

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: **LABORATORIO
del Dr. PLANTIER
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE**

**OPOTERAPIA
HEMÁTICA**

el JARABE y
el VINO

DESCHIENS

es la Hemoglobina pura

Admitidos en los
Hospitales de París

Proporcionarán a los
Médicos resultados que
agradecerán sus enfermos

DOSIS :

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

Vino: Un vaso de madura en
cada comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO

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

CONTENIDO

	Págs.
<i>El diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica</i> , por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez	637
<i>Las apendicitis agudas no operadas a tiempo</i> , por el doctor L. M. Vela Briceño	669
<i>La Asociación Médica Nacional</i> (Nota Editorial)	682
<i>Código Colombiano de Moral Médica</i>	684
<i>Sociedades científicas</i> . Extracto de actas	704
<i>Notas varias</i>	708

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

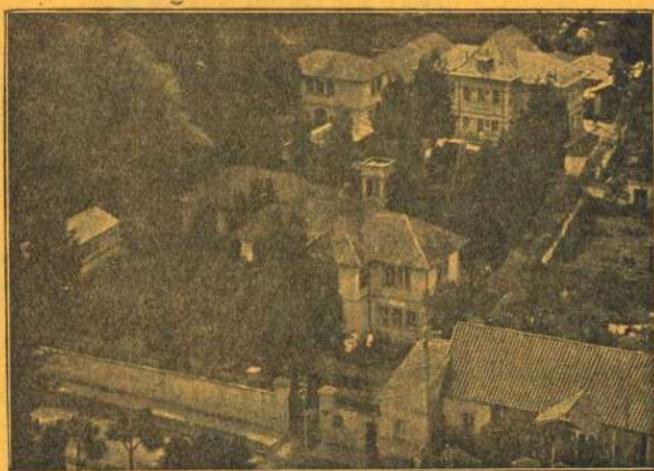
Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

Administración:

EDITORIAL DE CROMOS

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

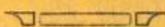
Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102



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

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

2 comprimidos
al día

Ningún
Régimen



ALEPSAL

FENILETILMALONILÚREA combinada
Comunicación a la Société Médico Psychologique
de Paris.

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



OUATAPLASMA

del Doctor **Ed. LANGLEBERT**

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

ABSCESOS
FORÚNCULOS
FLEMONES
CARBUNCLOS
PANADIZOS
QUEMADURAS

Preciosa en el Tratamiento de los

LLAGAS VARICOSAS
ECZEMA
ERISIPELAS
FLEBITIS
PERITONITIS
COLICOS de los NIÑOS

COLICOS UTERINOS
GRIETAS de los PECHOS
GOTA
REUMATISMOS
ENFERMEDADES de la PIEL

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

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

Para
dormir pronto

EVIPAN^{M.R.}

(N-Metilciclohexenilmetilmalonilureide)

Típico remedio para conciliar
y reanudar pronto el sueño en
caso de prematuro despertar.

Muy recomendable para las personas que
trabajan mucho mentalmente y para los
pacientes nerviosos. Después de un sueño
profundo breve, cesa poco a poco la
acción medicamentosa con paso al sueño
natural. Aun tomado a las primeras horas
de la madrugada no deja el Evipán som-
nolencia o fenómenos desagradables. Des-
pertar puntual con la cabeza despejada.



ENVASE ORIGINAL:
Tubo de 10 tabletas de 0,25 g

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a
LA QUIMICA INDUSTRIAL "Bayer Meister-Lucius"
WESKOTT & Cia. 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. Abril 15 de 1934 | No. 512

EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LA APENDICITIS CRONICA

Por el doctor

GONZALO ESGUERRA GOMEZ

Comunicación hecha a la Academia Nacional de Medicina en
la sesión del día 28 de noviembre de 1933.

No es esta la primera vez que me ocupo del diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica, puesto que en el año de 1927 escribí mi tesis de doctorado sobre el mismo asunto. A pesar de que las conclusiones a que llegué en esa época son tan ciertas hoy como entonces, es posible actualmente hacer un estudio más profundo y detallado de la radiología apendicular, y sobre todo obtener una mayor precisión en el diagnóstico, gracias a los estudios seguidos en los últimos años, al perfeccionamiento de la técnica radiológica, a la mayor práctica alcanzada, y a los recientes estudios de los investigadores que se han ocupado de este asunto.

De manera muy especial he estudiado la parte de la radiología que se relaciona con el diagnóstico de la apendicitis crónica, porque considero que todo lo que se investigue y se adelante en el diagnóstico de esta enfermedad, interesa profundamente al médico, al cirujano y al mismo paciente. Y es natural que los interese por múltiples razones: en primer lugar, el número de enfermos catalogados clínicamente como portadores de una apendicitis crónica es tan numeroso, que si en realidad todos ellos padecieran de esta enfermedad, el estudio, prevención y tratamiento de la apendicitis constituiría uno de los problemas más graves de la medicina. Por otra parte, son tan numerosas las apendicec-

tomías que se operan diariamente en los hospitales de caridad y principalmente en las clínicas particulares de Bogotá, que muchas veces representan una quinta parte de la cirugía total. Los siguientes datos son bastante ilustrativos al respecto: en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá se operaron en el primer semestre de este año, 112 enfermos de apendicitis, sobre un total de 1298 intervenciones quirúrgicas, lo cual representa un 8,6% de la cirugía total hospitalaria; en la Clínica de Marly se operaron en la misma época 71 apendicitis, sobre un total de 362 operados, lo cual representa un 19,60% de la cirugía total; y en el Hospital de San José se operaron en el semestre 117 apendicitis, sobre un total de 536 intervenciones, lo cual representa un 22% de la cirugía total (1). Los datos anteriores ponen de manifiesto el enorme porcentaje que en la cirugía de la ciudad de Bogotá, y de manera especial en las clases acomodadas, tienen las apendicectomías. La proporción quirúrgica de las apendicectomías es el doble en la Clínica de Marly y en el Hospital de San José de lo que es en el Hospital de San Juan de Dios. Al mismo tiempo es conveniente recordar que muchos de los apéndices operados no presentan macroscópica ni microscópicamente lesiones inflamatorias; y que muchos enfermos apendicectomizados siguen después con molestias digestivas iguales o semejantes a las que presentaban antes de la operación. En el primer caso se trata de errores de diagnóstico, y en el segundo puede tratarse de los mismos errores o de la coexistencia de esta enfermedad con otra lesión del tubo digestivo. No tengo ningún dato estadístico personal sobre la salud posterior de los enfermos apendicectomizados, pero los doctores Connel (2) y Gibson (3) nos dan en Norte América las siguientes interesantes estadísticas: de 212 casos apendicectomizados por el doctor Connel, 48 no mejoraron con la operación; y de 426 apendicectomizados por el doctor Gibson, 102 no obtuvieron ninguna mejoría.

Los datos que acabo de enumerar ponen de manifiesto la frecuencia de la apendicitis crónica y la dificultad que existe para hacer un diagnóstico clínico acertado. Muchos son los enfermos catalogados en el cuadro de las apendicitis crónicas, y no son raros los casos en que se descubre una apendicitis crónica no

sospechada clínicamente. La dificultad para hacer un diagnóstico clínico acertado es muy explicable, ya que los dolores de la fosa ílica derecha y los disturbios digestivos que acompañan a las apendicitis, forman un cuadro sintomático de difícil interpretación y fácilmente confundible con numerosas afecciones del aparato digestivo. El síntoma más característico que es el dolor de la fosa ílica derecha se encuentra también en otras enfermedades como las tiflitis, las colitis, las lesiones ováricas, renales etc. Y los otros síntomas son tan variados y poco precisos, que pueden ser producidos por cualquiera de las enfermedades digestivas.

Por lo tanto, si la apendicitis crónica es una enfermedad tan frecuente, y si los síntomas clínicos son de difícil interpretación, los procedimientos de laboratorio que sirvan para aclarar y precisar ese diagnóstico no solamente debemos aconsejarlos sino servirnos de ellos sistemáticamente. Y como entre esos procedimientos el que más ayuda presta a la clínica es el estudio radiológico, se justifica plenamente el incremento que ha tomado este examen en los últimos años.

Ahora bien, cómo podemos saber si los datos suministrados por los rayos X tienen en realidad un valor diagnóstico, y de qué argumentos podemos valernos para preconizar un examen radiológico cuando se sospecha una apendicitis crónica?

Las estadísticas presentadas por los diversos radiólogos y comprobadas por los cirujanos, son las que permiten aclarar este punto. De ellas se deduce que un estudio radiológico bien conducido permite en la mayoría de los casos hacer un diagnóstico acertado; y como por otra parte en estos exámenes es necesario estudiar cuidadosamente todo el tubo digestivo, ya que muchas veces se encuentran enfermedades gastro-intestinales que evolucionan al mismo tiempo que la apendicitis, su importancia no admite discusión. Es frecuente por ejemplo, encontrar una lesión vesicular al mismo tiempo que una apendicitis; con un estudio radiológico completo, en el momento de la apendicectomía se opera también la vesícula biliar, y tenemos así la seguridad de que el enfermo no seguirá con los fenómenos digestivos y las molestias ocasionadas por su lesión vesicular, a pesar de haberle operado un apéndice enfermo.

La coexistencia de lesiones vesiculares o gástricas con una apendicitis está bien demostrada por los cirujanos, y la siguiente estadística presentada por los doctores Deaver y Ravdin (4) es muy demostrativa: en 76 enfermos operados para lesiones de la vesícula biliar y en 18 operados por úlceras gástricas o duodenales, hicieron también apendicectomías y examinaron cuidadosamente los apéndices extraídos. Encontraron lesiones apendiculares indiscutibles en un 90% de los enfermos de la vesícula biliar, y en un 61% de los casos de úlceras gastro-duodenales.

Para obtener resultados satisfactorios es indispensable hacer un examen completo de las vías digestivas. Sobre este punto insistí en mi tesis de doctorado (5) y ahora insisto nuevamente, agregando a los exámenes que hacía en ese entonces, un estudio cuidadoso del hígado y de la vesícula biliar. Corroboro esta opinión con las de los doctores Joseph H. Larimore (6) y Paul Aimé (7) quienes hablan también de la importancia de verificar siempre un examen completo del tubo digestivo.

Como datos estadísticos que comprueben la utilidad de un buen estudio radiológico, quiero citar algunas de las conclusiones a que llegan los doctores Henry J. Walton y Samuel Weintein, de Baltimore (8) en un estudio sobre el diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica.

I. En una serie de 1000 exámenes del tubo digestivo se hizo el diagnóstico radiológico de apendicitis crónica en 152 enfermos, o sea en un 15,2% de los examinados.

II. Este diagnóstico fue confirmado quirúrgicamente o por medio de la clínica en 133 casos, o sea en un 87,5%.

Esa confirmación se hizo en la forma siguiente:

Pacientes en los cuales una investigación clínica cuidadosa confirmó el diagnóstico de apendicitis.	86	56,6%
Pacientes operados en los cuales se comprobó la presencia de una apendicitis.	47	30,9%
Pacientes en los cuales no se confirmó el diagnóstico por la clínica o por la intervención quirúrgica.	19	12,5%

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

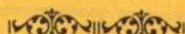


APARTADO No. 887

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



Los datos anteriores son muy demostrativos, pero de ellos quiero hacer hincapié en los casos comprobados quirúrgicamente. Son éstos los que tienen un valor indiscutible, y el porcentaje de 30,9% encontrado por los doctores Walton y Weinstein me servirá como punto de comparación con las comprobaciones operatorias de los exámenes que he verificado en la Clínica de Marly y en el Hospital de San Juan de Dios, y de los cuales hablaré en seguida.

Como datos estadísticos, posteriores a mi estudio de 1927, presentaré los llevados por mí en el Laboratorio de rayos X, del Hospital de San Juan de Dios durante el año de 1928, los cuales tienen un gran valor porque cerca del 70% fueron comprobados quirúrgicamente: y los enfermos examinados en la Clínica de Marly a fines del año pasado y en el primer semestre del año en curso. Estos últimos tienen una comprobación quirúrgica mucho menor que la hospitalaria, pero justamente he escogido los casos examinados en los últimos meses, porque con el perfeccionamiento de la técnica y quizás por la mayor práctica alcanzada, esos resultados parecen superiores a los obtenidos en el Hospital de San Juan de Dios hace cinco años. En los 6.890 enfermos de clientela civil que he examinado en la Clínica de Marly, encuentro en las estadísticas 565 diagnosticados como apendicitis crónica. Sin embargo no citaré sino los últimos pacientes examinados, por las razones expuestas y porque de muchos de los primeros no tengo los datos quirúrgicos suficientes para hacer un estudio estadístico completo.

Los datos del Hospital de San Juan de Dios en el año de 1928 (números 4687 a 6092) son los siguientes:

Enfermos examinados	1403
Diagnosticados como apendicitis.	57
Operados	38
Diagnósticos errados	3
Confirmados	35
Porcentaje de apendicitis diagnosticadas.	4%
Porcentaje de apendicitis operadas	66,6%
Porcentaje de errores (confirmados en la operación).	8%
Porcentaje de aciertos.	92%
Confirmación global	61%

Los datos de Marly (diciembre de 1932 a agosto de 1933) (números 6200 a 6700) (10) son estos:

Enfermos examinados	500
Apendicitis diagnosticadas.	60
Operados	18
Confirmados.	18
Porcentaje de apendicitis diagnosticadas.	12%
Porcentaje de operados.	30%
Porcentaje de errores en la operación	0%
Confirmación global.	30%

Los cuadros anteriores merecen algunos comentarios. Ante todo aparece la confirmación de que la apendicitis crónica es más frecuente en las clases acomodadas de Bogotá, tal como se había comprobado también con las estadísticas quirúrgicas citadas antes. El mismo radiólogo y con los mismos procedimientos diagnóstica apendicitis en un 4% de los examinados en San Juan de Dios, y en un 12% de los examinados en el Laboratorio de la Clínica de Marly. Es decir tres veces más diagnósticos de apendicitis en la clientela civil que en la hospitalaria. Los datos del Laboratorio de San Juan de Dios son los más dicientes, porque fueron operados un 66,6% de los pacientes examinados y diagnosticados como apendicitis. De las intervenciones quirúrgicas solamente aparecen tres casos de errores en 38 operados, lo cual representa un 92% de aciertos. Y como el número de operados fue tan grande, podemos suponer que en los no operados el diagnóstico fuera errado en todos, y a pesar de esto obtenemos un porcentaje global de aciertos del 61%. Este porcentaje sería más que suficiente para demostrar la utilidad de un buen examen radiológico: En la Clínica de Marly, y esto se explica por la dificultad para seguir los enfermos que no vuelven a ella, que no se operan o se hacen operar en otra parte, solamente hay una comprobación quirúrgica del 30%. Pero me llama la atención, y se lo he atribuído al perfeccionamiento de la técnica, el hecho de que los diagnósticos de apendicitis hechos en los últimos meses, se hayan confirmado en los 18 operados. En los no operados o en aquellos que he perdido de vista tiene que haber

errores, pero es de suponerse que el porcentaje de aciertos sea un poco más alto que el de 92% encontrado en San Juan de Dios.

Al comparar éstos resultados con los de los doctores Walton y Weinstein podemos ver que la comprobación quirúrgica que ellos presentan indica en totalidad un 30,9% de aciertos; porcentaje que iguala al de los resultados obtenidos en la clientela civil de Bogotá y que no llega ni siquiera a la mitad de los que se obtuvieron en el Hospital de San Juan de Dios.

Creo por lo tanto, que dadas las consideraciones anteriores, y las estadísticas presentadas, se justifica plenamente hacer un estudio sistemático de las vías digestivas por medio de los rayos X, en los casos en que se sospeche clínicamente una apendicitis crónica. Y al mismo tiempo se justifica también el que yo quiera abusar de la bondad de mis oyentes, para hacer una exposición sobre los distintos síntomas o signos radiológicos que permiten hacer el diagnóstico de esta enfermedad.

HISTORIA DE LA RADIOLOGIA APENDICULAR

En nuestro trabajo del año de 1927 hablamos de la historia de la radiología apendicular hasta esa época. Por lo tanto sólo nos resta decir algunas palabras sobre lo que se ha hecho y escrito de entonces para acá.

Sin embargo, al hablar de este capítulo de la radiología no podemos olvidar al Profesor Antoine Béclere, a quien cariñosamente se le llama en París el "Pere Béclere". Fue él quien en el año de 1902 (11) pronosticó el futuro maravilloso que tendrían los rayos X en el estudio del estómago y del intestino, introduciendo al organismo grandes cantidades de una suspensión de bismuto; y fue también él quien por primera vez logró en el año de 1906 (12) ver la imagen radiográfica del apéndice. Esta primera radiografía del apéndice fue presentada a la Sociedad de Radiología de París, y publicada en su revista en el año de 1909. Desde entonces el Profesor Béclere previó la utilidad que tendría este examen en el diagnóstico de las apendicitis, principalmente por la localización exacta del dolor bajo la pantalla radioscópica.

Y debemos recordar también a Desternes, quien en el año de

1911 y en el mismo boletín de la Sociedad de Radiología de París, (13) relata la historia de un muchacho de 19 años quien había sufrido de repetidos ataques de dolor en la fosa ilíaca derecha. Con este caso demostró que era posible con los rayos X obtener datos sobre la forma, posición, tamaño y movilidad o fijeza del apéndice, ya que la intervención quirúrgica comprobó todos los datos observados en el examen radiológico. Desde entonces Desternes habla de la importancia de este examen, no sólo por el estudio apendicular, sino por la posibilidad de demostrar con él la existencia de lesiones en otros órganos.

No debemos tampoco olvidar que fue M. Cohn (14) quien desde el año de 1911 indicó que el apéndice se desocupaba gracias a movimientos peristálticos. Posteriormente y ya en el año de 1928 (15) insiste en que el aspecto segmentado que presenta a veces el apéndice, demuestra simplemente un estado de actividad semejante al que producen las segmentaciones cólicas, y que por lo tanto es enteramente normal. White F. W. en 1925, (16) habla del mismo asunto, y trae como argumento, el hecho de que ni en las autopsias ni en las intervenciones quirúrgicas se encuentre ese aspecto segmentado de las imágenes radiográficas.

Del año de 1927 para acá el número de trabajos radiológicos que se ha publicado sobre este asunto, es tan numeroso, que difícilmente se podría hacer una historia de la radiología apendicular con los nombres de los autores, las observaciones presentadas, y las conclusiones a que llegaran. Creemos más práctico y conveniente citar algunos de dichos trabajos al hablar de los signos radiológicos que se encuentran en la apendicitis, justamente para saber cuáles de ellos han sido observados más frecuentemente por los diversos investigadores. Pero, en todo caso, el abundante material bibliográfico de los últimos seis años, pone de manifiesto el incremento que estos estudios y estos exámenes, han tomado en el mundo entero.

TECNICA

Al hablar de la técnica radiológica solamente queremos dar a conocer las variaciones que le hemos introducido en los últimos



TRIPAFLAVINA

M. R.

Quimioterápico interno

de aplicación intravenosa en el sentido de la terapéutica esterilizante magna de Ehrlich. De acción insuperada. Contra las infecciones generales y locales, enfermedades sépticas, encefalitis, meningitis, fiebre puerperal, endocarditis, etc.

Antigonorréico seguro y no agresivo para el tratamiento local
Específico para el tratamiento de la gonorrea desde la sangre

EMPLEO:

Lavados, compresas húmedas, tapones, con soluciones al 1 por 1000 a 1 por 2000. / Tratamiento por pomadas: 1 a 2%. / Tratamiento seco: Polvo tópico al 5%. / Tratamiento intravenoso: 5-10-20 c.c. de la solución al 1/2 a 2%.



M. R.

C A S B I S

M. R.

para la
BISMUTOTERAPIA
de la SÍFILIS

por inyecciones intramusculares
Alto contenido bismútico
Acción pronta y duradera
Aplicación indolora y buena tolerancia. Económico

Envases originales:
Frasco de 15 c.c. / Caja de 10 ampollas de 1,5 c.c

P A R O X I L

M. R.

para la
ARSENOTERAPIA
interna
de la SÍFILIS

Indicado especialmente en los pacientes de venas mal conformadas o frágiles, especialmente en las mujeres y niños (sífilis congénita). Generalmente recomendado también para la profilaxis



Envases originales:
Frasco de 30 tabletas de 0,25 g
Frasco de 50 tabletas de 0,01 g

años. Los detalles referentes a ella fueron ya explicados detenidamente en nuestro trabajo anterior.

