

63

VOLUMEN XVIII

centro médico

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

● ESPERMOGRAMA

Bio. Piedad Saavedra

● EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA OSTEOMIELITIS CRONICA

Dres. Leopoldo Briceño Iragorry, h., Gastón Calcaño
Loynaz, Hernán Quintero Uzcátegui
e Israel Martínez

● COMENTARIOS SOBRE EL SINDROME MIOTENSIVO
CERVICO - ESCAPULO - TORACICO

Dres. M. Casademont, J. Freixas, A. Bardina,
R. Figuls, A. Dauder y R. Torres

● ABSCESO EN UN CASO DE RUPTURA
OCULTA DEL BAZO

Dres. Luis Arturo Ayala, Antonio París,
Guillermo Colmenares, Itala de París
y Antonio Clemente

● TRATAMIENTO CORRECTOR DEL PIE ZAMBO

Dres. J. Xicoy Forgas y F. X. Mir Bullo



M A Y O

1 9 7 9

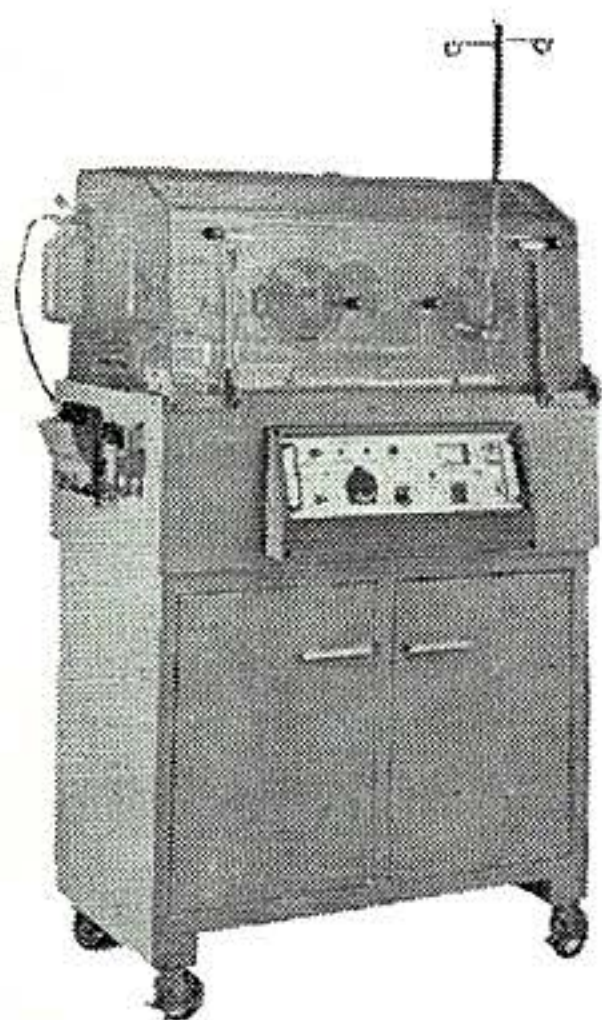
SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

DOTACION

MEDICA

COMPANIA ANONIMA

Tiene el honor de ofrecer a su distinguida Clientela las líneas de su representada, la firma
OLIDEF DE BRASIL



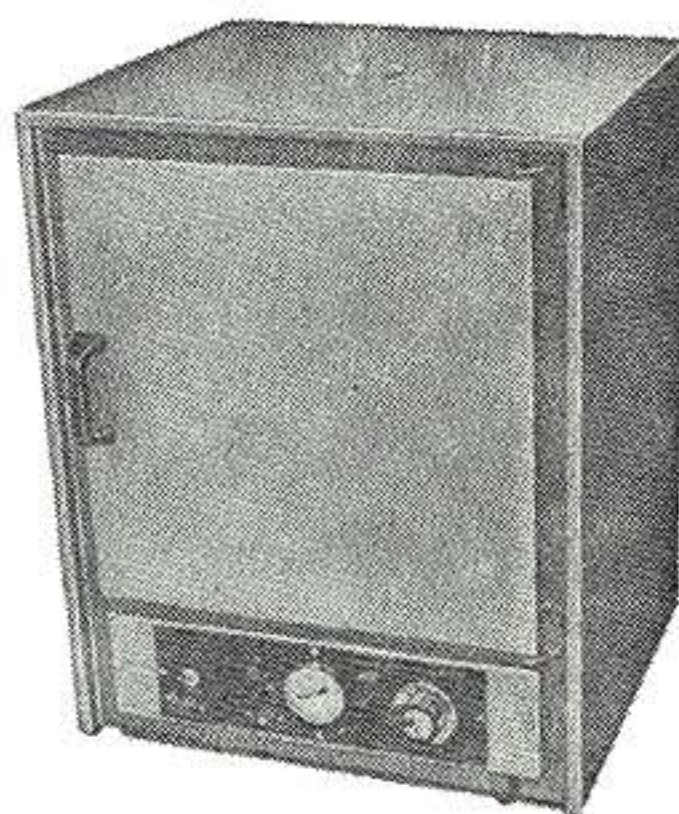
Incubadoras para
Recién Nacidos



Bisturí Electrónico



Aspiradores, Compresores
y Tiendas de Oxígeno



Hornos y Estufas

Av. Cagigal, Residencias Danubio - San Bernardino, Caracas
TELEFONO: 52.13.66 (serial)
Cables: Domedica



63 Vol. XVIII

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 C.

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. XVIII No. 63 - Mayo 1979

centro médico

VOL. XVIII No. 63 — MAYO 1979

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

S U M A R I O

● IN MEMORIAM. Ricardo Baquero González José J. Gutiérrez Alfaro	57
● Espermograma Bio. Piedad Saavedra	63
● Experiencia en el Tratamiento Quirúrgico de la Osteomielitis Crónica Dres. Leopoldo Briceño Irigorry, h., Gastón Calcaño Loynaz, Hernán Quintero Uzcátegui e Israel Martínez	69
● Comentarios sobre el Síndrome Miotensivo Cérvico-Escápulo-Torácico Dres. M. Casademont, J. Freixas, A. Bardina, R. Figuls, A. Dauder y R. Torres	77
● Absceso en un Caso de Ruptura Oculta del Bazo Dres. Luis Arturo Ayala, Antonio París, Guillermo Colmenares, Itala de París y Antonio Clemente	83
● Tratamiento Corrector del Pie Zambo Dres. J. Xicoy Forgas y F. X. Mir Bullo	89
● Revisión Bibliográfica Dr. Eduardo A. Souchón	98
● Notas de Congresos y Reuniones	99

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

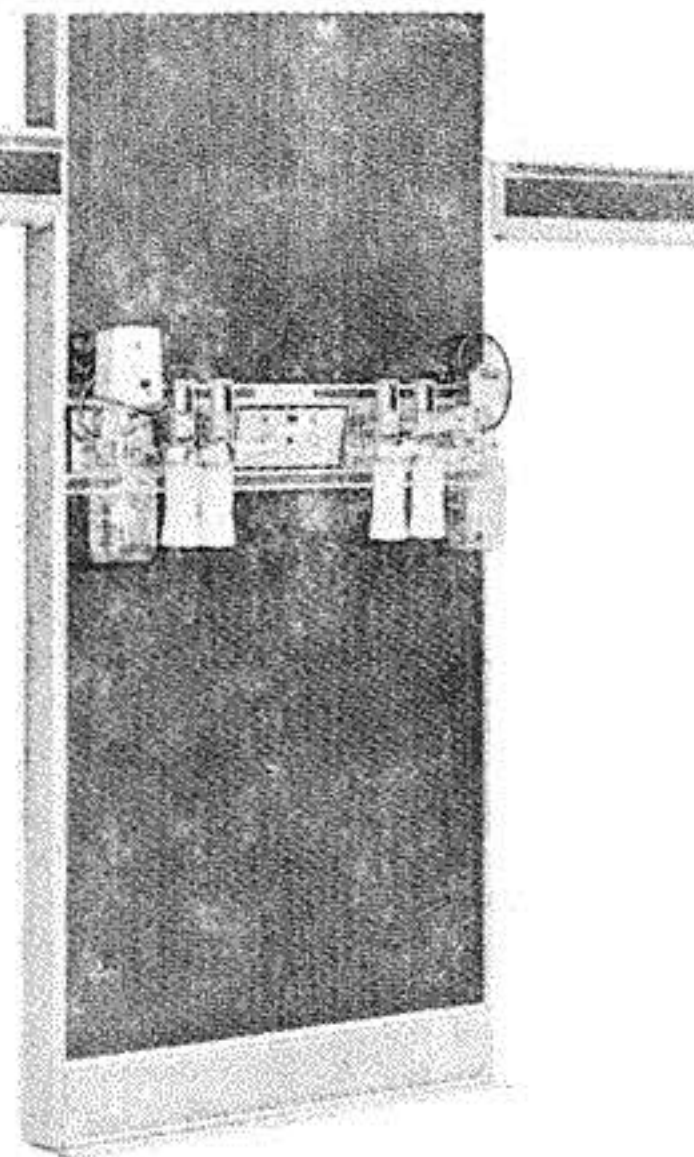
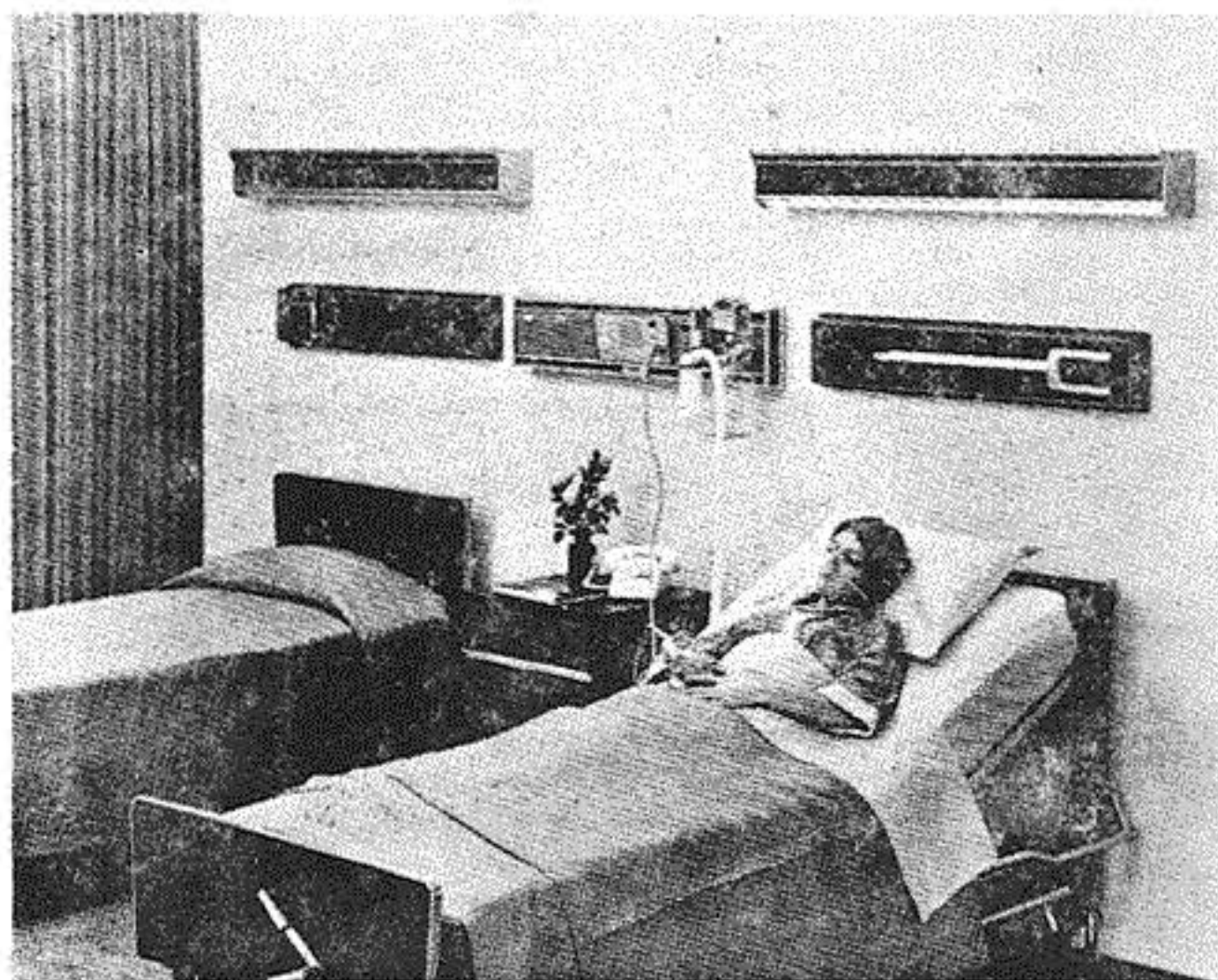
GIV

SERVICIOS MEDICINALES

Ahora los equipos para ayudar a las funciones vitales, la terapia de la respiración y el confort del paciente, están cerca de las manos de la enfermera. Todo incluido en la unidad modular empotrada en la pared al lado de la cama, y es de la División Médica de Chemetron.

Ud. encontrará en los más modernos hospitales y clínicas, muchos otros productos y equipos de la Chemetron, los cuales mientras cuidan a la salud del paciente, reducen el trabajo en los pabellones, llevan los gases a las salas de operación y terapia intensiva, y ayudan a los médicos llevar a cabo, con un sistema más eficiente, la tarea del cuidado al paciente.

Estos accesorios empotrados hacen más práctica la tarea de la enfermera.



GIV C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA Servicios Medicinales

Caracas: Edificio Trio 1er. piso Plaza Sur Altamira - Telfs. 33.53.81/83 - 33.60.38
Maracabo - Valencia - Maracay - Barquisimeto - Puerto Ordaz - Pto. Fijo - San José de Guanipa.

Apartado 61.148 Caracas

Pto. La Cruz

NORMAS PARA PUBLICACION EN 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-económicos, 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, información y cartas dirigidas al Comité de Redacción.

I n s t r u c c i o n e s :

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 de 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 experiencias 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 Fernandez 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.

LABORATORIOS SUBSTANTIA C. A.

DIVISION DE PRODUCTOS PROFESIONALES

PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE PRIMERA CALIDAD
AL SERVICIO DE LA SALUD DEL PUEBLO VENEZOLANO

A G A R O L

B R O N D E C O N

M A N D E L A M I N E

N E O - S Y N A L A R

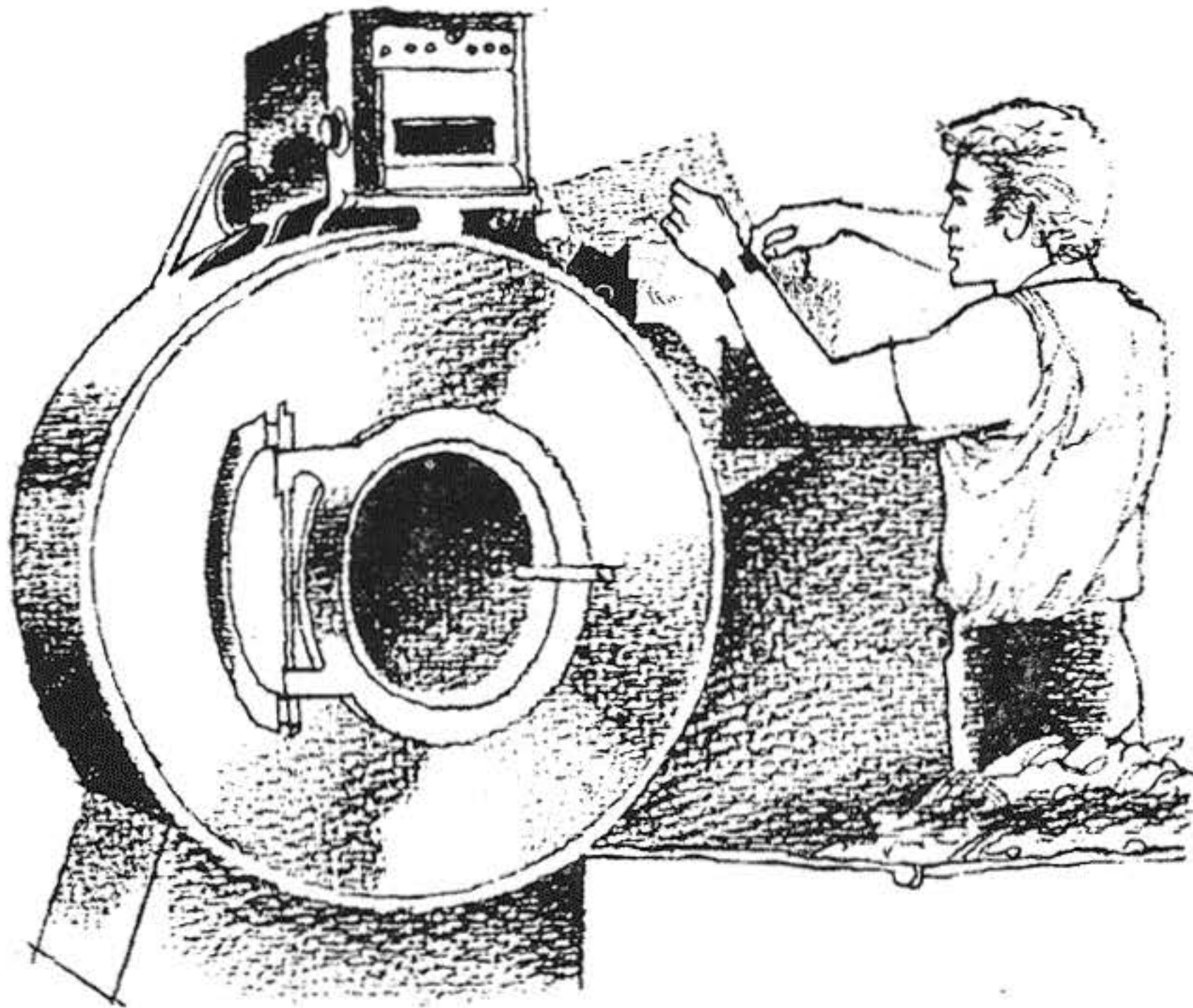
O R A L D I N E

P A P A I N A

T E O F E D R I N



WARNER - CHILCOTT
Elaborado y Distribuido por
Laboratorios Substantia C.A.
Av. Principal de los Ruices
Caracas-Venezuela



Hace 20 años comenzamos a ganar confianza...

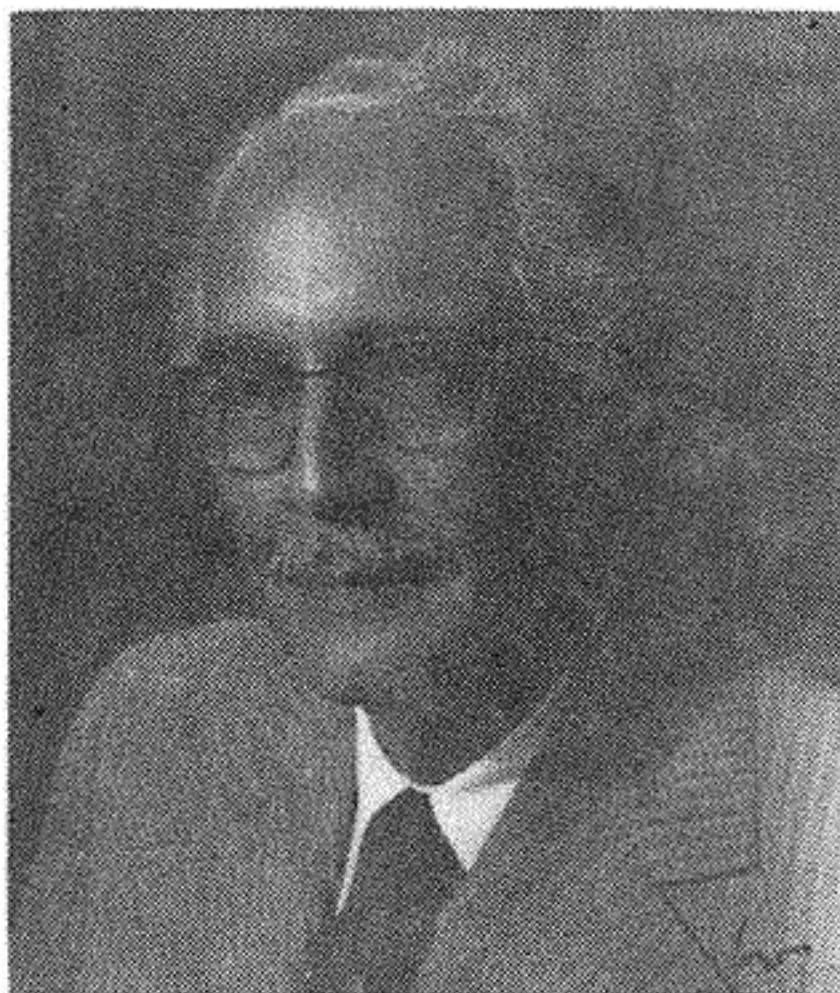
Desde hace veinte años los profesionales de tintorerías y lavanderías saben que pueden confiar en Wyandotte. Porque en Wyandotte no sólo elaboramos la más variada línea de productos para esa industria (detergentes, incrementadores, blanqueadores, neutralizadores, desmanchadores y muchos otros), sino 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.

I N M E M O R I A M
Ricardo Baquero González
15-11-1911 — 4-1-1979



José J. Gutiérrez Alfaro

La sentida desaparición del profesor, doctor Ricardo Baquero González (Francisco Ricardo Santiago Virgilio Eugenio de la Santísima Trinidad del Socorro Baquero González), no sólo ha llevado el duelo a una honorable familia, sino que ha arrebatado a la Medicina una de las figuras más relevantes de la Cirugía Venezolana y al Hospital Privado Centro Médico de Caracas, su representante más genuino.

Compendiar en una nota necrológica la obra y méritos de tan querido colega es imposible. El doctor Joel Valencia Parpacén, su dilecto amigo y compañero de promoción y el doctor Alfredo González Navas, uno de sus más destacados discípulos, con motivo de los cuarenta años de la graduación del doctor Baquero, elogiaron las múltiples virtudes de tan eximio compañero. Ojalá, que ellos mismos, en el futuro, pudieran ofrecernos la biografía completa de este ejemplar colega. Las opiniones expresadas por dos generaciones médicas y un estudiante, sintetizaron el altísimo concepto y aprecio de que gozó nuestro colega desaparecido. El profesor, doctor Alfredo González Navas, se expresó así: "Ricardo, sin hipérbole y sólo basado en tus condiciones de maestro, te digo: "En tus manos y en tu mente, la Cirugía ha sido: **Ciencia y artes divinos**". El doctor Vicente Lecuna Torres, joven y destacado gastroenterólogo manifestó: "Su juventud de pensamiento sirve de estímulo y ejemplo para las generaciones más jóvenes de médicos. Abierto a todo lo nuevo, no oculta su insaciable curiosidad, su cuestionamiento activo al presente para lograr lo mejor. Luis Daniel Berrizbeitia, estudiante de Medicina, expresó la voz estudiantil, con la siguiente frase: "Sus cuarenta años de labor como médico, profesor y como hombre son el mejor regalo que él nos ha entregado". Estos conceptos emitidos sobre la personalidad humana y científica del doctor Baquero, destacan algunas de sus más resaltantes cualidades, su habilidad quirúrgica, su insaciable curiosidad científica y sus virtudes como médico, profesor y hombre. Su curiosidad científica lo llevó a mantenerse informado del adelanto mundial de la Cirugía y asistió a los Congresos y Reuniones Nacionales e Internacionales, sobre ella o especialidades conexas, para luego establecer en nuestro medio nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos.

