERIZANS H. ALVAREZ E: Tratamiento del Cáncer del Colon y Recto en el Hospital del Seguro Social en Maracay. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXV:97, 1971.
- 13 MORGADO NIEVES P: Anatomía Aplicada del Conducto Anal "in vivo" en relación con los procesos supurativos no específicos del ano y su tratamiento quirúrgico. Bol. Soc. Med. Hosp. M. Pérez Carreño, II:15, 1963.
- 14 MORGADO NIEVES P., HAMANA N: Cáncer del Ano y Canal Anal. Bol. Soc. Med. Hosp. M. Pérez Carreño, III, 9:9, 1974.
- 15 O'GRADY JF., BACON H., KOODHARY A: Squamous-Cell Carcinoma of the Anus. Dis. Colon & Rectum 16:39, 1973.
- 16 PARKS AG., MORSON B: Cancer of the Anal Canal and Anal margin, en Diseases of the Colon, Rectum and Anus. W. Heinemann Medical Books, London, 1969.
- 17 RICHARDS JC., BEHARS OH., WOOLNER LB: Surg. Gyn. Obs. 114-475, 1962.
- 18 ROUSSELOT L., COLE D. et al: Adjuvant Chemotherapy with 5 Fluorouracil in Surgery for Colorectal Cancer. Dis. Colon & Rectum 15:169, 1972.
- 19 ROSADO A., GARCIA JL: Colon Quirúrgico, Hospital Quirúrgico y Maternidad de Maracaibo. VI Congreso Venezolano de Cirugía, Vol. II, 760.
- 20 Stearns MW., QUAN S: Epidermoid Carcinoma of the anorectum. Surgery Gyn & Obs. 131:953, 1970.
- 21 SISCHY B., REMINGTON J: Endocavitary contact radiation for carcinoma of the Rectum. 75th Anniversary Convention, American Society of Colon and Rectal Surgeons. Washington, 1974.



La Coordinadora

SOCIEDAD DE CORRETAJE DE SEGUROS

gerencia general y servicios técnicos

Por favor, tomen nota de nuestro

NUEVO TELEFONO

83.66.33 (serial)

nunca está ocupado

La Coordinadora

SOCIEDAD DE CORRETAJE DE SEGUROS

Oficina Principal

Jesuitas a Tienda Honda, Edif. Avila, 5° Piso

Cable Radio - Telegrama Cordinaca

Telex: 21600 - Apto. Postal: 2231 -

/ Santa Capilla a Mijares,

Edif. San Mauricio, Caracas,

REVISION BIBLIOGRAFICA

CIRUGIA

Dr. Eduardo Souchón

TUMORES DE GLANDULAS SALIVARES INDUCIDOS POR RADIOTERAPIA. Sener S. F., Scanlon E. F., Annals of Surgery 1980; 191:304.

Se revisaron 26 pacientes con tumores de glándulas salivares que habían sido previamente irradiados en el área de cabeza y cuello por enfermedades benignas inflamatorias.

Todos los pacientes habían recibido menos de 750 rads, la edad promedio fue de 48 años y el intervalo de tiempo entre la radioterapia y la aparición del tumor de 25 años y la razón más común como causa para la irradiación fue Acné.

Once pacientes desarrollaron tumores malignos de los cuales ocho fueron en la glándula Parótida y los otros tres en glándulas salivares accesorias. Los tumores benignos más frecuentes fueron también en la Parótida (Tumor Mixto).

Parece ser que pacientes que han recibido radioterapia en el área de cabeza y cuello tienen riesgo aumentado para el desarrollo de tumores de Glándulas Salivares.

EFFECTIVIDAD DE LA FILTRACION DEL AIRE EN LOS DRENES DE SUCCION DE LAS HERIDAS OPERATORIAS. Worth M. H., Andersen H. W., Journal of Surgical Research 1979; 27:405.

Los autores evaluaron la efectividad de un filtro AN-30 con poros de 1 micrón, cultivando el aire aspirado en caldo de Soya y Trypticase, comparando los resultados con el aire ambiente aspirado sin el uso del filtro.