La imagen del apéndice en el curso de un examen radiológico tiene una gran importancia para el diagnóstico, y por este motivo se ha procurado buscar una visualización apendicular en el mayor número de casos posible. Como procedimiento para obtener un porcentaje mayor de visibilidad se ha aconsejado desocupar previamente el intestino por medio de laxantes, y parece por los datos que suministran algunos radiólogos, que su utilidad está demostrada. Cambies (17-18) recomienda la administración de cloruro de magnesio o de agua de Chatel-Guyon con la preparación baritada; A Czepa (19) aconseja dar una mezcla de bario y sal de Empson; Openheimer Albert (20) recomienda repetir el examen después de un purgante de aceite de castor, cuando el apéndice no se ha visualizado, y agrega que la ausencia de visibilidad apendicular después de laxantes, con punto doloroso apendicular, indica una inflamación de este órgano; Orliansky A. sostiene que la visibilidad apendicular se aumenta con la previa ingestión de purgantes, y dice que el apéndice se ve en un 90% de los casos, cuando los exámenes se han hecho después de tomar un purgante, y Giuliano Chizzola ha empleado el sulfato de magnesia durante el año de 1928, y trae las siguientes estadísticas al respecto: en un primer grupo de 159 enfermos, examinados sin ninguna preparación previa, se visualizó el apéndice en 40,8% de los casos; en 122 enfermos preparados cuidadosamente desocupando el intestino, principalmente el ciego, se visualizó en 61,2%; y en 72 enfermos a los cuales se les dio previamente sulfato de magnesia, se visualizó en 56% de los casos. Todos los trabajos que acabo de enumerar, tratan de poner de manifiesto que cuando se ha desocupado previamente el intestino por medio de laxantes, el número de apéndices visibles con los rayos X es más considerable. Pero sucede en la práctica de la clientela civil que es muy difícil como procedimiento de rutina, hacer tomar a los enfermos un laxante la víspera del examen radiológico; por este motivo no lo he usado; pero en cambio practico siempre un estudio previo de la vesícula biliar por medio de la ingestión del yodeikon, porque considero que desempeña un papel semejante.

Como en los exámenes apendiculares estudio también el hígado y la vesícula biliar, después de la ingestión del yodeikon, y como éste se debe hacer antes de tomar el sulfato de bario, acostumbro comenzar mi examen por la radiografía vesicular. Así pues, la víspera del examen hago tomar al enfermo el yodeikon, y al día siguiente temprano tomo las radiografías del hígado y la vesícula; pero como el tetra-yodo tiene una parte de fenoltaleína en su constitución, es muy frecuente verlo producir efectos laxantes. He observado que en la mayoría de los enfermos se producen estos efectos, y además he podido comprobar que la visibilidad apendicular aumenta haciendo los exámenes después de la administración del tetra-yodo. De esta manera he reemplazado el purgante previo por una substancia que me sirve al mismo tiempo para estudiar sistemáticamente el hígado y la vesícula biliar. El examen hepato-vesicular es importante, porque de acuerdo con nuestras estadísticas (23) en un 5% de los enfermos examinados se encuentran lesiones vesiculares no sospechadas clínicamente.

Inmediatamente después de tomar las radiografías de la vesícula biliar y del hígado, hago beber al enfermo la solución baritada y le examino el estómago y el duodeno.

Otro examen seis horas más tarde; y uno final al día siguiente y previa la ingestión de nueva dosis de bario 12 horas antes, son suficientes en la mayoría de las veces. Solamente en algunas ocasiones se requieren radiografías 48 y 60 horas después de la ingestión.

En la técnica radiográfica he podido introducir una modificación que considero muy importante, gracias a la mayor potencia del aparato que uso hace algunos años. En los primeros exámenes tomaba las radiografías gastro-intestinales valiéndome únicamente de las pantallas intensificadoras dobles, y buscando como es natural el menor tiempo de exposición posible (medio segundo o menos en las personas flacas); pero como en todos es sabido que las radiografías tomadas con la pantalla anti-difusora Potter-Bucky presentan una mayor nitidez y un mejor contraste que las placas tomadas con el procedimiento ordinario, es conveniente emplearla también en las radiografías gastro-intestinales,

siempre y cuando que podamos aumentar la penetración convenientemente, y hacer una exposición tan corta como la que acabo de indicar. Con aparatos potentes es posible obtener las radiografías en esa forma, y los resultados radiográficos son de una superioridad innegable.

LOS SIGNOS RADIOLOGICOS DE LA APENDICITIS CRONICA

Trataré en seguida de los distintos signos radiológicos que se encuentran en la apendicitis crónica. Hablaré separadamente de cada uno de ellos para analizar su importancia y para señalar a los diversos observadores que los han encontrado en su práctica profesional. Sobra recordar que estos signos radiológicos se encuentran no solamente en el apéndice sino en casi todo el tubo digestivo. Para mayor facilidad los enumeraré comenzando por los más altos, es decir por los signos gástricos.

LA AEROGASTRIA (Figura 1).

Desde hace muchos años me ha llamado la atención la presencia de una cámara de aire dilatada por gases en los casos de apendicitis crónica. Como aerofagia catalogué este signo en mi trabajo de 1927, pero me ha parecido que como dato radiológico le cuadra mejor el nombre de aerogastria. El síntoma radiológico es la presencia de gases en la parte superior del estómago, sin prejuzgar de su origen; por lo tanto es quizás mejor decir aerogastria.

Ese aumento en el tamaño de la cámara de aire del estómago no es tan grande como en los casos de aerofagias esenciales. Se trata simplemente de un aumento discreto, pero eso sí notorio en cualquier momento. En casi todas las apendicitis se encuentra este signo, y el único reparo que puede hacersele es su presencia en otras enfermedades digestivas. Así, por ejemplo, se encuentra en las colecistitis, en las lesiones pilóricas etc. Controlada la aerogastria y descartadas las otras lesiones que pueden producirla, nos orienta inmediatamente a estudiar los otros sín-

tomas de la apendicitis. Llamo la atención al hecho de que son probablemente muy pocos los autores que han señalado este signo radiológico de la apendicitis, porque hasta ahora no lo he encontrado en los que he tenido la oportunidad de consultar. Sin embargo, hablé de él en mi primer estudio, y hoy lo señalo nuevamente. Y al señalarlo debo agregar que muchas veces ese aumento puede pasar desapercibido a primera vista cuando no se pone atención a otro dato de la mayor importancia. Ese dato



Figura 1a.

es la ascensión del diafragma izquierdo, el cual se coloca a la misma altura y en muchas ocasiones más alto que el del lado derecho, por comprensión que ejerce la cámara de aire dilatada. Normalmente el diafragma derecho queda situado un poco más alto que el del lado opuesto.

Como corroboración a la existencia de este signo, cito la carta que me escribió en enero de 1929, el doctor S. Vaisman de Rumania, para solicitarme copia de mi tesis porque él personalmente sufría de disturbios digestivos, que le habían sido diagnosticados de muy diferentes maneras por varios radiólogos. Y esos diagnósticos eran: úlcera del cardias; úlcera medio-gástrica; úlcera píloroduodenal; aerofagia nerviosa; espasmo pilórico con aerofagia; ciego alargado y móvil; deformaciones apendiculares con apendicitis crónica y ptosis del ciego. Los distintos diagnósticos radiológicos hechos a este colega, no son en realidad sino las manifestaciones de uno de ellos: el de apendicitis crónica. Y he señalado esta carta, porque entre los diagnósticos figuran el de aerofagia nerviosa y el de espasmo pilórico con aerofagia; y ellos sirven de confirmación a lo que acabo de exponer.

PRODUCTOS "SPECIA"

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

Para Muestras y Literatura dirigirse a: **Societe Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA**. Marques **POULENC Frères & USINES DU RHONE** - Aptdo. 53, BOGOTÁ

El "COOLINAX"

Es un nuevo aparato
de Rayos X

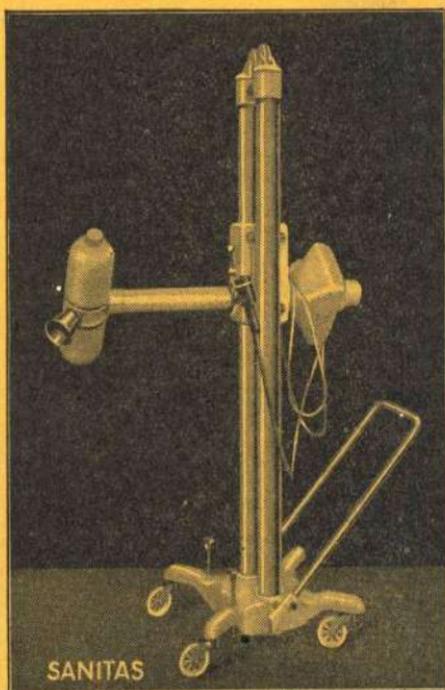
para Radiografías
y Radioscopias

de toda clase, le da gran ventaja sobre todos los demás aparatos Roentgen transportables.

La absoluta seguridad de funcionamiento;

La inmediata disposición para el funcionamiento;

La marcha infalible del aparato,
y su seguridad contra la alta tensión y contra los rayos.



EL NUEVO "UNDALA B"

APARATO DE DIATERMIA

DE

ONDA CORTA y ULTRACORTA

Elektr. Gese "Sanitas" - Berlin.

REPRESENTANTES:

Dr. WEISER & HERING

REPRESENTACIONES TECNICAS

BOGOTA

CALLE 13, No. 7-66 - ALMACEN LIDNER

VISITENOS PARA UNA DEMOSTRACION

ESPASMO PILORICO

(Figura 2).

Aerogastria y espasmo pilórico van casi siempre juntos, y este último parece ser la causa de la primera. El espasmo es intermitente y por lo tanto podemos ver pasar el bario por el píloro y el duodeno, si permanecemos en la pantalla radioscópica un tiempo suficientemente largo. No conviene hacer presión manual sobre la zona pilórica, porque entonces prolongamos el espasmo por un tiempo mucho mayor.

Debemos aguardar paciente-mente y sin hacer palpación, hasta que veamos pasar el bario al duodeno. Al hacer palpación, encontramos casi siempre dolor, y por este motivo he hablado del espasmo pilórico doloroso, término poco usado, que me parece justo. Algunos autores señalan la presencia de dolores a distancia del apéndice, y entre éstos nacen figurar el del esfínter pilórico, sin mencionar el espasmo; en cambio, otros autores hablan únicamente del espasmo y no mencionan el dolor.

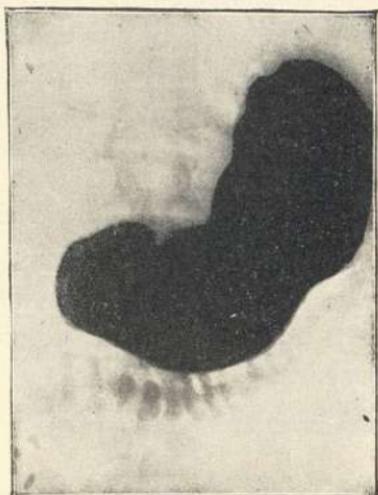


Figura 2a.

Oppenheimer (20) divide los signos radiológicos en locales y a distancia; y estos últimos en adhesivos y reflejos. Entre los reflejos a distancia señala el espasmo pilórico, la irritación duodenal y las contracciones espasmódicas del colon.

Walton y Weinstein (8) hablan de los signos directos y de los indirectos. Entre estos últimos citan la estasis ileo-cólica y cecal, los espasmos y estados atónicos del ciego, y el píloro-espasmo.

Los dos autores que acabo de mencionar atribuyen al espasmo pilórico un valor real en el diagnóstico de esta enfermedad.

DEFORMACIONES ESPASMÓDICAS PREPILÓRICAS Y DUODENALES

No quiero hablar de estas deformaciones espasmódicas para catalogarlas en el grupo de los signos radiológicos que permiten hacer el diagnóstico de apendicitis. Quiero simplemente señalar su existencia con el objeto de estar en guardia contra posibles y frecuentes errores de interpretación. Estos espasmos no se presentan todos los días, pero tampoco son una rareza. No son pocos los enfermos diagnosticados como portadores de úlceras gástricas o duodenales, a los cuales se les hace una gastro-entero anastomosis, y que continúan después con la misma sintomatología anterior. Examinados después cuidadosamente se comprueba la existencia de una apendicitis crónica indudable. Esta había ocasionado por reflejo los espasmos gastro-duodenales y la sintomatología ulcerosa. Las siguientes radiografías (figs. 3, 4, 5), de un paciente operado hace un mes, de apendicitis crónica son bastante demostrativas. Se trataba de un enfermo gastro-entero anastomizado hace tres años, que no tuvo mejoría ninguna con la operación y que se presentó para que se le hiciera un examen radiológico porque el vómito y un fuerte dolor en la parte derecha del abdomen lo molestaban mucho. Estudiado ra-

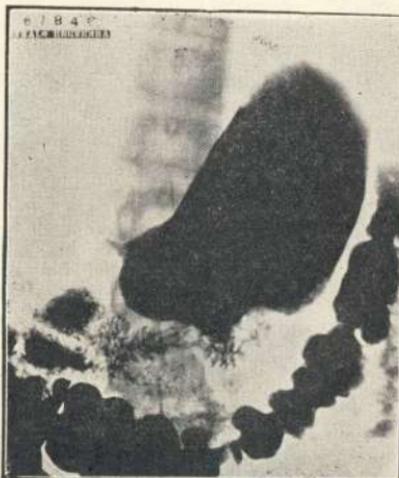


Figura 3a.



Figura 4a.

diológicamente se comprobó un funcionamiento normal de la boca anastomótica; un aumento del tamaño y de la densidad del hígado; y un ciego dilatado, inmóvil y doloroso, con un apéndice acodado y que se llenaba mal. Operado por el doctor Cavalier, se encontró normal el estómago; nada especial en la boca anastomótica, exceptuando una adherencia del epiplón; el hígado muy grande; la vesícula biliar sana; un ciego perfectamente fijo; y un apéndice grueso, congestionado y adherido. Este enfermo sufría



Figura 5a.

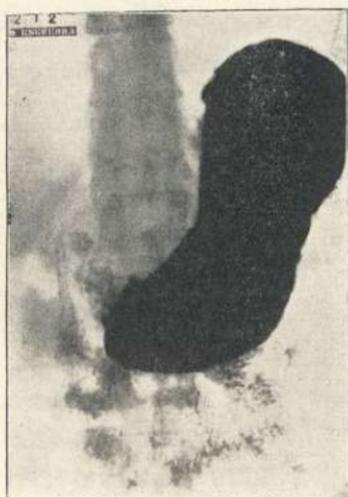


Figura 6a.

de su apendicitis desde antes de haber sido operado la primera vez, y con la anastomosis, como era natural, no obtuvo ninguna mejoría.

Dichas deformaciones espasmódicas son variables (Figs. 6, 7, 8) y por lo tanto no se puede dar de ellas una descripción. Únicamente podemos diferenciarlas de las lesiones gástricas ulcerosas, por la variabilidad de la imagen en diversos exámenes verificados antes y después de la ingestión de belladona; y en la región duodenal, algunas veces las podemos diferenciar de la misma manera, pero en otras es imposible saber si esas deformaciones son únicamente espasmódicas, o si en realidad están acompañadas de periduodenitis del mismo origen apendicular.

Con frecuencia las adherencias pueden simular una imagen de úlcera del duodeno (Figs 9 y 10) y no son una rareza los

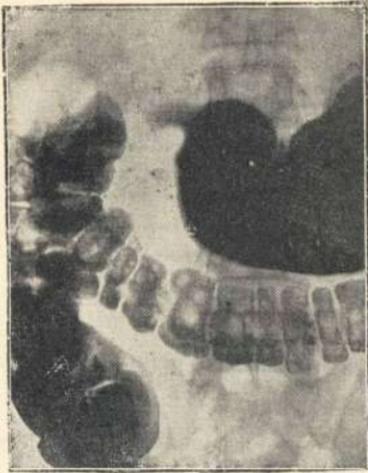


Figura 7a.

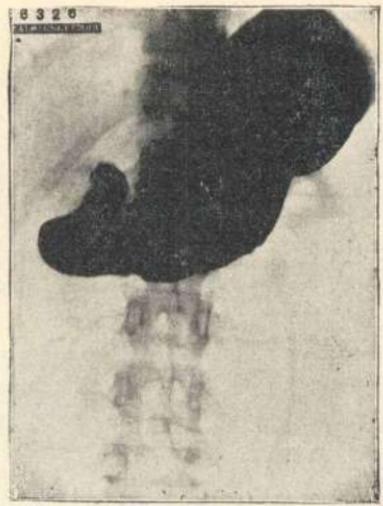


Figura 8a.

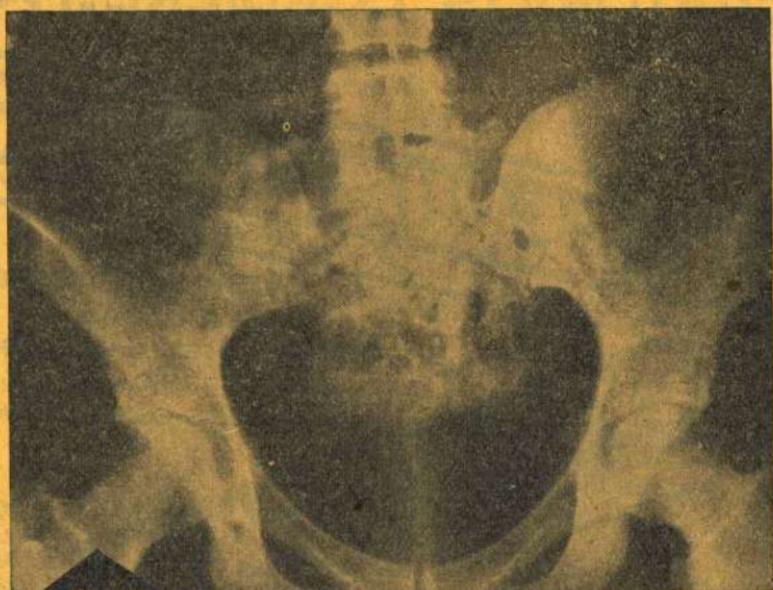
casos en que un radiólogo se deja engañar por estas imágenes, y sin pensar en el apéndice hace el diagnóstico duodenal. Puede suceder también que exista una irritación de la mucosa del bulbo duodenal al mismo tiempo o como consecuencia de una apendicitis. Oppenheimer (20) lo anota en el artículo que he citado anteriormente. Estor (24) habla de la presencia de ptosis e hipotonía gástricas como reflejos de una apendicitis crónica. Y



Figura 9a.



Figura 10.



Osteoma del sacro.



PELICULAS para
RAYOS -X-



Fuertes contrastes sobre
fondo azul, Sensibilidad extrema,
Durabilidad garantizada.

DISTRIBUIDORES EN BOGOTÁ:

ALMACEN LINDNER

CALLE 13, No. 7-66

TELÉFONO: 44-68.

LABORATORIOS CORBIÈRE. PARIS



CYTO-SÉRUM CORBIÈRE

MEDICACION CACODILICA INTENSIVA É 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



HÉMO CYTO-SÉRUM

MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENSIVA É INDOLORA

SUS INDICACIONES

ANEMIAS POST-HEMORRAGICAS - CLOROSIS
LEUCEMIAS - CAQUEXIA - CONVALENCIAS
DESPUÉS 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 músculo, a la dosis de una ampolla todos los días... ó cada dos días •

Chizzola (22) dice que los signos extra-apendiculares son los espasmos biliares o duodenales, la estasis ileal, las periduodenitis y las peri-colecistitis.