Fue admirador de la nueva tecnología y trataba de adquirir los aparatos de más reciente data. De cada viaje al exterior venía cargado de material informativo y en muchas ocasiones, adquiría las últimas pinzas, separadores o aparatos para

suturar anastomosis gástricas. Fue gran admirador del avance científico y deseaba que tanto su Hospital Centro Médico, como todos los hospitales tuvieran el mejor equipo. Aspiraba la perfectibilidad de nuestro hospital, no por deseo de supremacía o competencia, sino con el fin de prestar al enfermo el mejor servicio posible. Su capacidad de trabajo era imposible de emular. Después de un día de trabajo continuo, operaciones en el hospital y en el Centro Médico, consulta y Junta Directiva de nuestra Institución, llegaba a su casa a empatar películas y organizar diapositivas para una conferencia en Caracas o en el interior del país. Durante las sesiones de la Directiva, que en tiempos pasados eran nocturnas, lo escuché en muchas ocasiones llamando a sus servicios de la Cruz Roja o del Hospital Universitario, para informarse del estado de sus pacientes o de casos nuevos, trasladándose a ellos cuando juzgaba necesaria su presencia, para solucionar las emergencias que así lo requerían. Con razón, él mismo dijo de sí: "Mi competencia quirúrgica, si la tengo, es debido a que durante mi vida he sido un ratón de hospital". Conocí su gran amor por nuestra Institución y cómo deseaba que fuera perfecta. En su pequeña libreta anotaba todos los mínimos detalles que observaba durante sus frecuentes visitas al hospital, días de trabajo o feriados, de día o de noche, y en la próxima sesión señalaba los más mínimos detalles que había observado: personal sin identificación, bombillos quemados, chorrocs abiertos, papeles en el suelo, etc., etc.

El 28 de noviembre de 1978, en mi discurso pronunciado en una reunión de la Sociedad Médica del Hospital, en homenaje a un distinguido grupo de colegas, me referí a lo que significaba para el Centro Médico de Caracas, el doctor Ricardo Baquero González, quien había dedicado todos sus esfuerzos a la fundación, construcción y desarrollo de nuestra Institución y no le habíamos reconocido públicamente, como él se lo merecía, su dedicación generosa y constante durante casi cuatro décadas.

En efecto, Baquero estuvo permanentemente en nuestra directiva, desde 1941 hasta la fecha de su lamentable deceso en 1978, con sólo el escaso lapso de tres años, que por su propia voluntad, no participó en ella (1972-1975). Fue Secretario, del 1941 al 1948; Segundo Suplente: 1948-1950; Vicepresidente: 1950-1956; Primer Vocal: 1956-1960; Vicepresidente: 1960-1962; Presidente: 1962-1972; Vocal: 1975-1978; Vicepresidente: 1978.

Esta enumeración de la actividad de Baquero en la dirección de nuestra Institución nos demuestra a las claras el amor y deseo de trabajar por ella en forma insuperable. Tuve la suerte de acompañarlo en la mayoría de sus últimas actuaciones, siendo testigo de su grandiosa cooperación en beneficio de nuestra Institución. Estuvo siempre dispuesto a incorporarse a cualquier misión.

Baquero fue propicio al diálogo. Sabía escuchar las opiniones de los demás, defendiendo las de él con firmeza. Sabía admitir las observaciones que se le hacían y rectificar cuando se le demostraba estar equivocado; cuando había que tomar alguna decisión difícil, repetía con frecuencia: "eso hay que conversarlo".

Fué siempre optimista con su propia vida y respecto al futuro del Centro Médico. En la reunión anterior a su viaje a Houston, un poco antes de finalizarla me dijo: "J. J. el lunes debes encargarte de la presidencia, porque me voy de viaje". ¿Vas a un Congreso?, le respondí. No —me contestó—, voy a Houston a operarme. Aunque la respuesta me dejó conmovido, ante su confianza, le respondí: "Seguramente saldrás muy bien, porque estás en muy buenas condiciones". Y él me respon-

dió: "Tú sabes que yo sólo creo en la Cirugía". Al regreso trajo un reporte gráfico del cuarto y la distribución de los aparatos y los soportes que sostenían los televisores, los cuales fueron adoptados en nuestro hospital y son los que todavía se utilizan.

Posteriormente, cuando lo visité en Emory, aún no bien repuesto de su última operación, durante la mayoría del tiempo me estuvo conversando sobre los exámenes que le hacían, del personal de enfermeras, de la labor de la supervisora, etc., teniendo siempre presente poder aprovecharlo en algo en nuestra organización.

Hace años, Baquero y el suscrito, nos dimos a la tarea de traducir y adaptar a nuestro medio las "Normas Permanentes", del célebre libro sobre "**Organización Hospitalaria**", escrito por el Dr. Malcom T. Mc. Earchen, libro básico para aquellos tiempos en la organización y funcionamiento de hospitales, del cual el C. M. tomó los principales lineamientos para su organización.

Tengo la satisfacción de haber sido miembro de la Junta Directiva del Centro Médico de Caracas, en la oportunidad que por iniciativa magnánima del doctor Ricardo Baquero González, aceptada por los demás integrantes de la misma, se acordó igualar a todos los accionistas de la Compañía como propietarios, eliminando las Acciones Preferidas. Este gesto de solidaridad gremial no fué bien interpretado al principio, ni aun por los propios beneficiarios, y tampoco se le dio el valor que merecía tal decisión, por la cual un grupo reducido de propietarios, renunciaron a sus derechos y haberes, en favor de un numeroso grupo de colegas. Este hecho, en opinión de los abogados consultados constituyó un hecho insólito para el Derecho Mercantil de la época.

Una innovación valiente, debida también a iniciativa del doctor Baquero, fue la de adoptar para nuestra institución el nombre de "Hospital Privado Centro Médico de Caracas", siendo hasta ahora el primero y único existente en nuestra metrópolis que lleva tal designación.

Ricardo fue un hombre sincero y sin dobleces, tal vez, en ocasiones, poco político. Manifestaba con claridad sus opiniones, de frente, con la mayor sinceridad; criticaba sí, pero lo hacía siempre con la mejor intención en su deseo de lograr lo mejor. ¡Cuánta falta nos hará su sana crítica!

Fue un gran amigo y ayudó a muchos en silencio; si conozco estos hechos no fue de su boca, sino por la de algunos de los beneficiarios.

Fue católico de convicción y cada vez que se planteó en Directiva una posibilidad de dedicar el espacio destinado a la capilla para otros fines, se opuso decididamente.

Baquero González ejerció su profesión con la más acendrada vocación de servir.

No estableció en su trato diferencia entre "el paciente del hospital y de la clínica". Sus honorarios médicos estuvieron por debajo de los que hubiera podido obtener debido a su competencia quirúrgica y a su prestigio profesional. Las veces que requerimos su colaboración para la solución de un problema quirúrgico de pacientes de escasos recursos, con gusto siempre lo hizo en la clínica o en el hospital.

Ricardo fue gran compañero tratando siempre de promover a sus colegas de clínica, sobre todo, los que estaban iniciándose. Fue un decidido protector de nuestros servicios y aspiraba que ellos fueran óptimos. No lo escuchamos nunca expresarse mal de colegas o servicios. Cuando había motivos de hacerlo, lo hacía en forma concreta, directa y constructiva, en su deseo de ser siempre útil. Ya en las postrimerías de su última hospitalización un día domingo en que la tranquilidad del hospital y el excelente estado que gozaba dicha mañana, nos permitió que habláramos largamente; él se encontraba muy eufórico porque habían llegado sus hijos que estaban en el exterior y luego de formularme diferentes preguntas referentes a su hospitalización, me tocó su querido hospital, me habló de varias cosas que había que arreglar y se mostró muy preocupado por un pequeño incendio que se había presentado en el depósito de basuras. Durante su hospitalización constantemente preguntaba a colegas y enfermeras sobre la marcha del hospital, y se mantuvo enterado de sus menores detalles.

Mi apreciado compañero de promoción, doctor Alfredo González Navas, en su magnífica pieza oratoria pronunciada en homenaje al doctor Baquero, en el cuadragésimo aniversario de su graduación, citó frases del distinguido colega uruguayo, Carlos Fosalba: "Somos pensamiento y acción; ciencia y profesión; idealismo y realidad; moral y economía. ¿Hasta dónde llegaremos? No llegaremos nunca porque llegar es detenerse y siempre estaremos en movimiento mientras haya una meta que alcanzar o un ideal que realizar". La fuerza de verdad, así fue Ricardo. Quienes lo seguimos de cerca vimos y sentimos, cómo hasta en los postreros momentos de su penosa enfermedad, sacando fuerzas de la flaqueza, respondía que se sentía bien y capaz de seguir trabajando. ¡Qué ejemplo tan edificante!

Así fue la vida sencilla, ejemplar y de gran actividad de este hombre que estuvo ligado íntimamente a la fundación, organización y sostenimiento de nuestro hospital, que en sus etapas iniciales, se separara temporalmente de sus actividades hospitalarias, para dedicarse a la difícil etapa de su planeamiento y construcción.

Para el Centro Médico de Caracas, el sensible fallecimiento del doctor Ricardo Baquero González representa una pérdida irreparable. Baquero fue casi por cuarenta años el "alter ego" de nuestra Institución, doquiera él estuviera presente se le consideraba como representante nato del Centro Médico de Caracas. La huella que su ejemplar ejecutoria dejó en nuestra Institución será imperecedera. Cuando hoy o mañana, se examine la historia de nuestro hospital, a cada paso se podrá comprobar que allí está presente la impronta de su idea o el sello de su acción, virtudes perpetuadas en dos de sus hijos: Víctor y Gustavo, por quienes él se preocupó, para que fueran "buenos y útiles" y serán continuadores de su amor y dedicación a nuestra Institución, como a un hermano mayor que les legó su ilustre padre, como fruto de su capacidad científica, de su trabajo, de su perseverancia y de su bonhomía.

RICARDO: ¡Qué Dios te conceda el eterno descanso y brille para ti la luz perpetua!

Ex. Cordis

José Jacinto

**CARGOS DESEMPEÑADOS EN LA JUNTA DIRECTIVA DEL CENTRO MEDICO POR
EL DOCTOR RICARDO BAQUERO GONZALEZ**

Año 1941 al 1944	SECRETARIO
Año 1944 al 1946	SECRETARIO
Año 1946 al 1948	SECRETARIO
Año 1948 al 1950	SEGUNDO SUPLENTE
Año 1950 al 1954	VICEPRESIDENTE
Año 1954 al 1956	VICEPRESIDENTE
Año 1956 al 1958	PRIMER VOCAL
Año 1958 al 1960	PRIMER VOCAL
Año 1960 al 1962	VICEPRESIDENTE
Año 1962 al 1964	PRESIDENTE
Año 1964 al 1966	PRESIDENTE
Año 1966 al 1969	PRESIDENTE
Año 1969 al 1972	PRESIDENTE
Año 1972 al 1975	NO ACEPTO POSTULACION
Año 1975 al 1978	VOCAL
Año 1978	VICEPRESIDENTE

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



**FABRICA DE LENCERIA
Y UNIFORMES**

**TODO PARA CLINICAS
Y HOSPITALES**



MODELO 513

Telas: Gabardina-lavelisto
Colores: Blanco-azul-beig y
melón
Manga: Larga y Corta



MODELO 410

Telas: Poliéster 100%
Colores: Blanco-azul-verde
Manga: Corta

EN EL ESTE:

Centro Av Libertador
Av. Libertador, Esq. Negrín
La Florida - Telf. 72.35.56

EN EL CENTRO:

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

EN 7½ MINUTOS

DURANTE LAS 24 HORAS DEL DIA

EL LABORATORIO DEL  CENTRO MEDICO DE CARACAS

LE OFRECE ENTRE LAS ESPECIALIDADES

AMON - GT - HBDH - LLDH - MG - PCHE *

Y OTRAS 23 PRUEBAS MAS

DE LA QUIMICA SANGUINEA Y DE ORINA

CON LA AYUDA DEL



DUPONT DE VENEZUELA C. A.

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

Apartado de Correos 61582 — Teléfono 92.60.22

* Códigos:

AMON	—	Amonio
GT	—	γ Glutamil Transferasa
HBDH	—	Dehidrogenasa α Hidroxibutirato
LLDH	—	Dehidrogenasa Láctica del Hígado
MG	—	Magnesio
PCHE	—	Pseudocolinesterasa



Distribuidor Autorizado
M D - L A B , C . A .
Apartado 70.529 - Los Ruices
Teléfono: 35.45.14 - Caracas

KENDALL (Productos Hospitalarios)



ITURBE HNOS. C.A.

Representantes Exclusivos de:

C A W O

Alemania

fabricantes de

T E R M O G R A F O S D E P L A C A S

Para detección del cáncer en las glándulas mamarias

(Según Pfsor. Tricoire)

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

Frente a la Universidad - Los Chaguaramos

Teléfonos: 61.59.31 - 61.93.08

Caracas - Venezuela

ESPERMOGRAMA

Bio. Piedad Saavedra *

METODO DE OBTENCION

No existe hasta el momento un método ideal para recoger la muestra de semen, todos los métodos existentes son susceptibles a críticas porque todos pueden influir en errores al efectuar el examen.

Es bueno recordar que la muestra debe ser recogida íntegramente, que el eyaculado se efectúa por lo general en tres fracciones: La primera o pre-eyaculatoria, que es rica en secreción prostática y de glándulas uretrales, una segunda porción rica en material que proviene del epidídimo y testículos y por tanto rica en espermatozoides y una tercera porción o post-espermática que contiene elementos especialmente provenientes de la vesícula seminal. La pérdida de una de estas fracciones puede darnos valores falsos que pueden considerarse patológicos sin serlo.

La masturbación es la forma más aceptada; el coito interruptus corre el riesgo de pérdida de alguna fracción aparte de la contaminación con material vaginal que trae como consecuencia la aparición de una falsa piospermia.

El uso de preservativos está completamente contraindicado, pues afecta la motilidad espermática, bajando la movilidad de un 60% a 10% en media hora, actualmente se están utilizando algunos a base de polietileno y un acrilato que no afectan la movilidad en las cuatro primeras horas.

En cuanto a la

ABSTINENCIA SEXUAL:

Debe ser entre 4 y 5 días, pues se considera este período óptimo para una buena población espermática, pero puede bajar a 3 y 7 días; se ha observado que después de 10 días hay marcado descenso de la movilidad y en menos de 3 poco volumen, aparte de que pueden aparecer células inmaduras, lo que es peligroso, pues puede dar una idea equivocada de descamación irregular del epitelio germinal.

* Bioanalista de la UCV.

La muestra debe ser procesada como máximo a la hora y media a dos horas de emitida, pues en este tiempo el semen ha completado su licuefacción, factor muy importante para obtener un contaje y una movilidad sin fallas. Algunos han descrito fenómenos de fructolisis en semen procesados muy tardíamente.

La muestra debe ser conservada a temperatura ambiente, pues las temperaturas muy frías o muy calientes alteran la movilidad.

EXAMEN FISICO:

Volumen: Se mide en un tubo de centrifuga graduado; normalmente está entre 3 a 6 ml. Por debajo de 2 ml. se habla de hipo-espermia, y por encima de 6 ml. se habla de hiper-espermia.

Viscosidad: Su naturaleza no se ha precisado con exactitud, y es independiente de los mecanismos de licuefacción y coagulación del semen.

Existen dos maneras de determinarla: Por el período de escurrimiento en una pipeta serológica de 0.1 como volumen total y de 11 a 12 cm. de largo; normalmente por este método los valores son de 5 segundos \pm 0.2.

El otro método es basándose en la filancia del semen y valiéndose de la introducción en él de una varilla de vidrio; se habla entonces de: viscosidad normal cuando se forma un filamento de medio centímetro al retirarla; viscosidad disminuida cuando no se forma filamento; y de viscosidad aumentada si se forma un filamento de más de medio centímetro.

Turbidez: No está asociada a fallas importantes y también se distingue como normal, aumentada o disminuida. La apreciación se hace observando la muestra contra un campo oscuro, generalmente un lápiz.

Color: Normalmente es blanquecino o ligeramente teñido de amarillo, es importante cuando es pardo o rojizo, pues da a pensar en lesión productora de sangre de origen prostático, vesicular o uretro-cervical. Ciertas sustancias y medicamentos pueden dar coloración al semen.

PH: En condiciones normales y dentro de la hora de producida la eyaculación, el esperma humano es ligeramente alcalino, con un pH de 7.5 a 8.

Es importante determinarlo en la primera hora porque a medida que pasa el tiempo tiende a la alcalinización.

Individualmente tiene poca significación pero asociado a otros parámetros sí. Hay ciertas patologías asociadas a azoospermias donde el pH es bajo.

Concentración: Es muy difícil decir cuál es la concentración con la cual se adquiere capacidad fecundante; algunos con 20 millones por ml y otros con 80 millones por ml no lo hacen.

Actualmente se acepta como cifra normal 40 millones por ml.; y 120 millones como volumen total; por debajo de 40 millones se habla de oligospermia: moderada si está entre 20 millones y cuarenta millones por ml. y acentuada si está por debajo de 20 millones; sin embargo, hay que hacer notar que existen las oligospermias compensadas, que son aquellas donde hay poca concentración por ml. pero volumen aumentado, las oligospermias relativas donde hay buena concentración

por ml. pero bajo volumen y las oligospermias verdaderas donde los dos factores están bajos.

Por encima de 250 millones por ml. se habla de poli-zoospermia.

Motilidad: Es fundamental, pues de ella depende la penetración del espermatozoide para llegar a su objetivo, debe ser estudiada dentro de la hora y media de emitida la muestra.

Se considera normal una movilidad de 60%, si está por debajo se habla de oligo-dromospermia; de estas formas móviles se diferencian tres clases: los de movimiento de traslación rápida o grado tres que deben estar en 30%, por debajo de esta cifra se habla de astenospermia; los de traslación lenta o grado dos que deben estar en 20% y los de movimiento oscilatorio o grado uno que deben estar en 10%.

Lo que más interesan de estos móviles son los de traslación rápida porque son los fecundantes.

Vitalidad: De los 40% de espermatozoides inmóviles interesa descubrir cuántos están inmóviles porque están muertos y cuántos inmóviles vivos hay; para esto se practica el test de Burgos y Di Paola, que se basa en la penetración de un colorante vital que tiñe los espermatozoides muertos; una vez que se practica el test se observan tres tipos de espermatozoides: los teñidos, que son los inmóviles muertos; los no teñidos que son los inmóviles vivos, y observamos un tercer grupo de espermatozoides móviles que son los de traslación rápida, o sea, los más activos.

Si se encuentra más de 15 a 20% de espermatozoides inmóviles muertos se habla de necrospermia.

Estos movimientos se refieren al desplazamiento del espermatozoide en el campo microscópico y no a su propio movimiento que pueden ser de reptación, de latigazos o en forma de tirabuzón.

Elementos agregados:

Leucocitos: Se encuentran normalmente en el semen.

Piocitos: Son leucocitos en degeneración grasosa, pueden estar presentes. Es muy importante no confundirlos con glóbulos de pus que son aglomeraciones de piocitos que han perdido su estructura física y que se encuentran pegados por ruptura de su membrana.

Células: Normalmente existen en pequeña cantidad. Si están muy aumentadas pueden ser patológicas.

Conglomerados: Normalmente se encuentran conglomerados de espermatozoides alrededor de detritus, piocitos o células, éstos no tienen importancia; existen otros tipos que son los conglomerados cola-cola, cabeza-cabeza y cabeza-cola, que sí tienen importancia, pues son significativos de factores inmunológicos.

En estos casos es importante practicar al paciente los test inmunológicos de inmovilización espermática, micro-aglutinación, macro-aglutinación y citotóxico como mínimo.

Cristales: No se les ha asignado importancia. Generalmente son de fosfato

de espermina. Los corpúsculos de grasa o las inclusiones prostáticas no tienen significación.

ESTUDIO MORFOLOGICO:

Se hace de acuerdo con el estudio anatómico del espermatozoide preconizado por Macleod, de acuerdo con éste nos encontramos con espermatozoides normales que llegan hasta un 70% y espermatozoides anormales que pueden llegar hasta un 30%; entre estos anormales encontramos: anomalías de la cabeza (cabeza grande o mégalo, cabeza pequeña o micro-céfalo, cabeza alargada o tapering que tienen importancia significativa en el varicocele, cabeza doble o bicéfalos y cabeza en forma de pera o piriformes). Existen anomalías de la pieza intermedia y de la cola y un último tipo sin forma definida que son los amorfos.

La aparición de formas inmaduras es normalmente de 0.5 a 3%, si está aumentada debe pensarse en descamación patológica del epitelio germinal.

La coloración de la lámina debe hacerse por el método de Couture que tiene la ventaja sobre las otras coloraciones de poder hacerse una muy buena discriminación entre los leucocitos y las células inmaduras que son causa muy frecuente de confusión. Repito: normalmente se acepta hasta 30% de formas anormales; entre 20 y 50% se habla de sub-fertilidad y por encima de 50% se habla de teratospermia.

BIOQUIMICA:

Las dosificaciones bioquímicas en semen basan su importancia en la determinación de ciertas sustancias que son elaboradas selectivamente en una parte del tracto genital y que por tanto pueden medir la capacidad funcional del órgano donde se elaboran y además son hormonodependientes.

Por estas razones es muy importante la incorporación al examen de semen la determinación de dichas sustancias, pues son parámetros indicadores de la función del órgano que las produce.

Las principales, son: La fructosa, el ácido cítrico, la glicerilfosforilcolina y el ácido ascórbico.

Fructosa: La fructosa se origina en las vesículas seminales, una muy pequeña cantidad en la ampolla del deferente, pero ésta es insignificante; su dosificación nos mide la funcionabilidad de la vesícula seminal.

En la agenesia de vesículas o deferente está ausente; baja ostensiblemente en las vesiculitis, y en ciertas oligospermias idiopáticas está alta. Los valores normales son de 240 a 260 mg%.

Acido Cítrico: Es el parámetro indicador de la actividad prostática; quizás se podría agregar la fosfatasa, pero hoy día se hace de rutina el ácido cítrico; actúa como regulador del equilibrio osmótico del plasma seminal e interviene activamente en los mecanismos de coagulación y licuefacción seminal.

Sus valores normales son de 421.4 ± 14.8 mg%.

Glicerilfosforilcolina: Mide la capacidad funcional del epidídimo, lugar donde se realizan quizás la mayoría de los cambios del espermatozoide, pues pasa quince

días en él; aparte de jugar papel importantísimo en la movilización del espermatozoide cerca del fondo de la matriz donde la fructosa escasea.

Los valores normales son de 40 a 90 mg%.

Acido Ascórbico: Aunque el ácido ascórbico no mide la capacidad funcional de ningún órgano del aparato reproductor; su dosificación y su incorporación al examen de semen se debe: a su intervención en los mecanismos óxido-reductores celulares, por ser un gran activador enzimático ampliamente estudiado y por ser, como las otras sustancias, hormono-dependiente.

El ácido ascórbico real es imposible detectarlo directamente, pues no existe como entidad sola; entonces, se determinan: el ácido ascórbico total que sería el ácido ascórbico real más el ácido dihidroascórbico más el 2-3 diketogulónico más los ácidos urónicos que se indica con las siglas T.R.K.; y los pre-existentes, que serían: el dihidroascórbico más, el 2-3 diketogulónico más, los ácidos urónicos que se indica con las siglas P.R.K.; la diferencia de ambos (T.R.K. - P.R.K.) nos dará el ácido ascórbico real.

