



53 Vol. XV

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Simón Beker G.

Director-Honorario:
Dr. Rafael Campo Moreno

Administrador-Editor:
Dr. Jorge Soto Rivera

Comité de Redacción:
Dres. Jaime Plaza Castés

Armando Pérez
Monteverde

José Francisco

Federico Fernandez
Palazzi

Mercedes Aure Tulene

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Otto Rodríguez Armas

Vice-Presidente:
Dr. César Castro Sánchez

Secretario:
Dr. Luis Arturo Ayala

Tesorero:
Dr. Héctor Padula

Vocal:
Dr. Jorge Blanco León

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
Telfs.: 82.54.13 - 55.99.18

Vol. XV No. 53 - Enero 1976

centro médico

VOL. XV No. 53 — ENERO 1976

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 BIBLIOTECA
CENTRO MEDICO
de
CARACAS**

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

- Algunas Consideraciones sobre la Cirugía de la Tráquea
Dr. Armando Márquez R. 1
- Aspectos Biofísicos de la Reoencefalografía y del
Comportamiento del Tejido Sanguíneo
Dr. Abraham Krivoy O. 15
- Hepatopatía Alcohólica. Presentación de un Caso
Dres. José Besso, Israel Montes de Oca
y José A. Suárez 27
- Utilidad de la Ultrasonografía
en Obstetricia y Ginecología 33
- Boletín Bibliográfico
Dres. Armando Pérez Monteverdey Luis A. Ayala 35
- Informe Anual del Presidente de la Sociedad Médica
del Hospital Privado Centro Médico de Caracas 39

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

PARENTERAL

Kantrex[®]

0.5g

acción inmediata
y efectos terminantes
en infecciones genitourinarias

INDICACIONES:

Infecciones genitourinarias: Pielonefritis aguda o crónica, cistitis, prostatitis, salpingitis, uretritis.

POSOLOGIA:

1 frasco ampolla de **KANTREX** de 0,5 g cada 12 horas.

PRESENTACION:

Frasco ampolla con 0,5 g de Sulfato de Kanamicina en 2 ml. Listo para usarse.

LABORATORIOS BRISTOL DE VENEZUELA



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.**

Instrucciones:

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

1. Artículos de fondo.

- 1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.
- 1.2. Cada contribución no deberá excederse de 14 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).
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargo principal que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en forma consecutiva en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas según el orden numérico en que fueron citadas. 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 (ciudad), número del volumen, primera 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 y leyendas.
- 1.5. El autor sufragará los gastos de publicación de las fotos en color.

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.

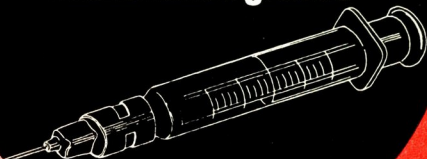
Manuscriptos: Deben ser dirigidos al:

Dr. Simón Beker G.
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 antibiótico
de primera
elección aun en
infecciones
bacterianas graves**



GENTALYN

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

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

Gentalyn[®]
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

001-5127/702



SCHERING CORPORATION DE VENEZUELA, S. A.
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta Norte,
Distrito Sucre (Estado Miranda) Caracas, Venezuela.

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

[®] marca de fábrica

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:

Dr. Otto Rodríguez Armas, Presidente
Dr. César Castro Sánchez, Vice-Presidente
Dr. Luis Arturo Ayala, Secretario
Dr. Héctor Padula, Tesorero
Dr. Jorge Blanco León, Vocal

Dr. Simón Beker, Director de la Revista
Dr. Rafael Campo Moreno, Director
Honorario de la Revista
Dres. Armando Pérez-Monteverde y
Luis Arturo Ayala Nuñez
Redacción

MIEMBROS ACTIVOS

Acevedo O., Dr. Feliciano
Acquatella, Dr. Harry
Agüero, Dr. Oscar
Alvarez, Dr. Pedro J.
Andrade Niño, Dr. Rafael
Andrade Niño, Dra. Zaira de
Arévalo Lizarraga, Dr. Gastón
Arreaza Colizza, Dr. Néstor
Aure Tulene, Dra. Mercedes
Bacalao Lara, Dr. Pedro
Bacalao Lara, Dra. Ela de
Banchs, Dr. Francisco
Blanco, Dr. Juan S.
Blanco León, Dr. Jorge
Beker, Dr. Simón
Beaupérthuy, Dr. Luis A.
Bermúdez, Dr. Reynaldo J.
Baptista, Dr. Roberto J.
Baquero A., Dr. Víctor
Baquero-González, Dr. Ricardo
Bencosme, Dr. Rafael
Brandt Pacheco, Dr. Francisco
Brillembourg, Dr. Atilio
Brillembourg, Dr. Joaquín
Brito, Dr. Víctor
Brito Arreaza, Dr. Víctor
Burger, Dr. Bruno
Bustamante Esáa, Dr. Rafael
Bustamante Miranda, Dr. Oscar
Calvo Lairret, Dr. Alejandro
Campo Moreno, Dr. Rafael
Carbonell, Dr. José Antonio
Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo
Castañón Rodríguez, Dr. Andrés
Castillo, Dr. Rafael
Castro Sánchez, Dr. César
Cifuentes S., Dr. Bernardo
Cjobataru de Bendrao, Dra. Silica
Conde Jahn, Dr. Francois
Conde Jahn, Dr. Franz
Cortina Briceño, Dr. Hernán
Chalbaud Troconis, Dr. Román
D'Esquivan, Dr. Julio C.
Díaz Aponte, Dr. Aldo
Díaz Pantín, Dr. Carlos

Díaz Rodríguez, Dr. Francisco
De Santolo, Dr. Antonio
Egui Medina, Dr. Pedro
Escalona de Ayala, Dra. Livia
Fantés Kerdel, Dr. Francisco
Fernández Palazzi, Dr. Federico
Francisco, Dr. José
García Galindo, Dr. Gustavo
García Maldonado, Dr. Enrique
Garriga Michelena, Dr. Esteban
Gedeón, Dr. Rafael
Godayol Rovira, Dr. Juan
Goldstein E., Dr. Carlos
Gómez Rojas, Dr. Manuel
Gonzalo Leonardi, Dr. Pablo L.
Gordils, Dr. Antonio
Graterol Monserrate, Dr. J.
Guinand Baldó, Dr. Alberto
Gutiérrez Alfaro, Dr. José J.
Guzmán Blanco, Dr. Manuel
Hedderich, Dr. Henricue
Hedderich, Dr. Hernán
Hermoso C., Dr. Adán
Hernández Navarro, Dr. Francisco
Hernández Olivares, Dr. R.
Jaén C., Dr. Rubén
Jacir S., Dr. Alberto J.
Jacir S., Dr. Alfonso I.
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo
Krivoy, Dr. Abraham
Krivoy, Dr. Saúl
Kruglig S., Dr. Eduardo
Kruglig S., Dr. Leopoldo
Lara Díaz, Dr. José
Lairret H., Dr. Andrés
Lairret, Dr. Félix Miguel
Lander, Dr. Rafael
Leamus, Dr. Luis
Leonardi, Dr. José Domingo
Linares Gori, Dr. Jesús
López, Dr. Leopoldo E.
López Mendoza, Dr. Roberto
Lovera, Dr. Ramón E.
Lozano Wilson, Dr. José R.
Lucca E., Dr. Roberto J.
Machado U., Dr. Octavio J.

Mamán A., Dr. Alberto
 Márquez Reverón, Dr. Armando
 Martínez, Dr. Femístocles
 Martínez, Herrera, Dr. Roberto
 Martínez Iturriza, Dr. Luis
 Mendoza Alemán, Dr. Carlos D.
 Molinos P., Dr. Jesús R.
 Montbrun, Dr. Francisco
 Montesdeoca, Dr. Israel
 Morales, Dra. Gioconda Stopello de
 Morales Rocha, Dr. Julián
 Morales Urbano, Dr. Jesús
 Morgado Nieves, Dr. Pedro
 Mota Salazar, Dr. A.
 Ochoa, Dra. Cristina Solís de
 Ochoa, Dr. José
 O'Daly, Dr. José Antonio
 Padrón Amaré, Dr. José A.
 Padua Coronel, Dr. Arnobio
 Padula, Dr. Héctor
 París, Dr. Alberto Miguel
 Paz, Dr. Otto
 Peña, Dr. Irving
 Peña, Dr. Luis
 Peña, Dra. María T. Hernández de
 Pérez Giménez, Dr. Gustavo
 Pérez Luciani, Dr. Vasco
 Perez-Monteverde Sosa, Dr. Armando
 Pérez Rojas, Dr. Manuel
 Petit, Dr. Guido
 Pineda Galavis, Dr. Antonio
 Pizarro, Dra. Ivonne

Plaza Castés, Dr. Jaime
 Pulido, Dr. Pablo
 Quijada Gamboa, Dr. Cruz
 Quintero Muro, Dr. Eduardo
 Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán
 Ramírez, Dr. Francisco
 Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
 Rivas Larraide, Dr. Eduardo
 Rivero G., Dr. Eduardo
 Rodríguez Armas, Dr. Otto
 Rodríguez Escobar, Dr. Ruben
 Ruán Santos, Dr. Hugo
 Sanabria, Dr. Antonio
 Sánchez Azopardo, Dr. José A
 Sánchez Carrillo, Dr. Francisco
 Sánchez Pacheco, Dr. José R.
 Sánchez Vegas, Dr. Luis
 Scarcioffo, Dr. Pedro
 Sierraalta, Dr. Asdrúbal
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar
 Soto Sánchez, Dr. Ramón F
 Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
 Stoppello de Morales, Dra. Gioconda
 Sukerman W., Dr. Moisés
 Tovar Escovar, Dr. Guillermo
 Trejo Padilla, Dr. Ezequiel
 Valencia Parparcén, Dr. Joel
 Vázquez, Dra. Alicia S. de
 Velutini, Dr. Luis Alberto
 Viana Rodríguez, Dr. Germán
 Villaiba Silva, Dr. Rafael
 Zaldman, Dr. Isidoro
 Zubillaga, Dr. Rafael

IN MEMORIAN

Dr. Francisco Herrera Guerrero †
 Dr. Andrés Gutiérrez Solís †
 Dr. Fermín Díaz †
 Dr. Domingo Lucca Romero †
 Dr. Rafael Ernesto López †
 Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro †
 Dr. Armando Castillo Plaza † (Asociado)
 Dr. H. Castillo Neuman †
 Dr. Rolando Curiel †
 Dr. Juan Pablo Parilli †

Dr. Juan Colmenares Pacheco †
 Dr. Manuel Morillo Atencio †
 Dr. Ramón A. Mayobre †
 Dr. Jesús Miralles †
 Dr. Félix Lairret, hijo †
 Dr. Domingo Collado †
 Dr. Cruz Lepage †
 Dr. Moisés Diamante †
 Dr. Francisco Baquero González †
 Dr. Luis Peña †

MIEMBROS ASOCIADOS

Aasen, Dra. Imelda Campo de
 Albornoz, Dr. Agustín
 Argumosa y Valdés, Dr. J. A. de
 Astros, Dr. José Gilberto
 Atlas Atlas, Dr. Moisés
 Ayala, Dr. Luis
 Baffi B., Dr. Raúl R.
 Bello, Dr. Alexis
 Besso, Dr. José
 Bilbao C., Dr. Joseba
 Blanco Souchón, Dr. Carlos
 Braun, Dr. Peter

Briceno Iragorri, Dr. Leopoldo
 Calatrava, Dr. Alonso
 Calzadilla, Dr. Rafael
 Díaz Portocarrero, Dr. Jesús
 Fleury H., Dr. Andrés
 F. de García, Dra. Isabel
 Guzmán de Fleury, Dra. Mary
 Holz, Dr. Siegbert
 La Corte, Dr. Agustín
 Lambert, Dr. José A.
 Lander D., Dr. Rafael Humberto
 Larrazábal, Dr. Leopoldo

León González, Dr. Félix
Lizarraga, Dr. Pedro R.
Martínez Aguirre, Dr. Edgar
Mathews M., Dr. Noé
Medina G., Dr. Oswaldo
Negrón S., Dr. Alberto
Núñez Mier y Terán, Dr. Sebastián
Ochoa, Dr. Alberto
Ochoa, Dr. Manuel
Ortega Borjas, Dr. Armando
Ortega Borjas, Dr. José Angel
Ortega, Dr. Miguel
Clavel Penso, Dr. Rolando
Colina C., Dr. Oscar L.
Curé Méndez, Dr. Farid
Daantje, Omafia, Dr. Ashley
Del Vecchio, Dr. José
Díaz Bruzual, Dr. Alfredo
Ferrer, Dr. Alberto
Díaz Rodríguez, Dr. Fco.
Fuenmayor R., Dr. Gustavo
González Bustillos, Dr. Alfredo
González Palacios, Dr. R. G
Gonzalo Leonardi, Dr. Luis
Gonzalo G., Dr. Germán
Granier, Dr. Marcel
Grossmann, Dr. Víctor
Guida, Dr. Franco

Halabi, Dr. Alfredo
Hernández, Dr. Agustín
Herrera Latuff, Dr. José Luis
Herrera Pinto, Dr. César
Hitcher Santaella, Dr. Antonio
Padula, Dr. Víctor
Parra, Dr. Jorge
Penso Tirado, Dr. Amador
Pérez Tineo, Dr. Héctor
Pieracci, Dr. Giorgio
Pifano, Dr. Félix
Pizarro, Dr. Víctor
Rivero, Dr. Alberto
Rodríguez Cabrera, Dr. J. H.
Rodríguez Navarro, Dr. Manuel
Ron Pedrique, Dr. Miguel
Ruiz, Dr. Miguel
Salas Marcano, Dr. Ismael
Salcedo, Dr. Antonio
Souchon Vogeler, Dr. Eduardo
Tineo Salazar, Dr. Jesús
Trautmanis Z, Dra. Laima
Uzcátegui Selvi, Dr. Iván
Valero Martínez, Dr. J. A.
Villalba, Dr. Gustavo
Vitale F., Dr. Miguel José
Vivas Salas, Dr. E.

