

centro médico

Vol. XI No. 42 — Mayo 1972

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

Administrador - Editor: **Dr. Jorge Soto-Rivera**

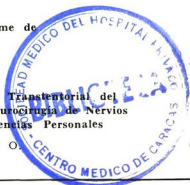
Esta Revista sustituyó al anterior Organó Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas", que se tituló:

PUBLICACIONES del CENTRO MEDICO de CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

SUMARIO

- Células L. E. y Prueba de Látex en Embarazadas
Por el Dr. Oscar Agüero 47
- Aspectos Clínicos del Síndrome de Malabsorción Intestinal
Por el Dr. Simón Beker G. 57
- Mieroneurocirugía. Rizotomía Transientorial del Trígemo Izquierdo. Mieroneurocirugía de Nervios Periféricos. Primeras Experiencias Personales
Por el Dr. Abraham Krivoy O. 67



ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

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

Dirección: Centro Médico de Caracas, Plaza del Estanque, San Bernardino, Caracas. 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.



para suturas perfectas
que complementan todo buen
acto operatorio!



SUTURAS

Ethicon

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

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

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

Johnson & Johnson International

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

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 Hernández, Dr. Pablo
Blanco León, Dr. Jorge
Blanco Souchón, Dr. Pedro
Beker, Dr. Simón
Beauperthuy, Dr. Luis A.
Bermúdez, Dr. Reynaldo J.
Baptista, Dr. Roberto J.
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 Lalret, 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
Clemente, Dr. Antonio R.
Conde Jahn, Dr. Francois
Conde Jahn, Dr. Franz
Chalbaud Troconis, Dr. Román
Chitty Van de Walle, Dr. Alberto
D'Escrivan, Dr. Julio C.
Díaz Aponte, Dr. Aldo
Egui Medina, Dr. Pedro
Escalona de Ayala, Dra. Livia

Fantés Kerdel, Dr. Francisco
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
Gutiérrez Alfaro, Dr. José J.
Gutiérrez Osorio, Dr. J. J.
Hedderich, Dr. Henrique
Hedderich, Dr. Hernán
Hermoso C., Dr. Adán
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
Lara García, Dr. Rafael
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.
Maman A., Dr. Alberto
Márquez Reverón, Dr. Armando
Martínez, Temístocles
Martínez Herrera, Dr. Roberto
Martínez Iturriza, Dr. Luis
Martínez Niochet, Dr. Arminio
Molinos P., Dr. Jesús R.
Montbrun, Dr. Francisco
Montenegro, Dr. Eloy
Montenegro, Dr. Gilberto
Montesdeoca, Dr. Israel
Morales, Dra. Gioconda Stopello de

Morales Rocha, Dr. Julián
 Morgado Nieves, Dr. Pedro
 Mota Salazar, Dr. A.
 Nuñez Montiel, Dr. Otto
 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. Herpández de
 Pérez Giménez, Dr. Gustavo
 Pérez Luciani, Dr. Vasco
 Pulido, Dr. Pablo
 Quijada Gamboa, Dr. Cruz
 Quintero Muro, Dr. Eduardo
 Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán
 Ramírez, Dr. Francisco
 Rivas Larraide, 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 S., Dr. Serafin
 Sánchez Vegas, Dr. Luis
 Scarcioffo, Dr. Pedro
 Sierraalta, Dr. Asdrúbal
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar
 Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
 Sucre Vegas, Dr. Carlos Vicente
 Sukerman W., Dr. Moisés
 Tovar Escovar, Dr. Guillermo
 Tovar Segovia, Dr. Federico
 Trejo Padilla, Dr. Ezequiel
 Valencia Parparcén, Dr. Joel
 Vázquez, Dr. Jacobo
 Vásquez, Dra. Alicia S. de
 Velutini, Dr. Luis Alberto
 Viana Rodríguez, Dr. Germán
 Villalba Silva, Dr. Rafael
 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
 Atencio Morillo, Dr. Humberto
 Attias Attias, Dr. Moisés
 Ayala, Dr. Luis
 Baffi B., Dr. Raúl R.
 Baquero Aristeguieta, Dr. Victor
 Bello, Dr. Alexis
 Bianchi Cayama, Dr. Fidias
 Bilbao C., Dr. Joseba
 Blanco Souchón, Dr. Carlos
 Braun, Dr. Peter
 Briceño Iragorri, 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
 Mendoza Alemán, Dr. Carlos
 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
Gago B., Dr. Otto
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
Hernández Navarro, Dr. Francisco
Herrera Latuff, Dr. José Luis

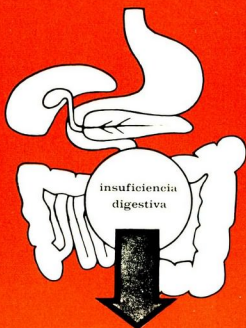
Herrera Pinto, Dr. César
Hitcher Santaella, Dr. Antonio
Padula, Dr. Víctor
Parra, Dr. Jorge
Penso Tirado, Dr. Amador
Pérez Tineo, Dr. Héctor
Pieracci, Dr. Giorgio
Pifano, Dr. Félix
Pizarro, Dr. Víctor
Rivero, Dr. Alberto
Rodríguez Cabrera, Dr. J. H.
Rodríguez Navarro, Dr. Manuel
Ron Pedrique, Dr. Miguel
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

En la insuficiencia digestiva



Nutizym[®]

digestivo bifásico de amplio espectro

Cada gragea contiene:

Bromelina	50 mg
Pancreatina	400 mg 4 X NF XII
Bilis bovina	30 mg

MERCK

MERCK - COFASA, S.A.
Apartado 2020
Caracas 101

JOSE F. BAUTE MESA

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

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

LIONERIN*

EXIGE MENOS AL ORGANISMO DE SU PACIENTE PARA
EJERCER SU ACCION TERAPEUTICA
NO EXIGE FOSFORILACION ENDOGENA DE LA B₁ Y B₆

FORMULA

VITAMINA B-12	2.500 mcg
COCARBOXILASA (Forma fisiológica de la Vitamina B-1)	50 mg
CODECARBOXILASA (Forma fisiológica de la Vitamina B-6)	50 mg
CLORHIDRATO DE LIDOCAINA	40 mg
AGUA DESTILADA c.s.p.	2 ml

CONCEBIDO PARA SU INMEDIATA UTILIZACION POR PARTE DEL
ORGANISMO, SIN RECURRIR A PROCESOS ENZIMATICOS QUE
PODRIAN ESTAR ALTERADOS, NI TENER QUE SOPORTAR
DOLOR INTENSO



LABORATORIOS KLINOS

CALLE BOLIVAR,
URBANIZACION LA TRINIDAD
TELEFONOS: 93 09 19 - 93 06 19 - 93 05 55
CABLES: KLINOS - APDO. 2.575
CARACAS/VENEZUELA

*Marca Registrada K412

Oranvit[®] 1 g. de vitamina C en cada sobre en cada sobre



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:
Deficiencia intensiva con Vitamina C.
Resfriados, infecciones gripales, convalecencia.
Estrés y post-operatorio.
Síndromes hemorrágicos, fragilidad capilar.
Síndromes de "stress" y "surmenages".
Medicina deportiva.
Períodos de embarazo y lactancia.

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

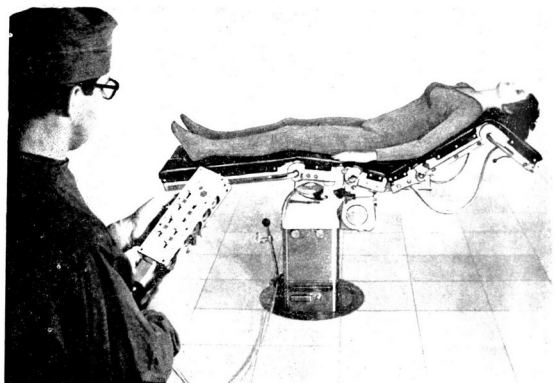
PRESENTACION
Caja de 10 sobres.



Preparación original de vitamina C de:
Laboratorios Químicos Nacionales C. A. "QUINAC"
Código 9519 Caracas

(bajo licencia de Collett A/S - Oslo, Noruega).

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"

“VENOPAK” QUIRURGICO Abbott

EL EQUIPO PARA INFUSION DE SOLUCIONES DE GRAN VOLUMEN QUE OFRECE A LOS ANESTESIOLOGOS, CIRUJANOS, INTERNISTAS, entre otras, las siguientes ventajas:

TUBO DE 1,95 METROS DE LONGITUD facilita el trabajo.
CUATRO SITIOS PARA FACILITAR LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:

- 1 - Por goteo - directamente en la tapa de rosca del frasco de solución.
- 2 - Tramo de caucho resellable cerca del adaptador de la aguja - para medicamentos de urgencia, o QUELICIN o TUCURIN.
- 3 - Dos sitios en forma de “Y”, para administración adicional de soluciones, Pentothal, o para adaptar nuestro equipo CVP para medir la presión venosa central.

PINZA DE ROSCA, para regular el flujo de la solución sin necesidad de cambiar el ajuste de la pinza de rosca.

PINZA DE PRESION, para interrumpir el flujo de la solución sin necesidad de cambiar el ajuste de la pinza de la rosca.

**Nuestros Representantes gustosamente le mostrarán
nuestro equipo “VENOPAK” QUIRURGICO**

Abbott Laboratories, C. A.

Avenida Principal - Los Cortijos de Lourdes

NUEVOS TELEFONOS:

CENTRAL TELEFONICA: 36.13.11 (Serial)

“VENOPAK” - Marca Registrada



nestum
alimento
a base
de cereales



Nestum, delicioso alimento para lactantes, niños y adultos, elaborado a base de cereales precocidos, trigo, avena y cebada. Enriquecido con vitaminas del grupo B y sales minerales. Nestum es un alimento que no necesita cocción. Las papillas del lactante, puede prepararlas con leche, caldo de verduras o de carne. También puede agregarle frutas frescas para variar el régimen del bebé.


NESTLÉ

Células L. E. y Prueba de Látex en Embarazadas

Doctor Oscar Agüero *

Con la Colaboración Técnica de Carmen López

La etiología del aborto espontáneo, ya sea accidental o habitual, continúa siendo una incógnita a pesar de las numerosas investigaciones dedicadas a esclarecer el problema. El hecho de que hoy se invoquen las anomalías cromosómicas y los trastornos de implantación o de formación y desarrollo del embrión mismo y de sus anexos, aun cuando indica cierta penetración y mejor comprensión de la situación al eliminar una gran cantidad de causas antiguamente aceptadas, no contribuye mucho al conocimiento final ya que plantea el interrogante de por qué se produjo la aberración genética o la anomalía o malformación embrionaria o placentaria. Además, hay quien duda que estas últimas alteraciones sean la causa del aborto interpretándolas más bien como una consecuencia de la muerte del huevo (1). Por otra parte, en los trabajos publicados hasta ahora se aprecian marcadas diferencias en las frecuencias de alteraciones cromosómicas halladas.

Otro enfoque del problema ha sido el de asimilar tanto el aborto espontáneo, accidental, no repetido, como el habitual, al grupo de las enfermedades del colágeno, enfoque éste que tiene dos vías de acceso:

1. El comportamiento gravídico de las mujeres con lupus eritematoso (L. E.), y,

2. La analogía que algunos autores encuentran entre la histología de los huevos espontáneamente abortados y las lesiones de tejidos blandos de la artritis reumatoide.

1. En el primer aspecto, o sea, el del comportamiento gravídico de las lúpicas la literatura es algo contradictoria.

* Maternidad Concepción Palacios, Caracas, Venezuela.

