

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

Comité de Redacción: Dr. Israel Montesdeoca, Dr. José Lara Díaz.

Colaboraciones: Se aceptan colaboraciones de miembros o no de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, sujetas a las siguientes condiciones: 1) Los trabajos deben ser leídos previamente por su autor en las reuniones mensuales de la Sociedad, los segundos miércoles de cada mes. 2) Deben ser entregados al Jefe de Redacción debidamente mecanografiados a doble espacio y en duplicado. 3) Deben ser inéditos. Sin embargo, nos reservamos el derecho de reproducir los trabajos que a nuestro juicio merezcan especial divulgación, haciendo constar la referencia bibliográfica correspondiente.

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

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

La revista no se hace responsable o solidaria de los artículos que aparezcan identificados con el nombre del autor, salvo estipulación en contrario.



centro médico

VOL. XII No. 45 — MAYO 1973

Director y Jefe de Redacción: Dr. R. Campo Moreno

Administrador - Editor: Dr. Jorge Soto-Rivera

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

PUBLICACIONES *del* CENTRO MEDICO *de* CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

- Oclusión Carotídea que Simula un Tumor Cerebral
Dr. Enrique García Maldonado 31
- Medicina Nuclear
Una Nueva Especialidad
Dr. Néstor Arreaza Colizza 39
- Sordera Psicógena
Dr. Franz Conde Jahn 41
- El Uso del Yodotalamato de Meglominado al 60%
en los Estudios de las Colecciones Subdurales
Dres. Abraham Krivoy y Miguel Dao 47

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

Bayrena[®]-gotas

una verdadera sulfonamida de acción sostenida presentada especialmente para lactantes y niños

Acción bacteriostática sobresaliente

Absorción rápida y elevados niveles de sulfonamida libre activa en suero, tejidos, líquido cefalorraquídeo, bilis y orina

Dosificación exacta y tolerabilidad excelente

Acción prolongada a pequeñas dosis de sostenimiento

Sulfonamida indispensable en la terapia de las infecciones bacterianas



» *Bayer* «Químicas Unidas
Caracas – Venezuela



¿POR QUE PUEDE USTED CONFIAR PLENAMENTE EN EL CATGUT QUIRURGICO ETHICON®?

Absorción lenta y segura en todo paciente y en todo tejido

Mayor fuerza tensil por más tiempo, garantizando un margen extra de seguridad

Dócil, de fácil manejo. Máxima seguridad en el nudo, cualquiera sea su técnica de anudar.

el absorbible de los años 70.

CATGUT
QUIRURGICO
ETHICON®

* Marca Registrada

"Analgesia es Winthrop

DIAGRAMA ESPECTRAL DEL DOLOR

1	para cada	Cólico renal y ciertos ataques cardíacos
2	grado	Cefalea lacerante por tumores intracraneales
3	del	Dolores del parto y cólicos abdominales
4	dolor	Pleurodinia y herpes zoster (tórax y córnea)
5	Winthrop	Quemaduras profundas y dolores cancerosos
6	tiene	Fracturas, desgarros, heridas y traumatismos fuertes, músculo-tendinosos.
7	el	Neuralgias, radiculitis - Dolores de senos faciales y de nervios maxilares.
8	analgésico	Espasmos y calambres, musculares.
9	indicado:	Raspaduras y traumatismos de la piel.
UMBRAL DEL DOLOR		

Sosenyl[®]

Demerol[®]

Beserol[®]

Conmel[®]

Aspirina Winthro

Aunque la afirmación "el más fuerte dolor" aquél que uno padece constituye casi un axioma, se puede teóricamente construir una escala de dolor, por su intensidad, a base de la experiencia clínica.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:

Dr. Francisco Baquero-González, Presidente
Dr. Alberto Guinand Baldó, Vice-Presidente
Dr. Harry Acquatella, Secretario
Dr. Néstor Arreaza Colizza, Tesorero
Dr. Gastón Arévalo Lizarraga, Bibliotecario

Dr. Otto Rodríguez Armas, Vocal
Dr. Rafael Campos Moreno, Director de la
Revista
Drs. José Lara Díaz e Israel Montesdeoca
Redacción

MIEMBROS ACTIVOS

Acquatella, Dr. Harry
Agüero, Dr. Oscar
Alvarez, Dr. Pedro J.
Andrade Niño, Dr. Rafael
Andrade Niño, Dra. Zaira de
Arévalo Lizarraga, Dr. Gastón
Arreaza 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
Beauperthuy, Dr. Luis A.
Bermúdez, Dr. Reynaldo J.
Baptista, Dr. Roberto J.
Baquero A., Dr. Victor
Baquero-González, Dr. Francisco
Baquero-González, Dr. Ricardo
Bencosme, Dr. Rafael
Brandt Pacheco, Dr. Francisco
Brillembourg, Dr. Atilio
Brillembourg, Dr. Joaquín
Brito, Dr. Víctor
Brito Arreaza, Dr. Víctor
Bustamante Esáa, Dr. Rafael
Bustamante Miranda, Dr. Oscar
Calvo Lairer, Dr. Alejandro
Campo Moreno, Dr. Rafael
Carbonell, Dr. José Antonio
Castillo, Dr. Rafael
Castro Sánchez, Dr. César
Cifuentes S., Dr. Bernardo
Ciobataru de Bendrao, Dra. Silica
Conde Jahn, Dr. Francois
Conde Jahn, Dr. Franz
Chalbaud Troconis, Dr. Román
D'Escrivan, Dr. Julio C.
Díaz Aponte, Dr. Aldo
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
Gonzalo Leonardi, Dr. Pablo L.
Graterol Monserrate, Dr. J.
Guinand Baldó, Dr. Alberto
Cutiérrez Alfaro, Dr. José J.
Hedderich, Dr. Henrique
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
Lara Díaz, Dr. José
Leamus, Dr. Luis
Leonardi, Dr. José Domingo
Linares Gori, Dr. Jesús
López, Dr. Hermógenes
López, Dr. Leopoldo E.
López Mendoza, Dr. Roberto
Lovera, Dr. Ramón E.
Lucca E., Dr. Roberto J.
Machado U., Dr. Octavio J.
Mamán A., Dr. Alberto
Márquez Reverón, Dr. Armando
Martínez, Dr. Lemístocles
Martínez, Herrera, Dr. Roberto
Martínez Iturriza, Dr. Luis
Mendoza Alemán, Dr. Carlos D.
Molinos P., Dr. Jesús R.
Montbrun, Dr. Francisco
Montenegro, Dr. Eloy
Montesdeoca, Dr. Israel
Morales, Dra. Gioconda Stopello de

Morales Rocha, Dr. Julián
 Morgado Nieves, Dr. Pedro
 Mota Salazar, Dr. A.
 Ochoa, Dra. Cristina Solís de
 Ochoa, Dr. José
 O'Daly, Dr. José Antonio
 Oderiz, Dr. Antonio J.
 Padrón Amaré, Dr. José A.
 Padua Coronel, Dr. Arnobio
 Padula, Dr. Héctor
 París, Dr. Alberto Miguel
 Paz, Dr. Otto
 Peña, Dr. Luis
 Peña, Dra. María T. Hernández de
 Pérez Giménez, Dr. Gustavo
 Pérez Luciani, Dr. Vasco
 Perez-Monteverde Sosa, Dr. Armando
 Pulido, Dr. Pablo
 Quijada Gamboa, Dr. Cruz
 Quintero Muro, Dr. Eduardo
 Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán
 Ramírez, Dr. Francisco
 Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
 Rivas Larralde, Dr. Eduardo
 Rivero G., Dr. Eduardo

Rodríguez Armas, Dr. Otto
 Rodríguez Escobar, Dr. Rubén
 Ruán Santos, Dr. Hugo
 Salas, Dr. Rafael
 Sanabria, Dr. Antonio
 Sánchez Azopardo, Dr. José A.
 Sánchez Carrillo, Dr. Francisco
 Sánchez Pacheco, Dr. José R.
 Sánchez Vegas, Dr. Luis
 Scarcioffo, Dr. Pedro
 Sierraalta, Dr. Asdrúbal
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar
 Soto Sánchez, Dr. Ramón F.
 Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
 Sukerman, Dr. Moisés
 Sukerman W., Dr. Moisés
 Tovar Escovar, Dr. Guillermo
 Trejo Padilla, Dr. Ezequiel
 Valencia Parparcén, Dr. Joel
 Vásquez, Dra. Alicia S. de
 Velutini, Dr. Luis Alberto
 Viana Rodríguez, Dr. Germán
 Villalba Silva, Dr. Rafael
 Zaidman, 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 †/

MIEMBROS ASOCIADOS

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

Calzadilla, Dr. Rafael
 Holz, Dr. Siegbert
 La Corte, Dr. Agustín
 Lamberti, Dr. José A.
 Lander D., Dr. Rafael Humberto
 Larrazábal, Dr. Leopoldo
 León González, Dr. Félix
 Lizarraga, Dr. Pedro R.
 Martínez Aguirre, Dr. Edgar
 Matheus M., Dr. Noé
 Medina G., Dr. Oswaldo
 Negrón S., Dr. Alberto
 Núñez Mier y Terán, Dr. Sebastián

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, Omaña, 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
Soto Rivera, Dr. Jorge
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. Neal Owens

DEXON*

El sucesor del catgut quirúrgico en cirugía abdominal

La sutura DEXON* de ácido poliglicólico es la primera y única sutura sintética absorbible. Ella ha probado por sí misma ser superior al catgut quirúrgico en pruebas clínicas realizadas, así como en millones de procedimientos quirúrgicos a través de todo el mundo.

RESISTENCIA DONDE UD LA NECESITA

DEXON* es tan resistente como el más resistente de los sintéticos, especialmente en el nudo, donde el catgut quirúrgico falla con frecuencia. Ha sido usado en una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos abdominales, incluyendo aproximación de la **línea alba**, donde es crítica la constante tensión.

ABSORCION DIGNA DE CONFIANZA

También DEXON* se absorbe mejor que el catgut quirúrgico, gradual y predeciblemente, sin las variantes observadas en aquél. Ha sido usado con excelentes resultados en aproximar anastomosis intestinales, peritoneo, aponeurosis y piel.

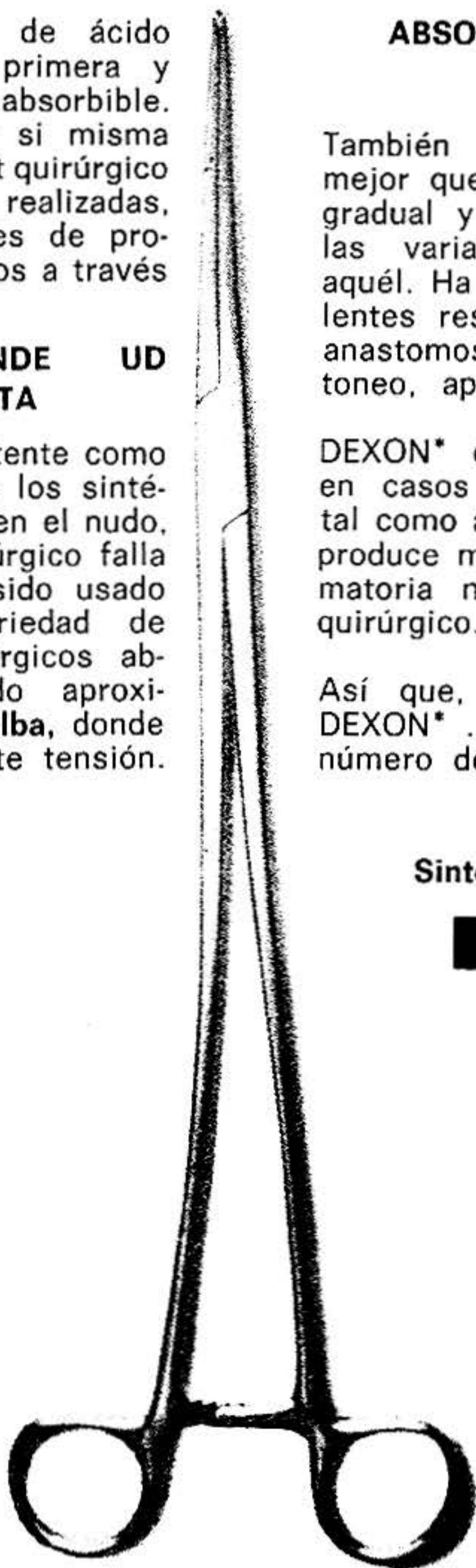
DEXON* es bien tolerado aún en casos de infección aguda, tal como apéndice perforada. No produce marcada reacción inflamatoria notada con el catgut quirúrgico.

Así que, por qué no probar DEXON* . . . debido a un gran número de razones?

Sintéticos para Cirugía

 DAVIS+GECK

* Marca de Fábrica



**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



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

Mull-Soy

LÍQUIDO



**alimento hipoalérgico para lactantes,
niños y adultos**

MULL-SOY es un alimento concentrado a base de harina de soya, especialmente preparado para la alimentación de lactantes, niños y adultos alérgicos a la leche.

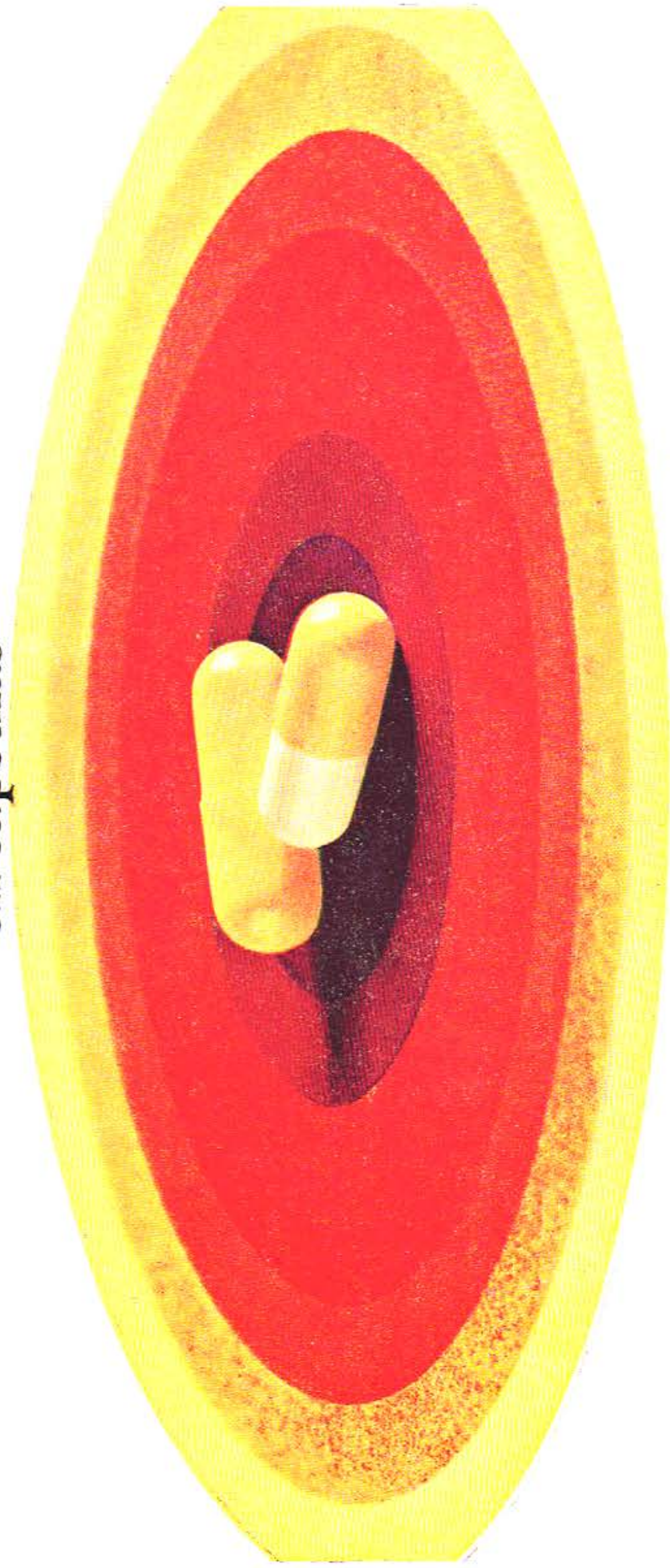
MULL-SOY reconstituido tiene un contenido de grasa, proteínas, carbohidratos, y sales minerales que se aproxima a la composición de la leche de vaca.

MULL-SOY es de fácil preparación, y de apariencia y sabor agradable.

