

REPUBLICA DE COLOMBIA

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA



"REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGIA" Y "REVISTA MEDICA DE  
COLOMBIA" INCORPORADOS

ORGANO DE:

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA SOCIEDAD DE CIRUGIA

LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA Y

LA ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

DIRECCION Y REDACCION:

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ  
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA



DIRECCION Y REDACCION: APARTADO NUMERO 102  
BOGOTA - COLOMBIA - S. A.

ADMINISTRACION: Editorial Cromos—Bogotá.

Carrera 6a., Nros. 12-60 a 12-66 — Apartado Número 442 — Teléfono Número 3-1-2

**PANBILINA EN LAS  
ENFERMEDADES DEL HÍGADO**

**RECTOPANBILINA  
EN EL ESTREÑIMIENTO**

**HEMOPANBILINA  
EN LAS ANEMIAS**

son los  
eslabones  
de una  
misma  
cadena

**LA OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR  
Y SANGUINEA TOTAL**

Literatura, Muestras:  
del Dr. **PLANTIER**  
**ANNONAY (Ardèche)**  
**FRANCE**

**SEDATIVO - HIPNÓTICO - ANTIESPASMÓDICO**

**NEURINASE**

Con dosis mínimas procura sueño

Sin crear hábito  
Sin efectos tóxicos ni penosos

Laboratorio **A. GÉNÉVRIER**, 2, Rue du Débarcadère, PARIS

A base de  
**Valeriana fresca**  
y de  
**Veronal soluble**  
(0 gr. 15 por cucharadita)  
Olor y sabor agradable

Dosis:  
1/2 à 4 cucharaditas  
por 24 horas

PÍDANSE MUESTRAS



**OUATAPLASMA**

del Doctor **Ed. LANGLEBERT**

Adoptado por los Ministerios de la Guerra, de la Marina y de las Colonias  
**Cura emoliente aséptica instantánea.**

Preciosa en el Tratamiento de los

**ABSCESOS  
FORÚNCULOS  
FLEMONES  
CARBUNCLOS  
PANADIZOS  
QUEMADURAS**

**LLAGAS VARICOSAS  
ECZEMA  
ERISIPELAS  
FLEBITIS  
PERITONITIS  
COLICOS de los NIÑOS**

**COLICOS UTERINOS  
GRIETAS de los PEGHOS  
GOTA  
REUMATISMOS  
ENFERMEDADES de la PIEL**

**P. SABATIER**, 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS. — Se encuentra en todas las Farmacias

## CONTENIDO

	Págs.
<i>Localización intestinal del rinoscleroma</i> , por los doctores A. Peña Chavarriaga y Rotter . . . . .	477
<i>Un caso de sodoku</i> , por el doctor Roberto Serpa . . . . .	487
<i>Informe sobre el trabajo del doctor Serpa</i> , por el doctor Roberto Franco F. . . . .	491
<i>Técnica quirúrgica en las apendicitis graves no operadas a tiempo</i> , por el doctor Luis M. Vela Briceño . . . . .	494
<i>Informe sobre el trabajo del doctor Vela Briceño</i> , por el doctor Abrahám Salgar S. . . . .	518
<i>Año Nuevo</i> (nota editorial) . . . . .	528

## CONDICIONES:

- 1.ª Los originales de los artículos deben estar escritos en máquina y no serán devueltos a sus autores.
- 2.ª Los autores tienen derecho a cinco ejemplares del número correspondiente.
- 3.ª No está prohibida la reproducción y traducción de los artículos de esta Revista, siempre que sea mencionada.

### TARIFAS:

Serie de 12 números en el interior. . . . .	\$ 2.00
Serie de 12 números en el exterior. . . . .	2.50
Número suelto. . . . .	0.25
Número atrasado. . . . .	0.50
Para los estudiantes de medicina. . . . .	0.20

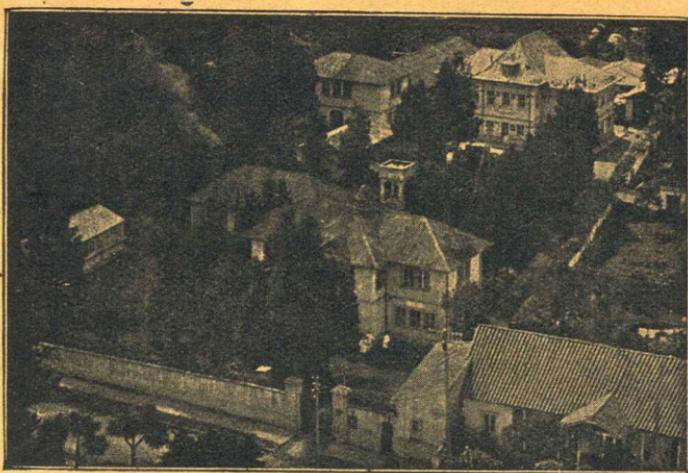
Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

### Administración:

### EDITORIAL DE CROMOS

Carrera 6.ª, Números 12-60 a 12-66. — Apartado 442.

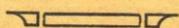
Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102



# LABORATORIO NACIONAL DE HIGIENE SAMPER MARTINEZ



PRODUCTOS BIOLÓGICOS  
PARA USO HUMANO Y DE VETERINARIA,  
SIEMPRE FRESCOS



**BOGOTA**

CALLE 57, NUMERO 7-97

TELEFONOS: Chapinero      1780 Dirección.  
   1781 Portería.  
   1782 Administración.  
   1783

Telégrafo: "HYGEIA"

Apartado de correos 485

Apartado aéreo 3495

# DIURETICO PODEROSÍSIMO DE UNA FIDELIDAD CONSTANTE

THÉOBROMINE FRANCESA garantizada químicamente pura.

ARTERIO-ESCLEROSIS — AFECCIONES CARDÍACAS Y RENALES — ALBUMINURIAS  
 INTOXICACIONES — UREMIA — URICEMIA  
 GOTA — MAL DE PIEDRA — REUMATISMOS — MIDROPESTA  
 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

# THÉOSALVOSE

Pura  
 Digitalica  
 Estrofantica  
 Esparteinizada,  
 Fosfatada, Litinada, Cafeinizada.

OBLEAS  
 dosificadas a:  
 0 gr. 50 y a 0 gr. 25  
 Théosalvose.

Dosis media: 112 gr. al día.

La THÉOSALVOSE pura o asociada  
 no se expende sino en obleas.

Laboratorios André GUILLAUMIN, D<sup>o</sup> en F<sup>o</sup>cia, rue du Cherche-Midi, 13, PARIS

TUBERCULOSIS · ANEMIA · NEURASTENIA

# TONIKEINE CHEVRETIN

SUERO TONICO A BASE DE AGUA DE MAR

cada ampolla encierra	{	AGUA DE MAR.....	5 cc.	una inyeccion cada dos dias
		Glicerofosfato de sosa....	0 gr. 20	
		Cacodilato de sosa....	0 gr. 05	
		Sulfato de estriquina..	1 milligr.	

*No causa dolor*

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE, 52, Rue La Bruyère, Paris

ANEMIA-CLOROSIS-CAQUEXIA PALUDOSA

HIERRO y ARSENICO

# SEROFERRINE

Inyección <u>indolora</u> , una inyección todos los días Cada ampolla encierra		Casos de magnésio	0 gr. 05
		Glicerof de Sosa	0, 05
		Sulf. de estriquina	1/2 mill.
		Hierro coloidal	0, 01
		Suero fisiológico	1, cc.

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE. - PARIS

Contra los  
trastornos  
hipofisarios  
y ováricos

## PROLAN

M. R.

Hormona estandarizada de lóbulo anterior de la hipófisis, para la activación de la función ovárica en los casos de amenorrea, oligomenorrea, infantilismo, esterilidad y dismenorrea. Indicado además en los casos de caquexia hipofisaria y estados de inflamación de la pelvis menor.

ENVASES ORIGINALES:  
Caja de 5 ampollas de 100 unidades (U. R.) y  
5 ampollas de 2 c. c. de agua destilada esterilizada. Frasco de 20 grageas de 150 unidades (U. R.)

## UNDEN

M. R.

Hormona ovárica estandarizada para la terapéutica de sustitución en los casos de formación deficiente o nula de la hormona folicular. (Oligomenorrea, amenorrea, molestias de la edad crítica)

ENVASES ORIGINALES:  
Frasquito de 15 grageas de 100 unidades (U. R.)  
Cajas de 5 y 25 ampollas de 2 c. c. de la solución acuosa con 100 u. r.

De acuerdo con el ciclo ovárico, se recomienda un tratamiento combinado con el Prolán y la hormona ovárica Unden: la primera mitad intermenstrual: Prolán; la segunda, Unden



Para muestras y literatura científica favor dirigirse a  
LA QUIMICA INDUSTRIAL "Bayer Meister-Lucius"  
WESKOTT & Cía. BOGOTA - APARTADO 301

# Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ  
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIII | Bogotá-Colombia, S. A. Enero 15 de 1934 | No. 509

## LOCALIZACION INTESTINAL DEL RINOESCLEROMA

por los doctores

A. PEÑA CHAVARRIA Y ROTTER

La patología y la clínica del rinoescleroma han vuelto a fijar la atención del mundo médico. El Congreso Internacional de Otorinolaringología, celebrado en 1928 en Copenhagen, impresionado por el aumento del rinoescleroma, pues ya se observa en lugares que no fueron focos de la enfermedad, decidió hacer una encuesta universal que se comentaría en un Congreso que para el fin se reuniría este año en España y que acaba de verificarse en el mes de septiembre en la capital española.

El rinoescleroma en Centroamérica es conocido desde hace muchos años, pues hace ya más de 40 años, Alvarez, médico colombiano, pudo estudiarlo en las repúblicas de Guatemala y el Salvador, países en los cuales hay en su población alto porcentaje de elementos indígenas. Muy distinta sin embargo ha sido la situación de Costa Rica, en donde, como lo apuntan Peña Chavarría y Nauck (1) al publicar en 1929 algunas consideraciones anatómicas y clínicas, del rinoescleroma, en el curso de 4 años sólo pudieron observar en este mismo hospital, cuatro casos. Sin embargo la enfermedad en Costa Rica, parece ir aumentando, pues en el curso de pocos meses hemos tenido oportunidad de estudiar otros cuatro enfermos. El aumento del rinoescleroma es un hecho que ha llamado la atención de otros investigadores, aun en regiones completamente distintas a los focos del continente americano, como sucede en Ucrania, según lo afirma Machulko-Horbatzewitsch (2).

De los cuatro casos estudiados últimamente por nosotros, en dos pudimos hacer necropsias cuidadosas, por haber sucumbido los enfermos por enfermedades intercurrentes. En uno de éstos encontramos una localización muy curiosa de la lesión rinoescler-

romatosa, que es la que nos lleva a hacer esta publicación, pues en la literatura que sobre el particular hemos revisado, no hemos podido hallar ninguna mención de que el intestino pueda ser asiento de cambios histológicos rinoescleromatosos. Por el contrario, Askanazi, en el manual de anatomía-patológica de Aschoff (3) afirma que "las metástasis rinoescleromatosas no se observan en otros órganos que no sean los del aparato respiratorio". Lo mismo afirma de la localización del bacilo de Frisch.

El paciente que nos dio oportunidad de estudiar esta particular situación de la enfermedad de Frisch fue el siguiente:

T. G. P, jornalero de 19 años. Mestizo de origen nicaragüense. Con cortas ausencias este enfermo había permanecido en este hospital durante los últimos 3 años. Por la obstrucción completa de la laringe, con la afonía consiguiente y los ataques de sofocación, se le hizo en 1928 una traqueotomía, habiéndose colocado una cánula que el mismo enfermo removía y aseaba diariamente. El paciente afirmaba que la enfermedad había comenzado a la edad de 8 años y su iniciación la asociaba con el traumatismo producido por un golpe. Haciendo el aseo de su cánula, una mañana fue atacado por fuerte asfixia, muriendo así algunas horas después. Como puede observarse por las observaciones de autopsia, las lesiones rinoescleromatosas de este enfermo siempre fueron laríngeas, que no atacaron los lejdidos blandos de la nariz o de la cara.

**Autopsia.**—(N.º 1360-1932). Cadáver de un joven bien proporcionado y en buen estado de nutrición. En las alas de la nariz y la piel colindante no se ve engrosamiento, dureza, ni ninguna otra lesión rinoescleromatosa. No hay estrechez marcada en las cavidades nasales. La mucosa es lisa, de color gris y está un poco engrosada. En algunos lugares, especialmente en el tabique nasal se observan algunas cicatrices retraídas. La mucosa de la faringe, de la cavidad bucal, de la lengua y del anillo buco-faríngeo no tienen lesiones patológicas. La epiglottis, los pliegues aritenopiglóticos y faringeopiglóticos están muy engrosados y endurecidos, cubiertos de una mucosa lisa, de color gris claro. La pared de la laringe está engrosada, dura y rígida, como también las cuerdas vocales verdaderas y falsas. La luz de la faringe está estrechada. Debajo de las cuerdas vocales, especialmente en la pared anterior, se ven algunas cicatrices muy retraídas. Por la esclerosis, la tráquea está transformada en un tubo rígido, cuya pared mide de 0.7 a 1.2 c.m. Al corte se perciben numerosos segmentos de cartílago y hueso. La luz de la tráquea tiene un diámetro más o menos de un 1 cm.

La superficie es, en partes, lisa y de color gris-claro, en partes está cubierta de masas pardas que a su vez cubren ulceraciones superficiales. En la parte superior de la tráquea se ve el orificio de una traqueotomía, de un diámetro de 1 cm., con bordes gruesos y ásperos. Las mismas lesiones, aun en menor grado, se encuentran en los bronquios principales y aun en los grandes bronquios ultrapulmonares.

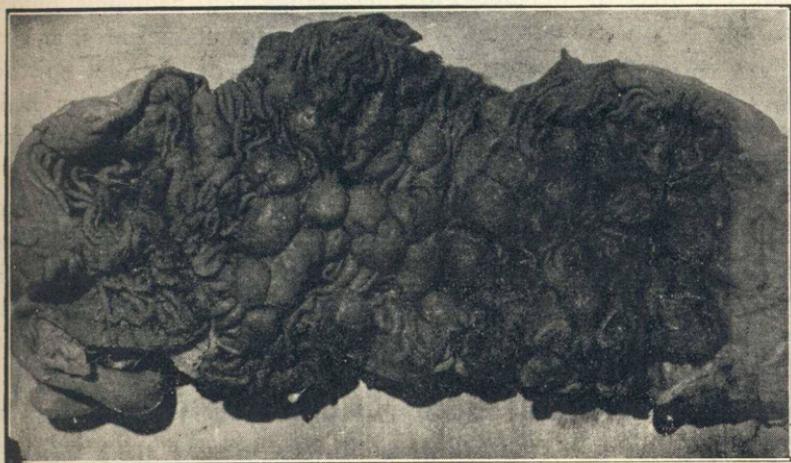


Figura N.º 1—Fotografía de la zona del colon ciego. Los botones salientes que se distinguen claramente, estaban constituidos de tejido rinoscleromatoso.

Los nódulos linfáticos cervicales superiores no están engrosados. En los pulmones, especialmente en la parte superior, se encuentran extensas lesiones tuberculosas en forma de nodulitos redondos e irregulares, en parte con caseificación central.

Los nódulos linfáticos traqueobronquiales y cervicales inferiores son grandes y duros y están salpicados de nodulitos de color gris-amarillo. En el bazo y el hígado se encuentran numerosos tubérculos. Hay ligero aumento del volumen del bazo (245 Gm.). En el corte se reconocen bien los nódulos linfáticos. En el corte del hígado (1555 Gm.) se distingue el dibujo de los lóbulos. Sale poca sangre. En la cápsula suprarrenal derecha y en ambos riñones, se ven extensas lesiones caseosas. No hay lesiones tuberculosas en el intestino ni en los nódulos linfáticos mesentéricos.

Comenzando en la válvula íleo-cecal, el colon ciego y ascendente está cubierto de numerosos nódulos en forma de botones, cuyo radio mide por término medio  $\frac{1}{2}$  cm. La mucosa, sobre los nódulos, no muestra lesiones (Fig. 1). Las lesiones van disminuyendo y se pierden gradualmente en la flexura hepática del colon,

El examen histo-patológico reveló la naturaleza de esta curiosa lesión intestinal. El tejido situado en la submucosa, examinado con pequeño aumento muestra una proliferación nítidamente constituida por numerosas células grandes, vacuolares, con núcleos picnóticos relativamente pequeños (células de Mikulicz). Debajo de la mucosa hay grandes focos formados casi exclusivamente de estas células. En medio de estas células se destacan muchas células de plasma, entremezcladas con pequeños linfocitos. Hay además bastantes leucocitos polimorfonucleares, muchos de ellos eosinófilos, situados especialmente debajo del epitelio. Junto con las células de Mikulicz, se ven algunas células hialinas llenas de gotitas, que a veces por su colocación regular, forman un rosetón alrededor del núcleo.

La capa muscular del intestino no está infiltrada. La muscularis mucosa se conserva bastante bien, aun cuando de trecho en trecho se notan pequeños defectos. La mucosa está muy infiltrada de células. Las glándulas están más separadas entre sí que normalmente y hay en ellas menos células de Mikulicz y más leucocitos que en la submucosa.

Incluidos en el tejido de granulación rinoscleromatosa, se encuentran, en islotes, los nódulos linfáticos, que muchas veces muestran nodulitos secundarios.

Al microscopio pudimos ver claramente bacilos encapsulados, en algunas de las células de Mikulicz, especialmente en las situadas debajo de la mucosa.

En los nódulos linfáticos mesentéricos no se ven lesiones rinoscleromatosas.

El tejido de la epiglotis tiene una infiltración formada de células de plasma y linfocitos. Hay muy pocas células de Mikulicz. Células hialinas hay en cantidad un poco más grande. El epitelio y el cartílago no están alterados.

El epitelio de la tráquea está transformado en un alto epitelio pavimentoso, con queratinización. Las prolongaciones epiteliales intrapapilares están muy alargadas y han avanzado en el tejido de la pared traqueal. En la porción inferior de la tráquea se encuentran algunas ulceraciones superficiales. La pared de la tráquea está inmensamente engrosada e infiltrada de numerosas células de plasma. Debajo del epitelio se encuentran algunos focos formados casi exclusivamente de células de Mikulicz. El tejido conjuntivo está engrosado, formando cordones gruesos, que dividen las masas en nodulitos separados. La musculatura lisa, está en parte hipertrofiada. Hay destrucción de casi todas las

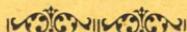


APARTADO No. 887

TELEGRAFO:

TELEFONO 10-00 Chap.

"MARLY"—BOGOTA



Acaba de instalar una sala de

## FISIOTERAPIA

Diatermia - Rayos ultra-violeta - Masajes  
Corrientes galvánica y parádica, etc.

**TELEF. 10-00 CHAPINERO**



Elaborado y  
empacado  
por los  
Laboratorios

**SUARRY, S.A.**

Buenos Aires,  
Argentina.

*Dolor de cabeza*



Distribuidor  
exclusivo  
para  
Colombia:

**MIGUEL A.  
RODRIGUEZ**

Apartado 135.  
Bogotá.