Para algunos la coexistencia de embarazo y lupus eritematoso conduce a una mayor frecuencia de abortos y muertes perinatales: Donaldson (2) en 1952 presenta 5 casos, revisa la literatura hasta el momento y agrega las observaciones de práctica privada de algunos colegas quienes en 22 embarazos en 15 lúpicas obtienen 2 natimueertos, esto es un 9%; de los 5 casos personales de Donaldson no hay datos relativos al producto de la concepción. Ellis y Bereston (3) en 3 casos de L. E. y embarazo citan: 1 aborto terapéutico y 2 muertes neonatales (una en un prematuro); y de 99 embarazos en lúpicas informados por encuesta a dermatólogos cita 16 muertes perinatales en 56 lupus agudos (28%) y 6 abortos espontáneos en 13 subagudos (46%). Murray (4) da a conocer la historia obstétrica de 3 lúpicas quienes en 6 embarazos solo obtuvieron 2 niños vivos. Simson (5) encuentra un 23% de abortos. Garsenstein y col. (6) siguen la evolución de 33 embarazos en 21 enfermas con L. E., los cuales terminaron en 7 abortos (6 espontáneos y 1 terapéutico), 8 interrupciones del embarazo en su segunda mitad con solo dos sobrevividas neonatales y 17 que llegaron a término con una muerte neonatal; en total un 42% de pérdidas reproductivas. Donaldson y de Alvarez (7) hacen una extensa revisión de la literatura y analizan 191 embarazos de 134 lúpicas en las cuales observaron 36 abortos (18 espontáneos y 18 terapéuticos), 16 natimueertos y 3 muertes neonatales, esto es un total de 55 embarazos perdidos que representan un 28,7% significando los abortos un 18,4%; cuando separan sus casos en agudos y crónicos, hallan que en los primeros las pérdidas reproductivas llegan a 25%, mientras en los crónicos la cifra es de 16%. Estos autores afirman que las pérdidas fetales están en relación con la toxemia gravídica y la enfermedad renal, por medio de mecanismos vasculo-renales que producen insuficiencia placentaria. Mund y col. (8) estudian 111 embarazos en 43 lúpicas, analizando los resultados obstétricos antes y después del diagnóstico de L. E., encontrando que de 81 embarazos observados antes del diagnóstico, 11 terminaron en aborto (13,5%) mientras que de 30 gestaciones ulteriores a ese diagnóstico, 9 abortaron (30%); antes del diagnóstico no hubo natimueertos, mientras que después hubo 4 (13,5%). Cifras parecidas expone Cox (9) basado en 103 embarazos en 54 lúpicas: en 96 gestaciones previas a la enfermedad hay 14 abortos espontáneos (14,6%), 3 abortos terapéuticos y 4 criminales; en 7 embarazos post-enfermedad, 2 abortos (28,5%). Siguer y col. (10) aun cuando sólo tienen 2 abortos (1 terapéutico y 1 "sin relación con la enfermedad") entre 14 embarazos de 12 lúpicas, concluyen que la preñez es a menudo desfavorablemente influenciada por el lupus y que la frecuencia del aborto y de la prematuridad es mayor en las lúpicas que en las otras embarazadas. De manera similar van Kets y Thierry (1) al comentar un caso de L. E. y embarazo afirman que la enfermedad produce altas pérdidas fetales sobre todo por aborto y niños de bajo peso y que el pronóstico fetal no se mejora con la corticoterapia. Estés y Lanson (12) analizan 36 embarazadas con L. E. y encuentran que de 25 gestaciones ocurridas antes del diagnóstico de la enfermedad se perdieron 7 (28%), 5 por abortos (1 terapéutico) y 2 natimueertos; y que de 79 gestaciones después del diagnóstico se perdieron 28 (35%): 25 abortos (3 terapéuticos), 1 natimuerto y 2 muertes neonatales.

En el terreno opuesto están: Ricks (13) quien en 8 embarazos de 5 lúpicos obtiene 8 recién nacidos de los cuales murieron posteriormente 2 por atelectasia pulmonar; y Dzimbimski y col. (14) quienes basados en 48 embarazos en 35 lúpicos con 10,4% de abortos y 4,7% de mortalidad perinatal corregida, concluyen "...Que cuando el L. E. está bajo adecuado tratamiento no perturba el desenlace del embarazo".

2. El segundo enfoque deriva de los trabajos del grupo canadiense encabezado por Gray que, desde 1956, ha estado insistiendo sobre la similitud de los hallazgos histológicos en los huevos abortivos y en las enfermedades del colágeno: en su primera serie (15, 16) de 47 abortos espontáneos encuentra en 37 de ellos: presencia de colágeno, infiltración fibrinoide y hialinización, alteraciones que no fueron apreciadas en placentas de embarazos a términos normales o toxémicos. En una segunda serie (1) de 114 abortos espontáneos observan alteraciones del colágeno en 81 casos, o sea en el 71%. Posteriormente y analizando el problema desde otro ángulo afirma, con Tupper y Rowse (17) que la "presencia de placas de colágeno y de necrosis fibrinoide en las vellosidades placentarias en la mayoría de los casos de aborto espontáneo sugiere una analogía histológica con las lesiones de los tejidos blandos de la artritis reumatoide", por lo cual pareció lógico "examinar el suero de mujeres con abortos espontáneos buscando una sustancia aglutinante". Así, ensayan la prueba de Rose-Waaler modificada (titulación de propiedades aglutinantes del suero) y la prueba de floculación de látex en: 10 no embarazadas sanas, todas las cuales fueron negativas; en 20 embarazadas a término normales, con resultados también negativos; en 24 embarazadas en el primer trimestre, 4 presentaron títulos elevados (más de 1 x 32) de la prueba de Rose-Waaler y de ellos 2 cursaron con cuadros clínicos de amenaza de aborto, terminando uno en expulsión del huevo y del otro se desconoce la evolución (en uno de estos casos el título llegó a 1 x 100); en 40 mujeres (12 de las cuales tenían antecedentes de abortos) que tuvieron abortos espontáneos, solo 8 presentaron pruebas de Rose-Waaler y látex normales, aun cuando en uno de estos 8 casos la histología mostró la presencia de colágeno en las vellosidades; de los restantes 32 casos: 29 tenían una o ambas pruebas elevadas e histología de alteración del colágeno; 1 tenía las pruebas positivas pero con alteraciones histológicas de mola hidatidiforme; 1 igualmente positivo, pero con histología normal; y solo tenía positiva la prueba de látex. El estudio histológico de estos 40 huevos mostró, en 30, cambios de tipo colagenosis, en 5 alteraciones placentarias o huevos anembrionicos y en 5 no había alteraciones histológicas. No encuentran relación entre la altura de los títulos y la actividad histológica.

De estos estudios concluyen que un mismo factor aglutinante actúa en los abortos y en la artritis reumatoide según el siguiente hipotético mecanismo: los polisacáridos de la sustancia base de la placenta pasan a través del epitelio a la sangre materna y, actuando como un antígeno específico estimulan el sistema retículo-endotelial para producir un anticuerpo de tipo divalente. Una porción del anticuerpo es absorbido por el antígeno a su paso por el árbol vascular materno; el restante anticuerpo

libre es el que reacciona con células de ovejas sensibilizadas y cubiertas con el antígeno. En el aborto espontáneo la falta de inhibidores inespecíficos permite la aumentada producción de anticuerpos los cuales penetran la substancia base de la placenta produciendo allí una reacción antígeno-anticuerpo con formación de nuevos polisacáridos y la subsecuente proliferación del colágeno.

Luego Tuppé y Weil (18) al reafirmar estos conceptos añaden que "los procesos autoinmunes son activos en la génesis del aborto espontáneo, del parto prematuro y de mortinatalidad" y que es "la presencia de un inhibidor en tejidos y suero de las embarazadas normales lo que evita las lesiones placentarias que conducen a las mencionadas complicaciones del embarazo".

Apoyados en estos mecanismos, de ninguna manera probados ni comprobados, se han propuesto ya planes terapéuticos como el de los rumanos Badarau y col. (19) denominado "corticoterapia diferenciada", en el cual emplean cortisona o desoxicortisona según que la citología vaginal sea de tipo citolítico o inflamatoria, respectivamente. Estos esteroides son administrados por vía vaginal con la adición de estrógenos sintéticos por vía parenteral. Así tratan 36 abortadoras habituales (3 o más abortos), 22 "candidatas a aborto habitual" (2 abortos previos) y 18 "embarazos amenazados". Como resultados citan: 56 niños vivos y viables y 9 abortos (en 11 casos no se conoció el desenlace). En 4 de los huevos abortivos de abortadoras habituales encontraron "degeneración fibrinoide en fase intra y extra vellositaria".

Estas ideas no probadas, pero interesantes nos llevaron a estudiar en varios grupos de mujeres la presencia de células L. E. y la reactividad a la prueba de látex.

Material y métodos

Estudiamos 574 mujeres divididas en cuatro grupos:

1. 272 multigestas con antecedentes de abortos.
2. 102 multigestas sin antecedentes de abortos.
3. 100 primigestas.
4. 100 no embarazadas.

A todas ellas se les hizo:

- a) búsqueda de células L. E. en sangre venosa según técnica descrita por Zimmer y Hargraves (20).
- b) prueba de látex para "factores reumatoides", empleando el equipo preparado comercialmente por The Sylvana Company, de Millburn, New Jersey, E.U.A. Se utilizó sangre venosa y las determinaciones fueron hechas cualitativamente.

Tanto la búsqueda de células L. E. como la prueba de látex fueron repetidas en la misma paciente, de manera que en total se hicieron 1.005 estudios.

Datos generales y resultados

Grupo 1: 272 multigestas con antecedentes de abortos:

Gestaciones. En este grupo el número promedio de gestaciones fue de 8, con extremos entre 3 y 21.

Edad. La edad promedio fue de 29 años con extremos entre 16 y 45.

Abortos. El número de abortos promedio fue de 2,7, con extremos entre 2 y 14.

En 110 casos (40%) la embarazada podía ser clasificada como abortadora habitual por haber tenido tres o más abortos.

Edad del embarazo. Para el momento de inicio del estudio la edad del embarazo fue:

20	semanas	71	casos
21-28	"	105	"
29-40	"	93	"
40	"	2	"
?		1	caso

Resultados

1. Presencia de células L. E. 0 casos.
2. Prueba de látex positiva 42 casos = 20,2%

Grupo 2: 102 multigestas sin antecedentes de abortos.

Gestaciones. Promedio 5. Extremos: 2 a 12.

Edad. Promedio 28. Extremos 19 a 42 años.

Edad del Embarazo.

20	semanas	10	casos
21-28	"	35	"
29-40	"	54	"
40	"	1	caso
?		2	casos

Resultados

1. Presencia de células L. E. 1 caso

2. Prueba de látex positiva 11 casos = 11,1%.

El caso positivo para células L. E. se trataba de una paciente con lupus eritematoso diseminado, de 34 años de edad, con 6 embarazos anteriores normales. Dos pruebas de látex fueron negativas en ella.

Grupo 3: 100 primigestas.

Edad. Promedio 21 años. Extremos: 14 a 36.

Edad del embarazo.

20	semanas	12 casos
21-28	"	38 "
29-40	"	49 "
?		1 caso

Resultados

1. Presencia de células L. E. 0 casos
2. Prueba de látex positiva 17 casos = 17%.

Grupo 4: 100 no embarazadas.

Gestaciones: Promedio 2. Extremos: 0 a 11.

Edad. Promedio de 37 años. Extremos: 15 a 60.

Resultados

1. Presencia de células L. E. 1 caso.
2. Prueba de látex positiva 19 casos = 19%.

El caso de células L. E. presentes se trataba de una multigesta de 42 años con antecedentes de cardiopatía. También en ella el látex fue negativo.

Comentarios

Nuestros hallazgos pueden ser considerados en dos aspectos: a) en lo relativo a la presencia de células L. E. y b) en lo que se refiere a la prueba de látex.

En el primer aspecto es importante destacar la negatividad constante de la búsqueda en el total de 574 mujeres estudiadas, con excepción de los dos casos mencionados, y que por azar estaban ubicados, uno en el grupo de control y uno en el grupo de multigestas sin antecedentes de abortos. Esos dos casos representan una frecuencia de 0,3%, que contrasta marcadamente con el 3% citado por Debeyre y col. (21) entre 377 casos de poliartritis reumatoide y con las cifras dadas por Kahn (22): 83% en 53 lupus eritematosos, 6,1% en 1.208 poliartritis reumatoideas y 6,6% en 30 esclerodermias.