Se encontró que en ninguno de los cultivos en que se usó el filtro crecieron bacterias y que en los cultivos en que no se usó el filtro, todos desarrollaron micro-organismos en un lapso de 24 horas.

Se recomienda el uso de drenes con filtro en heridas operatorias.

EFFECTO DE LA INHALACION DE HUMO EN EL SURFACTANTE PULMONAR. Nieman G. F., Clark W. R., Wax S. D., Webb W. R. Annals of Surgery 1980; 191:171.

Los autores efectuaron experimento en perros imitando las condiciones de intoxicación por humo que tendría un paciente quemado en un incendio y a la vez con inhalación de humo.

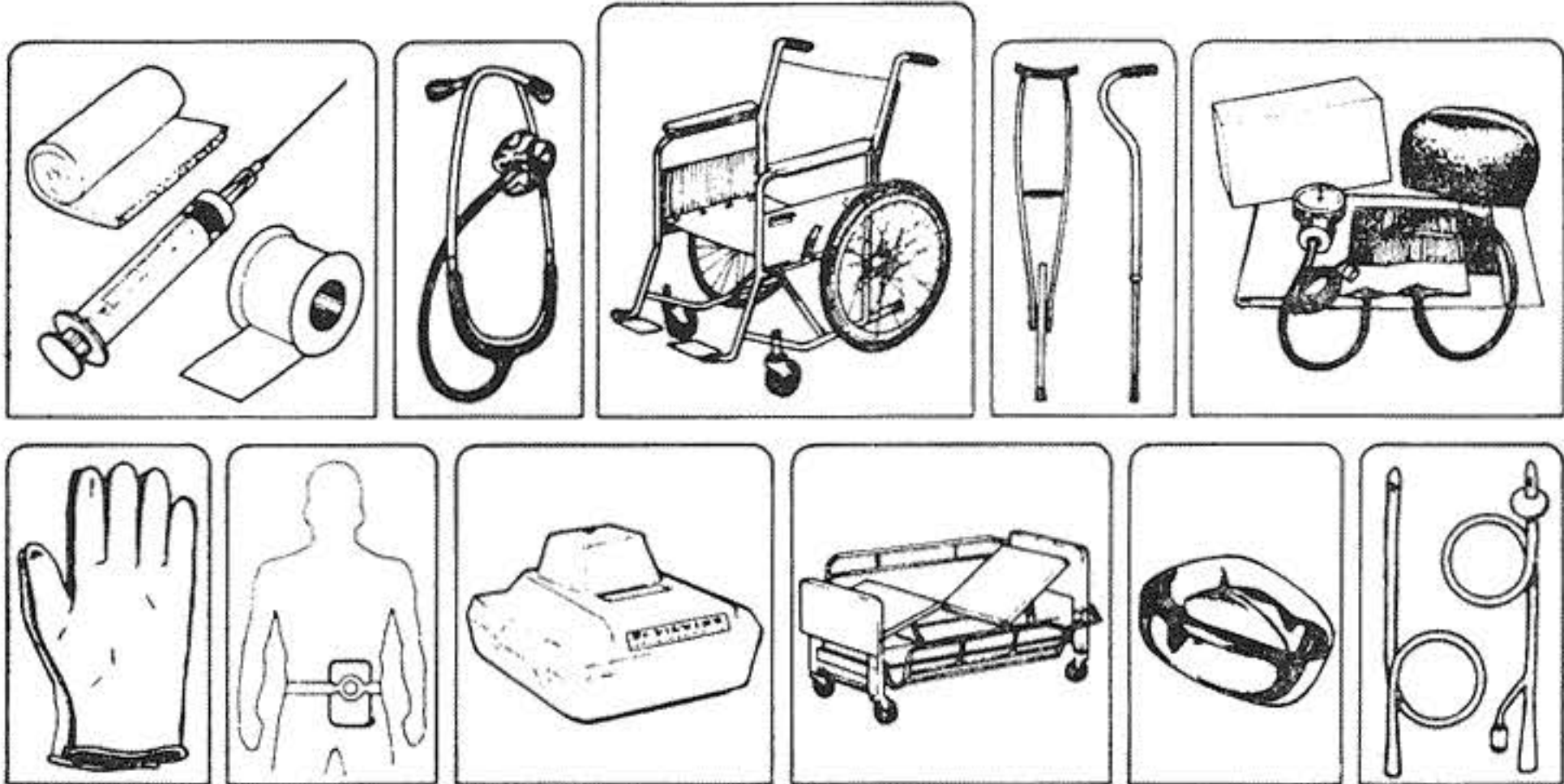
Los parámetros estudiados fueron: gases arteriales, carboxihemoglobina, hemodinamia pulmonar y sistémica, mecánica respiratoria, tensión superficial de áreas afectadas como indicador de efectividad de surfactante y fotomicroscopia in vivo. Se demostró que inmediatamente después de la inhalación de humo se desarrolla una atelectasia pulmonar masiva, hemodinámicamente hay pocos cambios pero el PaO₂ cayó a 49 mmHg; el shunt de derecha a izquierda aumentó de 5 a 41%. La reducción de surfactante también fue significativa, como para aumentar la tensión superficial de 7 a 22 Din/cm. de promedio.

