

Revista Médica de Colombia

DIRECCION: DOCTOR AGUSTIN ARANGO - DOCTOR DARIO CADENA

GRUPO DE REDACCION:

Doctores: Pedro J. Almánzar, Ramón Atalaya, Humberto Correa, Arturo Durán, Alfonso Flórez, Ruperto Iregui, Alfredo Izquierdo, Juan Pablo Llinás, Hernando Matallana, Carlos J. Mojica, Gonzalo Reyes, Jorge Rosas Cordovez, Claudio Sánchez, Epaminondas Sánchez.

CUERPO DE COLABORADORES EN BOGOTA:

Doctores: José del C. Acosta, Alfonso Esguerra, Gonzalo Esguerra, Rubén A. García, Jaime Jaramillo, Hernando Rueda, Manuel José Silva, Calixto Torres Umaña, Fernando Troconis, César Uribe Piedrahita, Francisco Vernaza, Luis Zambrano Medina.

EN LOS DEPARTAMENTOS:

Doctores: Alberto Gómez (Antioquia), Carlos Acosta García (Atlántico), N. Franco Pareja (Bolívar), José Manuel Rojas (Boyacá), Guillermo Londoño (Caldas), Enrique Chaux (Cauca), Max Duque Gómez (Huila), J. F. de Armas (Magdalena), Segundo Recalde (Nariño), Lamus Girón (Santander del Norte), Roberto Serpa (Santander del Sur), Alejandro Bernal Jiménez (Tolima), Ramiro Guerrero (Valle).

Vol. I - N.º 6 - Bogotá, Colombia, S. A. - Enero 1931

20 Cvos.

Plasmoquina

n — dietilamino — isopentil —
8 amino — 6 — metoxiquinolina

El nuevo

antipalúdico sintético

Acción específica sobre los gametos de
la perniciosa.

Tratamiento y profilaxia de
todas las formas del paludismo.

Indicado especialmente en los casos de
idiosincrasia contra la quinina,
fiebre hemoglobinúrica, etc.

Plasmoquina simple: Frascos de 25 tabletas de 0,02 g.

Plasmoquina compuesta: Frascos de 30 grageas (0,01 g
Plasmoquina y 0,125 g sulfato de quinina)

Plasmoquina compuesta: Frascos de 30 tabletas (0,01 g
de Plasmoquina y 0,125 g de sulfato de quinina)

Solución de Plasmoquina (1%):

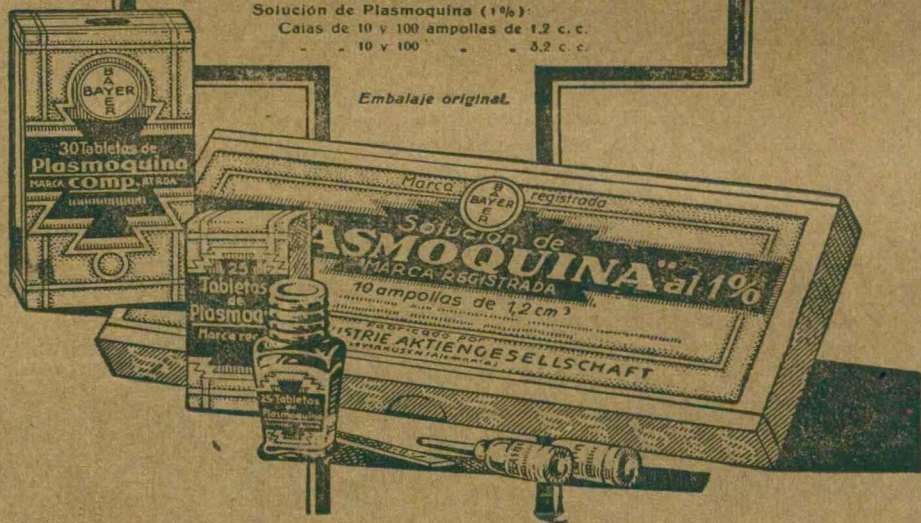
Cajas de 10 y 100 ampollas de 1,2 c. c.

10 y 100 " " " 3,2 c. c.

Marcas



registradas



Embalaje original.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

QUIMICA INDUSTRIAL

Bayer - Meister-Lucius

WESKOTT & Cía. - APARTADO 301. - BOGOTA

CONTENIDO:

	Págs.
CIRUGIA ESTETICA DE LA NARIZ, por el doctor A. Forero.	341
VACUNACION ANTIDIFTERICA, por el doctor Darío Cadena C.	356
UN CASO DE NEFRO-PIELOGRAFIA EXAMINADO CON AYUDA DE LA INYECCION INTRAVENOSA DE UROSE- LECTAN, por el doctor C. Trujillo Venegas.....	359
NAEVI VASCULARES VERRUGOSOS. (El caso clínico del mes), por el doctor Manuel José Silva.....	365
EL ETILENO. (Cien casos operados con este anestésico en la Clínica de Marly), por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez.	370
EDITORIAL	393
DEONTOLOGIA.....	396
TERAPEUTICA RAZONADA.....	399
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	402
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE.....	405
LIBROS Y REVISTAS.....	407
VOCES DE APLAUSO.....	410

CONDICIONES:

Serie de 12 números en el interior.\$	2.40
Serie de 12 números en el exterior..	3.50
Número suelto.....	0.20
Número atrasado.....	0.30

PARA SUSCRIPCIONES Y AVISOS DIRIGIRSE AL
APARTADO 894 - BOGOTA - COLOMBIA. S. A.

El valor puede ser enviado por giro postal, valor de-
clarado o ser consignado al colaborador departamental.

SUFARSENOL

Indoloro en inyecciones subcutáneas,
intramusculares e intravenosas.

El mejor tratamiento antisifilítico conocido,
experimentado en los hospitales europeos, y
muy especialmente en los de Bogotá, Barran-
quilla, Cúcuta, Bucaramanga.



DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS DEL PAIS

Ceregumil

ALIMENTO COMPLETO A BASE DE
CEREALES Y LEGUMINOSAS

Especial para niños, ancianos, enfermos del estómago y convalecientes.
Insustituible como alimento en los casos de
intolerancia gástrica y afecciones intestinales

EL CEREGUMIL constituye el alimento más rico en vitaminas; contiene principalmente la Vitamina B. y la Vitamina A., reclamadas por el funcionamiento normal del organismo.

EL CEREGUMIL aventaja notablemente a la lactancia artificial, siendo un alimento completo de grato sabor, de inmediata asimilación y de un poder nutritivo extraordinario; contiene todos los principios alimenticios de las semillas de cereales y leguminosas en estado coloide, así como sus elementos hidrocarbónicos y oxidasas en toda su integridad.

FORMULA	}	Extracto al vacío de trigo, cebada, maíz, avena, judías y lentejas.....	100 gmos.
		Solución saturada de glicerofosfato de cal.....	10 gmos.
		Principios hidroc. de la miel y azúcar.....	540 gmos.
		Vehículo	500 gmos.

LABORATORIOS: FERNANDEZ & CANIVELL MALAGA.-(ESPAÑA)

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

HENRI DESTÉ-TELEFONO NUMERO 25-46-APARTADO, 457 BOGOTA (COLOMBIA)

Revista Médica de Colombia

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DR. AGUSTIN ARANGO

— DR. DARIO CADENA

Vol. I

| Bogotá - Colombia, S. A. Enero de 1931

| N.º 6

CIRUGIA ESTETICA DE LA NARIZ

POR EL DOCTOR

A. FORERO

Gustosos publicamos el presente trabajo que el doctor Arcadio Forero, médico colombiano residente en Buenos Aires, presentó al congreso internacional reunido en Montevideo, como delegado de la Facultad de Medicina de Bogotá:

La Cirugía no se limita ya a curar enfermedades que ponen en peligro la vida o la hacen insoportable; las grandes deformaciones congénitas o adquiridas; las lesiones que obstaculizan el libre funcionamiento de los órganos. Las prácticas modernas de asepsia, el perfeccionamiento instrumental, de técnica y disciplina de maniobras operatorias, han hecho entrar bajo su dominio no solamente las intervenciones curativas, sino también de exploración, las preventivas, las que buscan tan sólo un alivio y finalmente las que tienen un fin cosmético o de corrección estética. En verdad, no podría la Cirugía, puesto que en sus manos está, con sus modernos adelantos, dejar de venir en auxilio de las personas que adolecen de un defecto que, sin ocasionar ningún dolor físico, ni estorbar en lo más mínimo las funciones de la economía, les hace sufrir moralmente. Tales, por ejemplo, las que viven atormentadas por el desarrollo exagerado de la nariz; defecto que ellas creen que les puede hacer el blanco de miradas burlonas, o que en algunas ocasiones les es inconveniente para el ejercicio de ciertas profesiones como el magisterio, el arte escénico, el comercio mismo y hasta el manejo del automóvil, como me lo manifestaba un chofer a quien el enorme levantamiento del dorso nasal

le impedía la mirada binocular hacia los lados. Pero hay más todavía: es mucho mayor de lo que generalmente se imagina el número de personas en quienes tal disformismo arrastra a un estado de depresión psíquica profunda, les aparta aún de la vida social y les amarga la existencia. La Cirugía estética, como un verdadero tratamiento psicoterápico quirúrgico, viene a devolver a estos desesperados el placer de la vida. Y tanta satisfacción brinda aquí al operador la alegría de su cliente, como cuando se le alivia de un profundo dolor físico.

A mediados de noviembre del año próximo pasado escribí para «La Semana Médica» de Buenos Aires, un artículo sobre la «Cirugía plástica de la nariz», en el cual me propuse exponer con todo detalle la intervención quirúrgica que tiene por objeto el achicamiento de la nariz de tamaño exagerado (**rinomiosis**). Estudié allí también las aplicaciones aisladas de los diferentes tiempos en que divido, para su descripción, esta compleja operación.

He seguido siempre trabajando con gran amor y dedicación en dicha rama quirúrgica de la especialidad, y, convencido de su porvenir, siempre que se la tome con toda la atención que ella merece, me permito insistir ante esta honorable Corporación sobre algunos conceptos relativos a dicho tema.

No quiero infundir el optimismo a los cirujanos que aún no se han iniciado en esta clase de operaciones, al decirles de una vez que las complicaciones que ellas presentan no son en lo general tan frecuentes ni tan graves como muchos piensan, siempre que la intervención se haya efectuado con prudencia y habilidad. Ni quiero traerles el desaliento cuando hablo de los variados requisitos que exige esta delicada cirugía. Quise, al contrario, alentar a los que por ella tienen afición, al dar una descripción tan detallada de su técnica como me fue posible, en mi artículo antes mencionado.

«A más de asepsia rigurosa, decía yo allí, de instrumental propio y bien tenido y de condiciones quirúrgicas personales adecuadas, requiere esta cirugía buen gusto artístico y conocimiento de las proporciones estéticas de la cara; así como también estudio detenido sobre el paciente, de las deformidades grandes o chicas a corregir y plan previo de lo que debe llevarse a cabo». Hoy agregaré aquí las siguientes palabras de la alta autoridad científica que lo es el Profesor Sebilleau,

en el prólogo al tratado de cirugía correctora de la nariz de Dufourmentel: «No hay cirugía más delicada, dice, ni más difícil que la cirugía cosmética. Ella no tolera los errores. Sus incisiones, sus resecciones, sus desplazamientos, sus afrontes, sus suturas, se miden al milímetro. Es más arte que cualquiera otro. Ella necesita mucha paciencia e infinita destreza».

No en vano aconsejaba yo, pues, en otro lugar, estudio detenido de su técnica y suficientes ejercicios en el cadáver, antes de emprenderla. Es que es, además, una cirugía de mucha responsabilidad, si no ante los tribunales, en nuestros países, sí ante la sociedad y ante la conciencia misma del operador.

Y convencido de que una de las condiciones más importantes para obtener un resultado satisfactorio para el cliente, operador y público, es el efectuar una operación completa, insisto aquí sobre este requisito y enumeraré de nuevo más adelante las diferentes operaciones parciales que puede exigir el tratamiento quirúrgico de la rinomegalia.

Bien sabido es que la generalidad de los errores que clínicos y cirujanos cometemos son debidos a la falta de observancia del detalle. Será casual que una resección de tabique dé todo el resultado que se debe esperar de ella, si ha quedado alguna parte saliente del mismo o no se modifica al mismo tiempo el tamaño de los cornetes para dejar una cavidad nasal que se acerque todo lo posible a la normal, o si no por descuido en las curaciones posteriores el tabique blando se ha reclinado hacia alguno de los lados. ¿Las fistulizaciones o las recidivas en las operaciones de mastoides, a qué son debidas las más de las veces sino a que el cirujano ha descuidado la caja enferma o alguna o algunas células afectadas, o a que no ha tenido en las curaciones la paciencia y la proligidad necesarias? Pues más especialmente en el caso que nos ocupa, en que la cirugía invoca en su auxilio el arte de la plástica, se debe poner todo esfuerzo en hacer obra detallada y completa, sin omitir siquiera el cálculo de las retracciones cicatriciales. Hay necesidad de armarse de una paciencia ilimitada. Esta virtud encontrará su recompensa inmediata, aun antes de que el enfermo descienda de la mesa operatoria, al observar el resultado obtenido. Y paciencia y constancia se necesitan también después, para la aplicación, personalmente dirigida, de un aparato protético, cuyo uso

es tan inútil sin la operación, como necesario después de ella, cuando ha requerido la movilización del esqueleto nasal.

No justifica la falta de proligidad, el hecho de que entre los clientes haya uno que otro de los que yo denomino **conformes incondicionales**, los más de ellos clientes de hospital, que se conforman con una operación a medias; que no notan si el cirujano les ha dejado un altiplano en el dorso nasal, o un lóbulo ancho, o una punta muy caída o demasiado levantada. Han visto su gibosidad desaparecer y con eso están conformes. Pero el cirujano esteta opera no sólo para su cliente sino para el público, y, como el retratista, tiene que acreditar su arte ante el que le ha posado y ante el que observe su óleo.

Debo poner en guardia a los operadores que se inician en esta cirugía correctora contra una categoría de clientes, que denominaría yo, en contraposición con la anterior, la de los **eternos inconformes**: son verdaderos subdementes, que no abandonan el espejo; que exageran su defecto o encuentran el que no tienen; a quienes ni una ni varias operaciones les curará de su obsesión. El cirujano debe cuidarse de ellos, despistar su estado mental antes de emprender una intervención que no va a dejar satisfecho jamás a su cliente y en cambio va a proporcionar al incauto facultativo muchos desagradados.

Prescindamos también de operar las personas en quienes un estado patológico general o local comprometa el buen éxito y aquellas cuya edad no alcance a los diez y seis años.

La operación, como lo he dicho, es compleja: en la descripción que en otra ocasión daba de ella, la dividía en ocho tiempos principales, porque cada uno de ellos puede encontrar por sí solo indicación en casos determinados. Me referiré ahora también a todos ellos, resumiendo algunos, extendiéndome sobre otros, y tratándolos en el mismo orden en que suelo efectuarlos cuando opero una nariz de considerable hipertrofia. Su orden y su número no son de rigor, estando subordinados al caso y al criterio del operador. A tales tiempos pueden agregarse, en no raros casos, una plástica para angostar o acortar el subtabique, así como algunos retoques más para regularizar la forma de los orificios nasales.

1º Transposición del orificio nasal hacia adelante. Como en el achicamiento de la nariz, la punta va a emigrar, más o menos considerablemente hacia atrás y lo mismo los orificios, que

además tomarían una forma redondeada que no es la natural (Véase fig. 1ª), hay que empezar por calcular el grado de este desalojamiento y en los casos en que vaya a ser considerable, remediar a él, transponiendo el orificio hacia adelante y regularizando su forma, mediante una resección cutáneocartilaginosa en su parte anterointerna, con cortes biselados y sutura cuidadosa, de preferencia con cerda de caballo (Fig. 1). Este tiempo, de no fácil ejecución, es muy importante en las correcciones de consideración, y suele ser descuidado por los ope-

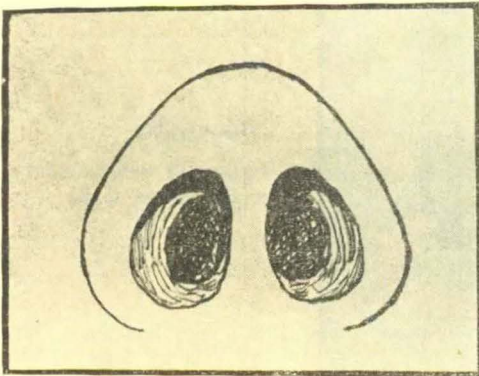


Figura 1

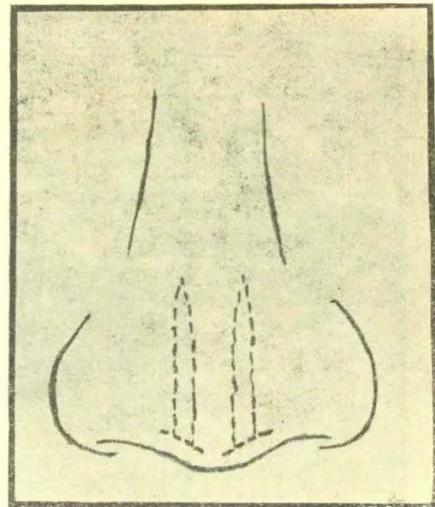


Figura 2

radores. El agrandamiento de los orificios que de él resulta, será remediado con uno de los tiempos posteriores.

2º Angostamiento del lóbulo nasal. Este angostamiento se obtiene mediante la resección endonasal, subpericondral, en forma variable de tira vertical, de huso, u otra, del cartilago de la punta (denominado por otros cartilago del ala) y piel interior, hecha con pinza sacabocado especial, con tijera, o con una y otra (Fig. 2) *. Este tiempo requiere también mucha precisión y exactitud, a fin de que no queden aristas o levantamientos en el lóbulo, por los cuales el enfermo podría reclamar. Si el orificio es de por sí pequeño, hay que ser prudente para no ir a producir una estenosis cicatricial.

(*) Las figuras 2, 3, 4 y 5* son tomadas de Joseph.

Cuando el tiempo de que me ocupo acompaña a la ablación de la gibosidad nasal, es muy conveniente evitar que la brecha por él ocasionada se encuentre con la herida producida por aquella ablación, lo que suele dejar un bolsillo infundibuliforme en el receso interior de la punta, con estancamiento de secreciones, inflamación de la mucosa y aun de la piel del lóbulo. Para evitar esto, recomienda Joseph, y yo lo pongo en práctica siempre que está indicado, dejar un puente de mucosa intacta entre una herida y la otra (Fig. 3).

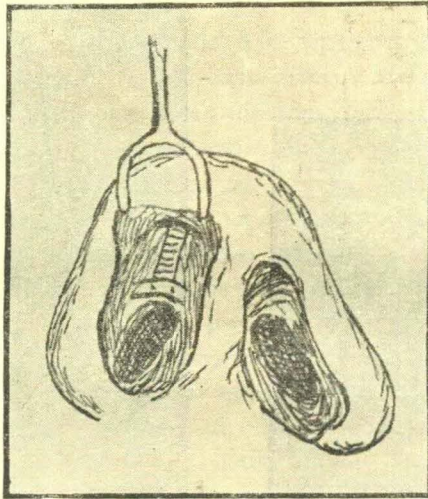


Figura 3

3º Ablación de gibosidad osteocartilaginosa (Figs. 4 y 5). Esta operación se efectúa después de desprendimiento endonasal de piel y periostio de toda la porción a resear. Se puede usar la sierra, el cincel o el rabot: yo me encuentro muy satisfecho con el uso de la sierra, que no necesita herida exterior; que no deja esquirlas; que hace un corte igual, corte que, sin estar bajo el control de la vista, se puede localizar con precisión, después de un poco de práctica, a pesar de la interposición de la piel. Las limas son muy útiles en casos de pequeñas gibosidades, o para igualar asperezas. En esta resección se suele pecar por exceso de prudencia; pero este error tiene remedio más fácil que la ablación exagerada.

4º Levantamiento de la punta de la nariz. Se consigue éste con la resección en la parte inferior del tabique, de un triángulo de pequeña base anterior y vértice en la espina nasal anteroinfe-

rior. La anchura de esta escisión depende del grado de levantamiento que se desee y debe ser cuidadosamente calculada. La técnica la he descrito detalladamente y por ahora me limito a referirme a la figura 4. En este tiempo viene la oportunidad de regularizar el ancho del subtabique cuando es exagerado.