Si como este último autor escribe: "Las células L. E. indican una anomalía inmunológica mayor: la presencia de ciertos anticuerpos anti-nucleares probablemente autoinmunes...", no parece que tal anomalía inmunológica exista en el aborto, o si existe, no es una alteración permanente o capaz de ser demostrada entre un embarazo y otro.

En cuanto a la prueba de látex, nuestros resultados difieren considerablemente de los del grupo canadiense. Nuestra más alta positividad —20,2%— en el grupo con marcados antecedentes de abortos está muy lejos del 90% de los citados autores. El descenso a 11,1% en el grupo de multigestas sin abortos anteriores pareció establecer cierta diferencia, pero ello se vio anulado por el ascenso a 17,3% en las primigestas y a 19,4% en el grupo de control.

Sin embargo, es necesario insistir en que estas pruebas no son específicas y que, como recientemente escribe Cohen y Comerford (23) "la detección de factores reumatoides no establece la presencia de artritis reumatoide, ni su ausencia excluye este diagnóstico". Lo mismo puede decirse de otras técnicas actualmente en evaluación en las cuales se buscan además los "factores antinucleares", por técnicas de inmunofluorescencia. Willkens y col. (24) ensayan una batería de cuatro pruebas de este tipo en 130 pacientes y concluyen que "todos los procedimientos mostraron alguna reactividad en una amplia gama de enfermedades reumáticas, de modo que ninguno puede ser considerado como específicamente diagnóstico de lupus eritematoso diseminado".

Además, son ya numerosas las circunstancias patológicas conocidas que pueden dar resultados positivos en estas pruebas, como enfermedades hepáticas crónicas, ciertas virosis, lepra, sífilis, endocarditis bacteriana subaguda y operados de trasplante renal.

Será necesario esperar el desarrollo de métodos diagnósticos más específicos, más sensibles y más seguros, antes de poder afirmar categóricamente el papel que la colagenosis desempeña en la etiología del aborto espontáneo. En este mismo orden de ideas y para concluir creemos útil reproducir las expresiones recientes de Tupper y Weil (25) después de revisar sus propios conceptos inmunológicos, así como los de Bardaswill y col. (26): "En esta presentación hemos hecho énfasis desproporcionalmente grande sobre los aspectos inmunológicos del aborto habitual porque sostenemos que la hipótesis del embarazo como una relación huésped-injerto, dará nuevas vías a la investigación obstétrica y consecuentemente a nuevos conceptos etiológicos del aborto habitual".

R E S U M E N

Se presenta un estudio del comportamiento de las células L. E. y de la prueba de látex para "factores reumatoides" en 574 mujeres, agru-

padas en la siguiente forma: a) 272 multigestas con antecedentes de 2 a 14 abortos; b) 102 multigestas sin abortos anteriores; c) 100 primigestas; y d) 100 no embarazadas, que actúan como grupo de control.

Solo en 2 casos se evidencia la presencia de células L. E. una (lúpica conocida) en el grupo de multigestas sin abortos y una en el grupo de no embarazadas. La prueba de látex dio variadas cifras de positividad: 20,2% en multigestas con abortos anteriores; 11,1% en multigestas sin abortos; 17,3% en primigestas y 19% en no embarazadas.

Se concluye que con los métodos actuales de diagnóstico no es posible evaluar adecuadamente el papel que la colagenosis desempeña en la etiología del aborto espontáneo y del aborto habitual.

S U M M A R Y

A screening study of L. E. cells and Latex flocculation test for rheumatic factors was performed in 574 women. The subjects were grouped as follows:

- a) 272 women which had beared children before and with history of 2 to 14 miscarriages.
- b) 102 women which had beared children with no history of aborptions.
- c) 100 women in their first pregnancy..
- d) 100 non pregnant women as control group.

In the total number of tests, only 2 were L. E. positive. One belonged to the women with more than one pregnancy with no history of aborption, who was a know lupic patient. The other was a member of the non pregnant group.

The Latex flocculation test was positive in 20% of the members of group (a); in 11,1% of the members of group (b); in 17,3% of the members of froup (c) and in 19% of the non pregnant women.

The conclusion is that with the test described, it is not possible to evaluate the role of collagen diseases in the aetiology of spontaneous and habitual aborption.

"PRIMUM NON NOCERE"

Sosenyl®



Máxima protección analgésica
en su mano

Winthrop

Sosenyl®

Pentazocina

EL ANALGESICO MAS INDICADO EN EL DOLOR INTENSO

CIRUGIA: Pre y postoperatorio

ONCOLOGIA: Procesos tumorales dolorosos, incluyendo neoplasias

TRAUMATOLOGIA: Fracturas y Traumatismos

CARDIOLOGIA: Trombosis coronaria y Angina de pecho

ANESTESIOLOGIA: Preparación anestésica y Sala de recuperación

OBSTETRICIA: Preparación coctel lítico. Pre y Post-parto

GINECOLOGIA: Cólicos uterinos y Ginecografía. Histerosalpingografía

OTORRINOLARINGOLOGIA: Pre y postoperatorio

UROLOGIA: Cólico renal y Exploraciones diagnósticas dolorosas

MEDICINA INTERNA: Dolores viscerales de etiología diversa

ENDOCRINOLOGIA: Neuropatía diabética sensitiva

GASTROENTEROLOGIA: Pancreatitis aguda y Cólico hepático

RADIOLOGIA: Exploraciones radiológicas dolorosas

DERMATOLOGIA: Herpes Zóster

OFTALMOLOGIA: Herpes de córnea

Disponemos de extensa Bibliografía a disposición del Cuerpo Médico

Winthrop

R E F E R E N C I A S

1. Gray J. D.: *Am. J. Obst. Gynec.* 74: 111, 1957.
2. Donaldson L. B.: *West. J. Surg Obst. Gynec.* 60: 579, 1952.
3. Ellis F., Bereston E.: *Arch. Dermat. Syph.* 65: 170, 1952.
4. Murray F.: *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.* 65: 401, 1958.
5. Simson M.: *Med. News* 7: julio 7, 1961.
6. Garsenstein M., Pollak V., Kank R.: *New England J. Med.* 267: 165, 1962.
7. Donaldson J., de Alvarez R.: *Am. J. Obst. Gynec.* 83: 1461, 1962.
8. Mund A., Simson N., Rothfield N.: *JAMA* 183: 917, 1963.
9. Cox J.: *Obst. Gynec.* 26: 511, 1965.
10. Siguier F.: *Sem. des Hosp.* 41: 1069, 1965.
11. van Kets, H. Thiery M.: *Bull. Soc. Royal Belge Gyn. Obs.* 77: 469, 1967.
12. Estes D., Larson D.: *Clin Obst. Gynec.* 8: 307, 1965.
13. Ricks P.: *Obst. & Gynec.* 20: 36, 1962.
14. Dzinbinski, E. Winkermann R., Wilson R.: *Am. J. Obst. Gynec.* 84: 1873, 1962.
15. Gray J.: *Am. J. Obst. Gynec.* 72, 615, 1956.
16. Tupper C., Moya F., Stewart L., Weil R., Gray R., Gary J.: *Am. Obst. Gynec.* 73: 313, 1957.
17. Gray J., Tupper C., Rowse J.: *Am. J. Obst. Gynec.* 75: 43, 1958.
18. Tupper C., Weil R.: The problem of habitual abortion. En: J. Meigs, S. Sturgis: *Progress in Gynecology*. Vol. IV p. 241. Grune & Stratton. Nueva York, 745, 1964.
19. Badarau L., David O., Macovci Naco A., Iomita N.; *Rev. Franc. Gynec.* 59: 745, 1964.
20. Zimmer L., Hargraves H.: *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* 27: 242, 1952.
21. Debeyre N., Kahn M., Rickewaert A. de Seze S.: *Presse Med.* 74: 909, 1966.
22. Kahn M.: *Presse Med.* 74: 909, 1966.
23. Cohen A. Comerford F.: *Med. Clin. North Amer.* 52: 539, 1963.
24. Willkens R., Decker J., Wistke K.: *Med. Clin. North Amer.* 52: 559, 1968.
25. Tupper C., Weil R.: The etiology of habitual abortion. En: S. Behrman R., Kistner. *Progress in Infertility*. Pg 751. Little, Brown & Co., Boston, 1968.
26. Bardawil W., Mitchell G., McKeogh R., Marchant D.: *Am. J. Obst. Gynec.* 84: 1283, 1962.

Introduce

DEXON La Sutura Ideal

Sutura de ácido poliglicólico Sintética, Absorbible, Estéril, Trenzada.

- 1.—DEXON es un material sintético, fisiológicamente inerte aprotéico.
- 2.—DEXON se absorbe por hidrólisis, a diferencia de la eliminación fagocítica y enzimática del catgut.
- 3.—DEXON se absorbe uniforme, previsible y progresivamente, manteniendo su resistencia durante el período crítico de cicatrización, aún en presencia de contaminación.
- 4.—DEXON produce menos reacción tisular que el catgut, algodón o seda.
- 5.—DEXON posee gran resistencia, aproximándose a los materiales sintéticos más resistentes.
- 6.—DEXON se maneja como la seda.
- 7.—Los nudos de DEXON no se corren ni se desatan.
- 8.—Las heridas cicatrizan más rápidamente con DEXON que con catgut y podría acortarse el período de hospitalización.
- 9.—DEXON puede simplificar el inventario de hospital ya que puede reemplazar a la mayoría de las suturas absorbibles y no absorbibles.

Las suturas DEXON se están evaluando todavía para ciertos tipos de cirugía cardiovascular, nerviosa y oftálmica. No se recomienda el empleo de DEXON en procedimientos quirúrgicos donde se debe mantener una coaptación de tejidos durante un período prolongado.

Tensoplast

La Mejor Venda Elástica Adhesiva del Mundo

La venda elástica adhesiva TENSOPLAST es una venda de algodón con una capa de adhesivo poroso que permite a la piel respirar, disminuyendo las reacciones de la misma debido a oclusión. Tiene una categoría única en la aplicación quirúrgica.

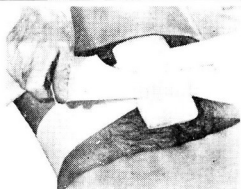
SOPORTE:

El TENSOPLAST permite un grado de control de sujeción y tensión aplicable a hernias, esguinces, dislocaciones y ciertas fracturas que no requieren una rígida inmovilización.



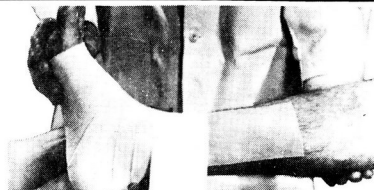
PROTECCION:

El TENSOPLAST es especialmente valioso para sujetar vendajes en partes móviles y de difícil aplicación, después de una cirugía y en tratamiento de lesiones por accidentes.



COMPRESION:

El vendaje TENSOPLAST es un tratamiento generalizado en casi todos los países del mundo para úlceras varicosas y tromboflebitis. Da firme y beneficioso soporte y máximo control de compresión con mínima oclusión.



SMITH & NEPHEW LTD., Welwyn Garden City, Inglaterra

Agentes Exclusivos para Venezuela

EUROCIENCIA, C. A.

Apartado 5272

Caracas



CORTESIA DEL
“GRUPO DROLARA”

A NOMBRE DE

DROGUERIA LARA C. A. - Barquisimeto

DROGUERIA LARA CARACAS C. A.

INVERSIONES DROLARA C. A.

ASOCIACION FARMACEUTICA LARA C. A.

Aspectos Clínicos del Síndrome de Malabsorción Intestinal

Dr. Simón Beker G. *

En los últimos diez años se han realizado importantes avances en el estudio del síndrome de malabsorción intestinal, particularmente en lo que se refiere a los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos. Gracias a estos adelantos, el síndrome de malabsorción intestinal al fin ha adquirido un interés prácticamente creciente, ya que por una parte se cuenta con medios para realizar el diagnóstico preciso, y por otra se sabe el tipo de tratamiento que puede ser eficaz en un gran número de casos.

En la presente exposición vamos a referirnos al diagnóstico del síndrome de malabsorción intestinal.

Este tema comprende dos aspectos diferentes a saber:

A) El diagnóstico positivo, o sea la identificación del síndrome.