EVITE PROBLEMAS DE ALIMENTACION PRESCRIBIENDO

Mull-Soy

NUEVA
macrodantina
en cápsulas



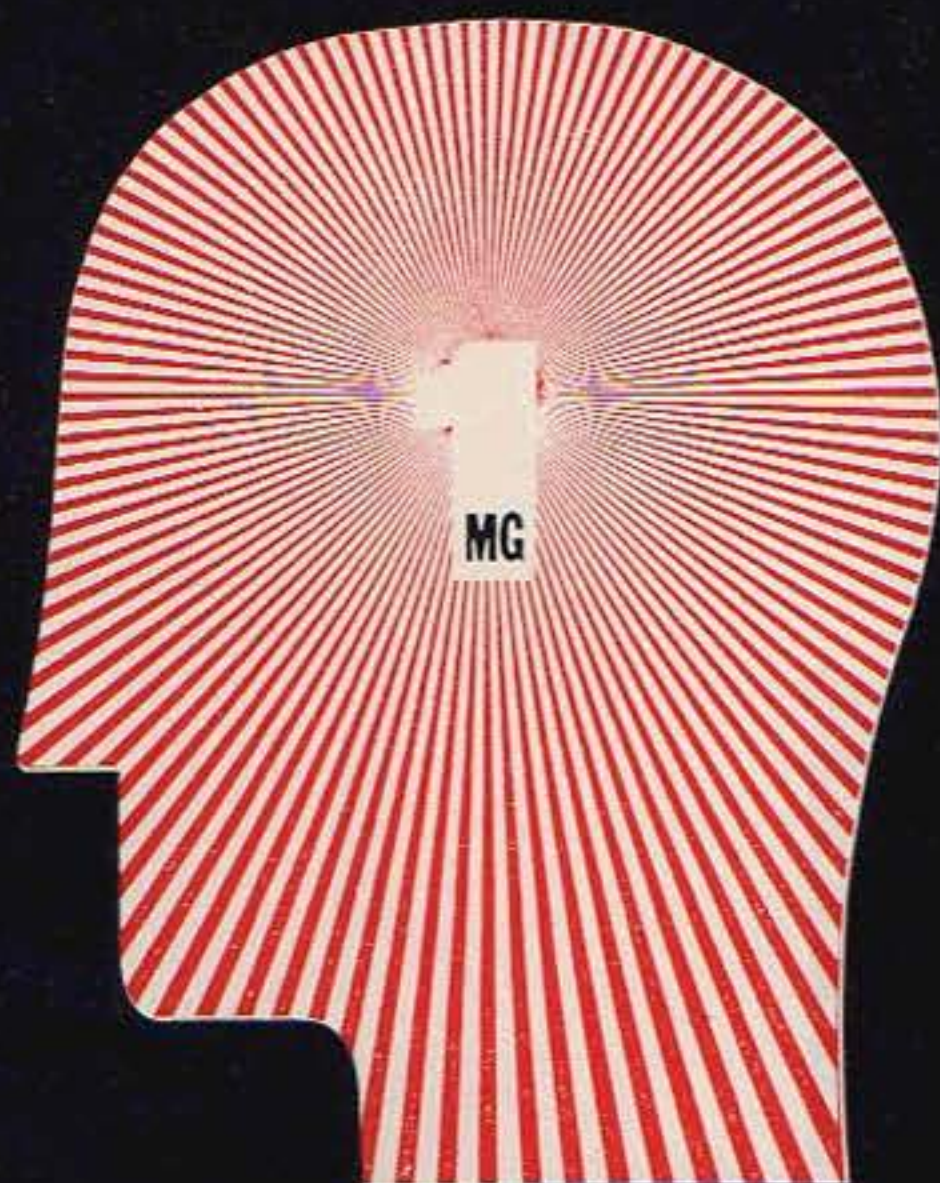
para ampliar el campo de la
quimioterapia en las infecciones urinarias



EATON LABORATORIES
División de The Norwich Pharmacal Company
Norwich, N.Y., E.U.A.

Representantes exclusivos para Venezuela:
HIGIA C. A. — Caracas
Apartado 768 — Telf.: 74.50.22

El único
"UNO"
contra
la ansiedad



NUEVO

Ativan¹
lorazepam, Wyeth **MG**

Alivio más profundo de la ansiedad
para un mayor número
de sus pacientes

Indicaciones

Gracias a su eficacia y relativa inocuidad, la utilidad terapéutica de ATIVAN (lorazepam) se extiende a la mayoría de trastornos de los cuales la ansiedad es un componente principal, como:

1. Síntomas físicos emocionalmente inducidos como cefalea, trastornos gastrointestinales, palpitaciones, etc.
2. Ansiedad como factor complicante de las enfermedades orgánicas. El lorazepam es un auxiliar valiosísimo, particularmente gracias a su compatibilidad con otros medicamentos en el tratamiento de estados tales como trastornos cardiovascular y úlcera gastrointestinal, en los que la ansiedad crónica no aliviada puede alterar adversamente el pronóstico.
3. Trastornos psicóticógenos incluso neurosis de ansiedad, depresivas, obsesivo-compulsivas, fóbicas, hipocondríacas, histéricas y neurasténicas.
4. Ansiedad en estados psicóticos y depresión intensa cuando sea indicada una terapéutica coadyuvante.

posología aconsejada

En la práctica médica general, la dosis corriente es de 2 mg a 3 mg diarios, administrados en dosis repartidas. Con este objeto, el Ativan se presenta en tabletas ranuradas.

En la práctica psiquiátrica, pueden necesitarse dosis mayores. Por esto, el Ativan también se presenta en tabletas de 2,5 mg. Para obtener el máximo efecto, deberá individualizarse la posología de acuerdo con el paciente y su indicación terapéutica. Por ejemplo, el tratamiento de casos entre leves y moderados podrá iniciarse con medias tabletas durante el día, e incrementarse de acuerdo con la respuesta del paciente.

ADVERTENCIA: Producto de uso delicado que sólo debe ser administrado bajo estricta vigilancia médica.

Este producto no debe ser administrado durante el embarazo o cuando se sospecha su existencia, ya que hasta el presente no han sido completados en los animales de experimentación, los estudios sobre posibles malformaciones congénitas.

presentación

ATIVAN (lorazepam) se presenta en dos concentraciones: tabletas de 1 mg y de 2,5 mg.



WYETH LABORATORIOS C. A.
CARACAS, VENEZUELA

más de un siglo al servicio de la medicina

¹marca registrada

Oclusión Carotídea que Simula un Tumor Cerebral

Dr. Enrique García Maldonado *

La importancia de la oclusión o estenosis de la arteria carótida en la génesis de reblandecimientos cerebrales no comenzó a reconocerse sino hasta hace pocas décadas, cuando Moniz, en 1937 describe el hallazgo angiográfico de 4 casos (1) y Hultquist (2) y Fisher (3), algunos años más tarde, demuestran en material de autopsias su gran frecuencia.

El papel fundamental de la estenosis carotídea en los cuadros de isquemia reversible, sin infarto, es decir, en la llamada insuficiencia intermitente del sistema carotídeo, fue establecida por Millikan y Siekert, en 1955 (4). La lesión carotídea responsable de la estenosis es, en la inmensa mayoría de los casos, de naturaleza aterosclerótica (5) y afecta a la arteria, generalmente, en forma focal, constituyendo las llamadas placas de ateroma. La reducción de la luz del vaso provocada por la placa más la trombosis mural que acaece sobre ella, pero, sobre todo, el desprendimiento de émbolos ateromatosos y fibrinoplaquetarios desde esos sitios, son considerados en la actualidad la base fisiopatogenética de la isquemia intermitente o del infarto establecido que ocurre en tales casos sobre el hemisferio correspondiente (6, 7, 8, 9). El sitio de la estenosis u oclusión es, en la mayoría de los casos, la porción inicial de la carótida interna, a pocos centímetros de la bifurcación (10, 11, 12, 13); un poco menos frecuentemente está en la porción intracraniana de la arteria y, ocasionalmente, en la carótida primitiva.

Las dos formas más comunes con que la oclusión o estenosis carotídea se expresa clínicamente son la **hemiplegia súbita**, permanente, no precedida de episodios previos pasajeros, llamada también forma explosiva o apoplectiforme, y la **insuficiencia intermitente del sistema carotídeo**, que consiste en episodios fugaces, repetitivos y estereotipados de signos de déficit de la porción del hemisferio cerebral irrigado por la carótida interna y que tarde o temprano, en su curso natural, finalizan con una trombosis definitiva (13).

* Profesor Asociado, Cátedra de Clínica Neurológica, Facultad de Medicina, U.C.V. (Cualquier correspondencia puede ser enviada a: Hospital Universitario, 4º Piso, Servicio de Neurología Ciudad Universitaria, Caracas).

En cambio, la forma clínica más característica, en la cual los signos deficitarios en el hemicuerpo contralateral a la oclusión se acompañan de amaurosis, casi siempre transitoria, en el mismo lado, es relativamente rara y se encuentra en solo un 10 a 15% de los casos (13, 14).

En 21 pacientes con oclusión de carótida estudiados en nuestro medio (15, 16), un 43% se presentó en forma de hemiplegia súbita, un 38% como insuficiencia intermitente y el resto, 19%, en forma progresiva, llamada a veces "pseudotumoral". De esos 21 casos, 20 fueron de oclusión de carótida interna y solo uno de carótida primitiva (14). Este último, que clínicamente perteneció al 43% de hemiplegia súbita y que fue asimismo el único en presentar signos de hipertensión endocraneana, es el caso que nos ocupa y que a continuación describiremos.

I. R., 39 años de edad, sexo femenino, venezolana.

Dos días antes de la admisión esta paciente comenzó a presentar cefalea global intensa, y el día de la admisión sufrió un ictus apopléctico: perdió bruscamente el conocimiento y, concomitantemente, se instaló una hemiplegia izquierda directa. Entre los antecedentes se encontraba una hipertensión arterial desde dos años antes y una metropatía hemorrágica de similar duración.

El examen mostró una paciente obesa, en mal estado general, obnubilada y con cierto grado de agitación. Presentaba una disartria, una marcada paresia facial central izquierda, una desviación de la lengua protruida hacia el mismo lado y, por supuesto, una densa hemiplegia izquierda; todos los reflejos O. T. estaban disminuídos y ambos reflejos plantares eran en extensión. El examen físico general, aparte de las malas condiciones generales, solo reveló una T. A. de 180/100. No hay en la historia referencia a la ausencia o presencia del latido de la carótida en el cuello y de la temporal superficial en el cráneo.

Los exámenes de rutina de Laboratorio mostraron una leucocitosis de 16.300 con 90% de segmentados y una velocidad de sedimentación de 37. La punción lumbar dio salida a un LCR límpido con una presión inicial de 280 mms. de agua y final de 150 mms. de agua, con composición citoquímica normal.

Evolución: La paciente siguió, en los días subsiguientes, en condiciones similares, quejándose de cefalea, disfagia y dolor en la región parotídea derecha. En el 5º día de hospitalización hubo un agravamiento en su estado: la obnubilación se hizo profunda y aparecieron vómitos, fiebre y una midriasis paralítica del lado derecho. Se practicó entonces una P. L., que dio salida a un LCR agua de roca, de tensión normal y cuyo análisis citoquímico fue normal a excepción de una moderada pleocitosis de 18 células, casi todas linfoides.

Se practicó entonces una angiografía carotídea derecha de urgencia, que mostró una oclusión completa a nivel de la arteria carótida primitiva (Fig. 1), y a continuación otra angiografía carotídea del lado izquierdo, que reveló una imagen de extensa lesión expansiva de hemisferio cerebral derecho (Fig. 2) Aunque para todos el cuadro clínico y angiográfico era perfectamente compatible con un extenso reblandecimiento del hemisferio cerebral derecho ocasionado por la oclusión de la carótida primitiva, había en algunos ánimos cierta duda respecto a la correcta interpretación de la imagen arteriográfica derecha.

Ello, unido a la dramática urgencia del caso, llevó a un estudio ventriculográfico inmediato. La aparente amputación del polo frontal del ventrículo lateral derecho (además del esperado desplazamiento a la izquierda) que reveló dicho procedimiento terminó por precipitar una craniectomía frontal derecha; ésta mostró la presencia de un gran edema cerebral. De la masa cerebral que se herniaba fuertemente a través del orificio exploratorio se resecó un tejido que, al examen histológico inmediato no tenía evidencia de neoplasia, sino solo "marcada hiperhemia con infiltrados perivascuales". Después de la intervención la paciente permaneció en coma profundo y murió dos días después.

La autopsia general mostró, como única anormalidad de consideración, infiltrados bronconeumónicos en ambos pulmones. El examen necrópsico del sistema nervioso, aparte de una trombosis total de carótida primitiva derecha, fue dado en la siguiente descripción: "A simple vista el hemisferio cerebral derecho muestra gran edema y aumento de masa; hay una marcada hernia del uncus en ese lado. Cortes vértico-transversales: reblandecimiento extenso y reciente que toma todo el territorio de la cerebral media derecha y se extiende hasta el lóbulo de la ínsula; gran edema perifocal y desviación de masa hacia el lado opuesto (Fig. 3); múltiples focos hemorrágicos en los ganglios basales y en protuberancia; necrosis del asta de Amón del lado derecho.

Discusión: El caso descrito nos ilustra muy gráfica y dramáticamente la posibilidad, nada rara, de que un reblandecimiento cerebral extenso se manifieste como una lesión expansiva supratentorial de crecimiento rápido. Y, probablemente, más de un neurólogo ha creído notar que son precisamente los casos que ocurren en personas relativamente jóvenes los que más tendencia tienen a comportarse en tal forma. Y no hay duda que la oclusión total de carótida (y especialmente si, como en nuestro caso, es de carótida primitiva, lo que elimina la posibilidad de circulación supletoria desde la carótida externa homolateral (17),) donde casi invariablemente la trombosis intravascular asciende hasta la bifurcación y tiende a ocluir las arterias cerebral anterior y media, se presta especialmente para producir ese masivo reblandecimiento hemisférico.

En nuestro caso la imagen angiográfica de una oclusión total de carótida primitiva nos dio una prueba fehaciente de la presencia de un factor isquémico. El hecho de que, a pesar de ello, la verdadera etiología del cuadro no quedase inmediatamente dilucidada y se llegara al final a una craniectomía es prueba de cuán dramático y exigente puede ser un cuadro agudo de hipertensión endocraneana.

R E S U M E N

Se hace una revisión muy suscita de las características del cuadro clínico y de la etiopatogenia de la oclusión carotídea. Se describe un caso de oclusión de carótida primitiva que se presentó clínicamente como una LOE supratentorial de crecimiento rápido.

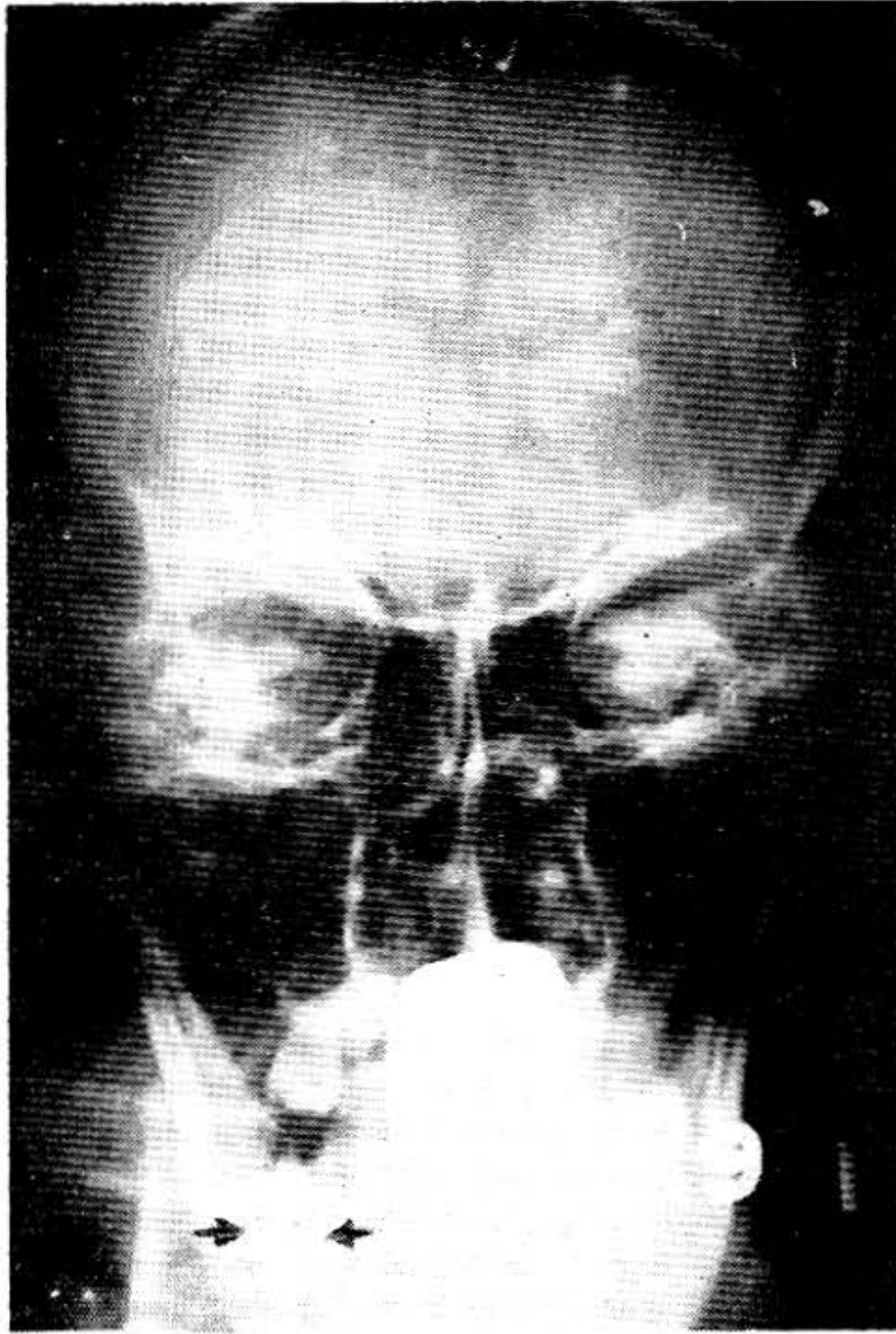


FIGURA N° 1

Angiografía carotídea derecha, vista A. P., que muestra una oclusión total de la carótida primitiva (flechas).