Los valores normales, son:

R K + Totales:	181 ± 10 ug/ml
R K + Pre-existentes:	64.2 ± 4 ug/ml
Acido Ascórbico Real:	116.8 ± 9 ug/ml

Estos parámetros han sido aceptados internacionalmente y en artículo publicado en la revista de **Andrología**, en octubre del año 1976 y suscrito por el doctor Tadeus Mann, padre de la bioquímica seminal dice que un espermograma tiene un valor muy relativo si no se incluye en él las determinaciones bioquímicas a las que hemos hecho mención.



Lo asesoramos en su problema de seguros

LA COORDINADORA S. R. L.

Sociedad de Corretaje de Seguros

Fundada en 1945

Inscrita en el Ministerio de Fomento bajo el No. 9

DIRECTORES, CAPITAL

Y

PERSONAL VENEZOLANO

EN

UNA EMPRESA VENEZOLANA

AL SERVICIO

DE

VENEZUELA

OFICINAS :

Santa Capilla a Mijares - Edificio San Mauricio
Piso 1º - Caracas

Telfs.: 81.51.71 (Serial) - Telex: 21600

SUCURSAL :

Región Centro Occidental
Centro Comercial Negra Susana - Piso 2º - Ofic. 15
Barquisimeto, Edo. Lara - Telf.: 23.878

Autorizada esta publicación por la Superintendencia de Seguros
bajo el No. 2736

**EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA OSTEOMIELITIS CRONICA
TECNICA QUINTERO UZCATEGUI ***

Dres.: Leopoldo Briceño Iragorry, h. *
Gastón Calcaño Loynaz **
Hernán Quintero Uzcátegui ***
Israel Martínez ****

Ante el II Congreso Venezolano de Cirugía, reunido en Maracaibo en 1953, uno de nosotros (1) describió una técnica original para el tratamiento de la Osteomielitis crónica en el niño. En esa oportunidad presentamos una serie de pacientes tratados entre 1947 y 1952 en el Hospital "J. M. de Los Ríos", de Caracas. Luego del traslado de nuestro Servicio, al Hospital Universitario de Caracas y, debido al bajo número inicial de cunas a nuestra disposición, dejamos de atender pacientes con este cuadro clínico hasta 1965, cuando aumentada la capacidad asistencial, comenzamos a recibirlos nuevamente.

El objeto de esta presentación, es reunir un grupo mayor de pacientes y analizar las ventajas indiscutibles de la técnica en el tratamiento de esta afección, en cuanto al éxito del mismo, baja incidencia de secuelas y disminución del período de hospitalización.

TECNICA.

La técnica consiste en el tratamiento quirúrgico de la osteomielitis crónica con cierre primitivo e instilación de antibióticos "in situ".

- 1.—Amplia insición sobre la zona afectada (Fig. 1).
- 2.—Abordaje del hueso, apertura del canal medular y eliminación de todas las partes óseas necróticas, secuestros y abscesos (Fig. 2).
- 3.—Curetaje y lavado de la cavidad, con el fin de eliminar todas las partículas óseas (Fig. 3).

Trabajo presentado en el XIII Congreso Venezolano de Cirugía. Barcelona, Estado Anzoátegui - Marzo 1975.

* Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica Pediátrica, UCV.

** Profesor Agregado.

*** Profesor Titular.

**** Residente de Postgrado (II).

- 4.—Colocación en la cavidad residual, de uno o dos catéteres (Nelaton, polietileno, o similar) multihoradados exteriorizándolos por los extremos de la exéresis (Fig. 4).
- 5.—Síntesis con catgut crómico de planos músculo-aponeuróticos sin cierre del periostio (Fig. 5), y de la piel con nylon. Los catéteres salen por los extremos de la herida (Fig. 6).
- 6.—Inmovilización del miembro con venda de yeso a través de la cual se da salida a el o los catéteres.
- 7.—Cada 6 horas, y por 10-15 días, dependiendo de la evolución del caso, instilación de una solución antibiótica. Cuando se usan dos catéteres, la instilación se hace en forma continua.

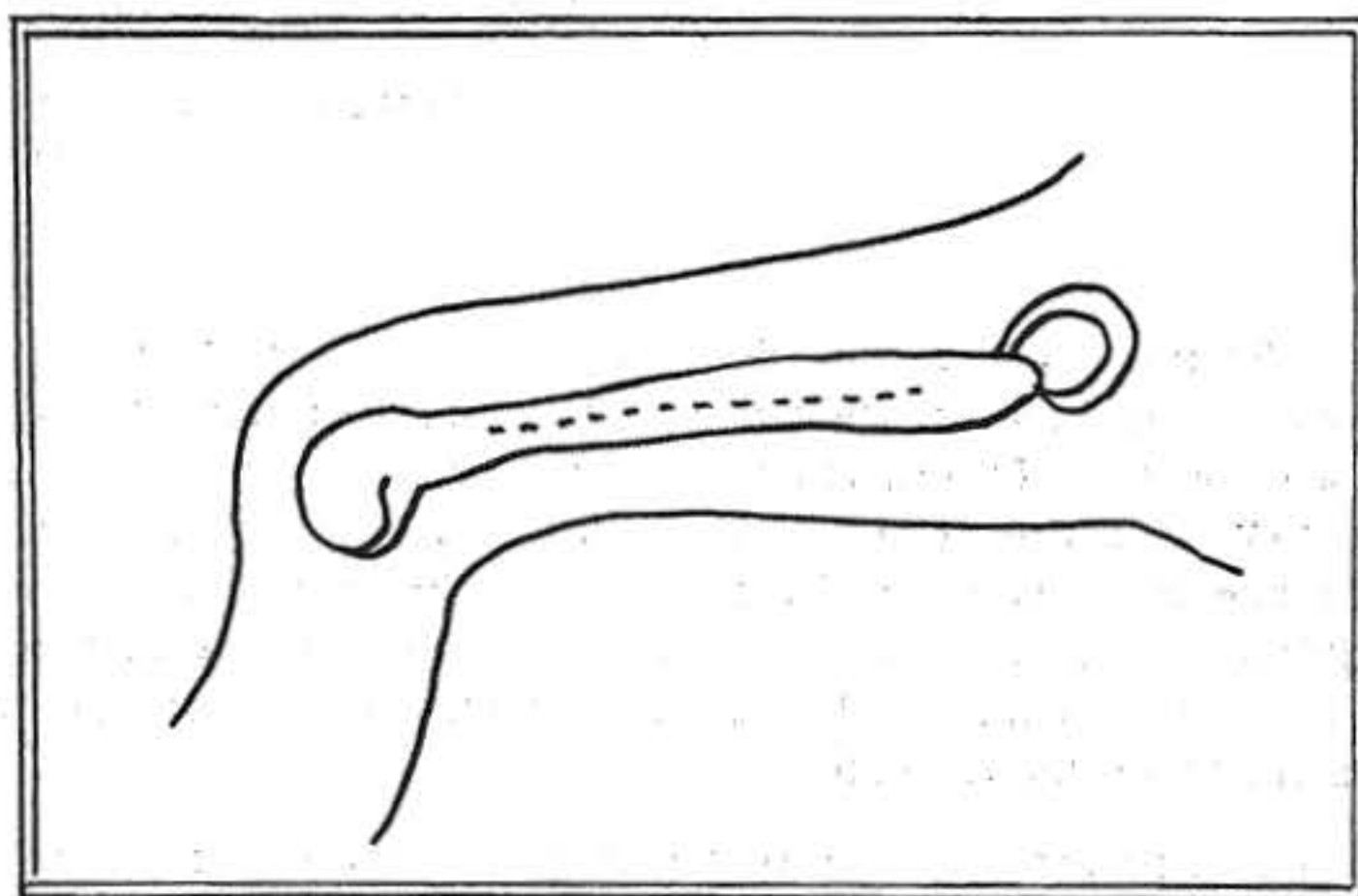


FIGURA Nº 1

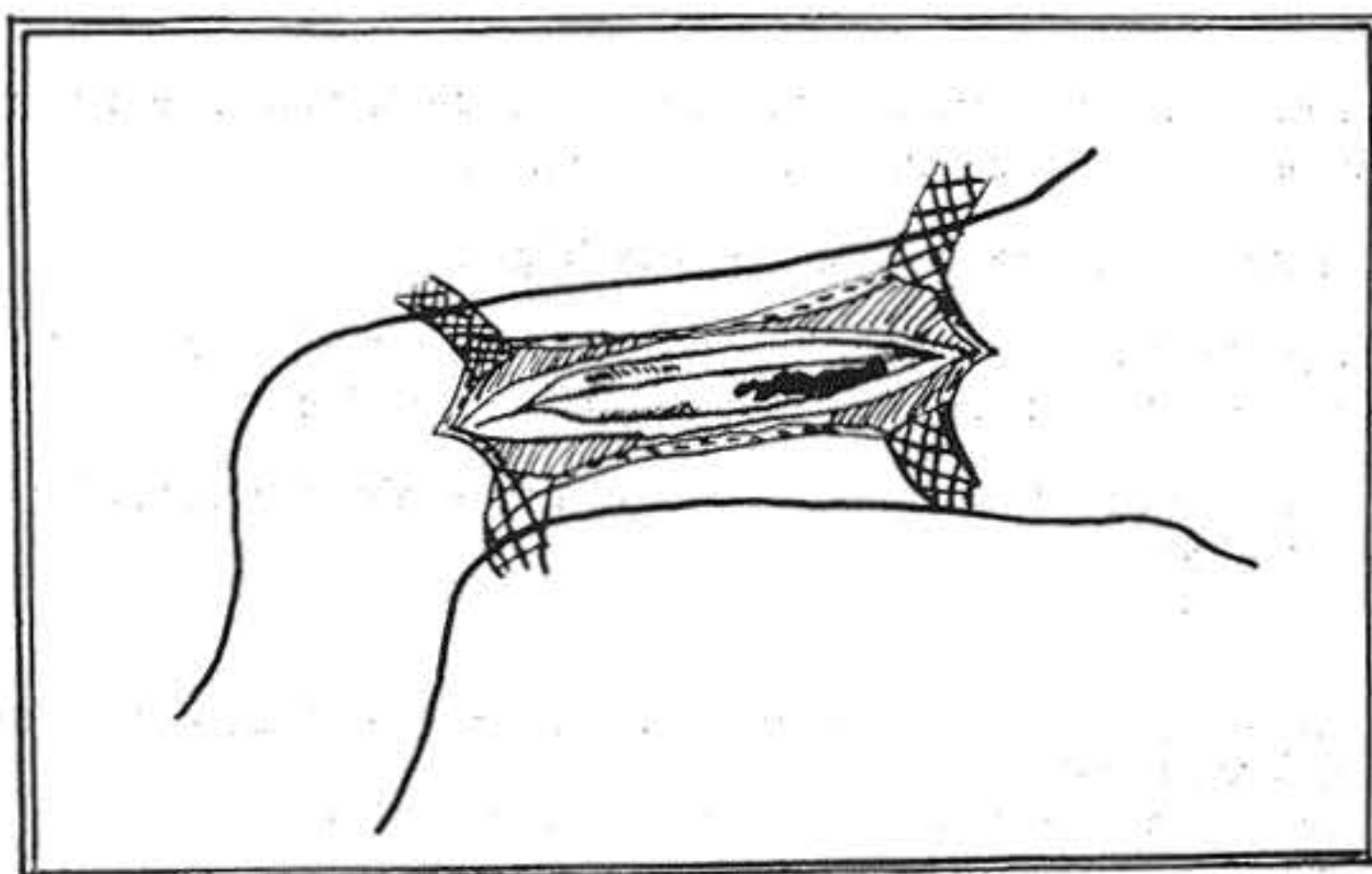


FIGURA Nº 2

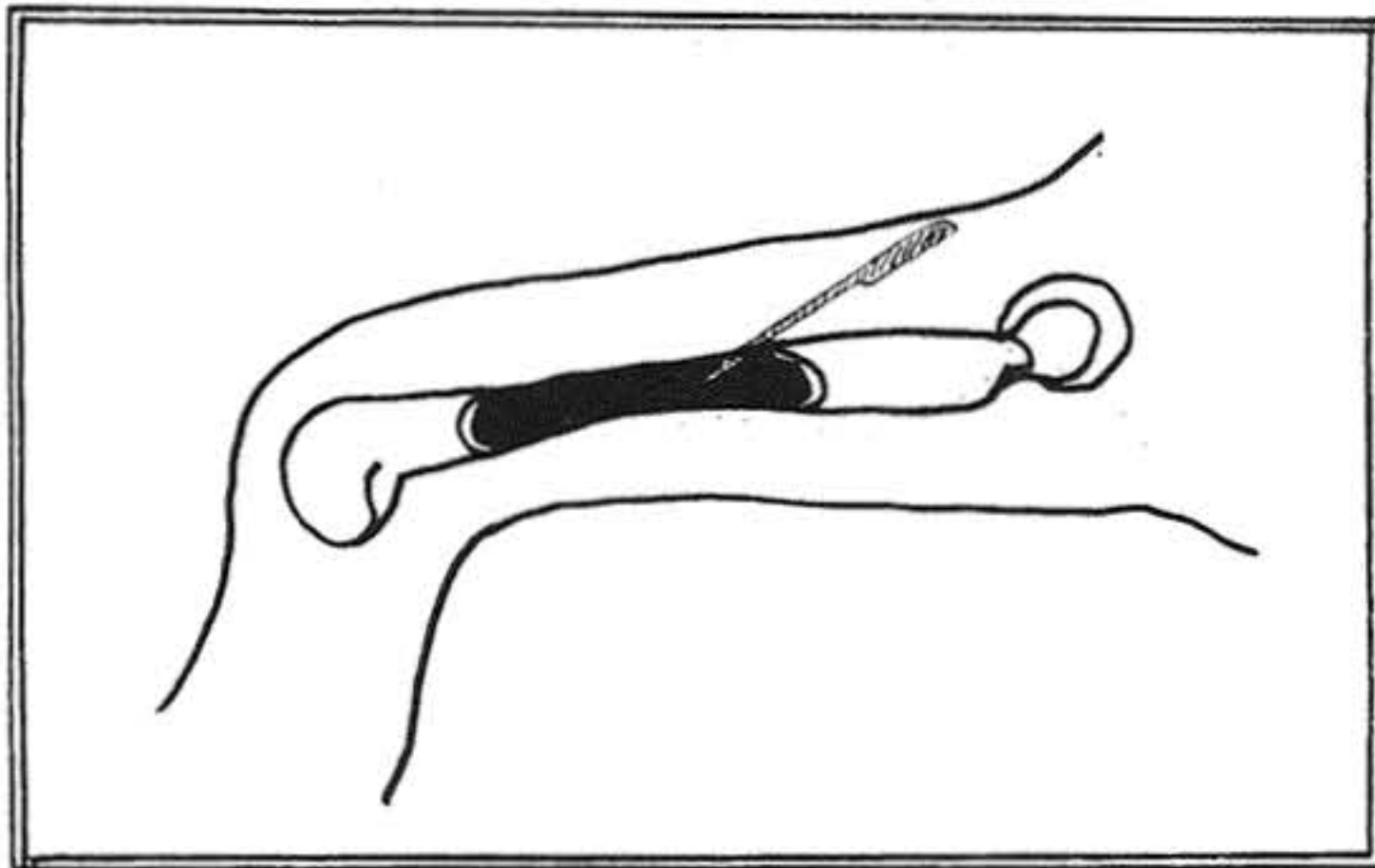


FIGURA Nº 3

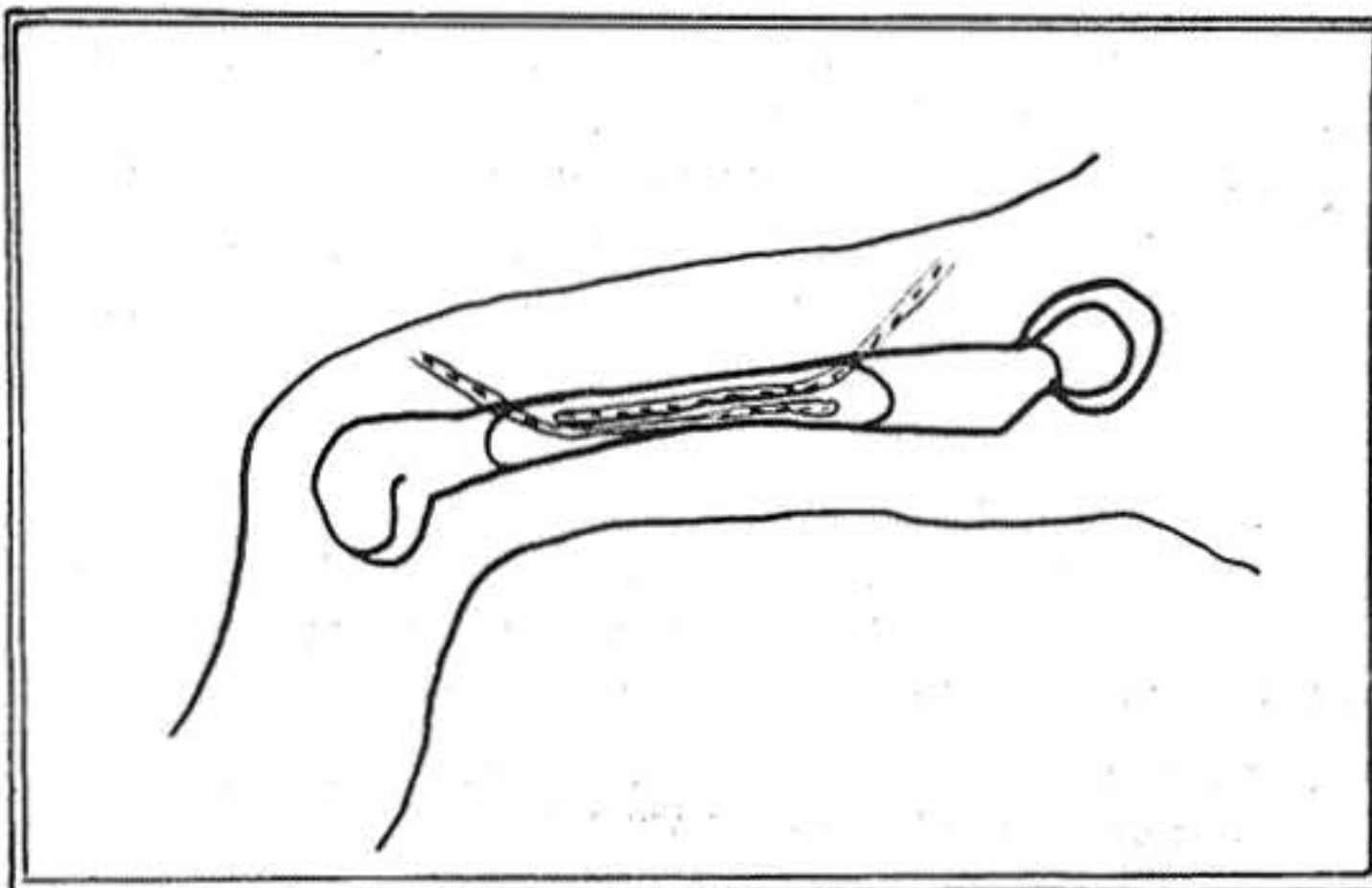


FIGURA Nº 4

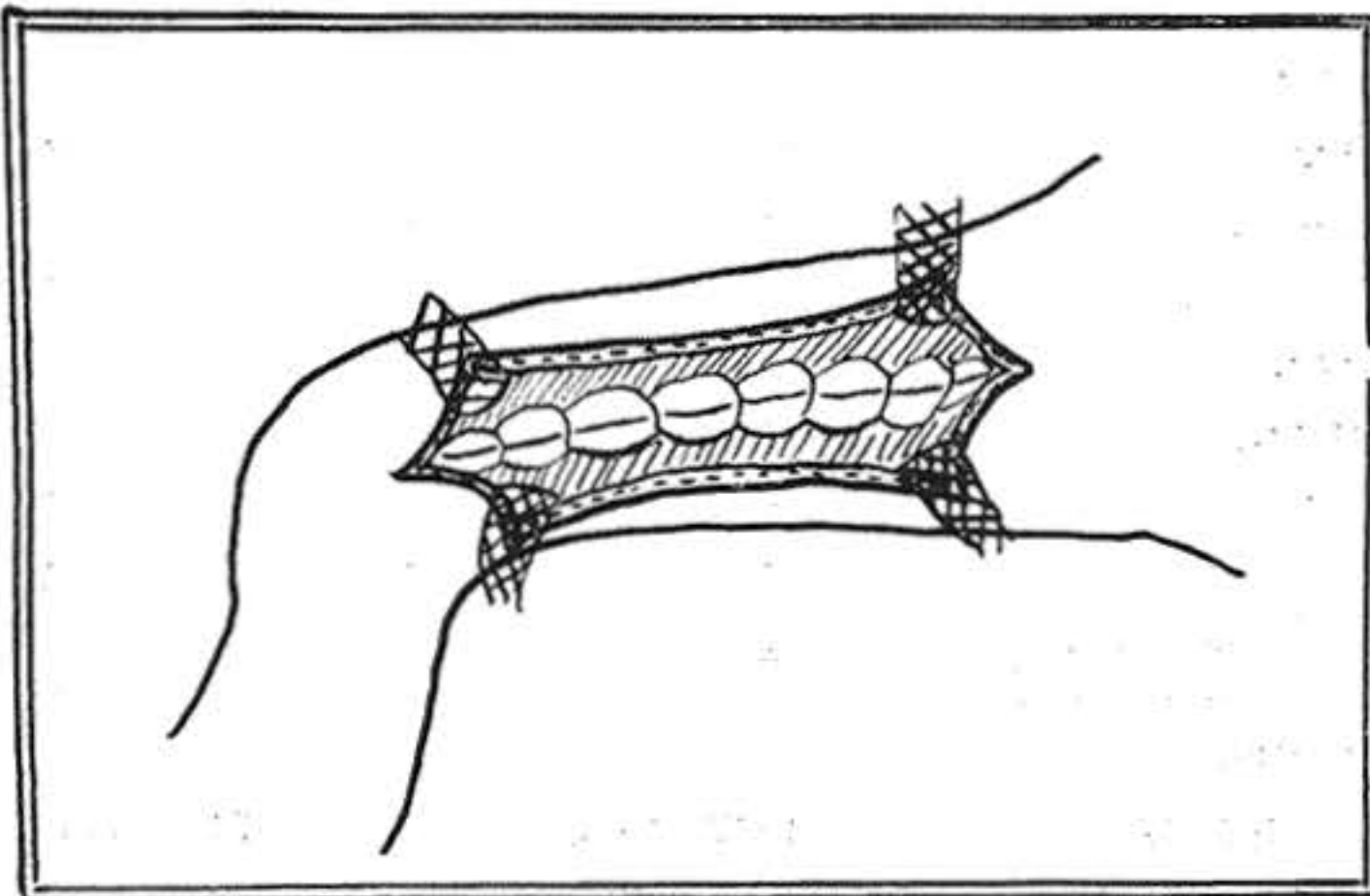


FIGURA Nº 5

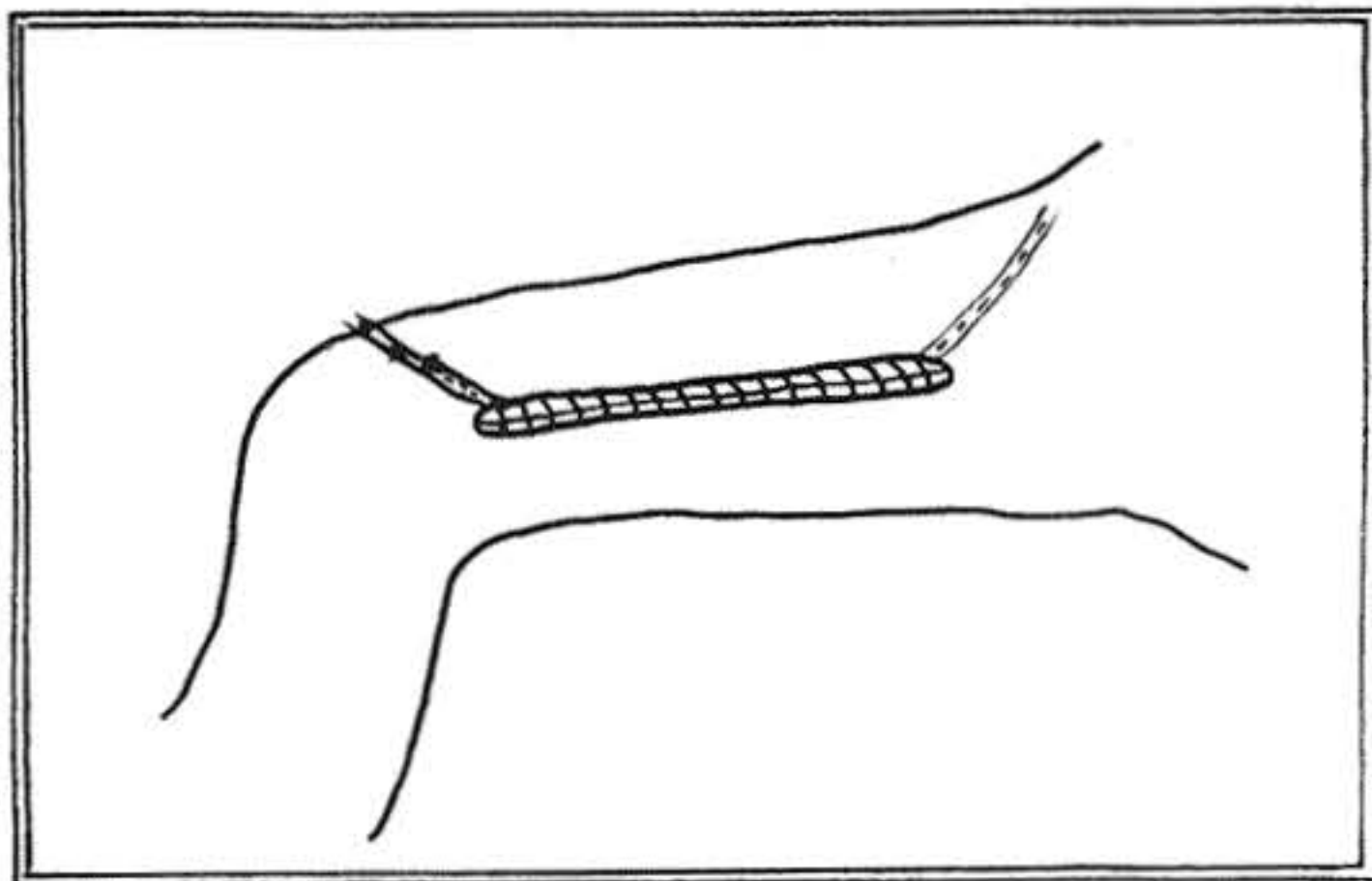


FIGURA Nº 6

Modificación: En algunos casos, con lesión poco profunda del hueso, luego de un profuso lavado con la solución antibiótica, se ha realizado el cierre sin dejar catéter. Ocasionalmente se ha protegido la herida suturada con rayón furacinado.