**GENIOL**

**INDICACIONES:**

Gripe, Influenza, Resfriados, Neuralgias, Dolores de  
cabeza, Dolor de oídos, Cólicos menstruales  
y Reumatismo.

**VITASTERINE  
BYLA**

VITAMINA D estandarizada

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao  
en todas sus indicaciones.

Tratamiento del Raquitismo.  
Trastornos de la Osificación y Dentición  
Convalecencias.

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

**Pannier & Prevosteau - Calle 15, No. 72.**

APARTADO 1063—BOGOTA

fibras elásticas, pues solamente en algunos lugares se ven restos de ellas, que están encogidas y se coloran intensamente.

Los anillos cartilagosos toman, en trechos, una forma triangular, por una proliferación cónica en la parte interior. Las cápsulas cartilagosas son grandes e irregulares y contienen, especialmente en las regiones de proliferación, varios núcleos. Las partes periféricas del cartílago están generalmente calcificadas. En mu-

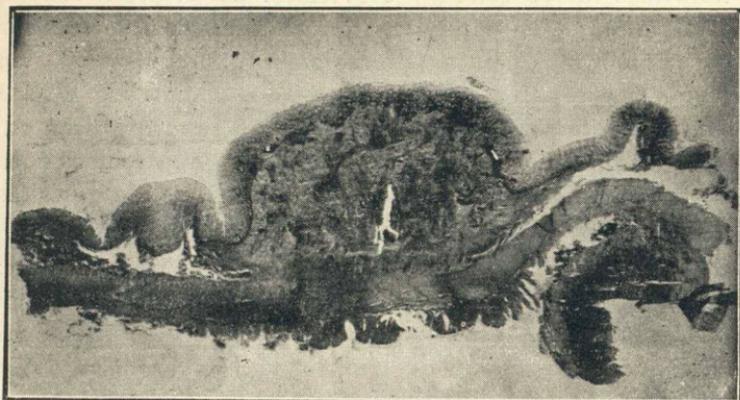


Figura No. 2—Microfotografía con pequeño aumento. Nódulo rinoscleromatoso situado en la submucosa del colon ciego, cubierto por una mucosa que no muestra ninguna alteración de su estructura.

chos lugares se encuentran oseificaciones, con formación de médula ósea, rica en células. A veces se ven dos anillos cartilagosos que están unidos por un puente óseo y cartilaginoso. En otras partes de la tráquea, los anillos cartilagosos están parcialmente destruidos; los restos del cartílago muestran, entonces una forma irregular y dentada. En las capas interiores de la pared se destacan numerosas islas de cartílago y hueso. El hueso neoforado, generalmente está bordado de una orla de osteoplastos; en algunos lugares se ven también osteoclastos en mayor número, situados en nichos del hueso.

En los bronquios grandes se encuentran lesiones análogas, aunque de menos intensidad. Las células de Mikulicz son aquí mucho más numerosas que en la tráquea y están situadas también en las capas profundas. Como la pared de los bronquios es mucho más delgada que la de la tráquea, las proliferaciones de cartílago y hueso alcanzan el epitelio y lo propulsan en la luz (Fig. 4). En los bronquios pequeños no se encuentran lesiones rinoscleromatosas.

Los nódulos linfáticos del cuello muestran extensas lesiones rinoescleromatosas.

La observación de esta autopsia pone de manifiesto un hecho que nos parece importante para la patogénesis del rinoescleroma, y es que el tejido linfático está muy poco atacado, como lo pudimos constatar, especialmente en los nódulos linfáticos del intestino. Tampoco encontramos lesiones rinoescleromatosas en los nódulos linfáticos mesentéricos y cervicales. En relación con los últimos, sin embargo, hay que considerar que, posiblemente no se pudieron ver por las extensas alteraciones tuberculosas que tenían. Aun cuando otros autores han encontrado bacilos de Frisch en los nódulos linfáticos, creemos que ellos no se multiplican en este tejido, pues de ser así se producirían lesiones anatómicas que nosotros no hemos podido encontrar y que no han sido descritas por otros investigadores.

La inmunidad relativa del tejido linfático explica tal vez la rareza de las lesiones intestinales rinoescleromatosas. Se puede sin duda suponer, en nuestro caso, que la infección intestinal fue provocada por la deglución de bacilos de Frisch, modo de infección análogo al de la tuberculosis intestinal. Sin embargo, a diferencia del bacilo de Koch, que afecta primeramente el tejido linfático del intestino, en el cual se desarrollan las primeras alteraciones tuberculosas, los bacilos de Frisch no entran, al parecer, en los nódulos linfáticos del intestino. Sólo así puede explicarse, en una infección tan crónica como el rinoescleroma, que las lesiones intestinales sean excepcionales.

La localización del rinoescleroma en el colon ciego se explica, por el mayor tiempo que los excrementos permanecen en esa parte del intestino. Si el bacilo de Frisch puede penetrar en la mucosa intestinal intacta o si se necesitan pequeñas alteraciones de ella para la infección, no se ha podido definir hasta la fecha. En nuestro caso, por lo menos, no se encontraron indicios de una enfermedad intestinal anterior.

No hay concordancia, hasta el momento, en los que han estudiado el problema patológico del rinoescleroma, para señalar los elementos que dan origen a las células de Mikulicz. Muchos autores las derivan de las células de plasma. En nuestro concepto, no se puede aclarar este punto por simples deducciones morfológicas, pues a pesar de que las células de Mikulicz y las plazmazellen están siempre unidas y entremezcladas y que hay una relación inversa en su frecuencia, es también un hecho muy nítido que los núcleos de las células de Mikulicz, son siempre pic-

nócticos, sin que se pueda reconocer nunca en ellos la estructura típica de los núcleos de los plasmazellen. Como lo han supuesto otros autores, parécenos más razonable creer que la célula hialina es el resultado de la transformación de la célula de Mikulicz. En la primera se ve casi siempre la forma picnóctica del núcleo, el protoplasma es vacuólico y además su tamaño coincide con las células de Mikulicz.

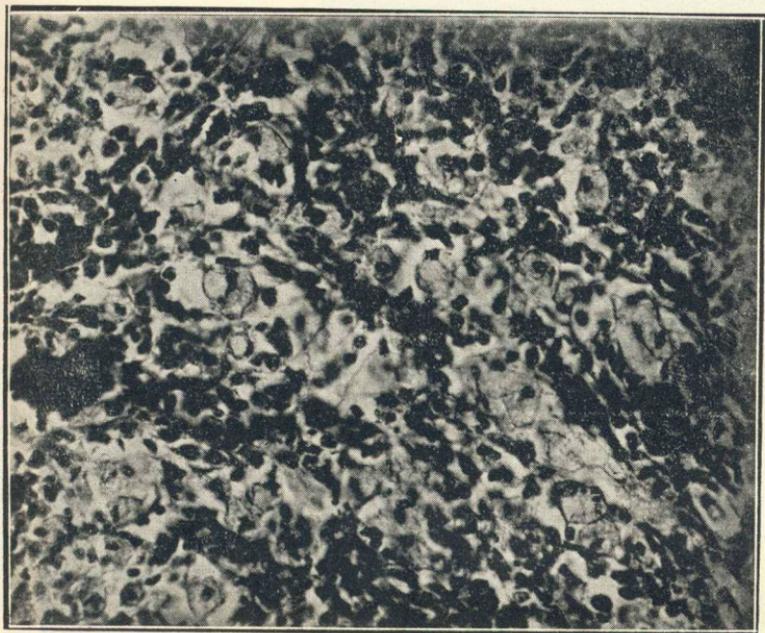


Figura No. 3—Microfotografía con aumento mediano. Tejido de granulación rinoscleromatosa, en el cual se distinguen numerosas células de Mikulicz.

En relación con el número de células de Mikulicz que se encuentran en el tejido rinoscleromatoso, hemos constatado que, hay tanto más células cuanto más agudo y progresivo es el proceso de la lesión rinoscleromatosa. En el caso descrito, se encontraron muy escasas células de Mikulicz en la epiglotis; eran un poco más numerosas en la tráquea y ya su número era considerable en los bronquios. Por el contrario, en el intestino, la mayoría de las células del tejido rinoscleromatoso estaban constituidas por células de Mikulicz. Esta diferencia corresponde exactamente a la edad de las lesiones. Muy probablemente, el bacilo de Frisch y sus toxinas, tienen alguna influencia para el desarrollo de las células de Mikulicz. Se ha iniciado, y podemos confirmarlo, que el bacilo de Frisch se encuentra casi siempre dentro

de las células de Mikulicz. Es, pues, muy posible que la cantidad de las células de Mikulicz dependa del número (o de la virulencia) de los bacilos de Frisch que infectan el tejido.

Entre los síntomas clínicos y el número de células de Mikulicz, existen al parecer, grandes relaciones. De un rinoscleromatoso se hizo una biopsia el 8.VII.28. En el corte no se encontraban sino unas pocas células de Mikulicz. La infiltración se componía

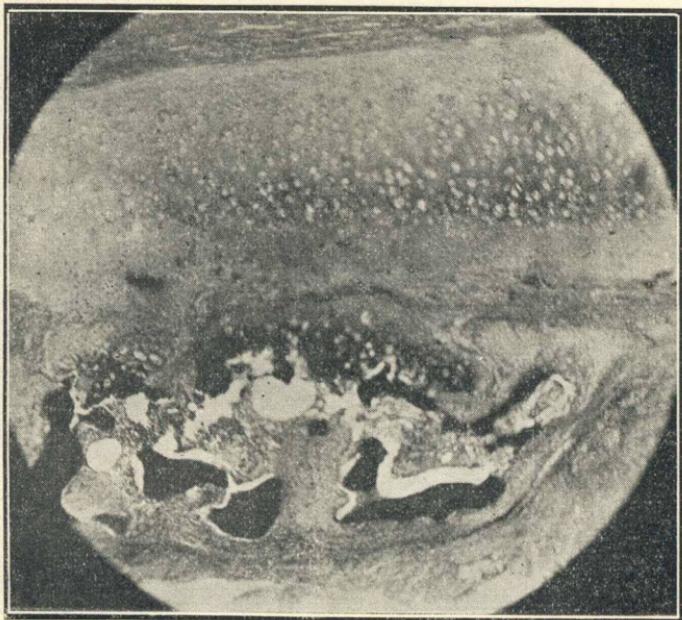


Figura N.º 4—Microfotografía, con pequeño aumento, de un cartílago bronquial atacado de rinoscleroma. Se aprecia la neoformación de hueso y de cartílago.

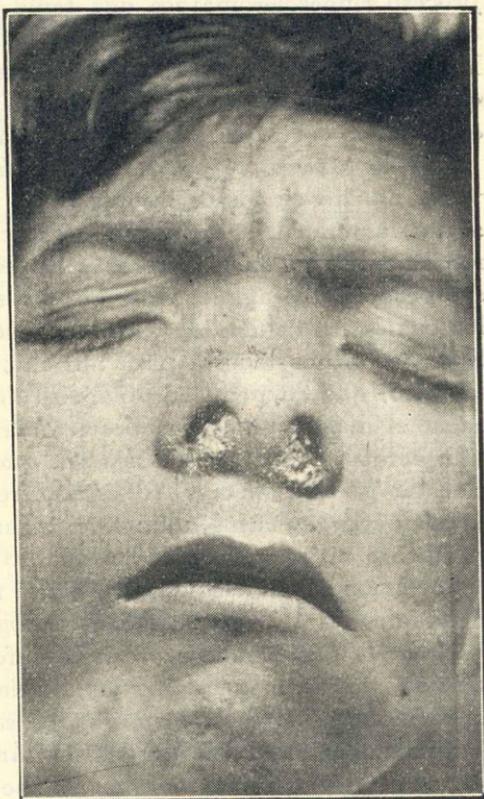
casi exclusivamente de células de plasma. El proceso rinoscleromatoso estaba en esa época, al parecer, muy estacionario, pues en los cuatro años siguientes el proceso avanzó muy poco. En el año de 1932 el enfermo entró de nuevo al Hospital, porque su estado se había empeorado en los últimos meses. Una nueva biopsia mostró ya que la mayoría de las células de infiltración estaba constituida por células de Mikulicz, entremezcladas con pocas plamazellen. Creemos que se puede suponer que la primera vez, la biopsia se hizo en un estado estacionario de la enfermedad, la segunda vez en un estado de exacerbación.

Al entrar este enfermo R. H., de 11 años de edad, por primera vez a este Hospital, en agosto de 1928 (fecha de la primera

biopsia) manifestó que la dolencia le había comenzado a los 4 años, como consecuencia de un coriza descuidado, produciendo ligera dificultad respiratoria. Actualmente (agosto 1932) el paciente tiene 15 años, está ligeramente anémico. A la inspección

Figura N<sup>o</sup>. 5

Fotografía de un rinoscleromatoso de 11 años de edad. Caso de la tercera observación.



de la cara se nota congestión de las conjuntivas por la dificultad circulatoria que causan los tejidos escleromatosos cercanos, pues hay completa oclusión de los canales lacrimales. Como puede verse por la fotografía, hay deformación de la nariz, en la cual la lesión rinoscleromatosa ha obstruido de un modo total la ventana izquierda, de un modo parcial la derecha. La mucosa del velo del paladar está congestionada, pero todavía no hay invasión de sus tejidos por el rinoscleroma, que en el caso de este enfermo, y a la inversa de lo ocurrido en el anterior, la lesión ha tendido al exterior, localizándose en los tejidos blandos de la nariz. Por la importancia que como factor etiológico tiene el hecho, queremos apuntar que este mismo enfermo tiene dos hermanos, uno mayor y otro menor, atacados de rinoscleroma.

El tercer caso observado por nosotros, ayuda también nuestra observación. El enfermo, un niño de 9 años, que hacía aproximadamente un año de su enfermedad rinoescleromatosa, murió por una infección intercurrente—una neumonía lobular, fibrinosa. El proceso rinoescleromatoso que tenía un curso muy lento, se había extendido al interior, invadiendo la mucosa nasal, la epiglotis, la laringe y el tercio superior de la tráquea. Histológicamente se encontró una infiltración muy densa de plasmazellen. Solamente en algunos cortes se encontraron unas pocas células de Mikulicz.

De lo expuesto resulta, que el número de células de Mikulicz varía mucho en los diferentes casos y aun en el mismo enfermo, según la tendencia evolutiva o estacionaria de la dolencia. Aparentemente son más numerosas las células de Mikulicz en los casos progresivos, agudos, que en los estacionarios, en algunos de los cuales las células de Mikulicz pueden faltar casi totalmente. Este hecho nos faculta para afirmar, desde el punto de vista histológico, que en pequeñas biopsias de la mucosa nasal se puede hacer el diagnóstico de rinoescleroma, aun cuando no se encuentren células de Mikulicz, siempre que haya una marcada infiltración de plasmazellen y se encuentren algunas células hialinas. Sin embargo, en casos dudosos clínicamente, en los cuales histológicamente no se encuentre un cuadro característico, se debe acudir al examen bacteriológico. Según nuestras experiencias, recomendamos para el examen bacteriológico el siguiente procedimiento: “En la piel o mucosa bien desinfectada, se hace una pequeña incisión, de tal manera que los bordes de la herida estén bien entreabiertos. Para las siembras, se saca el material del fondo de la herida, sin tocar sus bordes, evitándose así una contaminación con otras bacterias. Generalmente se consigue de este modo un cultivo puro del bacilo de Frisch, aun en el primer tubo inoculado.

## BIBLIOGRAFIA MENCIONADA

1. Peña Chavarría, A. y E. G. Nauck. El Rinoescleroma en Centroamérica. “Revista Médica Latino-Americana”. Buenos Aires. Febrero de 1929.
2. Machulko Horbatsewitsch. Zur Frage der pathologischen Morphologie des Rhinoskleroms. Virchow's Archiv. Tomo 270, pág. 680.
3. Lügwig Aschoff: Pathologische Anatomie. Tomo 1.

## UN CASO DE SODOKU

Por el doctor

ROBERTO SERPA

Bogotá, septiembre de 1933.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.—E. S. M.

Con todo el respeto que esa alta corporación merece, le presento la historia de un caso de Sodokú, el único hallado por mí en mi ya larga práctica profesional.

Sé que es costumbre acompañar a esta clase de historias clínicas los resultados que los exámenes bacteriológicos hayan dado en los casos que se relaten, pero habiendo sido negativos todos los exámenes hechos a A. Ramírez con el fin de hallar el agente causal del Sodokú—exámenes hechos por el bacteriólogo señor José L. Barreto, cuya competencia es conocida por algunos señores académicos, me pareció inútil hacer alusión a ellos.

Envío esta historia a la Academia para que ella, agregando este caso a los pocos conocidos en el país, haga saber a los médicos colombianos que sí existe entre nosotros la enfermedad japonesa, pues temo que a muchos colegas les haya sucedido lo que a mí me sucedió: que había considerado el Sodokú como una enfermedad exótica en Colombia y solamente la había estudiado como una curiosidad científica, sin pensar nunca hallarme frente a ella.

Las ratas y los ratones de nuestro país son tan tímidos y cobardes que casi nunca muerden al hombre y cuando llegan a hacerlo es con consecuencias tan inocuas, que A. Ramírez, el paciente cuyo caso relato, llevaba razón, considerada nuestra manera de ser, en ocultar la mordedura de que había sido víctima.

A. R. llegó al Hospital Arbeláez, lugar en donde lo traté, procedente de El Conchal, estación quizá la más infectada de paludismo en toda la región del Ferrocarril de Puerto Wilches. Pero el ser A. R. palúdico crónico no me hizo pensar en que su fiebre alta y continua pudiera ser malaria, porque esta forma continua, alta y acompañada de fuertes dolores es frecuente en los jóvenes que sufren las primeras invasiones de hematozoarios, pero en los palúdicos crónicos las reacciones son mucho menos violentas.

Naturalmente, como el paludismo estalla en forma aguda cuan-

do alguna otra enfermedad ataca al palúdico crónico, yo instituí tratamiento de quinina, de moderada intensidad, al paso que lo traté como a víctima de una septicemia que empezaba a localizarse en el brazo.

La inutilidad del tratamiento general por el propidón y el no haber hallado pus en la incisión profunda del antebrazo, me hicieron buscar otro diagnóstico. La placa de gangrena, con sus dos pares de agujeritos, me hicieron pensar en la mordedura de ratón y, consecuencialmente, en el Sodokú.

Pero los autores que hablan de esta enfermedad le dan una importancia capital a la erupción, y ésta era tan discreta en Ramírez, que solamente buscándola se halló, y como el paciente negaba con obstinación el haber sufrido mordedura de rata, dio trabajo hacer el diagnóstico.

Creo sería conveniente que quien hallara un caso de Sodokú hiciera relación de él con las particularidades que le encontrare a fin de ver si en este país tiene formas especiales que lo diferencien del asiático y del europeo.

En el caso hallado por mí, la duración de los períodos febriles fue muy larga, la erupción muy discreta y los fenómenos locales muy marcados: la placa de gangrena seca de la piel presentaba el aspecto de un pedazo de cuero curtido y los fenómenos de inflamación del brazo eran tan vivos que hacían pensar en un flegmón.

Pero lo que quiero hacer resaltar en este caso es la superioridad del tratamiento por el *tártaro emético* (tartrato doble de antimonio y de potasio) sobre el *neosalvarsán*.

