

# HITOS HISTÓRICOS DE LA CIRUGÍA COLÓNICA EN VENEZUELA

ESCALONA, ROGER\*

A excepción de las técnicas laparoscópicas, se podría considerar a la cirugía del colon como la de mayores avances durante los últimos 100 años, pasando de una mortalidad que se hallaba entre el 20 y el 50% en la primera mitad del siglo XX, a un 2% hoy en día<sup>12</sup>, lo que se fundamenta, entre otros aspectos, en la aparición de los antibióticos en el primer tercio del siglo XX, mejores técnicas quirúrgicas, mayor conocimiento sobre la microbiología del órgano, mejor manejo adecuado de la resucitación y de los períodos trans y postoperatorio, etc. Desde este punto de vista podríamos asegurar que una de las pocas ventajas de las guerras ha sido estos cambios de orientación que han logrado cambios, no sólo de índices de morbimortalidad, sino de mentalidad, a un costo que no ha sido nada despreciable. Lamentablemente, estas situaciones, y su extrapolación urbana, son las que han llevado a tan importantes revelaciones. A esto se puede agregar la disminución de las infecciones - las que aún desempeñan un papel importante en la morbimortalidad de esta cirugía - y por ende, de la hospitalización, lo que redundará en disminución de los costos finales.

La intención de este trabajo es la de hacer un bosquejo de lo que ha sido la evolución de la cirugía colónica, tanto en el mundo como en nuestro país.

## PRIMERAS REFERENCIAS

Las primeras narraciones sobre lesiones de colon aparecen en el Libro de los Jueces del Antiguo Testamento, cuando Aod, hijo de Gerad, fue enviado por Yahvé como libertador. Los israelitas enviaron un presente a Eglón, rey de Moab por medio de Aod, quien fue armado a entregarlo, y luego de hacerlo le hirió con la daga, y describe que salieron "los excrementos"<sup>3,4</sup>. Eglón muere, tal vez con gran rapidez para ser una lesión de colon, pero este pasaje podría demostrar el temor a cualquier circunstancia que involucrara el órgano.

Este miedo debe haber perdurado hasta finales del siglo XIX y principios del XX, puesto que en la revisión realizada en distintos textos y revistas, no se han hallado referencias sobre cirurgías de este órgano en Venezuela o en el mundo, probablemente

relacionado esto con la alta mortalidad - alrededor del 60% - que se presentaba al incluir al colon en cualquier procedimiento, en las que las lesiones traumáticas son un ejemplo clásico de ello, lo que llevaba a realizaba observación en todo trauma abdominal<sup>4,5</sup>. Sin embargo, se describe que en 1776 Pilon de Roven realizó la primera cecostomía por obstrucción intestinal, que levantó gran controversia en su momento y sólo pasó a ser aceptado a partir del 1839. Seis años antes se publicó la primera resección con anastomosis con sobrevida, realizado por Ruybard<sup>6</sup>. Como curiosidad, hasta 1880 solo se habían informado de 10 casos de anastomosis colónica<sup>6</sup>.

Extrañamente, la colostomía comenzó a difundirse al establecerse la conducta, de la resección con anastomosis, desarrollada en 1882 por Thomas Bryant, cirujano inglés nacido en mayo de 1828, miembro del Real Colegio de Cirujanos en 1853, quien trabajó en el Guy's Hospital, y aunque su mayor actividad se desarrolló en la traumatología, en donde tiene varias epónimos, ha sido exaltado por la realización de colostomías lumbares.

Mickulicz popularizó esta técnica en dos tiempos, mientras que Frank Thomas Paul, también un cirujano británico del Guy's Hospital, popularizó las resecciones con anastomosis en tres tiempos<sup>6,7</sup>.

