

REPUBLICA DE COLOMBIA

REVISTA MEDICA DE BOGOTA



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

ORGANO DE:

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
LA SOCIEDAD DE CIRUGIA
LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA Y
LA ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

DIRECCION Y REDACCION:

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



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

ADMINISTRACION: Editorial Cromos—Bogotá.

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

**PANBILINA EN LAS
ENFERMEDADES DEL HÍGADO**

**RECTOPANBILINA
EN EL ESTREÑIMIENTO**

**HEMOPANBILINA
EN LAS ANEMIAS**

son los
eslabones
de una
misma
cadena

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

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

El Diurético renal por Excelencia

SANTHÉOSE

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



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

S. PURA

Afecciones cardíacas y renales
Albuminurias, Uremia, Hidropesía.

S. FOSFATADA

Esclerosis cardio-renal, Neurastenia,
Anemia, Convalecencias.

S. CAFEINADA

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

S. LITINADA

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

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

CONTENIDO

	Págs.
<i>Técnica operatoria en el tratamiento de las fístulas ano-rectales extra-esfinterianas</i> , por el doctor Manuel Antonio Rueda V.	529
<i>Informe sobre el trabajo del doctor Rueda Vargas</i> , por el doctor Fernando Troconis.	559
<i>Causas más frecuentes de ceguera entre nosotros</i> (editorial), por el doctor Francisco Vernaza	567

CONDICIONES:

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

TARIFAS:

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

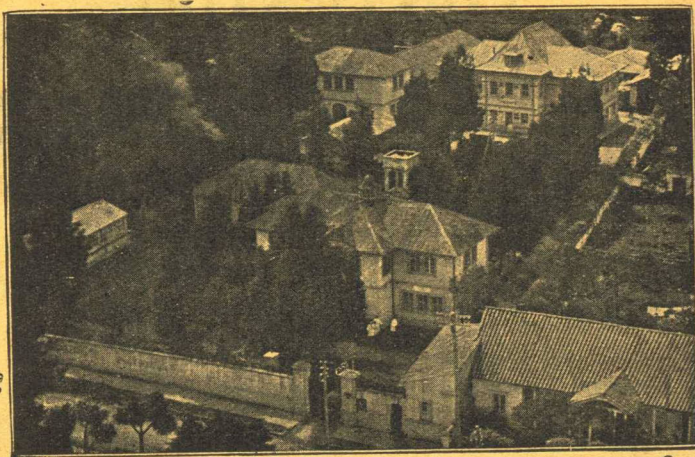
Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

Administración:

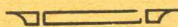
EDITORIAL DE CROMOS

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

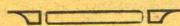
Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102



LABORATORIO NACIONAL DE HIGIENE SAMPER MARTINEZ



PRODUCTOS BIOLÓGICOS
PARA USO HUMANO Y DE VETERINARIA,
SIEMPRE FRESCOS



BOGOTA

CALLE 57, NUMERO 7-97

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

Telégrafo: "HYGEIA"

Apartado de correos 485

Apartado aéreo 3495

SEÑOR MEDICO:

SI NO CONOCE LOS

Ovulos Padco

*para Vulvovaginitis, Flores blancas, Flu-
jos recientes y Crónicos, y otras enferme-
dades de los órganos Genitorinarios,*

pida Muestras y Literatura a

ALMACEN PADCO

HERMIDEZ PADILLA

2.^a CALLE REAL, NUMERO 12-46

BOGOTA, COLOMBIA, S. A.

LOS OVULOS PADCO

son hechos con mercurocromo

genuino H. W. D.



Neosalvarsán ^{M. R.}

el producto original de Ehrlich / Comprobado desde hace más de 20 años en millones de casos en el mundo entero

Solusalvarsán ^{M. R.}

es un nuevo derivado del Salvarsán en solución estable dispuesta para la inyección intramuscular, indolora / En poder curativo y facilidad de asimilación iguala al Neosalvarsán y, como éste, ha sido comprobado con toda exactitud por métodos químicos, biológicos y clínicos / precio del Solu-Salvarsán es módico

Los insuperables preparados originales unen a su poder curativo máximo la mínima toxicidad. El Salvarsán responde de una manera absoluta a las prescripciones establecidas para la estandarización de los arseno-benzoles por la Comisión de Higiene de la Liga de Naciones.



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

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

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

Vol. XLIII | Bogotá-Colombia, S. A. Febrero 15 de 1934 | No. 510

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TECNICA OPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ANO-RECTALES EXTRA-ESFINTERIANAS

Por el doctor Manuel Antonio Rueda Vargas.

INTRODUCCION

Las fistulas ano-rectales extra-esfinterianas son una lesión de terapéutica reconocidamente difícil. Con la técnica operatoria que hoy preconizo he tenido oportunidad de presenciar repetidos éxitos, he visto curar enfermos víctimas de una lesión que les producía terribles dolores y grandes molestias y en los cuales el sufrimiento era tal que llegaba hasta a hacerlos pensar en el suicidio, sobre todo cuando el insuceso de repetidas intervenciones anteriores los había obligado a creer en la incurabilidad de su dolencia. He creído interesante describir una técnica que cuenta ya con tantos casos favorables en su activo, que cura una lesión relativamente frecuente y en la cual han encallado tantos métodos operatorios que al efecto se han descrito y ensayado. La eficacia del método la demuestra la importante estadística que acompaña mi trabajo; estadística lujosa si se quiere, no solamente por lo completo de los resultados obtenidos, por la seriedad con la cual ha sido llevada, siguiendo a los enfermos largo tiempo después de la intervención, para asegurarse del éxito definitivo, sino, y sobre todo, por la posición científica de los cirujanos que han tenido a bien prestarme el concurso valioso de su experiencia y a cuya alta competencia debo el conocimiento del método que aquí describo.

Un estudio general, una descripción completa de las diferen-

tes clases de fístulas ano-rectales, no los creo necesarios, puesto que se trata solamente en mi trabajo de la vulgarización de una técnica operatoria. Quiero presentar solamente el caso concreto de una fístula anal extra-esfinteriana y dar los detalles del método que para mí, es el que da mejores resultados en el tratamiento de tan molesta lesión.

El tratamiento de las fístulas del ano ha consistido siempre desde el tiempo de Hipócrates, en la incisión del trayecto fistuloso, en la resección de los tejidos enfermos de vecindad, sobre todo cuando se trata de fístulas de origen tuberculoso, y en la obtención de una cicatrización por segunda intención, que permita a la herida cerrarse de la profundidad hacia la superficie, manteniendo separados sus bordes por una mecha que favorezca una epidermización secundaria de los botones carnosos. Este procedimiento que, en general, ha dado buenos resultados prácticos en las fístulas sub-cutáneo-mucosas intra-esfinterianas, siempre que los cuidados post-operatorios sean bien dirigidos, no es realizable cuando se trata de fístulas extra-esfinterianas, que vienen del espacio isquio-rectal, sino con la sección del aparato esfinteriano, perspectiva que, con justa razón, desarma al cirujano. El temor de una incontinencia secundaria que venga a crear una lesión más penosa de soportar que la misma fístula ha sido el escollo que impide que muchos enfermos no hayan sido operados o lo hayan sido incompletamente, mientras haya sido esa la única técnica empleada. Sin embargo, la cicatrización secundaria de los esfínteres se ha obtenido en algunos casos y con ella la continencia rectal ha reaparecido. La historia nos presenta un elocuente ejemplo en la persona de Luis XIV, quien, a pesar de ser el Rey-Sol, vio empañado el brillo de su regia personalidad con la aparición de una fístula ano-rectal. Es de comprender que todas las eminencias científicas de ese tiempo fueron consultadas, entre ellas, naturalmente el médico de su majestad, quien de manera rotunda se opuso a que se le hiciera la incisión, temiendo, no sin motivo, las iras de su protector, al provocarle con esa operación la incontinencia de su esfínter anal. Mas el barbero de palacio, al mismo tiempo cirujano de la corte, pues las dos profesiones se unificaban por aquellos días,

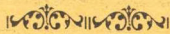


APARTADO No. 887

TELEGRAFO:

TELEFONO 10-00 Chap.