Ningún autor de cuantos he consultado habla del *tártaro* en el tratamiento del Sodokú, y esto no más vale la pena de poner a los señores miembros de la Academia de Medicina en el trabajo de leer la historia de un caso raro ocurrido en nuestro país.

Del señor Presidente, atento y seguro servidor,

*Roberto Serpa.*

---

El día 2 de enero de 1933 llegó al Hospital Arbeláez, A. Ramírez, de treinta años de edad, natural de Amalfi, Antioquia, quien hace diez años trabaja en el Ferrocarril de Puerto Wilches.

Entre sus antecedentes patológicos está la disentería amibiana, que lo obligó a hospitalizarse durante seis meses, en el año de 1929.

En 1930 se hospitalizó de nuevo por amibiasis hepática y paludismo. Entonces permaneció en el hospital dos meses.

Desde entonces no había vuelto al hospital, a pesar de haber sufrido ataques palúdicos. Se le trataba en la línea del Ferrocarril



**El punto de ataque reside en el tejido mismo**

A esto se debe la notable movilización de agua de la diuresis provocada por el

**SALIRGAN**

M. R.

Indicaciones especiales: Hidropesías cardíacas, edemas por enfermedades hepáticas y nefrosclerosis, hidrolipomatosis endocrinas

El preparado no causa efectos desagradables, aunque se use en tratamientos muy prolongados

**ENVASES ORIGINALES:**

Cajas de 5 y 10 ampollas de 1 y 2 c. c.



M. R.

# ACIDOL-PEPSINA

M. R.

## Preparado de ácido clorhídrico y pepsina en pastillas

Muy superior a las preparaciones líquidas de ácido clorhídrico y pepsina, por su acción más favorable y duradera sobre la secreción gástrica. Sin efecto cáustico, de sabor agradable. Los pacientes pueden llevar el tubito cómodamente en el bolsillo, sin peligro alguno.

### ENVASES ORIGINALES:

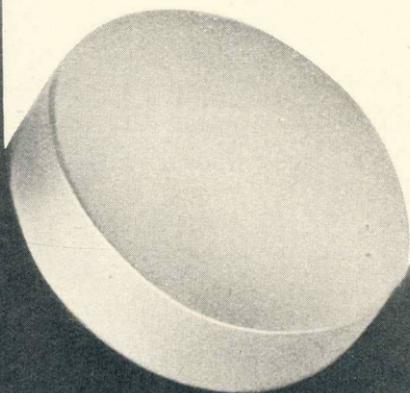
Tubo de 10 pastillas de 0,5 g.

Núm. 1. Acidez normal.

Núm. 2. Acidez débil.



M. R.



con quinoformo en inyecciones intramusculares y con quinina y arsénico por vía oral.

El día 31 de diciembre de 1932, el antebrazo derecho empezó a dolerle mucho, se le edematizó, se le puso rojizo, le dio un fuerte calofrío y tuvo fiebre elevada.

Dos días después se hospitalizó.

Examen: Cara pálida, angustiosa. Se quejaba de grandes dolores en el antebrazo. Hígado percutible hasta dos dedos abajo del borde costal. Bazo grande, de palúdico crónico. Sed viva. Acusaba la sensación de tener hinchada la boca. Decía que le "rascaba" la lengua. Anorexia. Dolor en el cuello y las pantorrillas. Pulso: 120. Temperatura: 40°.

El antebrazo derecho muy inflamado y doloroso. Los ganglios axilares derechos hipertrofiados y dolorosos. En la parte media y posterior del antebrazo había una placa de color morado del tamaño de una moneda de 20 centavos.

La fiebre y el dolor eran continuos. Al tratar de ponerse en pie, se le doblaban las piernas y caía sentado.

Se creyó en un flegmón profundo. Se le aplicó una ampollita de propidón y, localmente, compresas empapadas en soluciones de permanganato de potasa, de sulfato de cobre y licor de Van-Swieten, tibias.

Como pasados tres días de este tratamiento no cediera un punto el mal, se hizo una incisión de tres centímetros, vecina a la placa y con sonda canalada se exploró buscando pus, que no se halló.

Se observó que la fiebre era, desde las primeras horas de la mañana hasta las dos de la tarde, de 39° y acompañada de muy fuertes dolores en las piernas y en los músculos externocleidomastoideos. De esa hora en adelante, la temperatura a horas precisas hacía pensar en el paludismo como enfermedad concomitante, por lo cual se aplicaron durante tres días ampollitas de 0.50 de quinoformo, a las 8 de la mañana.

El día 9 de enero, el estado general de Ramírez era muy grave: pulso, casi imperceptible. Temperatura, 40°. Esta no descendía un solo instante. Dolores muy fuertes en todo el brazo, en el cuello y las pantorrillas. No comía y solamente se sostenía con suero fisiológico y tónicos.

Examinándolo con sumo cuidado se halló una tenue erupción en todo el cuerpo, Las venas de las piernas estaban hinchadas y dolorosas. La placa morada del antebrazo se había convertido en negra y presentaba en el centro cuatro pequeños orificios, dos frente a dos, que parecían hechos con la punta de una aguja.

Entonces se pensó en el *Sodokú* y se empezó a tratar con el neosalvarsán, aplicando dosis progresivas de 0.07, 0.10, 0.15 y 0.30 con dos días de intervalo entre cada inyección.

Con este tratamiento se estableció una notable mejoría. Al cabo de diez días entendía con claridad cuanto se le preguntaba, tenía fuerzas para sentarse en la cama, comía algo y la fiebre no pasaba de 38°.

Pero se obstinaba en negar el haber sido mordido por rata alguna.

Cuando le hice ver las huellas de los dientes, me confesó que, en efecto, unos quince días antes de enfermar le había despertado el dolor de una mordedura y que había podido inmediatamente dar muerte a la rata que lo había mordido.

Excusaba su negativa diciendo que, como había estado tan enfermo, no recordaba bien y que, sobre todo, cómo iba a creer que "un ratón fuera tan bravo"!

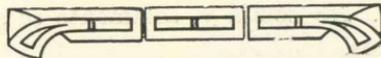
Pasados quince días, un nuevo calofrío volvió a iniciar el proceso febril de la misma intensidad. La placa de cuero había caído y en el fondo veíanse músculos y tendones como disecados expofeso.

Se aplicaron, con intervalos de cinco días, 0.15 y 0.30 de neosalvarsán, sin lograr que la fiebre bajase ni hacer cesar los dolores. El sexto día de la recaída se aplicaron 0.05 de *Tártaro emético* (tartrato doble de antimonio y de potasio) por vía intravenosa, el que produjo fuerte reacción. Y desde el siguiente día desaparecieron el dolor y la fiebre.

Se aplicaron todavía dos inyecciones más, quedando entonces tan bien, que antes de salir del Hospital fue circuncidado con anestesia clorofórmica, sin que se presentara complicación alguna.

*Roberto Serpa.*

Septiembre de 1933.



## INFORME SOBRE UN CASO DE SODOKU

Por el doctor

ROBERTO FRANCO F.

Señores académicos:

El doctor Roberto Serpa ha presentado a la consideración de la Academia un caso de Sodokú que tuvo ocasión de observar en el Hospital de Arbeláez en el Ferrocarril de Puerto Wilches.

Desde muchos puntos de vista es digno de estudio y análisis el caso que nos relata el doctor Serpa. Entre nosotros no se ha publicado hasta hoy ningún caso de Sodokú, bien que en nuestro servicio clínico de enfermedades tropicales sí tuvimos ocasión de hacer el diagnóstico de la enfermedad, como más adelante referiremos.

Conocido desde hace mucho tiempo en el Japón, se han publicado en Europa y América observaciones que se han hecho más numerosas en los últimos años, si bien es cierto que desde fines del siglo pasado se señalaron los primeros casos diagnosticados clínicamente. El conjunto de sus síntomas es tan característico que no ha habido necesidad de que los bacteriólogos nos confirmen el diagnóstico con el hallazgo de un germen específico. Esto sólo ha sido universalmente aceptado después de los trabajos hechos en el Japón en 1915 por Futaki, Takaki, Taniguchi y Osumi.

El antecedente de la mordedura de ratón (rat-bit-fever) es esencial para el diagnóstico y la evolución de la enfermedad, después de una incubación variable de pocos días hasta varios meses con sus manifestaciones febriles, los signos locales en el punto de inoculación, las linfangitis y adenitis en los ganglios correspondientes, la erupción generalizada con las manchas prominentes y de color característico, que se hacen más aparentes con cada acceso febril, constituyen un conjunto que para un clínico que una vez los ha observado son inconfundibles.

Hay en el caso del doctor Serpa que analizamos algunas particularidades que no hallamos en ninguna de las observaciones que hemos visto publicadas y que nos hacen pensar que debió haber en él alguna complicación que imprimió a su sintomatología variaciones que no se explican si se hubiera tratado de simple So-

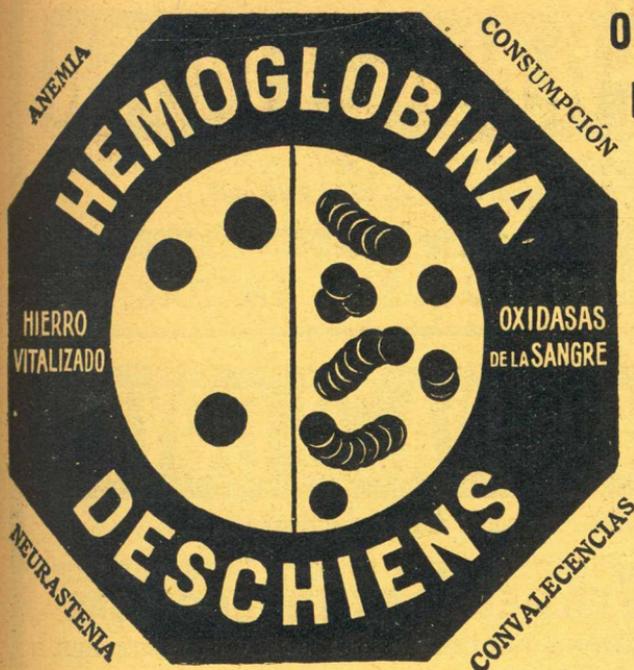
dokú. Los signos locales que iniciaron la enfermedad con gran tumefacción del brazo, enrojecimiento y edema hicieron pensar justamente en un flegmón acompañado de adenopatías axilares, que fue tratado con aplicaciones locales y con propidón en inyecciones sin obtener ninguna mejoría; esto indujo a practicar una incisión con desbridamiento de los tejidos sin hallar ninguna colección supurada.

El primer acceso febril que duró más de quince días de fiebre continua fue tratado con inyecciones arsenicales y sólo se obtuvo con ellas un descenso de la temperatura a 38°. Después de quince días de apirexia apareció nuevo calofrío y un segundo acceso febril que fue nuevamente tratado con dos inyecciones de neosalvarsán de 15 y 30 centigramos sin lograr la baja de la temperatura ni la cesación de los dolores. Esto decidió al doctor Serpa a ensayar al sexto día una inyección intravenosa de cinco centigramos de tártaro emético, que después de una fuerte reacción hizo desaparecer el dolor, la fiebre y todos los síntomas generales.

Nos dice el doctor Serpa que los exámenes bacteriológicos fueron todos negativos y que con ellos no logró confirmar el diagnóstico clínico. La demostración de la espiroqueta *morsis muris* en la sangre de los enfermos durante el período febril no es constante, para hallarla se debe recurrir a la punción de los ganglios infartados y en algunos casos a la inoculación al ratón o al curí por la vía sub-cutánea, determinando en estos animales la aparición de los accesos febriles y la presencia de la espiroqueta en su sangre. También se puede utilizar para el diagnóstico la reacción de inmunidad que posee el suero de los convalecientes de la enfermedad que determina la lisis de las espiroquetas *in vitro* e *in vivo* (fenómeno de Pfeiffer) en la sangre del curí infectado y que sería específica.

Hubiera querido presentar hoy a la Academia la observación completa del caso de Sodokú observado en nuestra Clínica de enfermedades tropicales en el mes de agosto del año 1928, pero los cuadros de temperatura y los exámenes de la sangre se extraviaron de los archivos. La fotografía del enfermo, que fue tomada durante su paso por nuestro servicio clínico, da una idea de las características de la erupción que unidas a sus antecedentes y a sus otros síntomas nos permitió hacer el diagnóstico de la enfermedad.

Se trataba de un individuo de unos treinta y cinco años de edad, que a su regreso de Girardot y al llegar a Anolaima se alojó en una casa desocupada, infestada por las ratas: se dedicó durante la noche, acompañado de su esposa, a cazarlas y matarlas, con tan



## OPOTERAPIA HEMÁTICA

el JARABE y  
el VINO

## DESCHIENS

à la Hemoglobina pura

Admitidos en los  
Hospitales de París

Proporcionarán à los  
Médicos resultados que  
agradecerán sus enfermos

DOSIS :

*Jarabe* : Una cucharada de la  
de sopa en cada comida.

*Vino* : Un vaso de madera en  
cada comida.

**SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO**

Laboratorios Deschiens, 9, rue Paul-Baudry, Paris.

# OLEOCAL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A. B. D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS  
INALTERABLES  
SIN OLOR  
Y EN  
GRANULADOS



### POSOLOGIA

Adultos : de 6 à 10 Grageas  
6363 cucharadas de los  
de granulados

Niños : Mitad de estas dosis  
(en tres veces en las comidas)

## RAQUITISMO

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACION

ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D'E Perraudin \* F.º del.º Clase. 21, rue Chaptal. Paris (9º)

# ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

*Solución concentrada, inalterable, de los principios activos de las levaduras de cerveza y de vino,*

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas :  
**ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

# MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

*Solución coloidal fagógena polivalente.*

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

2 FORMAS : **MICOLISINA BEBIBLE y MICOLISINA INYECTABLE.**

# Vino de Bugeaud

*Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.*

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina en la **NEURASTENIA, la ANEMIA y las CONVALECENCIAS**

Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

# Venósina

*Comprimidos compuestos de Hipófisis y Tiroides en proporción prudencial, de Hamamelis. Castaña de India y Cltrato de Sosa.*

**PARIS, P. LEBEAULT & C<sup>ia</sup>, 5, Rue Bourg-l'Abbé**  
**POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.**

mala suerte que fueron ambos mordidos por los roedores. El enfermo se presentó al hospital con su herida en el pulgar de la mano derecha ya cicatrizada, con un acceso febril y con los signos de una linfangitis, tumefacción, enrojecimiento y dolor en el antebrazo y el brazo del mismo lado, los ganglios epitrocleanos y axilares estaban infartados y las manchas eritematosas se extendían al tronco y a los miembros, sus dimensiones llegaban al tamaño de una moneda de 20 centavos para algunas de ellas, eran ligeramente salientes, su tinte era violáceo y se observaba en su superficie ligera descamación. Sentado el diagnóstico clínico, que no nos pareció dudoso, hicimos el examen de la sangre sin encontrar la espiroqueta, la punción del ganglio epitrocleano, y el examen de su jugo fue igualmente negativo. Este enfermo fue tratado con el neosalvarsán en inyección intravenosa a la dosis de 0,30, 0,45 y 0,60 centigramos y después de permanecer en el hospital por tres semanas salió en completo estado de salud.

La ineficacia de la acción del salvarsán en el caso del doctor Serpa es un hecho poco frecuente y el tratamiento por el emético de que él se sirvió puede haber tenido alguna influencia en el éxito terapéutico, bien que un solo caso no permite aseverar la superioridad de una droga sobre la otra. Schackaert en un artículo en que se ocupa de la antimonoterapia en el tratamiento del Sodokú dice que ha empleado el tártaro-emético, el stibenyl, el antimosán y el stibosán, dando la preferencia a este último no sólo para el Sodokú sino también para la fiebre recurrente, “especialmente cuando hay alguna sospecha de que estas infecciones sean arsénico-resistentes”. Pudiera ser este el caso del enfermo del doctor Serpa, y me atrevo a pensar que en ello hubiera podido influir la manera como se condujo el tratamiento, aplicando dosis muy pequeñas en la primera serie de inyecciones (7,10, 15, y 30 centigramos) y apenas medianas en la segunda (15 y 30 centigramos); lo cual pudo determinar la arsenoresistencia del parásito. Las dosis de 0,45 y 0,60 centigramos me parecen necesarias para dominar la enfermedad en este caso como en las otras espiroquetosis.

Antes de terminar este informe doy al doctor Serpa las gracias en nombre de la Academia por la interesante comunicación que nos ha dirigido y tengo el gusto de someter a su consideración las siguientes proposiciones:

1.<sup>a</sup> Nómbrase al doctor Roberto Serpa Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

2.<sup>a</sup> Publíquese su trabajo en el periódico de la Corporación.

Señores académicos.

## TECNICA QUIRURGICA EN LAS APENDICITIS GRAVES NO OPERADAS A TIEMPO

POR EL DOCTOR  
LUIS M. VELA BRICEÑO

Es tan palpable el adelanto de la Cirugía, se estudian con tantos detalles las intervenciones desde el punto de vista de la facilidad, del ahorro de tiempo y por consiguiente de anestesia, de la eficacia del drenaje cuando es indispensable, de la seguridad en la reforma de las paredes y hasta de la estética de las cicatrices, que seguramente el nombre dado a este artículo no está bien apropiado.

Creo, con argumentos de mucho valor, que la Cirugía moderna en todo procedimiento operatorio que preconice tiene que dedicarse, con el mayor empeño, a disminuir el tanto por ciento de la mortalidad.

No basta operar elegantemente y en pocos minutos, no es suficiente dar seguridad al enfermo contra las hemorragias, contra los percances de la anestesia, contra las infecciones, etc. etc., es preciso que la mortalidad—por cualquier causa—se anule o disminuya. Tal es objeto de este tema de meditación que presento al honorable cuerpo médico.

Salen los jóvenes de la Facultad de Medicina, de esos claustros venerados donde se dignifican las inteligencias y se fortifican para el bien los caracteres de los hombres, a trabajar en medios casi siempre hostiles; llevan un bagaje intelectual irreplaceable, elementos necesarios, buen instrumental, principian a ejercer en ciudades o poblaciones, y al poco tiempo se les presenta el primer caso grave de intervención, muchas veces en persona importante y querida en la región. . . Operan con la técnica que llevan presente en la memoria, se extralimitan—si pudiera decirlo así—en la asepsia y antisepsia, y el enfermo se muere. ¡Adiós ilusiones! ¡Adiós confianza y seguridad en la cuchilla salvadora y en los grandes milagros de la Cirugía!

En el terror que les causa el primer fracaso principian a inquirir las causas del desastre, y aquí es donde quisiera que los

# VERAMON

Schering

La composición química ideal  
para prevenir y suprimir el dolor

- ① *Efecto analgésico  
intenso y persistente*
- ② *Libre de todo efecto secundario  
sobre el organismo*
- ③ *Carece de peligro  
de acostumbamiento*

Indicado en toda clase de dolores  
Por su acción analgésica intensa  
permite con frecuencia reemplazar en parte  
o totalmente la morfina

Por su falta de efecto hipnótico es el  
analgésico para ser tomado durante el día



ENVASES ORIGINALES: TUBOS DE 10Y20 TABLETAS DE 0,4 GR.