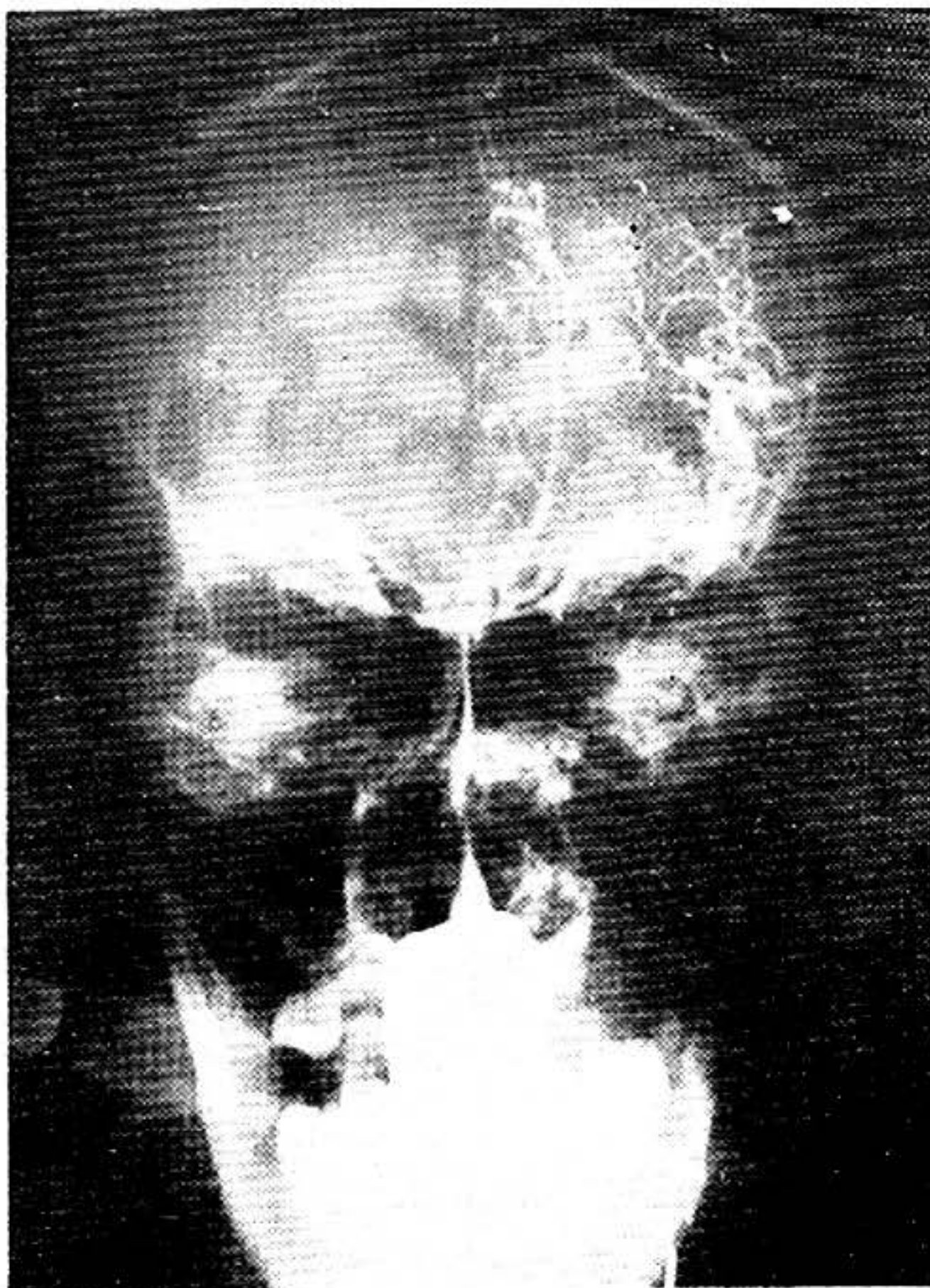


FIGURA Nº 2

Angiografía carotídea izquierda, vista A. P., que revela una marcada y uniforme desviación de la cerebral anterior hacia el mismo lado.

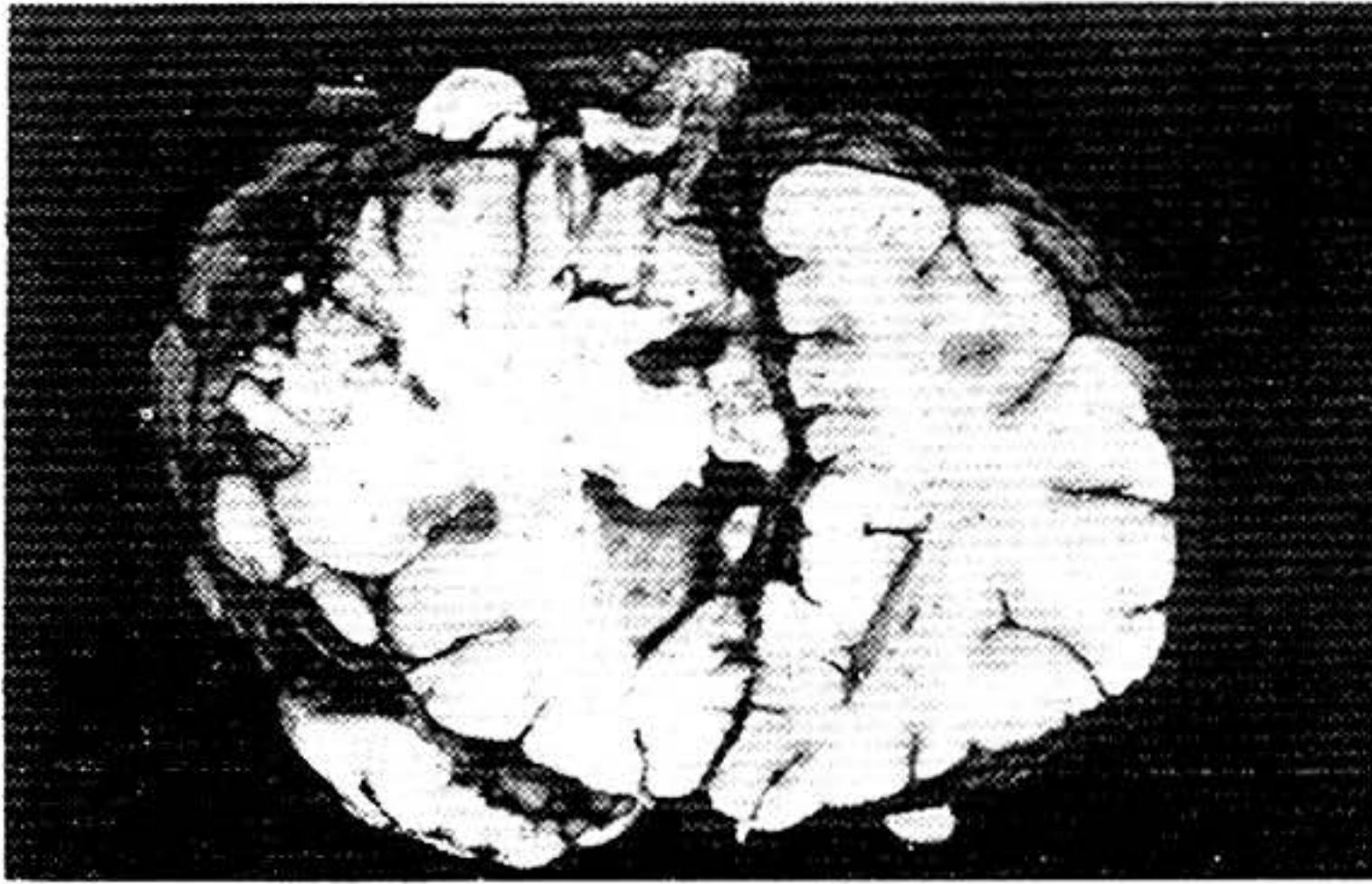


FIGURA N° 3

Corte vértico-transversal de hemisferios cerebrales en el que se aprecia un reblandecimiento reciente muy extenso en el territorio de la cerebral media derecha, con gran edema perifocal y desviación de masa hacia el lado opuesto. Notar la casi exacta coincidencia de la curva de las estructuras desplazadas de la línea media con la curva de la cerebral anterior en la figura anterior.

S U M M A R Y

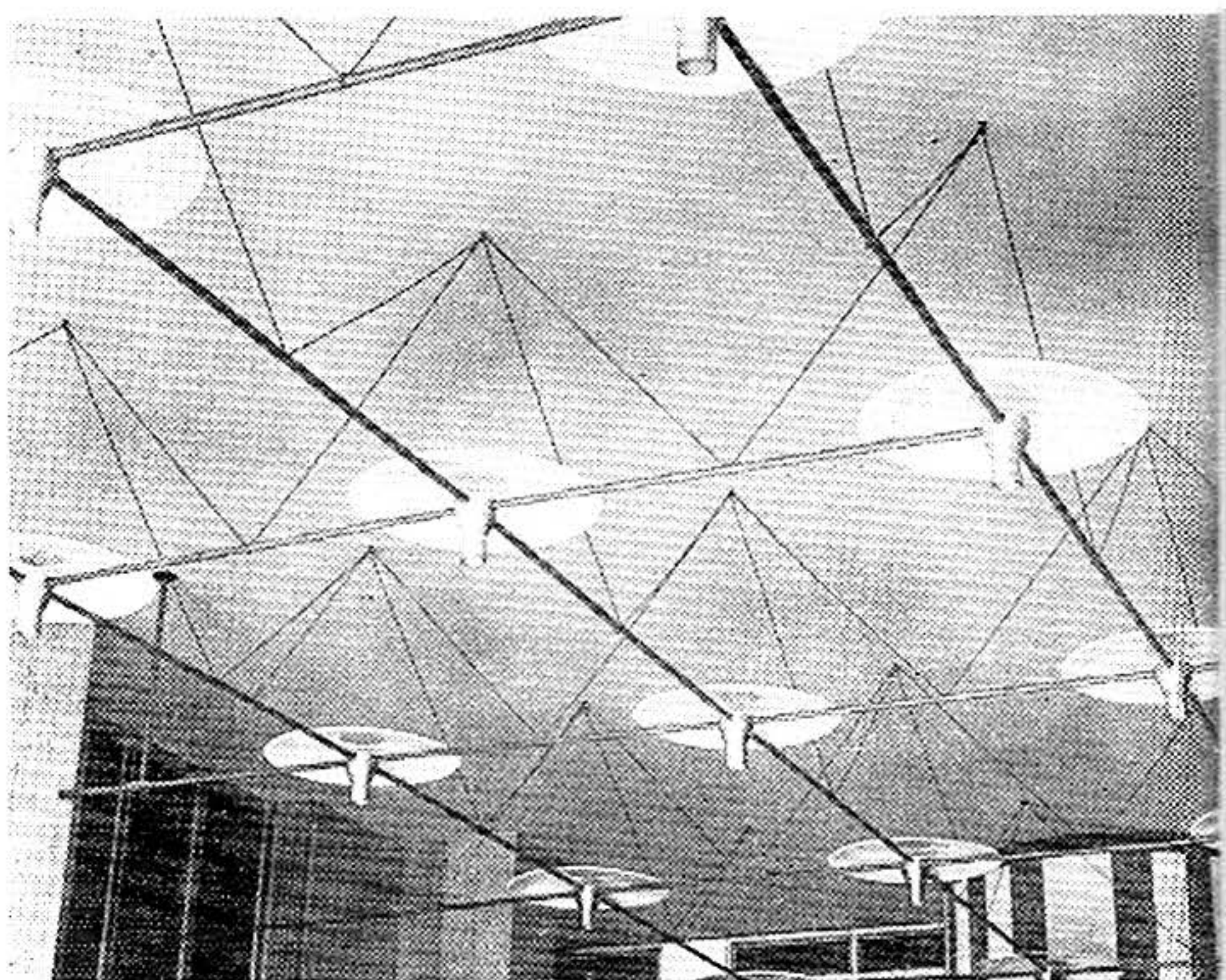
A very brief account of the pathologic and clinical picture of carotid stenosis and occlusion is made. A case of common carotid occlusion resembling, clinically and angiographically, a rapidly growing supratentorial neoplasm is described.

R E F E R E N C I A S

1. Moniz, E. et al. *Pre. Med.* 45: 977, 1937.
2. Hultquist, G. T. *Ueber Thrombose und Embolie der Arteria Carotis.* Stockholm, Norstedt, 1942.
3. Fisher, M. Occlusion of the internal carotid artery. *Arch. Neurol. Psych.* 65: 347-377, March, 1951.
4. Millikan, C. H. y Siekert, R. G. The syndrome of intermittent insufficiency of the carotid arterial system. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* 30: 186-191, 1955.
5. Torvick, A. Jørgensen, L. Thrombotic and embolic occlusion of the carotid artery in an autopsy material. Part I. Prevalence, location and associated diseases.
6. Fisher C. M. Observations of the fundus oculi in transient monocular blindness. *Neurol. (Minn)* 9: 333-347, 1959.
7. Russell, R. W. R. The origin and effects of cerebral emboli. *Modern Trends in Neurology-5.* Williams, D., Ed. New York-Appelton Century-Crofts, pp. 178-188, 1970.
8. Gunning, A. J. Pickering G. W., Robb-Smith, A. H. T. y Russell, R. R. Mural thrombosis of the internal carotid artery and subsequent embolism. *Quart. J. Med.* 33: 155, 1964.
9. Hass, W. K. Occlusive cerebro-vascular disease. *Med. Clin. North Am.* 56, N° 6: 1281-1297, Nov. 1972.
10. Fisher, M. Occlusion of the internal carotid artery. *Arch. Neurol. Psych.* 72: 187-204, 1954.
11. Hutchinson, E. C. et al. Carotico-vertebral stenosis. *Lancet*, 1: 2-8, Jan. March 1957.
12. Gurdjian, E. S. et al. Cerebrovascular disease: an analysis of 600 cases. *Neurol. (Minn)* 10, N° 4: 372. Abril 1960.
13. Symonds, Sir Charles. Occlusion of the internal carotid artery. *Modern Trends*, 2nd. Series, Williams, D. Ed. Butterworth & Co., Pub., pp. 91-103, Londres, 1957.
14. Hurwitz, L. S. et al. Carotid artery occlusive syndrome. *AMA Arch. Neurol.* 1, 5, Nov. 1959.
15. García Maldonado, E. Contribución al estudio de la Oclusión Carotídea en Venezuela. Trabajo de Ascenso a Profesor Agregado. Fac. Med. U.C.V., 1963.
16. García Maldonado, E. Angiografía carotídea en casos de aparentes accidentes cerebrovasculares de tipo común. *Arch. Venez. de Psiq. y Neurol.* Vol. 9, N° 20: 37-41. 1963.
17. García Maldonado, E. La arteria oftálmica como vía de circulación colateral en casos de oclusión carotídea (actualmente en prensa).