Solamente he señalado la existencia de la peri-duodenitis de origen apendicular, y la dificultad para diferenciarlas de los espasmos sin lesión orgánica ninguna, porque considero tan importante este asunto radiológico, que bien merece un estudio especial, corroborado con la cirugía. En asocio de nuestro querido maestro el profesor Corpas, estamos haciendo dicho estudio, motivo por el cual no nos ocuparemos de él en esta ocasión.

DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS DIAFRAGMATICOS DEL LADO DERECHO

Estor (24) y Paul Aimé (7) describen la disminución en la expansión del diafragma del lado derecho, como signo radiológico de la apendicitis crónica. Personalmente no he encontrado nunca tal signo, a pesar de que en los últimos años lo he buscado, por haber leído las opiniones de estos autores. Dicha falta de expansión diafragmática la he encontrado en cambio de las lesiones hepáticas, y principalmente en los abscesos de la cara superior del hígado. En las apendicitis no lo he encontrado. Esa disminución puede encontrarse cuando el dolor de la fosa ilíaca es muy grande, o al final del examen, cuando una palpación fuerte ha despertado dolor en la fosa ilíaca derecha. El dolor y la defensa natural del organismo explican esta disminución de la movilidad diafragmática.

AUMENTO DEL TAMAÑO Y DE LA DENSIDAD DEL HIGADO (Figura 11).

Clínicamente se sabe la estrecha relación que existe entre la apendicitis crónica y el funcionamiento del hígado. Un mal funcionamiento de este órgano, acompañado de un aumento no muy grande en el área de percusión se han señalado en la apendicitis. Los síntomas clínicos de pequeña insuficiencia hepática son los más frecuentes. En cambio, en los estudios radiológicos no he encontrado nada escrito al respecto entre los signos radiológicos de esta enfermedad. Hasta hace algunos años esto se explicaba fácilmente, porque en las radiografías solamente se

precisaba el límite superior de la sombra hepática, gracias al contraste de su sombra con la claridad pulmonar; su límite inferior no se apreciaba bien sino en los casos raros en que el colon dilatado por gases permitía obtener un contraste entre la sombra hepática y el resto de la cavidad abdominal. Hoy día, gracias a la visualización de la vesícula biliar con el tetra-yodo, es posible también limitar el borde inferior de la sombra hepática. Gracias a este procedimiento hemos observado que en casi to-

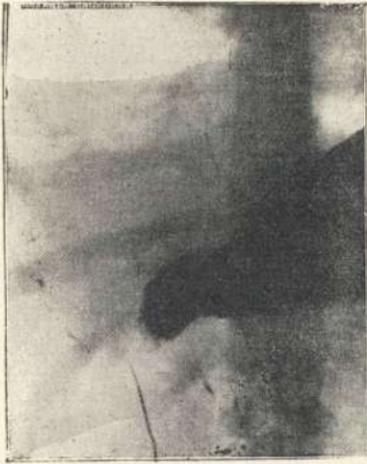


Figura 11.

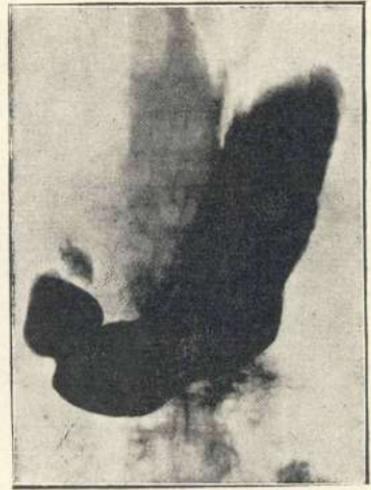


Figura 12.

dos los casos de apendicitis crónica la sombra del hígado se encuentra más grande que normalmente, y sobre todo que su densidad es mucho mayor. Así se confirma un funcionamiento hepático defectuoso y sirve por otra parte a que la limitación de su sombra sea más precisa que en los casos normales. Por lo tanto insisto en este signo radiológico de valor apreciable, de comprobación clínica, y que no he visto señalado por otros radiólogos. En muchos casos se observa además que el hígado ocasiona una compresión del duodeno y de la región pre-pilórica, con deflexión de éstos hacia la izquierda (Fig. 12).

RETENCION ILEAL

(Figura 13).

Hé aquí el signo radiológico, después del dolor, que más se ha señalado en la apendicitis crónica. Tanto se ha hablado de él que entre los últimos estudios en que se le cita, podemos mencionar los trabajos de Jacquet et Gally (25); Laroche, Guy, Brodin y Ronneaux (26); Colaneri (27); J. Garcin (28); Pl. Smyrnotis (29); Chizzola (22); Walton y Weinstein (8); Estor (24); Orliansky (21) y Piot Etienne y Piccarda (30).

Normalmente la evacuación gástrica debe ser completa al cabo de seis horas, y la ileal de las ocho a las diez horas aproximadamente. Así, pues, en un individuo normal encontraremos el estómago vacío a las seis horas; y en ese momento una buena parte del bario en el ciego y el colon ascendente; y el resto en

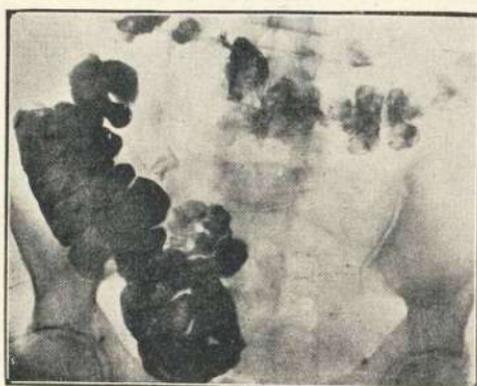


Figura 13.

las últimas asas del intestino delgado; pero dos o tres horas más tarde todo el bario debe encontrarse en el intestino grueso. La mayoría de los autores le dan importancia a la retención ileal sin hablar mayormente de la retención gástrica que puede existir por espasmo pilórico; yo en cambio les doy a éstos dos signos un valor igual en el diagnóstico, pero diferente en la interpretación de los exámenes de seis y ocho horas. Si al cabo de seis horas encontramos retención de una buena parte del bario en el fondo del estómago, sin que exista causa orgánica que lo determine, es natural que esa retención se deba a un espasmo pilórico, y es natural también que por el retardo que ha sufrido la sustancia opaca al salir del estómago, y aun cuando no haya retención ileal, el bario se encuentre detenido en las últimas asas del intestino delgado después de diez horas.

En cambio, si a las seis horas la evacuación gástrica es com-

pleta, y dos horas más tarde una gran parte del bario se halla en las últimas asas del delgado, la retención ileal no admite discusión. Tal retención no tiene causa orgánica que la produzca; se explica por atonía de las últimas asas delgadas o por espasmo de la válvula de Bauhin; pero se acepta más generalmente la primera hipótesis. Es una constipación del intestino delgado semejante a la constipación ceco-cólica que se observa también en las apendicitis. Y no parece que exista un espasmo de la válvula ileo-cecal porque ese estado espasmódico sería entonces intermitente como en el piloro, y justamente se pueden distinguir las dos retenciones al estudiar el colon y el ciego doce y más horas después de la ingestión: en el espasmo pilórico la repartición del bario en el intestino grueso no es uniforme, es decir, se encuentran zonas bien inyectadas, separadas de otras que casi no contienen bario, lo cual comprueba la intermitencia en la evacuación gástrica. En las retenciones ileales la repartición es uniforme: se ha retardado por igual toda la comida baritada.

Sea por la una o por la otra causa, es lo cierto que radiológicamente sería una excepción—que existe como en todo—encontrar en las apendicitis crónicas una evacuación ileo-gástrica normal. Casi siempre hay bario en las últimas asas del intestino delgado, cuando ya éstas debieran encontrarse vacías.

ESPASMOS ILEALES Y DILATACION DE LA ULTIMA ASA ILEAL

(Figura 14).

Los espasmos ileales, cuando existen, son de difícil apreciación, y por este motivo no me ha sido posible controlarlos en los casos de apendicitis. Por el contrario los espasmos cecales son más frecuentes y de más fácil comprobación. De los espasmos ileales hablan, al mismo tiempo que de los cecales, Piot Etienne y Piccarda (30) y Jacquet y Gally (31), y los mismos autores (32) y Guido Pescatori (33) traen como signo radiológico de la apendicitis la dilatación de la última asa ileal. Dicho signo no es frecuente, pero al encontrarse pudiera tener su explicación en una atonía ileal o en un espasmo de la válvula de Bauhin.

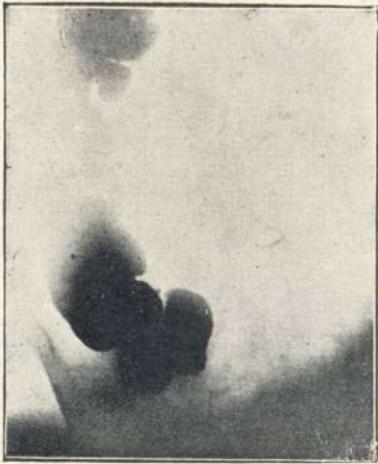


Figura 14.

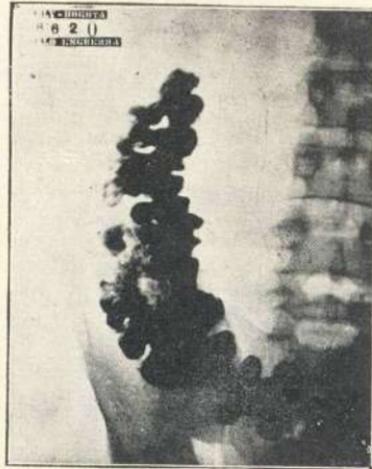


Figura 15.

DESAPARICION DEL ANGULO HEPATICO DEL COLON

Estos estados espasmódicos se revelan muchas veces por la superposición de la primera parte del colon transverso al colon ascendente, sin que existan adherencias entre estos dos órganos, y sin que se señale una ptosis del transverso, que como es natural, ocasiona la misma superposición (Fig. 15). Cuando no es producido por ptosis cólica, ese signo indica un estado reflejo de origen ceco-apendicular: y aun cuando no lo señalan frecuentemente los autores, por la confusión que puede ocasionar con la ptosis del transverso que son tan frecuentes, sí tiene algún valor en el diagnóstico radiológico.

ESPASMOS CECALES

Es natural que los estados espasmódicos que se desarrollan a todo lo largo del tubo digestivo como reflejos apendiculares, tengan una predominancia apreciable en la región cecal. En esta zona y en la píloro-duodenal, a donde llegan directamente los linfáticos apendiculares, son muy frecuentes, lo mismo que las lesiones inflamatorias peri-cecales y peri-duodenales. Peritiflitis y peri-duodenitis tienen muy frecuentemente un origen apendicular, y fácilmente se confunden con los estados espasmódicos que produce esta enfermedad. Sólo en los casos avanzados se

puede hacer el diagnóstico de adherencias o membranas, gracias a la invariabilidad de las imágenes radiológicas. Pero si en algunos casos existen y no se sospechan estas membranas, y en otros por los espasmos muy acentuados y poco variables sí se

sospechan sin que existan, en ambos se hace el diagnóstico radiológico de la enfermedad causal: la apendicitis.

Sea en una forma, sea en otra, lo cierto es que el ciego presenta variaciones apreciables en las apendicitis. Ya sea deformaciones por exceso en las contracciones cecales, ya sea deformaciones variables que en el primer momento simulan adherencias, ya sea en un estado de contracción espasmódica de la pared cecal externa con rigidez de la pared de inserción apendicular



Figura 16.

(Fig. 16) (síntoma descrito por Jacquet y Gally) (31), como semejante al que produce en el estómago la úlcera de la curvatura menor; ya sea un estado espasmódico del tercio inferior del ciego que le da un aspecto infundibular (Fig. 17), ya sea, en fin, un estado de atonía, señalado por Walton y Weinstein (8). Hay que tener en cuenta en estas interpretaciones, como lo dice Pescatori (33) que el aspecto del ciego es muy variable en los distintos

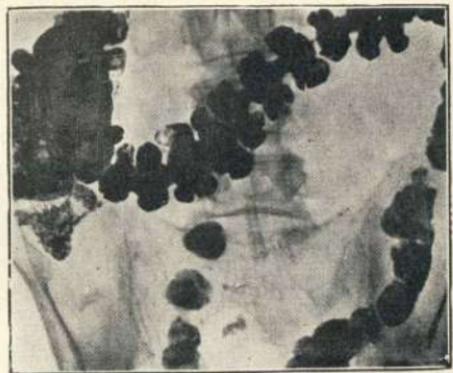


Figura 17.

exámenes y sobre todo en los diferentes individuos. Y también como lo dicen Jacquet y Gally y nosotros lo señalamos

en 1930, que en algunas ocasiones un espasmo apendicular semeja por su intensidad una lesión tuberculosa del ciego (Fig. 18). Estor (24) habla de los ciegos desalojados y fijos y sus modificaciones constantes de forma. También citan los espasmos cecales Oppenheimer (20), Estor (24), Oliansky (21), quien dice que hay espasmos cecales en las apendicitis agudas y no en las crónicas, Moore y Merrit (35) y Colaneri (27).



Figura 18.



Figura 19.

COLITIS SEGMENTARIA

Los estados espasmódicos cecales se extienden muy frecuentemente hasta el colon ascendente (Fig. 19) como lo señalan Jacquet y Gally, pero no se habla de ellos con más frecuencia porque es casi imposible saber dónde termina el ciego y en donde comienza el colon ascendente. Por este motivo las catalogan dentro de los espasmos cecales.

Pero hay enfermos atacados de apendicitis que muestran en las radiografías un aspecto irregular del colon en un segmento determinado y distante del ciego, el cual nos obliga a decir que existe también una colitis segmentaria (Fig. 20). En varias ocasiones hemos hecho este diagnóstico, que no se ha comprobado en la operación ni en los exámenes de laboratorio, y que ha desaparecido con la intervención quirúrgica. Como comprobación

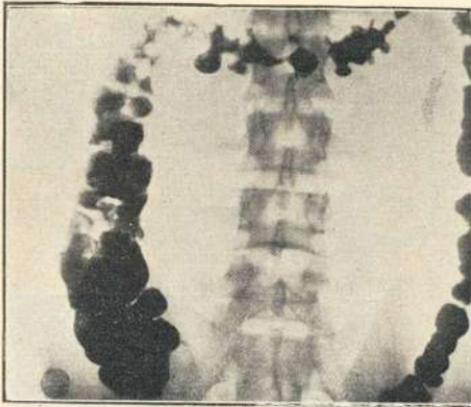


Figura 20.

parasitaria.

Entre estas últimas la que da signos radiográficos más precisos es la amibiana. Pero por lo general estas imágenes son de difícil interpretación en los casos crónicos de ulceraciones escasas y poco profundas (Fig. 21). La imagen que reproduzco en seguida (Fig. 22) tí-

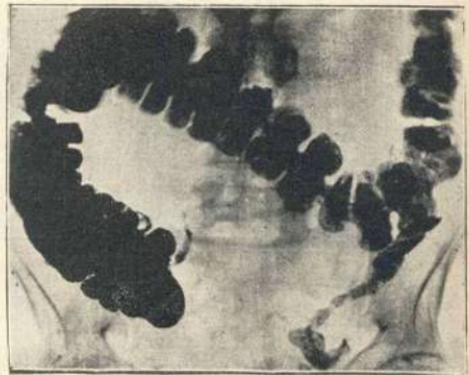


Figura 21.



Figura 22.

de este hallazgo nuestro hemos leído después los artículos de Huet (36), quien presenta doce casos de apendicitis comprobados quirúrgicamente y diagnosticados entre otros signos por la colitis segmentaria.

En Bogotá es muy difícil saber si esa colitis es de origen apendicular, o si es producida por una colitis pa-

pica de las ulceraciones ocasionadas por una colitis amibiana muy vieja, es una rareza en radiografía.

EL DOLOR

Hé aquí el punto de partida y la base de los estudios radiológicos de la apendicitis, ya que por medio de los rayos X, si

FIEBRES PALUDICAS

Tratamiento por el

DIEMÉNAL

Metales coloidales (Mn-Fe) en inyecciones hypodérmicas

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

Laboratorio del DIEMÉNAL, 27, rue du Parc, Fontenay-s-Bois, près PARIS

Textos y Muestras :

BOGOTA — Marzio CASTELLANI, Apartado 271

Agentes en Colombia : MEDELLIN - RESTREPO & PELAEZ } CARTAGENA - BUSTAMANTE H^{no}.
CALI - FARMACIA CENTRAL } MANIZALES - DROGUERIA ANDINA.

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 cardíacas 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

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
SPECIAL
Marques **POULENC Freres & USINES DU RHONE**
Apartado 53 - BOGOTA

podemos decir exactamente cuál es el sitio doloroso de la fosa ilíaca derecha. Clínicamente no es posible localizar con precisión el dolor sobre el apéndice, dada la variabilidad del sitio del ciego en los distintos individuos. El apéndice duele en el sitio en donde se encuentre, se encuentra siempre en posiciones diferentes, y los puntos apendiculares que se han señalado no tienen la precisión necesaria. El hecho de que podamos decir que duele el apéndice o el borde interno del ciego, tiene una importancia capital. Así no se confunde ese dolor con el de órganos vecinos ni con el resto del ciego o del colon ascendente. De acuerdo con distintos observadores el dolor se localiza siempre en las apendicitis sobre el apéndice y sobre el borde interno del ciego. Estor (24), Jacquet y Gally (32), Colaneri (21), Laroche, Guy Brodin y Ronneaux (26), sostienen que con el solo dolor se puede hacer el diagnóstico de apendicitis. Moore y Merrit (35) dicen que la palpación sobre el apéndice ocasiona rigidez muscular y sensibilidad. K. Routkéwitsch (37) indica un signo que se comprueba fácilmente y que tiene valor cuando la sensibilidad no es bien precisa. Haciendo aducción sobre la parte externa del ciego, se provoca inmediatamente dolor sobre el apéndice y nó en el sitio de la presión.

Ahora bien: si el dolor apendicular es el síntoma primordial y se encuentra en un 99 por 100 de los examinados, también es cierto que en muchos casos la mayor sensibilidad está en el cuadrante superior, y que son justamente los otros signos los que permiten que se haga el diagnóstico de apendicitis. En nuestra tesis de grado (5) citamos un caso en que no se encontraba dolor apendicular, y en el cual se hizo el diagnóstico de apendicitis, comprobado quirúrgicamente. En esa época hablamos de que prescindiendo del dolor, podíamos con la aerogastria, el espasmo pilórico doloroso y la visibilidad permanente de un apéndice que se llenaba mal, hacer ese diagnóstico. Intencionalmente quisimos prescindir del dolor y hacer recalcar esos signos de diagnóstico, que en su conjunto lo confirmaban.

VISIBILIDAD APENDICULAR

Como el apéndice puede o no visualizarse en los exámenes radiológicos, este signo sirvió hace algunos años para que al-

gunos, como Groedel (39), dijeran que los apéndices normales no se visualizaban, o todo lo contrario como lo escribió Grigorieff, es decir, que sólo se veían los normales. Estudios posteriores le quitaron el valor diagnóstico a esta visibilidad y así Rieder (40) relata varios casos de apéndice sanos, visibles y operados; Case (38) en 1914 y sobre 325 casos de apéndices visibles insiste en que cuando este órgano retiene el bario después de desocuparse el ciego es un apéndice sospechoso (Fig. 2); así lo sostiene

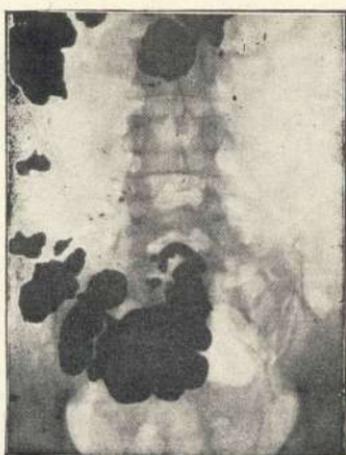


Figura 23.