Mickulicz, cuyo nombre completo fue Johann Von Mikulicz-Radecki, era un cirujano polaco - alemán para otros autores - nacido en 1850, alumno de Billroth en la Universidad de Viena donde se graduó de médico en 1875. Es considerado el creador de la cirugía abdominal moderna, especialmente por el diseño de nuevas técnicas quirúrgicas del aparato digestivo, además de dar su nombre a una enfermedad por él descrita - la inflamación de las glándulas lacrimales y salivares debido a un excesivo crecimiento del tejido linfático - y de contribuir de forma decisiva al desarrollo de los métodos de antisepsia desarrollados por Lister. También, en 1881, ideó nuevos modelos de esofagoscopio y gastroscopio. A partir de 1882, se dedicó a la docencia como profesor de cirugía en las universidades de Cracovia, Königsberg (1887-1890) y Breslau (1890-1905). En 1885 fue el primero en suturar una perforación de estómago provocada por una úlcera gástrica, un año después logró colocar un injerto

---

\* *Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía  
Miembro Correspondiente de la Sociedad Venezolana  
de Historia de la Medicina.*

de material plástico en el esófago y en 1903 extirpó un tumor maligno del colon<sup>8,9</sup>.



Dr. Johann Anton von Mikulicz-Radecki (1850-1905)

El pronóstico que estas técnicas tenían podría apoyar la afirmación de que, en el período colonial venezolano aparentemente no hubiese mayores desarrollos ni en la cirugía civil ni militar<sup>10,11</sup>. Vale la pena acotar que hasta mediados del siglo XIX los cirujanos eran considerados artesanos, y se dedicaban a técnicas básicas, como reducción de fracturas, tratamientos de úlceras superficiales, drenajes de abscesos, una que otra craneotomía, etc. También es importante tener en cuenta que para la época, de los cuatro principios a controlar para que un adecuado acto quirúrgico sea realizado, como son el conocimiento de la anatomía quirúrgica, la hemorragia, el control del dolor y de la infección, para el siglo XVIII sólo se tenían los dos primeros, y los restantes se desarrollaron durante el siglo XIX con la aparición de la anestesia en 1842, con Crawford Long, y que en Venezuela se inició en 1847, en Maracaibo con Blas Valbuena, quien utilizó éter, y por Eliseo Acosta en Caracas, sustituto de Vargas en la cátedra de Cirugía, quien lo hizo con cloroformo en 1849<sup>12,13</sup>. No es posible obviar la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia al valerse Lister de las propuestas de Pasteur, que si bien es cierto que no controlaba la infección en su totalidad,

logró una gran reducción<sup>14</sup>. De esta manera la Cirugía logró un importante desarrollo en ese tiempo, pero todavía era limitada.

## EN VENEZUELA

Si tomamos en cuenta que la primera cirugía abdominal en nuestro país la realizó el Dr. Francisco Eugenio Bustamante - ilustre Rector de la Universidad del Zulia, iniciador de las lecciones de Clínicas Quirúrgicas, pionero de la cirugía oftalmológica, innovador de numerosas técnicas<sup>12,15</sup> - en Maracaibo el 03 de agosto de 1874<sup>12</sup>, descrita como una ovariectomía en la paciente Francisca González, y la primera en Caracas la llevó a cabo, el 15 de septiembre de 1874 el Dr. Manuel María Ponte, quien además introduce el método listeriano en 1880 y es considerado pionero en la asepsia y antisepsia en Venezuela, además de haber sido Rector de la Universidad Central de Venezuela entre 1883 y 1884<sup>10,12</sup>, sería prudente considerar que hasta este momento no se había realizado ninguna intervención colónica en el país.



Dr. Francisco Eugenio Bustamante

Por otro lado, el Dr. Pablo Acosta Ortiz - conocido como el "Príncipe de la Cirugía Venezolana" egresado de las universidades Central de Venezuela y de París en 1885 y 1892, respectivamente; y quien fue vice-Rector de la Universidad Central, introductor de la cirugía moderna en Venezuela y considerado la quinta cumbre quirúrgica en orden cronológico (Vargas-Acosta-Michelena-Bustamante-Acosta Ortiz); fundador de la Cátedra de Clínica Quirúrgica en la Universidad Central, de

1893 a 1911 realizó 11 enterorrafias por distintas causas<sup>12,16</sup>, pero no se mencionan operaciones colónicas, lo que nos permitiría especular que hasta 1911, no se habían realizado este tipo de técnicas.