Postoperatorio: Además del mantenimiento del estado general, por vía oral o parenteral se administra el mismo antibiótico a las dosis apropiadas según el peso del niño.

MATERIAL.

Hemos analizado 58 pacientes con osteomielitis crónica tratados por algunos de nosotros. Se ha dividido este grupo en dos series: "A", que corresponden a los 24 pacientes tratados entre 1947 - 1952 (serie presentada anteriormente) y, "B", aquellos tratados entre 1965 - 1973 que suman 34 niños.

La Tabla I, muestra la localización de la lesión, destacando la preferencia que esta tiene por los miembros inferiores (TABLA I).

T A B L A I

	"A"	"B"	TOTAL
TIBIA	10	16	26
FEMUR	8	6	14
PERONE	3	4	7
HUMERO	2	3	5
MANO	0	2*	2
CRANEO	0	2	2
ILIACO	1	0	1
ROTULA	0	1	1
TOTAL	24	34	58

* 1 caso bilateral.

SERIE "A"	1947 - 1952	24 casos
SERIE "B"	1965 - 1974	34 casos

En la Tabla II, observamos las complicaciones originalmente ocasionadas por la enfermedad en su evolución natural al momento de ingreso: fístula y fracturas patológicas. El cultivo del pus, obtenido de la lesión, demostró la presencia como agente causal al estafilococo aureus en la mayoría de los casos como se observa en la Tabla III; es llamativo, la aparición de un enterobacter en varios de nuestros casos recientes. Es lamentablemente el alto porcentaje de casos, en los cuales no aparece el cultivo como reportado, aunque fue tomado en el acto quirúrgico.

T A B L A I I
COMPLICACION LOCAL

	"A"	"B"	TOTAL
FISTULAS	5	9	14
FRACTURAS PAT.	4	2	6

T A B L A I I I
C U L T I V O

	"A"	"B"	TOTAL
STAFILOCOCO	4	16	20
ENTEROBACTER	0	3	3
SALMONELLA	1	0	1
NEGATIVO	2	5	7
NO REPORTADO	17	10	27

La Tabla IV, analiza el tratamiento realizado a estos pacientes. Se puede observar que en la serie hubo un grupo, que por haber llegado precozmente no fue tratado por cirugía, de estos diez (10) niños, dos fueron posteriormente operados. Tratamiento quirúrgico primario se realizó en 48 del total, lo que representa el 82.75%. Sólo cuatro (4) presentaron secuelas que ameritasen posteriormente cirugía.

La Tabla V, analiza el tipo de antibióticos utilizados para la instilación. Fue el Estafilococo, el germen más frecuente y debido a su sensibilidad a la Rifampicina, es este el antibiótico que usamos de preferencia, ya que las instilaciones se empiezan antes de recibir el resultado del cultivo.

RESULTADOS.

Como observamos en la Tabla VI, el tiempo de hospitalización es corto en ambas series, tomando en cuenta que se trata de una enfermedad crónica usualmente de muy larga hospitalización. La disminución del tiempo de permanencia intra-hospitalaria creemos está en relación con dos factores:

- a) el mayor armamentarium de antibióticos, y
- b) al uso de la instilación continua con dos catéteres.

T A B L A I V
TRATAMIENTO 58 CASOS

	"A"	"B"	TOTAL	%
MEDICO	0	10	10	17,25
QCO. PRIMARIO	24	24	48	82,75
QCO. TARDIO	0	2	2	3,44
QCO. SECUELAS	2	2	4	6,88
TOTAL QUIRURGICO	26	28	54	— —

T A B L A V I
DIAS HOSPITALIZACION

	"A"	"B"
TRATAMIENTO MEDICO	0	40
TRATAMIENTO QUIRURGICO	61,12	43,75

T A B L A V
TRATAMIENTO MEDICO LOCAL

	"A"	"B"
PENICILINA	23	2
RIFAMPICINA	0	12
CLOXACILINA	0	3
CLORAMFENICOL	1	0
CURA FURACINADA	0	7

T A B L A V I I
E V O L U C I O N

QUIRURGICOS (50 Pacientes)	"A"	"B"	TOTAL	%
CURACION	20	21	41	82,00
COMPLICACIONES	2	5	7	14,00
SIN CONTROL	2	0	2	4,00
TOTAL	24	26	50	100,00

MEDICO (10 Pacientes)				
CURACION	0	8	8	80,00
OPERACION TARDIA	0	2	2	20,00

Del análisis de la Tabla VII se obtienen los siguientes resultados: 50 pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico alguna vez, de este grupo el 82% se benefició en primera instancia, de las bondades de la técnica empleada, sólo siete pacientes presentaron complicaciones que ameritaron alguna otra intervención (14%). Sólo dos pacientes se perdieron del control, que aunque pudieran estar curados, los colocamos en un grupo aparte.

Del total, 10 pacientes fueron sometidos en primera instancia a tratamiento médico, debido a lo pequeño de la lesión, y poco daño óseo. En este grupo se observa un 80% de curación sólo con este tratamiento a base de antibióticos parenterales, sin embargo en dos pacientes fue necesario tratamiento quirúrgico a posteriori.

CONCLUSIONES.

- 1) Se aplica la técnica original del Dr. H. Quintero Uzcátegui sobre tratamiento quirúrgico de la osteomielitis crónica en 50 pacientes.
- 2) Se observa un resultado excelente en el 82% de los casos.
- 3) El tiempo de permanencia hospitalaria se disminuye notablemente.
- 4) Se observa mejoría del estado general del niño después de la operación.
- 5) Sólo el 14% de los niños fueron reintervenidos alguna vez, no se observó infección de la herida operatoria y la mayoría de los niños pudieron regresar a su domicilio después del primer cambio de yeso.
- 6) Los resultados anteriores nos permite recomendar esta técnica al alcance de cualquier cirujano, fácil de realizar en beneficio de los pacientes afectados por esta enfermedad que los inhabilita.

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

- 1.—QUINTERO U. H.: Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis crónica mediante cierre primario e instalación de antibióticos "in situ". Bol. II Congreso Venezolano de Cirugía, Tomo II, 1953.

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 MEDICOS
que requieren Ud. y su PACIENTE, representan 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
para orientarle a ubicar lo que nos falte.

SONDAS Y RECOLECTORES

Sistemas para el incontinente en
204 variedades y surtidos de
calibres.

COLOSTOMIA

Sistemas descartables y fijos en
amplia gama de marcas y tipos
HOLLISTER y otros.

INFUSION terapia

catéteres, mariposas, toda la
variedad **ABBOTT**.

ORTOPEDIA Y REHABILITACION

sillas de ruedas, muletas, bastones, andaderas, sanitarios,
colchones antiescaras, fajas, contentores en amplio surtido.

MATERIAL DE CURAS, ASISTENCIA Y OXIGENO

Gasas, compresas, yesos, adhesivos 3m, tensiómetros, watas, centros
de cama, apósitos, patos orinales, riñoneras, pintas, mascarillas, tiendas
de oxígeno y muchas otras líneas para las cuales no alcanza este
espacio.

NO DUDE, envíe su paciente, pregúntele cómo lo hemos atendido
o haga Ud. la prueba con el material que requiere
para su consultorio.



TECNOMED I. Traipp C.A.

EQUIPOS MEDICOS

Esq. Puente República N° 142. La Candelaria
A una cuadra Clínica Razzeti.
Teléfonos: 572.8111 (serial)

COMENTARIOS SOBRE EL SINDROME MIOTENSIVO CERVICO - ESCAPULO - TORACICO

Dres. M. Casademont
J. Freixas
A. Bardina
R. Figuls
A. Dauder
R. Torres

En la práctica reumatológica diaria, se nos presenta con frecuencia un síndrome caracterizado por una proteiforme sintomatología referida fundamentalmente a la región cervico-escapular: nucalgia de predominio unilateral con irradiaciones hacia occipucio y hombro, y menos frecuentemente con cefaleas frontales y hemicráneas; sensación de peso en región inter-escápulo-espinosa que se acentúa según la actividad del cuello o torso; algunas veces el paciente comenta tener la sensación de que existen cuerdas tensas en su nuca y con frecuencia acusa inestabilidad a la deambulación o al iniciar un movimiento y más excepcionalmente verdaderos vértigos; buen estado general pero facilidad para la tristeza y el llanto. Generalmente estos síntomas mejoran cuando el paciente se aleja de su medio habitual de vida (fines de semana, vacaciones).

En la exploración física encontramos:

INSPECCION.—A veces puede apreciarse un dorso plano.

PALPACION.—Dolor intenso a la presión de los músculos trapecio y con menor frecuencia del pectoral, angular del omóplato y músculos paravertebrales cervico-dorsales, dolor agudo fácilmente diferenciable del que en el lado opuesto es simplemente propio de la presión de los dedos. Es posible experimentar, a veces, una sensación de crujido al friccionar con intensidad y en sentido transversal el músculo angular del omóplato, el cual se desplaza bajo el dedo como un cordón rígido y chirriante. La sensación dolorosa que produce el pellizco parece originarse más en la masa de los músculos englobados entre la pinza digital que por la presión del tejido celular subcutáneo. Estas maniobras las verificamos con el paciente sentado. En decúbito prono es posible hallar otros puntos dolorosos en la zona inter-escapulo-espinosa, pero en general, como signos secundarios.

Servicio de Reumatología del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, España.
(M. Casademont).

MOVILIDAD.—La movilidad de la columna cervical y dorsal es amplia, así como la movilidad de las articulaciones escápulo-humerales.

Los análisis solicitados al laboratorio suelen ser normales.

El estudio radiográfico también es inexpresivo, encontrándose a veces una rigidez de la columna cervical, que puede explicarse por la hipertonia muscular. Otras veces hallamos unas discretas lesiones artrósicas en consonancia con la edad del paciente.

Siguiendo la nomenclatura convencional, podríamos calificar a toda esta sintomatología, como de "fibrositis intramuscular" (sin embargo nos falta comprobar la realidad inflamatoria de la miopatía). Pero al no tener más datos objetivos que nos permitan definir la organicidad del proceso, de momento hemos preferido llamar a esta entidad "Síndrome miotensivo cérvico-escápulo-torácico", no pretendiendo con esta denominación más que resumir sus caracteres semiológicos más sobresalientes.

Esta pobreza de signos somáticos y su coexistencia con sugestivas manifestaciones de inestabilidad psicoemotiva, nos ha inducido a estudiar más a fondo a estos pacientes y llevar a cabo de forma sistemática una exploración psicométrica y una exploración psiquiátrica.

EXPLORACION PSICOMETRICA.—Mediante ella hemos detectado:

—Ansiedad.

—Mal funcionamiento psicomotriz.

—Una nota muy alta de neuroticismo.

—Extraversión baja.

—Mala adaptación en diversas facetas de la vida cotidiana.

Mediante la aplicación del **Echelle d'Anxiété de Cattell** se llegó a extraer una nota global de ansiedad y una serie de notas parciales directamente relacionadas con ella que se refieren a "conciencia de sí mismo" y ansiedad, "fuerza del yo" y ansiedad, "inseguridad paranoide" y ansiedad, "tensión a la culpabilidad" y ansiedad y "tensión pulsional" y ansiedad.

Con el **Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López (PMK)**, apartado de "Lineogramas", prueba a la vez de tipo proyectivo y psicomotriz, se pueden obtener datos relacionados con la dirección de la tensión psicomotriz del sujeto (intratensión o extratensión), el tono psicomotor (normal, elativo o deprimido) y la dirección de la agresividad (autoagresividad o heteroagresividad). En los trazados verticales observamos una mala dotación psicomotora sin muestras de actividad compensadora. En los trazados horizontales hallamos ausencia de constantes grupales en cuanto a la dirección de la tensión psicomotora. En los trazados sagitales encontramos un déficit en la expresión y proyección de la agresividad a través de mecanismos controlados corticalmente (conscientes). En conclusión, podemos decir que según el PMK estos pacientes carecen de una buena dotación y estructuración psicomotriz con tendencia a la eteroagresividad y que sus conflictos actuales son una consecuencia de ello.

El grado de alteración de la personalidad se puede detectar con el "**Cuestionario de personalidad E.P.I. forma (A)**" de H. I. Eysenck y S. B. G. Eysenck, en el cual hemos hallado una nota muy alta de neuroticismo y una nota muy baja de extraversión (estos datos los obtuvimos al realizar una prueba con pacientes afectados de SMT y un grupo control de enfermos orgánicos).

Y con el "**Cuestionario de adaptación para adultos**" de Hugh M. Bell, hemos hallado una mala adaptación en diversas facetas de la vida cotidiana.

EXPLORACION PSIQUIATRICA.—Nos ofrece síntomas de la serie depresiva, sin que pueda constatarse ninguna enfermedad psíquica activa con características definidas.

COMENTARIOS:

En principio y como dato anecdótico, cabe decir que estos pacientes, frecuentes en nuestro Servicio de Reumatología, acuden también a otras especialidades según el síntoma predominante. Así tenemos que cuando el síntoma principal es la cervicocefalalgia acostumbran a visitar al neurólogo y cuando lo es el vértigo o la inestabilidad acuden al otorrino.

Un dato común en ellos consiste en la negación, en principio, de su conflictiva psíquica. En otros casos reconocen tener conflictos psicológicos, pero no los conectan con su síntoma físico.

Por lo expuesto, la anamnesis debe profundizar en sus conflictos psicológicos y abarcar al paciente como persona total.

El dolor es un síntoma muy subjetivo, condicionado por la personalidad. No debemos caer en el error de que el miotensivo no tiene nada o que se queja sin razón. Su sufrimiento psicológico puede ser muy intenso, sólo que no lo expresa directamente con palabras o síntomas en forma de ansiedad o depresión, sino que lo manifiesta por medio de signos referidos al aparato locomotor. El dolor en el SMT, es probablemente una manifestación de un sufrimiento más profundo.

Analizando los datos obtenidos en las exploraciones psiquiátricas, hemos hallado personalidades histéricas, incluso antecedentes claros de crisis de histeria de conversión, síndromes depresivos, neurosis de angustia, fóbica y obsesiva. Algunos autores han llegado a considerar al SMT, como una expresión somática de ansiedad crónica, del mismo modo que pueden serlo las palpitaciones o la disnea suspirosa.

Holmes y Wolff, mediante el EMG realizado a enfermos con esta sintomatología, han descubierto que la tensión muscular aumenta cuando hablan con ellos de sus inquietudes, especialmente de las relacionadas con su agresividad. Este hallazgo coincide con nuestra observación de que en el psicodiagnóstico mioquinético de Mira y López se descubre una cierta tendencia heteroagresiva en toda la población estudiada. Por tanto parece afirmarse la existencia de tal conflicto, el mismo que produce la piloerección y contracción de la musculatura espinal en algunos animales y la reacción de rabia (reacción de hiperextensión) en el lactante, fenómenos que guardan un cierto paralelismo con el SMT.

Bajo este punto de vista, el SMT permite a los enfermos, colocados en una situación regresiva, agredir a sus familiares y allegados con sus dolores y molestias y les facilita como beneficio secundario, la consecución de cuidados, protección, atenciones y otros privilegios.

Siguiendo esta línea, nos parece que el SMT sería un intento de desplazar los conflictos heteroagresivos de la conciencia y vivirlos en un nivel locomotor mucho más próximo a la vida de relación que el nivel visceral: la heteroagresividad está "presente" en todos los músculos, pero sólo algunos la manifiestan. De ahí el aumento de tono persistente. Se trataría de una "componenda" entre agresión y contención y entre el paciente y las personas de su entorno.

Sin embargo, con esta "componenda" no siempre se obtiene la compensación buscada, puesto que muchos de estos pacientes sufren otros trastornos psicósomáticos. Al parecer, si fracasa, el conflicto puede encarnarse en las vísceras: del mismo modo que se hace una transición de la conversión al SMT como fijación psicofisiológica, se haría una nueva transición del SMT a un trastorno "visceral" (colon irritable, ulcus, psoriasis, alergias, etc.).

T R A T A M I E N T O

Creemos posible incidir terapéuticamente sobre este síndrome en varios niveles:

— A nivel sintomático, por medios químicos (analgésicos) o psicológicos (sugestión, hipnosis).

— A nivel fisiopatológico, actuando sobre la tensión muscular. Con fármacos (relajantes musculares), métodos físicos (calor local y masajes) o métodos psicológicos (métodos de relajación).

— A nivel etiológico, incidiendo sobre los conflictos responsables por medio de la psicoterapia. En este capítulo hemos de hacer mención a la resistencia que pone el paciente para ir al psiquiatra o bien la poca preparación que tiene el paciente para recibir un tratamiento psiquiátrico. Por ello, en nuestro equipo de trabajo procedemos de la siguiente manera: la exploración psicométrica y psicológica corren a cargo de los psicólogos y del psiquiatra y ellos mismos asesoran al reumatólogo sobre la forma de encauzar las entrevistas con el paciente y realizar de este modo (el propio reumatólogo) una cierta psicoterapia, puesto que es él quien puede sacar mayor provecho de la confianza que le ha depositado el paciente.

Pero cuando nos hallamos ante un paciente psicótico (raras veces) o ante un paciente que acepta la idea de ser tratado por el psiquiatra y que está capacitado para ello, es el psiquiatra quien se hace cargo de él.

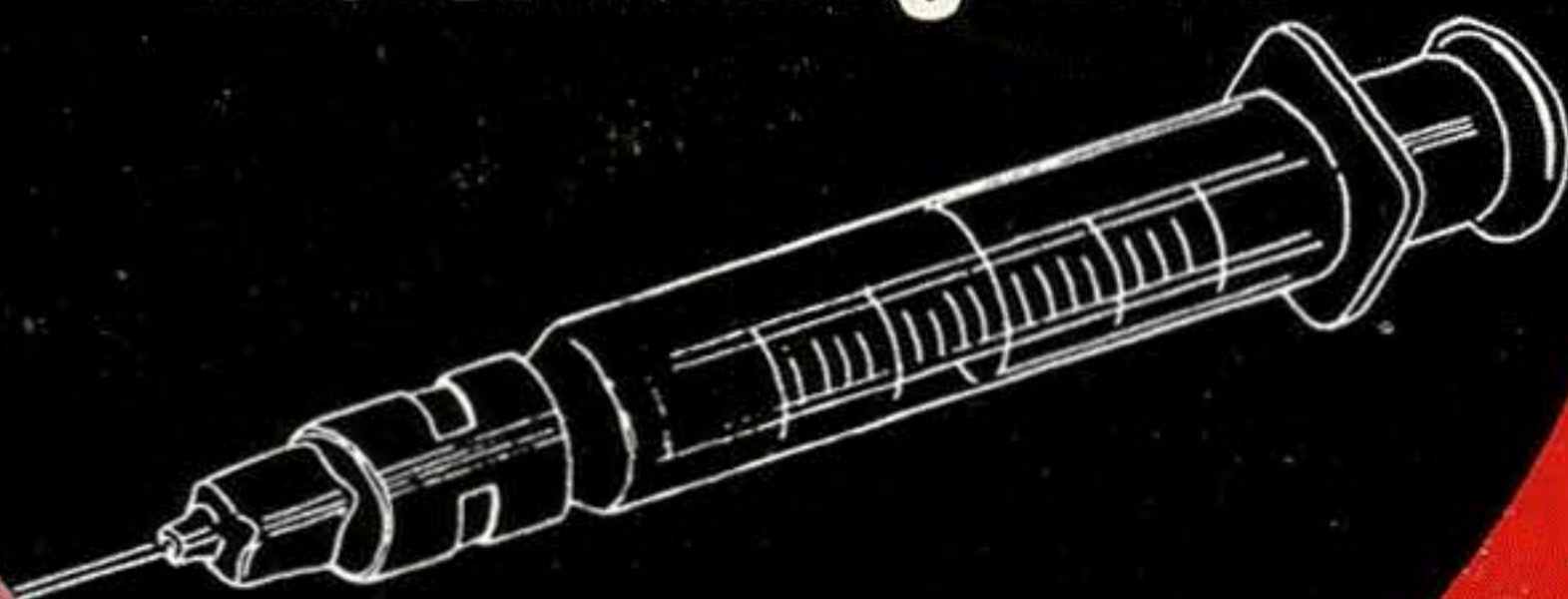
Hasta aquí hemos hablado de lo que puede hacerse en estos pacientes afectados de SMT, digamos ahora sólo unas palabras sobre lo que no debe hacerse: por su habilidad psicológica, no debemos caer en el error de afirmar un proceso orgánico, porque además de no ser verdad, podemos contribuir de forma decisiva a fijar el síndrome (factor yatrogénico).