5º Regulación del ángulo nasolabial. Cuando el ángulo nasolabial está un tanto obtuso, por proyección hacia adelante de la espina nasal anteroinferior, hay necesidad de reseca ésta en parte o en totalidad (Fig. 4), lo que se obtiene con gubia, cin-

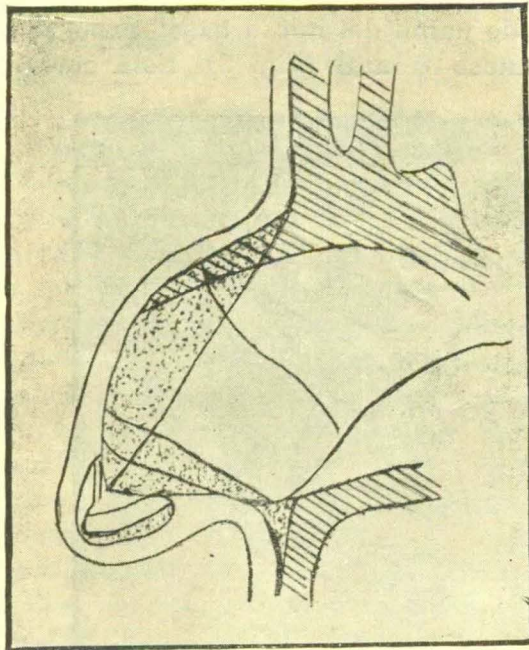


Figura 4

Resecciones en pared interna y en espina nasal

cel o una sierra de corte reducido ideada por Joseph para el efecto. Una sutura profunda sirve como medio protético y hemostático.

6º Levantamiento del ala de la nariz. Este sencillo tiempo operatorio contribuye en lo general al acortamiento total de la nariz. Se consigue con la resección triangular a pequeña base anterior, del borde inferior del cartílago triangular. Puede no ser seguido de sutura, según el grado de corrección que se quiera conseguir.

7º Angostamiento de la pirámide osteocartilaginosa. Este

tiempo, que es muy importante, es el que puede presentar más dificultades y peligros; por eso quiero detenerme un poco más en su estudio.

La resección de gibosidad nasal deja, salvo contadas excepciones en que la nariz sea muy angosta, un dorso muy ancho o un aplastamiento de éste, que deben ser remediados en la misma operación. Hay necesidad de aproximar las paredes laterales de la pirámide nasal hasta que los bordes anteriores de los huesos nasales lleguen a contacto. Para eso se pone en libertad el borde posterior de aquellas paredes, con un corte óseo endonasal, que va del borde externo de la fosa piriforme al sitio de unión del hueso nasal, rama montante de maxilar superior y hueso frontal (Fig. 5). Este corte puede hacerse con sierra,

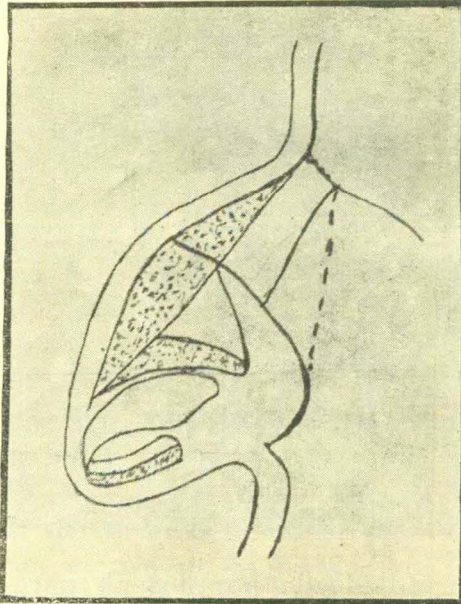


Figura 5

Resecciones en pared externa y corte de rama montante

cincel, pinza cortante. Yo prefiero la sierra acodada de Joseph, porque, aun cuando su uso es un poco fatigante, requiere menos herida endonasal, se puede localizar mejor el sitio de su corte, y sobre todo porque es el instrumento que traumatiza menos el periostio y mucosa interna, cosa importante para la nutrición del hueso que se va a desalojar. Hecho aquel corte, se hace ceder el punto de sostén de esa península ósea, ya con una fuerte presión digital, ya con un golpe de martillo sobre un

bloque metálico apoyado sobre el flanco nasal (osteoclasto de Joseph o de Nelatón), o ya mediante un corte de hueso nasal hecho con cincel, después de incisión cutánea en la ceja. Esta aproximación, que a veces se hace con relativa facilidad mediante la presión de los dedos pulgares, reviste en muchas ocasiones dificultades e inconvenientes: o la resistencia es muy considerable, o se luxa la articulación nasomaxilar, o se fractura el hueso nasal a su parte media, o al desarticularse el hueso nasal su borde superior forma una arista saliente. El uso del rinoclasto es un tanto brutal y suele perforar la piel: La incisión cutánea para hacer uso del cincel tiene el inconveniente de la cicatriz exterior. Noulonguet ha ideado una fresa-sierra que hace la sección por dentro de la fosa nasal; yo la encontraría muy útil, si no fuera por la instalación un poco complicada que requiere y por no poderse localizar con toda exactitud su sitio de acción; por otra parte, la destrucción de mucosa y periostio interno no deja de perjudicar a la nutrición de los huesos nasales. La movilización hecha con la pinza de ramas planas de Dufourmentel, expone demasiado a fracturas inconvenientes y a esquirlas.

La resistencia para el desalojamiento de aquellos bloques óseos es debido de una parte a la articulación frontonasal, que debe ceder a las maniobras empleadas, y de otra, a la espina nasal, que se fractura. La parte más resistente de la articulación es el fuerte engranaje en su borde superior, que queda situado unos cuatro a cinco m.m. arriba del ángulo nasofrontal. La espina nasal del frontal, constituida por hueso compacto, se desdobra a su base para abarcar la parte inferior del seno frontal, en tanto que su vértice sirve de apoyo a los huesos nasales, llegando hasta la unión de su tercio superior con su tercio medio. Tal es la disposición que he encontrado en varias piezas anatómicas, basado en las cuales he dibujado el esquema de la figura 6.

La presión digital o el rinoclasto fracturan muy probablemente la espina nasal en su base y aún me figuro yo que no en raros casos interesando el seno frontal. Esto podría ser un peligro para la lámina cribosa, aun cuando creo que su fractura sería más bien una propagación del traumatismo por intermedio de la lámina perpendicular del etmoides. La desarticulación de los huesos nasales y frontal que se consigue con los medios apuntados se hace en un sitio más alto que aquel en que debería buscar

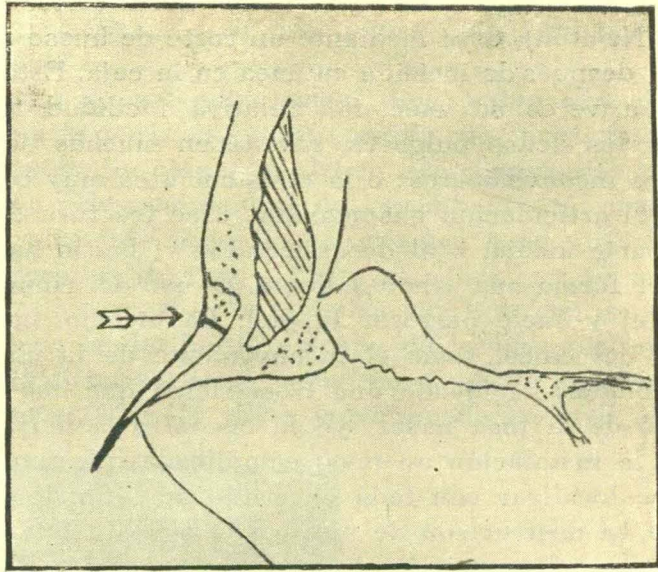


Figura 6.—La flecha indica el sitio del corte del hueso nasal

la movilización de los bloques óseos; ni los cortes laterales de la sierra han alcanzado dicha altura.

Con el fin de facilitar la movilización de los huesos nasales justamente a nivel del ángulo nasofrontal, allí a donde sí alcanzan los cortes laterales, y de conseguir la fractura de la espina nasal más a su cima, en donde sus consecuencias peligrosas son inapreciables; con el fin también de evitar la herida exterior, he ideado un cincel acodado, con el cual se puede hacer un corte de huesos nasales al nivel deseado, paralelo a la articulación nasofrontal y por vía subcutánea. Una plataforma que hace cuerpo con su mango, protege las partes blandas de la nariz y recibe los golpes del martillo, que deben ser prudentes para evitar un hundimiento brusco, porque la contrapresión de la mano que lo sustente no es aquí tan firme como en el cincel ordinario. De los ensayos hechos en el cadáver he podido deducir que al obtener la sección del hueso nasal, en lo general se hace la fractura de la espina; pero en un sitio que no amenaza ni el seno ni la lámina cribosa. En cuanto a las pruebas que he hecho en el vivo me han facilitado enormemente este tiempo operatorio.

3º Angostamiento de las alas de la nariz. Antes de proceder a este tiempo se hacen las suturas del caso para fijar el subtabique y dejar la punta en su lugar. Después, como la nariz hipertrófica presenta de por sí alas muy anchas o con el primer tiempo operatorio se han agrandado los orificios nasales, se deben angostar las alas mediante una resección en forma de coma invertida, en su borde posterior. La anchura de esta escisión, que no siempre es necesaria, está subordinada al caso particular.

• Hechas las suturas de este último tiempo, se colocan pequeñas gasas de drenaje en las heridas endonasales de la fosa piriforme y se efectúa una curación externa que mantenga comprimidos los planos laterales de la nariz hacia adentro. Aplicaciones heladas persistentes sobre la nariz e inmediaciones, y, después de unos diez días, cuando haya declinado la considerable inflamación que tamaño traumatismo provoca, se procede a la aplicación del aparato protético que contribuye eficazmente a la aproximación de las paredes nasales.

Antes de entrar a enumerar someramente las complicaciones de estas intervenciones, mencionaré un procedimiento preconizado por Dufourmentel para reducir el tamaño de una nariz fuertemente proyectada hacia adelante, mediante resección basal y bajamiento de la bóveda ósea. Consiste en resección cuneiforme de las ramas montantes y de los huesos nasales y resección igual submucosa del septum en su borde anterior y en depresión forzada de la pirámide. El instrumental para resección ósea y para conseguir vencer la resistencia de los huesos nasales y de la espina nasal es variado; pero creo que más que todo las sierras acodadas de Joseph y mi cincel acodado, sean de utilidad. El procedimiento me parece muy bien ideado y lo creo especialmente indicado cuando el dorso nasal no debe modificarse ni en su línea ni en su anchura, cosa por cierto bastante rara. Supongo que exige ser completado con algunos de los tiempos anteriormente descritos, especialmente el octavo.

Estudiadas con detalle las diferentes complicaciones que esta operación puede presentar, en la publicación citada al principio, me limitaré a enumerarlas brevemente en esta comunicación.

La hemorragia que se ahorra con frecuencia, pero que es excepcionalmente inquietante; las equimosis e infiltración inflamatoria post-operatorias considerables, que se disipan fácil-

mente con aplicaciones heladas; el hematoma evitable con curación compresiva y que debe evacuarse pronto y de preferencia por vía interna; los quistes serosos, las más de las veces secundarios al hematoma y que deben ser tratados con medios antiflogísticos y punciones frecuentes; los abscesos, primitivos a veces, más frecuentemente derivados del hematoma, serán abiertos precozmente, por vía interna si no amenazan ya la perforación externa. Los espesamientos debidos ya a organización del hematoma o a periostitis, serán tratados con medios antiflogísticos, con medicamentos resolutivos y en los casos sospechosos con bicianuro, pues se ha inculcado en ocasiones a la sífilis en la producción de estos engrosamientos periósticos.

Complicaciones bien serias ni las he tenido ni las he visto descritas.

Acompaño esta comunicación de algunas observaciones de aquellos de mis operados después de mi primera publicación, que se han servido darme fotografías y me han autorizado

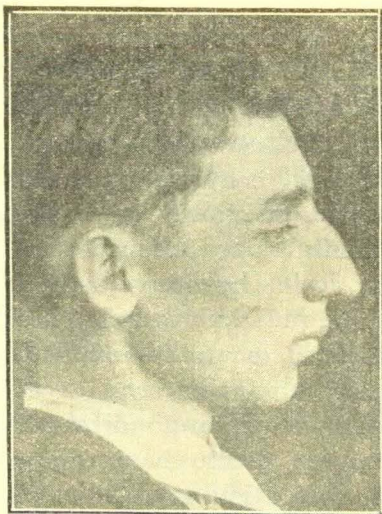


Figura 7.—Observación N.º 1



Figura 8

para incluirlas aquí. Como se verá, con excepción de la última, todas se refieren a operaciones complejas.

Observación 1ª Noviembre 19 de 1929. A este paciente le efectué la serie completa de los ocho tiempos enumerados. El

28 de septiembre le había intervenido para una desviación posterior del tabique a la izquierda, aprovechando la ocasión para corregirle una desviación del borde anterior de cartilago cuadrangular a la derecha, la cual le torcía el lóbulo hacia el mismo lado.

Observación 2ª Diciembre 17. Deformación de origen traumático: gibosidad, anchura exagerada de esqueleto y lóbulo. Tiempos 2, 3, 4 y 7. Resultado ideal de perfil y de frente.

Observación 3ª Abril 2 de 1930. Se efectuaron aquí todos los tiempos, con excepción del levantamiento del ala, que era aquí demasiado alta y del angostamiento de la misma, que no fue necesario. El levantamiento de punta y subtabique disimula considerablemente la brevedad del ala nasal.

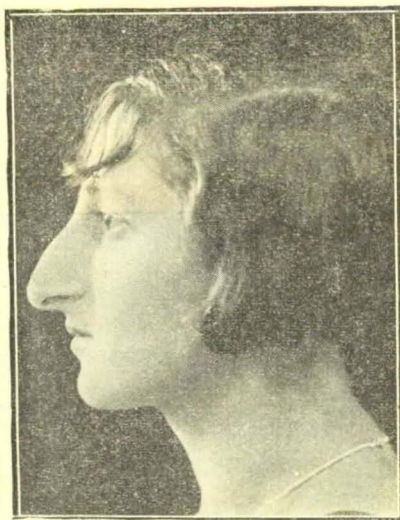


Figura 9.—Observación N.º 4



Figura 10

Observación 4ª Abril 12. Señorita de inusitada pusilanimidad, tuve que ocurrir aquí al cloroformo, para cuya administración me fue de bastante utilidad la pipa de Delbet. Con excepción del angostamiento de la pirámide nasal, que no era necesario aquí por tratarse de una nariz excesivamente angosta, se llevaron a cabo todos los tiempos enumerados, a más de una pequeña resección transversal del subtabique, para evitar un pliegue del mismo. La enferma rehusó todo cuidado post-operatorio. Al le-

vantar las suturas al séptimo día, lo que requirió también la anestesia general, se encontró inflamación de la herida del subtabique, con desprendimiento del mismo. Avivo las superficies cruentas y suture con catgut para esperar el desprendimiento espontáneo de los puntos. Este incidente no tuvo más consecuencia que un pequeño retardo en la cicatrización; el resultado final se puede apreciar bien en la fotografía.

Observación 5ª Mayo 5. En este caso la gibosidad era poco marcada; pero la nariz era ancha en esqueleto y en lóbulo y además estaba desviada a la derecha, por inclinación del borde anterior del cartilago cuadrangular hacia ese lado. Efectué aquí angostamiento de lóbulo nasal, con conservación de puente mucoso; ablación de gibosidad; angostamiento de borde anterior de cartilago cuadrangular, a expensas de su cara derecha; levantamiento de la punta, y aproximación de paredes laterales de la nariz.

Observación 6ª Junio 9. Aquí se imponían todas las ocho operaciones enumeradas, a las cuales se agregó el angostamiento y acortamiento de subtabique.



Figura 11



Figura 12

Observación 7ª Agosto 1º A consecuencia de un traumatismo el dorso nasal estaba proyectado hacia adelante y muy ancho;

había además punta un poco caída y lóbulo ancho. La corrección de todos estos defectos dio su resultado, especialmente en el angostamiento del esqueleto nasal, cuyo espesamiento era el defecto capital.

Observación 8^a Agosto 14. Corrección parcial por voluntad de la operada, quien no quiso aceptar la operación completa. Quería únicamente el levantamiento de la punta y al llevarlo a cabo yo procuré avanzarla al mismo tiempo un poco hacia adelante, para disimular la curvatura de su dorso nasal. El conjunto de la fisonomía ha ganado mucho y la operada está muy satisfecha con el resultado obtenido.

VACUNACION ANTIDIFTERICA

POR EL DOCTOR

DARIO CADENA C.

Desde el año de 1902 se principiaron a hacer ensayos de vacunación antidiftérica en Alemania por Behring y posteriormente en los Estados Unidos por multitud de experimentadores; tanto unos como otros empleaban mezclas más o menos saturadas de antitoxina y de toxina diftéricas que inyectaban gradualmente al cobaya para dosificar su poder inmunizante, para darse cuenta de su toxicidad y para poder luego aplicarlas al hombre. Todos estos procedimientos eran de una gran complicación y de una delicadeza extrema, tanto que sólo determinados laboratorios tenían facultad para preparar dichas mezclas que además de ser fácilmente alterables, no producían más de un setenta por ciento de inmunización en un tiempo no menor de seis meses.

En 1924 al profesor Ramón, del Instituto Pasteur, le cupo el honor de descubrir lo que él llamó la *anatoxina diftérica*, es decir, un producto nuevo, inofensivo, atóxico y dotado de propiedades inmunizantes con respecto a la difteria.

No entro en los detalles de la preparación de la anatoxina, asunto de laboratorio, pero me parece conveniente dar a conocer algunas de sus características.

La anatoxina es una toxina diftérica modificada por el formol al tres o cuatro por mil, y por un calentamiento a cuarenta grados durante un mes, pero que ha conservado las propiedades floculantes de la toxina primitiva lo mismo que sus propiedades inmunizantes. Es completamente *inofensiva* porque se puede inyectar a la cobaya dosis de cinco y diez centímetros cúbicos sin que produzca ninguna reacción. Es *inmunizante*, porque si se inyecta al cobaya un centímetro cúbico, doce a quince días después, este animal resiste varias dosis mortales de toxina; y si quince días

después de la primera inyección de anatoxina se hace otra de un centímetro cúbico también, el animal resiste sin ningún inconveniente mil dosis mortales de toxina. Con los anteriores resultados repetidos en los animales, se resolvió aplicar al hombre el procedimiento que en la actualidad se practica de la siguiente manera:

La primera inyección, subcutánea, que se aplica en el muslo o en el espacio inter-escápulo-vertebral, es de medio centímetro cúbico; la segunda inyección es de un centímetro cúbico y se pone quince días después; la tercera es de uno y medio centímetros cúbicos y se pone quince a veinte días después de la segunda. Hay un interés especial en espaciar sobre todo la tercera de la segunda porque así se obtiene el mayor porcentaje de inmunidad: el 98 por 100 y aun el 100 por 100.

La anatoxina, líquido de un color verde esmeralda, la prepara el laboratorio Pasteur en cajitas de tres ampolletas, para un individuo o en ampolletas de diez o de veinte centímetros cúbicos para las colectividades; además sobre ellas está marcada la fecha hasta la cual se puede emplear su contenido.

El valor profiláctico de la vacunación se ha comprobado ampliamente por la reacción de Schik y por la observación clínica. Todo individuo que tiene un Schik positivo, es decir, que está predispuesto a contraer la difteria, después de vacunarse lo tiene negativo lo cual prueba que en el organismo se han formado, a favor de la vacuna, elementos de defensa. Además en los hospitales de niños, en las escuelas, en los medios demasiado poblados y pobres donde falta la luz y el sol, se ha notado una disminución considerable de la enfermedad, merced a la vacunación. Ya no se ven las antiguas epidemias de las cuales muy pocos niños se escapaban.

La inmunidad se establece en muy pocas semanas, cuatro a seis, y para juzgar de su duración hace aún falta que transcurra más tiempo; hasta ahora se ha demostrado que individuos vacunados hace cuatro años conservan aún la reacción de Schik negativa.

En época normal se debe vacunar sistemáticamente todo niño que tenga de uno a tres años porque es la edad más propicia a la infección; en los medios donde sea muy frecuente la difteria esta regla se debe extender a los niños que tengan de uno a doce

años. Los recién nacidos no se deben vacunar porque ellos tienen la inmunidad materna que les es suficiente y en los mayores de doce años se debe hacer un Schik para darse cuenta de su predisposición y así emplear o nó la vacuna. Si se presenta una afección febril se espera a que pase para principiar o continuar las inyecciones de la vacunación.