"MARLY"—BOGOTA



Acaba de instalar una sala de

FISIOTERAPIA

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

TELEF. 10-00 CHAPINERO



Elaborado y
empacado
por los
Laboratorios

SUARRY, S.A.

Buenos Aires,
Argentina.

Dolor de cabeza



GENIOL

Distribuidor
exclusivo
para
Colombia:

**MIGUEL A.
RODRIGUEZ**

Apartado 135.
Bogotá.

INDICACIONES:

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

**VITASTERINE
BYLA**

VITAMINA D estandarizada

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

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

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

Pannier & Prevosteau - Calle 15, No. 72.

APARTADO 1063—BOGOTA

más osado que el médico, y armado de su clásico escalpelo, incidió el trayecto fistuloso, produciendo la fatal incontinencia. Es de comprender, también, cual sería la satisfacción tanto para el enfermo, como para el cirujano al ver que ese esfínter recuperaba más tarde sus funciones y el rey curaba de tan molesta invalidez. Con todo y esto, la perspectiva de una incontinencia, que si no es completa, puede serlo solamente para los gases y las materias líquidas, ha obligado a la mayor parte de los cirujanos a desechar la incisión pura y simple y a recurrir a otros procedimientos.

Antes de describir los principios del método que preconizamos, creemos oportuno indicar someramente los diferentes procedimientos empleados y exponer los precarios resultados a que han llegado esas técnicas.

CAPITULO I

Descripción de las diferentes técnicas empleadas en el tratamiento de las fístulas extra-esfinterianas. — Resultados. **Procedimientos clásicos.**

I—INCISION

Ha sido la incisión el tratamiento más generalmente empleado; trata de transformar la fístula en una herida angular más accesible. La técnica es lo más sencillo; una sonda acanalada se introduce en la fístula, sea por el orificio externo, sea perforando la mucosa en el interior del recto; el índice izquierdo previamente introducido en el recto recibe la extremidad del instrumento y protege la pared opuesta del conducto intestinal. La sonda acanalada una vez en el recto es traída hacia afuera y luego con el bisturí se seccionan los tejidos así cargados con dicha sonda. Cuando se trata de fístulas cuyo orificio rectal está situado muy arriba y que la sonda no puede ser exteriorizada sin gran violencia, se emplea un espéculum o una valva que haga visible el orificio de manera de cortar sin peligro los tejidos que se tienen a la vista. Hecha la incisión, la herida, anchamente abierta, se tapona. Las curaciones ulteriores deben ser vigiladas con gran cuidado, de manera que la cicatrización se haga de la profundidad hacia la superficie. Algunos autores proponen el empleo del termocauterio o del bis-

turí diatérmico para la sección de los tejidos, sin contar con el inconveniente de que la herida que resulta queda recubierta por una escara que impide distinguir bien los tejidos enfermos, reparar los divertículos del trayecto principal y su completo desbridamiento.

Ligadura:

Este método consiste en coger en un asa de hilo todo el espesor de tejido comprendido entre la fístula y el recto. Se pasa por el trayecto fistuloso un hilo que se exterioriza por el recto; los dos cabos, uno que sale por la fístula, el otro por el recto, se anudan, apretando progresivamente de manera de cortar los tejidos con el hilo. Con este fin se han empleado sucesivamente la seda, la crin, y los hilos metálicos. De estos procedimientos no queda sino el de la ligadura elástica de Allingham, quien introducía por la fístula, hasta el recto, un instrumento especial, de su invención, destinado a coger el cordelete de caucho y traerlo hacia afuera, a través del trayecto. Este se anuda afuera o se mantiene en constricción por medio de una laminita o tubo de plomo de Gally que se ajusta sobre los cabos. La cuerda elástica corta poco a poco los tejidos y cae al cabo de un tiempo, que oscila entre cinco y diez días. La fístula queda transformada en una herida angular que comunica con el recto.

II—PROCEDIMIENTOS SIN SECCION DEL ESFINTER

a) Resección:

La necesidad de suprimir la pared de la fístula y los tejidos enfermos de vecindad, a menudo de origen tuberculoso, condujo naturalmente a la resección. Luego de una gran incisión, que pase por el orificio de la fístula, se extirpa el trayecto fistuloso y sus ramas, ya sea con la cureta, ya con el bisturí, y se transforma así la fístula en una cavidad fácilmente drenable y cuya cicatrización por segunda intención se facilita por curaciones en planos.

b) Resección con sutura inmediata de la cavidad:

La insuficiencia del método de la resección simple, en la cual, si se obtiene la curación es a costa de prolongadas y dolorosas curaciones, ha tentado a los cirujanos, ya en presencia de una he-

rida formada por tejidos sanos y normales, a unir sus bordes y a transformar así el método de la simple escisión por la resección seguida de sutura inmediata. Ha sido este un paso adelante, un progreso en el tratamiento de las fístulas y que, en casos sencillos, de fístulas de trayecto único, de lesiones no muy infectadas, dió algunos resultados satisfactorios. Las técnicas empleadas variaron con los diferentes cirujanos, en el punto de vista de la manera de aplicar las suturas o en los materiales empleados. Todos se concretaban, en principio, a la formación de una herida aséptica, por la extirpación de todos los tejidos enfermos, reuniendo luego sus bordes por medio de una sutura.

c) *Dilatación:*

En Norte América, ciertos cirujanos han defendido el *itinerat method*, que consiste en dilataciones sucesivas del trayecto fistuloso, "fistulotomías" internas seguidas de instilaciones de agua oxigenada o de otros antisépticos. Se coloca primero una lamina, luego, al cabo de unas horas, se introduce un "fistulótomo", instrumento provisto de dos láminas ocultas y que un movimiento de tornillo hace salir. Al retirar el instrumento las dos láminas desbridan el trayecto.

d) *Injertos adiposos:*

En los casos en los cuales la resección del trayecto fistuloso y de todos los tejidos enfermos de vecindad ha producido una gran pérdida de sustancia, se ha utilizado el injerto adiposo imaginado por Delore. Una vez resecada la fístula, se talla sobre la región glútea un colgajo cutáneo tapizado por una capa grasosa; éste se coloca en la cavidad creada por la resección, siguiendo la técnica general de los injertos cutáneos de vecindad por el método auto-plástico Hindú.

III—PROCEDIMIENTOS CON SECCION DEL ESFINTER

a) *Resección con sección y sutura inmediata del esfínter.*

Es a Chassaignac a quien se debe la primera tentativa de este género. Los dos tiempos sucesivos de la operación son el avivamiento y la sutura. Puede ser más cómodo hacer preceder el avivamiento de una buena dilatación rectal, especialmente en los casos

en que se prevé la aplicación de varios puntos de sutura intra-rectales. La manera más simple de hacer el avivamiento es incizando la fístula y resecaando luego las peredes de la gotera, así obtenida. La hemostasis, rápidamente hecha, se procede a las suturas, de las cuales, unas van en el interior del conducto ano-rectal, otras del lado del periné. Una valva de Sims mantiene separada la pared opuesta del recto y la herida se protege contra la contaminación posible de las mucosidades rectales por medio de una gasa yodoformada. Como es indispensable hacer desaparecer toda cavidad y obtener la unión lo más completa posible, se deben aplicar los puntos de sutura de la misma manera como se aplican los puntos profundos en una perineorrafia, es decir, grandes suturas profundas que circunden la herida. Las suturas profundas se hacen con catgut; las cutáneas, con seda. Curación seca con gasa yodoformada. La técnica operatoria sufre algunas modificaciones si la fístula, en lugar de tener un tratamiento superficial recto y único, es complejo y profundo. Como la resección, en esos casos, causaría grandes pérdidas de sustancia, se hace sólo parcialmente, resecaando en un punto y raspando con la cureta en los otros; se sutura después trayecto por trayecto, comenzando por los más profundos. Sandler emplea en estos casos unos puntos de crines gruesas, cogiendo todo el foco traumático en su asa y saliendo a unos dos centímetros de los bordes de la herida; en lugar de anudar directamente estas crines se les anuda separadamente sobre pequeños rodillos de gasa para repartir regularmente la presión de los hilos e impedir la sección de los tejidos.

b) Sección y sutura del esfínter en dos tiempos.