Lamp-o-Lux c. a.

fábrica de lámparas



Plafón lumínico flotante que une lo funcional con la belleza arquitectónica

Varios modelos a escoger

Fábrica: 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

neogynon

neogynon Cada Día

los dos nuevos ovulísticos orales
que amplían una línea de proverbial efectividad



mínima dosificación

Neogynon y Neogynon Cada Día contienen auténticas microdosis hormonales: 0,25 mg de d-norgestrel y 0,05 mg de etinilestradiol por gragea. Ningún otro ovulístico oral contiene dosis más reducidas de gestágeno o de estrógeno.

máxima aceptabilidad

Neogynon y Neogynon Cada Día poseen una excelente tolerancia, lo que, unido a su perfecta capacidad para controlar el ciclo, se traduce en su grado de aceptabilidad clínica difícilmente superable.

en armonía con las líneas de dosificación recientemente recomendadas

Neogynon: en el tradicional envase-calendario con 21 grageas que hizo posible el clásico esquema de tratamiento: 3 semanas + 1 semana.

Neogynon Cada Día: en el moderno envase-calendario con 21 + 7 grageas para el esquema de tratamiento: cada día una gragea que asegura fines de semana libres de hemorragia.

Consúltense la dosificación, observaciones y contraindicaciones en nuestros impresos más detallados y en el prospecto que acompaña al envase.

Schering

Schering AG Berlin/Bergkamen

MERCK SHARP & DOHME DE VENEZUELA, S. A.

VACUNA ANTISARAMPION

de virus vivo atenuado "M S D"

VACUNA CONTRA LA PAROTIDITIS

a virus vivo atenuado "M S D"

VACUNA ANTIRUBEOLA

a virus vivo "M S D"

M S D

MERCK

SHARP &

DOHME

líder en inmunología viral

JOSE F. BAUTE MESA

O F R E C E A L O S S E Ñ O R E S M E D I C O S
C L I N I C A S Y H O S P I T A L E S
U N E X T E N S O S U R T I D O E N

MATERIAL MEDICO - QUIRURGICO, EQUIPOS E INSTRUMENTAL

EXHIBICION Y VENTAS:

MANDUCA A FERRENQUIN No. 136 — EDIFICIO BAUTE

TELEFONOS: 55 93 49 - 55 46 22 - 54 45 69

CARACAS. D F

ESTACIONAMIENTO PROPIO PARA CLIENTES

Y RELACIONADOS

Keforal

MONOHIDRATO DE CEFALEXINA, LILLY

NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA DE LAS CEFALOSPORINAS
PARA ADMINISTRACION ORAL

KEFORAL está indicado en el tratamiento de las infecciones bacterianas de los aparatos respiratorio y genitourinario, tejido celular subcutáneo y piel debidas a microorganismos susceptibles a su acción.

- ✓ Altamente eficaz contra los microorganismos patógenos comunes
v. gr., E. coli - Proteus mirabilis - Klebsiella
- ✓ Alta concentración en el tejido renal
Aumenta las probabilidades de eliminar la infección.
- ✓ Rápida obtención de altas concentraciones urinarias
Se obtienen fácilmente concentraciones bactericidas contra microorganismos susceptibles.
- ✓ Mínima toxicidad
Puede administrarse, con cautela, a los pacientes con insuficiencia renal.

PRESENTACION: Las cápsulas de Keforal se suministran en frascos de 12. Cada cápsula contiene 250 mg de monohidrato de cefalexina.

La suspensión de Keforal se suministra en frascos de 60 ml. Cada cucharadita contiene 125 mg de monohidrato de cefalexina por 5 ml.



ELI LILLY Y COMPAÑIA DE VENEZUELA, S.A.

Medicina Nuclear: Una Nueva Especialidad

Dr. Néstor Arreaza Colizza

Es necesario ir tomando conciencia del desarrollo de otro campo de acción en el ejercicio de la medicina. Ya hay que reconocer la existencia de una nueva especialidad: la medicina nuclear.

Como con todo asunto nuevo en sus inicios, existe aún cierta confusión en lo referente a lo que realmente comprende, duda esta que tienen no solo quienes están poco familiarizados con esa actividad, sino aun algunos que, en una u otra forma, tienen cierta vinculación con ella.

Anteriormente en **Tribuna Médica** (junio 17, 1968) se dio una definición de medicina nuclear. En esta oportunidad es necesario insistir nuevamente sobre el tema, pues su ejercicio está ya más extendido. Prueba de ello entre nosotros es que en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, desde hace 3 años y medio, existe una Cátedra de Radioterapia y **Medicina Nuclear**, donde se la enseña tanto a nivel de pre-grado como de post-grado.

También aumentan en el país las facilidades hospitalarias donde se presta este tipo de servicio; aunque en forma más completa en unos sitios que en otros, existe actualmente en hospitales y clínicas de Caracas, Maracaibo, Mérida, Valencia, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Barcelona.

En el orden internacional, continuamente se están fundando en todos los países, sociedades científicas de esta especialidad. En octubre de 1970 tuvo lugar en Ciudad de México el III Congreso de la Asociación Latino-Americana de Medicina Nuclear; en el mes de junio del presente año se llevó a cabo en la ciudad de Los Angeles (U.S.A.) la Primera Asamblea Científica de la Federación Mundial de Medicina Nuclear.

Tal vez pueda parecer un poco eufónico, algo presuntuoso y hasta impropio, el término de medicina nuclear. Quizá esto se deba al falso concepto que tienen algunos de que por tratarse de asuntos relacionados con el átomo, ello es algo complejo, costoso, impráctico; y no hay tal, pues las aplicaciones clínicas de sustancias radiactivas son todo lo contrario. Su denominación se explica por lo siguiente: como se trata de la utilización con fines **médicos** de la energía que proviene de los **núcleos** de átomos radiactivos, el término que mejor la identifica es el de **medicina nuclear**, y por ello es necesario aceptarlo. Ahora bien, ¿qué es la medicina nuclear? En el antes citado número de **Tribuna Médica** se dio una definición, la cual, actualizada, queda así:

"Medicina nuclear es la disciplina científica y clínica concerniente a la utilización de los radionucleidos, incorporándolos en ciertas formas a alguna función del organismo, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, o con fines de investigación clínica".

Tomado de **Tribuna Médica**.

mejor anestesia y
recuperación
más rápida
con

**Halothan
Hoechst**



Halothan
Hoechst

250 ml
Flüssiges Inhalationsnarkotikum
Anestésico general de inhalación
Narcótico inalante

Farbwerke Hoechst A.G.
Frankfurt (Main)
Alemania/Alemanha



**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 Mercedia S. A.
Apto. 00222
CARACAS

Sordera Psicógena

Dr. Franz Conde Jahn *

Cofofobia es temor, aprensión morbosa, obsesionante, angustiosa, ante la posible pérdida de la audición, que surge en sujetos de temperamento nervioso o inestables emocionalmente.

La hipoacusia psicógena es déficit auditivo determinado por factores psíquicos que no deben confundirse con la simulación. Es verdadera sordera, generalmente bilateral, contrariamente a la segunda, frecuentemente unilateral, exagerándose el defecto con fines de provecho personal.

Trastorno que se manifiesta en quienes han convivido con anacúsicos, "sordos como una tapia", como los intitula el vulgo, o que ocasionalmente se han percatado de las incomodidades que en medios sociales, laborales o profesionales, ocasiona la privación del oído a quienes la padecen. Sobreviene en situaciones en las cuales la audición intacta es necesaria. Son crisis de emotividad auditiva súbita, de máxima intensidad de un síntoma, que pronto se transforma en ofuscación, con tendencia a la cronicidad.

Suele tener como motivaciones generadoras, leves descensos auditivos, originados por traumatismos auriculares (barotraumatismos), a veces mínimos, tapones de cerumen u obstrucciones catarrales de la trompa de Eustaquio. La aparición de la hipoacusia, que en personas normales es pasajera y curable, crea en los psicópatas, la intuición de certeza de situaciones definitivas. Convencidos de su incapacidad, no oyen más y favorecen la regresión funcional del órgano de la audición al colocar ante él un obstáculo psíquico, que configura efectiva inhibición auditiva: Abolición psíquica de la audición.

Es infrecuente que esta sordera coexista con lesiones o trastornos anatómo-fisiológicos. Constituye algo similar a lo que acontece con la ceguera histérica; en la cual los oftalmólogos, patentizan permanencia de contracciones pupilares y normalidad del fondo del ojo. En los oídos de estos pacientes, persisten todos los reflejos normales: Cócleo-palpebral, acústico-pupilar, etc. Hay discordancia entre la audiometría vocal y la tonal.

* Profesor de Clínica O.R.L. de la Facultad de Medicina, Universidad Central, Caracas, Venezuela.

La discesia puede ser uni o bilateral, parcial o total, y cuando se inicia, motivada por un gran susto, impresión de espanto, tal como una explosión, ruido intensísimo inesperado muy cercano: Pito de sirena, disparo de arma de fuego (cañón o escopeta), puede acompañarse de mudez. No sobrevienen sorderas totales por explosión, sin rotura del tímpano. No es rara la unilateralidad con anestesia de la oreja o de la mitad correspondiente de la cara.

El suceso desencadenante de la perturbación, coincide con percepción acústica de gran intensidad, que produce en ese momento, alteración funcional de base orgánica: Traumatismo somático del órgano auditivo de acción corta en el tiempo. La hipoacusia es determinada por proceso denominado anestesia acústica del oído interno. Los ataques no son sordos, sino aperceptivos auditivos hipoexcitables, estado especial en el que no saben utilizar los estímulos acústicos. Son obnubilados del oído, embotados acústicamente, con perjuicio para las funciones intelectuales; es una especie de estupidez auditiva, comparable a la de una persona que llega a un país cuyo idioma le es desconocido. Los pacientes están tan trastornados en su psiquismo que se inhiben inconscientemente de todas las impresiones auditivas, al punto de que, por ejemplo, en la calle, no saben evitar atropellos por vehículos, a pesar de que físicamente tienen intacta la agudeza auditiva.

La actitud del enfermo contribuye a facilitar el diagnóstico. La expresión facial tiene algo "sui generis", elocuente para el médico observador: "Facies ansiosa", que precisa si se trata de un sordo real o aparente. La manera de hablar es peculiar: Es inconfundible la voz monótona y chillona del sordo orgánico; por el contrario, el neurótico tiene elocuencia anormal, artificiosa y teatral: Grita desmesuradamente o emite sonidos confusos, tenues, en forma de murmullos.

Son personajes deprimidos, impresionables, cuyas facies pasa pronto de la rubicundez a la palidez. No son raros temblores de las manos, así como tampoco trastornos del aparato locomotor: Pseudoanquilosis articulares, especialmente de las rodillas. Presentan hipoestesia a los estímulos dolorosos. El verdadero sordo es presa de gran tristeza, se desespera pensando en la privación de las principales alegrías de la existencia; está inquieto por su porvenir y la factible imposibilidad de ganarse el sustento de su vida.

Si manifiestan vértigos, no es posible establecer la existencia de trastornos vertiginosos de tipo rotatorio. Dicen sentir mareos, tener ante los ojos objetos brillantes o negros. La cabeza les da vuelta y se les nubla la vista. No pueden permanecer de pie, ni caminar por oscilaciones del cuerpo. Hay propensión a caídas, particularmente al cerrar los ojos: que se caen aun estando sentados. No hay pérdida del conocimiento. La pérdida del equilibrio disminuye en el decúbito dorsal y se exagera por movimientos de la cabeza. A veces el marco aparece exclusivamente en las noches al acostarse: Sienten que la cama se hunde; en estos casos concurren conflictos sexuales en relación con el lecho.

Pueden observarse las llamadas sustituciones mórbidas, por ejemplo, el vértigo que puede ser suplantado por una jaqueca y reaparece al disiparse los síntomas de esta. Son expresiones de un mismo conflicto psíquico.

En sus "curriculum morbis" se evidencian estigmas de nerviosismo con ermitismo: Exaltación de la sensibilidad. Así mismo es significativo que la hipo-

acusia no se presenta inmediatamente después del accidente traumático, sino posteriormente, hasta tardíamente. Sin embargo, puede acontecer que estén presentes estados patológicos auriculares: Ceruminosis, infecciones crónicas del oído externo por microbios u hongos (eczemas, otomicosis); del oído medio: Otorreas con perforaciones timpánicas u otitis medias secas; del oído interno: Otosclerosis comenzantes.

Algunos pacientes psicóticos expresan tener además de la hipoacusia, "tinnitus aurium". Son hipocondríacos, preocupados únicamente por su mundo interior y no por las cosas o acontecimientos circundantes, que suelen percibir en forma exagerada los movimientos y ruidos naturales de su propio cuerpo, con caracteres altamente significativos para ellos. No es raro que conjuntamente aparezcan cefalalgias o crean tener algo malo dentro del cráneo, debido al embotamiento y pesadez cefálica. Contribuye a hacer más pesimista la situación, la poca confortación que los tratamientos sin bases etiológicas les proporcionan.

El histerismo es esencialmente una autosugestión, una simulación inconsciente, pero puede mezclarse con simulación voluntaria. Los cofofóbicos histéricos se quejan de sordera de ambos oídos. Pertenecen casi con exclusividad al sexo femenino. La fobia puede aparecer en la niñez, en la época de la pubertad, pero predomina en adultos. Son jóvenes que por convivir con padres sordos han conocido los estorbos y enojos, aun hogareños, que esta desdicha acarrea. Se caracterizan por gran serenidad, salvo que tengan mareos, vértigos o acúfenos, secuelas de traumatismos acústicos pero con hiperexcitabilidad imaginativa respecto a futuras contrariedades sociales o tropiezos amorosos, porque en el amor no se puede gritar, y las conversaciones no deben ser escuchadas por los demás. El fóbico por el contrario es triste, obsesionado por su mal, sin tendencias a fabulaciones o inventivas.

La sordera histérica es total. Empieza bruscamente por una emoción, un traumatismo, una ligera inflamación ótica, sin síntomas premonitorios, sin zumbidos ni vértigos. Es una cofosis muy absoluta para ser real. Puede iniciarse con mínimas lesiones auriculares, pero lo más común es que se presente en oídos absolutamente sanos. No reaccionan a las conmociones intensas, tales como portazos o pasos ruidosos del médico que se les aproxima por la espalda, contrariamente al verdadero sordo que con frecuencia percibe estas sensaciones de orden táctil.

A menudo solo hablan después de haberles voceado varias veces, constituyendo lo que erróneamente se ha llamado "prolongación del tiempo de comprensión". No responden a los más fuertes gritos; no oyen ni los cercanos al pabellón auricular, "ad conquam" de los prístinos autores. El histérico aparece indiferente a su desgracia; no sigue los labios de su interlocutor, ni hace esfuerzo alguno de adivinación. El simulador no solamente no mira la cara del dialogador, sino que rehuye su mirada de manera evidente; teme traccionarse y está rígido con inmovilidad exagerada. El sordo orgánico intenta leer en la boca de quien le habla.

Han sido señaladas otorragias coincidiendo con sorderas histéricas, que están relacionadas con la función menstrual. Generalmente son unilaterales, de duración y repetición irregulares. Obedecen a trastornos vaso-motores locales

con fuerte congestión, seguida de rotura vascular de las arterias de la miringe, comparables a los de la pituitaria, que se acompañan de epistaxis.

A veces presentan algias auriculares fantasmas: Otagias psíquicas o neuróticas. En ellas la fiebre está ausente y el examen de la mastoides muestra que frotamientos o pellizcamientos de la piel son tan dolorosos como la presión verdadera. Mínimos contactos en el conducto auditivo externo o la oreja exageran el dolor. Son verdaderos maniáticos de la cirugía, que van con sus dolores de especialista en especialista, no siendo raro, infortunadamente, que encuentren uno que se compadezca y los opere, haciéndoles luego la vida imposible con reclamos e injurias. Algunas desean se las opere bajo anestesia local por temor de revelar secretos durante el sueño anestésico. No pocas veces, a consecuencia de operaciones, se han desatado delirios de persecución, incluso con intentos paranoicos de homicidio contra el cirujano. Aparte los síntomas referidos al oído, no suelen presentar otros que indiquen manifestaciones pitiáticas. En los antiguos tratados de otología se mencionaban estigmas histéricos: Anestesiolas del tímpano y de la faringe, que son inexistentes.

Por regla general las cofofóbicas histéricas son de indiferencia característica. Cerrando el oído al mundo que las rodea, rehuyendo conversaciones o contestando inadecuadamente a preguntas, se aíslan y hasta consiguen la soledad ambiental. Con la sordera y el mutismo que conlleva, obtienen crear condiciones afectivas agradables para ellos y así llamar la atención y atraer hacia sí el interés y la simpatía de familiares y amigos: "Complejo sensorial negativo", que es una de las armas psíquicas de los perturbados y desequilibrados. Llevan la exageración al punto de no hablar sino cuando se les invita por escrito. Para ellas es un gran placer mostrar su invalidez, cultivándola con tenacidad.

El diagnóstico puede ser difícil y debe fundamentarse en los aspectos clínicos de la sordera y la existencia de disturbios psíquicos en relación patodinámica con ella. Lo entorpecen la aparición de otitis externas medicamentosas por aplicaciones de fármacos irritantes de la piel, del conducto y el tímpano, en forma de instilaciones líquidas o insuflaciones de polvos, que ocasionan dermatitis y miringodermatitis, que hacen creer a los pocos avezados, en procesos mastoideos inexistentes.