Durante las epidemias, o en los lugares donde, como en ciertos asilos y hospitales es endémica la enfermedad, se pondrán en práctica de manera estricta las reglas de profilaxia y demás medidas necesarias para evitar el contagio; se procederá a vacunar los individuos que no son sospechosos, y a los que lo fueren, bien por la clínica o por el laboratorio, se les pondrá una inyección de suero desalbuminado que puede variar de mil a diez mil unidades antitóxicas según la intensidad de los síntomas observados, suero que conferirá una unidad transitoria, 25 a 30 días, que se aprovecha para hacer la vacunación que necesita de cuatro a seis semanas para conferir la inmunidad.

UN CASO DE NEFRO-PIELOGRAFIA EXAMINADO CON AYUDA DE LA INYECCION INTRAVENOSA DE UROSELECTAN

POR EL DOCTOR

C. TRUJILLO VENEGAS

Director del Laboratorio de Rayos X del Hospital de San Juan de Dios.

Una de las adquisiciones más trascendentales que ha alcanzado la radiología moderna es el descubrimiento de un nuevo método para el examen del aparato urinario por medio de la inyección intravenosa de soluciones tituladas de sales de peso atómico elevado, las cuales al ser eliminadas por el riñón permiten hacer el estudio anatómico y funcional de dicho órgano, así como también el de los ureteres y la vejiga.

Indudablemente este procedimiento de exploración encierra grandes ventajas y los buenos resultados que con él pueden obtenerse están ya a la vista.

El producto más conocido hasta hoy día para esta clase de investigaciones es el UROSELECTAN de Schering (Sal sódica del 2-oxi-5-yodo piridina-N-ácido acético). En colaboración con el doctor Jorge Rosas C., Jefe de Laboratorio y el señor Eduardo Ricaurte, asistente del mismo, hemos tenido oportunidad de emplearlo en varios exámenes radiológicos de afecciones renales y los resultados han sido muy satisfactorios.

A continuación me permito presentar uno de estos casos, en la creencia de que él encierra verdadero interés científico.

C. C., mujer de 28 años de edad, natural de Susa, ingresó al hospital el 9 de noviembre de 1930.

Antecedentes hereditarios.—Padre sano, la madre sufre de diversas enfermedades cuya naturaleza no se alcanza a precisar con los datos que suministra la enferma.

Antecedentes personales.—En la niñez tuvo sarampión. A los 15 años fiebre tifoidea. Más tarde erisipela de la cara. Aparecieron sus reglas a los 14 años y siempre fueron muy regulares. Desde hace 8 años sufre de dolores agudos en el hipocondrio derecho, los cuales se han exacerbado con el transcurso del tiempo. En varias ocasiones ha tenido hematurias totales. Ultimamente ha enflaquecido bastante.

Estado actual.—A la inspección del abdomen no se aprecia particularidad alguna, pero a la palpación se percibe una gran tumefacción en el flanco derecho.

Practicados los exámenes de Laboratorio, dieron los siguientes resultados:

Análisis de orina del 13 de noviembre, 1930:

Albúmina: sí hay.
Glucosa
Acetona
Pigmentos biliares } No hay
Urobilina: Ligeramente aumentada.
Sedimento: Abundante. Moco, pus y sangre.

Análisis del 28 de noviembre, 1930:

Densidad: 1020.
Aspecto: turbio.
Color: caoba.
Reacción: ácida.
Sedimento: Abundante. Moco, pus y sangre.
Proteínas totales: Sí (1 gramo).
Albúmina: 1‰.

Examen bacteriológico de la orina del 26 noviembre, 1930.

«Abundante pus; llama la atención la ausencia de gérmenes».
Reacción de Wassermann: Negativa total.

Enviada al Laboratorio de Rayos X el 17 de noviembre pasado, con el diagnóstico clínico de «Probable sarcoma del riñón derecho» se practicó el examen de la cavidad abdominal. Previa lavativa de agua hervida para hacer evacuar la mayor cantidad de materias y gases intestinales, se tomó una película en

posición dorsal. En ella aparece una sombra bastante densa y difusa, independiente del hígado y ocupando casi todo el hipocostrio y flancos derechos. No es posible limitar los bordes del riñón, a pesar de que el ciego y colon ascendente están libres de gases. En el flanco izquierdo se distingue débilmente el polo superior del riñón, pero la gran cantidad de gases que llenan el colon descendente impide ver en su totalidad dicho órgano. El borde externo del músculo psoas se dibuja en todo su trayecto, lo cual no ocurre del lado derecho.

La imagen de esta primera radiografía no permite hacer otro diagnóstico sino que en el hipocostrio derecho existe una masa densa, la cual intercepta la sombra del riñón correspondiente.

El 25 de noviembre se practicó un nuevo examen radiológico del aparato urinario, con ayuda de la inyección intravenosa de Uroselectan. Antes de llevarla a la práctica y como es prudente hacer en todos los casos, se tomó el índice de la azohemia y en atención a que dio una cifra próxima a la normal (0,42%) se pudo continuar el examen. Se inyectaron 100 c. c. de una solución de Uroselectan al 40% y cinco minutos después se tomó la primera radiografía. En ella se puede ver que el riñón derecho no deja filtrar absolutamente nada y en cambio el riñón izquierdo permite el paso a una cantidad apreciable de la solución yodada. Tanto el bacinete como el uretere se inyectaron bien pero llamó especialmente nuestra atención el hecho de que se vieran dobles estos últimos órganos. En efecto, aparecieron dependientes de este riñón dos bacinetes superpuestos en el sentido vertical y dos ureteres, colocado uno al lado del otro. Se tomaron nuevas radiografías 15, 30 minutos y tres horas después de practicada la inyección y en todas se reprodujo la misma imagen.

La sombra del riñón se dibujó con poca nitidez.

En atención a los resultados obtenidos nuestro diagnóstico fue entonces de que en el flanco derecho existía una gran tumefacción, posiblemente dependiente del riñón, la cual era causa de la supresión de las funciones de dicho órgano y cuya naturaleza no era posible determinar radiológicamente. Del lado izquierdo se encontraba un riñón desempeñando bien sus funcio-

nes de filtración y con la particularidad de presentar dos bacinetes y dos ureteres (fig. 1).

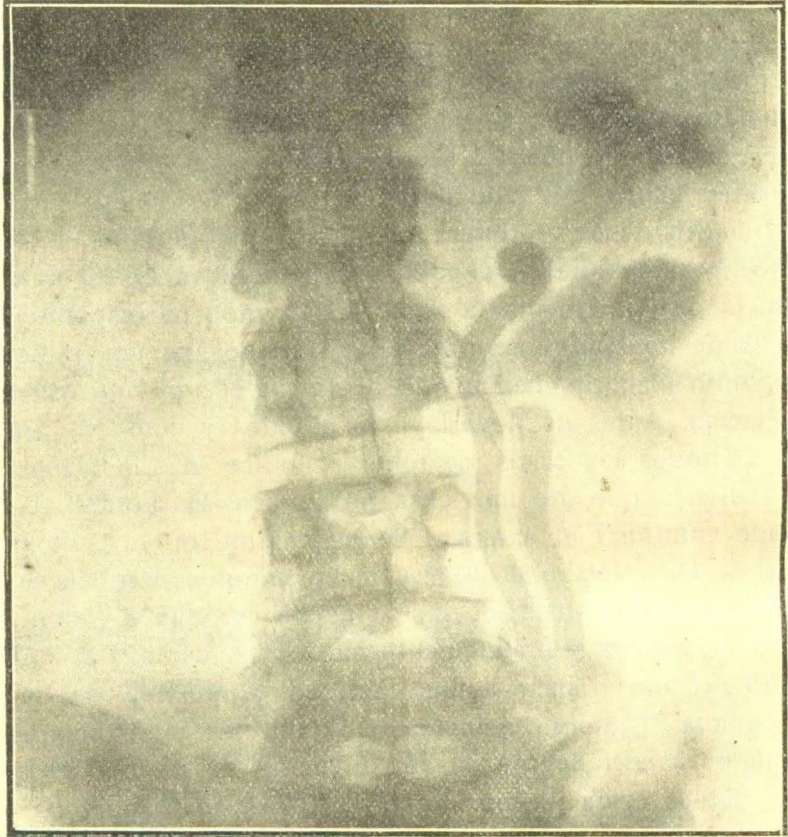


FIGURA 1

Radiografía tomada con uroselectán

Pocos días después la enferma fue operada. Se hizo una incisión en la pared antero-lateral derecha del abdomen, paralela al gran recto. Inmediatamente por detrás del peritoneo parietal se encontró una enorme masa renitente y tensa. Considerando el cirujano imposible su extirpación total, practicó una punción y de ella fluyó gran cantidad de pus, lo cual permitió hacer el diagnóstico de pio-nefrosis.

Cuatro horas más tarde la enferma falleció.

Practicada la autopsia pudimos confirmar la exactitud de la imagen radiológica, pues encontramos el riñón izquierdo de tamaño normal y con la anomalía de tener dos bacinetes y dos ureteres (fig. 2). Por circunstancias especiales no fue posible extraer el riñón derecho.

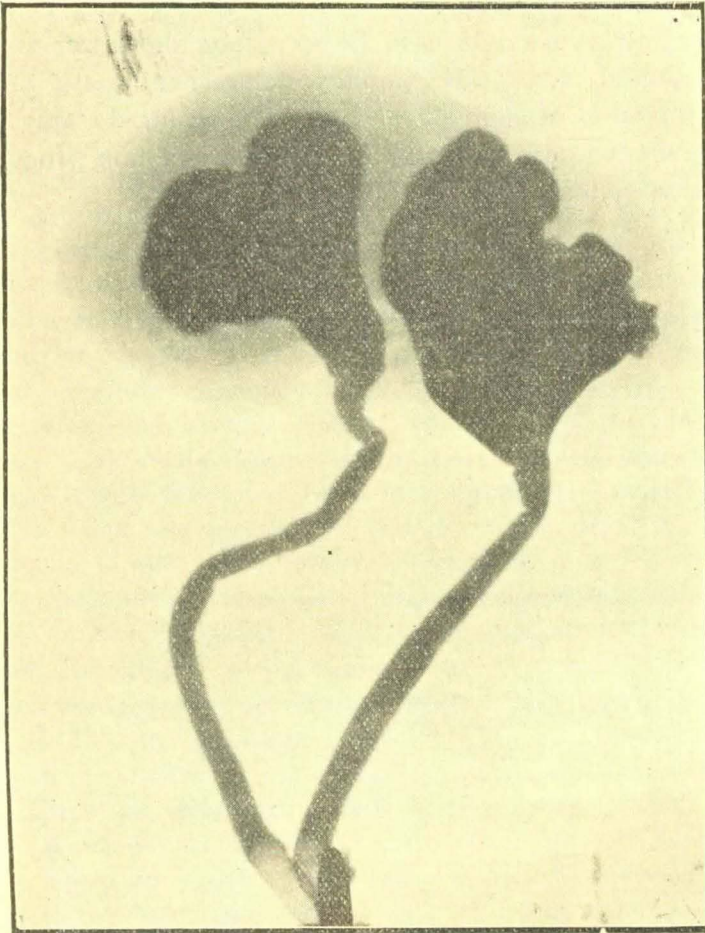


FIGURA 2

Rodiografía de la pieza anatómica

El caso anterior muestra una vez más la importancia del nuevo método radiológico de exploración. Aparte del estudio anatómico del aparato urinario y de las anomalías que puedan pre-

sentar dichos órganos, es posible llevar a cabo el estudio funcional del riñón y avaluar su poder de filtración. Esto puede verificarse recogiendo orina cada media hora después de aplicada la inyección, tomando su densidad y dosificando la cantidad de yodo. Tanto la densidad como el yodo eliminado siguen una curva constante en las tres primeras horas, la cual sufre modificaciones especiales en los casos patológicos.

Para esta exploración del aparato urinario por medio de la inyección intravenosa, la casa Bayer acaba de lanzar un producto denominado «Abrodil» (monoyodometansulfonato sódico), el cual ya tuvimos ocasión de ensayar con resultado muy satisfactorio. En un número próximo de esta Revista nos propondremos presentar algunos casos estudiados con él.

NÆVI VASCULARES VERRUGOSOS

(EL CASO CLINICO DEL MES)

POR EL DOCTOR

MANUEL JOSE SILVA

Consideraciones generales—Los nævi sanguíneos o hematoangiomas, son tumores constituidos, unas veces, por vasos capilares neoformados y dilatados; otras por un tejido cavernoso como el de los órganos eréctiles. Esta la razón para que se describan dos formas de angioma: 1ª El **angioma simple**, formado por capilares, y 2ª El **angioma cavernoso** constituido por una serie de cavidades hemáticas que comunican entre sí, circunstancia que origina tumefacciones compresibles que elevan la piel y cuyo tamaño oscila dentro de los más amplios límites. Verdad es que no existe diferencia absoluta entre estas dos formas clínicas, como que se observa la transformación, en el mismo tumor, del angioma simple en angioma cavernoso.

El angioma simple llamado también **telangiectasia**, es generalmente de origen congénito. Aparece a simple vista como un tumor lleno de sangre, y disociándolo se ve que está formado por granulaciones (**granos de Porta**) debidas a grupos de capilares sanguíneos. En los angiomas cutáneos las granulaciones mencionadas, corresponden a una pequeña arborización vascular que suele rodear un glomérulo sudoríparo o un bulbo piloso. Al examen microscópico aparecen claramente los capilares, separados por tejido conjuntivo y en los tabiques fibrosos se observan arteriolas y venas pequeñísimas que aseguran la circulación sanguínea de los grupos de capilares. El calibre de éstos es irregular, presentan divertículos laterales y son más anchos que los capilares normales.

Hemos dicho atrás que el angioma simple puede considerarse como una formación **telangiectásica**, al igual que las adquiridas, con la sola diferencia de su época de aparición como que casi

siempre es congénito o se desarrolla durante los primeros meses de la vida.

Manchas angiomasas—En ocasiones el angioma está constituido por máculas circunscritas, de distinto tamaño, rojas o rojo azuladas que desaparecen casi completamente por la presión, no acompañadas de fenómenos inflamatorios. El enrojecimiento parece difuso a simple vista, o bien se presenta como un conjunto de vasos dilatados sinuosos, anastomosados en red. No es rara la presencia de numerosos puntos hemorrágicos, de donde parten en dirección radiada, pequeñas ramificaciones vasculares.

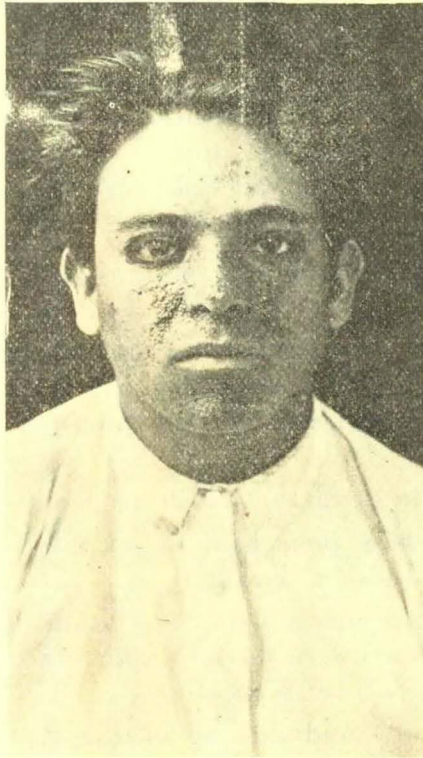
Localización—Los *nævi* planos se observan sobre todo el tegumento, pero suelen ser frecuentes en la cara, alrededor de los orificios naturales, en los surcos nasogenianos, en las alas de la nariz, frente, etc. Se les ha visto en el cuero cabelludo, en la nuca y en las mucosas.

Nævi vasculares verrugosos—Al igual que los *nævi* pigmentarios, la dermatosis vascular sanguínea que nos ocupa, presenta, en ocasiones, un aspecto verrugoso de su superficie debido a hipertrofias papilares y a hiperqueratosis de la piel que cubre las telangiectasias. Así lo demuestra la fotografía que aparece en la página siguiente.

Trátase de un sujeto, natural de Bogotá, mecánico de profesión, de veinte años de edad. No encontramos entre sus antecedentes hereditarios y personales nada digno de anotarse. Aquellos suelen tener importancia en casos análogos como que la ciencia señala una predisposición hereditaria que se manifiesta por la aparición simultánea de otras deformidades congénitas. Para el vulgo juegan papel importante los *caprichos* de las embarazadas y las compresiones uterinas. C. B. no puede considerarse como heredo-específico.

La dermatosis vascular lo acompaña desde niño. Desde entonces notó la presencia de pequeñas elevaciones sanguíneas, de localización cutánea, rojas, múltiples, del tamaño de una cabeza de alfiler, de superficie áspera unas; otras blandas, planas, que la presión del dedo lograba palidecer. Los elementos aumentaron con la edad, género de trabajo, a tal punto que cuando conocimos al paciente, la totalidad de la cara y la parte superior del cuello, se hallaban considerablemente afectadas por la deformidad.

Los elementos se les ve agruparse en los surcos nasogenianos resaltan en la frente y en el mentón, se tornan discretos en las mejillas y en el cuello, y todos descansan sobre una piel consistente, infiltrada que ha perdido mucho de su elasticidad habitual. Su coloración roja, debida a un estado congestivo permanente, semejaba en aquella época la coloración del acné rosáceo, pero era susceptible de exacerbaciones y C. B. con alguna frecuencia experimentaba bocanadas de calor, con ocasión de una comida, cambios de temperatura, etc.



Pronóstico—El pronóstico del angioma simple es serio cuando existen motivos para creer en un desarrollo excesivo de la deformidad. Por lo que hace a la de nuestro paciente que, como queda dicho, lo acompaña desde niño y ha visto crecer con la edad, con un tratamiento bien dirigido se obtienen los mejores resultados estéticos.

Tratamiento—Es claro que debe procurarse la supresión radical del tumor, sin dejar huellas, y la destrucción de los vasos

capilares visibles. Con la **electrolisis**, la **nieve carbónica** y la **igneopuntura** se obtienen resultados ampliamente satisfactorios; mas, con el objeto de no hacernos interminables no nos ocupa-

El galvanocauterio presta grandes servicios al dermatólogo remos hoy por hoy, sino del último método terapéutico.

y resulta tan útil para éste como indispensable el bisturí para el cirujano. Se emplea bien la punta gruesa, obtusa y mango redondo; bien la punta fina. Con la última se logra hacer desaparecer la euperosis verdadera, ocasionada por vasos visibles, así como los nævi verrugosos pequeños y los estelares. La euperosis en capa o eritrosis permanente debe combatirse con fricciones de nieve carbónica. Con la punta gruesa se eliminan las placas de **seborrea concreta** y las **verrugas seniles**.

El tratamiento por galvanocauterio es delicado pero de resultados excelentes. Conviene, por lo mismo, dar a conocer las precauciones que el profesor Sabouraud aconseja tener siempre presentes:

1º No operar durante la digestión, si se quieren evitar hemorragias.

2º No practicar el tratamiento sobre caras cubiertas con polvos o crema. La grasa natural se hará desaparecer pasando sobre la superficie cutánea un algodón que contenga licor de Hoffmann.

3º La punta debe llevarse al rojo oscuro (rojo cereza).

4º El enfermo debe descansar sobre un diván, cómodamente acostado, como si fuese a dormir.

5º Que el operador tenga siempre el talón de la mano que opera, bien apoyado, y si fuere posible, sobre la otra mano, para obtener el máximum de precisión, y

6º Evitar con todo cuidado que la aguja penetre más de medio milímetro de profundidad. Esto cuando se trata de la destrucción de capilares.

Cuando todo está preparado se hace pasar la corriente eléctrica; la aguja se torna incandescente; la mano en movimiento de vaivén, va cauterizando pequeñas venas, arteriolas, capilares dilatados, manchitas, cuantos elementos suelen darle rubicundez exagerada al tegumento. Cuando se trata de telangiectasias, congénitas o adquiridas, se procurará la destrucción de las arbi-

zaciones vasculares más finas para atacar en último lugar los troncos.

La distancia entre dos puntos no debe ser inferior a dos milímetros, a efecto de que no se unan, lo que traería como consecuencia una ulceración y cicatriz consecutiva que son insignificantes en el caso contrario.