B) El diagnóstico etiológico, o sea la determinación de la causa del trastorno, así como del sitio donde se localizan las lesiones.

Los puntos relativos a estos dos aspectos se tratarán separadamente a continuación:

A) **Diagnóstico positivo:** La identificación del síndrome se basa en un conjunto de manifestaciones que pueden agruparse en la forma siguiente:

I. Clínico

Los síntomas y signos que caracterizan el síndrome de malabsorción intestinal incluyen (1, 2, 3):

* Profesor Titular de la Cátedra de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina, U. C. V.

- a) **Diarrea crónica:** Aumento del número de evacuaciones (aunque ocasionalmente puede haber una sola abundante), blandas o líquidas, voluminosas, de color amarillo pálido o gris, de olor ofensivo (rancio), con restos alimenticios sin digerir, de aspecto grasoso, y que pueden flotar en el agua; este cuadro diarreico está asociado generalmente con distensión abdominal y borborismos.
- b) **Desnutrición:** Pérdida de peso a pesar de suficiente ingestión alimenticia (aunque otras veces puede existir anorexia); atrofia muscular, edemas o ascitis; hipovitaminosis (glositis, queilosis, petequias, neuritis periférica, disminución de la agudeza visual, etc.) y anemia. Pueden observarse también trastornos óseos y endocrinos.

II. Laboratorio

- a) **Hematología:** La deficiencia de vitamina B₁₂ o de ácido fólico puede ser la causa de una **anemia macrocítica con reacción megaloblástica o eritroidea de la médula ósea**, mientras que la deficiencia de hierro puede dar lugar a una **anemia microcítica hipocrómica**; cuando la deficiencia es de vitamina B₁₂ de ácido fólico y de hierro, es posible observar **formas mixtas de anemia**. Puede acompañarse de trastornos de la coagulación, debido a una **hipoprotrombinemia** (1).
- b) **Químico:** Es posible descubrir una **lipidemia baja**, una **hipolesteroemia** y aun una **disminución de fosfolípidos**: Los niveles séricos de **caroteno** y de **vitamina A**, generalmente **están bajos**. Casi siempre se encuentra una **hipoalbuminemia** y ocasionalmente una **agammaglobulinemia**. El **sodio**, **potasio**, **cloro** y **calcio** pueden observarse disminuidos en algunas oportunidades (1).
- c) **Pruebas específicas**

El **examen microscópico de las heces** (1) es de gran utilidad en el diagnóstico positivo: Tñendo una muestra con sudán III o con sudán IV para colorear los glóbulos de grasa (de color rosa pálido) y con azul de nilo para los cristales de ácido graso (de color azul), es posible orientarse sobre la existencia de una esteatorrea. Normalmente no debe apreciarse más de cuatro glóbulos de grasa o de cristales de ácido graso por campo microscópico; la presencia de un número mayor de ambos elementos orientan el primero hacia una insuficiencia pancreática, y el segundo hacia un síndrome de malabsorción intestinal; las fibras musculares no digeridas (sin modificaciones de los ángulos, de las estrías y del núcleo) pueden ser visibles hasta dos por campo microscópico en personas normales; la presencia de más de tres, indican presumiblemente la existencia de una insuficiencia pancreática (tabla 1). Así mismo, la **prueba de Goiffon** (1, 4), es decir, la determinación semicuantitativa de ácidos grasos fecales es de gran interés, ya que coloreando la muestra de heces con azul de nilo en presencia del carbonato sódico produciría una coloración que varía desde un azul intenso (++++), indicando

presencia de oleatos abundantes en heces (esteatorrea) hasta color rosa grisáceo (que significa una ausencia de oleatos fecales) (tabla 2.)

T A B L A 1
COPROLOGIA MICROSCOPICA (Nº X CAMPO)

	Normal	Malabsorción
Glóbulos grasa	± 4	> 5
Cristales Ac. graso	± 4	> 5
Fibras musculares	± 2	> 3

T A B L A 2
PRUEBA DE GOIFFON AZUL DE NILO

Reacción		Grasas—g%		
		Promedio	Min.	Max.
Negativa	—	2.93	0.50	5.00
Positiva	+	5.03	2.10	7.65
	++	11.29	5.40	17.70
	+++	16.05	10.60	24.80

La tolerancia glucosada (1): Administrando 100 gr. de glucosa por vía oral y obteniendo muestras de sangre cada ½ a 1 hora hasta tres horas, deben revelar un aumento de la glicemia, de 35 mg por encima del nivel basal para indicar normalidad en relación con la absorción; cifras menores dan como resultado la denominada "curva plana", que puede ser debida a malabsorción intestinal, así como también se ha notado en pacientes con hipotiroidismo y aun en personas normales. No se discutirá aquí el valor de la curva diabética.

La prueba de excreción de la d-xilosa (5, 6): Administrando ya sea la dosis de 25 o de 5 gr por vía oral y recolección urinaria por un periodo de cinco horas, deberán suministrar unos valores mayores del 20% de la dosis ingerida (25 gr = + 4,5 gr. y 5 gr = + 1,0 gr); valores menores son característicos de un síndrome de malabsorción intestinal, a menos que exista una insuficiencia renal.

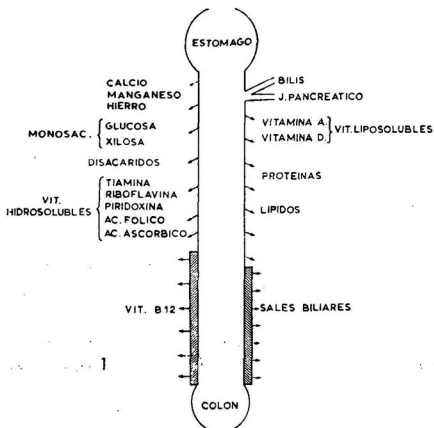
La absorción del ácido oleico marcado con I_{131} (1) que puede ser determinada por la radiactividad en materias fecales después de la ingestión de una dosis de 25 microcuries del producto (ácido oleico I_{131} y recolección fecal por un periodo de 72 horas). En sujetos normales demostrará una radiactividad menor de 4% de la dosis ingerida; una excreción mayor del 4% es indicativo de un síndrome de malabsorción intestinal.

III. Radiología del intestino delgado (1):

El tránsito intestinal es el método que continúa siendo básico para el diagnóstico positivo. La presencia de dilatación de asas, segmentación (imágenes de rastros, nevada, migas de pan, flecos, etc.); hipersecreción (imágenes de contorno heterogéneo y en "charco"); los pliegues en acordeón; el signo de la salchicha ("moulage") e hipoquinesia, son las características más importantes de este síndrome.

B) Diagnóstico etiológico: El reconocimiento del sitio y de la naturaleza de las lesiones causantes del síndrome de malabsorción intestinal tiene gran importancia en el pronóstico y en el tratamiento. Para establecer el diagnóstico etiológico, utilizamos los siguientes procedimientos:

I. Los datos clínicos y de laboratorio: La historia clínica detallada, sobre todo haciendo hincapié en los antecedentes: diarrea crónica durante la infancia (enfermedad celiaca), estado nutritivo previo, infecciones intestinales severas, TBC, resecciones intestinales, anemias, etc., son de interés fundamental; el interrogatorio que insiste no solamente en las características de las evacuaciones, sino también que investiga la tendencia hemorrágica, trastornos óseos, parestesias, manifestaciones cutáneo-musculares, etc, indican la deficiencia selectiva absorbiva y la posibilidad de su localización. El examen físico tiene utilidad para correlacionar los trastornos fisiopatológicos derivados de una deficiencia absorbiva de un determinado principio inmediato, vitaminas y minerales en la producción de manifestaciones clínicas. El laboratorio suministrará una información más precisa en cuanto al tipo y localización del defecto de absorción. La figura 1 representa los sitios de absorción de los diferentes nutrientes. Se debe analizar si el defecto es **absortivo** o **exudativo**. Si el defecto es **absortivo**, se debe estimar el tipo de alteración, selectiva o múltiple, localizada o generalizada. La tabla 3 demuestra las investigaciones que deben utilizarse para el estudio de estos aspectos. Es necesario resaltar entre estos aspectos la malabsorción disacárida, por las características que posee, ya que al hablar de malabsorción se entiende por un defecto en la absorción de principios inmediatos, vitamínicos y minerales, y no de productos macromoleculares no hidrolizados completamente. Los disacáridos son hidrolizados en monosacáridos intracelularmente a nivel de las microvellosidades. Así mismo, tendrá importancia cuando logre demostrarse una malabsorción péptida (di y tripéptidos), aunque se tiene evidencia de la absorción de estos productos con hidrólisis intracelular. En este sentido se ha demostrado una deficiencia de la glutaminasa I en la mucosa yeyunal de pacientes con enfermedad celiaca, déficit que trae como consecuencia la falta de deaminación de la glutamina, desenca-



denando el cuadro (7). Otro aspecto interesante es la **exudación** (Code) (8), es decir, el paso de solutos (sustancias orgánicas, iones, etc.) en sentido inverso desde el medio interno hacia la luz intestinal a través de la célula mucosa, siendo el ejemplo más demostrativo la enteropatía exudativa, o sea la pérdida de proteínas por el tracto intestinal. La tabla 4 (9) representa el recambio metabólico proteico diario y el valor que tiene el tracto digestivo en este sentido; existen diversos métodos que estudian las pérdidas proteicas por el tubo gastrointestinal, siendo la prueba de Gordon (10), o sea la administración parenteral de polivinilpirrolidona marcada con I_{131} (PVP), con recolección fecal para medir la radioactividad (no mayor de 1% en 24 horas en casos normales) la más empleada hoy día.

Respecto a la clasificación del síndrome de malabsorción intestinal, es necesario anotar en orden cronológico la de Adlesberg (11), quien intenta una clasificación separando la denominada **malabsorción primaria** de la secundaria; dentro del síndrome de malabsorción primaria engloba las entidades que no tienen evidencia radiológica o "post mortem" de enfermedades orgánicas severas del tracto gastrointestinal, páncreas e hígado; y en el síndrome de malabsorción secundario reúne las diferentes entidades con alteraciones patológicas severas en el tracto gastrointestinal, páncreas, hígado y cuadros sistémicos con repercusión intestinal. Posteriormente ha aparecido una serie de clasificaciones que tienden más bien con Frazer (12) a modificar este criterio, perteneciendo al síndrome de malabsorción primaria aquellos que presentan alteraciones propia-

T A B L A 3

MALABSORCION INTESTINAL. INVESTIGACIONES DE RUTINA

Pruebas	Proximal	Distal
R. azul de nilo	Positiva (++++)	Positiva (+/++++)
Tolerancia glucosada	Plana (<40 mg)	N
Tolerancia disacárida	Plana (<20 mg)	N
P. excreción		
Fecal:		
Ac. oleico I ₁₂₁	Elevada (> 5%)	N/Elevada ↑
PVP I ₁₃₁	N/elevada (> 1,5%)	N Elevada ↑
Urinaria:		
d-xilosa	Baja (< 20%-)	N/Baja ↓
Vit. B ₁₂ -Co ₅₇	N	Baja (<9% ↓

T A B L A 4

RECAMBIO METABOLICO DE PROTEINAS/DIARIO

Ingesta diaria	60-120 gr
Secreción proteica/tracto digestivo	
Total	67 gr
Saliva	3 gr
J. gástrico	5 gr
Bilis	<1 gr
J. pancreático	8 gr
Descam. mucosa	50 gr
Absorción proteica	
Total	127-187 gr
Pérdida fecal	3-15 gr
Síntesis proteica	
Total (aminoácidos —N ₁₅)	160 gr
Albúmina	12 gr
Gammaglobulina	3 gr
Fibrinógeno	2 gr
Hemoglobina	8 gr

mente dichas del tracto digestivo, con o sin evidencia de trastornos patológicos y sin relación con enfermedades sistémicas, y dentro del síndrome de malabsorción intestinal secundaria aquellos que tengan relación con enfermedades sistémicas o consecutivas a cualquier procedimiento quirúrgico abdominal que produzca malabsorción (gastrectomía, resección intestinal, etc.). Para evitar este tipo de discusión, Jeffries y Slesinger (3) han propuesto una clasificación que he modificado para las causas más frecuentes de síndrome de malabsorción (tabla 5). Es por ello que los procedimientos a utilizarse deben tratar de reconocer por lo tanto el sitio y la naturaleza del defecto absorptivo.