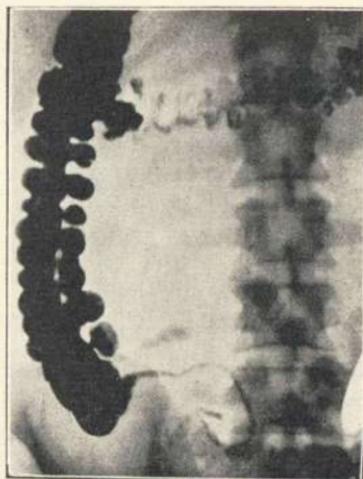


Figura 24.

también Alwens (41) en 1921, y hoy día está aceptado por casi todos los investigadores, Chizzola (22), Orliansky (21), Walton y Weinstein (8), Larimore (6). Sólo algunos como Oppenheimer (34) no le dan valor a este signo y dicen que se encuentra también en la constipación. Es lo cierto que unas veces se ven los apéndices y otras nó; el hecho de verlo nos permite apreciar multitud de detalles sobre su tamaño, forma, situación (Fig. 23). movilidad, dolor, manera de llenarse y de desocuparse etc., pero no indica en el estado actual de nuestros conocimientos que esté sano o enfermo: la ausencia de visibilidad no indica un estado patológico o de salud, y en ese caso el diagnóstico debe hacerse por los signos indirectos; pero cuando se han hecho exámenes repetidos y previa la ingestión de algún laxante, la

falta de visibilidad hace sospechar un estado patológico y la posibilidad de que existan adherencias ceco - apendiculares.

Cuando se visualizan, son sospechosos los apéndices excesivamente largos; (Fig. 24) los que presentan acodaduras constantes; los que tienen partes es-

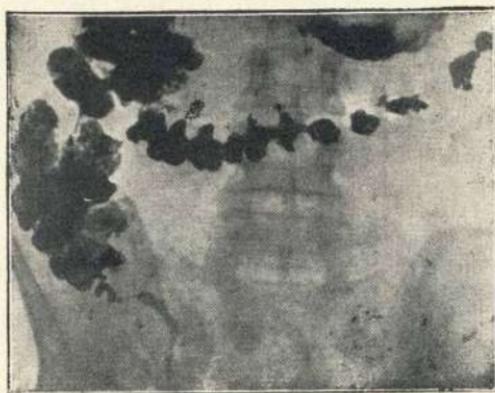


Figura 25.

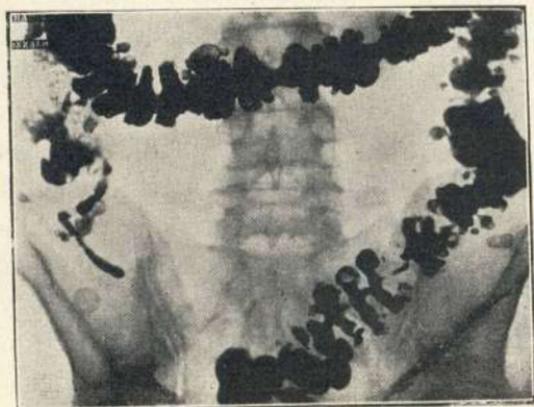


Figura 26.

trechas y partes ensanchadas (Fig. 25); los que siempre se llenan con irregularidad (Fig. 26); los que se demoran mucho tiempo en desocuparse; los que muestran su luz muy estrecha; o los que se ven aparentemente muy cortos por adherencias, acodaduras,

etc. Orliansky (21).

Fedder y Ludwig (34) resumen en siete puntos los datos que podemos obtener al visualizar el apéndice:

- a) Longitud.
- b) Forma.
- c) Posición.
- d) Adherencias (movilidad).
- e) Retardo en desocuparse.
- f) Segmentaciones.
- g) Sensibilidad.

POSICION DEL CIEGO

Es conveniente recordar también que la posición del ciego nos puede dar algunos datos para el diagnóstico. Un ciego situado muy alto y un conjunto muy corto de éste y del colon ascendente (Fig. 27) dan la sospecha de una apendicitis con adherencias;

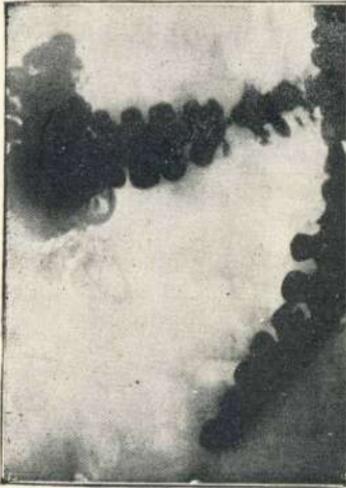


Figura 27.

y un ciego caído y que forma un conjunto muy largo con el ascendente, tiene importancia porque en la mayoría de las veces no se ve el apéndice por la misma ptosis, y porque su movilidad está disminuída sin que existan adherencias.

Los síntomas o signos radiológicos que he enumerado y que sirven para hacer el diagnóstico de apendicitis crónica, pudiéramos dividirlos en dos grandes grupos: de una parte, los signos directos, que serían la visibilidad apendicular con los detalles

obtenidos de élla; la localización dolorosa sobre este órgano y sobre el borde interno del ciego; y las deformaciones del ciego ocasionadas por adherencias ceco-apendiculares o peri-duodenales; y de otra parte, los signos reflejos, en su mayor parte espasmódicos que se presentan a distancia del apéndice, que interesan todo el tubo digestivo, que son más o menos inconstantes y que no se encuentran todos al mismo tiempo. Ellos dan lugar a deformaciones gastro-duodenales, ileales, cólicas o cecales; a retención gástrica o ileal; a espasmos pilóricos con aerogastria, o al aumento del tamaño o de la densidad de la sombra hepática.

REFERENCIAS

1. Datos suministrados por el doctor Jorge de Francisco, Jefe del servicio de estadística de los Hospitales de San Juan de Dios y de San José de esta ciudad; y por el señor don Hernán Gómez, Jefe de la estadística de la Clínica de Marly.

2. *Connel F. G.* Pseudo appendicitis, so-called. *J. Am. M. Ass.* 1916-67-335.

3. *Gibson C. L.* The results of operations for chronic appendicitis, a study of 555 cases. *Am. J. M. Sc.* 1929, 159, 654.

4. *Deaver J. B. and I. S. Ravdin.* End results of 500 cases of chronic appendicitis *Arch. of surg.* 1923-6.

5. *Gonzalo Esguerra Gómez.*—Estudio radiológico de la apendicitis crónica, 1927. Tesis de grado. Editorial de *Cromos.* Bogotá.

6. *Larimore Joseph,* *Surg. Gynec & Obst* 1930, Diciembre. "Roentgenology of the appendix".

7. *Paul Aimé.*—*Bull. off Soc. franc. d'elect. et de rad.* Noviembre 1932.

8. *Henri J. Walton y Samuel Weinstein A. J.* of *Roentg. and Rad.* Noviembre 1932-6 XXIV. "The roentgen diagnosis of chronic appendicitis.

9. Número correspondiente a la historia clínico-radiológica de los enfermos diagnosticados como apendicitis crónica en el Hospital de San Juan de Dios, durante el año 1928.

Números 4.687, 4.722, 4.738, 4.739, 4.859, 4.919, 4.938, 4.947, 5.017, 5.034, 5.037, 5.053, 5.075, 5.100, 5.102, 5.103, 5.115, 5.339, 5.340, 5.373, 5.374, 5.404, 5.414, 5.459, 5.516, 5.523, 5.548, 5.560, 5.576, 5.592, 5.597, 5.601, 5.631, 5.648, 5.651, 5.662, 5.663, 4.666, 5.672, 5.677, 5.682, 5.695, 5.719, 5.744, 5.747, 5.748, 5.764, 5.765, 5.779, 5.799, 5.827, 5.875, 5.913, 5.914, 5.975, 5.986, 5.994, 6.092.

Operados: Números 4.722, 4.738, 4.859, 4.919, 5.017, 5.034, 5.037, 5.053, 5.075, 5.103, 5.115, 5.339, 5.340, 5.373, 5.404, 5.414, 5.459, 5.516, 5.592, 5.701, 5.631, 5.651, 5.663, 5.666, 5.672, 5.677, 5.682, 5.695, 5.719, 5.744, 5.764, 5.765, 5.779, 5.827, 5.875, 5.913, 5.914, 6.092.

Confirmados: 4.722, 4.738, 4.859, 4.919, 5.017, 5.034, 5.053, 5.075, 5.103, 5.115, 5.339, 5.340, 5.373, 5.404, 5.414, 5.516, 5.592, 5.601, 5.631, 5.651, 5.663, 5.666, 5.672, 5.677, 5.682, 5.695, 5.719, 5.744, 5.764, 5.765, 5.827, 5.875, 5.913, 5.914, 6.092.

Diagnósticos errados números 5.037, 5.439, 5.779.

10. Número correspondiente a la historia clínico radiológica de los enfermos diagnosticados como apendicitis crónica en el

Laboratorio de Rayos X, de la Clínica de Marly, de agosto de 1932 a agosto de 1933.

Operados: números 6,203, 6.207, 6.212, 6.220, 6.226, 6.236, 6.275, 6.289, 6.295, 6.297, 6.319, 6.326, 6.344, 6.345, 6.360, 6.367, 6.377, 6.381, 6.379, 6.382, 6.394, 6.400, 6.401, 6.402, 6.415, 6.418, 6.428, 6.463, 6.470, 6.472, 6.481, 6.482, 6.488, 6.511, 6.513, 6.530, 6.540, 6.565, 6.571, 6.572, 6.573, 6.582, 6.590, 6.592, 6.598, 6.595, 6.605, 6.625, 6.631, 6.632, 6.636, 6.635, 6.641, 6.642, 6.646, 6.658, 6.667, 6.671, 6.686, 6.690.

Operados y confirmados: números 6.203, 6.236, 6.295, 6.326, 6.377, 6.379, 6.418, 6.481, 6.565, 6.592, 6.598, 6.595, 6.605, 6.631, 6.658, 6.686, 6.690, 6.671.

11. *Béclere Antoine*.—La radioscopie et la radiographie des organes splanchniques. Arch d'elec méd. 1902 número 10.

12. *Béclere Antoine*.—Presentation d'un radiogramme montrant sur le vivant l'image de l'appendice ileo-caecal. Bull et Mém. Soc. de Rad. Med. de Paris 1909, número 1.

13. *Desternes*.—Radiographie de l'appendice ileo-caecal; observation nouvelle controlée par l'intervention chirurgicale. Bull. et Mém. Soc. de Rad. Méd. de Paris, 1911, número 3.

14. *Cohn M. Der Wurmfortsatz im Rontgenbilde*.—"Deutsche med. Wchnschr 1913, 39, 606 A. J. of R. febrero de 1932.

15. *Con M. Zur Frage der Beweglichkeit und Bewegung des Wurmfortsatzes*.—"Forts. A. D. Geb. d. Rontgenstrahlen, 1928, 38, 26. A. J. of R. Febrero 1932.

16. *Withe F. W.*—The Clinical importance of chronic changes in the appendix Am. J. of Roent and Rad. Ther 1925, XIII. 12-21.

17. *Cambies*.—Bull. Soc. de Med. de Paris. Abril 1926.

18. *Cambies*.—La Med. Intern. Illustrée, 1933. "Radiodiagnostique de l'appendicite chronique a l'aide des solutions Chlorurées magnésiennes".

19. *Czepa Alois*.—Weitere Beitrage zur Rontgendiagnostik der Appendix.—"Fortsch a. d. Geb. d. Rontgenstrahlen". Agosto 1929, A. J. of R. enero 1930.

20. *Oppenheimer Albert*.—Die Rotgenzichn d er sogenannten chronischen Appendizitis. "Fortschr. a. d. Geb. d. Rontgens-

trahlen". Noviembre 1931. J. de R. Octubre 1932.

21. *A. Orliansky*.—Brit. Med. J. Febrero 1930. "The roentgen diagnosis of chronic appendicitis".

22. *Giuliano Chizzola*.—The roentgen study of the cecal appendix-Radiol, med. enero 1929.

23. *Gonzalo Esguerra Gómez*.—"Algo más sobre la radiología de la vesícula biliar". Rev. Médica de Colombia. 1931.

24. *Estor (de Montpellier)*.—Notes prat d'actual. med. Septiembre 1929. "Appendicite et les rayons X" J. de R. Mayo 1930.

25. *Jaquet, Paul et Gally*.—"Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique". Bull et mem. Soc. Med. des Hop. de Paris. Febrero 1931.

26. *Laroche, Guy, Brodin et Ronneux* "a propos du diagnostic radiologique de appendicite chronique". Bull. et mem. Soc. Med. des Hop. de Paris. Febrero 1931.

27. *Colanéri*.—"Spasmes caecaux, retard ileal et appendicite chronique". Bull. de la Soc. de Rad. Med. de France. Mayo 1931.

28. *J. Garcin*.—"Les aspects radiologiques dans l'appendicite chronique". Bull. de Rad. Med. de France. Julio 1932.

29. *Pl. Smyrniotis*.—"Le radiodiagnostic dans l'appendicite chronique" O. Yatros t. 4. Septiembre 1931. J. de R. Julio 1932.

30. *Piot*.—Etienne et Piccarda. Presse Med. Noviembre 1931.

31. *Jaquet et Gally-Arch*.—Electr. Med. et fisiol. du cancer. Diciembre 1930.

32. *Jaquet et Gally*.—"Le diagnostic rad. de l'appendicite chronique". Presse Med. Marzo 14 de 1931.

33. *Guido Pescatori*.—"Cecal sings of chronic appendicitis". Rad. Med. Julio 1929.

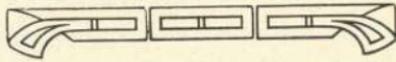
34. *Fedder Ludwig*.—"The roentgen diagnosis of chronic appendicitis". Beitr z. Klin Chir 1928. A. J. of Rad. Julio 1929.

35. *A. B. Moore and E. A. Merrit*—"The J. of A. M. A". Noviembre 1931.

36. *J. A. Huet*.—"La colite segmentaire, signe indirect d'appendicite chronique". Bull. et me. Soc. Rad. Med. de France. Marzo 1930.

37. *K. Routkewitsch*.—Arch. app. digest. Enero 1928.

38. *Case James T.*—"Roentgen examination of the appendix".
N. York M. J. 1914. 100.
39. *Groedel F. M.*—Munchen. Med. Wchnschr. 1914. 60 A. J.
Rad. 1932. 11.
40. *Rieder H.*—Munchen. Med. Wchnschr. 1913. 61 A. J.
Rad. 1932. 11.
41. *Alwnens.*—Fortschr a. d. Geb. d. Rontgenstralehn. 1921-
1922. 28 A. J. R. 1932. 11.



NEUTRALON

Silicato de aluminio hidratado

Para el tratamiento racional de la hipersecreción, hiperacidez y las úlceras del estómago y duodeno. Completamente libre de todo efecto secundario.

La descomposición del Neutralon en el estómago es muy lenta, por lo que neutraliza poco a poco el exceso de ácido clorhídrico, dejando la cantidad necesaria para la digestión normal y para la asepsia de las primeras porciones del intestino. No da lugar a una hiperacidez reaccional, ni ejerce efectos irritantes. El Neutralon se deposita en el fondo de las úlceras y las protege contra las irritaciones mecánicas y químicas. No produce diarreas ni estreñimiento.

Con frecuencia es de acción más rápida el

NEUTRALON CON BELLADONA



QUIMICA SCHERING COLOMBIANA, S. A.
Carrera 5a., Número 16-72 — Apartado 147

PROGYNON

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

durante
los
ataques de

el

Gripa

JARABE FAMEL

preserva contra las
**COMPLICACIONES
PULMONARES**

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

Muestra y literatura gratis y franco :

PAULY y Cia - Apartado 649 - BOGOTA

SANTAL MONAL

CON AZUL DE METILENO

á un mismo tiempo, **ANTISÉPTICO, ANALGÉSICO y DIURÉTICO**
es la **MEJOR**, la **MÁS ACTIVA**, la **MEJOR TOLERADA** de todas
las preparaciones preconizadas para el tratamiento de las

AFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

Blenorragias, Uretritis, Cistitis, Catarros vesicales, Prostatitis, Hematuria,
Nefritis supurada, y todas enfermedades de la Vejiga y de los Riñones.

ACCIÓN RÁPIDA Adoptado por los más renombrados médicos especialistas.

Dosis : 6 á 10 cápsulas cada día.

LABORATORIOS MONAL, 8, Rue Bridaine, PARIS.

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 á 4 cucharaditas
por 24 horas

PÍDANSE MUESTRAS

LAS APENDICITIS AGUDAS NO OPERADAS A TIEMPO

Por el doctor

L. M. VELA BRICEÑO

Señores:

Con no poca emoción me presento ante la honorable Academia de Medicina a llamar su atención sobre este tema que creo no está perfectamente bien dilucidado en el mundo científico, animado por la importancia capital que tiene, debida al gran número de víctimas de la apendicitis no operada a tiempo, y porque estoy seguro del generoso interés de los señores profesores y médicos en favor de toda investigación.

En la sesión anterior el profesor Salgar bondadosamente leyó este trabajo, de manera que solamente debo hacer un resumen de los puntos fundamentales de que trata para no alargarme demasiado.

Creo que la Cirugía moderna tiene que dedicarse a disminuir el tanto por ciento de la mortalidad y de las complicaciones postoperatorias, y que sin disminuir en un ápice los grandes progresos de todo orden en esta rama de la ciencia, el criterio quirúrgico debe estudiar las causas de los desastres de las intervenciones, apoyado en una lógica inflexible.

Con anunciar no más el tema de meditación y estudio que presento al honorable cuerpo médico, ya se puede colegir que se trata de un punto muy digno de vuestras mentes investigadoras.

He principiado por la apendicitis.

No se puede negar que a los Estados Unidos corresponde el honor de ser los primeros en el estudio de la apendicitis y los primeros que propusieron la Cirugía como tratamiento desde 1886.

Es evidente que el profesor alemán, Alberts de Bonn, desde 1838, describió la inflamación limitada al ciego con el nombre de *typhlitis*, pero fueron los cirujanos americanos los que demos-

traron que cuando se intervenía para síntomas atribuidos a una tiflitis, era siempre el apéndice el que se encontraba primitivamente lesionado.

Estoy de acuerdo con la mayoría de los cirujanos de que la apendicitis operada a tiempo no debe dar mortalidad, de manera que me refiero en este trabajo a los casos de apendicitis gravísimos que pueden dar una mortalidad del 50 por 100 y mucho más por cualquier causa.

Teniendo presente que la teoría de la *cavidad cerrada* del profesor Dieulafoy sufrió fracasos decisivos con la existencia de apendicitis con canal abierto, unas veces y cavidades cerradas sin infección (frecuente en los ancianos), en otros, y que en muchas ocasiones la cavidad cerrada puede ser producida por la inflamación y que el profesor Reclus aportó su importantísima teoría del estancamiento intra-apendicular, verdadero tubo de cultivo a 37°, que sería el mejor medio para la multiplicación de los microorganismos y aumento de sus toxinas cuando causas locales o generales la favorecen, sostengo o intento demostrar que las causas patológicas a que se refiere el profesor Reclus no se localizan únicamente en el apéndice sino que se propagan a las porciones intestinales vecinas, así como la infección puede ser primitiva en los intestinos vecinos y bajar, por propagación al apéndice, como en la tifoidea, enterocolitis, tuberculosis etc., y que la cirugía, con mucha inconsecuencia, ha seguido operando toda clase de apendicitis como si la enfermedad se localizara únicamente en el apéndice o como si la teoría de la cavidad cerrada fuera la única verdadera.

Fuera de que se admite hoy que el modo más frecuente de infección en las crisis agudas apendiculares es la infección por vía sanguínea, cuando el profesor Dieulafoy admite que puede haber apendicitis sin cavidad cerrada, pero que aquella fue el *primun movens* de la enfermedad, la cual sigue evolucionando fatalmente, suministra a la tesis que sostengo un argumento poderoso, porque si la apendicitis evoluciona con canal abierto, no hay ninguna razón anatómica fisiológica o patológica para que la infección no se propague también fatalmente a las primeras porciones intestinales vecinas.

Al contrario, tratándose de estas toxi-infecciones, puedo considerar al ciego, al apéndice y a la porción terminal del ileon como a verdaderos *vasos comunicantes*, en física.