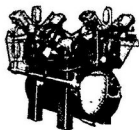
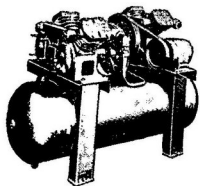
MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Roberto A. Hignson
Dr. Jorge Soto-Rivera

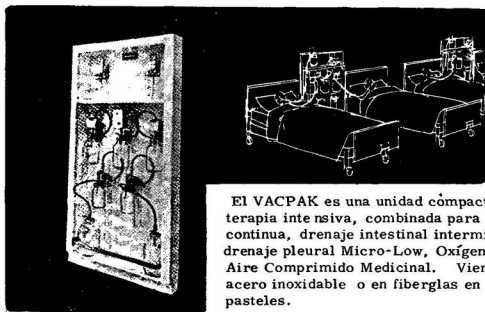
Dr. Neal Owens

GLV

SERVICIOS MEDICINALES



Las bombas de Vacío para los distintos servicios de Succión y los compresores para Aire Comprimido Medicinal libre de aceite NCG-Chemetron, mejoran con eficiencia los sistemas centralizados en las Clínicas y Hospitales. Ensamblados y probados en la fábrica, ofrecen fácil instalación y mayor economía.



El VACPAK es una unidad compacta para terapia intensiva, combinada para Succión continua, drenaje intestinal intermitente, drenaje pleural Micro-Low, Oxígeno y Aire Comprimido Medicinal. Viene en acero inoxidable o en fibreglas en colores pasteles.

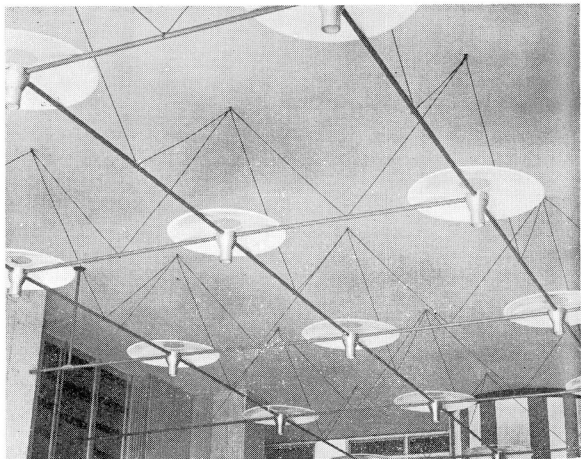
GLV C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA Servicios Medicinales

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

Apartado G1.148 Caracas Pto. La Cruz

Lamp-o-Lux c. a.

fábrica de lámparas



Plafón lumínico flotante que une lo funcional con la belleza arquitectónica

Varios modelos a escoger

Fabrica: Avda. Nueva Granada
Calle E. Delgado- Edif. LOL. (Sede)

Teléfonos: 62 25 40 - 62 25 67
62 05 61 - 62 74 02 - 61 31 03

Exhibición: 62 17 78

Algunas Consideraciones sobre la Cirugía de la Tráquea

Dr. Armando Márquez R. *

La resección de la tráquea no es una operación que se lleva a cabo frecuentemente pero, tiene indicaciones bien definidas y éstas son:

- 1º) Tumores de la tráquea.
- 2º) Invasión de la tráquea por tumores de órganos de la vecindad, como por ejemplo: Carcinoma del tiroides.
- 3º) Por estenosis producidas por el uso prolongado de tubos de traqueostomía con manguito, usados para el tratamiento de afecciones ya sea del parenquima pulmonar mismo: enfisema pulmonar, o lesiones neumogénicas que afectan la respiración: Tétanos, Poliometitis, etc., o traumatismo craneano o comas profundos.
- 4º) Traumatismos con rupturas o pérdidas de secciones extensas de la tráquea.

MATERIAL

En nuestro trabajo presentaremos tres casos: uno de invasión de la tráquea por tumores de la vecindad y los otros dos por estenosis severa de la tráquea debido a retracción cicatricial post-intubación prolongada con un tubo de traqueostomía con manguito.

Creemos importante reportar estos casos por considerar sean los primeros de cada tipo operados en el país.

El primero de nuestros pacientes es I. A. de G. Historia privada No. 3956 Centro Médico. Paciente de sexo femenino, de raza blanca, natural de Barquisimeto, de 52 años de edad.

Consulta por un nódulo solitario del Tiroides situado a nivel del istmo; el nódulo tenía una evolución de 10 años, medía 3 cms. de diámetro y era completamente asintomático, tanto desde el punto de vista de su sintomatología funcionante, como del de problemas respiratorios. Su único síntoma era tos frecuente.

* Coordinador del Departamento de Cirugía, Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Al examen físico se encontró un nódulo de 3 cms. de diámetro, situado a nivel del istmo, este nódulo estaba bien limitado, era indoloro, se desplazaba con la deglución. El resto del tiroides era negativo no palpándose ninguna masa tumoral en los lóbulos.

No se encontraron adenopatías sospechosas de ser metastásicas en ninguno de los dos lados del cuello.

La laringoscopia indirecta fue negativa siendo la motilidad de las cuerdas vocales completamente normal y no apreciándose ninguna invasión tumoral.

Un Gammagrama tiroideo mostró un nódulo frío a nivel del istmo del Tiroides y la captación estaba dentro de límites normales.

La Radio de tórax fue negativa para metástasis y los exámenes de laboratorio estaban dentro de límites normales.

Con fecha 17-11-1965 la paciente fue operada, practicándosele una resección del istmo del Tiroides.

La biopsia per-operatoria mostró que se trataba de un Carcinoma Folicular del Tiroides.

Macroscópicamente la tráquea estaba invadida a nivel del 2º, 3º y 4º cartilago. En vista de estos hallazgos se procedió de inmediato a practicar una Tiroidectomía total y una resección de una ventana en la pared anterior de la tráquea (Fig. No. 1), en la zona donde macroscópicamente se veía invadida la traquea, pero la biopsia mostró que los bordes de excisión de la ventana traqueal tenían tumor, por lo que de inmediato procedimos a disecar la tráquea de la pared anterior del esófago y a movilizarla ampliamente desde el cricoides hasta el 7º anillo, al hacer esta disección se rechazaron ambos recurrentes lateralmente y se extirparon los ganglios para-recurrentiales de ambos lados así como los mediastinales superiores. La biopsia extemporánea de estos ganglios fue negativa para metástasis.

Una vez movilizada la tráquea resecamos todo el segmento de tráquea comprendido desde el cricoides hasta el 5º anillo traqueal, es decir, resecamos un segmento de 4 anillos. Esta resección incluía toda la circunferencia de la tráquea. (Figuras 2 y 3).

De inmediato procedimos a reanastomosar la tráquea suturando el 5to. anillo al cricoides, esta sutura se hizo con hilos de acero 4-0, teniendo cuidado de que los nudos quedaran hacia afuera y no dentro de la luz traqueal. (Figura No. 4).

Una vez terminada la reanastomosis traqueal se hizo una Traqueostomía por debajo de la anastomosis. (Figura No. 5).

Esta traqueostomía se retiró al 5to. día, sin ningún problema, la enferma respiraba normalmente.

La biopsia No. 1183-B fue reportada como: Adenocarcinoma Folicular con invasión de tráquea.

Esta paciente tiene 10 años de operada y vive sin evidencia de enfermedad.

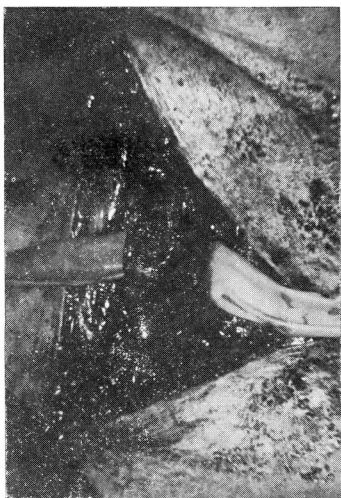


Figura No.-1



Figura No. 2

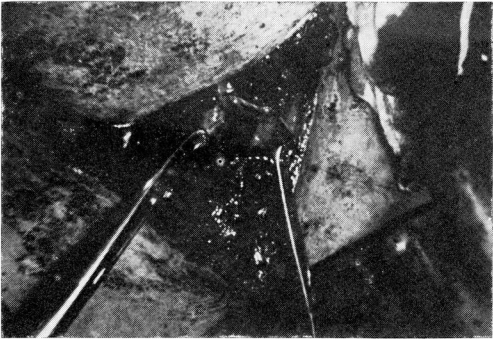


Figura No. 3

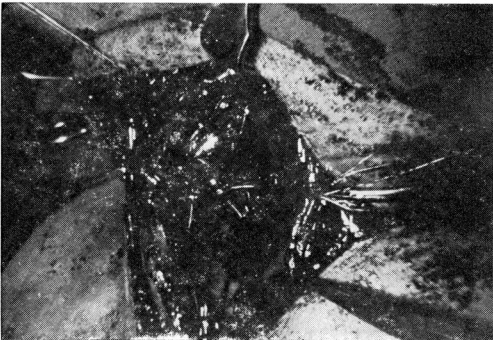


Figura No. 4

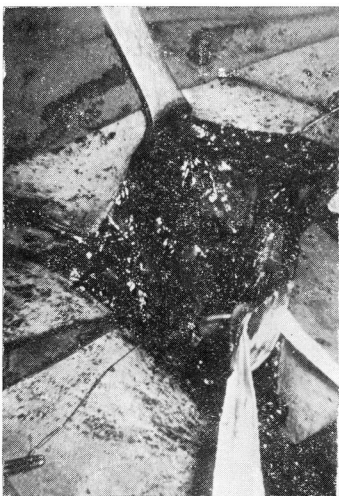


Figura No. 5

El segundo caso fue por una causa etiológica completamente distinta ya que la resección fue por una estenosis traqueal severa que no permitía al enfermo respirar adecuadamente y que tenía como etiología el uso de un tubo de traqueostomía con manguito, de los que se usan con los aparatos de presión positiva donde el circuito tiene que ser hermético.

Esta complicación está llamada a ser bastante frecuente ya que, cada día se amplían más las indicaciones de las traqueostomías con fines profilácticos o terapéuticos, en los cuales se coloca un aparato de ventilación que requiere un circuito cerrado.

Algunas de estas indicaciones son:

1º) Control central de la respiración:

- a) Traumatismos craneales.
- b) Coma de cualquier origen. (Tercer caso).

2º) Control de la respiración cuando hay lesiones de los nervios eferentes:

- a) Traumatismos de la médula a nivel cervical.
- b) Poliomeilitis.
- c) Polineuritis severas.

3º) En afecciones de la unión neuro-muscular:

- a) Miastenia gravis.
- b) Curarización prolongada como en el tratamiento del tétanos o después de una anestesia prolongada donde el paciente no se recupera con rapidez. (2º Caso).

4º) Problemas Respiratorios:

- a) De los músculos respiratorios:

Contractura dolorosa
Atrofia

- b) Traumatismos de pared torácica.

- c) Vía aérea obstruida por:

Presión extrínseca
Lesión de la pared traqueal
Secreciones intra-luminales

- d) Parenquima Pulmonar:

Enfisema Pulmonar y
Bronquitis Crónica

Como decíamos nuestro Segundo caso corresponde a una estenosis traqueal producida por el uso prolongado de un tubo traqueal en el tratamiento de un Tétanos.

Se trata de un paciente de 57 años de edad, de sexo femenino, de raza blanca, natural de Italia. Ingresó al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Universitario, Historia No. 167548, el día 13-30-1970 con un Tétanos. Debido a problemas respiratorios es necesario practicarle una Traqueostomía, el mismo día se le coloca un tubo plástico con manguito, tipo Portex y se conecta a un aparato respirador tipo Engstrom y luego en uno tipo Bird Mark 9.