T A B L A 5
SINDROME DE MALABSORCION INTESTINAL
CLASIFICACION

I. Alteración bioquímica	
A) Luminal:	
Gastrectomía	Obst. biliar
I. pancreática	Cirrosis biliar
B) Mucosa:	
Eceliaca (inf. adult.)	Transporte aminoácidos
Sprue tropical	E. Hartnup
Def. disacaridasas	Cistinuria
Transporte glucosa	Síntesis Quilomicron
Transporte Vit. B ₁₂	A-beta-lipoproteinemia
II. Disminución superficie absorptiva	
A) Quirúrgica:	
Resección intestinal	Gastroileostomía
B) Inflamatoria:	
Ileoyeyunitis	Enteritis bacteriana o viral
C) Infiltrativas:	
Amiloidosis	Escleroderma
III. Alteración flora bacteriana:	
Asas ciegas	Diverticulosis yeyunal
Fistulas entéricas	Neomicina
Estenosis múltiples	Escleroderma
IV. Parasitaria:	
Giardias	Necator
Estrongiloides	
V. Obstrucción linfática:	
Linfomas	T B C.
Enf. de Whipple	
VI. Trastornos vasculares:	
Ins. mesentérica	Hipertensión portal
VII. Misceláneos	
S. carcinoide	Hipotiroidismo
Diabetes mellitus	S. de Zollinger-Ellison
Hipoparatiroidismo	Hipogammaglobulinemia

II. El estudio radiológico del intestino delgado (1) (tránsito intestinal) es de gran valor en el diagnóstico diferencial. Cuando se practica en personas normales un estudio radiológico con sustancia baritada, el intestino delgado proximal revelará un patrón característico, basado fundamentalmente en la estructura de los pliegues mucosos, con aspecto de plumas o de hojas de helecho. En pacientes con anemia perniciosa, con insuficiencia pancreática o con una enteropatía distal, se observará este tipo de patrón normal. Un paciente con una enteropatía proximal puede demostrarnos una dilatación de asas, fragmentación, segmentación, floculación y pliegues en acordeón. Así mismo, para la parte distal del ileon, puede presentar las mismas alteraciones aunque con menor frecuencia; generalmente la mayoría de los pacientes con malabsorción tienen trastornos del yeyuno, sobre todo en el esprue tropical y no tropical; el estudio radiológico del ileon deberá demostrar estenosis y fistulas, signos característicos en la enfermedad de Crohn. Otras alteraciones del intestino delgado, como la presencia de diverticulosis, asas ciegas, T.B.C. intestinal, etc., son puestas en evidencia por el tránsito intestinal, indicando por lo tanto el sitio y la naturaleza de la lesión.

III. Biopsia de intestino delgado (1): Utilizando las cápsulas de Shiner, Crosby, Carey, Quinton, etc., con toma de muestras múltiples, se pueden realizar estudios con coloraciones convencionales, histoquímicas y para análisis bioquímicos, sobre todo enzimas. El examen de la muestra con el microscopio de disección tiene interés, ya que permite observar en forma panorámica la arquitectura de las vellosidades en la existencia o ausencia de atrofiás y ayuda en este sentido al estudio microscópico. La clasificación de Shiner y Doniach (12) sigue vigente; sin embargo, existe un grupo de enfermedades digestivas y extradigestivas capaces de producir atrofia de vellosidades (14) (tabla 6).

T A B L A 6
ENFERMEDADES ASOCIADAS CON ATROFIA
DE VELLOSIDADES

Enf. celiaca	Giardiasis
Esprue no tropical	Necatoriasis
Esprue tropical	Strongiloidiasis
Rectocolitis ulcerosa	Neomicina
Postgastrectomía	Hepatitis viral
Pancreatopatías	Kwashiorkor
Linfomas	Sarcoidosis
Carcinomas	S. Jögren
Enf de Crohn	Dietas obesos

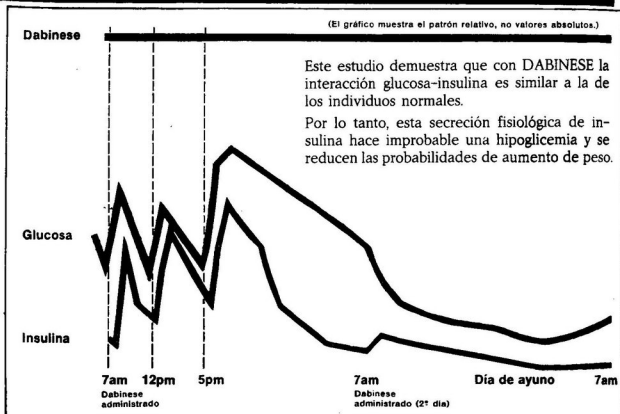
Por este motivo, la presencia de una atrofia parcial o subtotal debe analizarse a la luz del cuadro clínico y funcional del enfermo, para darle autenticidad al hallazgo microscópico. La investigación bioquímica para determinar cuantitativamente enzimas intracelulares constituye un elemento definitivo en el diagnóstico de deficiencias enzimáticas, entre las cuales, la lactasa es fundamental para concluir sobre una malabsorción de lactasas, por ejemplo.

En resumen, el síndrome de malabsorción intestinal tiene un denominador común, la deficiencia selectiva o múltiple de principios inmediatos, vitaminas o minerales debido a un trastorno en la absorción. Las manifestaciones clínicas revelan una diarrea crónica asociada a una desnutrición. Se ha adelantado en cuanto a los diferentes procedimientos para determinar la causa y el sitio de la lesión intestinal, permitiendo en esta forma una terapéutica adecuada en la mayoría de los casos. A pesar de los avances realizados en malabsorción, quedan muchos aspectos que necesitan ser mejor estudiados y aún por descubrir.

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

1. Beker S.: Evaluación de los métodos empleados para el síndrome de malabsorción intestinal. *GEN*, XIV, 1-2: 81, 1959.
2. Badanoch J.: Steatorrea in the adult. *Brit. J. Med.* 2: 379, 1960.
3. Jeffries J. H., Weser E. and Sleisinger M. H.: Malabsortion. *Gastroenterology* 46: 434, 1964.
4. Demole M. J. and Howard E. M.: Use of the Nile Blue reaction in diagnosis of steatorrhea. *Am. J. Dig. Dis.* 3: 549, 1958.
5. Christiansen P. A. Kirsner J. B. and Ablaza J.: d-Xylose and its the diagnosis of malabsorptive states. *Am. J. Med.* 27: 443, 1959.
6. Butterworth C. E., Pérez-Santiago E., Martínez de Jesús J. and Santim R., Jr.: Studies on the oral and parenteral administration of de (+) xilose. *New Eng. J. Med.* 261: 157, 1959.
7. Gelfand M. D. Spiro H. M. and Herskovic T.: Small intestine glutaminase deficiency in celiac disease. *Am. J. Dig.* 13: 638, 1963.
8. Code C. F.: The semantics of the proces of absoprtion. *Perspectives Biol. Med.* 3: 560, 1960.
9. Munro H. N.: Protein secretion into gastrointestinal tract. In *Postgraduate Gastroenterology*. Edited by Bailliere, Tindall and Cassell, London, p. 58, 1966.
10. Gordon R. S.: Preparation of radioactive polyvinylpirrolidone for medical use. *J. Polymer. Sc.* 31: 191, 1958.
11. Adlesberg D.: *The malabsorption syndrome*. Grune Stratton. 252 p., 1957.
12. Frazer A. C.: *Malabsorption Syndromes*. William Heineman Med. Book Limited. III p., 1968.
13. Shiner M. and Doniach I.: *Histopathologic studies in steathorrea*. Proc. First word. Congress of Gastroenterology. Williams and Wilkins. Vol. I. 536, 1958.
14. Greamer B.: Coeliac thoughts. *Gut* 7: 569, 1966.

La administración de Dabinese* no produce aumento de la secreción insulínica cuando no hay ingesta de glucosa



Charles J. Goodner et al: *Annals of Internal Medicine*, Vol. 68, No. 4, Abril 1968, Pags. 767 a 769

Dabinese®

una sola dosis al día



NUEVA PRESENTACION

Tabletas azules, ranuradas, de 250 mg
en estuches de 30 y 100 tabletas.



PFIZER CORPORATION - VENEZUELA

Marca de fábrica de Pfizer Inc., New York, N.Y.

**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**

PRESENTANDO UN NUEVO Y DESTACADO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO
de la familia de las cefalosporinas...

KEFLIN

(cefalotina sódica, Lilly)

suficientemente potente para las
infecciones más graves y, a la vez,
excepcionalmente bien tolerado

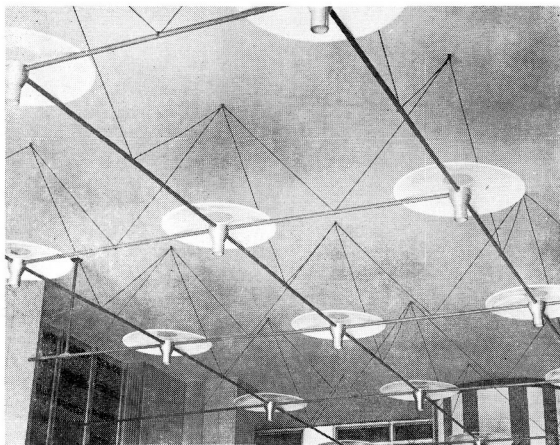
Información adicional a solicitud de los médicos



ELI LILLY Y COMPAÑIA DE VENEZUELA, S.A. - MARACAY

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

Halothan[®]

›Hoechst‹

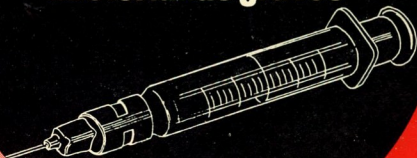
Anestésico general de inhalación



Hoechst Remedia S. A.
Apto. 80222
Caracas

DEPARTAMENTO MEDICO CIENTIFICO

**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)

AR(1) 5127/701



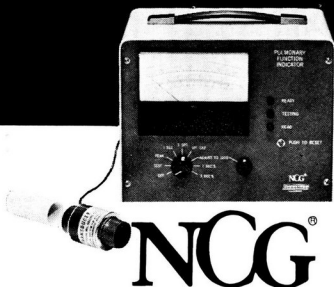
SCHERING CORPORATION DE VENEZUELA, S. A.
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta Norte,
Distrito Sucre (Estado Miranda) Caracas, Venezuela.

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

*Marca de fábrica

INDICADOR DE FUNCION PULMONAR



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

TRADEMARK

Monitor respiratorio



Medidor de máxima ventilación voluntaria



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

Indicador de volumen en flujo



GIV C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA Servicios Medicinales

Caracas: Edificio Trío 1er. piso Plaza Sur Altamira - Telfs. 33.53.81/83 - 33.40.38

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

MICRONEUROCIROGIA

Rizotomía Transtentorial del Trigémino Izquierdo.

Microneurocirugía de Nervios Periféricos.

Primeras Experiencias Personales.

Dr. Abraham Krivoy O. *

INTRODUCCION

Después de la realización del Curso Internacional de Microneurocirugía en U.S.A. y Canadá el pasado Noviembre de 1969, la última hija de la Neurocirugía, la Microneurocirugía ha comenzado a dar sus primeros frutos en el mundo entero y en nuestro país quisiera comunicar las primeras experiencias personales en este campo.

La intencionalidad de esta comunicación reside en la necesidad de divulgación de la microneurocirugía en este país para alcanzar los niveles de desarrollo que ella exige, previos entrenamientos, no menores de 6 meses en laboratorios dotados, realizando prácticas en animales y cadáveres para el dominio de los nuevos condicionamientos en los movimientos manuales e instrumentales que bajo el aumento de 6 a 40 ampliaciones difieren notablemente de los habituales.