Los exámenes no proporcionan seguridades absolutas con respecto al tipo de hipoacusia, porque no en varias, sino en una misma exploración, hay datos que hablan en favor de sordera de oído interno y al poco tiempo de oído medio. En las sorderas postraumáticas reales las pruebas funcionales, acústica y estática, cuidadosamente practicadas dan siempre el mismo resultado en repetidas observaciones. Las hipoacusias histéricas son frecuentemente variables, con mejorías o agravaciones repentinas de la audición.

El pronóstico es bueno. No existen perturbaciones auditivas psicógenas incurables y es muy favorable cuando no están mantenidas por terapias inadecuadas.

Cuando la sordera histérica es de forma mixta: Histero-orgánica, es decir, coincidente con lesiones anatomopatológicas: Perforaciones timpánicas, otosclerosis, etc., que necesitan ser operadas: Miringo y timpanoplastias, estapedectomías, la cura es más difícil y el éxito menos satisfactorio desde el punto de vista psíquico.

Desconfiar de los pacientes que se muestran muy enterados en detalles fisiopatológicos, por haber leído en enciclopedias o libros de la especialidad, los capítulos sobre sorderas. Ellos no están interesados por el tratamiento sino en provocar altercados, con la pretensión de convencer al médico de que su terapéutica está equivocada.

A los que exigen explicaciones, no evadirlas, pero tampoco darlas muy minuciosas. Ellos tienen derecho a elucidaciones, pero en forma clara y escueta que no aumenten aprensiones y tendencias neuróticas. De acuerdo con las dotes intelectuales y el estado anímico, se harán esclarecimientos esenciales, instructivos y sinceros. Ser parco con los aprensivos, porque cualquier comentario puede ser de resultados desastrosos.

Para el tratamiento prescindir de cualquier acción local, porque fijan de tal modo la conciencia de enfermedad en los pacientes, que es casi imposible alcanzar mejorías del estado psíquico. Se ocasionan perjuicios y no beneficios, con maniobras locales auriculares, en particular, politizaciones, cateterismos tubarios, inyecciones de suero fisiológico en la zona mastoidea, puntos de fuego o aplicaciones de corrientes eléctricas. En otología, como en cualquier otra rama de la otorrinolaringología, no debe considerarse exclusivamente la sintomatología local, sino el enfermo "in toto" integralmente.

Los familiares y amigos no suelen creer en las sorderas, lo que contribuye al aumento de la invalidez neurótica. Evitar pronunciar palabras o cumplir actos compasivos que acrecientan la idea de incurabilidad. No debe darse mucha importancia al padecimiento pero tampoco hacerles sentir la incredulidad.

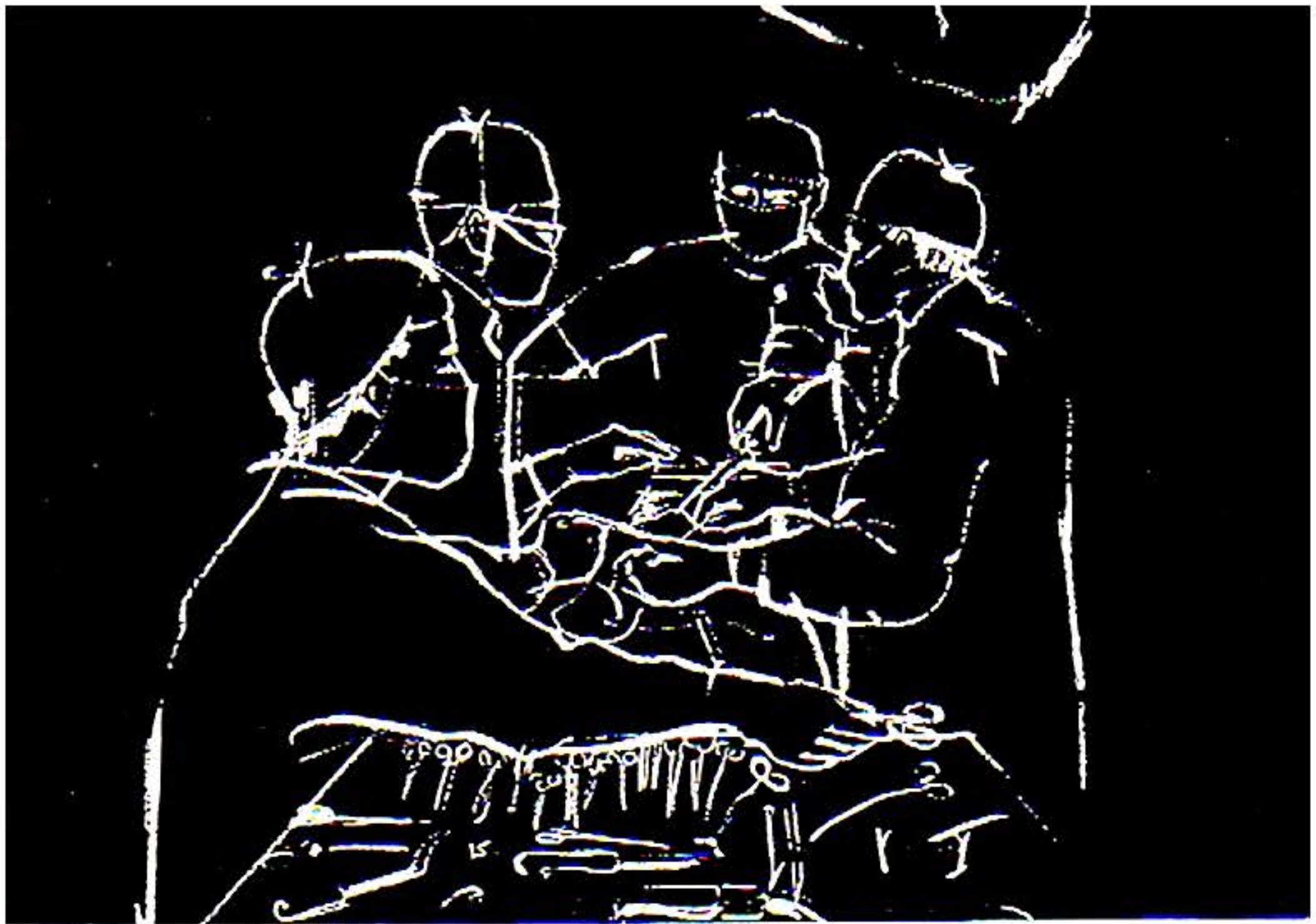
Lo mejor es buscar la colaboración del psiquiatra, porque si el otólogo ha de conducir la cura debe obligatoriamente poseer conocimientos y práctica suficiente en psicoterapia, sin lo cual causará más perjuicios que beneficios. No existen esquemas de tratamientos; cada enfermo debe ser tratado de acuerdo con sus características psíquicas. En los casos de sorderas postraumáticas debe pedirse consulta al neurólogo.

Para los sordos psicógenos los medicamentos sedantes no son ventajosos. Deben proscribirse, porque los sumen en estados de estupor, nada provechosos para captar sonidos, palabras o notas musicales, que son los mejores estimulantes fisiológicos, los tónicos normales del oído. Vida higiénica, psicoterapia, alojamiento de la convivencia con sordos, cambios de ambientes y climas, tonificadores del estado general (glicerofosfatos, arsenicales, estriquina, vitaminas). Si precisan calmantes e hipnóticos, prescribir los más suaves (bromuros y sus derivados, valeriana y sus compuestos, passiflora, derivados de la clorpromazina). Son estas, bases primordiales del tratamiento, que si no es de manifiesta rápida utilidad, no tarda mucho en ser provechoso, tanto para los sufrientes como para sus familiares, atemorizados ante una sintomatología de aparente gran importancia y gravedad.

Hay que inculcarles el convencimiento de que la sordera no es un infortunio, y evitarles así complejos de inferioridad y sentimientos de incapacidad

social. La influencia sugestiva reactivando el psiquismo logra la curación. Puede ser útil para alcanzarla con prontitud, inducir ligeras anestésias generales, semi-narcosis, o provocarles leve embriaguez alcohólica. Son medios simples que permiten anular suspensiones inhibitorias, entorpecedoras al logro de la normalidad funcional auditiva, sin necesidad de recurrir a otros procedimientos de la terapéutica psiquiátrica. El sueño hipnótico puede ser intentado por médicos experimentados en esta terapéutica.

Las cofofobias sin ser infrecuentes en la actualidad, eran corrientes en años pretéritos, cuando los sordos en busca de la felicidad de oír, se servían de cornetas acústicas de gran tamaño, cuyo uso impresionaba, desagradablemente, por incómodos y de muy poco o nulo rendimiento: Carentes de amplificación, obligaban a gritar a los interlocutores. En la actualidad, las prótesis radio-eléctricas, se han miniaturizado, son fácilmente ocultables y muy beneficiosas, porque facilitan oír la palabra hablada y permiten disimular la incapacidad de sus oídos, suprema aspiración de los hipoacúsicos; satisfacen señaladamente la estética femenina. Integran poderosos recursos para aquellos a quienes los medicamentos o la cofocirugía no alcanzan a proporcionarles confortables alivios.



En la anestesia, sólo Fluothane ofrece todas estas ventajas

Potencia

se obtiene con presteza, suavidad y exactitud cualquier nivel de anestesia.

Precisión

se logra fácilmente un rápido ajuste de la profundidad.

Flexibilidad

puede administrarse por goteo directo, en circuito abierto, sin o con sistema de reinhalación parcial o completo.

Comodidad

mínimo olor, inducción agradable, recuperación rápida sin incidentes, pocas secuelas posoperatorias.

Adaptabilidad

usado en más de 30 millones de pacientes, en todo tipo de intervenciones, desde recién nacidos a nonagenarios.



Imperial Chemical Industries Limited
Pharmaceuticals Division
Macclesfield Cheshire England

Distribuidores exclusivos en Venezuela
H. KERN & Co., S. A.
Aptado 1667 - Tel. 34 05 11
Caracas

Fluothane

Halotano

Marca de fábrica

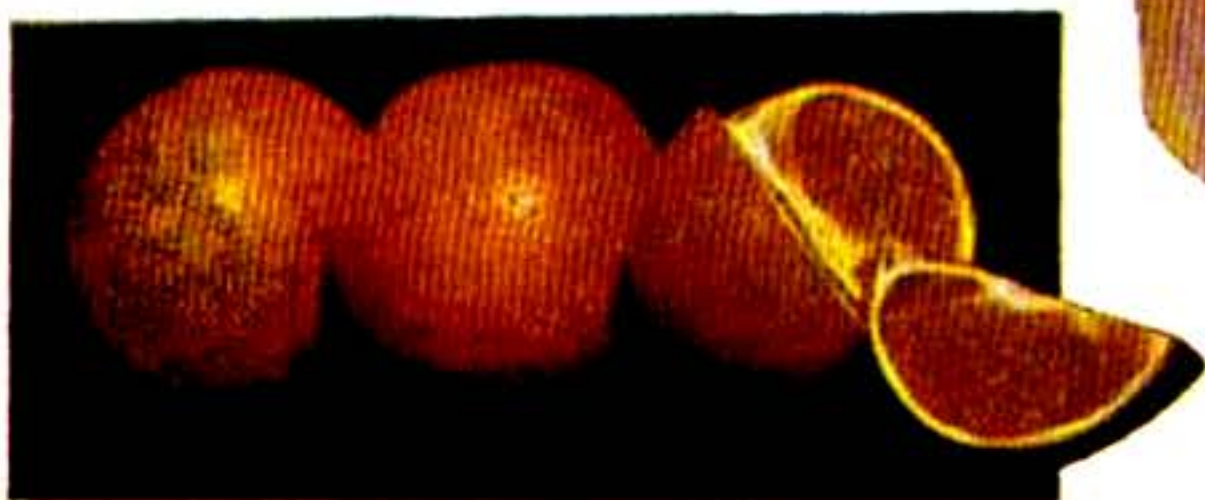
De fundamental importancia
en la Anestesia

Oranvit[®]



Oranvit[®] Vitamina "C"

Cada sobre de Oranvit contiene
1 gramo de Vitamina C. y
1 gramo de jugo natural liofilizado de naranja
(equivalente al jugo de 3 naranjas frescas)



INDICACIONES:

- Medicación intensiva con Vitamina C
- Gripe, afecciones gripales, convalecencia
- Pre y post operatorio
- Síndromes hemorrágicos, fragilidad capilar
- Estados de "stress" y "surmenajes"
- En medicina deportiva
- En periodos de embarazo y lactancia

POSOLOGIA

Disolver en 1/2 vaso de agua fresca, el contenido de 1 sobre, una o más veces al día.

PRESENTACION

Caja de 10 sobres



Una preparación original de vitamina C de:
Laboratorios Químicos Nacionales C. A. "QUINAC"
Apdo. 9519 Caracas



NORMOSOL



LO LOGICO ES USAR:

NORMOSOL-M CON DEXTROSA AL 5% , en lugar de Solución Dextrosa al 5%.

NORMOSOL-R, en lugar de Solución Salina Normal.

NORMOSOL-R CON DEXTROSA AL 5% , en lugar de Solución Gluco-Fisiológica y/o Ringer-Lactato.

Abbott Laboratories, C. A.
Caracas-Venezuela



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**

ESPECIFICO
para su paciente
HOSPITALIZADO

Pentrexin

(AMPICILINA)

Parenteral
125 - 250 y 500 mg



INDICADOR DE FUNCION PULMONAR



NOG[®]

para Diagnósticos - Terapia - Pronósticos - Investigación

Sencillo... conveniente... liviano... compacto - este instrumento delicado puede usarse en cualquier parte, desde la oficina al laboratorio; desde la cama del paciente a las unidades de cuidado intensivo. Con una sola prueba de exhalación forzada de la respiración, el Transductor recibe y traduce el

flujo de aire exhalado en señales electrónicas que aparecen como lecturas directas en las escalas lineales. La prueba es rápida y simple. No necesita papel especial, cálculos o accesorios. Tiene circuitos de memoria. Las pruebas pueden ser repetidas tantas veces como se desee.

El Transductor es intercambiable y puede ser esterilizado en frío. Ofrece mínima resistencia.

El indicador completo solamente pesa 9 1/4 libras.

CHEMETRON

TRADUCCION

Monitor respiratorio



Medidor de máxima ventilación por unidad



Indicador de volumen minuto

Para información o una demostración, consulte nuestro Departamento Medicinal sin compromiso.

GIV - Caracas

GIV C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA Servicios Medicinales

Caracas: Edificio Trío 1er. piso Plaza Sur Altamira - Telfs. 33.53.81/83 - 33.69.38

Maracaibo - Valencia - Maracay - Barquisimeto - Puerto Ordaz - Pto. Fijo - San José de Guanipa.

El Uso del Yodotalamato de Meglumina al 60 0/0 en los Estudios de las Colecciones Subdurales

Dres. Abraham Krivoy *
Miguel Dao **

INTRODUCCION:

La precisión de los métodos diagnósticos constituyen una necesidad, más aún, cuando los riesgos del procedimiento son escasos en relación al planeamiento de una terapéutica ajustada y racional.

En esta comunicación continuamos desarrollando la idea de conocer con exactitud las dimensiones de las colecciones subdurales, particularmente las post-meningíticas, para tratar de hacer un abordaje quirúrgico más adecuado sobre la lesión.

TECNICA

Dejando el niño en ayuno, 5 minutos antes del estudio se le provoca una sedación de seconal por enema a razón de 10 mlgrs. por kilo de peso. Se prepara asepticamente la región de la fontanela anterior después de rasurada y lavada y se coloca en decúbito dorsal. Se utilizan agujas cortas No. 20 de punción lumbar con bisel corto.

Se practican habones de 1 a 2 cc. de Novocaína al 1% en los ángulos externos de la fontanela. El niño es "fijado" mediante una sábana que se enrolla

* Profesor Asociado de Clínica Neurológica de la U.C.V. Adjunto a la Sección de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas y del Servicio de Neurocirugía del Hospital J. M. de Los Ríos y Centro Médico. M.T.S.V.N.C., F.A.C.S.

** Profesor Titular de la Cátedra de Radiología y Jefe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario de Caracas. Radiólogo del Instituto Nacional de Venereología y de la Creole Petroleum Corporation.

en el tronco englobando los miembros superiores e inferiores a manera de "bloque" o "estatua" y esta situación se deja al cuidado de una auxiliar.

Actuando asepticamente con guantes, batas, etc. Se realiza la punción subdural en ángulo externo de fontanela, o si ésta es muy amplia, a más de 2 a 3 cms. de la línea media para evitar los puentes venosos que van de la corteza al seno longitudinal superior y no aumentar así las hemorragias.