La paciente es tratada de su Tétanos con buen éxito y se recupera a los 25 días retirándose el tubo de traqueostomía. Es dada de alta y reingresa a las 48 horas con un cuadro de asfixia severa siendo necesario pasarle un pequeño tubo No. 5 infantil para que pueda respirar. Se llama en consulta otro servicio del Hospital y la enferma es operada, reseándosele los bordes de la traqueostomía y colocándose un nuevo tubo de traqueostomía No. 6, esta vez sin manguito. A los 6 días se retira el tubo y la paciente es dada de alta dos días después respirando aparentemente bien, pero a las 48 horas reingresa en estado casi premuerto, respirando con gran dificultad, cianótica y en muy malas condiciones generales.

De nuevo se le pudo pasar un tubo de plástico infantil No. 5 y poco a poco se dilató la tráquea hasta poder pasar un tubo No. 8 En esta oportunidad fui llamado en consulta y por razones técnicas se traslada la paciente al Centro Médico de Caracas.

Se le practica una Broncoscopia y se encuentra:

Una disminución del calibre de la tráquea a nivel de la traqueostomía, por traqueolomacia a este nivel, el resto de la tráquea era aparentemente normal.

La paciente fue operada en dos tiempos: En el primero con fecha 14-7-70 se le practicó una Hemitiroidectomía derecha con corte congelado ya que además tenía un nódulo solitario grande de este lóbulo.

La biopsia fue negativa para Carcinoma.

En este mismo tiempo se corrigió la traqueolomacia usando el procedimiento original nuestro y descrito anteriormente (1), consistente en colocar una malla metálica alrededor de la tráquea reblandecida. En este caso se colocó para darle soporte a la tráquea un alambre de Kichner. Se dilató la zona estrechada de la tráquea y se cerró la herida por planos sin dejar traqueostomía.

La paciente evolucionó muy bien sin problemas, pero a los 8 días comenzó a tener un discreto estridor respiratorio que se acentuaba con los esfuerzos.

Una radiografía de la tráquea reveló una estenosis de ésta y una nueva Broncoscopia practicada el día 24-7-70 mostró un anillo estenótico 2 cms. por debajo del borde inferior de la traqueostomía anterior que no permitía el paso del Broncoscopio 7-4 tipo Jackson.

Con fecha 25-7-70 la paciente fue re-operada encontrándose una estenosis anular de la tráquea mediastinal a nivel del 7º anillo traqueal aproximadamente a 2,5 cms. por encima de la carina, esta estenosis tenía una altura de 0,4 cms. y sólo abarcaba un anillo, era dura, firme, no susceptible de ceder a dilataciones por este motivo, se decidió researla.

Para ello se liberó la tráquea cervical teniendo especial cuidado de preservar la arteria tiroidea inferior del lado izquierdo ya que es ésta la que irriga la tráquea cervical y ya la del lado derecho se había ligado previamente. Se reabrió la previa traqueostomía a fin de exponer o visualizar la zona de estenosis y traccionando por la tráquea cervical liberada, se disecciona la tráquea mediastinal de sus conexiones anteriores, laterales y de la cara anterior del esófago.

Se reseca la zona estrechada y se reanastomosa la tráquea con puntos separados de hilos de acero 4-0'.

Se coloca de nuevo un tubo de traqueostomía No. 6 largo que pase por debajo de la anastomosis y se cierra la herida dejando un drenaje de aspiración continua.

Al 4º día se tapó el tubo de traqueostomía y la enferma respiraba perfectamente. Se disminuye progresivamente el calibre del tubo y al octavo día se retira definitivamente.

La paciente tiene actualmente 5 1/2 años de operada y se encuentra muy bien, respirando en forma normal y una Broncoscopia de control mostró una tráquea completamente normal.

Nuestro Tercer caso es un paciente de nombre L. D., de sexo masculino, de raza negra, que ingresa al Hospital Universitario, Historia No. 17-31-34 Servicio de Medicina 2 y es trasladado a Terapia Intensiva con fecha 15-7-70 con el diagnóstico de Cetoacidosis diabética. Bronconeumonía de aspiración (Neumonitis química), Hipoxemia, Uremia extrarenal y Cardiopatía Isquémica.

El 16-7-70 se le practicó Traqueostomía de urgencia colocándose un tubo plástico tipo Portex No. 9 de un solo balón y se conectó a un respirador de Engstrom.

El paciente evolucionó bien recuperándose progresivamente y el 27-8-70 pasó a su Servicio con un tubo de traqueostomía corriente. Este paciente presentó posteriormente una fístula traqueoesofágica que cedió con tratamiento médico con intubación con una sonda de Levine.

El paciente fue dado de alta el 11 de Septiembre de 1970 para reingresar el 19-9-70 con un cuadro de marcada dificultad respiratoria y reaparición de su fístula traqueo-esofágica.

Se le practicó intubación por vía nasotraqueal pasándose un tubo No. 30 y se pasó una sonda de Levine No. 16.

El 20-9-70 se le practicó Broncoscopia encontrándose una tráquea muy enrojecida con tejido de granulación en su cara posterior, no se pudo ver la zona de estenosis pues el tubo nasotraqueal la había dilatado. Se retiró el tubo nasotraqueal dejándose el Levine. A los 9 días después de este estudio reaparecieron los síntomas respiratorios y el 30-9-70 fue necesario operarlo.

Se le practicó incisión de Kocher, disección de ambos recurrentes y se reabrió la vieja traqueostomía, a través de ésta se le practicó una Broncoscopia localizándose la estenosis a 2 cms. por debajo del borde inferior de la previa traqueostomía.

Se disecan ambos recurrentes y se separan hacia los lados, preservándose cuidadosamente. De inmediato se moviliza la tráquea desde el cricoides hasta el 8º anillo y se libera también el esófago en esta misma extensión, este tiempo es laborioso por las adherencias pero no se encuentra el orificio fistuloso.

Se reseca la zona estenótica que mide en altura aproximadamente 1,5 cms. y se reanastomosa la tráquea cabo a cabo mediante múltiples suturas de hilo de acero tipo Surgaloy 4-0.

Se hace una Traqueostomía por encima de la anastomosis y se deja un tubo No. 6.

La tráquea a nivel de la estenosis medía aproximadamente 2,5 cms. y el anillo fibroso medía 1,5 cms. de espesor (Fig. No. 6) es decir que la luz era de apenas 0,5 a 1 cm.

Este paciente presentó además de la estenosis otra complicación de la intubación prolongada: la fístula Esófago-traqueal. Esta complicación es mucho menos frecuente que la estenosis así, en los 22 casos de estenosis de Cooper y Grillo (2 y 3), sólo hay 3 fístulas traqueo-esofágicas.

Esta lesión fistulosa puede cicatrizar espontáneamente como fue el caso en nuestro paciente, siempre y cuando, se suspenda toda alimentación por vía oral por un tiempo más o menos prolongado.

DISCUSION

El uso prolongado de un balón que comprime la tráquea en un mismo sitio produce como es de esperarse, una inflamación aguda de la mucosa traqueal, seguida de hemorragias y formación de fibrina, estos cambios aparecen precozmente.

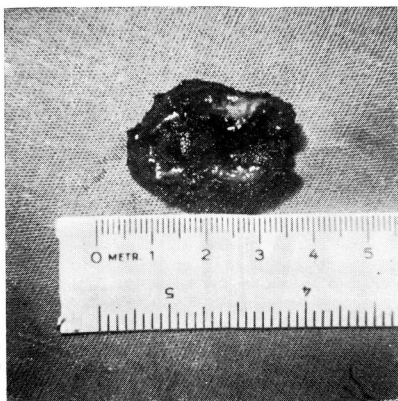


Figura No. 6

Posteriormente aparecen ulceraciones microscópicas que pasan eventualmente a ulceraciones macroscópicas grandes que dejan al descubierto los cartílagos traqueales, estos cartílagos expuestos se infectan secundariamente, se fragmentan y llegan a desaparecer completamente. Luego aparece tejido de granulación el cual al madurar produce fibrosis que eventualmente conduce a la estenosis, la cual puede ser más o menos severa.

En la experiencia de Cooper y Grillo (2 y 3) ellos encontraron que todas las tráqueas que habían sido intubadas con manguito por más de 48 horas sufrían un daño más o menos severo de acuerdo con el tiempo de intubación.

El daño era independiente del cuidado administrado al paciente ya que aún en aquellos en que el balón se desinfla cada hora, hay daños severos si la intubación es de 7 días.

Watts (4), en 6 pacientes intubados con el tubo de James encontró: dos con ulceraciones extensas a nivel de la pared anterior y posterior de la tráquea en la zona donde el balón se encontraba en contacto con la tráquea. Otro tenía una estenosis severa y el paciente está con su traqueostomía y requiere dilataciones repetidas. Los otros pacientes desarrollaron ulceraciones y estenosis severas de la tráquea.

En nuestros casos además de la estrechez formada a nivel de la zona del manguito había otra estrechez a nivel de la zona de la traqueostomía misma, ésta era esencialmente debida a dos causas: una traqueomalacia debida a la pérdida de la regidez de los cartílagos y 2º a tejido de granulación creciendo dentro de la misma luz traqueal.

Esta misma ha sido la experiencia de Pearson et al. (5), quienes en 25 casos de estrecheces traqueales en pacientes tratados con respiración asistida con tubos con manguitos, encontraron: 18 estenosis a nivel del estoma traqueal y 7 a nivel del manguito.

Las estenosis a nivel de la tráquea eran debidas a pérdida del cartilago anterior y lateral y en 2 de los casos había además reblandecimiento marcado.

Las 7 estrecheces eran debido a la presión del manguito y a la necrosis subsiguiente.

Creemos que el tratamiento de esta complicación debe ser mediante la extirpación de la lesión estenosante y reanastomosis, ya que, este procedimiento soluciona definitivamente el problema quedando el enfermo completamente normal.

Nuestros pacientes se encontraban bien por 48 a 72 horas después de retirarles los tubos de traqueostomía que producían evidentemente un efecto dilatador. Después de corregida la traqueomalacia la paciente comenzó de nuevo a tener problemas a los 8 días, ya que, al cerrar la herida no se había dejado un tubo que actuara como elemento dilatador, reapareciendo el anillo estenosante a los pocos días. Esto mismo sucedió en nuestro tercer caso.

Sin embargo, Johnston y col. (6), propugnan una terapia conservadora y presentan 12 casos tratados. En 3 de ellos usaron dilataciones, en 4 colocaron un tubo de Portex a través de la estrechez con buenos resultados en tres de los casos, en los otros los resultados han sido mediocres y los pacientes requirieron dilataciones repetidas.

Mathey y col. (7), tienen 20 casos de resecciones traqueales: 11 limitados a la tráquea, 9 en que englobaban tanto la tráquea como los bronquios, 17 de ellos fueron por tumores y 3 por estrecheces post-traqueostomía. Sus resultados fueron excelentes y sólo un paciente murió por disrupción de las suturas.

Si la resección es muy extensa como puede ser en el caso de una lesión maligna, la tráquea cervical se puede reemplazar por una prótesis.

Kramish y Morfit (8), reportan 2 casos en los cuales ellos reemplazan la tráquea por un segmento de Teflón, rodeado de Marlex, obteniendo un excelente resultado.

Graziano y col. (9), presentan 21 casos de resección de tráquea y algunos de ellos con resección de la carina, sustituyendo estos segmentos con injertos de Polydimethyl Siloxane (Silastic) recubiertos de Dacrón, estos autores reportan excelentes resultados con este material, ya que, utilizando otros plásticos los resultados han sido mediocres.

No hemos tenido oportunidad de usar ninguno de estos materiales pero es bueno disponer de ellos para usarlos en caso necesario.

S U M A R I O.

Se presentan tres casos de resección de tráquea con reanastomosis primaria.

Uno de los casos: una resección extensa debido a la invasión de la tráquea por un Carcinoma del Tiroides, tiene 10 años de operado y se encuentra libre de enfermedad y respirando muy bien.

El autor considera que este procedimiento es muy importante en la cirugía oncológica, ya que, le evita al paciente una traqueostomía permanente y una posible laringectomía innecesaria.

Los otros dos casos presentados son una complicación de la traqueostomía con fines de ventilación en circuito cerrado con tubos de manguitos.

Creemos muy importante hacer resaltar la posibilidad de esta complicación, la cual por lo demás se hará cada vez más frecuente a medida que se use más y más este método de tratamiento, cuyas virtudes por lo demás son innegables.

Así mismo, es importante conocer la posibilidad de que existan dos zonas de estenosis: una en el sitio de la traqueostomía y otra en la zona de compresión del manguito.

El autor describe el procedimiento operatorio para el tratamiento de ambas estenosis, y se hace hincapié en la posibilidad de la formación de fístulas traqueo-esofágicas, como sucedió en nuestro tercer caso.

S U M M A R Y.

The author presents three cases of primary resection and reanastomosis of the cervical and mediastinal trachea.

One of the cases is an extensive resection, that was necessary to carry out because of invasion of the trachea by a Follicular Carcinoma of the Thyroid.

This patient was operated more than 10 years ago and is free of disease and with a normal respiratory exchange.

The author believes this is an important procedure in cancer surgery of the thyroid, because it avoids the unnecessary tracheostomy and possibly Laryngectomy.