Procedimiento de Lockhart-Mummery.

Este cirujano preconiza, en las fístulas complicadas de trayectos múltiples, la intervención en dos tiempos. En un primer tiempo, por ejemplo, en las fístulas en herradura, reseca la parte circular y no toca la fístula mediana posterior, la que viene a ramificarse sobre el trayecto semicircular. Una vez cicatrizada ésta, quince días más tarde, poco más o menos, se incisa el trayecto intra-rectal. De esta manera, dice el autor, la curación será completa,

y el esfínter, a consecuencia de la reparación, verá sus extremidades aproximarse, puesto que la cicatrización se hará en el sentido de las fibras musculares. El autor llama la atención, de manera especial, sobre la dirección que debe darse a la sección del tejido muscular del esfínter. El esfínter seccionado oblicuamente produce la incontinencia, porque la cicatrización no se hace en el sentido de sus fibras; lo mismo sucede cuando el esfínter se secciona en dos puntos, caso en el cual aparece la incontinencia por la cicatrización individual de cada sector. cuando la extirpación de la fístula se hace en dos tiempos; en un primer tiempo la resección del trayecto, fuera y encima del esfínter, se forma al rededor de este un tejido cicatricial, fibroso, que lo envuelve y que favorece su coaptación cuando en un segundo tiempo se ha seccionado.

Crítica de los procedimientos descritos.—Incisión.

Cualquiera de los autores que se consulte al respecto, indica como primer procedimiento, en el tratamiento de las fístulas extra-esfinterianas la incisión del trayecto fistuloso, y, a renglón seguido expone sus temores de producir con este método una incontinencia completa o incompleta. Quenu y Hartmann, Delbet y Brechot, en sus obras sobre la cirugía del recto, dan todos los detalles de esa técnica. Indican el instrumento, bisturí o termocauterio, los cuidados pre y post-operatorios y terminan citando las palabras de Tillaux, quien se preguntaba si lesión por lesión, no sería preferible conservar una supuración permanente que una incontinencia rectal. Efectivamente, como lo anotan Lecene y Leriche, el tratamiento de estas fístulas presenta grandes dificultades; ocurre, a menudo, que la supuración de la fosa isquio-rectal ha determinado la destrucción de todo el tejido célula-grasoso, que llena normalmente esta fosa; existe, pues, un "espacio muerto" entre el canal ano-rectal, hacia adentro, y la pared externa de la fosa isquio-anal, pared osea inmóvil, recubierta del músculo obturador interno; en estas condiciones, dicen ellos, se comprende que la cicatrización sea muy difícil de obtener después de una simple incisión, y si ella se llega a obtener es al precio de una incontinencia, que si no es total, lo es por lo menos para las materias líquidas y los gases. Puede presentarse después de la inci-

sión una doble invalidez: la esclerosis del anillo esfinteriano determina la constipación cuando las materias fecales son duras, la incontinencia cuando éstas son líquidas.

Ligadura.

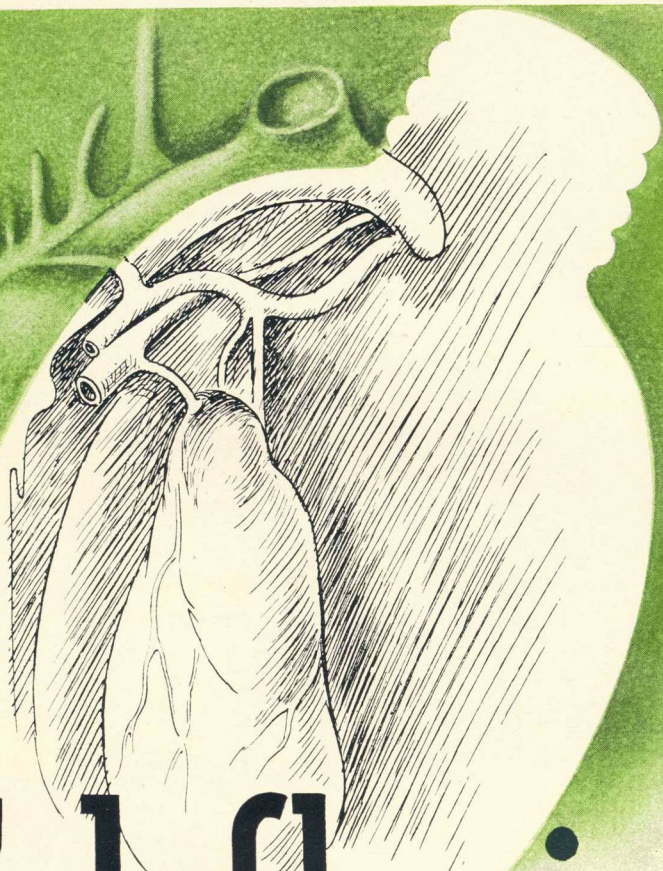
Actualmente la ligadura elástica ha sido abandonada; es un tratamiento lento y doloroso, que no presenta ninguna ventaja. Las complicaciones que parece evitar no pueden ser mayores en los otros procedimientos si se emplean en ellos buenos cuidados de asepsia; la duración de la cicatrización no parece disminuída y la ventaja, que se pretende dar a este método, de permitir al enfermo no guardar cama y entregarse a sus ocupaciones, nos parece bastante ilusoria.

Resección simple.

La experiencia ha demostrado que la resección simple, a pesar de tener algunas curaciones en su activo, es un método que tiene graves inconvenientes. La herida que resulta, de grandes dimensiones a veces, exige curaciones muy cuidadosas y durante meses enteros; puede presentarse la infección en masa de la grasa de la fosa isquio-rectal, accidente terrible y a veces mortal. La etiología de estas fístulas nos demuestra que van siempre acompañadas de un mal estado general del enfermo y que la circulación local es a menudo defectuosa. Además, una herida contaminada permanentemente por las materias fecales reviste en ciertos enfermos los caracteres de una verdadera úlcera. Y finalmente, este método adolece, como los anteriormente descritos, del grave inconveniente de que no ataca la lesión causal, la lesión, rectal que es la primera.

Resección seguida de sutura de la cavidad.

La resección seguida de sutura inmediata presenta las mismas ventajas y los mismos graves inconvenientes de los antiguos procedimientos. En las fístulas subcutáneo-mucosas, de trayecto único, ha podido dar algunos resultados, sobre todo, cuando éstas tienen un origen tuberculoso; hay que tener en cuenta aquí que son casi siempre lesiones localizadas, lesiones frías análogas a las lesiones cutáneas de los escrofulosos; extirpando todo el teji-



Coleflavina

M. R.

Colagogo de acción desinfectante, antiinflamatoria y anti-espasmódica contra los estados de inflamación de la vesícula y vías biliares. • Indicado especialmente para prevenir los ataques. Con efecto laxante muy suave.



M. R.

ENVASE ORIGINAL:
Frasco de 60 píldoras



POMADA DE PELLIDOL

M. R.

Para la epitelización de heridas y el
tratamiento seguro de eczemas y toda
clase de afecciones rebeldes de la piel.



M. R.

ENVASE ORIGINAL:

Pomada de Pellidol al 2% en tubos de 25 g

do patológico se mejora el estado general al suprimir una causa de infección y de debilitamiento. Mas las condiciones no son las mismas en la lesión que nos ocupa, son fistulas extra-esfinterianas y su origen no es siempre tuberculoso; el cerrar primitivamente una herida de cuya asepsia hay siempre derecho a dudar, por la vecindad de órganos siempre infectados y en una lesión en la cual no se está jamás seguro de haber resecado completamente todas las partes enfermas, conduce irremediamente a un fracaso, a tener que quitar esos puntos de sutura más tarde, a drenar un absceso que se ha formado allí, que puede ser la causa de nuevos trayectos fistulosos y a perder un tiempo precioso en las curaciones que permitan la cicatrización por segunda intención.