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

**QUIMICA SCHERING COLOMBIANA, S. A.**

Carrera 5a., Número 16-72 — Apartado 147

## PROGYNON

Nuevo preparado hormonal de alta concentración.  
Insuficiencia Ovárica, Dismenorreas, Oligomenorreas, etc.  
Frascos de 30 grageas, Cajas de 6 amp.

# NEO-RHOMNOL

"RHOMNOL ESTRICNO-ARSENIADO"



En cajas de 12 ampollas de 1 cc.  
cada una de las cuales contiene :  
**NUCLEINATO** de **ESTRICNINA** definido 1 milig.  
y **CACODILATO** de **SOSA**  
quimicamente puro 0.05g.

Nueva preparación definida, estable  
que realiza, en inyecciones indoloras,  
el tratamiento racional y rápido de todas las

## AFECCIONES, INFECCIONES Y CONVALECENCIAS

tributarias del *Fósforo*,  
de la *Estricnina* y del *Arsénico*  
en su forma más completa  
y rápidamente asimilable.

**DOSIS** : Una inyección diaria, durante 12 días,  
descansar un espacio igual de tiempo y volver a empezar.

**AL DETALLE** : EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS.  
**PARA LITERATURA Y MUESTRAS** : Laboratorios del **DOCTOR M. LEPRINCE**  
**62, Rue de la Tour, PARIS (16°)**

médicos y los cirujanos emplearan el método de inducción y deducción al estilo de Poe, siguiendo las huellas del insigne Lombana Barreneche en sus investigaciones sobre *Diagnóstico clínico*, con la seguridad de obtener, en este trabajo de disección mental, grandes enseñanzas para el porvenir.

Siguiendo este método he llegado al convencimiento de que es indispensable una revisión de la técnica de varias de las grandes investigaciones de cirugía con el fin de disminuir el tanto por ciento de la mortalidad y complicaciones post-operatorias, tales como hernias, eventraciones, etc., que la desacreditan inmensamente.

Principiaré por la apendicitis y después publicaré anotaciones en este sentido verdaderamente humanitario, sobre varias de las más usuales intervenciones; bien entendido que estos temas de estudio serían fecundos si provocaran exposiciones concretas de la experiencia de nuestros cirujanos.

No se puede negar que a los Estados Unidos de Norte América corresponde el honor de ser los primeros en el estudio de la apendicitis en las primeras intervenciones y luégo en los clásicos procedimientos de esta parte de la cirugía.

Réginal Fitz, de Boston, fue el primero que estudió la enfermedad, le dio el nombre de "Apendicitis" y propuso la intervención quirúrgica como tratamiento, en 1886, en el año de nuestra Constitución. Después Murphy, en el 88, y Mac-Burney, en el año siguiente, presentaron importantes trabajos en los Estados Unidos; Roux, Talamon y Dieulafoy, en Francia; Kronlein y Mikulicz, en Alemania, etc., etc., para citar unos pocos cirujanos, porque la lista es interminable. Las primeras operaciones fueron practicadas por Frederich Treves, de Inglaterra, y Tomas G. Morton de Philadelphia.

Todos recordamos las brillantes conferencias del profesor Dieulafoy sobre esta enfermedad y su teoría de *la cavidad cerrada* como causa de la apendicitis.

Está tan estudiado este tema que sería inútil recordar los puntos tan discutidos sobre la *oportunidad* de la intervención.

Admito con la gran mayoría de los cirujanos que la apendicitis operada a tiempo no debe dar mortalidad. De manera que me refiero en estos apuntes a los casos *gravísimos de apendicitis* que pueden dar una mortalidad hasta del 50 por 100, sea

porque el cirujano haya sido llamado tarde o por cualquier causa de las que luégo estudiaré.

Teniendo presente que la teoría de *la cavidad cerrada* sufrió derrotas importantes en los casos de apendicitis con *canal abierto* y con la existencia de cavidades cerradas sin infección, y que el profesor Reclus la sustituyó por la del *estancamiento intra-apendicular*, verdadero tubo de cultivo a 37° “que realizaría las mejores condiciones (son sus palabras) para la multiplicación de los microorganismos y exageración de la virulencia, cuando una causa local o general la favorece”, sostengo, como punto de partida capital para este estudio que publico, que las condiciones patológicas a que se refiere el profesor Reclus no se localizan únicamente en el apéndice sino que se propagan al ciego y a las primeras porciones del intestino delgado vecinas, y que, por lo tanto, la Cirugía ha seguido interviniendo en toda clase de apendicitis como si la teoría de la cavidad cerrada fuera la única verdadera y como si la enfermedad se localizara únicamente en el apéndice.

El mismo Dieulafoy sostiene que hay apendicitis sin cavidad cerrada, pero que ésta fue el *primum novens* de la enfermedad aguda, la que sigue evolucionando fatalmente. Y deduzco de aquí que en muchas apendicitis hipertóxicas, la cavidad cerrada, el tubo de cultivo, no se localizan en el apéndice sino también en en las porciones intestinales vecinas.

Dice Eleckin, en sus experimentos sobre peritonitis producida por la ligadura de una asa intestinal, sin perforación: “no es en la cavidad peritoneal que se debe buscar la llave de la cuestión; el colibacilo y otros microbios que forman la poliinfección llegan al peritoneo a través de una asa patológica, en la cual han sufrido ya cambios biológicos que exaltan su propia virulencia y la virulencia de sus toxinas”. Aplico el mismo argumento en favor de mi tesis: no es en el apéndice solamente donde se debe buscar la llave de la cuestión de las apendicitis graves, no operadas a tiempo, sino en el intestino virtualmente convertido en una cavidad cerrada, en un tubo de cultivo por la inflamación, por los estrangulamientos del mismo origen, por los gases y materias fecales, por bridas anatómicas y hasta por el mismo tratamiento. Mejor dicho: el apéndice inflamado y no extirpado a tiempo revive el experimento de Eleckin, que sirvió a Dieulafoy para su teoría de la cavidad ce-

rada, y ya de nada nos sirve nuestra intervención ordinaria de extirpar el apéndice —si fuera siempre posible;—lo que haríamos sería desprender adherencias salvadoras, verdaderas murallas de defensa, traumatizamos los intestinos que se despulen con tocarlos, y ayudamos así, de fuera hacia adentro, al enemigo formidable que trabaja a la inversa, del interior del intestino hacia la superficie, preparando la perforación; contribuímos a intoxicar al enfermo y con el choque le aceleramos la muerte, porque le dejamos intacto un foco de toxinas en peores condiciones de virulencia.

Esta es la razón de los casos de intervenciones, en apendicitis no operadas a tiempo, que terminan con la muerte, con síntomas de oclusión intestinal o septicemia, etc., etc.

Admitidas las apendicitis agudas catarrales y crónicas, las purulentas, las necróticas y las apendicitis por obstrucción o cavidad cerrada, teniendo presente el cortejo innumerable de complicaciones, tales como los abscesos, que pueden ser de la fosa ilíaca derecha, retrocecales, como el memorable de Gabetta, de la cavidad pelviana con tendencia a abrirse al recto, vagina o vejiga, subfrénicos, hepáticos, pleurales, endocarditis, flebitis, gangrena pulmonar, etc. etc., hago presente que la apendicitis tiene una marcada tendencia a producir procesos patológicos del lado del canal intestinal, tales como perforaciones gangrenosas, ulcus simple duodenal o estomacal, que no se explicarían con la lesión aislada del apéndice cuando éste evoluciona con canal abierto, y muchísimo menos cuando la complicación se presenta después de la operación ordinaria de extirpar el apéndice, como el absceso retrocecal (véase la observación número 4), la tiflitis y paratiflitis hasta veinte días después de la intervención. Casos muy frecuentes en la literatura de esta enfermedad que nos indican que en las apendicitis graves es necesario tener en cuenta la exaltación de la virulencia de la flora microbiana intestinal, y el terrible aumento de sus toxinas, y de donde, por simple lógica, se deduce que con extirpar el apéndice no se ataca ese enemigo formidable que seguirá evolucionando después de la operación y que es la causa eficientísima del tanto por ciento de la mortalidad en los casos graves de apendicitis no operados a su debido tiempo!

A reparar este descuido viene la técnica que propongo para esos casos graves y tardíos de la intervención.

Todos los médicos habrán visto casos operados por muy buenos cirujanos que, con toda la técnica y cuidados necesarios, han sucumbido varios días después de la intervención.

Uno de los síntomas que se observan en las apendicitis graves son los de estancamiento de materias fecales y gases, síntomas de oclusión intestinal que proclaman a gritos que la infección que principió en el apéndice se ha propagado a las regiones intestinales vecinas

En los abscesos apendiculares en el ciego, en el recto, en la vejiga, y que curan espontáneamente hasta eliminando el apéndice, parece que la naturaleza está indicando que con mayor razón se han de eliminar y curar con un drenaje oportuno y directo al exterior, respetando la cavidad peritoneal.

Y los focos peritoneales secundarios que han observado todos los grandes cirujanos, ocho, quince, veinte días después de la intervención usual, y la *perforación secundaria* admitida por todos los cirujanos y clínicos, son la demostración palpable de que en la intervención tardía dejamos un enemigo invisible en el ciego y en el intestino delgado, casi siempre enormemente dilatados, llenos de flora microbiana de enorme virulencia y de toxinas al máximo de exaltación.

Y en lo que llamamos *toxemia apendicular*, cuando las toxinas van a producir la albuminuria, la uremia, las lesiones del hígado, la ictericia grave, el *vómito de sangre apendicular* y las intoxicaciones cerebrales, ¡cuántas enseñanzas!

Todos mis colegas habrán visto casos de muertes de enfermos atacados de apendicitis con síntomas de intoxicación cerebral, renal, hepática, etc., etc., y a todos les consta que decimos: *la muerte sobrevino porque la operación se practicó muy tarde*. Yo tengo la pretensión de corregir: la muerte sobrevino porque el proceso patológico ya no estaba únicamente en el apéndice, estaba en los intestinos afectados y convertidos en otros tantos tubos de cultivo o cavidades cerradas o como se quiera.

La misma *calma engañosa de la apendicitis* confirma mi aserto: baja la temperatura, calma el dolor en el punto de MacBurney, pero el timpanismo aumenta, el pulso se acelera, se altera, se debilita, y esto quiere decir que disminuye el peligro del foco apendicular para estallar el foco intestinal mortal.

Puedo, pues, sentar como tesis indiscutible que la apendicitis

tiene la propiedad de exaltar la virulencia de los microbios contenidos no solamente en el apéndice sino también en el ciego y en el intestino delgado.

No hay ninguna razón anatómica o fisiológica para que no suceda así y hasta algunas estadísticas de intervenciones en apendicitis crónicas pueden invocar en favor de mi tesis: Stanton trae una estadística de cien operados con varios fracasos, y entre éstos, diez y seis presentaban un ciego largo y dilatado, lo que quiere decir que el proceso patológico había avanzado a esta porción del intestino.

Y él mismo cree que estos casos habrían curado con la fijación del ciego como lo propone otro cirujano (Wins). Y esto se debe tener muy en cuenta cuando se operen apendicitis crónicas.

Principia un ataque apendicular grave: el médico de cabecera ordena el hielo, quietud, dieta absoluta, calma el dolor con una inyección y espera al día siguiente, porque la familia le tiene horror a la intervención. El cuadro empeora: la fiebre es muy alta, 40° a 41°, el pulso muy frecuente, 130 a 150 pulsaciones filiformes, el vómito constante, hipo de cuando en cuando. . . . Inmediatamente se ordena la junta de médicos: el rostro, signo importantísimo, se cianosa y se perfila, el dolor se acenúa en el punto de Lanz o de Mac-Burney, las órbitas se hunden, la lengua se presenta muy roja, sucia y seca. La junta ordena la intervención inmediata, pero después de las cuarenta y ocho horas, y el enfermo se muere, y decimos: *la muerte sobrevino porque no soportó el choque o porque la intervención fue tarde!!* No, señores. La muerte sobrevino porque no se drenó la cavidad intestinal donde ya estaba el proceso patológico.

Y esto sucede en las ciudades y poblaciones de cierta importancia! Pero en otras partes, cuando el pobre cirujano llega, ya ha pasado por allí el *tegua* o ese otro personaje fatídico que con el título de *Licenciado para ejercer la medicina*, título inventado no sé por cuál Sancho Panza, gobernador de alguna insula, porque es un adfesio en una sociedad civilizada, representa un insulto a la Facultad de Medicina, un irrespeto a los estudios médicos, es una burla sangrienta para los jóvenes que se gastan la vida sobre los libros, en los hospitales, anfiteatros y laboratorios; es un absurdo hijo de la ignorancia de funcionarios públicos que se atreven a dar títulos sin calcular el mal que causan a la ciencia y las innumerables víctimas que

acarrear. Y matan en los médicos el estímulo para dedicarse al estudio desde el momento que estos Doctores van a ocupar el mismo nivel de la profesión, por obra y gracia de la intriga y de la estupidez!

Pues bien: llega el cirujano y se le comunica que el doctor licenciado diagnosticó un cólico y ordenó grandes lavados intestinales y, por la boca, purgante de esos que acostumbran con los nombres de Brasil, Ideal y vermifugos, etc. etc. Y esta visita médica tiene lugar cuatro, seis, ocho días después de iniciada la apendicitis!! Y el abdomen está a punto de reventar, y si intenta una operación clásica, el enfermo fallece hasta en la mesa de operaciones y el tegua es el primero que propala que el cirujano lo mató!...

¿Qué se puede hacer en estos casos?

Propongo el *año ilíaco* a nivel del apéndice. Podría llamar la operación: *año ilíaco apendicular*.

Con anestesia local, hacemos la incisión de Roux, cortamos al mismo nivel el grande oblicuo, pequeño oblicuo y transversos; con mucho cuidado cortamos el peritoneo y procuramos desprenderlo del ciego enormemente dilatado y con un color negruzco, buscamos la franja longitudinal y la seguimos hacia abajo, puede que por casualidad encontremos el apéndice gangrenado; pero si éste no aparece, porque es retrocecal, por ejemplo, cortamos el ciego a nivel de la franja y en la parte baja. Un enorme flote de líquido y de materias de todas clases brota a veces con una presión increíble y de un olor insoportable; la mesa se inclina lateralmente para facilitar esta salida; entre la cavidad del ciego por el tacto o con un pequeño dilatador buscamos la implantación del apéndice: un nuevo flote de pus de un olor especial indica el lugar donde se debe aplicar un dren, otro hacia el intestino delgado y otro hacia el colon; se fijan a la piel y la operación está terminada en cinco o diez minutos. Los resultados son portentosos. No he tenido un solo fracaso!

Una especie de derivación se produce hacia el año ilíaco: litros y litros de pus y materias salen por esos drenes. La cantidad es sorprendente: sobre la curación aplicada con una asepsia rigurosa, diez o doce sábanas salen literalmente empapadas en una noche.

Se ordenan las grandes inyecciones de suero hasta de mil

# DMELCOS


**VACUNA ESTABILIZADA  
PARA EL TRATAMIENTO DEL  
CHANCRO BLANDO Y  
DE SUS COMPLICACIONES**

---

---

## **COMPOSICION .**

Emulsion estabilizada de bacilos de Ducrey de diferentes procedencias, de una concentracion de 225 millones de microbios por centimetro cubico

## **PRESENTACION :**

Caja de 6 ampollas de capacidad graduada : 1 cc., 1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

## **MODO DE EMPLEO:**

**Inyeccion intravenosa**

Inyecciones por dosis progresivas descansando 2 o 3 dias en cada inyeccion.

Para Muestras y Literatura dirigirse a:  
**SOCIETE PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
**S P E C I A**  
Marques **POULENC Freres & USINES DU RHONE**  
Apartado 53 - BOGOTA

**SISTEMA  
NERVIOSO**

# NEUROSINE PRUNIER

RECONSTITUYENTE ENERGICO  
6, Rue de la Tacherie, PARIS  
e farmacias.

Nuevo tratamiento seguro, simple y sin peligro de la **EPILEPSIA**

2 comprimidos  
al dia

Ningún  
Régimen



# ALEPSAL

FENILETILMALONILÚREA combinada  
Comunicación a la Société Médico Psychologique  
de Paris.

Labo. GENEVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris.

## SOLUCALCINE

Cloruro de calcio puro y estable — 30 gotas 1 gr.

**RÉCALCIFICANTE - HEMOSTATICO**

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRURGICAS  
Y OBSTÉTRICAS

## OPOTERAPIA

por los

# FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajeas a base de todos los organos)

## LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

**LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE**  
PARIS - 5, Boulevard du Montparrasse. 5 - PARIS

gramos, subcutáneas, y de cien gramos intravenosas, según el procedimiento de Gosset y Binet en las *oclusiones* intestinales de origen apendicular y pequeñas transfusiones de sangre; colocamos el enfermo en la posición de Fowler—casi sentado—y levantamos también las patas del catre del lado de la cabeza y el enfermo reacciona de una manera prodigiosa.

De modo que en estos casos gravísimos no puede el médico dejar morir el enfermo contentándose con decir a la familia: el caso es fatal y ya no se puede operar porque han llamado tarde.

Unas cuántas pinzas, unos drenes gruesos, un bisturí, una sonda acanalada, unas tijeras, son suficientes para que cualquier médico, aun cuando no sea cirujano, cumpla con este deber y se salve de una gran responsabilidad!

Podemos sostener: *si en la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras treinta y seis horas, la intervención no debe dar mortalidad, pasado el tiempo oportuno de la operación, en los casos llamados mortales de apendicitis, el ano ilíaco apendicular tampoco debe dar mortalidad.*

A demostrarlo vendrá el tiempo y el cuidado que los cirujanos pongan religiosamente para salvar la vida de sus clientes.

Los casos varían inmensamente: vamos a operar un enfermo después del cuarto día de una apendicitis grave. El ciego está dilatado y con adherencias que desprenden fácilmente. Podemos atacar estas adherencias del lado de la espina ilíaca anterior y superior, y hacia la línea mediana trazamos una muralla que debemos respetar con el fin de impedir una infección de la gran cavidad peritoneal; es posible que lleguemos al apéndice y que lo encontremos gangrenado; con la sola compresa se desprende, y no podemos cerrar el abdomen con un simple dren en el foco porque es seguro que la brida o válvula de Gerlach que estranguló el apéndice impide también el drenaje intestinal, donde ya está también el foco patológico, a juzgar por el color, por las placas o puntos negruzcos anuncios de gangrena o de perforaciones, por la alteración de la cerosa que se despule o desgarrar con las maniobras más delicadas y no permite las costuras del peritoneo viseral. Se fija la pared del ciego a la pared abdominal en la parte baja de la herida, se practica el ano ilíaco, se colocan los drenes indicados, drenes que no son todos indispensables si se nota permeabilidad intestinal, y la salvación es segura.

No se encontrará una sola objeción que valga contra esta técnica que, en todo caso, está llamada a influir en el criterio quirúrgico en los casos desesperados de apendicitis, casos donde se debe sentar este postulado que debe imperar en la Cirugía: ni los procedimientos clásicos, ni las opiniones de los grandes maestros, ni las críticas de los profanos, nada debe prevalecer sobre cualquier peligro que amenace la vida de nuestro enfermo que busca en la mesa de operaciones la última esperanza de salvación, confiado tanto en la ciencia como en la caridad de su médico.