The other two cases are a complication of closed circuit Tracheostomy for assisted respiration, in which a cuffed tube is used.

It is important to emphasize on this complication which will become more and more frequent, as more and more cases are treated with assisted ventilation.

It is also important to know the possibilities of two zones of stenosis: one at the level of the tracheostomy proper, and a second one at the level of trauma produced by the inflated cuff of the tracheostomy tube.

The author describes the operative treatment for both areas.

The possibility of an Esophago-tracheal fistula is also pointed out, as it happened in our third case.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Márquez R. Armando. Surgical Treatment of Post-thyroidectomy Tracheomalacia. Arch. Otolaring. 81: 608, 1965.
- 2.—Cooper J. D., Grillo H. C. The evolution of Tracheal injury due to ventilatory assistance through cuffed tubes: A Pathologic study. Ann. Surg. 169: 334, 1970.
- 3.—Grillo H. C., Dignan E. F., Miura T. Extensive resection and reconstruction of mediastinal Trachea without Prosthesis or Graft. J. Thoracic Surg. 4: 1, 1967.
- 4.—Watts J. Mc. K. Tracheostomy in modern practice. Brit. J. Surg. 50: 954, 1963.

- 5.—Pearson F. G., Goldberg M., Da Silva A. J. Tracheal stenosis complicating Tracheostomy with cuffed tubes: Clinical Experience and observation from a Prospectiv study. Arch. Surg. 97: 380, 1968.
- 6.—Johnston J. B., Wright J. S., Hercus V. Tracheal stenosis following Tracheostomy: Conservative approach to treatment. J. Thoracic and Cardiovas Surg. 53: 206, 1967.
- 7.—Mathey J., Binet J. P., Galey J. JL., Evrard C., Lemoine G. And Denis B. Tracheal and Tracheobronchial Resections: Technic and results in 20 cases. J. Thoracic and Cardio-vasc. Surg. 51: 1, 1966.
- 8.—Kramish D., Morfit H. M. Use of Teflon Prosthesis to bridge complete sleeve defects in the human trachea. Am. J. Surg. 106: 704, 1963.
- 9.—Graziano J. L., Spinazzola A., Neville W. E. Prosthetic Replacement of Tracheal Carina. Ann. Thoracic. Surg. 4: 1, 1967.



ITURBE HNOS. C.A.

Instrumentos, Aparatos
y Mobiliario

para Médicos,
Clínicas y Hospitales

PASEO DE LOS ILUSTRES - EDIF. RADS - LOCAL "B"
Frente a la Universidad - Los Chaguaramos
TELEFONOS: 61.59.31 - 61.93.08
CARACAS - VENEZUELA

Aspectos Biofísicos de la Reoencefalografía y del Comportamiento del Tejido Sanguíneo *

Dr. Abraham Krivoy O.**

INTRODUCCION

La importancia que en clínica viene adquiriendo la reoencefalografía, obliga a un mejor conocimiento de las bases en las cuales se fundamenta el método. Por mencionar, entre otras indicaciones, las más genéricas del uso del reoencefalógrafo enumeraremos las siguientes:

- 1.—Diagnóstico de insuficiencias y trombosis cerebrales.
- 2.—En la insuficiencia y trombosis carotídeas.
- 3.—En las patologías extrínsecas e intrínsecas de las arterias vertebrales.
- 4.—Diagnóstico precoz y evolución de las arterioesclerosis cerebrales.
5. Estudios dinámicos de la participación vascular en enfermedades genéricas: diabetes, lupus, hipertensión arterial, peri-arteritis nudosa, etc.
- 6.—Estudios dinámicos de cefaleas vasculares y jaquecas.
- 7.—Estudio de potencial vasoreactivo cerebral bajo la influencia de la nitroglicerina o bien inhalada o sublingual, el Isordil, la hiperventilación, a la saturación de oxígeno, al aumento de tensión del CO₂, a los cambios posturales, a las compresiones carotídeas.
- 8.—Monitorización del paciente bajo anestesia, en unidades de cuidados intensivos, intervenciones de larga duración, combinación con registros poligráficos múltiples.
- 9.—Modificaciones vasculares en la hipertensión endocraneana, aneurismas arteriovenosos.
- 10.—Evaluación farmacológica de drogas vasoactivas.

* Trabajo leído en la Reunión Ordinaria de la Sociedad Venezolana de Neurocirugía. Martes 25 de Junio de 1974. Salón "B", Colegio Médico del Distrito Federal, Caracas.

** Miembro del Departamento de Cirugía, Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

11.—Estudio profiláctico de las personas después de 53 años, para el manejo de automóviles, aviones y otras responsabilidades.

El comportamiento del tejido encefálico, bajo influencia de la corriente eléctrica de ciertas características, así como las modificaciones que se producen por el pasaje de la sangre del encéfalo a través del campo eléctrico mencionado, los valores de la impedancia y la conductancia, así como ciertas características biofísicas de la sangre serán desarrolladas en las subsiguientes líneas.

I M P E D A N C I A:

Dicho nombre deriva de la interpretación del fenómeno físico de impedir el paso de la corriente.

Si se recuerda el experimento de colocar en serie una bobina o bien con una lámpara o con un amperímetro térmico (ver fig. 1), al ir introduciendo un núcleo de hierro dentro del núcleo de la bobina, la lámpara se va apagando o el amperímetro va disminuyendo su valor e incluso se llega a anular, si la frecuencia es alta y el núcleo de hierro es grande.

El efecto de la impedancia se mide en ohmios por ser similares a una resistencia. En rigor, el efecto que produce el intercalar una bobina en un circuito, sin tomar en cuenta el valor de la resistencia del devanado, se llama **reactancia**, si a ésta le añadimos el de la resistencia del alambre de la bobina, se obtiene la impedancia.

La reactancia se representa por la letra X y se determina así:

$$X = 6.2832 \times f \times L.$$

f = frecuencia

L = inductancia de la bobina en henrios, de tal modo, por ejemplo que si una bobina de 100 microhenrios (0,000.100 H.) se coloca en un circuito cuya frecuencia es de 1.000.000 de ciclos por segundo, la reactancia será igual a 628,32 ohmios.

Conocida la reactancia X, la impedancia Z se determina así:

$$Z = \sqrt{X^2 + R^2}$$

de modo que si se desea conocer la impedancia del circuito anterior, sabiendo que el devanado tiene 100 ohmios

$$Z = \sqrt{628,32^2 + 100^2} = \sqrt{404760} = 636 \text{ ohmios}$$

donde el valor de la impedancia es casi el mismo que la reactancia.

FRECUENCIAS USADAS:

Se conoce que las altas frecuencias penetran los tejidos más fácilmente que las bajas frecuencias usando una conducción iónica y son capaces de producir calor en dichos tejidos si la densidad de la corriente es alta.

En relación a los conductores metálicos homogéneos, se ha probado que cuando se utiliza una corriente de alta frecuencia, dicha corriente tiende a viajar por la periferia del conductor, produciendo el llamado "efecto de piel".

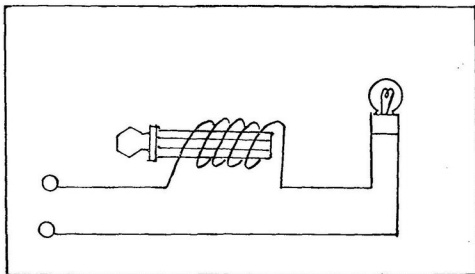


Fig. 1 - Circuito de una lámpara eléctrica con una bobina en serie de no menos 500 espiras. Para demostrar el efecto de la impedancia, se introduce las láminas de hierro dentro del núcleo de la bobina. Se observará la disminución gradual de la luz en proporción a la penetración de las láminas de hierro, que impide el paso de la corriente de altas frecuencias.

En los conductores iónicos biológicos, las corrientes de alta frecuencia se distribuyen uniformemente en la medida que dicha frecuencia aumenta hasta un determinado límite.

Se ha probado que la resistencia eléctrica del cerebro es mucho menor que la resistencia que presenta el cráneo y el cuero cabelludo, por lo que el llamado "efecto de la piel" no se ha probado en tal tipo de composición tan heterogénea como es la cabeza.

En la utilización de un puente de Wheatstone modificado tipo puente Schering (7) permite observar que las frecuencias alrededor de 20 mHz, la impedancia entre los dos electrodos cefálicos, es alrededor de 20 ohmios; con variaciones mayores de la frecuencia, la impedancia aumenta hasta 32Mc. para luego disminuir y de nuevo aumentar, según la frecuencia.

Por encima de 1 mHz no existe una dependencia apreciable de la frecuencia, pero por encima de ella, la reoconductancia disminuye (6).

Cuando se trabaja con señales de radiofrecuencia no hay problema de polarización de los electrodos, por lo que el material con el cual se construye éstos, no requiere especiales exigencias. Igualmente, con frecuencia por encima de 20 mHz el tamaño de los electrodos no es un factor crítico.

CONDUCTANCIA:

Cuando se conectan 2 o más resistencias eléctricas en paralelo, habrá más facilidad al paso de corriente a través de ellas, que si se colocaran en serie; ésto se hace más comprensible si usamos el símil hidráulico, es decir, pasará más litros de líquido por unidad de tiempo, por varias cañerías en paralelo que por una

sola; luego, esa facilidad del pasaje de la corriente, que es lo contrario de la resistencia, se llama conductancia y es igual a la suma de la inversa de las resistencias.

$$\text{CONDUCTANCIA} = \frac{1}{R_1} + \frac{1}{R_2} + \frac{1}{R_3} \text{ etc.}$$

En las resistencias en serie, el resultado total en ohmios será igual a la suma de ellas y la intensidad es la misma en todas ellas, mientras que en paralelo, dicha intensidad se comporta inversamente proporcional a la resistencia dada (ver fig. 2 y 3).

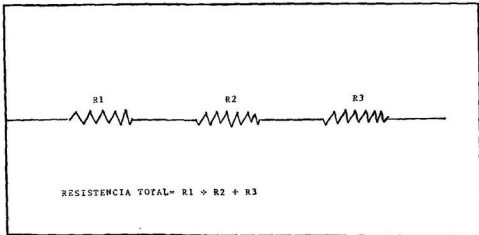


Fig. 2 - Representación esquemática de 3 resistencias en serie y el total de ohmios que se logra cuando existe esta disposición.

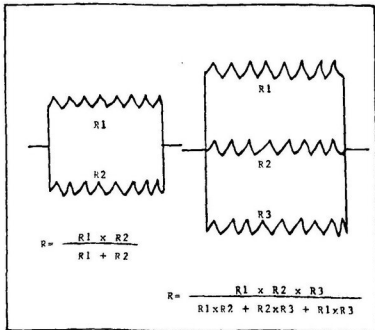


Fig. 3 - Resistencia en paralelo y valores de la resistencia resultante.

Se entiende por conductancia reográfica los cambios eléctricos de la conductancia causados por los movimientos de la sangre (3). Dado que los cambios de la conductancia dependen de la velocidad de la sangre, es posible registrar los cambios de la velocidad del flujo sanguíneo global.

El tiempo de circulación puede ser medido de una manera similar al método que utiliza los isótopos radioactivos.

Se conoce bien que la conductancia de la sangre es mayor que la de los tejidos circundantes.

Como casi todos los órganos de la economía están irrigados por los capilares sanguíneos, su resistencia eléctrica dependerá de su flujo sanguíneo; a la inversa, los órganos exangües o anémicos poseen las más altas resistencias eléctricas.

COMPORTAMIENTO BIOFISICO DE LA SANGRE EN RELACION A LA REOGRAFIA:

La reografía es un método de medida de la resistencia o impedancia. Hoy se conoce que con este método del proceso de la pulsación, no solo el efecto pletismográfico o volumétrico es el responsable de la formación de la curva, sino que dicha curva involucra también la composición de la sangre y su velocidad.

Resumiendo, hay tres factores, hasta este momento incriminados en la formación de la curva reográfica, a saber:

- 1.—El efecto pletismográfico o volumétrico de la sangre, mediante la dilatación o latido vascular.
- 2.—La composición de la sangre.
- 3.—La velocidad de la sangre.

Se sabe que con sangre fresca, se produce diferencia de conductancia según que la sangre se encuentra en reposo o en movimiento. A este cambio de conductancia se le llamó reoconductancia (3) y se probó que dependía del número de glóbulos rojos por unidad de volumen y de la velocidad del flujo sanguíneo.

Los cambios de la conductancia no indican la dirección de la corriente sanguínea (3).

Se conoce que la sangre con los eritrocitos destruidos, no produce la reoconductancia, por lo que los eritrocitos actúan como partículas biológicas produciendo un comportamiento en la sangre como un conductor electrolítico.

Si los glóbulos rojos actúan como esferas iónicas se puede aplicar la ley de Stoke (1) en relación a la fricción de las esferas en fluidos viscosos, donde la resistencia de la fricción es proporcional a la velocidad. Por otro lado la viscosidad de todos los solventes disminuyen con el aumento de la temperatura. Debe agregarse que la carga electrostática del ión de por sí, tiene una acción adherente en la solución molecular.