Las sesiones se verificarán cada quince días. Hay personas que llegan a soportar cerca de 1,500 puntos por sesión. Una vez terminada ésta, aplicaciones húmedas por espacio de dos horas; después crema y polvos. Desde el día siguiente la cara es presentable. Ocho días después, se verá normal.

EL ETILENO

(Cien casos operados con este anestésico en la Clínica de Marly)

POR EL DOCTOR

GONZALO ESGUERRA GOMEZ

Con el incremento tomado por la cirugía en los últimos años ha surgido con mayor fuerza el problema trascendental de la anestesia. Como puede decirse que en un 50% los resultados quirúrgicos dependen de la bondad de la anestesia empleada, es natural que todos se preocupen por descubrir el anestésico ideal, o al menos—ya que éste no se ha encontrado todavía—por buscar el uso sistemático de aquel o aquellos que produzcan una buena narcosis y sean al mismo tiempo los menos peligrosos y tóxicos para el organismo humano.

Entre nosotros este problema es de una importancia capital. Desde tiempo inmemorial viene usándose en Bogotá el clorofórmico como anestésico general, y si bien es cierto que se han hecho varios intentos para sustituirlo por el éter, los gases, la anestesia raquídea, la anestesia regional, etc., es cierto también que por uno u otro motivo, no ha sido posible sobreponerse a la rutina, y que hoy continúa siendo la anestesia clorofórmica la empleada entre nosotros en una mayor proporción. Y como todos sabemos los peligros e inconvenientes de este anestésico, buscamos también la manera de sustituirlo. Así como el cirujano recuerda aquellos casos en que durante una delicada intervención ha visto en peligro la vida del enfermo por uno de esos síncope tan conocidos y no ha podido terminar la operación con la tranquilidad y detenimiento que él hubiera deseado; así también el estudiante de medicina recuerda siempre el caso mortal de accidente clorofórmico, el cual unido a otros tantos más o menos graves aun cuando no mortales, dejan en su espíritu un temor perfectamente fundado a todo lo que diga anestesia y por lo tanto cirugía. Es esto tan cierto que cuando a alguno de los médicos se le presenta el problema de una operación que

le interese directamente, procura evitarla, o en último caso busca algún anestésico diferente del temido cloroformo. Pero más grave aún, este problema ha trascendido al público, quien comenzó por tenerle pavor al cloroformo y ha terminado por temerle a las operaciones de cirugía. Hé aquí el motivo que tienen los compatriotas que para someterse a intervenciones quirúrgicas, casi siempre por cirujanos mucho menos hábiles que los nuéstrros, salen fuéra del país. Porque es indudable que la mayor parte de los cirujanos colombianos le hacen honor al país, y por mi parte estoy convencido de que el día en que renazca la confianza en el público respecto de la anestesia, confianza que renacerá cuando sepa que con los nuevos anestésicos que sustituyen al cloroformo han desaparecido los peligros de éste, cesará automáticamente el éxodo, injustificable en la mayor parte de los casos, a las clínicas del exterior.

Traído por nosotros para la Clínica de Marly, en agosto del año pasado, el nuevo aparato para la anestesia por los gases que se estaba empleando con gran éxito en los Estados Unidos, se ha usado desde entonces en la Clínica en casi todas las anestias generales. 100 intervenciones quirúrgicas de distinta naturaleza se han hecho con el etileno sin accidente de ninguna clase; y como además tanto los cirujanos como los pacientes se han convencido de la bondad de dicha anestesia, hemos querido dar a conocer el resultado de esas 100 observaciones.

Comenzaremos por hacer un estudio comparativo del cloroformo, el éter, el etileno y el protóxido de ázoe como anestésicos; indicaremos en seguida la técnica empleada, y por último analizaremos los resultados obtenidos hasta hoy, para terminar con unas pocas conclusiones.

Estudio comparativo del cloroformo, el éter, el etileno y el protóxido de ázoe como anestésicos

Pudiéramos definir los anestésicos generales diciendo que son las substancias que introducidas en el organismo producen la pérdida de la conciencia y la abolición de un cierto número de reflejos, sin poner en peligro la vida de los enfermos. De acuerdo con esta definición—como se ve, demasiado amplia—encontraremos grandes diferencias en los anestésicos generales, principalmente en lo que se refiere a la toxicidad y a la mayor o menor abolición que produzcan de los reflejos orgánicos.

Los cuatro cuerpos enumerados se han empleado con éxito como anestésicos, lo cual nos demuestra por una parte que su acción sobre el organismo permite a los cirujanos operar satisfactoriamente en los pacientes anestesiados con estas sustancias, y por otra parte que su toxicidad no debe ser muy grande.

Los anestésicos de que hemos hablado no son tóxicos al ser absorbidos por el organismo, pero para que llenen satisfactoriamente su cometido es necesario que se eliminen en la misma forma en que se introducen, o que los productos en que se descompongan no presenten tampoco toxicidad ninguna. Bajo este punto de vista el protóxido de ázoe, el etileno y el éter son perfectos, puesto que se eliminan en la misma forma de introducción. No sucede así con el cloroformo, el cual se descompone en el hígado en productos tóxicos que ocasionan necrosis de las porciones centrales de los lóbulos hepáticos. Doyon, Fiessinger y Chevrier han podido, con diversas dosis de cloroformo, producir toda clase de lesiones hepáticas hasta llegar a la destrucción completa del órgano. Los americanos se han servido mucho del cloroformo para producir lesiones experimentales o disturbios funcionales del hígado. Entre éstos merece citarse a E. A. Graham, quien hizo un estudio en 1915 sobre los productos de descomposición del cloroformo.

Aparte de la toxicidad del anestésico empleado, ya sea por sí mismo o por sus productos de descomposición, es necesario estudiar también los accidentes de diversa índole que pueden presentarse con su aplicación en el curso de una narcosis.

Todo anestésico obra sobre el sistema nervioso, comenzando por los centros cerebrales. Según Gubler, los anestésicos obran primero sobre los centros encefálicos, ocasionando la pérdida de la inteligencia y del equilibrio motor; en seguida sobre la protuberancia en donde producen la disminución de la sensibilidad y la pérdida de los movimientos voluntarios; más tarde sobre la medula para ocasionar la pérdida de los reflejos; y por último, sobre el bulbo en donde dan origen a la parálisis del centro respiratorio. Pero también pueden producir los anestésicos, en ciertos momentos, una parálisis del corazón ya sea primitiva o secundaria a la parálisis del centro respiratorio. Estas parálisis de los centros respiratorio y cardíaco se traducen en la práctica por los síncope cardíaco y respiratorio que todos

conocemos. Según Dastre y Duret esos síncope pueden ser de tres clases: el laringo-reflejo o síncope primitivo que se presenta al comenzar una anestesia; es ocasionado por irritación de las primeras vías respiratorias, irritación que se transmite al bulbo por el trigemelo y el laríngeo, y que por conducto del neumogástrico detiene el corazón al mismo tiempo que la respiración. El síncope secundario o bulbar de Duret se produce en el curso de la narcosis por una inhalación demasiado grande del anestésico. Viene primero una excitación de los centros aceleradores de la medula, a la cual sigue una parálisis de los mismos centros (Arloing). Esta excitación llega al bulbo y por intermedio de los filetes cardíacos y pulmonares del neumogástrico ocasiona la aceleración de los movimientos respiratorios y la detención del corazón. Por lo tanto se suspenden primero los movimientos cardíacos y más tarde la respiración. El tercero de los síncope es el llamado por intoxicación de Duret, el cual se produce por lo general al final de una anestesia demasiado larga. En este caso no hay excitación sino parálisis y por este motivo se detiene primero la respiración y algunos minutos después el corazón.

Indudablemente el tercero de los síncope, o sea el respiratorio primitivo es el menos grave. Los otros dos son síncope cardíacos casi siempre mortales.

Ahora bien, con el cloroformo se presentan todos los tres síncope enumerados, y los dos primeros que son tan graves, no son raros. Con el éter pueden presentarse los tres, pero los dos primeros son una excepción (Arloing, Lépine, Rayner). El último es el que se presenta con mayor frecuencia. Y en cambio con el etileno y el protóxido de ázoe no se presentan esos síncope. El doctor Arthur A. Guedel, al hacer un estudio del etileno, muestra a este respecto un cuadro muy interesante. Llama él punto cero en una anestesia, el momento en que la narcosis es suficiente para que el cirujano pueda comenzar su intervención, y punto ciento el instante en que el anestésico impresiona el bulbo para ocasionar la parálisis del centro respiratorio. Comparando los cuatro cuerpos que estamos estudiando se ve que tanto el éter como el cloroformo pueden llegar hasta el punto ciento; que el etileno no llega sino hasta el número cuarenta, y que el protóxido sólo alcanza a llegar al veinticinco. De manera que fisiológicamente no es posible al-

canzar con el etileno y el protóxido de ázoe la parálisis del centro respiratorio. En los casos en que durante una anestesia con el etileno o el protóxido se produce la suspensión de la respiración, ella se debe simplemente a un fenómeno de asfixia, ya sea por exceso de anestésico o por falta de oxígeno en la mezcla, o por una obstrucción mecánica de las vías respiratorias. Este accidente, como se comprende, no tiene nunca la gravedad de un síncope y los enfermos vuelven a respirar normalmente, en la inmensa mayoría de los casos, con un poco de oxígeno, o con tracciones de la lengua o con respiración artificial.

Al hablar de los peligros y toxicidad que pueden presentar los anestésicos debemos mencionar las complicaciones que sobrevienen por su empleo después de una narcosis. El estado de mayor o menor depresión en que queden los enfermos; la mayor o menor rapidez con que se despierten; el estado nauseoso; el vómito, y las congestiones pulmonares, son fenómenos que deben tenerse muy en cuenta al estudiar estos cuerpos. El éter y el cloroformo producen un grado de postración post-anestésica muchísimo mayor que el que producen el etileno y el protóxido; y los enfermos anestesiados con los dos primeros se demoran mucho más en despertar que los que se duermen con los gases. A este respecto debemos anotar que en todas nuestras observaciones los enfermos se han despertado en la misma mesa de operaciones, pocos minutos después de terminada la anestesia.

Con relación al vómito y estado nauseoso después de la narcosis hay también una gran diferencia en favor de los gases. Los vómitos después de la anestesia con etileno son por regla general poco frecuentes (una o dos veces en el curso del día); en muchas ocasiones no se presentan, y rarísima vez se asemejan a los vómitos que siguen a las otras anestесias. En nuestras observaciones sólo se presentaron vómitos frecuentes después de una colecistectomía, operación que duró cien minutos y fue muy traumatizante. En muchos casos los enfermos acusan al quitarles la máscara, y probablemente por irritación de las vías aéreas superiores con el cambio del etileno por el aire, deseo de vomitar, que en ocasiones se traduce por un vómito poco abundante. Pero este reflejo viene momentos antes de que

los individuos se despierten y por lo tanto ni los molesta ni se acuerdan después de que lo han tenido.

Las complicaciones pulmonares, tan frecuentes en Bogotá con la anestesia por el éter, y decimos en Bogotá porque los cambios bruscos de temperatura al sacar los enfermos de la sala de operaciones o el mismo frío de ésta y del cuarto del enfermo, las hacen más frecuentes que en otras ciudades, han hecho que este anestésico se use muy poco entre nosotros. El cloroformo produce esas complicaciones muy rara vez, y el etileno (según Lundy) ya sea solo o asociado con un poco de éter produce muchas menos complicaciones pulmonares que el éter puro. Sólo exceptúa las operaciones sobre la vesícula biliar, en que la frecuencia parece ser la misma. Hasta ahora no hemos tenido ningún caso de complicación pulmonar, y en nuestra estadística figuran dos casos de intervenciones sobre la vesícula. Debemos anotar que hemos tenido el cuidado de abrigar mucho a los pacientes al sacarlos de la sala de operaciones y de calentar el cuarto a donde van a ser transportados. En algunos casos en que no se siguieron estas precauciones observamos un ligero escalofrío al pasar los enfermos a sus camas, pero en ninguno de ellos hubo complicación pulmonar.

Lundy, señala también en algunos casos el aumento de la presión intra-cranéana en las operaciones cerebrales, y taquicardias muy marcadas en los enfermos que padecen de coto exoftálmico. En nuestras observaciones hay un caso de coto exoftálmico y otro de trepanación, sin accidentes post-operatorios de ninguna clase.

En los enfermos operados con etileno la convalecencia es en primer lugar más rápida y en segundo lugar más agradable que con el éter o el cloroformo. Como los pacientes se despiertan inmediatamente, y como no vomitan sino muy rara vez, es sorprendente ver la rapidez con que van recuperando su salud, y el aspecto de personas sanas que presentan, muchas veces desde el mismo día de la operación. Por el aspecto de un enfermo después de operado se puede decir si ha sido o no anestesiado con gases.

Otra de las condiciones importantes que requiere un buen anestésico, es que produzca una relajación muscular suficiente. Bajo el punto de vista de la relajación muscular el éter y el cloroformo la producen muy grande, el protóxido de azoe casi no,

la produce, y el etileno produce de la tercera parte a la mitad de la obtenida con el éter. Pero si por este aspecto el etileno es muy inferior a los otros dos agentes, también es cierto que en muchas operaciones el cirujano no necesita que esa relajación sea completa siempre que haya una respiración regular y tranquila y un silencio abdominal absoluto. En las observaciones recogidas se han hecho la mayor parte de las operaciones quirúrgicas sin ninguna dificultad atribuible al anestésico. Los mismos casos de reducciones de fracturas y de luxaciones pudieron efectuarse muchas veces sin necesidad de recurrir al éter, y en los casos en que éste se usó, valiéndose del dispositivo del mismo aparato, fue solamente por un lapso de uno a dos minutos.

El silencio abdominal que produce el etileno es muy bueno, y en todo caso superior al que se logra con el éter y el cloroformo. Solamente pujaron dos enfermos de los cien operados.

La profundidad de la respiración, cuando es del tipo abdominal, molesta mucho a los cirujanos al operar en esa zona. El éter es el menos deseable en ese sentido. Con el etileno esa respiración se presenta con menos frecuencia: cinco veces en las cien intervenciones.

Entre las ventajas del etileno agregaremos la rapidez con que obra y el agrado con que la soportan los enfermos. Su acción es mucho más rápida que la del éter y el cloroformo y un poco más rápida que la del protóxido de azoe. Los pacientes toleran bien el etileno al comenzar la anestesia, porque es mucho menos desagradable que el éter y el cloroformo, aun cuando no alcanza a ser agradable. Sólo el protóxido es verdaderamente agradable para respirar. Pero en todo caso el etileno no molesta nunca a los enfermos en los primeros momentos, como lo demuestra el hecho de que en los cien operados no hubo uno solo que mostrara deseo de que le quitaran la máscara.

Al lado de la falta de relajación muscular que anotamos anteriormente, el etileno posee otros inconvenientes que lo alejan del tipo del anestésico perfecto, a saber: es inflamable, y explosivo cuando se encuentra en la atmósfera en una proporción que puede variar del 4,2% al 14,5%. En los Estados Unidos se han señalado algunos casos de explosiones, ocasionados por descuido en el manejo de este gas. El cloroformo y el protóxido no presentan ningún peligro a este respecto, y aun cuando el éter es infla-

mable, sus peligros son mucho menores porque su densidad mayor que la del aire (2.59) hace que se vaya al piso de la sala de operaciones quedando así lejos del campo operatorio. El etileno, en cambio, se encuentra siempre a la altura del campo operatorio porque su densidad es casi la misma del aire (0.978). El empleo del cauterio debe suprimirse mientras se está usando el etileno.

También se ha considerado como un inconveniente del etileno y del protóxido su mayor costo. Indudablemente es mucho mayor que el del éter y el del cloroformo, pero a esto se puede arguir, que como la convalecencia de los enfermos es más rápida, hay una economía para el enfermo en las clínicas privadas, y para su sostenimiento en los hospitales de beneficencia, que compensa ese mayor costo.

Después de estudiar las propiedades anestésicas de los cuatro cuerpos anotados, es fácil—teniendo en cuenta que ninguno de ellos reúne las condiciones del anestésico ideal—colocarlos en una escala rigurosa, en la cual figura el cloroformo como el menos deseable, y los gases (etileno y protóxido) como los más adecuados para esta altiplanicie.

Técnica

La inyección previa de morfina-atropina—El empleo de sustancias narcóticas con el objeto de contrarrestar ciertos inconvenientes de los anestésicos y de activar y hacer más efectiva su acción, fue preconizado en el año de 1869 por Claude Bernard y llevado a la práctica en 1881 por Morat y Dastre.

La morfina fue empleada desde los primeros ensayos, teniendo en cuenta la acción paralizante que ejerce sobre los hemisferios cerebrales y al mismo tiempo sus propiedades analgésicas. Preparando al enfermo con una inyección de morfina, el anestésico al llegar a los centros cerebrales los encuentra ya deprimidos y por lo tanto obra más rápidamente. Al mismo tiempo y por idéntica causa disminuye mucho el período de excitación. Además de las propiedades anteriores que contribuyen igualmente a disminuir la cantidad de anestésico empleado, su poder analgésico permite que los individuos se despierten sin mayor dolor. En el caso de la anestesia por el etileno es no sólo conveniente sino necesario recurrir al empleo de la morfina antes de la operación, porque como los individuos despiertan com-

pletamente pocos minutos después de terminada la anestesia, los dolores se hacen intolerables si no se ha recurrido previamente a su empleo. En una de las observaciones en que no recurrimos a la inyección previa de morfina por tratarse de un individuo bastante viejo, y en el cual se tenía la experiencia de que toleraba muy mal este medicamento, se despertó bien el paciente en la mesa de operaciones, pero dos minutos después le comenzaron unos dolores tan fuertes que fue necesario recurrir a dos inyecciones de sedol con intervalo de una hora, y los dolores no se calmaron sino mucho tiempo después. En cambio, en todas las otras operaciones hechas con etileno y previa la inyección de morfina, los pacientes no han experimentado al despertar dolores apreciables.

Pero si bien es cierto que la morfina posee las ventajas que hemos expuesto, es cierto también que tiene algunos inconvenientes. Por una parte aumenta el estado nauseoso y los vómitos post-operatorios, y por otra facilita (según François Franck) los síncope respiratorios. Por este motivo se ha recurrido también al empleo de un medicamento como la atropina, que ejerza una acción contraria a la de la morfina en ese sentido. La inyección de atropina equivale a la sección de los neumogástricos y por lo tanto acaba con el peligro de los síncope ocasionados por excitación del sistema moderador del corazón. Además disminuye el vómito y las náuseas considerablemente (este hecho fue señalado por Brown Sequard desde 1883); y por otra parte disminuye las secreciones buco-faríngeas, que en el caso que nos ocupa tiene gran importancia puesto que el etileno aumenta esas secreciones.

Al emplear previamente (media a una hora antes de la intervención) la morfina a la dosis de un centigramo asociada a un cuarto de miligramo de atropina y en inyección subcutánea, obtenemos una mayor tranquilidad en el enfermo que se va a operar; una disminución de las secreciones buco-faríngeas y del vómito; una mayor seguridad previniendo los síncope de que hemos hablado; una disminución del sudor, causa de enfriamiento de los pacientes; y un despertar tranquilo y sin dolor, sin contar, por último, con la disminución del período de excitación y de la cantidad de anestésico empleado.

La morfina tiene en su constitución por lo menos un grupo fenólico que como sabemos tiene la propiedad de hacer muy

lentas las oxidaciones del organismo. Esto explica a la vez su acción predominante sobre los centros cerebrales y la susceptibilidad extraordinaria de los niños a este medicamento, lo mismo que a todos los fenoles (Louis Amiot). De aquí se desprende la regla general de no emplear la inyección de morfina en los niños que se van a someter a la anestesia por el etileno.

En todos los casos estudiados hemos encontrado una aceleración considerable del pulso antes de comenzar la operación. Esa aceleración se explica no solamente por la emotividad del que va a ser sometido a una intervención, sino por la acción que ejerce la atropina sobre los neumogástricos. Esa aceleración de los movimientos cardíacos junto con la vaso constricción arterial que ocasiona la atropina provocan un aumento de la diuresis, contrarrestando así otro de los inconvenientes que se le han señalado a la morfina.

El aparato—El último modelo de aparatos para la anestesia por el etileno y el protóxido de ázoe ideado por el doctor Lundy, jefe de la sección de anestesia de la Clínica Mayo, es de un mecanismo muy sencillo, y al mismo tiempo permite controlar fácilmente durante la anestesia, la cantidad, presión y proporciones de los diferentes gases.