El ano iliaco apendicular no será una operación magistral, puede que se imponga después una intervención secundaria—pasado el peligro—, pero será la válvula de seguridad sin la cual estallaría la caldera intestinal indefectiblemente. En el intestino dilatado, lleno de gases y materias fecales, la virulencia y las toxinas de los microbios representan la bomba de dinamita que sin esta sencilla operación estalla!

Ahora, es preciso traer en apoyo de mi tesis algunas autoridades científicas.

Pauchet y Morand proponen el ano iliaco con los dos extremos de la enterostomía para la oclusión de origen apendicular.

La mortalidad en los casos de apendicitis con torsión del intestino es del 50 por 100 y el profesor Murphy dice que estos casos deben operarse antes de las primeras cuarenta horas y considera como una responsabilidad criminal el método de espera y concede que la *enterostomía* está indicada.

Lenorman trae un caso con resultado notable y Korte un caso fatal con caquexia. Esto quiere decir que ya varios cirujanos han practicado el ano ilíaco, pero que a todos no les ha dado el resultado que debe dar por efectos de técnica o de localización.

La apendicostomía para disentería amibiana, rebelde a todo tratamiento, propuesta por Gibson, y a la cual prefiere Curl la fístula en el ciego; la apendicostomía y la trasplatación del apéndice para tratar hemorragias intestinales y colitis propuestas por Weir, y para las invaginaciones del apéndice y del intestino delgado en el ciego, para la fiebre tifoidea con apendicitis, para usarla como válvula de seguridad en algunas colotomías y enterotomías, para la alimentación con lavados intestinales, para tratar intoxicaciones debidas a dilataciones del canal intes-

tinal, etc. etc., propuesta por varios cirujanos; la *cecoplastía* o plicatura del ciego y la *extirpación* propuesta por el profesor Cuneo para la *dilatación del ciego con coprostasis*, nos autorizan para proponer el ano iliaco a nivel del apéndice en los casos graves operados tardíamente y que dan una gran mortalidad.

El argumento es incontestable: si se practican operaciones como la apendicostomía, la trasplatación del apéndice, la extirpación del ciego y la cecoplastía, para enfermedades que no son tan graves y algunas de las cuales no están localizadas en ese punto, con mayor razón se puede hacer el ano ilíaco apendicular cuando la apendicitis ataca al ciego y al intestino con semejante gravedad que unas pocas horas de espera pueden ser causa de la muerte.

La Anatomía también nos da la razón de ser de esta intervención. El ciego tiene cierto grado de fijeza: hacia arriba por la continuación con el colon ascendente y el ligamento superior de Tuffier que corresponde al principio del mesocolon ascendente; hacia abajo con el ligamento inferior de Tuffier que corresponde al repliegue peritoneal que representa el origen del mesenterio en su inserción a la pared de la fosa ilíaca. Cuando estos medios de fijeza ceden o no existen al estado normal, y es posible el ciego ectópico o las trasposiciones del mismo, la operación de la apendicitis se complica y la mortalidad es mayor. Esto quiere decir que la fijeza relativa del ciego es el estado normal y que los casos se agravan cuando la movilidad es muy grande. Y cuando esta movilidad permite la torsión del intestino, y cuando hay torsiones múltiples y es imposible componer el intestino sin apelar a una resección, es más patente que no resistiendo un moribundo semejante intervención, el ano ilíaco se impone.

La misma existencia de ligamentos en el estado normal del ciego autorizan al cirujano para agregar otra adherencia a su cara anterior sin ninguna contraindicación. Y se debe anotar que en las adherencias patológicas post-operatorias, que causan accidentes, tales como dolores, meteorismos, vómitos, malestar, etc. etc., dichas adherencias se encuentran a nivel del intestino delgado, de manera que la que acarrea el ano ilíaco apendicular no causa ninguna sintomatología.

*El quinteto apendicular de Murphy* o sean los cinco grandes síntomas del diagnóstico de la apendicitis: dolor, náuseas y vó-

mitos, sensibilidad y defensa muscular, temperatura y leucocitosis, nos van a dar, debidamente analizados, las indicaciones del ano ilíaco para los casos gravísimos y tardíos de apendicitis.

El *dolor*, estamos acostumbradas a localizarlo en el punto de Mac-Burney, colocado en la mitad de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterior y superior, pero es necesario reaccionar un poco contra esta costumbre, porque la localización del dolor varía mucho según la dirección del apéndice y la posición del ciego, y es muy frecuente encontrar el centro doloroso en el punto de Lanz, situado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de la horizontal que une las dos espinas ilíacas anteriores y superiores; correspondería a la base del apéndice, y según Murphy estaría localizado en plena *Línea semilunar*.

El punto de Munro's estaría localizado donde la línea que une el ombligo y la espina ilíaca anterior y superior cruce el borde externo del recto anterior, y correspondería a la válvula iliocecal. Fuera de estos puntos se puede presentar el dolor en la región hipogástrica, hepática, pelviana. . . . He tenido casos de apendicitis con el dolor localizado únicamente en el hígado y en el hombro derecho.

Es muy útil el estudio del mecanismo del dolor y suministra indicaciones importantes. Para Manuel Moullen el dolor se debería al peristaltismo del ciego, que tiraría el peritoneo que lo une a la pared abdominal; Rovsing cree que el dolor es producido por el aumento de tensión del gas intestinal; otros creen que el dolor sería producido por la excitación de los ganglios o por la inflamación de los nódulos linfáticos; Lennander cree que el dolor es producido por linfangitis que irradian del apéndice; según Garau, la teoría más lógica sería la de Meissel, según la cual, el impulso sensitivo que parte de la unión del ciego con el apéndice, pasaría a las células ganglionares de las raíces del nervio espinal posterior, y de allí, por los nervios eferentes, a la correspondiente zona periférica sensorial cutánea. De modo que dolores fuertes y con varias irradiaciones indican que la inflamación interna está muy intensa y muy extendida y que el caso es delicado.

Ahora, calma este dolor en las primeras treinta y seis horas, y si reaparece otro secundario indica que la inflamación se propaga a las capas periapendiculares, y si es muy intenso, el gran

peligro de la perforación ya debe estar presente a la mente del cirujano, sin olvidar que el dolor fuerte puede disminuir cuando el proceso de la gangrena avanza. Y el examen, donde es muy útil “la piano percusión de Murphy” debe hacerse con gran suavidad.

Aquí puedo argumentar: si un simple examen brusco o mal hecho puede ayudar a producir perforaciones, con mayor razón las maniobras de una operación complicada o poco cuidadosa!

*Náuseas y vómitos.*—El vómito sería debido a la excesiva distensión del apéndice por los productos de la infección, de modo que a vómitos tenaces mayor peligro de perforación y mayor gravedad. Y una ligera calma para reaparecer después indican que la inflamación se propaga a las envolturas periapendiculars y al peritoneo.

*Sensibilidad o hiperestesia cutánea y defensa muscular* son signos muy importantes porque el mecanismo de su producción explicada para el dolor indica que a mayor hiperestesia y mayor defensa corresponde mayor inflamación interna.

*La elevación de la temperatura* no indicaría en la apendicitis presencia de pus sino absorción de productos infecciosos. Luego si la temperatura es muy alta, si la dilatación es enorme y la retención de materias en los intestinos inmensa, hay suma urgencia de practicar el drenaje para evitar estas causas de intoxicación. Y esto es lo racional; en lugar de permitir la absorción de toxinas y después dedicarse a procurar la eliminación de las mismas, con los lavados de la sangre, etc. etc., que es el objeto buscado con las grandes inyecciones de suero, etc.

Se puede presentar una remisión de la temperatura que indica que el contenido del apéndice se vacía en el intestino, o que disminuye la virulencia de la flora microbiana o que la infección se localiza en los tejidos vecinos o que la gangrena avanza, y si a esta baja sigue una elevación, indica el progreso de la enfermedad. Con estos antecedentes y según el estado del ciego y del intestino el cirujano está autorizado a practicar el drenaje intestinal para evitar una perforación en otro punto cualquiera bajo el influjo de la presión de los gases o materias fecales, por causa de los esfuerzos del vómito o por movimientos bruscos inconscientes durante la anestesia o el transporte de los enfermos, etc.

*Leucocitosis.*—Nunca se presenta leucopenia en la apendici-

tis. Wilson, de la Clínica de Mayo, al apoyar la hipótesis de Sonders cree que la leucocitosis es un indicio de la reacción del organismo y el porcentaje de polinucleares un índice de la gravedad de la infección. Para Murphy, el porcentaje de polinucleares representaría la eficiencia del sistema de defensa, porque éstos llevan la trypsinasa muy valiosa para destruir la flora infectante. De manera que un alto porcentaje no indica mal pronóstico, siempre que el número correspondiente de glóbulos blancos se mantenga alto. Pero un aumento de leucocitos o poca baja del porcentaje con baja marcada de polinucleares indica pronóstico desfavorable.

Todos los datos anteriores unidos a los antecedentes del enfermo darán al cirujano reglas de conducta precisas durante la intervención.

Al contrario: tratándose de estas toxi-infecciones puedo considerar al ciego, apéndice y porción terminal del intestino delgado como "Vasos comunicantes". En efecto, las válvulas de Gerlach y de Bauin no tienen ninguna misión que desempeñar de aislamiento y no hay razón fisiológica, anatómica o anatomopatológica, para que la infección se detenga en el apéndice.

Es claro que esto sucede muchas veces cuando la apendicitis no es muy grave o tóxica o cuando se opera a tiempo, etc. etc., y no se debe olvidar que estamos tratando de los casos graves, hipertóxicos que llamamos *perdidos* de apendicitis. La misma antigua equivocación de atribuir a la tiflitis y peritiflitis los desastres que produce el apéndice inflamado, nos demuestran que la infección se propaga al ciego.

La anatomía demuestra superabundantemente esta afirmación: Las glándulas de Lieberkunn son muy numerosas en la terminación del íleon, y los linfáticos que tienen una importancia extraordinaria en esta enfermedad están íntimamente unidos. Los folículos cerrados, origen de los vasos linfáticos, se multiplican especialmente en esta porción del intestino donde forman las placas de Peyer hasta de diez a doce centímetros—el mismo apéndice es un órgano linfoideo de esta naturaleza—; y los ganglios del ciego rodean la parte terminal del íleon, colocados unos en el repliegue ileocecal anterior y otros en el lado postero-interno del ciego, y su infarto puede producir, según Tuffier, síntomas de oclusión intestinal, uno de los síntomas más frecuentes y primitivos de la apendicitis! Y los linfáticos del ciego

y del apéndice, anastomosados, van al origen del mesenterio a 130 ganglios y hasta 150, según Theile; y estos ganglios se infartan de una manera prematura en las apendicitis graves, lo que ha demostrado Quenú y le ha permitido describir la *para-apendicitis* que consistiría en esta inflamación primitiva ganglionar, antes de la inflamación apendicular, propiamente dicha.

Ahora, las venas del ciego y del apéndice unidas, van unas a la gran vena mesaraica, y esto nos explica los abscesos aereolares del hígado, y las otras unidas con las del ciego irían a unirse con las venas de la fosa iliaca, por el sistema venoso de Retzius, anastomosis que nos explican el origen de los abscesos retrocecales!

Queda, pues, demostrado que el ciego, el apéndice y el intestino delgado no se pueden considerar aislados en la toxi-infección apendicular, y los he comparado a vasos comunicantes, apoyado también en casos curiosos de patología, v. gr., los ciegos largos, en ptosis, caídos, pueden presentar fenómenos que semejan una apendicitis crónica, según Glenard, y los divertículos intestinales también pueden producir síntomas semejantes a la apendicitis, como las sigmoiditis y perisigmoiditis, descritas por Mayor! Concadenamiento de síntomas y características anatómicas que demuestran hasta la saciedad que la infección del apéndice en los casos graves y tardíos, se propaga a los intestinos vecinos y que la operación ordinaria *no ataca esta causa de mortaliad!*

Y respecto del avenamiento soy eclético: cuando el ano ilíaco se puede hacer fijando la pared del intestino a la piel, uso únicamente los tubos gruesos de caucho: sigo a Pierre Duval; cuando el ano queda profundo donde ya están las adherencias que se deben respetar, uso los mismos tubos y agrego drenes de gasa entre estos tubos, separándolos, lo que tiene la ventaja de que cuando se retiran las gasas quedan los drenes de caucho con avenamiento por su cara externa: sigo, en parte, el procedimiento de Jean Louis Faure.

Los antecedentes son útiles porque se ha observado una tendencia hereditaria de la apendicitis, por el método de vida, menor resistencia, conformación especial o por cualquier causa; y si estos antecedentes se unen a las épocas de epidemias como las de *gripe*, que según Murphy y Sonnemberg favorecen la frecuencia de apendicitis graves, y si el caso se presenta con

los caracteres alarmantes anotados, el cirujano desconfía y no se embarca en un procedimiento operatorio que puede ser fatal para su enfermo.

En la preñez, donde también hay leucocitosis, y donde la mortalidad para la madre sería de un 53 por 100 y el aborto del 75 por 100, según Heaton, el profesor Murphy aconseja que en estas enfermas de apendicitis que se operen en tiempo *tardío*, y cuando ya hay absceso circunscrito, que se drene a través de una pequeña herida y no hacer ningún esfuerzo para remover el apéndice. *Con este procedimiento, dice, el aborto es raro, la peritonitis más rara y la muerte menos frecuente. La extensa manipulación del peritoneo y de las vísceras prolonga la operación y es responsable del aborto y de la absorción y no está jamás justificada.*

Repito exactamente las mismas palabras para los casos de intervención tardía en la apendicitis grave, con la diferencia de que el dren lo coloco intra-intestinal, procedimiento que tiene grandes ventajas: entre otras, disminuye los peligros de perforaciones secundarias y de oclusiones, la absorción de toxinas y la mortalidad se reduce a cero.

En la mujer, el 30 por 100 de los casos de gangrena y perforación apendicular están complicados con propagación o adherencias a la trompa y ovario derechos, y la operación ordinaria sería más grave. Cuando en estos casos hay signos de peritonitis o tumefacción del lado del fondo de saco de Douglas, la colpotomía está indicada, puesto que la naturaleza tiende, muchas veces, a abrir esos focos al recto, vagina, etc. etc. La previsión del cirujano, en estos casos, no puede refutarse.

He tenido muchos casos de éstos en los cuales la *peritonitis* ha cedido con el drenaje que permite la colpotomía y la apendicectomía se me ha facilitado sin tantos peligros y en mejores condiciones.

En las peritonitis apendiculares, casi siempre mortales, la indicación es de urgencia porque hay unas sépticas, sobremanera, que pueden evolucionar en treinta y seis horas, y se concibe que el ano iliaco se impone para impedir el enorme flote de materias y gases en la gran cavidad peritoneal que causa la muerte en pocas horas.

La peritonitis de estreptococo produce síntomas de intoxicación profunda en minutos, pulso frecuente y temperatura alta, delirio

<b>NEO-CARDIL</b>  <i>Butiltirolaurato de bismuto.</i>	Sifilis  en todos los periodos.	<b>ACETYLARSAN</b>  <i>Oxiacetilaminofenilarsinato de dietilamina.</i>	Sifilis, Protozoosis, Pián, Amibiasis.
<b>NEO-DMEGON</b>  <i>Stock-vacuna curativa anti-gonocócica.</i>	Blenorragia, Orqui-epididimitis Prostatitis Reumatismo Afecciones ginecológicas Oftalmías, etc.	<b>ANTHEMA</b>  <i>Suero sérico anti-hemorrágico de los Dres. Dufour y Le Hello.</i>	Hemorragias, Hemoptisis, Estados hemorrágicos, Hemostasia biológica preoperatoria.
<b>NEO-DEMESTA</b>  <i>Stock-vacuna curativa anti-estafilocócica:</i>	Infecciones debidas al estafilococo: Forúnculos, Antrax, Abscesos dentarios, Dermatitis, etc. Afecciones ginecológicas (asociado eventualmente al Néo-Dmégón).	<b>PROPIDEX</b>  <i>Pomada a base de Propidon.</i>	Llagas de todas clases Quemaduras, Abscesos calientes, Ampollas, Escoriaciones, Sabañones, Eritemas solares, Piodermitis, Grietas del pezón, Orzuelos, Furúnculos, Antrax.
<b>NEO-DMETYS</b>  <i>Stock-vacuna y preventiva de la los-ferina.</i>	Tos ferina en todos sus periodos.  Profilaxis sistemática en ambiente epidémico.	<b>CRISALBINE</b>  <i>Tiosulfato doble de oro y de sodio.</i>	Tuberculosis pulmonar, Lupus.
<b>NOVARSENO-BENZOL BILLON</b> <sup>(1)</sup>  <i>Dioxi-diamido arsenobenzol metileno sulfoxilato de sosa.</i>	Sifilis, Pián, Fiebre recurrente, Espiroquetosis, Angina de Vincent, Sudoku, Carbuncllo, Infección puerperal.	<b>DMELCOS</b>  <i>Stock-vacuna curativa del chancro blando.</i>	Chancro blando, Bubones, Fagedenismo.
<b>OVO-LECITHINE BILLON</b>	Fatiga cerebral, Desnutrición: Clorosis, Baciliosis en comienzo. Surmenaje, Neurastenia, Embarazo.	<b>GARDENAL</b>  <i>Femil-etil-malonilurée.</i>	Epilepsia. Estados de excitación del sistema nervioso. Corea. Convulsiones de los niños.
<b>SCUROCAÏNE</b>  <i>Clorhidrato de para-amino-benzoil-dietilamino-etanol.</i>	por infiltración por infiltración regional raquidiana dentaria.	<b>PROPIDON</b>  <i>Caldo stock-vacuna mixto del Profesor Pierre Delbet.</i>	Estafilococias febriles Antrax, Flemones, Erisipela, Linfangitis, Abscesos del seno etc.
<b>STOVAR SOL</b>  <i>Acido oxiacetilamino fenilarsínico.</i>	Amibiasis, Profilaxis, Tratamiento, solo o asociado a la emetina. Sifilis, Tratamiento precoz y cura de entretenimiento. Diarreas catarrales. Diarreas de los tuberculosos. Helmintiasis.	<b>KELENE</b>  <i>Cloruro de etilo puro.</i>	Anestesia local por refrigeración.  Anestesia de corta duración,  Anestias prolongadas, o repetidas.
<b>URAZINE</b>  <i>Citro-salicilato de Piperacina.</i>	Gota, Litiasis renal, Reumatismo.	<b>RHOFEINE</b>  <i>Rhodine Cafeinada al 1 i 10°.</i>	Gripe, Reumatismo, Afecciones febriles y dolorosas.

Con o sin Adrenalina

# PALUDISMO

FIEBRES INTERMITENTES

# QUINIFORME

Formiato Básico de Quinine LACROIX  $C^{20} H^{24} N^2 O^2 \cdot HCO^2 H$   
**GRAN PREMIOS : Turin 1911 - Marseille 1922 - Athènes 1928**

La más rica en Quinina (87,56 %).

La más soluble en el agua.

La más activa de todas las sales de Quinina.