El subrayar la necesidad de las prácticas previas de 6 meses no es nada exagerado y quien intente su aplicación directa en humanos, además de lo arriesgado, comprobará la verdad que encierra la afirmación anterior.

En el exterior ya son comunes las comunicaciones de extirpación de microadenomas selectivamente en la hipófisis, con silla turca normal,

* 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. y F.A.C.S.

por vías subnasal; o extirpaciones de adenomas hipofisarios sin gran extensión suprasellar con postoperatorio de 24 horas para comenzar la deambulaci3n (4); las anastomosis de la arteria temporal superficial con la cerebral media en casos de trombosis de esta 3ltima o endoarterectomías doretas (6); la anastomosis con safenas desde la car3tida primitiva hasta el sif3n carotideo en casos de trombosis total de car3tida interna, (7); el extraordinario refinamiento de m3ltiples t3cnicas, con disminuci3n notable de la morbilidad quir3rgica, mejor identificaci3n y disecci3n de elementos en casos de aneurismas saculares, arteriovenosas cerebrales y de la m3dula; la preservaci3n de vasos perforantes, etc., la cirugía del ángulo ponto-cerebelosos, etc.

En cuanto a la microcirugía vascular, estamos completamente conscientes que el solo restablecimiento de la circulaci3n en un área comprometida del cerebro no suele constituir la soluci3n 3nica de la isquemia cerebral, ya que frecuentemente hemos visto arterias totalmente obstruidas con preservaci3n total de las funciones neurol3gicas.

La patología vascular cerebral es una patología multidisciplinaria y requiere la investigaci3n y colaboraci3n de diversos parámetros, que incluyen los cardiopulmonares, el sistema hematol3gico, el sistema lipídico sanguíneo y conexos, los factores exclusivos de circulaci3n, el estado de los conductos, car3tidas, vertebrales, polígono de Willis, colaterales, alteraciones congénitas, funcionales (velocidad, viscosidad, oxigenaci3n, etc.), la barrera hematoencefálica y factores inherentes al propio tejido nervioso, son uno de los tantos parámetros a considerar.

La cirugía vascular tan solo trata de solucionar uno solo de esos parámetros y presta valiosa ayuda al mejor conocimiento de los aspectos anatómicos, neurorradiol3gicos, hemodinámicos y metab3licos, que permitirán derivar mejores terapéuticas con resultados más seguros.

Vamos a presentar nuestra experiencia personal realizada en dos casos de cirugía periférica y un caso de cirugía intracraneana microsc3pica de neuralgía del trigémino izquierdo de 3 años de evoluci3n continua.

He aquí nuestros casos:

B.S.J.A. de 19 años de edad, natural de Colombia, ingresó al Hospital Universitario de Caracas el 15-2-71 con la historia N° 179.001 por lesi3n traumática del plexo braquial derecho. **Enfermedad actual:** hace 45 días sufrió arrollamiento de automóvil con politraumatismos, gran hematoma retroperitoneal y lesi3n axilar derecha. Desde entonces notó imposibilidad de extensi3n de mano y dedos derechos. **Antecedentes:** sin importancia. Fue operado del hematoma retroperitoneal con recuperaci3n adecuada. **Examen físico:** T.A. 120/180; pulso: 80/ min; resp.: 22/min.; tem. 37°C. Cicatriz queiloide axilar derecha y abdominal. (Ver fig. 1). Parálisis total de la mano y dedos en cuanto a extensi3n, signo de Fromont derecho presente. Debilidad de aducci3n de dedos de la mano. Zona de hipoestesia de territorio cubital y mediano derechos.



Fig. 1. Caso 1. B.S.J.A. de 19 años de edad que 45 días atrás sufrió arrollamiento automovilístico con lesión braquial derecha del plexo total a predominio del radial. Obsérvese la herida del arrollamiento.

E.M.G.: 18-2-71: 1º)—. Lesión parcial severa de pequeños músculos de la mano inervados por cubital derecho. 2º)—. Lesión parcial de grado mediano de los músculos de la mano y antebrazo inervado por el mediano derecho. 3º)—. No hay signos de denervación del biceps braquial ni triceps, ni deltoides. 4º)—. Denervación completa, con abundante fibrilación de extensiones en antebrazo y supinador largo. 5º)—. Conducción cubital y mediano: normales. 6º)—. Estimulación en axilas en punto de Erb no se obtienen potenciales de respuesta en músculos extensores del antebrazo. **Conclusión:** 1º)—. Lesión completa del radial debajo de ramas destinadas al triceps braquial. 2º)—. Lesión parcial severa de cubital. 3º)—. Lesión parcial moderada del mediano. Rutina de laboratorio; sin alteraciones. Radio de tórax: normal. **Operación:** 11-3-71. Se extirpó la cicatriz queloidea de la lesión y se abrió la herida hacia arriba en 8 centímetros. Se buscaron los troncos nerviosos normales en su parte superior, una vez identificados se siguieron hacia abajo al sitio de la lesión. Bajo microscopio con 6 aumentos se halló que tanto el mediano como el cubital que hallaban englobados por la cicatriz y que fue posible eliminar las cicatrices adheridas a los citados troncos nerviosos, hasta dejarlos totalmente libres. (Ver fig. 2). El radial, ya desde la zona axilar alta presentaba a 7 cms. de distancia de la cicatriz un adelgazamiento acintado y muy blando, distinto a la consistencia cilíndrica del mediano

y cubital, terminando el radial en un magma plexiforme de cicatriz gruesa y extensa, que completaba con lo anterior más de 11 cms. de lesión del nervio en esa región que suele ser de 7 cms. La vena, igualmente, se encontraba parcialmente englobada en la citada cicatriz y se liberó parcialmente. (Ver fig. 3). Asegurada la hemostasia se cerró en dos planos. **Conclusión:** Liberación de nervios cubital, mediano y vena axilar: liberación de nervio radial parcial que presenta lesión de más de 11 cms. Se observará antes de decidir conducta ulterior. Evolución inmediata satisfactoria. **Biopsia:** 91082. 23-3-71: tejido conjuntivo denso cicatricial con inflamación crónica focal ligera.

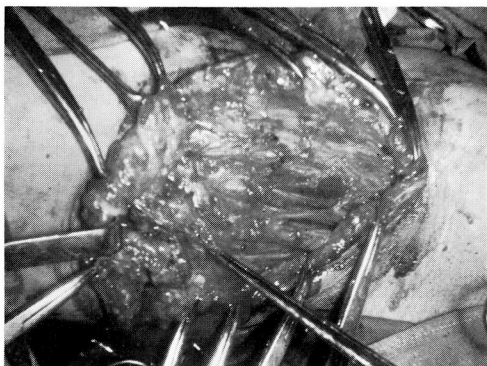


Fig. 2 Caso I Obsérvese los diferentes elementos del plexo englobado en una extensa cicatriz que se extirpó bajo microscopio de 6 aumentos.

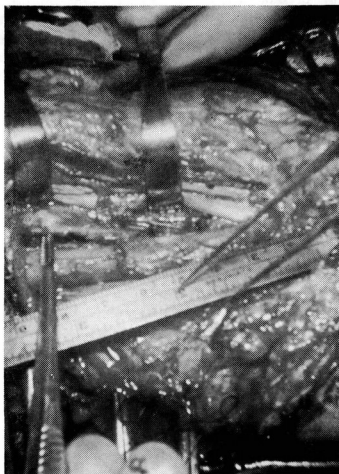


Fig. 3. Caso 1. Bajo el microscopio, el nervio mediano y cubital fueron en su totalidad liberados como se observa en la foto los dos cordones blancos cargados en ambos separadores de Farabeuf. Delante del separador, a la izquierda del lector, se halla el nervio radial levantado por una pinza de disección completamente cicatricial y se presentaba adelgazado y plano desde la axila en una longitud mayor de 11 cms. La distancia crítica del radial en esta zona es de 7 cms. El grueso tronco cilíndrico delante del nervio radial y encima de la regla metálica, es la vena braquial que también fue liberada de la cicatriz estenosante bajo microscopio.

Caso II: G.V.A., masculino, blanco de 49 años de edad, natural de Italia que ingresó al Servicio de Neurología del Hospital Universitario con la historia N° 404214 el 29-6-70 por neuralgia del trigémino izquierdo permanente. Evolución de 3 años cuya intensidad se ha venido incrementando en tal forma que se ha hecho insoportable y no cede con ningún analgésico. El dolor se irradia a la hemicara izquierda en su totalidad y se exagera con la masticación y movimientos mandibulares, que le dificultan su ingestión normal de alimentos. **Antecedentes:** Epitelioma basocelular de mejilla izquierda. En el mes de Agosto de 1970 presentó parálisis facial periférica izquierda y dolor intenso en hemicara izquierda (biopsia 87378). Fue operado por cirugía plástica el 10-8-70, extirpándose el epitelioma y practicándose un injerto dermoepidérmico. (Ver fig. 4). El dolor se fue intensificando y la parálisis facial no regresó. Fue tratado ulteriormente con bloqueos por el departamento de anestesia dejando déficit definitivo de la sensibilidad termo-algésica del lado izquierdo de la cara en forma parcial, sin mejoría del dolor. El examen físico de ingreso mostró como datos positivos: actitud defensiva de paciente por el dolor facial con la cabeza reclinada y cubierta con un paño y apoyo fuerte de la mano sobre la región en forma permanente. T.A.: 120/80; pulso 80/min.; res: 20/min.; temp.; 36°C. En cabeza y cuello se nota amplia zona del injerto dermo-epidérmico preauricular izquierdo. Sensibilidad general: bien. Pares craneanos: anestesia parcial de más de la mitad de la cara del lado izquierdo atribuido a las infiltraciones del ganglio de Gasser. Atrofia de maseteros y músculos temporal izquierdos. Parálisis facial periférica izquierda, con conservación del gusto y lacrimación. El resto del examen físico fue negativo. Exámenes complementarios: laboratorio rutinario normal, excepto V.D.R.L. positivo. Punción lumbar y L.C.R.: normales, Radiografía simple de cráneo y de base, de peñasco, senos paranales y tórax normales E.E.G.: 7-7-70: normal. Gamma-grama cerebral 13-7-70; negativo. Pneumoencefalografía (23-7-70) dentro de límites normales. Revisado el caso se decide realizar el abordaje transtentorial trigeminal de la porción mayor, con la doble intención de preservar el resto de la sensibilidad de la cara y verificar o no la existencia de tumor pequeño del ángulo cerebeloso. El 18-3-71, se practica la primera intervención en Venezuela de la rizotomía transtentorial izquierda con ayuda del microscopio bajo 10 aumentos con feliz resultado inmediato. Los detalles de la técnica se exponen en las consideraciones generales. En la exploración del ángulo transtentorial no se verificó la presencia del tumor. Previa anestesia general intubación endotraqueal, cateter de Fooley y utilización de urea intravenosa, se practicó un colgajo osteoplástico en la forma de rutina que partiendo de la parte anterior de la oreja llegaba a varios centímetros delante de la protuberancia occipital externa y en altura alcanzaba la eminencia parietal. (Ver figura 4). La base del colgajo se realizó lo más bajo posible con 3 agujeros horizontales, llegando al nivel del seno transversal. Se abrió la dura de arriba hacia el seno lateral y el escaso hueso sobrante entre el borde superior del peñasco y el seno lateral fue eliminado. El paciente fue colocado casi boca abajo con la cabeza en posición lateral y con cerca de 25 grados de rotación de la cara hacia abajo. La cabeza y el cuerpo fue colocada

ligeramente inclinada hacia arriba para el drenaje postural. Expuesto el lóbulo temporo-occipital se buscaron muy suavemente el grupo venoso temporal posterior que drena a la unión del seno petroso y el seno lateral. Se coagularon dichos vasos y se revisaron las partes cercanas, para determinar si existen otros vasos de drenaje del lóbulo temporoccipital a los senos duros. La vena de Labbé se preservó y se fue separando gradualmente el citado lóbulo de la tienda del cerebelo, hasta exponer la incisura y el borde superior del peñasco. En este momento se colocó el microscopio con 10X. Entre 3 y 5 mm. paralelos al peñasco en su parte media existía una vena de la tienda del cerebelo que fue necesaria parcialmente coagularla, se abrió dicha tienda paralela al peñasco y a la incisura, rebatiendo el colgajo dural hacia atrás y respetando siempre el borde libre de la incisura tentorial por hallarse allí cercanamente el nervio patético. Los bordes de la dura sangraron escasamente y se detuvo dicha hemorragia con el coagulador bipolar. Una pequeña vena de la tienda al cerebelo se coaguló y se separó. Allí se observó la aracnoides de la cisterna pontocerebelosa, la cual se abrió y se disecó apareciendo de inmediato el grueso tronco del nervio trigémino, en su porción mayor de franco color blanco. Hacia su parte medial se observó el pequeño contingente algo grisáceo de la porción intermedia y la porción menor. Debido a que la



Fig. 4A. Obsérvese la imagen bajo microscopio de 10 aumentos donde se ve el cerebro expuesto con sus características circunvoluciones y una arteria atravesando el campo cerebeloso a los lados y abajo, la tienda del cerebelo abierta para exponer el trigémino a su salida en la protuberancia.

neuralgia facial correspondía a los 3 territorios del trigémino, se cargó la totalidad del nervio trigémino en su porción mayor en un gancho de nervio y se cortaron en su totalidad con las tijeras de microcirugía. Asegurada la hemostasia se dejó el tentorio abierto, se cerró la totalidad de la duramadre y se repuso el colgajo óseo en la forma de rutina. La evolución post-operatoria inmediata fue satisfactoria, preservándose las áreas anteriores de sensibilidad y eliminándose el dolor. Se dio de alta a los 12 días.