La correlación clínica parece ser buena y explicar el por qué las víctimas de las quemaduras por inhalación de humo son tan vulnerables a la administración de líquidos durante los períodos de resucitación.

DESPREOCUPESE DOCTOR...Y ALIVIE A SU PACIENTE

...De los problemas del tránsito y del tráfico telefónico, un medicamento se obtiene con facilidad en la farmacia, pero ubicar el material y los equipos médicos que requieren Ud. y su paciente, representa un tormento.

En TECNOMED ponemos a su disposición una variedad de 5.000 tipos de artículos de consumo del paciente y un Banco de Datos.



- Algodón.
- Jeringas descartables.
- Adhesivos Hipoalérgicos (Micropore / Transpore 1/2, 1, 2 y 3)
- Aplicadores con algodón
- Termómetros: a) Orales, b) Rectales, c) Bazales
- Compresas de gasa estéril
- Centros de cama descartables - impermeables
- Bolsas de hielo flexible (CRIOGEL)
- Vendas elásticas.
- Duchas vaginales descartables y reusables
- Vaporizadores - humidificadores ambientales
- Equipos para enema descartables
- Agujas hipodérmicas reusables y descartables
- Lámparas portátiles (Ultra-violeta, infrarrojo)
- Tensiómetros: a) de mercurio, b) de reloj
- Estetoscopios
- Patos plásticos y de acero inoxidable
- Orinales plásticos y de acero inoxidable
- Baño de asiento
- Asientos inflables

- Sondas: A) Foley goma latex esteriles 5 y 30 cc.
B) Foley de sílicone
C) Nelaton de goma y descartables esteriles
D) Levine de goma y descartables esteriles
E) De alimentacion (FEEDINGTUBES)
F) Ureterales
G) Endotraqueales con o sin manguito de goma y descartables esteriles
H) Para aspiracion
- Guantes: esteriles y no esteriles (Vinil y goma latex)
- Bolsas de colostomia (todos los tipos)
- Bolsas de urostomia (todos los tipos)
- Equipos de veno punción ABBOTT
 - A Venocath
 - B Stylocath
 - C Abbocath
 - D Venotube
 - E PVC
 - F Venoset
 - G Soluset
 - H Hemoset
 - I Puncion Lumbár
- Jeringas TOMMY para alimentar
- Jeringas ASEPTO para lavar sondas
- Cánulas para traqueotomia
- Equipos de oxigeno

TECNOMED J. Trapp C.A

EQUIPOS MEDICOS

Esq Puente República Nº 142, La Candelaria a una cuadra de la Clínica Razzetti
Teléfonos: 572.8111 (Serial)

No dude, envíe a su paciente, pregunte cómo le hemos atendido, o pregúntenos Ud. cuando desee adquirir el material médico que requiere para su consultorio