Dilatación.

La dilatación o método de Mathews podría dar buenos resultados en los casos muy raros, lo repito, de fístulas de trayecto único y simple. En esos casos es un tratamiento eficaz y hasta elegante, pero encalla seguramente cuando los divertículos de la fístula escapan al desbridamiento.

Injertos adiposos.

Delore, habiendo resecado infructuosamente un trayecto fistuloso consecutivo a un flegmón isquio-anal y luégo de una segunda resección, talló sobre el glúteo un colgajo cutáneo-grasoso que invaginó en la herida y obtuvo así una curación perfecta. Este caso afortunado, pero tan aislado, no hace ningún contrapeso a los otros, en los cuales se ha intentado vanamente dicho método, el cual, como dicen Lecene y Leriche, “es de resultados muy inseguros y no resuelve, por consiguiente, el problema del tratamiento quirúrgico de las fístulas de la fosa isquio-rectal”.

Resección seguida de sutura del esfínter.

En este método encontramos de nuevo el verdadero fantasma que es la sección del esfínter. Cuántos cirujanos, con justa razón, se detienen ante él y cuántos fracasos se encuentran en las estadísticas honradamente llevadas al lado de unos pocos éxitos obtenidos. La curación de fístulas superficiales se ha obtenido con esta técnica, pero en tratándose de fístulas extra-esfinte-

rianas hay que reconocer que sus resultados son por lo menos nulos, si no perjudiciales. Además de la incontinenencia por falta de cicatrización de los esfínteres, pueden aparecer accidentes inflamatorios graves por consecuencia de la retención, por la carencia de drenaje en una herida fatalmente infectada, y digo fatalmente, puesto que con este método tampoco se suprime la lesión rectal ni la comunicación del trayecto fistuloso con la luz intestinal de donde vendrá la reinfección continua de la herida. Ante tales escollos, los cirujanos que al principio preconizaron con entusiasmo este método, lo indican después bajo reservas y reconocen que es un método que no puede generalizarse; es necesario, evidentemente, llegar a realizar condiciones tan especiales de limpieza, de preparación, de cuidados post-operatorios y a los cuales no todos los enfermos se prestan, que si en teoría todas las fístulas son justificables de la reunión primitiva, en la práctica no lo son todos los fistulosos.

Procedimiento de Lockhart-Mummery.

Este método, dice su autor, ha dado resultados excelentes y evitado muchas semanas de convalecencia, pero no lo aconseja a cualquiera que no tenga una grande experiencia en las operaciones rectales, porque para disecar un trayecto profundo y complicado es necesaria toda una serie de *trucs* y seguir una técnica impecable. La dirección que hay que dar a la sección del esfínter, el conocimiento exacto del trayecto fistuloso y de sus ramas, muy difícil en muchos casos, hacen que este método no sea práctico y que como muchas otras técnicas quirúrgicas no de resultados satisfactorios sino en manos de su autor.

CAPITULO II

Nueva técnica operatoria en el tratamiento de las fístulas ano-rectales extra-esfinterianas. — Procedimiento Robles-Cuneo.

a) *Historia.*

Fue en el servicio del Profesor Cuneo, del hospital Lariboisiere, en donde vi, por primera vez, emplear la técnica que describo hoy aquí.

Entusiasmado por el resultado obtenido en una lesión en la cual había visto encallar a eminentes cirujanos, siguiendo procedimientos diversos; viendo la novedad del procedimiento, apenas descrito, y de manera insuficiente, poco tiempo antes, resolví estudiarlo, documentarme y seguir con todo cuidado los casos nuevos que se presentaran tanto en los servicios hospitalarios como en las clínicas quirúrgicas privadas. Y antes de seguir adelante debo manifestar mis agradecimientos más cumplidos al Profesor Cuneo, al doctor Robles, inventor del método, y al doctor J. C. Bloch, cirujanos de los Hospitales de París, quienes con decisión y entusiasmo facilitaron mis investigaciones al respecto.

En el año de 1926 el doctor Robles, cirujano guatemalteco, propuso al profesor Cuneo el empleo de una técnica que, para él, debía facilitar la curación de las fístulas ano-rectales, extra-esfinterianas, puesto que atacaba directamente la lesión causal, obturando la comunicación con la luz intestinal, por el descenso de la mucosa rectal. Ya en manos del profesor Cuneo y con los perfeccionamientos necesarios, un procedimiento tan lógico debía dar los resultados más satisfactorios. Con esa técnica se obtuvieron curaciones inesperadas y que sirvieron de tema para la tesis del doctor W. Jackson. Este cirujano, ignorando el origen del método, lo describió con el nombre de técnica Picot, nombre de un distinguido cirujano del Hospital Lariboisiere. Mas hoy que las cosas se han puesto en claro, todos estamos de acuerdo en reconocer la paternidad del procedimiento al cirujano centroamericano, a quien rindo mi homenaje de consideración y de justicia.

B) Patología de la fístula extra-esfinteriana.

Para su estudio podemos dividir la fístula extra-esfinteriana en tres partes: el orificio cutáneo, el trayecto fistuloso intermedio y la lesión rectal.

Designando la situación de los orificios externos de las fístulas con relación al ano, por comparación a un cuadrante de reloj, se puede decir que se encuentran en todas las horas, más especialmente hacia el lado externo y a cierta distancia del orificio anal. Siendo único en las fístulas recientes, puede ser múltiple en las antiguas a consecuencia de la apertura de nuevos abscesos de

retención, los cuales producen desprendimientos subcutáneos y buscan salida al exterior, ya sea adelante hacia el periné, ya hacia atrás, hacia la región glútea. Son orificios de formas y de calibres diferentes, situándose en el vértice de una tumefacción rojiza o bien en el fondo de una depresión ocasionada por la retracción cicatricial. En las fístulas tuberculosas el orificio cutáneo toma a veces el aspecto ulceroso.

Un absceso perirectal se abre al nivel de la piel o al nivel de la mucosa rectal. La cavidad del absceso tiende a desaparecer, pero el proceso de reparación deteniéndose, subsiste un trayecto canalicular, una úlcera canaliculada sin tendencia a la cicatrización, es el trayecto fistuloso que vamos a estudiar. Este es más o menos largo, muy rara vez rectilíneo, tanto menos cuanto el orificio interno sea más elevado, irregularidades debidas a las mismas irregularidades en la cicatrización del absceso. De ahí que tengan una dirección tortuosa, con estrangulamientos y dilataciones. Separado del orificio anal por todo el espesor de los esfínteres y de una longitud de 10 a 15 centímetros, se dirige hacia adentro, hacia el vértice de la fosa isquio-rectal. A veces sobre el trayecto principal se ramifica un segundo trayecto, que en la generalidad de los casos atraviesa las paredes rectales al nivel del borde superior del esfínter, en el punto preciso en que el borde inferior del elevador del ano se inserta allí, demostrando de esta manera su carácter netamente supra-esfinteriano. El examen anatómo-patológico de una fístula presenta variaciones en relación con la antigüedad de la lesión. En las fístulas recientes la capa más interna está constituida por células redondas granulosas y vasos capilares repletos de glóbulos rojos y sin ninguna trombosis. A medida que se aleja de la luz del trayecto, haces conjuntivos se interponen entre las células embrionarias, luego la infiltración disminuye, persistiendo siempre en toda la preparación, hasta la epidermis. Se puede representar la serie de cortes relativos a estas piezas a un foco de irradiación celular intenso, teniendo su máximo en el centro de la fístula de donde irradia, atenuándose en las partes blandas vecinas. En las fístulas antiguas es fácil reconocer dos zonas distintas: la interna, poco espesa, de tejido conjuntivo con granula-

TUBERCULOSIS · ANEMIA · NEURASTENIA

TONIKEINE

CHEVRETIN

SUERO TONICO A BASE DE AGUA DE MAR

cada ampolla encierra	{	AGUA DE MAR.....	5 cc.	una inyeccion cada dos dias No causa dolor
		Glicerofosfato de sosa.	0 gr. 20	
		Cacodilato de sosa ...	0 gr. 05	
		Sulfato de estricnina..	1 milligr.	