Dr. Manuel María Ponte



Dr. Pablo Acosta Ortiz. El "Príncipe de la Cirugía" en Venezuela (1864-1914)

Aparentemente, los cirujanos se limitaban a la extirpación de órganos que no necesitaban de restitución de la continuidad, tales como circuncisiones, emasculaciones, punciones, curas radicales de hidrocele, paracentesis, uretrotomías, tallas perineales, extracción de cálculos vesicales, trepanaciones, amputaciones de miembros, traqueotomías, extracciones o cirugía de cataratas, ligaduras de vasos, así como algunos problemas fistulosos<sup>12</sup>. Sin embargo, se realizaron intervenciones de alta complejidad y con importantes repercusiones; como ejemplo podemos mencionar la ligadura de la arteria carótida primitiva con resección del maxilar inferior en 1854, y la extirpación total de la parótida con conservación del nervio facial en 1857, ambas efectuadas por Guillermo Michelena Salias, discípulo de Vargas, padre de la Urología Venezolana, Rector de la Universidad Central de Venezuela<sup>12</sup>. Es posible que se considerara que algunos órganos eran intocables, pues llama la atención, por ejemplo, la vesícula biliar, cuya primera intervención en el país se realizó en 1917 por el Dr. Salvador Córdova<sup>16</sup>, es decir iprimer cuarto del siglo XX! Y surge la interrogante: si en el siglo anterior se había logrado controlar aceptablemente las condiciones adversas provocadas por la cirugía o por la enfermedad ¿por qué existía ese temor?.



Dr. Salvador Córdova

Lo cierto es que no se ha conseguido, a pesar de la bibliografía revisada, cuando se realizó la primera intervención electiva del intestino grueso<sup>17-21</sup>. Sin embargo, el Dr. Pedro Manrique

Lander<sup>22</sup>, recientemente fallecido, hace la referencia de la primera colectomía por trauma, hecha por Diego Amitearove en 1874, médico que ejercía en Río Chico<sup>24</sup> de quien no se han hallado más datos; pero es probable que se halla adoptado la misma conducta que en Europa, acompañado de sus consecuencias, las reparaciones de las lesiones con un alto índice de complicaciones y de mortalidad por eventos sépticos<sup>25</sup>.

Ya que se le menciona, creo justo hacerle un pequeño homenaje al Dr. Manrique Lander, cirujano y académico nacido en Caracas en 1928; se gradúa de Bachiller en el Liceo Andrés Bello de Caracas en 1947 e ingresa a la Universidad Central de Venezuela donde obtiene el Título de Médico Cirujano en 1954 y Doctor en Medicina en 1955. Realiza la residencia quirúrgica en el Hospital "Dr. Carlos J. Bello", de la Cruz Roja Venezolana, y aunque fue Jefe de la Maternidad Concepción Palacios de Caracas y Jefe de Estadísticas y Admisión del Hospital Vargas de la misma ciudad, es en la primera institución donde desarrolla su carrera, tanto como interno en 1951, pasando por la residencia mencionada. Fue el Jefe del Servicio de Cirugía de 1970 al 2000, y también su director. Ejerció como Docente de la Escuela de Enfermería de ese hospital<sup>23</sup>.

Entre otras credenciales, ocupó el cargo de Presidente de esa Institución Benéfica en 1982-1984 y del Comité Directivo Nacional. Perteneció a distintas asociaciones, tales como la Internacional de Cirugía, de Cirugía Digestiva y la de Cirugía Cardiovascular, del Colegio Americano y el Internacional de Cirujanos; titular de la Sociedad Venezolana de Cirugía y Correspondiente de la Venezolana de Gastroenterología; miembro de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y de la Asociación de Escritores Venezolanos. Electo como Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina, en 1986, para el Puesto n° 12 para suceder al Dr. Miguel Dao, Individuo de Número en 1984, Sillón XII. Detentaba un Doctorado "Honoris Causa" de la Universidad Santa María. A su vez escritor, publicó "Un artista de ayer" y "Biografía del Dr. Carlos Arvelo"<sup>23</sup>.