En efecto, las válvulas de Gerlach y de Bahuin no tienen allí ninguna misión que desempeñar de aislamiento, y las glándulas de Lieberkuhn, dedicadas a la absorción, son muy numerosas en esa región, terminal del ileon, y los folículos cerrados, origen de los linfáticos, se multiplican profusamente en ese lugar hasta formar las placas de Peyer de 10 a 12 centímetros, y el mismo apéndice parece un órgano linfoide de la misma naturaleza, de manera que la histología y la fisiología ya están en favor de mi tesis. Los ganglios del ciego rodean la porción terminal del ileon, 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 más frecuentes y primitivos de la apendicitis.

Ahora, los vasos linfáticos del ciego, apéndice y porción terminal del ileon, anastomosados, van al origen del mesenterio a una pléyade ganglionar de 130 a 150 ganglios, según Theile. Y es tan importante este sistema linfático que su inflamación prematura, frecuente en las apendicitis graves, puede producir las *parapendicitis de Quenu*, y se sabe que por esta vía linfática sigue frecuentemente su camino la infección apendicular que va a causar la peritonitis sin perforación, los abscesos lumbares, las zoitias, las pleuresías etc.

Y las venas del ciego y del apéndice unidas irían a la gran vena mezaraica, unas y esta particularidad explica los abscesos aereolares del hígado; y las otras irían del ciego a anastomosarse con las venas de la fosa ilíaca derecha por intermedio del sistema venoso de Retzius, anastomosis que explican el origen de algunos abscesos retrocecales!

Queda, pues, demostrado que anatómica, fisiológica e histológicamente, el ciego, el apéndice y la porción terminal del ileon no se pueden disociar en la toxi-infección que estudiamos. Y fuera de estas nociones anatómicas, los he comparado a vasos comunicantes fundado en casos curiosos de patología: v. gr., ciegos largos, en ptosis, pueden presentar fenómenos semejantes a la apendicitis crónica, según Glenard, y la inflamación de los divertículos intestinales de la S ilíaca puede dar origen a la sigmoiditis o perisigmoiditis descrita por Mayo, semejantes a la apendicitis! Concadenamiento de síntomas y características anatómicas que demuestran, hasta la saciedad, que la infección del apéndice, en los casos graves, debe propagarse a las porciones in-

testinales vecinas, y que la operación ordinaria de extirpar el apéndice no ataca esta causa de mortalidad!

Pero si hasta la misma antigua equivocación de atribuir a la tiflitis las lesiones apendiculares demuestra que la infección se propaga al ciego! Eleckin explica las peritonitis producidas por la ligadura de una asa intestinal sin perforación por la alteración de la pared intestinal y por los cambios biológicos que han exaltado la virulencia de la flora microbiana; pues precisamente esto hace la apendicitis: altera la pared intestinal con la cual no tiene solución de continuidad, y como uno de los síntomas más permanentes que se observan en las apendicitis graves, son los de oclusión intestinal: estancamiento de materias fecales y gases, vómitos etc., resulta que el experimento de Eleckin que sirvió al profesor Dieulafoy para su teoría de la cavidad cerrada, refuerza poderosamente mi tesis porque se debe tener presente que en la oclusión intestinal puede haber peritonitis con las paredes intestinales intactas.

Sin enumerar las muchísimas complicaciones de la apendicitis debo hacer hincapié en que la apendicitis grave tiene marcada predilección por producir procesos patológicos del lado del intestino, tales como perforaciones, gangrenas, ulcus simple duodenal u estomacal, lesiones que no se explicarían con la lesión aislada del apéndice, principalmente cuando ésta evoluciona con canal abierto, y mucho menos cuando la complicación tiene lugar después de nuestra operación ordinaria de extirpar el apéndice, como el absceso retrocecal, las tiflitis y peritiflitis, los focos peritoneales secundarios, seis, quince, veinte días después de la intervención usual, y *la perforación secundaria del intestino*, complicaciones tardías observadas por los grandes cirujanos que representan el cuerpo del delito—pudiera decirse como los criminalistas—porque son la demostración palpable de que en la intervención tardía, en las apendicitis graves, dejamos un enemigo invencible en el ciego y en el intestino delgado, biológicamente alterados, llenos de flora microbiana con toxinas de terrible virulencia, y de donde lógicamente se deduce que con extirpar el apéndice no se ataca ese enemigo poderoso que seguirá batallando tenazmente y que es la causa eficientísima del tanto por ciento de la mortalidad! En estos casos ya nada sacamos con extirpar el apéndice, cuando es posible, lo que hacemos es destruir las adherencias, verdaderas fortalezas de defensa, trau-

matizamos los intestinos, ayudamos a la absorción de toxinas, ayudamos a arruinar al enfermo con el chock y le dejamos un foco de toxinas mortales y en peores condiciones de virulencia!

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

Todos los profesores y colegas habrán visto casos operados por muy buenos cirujanos que con toda la mejor técnica y los cuidados necesarios, han sucumbido varios días después de la intervención. Cuántos hombres notables, entre nosotros, han caído víctimas de estos fracasos? Rodolfo Valentino, el popular actor de cine, en Nueva York, el general Manguin, en París, murieron después de operaciones perfectas, practicadas por grandes cirujanos.

El doctor Martín Méndez S., en el número 11 de la *Revista de la Facultad de Medicina*, publica casos de éstos demasiado ilustrativos que debo reproducir aquí porque presentan enseñanzas muy elocuentes:

“El 24 de marzo de 1928 fui llamado a examinar un niño de doce años, que dos días antes había sido atacado súbitamente de un cólico intestinal y se le había dado como primera medicina, un purgante aceitoso; examinándolo, lo encuentro fatigado, adolorido, vomitando frecuentemente, con pulso regular y con una gran defensa muscular en la fosa derecha. Pienso en la apendicitis y aconsejo la intervención; el niño es trasladado a la Clínica de Peña y operado al día siguiente a las nueve de la noche. Apéndice perforado y gangrenado, ligera mejoría pero los fenómenos tóxicos se acentúan, el meteorismo aumenta, el pulso se hace frecuentísimo, la parálisis intestinal es sumamente marcada; resolvemos, en compañía de un colega, hacer una fístula en el intestino, mas todo inútil, el enfermito muere en las primeras horas del día siguiente”.

Sigue el doctor Méndez: “. . . Yo vi un enfermo, joven de 24 años, estudiadiante, en quien se había diferido la operación. Lo vi, lo operé urgentemente en asocio de mis colegas, los doctores Cruz, Trujillo Gutiérrez y Ospina R., encontrando un apéndice perforado y gangrenado, rodeado de falsas membranas y ahogado en un lago de pus; mas fue tarde. La intoxicación había avanzado demasiado y el enfermo murió en plena septicemia peritoneal”.

“También recuerdo el caso de un señor Martínez, operado

urgentemente en la Casa de Salud de Peña, cuyos primeros síntomas parecían nada graves; mas la evolución se fue acentuando más y más violenta y al hacer la laparotomía se halló un apéndice gangrenado y el peritoneo invadido por un líquido negruzco y fétido; naturalmente el desenlace no se hizo aguardar”.

“Y qué pensar de esas formas de apendicitis superagudas, tóxicas, violentas, con síntomas larvados, incipientes y engañosos, y que sin embargo matan sin la intervención precoz? Fresca aún tengo la observación de Máximo E., hombre obeso, gigantón, de constitución plétórica, gran comelón y bebedor de chicha, marranero de profesión, que dos días después de su matrimonio tiene un cólico a media noche, que calma la dulce compañera con cariños y aguas caseras, fomentos y lavados, y luégo fue visto por dos eminentes cirujanos, quienes aconsejaron la operación temporizada por los allegados y parientes. Lo veo por la noche, llamado de urgencia; lo hago transportar a la Clínica de Peña y hallo un apéndice perforado gangrenado, nadando en un lago de pus horriblemente fétido. Dos horas después el enfermo moría en plena intoxicación”.

Como estos casos del doctor Méndez podría traerles miles.

En la toxemia apendicular es muy amarga la experiencia de nuestros cirujanos! Quién no ha visto los cientos de enfermos que perecen con síntomas de intoxicación renal, cerebral, hepática, y siempre repetimos la misma sentencia: *La muerte sobrevino porque la operación fue tarde*; yo tengo el valor o pretensión—puede que esté equivocado—de corregir: la muerte sobrevino porque el proceso patológico mortal ya no estaba únicamente en el apéndice, estaba en los intestinos, estaba en el ciego y en la porción terminal del ileon, convertidos por la toxi-infección en *vasos comunicantes*, de tal manera que el mismo índice de gravedad apendicular estaba ya marcado en las porciones intestinales vecinas, hasta por la misma ley del nivel de los líquidos. Podría llamar esta teoría la de la *toxi-infección en vasos comunicantes* (o tubos de cultivo), en las apendicitis graves no operadas a tiempo.

Y una digresión, con perdón de los señores profesores: siempre he creído que en nuestro país nos falta un estímulo para trabajar y que no podemos concebir nada bueno entre nosotros, porque estamos acostumbrados a esperar todo del extranjero. Y estoy convencido que tenemos cerebros capaces para

proseguir experimentos y tener escuelas científicas propias. Si miro alrededor, veo en cada uno de los honorables profesores que me escuchan, talentos capaces de sustentar con ventaja cualquier tema científico nacional. Me daría por satisfecho con que estas clases de trabajos, acogidos con benevolencia por la Academia, representaran un estímulo para el trabajo. Por mi parte, solo o con el apoyo de mis honorables colegas, seguiré publicando anotaciones únicamente hijas del sentido común, de la observación, del raciocinio obediente a la pura lógica. Y espero confiado la crítica científica.

Me parece que puedo sentar como tesis indiscutible que la apendicitis tiene la propiedad de exaltar la virulencia de los microbios contenidos en el ciego y en el intestino, es decir, que la infección no se localiza en el apéndice en las apendicitis graves no operadas a tiempo.

Es inútil recordar el cuadro de la apendicitis, pero sí debo hablar de la inyección para calmar el dolor, que con justicia anatematiza el honorable colega doctor Méndez. En nuestro medio social, lo primero que se le pide al médico es que alivie al enfermo, y si no aplica la inyección malhadada, la familia llama a otro, porque dice que no fue capaz de calmar el sufrimiento por el afán de proponer la intervención a la cual es adversa por el predominio del *método de espera*.

Se debería aprobar esta tesis definitiva: la apendicitis se debe operar lo más pronto posible y para esto es urgentísimo confirmar el diagnóstico desde las primeras horas. Y si operado así el enfermo se agrava, y no reacciona como en las operaciones apendiculares ordinarias, se debe aplicar inmediatamente la técnica que propongo, y con mayor razón cuando el cirujano ha sido llamado tarde!

De manera que en estos casos ya no podemos decir a la familia:

—Resignación: el caso es fatal porque han llamado tarde!

Ya no podemos asistir como simples espectadores a la escena que nos describe con mano maestra el doctor Méndez en el artículo citado:

“Operar y operar pronto, ojalá dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, no temer ningún accidente, ya lo han dicho los que tienen en estos asuntos una gran experiencia”; por mi parte, al escribir estas líneas, me adhiero a sus sabios consejos

(es opinión valiosa del doctor Méndez).

“He visto también tantos desastres, escuchado también de otros labios tantas lamentaciones, he conocido decepciones tardías y pésames amargos; pero jamás he visto retractarse a ningún cirujano de premura o precipitación. He asistido con emoción al final supremamente doloroso de muchos enfermos abandonados a los solos recursos de una pobre terapéutica médica; recordad el cuadro: inmóviles, angustiados, ansiosos, los ojos inmensamente abiertos y con la mirada vagando en el vacío, los pómulos salientes, sudorosos, fríos, vomitando de cuando en cuando un líquido negruzco, indiferentes, no experimentan ya ningún dolor físico, sólo débiles quejidos lanzan, como pidiendo un alivio que la ciencia impotente ya no puede dar, se van calmando poco a poco y dulce, tranquila, suavemente se van desencajando, se mueren sin saberlo ellos mismos, ante la suprema desilusión del médico de cabecera, que no tuvo el valor de afrontar con serenidad la tentativa de una intervención seguramente salvadora, y ante las lágrimas o congojas de los amigos y parientes, que también ayudaron a desencadenar ese su premo instante”.

Si esto sucede en las grandes ciudades y centros importantes, ¿qué sucederá en las poblaciones y campos?

Señores, en esos lugares se necesita más valor y poder para luchar contra el *tegua* que contra la enfermedad!

Cuando el cirujano llega ya ha pasado por allí el bendito *tegua* que con el título de *licenciado para ejercer la medicina*, título inventado por algún Sancho-emperador, que con una plumada intenta anular la Facultad de Medicina. Porque para qué sirve una Facultad si autoridades ignorantes pueden dar estos títulos fatídicos que representan una burla para los estudios médicos y son una irrisión para los pobres estudiantes que gastan la vida sobre los libros, en los hospitales, anfiteatros, laboratorios?

Qué profesional tendrá la abnegación suficiente para dedicarse al estudio continuo para que el *tegua* insolente le suplante o vaya a ocupar la misma categoría en el ejercicio de la profesión?

Y cuando llega el cirujano ya el doctor Licenciado ha ordenado los grandes lavados intestinales y los purgantes necesarios que, con los nombres de muchos específicos, consideran indis-

ESTAFILASA del D^r 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^r 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*

Venosina

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

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: **PRINCIPALES FARMACIAS.**

SOLUCALCINE

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

RÉCALCIFICANTE - HEMOSTÁTICO

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRURGICAS
Y OBSTÉTRICAS

OPOTERAPIA

por los

FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajeas à base de todos los organos)

LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE

PARIS - 5, Boulevard du Montparnasse, 5 - PARIS

CHLORO-CALCION

SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO

1/2 cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de Ca Cl^2

DIRECTAMENTE ASIMILABLE

Recalcificante

Hemostático

Desclorurante



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS - 9, Rue Castex - PARIS (17^e)

Muestras: Señores PANNIER y PREVOSTEAU, Apartado 1063.
BOGOTA (Colombia).

pensables para curar el cólico intestinal que han diagnosticado, fuera de las inyecciones de morfina a alta dosis!... Y esta visita tiene lugar, cuatro, seis, ocho días después de iniciada la apendicitis! Y el abdomen está a punto de estallar, y si intenta una operación clásica el enfermo se muere hasta en la mesa de operaciones, y el tegua es el primero que propala que el cirujano lo mató.

Aquí es donde provoca volver la espalda y repetir la fórmula acostubrada: *el enfermo está perdido porque nos han llamado tarde!*

Pero esta conducta ya no es posible: ¡la considero criminal! Es preciso salvarse de una terrible responsabilidad y luchar contra el medio hostil y en favor de estos moribundos a costa de grandes sacrificios!

Es preciso practicar el *ano ilíaco* a nivel del apéndice; puedo llamar la operación: *ano ilíaco apendicular*.

Con la técnica descrita en el trabajo practicamos esta sencilla intervención buscando como puntos de reparo la terminación del ileo y las franjas longitudinales, procurando, en cuanto sea posible, llegar a la base del apéndice. Se prolonga o inclina un poco la incisión de la pared del ciego hacia la válvula de Bauhin. Si el apéndice está en su posición normal, la extremidad inferior de la incisión busca la base del mismo, y si es retrocecal, se busca el orificio en la cavidad del ciego para colocar el dren correspondiente.

Respecto de la técnica, podría concluir que intento combinar el ano cecal de *Pillore* con la enterostomía de *Nelaton*, y lo hago, repito, fundado en la noción anatómico-histológica de que allí están la mayor cantidad de folículos cerrados origen de los linfáticos y muchas glándulas de *Lieberkuhn* y que por lo mismo allí está el mayor peligro de absorción y el más eminente peligro de perforación... y quizá, esta particularidad anatómica imponga también esta intervención en las tifoideas muy graves con tendencia a la perforación, aun cuando no haya apendicitis, desde luego que la localización de las infecciones *Eberthianas* tiene lugar en los folículos cerrados de las placas de *Peyer*, y desde luego que el apéndice tiene una constitución anatómica semejante y la infección apendicular principia en el mismo punto, es decir, por una foliculitis. Y la prueba es que allí es más

frecuente la perforación en la fiebre tifoidea y el cirujano debe buscarla allí, en primer lugar.

Por esta razón, la operación racional en las apendicitis de la fiebre tifoidea sería el ano ilíaco a nivel del apéndice, en lugar de trasplantación del mismo, propuesta por varios cirujanos.

Con respecto al avenamiento soy ecléctico: entre los extremos representados por los partidarios de los tubos de caucho, únicamente, como Pierre Duval, y los que prefieren el Mikuliez, como Jean Luis Faure. Cuando el ano ilíaco se puede hacer fijando la pared intestinal a la piel, prefiero únicamente los drenes. Sigo a Duval: cuando el ano ilíaco queda profundo donde ya están las adherencias que se deben respetar, usa los drenes de caucho separándolos con otros de gasa, que tienen la ventaja de que cuando se retiran las gasas dejan los cauchos con avenamiento por su cara externa: sigo, en parte, el procedimiento de Faure.

Cuando propongo el drenaje intracecal del apéndice, parto de la opinión muy autorizada, de grandes anatómicos como Testut y Jacob, quienes demuestran que la válvula de Gerlach no tiene una constitución anatómica que permita el estrangulamiento apendicular, de manera que cuando se presenta—como en la gangrena—, debe haber allí bridas u otro proceso patológico que se debe drenar. Puede ser que para los ilustres profesores parezca muy atrevida la tesis que sostengo: *Si en la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras treinta y seis horas la intervención 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*—con raras excepciones.

Lo sostengo porque he visto verdaderas resurrecciones; la reacción de estos enfermos condenados a una muerte segura, cuando se practica esta sencilla intervención es portentosa; no he tenido un solo caso fatal...

“La ptomaína 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”, dice el profesor Murphy. Y si esto ha experimentado el eminente cirujano de Norte América con la *protoclisis*, lo mismo puedo decir del

ano ilíaco apendicular—y si allí se aplica la protoclisis, que sería lo racional—los resultados serán sorprendentes.

Algunos colegas me han indicado que debo enumerar con claridad las indicaciones del ano ilíaco porque fuera de los casos que a la simple vista se consideran mortales por el tiempo de la intervención demasiado tarde o por la gravedad extraordinaria de los síntomas, cuando se operan apendicitis insidiosas, por el procedimiento actual, el cirujano necesitaría reglas para orientarse y no practicar una operación inútil por lo menos, o dejar de hacerla cuando evitaría un resultado fatal.

Pues bien: el examen cuidadoso del enfermo suministra estos datos, "*el grito de alarma del peritoneo*" del Profesor Jacob proporciona un índice muy seguro y, al tiempo de la operación, el examen de la serosa visceral y de las paredes del intestino da los otros datos, fuera de los enumerados en el trabajo a que me refiero. Peritoneo visceral que se deja desgarrar y que no permite las suturas, indica la necesidad del ano ilíaco porque el proceso patológico ya ha pasado a los intestinos. Lo mismo indican el color anormal de las paredes intestinales, puntos o placas negruzcas con una dilatación inflamatoria de los vasos mesentéricos.

Y cuando haya mucha duda, se podría dejar un punto de fijeza de la pared correspondiente del ciego a la pared abdominal, en previsión de un ano ilíaco de urgencia en caso de reacción adversa del operado con la apendicectomía acostumbrada.

Creo que el ciego tiene cierto grado de fijeza por los ligamentos superior e inferior de Tuffier, por la continuación con el colon ascendente y que no hay ninguna contraindicación para agregar otra adherencia limitada a su pared anterior; al contrario: creo demostrar en mi trabajo que esta técnica evita las hernias postoperatorias, tan comunes en las supuraciones prolongadas (de tres y medio a veinte por ciento).

Sostengo en mi trabajo que el quinteto apendicular de Murphy, debidamente analizado puede dar también las indicaciones del ano ilíaco, y debo ampliar que el síntoma *dolor*, estudiado a la luz de los datos anatómicos es sumamente importante.