La ley de Ohm es aplicable a la conducción electrolítica, con la pequeña salvedad de que la conductividad es independiente de la intensidad del campo a temperatura constante; o sea, que esta conductividad está relacionada con el transporte de los solutos iónicos; donde la cantidad de electricidad es transportada por la carga eléctrica del ión.

En un experimento de un tubo rígido con membranas elásticas en sus extremos y sangre fresca en su interior, la máxima velocidad se obtiene en el centro del tubo, disminuyendo a medida que se acerca a la pared y llegando a cero en el contacto con la pared. El eritrocito se comporta como una partícula electrolítica de gran tamaño y su superficie es de 163 micrones cuadrados, que hace de la sangre un comportamiento particular en lo que a conductancia se refiere en relación a otras soluciones electrolíticas típicas. La organización estructural de la sangre se semeja a una arquitectura cristalina en enrejado, donde el glóbulo rojo es rodeado por una atmósfera de carga contraria. Dicha estructura se rompe cuando alguna fuerza de desplazamiento se produce en su seno. Esta fuerza produce un cambio en la movilidad y por ende, en la conductancia. (6)

Se ha probado que a mayor cantidad de eritrocito mayor es el cambio en la conductancia, la cual depende de la velocidad, lo que significa que a mayor densidad eritrocítica, mayor es la ruptura de la casi cristalina arquitectura del enrejado iónico de la sangre.

La descripción de la curva de la conductancia en un movimiento individual de los glóbulos rojos es como sigue: un ascenso rápido, empinado al comienzo, luego una meseta o línea plana, mientras la velocidad del desplazamiento es constante y luego un comienzo del descenso brusco seguido de un descenso muy lento al valor inicial, el cual corresponde al tiempo que toman los iones en la reorganización del estado de equilibrio previo.

La sangre es un tejido complejo donde sus componentes se hallan separados unos de otros por una superficie marginal por lo que desde el punto de vista físico-químico la sangre constituye un sistema y sus componentes integrantes individualmente se denominan fases. Estas fases son diferentes en su composición por lo que la sangre constituye un sistema heterogéneo.

La superficie marginal de dichas fases poseen un potencial que explicaría el fenómeno de cataforesis.

Desde el punto de vista funcional, los componentes sanguíneos a considerar son:

- a - glóbulos rojos
- b - glóbulos blancos
- c - plaquetas
- d - los constituyen del plasmas.

En la Tabla I puede observarse el alto contenido de Potasio en los eritrocitos en relación al Sodio, situación inversa al contenido plasmático. La gravedad específica de los glóbulos rojos varía entre 1090 a 1105 contra la del plasma que oscila entre 1025 a 1029.

La constitución de las membranas celulares eritrocíticas se supone formada por dos fases lipídicas y una protética. La carga superficial eritrocítica, de polaridad negativa, constituye el factor más importante en cuanto al mantenimiento de la suspensión estable de ellas en el plasma.

TABLA I
COMPOSICION DE LOS GLOBULOS ROJOS Y DEL
PLASMA SANGUINEO

	grs./lt.	
	Glóbulos rojos	Plasma sanguíneo
Agua	639	910
Sólidos	361	90
Hemoglobina	340	—
Proteínas	40	75
Colesterol	1,7	1,6
Lecitina	4,0	1,9
Glucosa	1,1	1,0
Sodio	0,5	3,2
Potaslo	3,6	0,2
Calcio	—	0,1
Magnesio	0,04	0,02
Cloruros	1,9	3,4
Bicarbonato	2,1	1,6
Sulfato	0,05	0,016
Fosfato inorgánico	0,70	0,037

El intercambio iónico según Mayr (5) a través de la membrana eritrocítica tienen un requerimiento energético de 8,45 K. cal. por hora y por 1.000 cc. de eritrocitos. La actividad biológica de la membrana eritrocítica está supeditada a la vida media de dicho elemento figurando que se considera alrededor de 120 días. A pesar de la carga eléctrica negativa de la membrana eritrocítica, dicha membrana presenta la particularidad de ser permeable a los aniones como los cloruros, que pueden acumularse en la célula.

Se ha probado experimentalmente, que los leucocitos y los trombocitos no poseen actividad reográfica conductiva a pesar de su alta actividad metabólica, pero de una vida media muy corta.

Experimentalmente se ha probado de que no existe ninguna alteración de conducción reográfica cuando se utiliza el plasma sanguíneo solo o cuando se utilizan soluciones electrolíticas o substitutos de sangre exclusivamente, o suero sanguíneo, ni sangre hemolizada, ni suspensiones de diferentes composiciones. Lo

anterior permite concluir que la compleja composición del plasma en relación a los eritrocitos es de particular importancia desde el punto de vista reográfico ya que su interrelación, particularmente en medio iónico, el sistema buffer y la viscosidad, juegan papel notable.

En experimentos reográficos realizados con corrientes muy bajas, la movilidad electroforética del glóbulo rojo en un medio buffer adecuado es perfectamente mensurable. Su carga negativa establecida en 0,00734 unidades electrostáticas migran al polo positivo.

Ha quedado demostrado experimentalmente (3) que la conducción reográfica disminuye en la sangre alterada y desaparece en la sangre hemolizada. Igualmente, la solución de hemoglobina, en los experimentos con tubos rígidos no muestran ningún cambio de la conducción reográfica. Todo lo anterior permite inferir que los valores de conducción reográfica tienen como requisito la presencia de los eritrocitos con su correspondiente potencial de membrana, y que estos eritrocitos se hallen en condiciones normales desde el punto de vista funcional. Igualmente se ha demostrado la relación directa entre la cantidad de eritrocitos y el valor de la conducción reográfica que exterioriza el proceso de tipo circulatorio registrado por el examinador.

Experimentalmente está demostrado (3) que el valor de la conducción reográfica llega a su máximo, dentro de los promedios de baja velocidad, como ocurre con las bajas velocidades del flujo sanguíneo en condiciones biológicas normales. El valor de la conducción disminuye en la medida que la velocidad promedio del flujo aumenta. El valor de la conducción reográfica se mantiene absolutamente paralelo cuando la velocidad del flujo se mantiene uniforme. Recordar que los valores al comienzo del cambio del flujo son inmediatos y que cuando el flujo cesa, dichos valores caen más lentamente que la modificación de comienzo y que dicho retardo en la parte final de la inscripción a la línea basal de la impedancia depende de la velocidad que la sangre tenía previamente a su detención. En el experimento de Lechner la dependencia del valor de la conducción reográfica respecto a la frecuencia aplicada al campo del experimento no muestra diferencias hasta 1,5 mHz. Para frecuencias más elevadas el valor de la conducción reográfica comienza a disminuir continuamente.

La comprobación del factor volumétrico fue demostrado por Geyer en sus experimentos realizados a tal fin: tomó un segmento de carótida como parte de un tubo en U, todo lo cual estaba inmerso en un vaso en una solución y donde existía una cámara de expansión volumétrica con una llave que se puede abrir y cerrar a voluntad.

Los electrodos se aplicaron en forma circular a la parte rígida del tubo (ver fig. 4).

En un primer tiempo, para que la carótida no se expandiera, la cámara de expansión volumétrica se mantuvo cerrada y se pasó sangre fresca por el tubo en U, con una frecuencia similar al pulso y el aparato registraba adecuadamente la conductividad reográfica, si se pasaba sangre vieja o hemolizada, no se producía ningún registro, como era lógico esperar.

En un segundo tiempo, se abrió la cámara de expansión volumétrica, y el reografo realizaba su trabajo de registro adecuado con sangre fresca o cualquier

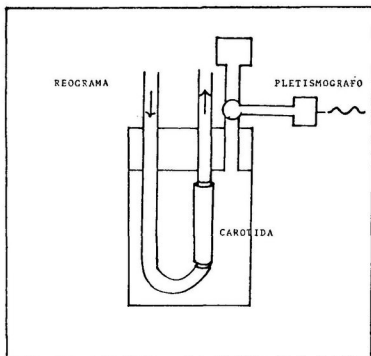


Fig. 4 - Diseño experimental para la comprobación del efecto volumétrico o pletismográfico en la formación de la curva reoencefalográfica habitual. Una rama del tubo en U ha sido substituido por un fragmento de carótida.

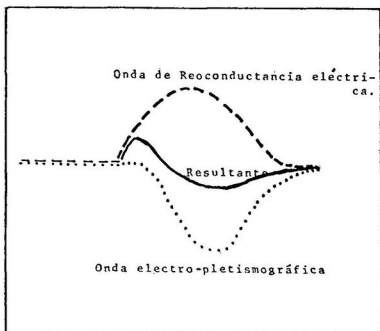


Fig. 5 - Factores que intervienen en la composición de la onda reográfica clásica.

otro líquido, sangre vieja, sangre hemolizada, plasma, siempre y cuando el valor de conducción del líquido periférico no fuera nunca igual al perfundido, ya que de así suceder, no se produciría ningún registro. Esta segunda parte del experimento habla del componente volumétrico o pletismográfico de la reografía.

En resumen existe en la onda reográfica dos componentes bien definidos.

- 1.—Un componente debido a factores de conductancia eléctrica pura.
- 2.—Un factor dependiente del efecto electropletismográfico.

De tal forma que la curva reográfica obtenida es una suma algebraica de las dos, como pudiera esquematizarse en la figura 5. Factores adicionales que integran la formación de estas curvas son motivo aún de intensos estudios y no existe aún una respuesta clara a esta posibilidad.

COMENTARIOS FINALES:

Debido al puesto que ocupa hoy en las estadísticas de morbilidad y mortalidad los accidentes cerebrovasculares se hace necesario buscar métodos que dentro de su inocuidad, revele la exactitud de datos que se solicitan en cuanto a circulación cerebral se refiere.

La reoencefalografía constituye una de las más valiosas contribuciones del diagnóstico funcional de la circulación cerebral mediante las variaciones de la impedancia eléctrica y su actual ubicación en la búsqueda de diagnósticos precoces dentro de la patología circulatoria encefálica, así como la verificación en la evolución y los efectos farmacológicos terapéuticos a las que se someta el paciente (3).

El conocimiento apropiado de las bases biofísicas en las que se fundamenta el método es un requisito indispensable para la buena interpretación de los gráficos de uso clínico (ver fig. .) así como también para el estímulo de nuevas investigaciones.

En nuestro país (3) se ha comenzado a utilizar el método y muchos de sus resultados se vienen cotejando con los otros métodos disponibles para el estudio de la circulación encefálica tales como la angiografía en primer lugar, así como la centigrafía dinámica, el E.E.G., oftalmodinamometría, equilibrio ácido básico en sangre y en L.C.R., etc.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Joos, G.: (1959), Lehrbuch der theoretischen Physik. Geest and Portig K. G., Leipzig.
- 2.—Krivoy, A.: Reoencefalografía. Trabajo presentado en la Sociedad Venezolana de Neurocirugía, en su reunión ordinaria del Martes 25 de Junio, 1974.
- 3.—Lechner, H.; Rodler, H. and Geyer, N. (1963), Theoretical aspects of the nature of the rheoencephalogram. In: Rheoencephalographic, Editors: F. Martin and H. Lechner, P. 19. Verlag der Wiener Medizinischen Akademie, Vienna.
- 4.—Lifshitz, K.: An investigation of electrode guarding and frequency effects in rheoencephalography. Proceedings of the Second International Symposium Graz, Austria, 19-22 April 1967 Excepta Medica Foundation 1969. Amsterdam, pág. 10-16.

- 5.—Mayr, F.: The Behaviour of blood in an electric field. Proceedings of the Second International Symposium Graz, Austria, 19-22 April 1967. Excerpta Medica Foundation 1969. Amsterdam.
- 6.—Rodler, H.: The physical principles of rheography. Proceedings of the Second International Symposium Graz, Austria, 19-22 April 1967. Excerpta Medica Foundation 1969. Amsterdam.
- 7.—Vaney, P.: New instrumental development. Proceedings of the Second International Symposium Graz, Austria, 19-22 April 1967. Excerpta Medica Foundation 1969. Amsterdam.
- 8.—Vransky, V. K., and Emanulov, I (1966): On the determination of the electrical impedance of human skin. Med. and Biol. Engineering, 4: 6 05.



Programa 40
G.E.O.

Asistencia técnica gratuita al servicio de Médicos, Arquitectos, Constructores, Administradores y demás profesionales que en una u otra forma estén involucrados en proyectos, construcción, financiamiento, dotación, instalación, mantenimiento y administración de establecimientos médico-asistenciales.

Gran parte de los servicios del Programa **G.E.O.-40** son completamente gratis, tales como:

ORGANIZACION y REGISTROS

REVISION de PROYECTOS

ESTUDIOS de DOTACIONES

SUMINISTRO de INFORMACION TECNICA

DIAGRAMACION de AMBIENTES

PLANOS de UBICACION y de INSTALACION, Etc.

INFORMACION COMPLEMENTARIA POR LOS

TELEFONOS: 55 80 71 al 75 y 55 27 04

COLIMODIO S. A.