Atravesada la piel, se suele sentir con nitidez la resistencia de la duramadre que es vencida adecuadamente poniendo los dedos sobre la aguja en tal forma que no perfora a la duramadre más allá de un milímetro.

Al corroborar la salida del líquido subdural, colocamos el manómetro de presión, tomando la presión inicial, luego tomamos muestras para bacteriología, laboratorio rutinario y para citología por sedimentación, de cuyos resultados el neurocirujano decidirá la oportunidad de la intervención.

Realizado lo anterior inyectamos 6 cc. de aire subdural y tomamos placas anteroposterior y lateral sin mover al paciente, ya que la lateral se realiza con rayos horizontales.

Generalmente, al llegar al estudio radiológico ya estamos enterados por las punciones subdurales previas, si la colección es una o bilateral y si es grande o pequeña, por la cantidad de cc. que se retiran en las punciones subdurales.

Aún cuando la colección subdural ha sido todo el tiempo unilateral para el momento de la prueba radiológica realizamos nueva punción del lado negativo para verificar la consistencia evolutiva de la negatividad de la colección en ese lado.

Si la colección es grande podemos inyectar 6 cc. más de aire en los lados de la colección subdural, sea unilateral o bilateral.

Si es pequeña la colección, después de los primeros 6 cc. tomamos en una inyectora de 20 cc., 6 cc. de yodotalamato de meglumina que combinamos con 6 cc. del líquido subdural extraído suavemente de la colección y reinyectamos; tomamos de nuevo las dos placas anteroposterior y lateral sin mover la posición del paciente. Si las imágenes son adecuadas procedemos al resto del estudio; si las imágenes aéreas y yodadas son insuficientes, reinyectamos en la misma forma 6 cc. más de producto yodado, combinando nuevamente con 6 cc. de líquido subdural. Con estas cantidades las imágenes suelen ser suficientes, pero especulamos que pueden inyectarse mayores cantidades del contraste, si así lo requiere el caso, por la presencia de las citadas membranas limitantes internas y externas que no permiten contactar el producto con la corteza cerebral.

Verificadas las 4 primeras placas pilotos de la calidad de las imágenes se retiran las agujas y se puede tomar si se desea una secuencia del doble salto de Ziedses Des Plantes que se utiliza en las hidrocefalias con algunas placas adicionales.

Es necesario aclarar que nosotros, aún cuando realizamos el estudio aéreo del espacio subdural con presencia de memta por la membrana limitante interna,

que pasa regularmente por encima de las circunvoluciones, no penetrando en las cisuras, y esto se visualiza con facilidad en la primera parte del pneumograma aéreo. Aún cuando en las grandes colecciones subdurales, el aire suele ser suficiente para el estudio de la cavidad subdural, la ayuda con el contraste yodado es extraordinaria, ya que penetra en los intersticios mejor que el aire.

Colocándose el aire en las partes altas y el contraste yodado en las partes declives, la combinación de ambos, mejora notablemente el diagnóstico al utilizar las múltiples posiciones ya señaladas en la técnica.

Un dato adicional que puede ser valioso, sin establecer aún una correlación estadística, es aquel que al demostrarse la corteza cerebral separada varios centímetros del hueso, puede ensombrecer el pronóstico del niño, es decir, a mayor separación entre hueso y corteza mayor probabilidad proporcional de retardo psicomotor y posibilidades de convulsiones; este dato radiológico adquiere gran valor, cuando se correlaciona con el factor cronológico de duración de la patología. En términos generales se dice que si el tiempo de evolución de la colección subdural es mayor de 9 meses, los signos de retardo psicomotor suelen ser irrecuperables.

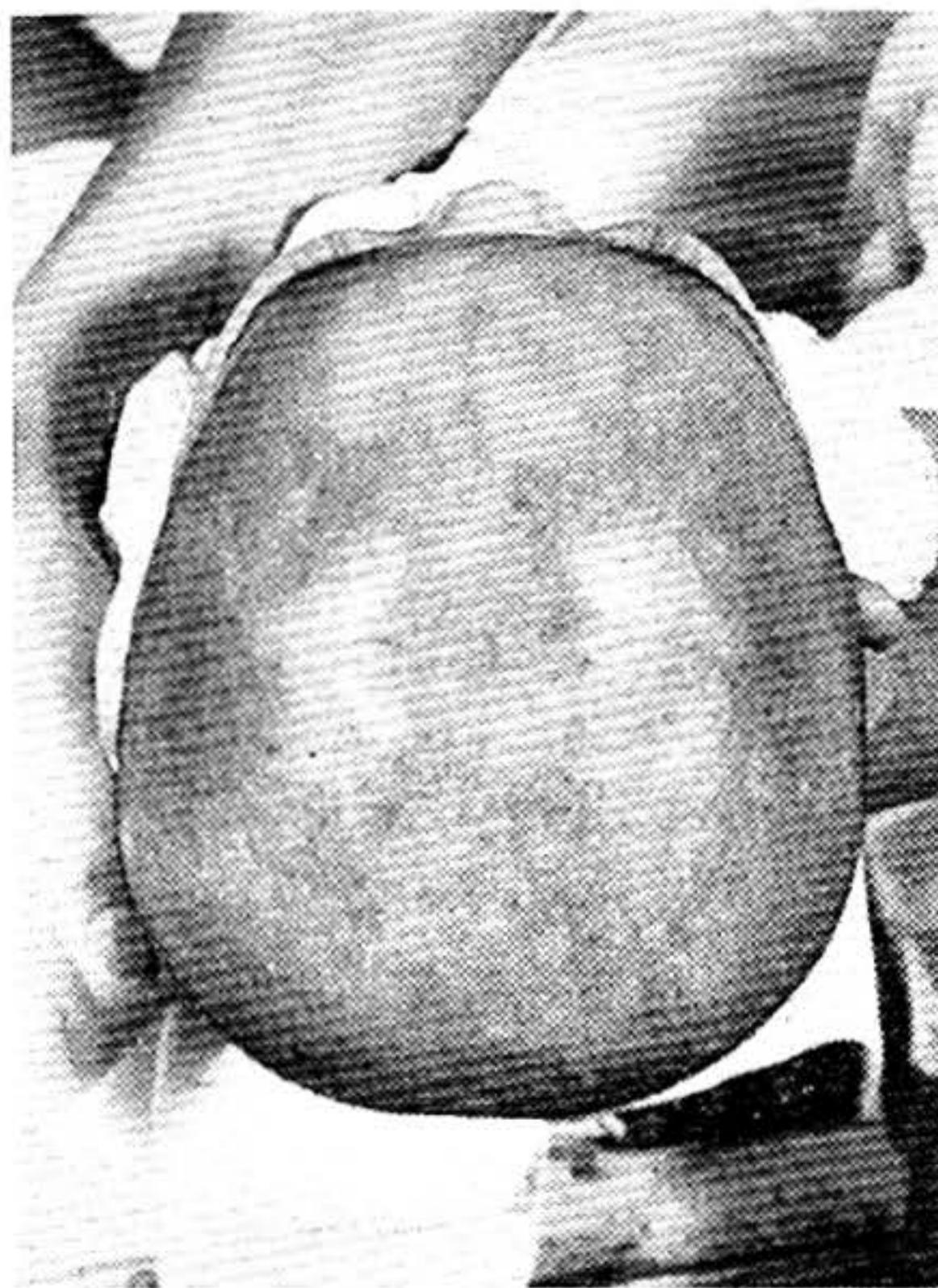


Fig. 1.—S.M.C. se dice que existe un cráneo de las colecciones subdurales caracterizado por ser braquicéfalo con diámetro biparietal ancho, aún cuando este cráneo no es específico de esta patología.

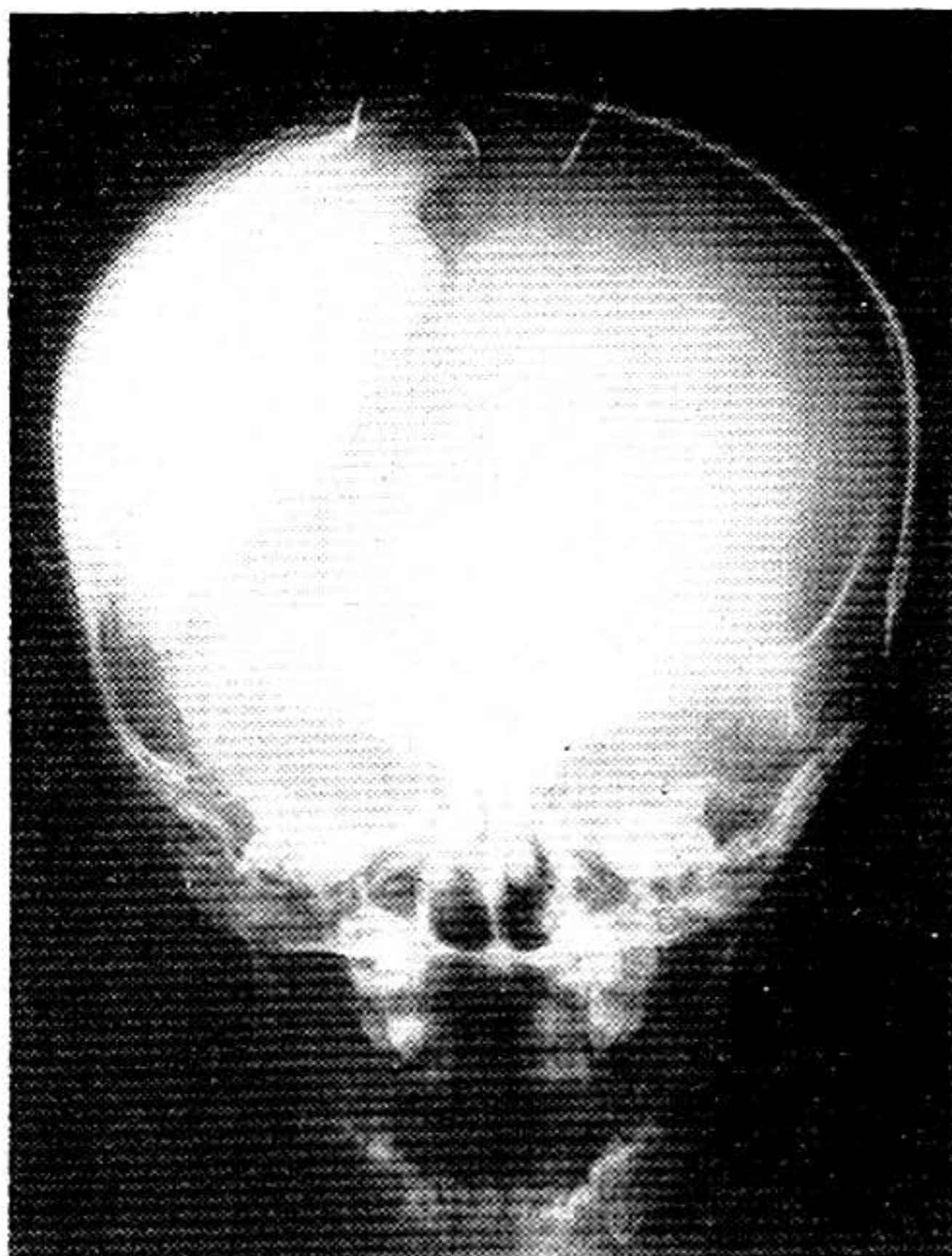


FIG. 2.—CASO 11. A.A. Paciente masculino de 1 año de edad con colección post-meningítica derecha. Obsérvese las dos agujas colocadas en la fontanela anterior fuera de la línea media. La punción subdural izquierda fue consistentemente negativa. La mancha blanca hemisférica derecha corresponde a la inyección de 6 cc. de yodotalamato de meglumina al 60% disuelto en igual cantidad de líquido subdural y se reinyecta suavemente en la cavidad subdural. El paciente está en decúbito dorsal y el contraste yodado corre hacia atrás, siguiendo la gravedad.

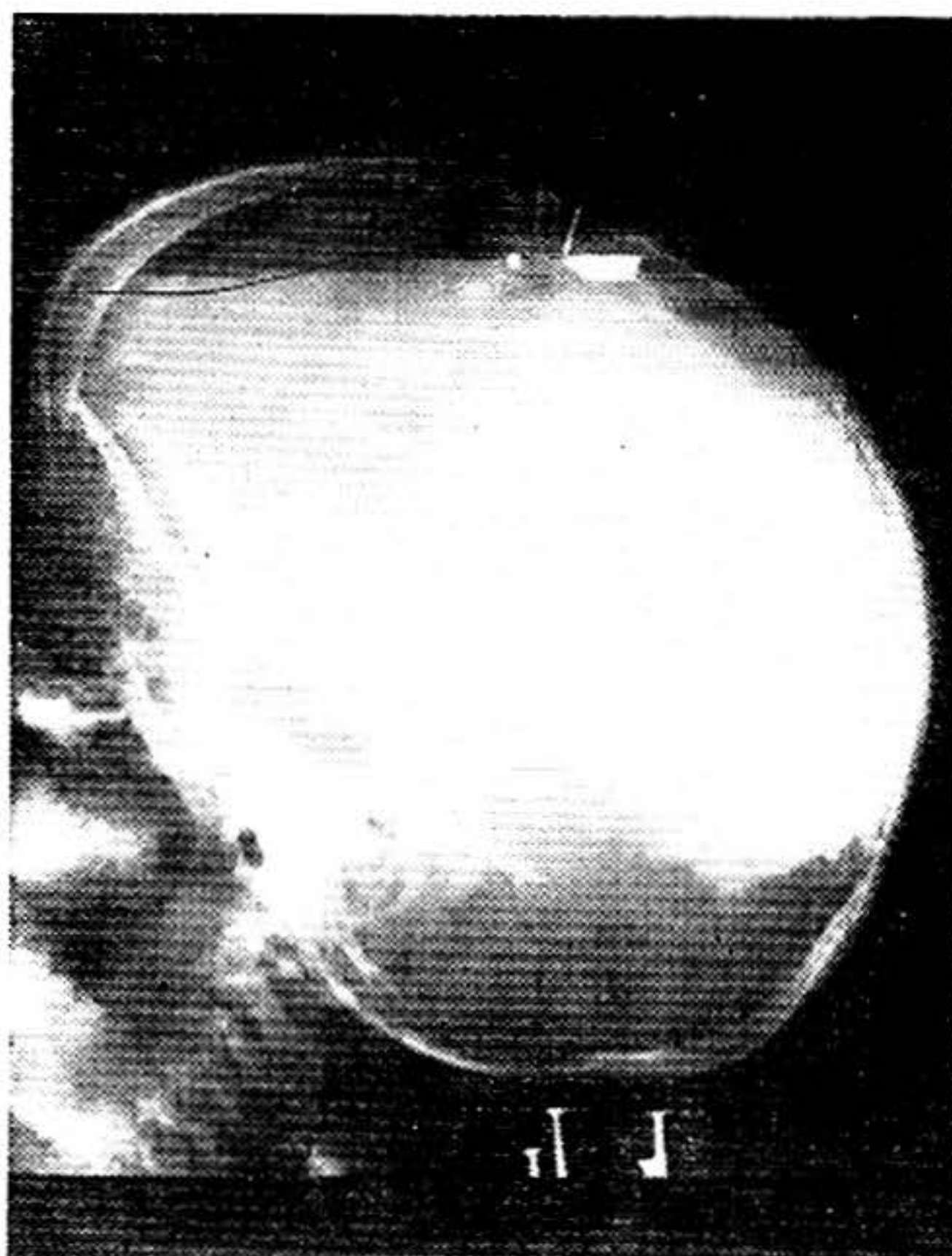


Fig. 3.—CASO II.—A.A. Sin mover al paciente del decúbito dorsal y tomando la placa lateral con rayos horizontales se puede observar el pneumograma subdural mixto: aire, en negro, ocupando el polo frontal. El límite aéreo está dado por la línea horizontal del nivel del líquido subdural. El Conray, en forma de mancha blanca, da el límite posterior de la colección. Al integrar las imágenes aéreas y yodadas se deduce el tamaño de la colección subdural que en este caso abarca todo el hemisferio.