Retomando el tema, durante la primera mitad del siglo XX, se mantuvo la misma guía de años anteriores, tiempo en que se presentaron dos grandes conflictos bélicos, la Primera Guerra Mundial, también conocida como la Gran Guerra, y la Guerra Civil Española, donde la mortalidad de aquellos casos con lesiones de colon se hallaba entre el 60 y el 73%, la que Ogilvie, quien nació en Valparaíso, Chile, de padre ingleses y formado en Inglaterra, con su experiencia en las guerras de los Balcanes y las dos mundiales, logra hacerla bajar al 40% con el uso de la colostomía o la exteriorización<sup>25,29,30</sup>. Es a media-

dos de siglo, durante la Segunda Guerra Mundial, cuando se logró disminuir la mortalidad general con la realización rutinaria de las colostomías, experiencia que fue llevada a la vida civil, con resultados impresionantes<sup>2,4,5</sup>. Esta conducta permitió reducir la mortalidad por complicaciones sépticas, que recordemos rondaba el 60%, en las lesiones producidas en la vida civil<sup>29,30</sup>. A pesar de todo esto, Morson, en 1963, acotaba que prácticamente eran inexistentes los conocimientos sobre la fisiología del colon<sup>6</sup>.



Dr. Pedro Manrique Lander



Sir William Heneage Ogilvie (1887-1971)

En 1919, el Dr. Salvador Córdova presenta un caso de resección íleo-cecal con anastomosis íleo-sigmoidea con botón de Murphy, con sobrevida<sup>24</sup> y con pocos detalles sobre la condición de la intervención. Es de tomar en cuenta que, aunque es una resección con anastomosis, generalmente las anastomosis íleo-cólicas tienen un comportamiento similar a las de asas delgadas.

En casos electivos, se encontró la referencia que en 1932, el Dr. Miguel Pérez Carreño, reconocido cirujano valenciano, escritor, científico y profesor universitario, descendiente de Don Simón Rodríguez y Teresa de la Parra<sup>12</sup>, realiza la primera resección de recto con colostomía terminal, lo que a la postre se podría considerar la primera intervención sobre intestino grueso<sup>12</sup>. Pero nada más.



Dr. Miguel Pérez Carreño (1904-1966)

El gran cambio en el país comenzó a presentarse a principios de la década de los 80, cuando se empezaron a tomar una serie de conductas, muchas de ellas muy criticadas, que

lograron realmente dar un vuelco al enfoque de la cirugía de colon.

### JÓVENES CIRUJANOS Y RESIDENTES AUDACES

Para los inicios de la década de los 80, las premisas para las cirugías de colon eran<sup>6,31</sup>:

- 1) Antibióticoterapia oral y sistémica,
- 2) Preparación mecánica intestinal.
- 3) Técnicas derivativas

La antibioticoterapia oral venía siendo usada desde 1939 con la sulfonamida, que si bien logró bajar la rata de infecciones, aún la mantenía en un inaceptable 35%, por lo que se sustituyó por aminoglucósidos, como la neomicina, lográndose una disminución al 20%, y que al agregarse la administración de eritromicina por la misma vía, disminuyó al 5-15%, lo que mejoró hasta un 2% con la combinación con metronidazol. El objetivo de esta conducta era "esterilizar" la luz colónica, en el entendido que si se lograba limpiar el órgano de su contenido bacteriano, la cirugía sería lo más parecida a una limpia<sup>31</sup>. La vía parenteral o sistémica apareció para sustituir a la oral, y su propósito era disminuir las complicaciones sépticas al tener niveles de medicamento circulando para el momento de la intervención<sup>31</sup>.

Obviamente, se desató la polémica sobre cual de las dos daba mejores resultados, con argumentos para todos los gustos, incluso para el uso de las dos vías<sup>31</sup>.

En Venezuela, realmente la experiencia se hizo con la vía parenteral con resultados comparables, puesto que no era fácil conseguir los aminoglucósidos de administración oral.

La preparación intestinal ha tenido como enfoque el de disminuir la concentración de la población bacteriana de la luz del colon al favorecer el arrastre del contenido fecal, llegando a convertirse en lo que podríamos llamar un "dogma quirúrgico", que condicionaba hasta los resultados de la antibioticoterapia<sup>30,31</sup>. En un principio, la preparación se basaba en distintas combinaciones con catárticos y enemas, a los que se sumaban dietas de todas las características, casi a gusto del cirujano. No es sino hasta 1977 cuando se diseñan protocolos de común aceptación, basados en estudios multicéntricos llevados a cabo por la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, en los que se utilizaba sulfato de magnesio como laxante y enemas específicos<sup>31</sup>. Como ejemplo nacional, en el texto de Patología Quirúrgica de Pérez Carreño, la preparación

se comenzaba dos días antes de la operación con dieta líquida, enemas y purgantes con solución salina y sulfas o antibióticos de acción local<sup>33</sup>.