FUNDADA EN 1933

EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD

HEPATOPATIA ALCOHOLICA

Presentación de un Caso *

Drs. José Besso (**)
Israel Montes de Oca (***)
José A. Suárez (****)

INTRODUCCION:

Desde hace mucho tiempo se conoce la relación entre alcohol y enfermedad hepática. Al igual se conocían las manifestaciones clínicas y el espectro morfológico terminal presente en el curso de una necropsia. Se sabía igualmente que ésto estaba vinculado a la ingesta, durante tiempo prolongado de grandes cantidades de alcohol. (1) En 1911, Mallory (2) asoció la presencia de cuerpos hialinos, dentro de los hepatocitos, con el efecto del etanol. Posteriormente, a consecuencia del progreso tecnológico se lograron precisar las alteraciones funcionales hepáticas, mediante pruebas de laboratorio; con el advenimiento de la biopsia hepática por punción se reconocieron las lesiones de este órgano en sus etapas iniciales y mediante la biopsia seriada se logró precisar la secuencia y evolución ulterior de éstas alteraciones histológicas en alcohólicos. En años recientes ha habido un notable progreso en el estudio de los mecanismos bioquímicos involucrados, lo cual ha permitido un mejor conocimiento de la patogenia de la lesión hepática inducida por el alcohol (3). Concomitantemente, la microscopia electrónica ha permitido detectar cambios ultraestructurales (4), y a su vez correlacionarlos con las alteraciones bioquímicas. Queda aún por explicarse el hecho de que el alcohol produce daño hepático irreversible solo en un porcentaje de los alcohólicos e igualmente se discute la utilidad de ciertas medidas terapéuticas independientemente del beneficio evidente de la abstinencia.

* Caso presentado en la reunión de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Agosto de 1975.

** Residente del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. (Jefe).

*** Miembro del Departamento de Medicina del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

**** Miembro del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

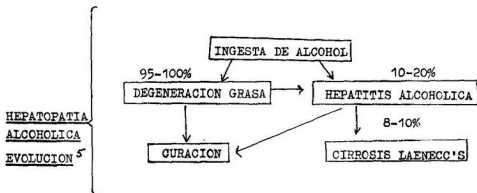
PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino A.R. de 57 años de edad, natural de Ciudad Bolívar que consultó por insomnio. Su enfermedad actual empieza desde hace 6 años aproximadamente cuando por problemas emocionales comienza a presentar insomnio, lo cual lo lleva a ingerir pequeñas cantidades de alcohol para poder conciliar el sueño. La ingesta de alcohol de esta manera fue aumentando progresivamente desde $\frac{1}{4}$ de botella de Whisky a 1 litro diario. El interrogatorio funcional reveló dolor en hipocondrio derecho ocasional, pérdida de peso de aproximadamente 8 Kgs. en el último mes, diéresis abundante, calambres, espasmo y temblor en ambas manos. En los antecedentes personales de importancia, nos encontramos con diverticulitis hace 2 años y medio, hipertensión arterial, antecedentes tabáquicos y alcohólicos acentuados y buena alimentación. El examen físico revelaba: P: 83/p.p.m. T.A. 190/120 m.m. Hg. R: 22/p.p.m. Peso: 70 Kgs. Talla: 1.60. Como signos positivos: Ictericia discreta, hepatomegalia, arañas vasculares, eritema palmar y pérdida del vello axilar; no había esplenomegalia, ni ascitis, ni edema en miembros inferiores. **El Laboratorio revelaba:** Glóbulos rojos 4.100.000, Hb. 12,28 grms %, Hto: 42%, Leucocitos: 5.000, Linfocitos: 40 Monocitos: 0 Sementados: 59 Eos. 1, V.S.G.: 1era hora 44 m.m. 2da hora 76 m.m., Índice 41 m.m. Glicemia: 93 mgs.% **Pruebas Hepáticas:** Bt 2,76 Bd 1,21 Bi 1,55 Tiempo de protrombina: 13 segundos. Act. de Protrombina: 71%. SGOT. 105 unidades. SGPT. 83 unidades Fosfatas alcalinas: 6 unidades Bodansky. Alfa feto proteínas (Inmunodifusión negativa): Fosfatas ácidas: 0.2. **Examen de Orina;** Proteinuria: ++ Pigmentos biliares: ++, estudio microscópico compatible con infección urinaria. **Estudio radiológico** de estómago y duodeno revelaba una gastroduodenitis. **Gammagrama Hepático:** positivo a la existencia de lesión parenquimatosa difusa en todo el órgano, moderada hepatomegalia. **E.C.G.** Rotación antihoraria y complejos de bajo voltaje. **Rx. de Tórax:** compatible con enfisema pulmonar. **Biopsia Hepática: Examen macroscópico:** Varios fragmentos de forma cilíndrica con longitudes variables desde 0.1 hasta 0.8 cms. y diámetros regular de 0.1 cms. Se incluye todo el material para estudio histológico. **Examen microscópico:** Los cortes histológicos presentaron fragmentos de parénquima hepática en el cual se encontraron áreas bien conservadas y otras con alteraciones severas. Las últimas consiste de fibrosis periportal con infiltrados leucocitarios principalmente células mononucleares. En el parénquima lobulillar también se encontraron alteraciones degenerativas variables, algunas células con necrosis y corpúsculos de Mallory. También se observó discreta metamorfosis grasa. En algunos fragmentos se encontraron infiltrados leucocitarios con algunos polimorfonucleares en el parénquima lobulillar. **Diagnóstico:** HEPATITIS ALCOHOLICA. FIBROSIS PORTAL MODERADA. Figs. 1 y 2.

DISCUSION:

El término hepatopatía alcohólica (5) encierra en su significación, las diferentes etapas de alteración producidas en el parénquima hepático por el alcohol. Esto incluye desde la degeneración grasa, hasta la cirrosis pasando por la forma de hepatitis alcohólica. Se estima que la cirrosis se desarrolla solamente en un 10% aproximadamente de los alcohólicos en los Estados Unidos, y que puede alcanzar un 25% en otras partes del mundo. Se trata de explicar que esta susceptibilidad

limitada de los alcohólicos a desarrollar la cirrosis es debida a factores múltiples de tipo genético, ambientales y nutricionales; sin embargo ninguno de estos factores sólo o en combinación han podido demostrar en forma regular predisponer al alcohólico para desarrollar la cirrosis (5). Se cree que el factor genético podría estar relacionado con la deficiencia de una enzima que es la dehidrogenasa alcohólica (6). Una de las preguntas que confronta el médico es, qué cantidad de alcohol y durante cuanto tiempo de consumo sería necesario para que el paciente desarrolle síntomas y signos de hepatitis alcohólica o cirrosis. Se ha sugerido de que un individuo debe ingerir 240 c.c de whisky diario por un tiempo de 5 a 10 años para desarrollar una hepatitis alcohólica o cirrosis (6). Sin embargo hay que recordar que esto va a depender también de la predisposición del paciente a desarrollar la enfermedad y del tipo de alcohol que ingiera.



Para el médico la detección precoz del paciente alcohólico muchas veces se dificulta por que el paciente, no acusa ninguna sintomatología consecuente del alcohol; muchas veces la atención del médico está dirigida sobre la sintomatología que acusa el paciente, y el médico dirige la historia médica hacia ella. Millones de pacientes alcohólicos en etapas tempranas de su enfermedad visitan a los médicos por otras razones, y el alcoholismo en su fase temprana no va ser diagnosticada porque el médico ha estado prestando más atención a la sintomatología del paciente; por esto la importancia de hacer una historia médica muy cuidadosa y detallada. Tal es el caso que presentamos lo cual debido a los antecedentes alcohólicos importantes conduce a buscar en él todas las posibles complicaciones producidas por la ingesta excesiva del alcohol. Dentro de los factores predisponentes a la ingesta del alcohol nos encontramos con la ansiedad, la depresión, el miedo y otros factores de tipo genético, sociales y antropológicos (5). El patrón de comienzo puede ser brusco, habitual es decir en las noches solamente o en los fines de semana o progresivo como es el de nuestro paciente. La presencia en la historia de calambres y espasmos musculares nos hace sospechar la presencia de una miopatía alcohólica de tipo aguda descartando la crónica por la falta de atrofia muscular. En presencia de una miopatía alcohólica es frecuente hallar alteración de los valores enzimáticos de la CPK, SGOT y LDH. Es importante también recalcar que los pacientes con antecedentes alcohólicos son grandes fumadores, tal cual nuestro paciente. El examen físico reveló una hipertensión arterial severa y una hepatomegalia con signos de disfunción hepática demostrados por la presencia al examen físico de arañas vasculares, eritemas palmar, pérdida del vello axilar y por los exámenes de laboratorio que demostraron la presencia de hiperbilirrubinemia, aumento de la SGOT y SGPT, siendo estas últimas una ayuda

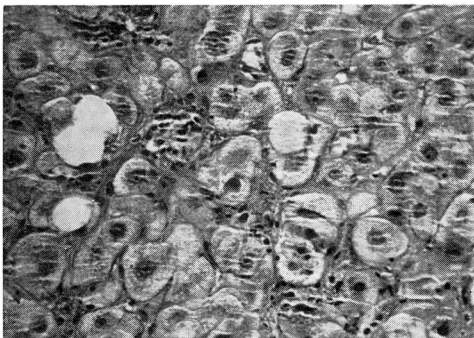


Fig. No. 1 - Esta microfotografía muestra alteraciones degenerativas del hepatocito de grado variable. En algunas áreas se aprecian infiltrados de leucocitos polimorfos nucleares. H.F. 400x.

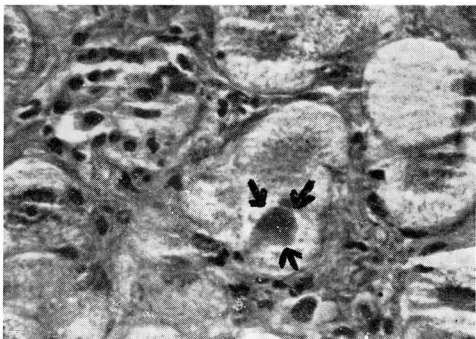


Fig. No. 2 - A mayor aumento se aprecia infiltrados leucocitarios y hepatocitos con necrosis y alteraciones degenerativas. En una de las células se aprecian corpúsculos hialinos de Mallory (obsérvese alrededor de las flechas).

para el diagnóstico de hepatopatía alcohólica sobre todo cuando es a predominio de la SGOT. Se hizo una determinación de alfa 1-feto-proteínas para descartar hepatoma. El estudio radiológico de estómago y duodeno revelaron la presencia de gastritis duodenitis, siendo esto de gran importancia ya que estos pacientes muchas veces se complican con hemorragias gastrointestinales; el gammagrama hepático fue positivo a la existencia de lesión parenquimatosa difusa en todo el órgano con hepatomegalia. Los hallazgos ECG y Rx. de tórax fueron compatibles con el diagnóstico de enfisema pulmonar. Posteriormente se procedió a practicar la biopsia hepática que fue interpretada por los hallazgos histopatológicos como una hepatitis alcohólica.

CONCLUSIÓN:

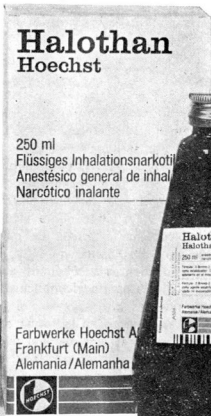
Todo paciente con antecedentes alcohólicos debe ser estudiado y descartarse enfermedad hepática inducida por el alcohol, ya que un diagnóstico y tratamiento precoz puede tener mayor efectividad en el sentido de evitar el desarrollo de la fase terminal de la hepatopatía alcohólica. El paciente con hepatopatía alcohólica tendrá manifestaciones diversas de acuerdo a la fase en que se encuentre, pudiendo ser en muchas otras oportunidades inespecíficas; otras veces el motivo de consulta es por un problema de otro origen como en el caso que presentamos, pero en vista de tener un antecedente alcohólico importante conduce a descartar una hepatopatía alcohólica a través de un examen clínico minucioso, exámenes complementarios y el diagnóstico definitivo por biopsia hepática. A todo paciente con historia de antecedentes alcohólicos acentuados con o sin hallazgos clínicos y de laboratorio de hepatopatía alcohólica debe practicársele una biopsia hepática. Podemos afirmar que las alteraciones del parénquima hepático producidas por el alcohol no residen solamente en la forma de cirrosis, sino que hay etapas premonitórias sobre las cuales el acto médico puede tener una mayor efectividad en el sentido de evitar el desarrollo de esa fase terminal. También hay que recordar que el efecto del alcohol no es solamente a nivel hepático, sino que afecta también a otros órganos, encontrándonos con cuadros de pancreatitis, lesiones en el sistema nervioso central, gastritis, miopatías, neuropatías periféricas, depresión de médulas óseas y cardiomiopatía.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Jattem, J. S., Grases, P. J., Montes de Oca, I., Flasz O. Hepatopatía Alcohólica: Estudio clínico patológico de 122 casos. *Hepatology*, 74. (Memorias del IV Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Hepatología). Pág. 271, Ed. Arte, Caracas Oct., 1974.
- 2.—Mallory, F. B. Cirrosis Of the Liver; five different types of lesions from which it may arise. *Bull Johns Hopkins Hop.* 22: 69, 1911.
- 3.—Lieber, Ch: Metabolic effects produced by alcohol in the liver and other tissues. *Ad Int Med.* XIV: 151, 1968.
- 4.—Kaswan, E: Estudio Electromicroscópico del hígado humano en la intoxicación alcohólica crónica. *Acta Médica Vzlna.* 22: 45, 1975.
- 5.—Ewing, J. A: How to help the chronic alcoholic, Publicación del Center for Alcohol studies, Univ. of North Carolina, Chapel, Hill, W. C.
- 6.—Lesesne, H: Fallow, H: Alcoholic Liver Disease. *Post-grad. Med.* 53: 101, 1973.
- 7.—Raymond B. J. M. D. William M. L: Medical complications of alcohol abuse, Summary, *Ama Washington Conference*, 1973.

mejor anestesia y
recuperación
más rápida
con

Halothan
Hoechst



**El anestésico de inhalación
mundialmente acreditado
para todas las edades.**

Extraordinaria estabilidad química.
No inflamable ni explosivo.
Inducción y recuperación rápida y suave.
Menor consumo de relajantes musculares.
No produce irritación de las mucosas.
Inhibe las secreciones bronquial, salival y gástrica.
Presentación: frasco con 250 cm³



Hoechst Remedía S. A.
Aptdo. 80222
Caracas

Utilidad de la Ultrasonografía en Obstetricia y Ginecología

La Junta Directiva del Centro Médico de Caracas cumple en informar a los médicos la utilidad de la ultrasonografía en Obstetricia y Ginecología, de acuerdo con lo expuesto por el Dr. Oscar Agüero, Coordinador de dicho Departamento.