CASO III: G.R.C., de 9 años de edad, natural de Porlamar, diestro, estudiante de 4º grado. Motivo de consulta: hace un mes sufrió herida por machetazo en miembro inferior derecho a nivel de región peroneal lateral externa y desde entonces no flexiona los dedos dorsalmente y no mantiene la abducción del pie. (Ver fig. 5). Tiene déficit sensitivo hacia el pie. Examen mental y lenguaje: bien, Examen físico T.A. 90/80; pulso: 88/min. Auscultación ocular, cefálica y carotídea; bien. Defensa de la nuca: bien Tórax: bien. Abdómen: bien. Sensibilidad: superficial zona de anestesia en banda correspondiente al nervio ciático poplíteo externo derecho, correspondiente a parte externa de la pierna y dorsal del pie derecho. Pares craneanos: bien. Motilidad activa: ausencia de flexión dorsal de los dedos y de la abducción del pie. Actitud y marcha: no camina con los talones. Pie derecho en gota. Fuerza: cero en flexiones dorsales y grupo abducción del pie derecho. Coordinación: bien. Trofismo: bien. Esfínteres: bien. Reflejos: osteotendinosos: bien + +. Cutaneoplantar: ↓ ↓. Cutaneoal dominales: ++' Diagnostico: lesión del ciático poplíteo externo. E.M.G.: 22-3-71: exploración de la pierna y del pie del lado derecho. Se observó lo siguiente: 1º)—. Actividad parcial en tibial anterior. 2º)—. Actividad espontánea de denervación en reposo y ausencia de unidades motoras durante el esfuerzo voluntario en extensores y peroneos laterales. 3º Actividad espontánea de denervación en reposo y ausencia de unidades motoras durante el esfuerzo voluntario en pedio! 4º)—. Ausencia de respuesta muscular en pedio por estimulación eléctrica del N. ciático poplíteo externo en peroné (ausencia de conducción). Conclusión: lesión del nervio, ciático poplíteo externo derecho para todas las ramas y parcial la del tibial anterior. Grado de la lesión; aparentemente total. Tratamiento: se decide intervención quirúrgica y se hospitaliza en Hospital Privado. El 29-3-71 se practicó operación quirúrgica del ciático poplíteo externo derecho. Al comenzar la disección debajo de la cicatriz de un machetazo recibido en esa zona, por debajo de la cabeza del peroné, se encontró una extensa zona de carácter cicatricial de aproximadamente 8 cms. de largo en su totalidad y 6 de ancho que englobaba aponeurosis, músculos y las ramas nerviosas del ciático poplíteo, tanto la profunda como la superficial. Al exponer el ciático poplíteo externo por encima de la cabeza del peroné y acercarse por debajo de la misma hacia la región del machetazo se encontró que dicha rama se adelgazaba y terminaba en fascículo fibrosos cicatrizados completamente que se reducían de diámetro apenas de aproximadamente medio cm. a 1 ó 2 mm. de carácter fibroso. (Ver fig. 6). Por debajo de dicha cicatriz se encontró el cabo distal de la rama cutánea del ciático poplíteo externo el cual se mostraba en su zona cerca de la cicatriz

englobado por la misma y era redondeado y grueso. Igualmente la rama profunda se encontraba integrada en la cicatriz pero fue posible liberarla casi en su totalidad. Se cortó con gillete los extremos cicatriciales de ambos nervios hasta que se pusieron en evidencia los axones y bajo microscopio se practicó una sutura término terminal de ambos extremos en el perineuro con dos puntos laterales, luego se invirtió el nervio y se rotó; se colocaron dos puntos por la parte posterior y luego dos puntos por la parte anterior con sutura de seda negra 7/0 todo bajo microscopio en 16 aumentos. (Ver fig. 7). Asegurada la hemostasia se suturó un plano músculo aponeurótico por encima y luego el celular subcutáneo y piel con puntos separados de seda negra y se dejó la pierna en flexión con respecto al muslo para evitar la elongación de dicha sutura y de dicho nervio con una spika de yeso. Evolución inmediata satisfactoria, de alta al cuarto día.



Fig. 5. Caso III. G.R.C. de 9 años quien sufrió herida por machetazo en miembro inferior derecho, como se nota la cicatriz en la foto, interesando el nervio ciático poplíteo derecho.

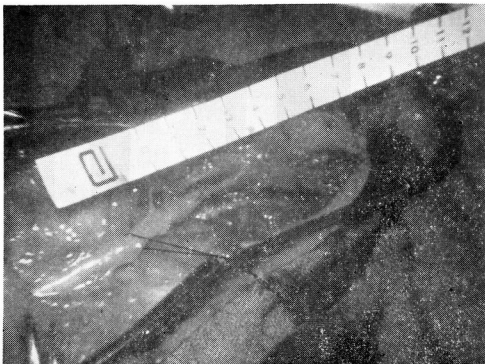


Fig. 6. Caso III. Nótese el nervio ciático poplíteo derecho cargado en la seda negra. Nótese como se va adelgazando hacia la cicatriz hasta llegar a ser filiforme. Obsérvese la conservación de los ramos colaterales del nervio. El espacio crítico a este nivel es de 1,5 cms. En este caso poseía más de 4 cms. de cicatriz no funcional y fue posible anastomosarlo con cierta tensión al cabo inferior bajo microscopio de 16 aumentos.



Fig. 7. Caso III. Obsérvese la anastomosis termino-terminal con sutura 7-0, casi no visible en la foto, después de resección de un total de 5,5 cms. de longitud en ambos cabos. Fue necesario, por la tensión del nervio, mantener con yeso y en flexión la pierna sobre el muslo durante 8 semanas y luego extensión gradual.

Comentarios finales: En cuanto a la rizotomía transtentorial del trigémino, ya Dandy (1-2) había establecido que las fibras motoras y sensitivas se hallaban separadas a nivel de la fosa posterior y que entre ambas se encontraba un pequeño contingente accesorio de fibras que eran responsables del tacto y funciones autónomas de la piel; lo anterior fue motivo de controversias.

Fue Dollinger (3) en 1908 quien se vio obligado a abrir el tentorio para cortar el trigémino en 3 pacientes, ya que el intento de hacerlo por la vía ganglionar no fue posible, debido a repetidas hemorragias y desde entonces no aparecieron comunicaciones en este sentido hasta la publicación de Jannetta y Rand (5) quienes en un extenso estudio anatómico de 60 cadáveres frescos usando el microscopio binocular, hallaron que la llamada porción mayor se constituyen en una blanda y gelatinosa estructura de 5 mm. de diámetro cubierta por una delgada pero fuerte capa que constituyen la región del cono fibroso, de la porción mayor. Distalmente al cono y por dentro un grupo de 5 o más fibras pequeñas se hallan separadas de la porción mayor y puede hallarse un espacio libre entre

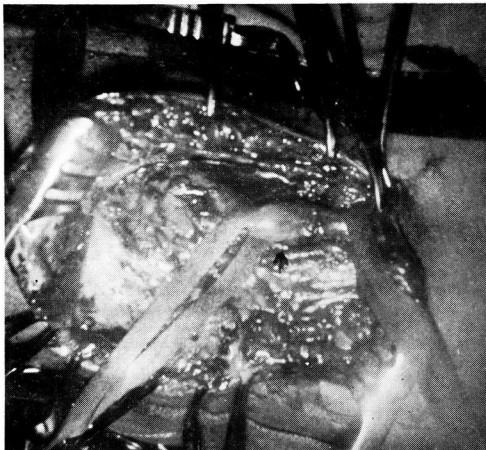


Fig. 8. J. F. Lesión del ciático poplíteo externo izquierdo. Tan solo a manera de destacar la utilidad de la microneurocirugía, en la realización de un trabajo adecuado, con menor morbilidad y mayor exactitud, compárese el neuroma de arriba (flechas) en visión natural y el de abajo, que es el mismo con solo 2,5 aumentos. Los nervios periféricos se suelen trabajar con 6 aumentos.



Fig. 9. El mismo caso anterior, del neuroma ciático, pero con solo 2,5 aumentos. Permite destacar detalles de relaciones importantes así como una manipulación más segura de los mismos.

ellas y la porción mayor; y ellas y la porción menor. A este grupo se le ha dado el nombre de "porción intermedia" que pueden poseer un subgrupo de fibras más cercanas a la raíz motora. La porción menor o raíz motora la constituyen dos o tres raicillas nerviosas entrando a la protuberancia entre uno y tres milímetros, una delante de la otra, son de color grisáceas en contraposición a lo blanco de la porción mayor.

Las tres estructuras antes mencionadas se correlacionan con la localización de los núcleos motores, el núcleo sensitivo mayor y el descendente espinal dentro del tallo cerebral.

Las intervenciones realizadas por los arriba mencionados autores han demostrado que la porción intermedia es responsable de la sensibilidad táctil y preserva el reflejo corneal, y la porción mayor, de la temperatura y dolor.

Las indicaciones precisas de la rizotomía trigeminal se limitan principalmente a aquel grupo de casos de personas jóvenes con neuralgias

continuas, intratables medicamente, donde han fallado la difenil-hidantoina sódica, el Tegretol y las infiltraciones, y más que un tic douloureux es una neuralgia facial continua intensa, o ya han tenido alguna lesión maligna como nuestro caso y se sospeche invasión del ángulo, a pesar de la negatividad de las exploraciones especializadas. En todos estos casos, los estudios previos de mieloencefalografía, pneumograma cisternal y angiografía vertebral deben realizarse antes de la intervención.

La técnica retrogasericana subtemporal de Spiller-Frazier se recomienda más a los verdaderos tics douloureux en personas mayores de edad por la mayor velocidad con que pueden realizarse, después del fracaso de las infiltraciones.

Según la rama trigeminal afectada, se seccionará en la porción mayor. 50% de su parte externa cuando es un tic douloureux de la tercera rama; el 80% externo, si es segunda y tercera y el 100% si la neuralgia es total.

Es interesante destacar el hecho que aquellos pacientes previamente alcoholizados y sometidos luego a la rizotomía transtentorial, presentaron algunos de ellos, parestesias en las áreas previamente afectadas por la alcoholización, de tipo entumecimiento.

En cuanto a la microneurocirugía de nervios periféricos, muchos aspectos importantes han de tomarse en cuenta para su éxito. El espacio crítico de tiempo entre lesión y sutura, longitud crítica de resección, la edad del paciente, el nivel de la lesión, el estado físico local, las cicatrices presentes, etc.