En este aparato se pueden emplear como anestésicos, el etileno o el protóxido de ázoe, naturalmente mezclados con oxígeno. Al mismo tiempo puede emplearse el anhídrido carbónico en los casos en que sea necesario excitar el centro respiratorio. Por último, puede darse a los enfermos en el mismo aparato y sin suspender la salida de los gases, una cierta cantidad de éter en el momento que se desee.

Los gases (etileno, oxígeno y protóxido de ázoe) se encuentran en cilindros grandes en donde están comprimidos a una fuerte presión. Cada uno de estos tanques tiene alrededor de 2.000 galones de gas. En la parte superior de cada tanque existe un manómetro que nos indica la cantidad de gases que existen en su interior. Después de abrir una llave que tiene el tanque en su parte superior leemos en el manómetro la cantidad contenida; en seguida abrimos una segunda llave que queda inmediatamente por debajo y leemos en un segundo manómetro la presión en libras a que están saliendo los gases. Esa presión se hace variar a voluntad abriendo la llave anterior más o menos. Por medio de un tubo de caucho llegan los gases al aparato, en

donde se encuentra un nuevo manómetro para cada uno de ellos, que nos indica al abrir una tercera llave la cantidad de galones por hora que salen de cada uno. De ahí siguen los gases a reunirse en un mezclador y en seguida pasan a un globo de caucho en donde se hallan reunidos y en el cual puede controlarse la respiración. Junto con los tanques grandes existen otros tanques pequeños que sirven para dar la anestesia cuando en el curso de una operación se acaba el contenido de uno de los tanques mayores. Al lado de los tanques pequeños existe otro que contiene anhídrido carbónico, y que permite en el curso de una intervención dar este gas al enfermo. Los gases que llegan mezclados al globo de caucho, están en comunicación directa por intermedio de un tubo con una máscara que se adapta bien a la cara del enfermo. Junto al globo de caucho se encuentra un frasco que permite dar éter al mismo tiempo con los gases en ciertos momentos de la operación. El borboteo del frasco de éter nos indica los momentos en que se está usando.

Así, pues, este aparato nos proporciona una mezcla de etileno y oxígeno o de protóxido de ázoe y oxígeno o de etileno, protóxido y oxígeno y nos indica la presión a que están saliendo y la cantidad que consume el enfermo. También permite agregarles anhídrido carbónico y éter en ciertos momentos, sin suspender la salida de los gases. Por último, debemos anotar que por medio de una esponja mojada, que se coloca en el globo de caucho, se asegura a la mezcla respirada una pequeña proporción de vapor de agua.

Técnica de la anestesia—Para producir una buena anestesia con el etileno es necesario hacer respirar al enfermo una mezcla de etileno y oxígeno en una proporción determinada y a cierta presión. Como tanto la presión a que salen los gases como la cantidad que se da de cada uno de ellos, se pueden graduar fácilmente, todo se reduce a saber esas proporciones y esa presión. La gran ventaja de este anestésico, a nuestro modo de ver, estriba en la similitud que presenta con el aire atmosférico. No se trata de vapores emitidos por un líquido como sucede con el éter, sino de una mezcla gaseosa que podemos hacer muy semejante al aire. Partiendo de esa base, es muy fácil saber las proporciones en que debe darse en casi todos los casos: la misma cantidad de oxígeno, 20%; una pequeña cantidad de vapor de agua (que lo produce la esponja

que tiene el globo de caucho); una cierta cantidad de anhídrido carbónico, que puede dejarse todo el tiempo de la anestesia en una proporción de 1 al 2% y aumentarse en caso necesario; y una proporción de etileno que debe ser casi la misma en que se encuentra el ázoe en la atmósfera, es decir, un 80%. Así, pues, con una proporción de 80 galones por hora de etileno y 20 de oxígeno, podemos comenzar las anestесias. Los gases deben llegar al organismo bajo presión, y para obtener el minimum de accidentes posibles, la presión del oxígeno debe ser el doble de la presión del etileno. 40 libras de presión en el oxígeno y 20 en el etileno son una presión muy buena para la anestesia. Pero como acabamos de decir, es necesario que los gases estén todo el tiempo en la cantidad y presión deseadas, y por este motivo es indispensable—aparte de que no haya ningún escape en el trayecto comprendido entre el tanque y la máscara—que ésta se halle perfectamente aplicada contra la cara del enfermo. Si por cualquier motivo se descuida el anestesista y deja de tener la máscara bien adaptada, contra la cara, los gases no están entonces a la misma presión, y sus proporciones varían, puesto que se mezclan con el aire atmosférico. En estas circunstancias no es posible obtener una buena anestesia.

Incidentes que pueden presentarse en el curso de la anestesia—Hemos dicho ya las proporciones aproximadas en que deben aplicarse el etileno y el oxígeno en las circunstancias que pudiéramos llamar normales. Pero sucede muchas veces que al comenzar la anestesia vemos, por ejemplo, que se trata de una enferma vieja y muy debilitada, o de un niño de corta edad, y en este caso podemos comenzar con una proporción menor de etileno (60 a 70 galones por hora); o puede suceder también que el paciente sea un individuo muy grande y robusto, y en este caso es prudente principiar con una proporción mayor (90 galones por hora). Así, pues, podemos al principio de la operación dividir los enfermos en tres categorías, de acuerdo con su aspecto exterior: los normales, los debilitados, y los muy resistentes. Casi siempre esta clasificación previa nos permite obtener un porcentaje muy elevado de anestесias perfectas. Pero sucede en ocasiones que esa primera clasificación no corresponde a la realidad y que una persona de tipo normal, se demore mucho tiempo en dormirse con la proporción acostumbrada, o que un individuo aparentemente muy resistente pueda ser dormido con

la proporción normal. En el primer caso nos basta aumentar poco tiempo después la proporción primitiva y en el segundo disminuirla. Pero de todas maneras, y aquí estriba el secreto de una buena narcosis, hay que procurar que las proporciones de los gases sean casi las mismas durante todo el tiempo de la operación. Si comenzamos a aumentar y disminuir constantemente, no logramos jamás obtener buenas anestесias.

Cuando una persona no se duerme rápidamente, y no es posible aumentar la proporción del gas porque no tolera una cantidad mayor, o cuando en el curso de la operación trata de vomitar, o cuando por cualquier motivo la anestesia se ha hecho menos profunda en un momento dado, o cuando queremos obtener una anestesia más intensa, podemos aumentar durante algunos minutos la cantidad de gas, cerrando la válvula de escape que tiene la máscara. Pero debemos advertir que ese sistema se emplea por corto tiempo y que no nos parece conveniente continuarlo durante toda la intervención, porque aun cuando el etileno exhalado no sufre variaciones, se mezcla con el gas carbónico en una proporción demasiado fuerte.

Puede suceder que en ciertos momentos el enfermo se mueva un poco, a pesar de la dosis máxima de etileno; o que por cualquier motivo el cirujano desee una relajación muscular mayor de la que produce este gas; o que se quiera al abrir y cerrar el peritoneo obtener un mayor silencio abdominal. En todas estas circunstancias basta darle al enfermo un poquito de éter durante uno o dos minutos. Para que la cantidad de éter absorbido sea menor, conviene dar antes una cierta cantidad de anhídrido carbónico, el cual aumenta la profundidad de la respiración y hace que el éter se absorba más rápidamente. Pero éste sólo debe usarse en determinados momentos y por muy corto tiempo.

Si durante la anestesia notamos que el paciente se pone un poco morado, debemos remediarlo inmediatamente, dándole oxígeno puro. En el aparato existe una llave de emergencia, con la cual se hace llegar al enfermo oxígeno puro y bajo presión.

Si al colocar una enferma en posición de Trendelenburg comienza a respirar mal, o se pone morada y deja de respirar por un momento, debemos quitar la máscara, sacar la lengua y colocar una cánula con el objeto de que los gases lleguen sin obstáculo al sistema respiratorio. En estos casos se ha producido

una obstrucción mecánica por la lengua, y por consiguiente no basta darles oxígeno a esos pacientes. Puesta la cánula la anestesia continúa perfectamente. Si en el curso de la operación el enfermo se ha puesto morado y no lo hemos advertido, puede suceder que deje de respirar pocos momentos después. Se le da oxígeno con la llave de emergencia y si no es suficiente se le saca la lengua, con la seguridad de que al hacer tracción sobre ésta comienza a respirar de nuevo. Inmediatamente después se le da un poco de anhídrido carbónico y el enfermo continúa bien.

Por último, puede acontecer (caso que no se ha registrado) que el enfermo a pesar de quitarle la máscara, sacarle la lengua y darle oxígeno y anhídrido carbónico no vuelva a respirar. En estas circunstancias es indispensable hacer la respiración artificial durante un tiempo más o menos largo, teniendo la seguridad de que vuelven los movimientos respiratorios, puesto que no se trata de síncope respiratorios sino de simples casos de asfixia, comparables a los de los ahogados, que a veces logran vencerse con un poco de paciencia.

Después de una anestesia larga se enfrían demasiado todos los manómetros y tubos de salida del tanque del etileno. Por este motivo se necesita colocar en la parte superior de éste dos bolsas de caucho con agua caliente, antes de dar principio a la operación.

Los cien casos observados

Una parte de las anestésias hechas con etileno lo han sido personalmente por nosotros. Los demás pacientes fueron anestésados con indiscutible maestría por nuestro buen amigo y colega el doctor Hernando Matallana, quien se ha interesado sobremanera en hacer que se conozca y se logre generalizar en Bogotá este nuevo y ventajoso procedimiento de anestesia.

Hemos dividido las cien observaciones en dos categorías: en la primera figuran 85 anestésias que consideramos muy buenas; y en la segunda, las 15 restantes, que aun cuando no perfectas, sí podríamos apellidar bastante buenas. Afortunadamente no existe la tercera categoría, en la cual deberían figurar los casos malos y de accidentes graves.

Para hacer un estudio detallado y al mismo tiempo de con-

junto, hemos subdividido la primera categoría en varios grupos, dentro de los cuales se adaptan perfectamente las 85 anestésias.

Primera categoría (Anestésias muy buenas)

Primer grupo—Constituyen este grupo una serie de anestésias hechas con la misma técnica, con resultados semejantes, y sin accidente ni contratiempo operatorio de ninguna clase. Como anestésias las consideramos perfectas. Para mayor claridad describiremos en conjunto los resultados obtenidos en esos pacientes.

En todos ellos hemos recurrido a la inyección previa de morfina-atropina una hora antes de la operación. Al llegar los enfermos a la mesa de operaciones se encuentran tranquilos, con deseos de dormir y casi siempre con la boca muy seca. Les ponemos la máscara y dejamos que durante una o dos inspiraciones respiren oxígeno puro; en seguida les hacemos llegar la mezcla con etileno. El olor del etileno no es agradable, pero tampoco desagrada a los enfermos, como se puede demostrar por el hecho de que ninguno de los anestesiados ha intentado quitarse la máscara. En dos o tres respiraciones los pacientes comienzan a sentir los efectos del anestésico y pierden la conciencia pocos momentos después. El pulso es frecuente antes de comenzar la operación, y por regla general se ha sostenido durante ella acelerado, aun cuando menos que al principio; terminada la intervención el pulso vuelve casi siempre a su frecuencia normal. La respiración que es lenta durante los primeros minutos se acelera notoriamente cuando el enfermo se duerme; sigue luego más o menos acelerada, y al terminar recobra su frecuencia normal. Las variaciones de la tensión arterial no son apreciables.

El doctor J. Richards Aurelius anota los resultados siguientes, en 300 intervenciones con este gas: No hay cambio apreciable de la respiración en un 75% de los casos, y en el 25% restantes se encuentra un aumento de 3 a 4 respiraciones por minuto; el pulso presenta un pequeño aumento en la mitad de los enfermos y una pequeña disminución en la otra mitad. No hay cambios notorios de la presión arterial. Más adelante insertaremos un cuadro de la tensión arterial, pulso y respiración de uno de los operados en Marly. Al cabo de un tiempo que varía de tres a cinco minutos los enfermos que han estado respirando lenta y tranquilamente comienzan a hacerlo con mayor rapi-

dez; en este momento la anestesia es completa y el cirujano puede comenzar la intervención. A este estado se llega sin excitación de ninguna clase y con el solo cambio anotado en la frecuencia respiratoria. En ese instante se puede comprobar que no existe contracción muscular apreciable y que el reflejo óculo-palpebral ha desaparecido casi por completo. La relajación muscular no es completa como puede comprobarse observando el globo ocular durante la anestesia: la mayor parte del tiempo se encuentra desalojado hacia afuera o hacia adentro, y en muchos momentos de la operación se mueve en diversos sentidos. Esta posición excéntrica del globo ocular nos indica que una parte de los músculos del ojo están todavía contraídos, y justamente el hecho de que durante la anestesia encontremos el ojo en la posición central, nos indica que hemos llegado a un límite en la cantidad de etileno de donde no se debe pasar, para que no se presenten fenómenos de asfixia. En la pupila no se aprecian variaciones durante la anestesia; casi siempre está contraída. Obtenida ya la narcosis, sucede con frecuencia que los enfermos mueven los dedos de los pies y los pies mismos, sin que esto moleste al cirujano ni nos indique que se están despertando. Durante la operación los enfermos respiran con mucha tranquilidad, y cuando se abre el peritoneo llama la atención lo completo del silencio abdominal. En algunos casos hemos dado gotas de éter al abrir y cerrar el peritoneo para asegurarnos más de ese silencio abdominal, y en otros hemos dado poquitos de éter durante uno o dos minutos por circunstancias especiales. Todos estos enfermos han dormido admirablemente desde el principio hasta el fin, y el color de la piel de la cara lo mismo que el de la sangre no han presentado mayor variación. La cianosis que se presenta es poco apreciable, y el color de la sangre apenas se oscurece ligeramente. En muy pocas ocasiones y al comenzar la anestesia los pacientes han tenido deseo de vomitar, pero ha pasado rápidamente cerrando la llave de escape que tiene la máscara. Terminada la intervención damos un poco de oxígeno puro e inmediatamente después retiramos la máscara. En algunos enfermos se presenta un poco de vómito en este momento, pero esto pasa inmediatamente y pocos segundos después la persona abre los ojos y conversa con los que lo rodean con una gran tranquilidad. Ese despertar de los pacientes es verdaderamente admirable y pone de manifiesto que terminada

la anestesia todo el etileno se ha eliminado y que no queda en el organismo intoxicación alguna atribuible al anestésico. Las horas que siguen a la operación son también envidiables: sin mayor dolor a causa de la morfina; de muy buen color; casi siempre sin vómito, y muy tranquilos. En los enfermos anestesiados para operaciones de poca importancia los pacientes no han presentado náuseas ni vómito. A este respecto debemos citar el caso número 64: se trataba de una luxación del hombro; el cliente durmió rápidamente; se le redujo la luxación, y cinco minutos después de comenzada la anestesia se despertó, bajó de la mesa y se fue para su casa caminando y perfectamente bien.

Segundo grupo—Este grupo presentó los mismos caracteres del primero, y sólo por no haber recurrido a la inyección previa de morfina-atropina lo hemos puesto por separado. Tres de esos pacientes eran niños menores de diez años; otros tres eran enfermos que habían dormido anteriormente muy bien con etileno, y a los cuales se les dio de nuevo para hacerles las curaciones que eran dolorosas; y los otros tres fueron operados para cosas muy pequeñas (antrax, abrir un absceso, y reducir la luxación de que acabamos de hablar). Todas estas anestесias fueron tan buenas como las primeras.

Tercer grupo—Es semejante al primero, pero lo hemos clasificado aparte porque los cuatro enfermos se demoraron en dormirse cerca de diez minutos.

Cuarto grupo—La anestesia fue también perfecta, pero ambos enfermos presentaron, a los pocos minutos de comenzada, un período de excitación bastante marcado.

Quinto grupo—Dos pacientes en los cuales empleamos la cánula de Delbet conectada directamente con los gases. Ambos enfermos durmieron admirablemente, y con gran comodidad se operaron los senos maxilares. Como en el primer caso, el paciente sangró bastante, al segundo se le hizo además una anestesia regional con muy buen resultado.

Sexto grupo—Las cuatro observaciones siguientes son casos especiales, pero en que los enfermos durmieron muy bien. El primero se refiere a una señora que se comenzó a dormir en su cuarto con balsoformo, para continuar con etileno en la sala de operaciones; el segundo durmió muy bien, pero a los tres minutos de comenzada la anestesia la respiración se hizo tan superficial

que se quitó la máscara (a pesar de que estaba de buen color) creyendo que no respiraba; con anhídrido carbónico se aumentó la profundidad de la respiración; el tercero se durmió con gas para hacer una amigdalectomía, pero como al abrir la boca se despertaba, y no era posible poner cánula porque impedía la operación, hubo necesidad de darle un poco de balsoformo; y el cuarto se refiere a unas extracciones dentales que hubo que hacer de una en una, para evitar que se despertara el paciente.

Séptimo grupo—Buenas anestésias, pero en las cuales se movieron un poco los enfermos. El primero trató de moverse al extirpar unos pólipos del oído; y los otros dos se movieron en ciertos momentos en que pinchaban los pectorales en amputaciones del seno.

Los siete grupos anteriores forman un total de 85 anestésias muy buenas, lo cual representa un 85% de los operados.

Segunda categoría (Anestésias bastante buenas)

Los 15 enfermos restantes, o sea el 15% de los pacientes, durmieron relativamente bien, pero presentaron algunas características que dificultaron un poco las intervenciones. Los dividiremos en dos grupos, así:

Primer grupo—Cinco enfermos, cuya respiración muy profunda y netamente abdominal, molestó bastante en el curso de la anestésia; y una enferma que pujó en algunos momentos de la intervención. De los cinco primeros hubo tres que presentaron período de excitación; otro que pujó bastante, y otro que se demoró mucho en dormirse.

Segundo grupo—Este grupo es bastante heterogéneo. En él se encuentran enfermos que se movieron bastante, uno de ellos con excitación en la mitad de la anestésia; dos enfermos que por falta de inyección previa de morfina-atropina no durmieron completamente y hubo que agregarles éter o balsoformo; muy poca relajación muscular y movimientos en una prostatectomía; y otros que presentaron un período de apnea, algunos con cianosis, pero sin consecuencias de ninguna clase. El primero es el caso número 1, en el cual hubo período de excitación y como por este motivo se aumentó la dosis de etileno, alcanzó a ponerse morada la enferma y suspendió un momento la respiración; el segundo se refiere a una enferma que se puso morada y

dejó de respirar al ponerla en posición de Tredelenburg, pero que al sacarle la lengua y ponerle la cánula continuó bien. Hay otro relativo a un enfermo que dejó de respirar un momento al terminar la operación, sin ponerse morado y ya cuando la dosis de etileno se había reducido a la mitad. Al quitarle la máscara se despertó bien, pero debemos advertir que este paciente había sufrido de un reumatismo y radiológicamente tenía una dilatación cardíaca. Agregamos a este grupo el caso número 100, que durmió bien con la máscara, pero que al intentar ponerle la cánula para poder practicar cómodamente una inyección de alcohol, vomitó y trató de despertarse. Se aguardaron más de quince minutos sin que durmiera bien, y por este motivo se anestesió nuevamente con la máscara y se puso la inyección sin dificultad. Este último grupo lo forman nueve anestесias.

Primera categoría

Primer grupo:

- 2 L. V. M. (Jaramillo, Troconis) Colectomía.
- 4 L. D. T. (Ucrós, Esguerra) Amputación del seno.
- 6 H. S. (Acosta, Sarmiento) Histerectomía.
- 8 N. G. (Cavelier) Hernia.
- 12 J. A. (Troconis) Luxación del hombro.
- 14 C. A. (Corpas, Bejarano) Adherencias ceco-cólicas.
- 16 M. C. (Esguerra) Colpotomía.
- 18 C. J. S. (Corpas, García M.) Castración unilateral.
- 20 E. P. Q. (Ucrós, Franco) Histerectomía.
- 22 H. V. (Esguerra, Ucrós) Apendicectomía.
- 23 J. P. (Acosta, Sarmiento) Nefrectomía.
- 24 C. E. (Acosta, Sarmiento) Histerectomía vaginal.
- 26 E. P. (Cleves, Rico) Vaciamiento mastoidiano.
- 27 P. R. (Esguerra) Apendicectomía.
- 30 E. L. (Corpas, Cavelier) Laparatomía.
- 31 J. A. (Cavelier, Araos) Hernia.
- 32 C. P. (Esguerra, Defrancisco) Apendicectomía.
- 33 J. R. (Ucrós, Franco) Apendicectomía.
- 34 B. V. (Cavelier, Esguerra) Nefropexia.
- 35 E. P. (Cleves, Rico) Trepanación.
- 37 M. Z. (Acosta, Sarmiento) Apendicectomía.
- 39 M. G. (G. Vergara Rey) Histerectomía.