"Con la puesta en pleno servicio del equipo de ultrasonidos vidosón en nuestro Hospital, nos permitimos exponer algunas consideraciones sobre las aplicaciones de la ultrasonografía en obstetricia.

En épocas precoces del embarazo y sus complicaciones, la ultrasonografía permite precisar diagnósticos con una rapidez hasta ahora no imaginable. A partir de la 6ª semana se puede medir el tamaño de la matriz y apreciar si su crecimiento ha sido normal. Igualmente se puede visualizar y medir la vesícula germinal y el desarrollo de la bolsa amniótica que a la 12ª semana tiene que llenar completamente la cavidad uterina.

En los casos que evolucionan hacia el aborto, se observará una desviación de los patrones fisiológicos. En el aborto incompleto no habrá crecimiento proporcional de la matriz. Se observarán restos placentarios, ausencia del embrión si éste fue expulsado o ausencia de movimientos y actividad cardíaca. Los movimientos del embrión ya se observan desde la 6ª semana y a partir de la 12ª semana se detectan los latidos cardíacos y se puede visualizar la cabeza.

En los casos de aborto incompleto los restos placentarios adheridos a la pared uterina continúan dando prueba de embarazo positivo o dudoso. La ultrasonografía permite establecer de inmediato el diagnóstico acortando sensiblemente los días de hospitalización.

La típica imagen en copo de nieve permite de inmediato el diagnóstico de mola.

Los embarazos múltiples pueden ser diagnosticados desde la 20va. semana siendo el diagnóstico más difícil en épocas avanzadas del embarazo porque la sección de la cintura pelviana puede ser confundida con una segunda cabeza.

Entre la 20va. y 30va. semana, la medición del diámetro biparietal permite establecer con seguridad la edad de gestación y la fecha del parto en los casos con historia menstrual patológica o sencillamente desconocida.

Más adelante la medición del diámetro biparietal permitirá el diagnóstico de embarazo a término y de deficiente crecimiento fetal en los casos de insuficiencia placentaria. La medición del diámetro biparietal permite establecer la época óptima de inducción en los casos en que está indicada la interrupción del embarazo por *patología materna o fetal*. En efecto un diámetro biparietal de 8,5 cm., garantiza un feto de por lo menos 2.000 gr. de peso.

La época entre la 20va. y 30va. semanas de embarazo es la más apropiada para la localización de la placenta y con ésto diagnosticar el origen de posibles sangramientos en el 3er. trimestre. La localización de la placenta permitirá evitar la punción accidental de ésta durante la amniocentesis hoy en día de indicación cada vez más frecuente.

El diagnóstico de muerte fetal se basará sobre la falta de vitalidad y por la presencia de un halo característico que aparece alrededor del cráneo (corona de santo). El signo de Spalding es común con la radiología.

En los casos de sensibilización Rh., se apreciará el aumento del espesor de la placenta y el dydrops fetalis.

El diagnóstico de hidrocéfalo y anencéfalo son comunes con la radiología.

Publicaciones recientes demuestran que por medio de los ultrasonidos es posible diagnosticar Hematomas que se hayan formado por sutura incompleta del segmento uterino así como cicatrices defectuosas post cesáreas.

En ginecología el Vidosón puede ser usado para diferenciar tumoraciones uterinas y quistes de ovario. También se han diagnosticado embarazos ectópicos, pero no hay duda que la utilidad fundamental de este aparato reside en las aplicaciones obstétricas antes descritas.

De todas las indicaciones, la que se refiere a la medición del diámetro biparietal es la más frecuente y constituye por ejemplo el 85% de las consultas en el servicio del Dr. Ian Donald en Glasgow. Aquí como en otros centros de Europa y Estados Unidos la medición del diámetro biparietal entre la 20va. y 30va. semana ha entrado en la rutina obstétrica". **Mario Zilianti.**



RESOLVEMUS SU PROBLEMA DE SEGUROS

LA COORDINADORA S. R. L.

Sociedad de Corretaje de Seguros
Inscrita en el Ministerio de Fomento bajo el No. 9

DIRECTORES EJECUTIVOS
Y
PERSONAL VENEZOLANO
EN
UNA EMPRESA VENEZOLANA
AL SERVICIO
DE
V E N E Z U E L A

**OFICINAS: Santa Capilla a Mijares
Edificio San Mauricio**

Teléfonos: 81-51-71 — 81-63-72

81-51-72 — 81-63-73

81-51-73

81-51-74

**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

TELEFONOS:

52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156

Contratista Responsable:

HERMANN PERGER

Dres. Armando Pérez Monteverde
Luis A. Ayala

- 1.- **LISOENZIMA SERICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN Y EN LA RECTOCOLITIS ULCEROSA** - Kenneth R. Falchuk, Joseph L. Perrotto and Kurt J. Isselbacher. N.E.J.M. 292:395, 1975.

Frecuentemente es difícil hacer un diagnóstico diferencial claro entre las diversas enfermedades inflamatorias crónicas del intestino especialmente entre las enfermedades de Crohn y la Rectocolitis Ulcerosa. Los autores concluyen que en esta diferenciación puede ayudar la medida de los niveles de Lisoenzima (Muramidasa) sérica, ya que ella se encuentra mucho más elevada en los casos de Crohn que en los de R.C.U., Enteritis inespecífica (bacteriana o no) y en los controles. La utilidad definitiva de este método diagnóstico necesita ser evaluada luego de estudiar un número mayor de pacientes.

- 2.- **COLANGIOGRAFIA CON COLESCISTOQUININA Y ANALISIS DE BILIS DUODENAL EN LA INVESTIGACION DEL CUADRO DOLOROSO DEL HIPOCONDRIO DERECHO SIN COLELITIASIS.** - Joel B. Freeman, William N. Cohen and Lawrence Den Besten.- S. G. O. 140:371, 1975.

Ocasionalmente se encuentran pacientes con sintomatología sugestiva de enfermedad de las vías biliares pero cuya colesistografía oral es normal. La evaluación fluoroscópica de la respuesta de la vesícula a una inyección de 75 unidades de colecistoquinina combinado con el estudio microscópico y bioquímico de la biliar "B" recogida en el duodeno, permitió a los autores identificar entre los 31 pacientes estudiados, 22 con anomalías ya sea de tipo neuromuscular (contracción disquinética, obstrucción funcional del cístico, falta de vaciamiento) o bioquímico (supersaturación, cristales).

Estos 22 pacientes fueron sometidos a colecistectomía obteniéndose eliminación total de los síntomas en 20 y mejoría marcada en dos.

- 3.- **PREDECTIVE IMPLICATIONS OF STRESS TESTING.** - Follow-up of 2700 subjects after Maximun Treamill Stress Testing. M.H. ELLESTAD & M.K.C. WAN (Long Beach, California) Circulation 51:363-369, 1975 (Febrero).

Se trató de predecir nuevos eventos coronarios de acuerdo al resultado de la Prueba de Esfuerzo Máxima en 2700 individuos seguidos por espacio de hasta nueve años.

Una prueba positiva (depresión del segmento ST de 1.5 mms. o más del punto

J, por más de 0,08 seg.) predijo un evento coronario (Angor progesivo, Infarto o muerte) en el 9,5% de los individuos por año.

En comparación con el 1,7% por año en los negativos. La incidencia de Infarto y muerte por separados también estuvo aumentada en los positivos. La incidencia de Infarto a los 4 años fue de 15% en los positivos comparado con el 1% en los negativos (3,5% por año comparado con 1/2% por año respectivamente).

Aparición de Isquemia más tempranamente durante la prueba, estuvo asociada a una mayor incidencia de eventos coronarios, Sexo, edad y grado de desnivel no tuvieron diferencias significativas. Una prueba Positiva en presencia de un Infarto previo duplica la incidencia de evento coronario (70% a los 4 años), comparado con una negativa, aún cuando es bastante alta en estos pacientes con infarto previo y prueba negativa.

4.- RENAL VASCULAR TONE IN ESSENTIAL AND SECONDARY HYPERTENSION:

Hemodynamic and Angiographic responses to Vasodilators.

N.K. Hollenberg, D.F. Adams, H. Solomon, W.R. Chenitz, B.M. Burger, H.L. Abrams y S.P. Merrill. (PBBH, Boston). *Medicine* 54:29-44, 1975. (Enero).

Se evaluó la respuesta vascular renal a dosis crecientes de vasodilatadores administrados directamente en la arteria renal (Acetil colina, Dopamina, Fentolamina), medida por las variaciones del Flujo Sanguíneo Renal y arteriografía Selectiva Renal, a fin de definir la contribución de cambios fijos o reversibles en el aumento de la Resistencia Vascular Renal en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial o Secundaria. En comparación con personas normales, el aumento del flujo sanguíneo producido por Acetil colina y Dopamina estaba marcadamente atenuado en pacientes con Nefroesclerosis marcada, Pielonefritis y Riñones Poliquísticos; estaba normal en el riñón contralateral de una estenosis significativa de la Arteria renal; y estaba potenciada en Hipertensión Arterial esencial leve o moderada. La Fentolamina aumentó el flujo sanguíneo en el 67% de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial leve o moderada. Los resultados sugieren una anomalía funcional importante (posiblemente mediado por el Sistema Simpático) en muchos pacientes con Hipertensión Arterial Esencial leve o moderada, y a la vez que las anomalías asociadas a Nefroesclerosis avanzada o enfermedades parenquimatosas renales, son mayormente fijas debido a lesiones orgánicas.

Desde el punto de vista terapéutico: Drogas como Diuréticos, de acción central y vasodilatadores en Hipertensos esenciales leves y moderados. En nefroesclerosis avanzada e Hipertensión Renal, Propranol más Diuréticos, serían el tratamiento más indicado.

5.- TRATAMIENTO CON HEPARINA: PRUEBA PROSPECTIVA CONTROLADA.

Salman, E.W. y Col: *New Eng. J. med.* 292:1046, 1975.

Entre un centenar de pacientes recibiendo Heparina a dosis terapéuticas, sangramiento intenso ocurrió en 21 y menor en 16. Dos pacientes murieron y dos presentaron embolismo pulmonar recurrente. Sangramiento masivo ocurrió en

21% cuando se reguló la terapia con tiempo de coagulación y en 20% cuando no se reguló con tiempo de coagulación.

En estudio prospectivo posterior los pacientes recibieron Heparina intravenosa intermitente o a infusión continua, con y sin control de laboratorio de acuerdo al tiempo parcial de tromboplastina. Tromboembolismo recurrente ocurrió una vez en cada grupo. Sangramiento masivo fue 7 veces más frecuente con inyecciones intermitentes que con infusión continua. Control con el TPT no evitó el sangramiento en aquellos pacientes tratados en forma intermitente.

La administración de Heparina en infusión continua es más segura y tan efectiva como la administración intermitente, para prevenir trombolismo.

6.- ELECTROCOAGULACION ENDOSCOPICA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR. INFORME PRELIMINAR. - Papp. JP: JAMA 230:1172, 1974.