La dieta líquida, utilizada por mucho tiempo, demostró no ser efectiva de por sí, puesto que se teorizaba en el sentido que aportaba nutriente a las bacterias, por lo que se comenzaron a usar dietas elementales cuya absorción fuera proximal<sup>31</sup>.

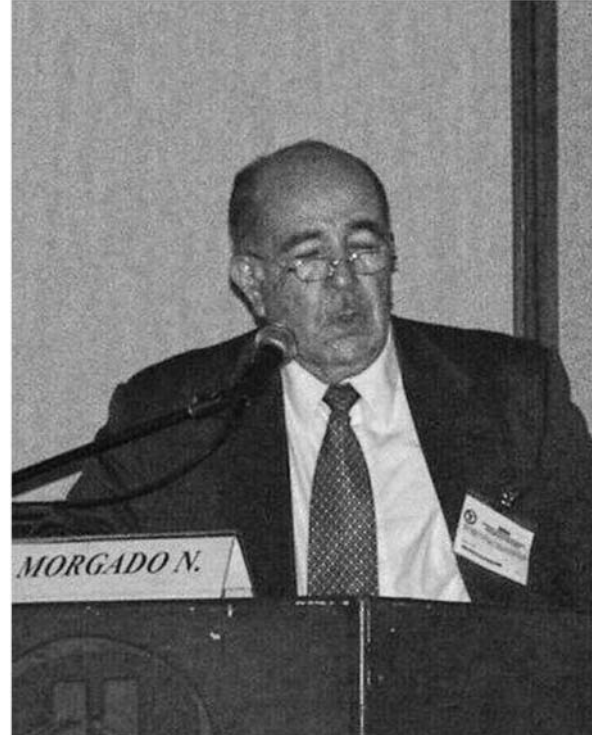
Además de ser prolongadas e incómodas para el paciente, estas medidas no lograban "limpiar" adecuadamente la luz intestinal, y menos en pacientes con atonía intestinal, por lo que en 1973 se comenzaron a realizar verdaderos lavados intestinales con grandes volúmenes de soluciones electrolíticas a través de sondas nasogástricas, hasta que se presentaran evacuaciones claras. Estas técnicas que, si bien es cierto dieron excelentes resultados, podían causar problemas en pacientes obstruidos o con función cardíaca límite<sup>31,34-36</sup> a lo que se suma la incomodidad del paciente<sup>32</sup>.

En vista de estos riesgos reales, que no dejaron de tener mortalidad, en 1980 se plantea la posibilidad de utilizar soluciones osmóticas por vía oral, demostrándose iguales resultados que con las irrigaciones, con menos riesgos y complicaciones y mejor aceptación por parte del enfermo<sup>37</sup>.

Todas estas técnicas fueron realizadas en Venezuela, con resultados, nuevamente comparables, incluso en lo que a las complicaciones se refería<sup>1,38</sup>.

En octubre de 1983, finalizando mi postgrado, llegó a mi guardia el anecdótico primer herido por arma de fuego al intentar un robo en el recién inaugurado Metro de Caracas. Recordemos que en ese tiempo, cada boca de salida del sistema del transporte subterráneo tenía un policía en la puerta de acceso. Es el caso que este paciente le robó la cartera a una señora dentro de las instalaciones y huyó por la salida mencionada; el gendarme, sin mediar palabra, disparó. El paciente arribó al HGO Dr. José Gregorio Hernández. Una vez aplicadas las medidas de resucitación, es conducido al área de quirófanos y sometido a una laparotomía exploradora, hallando como lesión única, una herida transfixiante del colon izquierdo. El especialista de guardia, Dr. Mario Arredondo, cirujano egresado del Hospital Universitario 25 años antes, me propone una reparación primaria. Ni que decir del terror que me embargó el sólo hecho de violar el dogma quirúrgico más defendido de la historia de la Medicina. Pero como los residentes a punto de graduarse son omnipotentes, acepté la sugerencia. Ni hablar de la tormenta que se desencadenó en el hospital por ello, lo que me estimuló- rebelde, o terco, al fin - a continuar. Los resulta-