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

1. BERNARD, C.: Introducción al estudio de la Medicina Experimental. Ed. El Ateneo, 1959.
2. CASADEMONT, M.; TORRES, R.; DAUDER, A.; FREIXA, J.; BARDINAS, A.; FIGULS, R.: Implicaciones psicológicas en los síndromes doloroso cérico-escapulotorácicos. Comunicación al II Congreso Latino de Reumatología. Bucarest, septiembre, 1976.
3. COPEMAN, W.: Textbook of the Rheumatic Diseases, 1969.
4. FAVERGE, J. H.: Methodes Estatistiques en Psychologie Appliquée. Ed. Presses Universitaires de France, 1971.
5. FREIXAS, J.; BARDINA, A.; APARICIO, D.; CASADEMONT, M.; FIGULS, R.; DAUDER, A.; TORRES, R.; DALMAU, J.: Importancia de la conflictiva psíquica en la semiología reumatológica. Comunicación presentada en la Reunión Semestral de la S.E.R. del 4 de diciembre de 1976, en Barcelona.
6. HOLMES, T. H.; WOLF, H. G.: Z. Psychosom. Med. 14, 18, 1952.

7. LOPEZ GARCIA, E.: Reumatismos y Sistema Nervioso. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 8, 130, 1949.
8. LUCHERINI, T.: Il sistema nervoso nella incidenza di alcune manifestazioni anatomico-cliniche della "malattia reumatoide". Minerva Médica, 54, 1745, 1963.
9. MARTY, P.; M'UZAN, DAVID: La investigación Psicósomática. Ed. L. Miracle, 1962.
10. MARTY, P.: Clínica y Práctica Psicósomática. en Snacht, Psicoanálisis hoy. Ed. L. Miracle, 1959.
11. MENDEZ, M.; URQUIAGA, C.: Reumatismo y sistema nervioso. Rev. Neuropsiq. 30, 85, 1967.
12. MOLL, W.: Compendio de Reumatología. Ed. Toray, 1965.
13. MUÑOZ, P. E.; VAZQUEZ, J. L.; RODRIGUEZ INSAUSTI, F.; PASTRANA, E.; VARO, J.; TIZON, J. L.: Comunicación a la mesa redonda de Psicodiagnóstico. XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Mérida, septiembre de 1975.
14. GRY, M.; RUELLE, M.: Importance des facteurs psychiques dans la pathogenie et le traitement des affections rhumatoïmales. Rev. de Rhum. 27, 1, 1960.
15. OUYANG, R.; MITCELL, D. M.; ROZDILKSKY, B.: Central nervous system involvement in rheumatoid disease. Neurology, 17, 1099, 1967.
16. PORTA, V.; MENOZZI, C.; JANN, G.: Reumatismo e sistema nervoso. Minerva Médica, 53, 459, 1965.
17. ROTES, J.: Estudios sobre el síndrome psicógeno del aparato locomotor. Ed. Sandoz, 1962.
18. SEZE de S.; KOUPERNIK, C.: Probleme psychosomatique en rhumatologie. Sem. des. Hôp. 39, 2164, 1963.
19. SIMARO, J.: Interferencias y conexiones de los reumatismos con la neurología y la psiquiatría. Med. Clin. 10, 324, 1948.
20. TORRES, R.; FREIXAS, J.; BARDINA, A.; CASADEMONT, M.; FIGULS, R.; DAUDER, A.: Reumatismo orgánico-Reumatismo psicógeno. Contrastación de datos. Comunicación al XI Congreso Español de Reumatología. Oviedo. Mayo de 1976.

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



- 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 (índol + e índol—).

Gentalyn*
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

GAR(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)

*Márca de fábrica

ABSCESO EN UN CASO DE RUPTURA OCULTA DEL BAZO *

Dres. Luis Arturo Ayala
Antonio París
Guillermo Colmenares
Itala de París
Antonio Clemente

INTRODUCCION :

Aunque conocidos desde hace mucho tiempo (2,4) los abscesos del bazo (A.B.) son una entidad clínica rara, cuya etiología más frecuente es la diseminación hematógena de focos sépticos distantes.

Luego del primer reporte en 1964 (7), se han publicado solamente 26 casos de ruptura oculta del bazo (R.O.B.) caracterizados por la presencia de una masa tumoral inflamatoria en el hipocondrio izquierdo secundaria a la organización de un hematoma capsular.

En la inmensa mayoría de los casos de R.O.B. nunca se llegó a un diagnóstico pre-operatorio (1,5,7,9,10,11); pero publicaciones ulteriores (1,3) han ofrecido evidencia suficiente de que si clínicamente se sospecha R.O.B., el uso de gammagrafía con tecnecio 99 m (Tc. 99 m) y arteriografía permite un diagnóstico preciso.

El reciente incremento en la incidencia de traumatismo abdomino-torácicos en accidentes de tránsito (especialmente en Venezuela) es sugestivo de que estas lesiones se harán más frecuentes, de allí el interés divulgativo del caso que presentamos, el cual, además de combinar dos entidades sumamente raras (A.B. y R.O.B.) demuestra que es posible e importante llegar a un diagnóstico pre-operatorio exacto de estas lesiones.

RESUMEN DEL CASO

El 21 de enero de 1974, un ganadero de 64 años de edad, natural y procedente de Calabozo, ingresó al Servicio de Enfermedades Trasmisibles del Hospital Universitario de Caracas, con un cuadro febril prolongado con temperaturas hasta de 39° centígrados acompañado de sudoración profusa, escalofríos intensos y dolor cólico en abdomen superior. Como antecedentes importantes refirió un traumatismo toraco-

* Trabajo presentado en el XIII Congreso Venezolano de Cirugía. Barcelona, Edo. Anzoátegui. Marzo, 1975.

abdominal izquierdo bajo con fractura de costilla al sufrir caída de un caballo tres años antes de su ingreso, paludismo en su juventud y diarreas ocasionales. Los únicos hallazgos importantes al examen físico fueron Vitiligo en cara y miembros superiores y la presencia de una masa redondeada palpable en hipocondrio izquierdo, dura y dolorosa, de 25 cms. de diámetro, móvil con la respiración. Estudio exhaustivo de laboratorio reveló valores normales de química sanguínea, pruebas de función hepática, coagulación, orina, heces y título de antiestreptocina. Resultados negativos de hemocultivo, urocultivo, reacción de Widal, Paul-Bunell y Mono-Test. Los únicos resultados anormales correspondían a leucocitosis con desviación de la fórmula leucocitaria a la izquierda y elevación de la velocidad de sedimentación globular. Evaluación hematológica fue considerada como normal.

La radiografía de tórax reveló un derrame pleural izquierdo pequeño y en el estudio radiológico de estómago, duodeno e intestino delgado se apreció desplazamiento y compresión extrínseca en los órganos vecinos a la masa tumoral. El colon por enema identificó diverticulosis moderada de colon descendente y sigmoides y la urografía de eliminación fue reportada como normal. La arteriografía selectiva demostró una zona avascular en el polo inferior del bazo y separación entre éste y la pared abdominal. El gammagrama con Tc 99 m revela un defecto de captación en las mismas zonas.

El 18 de marzo de 1974 con el diagnóstico de R.O.B. se intentó practicar esplenectomía por una incisión sub-costal izquierda, la exploración reveló la presencia de un gran absceso en el polo inferior de la masa tumoral previamente palpada. Este tumor se encontró rodeado de múltiples pseudo-membranas y adherencias a los órganos vecinos, las cuales sólo permitían apreciar una pequeña parte de la cara anterior del bazo. El colon trasverso y descendente aparecían normales sin signos de inflamación reciente aún en la zona vecina al absceso. Debido a irritabilidad miocárdica con hipotensión mantenida que no respondió al tratamiento instituido fue necesario interrumpir la intervención llevándose a cabo solamente drenaje del absceso cuya pus se cultivó obteniéndose crecimiento de *Escherichia Coli*. En el período post-operatorio se produjo una infección menor de la herida y el paciente fue dado de alta el octavo día después de la intervención. Ha permanecido asintomático hasta el control de los nueve meses en el cual se identificó como secuela de la infección una eventración parcial de la herida operatoria.

COMENTARIOS

En el diagnóstico diferencial de este paciente se planteó la posibilidad de una lesión maligna de los órganos del hipocondrio izquierdo, esplenomegalia de variada etiología, quiste primario del bazo, pseudo-quiste del páncreas y ruptura oculta del bazo.

El diagnóstico pre-operatorio de R.O.B. fue considerado como el más posible (1) por la presencia del tumor palpable, doloroso tanto espontáneamente como a la presión, acompañado de fiebre, escalofríos y malestar general (2), por el antecedente inequívoco de traumatismo severo (3) y por los signos típicos puestos en evidencia en los estudios radiológicos, angiográficos y gammagráficos. No se encontró evidencia de enfermedad general, hematológica o esplénica primaria, ni tampoco se obtuvo una historia previa sugestiva de diverticulitis o de la presencia de cualquier otro foco séptico distante.

El hallazgo de un absceso como elemento central de este tumor que presenta las características típicas de un caso de R.O.B. sin haber sido capaces de identificar otra etiología explicativa de su presencia nos permitió elegir un procedimiento quirúrgico menor ante las dificultades anestésicas presentadas por el paciente. Este caso confirma una de las conclusiones de nuestro reporte anterior en cuanto a que "la posibilidad de R.O.B. debe ser considerada en todo paciente con sintomatología no específica referida al hipocondrio izquierdo, especialmente si hay un tumor palpable y el antecedente de trauma es positivo" (1,) e ilustra la importancia de llegar a un diagnóstico pre-operatorio preciso para planear racionalmente el tratamiento y decidir adecuadamente ante cualquier eventualidad intra-operatoria.

DISCUSION

Abscesos del bazo fueron bastante comunes a finales del siglo pasado y comienzos del presente (2,4) debido a las complicaciones de fiebre tifoidea y paludismo. Recientemente se considera que un 75% de estos abscesos son secundarios a la diseminación hematogena de un foco séptico distante especialmente de endocarditis bacteriana (14), el resto son debidos a extensión directa de otro absceso intra-abdominal o a enfermedades hematológicas o primarias del bazo y a trauma (15%). La utilización de métodos efectivos de mantenimiento de las funciones vitales ha traído como consecuencia la sobrevida prolongada de pacientes con problemas sépticos graves, en estos casos los abscesos esplénicos son relativamente frecuentes (6) y en ellos se han identificado una gran variedad de especies bacterianas. Desde un punto de vista anatomopatológico estos abscesos pueden ser únicos o múltiples y las alteraciones del parenquima esplénico dependen del número de abscesos, de su gravedad y de si existe o no una lesión primaria del bazo. En el pasado el tratamiento indicado para un A.B. se reducía a esplenotomía y drenaje. (2,4), Gatacz y colaboradores (6) practican drenaje simple del absceso en muy raras ocasiones y sólo en caso de abscesos gigantes y Whelan (12) utiliza el método solamente en abscesos del polo inferior. La mayoría de los autores opinan que, excepto en circunstancias especiales, el tratamiento de elección es la esplenectomía.

El bazo es uno de los órganos más frecuentemente lesionados en víctimas de traumatismos abdominales no penetrantes (8), en el 85% de los casos (3) la laceración envuelve tanto a la cápsula como al parénquima, lo cual se traduce en un cuadro de hemorragia interna más o menos cataclísmica; en el otro 15% la integridad de la cápsula esplénica se mantiene formándose así un hematoma subcapsular, el cual puede romperse más o menos tardíamente. En aproximadamente el 1% de los casos la cápsula permanece intacta y el proceso de organización del hematoma puede continuar hasta su resolución completa, pero también puede dar origen a síntomas inespecíficos referidos al hipocondrio izquierdo producidos por un tumor doloroso o inflamatorio (palpable o no) y también puede dar origen a un absceso esplénico (1). La literatura presenta abundante información concerniente a las formas aguda y tardía de ruptura esplénica, pero la forma crónica no fue reconocida como una entidad clínica hasta 1964 cuando Lorimer (7) la llama ruptura oculta del bazo, desde entonces varias publicaciones aisladas han reportado solamente 26 casos. En 1969 Drapanas y colaboradores (3) reconocen la importancia de llegar a un diagnóstico pre-operatorio preciso y basándose en ciertas manifestaciones clínicas comunes y signos radiológicos y arteriográficos típicos enuncian un síndrome de R.O.B. caracterizado por la presencia de un tumor de hipocondrio izquierdo con desplazamiento y compresión estrínseca de órganos vecinos y una imagen angio-

gráfica patognomónica. Ayala y colaboradores en 1964 (1) presentan cuatro casos sugiriendo que ante la sospecha clínica, el gammagrama con Tc 99 m facilita el diagnóstico precoz de la lesión, previniendo la alta morbilidad asociada con la tardanza en el tratamiento de estas lesiones. Una característica interesante de esta entidad es que las manifestaciones clínicas de rupturas ocultas pueden no aparecer hasta años después de sucederse el traumatismo (1,3,7) y en muchos casos el paciente niega toda historia de trauma. La reacción inflamatoria da origen a pseudo-membranas firmemente adheridas a los órganos vecinos; este aspecto ha originado confusiones intra-operatorias con lesiones malignas (3,5,7), y pseudoquistes del páncreas (1) y en ocasiones se han llevado a cabo operaciones radicales innecesarias (7). El tratamiento de elección es la esplenectomía la cual resuelve definitivamente el problema. La mortalidad asociada con R.O.B. es del 7.6%.

DIAGNOSTICO

Punto 1. — DIAGNOSTICO CLINICO

Al revisar los casos reportados hasta ahora, encontramos que los hallazgos más comunes son dolor en el hipocondrio izquierdo (73%), ya sea espontáneo o a la palpación, a veces con irradiación al hombro izquierdo o a la región lumbar, generalmente continuo y sordo pero ocasionalmente severo, punzante y empeorado con la respiración profunda. Todos los casos (100%) presentaron sintomatología inespecífica (malestar, anorexia, escalofríos, fiebre, pérdida de peso, etc.). En la mitad de los pacientes reportados se encontró una masa palpable en la región sub-costal izquierda y la historia de trauma fue obtenida en el 42% en los casos complicados con abscesos la sintomatología puede ser más severa y localizada, con dolor exquisito a la palpación y en ocasiones reacción peritoneal; la fiebre es más alta y de tipo séptico y más marcado el toque al estado general.

Punto 2. — DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

La radiología simple ofrece signos indirectos. En las placas del tórax puede observarse elevación del hemi-diafragma izquierdo, derrame pleural, atelectasias basales y en ocasiones evidencias de fracturas costales. Hemiparesia diafragmática puede observarse a la fluoroscopia. En las radiografías de abdomen se notaría desplazamiento o indentación de la imagen aérea del fondo gástrico, pérdida de la sombra del psoas y en general opacidad del cuadrante superior izquierdo. La radiología en contraste da evidencia de compresión extrínseca del estómago y flexura esplénica del colon. La mayoría de los autores están acordes en que la arteriografía selectiva constituye un método excelente de diagnóstico, los signos típicos más comunes, son: presencia de zonas avasculares periféricas o centrales, separación de la pared abdominal con o sin modificaciones del contorno; menos frecuentemente se observarán comunicaciones arteriovenosas, ramas arteriales anormales y trombosis de la vena esplénica.

Punto 3. — DIAGNOSTICO GAMMAGRAFICO

El sulfuro radioactivo de Tecnesio (Tc 99 m) tiene la propiedad de ser fijado por las células del sistema reticuloendotelial, las cuales tienen una distribución homogénea en el parénquima esplénico. Cualquier alteración de suficiente magnitud en la homogeneidad del parénquima se traduce en el gammagrama como una zona de ausencia de captación. Así pues, separación de la pared abdominal, anormali-

dades del contorno, defectos de captación centrales o periféricos y evidencia de varios fragmentos de parénquima son los signos gammagráficos típicos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—El hallazgo de absceso en un paciente con ruptura oculta del bazo le da al caso reportado un carácter único e interesante.
- 2.—Las características clínicas del síndrome de ruptura oculta del bazo son perfectamente indistinguibles y se superponen con las producidas por un absceso esplénico.
- 3.—Ruptura oculta del bazo debe ser sospechada ante dolor y otros síntomas referidos al hipocondrio izquierdo, especialmente si hay un tumor palpable con o sin historia de trauma.
- 4.—El incremento reciente en el número de accidentes de tránsito aumentará la incidencia de ruptura oculta del bazo hasta ahora reportada pocas veces en la literatura, de allí la necesidad de divulgar su existencia.
- 5.—El caso reportado (Nº 27 de la literatura), típico en su presentación clínica, ilustra la importancia de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de los tumores del hipocondrio izquierdo y de obtener pre-operatoriamente un diagnóstico preciso.

BIBLIOGRAFIA:

1. AYALA, L. A.; WILLIAMS, L. F.; WIDRICH, W. C.: Occult rupture of the spleen: The chronic form of splenic rupture. *Ann. Surg.* 179:472 - 1974.
2. BILLINGS, A. E.: Abscess of the spleen. *Ann. Surg.* 88:416, 1928.
3. DRAPANAS, T.; YATES, A. J.; BRICKMAN, R.; WHOLEY, M.: The syndrome of occult rupture of the spleen. *Arch. Surg.* 99:298, 1969.
4. ELTING, A. W.: Abscess of the spleen. *Ann. Surg.* 62:182, 1915.
5. FOLEY, W. J.; THOMPSON, N. W.; HERLOCHTER, J. E.; CAMPBELL, D. A.: Occult rupture of the spleen. *Surg. Gin. Obst.* 128:1215, 1969.
6. GADACZ, T.; WAY, L. W.; DUNPHY, J. E.: Changing clinical spectrum of splenic abscess. *Am. J. Surg.* 128:182, 1974.
7. LORIMER, W. S.: Occult rupture of the spleen. *Arch. Surg.* 89:434, 1964.
8. PERRY, J. F.: Blunt and penetrating abdominal injuries the yearbook medical publishers/ Chicago. *Curr. Prob. Surg.* May 1970.
9. POLLARD, J. J.; NEBESAR, R. A.: Splenic rupture demonstrated by selective splenic artery angiogram. *J.A.M.A.* 187:944, 1964.
10. PRAGUER, D.; MOREL, D.; DEX, W.: The syndrome of chronic occult rupture of the spleen. *J.A.M.A.* 218:12, 1971.
11. STEWARD, G. R.; BRAASH, J. W.: Spontaneous occult rupture of a normal spleen. *Med. J. Aust.* 1:203, 1971.
12. WHELAN, T. J.: Abscess of the spleen. *Am. J. Surg.* 94:945, 1957.
13. WITEK, J. T.; SPENCER, R. P.; PEARSON, H. A.; TOULOUKIAN, R. J.: Diagnostic spleen scans in occult splenic injury. *J. Trauma* 14:197, 1974.
14. ZOOK, E. G.; BOLIVAR, J. C.; EPSTEIN, L. I.: The value of scintiscans in the diagnosis of splenic abscess. *Surg. Gyn. Obst.* 131:1125, 1970.

**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

**Contratista Responsable:
H E R M A N N P E R G E R**

TRATAMIENTO CORRECTOR DEL PIE ZAMBO

Dres.: J. Xicoy Forgas
F. X. Mir Bullo

El pie equino varo congénito es una desviación hacia adentro del mismo en sus más diversos grados.

Es una deformidad congénita. Su etiología será, pues, la de las demás enfermedades congénitas. Concurren factores endógenos y factores exógenos y según el tiempo de actuación de los mismos da lugar a formas embrionarias y fetales.

Según MERCER el pie zambo puede ser resultado de una anomalía ósea, neuromuscular, o puede ser calificado de idiopático. El tipo óseo es poco frecuente y acompaña a la ausencia congénita de la tibia. El muscular tiene como esencial representante el que trae consigo la artrogriposis múltiple congénita. Por último el idiopático que es el principal grupo y al cual dedicaremos este trabajo.

BROWN clínicamente distingue tres grados de desórdenes en el pie zambo:

Primer grado: la aducción será la única desviación.

Segundo grado: la inversión y el equinismo están presentes junto a la aducción.

Tercer grado: hay aducción e inversión pero no equinismo. (Figuras 1 A; B y C).

Existen con frecuencia ciertas anomalías de inserción tendinosa que explicarían no sólo la desviación patológica sino también el fracaso del tratamiento conservador. Entre ellas las más frecuentes son la inserción en delta del tibial anterior, en abanico del tibial posterior y la medilizada del tendón de Aquiles. (Figuras 2 A, B y C).

Radiológicamente podemos observar en la imagen de frente la superposición del calcáneo y del astrágalo que no presentan la angulación abierta hacia delante como en los casos normales. En la imagen de perfil los tres signos de TURCO: Paralelismo astrágalo-calcáneo, el calcáneo no taliza y el extremo anterior del calcáneo no se superpone sobre el astrágalo. Estos tres signos según el mencionado autor son de capital importancia para el diagnóstico, y su desaparición es la mejor muestra de una buena reducción, de un buen pronóstico en cuanto a la prevención de su recidiva. (Figura 3).

Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital del Sagrado Corazón de Barcelona, España.
(Dr. A. S. Palazzi).
Trabajo leído en las "XVIII JORNADAS VENEZOLANAS DE CIRUGIA ORTOPEDICA".
CURAZAO - Noviembre 1977.