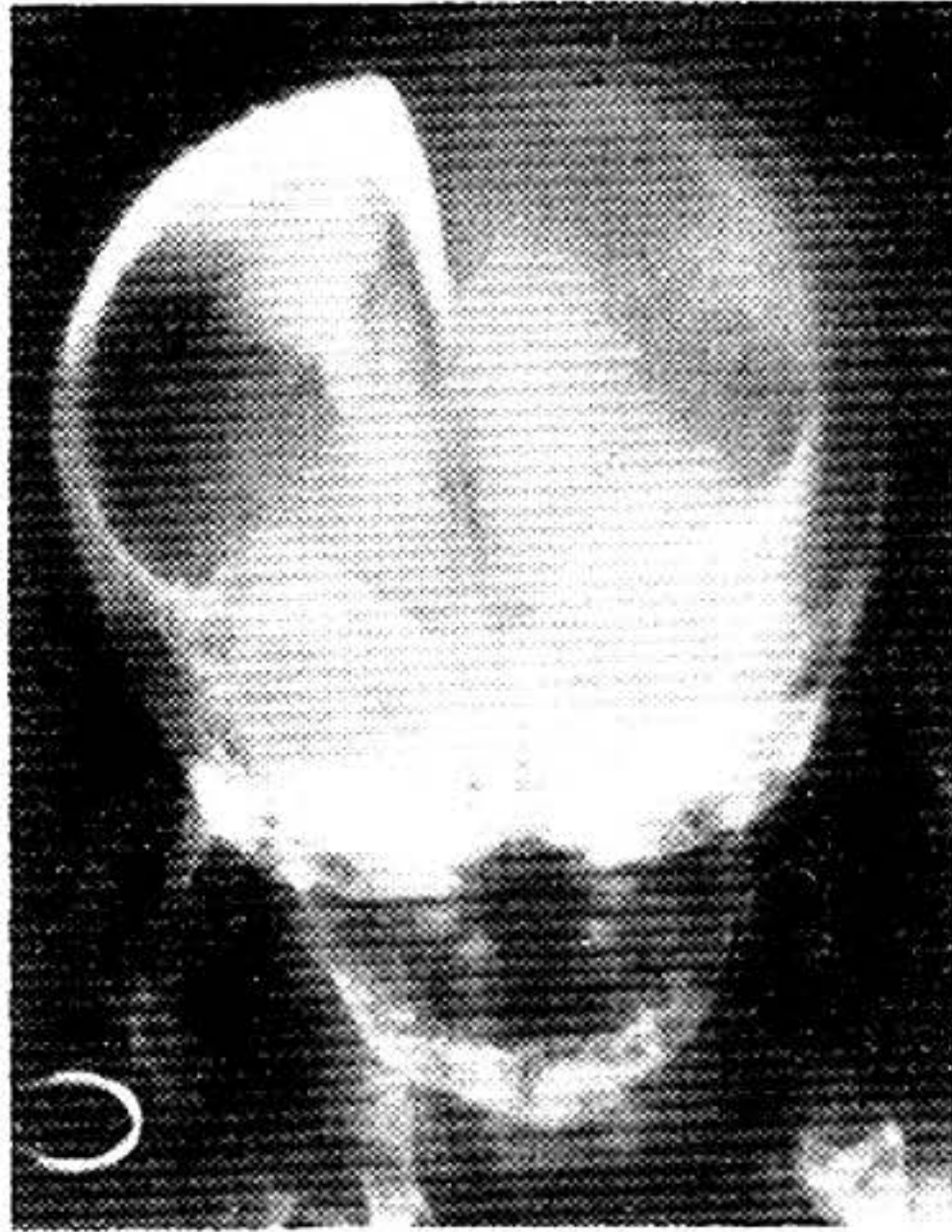


Fig. 4.—El contraste yodado, solo del lado derecho está difundido en el líquido subdural y parcialmente concentrado medialmente dibujando la línea media

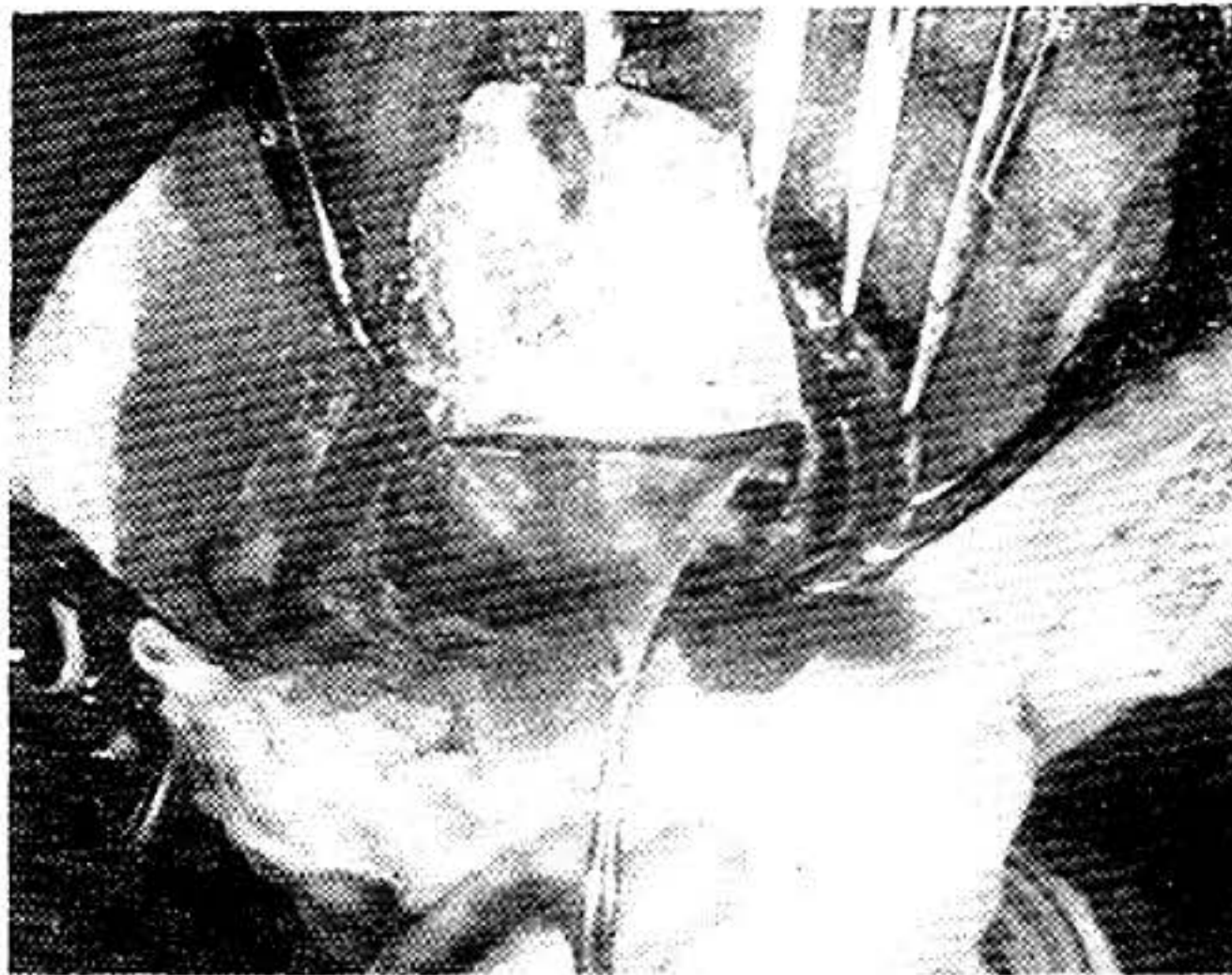


Fig. 5.—CASO III J.G.G. En la craniotomía parietotemporal derecha se aprecia la duramadre blanquecina, evertida hacia abajo y la membrana limitante externa, gruesa, mate, agarrada por la pinza de Adson, después de haberse drenado más de 60 cc. de líquido hemorrágico.

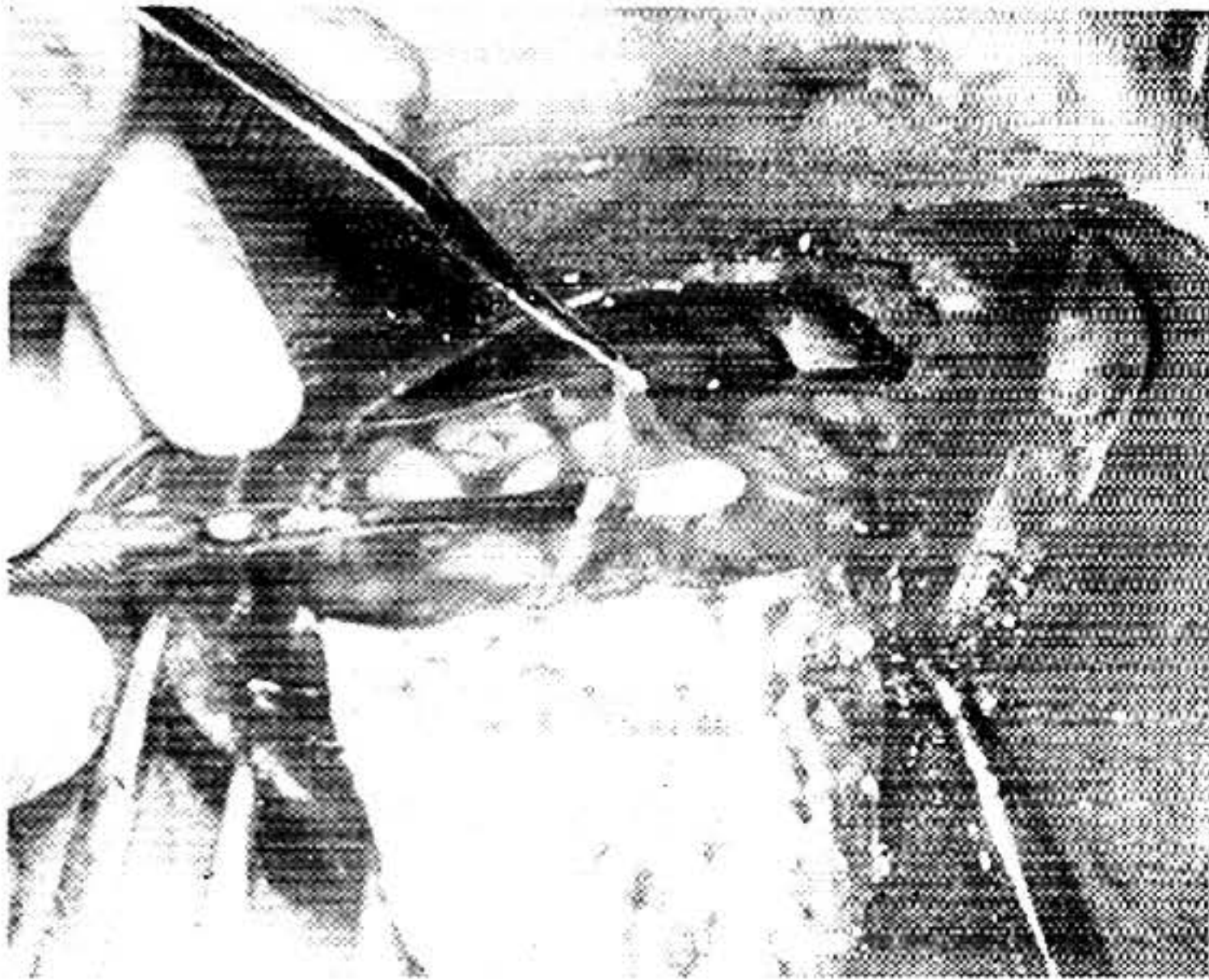


Fig. 6. CASO III J.G.G. Después de extirpada la membrana limitante externa, cuidadosamente se levanta la membrana limitante interna que se abre y fácilmente se desprende de la aracnoides. En la figura, la membrana limitante interna es desprendida con el elevador de perioste. Dicha membrana es más delgada y transparente que la externa.

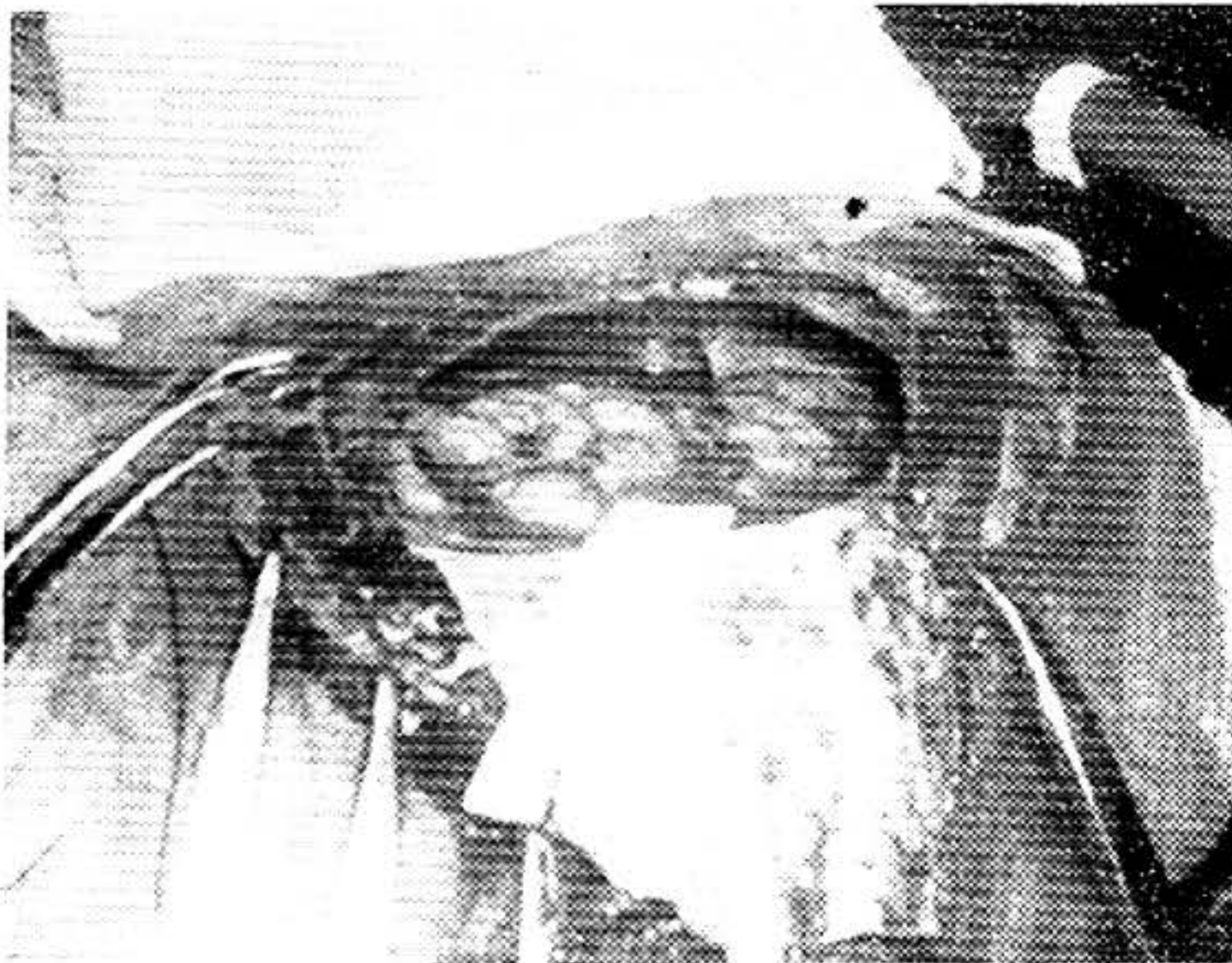


Fig. 7.—CASO III. J.G.G. Después de extirpadas ambas membranas, puede observarse el gran rechazamiento de la corteza, que aparece cerca de 3 y 4 cms. distanciada del hueso a lo largo y ancho de todo el hemisferio. Este rechazamiento crónico de la corteza la lleva a la atrofia que constituye la causa del retraso psicomotor y las convulsiones.

COMENTARIOS FINALES

Buscando un modo más exacto del diagnóstico de la lesión y sus dimensiones, la pneumografía subdural aérea nos proporciona esos datos, tomando placas en diferentes posiciones, incluyendo la placa de pie colgantes. Pero usando el contraste Yodotalamato de Meglumina al 60% simultaneamente con aire, el contraste yodado inmediatamente se ubica en la parte más declive de la cavidad subdural y el aire en su parte superior, de modo que con algunas pocas placas obtenemos las dimensiones de la cavidad y deducir el planeamiento quirúrgico adecuado. El contraste yodado a los 4 minutos desaparece como contraste yodado y hasta el momento de la comunicación no se han presentado ninguna complicación inmediata atribuible al contraste yodado.

Se han utilizado de 6 a 8 cc. del Yodotalamato de Meglumina al 60%, mezclando en la jeringa de 20 cc. con igual o mayor cantidad del líquido subdural y reinyectándolo a la cavidad nuevamente.

En los casos de grandes colecciones, el estudio aéreo suele ser suficiente ya que ocupan la totalidad del hemisferio y no se justifica el uso de Yodotalamato de Meglumina al 60%; pero en los casos de pequeñas colecciones que no "se secan" a pesar de punciones repetidas si es recomendable el uso del contraste ya que con el aire es capaz de delimitar en mejor forma las dimensiones de los límites de la cavidad y por ende un planeamiento quirúrgico en el abordaje más seguro.