dos fueron realmente asombrosos. Y ahí empezamos... Es por ello que planteo como una nueva etapa en la cirugía colónica el año de 1983, pues creo que fue el momento en que comenzó a cambiar el enfoque de este tipo de cirugía. Para este año ya el Dr. Morgado Nieves había publicado su trabajo, pero no había sido recibido como lo merecía<sup>27</sup>.



Dr. Pedro Morgado Nieves

Luego de veinte años de este evento, y luego de muchos ataques, ya la conducta era generalmente aceptada. En septiembre del año 2003, a raíz de una revisión realizada en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas, sobre los resultados obtenidos en los casos de trauma colónico tratados con reparación primaria, obviamente sin preparación, comparados con la cirugía electiva con preparación mecánica, asombrosamente los resultados demostraron que, desde el punto de vista estadístico, no había diferencias significativas entre los dos grupos; no hay que pasar por alto que los casos producto del trauma estaban constituidos por pacientes en minusvalía tanto fisiológica, dado el trauma y las lesiones asociadas, como nutricionales, toxicológicas, etc<sup>38</sup>. Y desde el punto de vista de números absolutos, este grupo presentó menos complicaciones que el electivo<sup>38</sup>, por lo que planteamos la duda del valor de la preparación mecánica, tal y como se había enfocado hasta ese momento. Como esperábamos, la reacción fue feroz, por lo que nos dimos a la tarea de demostrarlo con un trabajo prospectivo

y un Trabajo Especial de Investigación<sup>140</sup>, en los cuales se demuestra que el índice de complicaciones sépticas es estadísticamente similar en ambos grupos.

En cuanto a técnicas quirúrgicas se refiere, hasta 1983, las lesiones traumáticas del colon se trataban, si eran producidas por arma blanca, con rafia, y si el agente era el arma de fuego, con derivaciones de algún tipo. En ese año, realizamos la primera reparación primaria de una lesión de colon por arma de fuego, y a pesar de que el Dr. Pedro Morgado Nieves ya había presentado su casuística en 1971<sup>27</sup>, la discusión desatada fue brutal, en vista de la violación de un dogma quirúrgico que había soportado la prueba del tiempo, pero a la vez, dio paso al primer Trabajo Especial de Investigación sobre el tema, donde se concluía que esta técnica era viable en efectividad y seguridad<sup>5</sup>. En la actualidad, ya es poca la diatriba que se puede presentar en este aspecto, ahora los esfuerzos de los residentes del postgrado están dirigidos a casos que ameriten derivación, cuando hace apenas 20 años era todo lo contrario, los residentes de la época estábamos a la búsqueda de casos para reparación primaria iparadojas de la especialidad!

Hoy en día existe la tendencia - bien fundamentada a mi manera de ver - de confeccionar las anastomosis colónicas, ya sea en cirugía electiva o de emergencia, en un sólo plano, dejando atrás la conducta obligada de dos planos<sup>41</sup>.

A esta evolución debemos agregar, obligatoriamente, las técnicas mínimamente invasivas, que desde hace 10 años viene a constituir parte importante de la cirugía colónica, pero que hasta ahora se ha reservado en buena parte a las intervenciones electivas, aunque hay escuelas que las aplican a las situaciones de emergencia.

En este breve vistazo he tenido como objetivo el de resumir la evolución de la cirugía del colon, la cual prácticamente ha dado un giro de 360° en tan sólo 100 años, y que ha generado una gran resistencia al cambio por parte de distintas generaciones de cirujanos, y que todavía persiste en discusión, tanto en Venezuela como en el resto del mundo. Además, demuestra que en el país hemos estado a la par de otros lares, en cuanto a vanguardia médica se refiere.