Por ejemplo: dolor fuerte en la región hepática, subfrémica o en el hombro derecho debe indicar que la toxi-infección puede seguir la vía venosa, por la gran vena mezaraica, y con los otros síntomas de gravedad, el cirujano ya sabe que si pierde tiempo

y no impone el avenamiento correspondiente se le presentará la *toxemia apendicular*; el dolor fuerte hacia la región lumbar, por las mismas anastomosis venosas que recordamos, indicará el peligro del absceso retrocecal etc. Y esto mismo nos explica por qué las múltiples teorías para explicar el dolor tienen su fondo de verdad, v. gr. La teoría de Lennander que atribuye el dolor a linfangitis que irradian de la región apendicular puede ser evidente cuando la infección sigue a la pléyade ganglionar del origen del mesenterio, como en la para-apendicitis de Quenu; cuando hay dilatación enorme de los intestinos, como cuando sobreviene el ataque apendicular después de una comida copiosa, puede ser producido el dolor por el aumento de tensión de los gases intestinales, como lo indica Rovsing, y aquí el peligro de peritonitis por perforaciones es mayor, por la misma razón; cuando se unen al dolor marcadas contracciones intestinales, puede tener razón Moullen cuando cree el síntoma es debido al peristaltismo intestinal, y el cirujano tiene en cuenta los peligros concomitantes de la oclusión intestinal.

Creo también, que en las apendicitis operadas tardíamente se debe sentar como regla de conducta la que da el profesor Murphy para los casos de apendicitis durante el embarazo: *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.*

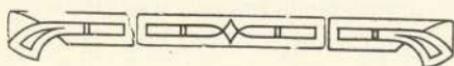
Sostengo también que no se encontrará una sola objeción valiosa contra esta técnica que debe revolucionar la cirugía en los casos desesperados de apendicitis, pero como me alargaría demasiado, como puedo estar equivocado en muchos puntos, espero que el informe del eminente profesor Salgar corregirá las equivocaciones y nos dará una luz muy clara en la discusión.

Termino con esta última consideración: todos los médicos y cirujanos tienen que haberse preguntado a sí mismos: ¿por qué razón cuando se opera en las primeras horas de la apendicitis la curación del enfermo es segura, y por qué pasado este tiempo la mortalidad es tan grande? La respuesta se la dejo a mi teoría: porque la toxi-infección no ha tenido tiempo de pasar a los *tubos comunicantes de cultivo vecinos*.

Por qué se enfrían muchas apendicitis? Porque la infección apendicular no es muy grave y es posible el avenamiento por los tubos comunicantes al canal intestinal o por otra parte, como

sucede en los abscesos que se abren espontáneamente en el recto, vagina, vejiga etc., casos que demuestran que si la naturaleza cura así muchas apendicitis, con mayor razón debe curarlas un avenamiento directo al exterior.

Y suplico al señor Presidente de la Academia que ordene agregar estas explicaciones a mi trabajo porque en parte lo complementan.



LA ASOCIACION MEDICA NACIONAL

En el año de gracia de 1919 la Sociedad de Pediatría de Bogotá, deseosa de darle brillo al Cuarto Congreso Médico Nacional que se reunió en Tunja para celebrar el primer centenario de la Batalla de Boyacá, elaboró por insinuación del doctor Calixto Torres, el código de Moral Médica que en otro lugar de esta entrega corre publicado. Ese código se calcó sobre el que rige en Venezuela; solamente que los comisionados para redactar el colombiano, cambiaron, suprimieron y agregaron algunos de los artículos del de Venezuela y olvidaron decir la fuente u origen de su proyecto; este olvido dio pie, al hoy lamentado doctor Luis Razzeti, para publicar un libro en el cual se demuestra hasta la saciedad el plagio en que incurrieron los comisionados por la Sociedad de Pediatría de Bogotá para redactar el proyecto que, con gran entusiasmo, aprobaron y adoptaron los congresistas de Tunja.

Al mismo tiempo se aprobó el proyecto presentado por la misma Sociedad de Pediatría para fundar la asociación Médica Nacional, porque de nada vale que haya un Código de Moral Médica si no existe la entidad seria y poderosa que lo haga efectivo y pueda exigir su cumplimiento.

Es interesante hacer notar el hecho siguiente: fue en Tunja en donde se reunió el cuarto Congreso Médico y fueron aprobados los dos proyectos, y es de esa ciudad de donde viene ahora la petición a la Academia Nacional de Medicina, solicitando se haga algo para asociar a los médicos colombianos en alguna forma para ver si el gremio se puede defender en alguna forma práctica de los aficionados, charlatanes, vendedores de específicos y

lo que es peor, de médicos que con el diploma debajo del brazo van por calles y plazas prostituyéndose y por lo tanto relajando el buen nombre de la medicina nacional. Al deseo de la Sociedad Médica de Tunja la Academia ha respondido nombrando una nueva Comisión para que se encargue de poner en práctica lo que hace quince años se aprobó por unanimidad en el cuarto Congreso Médico colombiano.

Con la comisión académica formada por Rafael Ucrós, Zoilo Cuéllar Durán, José M. Montoya y Jorge Cavellier, como principales y presidentes de la Academia, de la Sociedad de Cirugía, de la de Pediatría y de la Lombana Barreneche, respectivamente, creemos que ahora sí se dará principio a la organización médica que muchos venimos persiguiendo desde hace varios años.

En nuestra próxima entrega publicaremos los estatutos y reglamentos de la Asociación con el objeto de que al conocerlos nuestros lectores los vayan poniendo en práctica en cada población; por lo pronto pueden y deben los médicos fundar las sociedades locales y avisar a la Junta Directiva de su instalación, remitiendo los nombres de los fundadores de cada agrupación, y al mismo tiempo deben dar cuenta del año en que cada cual obtuvo el título y la Facultad que otorgó el diploma. Con una pequeña dosis de entusiasmo y de buena voluntad estamos seguros de que en poco tiempo lo que fue un sueño y un deseo muy sincero de la Sociedad de Pediatría será una realidad cuyas proyecciones para el bien del gremio médico, para la higiene pública y para el progreso efectivo de la Nación apenas podemos calcular.

Por último, debemos dejar constancia de nuestro agradecimiento, como voceros de la familia médica, hacia la Sociedad Médica de Boyacá por el acierto que ha tenido al querer revivir lo que parecía en 1919 una realidad y que por motivos que se nos escapan no se llevó a cabo en esa ya muy lejana época.

CODIGO COLOMBIANO DE MORAL MEDICA

ADAPTADO DEL DE VENEZUELA

CAPITULO I

De los deberes de los médicos para con los enfermos.

Art. 1.º Todo médico está obligado a prestar sus servicios profesionales gratuitamente a sus colegas, sin distinción de nacionalidad.

Parágrafo. Se entiende como colega al que llene los requisitos siguientes: 1.º haber hecho los estudios universitarios completos; 2.º haber obtenido el diploma de médico y cirujano; y 3.º haber dependido o depender en alguna forma de la profesión médica.

Art. 2.º Todo médico recetará gratuitamente a la familia del médico, entendiéndose por tal sus padres, esposa e hijos, mientras no tenga posición pecuniaria independiente.

Parágrafo. Esta obligación no cesa por muerte del colega siempre que para ello se reúnan los requisitos expresados en el artículo 2.º

Art. 3.º Es absolutamente obligatorio atender a un llamamiento en los casos siguientes:

1.º Cuando es otro médico quien requiere su colaboración profesional.

2.º Cuando no hay otro facultativo en la misma localidad donde se ejerce.

3.º Cuando es llamado por un enfermo al cual se está tratando, o por una familia de la cual es médico habitual.

4.º Cuando es solicitado para atender a un colega enfermo.

5.º En caso de accidentes de urgencia.

Art. 4.º Si en la primera visita hecha a un enfermo comprueba el médico que la enfermedad de aquél es contagiosa, puede rehusar la continuación de su asistencia en los casos siguientes de inminente peligro de transmisión a un tercero:

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.

PALUDISMO

FIEBRES INTERMITENTES

QUINIFORME

Formfato Basico de Quinine LACROIX $C^{20} H^{24} N^2 O^2, HCO^2 H$
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^e

DIURETICO PODEROSÍSIMO DE UNA FIDELIDAD CONSTANTE

THEOBROMINE FRANCESA garantizada químicamente pura.

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

THÉOSALVOSE

Pura
Digitálica
Estrofántica
Esparteinizada,
Fosfatada, Litinada, Cafelnizada.

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

Dosis media : 1 a 2 gr. al día:

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

Laboratorios André GUILLAUMIN, D^o en F^oia, rue du Cherche-Midi, 13, PARIS

Contra la **Tos**

JARABE

Y

GOTAS

RAMI

Señores Médicos:

Con este número termina el volumen XLIII, por lo tanto se les ruega atentamente se sirvan mandar pagar el valor de las respectivas suscripciones.

1.º Si es un cirujano que se dispone a practicar una operación aséptica;

2.º Si es un partero que está comprometido a asistir a una señora en su alumbramiento cercano; y

3.º Si asiste en la ocasión a niños a quienes puede comunicar la enfermedad.

Art. 5.º El médico prestará sus servicios profesionales atendiendo más a las dificultades y exigencias de la enfermedad que al rango social de sus clientes o a los recursos pecuniarios de que dispongan.

Art. 6.º El médico, en su trato con el enfermo, procurará tolerar sus caprichos y flaquezas mientras no se opongan a las exigencias del tratamiento o ejerzan una influencia nociva en el curso de la afección.

Art. 7.º Aunque el carácter, curso o gravedad de ciertas enfermedades exigen que el enfermo sea visitado con frecuencia, el médico evitará las visitas innecesarias por cuanto tienden a hacerlo sospechoso de miras interesadas.

Art. 8.º El médico evitará en sus actos, gestos y palabras, todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo; pero si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es de regla y el médico la hará a quienes, a su juicio, corresponda.

Art. 9.º El médico debe respetar las creencias religiosas de sus clientes, no oponiéndose en ningún caso ni por ningún motivo al cumplimiento de los preceptos religiosos.

Antes bien, si la enfermedad comporta peligro de muerte, debe hacerlo presente a quien corresponda, con el objeto de que el paciente pueda arreglar cualquier asunto de conciencia o de intereses que convengan a él o a terceros.

Art. 10. El médico no debe abandonar nunca los casos crónicos e incurables, y en los difíciles o prolongados es conveniente y aun necesario provocar juntas con otros colegas.

Art. 11. Es un deber moral del médico aconsejar a sus clientes y excitarlos a la enmienda cuando las enfermedades que padecen provienen de hábitos viciosos o de frecuentes transgresiones de la higiene.

Art. 12. Las visitas de amistad o sociales de un médico en ejercicio a un enfermo asistido por otro médico deben evitarse

o hacerse en condiciones que anulen toda sospecha de miras interesadas o perjudiciales al buen nombre del médico de cabecera.

CAPITULO II

De los servicios profesionales entre médicos.

Art. 13. El médico, su mujer, así como sus hijos mientras se encuentren sometidos a la patria potestad tienen derecho a los servicios gratuitos de los médicos residentes en la localidad y cuya asistencia soliciten. Gozan de igual privilegio el padre, la madre y otros deudos, siempre que residan en la misma casa y se hallen visiblemente bajo la inmediata protección del médico.

Quedan excluidos de los beneficios a que se refieren los artículos anteriores los médicos que no ejerzan la profesión o que se hayan dedicado por completo a otras ocupaciones o negocios.

CAPITULO III

De los deberes relacionados con el mantenimiento de la dignidad profesional.

Art. 14. Así como la profesión médica inviste a quienes la abrazan de ciertos privilegios e inmunidades que la acompañan, también les impone el deber de ejercerla con estricto sometimiento a las reglas que la deontología médica ha instituido para el gobierno y la disciplina de los miembros del gremio médico (médicos, cirujanos, farmacéuticos, dentistas, parteras, practicantes, enfermeros y enfermeras).

Art. 15. Los médicos y los profesores de las escuelas médicas no suscribirán ni expedirán, ni contribuirán a que se expidan títulos, diplomas, licencias o certificados de idoneidad en obsequio de personas incompetentes o que no hayan cursado estudios universitarios, ni para favorecer las que visiblemente tengan el propósito de ejercer la medicina en conformidad con sistemas exclusivos, arbitrarios u opuestos a los principios verdaderos de la ciencia médica.

Art. 16. El médico debe ajustar siempre su conducta a las reglas de la circunspección, de la probidad y del honor: será un hombre honrado en el ejercicio de su profesión como en los demás actos de su vida. La pureza de costumbres y los hábitos

de templanza son asimismo indispensables al médico, por cuanto sin un entendimiento claro y vigoroso no puede ejercer acertadamente su ministerio, ni menos estar percibido para los accidentes que tan a menudo exigen la rápida y oportuna intervención del arte.

Art. 17. Son actos contrarios a la honradez profesional y, en consecuencia, condenados por la deontología médica los siguientes:

1.º Solicitar la atención pública por medio de avisos, tarjetas privadas o circulares en que ofrezca la pronta e infalible curación de determinadas enfermedades.

2.º Exhibir, publicar o permitir que se publique en diarios o revistas no consagrados a la medicina el relato de casos clínicos, operaciones o tratamientos especiales.

3.º Exhibir o publicar certificados o testimonios de habilidad o competencia y vanagloriarse públicamente del éxito obtenido por sistemas, curas o remedios especiales; no se consideran como tales las atestaciones de idoneidad o certificados de asistencias suscritos por instituciones nacionales o extranjeras.

4.º Invitar para actos operatorios a personas extrañas a la medicina.

5.º Obtener privilegio para la fabricación y venta exclusiva de medicinas secretas.

6.º Prescribir remedios secretos, propios o de otras personas, y expedir certificados en que se atestigüe la eficacia de medicinas secretas o contribuir de alguna manera a recomendar su uso.

7.º Reemplazar a los médicos de cabecera sin antes haber cumplido las reglas prescritas en el presente Código;

8.º Permanecer en la casa del enfermo para observar el curso de la afección, cuando no se esperan complicaciones graves.

Art. 18. Los médicos están en el deber de combatir el industrialismo y el charlatanismo médicos, cualquiera que sea su forma, y oponerse por todos los medios legales a la preparación, venta, propagación y uso de medicinas secretas, así como a las prácticas absurdas y groseras con que suelen explotar al público los charlatanes e impostores. Igual conducta observarán con respecto al ejercicio ilegal de la profesión y a los métodos o sistemas que no descansan sobre ninguna base científica o se hallan en abierta oposición con los hechos demostrados por la observación y la experiencia.

Art. 19. Los médicos al ofrecer al público sus servicios por medio de anuncios en los periódicos se limitarán a indicar su nombre y apellido, sus títulos científicos, la especialidad a que se dedican, los días y horas de consulta y la dirección de su domicilio y gabinete. Todo otro ofrecimiento se considera como acto de charlatanismo o industrialismo contrario a la dignidad profesional.

Art. 20. El médico se abstendrá de toda recomendación, pública o privada, que tienda a favorecer determinado farmacéutico o establecimiento de farmacia; pero sí puede impedir que sus fórmulas sean despachadas en boticas cuya dirección esté a cargo de personas moralmente desacreditadas o que por cualquier motivo se hayan hecho indignos de la confianza pública.

Art. 21. Los facultativos deben abstenerse de asistir gratuitamente a las personas pudientes o miembros de la familia de tercer grado en adelante, sin causa justificada, para no lesionar los intereses de los demás.

CAPITULO IV

De los deberes de los médicos al sustituirse entre sí.

Art. 22. Cuando un médico se aparta accidentalmente del ejercicio de la profesión por motivos justificados, y encomienda sus enfermos a los cuidados de un colega, éste debe aceptar el encargo sin reservas de ningún linaje y desempeñarlo con el mayor miramiento a los intereses y al nombre del reemplazado.

Art. 23. En caso de sustitución el médico que sustituye cobrará sus servicios profesionales correspondientes.

CAPITULO V

De las juntas o consultas médicas.

Art. 24. La rivalidad, los celos y la intolerancia en materia de opiniones no deben tener cabida en las juntas médicas; al contrario, la buena fe, la probidad, el respeto y la cultura se imponen como un deber en el trato profesional de los médicos consultores entre sí y con el de cabecera.

Art. 25. Las juntas médicas se dividen en dos categorías: las que provoca el médico de cabecera y las que exigen el enfermo ó sus deudos.

Art. 26. El médico de cabecera no debe provocar juntas sino en los casos siguientes:

- 1.º Cuando no ha logrado hacer un diagnóstico firme;
- 2.º Cuando no obtiene resultados satisfactorios con el tratamiento empleado;
- 3.º Cuando necesite los auxilios de un especialista;
- 4.º Cuando por la naturaleza del pronóstico necesita compartir su responsabilidad con otros colegas.

Art. 27. El enfermo o sus deudos pueden solicitar la reunión de una junta médica cuando no estén satisfechos de los resultados del tratamiento empleado por el médico de cabecera o cuando deseen la confirmación de la opinión de éste.

Art. 28. Cuando es el médico de cabecera quien provoca la junta, corresponde a él la designación del o de los colegas que considere capaces de ayudarlo en la solución del problema clínico o de compartir con él la responsabilidad del caso; pero el enfermo o sus deudos pueden exigir la presencia en la junta de médicos de su confianza.

Art. 29. Cuando son el enfermo o sus deudos quienes solicitan la junta, el médico de cabecera debe dejarlos en libertad de escoger los consultores, siempre que todos sean médicos titulares de una facultad, pero también puede exigir la presencia en la junta de colegas escogidos por él siempre que reúnan los requisitos consignados en los puntos 1.º y 2.º del párrafo correspondiente al artículo 1.º de este mismo código.

Art. 30. Reunida la junta, el médico de cabecera hará la relación clínica del caso sin precisar ni diagnóstico ni pronóstico; pero si lo creyere conveniente o necesario, dará su opinión. Acto continuo los médicos consultores examinarán libremente al enfermo. Reunida de nuevo la junta los consultores emitirán su opinión principiando por el de menor edad y terminando por el de cabecera, quien en este momento emitirá de palabra su opinión.

Parágrafo. Corresponde al de cabecera resumir la opinión de sus colegas y formular las conclusiones que se someterán a la decisión de la junta. El resultado final de las deliberaciones de la junta lo comunicará el médico designado por el de cabecera al enfermo o a sus deudos.

Art. 31. La discusión del caso no debe efectuarse jamás ante el enfermo ni ante sus deudos. No se emitirá opinión alguna tocante a diagnóstico, pronóstico y tratamiento que no sea el

resultado de las deliberaciones acordadas en la junta ni que pueda lesionar en lo más mínimo la reputación del médico de cabecera.

Art. 32. Las decisiones de la junta pueden ser modificadas por el médico de cabecera, si así lo exige algún cambio en la marcha de la enfermedad; pero tanto las modificaciones como las causas que las motivan deben ser expuestas y explicadas en la junta subsiguiente. Idéntico privilegio con idénticas reservas son aplicables a cualquiera de los consultores si es llamado de urgencia en alguna circunstancia, por hallarse ausente el de cabecera o imposibilitado para acudir.

Art. 33. Los médicos están en el deber de concurrir puntualmente a las juntas para las cuales han sido convocados. Si son varios los médicos y alguno se retardare, no siendo el de cabecera, los demás esperarán al ausente un cuarto de hora, terminado el cual procederán a examinar el enfermo. Si son dos únicamente y el primero en concurrir es el de cabecera, éste podrá naturalmente ver al enfermo y prescribir; pero si es el consultor quien llega primero, su deber es esperar un cuarto de hora y si no llegare el de cabecera, retirarse sin visitar al enfermo. Sin embargo, si el caso es de urgencia, si el consultor está autorizado por el de cabecera o si no le es fácil volver por la distancia u otras causas justificadas, éste podrá examinar el enfermo y antes de retirarse, dejar consignada su opinión por escrito y bajo sobre cerrado, para ser transmitida al médico de cabecera.

Art. 34. En las juntas se evitarán las disertaciones profusas sobre temas doctrinarios o especulativos y se concretará la atención a resolver el problema clínico presente.

Art. 35. Las discusiones que tengan efecto en las juntas serán de carácter secreto y confidencial. La responsabilidad de tales casos es colectiva y no le está permitido a ninguno de los médicos eximirse por medio de juicios críticos o censuras encaminadas a desvirtuar la opinión de sus compañeros o la legitimidad científica del tratamiento acordado por la junta.