- 41 M. H. R. (G. Vergara Rey) Apendicectomía.
- 42 C. F. (Cavelier, Esguerra) Pólipo vesical.
- 43 M. G. (Acosta, Sarmiento) Extracción de una trompa.
- 44 G. N. (Troconis) Luxación del hombro.
- 45 A. M. (Vergara Rey G.) Raspado uterino.
- 46 E. F. (Ucrós, Cavelier) Perineorrafia.
- 49 V. G. (Acosta, Sarmiento) Laparatomía.
- 50 L. N. (Esguerra, Ucrós) Histerectomía.
- 52 S. H. (Corpas, Cavelier) Colectistectomía.
- 54 M. U. (Meoz, Esguerra) Vaciamiento mastoidiano.
- 55 F. T. (Corpas, Leyva) Bocio.
- 56 J. B. (Cavelier, Durán) Nefrectomía.
- 59 M. E. S. (Ucrós, Cavelier) Apendicectomía.
- 60 C. P. (Ucrós, Franco) Histerectomía.
- 67 H. L. (Corpas, Esguerra) Colectistectomía.
- 69 E. C. (Cavelier, Ucrós) Fistula.
- 70 A. C. (M. Vergara Rey) Castración unilateral.
- 68 C. M. (F. Canales) Curetaje uterino.
- 71 J. V. (Esguerra) Hemorroides.
- 73 M. A. M. (Esguerra) Reducción de fractura.
- 75 M. E. Z. (Jaramillo, Arango) Apendicectomía.
- 76 F. T. (Esguerra, J. Martínez) Osteomielitis.
- 78 F. T. (Esguerra, J. Martínez) Várices.
- 80 R. G. (Esguerra, Izquierdo) Fistula.
- 82 E. R. (Cavelier, Esguerra) Apendicectomía.
- 83 E. M. Esguerra, Cavelier) Amputación.
- 85 M. P. (Acosta, Ferro) Apendicectomía.
- 86 I. D. (Esguerra, J. Martínez) Apendicectomía.
- 89 M. A. (Cavelier, Esguerra) Nefrectomía.
- 92 F. T. (Esguerra, Matallana) Osteomielitis.
- 93 E. M. (Eguerra) Sutura de la piel.
- 94 R. M. (Cavelier, Durán) Nefrectomía.
- 95 F. T. (Cavelier) Sutura vesical.
- 96 J. M. (Esguerra) Luxación.
- 97 H. N. (Ucrós, Esguerra) Desarticulación de la rodilla.
- 19 A. B. (Ucrós, Cavelier) Histerectomía.
- 98 F. T. (J. F. Martínez) Curación.
- 99 A. V. (J. F. Martínez) Sutura de la piel.

Segundo grupo:

- 38 L. A. (Jaramillo, Durán) Apendicectomía.

- 53 E. M. (Esguerra) Suturas.
- 57 C. A. (Ucrós, Torres) Invaginación intestinal.
- 61 A. A. (Esguerra) Suturas.
- 64 H. S. (Esguerra) Reducción de luxación.
- 72 P. R. (Esguerra) Absceso.
- 74 J. G. (Esguerra) Antrax.
- 79 F. T. (J. Martínez) Curación.
- 84 F. T. (J. Martínez) Curación.
- 88 R. G. (Esguerra) Curación.

Tercer grupo:

- 5 M. S. (G. Vergara Rey) Histerectomía.
- 7 F. A. (Jaramillo, Arango) Apendicectomía.
- 9 V. G. (Cavelier, Durán) Várices.
- 11 O. P. (Cavelier, Esguerra) Ovariectomía.

Cuarto grupo:

- 58 A. B. (M. T. Vergara Rey) Apendicectomía.
- 63 L. P. (Cavelier, Martínez J.) Várices.

Quinto grupo:

- 17 R. C. (Cleves, Esguerra) Sinusitis maxilar.
- 62 M. H. P. (Cleves, Esguerra) Sinusitis maxilar.

Sexto grupo:

- 10 J. D. (Jaramillo, Páez) Apendicectomía.
- 47 E. G. (Jaramillo, Troconis) Amputación del seno.
- 51 H. D. (Meoz) Amigdalectomía.
- 87 P. L. (F. Cortés) Extracciones dentales.

Séptimo grupo:

- 36 R. C.. (Esguerra, Ucrós) Amputación del seno.
- 65 D. B. (Arboleda) Pólipos del oído.
- 81 J. P. (Ucrós, Cavelier) Amputación del seno.

Segunda categoría

Primer grupo:

- 3 C. E. M. (G. Vergara Rey) Apendicectomía.
- 28 E. G. (Aguilera, Piñeros) Apendicectomía.
- 90 G. D. (Torres B., Esguerra) Apendicectomía.
- 48 J. V. (Aguilera, G. Reyes) Apendicectomía.

- 66 S. M. S. (Esguerra) Histerectomía.
- 40 M. R. (Cavelier) Histerectomía.

Segundo grupo:

- 21 G. H. (Ucrós, Mojica) Histerectomía.
- 29 N. S. (P. Martínez, Corpas) Prostatactomía.
- 15 V. M. (Esguerra) Heridas.
- 77 E. M. (Esguerra) Luxación del codo.
- 13 V. P. (Esguerra, Cavelier) Apendicectomía.
- 1 M. C. (Esguerra, Cavelier) Laparatomía.
- 25 I. U. C. (Cavelier, Ucrós) Ovariectomía.
- 91 A. F. (Cavelier, Araos) Apendicectomía.
- 100 E. P. (Meoz) Inyección de alcohol.

Los cien casos anteriores se agrupan así:

Apendicectomías	22
Histerectomías	11
Laparotomías	7
Hernias	2
Colecistectomías	2
Colectomías	1
Invaginación cólica	1
Nefrectomías	4
Nefropexias	1
Prostatactomía	1
Cistostomías	2
Extirpación de un testículo	2
Perineorrafias	1
Fístulas rectales	2
Hemorroides	1
Raspados uterinos	2
Amputaciones del seno	4
Bocios	1
Reducción de luxaciones y fracturas	6
Osteomielitis	2
Trepanaciones	1
Vaciamientos mastoidianos	2
Sinusitis	2
Pasan.....	80

Vienen.....	80
Amputaciones, desarticulaciones	2
Várices	3
Otras intervenciones	15
	100

Caso número 58—Apendicectomía—Duración, 30 minutos.

Cuadro que muestra el pulso, tensión arterial y respiración de este enfermo durante la intervención.

	Respiración	Pulso	Tensión
Al comenzar.....	22	84	12,5 max. 9 min.
5 minutos después.....	32	84	12,5 » 9 »
15 » »	34	80	14 » 9 »
20 » »	36	60	13,5 » 9 »
30 » »	36	80	13 » 8,5 »

CONCLUSIONES

- I—El etileno y el protóxido de ázoe deberían ser los anestésicos generales más empleados en esta ciudad, por ser los que ofrecen el máximo de seguridad para la vida de los pacientes.
- II—Es preferible el uso del etileno al del protóxido, porque las propiedades anestésicas del primero son superiores.
- III—La convalecencia es más rápida en los enfermos operados con etileno que en los operados con éter o cloroformo.
- IV—Los vómitos post-operatorios son casi nulos después de la anestesia etilénica.
- V—Es indispensable tener precauciones especiales al emplear el etileno, porque este gas es inflamable, y explosivo cuando se encuentra en la atmósfera en una proporción que puede variar del 4,2% al 14,5%.

Bogotá, diciembre de 1930.

EDITORIAL

LA ORGANIZACION DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA

Hemos pasado una circular a los directores departamentales de higiene del país, en la cual preguntamos el cumplimiento que se le haya dado a la Ley 35 de 1929 y al Decreto 1099 de 1930 que la reglamenta y es verdaderamente desconsolador leer esas respuestas. Salvando el departamento de Caldas y el de Antioquia donde se ha hecho alguna labor apoyándose en disposiciones anteriores y merced a la actividad de los médicos encargados de dicho ramo, en el resto de las secciones del país la modorra de las autoridades y la pereza del cuerpo médico es algo que desconcierta.

En la propia capital de la república la Junta Seccional de Títulos Médicos se ha reunido pocas veces, no ha hecho nada importante y espera para continuar sus labores que la Junta Central, presidida por el señor Ministro de Educación, conteste algunas preguntas que se le hicieron. El señor Director de Higiene de Cundinamarca nos informa que sólo han cumplido con el artículo 22 del Decreto 1099 de 1930 que los obliga a inscribirse en esa Dirección para poder ejercer la profesión, *treinta y dos* médicos de los *doscientos sesenta y tres* que están establecidos en Bogotá.

Con toda la tranquilidad del caso continúan ejerciendo ilegalmente la profesión el sin número de teguas iletrados, los permitidos, los licenciados de otros países que no han rivalizado sus títulos y lo que es peor todos los médicos graduados que no le han dado ningún cumplimiento a la ley vigente, lo cual es imperdonable porque ni siendo siquiera analfabeta se puede alegar la ignorancia de la ley.

La ley que reglamenta el ejercicio de la medicina es sen-

cilla, ordenada, bastante aceptable pero esto no basta, es indispensable que no se quede escrita, que el cuerpo médico a quien le interesa directamente, ponga cuanto esté a su alcance, mueva todos los resortes para que las autoridades le den estricto cumplimiento. Si nos dormimos, si nos encastillamos en una glacial indiferencia, bien merecemos nuestra suerte.

La Junta Central debe, entre muchas otras cosas, reglamentar las condiciones en las cuales puedan ejercer la medicina en lugares donde no exista médico graduado, las personas que así lo soliciten y nada se ha hecho a este respecto o por lo menos no se ha dado a la publicidad, lo que da lo mismo para el efecto. Las Juntas Seccionales están obligadas a pasar cada seis meses a la Junta Central y a todos los alcaldes de su jurisdicción, una lista en que figuren todas las personas que puedan ejercer la profesión y la calidad de títulos que para ello exhiban y nada, que nosotros sepamos, se ha hecho sobre el particular.

El artículo 12 del Decreto 1099 de 1930 dice que la reválida de cada una de las licencias causará un derecho de cien pesos y que si transcurridos noventa días la persona que poseyere la licencia no la hubiere revalidado, ésta se considerará sin ningún valor. Estas disposiciones son terminantes; estamos seguros que más del 90% de quienes ejercen sin diploma no las han cumplido; las autoridades deberían conminarlos con multas para lo cual están ampliamente facultadas por otros artículos de la misma ley. Y sin embargo nada se ha hecho sobre el particular.

En los actuales momentos en que de los leprosorios, asediados por el hambre se fugan los enfermos, que tampoco encuentran allí el tratamiento eficaz para su mal, la recaudación de las reválidas de las licencias así como de las multas impuestas a quienes estando libres no han cumplido con la ley, aliviarían en algo a nuestros hermanos en desgracia. Y las autoridades nada han hecho sobre el particular.

Hacemos un llamamiento especial a todos los médicos del país para que se nos comuniquen el nombre de las personas y el lugar donde ejercen la profesión sin títulos suficientes;

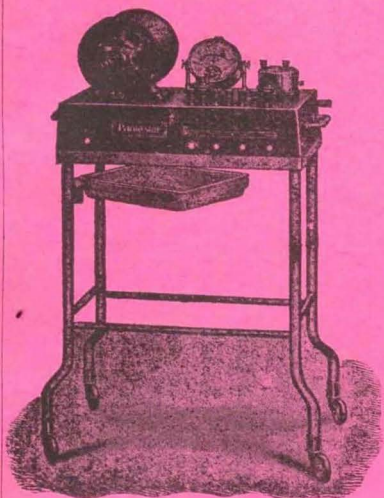
Aparatos para Electroterapia

Pantostato

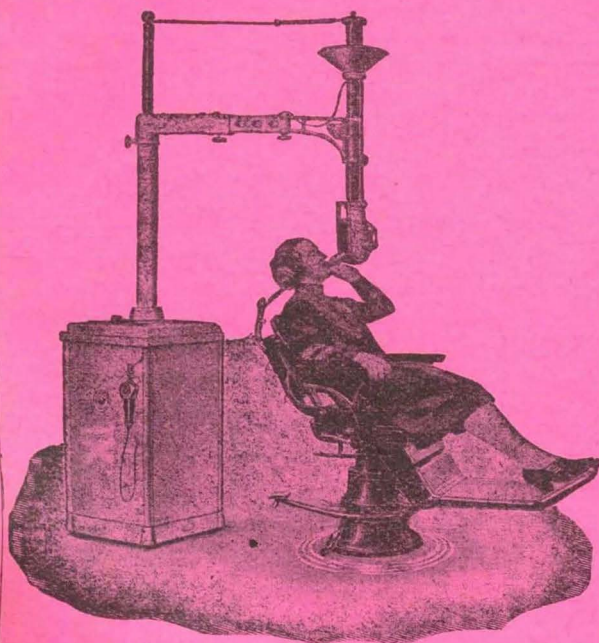
GALVANO - CAUTERIO - FARADISACIÓN
LUZ Y MASAJE

Diatermia

Rayos Ultra-Violeta



Aparatos de Rayos X



PARA CONSULTORIO, POR-
TÁTILES Y DENTALES
TODA CLASE DE
APARATOS
PARA EL
GABINETE
MÉDICO

REPRESENTANTES:

Dr. Weiser & Hering

PIDANOS DEMOSTRACION
E INFORMACION

Calle 13 No. 174 - Apartado 492

BOGOTA

DR. JORGE ROSAS CORDOVEZ

JEFE DEL LABORATORIO DE RAYOS X
DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

LABORATORIO PARTICULAR DE RA-
DIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA
SUPERFICIAL Y SEMIPENETRANTE

CALLE 16, NO. 91 (ENTRE CARRERAS 7.ª Y 8.ª)

TELEFONO 81-30

nosotros nos encargaremos de gestionar, en reserva, para evitar las consiguientes represalias, ante las autoridades competentes tales asuntos. Es urgente, inaplazable, emprender esta campaña depuradora para salvaguardar nuestros intereses.

Igualmente solicitamos respetuosa pero enérgicamente de las autoridades y de quienes estén encargados de velar por la efectividad de la ley, un apoyo decidido para llevar a término la labor que nos proponemos realizar; invocamos para ello el sagrado juramento que hicieron de cumplir con su deber al posesionarse de los puestos que hoy ocupan.

DEONTOLOGIA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA C.

EDUCACION DEL MEDICO

El buen éxito profesional del médico no depende únicamente de su preparación científica sino de ese conjunto de modales y buenas maneras que caracterizan a las personas educadas y cultas.

Por tradición, en nuestro medio, el médico ocupa un puesto preferente en la sociedad, que lo hace acreedor al respeto y a la consideración de las distintas clases; para el prestigio de la profesión es indispensable saber mantenernos en ese sitio de dignidad y decoro conquistado por aquellos que nos han precedido en la lucha y que supieron dejarnos el ejemplo como fruto de su esfuerzo.

Las cualidades que el médico debe tener así como los peligros que lo asechan, han sido siempre los mismos; por eso transcribo lo que Hipócrates, en síntesis maravillosa, decía al respecto:

«Es una recomendación para el médico tener un buen aspecto y una gordura de acuerdo con su temperamento porque de un médico flaco y decaído se piensa ordinariamente que tampoco será capaz de cuidar a los demás. Igualmente es preciso que sea limpio en su persona, bien vestido, que use perfumes agradables cuyo olor no tenga nada de sospechoso, porque todo esto dispone al enfermo en su favor. El médico cuerdo en cuanto a la moral se refiere debe observar lo que sigue: primero saber callar y luego reglamentar su vida lo cual es muy importante para su reputación; su carácter debe ser grave y bondadoso a la vez, pues el exceso de atenciones aún para prestar servicios, hace respetar menos. Debe practicar lo que pueda permitirse; los mismos oficios devueltos raramente a las mismas personas son suficientes para tenerlas contentas. Su postura será la de un hombre sencillo, sin afectación; de otra manera parecerá arrogante y severo; al contrario, si se abandona a la risa y a la alegría se volverá



Tripaflavina

Cloruro de 3'6-diamino-10-metilacridina

Antiséptico quimioterápico
de energías propiedades bactericidas

Indicaciones especiales:
Cistopielitis, peritonitis,
toda clase de enfermedades sépticas,
gripe, encefalitis, gonorrea, etc.

Prescribase:
Tripaflavina tabletas
Para inyecciones:
Ampollas con solución al 0,5—2 por 100

Embalaje original



REGISTRADO

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

QUIMICA INDUSTRIAL

Bayer - Meister-Lucius

WESKOTT & Cía. - APARTADO 301. - BOGOTA

ARSAMINOL

(Sal arsenical pentavalente)

Solución a la concentración de 26,13% (Adultos, 1 c. c. = 0. gr. 05 de As) y de 13.06% (Niños, 1 c. c. = 0. gr. 0.25 de As). del «3 acetilamino 4 oxifenilarsinato de dietilaminoetanol».

S I F I L I S

Pian - Tripanosomiasis - Botón de Oriente - Paludismo

F O R M A S :

Ampollas de "ARSAMINOL"

de 3 c. c. (0 gr. 15 de As) y de 5 c. c. (0 gr. 25 de As)

Arsaminol infantil

Ampollas de 1,5 c. c. (0 gr. 0.25 de As)

LABORATORIOS CLIN - COMAR & Cie., 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS - Ve.

AGENTES GENERALES: ANDRES SEYS & PANNIER, Calle 16, No. 99.

Teléfono 31-93 - BOGOTA

VITASTERINE

B y L A

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:

ANDRES SEYS & PANNIER

APARTADO 1063—BOGOTA

fatigante y es de esto que precisamente deberá guardarse. Debe ser recatado en todas sus relaciones lo cual le será de gran ayuda pues los enfermos, que generalmente tienen dificultades para confesar sus secretos, lo harán así sin gran pena. Como a toda hora está en contacto con señoras, señoritas y mujeres de mundo, es indispensable que tenga un completo dominio de sí mismo para evitar claudicaciones fatales. Hé aquí lo que debe ser el médico en lo físico y en lo moral».

El médico debe ser pulcro en el vestir y poner en práctica los preceptos higiénicos indispensables para mantener una salud floreciente, lo contrario carecerá de la autoridad suficiente para imponerlos a sus clientes. Así como es de agradable la sensación que se experimenta al ver una persona limpia, fresca, lozana, bien afeitada, cuidada de los dientes, de las manos, de las uñas, así es de triste y repugnante encontrar a un médico con el cabello largo y enmarañado, la barba crecida, el cuello del saco lleno de partículas de caspa, el vestido sucio y los zapatos llenos de polvo. Los clientes se llevarán consigo esta penosa impresión y en cuanto les sea posible esquivarán el solicitar los servicios del profesional que así se les presente.

En lo moral el médico debe ser honrado hasta la exageración, caballeroso en exceso, casto y recatado hasta donde le sea posible. Los pequeños defectos tan frecuentes en las personas de buena posición en nuestro medio, toman en el médico realce y contornos que lo perjudican haciéndolo aparecer como liviano y poco serio. Las miradas capciosas, la galantería melosa y mal dirigida, las historietas de doble sentido, los cuentos picantes y demás trivialidades banales en los demás, son juzgadas con severidad por la clientela que nada perdona y que está siempre lista a la crítica aserva. Se debe huír tanto de la cordialidad exagerada que fatiga, como de la severidad injustificada que atemoriza. Colocarse en el justo medio, poseer ese dón de gentes que hace decir a las personas que tiene algo especial que agrada y subyuga, es el papel que tiene que desempeñar el médico, pero esto es lo verdaderamente difícil.

No solamente debe el médico saber callar sino que está obligado a saber hablar, empleando un lenguaje pulcro que traduzca nítidamente sus ideas precisas, evitando la terminología rimbombante, la alabanza inmoderada de sus éxitos y lo que es peor, las alusiones despectivas para sus colegas. Debe conversar poco y respetar las creencias y opiniones de los demás, no aventurarse en discusiones estériles ya que

su misión, en cuanto a los asuntos generales se refiere, no es precisamente la de enderezar entuertos, ni la de corregir males y defectos que tienen hondas raíces en nuestra raza y están alimentados por la ignorancia y la hostilidad de nuestro medio.