**LAS INYECCIONES SON NEUTRAS Y SIN DOLOR**

**FORMAS  
PHARMACEUTICAS**

{ A 6 y 12 AMPOLLAS a 0gr.25, 0gr.50, 0gr.75, 1gr., 1gr.25, 1gr.50.  
B 6 y 12 SELLOS de 0gr.25 y 0gr.50.  
C COMPRIMIDOS de 0gr.10, 0gr.20, 0gr.30 y 0gr.50.  
D PILDORAS de 0gr.10.

Literatura y Muestras : Laboratoires LACROIX, 37, Rue Pajol, PARIS-18°

## MICROSCOPIOS

REACTIVOS - COLORANTES - HEMATIMETROS - LAMINAS - LAMINILLAS  
ETC. ETC.

CRISTALERIA PARA LABORATORIOS QUIMICOS Y BACTERIOLOGICOS  
INSTRUMENTAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS  
JERINGAS HIPODERMICAS Y PARA VETERINARIA

TALLER DE MECANICA

PARA LA REPARACION DE TODA CLASE DE INSTRUMENTOS DE PRECISION

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

Calle 12, número 7-58 - Entre carreras 7a. y 8a.

Apartado número 1032 - Teléfono 44-31.

locuaz, gran ansiedad, hiperestesia y timpanismo. En la de colibacilo el delirio es en forma de murmullo, temperatura no muy alta, tensión arterial baja, decaimiento muy notable, sopor, ojos hundidos, etc. Y como el colapso proviene por la destrucción del endotelio peritoneal, no hay tiempo que perder y el ano iliaco se impone con la razón imperativa de que en estas peritonitis los síntomas de oclusión intestinal son la regla general. Y es importantísimo y argumento de gran peso, en favor de esta técnica, no olvidar que estas peritonitis, por la absorción y la acción de las toxinas produce con frecuencia la gangrena de la pared intestinal.

Inútil afirmar que el tratamiento concomitante seroterápico es de gran valor.

Hay apendicitis que desarrollan oclusiones intestinales por bridas. Se practica la laparotomía, se extirpa la banda estranguladora, y como no es posible verificar la permeabilidad del intestino, después de la operación siguen los mismos síntomas de oclusión y es indispensable volver a operar, o el enfermo se muere. Y este fracaso, que ha pasado a muchos cirujanos, indica que lo lógico es practicar el ano iliaco a la altura indispensable junto con el drenaje apendicular y no exponer al paciente a una muerte segura o a peligros eminentes acarreados por “la extensa manipulación del peritoneo y de las vísceras”.

En estas oclusiones intestinales por bridas, lo mismo que en las de causas mecánicas, ya sean vólvulos, torsiones, drenes, adherencias, etc., hay borborismos y movimientos peristálticos, lo que no se presenta jamás en la *parálisis intestinal de tipo adinámico*, difícil de diagnosticar, y donde el ano iliaco se impone en muchos casos, a pesar de la *protoclisis*, que tan magníficos resultados da en semejante complicación.

Puedo aplicar en favor del ano iliaco apendicular las mismas palabras de Murphy para preconizar la *protoclisis*: “La ptomaina de la intoxicación bacteriana es semejante al envenenamiento por los alcaloides; y si puede ser dominado el inmediato y abrumador efecto y se impide la absorción y se favorece la eliminación, se evitará el resultado fatal”. Todo esto lo hace el ano iliaco inmediatamente, con gran rapidez y en grandes flotes, y no se conoce ningún tratamiento que obre tan activamente sobre estas causas terribles de mortalidad. Fuera que no es racional, repito, permitir la causa patológica para dedicarnos luégo a combatir los efectos en un desdichado moribundo.

Si en el método de esperar el enfriamiento de la apendicitis defendido por Ochsner, al practicar el lavado del estómago que aconseja, dice que el médico se sorprende de la cantidad de materias en descomposición, y esto después de vomitar sin cesar y cuando parece que es imposible que reste nada en el estómago, ¡qué diremos del contenido del canal intestinal enormemente dilatado, lleno de litros de materias diversas, floras microbianas riquísimas, toxinas y tóxicos y gases comprimidos, y qué fácil prever el estrago que podrían producir en minutos de demora, cuando la gangrena de la pared intestinal es eminente y la perforación está en camino de producirse con el vómito, con el hipo y hasta con un simple movimiento!

Se podría argumentar—como en otras operaciones—que el enfermo no resistiría el choque o la falta de un cirujano. Pues bien: esto no sucede en el ano iliaco donde el choque no existe y donde todo médico, aun cuando no sea amigo de la cirugía, está obligado a saber la técnica de esta operación que podríamos llamar de *pequeña cirugía*.

Estudiaremos ahora el procedimiento general actual para los casos graves y de intervención tardía.

La finalidad del procedimiento universal hoy, se reduce a procurar extirpar el apéndice y a drenar el foco cuando hay supuración o gangrena. Con este procedimiento la peritonitis apendicular da una mortalidad por lo menos del 28 por 100.

Cuando no es posible extirpar el apéndice y la operación se reduce únicamente a drenar el foco de infección, si se salva el enfermo, queda expuesto al ataque recurrente. Las estadísticas de nuevos ataques son numerosísimas. Murphy trae cientos de casos, y él mismo nos dice que los cambios patológicos, tales como adherencias, flexiones, estenosis, etc., que resultan después del primer ataque favorecen mucho la repetición, y que, aun cuando no repita el ataque, las turbaciones del lado del canal intestinal producidas por los cambios dichos, imponen otra intervención. Las estadísticas de los hospitales de los Estados Unidos de estos enfermos, que han tenido que ser reoperados, son muy elocuentes. Esto jamás sucede ni puede suceder con el ano iliaco apendicular.

Entre las complicaciones post-operatorias de la apendicitis grave con la técnica actual, enumero las torsiones y adherencias intestinales favorecidas por los tubos de los drenes, la hemorragia

intestinal por gangrena del moñón apendicular, la fistula. . . etc., y estas complicaciones no aparecen con la técnica que defiende, y en lugar de una fístula estercoral, casi siempre mortal o grave se obtiene una *válvula de seguridad*.

En las apendicitis operadas a tiempo, y entendemos por el tiempo ideal las primeras veinticuatro horas, la apendicitis no debe dar mortalidad. Lanz en 700 casos no vio ningún fracaso, y considera el primero y segundo días tan propicios para la intervención como el de perfecta salud.

La mortalidad que era del 11 por 100 se ha reducido al 7,04 por 100. En las grandes clínicas americanas, donde prevalece la regla de intervenir a los mismos síntomas, como en la de Mayo Hermanos, Murphy se ha reducido al 2,52 por 100, o sea un 25 por 1.000. Pues este 25 por 1.000 debe desaparecer con el ano ilíaco.

Pero del segundo día en adelante ya estos cirujanos aconsejan operaciones muy limitadas, heridas lo más pequeñas posible, prohíben remover las adherencias y las aglutinaciones que son murallas de defensa que hacen los tejidos vecinos, incapaces de la absorción (casi copio textualmente).

Y el profesor Murphy: "Cuando el paciente está aparentemente vencido por la intoxicación con una circunscrita o difusa peritonitis o proceso inflamatorio, nosotros nos contentamos con practicar una simple incisión en el abdomen, y descargamos la tensión del pus por la inserción de un grueso tubo de drenaje, *sin irrigación, sin esponjar, sin ninguna otra manipulación de los tejidos*". (Subrayo lo que fácilmente se olvida!).

Pero en este procedimiento, fuera de las oclusiones, adherencias secundarias patológicas del intestino delgado favorecidas por los drenes, se presenta como complicación frecuente *la hernia* tardía, con un porcentaje del 3 y medio por 100 al 20, y esto *no sucede* en el ano ilíaco donde parece que el ciego queda como muralla para impedirla.

Porque debo terminar: *en el ano ilíaco no se necesita otra intervención; en tres o cuatro semanas la curación es espontánea y no deja hernias*. (Véase observación número 2, enfermo del doctor Jorge Andrade).

Y en el procedimiento actual, la hernia sería tanto más frecuente cuanto más grande sea la herida y más tiempo duren los drenes en su lugar. Mis colegas habrán visto multitud de hernias de este origen.

Y como he notado, la hernia frecuente, post-operateria, en operados de apendicitis en frío y en el primer tiempo de la enfermedad, cuando no hay necesidad de drenes, creo que el modo de evitar este percance tan desagradable, que perjudica tanto a la cirujía como al cirujano—fuera de la asepsia rigurosa y de la sutura perfecta del peritoneo parietal—es seguir el procedimiento que aconseja cortar el plano profundo muscular, cuando se opera lejos de la línea media (pequeño oblicuo y transverso), en una dirección distinta o a un nivel diferente de la incisión practicada al grande oblicuo. Así las suturas de estos planos no se corresponden y la resistencia de la pared abdominal es mayor.

Cuando se opera hacia la línea media, más abajo del nivel del ombligo, bien sea practicando el procedimiento de Jalaguiet, siguiendo la vaina del gran recto, o por el de Rockey de incisión transversal, se debe tener presente aquella particularidad tan conocida de esa región anatómica: en el cuarto o quinto inferior del gran recto la aponeurosis del transverso y la hojilla posterior de la aponeurosis del pequeño oblicuo que forman hasta allí la vaina posterior del recto anterior del abdomen, pasan todas hacia adelante de este músculo a fusionarse con la hojilla anterior de la aponeurosis del pequeño oblicuo y con la poderosa aponeurosis del grande oblicuo, de modo que cuando nos aproximamos al pubis la aponeurosis fuerte es la primera que cortamos y como la vaina posterior del recto anterior solamente está formada por la fascia transversal desde las arcadas de Douglas, para obtener una pared muy fuerte es mejor aprovechar la *línea semilunar* practicando allí la incisión correspondiente al pequeño oblicuo y transverso.

Por esta razón no aceptamos el consejo de Hesselgrave—quien recomienda con muchas ventajas la incisión transversal de Rockey—de cortar el músculo recto para que disminuya la rigidez abdominal y se requiera menos anestesia.

La sutura de la pared abdominal en ese punto queda débil y es peligrosa la hernia que nos proponemos evitar a toda costa, principalmente entre los obreros que se ven obligados a emplear grandes esfuerzos materiales en su trabajo diario.

#### OBSERVACIONES:

##### Primera.

Señorita N. N., de Honda. Edad, 14 años. Sale de Barranqui-

# Insuficiencias Hepaticas

# ANEMIAS

Reconstitución de los  
**GLOBULOS ROJOS**

**ADULTOS  
E  
INFANTES**  
Ninguna  
Contra Indicación

**TRATAMIENTO DE WHIPPLE  
POR EL  
HIGADO DE BECERRO**

-Presentacion -

**ADULTOS:** Cajas de 6 ampolletas

1 Ampolla 10<sup>cc</sup>.-125 grs. de higado

**INFANTES:** Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2<sup>cc</sup>.-25 grs. de higado

- DOSIS -

1 a 3 ampolletas por dia

**ABSORCION  
FACIL**

**TOLERANCIA  
PERFECTA**

**CON EL**

# Hepatrol

**EN AMPOLLAS**

**BEBIBLES**

Muestras y literatura: A. Rolland, 31 Rue de Francs Bourgeois, Paris.

## Anemias Palustres

Agentes exclusivos para Colombia:

**BERNARD PAULY**

Apartado 649 - Bogotá.



# PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLGIA MEDIA DIARIA
<b>ALLISATINA</b> Principios activos y - estabilizados del - "allium sativum" bajo forma inodora e insípida.	DIARREAS.  DISENTERIAS.  FERMENTACIONES.  ÁRTERIOESCLEROSIS.	6 a 12 grageas  al día.
<b>BELLAFOLINA</b> Complejo alcaloídico integral de la belladonna fresca.	TODAS LAS INDICACIONES DE LA BELLADONA: ESPASMOS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS Y RESPIRATORIAS. GASTRALGIAS, ÚLCERAS, ASMA, CÓLICOS NEFRÍTICOS. PARKINSONISMO, ETC.	1 a 2 comprimidos o X a XX gotas tres veces al día, o ½ a 2 ampollas al día.
<b>BELLADENAL</b> Complejo alcaloídico integral de la belladonna fresca (Bellafolina)-fenil- etil-malonilurea.	SEDANTE NERVINO DE LOS CASOS RESISTENTES.  EPILEPSIA, ASMA, ANGINA DE PECHO, VÓMITOS DEL EMBARAZO, MIGRAÑA, DISMENORREA, ANSIEDAD, ETC.	2 a 4 (hasta 5) comprimidos al día.
<b>Calcium-SANDOZ</b> Gluconato de calcio, eficaz por vía gástrica. Es el producto mejor tolerado por la vía venosa. - Inyectable por vía intramuscu- lar a dosis eficaces.	DECALCIFICACIÓN, RAQUITISMO, ESTADOS TETANÍGENOS, ESPASMOFILIA, NEUMONÍAS, GRIPE, ASMA, DERMATOSIS, HEMORRAGIAS, ETC.	2 a 3 cucharaditas de las de café, o 3 a 6 comprimidos o 2 a 20 c. c. al día (vía intramuscular o intravenosa).

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE)

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTHLSBERGER - CARRERA 10, No. 333, APARTADO 450 - BOGOTA

lla en buen estado de salud; en el vapor se le presenta un fuerte dolor apendicular y todo el cuadro de una apendicitis grave. llega a Honda después del sexto día del ataque, con síntomas de intoxicación general. Le practicamos en compañía del doctor José David Arévalo, la incisión en el punto de Lanz, drenamos el ciego en la forma indicada: Un olor espantosamente fétido indicó la gangrena intestinal y después se presentó el flote de pus y materias. La enferma—ya desahuciada—principió a reaccionar inmediatamente y se salvó. No necesitó intervención secundaria.

#### Observación segunda.

E. C., de 36 años, de Cachipay, enfermo del doctor Jorge Andrade. Operado en 1926.

Caso de apendicitis muy grave, recetado por un tegua en la forma indicada anteriormente. Cuando el doctor Andrade fue llamado por la familia, ya el tegua había ordenado los lavados intestinales y varios de los famosos purgantes. Como el estado era gravísimo y el doctor Andrade lo juzgó desesperado, lo subió personalmente en el tren, y lo llevó a la Casa de Salud de Florencia.

Se le practicó inmediatamente la intervención de urgencia. Con el colega le practicamos el drenaje intestinal de la manera indicada, respetando toda adherencia colocada hacia la línea media. Un flote de pus nos indicó el foco apendicular donde colocamos un grueso dren y otro en el ciego que presentaba placas negruzcas precursoras de la perforación. El curso de gran cantidad de materias fecales detenidas se restableció por estos drenes y el enfermo que estaba perdido principió a reaccionar desde el primer día. El ano ilíaco cerró espontáneamente a los 28 días y la curación fue completa.

NOTA.—Hace pocos días lo receté para una angina; le examiné cuidadosamente y no ha vuelto a sentir novedad del lado del ciego y la pared abdominal está fuerte a ese nivel y sin peligro de hernia.

#### Observación tercera.

V. B., de unos 48 años de edad, de la estación de *La Florida*.

Operado el 11 de julio de 1928.

Era jefe de una cuadrilla de trabajadores del Ferrocarril de

Girardot y había gozado de buena salud. Ningún antecedente de enfermedades intestinales.

Un día sintió, de repente, un dolor muy agudo en la región apendicular y no llamó médico inmediatamente. Al siguiente día subía para Bogotá y lo alcancé a examinar y le diagnosticué una apendicitis aguda, y en la imposibilidad de interrumpir el viaje, ordené el tratamiento ordinario. Al otro día bajé en el primer tren y al nuevo examen encontré una gran masa fluctuante en la región del ciego, con temperaturas muy altas, pulso muy frecuente y débil; un dolor atroz continuo, vómitos tenaces y un estado de ansiedad notable.

Se le practicó la intervención de urgencia y al hacer el corte del plano profundo, encontré adherencias por todas partes y un ciego dilatado de color oscuro.

Resolví practicar el ano ilíaco y el drenaje a través del ciego. Al cortar la pared de éste un flote de materias con el olor peculiar a la gangrena, salió con una presión increíble y alcanzó a mancharme parte de la blusa. Drené de la manera acostumbrada. El torrente de pus y materias continuó durante ocho días con horrible fetidez. La curación demoró dos meses.

Actualmente vive sano y no se ha presentado señal de ninguna alteración de la pared abdominal.

#### Observación cuarta.

Señor N. C., de 38 años, de Firavitoba, departamento de Boyacá. Enfermo del doctor Pedro M. González.

El señor Cerón, persona muy importante y muy estimada en esa región de Boyacá, había sufrido dos ataques más de apendicitis y el doctor González aprovechó un período de calma para someterlo a la operación indispensable.

Con los cuidados más grandes puedo decir que la casa de salud se esmeró en la asepsia y antisepsia de los materiales, etc.

Acompañado del mismo doctor González, practicamos la intervención sin ninguna dificultad, pero notamos un color pálido de la serosa visceral y que se desgarraba con suma facilidad al hacer las suturas correspondientes. Con temor, pero como no había ningún indicio de infección aguda, cerramos sin dren.

Durante tres días el enfermo no presentó ningún síntoma alarmante, pero al cuarto día me sorprendió el color rojo de la cara, una fiebre alta, pulso acelerado y vómito. Por la tarde ya

se principió a notar un empastamiento en la región lumbar y un ligero edema hacia el triángulo de Petit.

Con la dura experiencia de otros casos, caímos en cuenta de que se trataba de un *absceso secundario retrocecal*, y sin alarmar al enfermo ni informarlo del peligro, un dren audaz dio salida a muchos litros de pus y tejidos esfacelados, con una fetidez especial.

El enfermo curó y este caso nos ha servido de gran enseñanza.

#### Observación quinta.

E. L., de 26 años de edad, de la estación de *La Florida*.

Un año después de sufrir un ataque claro de apendicitis viajaba a caballo y sintió un dolor apendicular. Con la experiencia del ataque anterior, se sometió al tratamiento de espera con la quietud, dieta, hielo, y a los doce días se consideraba muy repuesto. Se le ocurrió abandonar el lecho, y al poco rato principió a hacer deyecciones de sangre, primero en grandes coágulos y después perfectamente roja y líquida. La gravedad de la hemorragia, los trastornos, el agotamiento, obligó a la familia a bajar por la tarde a la casa de salud.

Como no tenía pulso y la hemorragia continuaba, se le practicó una intervención de urgencia después de una inyección de suero grande y una transfusión de sangre.

El apéndice no estaba adherido, pero una placa negra en la base y que se prolongaba en la pared del ciego me indicó que el origen de la hemorragia era una gangrena en ese punto.

Se le practicó un ano ilíaco con facilidad, porque el ciego no tenía adherencias y muy rápidamente porque el enfermo estaba moribundo.

Durante cuarenta y ocho horas la reacción no se apreciaba, y como el pulso no volvía, se pensó en alistar todo para el entierro.

Las grandes inyecciones de suero y pequeñas transfusiones de sangre fueron ordenadas a mañana y tarde. Al tercer día principió una reacción favorable y volvió a la vida.

Por los drenes arrojaba gran cantidad de materias y pus. A los treinta y seis días principió a arrojar materias muy amarillas y desde entonces la curación se aceleró de manera notable.