Las tendencias hoy en día, tanto en cirugía electiva como de emergencia, se dirigen hacia:

- 1) Antibioticoterapia profiláctica sistémica
- 2) Preparación general
- 3) Anastomosis primarias y en un sólo plano
- 4) Cirugía mínimamente invasiva

## REFERENCIAS

1. Zamora F; Noya JR; Gómez V; Escalona R; Tahan J: Cirugía colorrectal sin preparación mecánica. Ruptura de un dogma quirúrgico. *Rev Venez Cir* 2006 59(3) 87-94
2. Buysse M: Traumatismo de colon: estudio de la casuística desde el año 1989-1994. Trabajo Especial de Investigación presentado a la Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de Postgrado. Área: Especialista en Cirugía General 1995 VE539.1; W1520, \*B987
3. La Sagrada Biblia. Edición Ecuménica México Barsa 1980 Jueces 4:6 15-22
4. Molina JL; Guzmán F; Kunath C; Sneyder R; González I; Villalobos M; Ruz HJ: Tratamiento de las lesiones traumáticas del colon. *Med Crit Venez*. 1999; 14:21-25
5. Ruiz R; Ventura M; Sarioglu Q: Reparación primaria de colon. Trabajo Especial de investigación presentado a la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de Postgrado. Área: Especialista en Cirugía General VE539.1; W1520, \*R858.
6. Nora P: El Colon En: Cirugía General. Principios y Técnica Cap 24 Salvat Editores SA Barcelona, Madrid, Buenos Aires, Caracas, México, Quito, Rio de Janeiro San Juan de Puerto Rico - Santiago de Chile 1980 473-96
7. Sir Thomas Bryant  
<http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2529.html>
8. Johann Von Mikulicz-Radecki Biografías y Vidas: Disponible en la Wide World Web:  
<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/mikulicz.htm> 2004
9. Biografía de Johann Von Mikulicz-Radecki: Disponible en la Wide World Web: <http://www.ebiografias.com/82056/Mikulicz-Radecki-Johann-von.htm>
10. Rodríguez-Rivero PD: Apuntaciones para la historia de la cirugía en Venezuela. *Gac Méd Caracas* 1930 37(6) 81-96.
11. Varga y Machuca de, B: Milicia y descripción de las indias vol 1: 125.
12. Briceño-Irragory, L: Grandes maestros de la cirugía venezolana. *Gac Méd Caracas* 2005.113(1) 72-84
13. Sánchez D: En busca de la primera anestesia en el Hospital Vargas de Caracas. *Rev Soc Venez Hist Med* 2003 52(1-2) (Serie Histórica 83-84): 86-97
14. Zúñiga-Cisneros M: La cirugía del siglo XIX En: Historia de la Medicina. Tomo III Capítulo XLIII Ediciones EDIME Caracas, Madrid 1978 485-518
15. Bustamante N: Francisco Bustamante. Fundador de la cirugía abdominal en Venezuela. Algunas facetas de su personalidad. *Rev Venez Hist Med* 2006 55(1) 55-63
16. Benítez G; París A; Benítez C et al: Cirugía biliar en Venezuela: la primera colecistectomía. Parte 1. *RFM* 2003, 26(1) 28-30. ISSN 0798-0469
17. La cirugía en el Hospital Vargas. *Gac Méd Caracas* 1896 4(1): 5-6
18. Rísquez F: Estadística en el Hospital Vargas. *Gac Méd Caracas* 1896 3:12-13
19. Estadística de mortalidad. *Gac Méd Caracas* 10(5) 1903 11(10): 87
20. Rísquez F: Estadística operatoria del Hospital Vargas: 1913-1917. *Gac Méd Caracas* 1917 24(22) 210-18