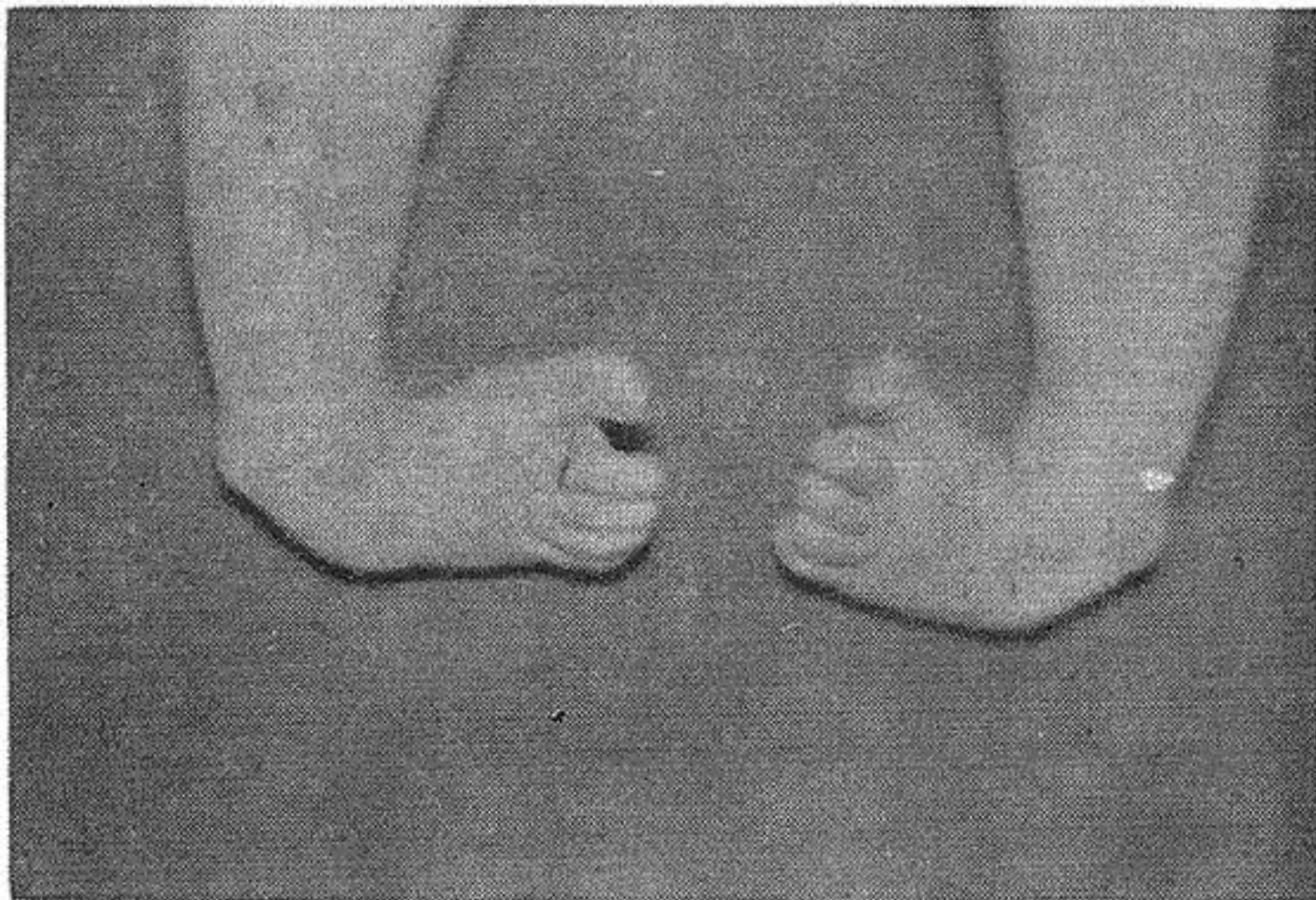
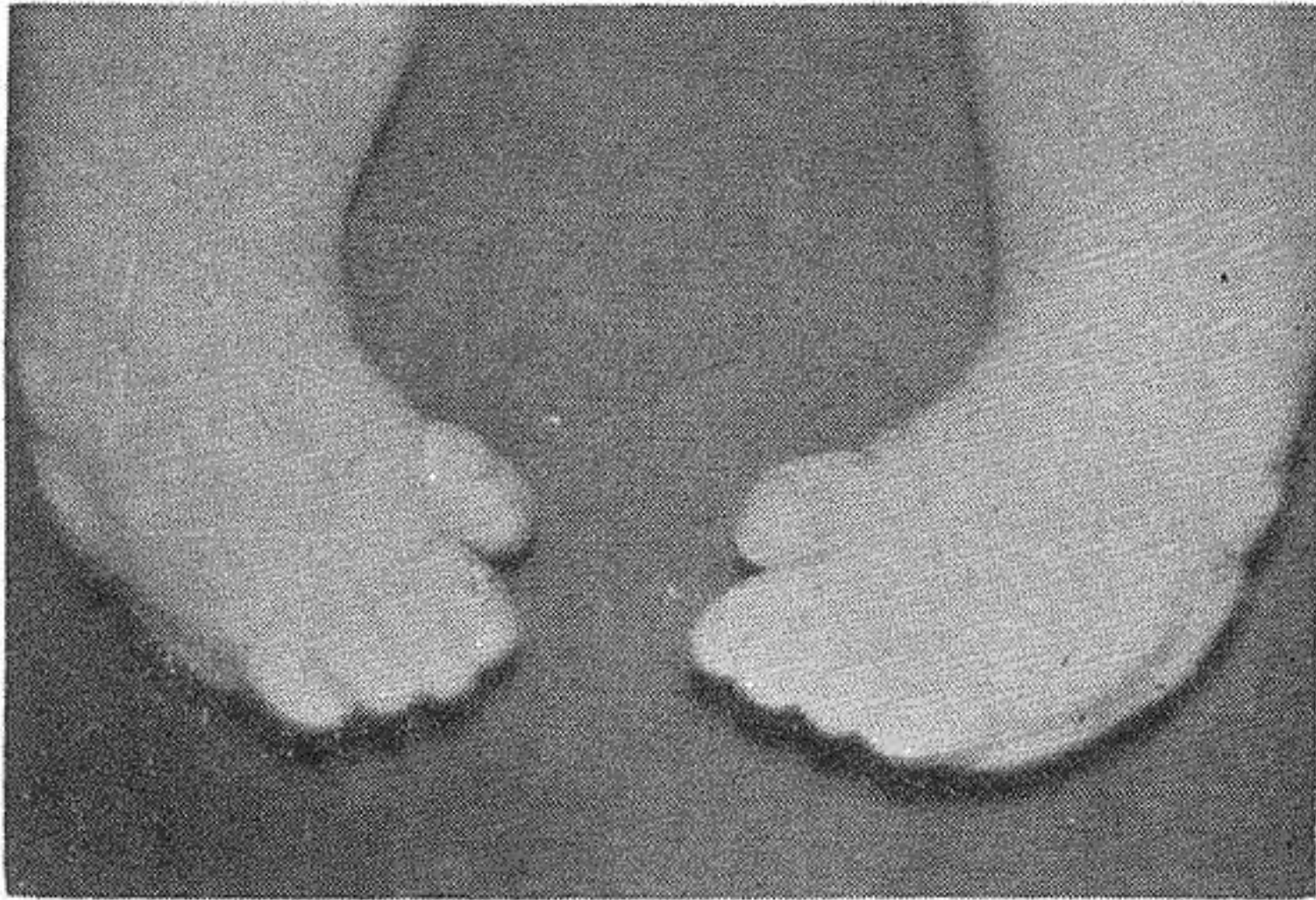


Fig. 1 A. Aducción. B. Aducción Inversión Equino. C. Aducción Inversión sin Equino.

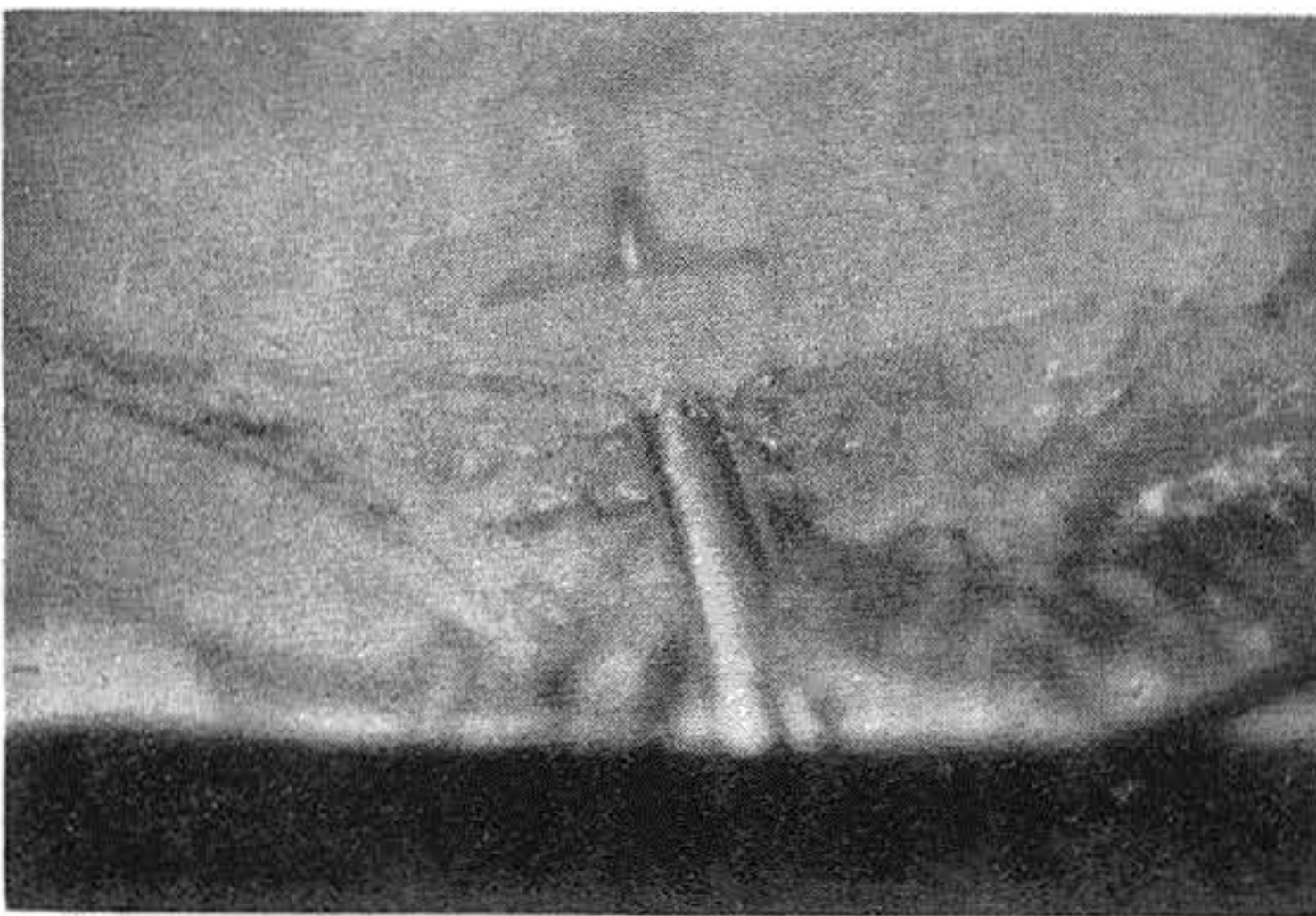
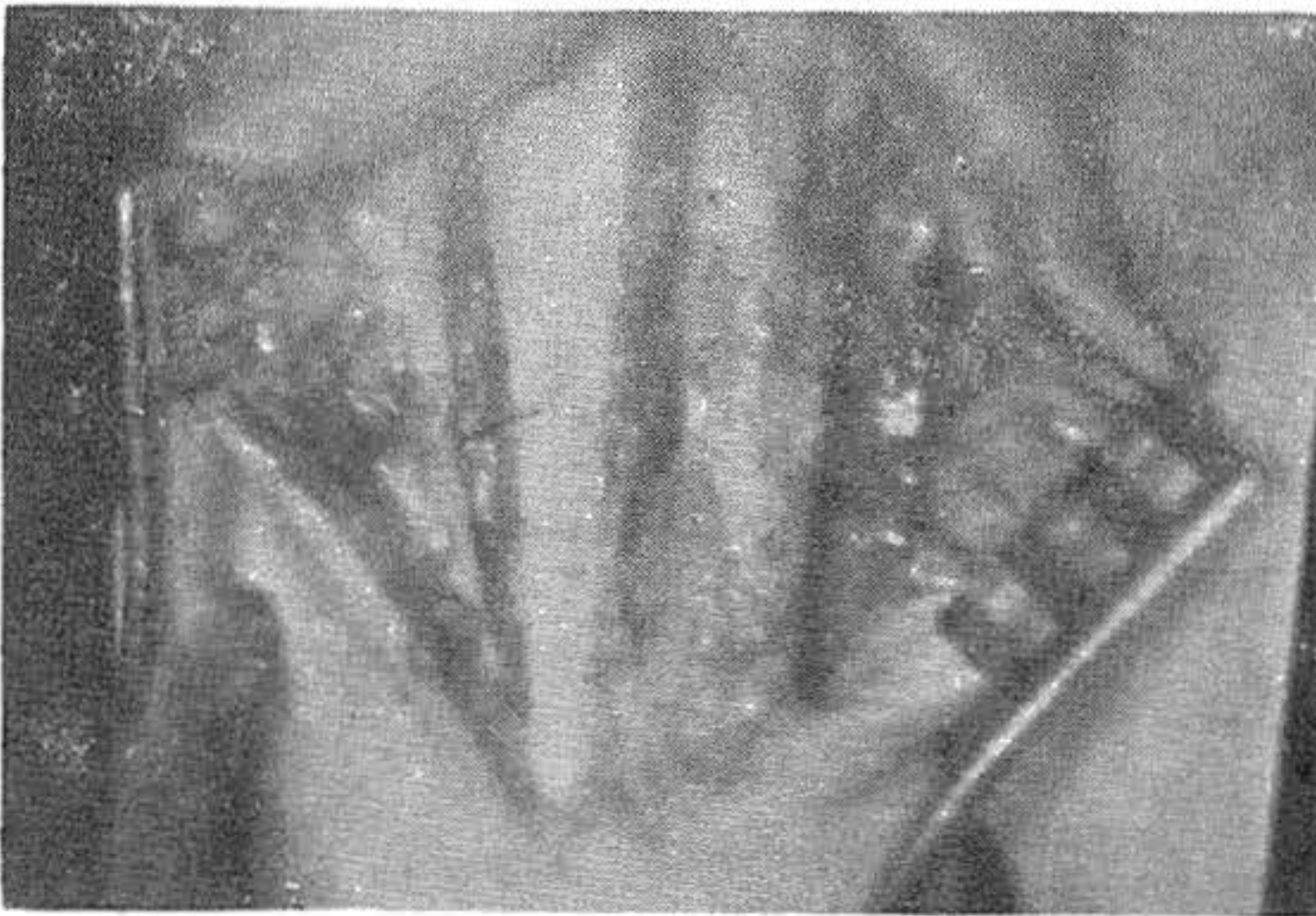
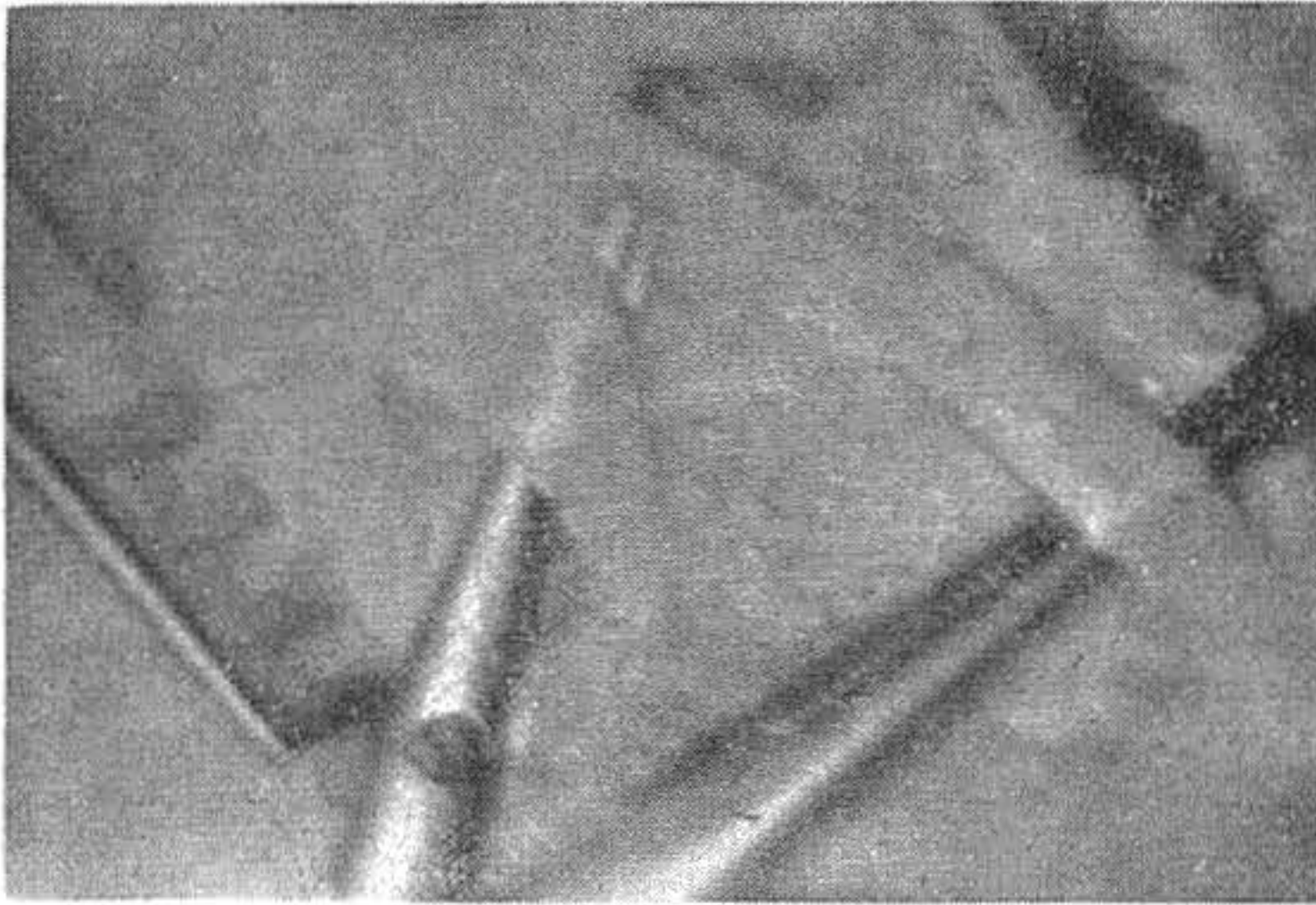


Fig. 2 A. Anomalia inserción T.A y T.P. B. Anomalia inserción Aquiles. C. Anomalia T.p.

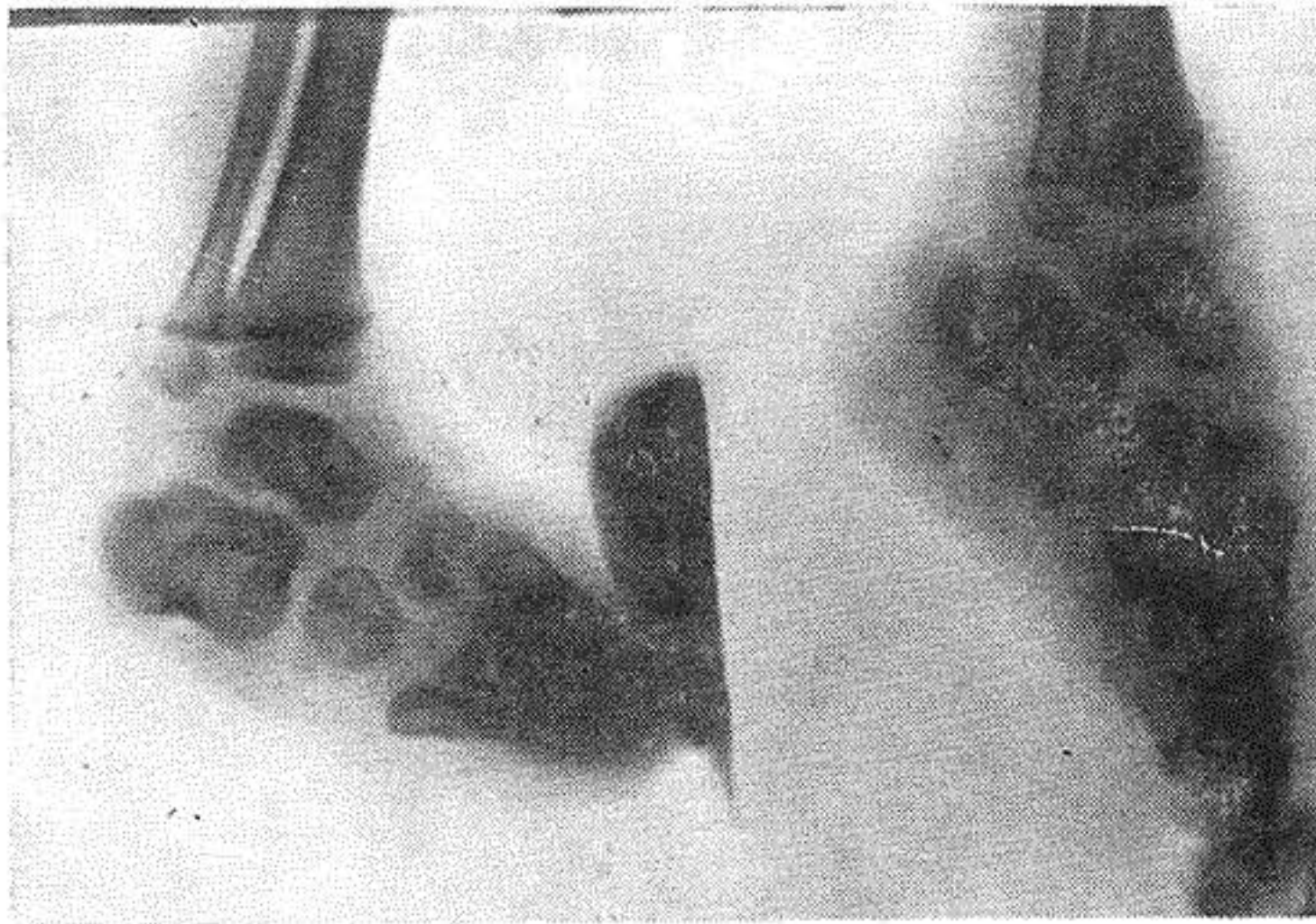


Fig. 3 Radio L.

Siguiendo a PAIS establecemos la siguiente pauta terapéutica:

Desde el nacimiento hasta el año de edad, yesos.

Hasta los 12 años, operaciones sobre partes blandas.

Después de los 12 años, operaciones óseas.

Sólo existen dos excepciones a esta regla. La elongación del aquiles antes del año cuando sea ésta la deformidad residual, corregidas todas las demás y la osteotomía del calcaneo cuando ya llegados los 8 años persiste un varismo del mismo como única deformidad del retropié.

Se procura iniciar el tratamiento a las tres semanas de vida. No antes ya que la debilidad de las estructuras pueden dar lugar a la aparición de problemas cutáneos y circulatorios.

Según PONSETI se procurará corregir primero la aducción y la inversión dejando para más adelante la corrección del equinismo. Se cambiarán los yesos cada semana durante las 3 primeras semanas. Luego cada 15 días hasta los dos meses. Seguiremos a continuación con zapatos invertidos. Si pasado el año no se ha conseguido una corrección satisfactoria se procederá a la operación.

En las figuras 4 A, B y C y 5 A, B y C, mostramos esquemas de los tiempos operatorios. Elongación de los músculos anterointernos, capsulectomía astrágalo-escafoidea, capsulectomía subastragalina interna, elongación del tendón de aquiles, y capsulectomía posterior subastragalina y tibioastragalina. Reducción de la luxación astrágalo-escafoidea y fijación de los huesos con una aguja de Kirshner. Se suturan los tendones elongados y se reinsertan el tibial anterior al primer espacio intermetatarsiano.