La honradez y la verdad deben brillar en todas las actuaciones del médico; nada más abominable que un médico que no cumple a sus compromisos, que discuta sus deudas, que se aproveche de su posición para solicitar préstamos de pago improbable o que abuse de la gentileza de sus amigos y de sus relaciones. Al médico le está vedado el decir mentiras o el buscar evasivas y disculpas que comprometen su buen nombre.

En las ciudades populosas el médico tiene más libertad, puede ejercitar ciertos deportes y asistir a determinados espectáculos sin abuso; no sería bien visto el que estuviera todas las mañanas en el campo de tennis o de golf, por las tardes en los tés danzantes y por las noches en el cine o el teatro. Las personas que lo vieran frecuentar con asiduidad tales lugares se formarían mala idea de su laboriosidad, de su aplicación al estudio y de su consagración a los enfermos y comenzarían a divulgar su opinión. No debe visitar los cafés ni establecimientos de mala reputación: siempre hay allí ojos que expían y lenguas que se complacen en hablar mal. Para obviar estos inconvenientes, en los centros de importancia se han establecido clubs de médicos donde pueden reunirse sin estar fiscalizados por los profanos, pero sucede con mucha frecuencia que algunos de los socios por incautos o por malévolos, no son lo suficientemente reservados y propagan especies que perjudican a dichos centros y a los profesionales que allí concurren; todo lo cual indica que aun en medio de los colegas se debe guardar la misma línea de conducta que ante el público en general.

En las poblaciones pequeñas y especialmente en aquellas de clima medio, el instinto sexual se excita considerablemente y el médico tiene que emprender una verdadera lucha para defenderse del asedio de lo que pudiéramos llamar señoras o mujeres de consultorio. Toda la discreción, toda la rectitud y firmeza son pocas para librarse de este peligro que trae el inevitable desprestigio del profesional.

En el próximo número de esta *Revista* estudiaremos la conducta del médico en relación con ciertos problemas de su vida cívica: opiniones religiosas, tendencias políticas, matrimonio y vida conyugal.

TERAPEUTICA RAZONADA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

En nuestra libreta de apuntes encontramos las siguientes notas tomadas al profesor Harvier en la Facultad de París.

INSUFICIENCIA PANCREÁTICA

(Páncreas, glándula digestiva)

El jugo pancreático es el más activo de todos los jugos digestivos. Como se sabe, en él se encuentran tripsina, esteapsina, amilasa y maltasa.

Su acción solo se ejerce bien en medio alcalino.

El jugo gástrico, ácido, pasando al duodeno hace producir en éste la secretina, la cual al pasar a la corriente sanguínea excita la secreción pancreática. Esta secreción es intermitente.

La tripsina excita en el duodeno la secreción de la enteroquinasa.

La insuficiencia pancreática se caracteriza por fenómenos de diarreas abundantes, palidez, adelgazamiento, etc.

El laboratorio puede dignosticar esta insuficiencia por dos pruebas: 1ª. En las materias fecales se encuentran núcleos de células musculares no digeridos; 2ª. Por la presencia de grasas en las deposiciones. Si se mide la cantidad de grasas excretadas se puede ver que éstas alcanzan hasta el 10% de las ingeridas.

La insuficiencia pancreática externa, es por lo general secundaria a turbaciones gástricas como la hiperclorhidria y la hiposecreción. Cuando no son secundarias se pueden deber a una

lesión del órgano, que es casi siempre la pancreatitis, tan frecuente en los niños.

Un gran número de medicamentos sirve para excitar experimentalmente la secreción externa del páncreas. Hay un alimento que excita admirablemente esta secreción: la leche. Este alimento es un verdadero remedio.

La opoterapia parece muy seductora pero en la práctica presenta grandes dificultades. En los hiposecretores, el páncreas tostado o la maceración de páncreas tomado en ayunas, puede prestar servicios puesto que los jugos intestinales no lo atacan.

Pancreatina. Dosis: 0,25 gramos. Dar 4 a 5 gramos por mes.

Debe formularse en cápsulas o píldoras de gluten, cera o queratina. Nunca en obleas. Hacerla tomar al principio de las comidas.

Pancreatina.....	0,25 gramos
Extracto de jugo intestinal....	0,10 “

La leche será el alimento principal de estos insuficientes pancreáticos. Hacerles tomar de 150 a 200 gramos cada dos horas. Cuando las comidas sean permitidas, (pequeños insuficientes), darles la leche antes de ellas; una hora u hora y media antes de comer. Es también recomendable hacerles tomar diariamente un poco de caseína.

La bilis emulsiona las grasas. Las grasas no emulsionadas no pueden ser digeridas por el jugo pancreático. De aquí se desprende la necesidad de no confundir las insuficiencias pancreáticas con las hepáticas y viceversa. Cuando se trata a un pancreático hay que dirigirse también al hígado. Dar medicamentos colagogos y excretores.

Los colagogos actúan sobre la musculatura de la vesícula biliar. La pilocarpina es un medicamento detestable en estos casos. El medicamento de elección es el *Sulfato de Magnesia*.

Sulfato de magnesia.....	0,25 a 0,30 gramos
(En píldoras queratinizadas) o	
Sulfato de magnesia	0,05 “
Peptoná.....	0,02 “

Laboratorio de Rayos X y Electroterapia

Doctor C. Trujillo Venegas, Director del Laboratorio de Rayos X
del Hospital de San Juan de Dios



Carrera 8ª. número 483 (entre calles 15 y 16). Teléfono 17-68



Cuenta además con Aparato de Rayos X portátil para practicar
exámenes radiológicos a domicilio

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

OPTICOS, OPTOMETRAS GRADUADOS



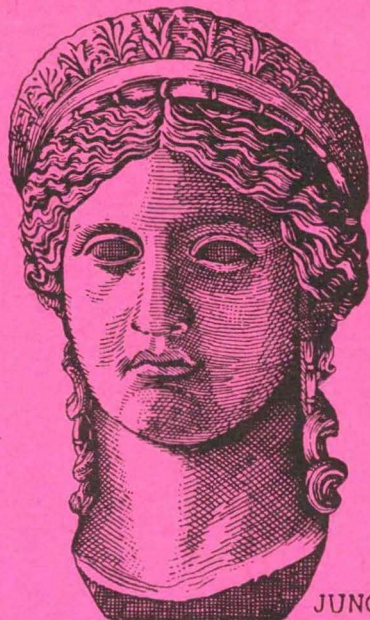
SUMINISTRAMOS LOS CRISTALES

“ZEISS PUNKTAL” Y “ULTRASIN”

contra los rayos ultravioletas.



MICROSCOPIOS Y ACCESORIOS PARA LABORATORIO.



JUNO

KLIMAKTÓN



CONTRA LOS ACHAQUES DE LA EDAD CRÍTICA

COMPOSICIÓN:

3 cgr. de substancia ovárica absolutamente pura,
6 mgr. de substancia tiroidea igualmente depurada,
15 cgr. de bromural y 15 cgr. de calcio-diuretina.

Tubitos con 20, frascos con 50 grageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.

Entre los excretorios, talvez el aceite de olivas tiene en cierto grado esta propiedad; pero el único medicamento seguro es la bilis misma.

La opoterapia biliar actúa sobre la célula hepática excitándola a secretar de nuevo. Es la opoterapia más segura hasta ahora conocida. *Bilis de buey* en cápsulas queratinizadas; nunca pasar de 0,50 gramos. Desconfiar de las dosis más elevadas.

No emplear nunca la opoterapia biliar en enfermos de colecistitis o que sufran en alguna manera de la vesícula.

La bilis B, es vesicular. La bilis C, es hepática directamente. Dar alimentos pobres en grasas. Dar pequeñas comidas acerbadas para excitar con frecuencia la secreción pancreática que es intermitente.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCIÓN A CARGO DEL SEÑOR

GUILLERMO LARGACHA

Un caso clínico interesante.—En el archivo de historias clínicas en el servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Juan N. Corpas, hemos encontrado la historia que en seguida relatamos y que amablemente nos ha suministrado el actual interno del servicio, señor Jorge Perico Escobar.

Se trata de la enferma F. C., natural de Casanare, de 45 años, enviada el 13 de junio del servicio de Clínica Interna para que en éste se le operase un prolapso genital.

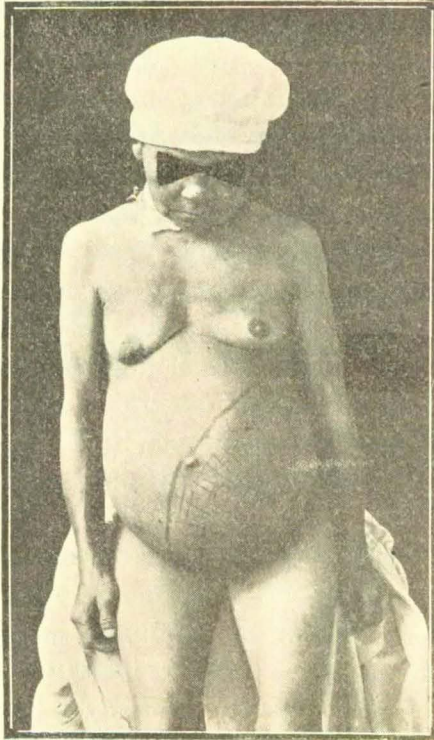
Como antecedente importante y en el cual insiste especialmente la enferma, se encuentra el paludismo, que dice sufre desde pequeña, y en cada acceso se presentaban molestias y dolores en el flanco izquierdo del abdomen. Hace 25 años notó que en el flanco izquierdo aparecía una masa dura sensible y dolorosa que después de cada acceso palúdico aumentaba de volumen notablemente. Hace 10 años a causa de un traumatismo fuerte se manifestó un prolapso uterino, que ella se reduce con la mano, pero que se hace manifiesto a cada esfuerzo y en los últimos años con el enorme desarrollo que ha alcanzado el tumor del flanco izquierdo, las molestias que el prolapso le ocasionan han llevado a la enferma a tal estado que no le es posible permanecer en pie y por este motivo solicita la hospitalización.

En el servicio de Clínica Interna, Profesor M. Jiménez López, se le practicó la reacción de Wassermann con resultado positivo total; se busca el hematozooario con resultado (negativo); se le hizo la numeración globular que dio el siguiente resultado: glóbulos rojos, 1.780,000 por m/m cúbico; hemoglobina, 60%; valor globular, 1,7.

Examinada en el servicio se encuentra lo siguiente: enferma enflaquecida, color pálido terroso, anemia intensa, mirada indife-

rente y el rostro surcado de arrugas, lengua saburral, mucosas pálidas, piel seca; pérdida del apetito, digestión difícil, corazón con los ruidos apagados, soplos anémicos muy marcados en la base, pulmón clínicamente normal; el enflaquecimiento de los miembros y la estrechez del tórax contrastan notablemente con el enorme volumen del vientre, temperatura 37°, pulso débil.

A la palpación abdominal se encontró una masa dura ligera-



mente sensible al dolor, de contornos regulares y con una escotadura profunda en el borde anterior; esta masa ocupa todo el flanco izquierdo desde el noveno espacio intercostal hasta el pubis y desborda de la línea media abdominal algunos centímetros; el prolapso genital solamente se aprecia al caminar. Se hace el diagnóstico de una esplenomegalia palúdica y el 18 de junio se hizo numeración globular y fórmula leucocitaria con el siguiente resultado: glóbulos rojos, 1.380,000 por m^3/m ; glóbulos blancos, 600 por m^3/m . Pol, neutrófilos, 60%; Linfocitos, 36%; grandes

mononucleares, 2%; basófilos, 2%, anisocitosis y policromatofilia.

Dado el agotamiento de la enferma, se la sometió a un tratamiento reconstituyente vigilando el riñón y las vías digestivas. El 24 de septiembre, como la enferma se presentase en buenas condiciones, se decide operarla al día siguiente; se hizo nuevamente numeración globular con el siguiente resultado: glóbulos rojos, 1.100,000 por m^3/m ; glóbulos blancos, 2,000 por m^3/m ; tiempo de coagulación, 15 minutos; resistencia globular máxima, 0,25; mínima, 0,30; hemoglobina, 65%; valor globular, 2,1.

El 25 de septiembre fue operada; cirujanos, el profesor Corpas y el doctor García Maldonado; anestesia, el cloroformo; se hizo una laparotomía siguiendo el borde externo del músculo recto del abdomen y abierto el peritoneo se encontró el bazo del tamaño del hígado; se cortan, previa ligadura, algunas adherencias del epiplón, se ligó el pedículo y se extrajo el órgano, luego se hizo la hemostasis cuidadosa y se cerró la pared sin dejar dren. El bazo pesó tres kilos y fue remitido al laboratorio; el examen anatomo-patológico dio el siguiente resultado: hiperplasia del tejido conjuntivo que ahoga completamente la parte medular del bazo; notable disminución de los corpúsculos de Malpighio y de los cordones de Bilioth; predominio de linfocitos.

Como complicación post-operatoria se presentó un derrame ascítico que cedió fácilmente al tratamiento, ligero edema de los miembros inferiores y huellas de albúmina en la orina; no hubo reacción febril.

El 5 de octubre se hizo nuevo examen de la sangre con el siguiente resultado: glóbulos rojos, 2.060,000 por m^3/m ; glóbulos blancos, 4,000; hemoglobina, 60%. En noviembre se repite el examen con el siguiente resultado: glóbulos rojos, 4.000,000; glóbulos blancos, 5,000; hemoglobina, 75%.

El 5 de enero de 1931 se hace nuevamente examen, con el siguiente resultado: glóbulos rojos, 6.400,000; glóbulos blancos, 10,400; hemoglobina, 70%.

La enferma sale del servicio en estado de salud satisfactorio y el prolapso genital completamente reducido sin intervención alguna para conseguir este objeto.

OMNADINA

Marca registrada

Pleno-Vacuna inmunizante "Much"

en la **Neumonía gripal grave**
en la **fiebre puerperal**

La Omnadina moviliza rápida
y enérgicamente las defensas
biológicas del organismo en
todas las enfermedades infec-
ciosas, en los padecimientos
neurálgicos y reumáticos, etc.

Cajas de 1, 3 y 12
ampollas de 2 c. c.

Embalaje original



Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

Química Industrial

Bayer - Meister-Lucius

WESKOTT & Cía. — Apartado 301 - Bogotá

LO Mejor
Ultimo
Más recomendado

POPINA

PARA Disentería
Colitis
Diarreas disenteriformes

El infrascrito, Médico y Cirujano,

Bogotá, noviembre 15 de 1929

CERTIFICA:

Que ha empleado en algunos casos de amibiasis, tanto agudos como crónicos, el producto conocido con el nombre de "POPINA" con tan excelentes resultados que no duda en recomendarlo como una medicación de primer orden en el tratamiento de dicha enfermedad.

DR. ALFREDO LUQUE

Profesor de Terapéutica de la
Facultad Nacional de Medicina

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE

SECCIÓN A CARGO DEL SEÑOR

ENRIQUE BOTERO MARULANDA

Sarcoma de la pared abdominal.—En el pabellón Ragonesi, servicio del doctor Jenaro Rico, cama número 22, se encuentra actualmente el enfermo cuya historia clínica narramos a continuación y que galantemente nos fue cedida por el interno del servicio señor Gonzalo Ríos Naranjo.

N. N., natural de La Vega, de 30 años de edad, soltero, agricultor. Entra al servicio el día 22 de diciembre de 1930.

Antecedentes hereditarios.—No suministra datos concretos, fuera de que su padre murió de anemia tropical. Entre sus antecedentes patológicos se encuentra la anemia tropical y dolores frecuentes de cintura.

Hace un año notó la aparición de un pequeño tumor del tamaño de un frijol en la parte derecha de la región suprapubiana, el cual fue aumentando rápidamente de volumen y extendiéndose hacia arriba hasta ocupar toda la región inferior del abdomen, desde el ombligo hasta el pubis y lateralmente de una fosa ilíaca a la otra. Al principio no le causaba molestia alguna y podía trabajar, pero de un mes para acá un rápido crecimiento acompañado de constantes y agudos dolores localizados en la región del tumor, le obligaron a guardar cama.

Al examen encontramos al enfermo enflaquecido y pálido. Pulmones, corazón, hígado y bazo normales; párpado izquierdo un poco caído; dientes careados, lengua limpia; funcionamiento intestinal y del riñón, normales.

A la inspección abdominal se ve una tumefacción de forma circular del tamaño de la cabeza de un niño colocada en la región intra-umbilical y cubierta por piel normal; la palpación ligeramente dolorosa enseña gran fijeza; temperatura local normal, y da la sensación de renitencia en unas partes y dureza en otras.

Por la radiografía se demostró la normalidad de los huesos del bacinete. Las cistorradiografías y la cistoscopia enseñaron la vejiga un poco deformada por la compresión pero de capacidad y paredes normales, quedando así confirmado el diagnóstico de tumor de la pared abdominal. En cuanto al diagnóstico patológico, apenas se sospechó: sarcoma o quiste.

Su rápido crecimiento, los agudos y constantes dolores que no cedían a tratamiento médico, indicaron la necesidad del tratamiento quirúrgico.

El 7 de enero fue operado por el doctor J. Rico, ayudado por el señor Gonzalo Ríos. Anestesia clorofórmica. Incisión mediana intra-umbilical de una piel en extremo delgada; se disecó ésta y se comprobó que el tumor era encapsulado. Siguiendo el plano de separación se desprendió hasta la parte posterior en donde contraía fuertes adherencias con la aponeurosis y los músculos anchos. Los músculos rectos estaban rechazados hacia afuera y reducidos a láminas delgadas y pálidas. Se puncionó y se extrajo un líquido hemático que fue enviado al Laboratorio para su examen químico y citológico, que dio el siguiente resultado: cloruros, 6.50 gramos por mil; reacción de Rivalta, positiva; linfocitos, 40 por 100; polinucleares, 60 por 100.

La cápsula de consistencia fibrosa, espesa en partes y en otras delgada, fue abierta y como contenido se encontró una substancia blanca grísea de consistencia encefaloide que formaba cavidades en las cuales se encontraba el líquido antes descrito. Dada su extensa implantación que cogía los músculos anchos y la aponeurosis posterior, fue imposible extraer por completo la cápsula cuyo resto se marsupializó.

El estudio anatomo-patológico fue hecho galantemente por el doctor R. Sanmartín, director del Laboratorio Satiago Samper, y su ayudante V. N. García. El resultado fue el siguiente: numerosas células conjuntivas del tipo embrionario y de formas mixtas; pequeñas células redondas y células fusiformes con predominancia de estas últimas. Vasos sin pared propia. Enormes zonas hemorrágicas. *Diagnóstico: sarcoma, de células mixtas.*

Mantenemos permanentemente
en depósito

Instrumental de Cirugía

Despachamos para toda la República

Nos encargamos de pedir, según catálogo,
toda clase de mobiliario operatorio,
instrumentos, microscopios y accesorios.

LUIS CARREÑO M. & Co. - BOGOTA

Calle 12, número 106-A - Apartado 445

Teléfono 38-11

Depósito de Especialidades Farmacéuticas
Americanas, francesas, suizas y alemanas.

Despachamos para Cundinamarca,
Boyacá, Tolima y Huila

Concesionarios del famoso insecticida

FLY - TOX

De aroma muy agradable. No mancha.

Resultados garantizados. - Mayores informes donde

LUIS CARREÑO M. & Co. - BOGOTA

Calle 12, número 106-A - Apartado 445

Teléfono 38-11

Películas EASTMAN para Rayos X

**La película preferida
por todos los radiólogos
del mundo**

**SURTIDO COMPLETO Y
PERMANENTE**

MUÑOZ HERMANOS

Distribuidores de la

EASTMAN KODAK COMPANY

PRIMERA CALLE REAL

Nº 245-A

LIBROS Y REVISTAS

MEDICINA

K. N. KYRIASIDIS.—*La influencia del paludismo sobre la resistencia del organismo contra la infección tuberculosa.*—(«Deutsche medizinische Wochenschrift»), tomo LVI, número 24).—No ha sido posible llegar a un acuerdo acerca de si el paludismo predispone o dificulta a la infección tuberculosa.

Le Dantec, Meuse y con ellos muchos autores, admiten que el paludismo, debilitando el organismo, predispone a la infección. De esta manera explican la frecuencia de la bacilosis en Grecia, país extraordinariamente palúdico.