Es seguro que si operamos este enfermo por el procedimien-

to ordinario, lo habríamos perdido por las complicaciones consecutivas a la gangrena del moñón apendicular. Hoy es un individuo que goza de buena salud y trabaja como administrador de una hacienda.

#### Observación sexta.

C. B., de 45 años de edad, de la población de Anolaima.

Enferma del doctor Luis E. Castillo. Operada en los primeros días de mayo del año pasado.

Esta enferma no había sufrido del apéndice. Refería que se había enfermado de repente. Creyó que se trataba de un cólico pasajero y la trataron con purgantes y otros remedios! . . . Se agravó, como era natural, y cuando llamó al doctor Castillo ya era tarde porque presentaba síntomas de oclusión intestinal completa y principios de peritonitis.

A los once días fui llamado en junta médica y se convino en una intervención de urgencia.

La enferma estaba en pésimas condiciones, con síntomas de intoxicación profunda, enorme meteorismo, vómitos, hipo, sudores copiosos, pulso filiforme, sopor, facultades intelectuales anuladas en gran parte, ojos hundidos y facies de pronóstico fatal.

Practicamos una incisión pequeña, la de Roux, cortamos al mismo nivel todos los planos. Se nos presentó un ciego sumamente dilatado y fuertemente adherido; resolvimos practicar el ano ilíaco y drenar el foco apendicular a través del ciego y el corte del intestino dio salida a un derrame de más de ocho litros de materias muy fétidas. No desprendimos adherencias; fijamos los drenes a la pared y ordenamos inyecciones grandes de suero, etc. El doctor Castillo nos acompañó en esta interesante y sencilla operación.

El derrame de pus y materias fue constante durante doce días. Al sexto día los drenes se salieron y no fue indispensable volver a colocarlos, lo cual es otra ventaja de esta técnica: *Que los drenes se pueden quitar a los pocos días* porque el ano ilíaco sigue funcionando.

La reacción favorable principió desde el primer día de la operación.

La curación fue completa en sesenta días.

He transcrito unas pocas observaciones, pero podría citar un número notable.

LABORATORIOS CORBIÈRE.PARIS



# CYTO-SÉRUM CORBIÈRE

MEDICACION CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

## SUS INDICACIONES

NEURASTENIA  
LINFATISMO - ASTENIA POST-GRIPAL  
BRONQUITIS CRÓNICA - ENFISEMA  
TUBERCULOSIS - CONVALENCIAS



# CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

MEDICACION MANGANO CALCICA ARSENIADA

## SUS INDICACIONES

DESMINERALIZACIÓN EN GÉNERAL  
Y EN PARTICULAR DESCALCIFICACIÓN  
CONVALENCIAS DE LAS ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS    ASTENIAS - FATIGA  
ADELGAZAMIENTO



ARSENICUM  
PHOSPHORE  
CALCIUM  
MANGANESE  
MAGNESIUM



# HÉMO CYTO-SÉRUM

MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

## SUS INDICACIONES

ANEMIAS POST-HEMORRAGICAS - CLOROSIS  
LEUCEMIAS - CAQUEXIA - CONVALENCIAS  
DESPUES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS



### CYTO-SÉRUM. HÉMO-CYTO-SÉRUM. CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

**MODO DE EMPLEARSE:** En inyecciones intra-musculares al nivel de la región superior de la nalga, en pleno musculo, a la dosis de una ampolla todos los dias, o cada dos dias

# IODALOSE GALBRUN

## ODO FISIOLÓGICO, SOLUBLE, ASIMILABLE

La IODALOSE es la ÚNICA SOLUCIÓN TITULADA del PEPTONIODO  
Combinación directa y completamente estable del Iodo con la Peptona

DESCUBIERTA EN 1896 POR E. GALBRUN, DOCTOR EN FARMACIA  
Comunicación al XIIIº Congreso Internacional de Medicina, Paris 1900

**Sustituye Iodo e Ioduros en todas sus aplicaciones sin Iodismo.**

Veinte gotas IODALOSE obran como un gramo Ioduro alcalino.  
DOSIS MEDIAS: Cinco a veinte gotas para NIÑOS; diez a cincuenta gotas para Adultos.

Pedir Folleto sobre la Iodoterapia fisiológica por el Peptoniodo.  
Laboratorio GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Musc, PARIS.

DOCTOR:

Si usted está interesado en continuar recibiendo la 'Revista Médica de Bogotá', sírvase darnos aviso y remitir el valor de la serie anual, que es de \$ 2.00, 12 números.

EDITORIAL CROMOS

Carrera 6a., Nos. 12-60 a 12-66

BOGOTA

### CONCLUSIONES:

1.<sup>a</sup> Muchas de las grandes intervenciones de cirugía se deben estudiar con un criterio quirúrgico ecléctico que tenga en cuenta únicamente la seguridad de la vida del enfermo, aun cuando se necesite, pasado el peligro, una operación secundaria y la curación se demore muchos días.

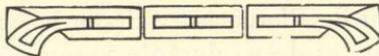
2.<sup>a</sup> En las apendicitis graves la operación debe ser muy limitada, se deben respetar las adherencias, y en muchos casos el ano ilíaco apendicular está indicado como una válvula de seguridad contra la flora microbiana y toxinas intestinales, gangrenas, hemorragias, etc.

3.<sup>a</sup> En los casos que parecen irremisiblemente perdidos, *en apendicitis graves no operadas a tiempo* porque faltó el médico o el cirujano, o porque el enfermo no pudo llegar oportunamente a la clínica, *se debe practicar el ano ilíaco apendicular.*

4.<sup>a</sup> El ano ilíaco apendicular en los casos indicados produce reacciones extraordinarias y verdaderas resurrecciones.

5.<sup>a</sup> El ano ilíaco está contraindicado en las apendicitis tuberculosas, porque entonces está indicada la extirpación lo más completa posible.

6.<sup>a</sup> En los casos operados a tiempo es urgente evitar las hernias postoperatorias. Y para evitar esta complicación, *principalmente en los obreros que se ven obligados a practicar grandes esfuerzos*, se aconseja la incisión del pequeño oblicuo y transverso en una dirección distinta o a un nivel diferente al de la incisión del grande oblicuo.



## INFORME DEL DR. ABRAHAM SALGAR S.

sobre el trabajo del doctor

L. M. VELA BRICEÑO

Señor Presidente y honorables miembros de la Academia de Medicina:

El distinguido médico *Dr. Luis M. Vela Briceño*, presenta a esta docta corporación, con el fin de ser admitido como miembro correspondiente, un interesante trabajo, que tiene por título *Técnica quirúrgica en las apendicitis graves no operadas a tiempo*.

Para el estudio y elaboración del informe correspondiente, la Presidencia tuvo a bien comisionarme y al cumplir este honroso cargo, le doy las gracias por esta designación inmerecida.

El doctor Vela Briceño se distinguió durante sus estudios médicos por su clara inteligencia, por su consagración al estudio y por su inclinación a la cirugía.

Obtuvo por concurso los cargos de preparador de Medicina operatoria, de practicante interno en el servicio de Clínica quirúrgica, de Jefe de Clínica de la misma y desempeñó muchos otros con celo y erudición.

Durante su internado se hizo notar por lo acertado de sus diagnósticos y la oportunidad y precisión en los tratamientos quirúrgicos preconizados.

Como Jefe de Clínica quirúrgica tuvo oportunidad de perfeccionarse tanto en la técnica quirúrgica como en las indicaciones operatorias y aun antes de recibir el título de Doctor ya era un hábil cirujano.

Una vez obtenido su grado, se radicó en Anolaima, donde fundó la casa de salud de Florencia, y desde la época de su instalación en aquel lugar, es decir, durante varios años de un trabajo permanente, sin ruido ni ostentación, ha practicado numerosas operaciones en los diferentes ramos de la cirugía, que han confirmado su renombre de experto cirujano; de allí surgió el importante trabajo, fruto de su experiencia y observación, que me permito comentar.

El doctor Vela Briceño toma como punto capital para su estudio y para el interesante procedimiento operatorio que preconiza, la teoría del estancamiento intraapendicular, con la cual Re-

clus reemplazó la teoría de la cavidad cerrada de Dieulafoy, inaplicable en los casos de apendicitis con canal abierto y en aquellos en que existen cavidades cerradas sin infección.

Considera que no sólo en el apéndice se multiplican los microorganismos y exaltan su virulencia, cuando una causa general o local les es favorable, sino que este medio apropiado para la infección se encuentra igualmente en el ciego y en las primeras porciones del intestino delgado vecino y que por consiguiente, con la operación actual, se procede como si la teoría de la cavidad cerrada fuera la única verdadera y como si la enfermedad se localizara únicamente en el apéndice.

Aduce en su favor las apendicitis sin cavidad cerrada del mismo Dieulafoy, algunas veces hipertóxicas, que evolucionan fatalmente después de la operación, porque la localización no era solamente apendicular, sino que se extendía a las porciones intestinales vecinas; refuerza su argumentación con los experimentos de Eleckin sobre las peritonitis producidas por la ligadura de una asa intestinal, sin perforación y cuyas palabras textuales cita, y deduce que los microbios, cuya virulencia se exalta, llegan al peritoneo a través de un asa patológica.

Concluye con la inutilidad de extirpar el apéndice, lo cual no es siempre posible y cuando se logra, se traumatiza el intestino, se desgarran adherencias útiles, se prepara la perforación, se acentúa la intoxicación, se deja intacto el foco de toxinas y con el chock se acelera la muerte.

Después de una disertación interesante sobre las diferentes variedades y complicaciones de la apendicitis, unas que acompañan la enfermedad bien pronto después de su principio, como los abscesos precoces o los tardíos que aparecen hasta 20 días después de la intervención, cree que no pueden explicarse por las lesiones del apéndice aisladas, cuando evolucionan en canal abierto; que en las apendicitis graves la exaltación de virulencia de la flora microbiana intestinal y de sus toxinas no disminuye con la simple apendicectomía, la cual evoluciona después de la operación y es responsable de la mortalidad, porque con extirpar el apéndice únicamente, no se ataca al formidable enemigo intestinal, que seguirá evolucionando después de la operación; que los síntomas de oclusión intestinal que se observan en las apendicitis, indican que la infección, primero apendicular, se propagó a las regiones intestinales vecinas y que si curan espontáneamente aun con la eliminación del órgano y buscan su avenamiento hacia las vísceras vecinas, curarán, dice, con mayor razón, con un drenaje oportuno extraperitoneal y concluye: los focos purulentos post-operato-

rios podrían evitarse con la abertura amplia del ciego y su fijación a la pared.

Apoya su tesis en la conducta de algunas autoridades científicas, quienes sí practican la apendicecostomía y la cecostomía para enfermedades menos graves y no localizadas en la región cecoapendicular, cree que con mayor razón debe intentarse cuando la apendicitis ataca al ciego y el intestino delgado, con tal gravedad, que en pocas horas causa la muerte del enfermo. Refuerza su aserción con disertaciones anatómicas relativas a los medios de fijación y de estática del ciego. Luégo comenta cada uno de los síntomas clásicos descritos por Murphy y casi en todos ellos encuentra la indicación del procedimiento que defiende; no vacila en aconsejarlo en la apendicitis supurada, que coincide con la preñez y lo combina con la colpotomía en algunos casos ginecológicos.

Señala los pacientes en quienes debe emplearse el procedimiento y las ventajas que tiene, entre otras, de que no necesita de intervención ulterior, porque en tres o cuatro semanas la curación es espontánea; agrega que con el procedimiento clásico la hernia, o mejor la eventración, estará en relación con la longitud de la incisión y la mayor permanencia de los drenes, y termina aconsejando la reconstrucción cuidadosa de los planos de la pared abdominal, técnica que desde hace largo tiempo emplean los cirujanos de la Capital.

Presenta como complemento de su trabajo seis observaciones importantes, en las cuales el ano ilíaco apendicular le ha dado excelentes resultados y lo finaliza con seis conclusiones en que aconseja el eclecticismo y en que pondera las ventajas del procedimiento, por los resultados verdaderamente sorprendentes que ha obtenido en casos definitivamente perdidos.

Acaban de oír, señores académicos, la descripción detallada del procedimiento operatorio, que con el nombre de ano ilíaco apendicular, aconseja el doctor Vela Briceño para el tratamiento de las apendicitis graves no operadas a tiempo, al cual le atribuye enormes ventajas: de técnica fácil, al alcance de todo médico, realizable con un instrumental muy limitado, en una palabra, verdaderamente seductor, si se tienen en cuenta los brillantes resultados obtenidos por él, en los cuales la operación clásica estaba formalmente contraindicada, fuera por la gravedad del paciente, fuera por la intensidad de la infección. Es tan optimista y está convencido en el éxito del procedimiento que preconiza, que sostiene con vehemencia: "Si la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras 36 horas no debe dar mortalidad,

pasado el tiempo oportuno, en los casos mortales de apendicitis, el ano ilíaco apendicular tampoco debe dar mortalidad”.

El doctor Vela Briceño, en su interesante comunicación, al aplicar el procedimiento que aconseja, sólo tiene en cuenta la infección ceco-apendicular, y la clínica nos enseña que en relación con la localización y la virulencia de la infección, existen diversas formas de apendicitis agudas: las hay graves desde el primer momento, verdaderas toxemias o septicemias de origen apendicular, generalizadas por vía linfática o venosa, en las cuales los signos locales son poco acentuados y los generales revelan una intoxicación profunda del organismo, con localizaciones múltiples a distancia: unas veces hepática, apreciable a simple vista, por la coloración subictérica o francamente ictérica de los tejidos, índice de una hepatitis séptica, de una periflebitis o de una colecistitis simple o supurada; es en estas formas donde suele observarse el temible vómito negro apendicular de Dieulafoy, de pronóstico tan grave; en otras, la localización se hace en el riñón y entonces la albuminuria, la oliguria y la anuria serán los síntomas dominantes; las localizaciones nerviosas no son raras: dominará entonces la inconsciencia, la adinamia, el delirio, etc. La longitud exagerada del apéndice o los defectos en su estática y dirección pueden traer consigo, cuando se inflama, localizaciones variables a distancia: unas veces ocupará la región esplénica e infectará la región; puede costear el colon ascendente y hacerse retro-cecal, posición que favorece el absceso del mismo nombre y si asciende más, hasta colocarse en la vecindad del hígado, el absceso subfrénico; si se dirige hacia abajo y llega a la pelvis, se hará pelviano y si se inflama, pondrá en peligro el peritoneo de la región y las vísceras vecinas; entonces se verán los fenómenos de cistitis y pericistitis, de anexitis, aun de verdaderas pelviperitonitis, con acumulación de pus en el fondo del saco de Douglas, y finalmente, si el meso-ciego o el meso-apéndice son anormalmente largos y relajados, puede el apéndice encontrarse en cualquier parte del abdomen y fijarse a los órganos vecinos.

La trombosis precoz de los vasos mesentéricos y subperitoneales es sin duda la causa probable de las lesiones tróficas intestinales y de las enterorragias observadas, lo mismo que las trombosis de la porción gástrica de la vena porta las responsables de las hematemesis, antes inexplicables; son, sin vacilar, estas trombosis y las embolías sépticas que de ellas se desprenden, las que tienen bajo su dependencia la toxemia general del organismo y las localizaciones muy distantes del foco primitivo.

Existen otras formas benignas al principio, en las cuales la

gravedad aparece secundariamente y que se manifiestan, sea por una peritonitis franca aguda purulenta con fenómenos de una intensidad desesperante, acompañadas de íleus paralítico e intoxicación profunda, colapso y muerte. En estos casos es cierto que el apéndice fue el primer sitio de localización, pero rápidamente la infección se propagó ya por continuidad, de este órgano al tejido celular sub-peritoneal y de allí, si las adherencias no fueron suficientemente resistentes, a la gran cavidad peritoneal; si la infección se hizo por el meso-apéndice al tejido celular retro-cecal o al tejido celular peri-vesical, o si se realizó por vía linfática o sanguínea, metástasis se localizarán en órganos más o menos alejados. Esta localización inicial en el apéndice hizo decir a Delbet: "Bajo la influencia de Dieulafoy se ha llegado a considerar todo lo que sucede a un apendicular como función de apendicitis".

Cuando el apéndice se gangrena, ya sea parcialmente como sucede en la forma catarral, en que la mucosa se esfacela debido a la intensidad del edema secundario a la inflamación o por la distensión efectuada por el pus en tejidos poco elásticos, que dificultan la circulación, por el aumento de virulencia de los gérmenes contenidos en su cavidad y de sus productos de secreción, cuya acción tóxica y destructora se intensifican; si esta isquemia se acentúa, ya sea por la causa señalada o porque exista una compresión de los vasos que nutren el órgano, el proceso gangrenoso se extenderá de la punta a la base, dando lugar a la forma difusa de apendicitis o se localizará a una pequeña porción si la lesión ha comenzado en una cripta, como sucede en los casos de cálculos fecales o de cuerpos extraños que ocasionan la perforación y secundariamente la peritonitis pútrida, como la denominan algunos autores, con sus síntomas dramáticos tan conocidos, entre los cuales se destacan: el dolor que semeja una puñalada, el facies hipocrático, la desaparición de la macidez hepática y el dolor manifiesto al nivel del fondo de saco de Douglas,

Estos casos terminan con la muerte en tres o cuatro días, no obstante la mejoría aparente del enfermo, por la necrobiosis de los tejidos, aunque los síntomas de intoxicación persistan alarmantes hasta el fin.

En aquellas formas en que la limitación de la infección es precoz, puede la peritonitis plástica manifestarse por un plastrón o puede aparecer la peri-apendicitis supurada, cuya localización hemos estudiado.

Estos abscesos, limitados la mayoría de las veces por adherencias que, por lo ligeras, resisten poco a la infección, se perforan con la mayor facilidad, dando lugar a la generalización de la in-

fección a la gran cavidad peritoneal, es decir, son peritonitis que primero localizadas, luego se generalizan.

Casi en todas ellas se observa la calma traidora de que habla Dieulafoy, que equivoca al médico y retarda al cirujano; aunque la infección es progresiva, el proceso infeccioso parece apaciguarse, pero continúa sin ruido, de manera silenciosa, inoculando la serosa peritoneal y lleva al enfermo a la septicemia y a la intoxicación.

Es esta difusión la que debe diagnosticarse a tiempo, lo cual es difícil, porque en muchas ocasiones tanto el facies como el pulso permanecen normales y con el tratamiento médico los signos subjetivos se atenúan y aun desaparecen, lo mismo que muchos de los síntomas objetivos, pero la contractura persiste y cinco o seis días después aparece la hipertermia y la exacerbación de todos los síntomas y al practicar la operación se descubre ya una peritonitis franca, un apéndice supurado o esfacelado y un líquido sucio difundido en el peritoneo; esta es la operación al sexto día, la cual es siempre grave,

La crisis franca indica la trombosis, la sedación, la esfacela y luego la reaparición de los dolores, a pesar del tratamiento, permiten hacer el diagnóstico de perforación del apéndice, con peritonitis grave espontánea, facilitada por aquellos purgantes fatídicos e importunos o por la alimentación precoz o por el examen brutal de que habla el doctor Vela Briceño.