**CAFETERIA Y FUENTE DE SODA
DEL HOSPITAL PRIVADO
CENTRO MEDICO DE CARACAS**

Abierto desde las 7 a. m. hasta las 11 p. m.
todos los días
inclusive Sábados, Domingos y Feriados

T E L E F O N O S :

52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156

Llamadas desde Consultorios Ext. 7230

Llamadas desde Habitaciones Ext. 230

Contratista Responsable:

H E R M A N N P E R G E R

D i - G r á f i c a G O M E Z

- R E V I S T A S - L I B R O S - F O L L E T O S
- I M P R E S O S E N G E N E R A L

Canónigos a Esperanza, Local 4
Teléfono: 561.6799 — Caracas

S A S T R E R I A

“La Elegancia” S. r. l.

Marca Registrada

S O L O H A Y U N A

GRAN SURTIDO DE ROPA HECHA
DE LAS MEJORES MARCAS

Afiliados a:

“CAPCIMIDE” “COOPETRAJARDIN”

Av Baralt, Miranda a Maderero, Edif. Miranda No. 806, Local A

TELEFONO 41 26 27

Caracas - Venezuela

PROXIMATE*

ENGRAPADORA PARA PIEL

PARA EL CIRUJANO

CONFIABLE

Siempre lista para ser utilizada.
Un instrumento nuevo y estéril para cada intervención.
Ya precargada con sus grapas, una engrapadora desechable para piel PROXIMATE* está indicada en la mayoría de los cierres quirúrgicos.