Las estadísticas griegas no comprueban estas ideas, pues la mortalidad por bacilosis es mayor en las ciudades que en los campos, donde la malaria predomina. El célebre profesor griego Bigniami sostiene la tesis de que entre los palúdicos la tuberculosis tiene una marcha crónica, esclerósica y apirética.

La cuti-reacción de Von Pirquet y la investigación del índice opsonico del suero en presencia del bacilo de Koch no demuestran ninguna predisposición de los palúdicos para contraer la tuberculosis. Por el contrario, se confirma que las opsonimas del suero sanguíneo de los palúdicos crónicos están por encima de lo normal y oponen mayor resistencia a la invasión bacilar.

D. SANTENOISE H. VERDIER Y M. VIDACOVITCH.—*Aislamiento de una nueva hormona pancreática reguladora de la actividad del vago (vagotonina).*—(«Revue Française d'Endocrinologie», tomo VIII, número 3).—Los autores exponen en este artículo los resultados obtenidos después de largos años de investigaciones controladas de una manera rigurosísima. La hormona que ellos han encontrado en las secreciones del páncreas tiene por función regular los centros del neumogástrico.

La hormona se encuentra no solamente en la glándula y en sus secreciones sino también en la sangre de la circulación general.

SIDLICK.—*La glándula pituitaria en el tratamiento del zona.*—«Archives of Dermatology and Syphilology», tomo XXII, número 1).—El extracto de glándula pituitaria posee una acción sedante sobre el dolor en general. Se ha utilizado esta acción para calmar los dolores del zona después de que se conocieron los estudios de Vaudel en los cuales se demostraba que la pituitrina inyectada calmaba el dolor del zona y modificaba rápidamente la erupción.

Sidlick, vuelve sobre esta cuestión y cita varias observaciones personales en las cuales el dolor desaparecía aplicando una inyección intramuscular de 1 c.c. de pituitrina, Generalmente basta una sola inyección, pero hay casos que sólo ceden después de 3 ó 4, puestas cada dos días.

La única contraindicación es el embarazo.

MARTÍNEZ VIVOT Y AGRELO.—*Doce casos de tos ferina y sus complicaciones, tratadas por lavativas de éter compuesto y aceite de olivas.*—(«La Semana Médica», Buenos Aires, tomo XXXVII, número 27).

Teniendo en cuenta los inconvenientes de las inyecciones intramusculares de éter, los autores han ensayado, en el Hospital de niños de Buenos Aires, las lavativas de esta sustancia adicionada de aceite de olivas.

A un centímetro cúbico de éter compuesto N.º 1, se le añaden 6 c.c. de aceite para los niños menores de 2 años; en los que pasan de esta edad se pueden poner 2 c.c. de éter N.º 2. La lavativa se hace por la tarde después de haber hecho una lavativa con suero artificial.

Con este tratamiento los quintos de tos se hacen menos frecuentes y menos intensos; las bronquitis y alveolitis se mejoran rápidamente y la tos ferina cura en más corto tiempo.

CIRUGIA

ROSENTHLA (Darmstadt).—*Apendicitis paratífica.*—(«Zentralblatt für Chirurgie», tomo LVII, número 26).—El autor trae la observación del primer caso descrito de apendicitis por paratífico B.

Un muchacho de 14 años tiene todos los síntomas de una apendicitis aguda; temperatura: 39°. En la operación se encuentra un po-

Señores médicos!

En nuestra librería encontráis toda clase de

OBRAS DE MEDICINA

Les invitamos de manera muy cordial a visitar nuestra Librería, donde pueden ojear sin compromiso alguno las Obras de Medicina que podemos ofrecerles, en cuya importante materia tenemos el surtido más completo.

Nuestros precios están libres de toda competencia, pues nuestras grandes importaciones nos permiten bajarlos a donde quizá ninguna otra Librería puede hacerlo.

PIDAN NUESTRO CATALOGO DE OBRAS DE
MEDICINA COMPLETO. ES GRATIS!

LIBRERIA MOGOLLON Calle 12, No. 230 A
BOGOTA

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

TERAPIA HEPATOBILIAR

Es el HEPATODRENO

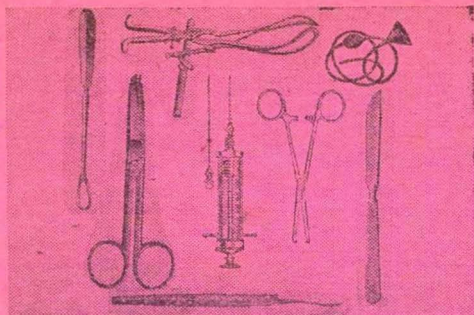
cuyos componentes son: Peptona, Sulfato
de magnesia, Hepatina y Bileína.

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



PADCO

SEÑOR MÉDICO:

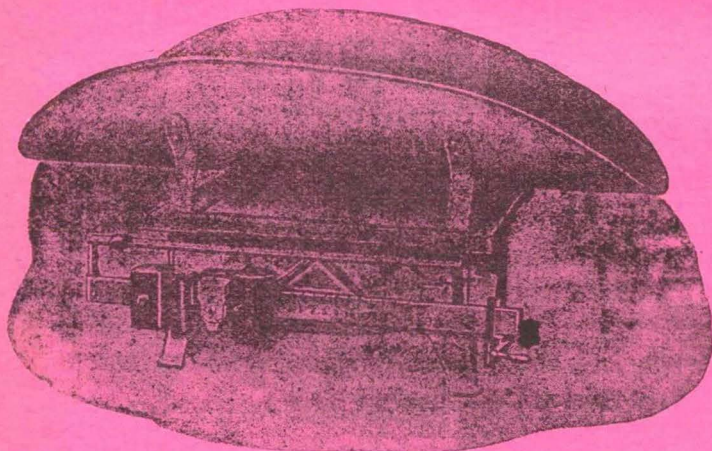
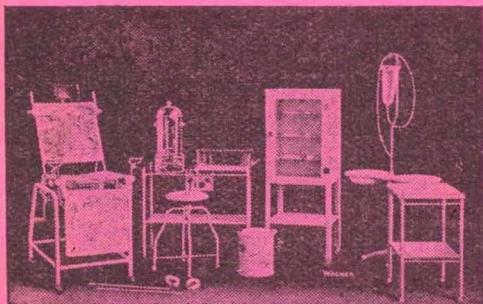
Recuerde que ya existe en Bogotá un ALMACEN DE MUEBLES E INSTRUMENTOS DE CIRUGIA marca «PADCO».

Hay muchos aparatos modernísimos listos para entregarse.

Solicitamos de los señores médicos nos hagan una visita.

HERMIDEZ PADILLA

Apartado 490.—Teléfono 40-18.



ACABAMOS
DE
RECIBIR

un completo surtido

de

PESA-NIÑOS,

y

Básculas para adultos

Calidad excelente - Precisión absoluta

Representantes: DR. WEISER & HERING

Calle 13, número 174 - Apartado 492

BOGOTA

co de líquido abdominal y un apéndice largo, grueso y manifiestamente enfermo. El intestino delgado muestra algunas placas de Peyer tumefactas.

El examen bacteriológico del contenido apendicular muestra la presencia de paratífico B. No hay bacilo de Eberth. El serodiagnóstico es positivo para el primero y negativo para el segundo. El examen histológico muestra las lesiones típicas de la apendicitis supurada.

F. RANKIN Y CH. MAYO (Rochester).—*Cáncer del intestino delgado*.—(«Surgery, gynecology and Obstetrics», volumen L, número 6).—En la Clínica Mayo se han observado 55 casos de cáncer primitivo del intestino delgado, 4.597 del intestino grueso y del recto y 4.335 del estómago.

El paciente más joven de cáncer del delgado tenía 32 años y el más viejo 69. De los 55 casos 37 correspondían a los hombres y 18 a las mujeres.

En el 38 por 100 de los casos el cáncer se encuentra en el yeyuno y en el 26% en el ileon.

Después de una detallada descripción de la sintomatología y de dar las bases del diagnóstico, concluyen que el tratamiento es la resección intestinal con restablecimiento inmediato de la continuidad del tubo. En los casos inoperables practicar la enteroanastomosis. En los casos de oclusión aguda se hará una enterostomía con extirpación secundaria del tumor.

El pronóstico es muy malo: ninguno de los operados ha pasado de 3 años. Por término medio han sobrevivido un año.

VOCES DE APLAUSO

Cúcuta, octubre 25 de 1930

Señores doctores Darío Cadena y Agustín Arango, Directores de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA.—Bogotá.

Estimados colegas y amigos:

Hace algunos días tuve la grata sorpresa de conocer una muy bien editada publicación científica, cuya dirección está a cargo de dos colegas distinguidos, amigos ambos de todo mi aprecio. Fue una mera casualidad la que me hizo tropezar con aquella Revista, y al pasar la vista por sus páginas llenas de importantes artículos de medicina y de cirugía, no pude menos de sentir una alegría interior, la sincera alegría que se siente cuando en el curso indeterminado de la vida y a través de las distancias, podemos conocer los triunfos y sincerarnos por ellos, de los que hubieron de seguir idéntica trayectoria en su vida de estudios. Por eso hoy, aunque momentáneamente apartado de ese distinguido grupo de redactores, gran parte de ellos condiscípulos y amigos de mi mayor intimidad, con el entusiasmo de quien trágicamente también en algunas agitaciones intelectuales durante la época de los estudios médicos, me uno de corazón a la obra emprendida por ustedes, que han llegado de la vieja Europa con la mente llena de ideas de renovación y de cultura.

Mi voz de entusiasmo y de felicitación sólo debe significar para ustedes, gestadores resueltos de una obra nueva y fecunda, la simple felicitación de un compañero, de un colega, de un hermano.

Como aún no he recibido ningún ejemplar de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA, sería para mí muy grato y honroso suscribirme a ella, ya que del apoyo que la juventud médica esparcida por los distintos sectores de la República dé a esa publicación, dependerá en gran parte que podamos leer artículos médicos de actualidad, los que apartados de la urbe capitalina luchamos por la vida en regiones en donde las publicaciones científicas no suelen ser de todos los días.

Muchos años de vida y triunfos constantes para ustedes y para su revista les desea su amigo afectísimo,

JESUS BERNAL JIMENEZ

Pasto, 20 de octubre de 1930

Señor doctor don Agustín Arango.—Bogotá.

Estimado amigo y colega:

Me es muy grato referirme a tu atenta carta de fecha 8 de los corrientes.

Con enorme entusiasmo patriótico y verdadero placer he visto el primer número de la revista, inteligentemente dirigida por ti y Cadena y por un grupo muy selecto y lujosamente escogido de redactores y colaboradores.

Y es que efectivamente llena el espíritu de satisfacción ver que al fin si halla lleno ese vacío inmenso que existía entre nosotros; que haya una publicación digna de tenerse en cuenta y que sea la vocera de nuestra medicina nacional y proclame muy en alto el nombre de nuestra amada Facultad haciendo ver a los demás que sí hay entre nuestros profesionales individuos verdaderamente capaces y bien preparados. Me ha gustado también ver figurar en ella nombres que son familiares, muchos de ellos que se los recuerda con cariño, como que son de antiguos condiscípulos y amigos. Aquí en donde la suerte nos ha distanciado material y espiritualmente de todos ustedes, esta revista suplirá esa necesidad del espíritu que tenemos todos los médicos de provincias, en que insensiblemente se van volviendo perfectos burgueses, por falta de algo que los aliente y los haga mirar más arriba. Esta revista será verdaderamente nacional; y así he de procurar entre todos mis colegas de aquí.

Cuando uno lee las revistas extranjeras, como *Ginecología y Obstetricia*, *Revista Médica Germano-Ibero-Americana*, *Diario de Cirugía* y la que últimamente apareció: *Revista Sud-Americana de Medicina y Cirugía*, da verdadera tristeza cómo en esas revistas sobre todo en las dos últimas, citan revistas y publicaciones de las demás naciones, al paso que de la nuestra ni se la nombra siquiera. ¿Y por qué? Por no haber una sola que merezca citarse ni tenerse en cuenta.

Ustedes que han llevado a cabo esta enorme faena, les toca levantar ese nivel; de allí que los felicite muy sinceramente, les desee muchos éxitos y que la revista esté «débilmente tocada de eternidad», como decía Villegas Restrepo al referirse al único diario de 12 páginas que había en ese tiempo en Colombia.

Y por lo que a mí toca, te ofrezco ayudar en todo lo más que pueda, levantar las suscripciones y mandar con el mío su respectivo valor.

Me haces el favor de saludarme a Matallana, Almánzar y a tu compañero en la dirección, Cadena.

Y tú acepta un fuerte apretón de manos de tu amigo que te estima de veras,

SEGUNDO N. RECALDE

Zipaquirá, septiembre 27 de 1930

Señor doctor Agustín Arango.—Bogotá.

Muy estimado amigo y colega:

Aprovecho la oportunidad para felicitar a ustedes por la maravillosa idea de publicar una revista, que al tiempo que sea órgano del

cuerpo médico de Colombia, principalmente de los jóvenes, venga a ser una divulgadora de nuestra propia patología, vuelva por los intereses de nuestra profesión y sobre todo moralice dando clases de Deontología, de la cual nos hace tanta falta un curso en nuestra Facultad. Ojalá la revista pudiera insinuar entre los médicos del país la formación de un Colegio de Médicos o de un sindicato profesional que vuelva por los intereses y el prestigio profesional y al cual no puedan entrar sino individuos de muy limpias ejecutorias.

Me prometo enviarte con frecuencia artículos sobre casos clínicos de algún interés, para que si te parecen los publiques en la revista.

Esperando tus órdenes me suscribe tu colega y amigo,

DR. LUIS E. CARDENAS

Bajo la dirección de los doctores Agustín Arango y Darío Cadena acaba de aparecer la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA, nuevo órgano científico, que viene en buena hora a hacernos compañía en la tarea ardua y poco eficaz que hemos venido desarrollando, deseosos de hacer medicina nacional, haciéndonos conocer dentro y fuera del país como investigadores clínicos y cirujanos. Nuestros votos son porque sus labores sean más eficaces que las nuestras y que cosechen los frutos a que son acreedores por su caballerosidad y espíritu científico.

De Repertorio de Medicina y Cirugía, Bogotá

REVISTA MEDICA DE COLOMBIA.—Con este título acaba de aparecer, editado en Bogotá, un nuevo periódico médico dirigido por un grupo de jóvenes y distinguidos colegas. Su magnífica presentación y su jugoso contenido constituyen las bases para el seguro éxito del nuevo órgano. Publicaciones de esta índole están llamadas a hacer una fructuosa labor en el desarrollo de la medicina nacional. Van nuestras congratulaciones coruiales al cuerpo de redactores de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA.

De la Revista de Medicina y Cirugía, Barranquilla

REVISTA MEDICA DE COLOMBIA.—Hemos recibido los tres primeros números de esta nueva e interesante publicación. Son sus directores los jóvenes médicos Agustín Arango y Darío Cadena, muy conocidos por su consagración, caballerosidad y talentos. Entre sus colaboradores están todas las figuras de relieve de la nueva generación. Larga vida y muchos triunfos deseamos a este nuevo heraldo de la cultura médica nacional.

De la Revista Médico-Quirúrgica de los Hospitales, Bogotá

IDOZAN

Un Remedio realmente eficaz contra la Anemia!

IDOZÁN cura rápida y radicalmente Anemia y sus consecuencias: Debilidad General, Falta de Apetito, Neurastenia, Insomnio! **IDOZÁN** no constipa, no irrita, no daña los dientes!

Una cucharadita de **IDOZÁN** contiene 25 centigramos; una cucharada de postre 50 centigramos y una cucharada grande de sopa 75 centigramos de hierro puro asimilable! Debido a su contenido de hierro extraordinariamente abundante, el **IDOZÁN** obra muy rápidamente y resulta más barato que otros reconstituyentes. Según la tolerancia el **IDOZÁN** se toma, o puro o diluído, en un poco de leche, agua o té.

Me es grato comunicar a ustedes que los frascos de **IDOZAN** que me fueron obsequiados por su representante en Bogotá, los emplee en un enfermo del Hospital de la Hortúa en un caso de anemia profunda, producida por anemia tropical y paludismo. Aplicados los tratamientos de estas afecciones, traté la anemia por el **IDOZAN** con tan buen resultado, que la hemoglobina que era de 50% subió con el primer frasco a 70%; después de quince días se principió el segundo frasco; hoy día tiene en hemoglobina 80%, ha aumentado en carnes y presta servicio en la clínica como sirviente.

Dándoles las gracias me suscribo atento seguro serv dor,

Dr. JOSE DE JESUS PULECIO
(Jefe de Clínica General del Hospital de San Juan de Dios, Bogotá)

COBILETIMOL

MUÑOZ MEDINA

preparado de franca acción específica en el
tratamiento de la

TUBERCULOSIS PULMONAR

a base de Extracto oleoso de bilis, colessterina,
lecitina y timol.

Muestras gratis a solicitud.

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

A. BENARROCH Y Ca.

Carrera Sucre, 5 c.—Teléfono 28-60.

Riñón cardíaco.—Congestión renal

Su tratamiento con la Anticalculina Ebrey según las observaciones del distinguido doctor Jesús B. Carpio, Director del Hospital Civil de Zumpango y Delegado Sanitario de la ciudad de México.

«Un nuevo caso clínico acabo de obtener con el acreditado producto Anticalculina Ebrey (líquido), en el cual se trata de una congestión renal que aparentaba ser un riñón cardíaco porque su orina era escasa, obscura y densa; además se observaban depósitos de uratos de color rojo».

«Muy tardía, de cuando en cuando, se acusaba la presencia de albúmina, pero en poca cantidad; además aprecié en los análisis células epiteliales y en las más de las veces encontré cilindros».

Mi diagnóstico me indicó que se trataba de una congestión primitiva por los intervalos de epistaxis, cefalalgia, anorexia, fiebre, mareos y alucinaciones que presentaba mi paciente».

Pudiera dar una relación más larga de los síntomas y apreciaciones que hice; pero mis colegas que lean este caso, podrán darse cuenta de la enfermedad curada en poco tiempo con la Anticalculina Ebrey, y no queriendo ser cansado, me concreto a dar un bosquejo del caso que curé con dicho producto, pues al terminar el primer frasco de dicho preparado, su orina empezó a cambiar de color, aumentó su volumen y toda molestia fue cambiando de una manera notable, admirándome que el apetito era voraz. Advierto que mi enfermo fue desahuciado por varios especialistas»

«A mis colegas que deseen más amplia información sobre los casos que he tratado con Anticalculina Ebrey me será gustoso atenderles a su solicitud».

Mesones, 32, México.—D. F., México.

ENCUADERNACION MINERVA

LA MEJOR ENCUADERNACION
DE BOGOTA

BAJO LA DIRECCION DE J. GALEANO

EDITORIAL MINERVA, S. A.

Contrátelas en sus oficinas:

Banco de la República, 305, y en su Agencia de la
Librería Voluntad.

NUEVA SECCION DE CONSULTAS MEDICAS

PARA NUESTROS SUSCRIPTORES DE DEPARTAMENTOS

COMUNICAMOS a nuestros suscriptores de los departamentos que hemos abierto una sección de consultas médicas para resolverles aquellos casos difíciles que requieren el concurso del especialista.

Los señores suscriptores pueden enviarnos por correo su consulta acompañada de una breve y clara historia del caso que contemplan y a vuelta de correo les remitiremos la opinión de un especialista en la materia, de esta ciudad.

Los casos interesantes serán publicados en la revista sin los nombres del médico y del paciente.

Para toda comunicación dirigirse a
REVISTA MEDICA DE COLOMBIA
Apartado 894 - BOGOTA

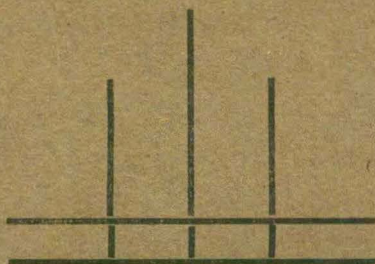
CLINICA DE MARLY

APARTADO NUMERO 887

Telégrafo:

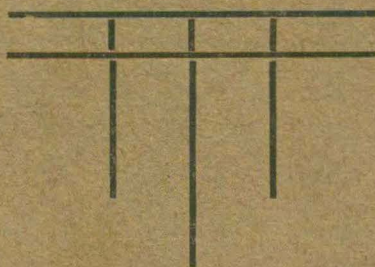
TELEFONO 10-00 Chap.

«MARLY» - BOGOTA



SERVICIO DE MATERNIDAD

ANESTESIA POR LOS GASES



Por telégrafo: MARLY