21. Razetti L: Evolución de la Medicina en los últimos 25 años. Gac Méd Caracas 1918 25(5) 79-85
22. Manrique-Lander P: La cirugía venezolana en la era pre-Razettiana y Razettiana En: Colección Razetti vol.I. Gómez OL Ediciones Ateproca 2005: 7-427
23. Biografía del Dr. Pedro Manrique Lander: Disponible en la Wide World Web: <http://www.anm.org.ve/psitem.cfm?psid=327&d=prodshow>
24. Córdova S. Resección del segmento íleo-cecal por cáncer, con anastomosis íleo-sigmoidea. Gac Méd Car 1919; 26 (5):49-53
25. Cantele H; Mendez A; Leiba J: Colostomy closure with local anesthesia. Surg Today 2001 31(8) 678-80
26. Sir William Heneage Ogilvie: Disponible en la Wide World Web <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2895.html>
27. Morgado P: Tratamiento de las heridas de ano, recto y colon. Bol Ven Cir 1971 25(1) 103-11
28. Meza, LF; Mulett, E; Osorio, M; Del Rio, JA: Trauma de colon. Tendencia actual del tratamiento. Rev Colomb Cir. <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia16101traumadecolon2.htm>
29. Salinas A; Ramírez C; Toledano A; Toledano A: Tratamiento quirúrgico de las heridas de colon en el Hospital General del Oeste. Rev Ven Cir 1986 39(3) 109-11
30. Amorín J; Villani D; Escalona R; Salinas A: Trauma de colon: alternativas de tratamiento. Trabajo presentado en el VIII Congreso Latinoamericano y XX Venezolano de Cirugía. Caracas, junio de 1989
31. Stone H: Antibiotic in colon surgery. Clin Surg North Am 1983 63(1) february 3-10
32. Jung B; Lannersta O; Palman L; Arodell M; Unosson M; Nilsson E: Preoperative mechanical preparation of the colon: the patient's experience. BMC Surgery 2007; 7:5 doi:10.1186/1471-2482-7-5 online at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/7/5>
33. Pérez-Carreño M: Cuidados Preoperatorios. En: Patología y Clínica Quirúrgica tomo I-II 1966: 45-72
34. Crapp AR; Tilloston P; Powis SJ et al: Preparation of the bowel by whole-gut irrigation. Lancet 1975 2:1239
35. Hewitt J; Rigby J; Revé J: Whole-gut irrigation in preparation of large bowel surgery. Lancet 1973 2:377
36. Kiriakidis C; Graterón H; Eduardo Z; Kiriakidis M: Preparación anterógrada del colon. Rev Venez Cir 1987 40(3): 157-9
37. Minervini S; Alexander-Williams J; Donovan IA; Bentley S; Keighley MR: Comparison of three methods of whole bowel irrigation. Am J Surg 1980 140(3) 400-2
38. Sánchez J; Guzmán C; Rojas MZ: Traumatismo abdominal penetrante: índices pronósticos. Presentado a la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de Postgrado. Área: Especialista en Cirugía General TEI 1993 VE539.1; WI900, \*S55
39. Escalona R; Guarenas Y; Noya JR; Belisario P; Zamora F: La dehiscencia de la sutura en la cirugía colónica. Trabajo presentado en la LX Jornada Capitular de la Sociedad Venezolana de Cirugía "Dr. Eduardo Castillo Mantilla". Barquisimeto, septiembre 2003
40. Escalona R; Guarenas Y; Noya JR; Belisario P; Zamora F: Importancia de la preparación mecánica para la cirugía colónica. Trabajo presentado en el XXVII Congreso Venezolano de Cirugía, Internacional y del Caribe Caracas 2005
41. Bravo R; Narváez M: Heridas penetrantes de colon. Estudio comparativo de técnicas de reparación primaria en un sólo plano con polipropileno y la estándar en dos planos en un modelo experimental. Trabajo Especial de Investigación presentado a la Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Comisión de Estudios de Postgrado, para la obtención del grado de Especialista en Cirugía General VE539.1; WI520, \*B72



## NOTICIAS BREVES

La Sociedad Venezolana de Cirugía, por intermedio de su Presidente asistió a la XIV Jornadas Colombovenezolanas de Cirugía, que se realizaron en esta oportunidad en la ciudad de Cúcuta, durante los días 24 y 25 de octubre del presente año, con un interesante programa con la participación de especialistas, tanto de Venezuela como de Colombia. El evento contó con la asistencia del doctor Martiniano Jaime, Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía y del doctor Luis Fernando Conde, Presidente de la Asociación Nortesantandereana de Cirugía Durante el evento y en un ambiente de grata cordialidad, el doctor Elio Álvarez agradeció por la distinción recibida como Miembro Honorario del Capítulo nortesantandereano.