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

RECALCIFICACIÓN

TUBERCULOSIS · RAQUITISMO
CRECIMIENTO
DENTICIÓN
DIABETES

BIOCALCOSE

GRANULADO organo-cálcico

DOSIS
por día:

Niños: 2 cuch. de las de café.
Adultos: 3 cuch. de las de café.

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE

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

PARIS

OPOTERAPIA HEMÁTICA

el JARABE y
el VINO

DESCHIENS

á la Hemoglobina pura

Admitidos en los
Hospitales de París

Proporcionarán á los
Médicos resultados que
agradecerán sus enfermos

DOSIS :

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

Vino: Un vaso de madera en
cada comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO

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

OLEOCAL

ACEITE de HIGADO de BACALAO
(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)
CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A. B. D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA
Adultos : de 6 a 10 Grageas
o 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados
Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en los comidos)

RAQUITISMO
TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACIÓN
ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS
AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D'E Perraudin • F^o de la Clase. 21, rue Chaptal - Paris (9^e)

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

2 comprimidos
al día

Ningún
Régimen



ALEPSAL

FENILETILMALONILÚREA combinada
Comunicación a la Société Médico Psychologique
de Paris.
Labo. GENEVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris

SANTAL MONAL

CON AZUL DE METILENO

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

AFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

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

ACCIÓN RÁPIDA Adoptado por los más renombrados médicos especialistas.
Dosis : 6 á 10 cápsulas cada día.
LABORATORIOS MONAL, 6, Rue Bidaune, PARIS.

ciones y de células redondas, la mayor parte en degeneración granulosa; es decir, tejido análogo al que reviste la superficie de las úlceras crónicas. Netamente diferenciada de la anterior, la zona externa es una capa fibrosa y densa en donde se encuentran algunas células planas y raros vasos; más hacia afuera, en fin, aparecen algunos haces primitivos de las fibras musculares estriadas.

Es clásico decir que la mayor parte de las fístulas extra-esfinterianas son ciegas externas, es decir, que se abren en la profundidad, en la luz del intestino, sino que terminan en una especie de fondo de saco. La experiencia ha demostrado lo contrario, y en las investigaciones hechas en el curso mismo de la intervención por los doctores Bloch y Picot, hacen ver que estas fístulas son siempre completas. El orificio intestinal, situado a unos 5 a 7 centímetros del orificio anal, está a veces oculto por un repliegue de la mucosa, en el fondo de un trayecto tortuoso que el estilete no puede seguir. Si estas fístulas fueran en realidad ciegas externas, la resección amplia del trayecto produciría la curación, y como ésta no se obtiene sino al precio de suprimir la parte de la mucosa intestinal adonde ellas llegan, demuestra que existe siempre esa comunicación y que, por consiguiente, son fístulas completas.

He querido estudiar con algunos detalles la anatomía patológica de las fístulas que nos ocupan, he pretendido demostrar la existencia permanente de la lesión intestinal para hacer resaltar la lógica del tratamiento que propongo. Queda, pues, éste dividido en dos grandes tiempos operatorios: la resección amplia del trayecto fistuloso comprendiendo la presión rectal, lo que produce una perforación, y la reparación de dicha solución de continuidad por la disección, descenso y fijación de una cortina de mucosa intestinal.

C) Examen y diagnóstico de la fístula.

Las fístulas extra-esfinterianas son, en general, consecutivas a la evacuación de una colección supurada de la fosa isquio-rectal. El enfermo se presenta, pues, al examen, con el antecedente de un absceso que se ha abierto al exterior de manera espontánea, o ha sido mal tratado quirúrgicamente, puesto que los abscesos en los cuales se reseca toda la superficie cutánea, naturalmente sin seccionar el esfínter, para transformar el foco en la forma de embu-

do, que permita la cicatrización de la profundidad hacia la periferie, no dejan jamás fístulas. El examen ocular demuestra la existencia de uno o de varios orificios del aspecto y de las características que ya hemos estudiado. Por medio del tacto, que debe preceder al examen de la fístula con el estilete, se verifica el estado de la ampolla rectal, porque, en efecto, como dicen Lecene y Leriche, "en las rectitis estenosantes y en las estrecheces del recto es muy frecuente observar trayectos fistulosos extra-esfinterianos, de origen pelvi-rectal superior, casos en los cuales sería vano buscar una curación si no se ataca la causa que les ha dado nacimiento." Una vez excluidas estas lesiones se procede a la introducción de un estilete por el orificio externo. Este nos dirá en principio la dirección y la longitud del trayecto, la existencia de divertículos y su permeabilidad. En los casos de origen extra-rectal la dirección del trayecto será distinta; hacia la región sacro-coxigiana cuando ha sido el resultado de la evacuación de un pequeño quiste dermoide de esa región; otros conducen al aparato genital o urinario, otros, en fin, hacia la pelvis, cuando la causa ha sido la osteítis de uno de los huesos que la componen.

Como hay casos en los cuales el diagnóstico se dificulta, sea por la imposibilidad del cateterismo de la fístula, sea por la irregularidad de su trayecto, se debe recurrir en ellos al examen radiográfico previa la inyección de sustancias líquidas opacas. Presenta la gran ventaja de mostrar de manera precisa el trayecto y sus ramificaciones, de permitir el descubrimiento de su orificio anal, a veces imposible de descubrir de otra manera, y de guiar al cirujano en el acto operatorio. De esta manera, también, se diagnostican las fístulas pelvi-rectales superiores, distintas de las que nos ocupan y se precisa si ellas son originadas por un absceso del espacio retro rectal, por una prostatitis o una uretritis. Yo insisto en esta técnica previa empleando el lipiodol, para darse cuenta del trayecto fistuloso y condeno el empleo del estilete porque a menudo se producen con él falsas rutas, por poco sinuoso que sea el trayecto. Además, existen enfermos en los cuales el orificio y el trayecto son tan estrechos que es imposible introducir un estilete por fino que sea. Aconsejo, además, ya en el acto operatorio,

inyectar en el trayecto fistuloso una mezcla de vaselina y parafina coloreada con azul de metileno. (Fig. 9). Un ayudante por medio de una valva rectal vigila la aparición del líquido y repara con una pinza el orificio interno. La mezcla endurecida hace turgentes los trayectos, que coloreados de azul, hacen que la operación se convierta por su sencillez en una simple disección venosa. Para facilitarla aún más, durante la disección, el ayudante, por medio de dos dedos introducidos en la cavidad, comprime hacia afuera la pared rectal.

CAPITULO III

Estudio técnico del procedimiento.

Cuidados preoperatorios.

La importancia de que en el curso de la intervención el campo operatorio no sea contaminado por las materias fecales obliga a una cuidadosa preparación del enfermo. Se le administra la víspera de la operación un purgante suave y se le somete a un régimen de feculentos, de pastas alimenticias, de compotas. La víspera de la operación se le da un laxante y por la noche se le hace un gran lavado intestinal. Inmediatamente se empieza a constipar administrándole píldoras de extracto tebaico.

Acto operatorio.

Posición del enfermo. El enfermo es colocado en posición ginecológica, los muslos flejados, la región coxigiana bien hacia adelante de la mesa; ésta un poco basculada hacia atrás de manera de levantar el perineo.

Anestesia. En los casos en los cuales he intervenido se ha empleado la anestesia general por el éter, y tal es la práctica del doctor Bloch. En cambio el doctor Picot recomienda la raquianestesia por la ventaja, dice él, de determinar un mayor relajamiento del esfínter que facilita su dilatación, la cual se hace sin mayor traumatismo.