RECORDATORIO COLECCIONES SUBDURALES

- 1.—Las colecciones subduralcs, no importa su origen, post-traumático o post-meningítico constituye una de las causas relativamente frecuentes de retardo mental y manifestaciones convulsivas que por el mecanismo de compresión encefálica y atrofia subsecuente determinan las secuelas mencionadas.
- 2.—Las colecciones subdurales constituyen una de las causas de retardo mental perteneciente al campo neuroquirúrgico cuyo diagnóstico escapa relativamente fácil a los médicos por no poseer nada típico o común en su historia.
- 3.—"PENSAR EN LA COLECCION SUBDURAL ES HALLARLA" es una afirmación aún no suficientemente difundida ni valorada.
4. Todo niño que se aparte de las normas del desarrollo, tenga o no antecedentes traumáticos, meningíticos, o fiebre sin causa conocida debe descartarse una colección subdural.
- 5.—No son raros microcéfalos portadores de retardo mental con colecciones subdurales.
- 6.—De una manera general se acepta que la colección subdural operada aún hasta los 9 meses de su formación suele permitir un rescate global satisfactorio de manifestaciones deficitaria en el retardo mental.

- 7.—Toda meningitis o traumatismo de evolución tórpida obliga a descartar la membrana subdural.
- 8.—La presencia del "cráneo subdural" (cráneo de diámetro biparietal mayor) en retrasados mentales o convulsivante obliga a descartar la colección subdural.
- 9.—El diagnóstico de certeza de las colecciones subdurales se realiza mediante la punción subdural en los lactantes y se completa con pneumograma subdural y con contrastes yodados. En los mayores con pneumoencefalografía. En algunos casos dudosos se ha requerido llegar a la trepanación exploradora.
- 10.—El líquido obtenido de la punción debe evaluarse en su tenor de proteínas, conteo de rojos y blancos, cultivo; todo para verificar en las sucesivas punciones si la efusión se "secará" o requiere tratamiento neuroquirúrgico.
- 11.—Las efusiones bilaterales con formación de membranas obliga a realizar dos intervenciones separadas por 10 a 15 días entre una y otra. Las intervenciones dobles simultáneas son muy mal toleradas.

S U M M A R Y

Ten cases with real and pseudo subdural effusion were studied with subdural pneumographie alone and combined with meglumine iothalamate al 60%. This new technique were recommended in all cases with small subdural collection and some cases with atypical hidrocephalus where we find 2 cases with hipoplastic hemisphere and one case with porencephalie. In the real subdural effusion were recommended to better know the size of the subdural cavity and to a better planning of the operation.

A G R A D E C I M I E N T O

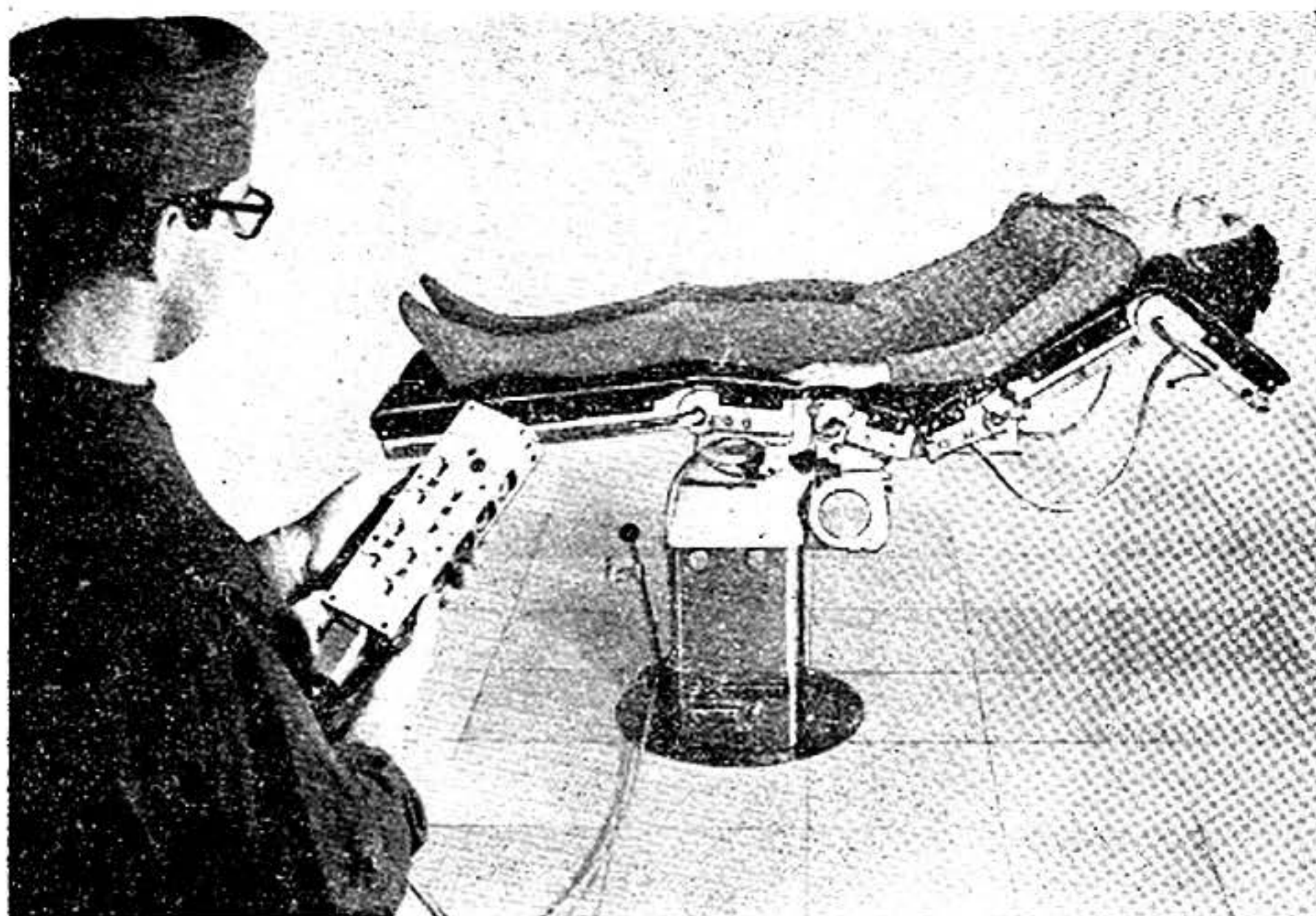
Quiero dejar testimonio de mi agradecimiento a los Sres. Victor Maldonado y Jesús Maldonado, respectivos Jefes de Servicios de Fotografía Científica y Departamento Audiovisual de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, así como a sus colaboradores por el permanente entusiasmo y disposición así como por el esmero y calidad de sus trabajos.

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

- 1.—CROSBY, R.M.V.: Subdural collections of fluid infants and children. Clinical neurosurgery. Vol 5, 1958. The Williams & Co. Baltimore. Pág.: 66 - 76.
- 2.—CROSBY, R.M.N. and DENNIS, J. M.: Subdural collections of fluid in infant and children. I visualization of capsule with thorium dioxide. Am. J. Roentgend. 76, 507, 1956.

- 3.—INGRAHAM, F. and MATSON D.D. (1949): Advances in pediatrics. Vol. 4, p. 231. Interscience, New York.
- 4.—INGRAHAM, F. and MATSON, D.D. (1954): Neurosurgery of infancy and childhood. P. 383. Ch. C. Thomas Publ., Springfield, Ill.
- 5.—JENSEN, H. P. and KOOS, W. (1962): Fruhkindliche Subduralergüsse bei Meningitis. Med. Welt (Berl.), 44, 2318.
- 6.—KOOS, W. (1962): Postmeningitische Ergüsse im Säuglingsalter. Neue Ost. Z. Kinderheilk, 7, 35.
- 7.—KOOS, W. (1965): Neurosurgical treatment of postmeningitic subdural effusions in infants. Proceedings of the Third International Congress of Neurological Surgery. Excerpta Medica Foundation. Copenhagen Denmark, August 23 - 27, p. 849-853.
- 8.—KRIVOY, A.: Escafocefalias. Experiencia personal. IX Congreso Venezolano de Cirugía y Jornadas Venezolanas de Neurocirugía. Marzo 1967. Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Vol. XXII. N° 4 (Boletín 102) Julio-Agosto 1968. Pág.: 859 - 874.
- 9.—KRIVOY, A: Aspectos neuroquirúrgicos de la efusión post-meningítica en niños. XIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Venezolana de Peuricultura y Plediatría 10 - 14 de Noviembre de 1970, Valera Edo. Trujillo.
- 10.—KRIVOY A.: Pneumografía subdural aérea y yodada (Yodotalamato de Meglumina al 60%) en casos de colecciones subdurales. XI Congreso Venezolano de Cirugía. III Jornadas Venezolanas de Neurocirugía. Valencia Edo. Carobobo 23 - 29 de Mayo 1971.
- 11.—KRIVOY, A.: Pneumografía subdural aérea y Yodada (Yodotalamato de Meglumina al 60%) en casos de colecciones subdurales. X Interamerican Congress of Radiology. Puerto Rico. Mayo 1971.
- 12.—MATSON, D.D. (1958): Subdural collection of fluid (Discussion) Clin. Neurosurg. Vol. V. p. 75. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, Md.
- 13.—PEET, M.M. and KAHN, E. A.: Subdural hematomas in infants, J.A.M.A., 98, 1851 1932.
- 14.—PIA, H. W. (1964): Dis traumatischen Hirablutungen des Kindesalters. Acta Neurochirug., 9, 583.
- 15.—SHERWOOD, D.: Chronic Subdural hematoma in infants. Am. J. Dis. Child., 39. 981, 1930.
- 16.—SHULMAN, K. and RANSOHOPF, J.: Subdural Hematoma in Children. The Fate of Children with Retained Membranes, J. Neurosurg. Vol. XVIII, N. 2, March 1961. Págs. 175 - 181.
17. SPITZ, E.: Neurosurgery in the Prevention of Exogenous Mental Retardation. The Pediatric Clinics of North America. Nov. 1959 W. B. Saunders Co. Vol. 6. N° 4.
- 18.—WILLIAMS, J. and STEVENS, H. (1957): Postmeningitis subdural effusions. J. Int. Coll. Surg., 27, 500.

Nueva Técnica revolucionaria al quirófano



La mesa de operaciones "La Nueva Maquet" ofrece sensacionales innovaciones técnicas: Tablero universal de ocho secciones móviles individualmente, permeables a los Rayos X, y con control remoto. Diferentes tableros intercambiables y accesorios para toda clase de intervenciones quirúrgicas. Carro especial que transporta al paciente acostado en el tablero de cirugía. Por eso: mínimo movimiento para el enfermo.

La columna de sustentación permite el óptimo acceso para el cirujano y fácil

aplicación de Rayos X e intensificador de imágenes.

Cambio rápido del paciente = Mejor rendimiento del quirófano. Óptimo grado aséptico.

Servicio técnico, mantenimiento y repuestos en todo el país.

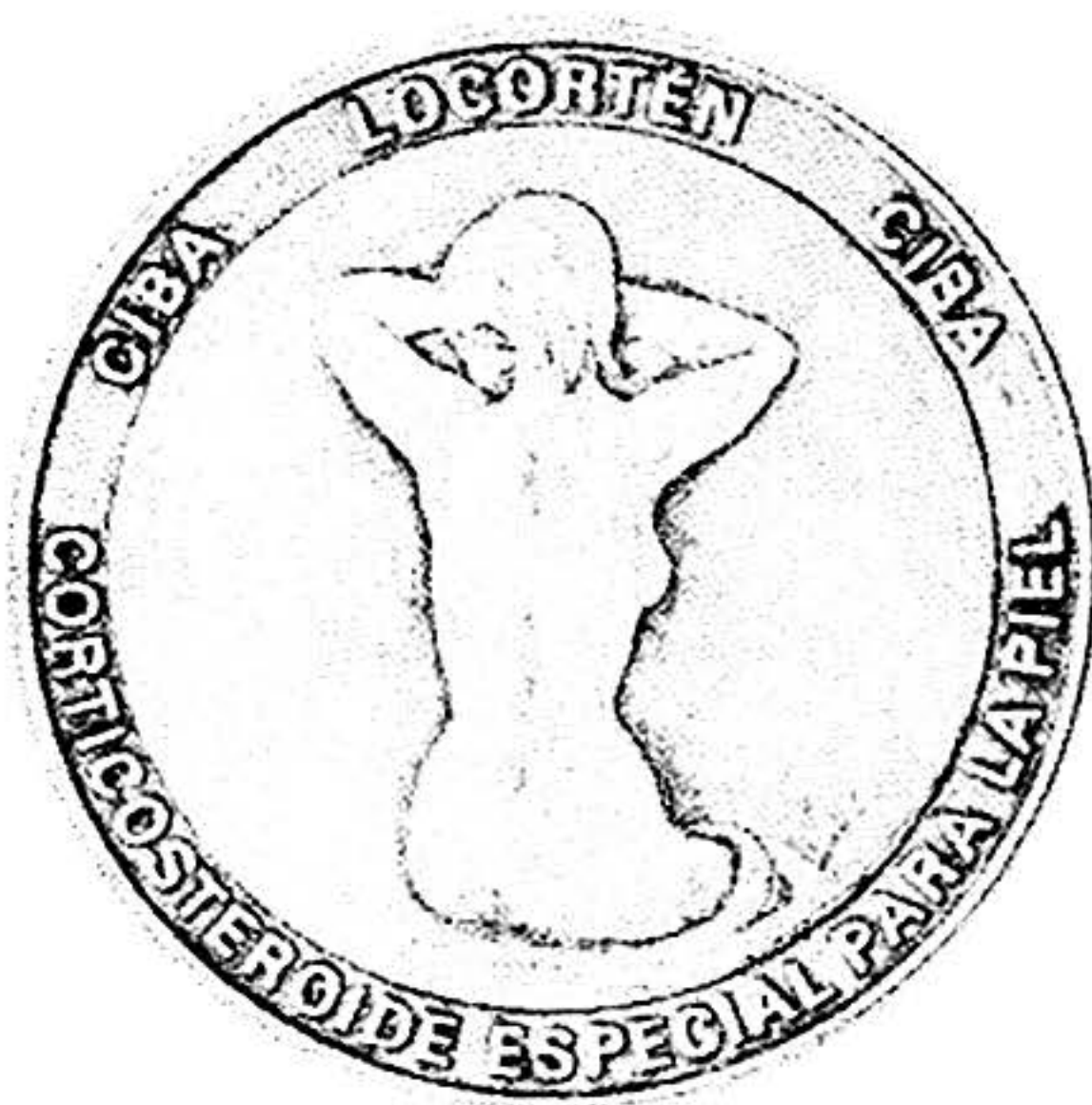
SIEMENS VENEZOLANA S. A. • Caracas, Avenida Principal Los Ruices, Teléfono: 34-85-31 • Maracaibo, Avenida Bella Vista 87-100, Telf.: 20-611 • Valencia, Prolongación Av. Michelena, Teléfono: 55-887 • Mérida, Ed. Don Pietro, Apto. 5, Avenida Independencia.

Mesa de Operaciones "La Nueva Maquet"

Tratamiento más eficaz
del eczema:

Locortén[®]

un corticosteroide de
sello original



Para cada caso
la forma que conviene:

Locortén loción: envases de 15 ml.

Locortén crema: tubos de 15 g.

Locortén pomada: tubos de 15 g.

C I B A

...Tos

SINCODEN nueva
sustancia de síntesis
que controla
eficazmente este
síntoma sin los efectos
secundarios de
la codeína.

Sincoden[®]

**Gotas
Jarabe**





C O R T E S I A D E L
“ G R U P O D R O L A R A ”

A N O M B R E D E

DROGUERIA LARA C. A. - Barquisimeto

DROGUERIA LARA CARACAS C. A.

INVERSIONES DROLARA C. A.

ASOCIACION FARMACEUTICA LARA C. A.

**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

PAPEL TAPIZ



**GRAN VARIEDAD EN COLORES Y
DIBUJOS DE LA MEJOR CALIDAD**

Además ofrecemos:

SANITARIOS DE LA LINEA GALAXIE - GABI-
NETES Y ACCESORIOS PARA BAÑOS -
PORCELANA DECORADA - CERRADURAS Y
TIRADORES COLONIALES - CENEFAS Y AC-
CESORIOS - LINOLEUMS - BALDOSAS DE VI-
NIL - MADERAS CONTRAENCHAPADAS TALLA-
DAS - CARTON ACUSTICO Y AISLANTE.

A. Garcia S. & Cia

Sucs., C. A.

Capital pagado Bs. 2.500.000,00

Cipreses a Hoyo No. 105 - Telf. 45.44.22
(central automática)

Apartado 289 - Carmelitas - Caracas