En nuestros casos, el primero de ellos, una lesión del plexo braquial con lesión total del radial y parcial del mediano y cubital. En cuanto al espacio crítico entre trauma y sutura del radial en su parte alta es de 13 meses (8) y su resección crítica en la parte alta es de 7 cms., en nuestro caso, la sola cicatriz era de 7 cms. y el aspecto patológico del radial era más de 11 cms.

En el otro paciente, el espacio crítico de tiempo entre trauma y sutura es de 13 meses mientras que la resección crítica es de 1,5 cms. ya que la parte distal está muy fija a los planos (8). La edad del paciente influye en el pronóstico en forma tal que mientras más joven mejor pronóstico. El nivel de la lesión es mejor en cuanto a pronóstico mientras más periférica es.

El estado local de nutrición influye en el grado de regeneración nerviosa, así como el tamaño de la cicatriz (9).

Las flexiones de las extremidades ayudan al acercamiento de los cabos y al finalizar la intervención debiera mantenerse ésta mediante férulas o yeso por tres semanas o más según el estado de tensión del nervio y realizar el estiramiento gradual.

Múltiples detalles técnicos han de tomarse en cuenta para estas técnicas y en caso de lesiones extensas se ha renovado en el exterior el uso de injertos nerviosos de cadáveres frescos preparados (9).

AGRADECIMIENTO. Queremos dejar constancia expresa de nuestro agradecimiento al Departamento Audiovisual y Fotografía de la Facultad de Medicina de la U.C.V. en la persona de su jefe Jesús E. Maldonado y su personal por su valiosa labor fotográfica.

R E S U M E N

Se presentan las primeras experiencias de microneurocirugía del autor; la primera rizotomía transtentorial trigeminal en un caso de neuralgia continua facial izquierda de 3 años de evolución y dos casos de lesiones periféricas radial y ciático popliteo externo derechos. Se hacen algunas consideraciones de carácter divulgativo del trabajo para la difusión de la microneurocirugía en sus diferentes aspectos y se insiste sobre el entrenamiento previo de laboratorios y cadáveres en la formación de la nueva especialidad.

S U M M A R Y

A preliminar communication about the three first cases of microneurosurgery was made. The first one about a transtentorial retrogasserian rhizotomy in trigeminal neuralgia of three years of evolution. The others two cases about microsurgery of peripheral nerves —radial and fibularis—. A brief considerations about the others field of applications of microneurosurgery techniques was made. The strict obligation about a good training of the neurosurgeons in laboratories and cadaver was emphasized.

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

1. DANDY W. E.: The treatment of trigeminal neuralgia by the cerebellar route. *Ann. Surg.* 96: 787-795, 1923.
2. DANDY, W. E.: Trigeminal neuralgia and trigeminal tic douloureux. In Lewis, D., editor. *Practice of Surgery*. Hagerstown. Md., 1963. W. F. Priex Co., Vol. 12, pp 167-187.
3. DOLLINGER, J.: L'extraction des racines du trigumineau, remplace l'extirpation du ganglion de Gasser, dans le traitement des neuralgies faciales graves. *Ass. Franc. de Chir.* 21: 731-754, 1908.
4. HARDY, J. M. D.: Microneurosurgery of the hypophysis a subsanal transsphenoidal approach with television magnification and televied radiofluoroscopic control. *Microneur-surg.* The C.V. Mosby Company 1969. p. 87-103.
5. JANNETTA, P. J. and RAND, R. W.: Transtentorial retrogasserian rhizotomy in trigeminal neuralgia by microneurosurgical technique. *Bull. Los Angeles. Neurol. Soc.* 3193-99, 1966.
6. KRAYENBUHL, H. and YASARGIL, G.: Reconstructive intracranial vascular microsurgery. The C. V. Mosby Co. 1969, pág. 193-197.
7. LOUGHEED, W. M.; MARSHALL, B. M.; HUNTER, M.; MICHEL, E. R. and SANDWICH SMITH, N.: Common carotid to intracranial internal carotid by pass venous graft. *J. Neurosurg.* Vol. 34 N° 1, Jan. 1971. P. 114-118.
8. NIGST, H.: Cirugía de los nervios periféricos. Editorial Alambra S. A. 1960.
9. SMITH, J. W.: Microsurgery of peripheral nerves. In *Microneurosurgery*. R. Rand, The C. V. Mosby Company 1969, p. 64-73.



el nuevo nivel
antibióterápico


OMNIPEN*

(AMPICILINA ANHIDRA, WYETH)

El bactericida de más
amplio espectro que garantiza
niveles de sero concentración

- más rápidos
 - más elevados
 - más efectivos
- dosis por dosis

Optima flexibilidad posológica

Cápsulas - de 250 mg en cajas de 8 y 16
de 500 mg en cajas de 8

Suspensión oral - de 125 mg por cada
5 ml en frascos de 60 ml

Inyectable - de 250 mg en frasco-ampolla



WYETH LABORATORIOS C.A.
CARACAS-VENEZUELA

MEAD JOHNSON DE VENEZUELA, S. A.

SE COMPLACE EN PRESENTAR EL ANTIBIOTICO MAS ESTUDIADO EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA LATINO-AMERICANA EN GENERAL Y VENEZOLANA EN PARTICULAR

HETAPEN

(Hetaciclina Potásica)

“Una luz que iluminará 1972”

“El penicinato versátil que marca una etapa decisiva de progreso en el campo de la antibioterapia”

H E T A P E N es un nuevo antibiótico de amplio espectro que positivamente destruye las bacterias y es excepcionalmente seguro y bien tolerado.

Posee el más extenso y exitoso respaldo clínico:

6 Países

9 Facultades de Medicina

23 Hospitales

. . . y más de 6.000 Pacientes

MeadJohnson



ITURBE HNOS. C.A.

Instrumentos, Aparatos
y Mobiliario

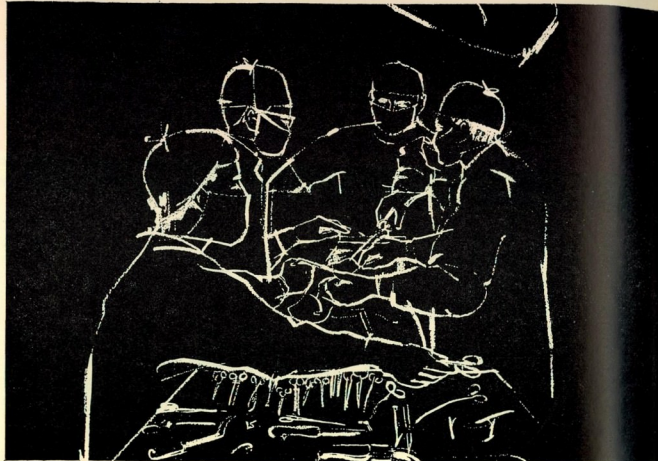
para Médicos,
Clínicas y Hospitales

PASEO DE LOS ILUSTRES - EDIF. RADS - LOCAL "B"

Frente a la Universidad - Los Chaguaramos

TELEFONOS: 61.59.31 - 61.93.08

CARACAS - VENEZUELA



En la anestesia, sólo Fluothane ofrece todas estas ventajas

Potencia

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

Comodidad

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

Precisión

se logra fácilmente un rápido ajuste de la profundidad.

Adaptabilidad

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

Flexibilidad

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

Fluothane

Halotano

Marca de fábrica

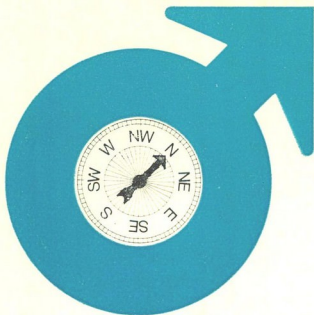
Imperial Chemical Industries Limited
Pharmaceuticals Division
Macclesfield Cheshire England

Distribuidores exclusivos en Venezuela

H. KERN & Co., S. A.

Apartado 1567 - Telf. 34 05 11
Caracas

De fundamental importancia
en la Anestesia



***una orientación
totalmente nueva en
androgenoterapia***

Proviron 25 mg tabletas (mesterolona)

no origina metabolitos de carácter estrogénico

no inhibe la producción de gonadotropinas hipofisarias

no deprime la función testicular

no menoscaba la espermatogénesis

no afecta la función hepática

totalmente efectivo por vía oral

**conserva íntegra la vitalidad del hombre
en plena madurez**

**suprime los trastornos del llamado
«climaterio viril»**

Proviron está señalado en toda indicación tributaria de un tratamiento con andrógenos, sobre todo cuando se busca un efecto androgénico intenso, se requieren dosis elevadas o debe prolongarse la terapéutica durante períodos prolongados.

El carcinoma de próstata es contraindicación de toda terapéutica androgénica.

Consúltese la dosificación, observaciones y contraindicaciones en nuestros impresos más detallados.



**Schering AG
Berlin/Bergkamen**

- en
- hiperacidez
 - pirosis gravídica
 - hiperacidez por excesos en la bebida y el tabaco
 - dispepsia
 - gastritis
 - úlcera péptica...

Comprimidos

Neutrillac®

el único
antiácido natural

Neutrillac®



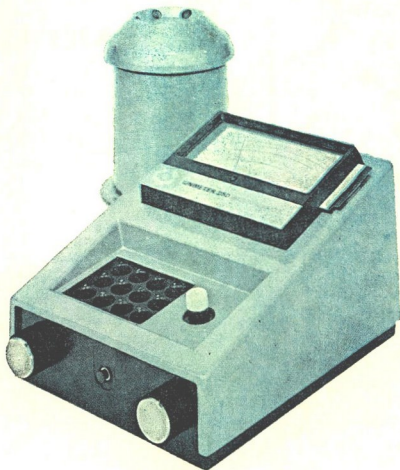
la acción neutralizante
natural de la leche
complementada
con antiácidos

Neutrillac®



El Unimeter es un equipo compacto y de alta precisión que permite, por el sistema "Unitest" efectuar exámenes de laboratorio en forma rápida y eficiente. Básicamente consiste de un colorímetro calibrado en forma precisa que da los resultados en forma directa. Una segunda parte está constituido por una centrifuga compacta de alta velocidad. Todo cuanto hace falta son 2 c.c. de sangre para numerosas pruebas directas: Glucosa sanguínea, hemoglobina, colesterol, nitrógeno uréico, ácido úrico, bilirubina, proteínas totales, fosfatasa alcalina, globulina y muchos otros.

Precisión, eficiencia y rapidez con el sistema "Unitest". Permítanos hacerle una demostración sin compromiso alguno.



Bio-Dynamics, Inc., Indianapolis, U. S. A.

Representantes Exclusivos para Venezuela:

COLIMODIO S. A.

ESTE 2 Y SUR 21 No. 148 — APARTADO 1053

C A R A C A S



TAN AMPLIO COMO EL QUE MÁS . . .
TAN SEGURO COMO NINGUNO

Royandomicina

- TRIACETILOLEANDOMICINA -

Laboratorios Royal C. A.

INDICACIONES

ROYANDOMICINA tiene marcada actividad contra gran variedad de estafilococias, que en definitiva necesitan más a menudo de las pruebas de sensibilidad in vitro y se requiere el uso de un antibiótico que produzca hemoconcentraciones mayores y más rápidas.

Entre las infecciones que han respondido muy favorablemente a la ROYANDOMICINA, se encuentran las producidas por estreptococos (tanto de cepas betahemolíticas, como alfa hemolíticas), neumococos, gonococos y H. influenzae.

Via gastrointestinal

Gastroenteritis - Enterocolitis.

Vías urinarias

Gonorrea aguda - Uretritis no específica - Cistitis - Pielitis.

Vías respiratorias

Faringitis - Amigdalitis - Otitis - Neumonía - Bronquitis - Bronquiolitis - Bronquiectasis - Asma infecciosa - Abscesos pulmonares.

Se encuentra igualmente indicada en la Furunculosis - Adenitis, Celulitis - Abscesos - Linfogranuloma venéreo, etc.

POSOLOGIA

Adultos: 250 a 500 mgrs. 4 veces por día, según el tipo y la intensidad de la infección.

Niños: Es recomendable de 125 a 250 mgrs. 4 veces por día.

En los niños de 8 meses a 8 años se puede administrar 30 mgr/kgr. al día, en dosis repartidas.