Primer tiempo.

Dilatación anal. Muy suave, poco exagerada, sin producir des-

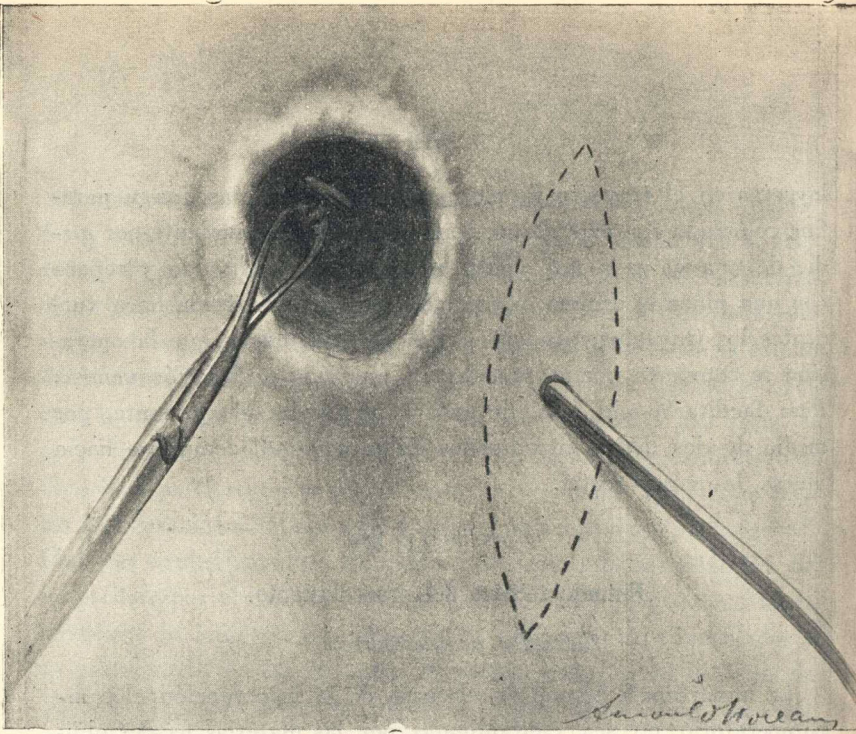


Figura N^o. 1—Cateterismo de la fístula con un estilete y reparo de su orificio anal.

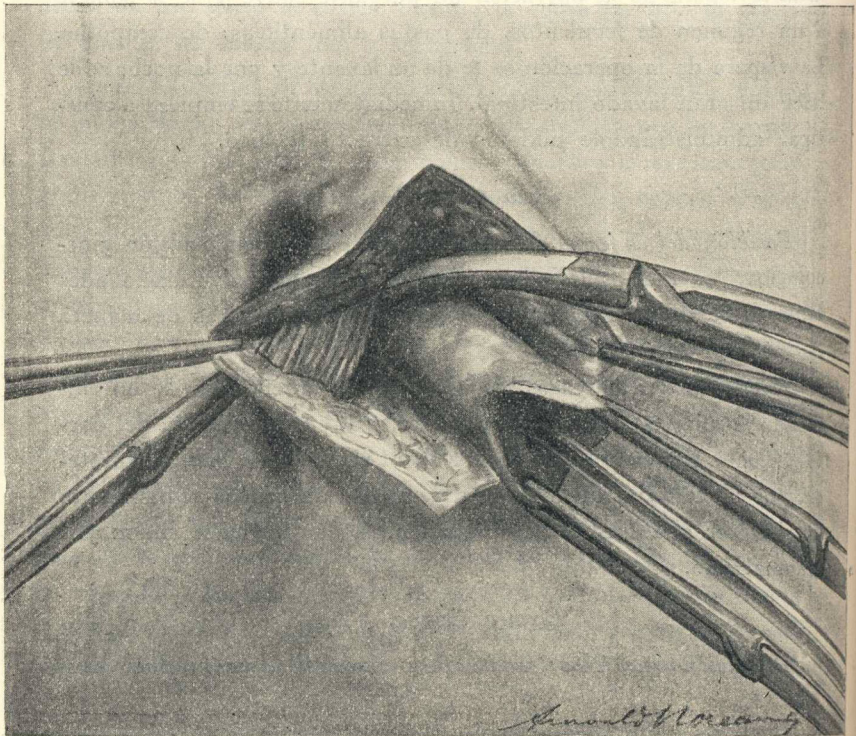


Figura N^o. 2—Dissección de la fístula.

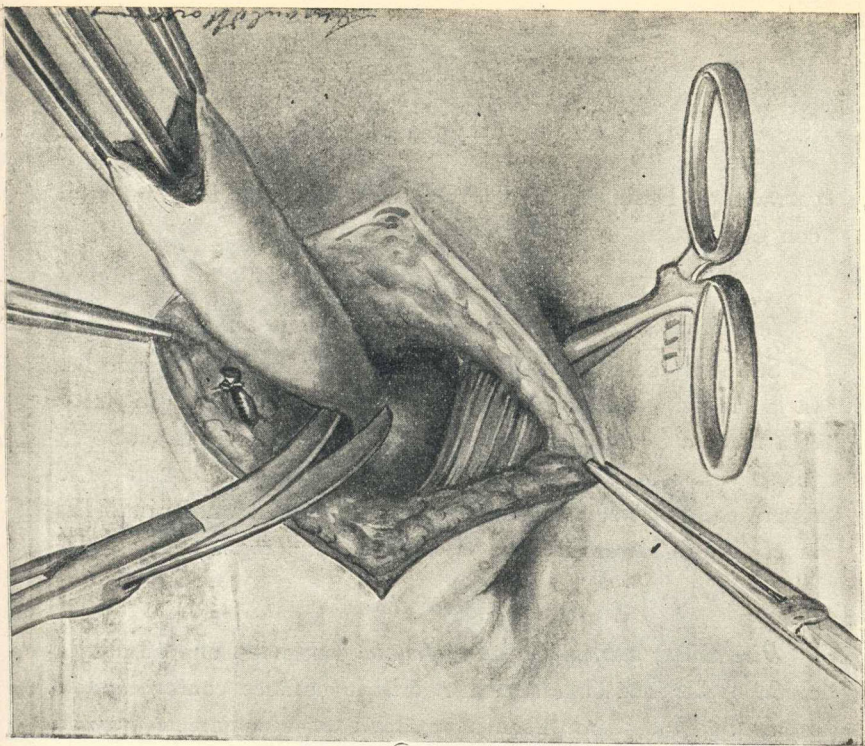


Figura N.º 3—Extirpación de la fístula.

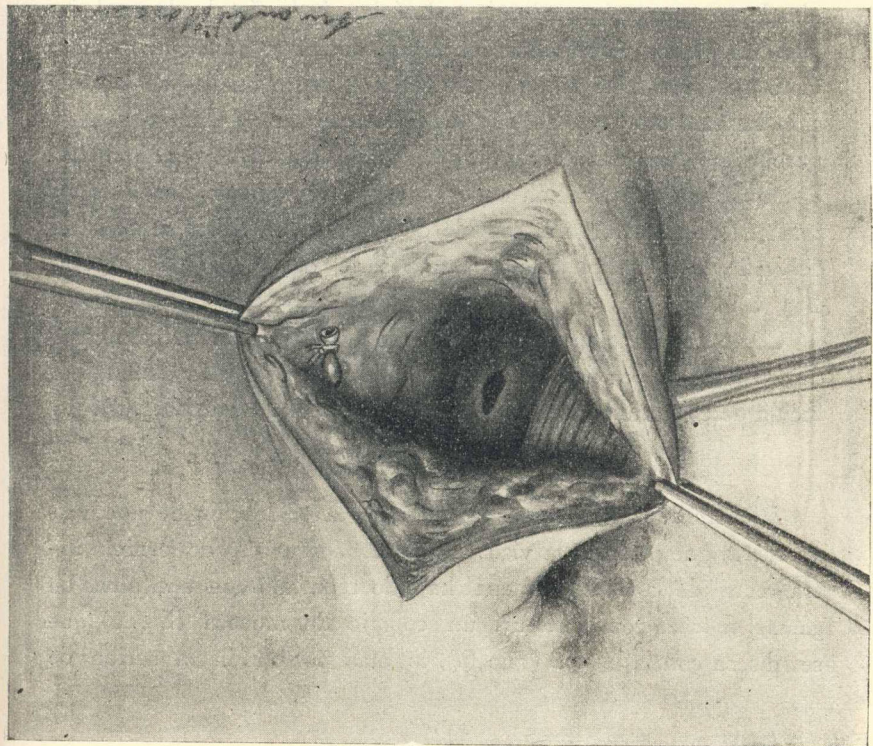


Figura N.º 4—Aspecto de la mucosa anal una vez extirpada la fístula.

garraduras. Desinfección del perineo y de la cavidad intestinal con éter.