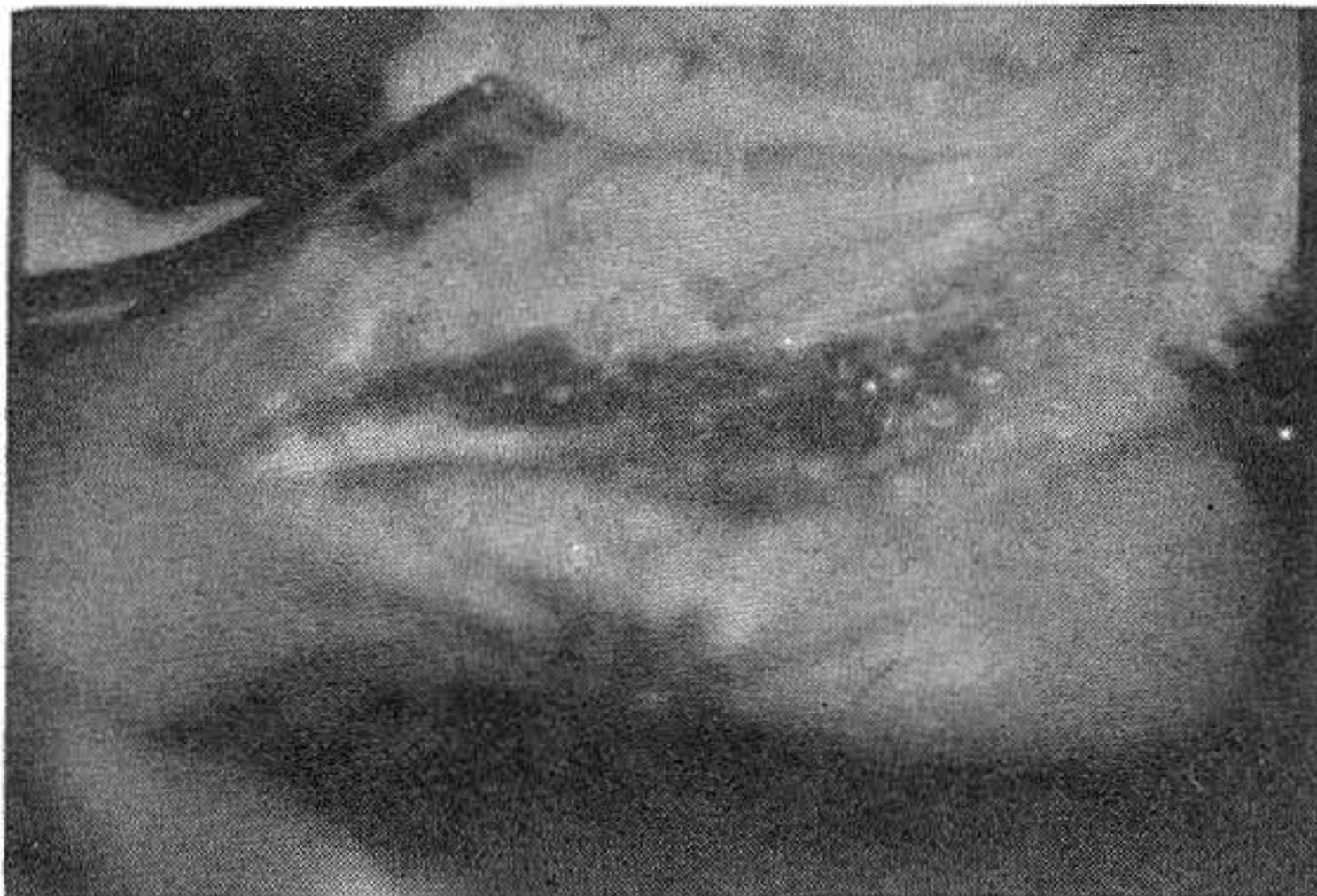
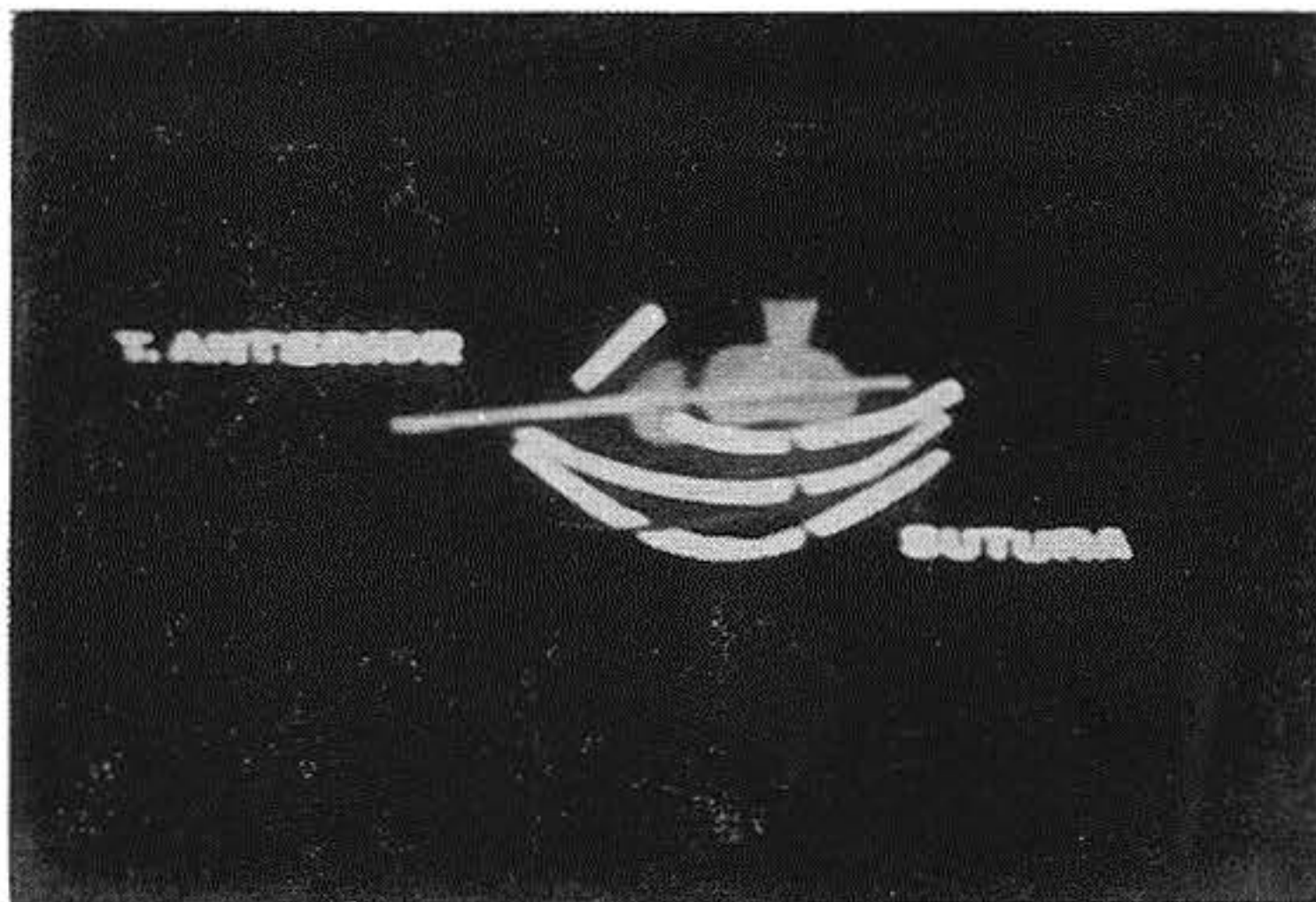
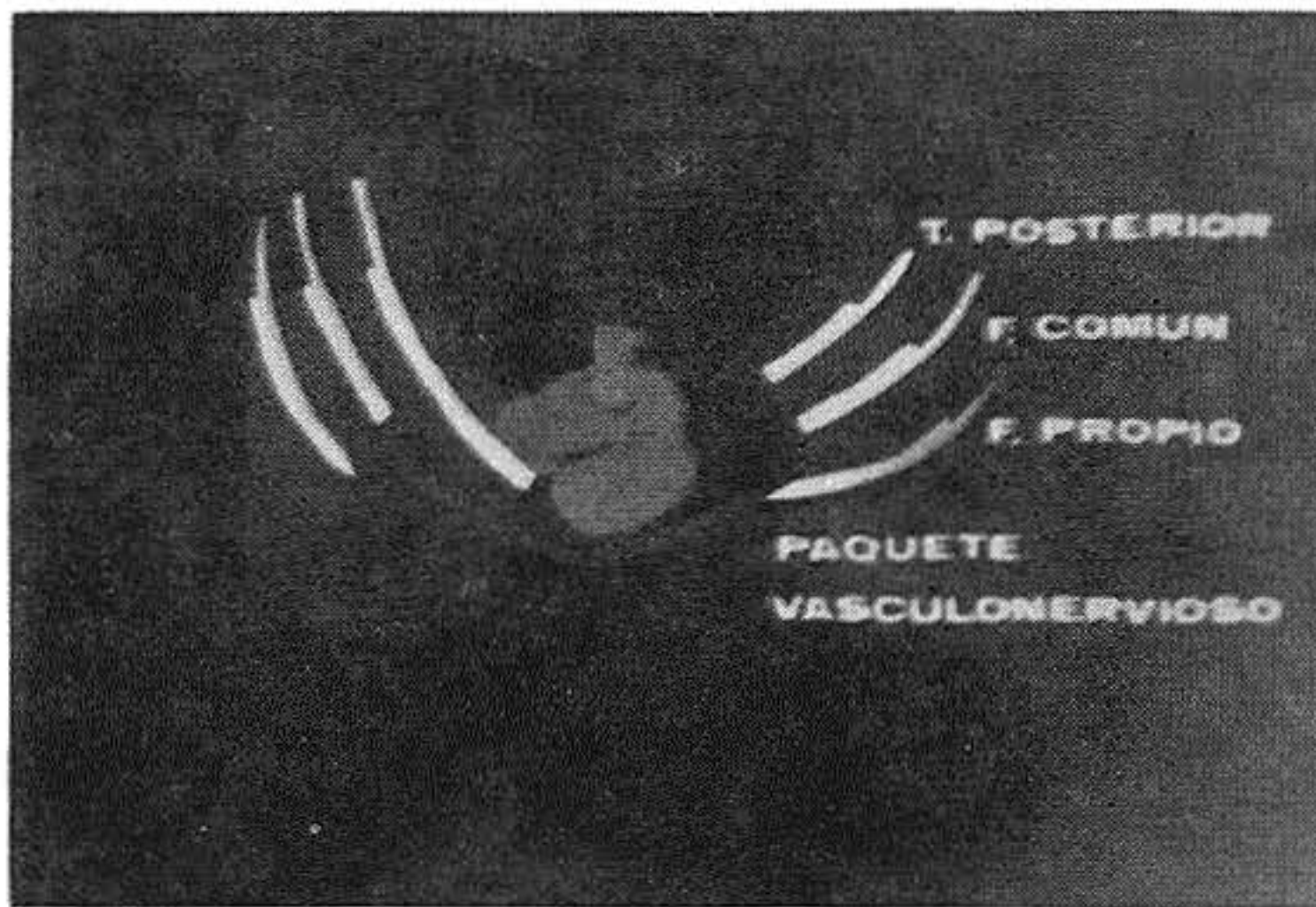


Fig. 4 A. Elongación Flexores y capsulectomías. B. Sutura y reducción de la luxación astrágalo-escafoidea. C. Incisión mostrando el músculo abductor del dedo gordo.

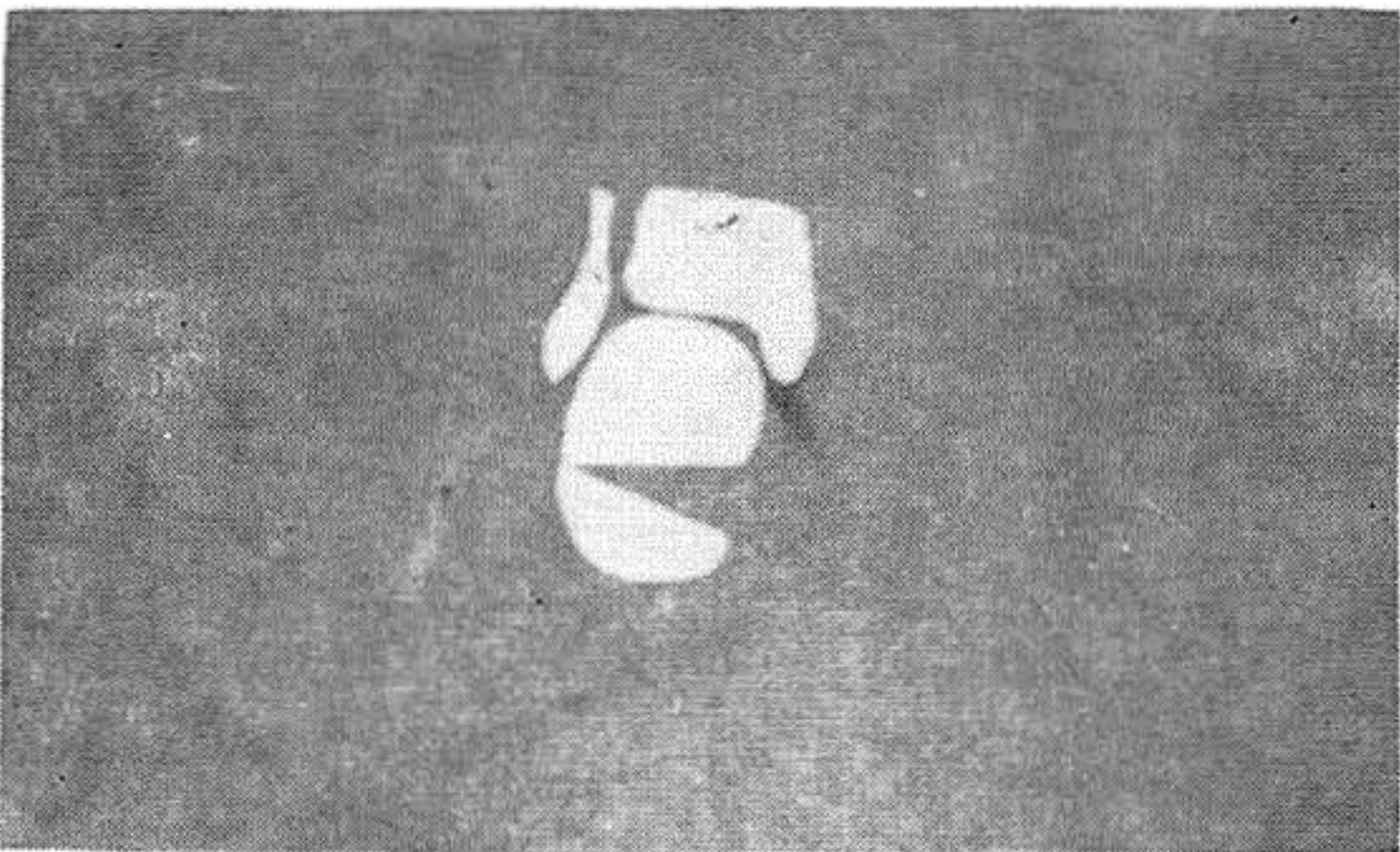
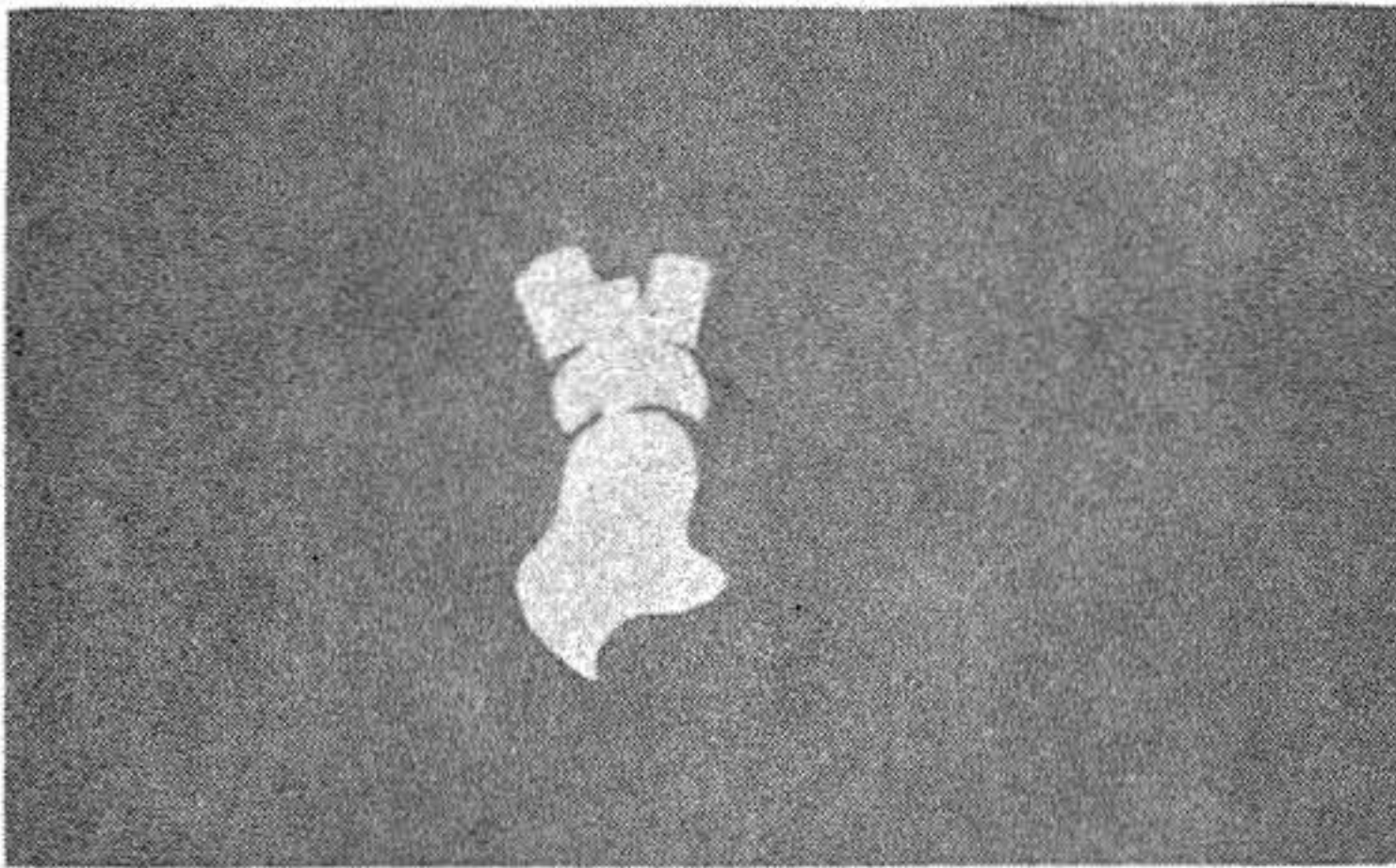
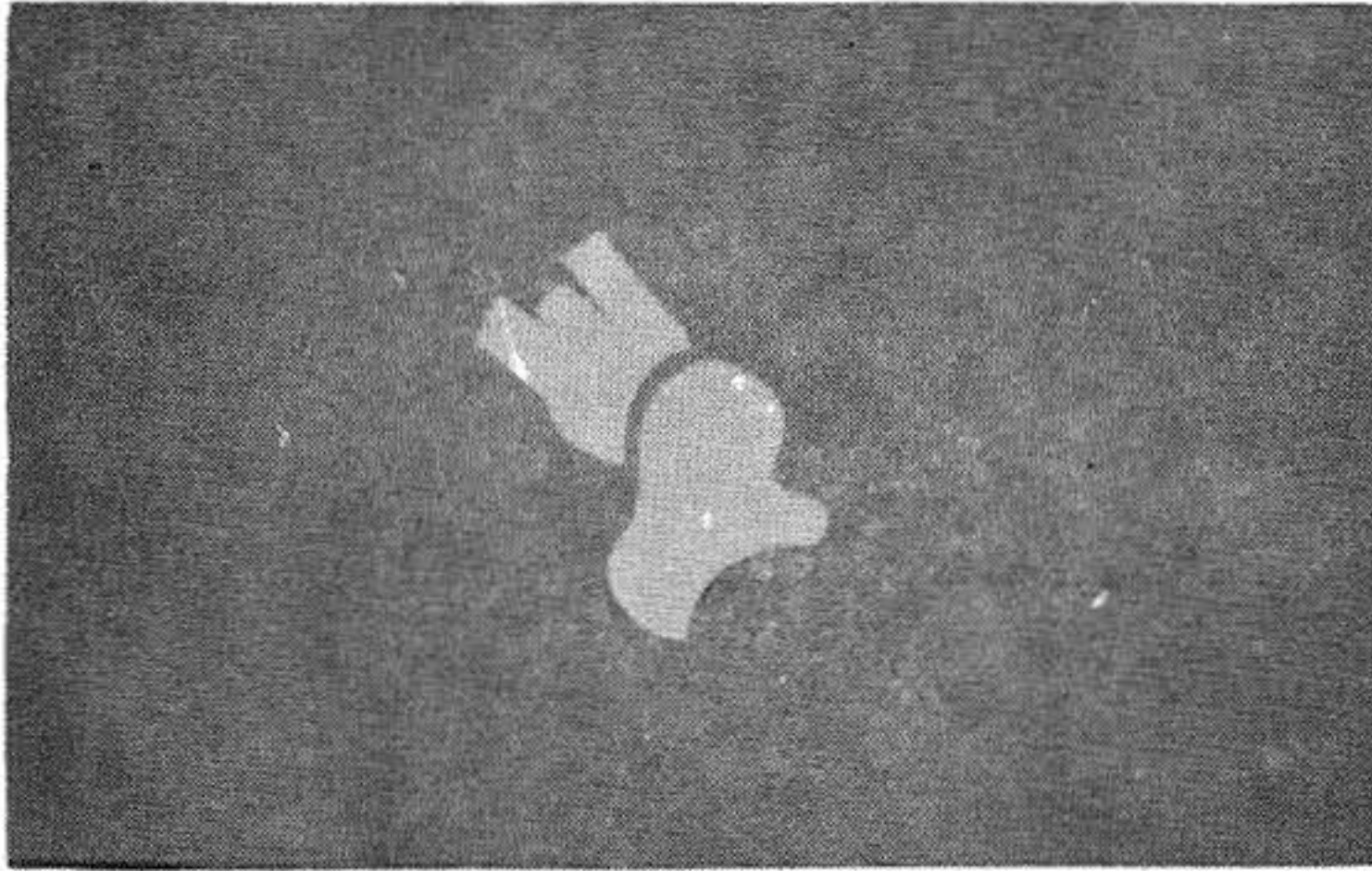


Fig. 5 A. Luxación astrágalo-escafoidea. B. Reducción. C. Capsulectomía subastragalina y corrección del varismo.