Art. 36. Si la divergencia de opiniones entre los facultativos fueren irreconciliables, se considerará decisivo el voto de la mayoría; los médicos que estén en minoría podrán consignar su opinión por escrito y entregarla al médico de cabecera, quien está en el deber de comunicarla al enfermo o a sus deudos; si hubiere empate de opiniones, tocará al de cabecera resolver lo

que crea más conveniente a los intereses del enfermo.

Art. 37. Si los consultores están de acuerdo, pero difieren de la opinión del de cabecera, el deber de éste es comunicarlo así al enfermo y a sus deudos para que éstos decidan si quieren continuar con su antiguo médico o llamar otro.

Art. 38. Si la junta la componen únicamente el de cabecera y un consultor, y no logran ponerse de acuerdo, el deber de ambos es llamar un tercero o varios colegas y proceder del modo que está estatuido para las juntas de más de dos médicos. Si esto no es posible porque no hay más médicos en la localidad, se someterá la cuestión a la decisión del enfermo o de sus deudos, quienes entonces quedarán en libertad de decidir.

Art. 39. El médico de cabecera está autorizado para levantar y conservar una acta de las opiniones emitidas, que con él firmarán todos los consultores, cada vez que por razones de orden privado y otras relacionadas con la decisión de la junta, crea necesario para poner su responsabilidad a cubierto de falsas interpretaciones o resguardar su crédito por ante el enfermo, sus deudos o el público.

Art. 40. A los médicos consultores les está terminantemente prohibido volver a la casa del enfermo después de terminada la junta, salvo el caso de suprema urgencia o autorización expresa del médico de cabecera, con anuencia del enfermo o de sus deudos.

Art. 41. Ningún médico consultor puede convertirse en médico de cabecera del paciente durante la enfermedad para la cual fue consultado. Esta regla tiene las excepciones siguientes:

1.^a Cuando el médico de cabecera cede al consultor voluntariamente la dirección del tratamiento;

2.^a Cuando se trata de un cirujano o de un especialista a quien el médico de cabecera debe ceder libremente la dirección de la asistencia ulterior del enfermo con todas sus responsabilidades; y mientras dure la complicación o el accidente que ha requerido el llamamiento del cirujano o especialista;

3.^a En las circunstancias previstas en la parte final del artículo 37, es decir, cuando no hay otro médico en la localidad.

Art. 42. El médico consultor observará honrada y escrupulosa actitud en lo que respecta a la reputación moral y científica del de cabecera, cuya conducta debe justificar siempre que no pugne con la verdad de los hechos o con los principios funda-

mentales de la ciencia; en todo caso la obligación del consultor es atenuar el error cuando realmente se haya cometido, y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar el crédito del médico de cabecera o la confianza de que es objeto por parte del enfermo o de sus deudos. El consultor evitará asimismo las atenciones extraordinarias, los saludos indirectos y las oficiosidades de diverso género a que suelen entregarse las personas de mala fe con el propósito indigno de adquirir notoriedad o de congraciarse con los enfermos y sus familias.

Art. 43. Ningún facultativo debe concurrir a juntas que no hayan sido promovidas por el médico de cabecera o por el enfermo o sus deudos, de acuerdo con el médico de cabecera.

Art. 44. No está autorizado para promover junta el facultativo que es llamado accidentalmente en reemplazo del médico de cabecera.

Art. 45. Incumbe al médico de cabecera fijar el día y la hora en que debe reunirse la junta, a menos que por circunstancias especiales condescienda a aceptar los indicados por uno de sus colegas.

Art. 46. Los honorarios profesionales correspondientes a los médicos consultores deben ser abonados inmediatamente después de terminada la consulta y en la propia casa del enfermo. Toca al médico de cabecera recordar esta obligación al enfermo o a sus deudos, antes de proceder a las citaciones de los consultores.

CAPITULO VI

De los casos accidentales y del reemplazo médico.

Art. 47. Los que se consagran a la medicina deben acogerse a sus propios méritos y aptitudes para ejercerla con provecho y adquirir clientela, porque la medicina no es una industria sino una profesión liberal.

Art. 48. El médico observará la más estricta discreción en sus relaciones con los enfermos a quienes asiste otro facultativo. Su deber es abstenerse de toda pregunta u observación tocante a la enfermedad de que padece o el tratamiento que sigan, y evitar cuanto directa o indirectamente tienda a disminuir la confianza depositada en el médico de cabecera.

Art. 49. El facultativo que es llamado para un caso de urgen-



PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
ALLISATINA Principios activos y - estabilizados del - "allium sativum" bajo forma inodora e insípida.	DIARREAS, DISENTERIAS, FERMENTACIONES, ARTERIOESCLEROSIS.	6 a 12 grageas al día.
BELLAFOLINA Complejo alcaloídico integral de la belladona 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.
BELLADONAL Complejo alcaloídico integral de la belladona 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.
Calcium-SANDOZ Gluconato de calcio, eficaz por vía gástrica. Es el producto mejor tolerado por la vía venosa. - Inyectable por vía intramuscular 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 ROTH LISBERGER - CARRERA 10, No. 333, APARTADO 450 - BOGOTA

**Sorprendentes éxitos
en el tratamiento de
la anemia perniciosa
y otras anemias de
etiología incierta**

CAMPOLON

Producto hepático inyectable, de máxima actividad,
obtenido por el procedimiento de Prof. Gaensslen.

Efecto seguro hasta en los casos
en que fracasan la dieta de hígado
y los preparados de aplicación por
vía gástrica. Eficaz asimismo en los
casos de síntomas mielíticos graves.

Otras indicaciones: Curas de
engorde, convalecencia, asma alérgica,
intoxicaciones metálicas; como medio de
mejorar la coagulabilidad de la sangre.

Prescribese:

CAMPOLON
Cajas de 5 y 25 ampollas
de 2 c.c.

Envase original



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

cia por hallarse distante el médico habitual o el de cabecera, se retirará al llegar éste, a menos que se le exija acompañarle en la asistencia.

Art. 50. Cuando varios médicos son llamados simultáneamente para un caso de enfermedad repentina o un accidente, el enfermo quedará al cuidado del que llegó primero, salvo decisión contraria del enfermo o de sus deudos. El que quede encargado de la dirección de la asistencia podrá elegir entre los restantes aquél o aquellos cuyo concurso estime útil o necesario. El deber de dicho médico es exigir que se llame al médico habitual de la familia, siempre que no se le invite a continuar la asistencia solo en lugar del ordinario.

Art. 51. El médico que es llamado para asistir a una persona durante la ausencia o enfermedad del médico habitual de la familia, se retirará al regresar éste o restablecerse.

Art. 52. Se entiende por médico habitual de una familia o de un enfermo aquel a quien generalmente consultan dicha familia o dicho enfermo.

Art. 53. El médico que es llamado para asistir a un enfermo que está siendo tratado por otro médico debe ajustar su conducta a las reglas siguientes:

1.^a Debe proponer una consulta con el médico anterior y debe insistir en la necesidad de esta consulta;

2.^a Si fracasa en su intento, debe procurar justificar la conducta de su colega y reconquistarle la confianza del enfermo y de sus deudos;

3.^a Cumplidos estos deberes, puede encargarse de la asistencia del enfermo después de informar de todo lo sucedido al compañero a quien va a reemplazar; y

4.^a Debe insistir en que se le abonen sus honorarios al médico anterior.

Art. 54. Si un médico que visita sus enfermos fuera de la ciudad es llamado para ver a otro enfermo que presenta algún cambio o agravación en los síntomas y cuyo médico ordinario está ausente, su deber es limitarse a llenar las indicaciones del momento y no alterar sino lo estrictamente necesario el plan general.

Art. 55. El médico llamado para atender un caso de parto, por ausencia del facultativo a quien antes se había elegido con este objeto, está en el deber de dirigir el trabajo (y tiene dere-

cho a los honorarios si el parto se verifica bajo su dirección); pero terminada la asistencia, su deber es retirarse después de haber entregado el caso al médico previamente escogido.

CAPITULO VII

De los especialistas.

Art. 56. Se entiende por especialista al médico que se ha consagrado al estudio y a la práctica de una de las ramas de la ciencia médica.

Art. 57. El especialista que es llamado en consulta para examinar un enfermo y dar su opinión sobre síntomas, fenómenos o complicaciones sobrevenidos en el curso de una enfermedad, concurrirá a la casa el día y a la hora fijados por el médico de cabecera; terminada su misión no habrá nuevas visitas sin la anuencia de dicho médico, debidamente autorizado por el enfermo o sus deudos.

Art. 58. El médico ordinario que diagnostica o sospecha en su enfermo una afección que en su concepto exige los recursos de la cirugía general o de alguna otra especialidad, indicará al cliente mismo o a sus deudos el cirujano o el especialista que debe ser consultado.

Si el enfermo o sus deudos no aceptan el candidato presentado por el de cabecera, éste los dejará en libertad de elegir, pero puede eximirse de toda responsabilidad ulterior en los resultados del tratamiento que se emplee.

Art. 59. El especialista que se encarga de un enfermo, con anuencia del médico de cabecera, asume la dirección del tratamiento en lo relativo a la especialidad, pero obrará siempre de acuerdo con aquél y suspenderá su intervención facultativa tan pronto como cese la necesidad de sus servicios especiales.

Art. 60. Al cirujano elegido como operador corresponde dirigir el tratamiento desde el momento en que se decide la intervención quirúrgica pero nunca prescindirá de la indispensable y útil colaboración del médico de cabecera del enfermo, quien está en el deber de cooperar al restablecimiento de la salud de su cliente.

Art. 61. Cuando son dos o más los cirujanos o especialistas consultados, corresponde al médico de cabecera indicar cuál

debe encargarse del tratamiento, poniéndose antes de acuerdo con el enfermo o sus deudos y observando lo dispuesto en la parte final del artículo 58 cuando lo considere necesario a sus intereses.

Art. 62. El cirujano operador goza de la más completa libertad en la elección de sus ayudantes y es a él a quien corresponde fijar el lugar y momento en que debe ejecutarse la operación.

Art. 63. El facultativo llamado en calidad de especialista para atender a un enfermo de otro médico se abstendrá de toda alusión que directa o indirectamente pueda dañar al médico de cabecera en su nombre, crédito o autoridad de que goce ante el enfermo o sus deudos.

CAPITULO VIII

De los deberes del médico en ciertos casos de obstetricia.

Art. 64. Al médico le está terminantemente prohibido por la moral y por la ley la interrupción voluntaria del embarazo en cualquiera de sus épocas, pero podrá provocar el aborto o el parto prematuro con un fin terapéutico en los casos indicados por la ciencia.

Art. 65. No se procederá a la interrupción del embarazo sino después de haber cumplido los preceptos siguientes: haber agotado todos los recursos destinados a la conservación de la salud de la madre sin perjuicio de la vida del feto; haber oído la opinión favorable de otros médicos y especialistas en obstetricia; y haber obtenido el consentimiento de los padres.

Art. 66. La embriotomía del feto vivo y viable está formalmente contraindicada por la ciencia y por la deontología. Cuando por una distocia no sea posible el parto por las vías naturales, se hará de preferencia la publotomía o la operación cesarea.

Art. 67. Si el caso se presenta en una población sin los recursos necesarios para intentar una de dichas operaciones conservadoras, o el médico no posee la competencia y la habilidad indispensable para semejantes actos operatorios y no puede ocurrir a ningún cirujano; o si la madre o sus deudos se oponen rotundamente a las dos operaciones antes citadas; si después de

haber agotado todos los medios disponibles la vida de la madre está en peligro por el hecho del parto que no puede verificarse, el médico, en beneficio de la salud de la madre, está autorizado para ejecutar la embriotomía del feto vivo.

CAPITULO IX

Del secreto médico.

Art. 68. El secreto médico de un deber que depende de la esencia misma de la profesión: el interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias la respetabilidad del médico, y la dignidad del arte exigen el secreto. Los médicos, cirujanos, farmacéuticos, dentistas y parteras, así como también los practicantes, enfermeros y enfermeras, están en el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión o fuera de su ministerio y que no deba ser divulgado.

Art. 69. El secreto se puede recibir bajo dos formas: el secreto explícito formal y textualmente confiado por el cliente; y el secreto implícito que resulta de la naturaleza de las cosas, que nadie impone y que preside las relaciones de los clientes con los profesionales de la medicina. Ambas formas del secreto médico son inviolables, con excepción de los casos especificados por la ley.

Art. 70. A los profesionales de la medicina les está prohibido revelar el secreto profesional fuera de los casos establecidos por las leyes y la deontología médica. La revelación es el acto que hace pasar el hecho revelado del estado de hecho secreto al de hecho conocido. No es necesario publicar el hecho para que exista la revelación: basta la confidencia a una persona aislada.

Art. 71. El secreto profesional pertenece al cliente. Los profesionales no incurrn en responsabilidad si revelan el secreto de que son depositarios, cuando están autorizados para ello, en completa libertad y conocimiento de sus consecuencias, por la o las personas que le han confiado el secreto y siempre que dicha revelación no cause perjuicio a tercero.

Art. 72. El médico no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto en los casos siguientes:

1.º Cuando en su calidad de médico experto actúa como médico de una compañía de seguros, al rendir informe sobre la salud de los candidatos que le hayan sido enviados para su examen; cuando está comisionado por la autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona; cuando ha sido designado para practicar autopsias o diligencias médico-legales de cualquier género así en lo civil como en lo criminal; cuando actúa como médico de sanidad o de ciudad, y, en general, cuando desempeña funciones de médico experto.

2.º Cuando en su calidad de médico tratante hace la declaración de enfermedades infectocontagiosas ante la autoridad sanitaria, y cuando expide certificaciones de defunción.

En cualquiera de los casos comprendidos en el número primero el médico puede eximirse del cargo si la persona objeto del examen es cliente suyo en el momento de ser reconocida, o si la declaración ha de versar sobre estados anteriores para los cuales fue consultado privadamente el mismo médico.

Art. 73. El médico guardará el más absoluto secreto si llega a comprobar alguna enfermedad venérea en una mujer casada. No sólo se abstendrá de hacerla sabedora de la naturaleza de la enfermedad, sino que se guardará muy bien de hacer recaer sobre el marido la sospecha de ser el autor del contagio. En consecuencia, no extenderá ninguna certificación ni hará exposición alguna sobre esto, aun cuando preste consentimiento el marido.

Art. 74. Si el médico sabe que uno de sus clientes en período contagioso de una enfermedad contagiosa, proyecta casarse, tomará empeño en disuadirlo de su intento, valiéndose de todos los medios posibles a su alcance.

Art. 75. El médico que sabe que una nodriza sana está criando un niño sifilítico debe advertir a los padres del niño que están en la obligación de hacerlo saber a la nodriza. Si rehusan hacerlo, el médico, sin nombrar la enfermedad, impondrá a la nodriza la necesidad de destetar al niño inmediatamente, procurando que permanezca en la casa el tiempo necesario para cerciorarse de que no ha sido contagiada. Si los padres no prestan su asentimiento e insisten en que la nodriza continúe la crianza del niño, el médico les hará las reflexiones necesarias, y si no obstante esto insistieren, el médico debe informar a la

nodriza el riesgo que corre contrayendo una enfermedad contagiosa, si continúa la crianza.

Art. 76. El médico puede, sin faltar a su deber, delatar los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 295 del Código Penal.

Art. 77. Cuando se trata de denuncia para evitar que se cometa un error judicial, también es permitida la revelación del secreto.

Art. 78. Cuando un médico es citado ante un tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, debe escudarse con el secreto profesional y contestar que considera como confidenciales los hechos sobre los cuales se le interroga.

Art. 79. Cuando un médico se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios, se limitará a indicar el tratamiento, el número de operaciones que haya practicado; pero en ningún caso le está permitido revelar ni la naturaleza de la enfermedad ni la clase de operaciones practicadas, ni los cuidados íntimos que haya prestado al enfermo. Estas últimas circunstancias las reservará el facultativo para exponerlas, en caso necesario, ante los peritos médicos que pueden ser designados para informar al Tribunal.

Art. 80. El médico no debe contestar a las preguntas que se le hagan sobre la naturaleza o carácter de la enfermedad de su cliente; pero está autorizado no sólo para decir el pronóstico del caso ante los allegados más cercanos al paciente, sino también el diagnóstico, si alguna vez lo considera necesario en resguardo de su responsabilidad personal o para la mejor dirección del tratamiento.

CAPITULO X

De los honorarios profesionales.

Art. 81. Las visitas médicas se dividen en tres categorías:

a) La visita ordinaria que es la que hace el médico libremente a la hora que a su juicio convenga más a los intereses del paciente;

b) La visita de urgencia, que es la que exige el enfermo inmediatamente o en ausencia de un colega impedido;

c) La visita a hora fija, que es la que el enfermo exige para su comodidad personal.

Art. 82. Las visitas de urgencia y a hora fija se dividen en:

Diurnas, de 8 a. m. a 8. p. m.

Nocturnas, de 8 p. m. a 6. a m.

Matinales, de 6 a. m. a 8 a. m.

Dominicales, las que se hacen los domingos y días feriados.

Art. 83. La visita médica no tendrá un valor uniforme sino que variará según la naturaleza de la enfermedad, la calidad del servicio prestado, la distancia que medie entre el domicilio del enfermo y el del médico, la posición social del paciente y la jerarquía del médico derivada de su edad, sus títulos y el puesto que hubiere conquistado en el concepto público.

Art. 84. Las visitas de urgencia y las visitas a hora fija tendrán un valor superior al de la visita ordinaria y sus valores variarán según la hora y el día en que se hagan.

Art. 85. Los honorarios por intervenciones quirúrgicas podrán fijarse por convenios especiales en cada caso entre el facultativo y el cliente, pudiendo el cirujano exigir el pago anticipado de una parte o de la totalidad de sus honorarios.

Art. 86. En las juntas médicas el médico de cabecera devengará honorarios iguales a los de cada uno de los consultores.

Art. 87. La "dicotomía", o sea la partición de honorarios hecha sin conocimiento del enfermo o de sus deudos, entre el médico de cabecera y el cirujano, el especialista o el consultor, es un acto contrario a la dignidad profesional y expresamente condenado por la deontología. Cuando en la asistencia de un enfermo, además del médico de cabecera, han tenido ingerencia cirujanos, especialistas o consultores, las cuentas por honorarios se pasarán al paciente o a sus deudos separadamente o en conjunto.

Art. 88. Los profesionales de la medicina, al pasar sus cuentas por cobro de honorarios, no especificarán las visitas, consultas, operaciones etc., sino únicamente cuando así lo exige el cliente o sus deudos, o cuando el cobro se haga judicialmente, siguiendo las reglas establecidas en el artículo 79 de este Código.

Art. 89. Los clientes, que sin razón justificada, se nieguen a cumplir sus compromisos pecuniarios, pueden ser demandados ante los tribunales ordinarios de justicia por pago de honora-

rios profesionales, sin que este procedimiento afecte en manera alguna el nombre, crédito o concepto público de que goce el facultativo demandante.

Art. 90. Es deber de compañerismo profesional llevar un registro de los clientes que eluden el pago de los servicios médicos con el fin de hacerlo conocer de los colegas que ejercen en la misma localidad o en otra.

CAPITULO XI

Disposiciones generales.

Art. 91. El gabinete privado del médico es un terreno neutral donde pueden ser recibidos y tratados todos los enfermos, cualesquiera que sean sus médicos y las circunstancias que hayan precedido la consulta.

Art. 92. El partero no practicará el aborto ni el parto prematuro terapéutico, ni hará el embriotomía del feto vivo sin la autorización de la madre y si la madre no se halla en capacidad de apreciar la situación para dar consentimiento, debe tomarse la autorización de los más inmediatos allegados.

Art. 93. El cirujano no practicará ninguna operación en menores de edad sin la previa autorización de los padres o tutores del enfermo.

Art. 94. Al médico le está terminantemente prohibido aconsejar sistemas o procedimientos destinados a impedir la fecundación de la mujer. Podrá hacerlo si se teme que el embarazo pueda ocasionar trastornos graves en la salud de la mujer e determinar la agravación de enfermedades preexistentes; pero en estos casos el médico de cabecera debe provocar una consulta con otros colegas, con el fin de precisar la indicación y la urgencia de semejante procedimiento.