Segundo tiempo.

Introducción del estilete y reparo del orificio anal de la fístula.

Se introduce por el orificio cutáneo de la fístula y, yendo hasta la luz del intestino una sonda acanalada fina o un estilete; de ésta manera se mostrará exactamente la dirección del trayecto fistuloso y la situación precisa de su orificio intestinal. Este se repara con una pequeña pinza de garras que permanecerá allí hasta el tiempo intrarrectal de la intervención (Fig. 1).

Tercer tiempo.

Disección y extirpación de la fístula. Luégo de una amplia incisión ovalar que circunscriba el orificio cutáneo contorneándolo, es fácil, guiándose por la sonda, reseca completamente el trayecto fistuloso. Esta disección se facilita aún más cuando se ha empleado previamente la inyección de una substancia coloreada. Teniendo en cuenta la anatomía patológica de la fístula, la cual, intencionalmente, estudiamos con algún detalle y en la cual hemos visto que, aun lejos del trayecto se encuentran huellas de la reacción inflamatoria, la disección debe hacerse lo más amplia posible, para así no dejar en la herida ningún tejido mortificado que más tarde impida la cicatrización o por lo menos la retarde. Debe de ser también cuidadosa, en el sentido de respetar las fibras musculares del esfínter y completada por una serie de hemostasis (Figuras 2 y 3).

Como la disección de la fístula debe ir hasta la pared misma del recto, una vez ésta disecada estamos en presencia de una solución de continuidad, de una perforación del intestino (Fig. 4).

Cuarto tiempo.

Disección de la mucosa rectal. Previa la colocación de una valva rectal que permita la visibilidad y el fácil acceso del orificio intra-rectal de la fístula, el cual ha sido reparado con una pinza de garras, se traza con el bisturí un colgajo de mucosa (Fig. 5) que se disecciona con la tijera (Fig. 6.), lo más posible hacia arriba de

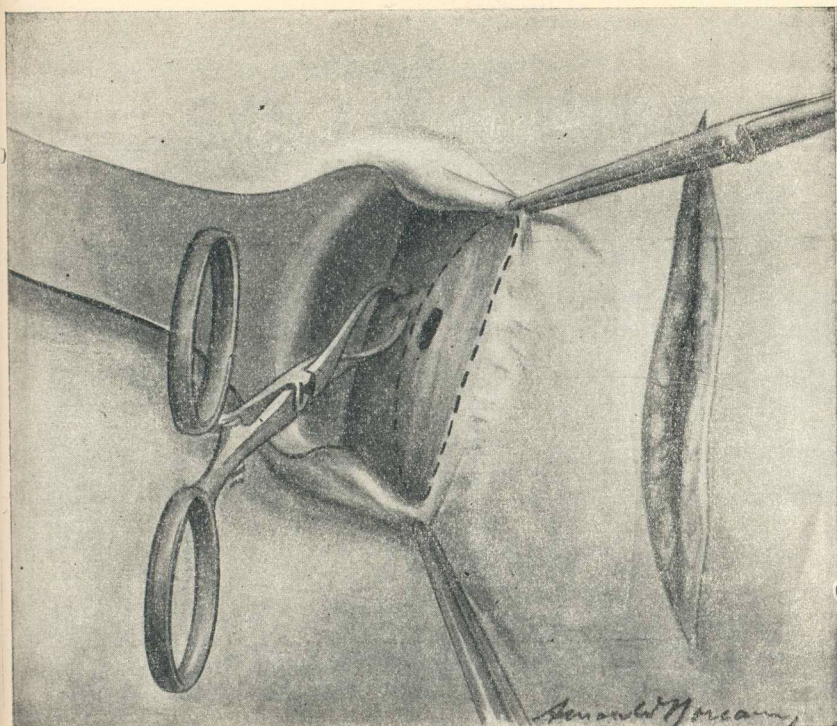


Figura N.º. 5—Trazado de la incisión para la disección de la mucosa anal.

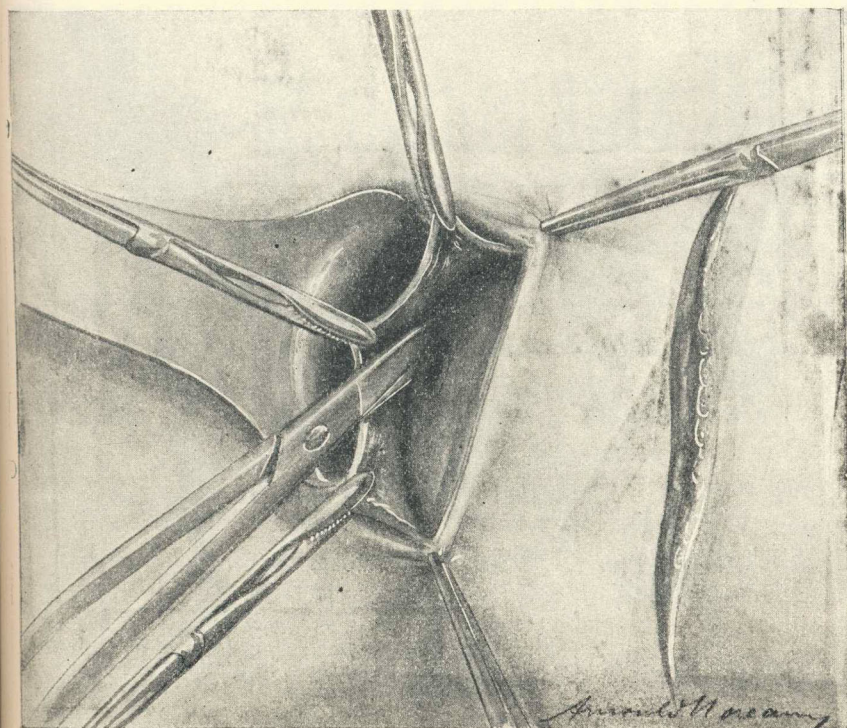


Figura N.º. 6—Disección de la mucosa anal.