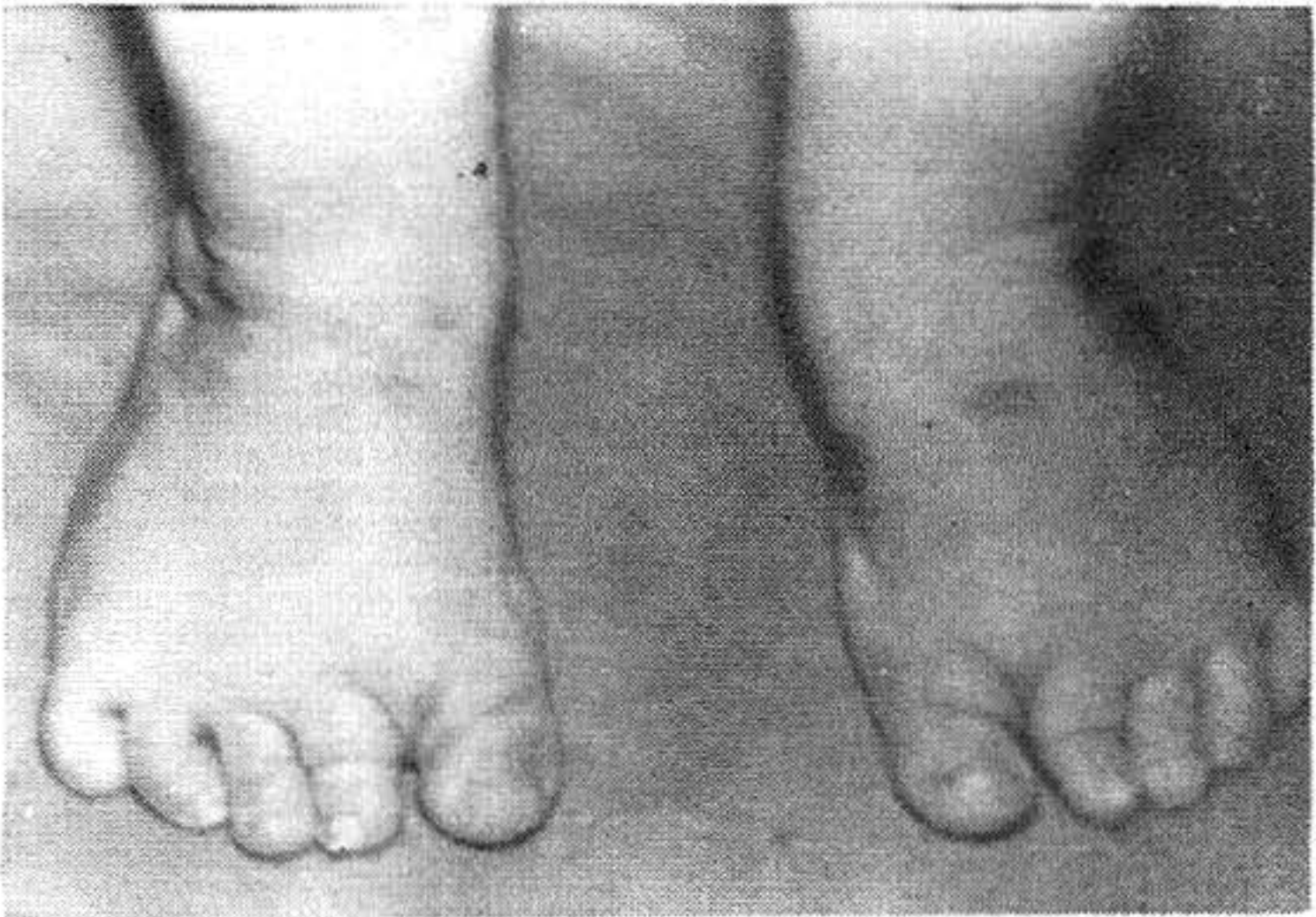
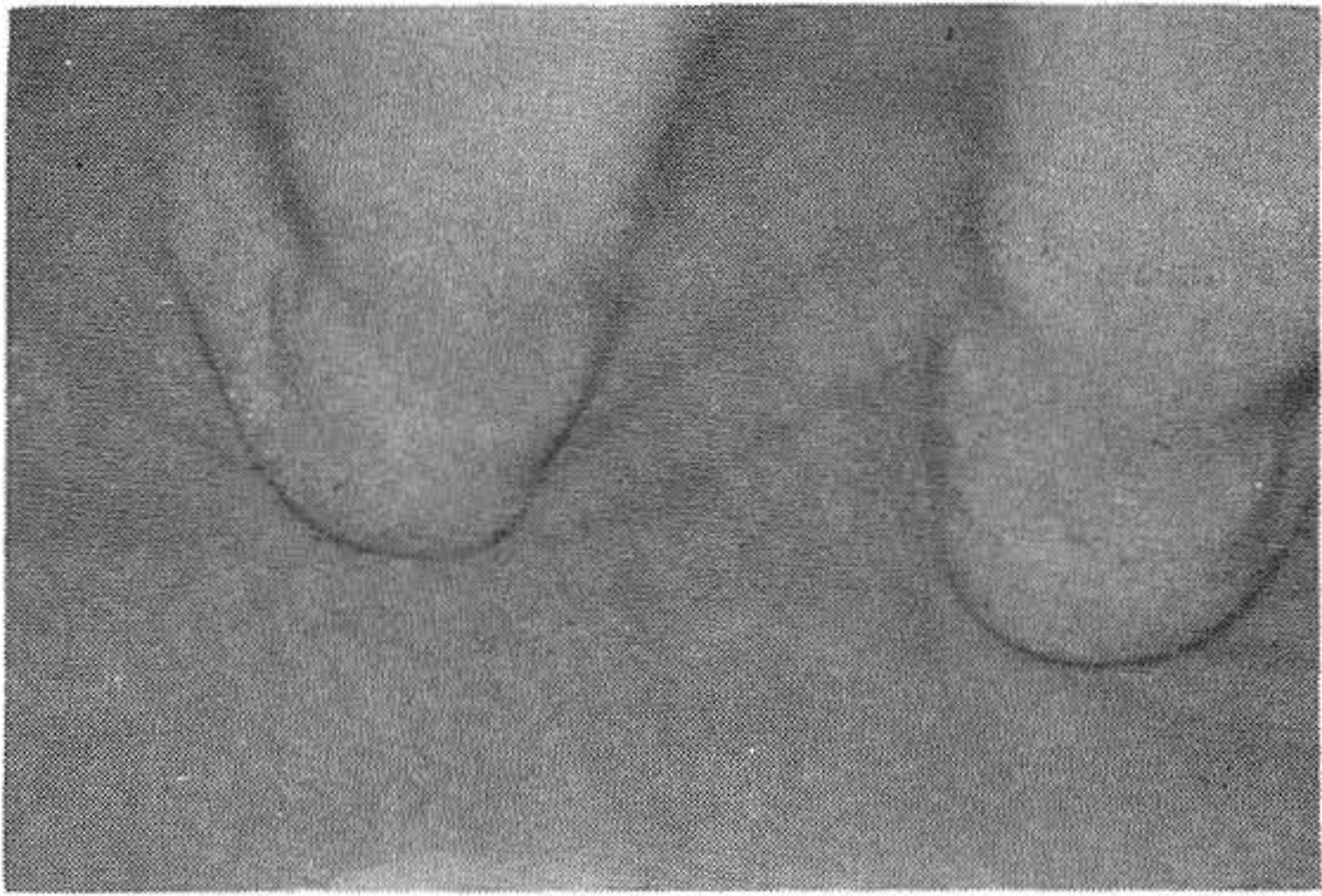
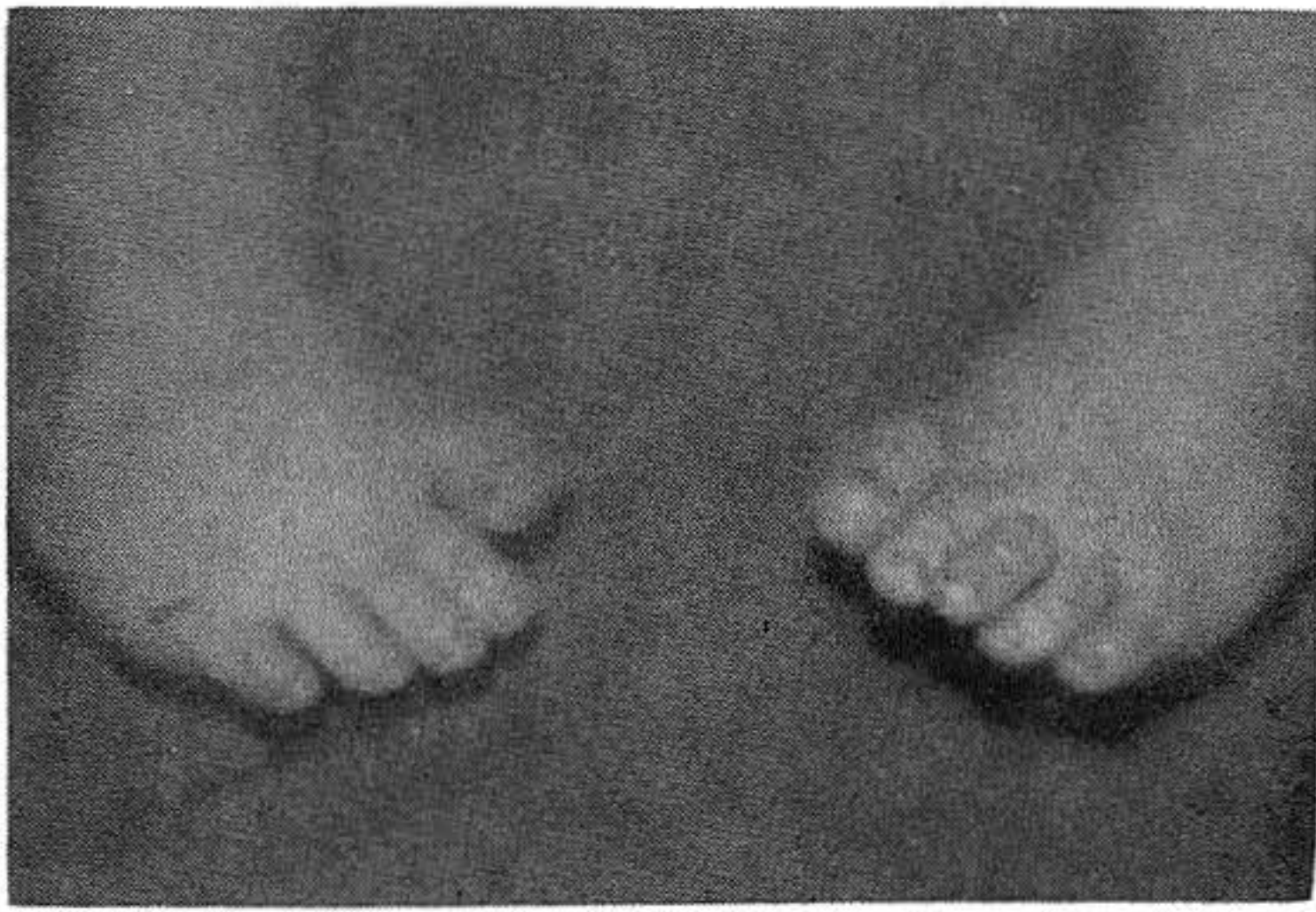


Fig. 6 A. Caso 1 Pie zambo bilateral. B. Resultado vista posterior. C. Resultado vista anterior.

En las figuras 6 A, B y C, se presenta un ejemplo intervenido con esta técnica.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son la recidiva y la hipercorrección. La recidiva creemos es debida a la no reducción de la luxación astrágalo-escafoidea. En nuestra estadística se presenta en un 20%. La tratamos con la reintervención. La hipercorrección es nuestra pesadilla actual ya que hemos visto aumentar considerablemente en nuestros últimos casos 20%. Atribuimos este aumento al trasplante del tibial anterior lateralmente y a la gran diserción del abductor (Fig. 5C). La hipercorrección la tratamos con la operación de GRICE si el valgismo es sólo de retropié, y con la elongación del cuboides si recae en el antepié.

Pasados los 12 años tratamos las deformidades residuales con la tarsectomía cuneiforme de base anteroexterna y con la osteotomía cuneiforme de calcaneo de base externa.

RESULTADOS

Siguiendo estas normas hemos operado desde 1973-1977, 33 casos con los siguientes resultados:

1 9 7 3 — 1 9 7 7		
CASOS	33	
REVISADOS	17	
BUENOS	9	60%
RECIDIVADOS	4	20%
HIPERCORREG	4	20%

CONCLUSIONES

Creemos que el tratamiento debe ser precoz. Tratar con yesos y aparatos hasta el primer año. A partir de esta fecha operaciones sobre partes blandas. A partir de los doce, operaciones óseas. La recidiva la tratamos con la reintervención procurando reducir anatómicamente la articulación astrágalo-escafoidea. La hipercorrección cada vez más frecuente la tratamos con la operación de GRICE.

C A S U I S T I C A

Nombre	Edad	Diagnóstico
1. MORENO	2½ años	equino varo
2. VELAZ	2 años	equino varo
3. AVILA	3 años	equino varo
4. RAMIREZ	5 años	equino varo
5. SEGOVIA	2 años	equino varo
6. DE LA MAZA	1½ años	equino varo
7. MUÑOZ	1½ años	equino varo
8. MANCHADO	4 años	equino varo
9. DE LA CRUZ	1½ años	equino varo
10. CRESPO	3 años	equino varo
11. BARRAGAN	2 años	equino varo
12. RIBAS	2 años	equino varo
13. CALERO	6 años	equino varo
14. LAGUNA	6 años	equino varo
15. CABRE	6 años	equino varo
16. GARCIA	3 años	equino varo
17. GUERRERO	6 años	equino varo
18. REGUEIRO	8 años	equino varo
19. SANCHEZ	2 años	equino varo
20. TERUEL	8 años	equino varo
21. GARRIDO	12 años	equino varo
22. ROJAS	3 años	equino varo
23. PLANAS	2½ años	equino varo
24. GUIRADO	6 años	equino varo
25. RUIZ	6 años	equino varo
26. CASTELLVI	3 años	equino varo
27. RASO	3 años	equino varo
28. MARTIN	7 años	equino varo
29. MARZO	5 años	artrogriposis
30. CIRUELO	8 años	equino varo
31. TORRICOS	6 años	equino varo
32. QUESADA		equino varo
33. SOLER	1 año	artrogriposis

BIBLIOGRAFIA:

1. MERCER, W.: Orthopaedic surgery. Ed. Arnold. London 1956.
2. PAIS, C.: Ortopedia. Ed. Milani. Padova. 1956.
3. TURCO, V.: "Surgical correction of resitant club foot". The Journal of Bone and joint Surgery 53A; 477, 1971.

REVISION BIBLIOGRAFICA

CIRUGIA

Dr. Eduardo A. Souchon

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PSEUDOQUISTES PANCREATICOS: Análisis de 119 casos. Shatney C.H., Lillehei R.C. *Annals of Surgery*, 189:386, 1979.

Se revisaron retrospectivamente 119 casos de Pseudoquistes Pancreáticos, encontrándose como causas más frecuentes: Trauma, Alcoholismo y enfermedades biliares. Los síntomas más frecuentes: Dolor abdominal y la presencia de un tumor abdominal.

Ecografía y estudios radiológicos por contraste fueron suficientes para demostrar y hacer el diagnóstico en el 90% de los casos.

Se encontró que el drenaje interno fue el método más efectivo y con menos morbi-mortalidad, pero que el drenaje externo era más efectivo para los Pseudoquistes inmaduros y los que no tenían una víscera hueca adyacente en el momento de la operación.

PROGRAMA PILOTO PARA RECUPERACION DE ORGANOS DE CADAVER PARA TRASPLANTES. Anderson Ch. et. al. *Surgery*, 85:291, 1979.

Estudio de un año en la Universidad de Washington de la ciudad de San Luis en Missouri.

Utilizando un banco de órganos y un listado de donantes controlado por computador, se logró aumentar a cinco veces más la referencia de órganos y en un tercio los órganos viables. La revisión de 728 muertes demostró que 45% eran donantes de ojos, 27% de páncreas y 2,5% de riñones.

Este estudio anima a los autores a continuar con el programa coordinado para localización de órganos para trasplantes.

MELANOMA DE LA MAMA. Papachirstou D.N. et. al. *Surgery*, 85:322, 1979.

Se revisaron 115 Melanomas en el área de la Mama vistos entre los años 1951 y 1971 en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York.

Se encontró que los Melanomas de la Mama siguen patrones metastásicos diferentes a los tumores de la glándula mamaria en sí. Los Melanomas localizados en un radio de 3 cm. por debajo de la clavícula dieron metástasis exclusivamente a la axila, y en ninguno de los casos dieron metástasis a la cadena mamaria interna.

La mastectomía no ofrece ninguna ventaja al tratamiento en cuanto a sobrevida, la cual sólo estaría indicada si la mama se encuentra en el campo de una extirpación amplia de piel para extirpar a la lesión cutánea.

La sobrevida está en relación directa al estudio del tumor en el momento del diagnóstico.

NOTAS DE CONGRESOS Y REUNIONES

II ENCUENTRO DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS
SISTEMA NACIONAL DE DOCUMENTACION E INFORMACION BIOMEDICA

BIBLIOTECA "HUMBERTO GARCIA AROCHA"
INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Caracas, 21 de julio de 1979

— P R O G R A M A —

8,00 a 8,30 a. m. Inscripciones.

— T E M A R I O —

8,50 a 9,00 a. m. Apertura de la Reunión.

9,00 a 10,00 a. m. Objetivos de las Referencias Bibliográficas. **Dr. J. A. Wikinski.**

10,00 a 10,30 a. m. Aspectos prácticos de las Referencias Bibliográficas. **Dr. Luis A. Ordóñez.**

10,30 a 11,00 a. m. Presentación de un modelo nacional para las Referencias Bibliográficas. **Dr. Luis Sanabria Gascue.**

11,00 a. m. a 12 m. Discusión. Moderador: **Dr. Vicente Lecuna T.**

1,00 p. m. Almuerzo.

2,00 a 2,30 p. m. Información sobre el estado actual de las Colecciones de Revistas Biomédicas Venezolanas. **Lic. Alecia F. de Acosta.**

2,30 a 2,45 p. m. Discusión.

2,45 a 3,15 p. m. Uso de las palabras claves del contenido del trabajo. **Dr. Tulio Arends.**

3,15 a 3,30 p. m. Discusión.

3,30 a 4,30 p. m. Asamblea General de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas.

Brindis de clausura.

III CONGRESO VENEZOLANO DE DERMATOLOGIA

17 - 21 Noviembre 1979

Hotel Macuto Sheraton

Temas:

- Aviso previo sobre Cosméticos en Dermatología
- Avances Terapéuticos Dermatológicos
- Aspectos resaltantes en lepra
- Trabajos libres

Invitados:

EARLE BRAUER (New York)
RUDOLF BEAR (New York)
DEXTER HOWARD (Los Angeles)
JOHN HUME (Baltimore)
RONALD ST JOHN (Atlanta)

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
- P R U E B A S D E T E X T O P A R A O F F S E T
- C O M P O S I C I O N D E L I N O T I P O

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” A.S.O.G.O.M.A.

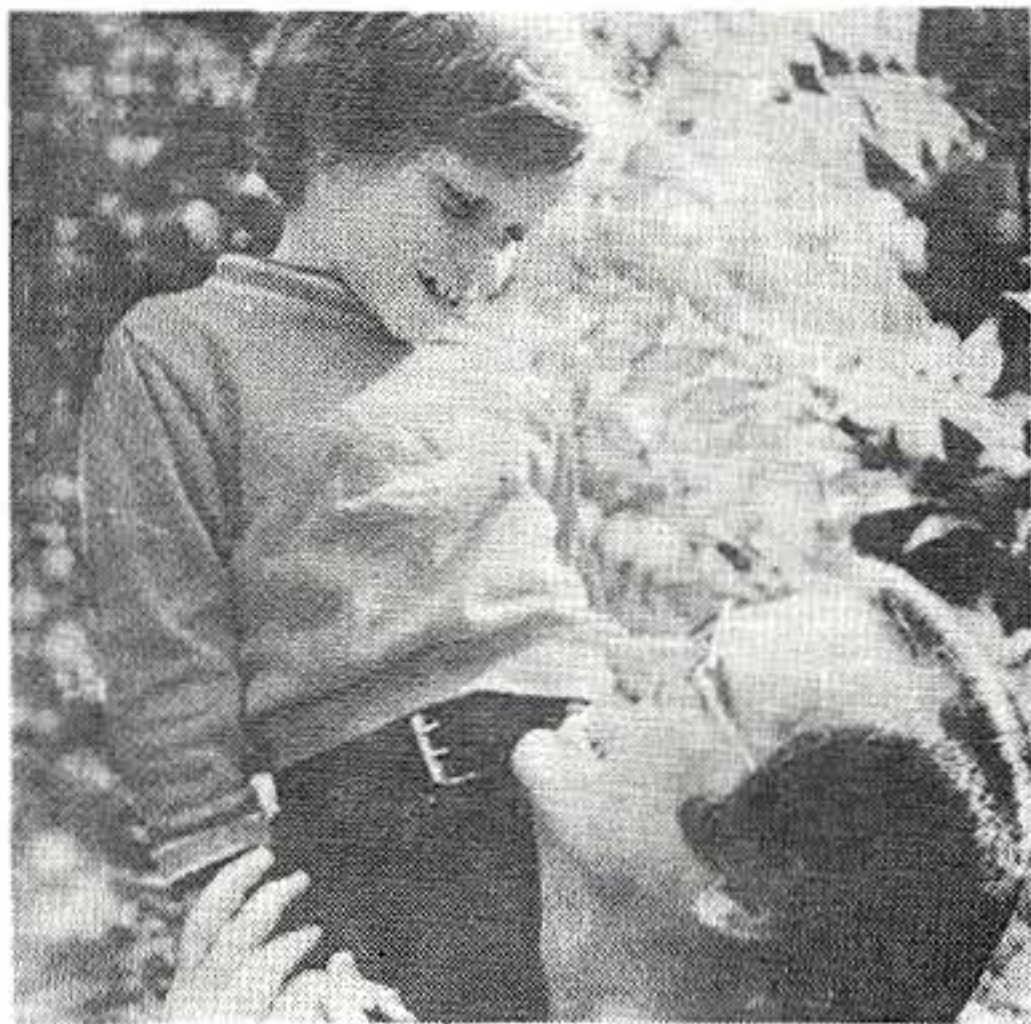
Av Baralt, Miranda a Maderero, Edif. Miranda No. 806, Local A

TELEFONO 41 26 27

Caracas - Venezuela

PROLENE*

SUTURA MONOFILAMENTO NO ABSORBIBLE



SEGURO

- Mantiene su fuerza tensil a través del período de cicatrización y aún más
- Excelente sutura cuando una aproximación prolongada es requerida
- Seguridad cuando el objeto es una recuperación rápida.

INERTE

- Más inerte que el acero inoxidable, sin intersticios que permitan el crecimiento de bacterias.
- Perfectamente tolerada en áreas infectadas.
- Es repelente a la sangre, evitando la coagulación intravascular; no se debilita por las enzimas tisulares.

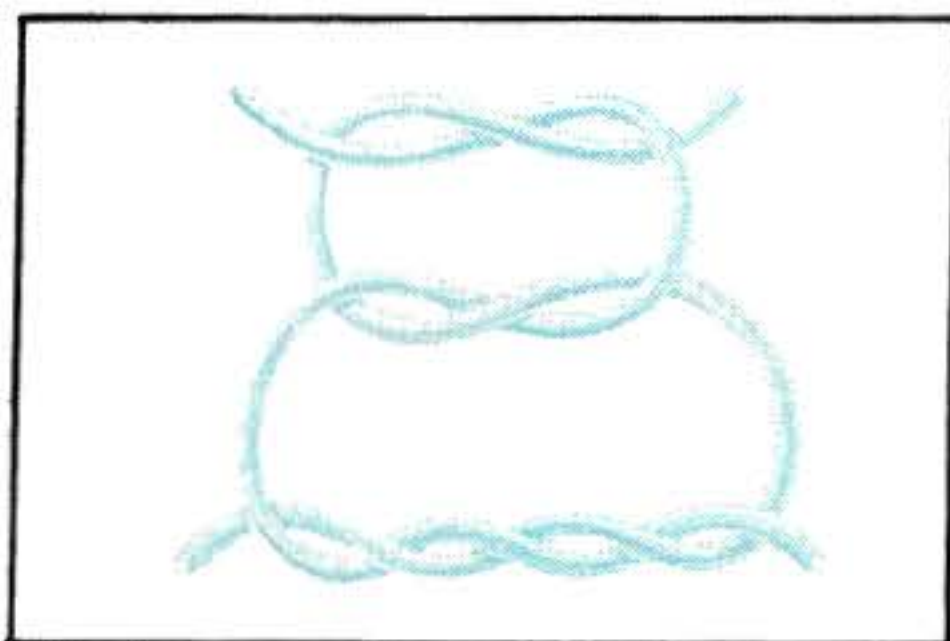
SU COLOR AZUL
BRILLANTE ES
ALTAMENTE VISIBLE

Disponible en una gran variedad de combinaciones agujas/suturas para Cirugía Cardiovascular, Cirugía General Gastrointestinal, Ortopedia y Cirugía Plástica.

• Marca Registrada

SUAVE

- Suave al colocar, suave al retirar.
- Es tan suave que no daña los pequeños y delicados vasos.
- Flexible, sin embargo sujeta los nudos con firmeza.



Al igual que con otras suturas sintéticas, para obtener seguridad en los nudos, es necesario emplear la técnica quirúrgica normal de nudos cuadrados planos, con nudos adicionales cuando así los requieran las circunstancias quirúrgicas y la experiencia del cirujano.

ETHICON*

DIVISION DE

Johnson-Johnson de Venezuela, S.A

TELEFONO: 32.48.11 (8 LINEAS)
APARTADO 60349 CARACAS, 106