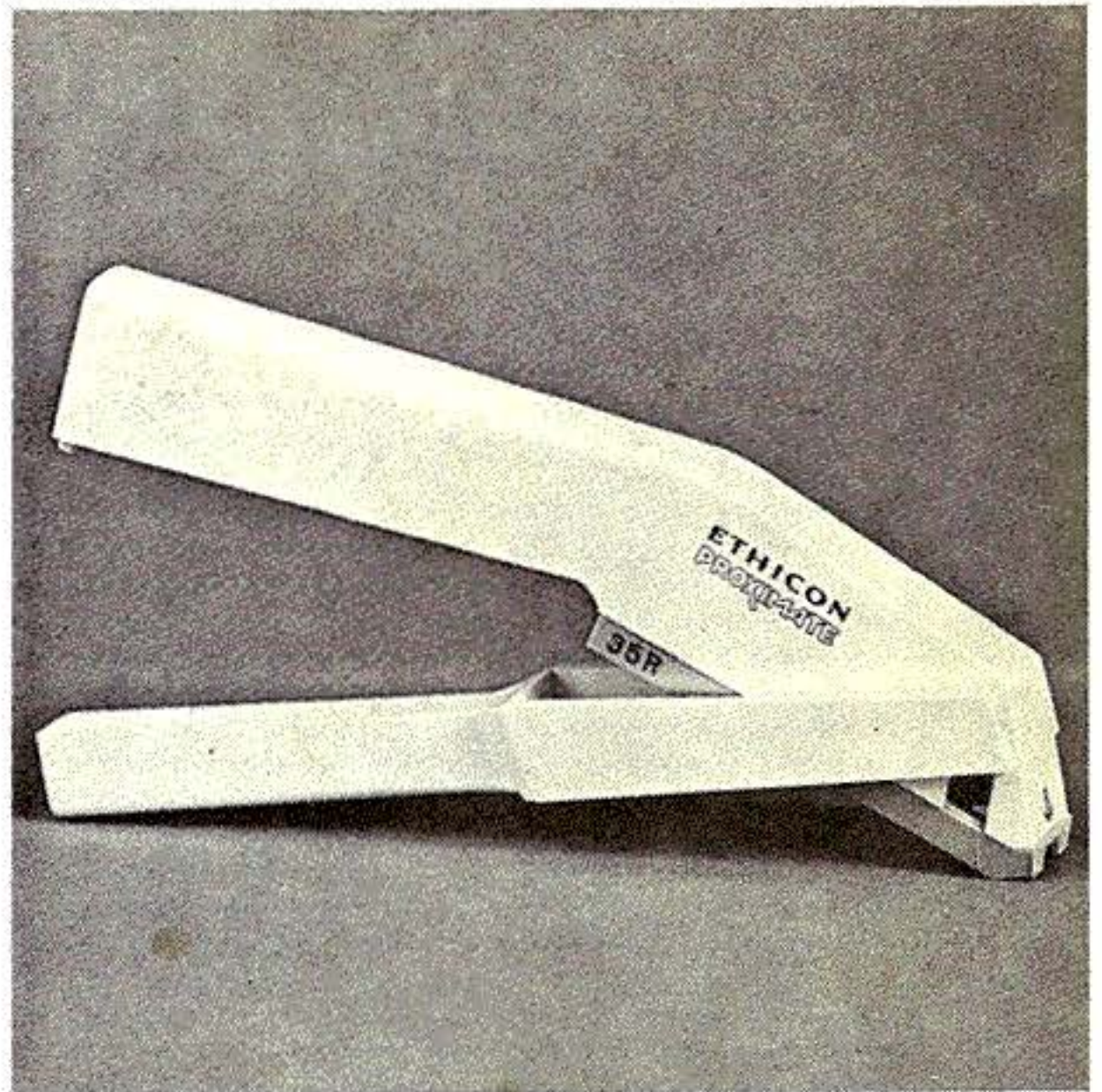
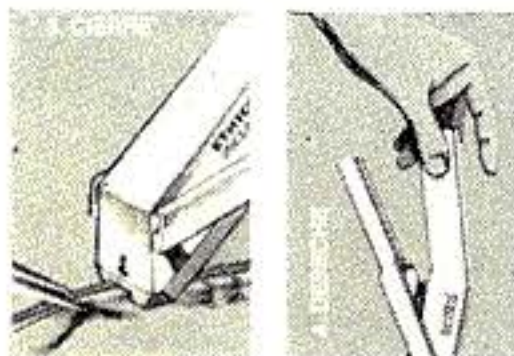
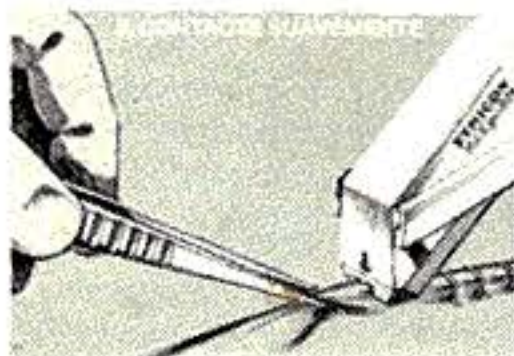
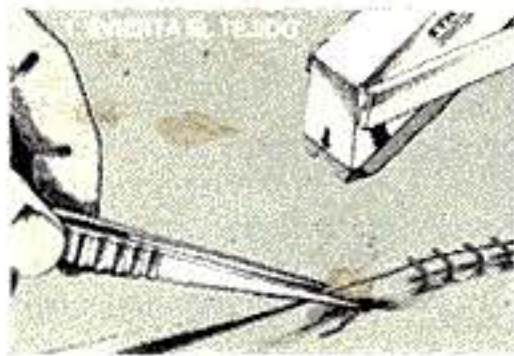
RAPIDA

Totalmente automática.
No hay que cargar o recargarla.
Sin esperas originadas por Autoclave.
Se agiliza el cierre de las heridas.

PRECISA

Angulos naturales de manejo para colocación adecuada y óptimo control.
Sumamente liviana; tan solo 85 gr de peso.
Fácil de disparar.

FACIL DE USAR
(Vea ilustración a la derecha).



PARA LA ENFERMERA

Tratela como a una sutura.

CONVENIENTE DE USAR.