La endoscopia digestiva superior de emergencia fue practicada en 7 pacientes con hemorragia activa. El sitio de la hemorragia fue localizado en todos los casos. Un electrodo coagulador flexible de succión fue pasado a través de un esofago-gastroscópico (Olimpus GIF) y la electrocoagulación de los sitios sangrantes hizo cesar la hemorragia. Las lesiones que se electrocoagularon fueron las siguientes: cuatro úlceras gástricas benignas, una úlcera duodenal, una área de gastritis hemorrágica y una várice gástrica. No se observó morbilidad ni mortalidad como resultado de la electrocoagulación. El paciente con la várice gástrica murió de hemorragia por ruptura de várices esofágicas. Los seis pacientes restantes fueron tratados médicamente. Esta nueva técnica puede ser, en un momento determinado, otro enfoque más en el tratamiento de la hemorragia digestiva superior.

7.- RESULTS OF RADICAL RESECTION FOR PERIAMPULLAR CANCER. - ANNALS OF SURGERY 181:534; 1975. K.W. WARREN, D.S. CHOE, J. PLAZA, M. RELIHAN. RESULTADOS DE LA PANCRETICODUODENECTOMIA EN EL CANCER DEL AREA PERIAMPULAR.

Se reportan 348 casos de pancreticoduodenectomías, incluyendo 13 pancreatomectomías totales. La mortalidad operatoria general fue de 15%. La mortalidad operatoria de los últimos 10 años fue de 10%. La sobrevivencia de 5 años para cáncer de Páncreas sin ganglios linfáticos positivos fue de 16.8%, para el C.A. de Ampolla de Vater 40%, para tumores del Coledoco Distal 27.5% y para Carcinomas de Duodeno 50%.

Se analizan los factores que influyen sobre la mortalidad operatoria, morbilidad y evolución a largo plazo, así como la necesidad de establecer distinción entre los tumores que se originan en la Ampolla de Vater, en la porción intrapancreática del coledoco, de los tumores del duodeno y de los tumores de la cabeza del páncreas ya que ello constituye un factor de primordial importancia en el manejo de los tumores del área Periapular. En esta serie de 348 casos, hubo error en diagnosticar tumores que se originaron fuera de la cabeza del páncreas y se extirparon como C.A. de páncreas (10%).

Por lo tanto el Cirujano que no extirpa tumores de la cabeza del páncreas por diferentes motivos, está dejando un alto porcentaje de lesiones diagnósticas como C.A. de Páncreas que en la realidad no lo son y que constituyen lesiones con mucho mejor pronóstico.

La influencia de exploraciones previas, manipulación y biopsia, sobre la mortalidad, morbilidad y sobrevida a largo plazo se discute en detalle. La presencia de metástasis linfáticas y de tumor residual en el cuello del páncreas y en el sitio de sección del coledoco también se analizan con todos los datos encontrados después de un análisis detallado de esta serie, se concluye que se justifica continuar practicando la pancreaticoduodenectomía para el cáncer de la región periampular y de que con el estudio continuado se identificarán los campos en los cuales se puede lograr progreso.

INFORMACION

INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MEDICA DEL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS

En cumplimiento de los Reglamentos vigentes me es grato dirigirme a Uds. para hacer un resumen de las actividades de la Junta Directiva de nuestra Sociedad que me ha correspondido presidir en el período Noviembre 1974-1976.

Para tal propósito dividiremos el informe en 5 partes:

I) REUNIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA.

Se efectuaron un total de 12 reuniones durante el año 1975. En las mismas se discutieron puntos de interés, tales como los programas de las reuniones de la Sociedad, nombramientos de candidatos a Comisiones de trabajo, ingreso de nuevos colegas a la Institución, estudio de las necesidades de especialistas para nuestro hospital y muchos otros aspectos relativos a la Sociedad.

II) REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LA SOCIEDAD.

Se realizaron 16 reuniones de nuestra Sociedad durante el año 1975. Ellas fueron de varios tipos: 1) Conferencias de Invitados Especiales, seguidas o no de panel de discusión. 2) Discusión de Casos Clínicos. 3) Homenaje a varios miembros de la Sociedad por distinciones diversas.

Las fechas y los temas presentados por la Sociedad se detallan a continuación:
12 de Enero. Programa: "EL CORPUSCULO CAROTIDEO". Su fisiología y rol en la patología cardio-respiratoria. Dr. Javier ARIAS-STELLA (Perú). "EVOLUCION del PULMON del SHOCK y del QUEMADO". Comprobación anatomopatológica y comparación con la investigación de gases en sangre arterial. Aproximación matemática para el pronóstico y tratamiento. Dres. Roberto LUCCA, Erwin ESSENFELD, Eduardo RIVERO y Edgar BRITO. Panel de discusión: Drs. Javier ARIAS-STELLA, Gustavo GARCIA GALINDO, Alfredo CASTILLO, José Angel SUAREZ, José OCHOA, Xavier MARQUEZ. Coordinador: Dr. José Luis RIVAS.

12 de Marzo. Programa: HOMENAJE a VARIOS MIEMBROS de la SOCIEDAD. SELECCION de los CANDIDATOS a COORDINADORES de DEPARTAMENTOS y COMITES de TRABAJO del HOSPITAL.

8 de Abril. Programa: "FRACTURAS CONMINUTAS de la ROTULA" (Técnica Quirúrgica) "COCCIGODINIA" (Técnica Quirúrgica). Dr. Mario STONE, Cirujano Ortopedista del Jackson Memorial Hospital de Miami.

8 de Mayo. Programa: Discusión de Casos Clínicos. Coordinador: Dr. José A. SUAREZ. Patología Uterina. Drs. Francisco MONTBRUN y Adolfo KOELZOW. Patología de Recto. Dr. Pedro MORGADO NIEVES. Patología del Ovario y Sigmoides. Drs. Otto RODRIGUEZ ARMAS. Ricardo BAQUERO GONZALEZ y Oscar AGUERO.

22 de Mayo. Programa: "REGULACION del FACTOR LIBERADOR de la HORMONA LUTEINIZANTE Y FOLICULOESTIMULANTE por el HIPOTALAMO ANTERIOR y MEDIOBASAL". Dra. Lesbia L. de ZSCHAECK.

28 de Mayo. Programa: "PAPEL de las MONOAMINAS HIPOTALAMICAS en la LIBERACION de las HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES y LUTEINIZANTE". Dra. Lesbia L. de ZSCHAECK. Mesa de discusión: Drs. José L. CEBALLOS, Armando PEREZ-MONTEVERDE, Roberto LOPEZ MENDOZA y Blas H. LEMMO. Coordinador: Dr. Otto RODRIGUEZ ARMAS.

17 de Junio. Programa: Discusión de Casos Clínicos. Coordinador: Dr. José A. SUAREZ. Patología Testicular Infantil. Dr. Hernán QUINTERO U., Patología de Ganglios Linfáticos. Dr. Carlos GOLDSTEIN. Patología Combinado de Glándula Parótida y Mucosa Oral. Dr. José Alberto PADRON AMARE.

18 de Junio. Programa: "METODOS MODERNOS en el DISEÑO de HOSPITALES". Expositor: Dr. Gordon FRIESEN.

3 de Julio. Programa: "APLICACION CLINICA del RADIOINMUNOENSAYO en las ENDOCRINOPATIAS. Dr. George E. BERNETT (California, E. U. A.). Panelistas: Drs. Arnobio PADUA CORONEL, Gastón AREVALO, Asdrubal SIERRALTA, Armando PEREZ-MONTEVERDE y José Luis CEBALOS.

13 de Agosto. HOMENAJE a VARIOS MIEMBROS de la SOCIEDAD con MOTIVO de CUMPLIR 40 años de VIDA PROFESIONAL.

19 de Agosto. Programa: PELICULAS DOCUMENTALES de la CORPORACION VE-NEZOLANA de GUAYANA. a) Operación Rescate. b) Alta Tensión.

10 de Septiembre. Programa: Discusión de Casos Clínicos. Coordinador: Dr. José Angel SUAREZ. Tumor de partes blandas del cuello. Drs. Esteban GARRIGA M. y Xavier MARQUEZ. Un caso de patología hepática. Drs. Israel MONTES DE OCA y José BESSO. Tumor de Vías Biliares. Drs. Jaime PLAZA C. y Edgar BRITO.

7 de Octubre. Programa: "LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS". Dr. J. J. GUTIERREZ ALFARO.

8 de Octubre. Programa: "COAGULACION INTRAVASCULAR". Dr. Arthur McEL-GRESSCH. Universidad de S. Louis, Missouri. Coordinador: Carlos GOLDSTEIN.

11 de Noviembre. Programa: Discusión de Casos Clínicos. Coordinador: Dr. José Angel SUAREZ. Un caso de patología ovárica. Drs. Jorge BLANCO LEON y Alberto OCHOA. Un caso de patología de intestino delgado. Drs. Jaime PLAZA C. y Luis PIERLUSSI. Un caso de Patología Osea. Drs. Pedro BACALAO LARA e ISABEL FLEURY de GARCIA. Película: "EL CEREBRO y la ULCERA" (Laboratorio Vargas).

9 de Diciembre. Programa: Informe Anual del Presidente. Dr. Otto RODRIGUEZ ARMAS. "La PERSONALIDAD del PACIENTE con NEOPLASIA". Dr. Israel MONTES DE OCA. "ANALISIS TRANSACCIONAL". Dr. L. MAGGI. "REFERENCIAS PSIQUIATRICAS en un HOSPITAL GENERAL". Dr. G. BARRIOS. "USO de la CLOMIPRAMINA en PSIQUIATRIA". Dr. Andrés CASTAÑON.

III) NOMBRAMIENTOS de los CANDIDATOS a COORDINADORES de los DEPARTAMENTOS, COMISIONES de TRABAJO, DIRECTOR de la REVISTA y su COMITE de REDACCION.

En la Reunión Ordinaria de la Sociedad del día 18 de Marzo se llevó a cabo una encuesta entre los asistentes para seleccionar a los miembros de la Sociedad a integrar dichos comités o coordinar los diferentes departamentos del Hospital.

Los candidatos que resultaron con mayor número de votos fueron propuestos a la Junta Directiva de la C. A. Centro Médico de Caracas quien los aprobó en su totalidad procediendo a su nombramiento.

Fue designado el Dr. Simón BEKER, Director de la Revista "Centro Médico de Caracas". El Dr. BEKER en unión al Comité de Redacción de la Revista, elaboró las nuevas normas y pautas de publicación y ya salió a la luz el primer número bajo esa dirección.

IV) LISTA de MIEMBROS HOMENAJEADOS por HABERSE DISTINGUIDO en su EJERCICIO: Dr. Franz CONDE JAHN, por aniversario de 50 años de graduado. Drs. Joel VALENCIA-PARPARCEN, Ricardo BAQUERO GONZALEZ, Leopoldo E. LOPEZ, J. J. GUTIERREZ ALFARO, Rubén JAEN CENTENO, Hernán QUINTERO UZCATEGUI y Antonio SANABRIA por condecoraciones recibidas por méritos en la educación médica.

Dr. Julián MORALES ROCHA, por haberse recibido como Miembro en la Academia Nacional de MEDICINA.

Drs. Ricardo BAQUERO GONZALEZ, José Antonio CARBONELL y Otto PAZ, por haber cumplido 40 años de ejercicio profesional.

V) COLEGAS CUYAS CREDENCIALES fueron evaluadas por el COMITE de CREDENCIALES y ratificadas por la JUNTA DIRECTIVA.

Drs. Bruno BURGER, Feliciano ACEVEDO O., Jesús MORALES URBANO, Antonio PINEDA GALAVIS, Andrés LAIRET H., Francisco DIAZ RODRIGUEZ, José R. LOZANO WILSON, Carlos A. BLANCO SOUCHON, Manuel PEREZ ROJAS, Manuel GUZMAN BLANCO, Ivonne PIZARRO, Andrés CASTAÑÓN RODRIGUEZ, Irving PEÑA, Manuel GOMEZ ROJAS, Antonio GORDILS, Leopoldo CARDENAS CONDE, Eduardo y Leopoldo KRULIG S. y Guido PETIT.

Los planes de la Junta Directiva para el próximo año 1976, contemplan la prosecución de las Discusiones de Casos Clínicos que han resultado de gran interés para todos y que reciben participación directa de nuestro cuerpo de Internos; efectuar Cursos relámpagos de actualización sobre temas seleccionados y por último, la celebración de las Segundas Jornadas Científicas del Centro Médico en Noviembre de 1976.

A tal efecto, la Junta Directiva de la Sociedad ha designado en forma unánime al Dr. Joel VALENCIA-PARPARCEN como Presidente-Coordinador de las mismas. Por lo tanto, es el momento de invitarlos a todos a participar directa y activamente a este evento y repetir el alcanzado en las Jornadas de 1973.

Dr. Otto Rodríguez Armas

Presidente de la Sociedad Médica
Hospital Privado Centro Médico de
Caracas.

Di - Gráfica G O M E Z

- REVISTAS - LIBROS - FOLLETOS
- IMPRESOS EN GENERAL
- PRUEBAS DE TEXTO PARA OFFSET
- COMPOSICION DE LINOTIPO

Canónigos a Esperanza - Local 4

Teléfono 82.54.13 - Caracas