Art. 95. El cirujano no podrá hacer ninguna operación destinada a esterilizar la mujer sin una indicación terapéutica determinada y después de haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos de la reproducción.

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.

SEÑORES MEDICOS:

Ningún otro preparado pueden prescribir con tanta confianza y con la seguridad de buen éxito, como el

DEPURATIVO NEISSER

Este producto presenta las siguientes ventajas:

DOSIFICACION EXACTA Y CUIDADOSA — DROGAS PURISIMAS Y DE LA MAS ALTA CALIDAD —
METODOS MODERNOS DE ELABORACION Y ENVASES PERFECTAMENTE ASEPTICOS — FORMU-
LA CIENTIFICA Y CUIDADOSAMENTE ESTUDIADA Y REVISADA

QUINCE AÑOS DE TRIUNFOS EN EL PAIS Y EN EL EXTRANJERO

ORGULLO DE LA MEDICINA NACIONAL

Ninguna contraindicación. — Todos los períodos de la Sífilis, Heredosífilis,
Impaludismo, Enfermedades tegumentarias y hongosas, etc.

UNA OPINION: *El infrascrito Médico Cirujano certifica: Que conociendo la
fórmula del "Depurativo Neisser" y habiéndolo probado en numerosos casos,
puede asegurar que élla llena perfectamente sus indicaciones en el tratamien-
to de la Sífilis, cualesquiera que sean sus manifestaciones y períodos.*

(Fdo.) Rodolfo A. Luzardo.

Depósito general: Droguería y Farmacia del Carmen (Farmacia de Prime-
ra Clase). Bogotá, Calle 10, Nos. 9-77 y 9-79.

LABORATOIRES AMIDO

A. BEUGONIN, PHARMACIEN

4, PLACE DES VOSGES, 4 - PARIS

PRODUCTOS	INDICACIONES	FORMAS
Amidal Almidón Parafinado y Fermentos Lácticos.	ENTERITIS. DIARREAS. DISENTERIA.	POLVOS. COMPRIMIDOS. OBLEAS.
Backerine Fermentos y Sales de Magnesia.	EPITELIOMAS. CARCINOMAS. SARCOMAS.	AMPOLLAS. OBLEAS. GRAGEAS.
Geneserine Polonovski & Nitzberg.	DISPEPSIA HIPOÁCIDA. SINDROMO SOLAR. TAQUICARDIA.	GRAGEAS. GRÁNULOS. GOTAS. AMPOLLAS.
Genatropine Polonovski & Nitzberg.	DOLORES ABDOMINALES. TRASTORNOS SIMPÁTICOS. DISPEPSIA HIPERÁCIDA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genostrychnine Polonovski & Nitzberg.	PARÁLISIS. ASTENIA. NEURASTENIA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genoscopamine Polonovski & Nitzberg.	ESTADOS PARKINSONIENSES. SINDROMOS POST-ENCEFALÉTICOS ANESTESIA QUIRÚRGICA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Genhyoscyamine Polonovski & Nitzberg.	ESPASMOS DIGESTIVOS. CÓLICOS. AGITACIONES NERVIOSAS DIVERSAS	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
Vitamyl Vitaminas Concentradas.	RAQUITISMO. ESCORBUTO INFANTIL. TUBERCULOSIS. ALIMENTACIÓN INTENSIVA.	LÍQUIDO.

MUESTRAS MÉDICAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

DEPOSITARIO PARA COLOMBIA: SEÑOR **LOUIS BANCELIN**

CALLE CALDAS, 20 DE JULIO Y PROGRESO - BARRANQUILLA

Apéndice al Código de Moral Médica

PRECEPTOS

que la Asociación Médica Nacional recomienda seguir al público en beneficio de los enfermos y de la armonía que debe reinar entre el gremio médico.

1.º Son tantos y tan diversos los beneficios que el público deriva de la caridad médica incesantemente ejercida, que la profesión, considerada como gremio, tiene legítimo derecho a la consideración y al respeto de la comunidad. Esta debe apreciar en todo su valor los títulos, méritos y labores del médico; discernir entre la verdadera ciencia y las pretensiones de la ignorancia, entre los profesionales honrados y los industriales de la medicina.

2.º El público debe favorecer y estimular por todos los medios el estudio de las ciencias médicas y no perseguir jamás, ni permitir que se persiga judicialmente a los que, ejerciendo su profesión con legítimos títulos y perfecta honorabilidad, cometen algún error involuntario de graves consecuencias, o sean objeto de imputaciones malévolas por accidentes sobrevenidos en algún acto operatorio o en el curso de un tratamiento cualquiera, racionalmente concebido y correctamente aplicado.

3.º Todo enfermo debe elegir como médico de cabecera al que ha recibido una educación científica regular y completa, pues no puede suponerse que en medicina, ciencia difícil y complicada como ninguna, los conocimientos sean intuitivos o se adquieran con más facilidad que en otra cualquiera.

4.º En la elección de médico conviene dar la preferencia a aquel cuyos hábitos de vida sean regulares y que no manifieste inclinación excesiva a los placeres ni a ocupaciones incompatibles con el ejercicio de sus obligaciones profesionales. Se evitarán aquellos que practiquen el industrialismo médico o empleen métodos o sistemas terapéuticos exclusivos, arbitrarios u opues-

tos a los principios fundamentales de la ciencia médica, o no cumplan los preceptos de la moral médica.

5.º Elegido el médico conviene no cambiarlo, pues el facultativo que se familiariza, por una experiencia continuada, con la constitución, los hábitos, las disposiciones hereditarias y las idiosincrasias de sus clientes, tiene más probabilidades que cualquiera otro de tratarlos con inteligencia y acierto.

6.º Los enfermos, cualquiera que sea su sexo, comunicarán al médico con toda precisión y claridad las causas a que creen atribuir el padecimiento para el cual solicitan los auxilios del arte. La reserva, en estos casos, es siempre perjudicial. La vergüenza, el pudor o la delicadeza no son admisibles cuando se trata del asiento y de los síntomas y causas de las enfermedades.

7.º Los enfermos no deben fatigar al médico con narraciones de circunstancias y sucesos no relacionados con la afección. Por lo tanto, a ese respecto se limitarán a contestar en términos precisos las preguntas que se les dirijan, sin extenderse en explicaciones o comentarios de su propio dictamen, que lejos de ilustrar, tienden más bien a oscurecer el juicio del médico.

8.º El enfermo debe implícita obediencia a las prescripciones del médico, que no le es permitido alterar en manera alguna. Igual regla es aplicable al régimen diatéutico, al ejercicio y a cualquiera otra indicación higiénica que el facultativo haya creído necesario imponerle.

9.º El enfermo debe evitar las visitas, aun las simplemente sociales o amistosas de todo médico que no sea aquel a cuyo cargo se encuentra; y si no le fuere dable eludirlas, se abstendrá de todo tema de conversación relativo a su enfermedad o al tratamiento y regimen que le hayan sido prescritos.

10. Ni el enfermo ni sus deudos y amigos deben en ningún caso llamar en consulta otros médicos sin expreso consentimiento del médico de cabecera. Semejante conducta, además de ser ofensiva para el médico de cabecera, es siempre altamente perjudicial a los intereses del enfermo.

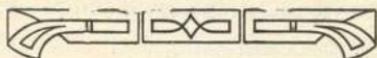
11. El paciente o sus deudos tienen el derecho de retirar al médico de cabecera cuando no están satisfechos con el tratamiento empleado por éste o hayan mediado otras circunstancias; pero antes de retirar o sustituir al médico de cabecera, es indispen-

sable satisfacerle los honorarios devengados y manifestarle cortésmente las causas que motivan esta resolución.

12. El enfermo debe estar siempre preparado para recibir al médico, a fin de no ocasionarle demoras perjudiciales; procurará llamarlo en la mañana, antes de su salida, y evitará importunarlo innecesariamente a las horas que se destinan de ordinario a las comidas y al sueño.

13. El enfermo, una vez restablecido, no debe olvidar las obligaciones de orden moral que ha contraído con el médico, pues los servicios de éste son de tal naturaleza, que no bastan simples remuneraciones pecuniarias para retribuirlos.

El público debe tener en cuenta que el médico para el trabajo diario hace una estricta distribución de su tiempo en que ha destinado una determinada porción para cada visita y señalado por consiguiente hora precisa para hacerlo. Detenerlo en una casa con esperas excesivas o con conversaciones extrañas a su profesión o bien pedirle que vea, examine o recete a más de un enfermo es dislocarle el orden de sus quehaceres. Cuando se desee que en una casa visite a varios enfermos se le avisará así desde el momento en que se le llama o se le pondrá simplemente como concesión especial que no le perjudique.



SOCIEDADES CIENTIFICAS

(Extracto de acta).

Academia Nacional de Medicina.

SESION DEL 10 DE ABRIL DE 1934

Presidencia: doctores Bejarano y Franco.

Con asistencia de los académicos doctores Roberto Franco, Julio Manrique, José M. Montoya, Arturo Arboleda, Julio Aparicio, Adriano Perdomo, Juan N. Corpas, Jorge Bejarano, Alfredo A. Luque, Gonzalo Esguerra, Jorge Cavelier, Fernando Troconis, Pedro J. Almánzar, Francisco Vernaza, Luis Patiño Camargo, Manuel A. Rueda Vargas y los académicos correspondientes doctores Carlos Aguirre Plata y Diego Carbonell, se reunió la Academia Nacional de Medicina en su primera sesión del año de 1934.

Leída el acta de la sesión anterior fue aprobada sin modificaciones.

En seguida se dio lectura a una comunicación de la Asamblea Departamental del Valle del Cauca pidiendo a la Academia que el quinto Congreso Médico Nacional tenga lugar en la ciudad Cali, con motivo de la celebración del cuarto centenario de la fundación de esa ciudad.

Luégo se dio lectura a una carta del doctor Pedro P. Scarpetta en el mismo sentido.

Después se leyó una comunicación del señor Juan Henao Botero, Secretario del Cabildo de Medellín, en la que transcribía una proposición de esta entidad felicitando a los médicos de esa ciudad que últimamente verificaron la sutura del corazón.

A este respecto, el académico Corpas pidió la palabra y dijo, que sin pretender menoscabar el mérito de dichos médicos, recordaba que ya el 17 de diciembre de 1910 el doctor Pompilio Martínez había diagnosticado y practicado con éxito una sutura

del corazón; que el 26 de diciembre de 1915, el doctor Jenaro Rico ya había hecho otra; y que en 1918 en doctor Martínez había verificado otra; y que en 1916 este mismo cirujano había escrito un artículo sobre el particular, artículo que presentó a la Sociedad de Cirugía.

En seguida se leyó una comunicación del Ministerio de Educación Nacional en que se pedía el concepto de la Academia sobre unos diplomas expedidos por las Universidades de Montpellier y Libre de Bruselas a dos colombianos. La Academia conceptuó que estas dos Universidades eran de reconocida honorabilidad y competencia.

Luégo se leyó una carta del doctor G. Delgado Palacios en la que insinuaba a la Academia invitara al doctor Benchetrit para que hiciera una exposición sobre sus métodos de curación de la lepra y se le permitiera asistir al doctor Delgado y exponer también sus opiniones. A este respecto el académico Arboleda dijo que en tales casos lo acostumbrado era que el interesado enviara la comunicación que quisiera hacer por los medios reglamentarios, y que entonces la Academia tendría mucho gusto en considerarla. El doctor Corpas dijo que en el reglamento de la Academia estaba previsto que esos trabajos podían presentarse por conducto de uno de los miembros de la Academia.

Se pasó en comisión al académico Manrique un trabajo presentado a la Academia por el doctor Rodrigo Noguera.

Luégo se dió lectura a una carta del doctor Hernando Matallana, Jefe de la Sección de Acción Social del Instituto de Higiene Social, en la que comunicaba a la Academia la creación de dicha institución y sus fines.

El doctor Bejarano presentó una proposición con el fin de que la Academia hiciera una invitación cada año a dos médicos de América para que visitaran el país y se cruzaran ideas con ellos, buscando así un acercamiento con el cuerpo médico de sus respectivos países. Considerada la proposición del doctor Bejarano, fue aprobada, acordándose que se hiciera la primera invitación a los doctores Hernán Alessandri y Cruz Coke, médicos chilenos que habían representado a la Academia en la celebración del centenario de la Universidad de Medicina de San-

tiago. Se nombró una comisión integrada por los académicos doctores Bejarano y Montaña para entenderse con el Ministro de Relaciones Exteriores a este respecto.

En seguida el doctor Bejarano habló sobre la conveniencia de la idea contemplada junto con el doctor Cavelier de la creación de la Asociación Médica Colombiana, y habló sobre la importancia de dicha institución que buscaba el compactamiento de todo el cuerpo médico nacional, su moralización y la defensa contra los teguas y los médicos extranjeros. Hizo una exhortación para que se discutiera el punto y se buscara la manera de cristalizarlo en realidad.

El doctor Montoya hizo una relación de las determinaciones tomadas al respecto por el Congreso Médico de Tunja dando a conocer la reglamentación que allí se acordó para la Federación Médica Colombiana.

El doctor Cavelier se refirió al anhelo que desde hacía mucho tiempo se había manifestado sobre la necesidad de la creación de la Asociación Médica Colombiana que venía a defender al cuerpo médico, el cual muchas veces se veía atacado injusta e impunemente por entidades y hasta por individuos. Después de hablar sobre el interés con que esta idea se estaba desarrollando en diversas partes del país, hizo un llamamiento a la Academia para que por medio de una comisión se estudiaran los proyectos existentes sobre la sindicalización médica y se llegara a una conclusión práctica y real.

El doctor Cavelier en asocio del doctor Bejarano presentó una proposición en este sentido, la cual fue aprobada por unanimidad. La Presidencia nombró a los académicos Montoya, Cavelier y Montaña para integrar la comisión a que se ha hecho referencia.

En uso de la palabra el doctor Bejarano se refirió a la petición de la Asamblea del Valle para que el V Congreso Médico Nacional tuviera lugar en el año de 1936 en la ciudad de Cali, con motivo del cuarto centenario de su fundación. El doctor Bejarano presentó una proposición en este sentido.

El doctor Manrique dijo que el último Congreso Médico reunido en Cartagena, había fijado como sede del Congreso siguiente la

ciudad de Barranquilla, pero que en vista de las dificultades que se habían presentado para su celebración en años anteriores en dicha ciudad, no veía ningún inconveniente en que la Academia apoyara la idea de que se reuniera en la ciudad de Cali.

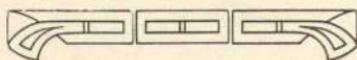
Cerrada la discusión fue aprobada la proposición por unanimidad, y la presidencia nombró una comisión compuesta por los académicos Corpas, Aparicio, Bejarano y Vernaza, para organizar y disponer todo lo concerniente a la reunión del V Congreso Médico Nacional en la ciudad Cali el año de 1936.

Acto continuo el Presidente, después de tomarles la promesa reglamentaria, puso en manos de los doctores Manuel A. Rueda Vargas, Francisco Vernaza y Luis Patiño Camargo, los diplomas que los acreditan como miembros de número de la Academia.

Siendo las 8 de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, RAFAEL UCROS

El Secretario, *Gonzalo Esguerra Gómez.*



NOTAS VARIAS

NUEVOS PROFESORES

Como resultado de los concursos abiertos por la Facultad de Medicina para proveer algunas cátedras vacantes, fueron elegidos los siguientes nuevos profesores:

Doctor Gonzalo Esguerra Gómez.—Radiodiagnóstico.

Doctor Darío Cadena.—Anatomía (primer año).

Doctor Luis Patiño Camargo.—Zoología y Botánica.

Doctor Luis Leyva Pereira.—Traumatología.

Doctor Luis López de Mesa.—Deontología e Historia de la Medicina.

Enviamos nuestras felicitaciones a los nuevos profesores, muy especialmente a nuestros compañeros de dirección Esguerra y Cadena, por el alto honor que se les ha discernido.

A. A. S.

una sola fórmula...

En todos los **DESARREGLOS** de la **CIRCULACIÓN**
de la **MENOPAUSIA** y de la **PUBERTAD**

PROVEINASE MIDY

HIPÓFISIS, TIROÍDEA, SUPERRENAL

Polvos **dosificados** de órganos **frescos**, recogidos en los
Mataderos, obtenidos en nuestros Laboratorios por procedi-
miento especial Midy. Estos
polvos se ponen en comprimidos **tan pronto se fabrican.**

**GENISTA, CUPRESSUS, CASTAÑA DE
INDIAS, HAMAMELIS VIRG**

Extractos secos de plantas **estabilizadas.**



Literatura
y muestras.

BERNARD PAULY

Avenida 649, BOGOTÁ
Avenida 616, BARRANQUILLA

2 a 4
Comprimidos al día.

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^{cc} 125 grs. de hígado

INFANTES: Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2^{cc} 25 grs. de hígado

- DOSIS -

1 a 3 ampolletas por día

**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.

Resultados Finales de un Pie Diabético a causa
del Tratamiento Conservativo



"Recomiendo altamente los apósitos con Antiphlogistine caliente, que tienen un efecto suavizante y resolvente, activando en los casos avanzados, el esfacelamiento de los tejidos necróticos y centro sin dolor ni peligro para el paciente."

—Tomado de "Die Reiskoerperbehandlung des Diabetes," por el Profesor Dr. Gustav Singer, médico en jefe del Hospital Rudolfstiftung de Viena, Austria.



Complicaciones Furunculares y Flemonosas de la Diabetes

EN casos aparentemente incurables, si la condición general, metabolismo y procesos locales no ponen en peligro la vida, deberá aplicarse un tratamiento sencillo y moderado, recurriendo a la ayuda de cautelosa y persistente cirugía menor.

Los cirujanos se inclinan más y más al tratamiento conservativo de furúnculos y carbunclos, especialmente en personas diabéticas, y algunos facultativos llegan en muchos casos hasta abstenerse de hacer incisiones y depender de aplicaciones externas.

La *Antiphlogistine*

acelera la desintegración de los exudados y toxinas, y al estimular la actividad celular, constituye una aplicación local adecuada que produce reacciones fisiológicas determinadas que son la base de toda curación.

The Denver Chemical Mfg. Co.
163 Varick St., Nueva York.

Puede enviarme literatura y muestra de
Antiphlogistine para ensayo clínico.

¡Depauperante!

Dr.

Dirección

.....

¡Resolvente!

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, soluble, asimilable

La IODALOSE es la ÚNICA SOLUCIÓN TITULADA del PEPTONIODO

Combinación directa y completamente estable del Iodo con la Peptona

DESCUBIERTA EN 1898 POR E. GALBRUN, DOCTOR EN FARMACIA

Comunicación al XIXº Congreso Internacional de Medicina, París 1900

Sustituye Iodo é Ioduros en todas sus aplicaciones sin Iodismo.

Veinte gotas IODALOSE obran como un gramo Ioduro alcalino.

DOSES NORMALES: Niños 5 a veinte gotas para Niños; diez a cincuenta gotas para Adultos.

Pedir Folleto sobre la Iodoterapia fisiológica por el Peptoniido.

Laboratorio GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Mass, PARIS.

**SISTEMA
NERVIOSO**

**NEUROSINE
PRUNIER**

RECONSTITUYENTE ENERGICO

4, Rue de la Tacherie, PARIS
a farmacias.

• TUBERCULOSIS • ANEMIA • NEURASTENIA •

TONIKEINE
CHEVRETIN

SUERO TONICO A BASE DE AGUA DE MAR

cada ampolla encierra	{	AGUA DE MAR.....	5 cc.	una inyección cada dos días
		Glicerosfato de sosa.	0 gr. 20	
		Cacodilato de sosa...	0 gr. 05	
		Sulfato de estricnina..	1 milligr.	

No causa dolor

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

RECALCIFICACIÓN

TUBERCULOSIS • RAQUITISMO
CRECIMIENTO
DENTICIÓN
DIABETES

BIOCALCOSE
GRANULADO organo-calcico

DOSES
por día:

Niños: 2 cuch. de las de café

Adultos: 3 cuch. de las de café.

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE

Autorizados por el Gobierno
frances. (Decreto de 27 de feb. de 1902)

PARIS