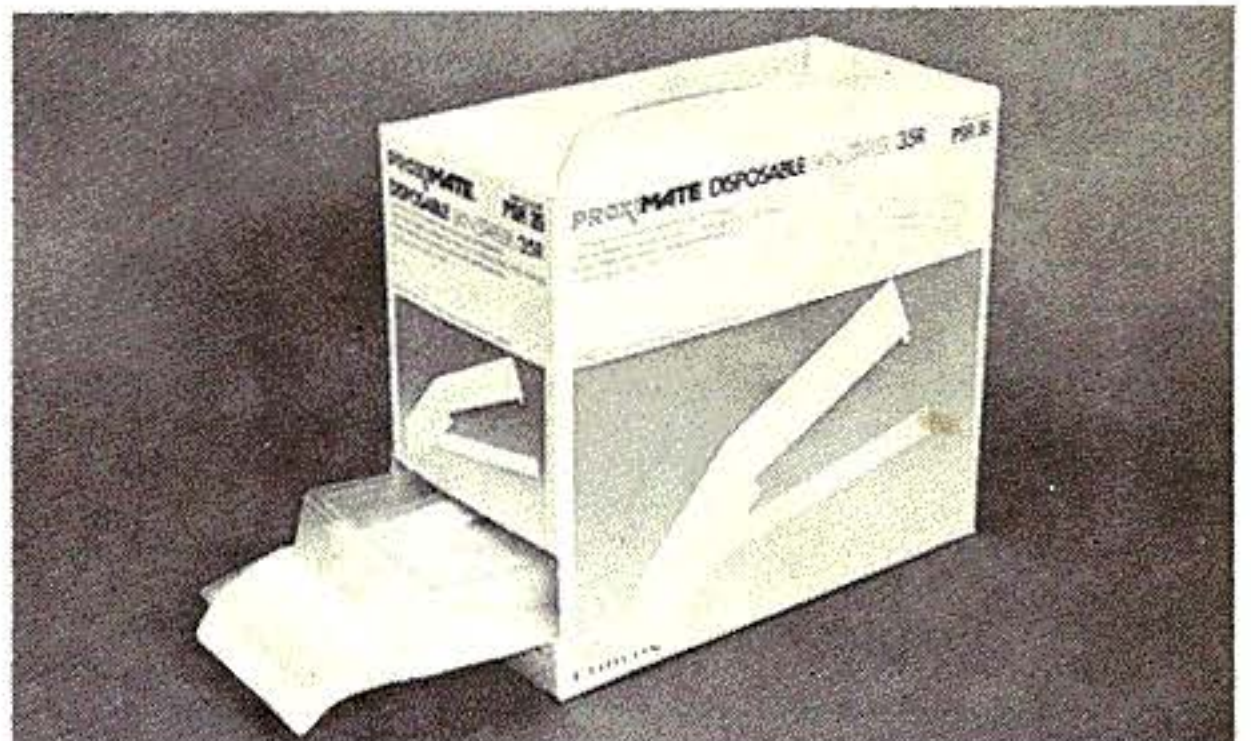
(Vea ilustración a la derecha).

SIN MANTENIMIENTO

Siempre lista para ser pasada al Cirujano.
Sin reparaciones.
No hay que limpiarla.
No hay que lubricarla.
No hay que envolverla ni guardarla.
Después de usarse, se desecha.

EMPAQUE CONVENIENTE

Se presenta empacada en forma individual y vienen 6 instrumentos estériles por caja.
Puede seleccionar grapas de acero inoxidable de tamaños regular o anchas (ver ilustración).



PROXIMATE ENGRAPADORA PARA PIEL

Grapas tamaño regular (5.7 mm x 3.9 mm)
35 grapas por instrumento PSR-35.

Grapas anchas (6.9 mm x 3.9 mm)
35 grapas por instrumento.

6 POR CAJA

EXTRACTOR PSX

Para remover las grapas, se utiliza el extractor desechable de acero inoxidable que por la disposición convergente de sus mandíbulas, faciliten la extracción evitando molestias al paciente.



12 extractores estériles, por caja empacados individualmente.

PARA EL PACIENTE

Se le reduce el tiempo bajo anestesia pues se agiliza la intervención.
Grapas de acero inoxidable monofilamento minimizan la reacción tisular.

ETHICON*
Un paso adelante en el cierre de heridas

Johnson-Johnson de Venezuela, S.A.
TELEFONO: 239.5822 (16 LINEAS)
APARTADO 60349 CARACAS, 108

*MARCA REGISTRADA