No debe olvidarse que existen apendicitis supuradas que han evolucionado de manera latente, sin fiebre, inapreciables a la palpación más cuidadosa y que de manera inesperada, dramáticamente, se rompen en el peritoneo, dando lugar a peritonitis, tanto más virulentas cuanto que al germen habitualmente contenido en el intestino, al colibacilo, huésped habitual, vengán a agregarse ora el estreptococo piógeno, el proteus vulgaris, el bacilo piocianico o los anaerobios temibles como el aerógenus capsulatus u otros que dan asociaciones siempre mortales.

De esta relación clínica sucinta, de suyo incompleta, se deduce que no se debe aguardar encontrar un cuadro siempre idéntico y aplicar un esquema terapéutico clásico, porque en las formas benignas en apariencia, las lesiones están mucho más extendidas de lo que haría sospechar el cuadro clínico y terminan en una forma grave, y porque una apendicitis que se inicia de manera dramática, ruidosa, alarmante, puede tener la evolución más benigna, razón por la cual no debe olvidarse que los signos clínicos no son la expresión igual o paralela a la intensidad de las lesiones; muy a menudo son más benignas que ellas.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que toda apendicitis, por ligera que sea, se acompaña de una peritonitis más o menos intensa, que explica muchos de los síntomas observados. El estancamiento de gases y de materias fecales que se aprecia en las apendicitis graves, síntomas de oclusión por parálisis intestinal, no puede explicarse porque la infección se localice en el apéndice o en las regiones intestinales vecinas únicamente, sino porque ésta se ha propagado ya al peritoneo, dando lugar a la realización de la conocida ley de Stokes-Chopart: Por debajo de toda serosa inflamada el órgano muscular subyacente se paraliza.

Afirma con razón el doctor Vela Briceño que los abscesos apendiculares que se abren espontáneamente en las vísceras huecas vecinas, que eliminan algunas veces con el pus el apéndice, indican claramente que la naturaleza hace lo que el cirujano debe realizar lo más pronto posible, es decir, la abertura y el drenaje, en el punto más saliente o más declive; pero es de temer, no obstante la opinión del autor, que con la abertura del ciego, no se drene un absceso que se ha independizado de la cavidad intestinal y que se halla algunas veces muy distante del sitio primitivo de la infección apendicular; y en el caso de perforación, lo posible es que adherencias se formen que lo aislen de manera completa de la cavidad intestinal.

Si la infección se hace en una región muy distante, por vía linfática o venosa, no se explica bien que la cecostomía o ano apendicular venga a yugular los accidentes. Esta infección a distancia es responsable de los focos purulentos peritoneales secundarios que aparecen algún tiempo después de la intervención; y la perforación secundaria, que han observado algunos clínicos y cirujanos, puede explicarse muy bien por la teoría del doctor Vela Briceño.

En la toxemia apendicular, en su principio y antes de que la intoxicación se haya generalizado, puede tener indicación urgente la cecostomía; en los casos de intoxicación cerebral, renal, hepática, etc., con esta operación, sin duda alguna, se evitará la absorción de nuevas toxinas; pero no es posible suponer que este avenamiento obre, de manera completa, sobre la intoxicación general ya en evolución.

En la calma engañosa de la apendicitis, que como lo hemos visto la mayoría de las veces indica, sea la gangrena apendicular, sea la perforación, y por consiguiente, la peritonitis localizada, en inminencia de propagación a la gran cavidad peritoneal, no creemos que sea el foco intestinal únicamente el responsable de

# CHLORO-CALCION

SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO  
1/2 cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de-Ca Cl<sup>2</sup>

**DIRECTAMENTE ASIMILABLE**

**Recalcificante**

**Hemostático**

**Descolorurante**



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS - 9, Rue Castex - PARIS (14<sup>e</sup>)

*Muestras: Panier y Prevosteau. Bogotá, Apartado 1063*

# FIEBRES PALUDICAS

Tratamiento por el

## DIÉMÉNAL

*Metales coloidales (Mn-Fe) en inyecciones hypodérmicas*

Reemplaza con ventaja la quinina.  
Dá resultados muy notables en el  
Paludismo crónico.

Laboratorio del DIÉMÉNAL, 23, rue du Parc, Fontenay-s-Bois, près PARIS

Textos y Muestras :

BOGOTA — Marzio CA STELLANI, Apartado 271

Agentes en Colombia } MEDELLIN - RESTREPO & PELAEZ } CARTAGENA - BUSTAMANTE H<sup>no</sup>.  
                                  } CALI - FARMACIA CENTRAL } MANIZALES - DROGUERIA ANDINA.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL  
HIPOFUNCIONAMIENTO OVÁRICO

# Hormovarine Byla

Foliculina Fisiológicamente Titulada  
Adoptada por los Hospitales de Paris

**Dismenorrea :: Amenorrea :: Menopáusia**  
**Castración Quirúrgica :: Esterilidad**

*En cajas de 6 ampollas de 1 cc. tituladas a 10 unidades de Foliculina*

---

**ESTABLECIMIENTOS BYLA, 26, Av. de l'Observatoire, PARIS**

SELLOS

GRANULADOS

## TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A ½ MILIGRAMO de ERGOSTERINA  
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D  
SALES DE CALCIO

### RECONSTITUYENTE GENERAL

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO  
DEBILIDAD - CARENCIA  
DESMINERALIZACION  
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS .IX<sup>o</sup>



**TRICALCINE**  
EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO



la muerte del paciente y por consiguiente difícilmente se explica que un simple drenaje ceco-apendicular sea tan favorable y dé resultados tan seguros como lo señala el doctor Vela Briceño, salvo que aún existan comunicaciones de él o de los focos infectados con el ciego.

El doctor Vela Briceño, con la convicción que le han dado los buenos resultados obtenidos en su práctica, tal vez generaliza un poco en cuanto a las indicaciones del ano cec-oapendicular y lo mismo en relación con su apreciación de que no es por choque o por operación tardía por lo que mueren los enfermos operados, sino por no haber drenado la cavidad intestinal donde se encuentra el proceso patológico, así como la conclusión a que llega y que sostiene con vehemencia: "Si la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras treinta y seis horas, no debe dar mortalidad, pasado el tiempo oportuno de la operación, en los casos llamados mortales de apendicitis, el ano ilíaco ahendicular, tampoco debe dar mortalidad". Si esta conclusión pudiera aceptarse de manera absoluta, se habría realizado un gran avance en el tratamiento tardío de esta terrible enfermedad, cuyo número de víctimas asciende a cifras considerables.

En resumen: si bien es cierto que en su principio la infección se localiza en la región ceco-apendicular y aun en el intestino delgado, como lo asevera el autor, bien pronto ésta se propaga al peritoneo, unas veces a través de las tónicas intestinales, es decir, por continuidad, otras veces a distancia, por vía linfática o sanguínea, donde provoca ya una peritonitis localizada o generalizada a la gran cavidad peritoneal, según la naturaleza de los gérmenes, su virulencia más o menos exaltada, las adherencias más o menos sólidas y la resistencia del organismo a la infección.

Si la perforación existe y es de tamaño considerable, es posible que el ano ceco-apendicular facilite el drenaje y disminuya o haga desaparecer los fenómenos de intoxicación; pero si la propagación se ha hecho a distancia o si las adherencias han obliterado la perforación han y aislado los focos supurativos de manera completa, el éxito no será seguro, porque será necesario proceder igualmente a la abertura del absceso.

La operación aconsejada por el doctor Vela Briceño del ano apendicular, combinada con la proctoclisia, sin duda alguna mejorará el estado del enfermo, puesto que se abre una vía de derivación a los productos tóxicos, que contenidos en el intestino, aumentados de virulencia por el estancamiento, debida unas veces a la parálisis intestinal, otras a las acodaduras, vólvulos, etc.,

son una fuente de absorción y de intoxicación permanente y temible.

Consideramos, pues, este procedimiento como de gran valor y como de un auxilio eficaz a la técnica clásica en los casos de apendicitis graves no operadas a tiempo.

La conducta del cirujano era desde hace muchos y es todavía, la de abrir la cavidad del absceso, sin preocuparse por extirpar el apéndice, el cual se eliminaba espontáneamente, debido a que, toda maniobra que se realice para buscarlo, puede romper adherencias salvadoras y abrir mayores puertas de entrada a la infección, y si en el curso de la intervención el apéndice aparece a la abertura de la colección y si su extirpación es fácil, no vacilan en realizarla.

En cuanto a los drenes que se colocan en seguida, si son duros y se dejan por largo tiempo, pueden casi seguramente lesionar el intestino y predisponerlo a la perforación, como lo señala el doctor Vela Briceño, así como a la eventración de la pared, pero si una incisión apenas suficiente para vaciar el pus, se completa con un dren de caucho suave, en forma de cigarrillo, tan usado por los médicos americanos o con una gasa con poca presión, parece que puedan evitarse las graves complicaciones apuntadas por el autor del trabajo que comentamos.

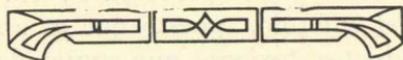
Puede considerarse el tratamiento preconizado por el doctor Vela Briceño como de suma utilidad para tratar las apendicitis desesperadas cuando el cirujano, llamado la mayoría de las veces tarde, cree contraindicado el procedimiento clásico por la gravedad de la intoxicación, es decir, como último recurso, si se tienen en cuenta los buenos resultados obtenidos por él, cimentados en su honorabilidad y su fama de buen cirujano, aunque poco numerosos para basar sobre ellos una doctrina.

En consecuencia, vuestra comisión os propone:

Acéptese al doctor Luis M. Vela Briceño como candidato para miembro correspondiente de la Academia; y

Publíquese su interesante trabajo en el órgano de la corporación.

*Abraham Salgar S.*



## **AÑO NUEVO**

Lleva este número de la "Revista Médica" el saludo sincero de su dirección y redacción para todos y cada uno de nuestros colaboradores, anunciadores y suscriptores, y los deseos fervientes de que este año que principia sea de progreso general para todos los que nos acompañan y nos estimulan con su apoyo en nuestro deseo de servir honradamente a los intereses nacionales y muy especialmente a los que se relacionan con nuestra profesión.

Como voceros del gremio médico nacional pedimos se nos ayude a conseguir una legislación que garantice el valor de los diplomas que hemos obtenido y de aquellos que obtendrán nuestros estudiantes en el curso del año y así evitarle el sonrojo al País de que continúe plagado de esos individuos que trafican con el dón más precioso del hombre, la salud. Es preciso acabar de una vez por todas con ese gremio de maleantes que explotan la ignorancia de nuestros paisanos y les impiden, con sus anuncios y malas artes, el llegar a pedir alivio a sus dolencias a los que, tras largos estudios y prácticas rigurosas en los laboratorios y hospitales, están en capacidad de atenderlos, y las más de las veces, de curarlos con procedimientos ceñidos al actual estado a que ha llegado el difícilísimo arte de curar. Se impone también el establecimiento de una escuela médica que enseñe el arte de curar por el sistema homeopático como se usa en otros países para acabar con la legislación actual que permite el que cualquier fulafustán apertrechado con un certificado firmado por determinado número de individuos en el cual 'diga que sabe homeopatía y que ha ejercido con éxito en la localidad' sea suficiente para licenciarlo. Semejante reglamentación por absurda debe abolirse.

También pedimos el apoyo a la idea de reglamentar la carrera médica oficial. Hay médicos empleados en el Ejército, en las obras públicas, en las dependencias de la higiene nacional, departamental y municipal, en los ferrocarriles y en varias empresas particulares; todos estos médicos dependen para conservar sus puestos de la voluntad del Presidente de la República, de los Ministros, los Gobernadores, los Alcaldes, los directores de higiene o de los secretarios de la empresa.

No hace mucho se habló en estas mismas páginas de la necesidad de establecer la carrera médica oficial; se reclamó entonces esa medida para evitar cambios, siempre funestos, en el personal subalterno cuando hay cambios en las altas esferas políticas. Hubo en estos días esos cambios altos e inmediatamente vinieron las 'reorganizaciones' y hay que ver a los fundadores de servicios importantísimos en bien de la salubridad pública removidos por el deseo de 'colocar' en esos puestos a amigos influyentes; se han hecho cambios entre el personal de algunas dependencias de la higiene absolutamente incomprensibles. En el Ejército también van y vienen los nombramientos médicos sin plan definido; sometidos únicamente al capricho del ministro o a las influencias del candidato, pero sin tener en cuenta la aptitud, la consagración, el tiempo de servicio y demás factores que debieran realmente influir en el ánimo de los dispensadores de nombramientos oficiales.

Para lograr esta reforma en el curso del año creemos que si son del agrado del gremio, se puede lograr su realización si todos los médicos en el País le exigen a sus amigos que ocupan puesto en las cámaras legislativas que voten los proyectos que los médicos legisladores presentarán en la próxima reunión del Congreso.

Con ver realizados estos tres o cuatro puntos de vital importancia para el País y para la profesión nos daremos por satisfechos y con nosotros, estamos seguros, la mayoría de las gentes sensatas de Colombia.



Amparada por la Dirección Nacional de Higiene.

De venta en las principales DROGUERIAS Y FARMACIAS

Distribuidor: **ROBERTO POSADA**

BOGOTA, CALLE 12, NUMERO 10-60. — TELEFONO 53-56

# CROMO

LA MEJOR REVISTA SEMANAL ILUSTRADA  
DE COLOMBIA

---

En esta misma Casa Editorial se  
hacen las mejores ediciones y los  
trabajos más artísticos.

---

Bogotá, Carrera 6a., números 12-60 - 12-66.  
APARTADO 442.



En la adiposidad:

# ELITIRAN

Preparado estandarizado de la glándula tiroidea con acción pleninglandular.

Tolerada sin efectos concomitantes hasta en altas dosis.

Fuerte aumento del metabolismo basal.

Indicado en las insuficiencias del tiroides, úlceras tórpidas (mixedema local).

Profilaxis de la trombosis.

ENVASES ORIGINALES:  
Tubo de 30 tabletas de 0,025 g.  
Caja de 10 ampollas de 2 c. c. de la solución al 1%

# PADUTINA

Hormona vasoactiva de la glándula páncreas, según Frey-Kraut, de acción antiespasmódica electiva sobre los vasos periféricos e influencia reguladora sobre la circulación general.

Para el tratamiento de los espasmos vasculares, acroparestesias, úlceras tórfidas, heridas tórfidas, claudicación intermitente, estados hipertónicos y molestias de la menopausia.

ENVASES ORIGINALES:  
Caja de 5 ampollas (1 c. c. = 2 unidades biológicas) para inyecciones. / Frasco de 10 c. c. (1 c. c. = 7 unidades biológicas) para uso interno.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a  
**LA QUIMICA INDUSTRIAL "Meister-Lucius Bayer"**  
 WESKOTT & Cía. BOGOTA - APARTADO 301



## LAS PILDORAS ALFA,

no son una de tantas preparaciones vulgares que existen en los mercados, mas bien en busca de lucro comercial, que por llevar a la humanidad un medicamento **eficaz**, en toda la extensión de la palabra.

Las PILDORAS ALFA, son confeccionadas cuidadosamente bajo la fórmula de un Especialista del PALUDISMO y demás ENFERMEDADES TROPICALES.

A los señores médicos que prescriban PILDORAS ALFA, les garantizamos el mejor éxito en sus tratamientos.

Además se evita el formular sales de quinina y muchas otras sustancias, con el peligro de que farmacéutas imprevistos, o poco escrupulosos, les alteren sus recetas, las despachen con sustancias impuras y los lleven al fracaso.

“Con las PILDORAS ALFA se asegura el **éxito completo**” es la frase de los médicos que las conocen.

**DISTRIBUIDORES PARA COLOMBIA:**

**DROGUERIA SAN JORGE -- Dr. Bernardo Henao Mejía.**  
**ARMENIA, Caldas.**

Tenemos el gusto de ofrecer a los señores médicos un colagogo excelente para

**TERAPIA HEPATOBILIAR**

**Es el HEPATODRENO**

cuyos componentes son: Peptona, Sulfato de magnesia, Hepatina y Bileína.

Con gusto enviaremos muestras a quienes se sirvan solicitarlas.

*Aprobado por la H. C. de Especialidades Farmacéuticas de la República de Colombia.*

**Laboratorio Farmacéutico de la Botica Meoz.**

Carrera 7a., números 513-A—513-B. Apartado 6—Bogotá.

**DR. WEISER & HERING, BOGOTA**

Calle 13 No. 7-66, Apartado 1492,

Telegramas "WEISER".



**DEPARTAMENTO DE ELECTROMEDICINA**



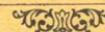
**Aparatos de**

**RAYOS X  
DIATERMIA  
ELECTRODIAGNOSTICO  
Y TERAPEUTICA**



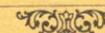
**PELICULAS AGFA PARA RAYOS X**

**SIEMPRE EXISTENCIAS COMPLETAS,  
PERMANENTES Y FRESCAS**



**LAMPARAS DE CUARZO ORIGINAL  
HANAU**

**LAMPARAS DE RAYOS TERMO-LUMINO-  
SOS, RAYOS SIMILARES AL SOL  
Y RAYOS INFRAROJOS**



**PIDANOS CATALOGOS E INFORMACIONES**

# ***DOLOR EN LA PELVIS***

**E**N ninguna parte del cuerpo existen tantos ejemplos de esa manifestación falaz—dolor reflejo o referido—como en la región pélvica. La inducción de hipermia es uno de los tratamientos clásicos para el alivio del dolor pélvico. La

## *Antiphlogistine*

produce una transudación serosa abundante con su calor húmedo uniforme y la acción de sus agentes antisépticos y sinérgicos, y es un tratamiento depletivo y tolerable de preferencia en el manejo de las afecciones pélvicas.

**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.**  
163 Varick Street . . . . . Nueva York, E. U. A.



*Solicite muestra y literatura*

*Nombre*.....

*Dirección*.....

El Diurético renal por Excelencia

# SANTHÉOSE

EL MÁS FIEL  
EL MÁS CONSTANTE  
EL MÁS INOFENSIVO  
DE LOS DIURÉTICOS



PURIFICA LA SANGRE Y  
REGULARIZA LA CIRCULACIÓN  
*El más seguro ayudante de las*  
CURACIONES DE DESCLORURACIÓN

### S. PURA

Afecciones cardiacas y renales  
Albuminurias, Uremia, Hidropesia.

### S. FOSFATADA

Esclerosis cardio-renal, Neurastenia,  
Anemia, Convalecencias.

### S. CAFEINADA

Astenia cardio-vascular, Asistolia,  
Enfermedades infectivas, Intoxicaciones.

### S. LITINADA

Presclerosis y Arterioesclerosis, Uricemia  
Gota, Mal de piedra, Reumatismo, Ciática.

VENTA al por MAYOR: 4, Rue du Roi-de-Sicile, PARIS

**ANEMIA \* ESCRÓFULAS \* CLOROSIS**  
APROBACIÓN de la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS  
Las Auténticas  
**PÍLDORAS DE BLANCARD**  
de PARIS (2 á 6 al día)

*no se venden sueltas*  
Exíjanse la Firma y el Rótulo verde

**JARABE DE BLANCARD**  
Inalterable (2 á 3 cucharadas al día)  
DESCONFIÉSE de los SIMILARES INEFICACES

**LEUCORREA \* LINFATISMO \* DEBILIDADES**