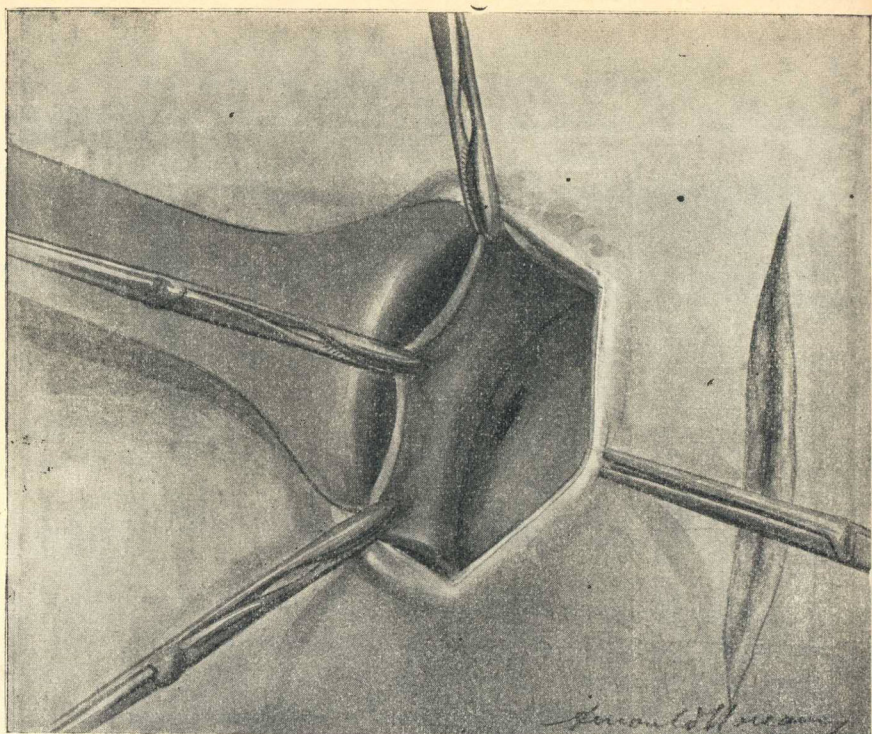


Figura N.º 7—Mucosa disecada y aspecto del orificio intra-anal de la fístula.

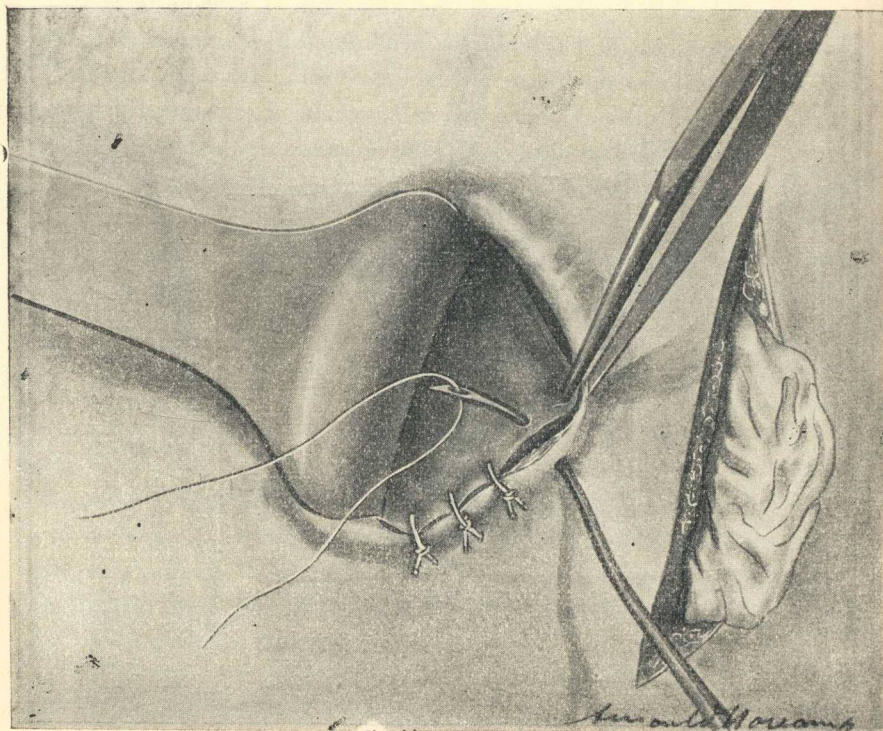


Figura N.º 8—Sutura de la cortina de mucosa a la circunferencia muco-cutánea del ano.

SOLUCALCINE

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

RÉCALCIFICANTE - HEMOSTÁTICO

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRÚRGICAS
Y OBSTÉTRICAS

OPOTERAPIA

por los

FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

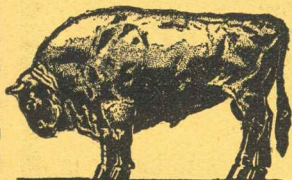
(Grajeas à base de todos los organos)

LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE

PARIS - 5, Boulevard du Montparnasse. 5 - PARIS



BYLA-PARIS

Opoterapia BYLA

Recomendada por los grandes Profesores de Francia

SIN OLOR

CONSERVACION INDEFINIDA

Ovarina, Tyroidina, Hypofisina, Orquitina, Suprarenina, etc.

BAJO DOS FORMAS NUEVAS REGISTRADAS :

GLANDULAS (Grajeas)

AMPOLLAS

Medicacion Simple, Pluriglandular
y Panglandular



BYLA-PARIS

LOS ESTABLECIMIENTOS BYLA

26, avenue de l'Observatoire, PARIS (Francia)

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

MICOLISINA del D^r DOYEN

Solución coloidal fagógena polivalente.

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

2 FORMAS: MICOLISINA BEBIBLE y MICOLISINA INYECTABLE.

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.

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

Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

Venosina

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

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

dicho orificio. En la mayor parte de los casos es suficiente la disección de un tercio de la circunferencia anal, mas en algunos otros debe prolongarse hasta una mitad. Más extendida presenta el peligro de producir ulteriormente estrecheces, tal como se ve en el With-Head, si se abusa un poco de dicha disección, en la extirpación de los paquetes hemorroidales.

Quinto tiempo.

Descenso y sutura de la mucosa. Ya una vez disecada la mucosa, tan ampliamente que al levantarla se descubra el orificio profundo de la fístula, (Fig.7.) se descende dicha mucosa hacia el orificio anal para fijarla. La parte del colgajo situada debajo del orificio de la fístula se reseca y éste se sutura por puntos separados de catgut a la circunferencia mucoso-cutánea del ano (Fig 8).

Cuidados post-operatorios.

El trayecto de extirpación de la fístula se tapona por planos. (Fig.15) con una mecha de gasa yodoformada, curación que será cambiada diariamente. Se aplica al mismo tiempo un dren rectal protegido por una mecha empapada en pomada con colargol.

La constipación iniciada antes de la operación es sostenida durante ocho días. Desde el sexto día se administra, a dosis suficientes, un aceite de parafina, Parlax o Cristolax, por ejemplo, para evitar la acción traumatizante del bolo fecal, y al octavo o noveno día un purgante.

Habitualmente la cicatrización se hace de la cuarta a la sexta semana, siempre que las curaciones hayan sido regularmente cotidianas y hábilmente hechas. Hay algunos casos, felizmente raros, pero que deben anotarse, en los cuales la cicatrización se hace esperar hasta el punto de desalentar al cirujano y de hacer pensar en una nueva intervención. En estos casos debe continuarse con optimismo la curación diaria de la herida, hasta el día, a veces inesperado, en que el enfermo se presenta a su cirujano con la fístula completa y definitivamente cerrada.

Un tratamiento general reconstituyente y de desintoxicación del enfermo es buen coadyudante del tratamiento quirúrgico que terminamos de describir.

Inyección previa de la fístula con parafina coloreada.

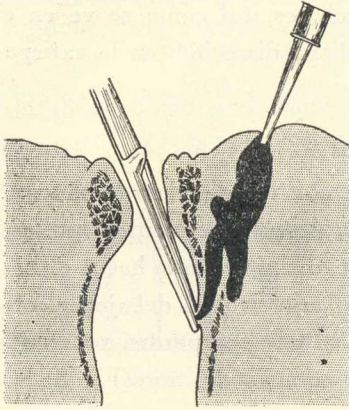


Figura N.º 9

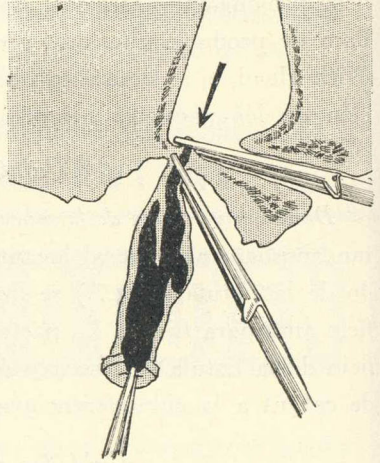


Figura N.º 10

Esquemas de los tiempos del método.

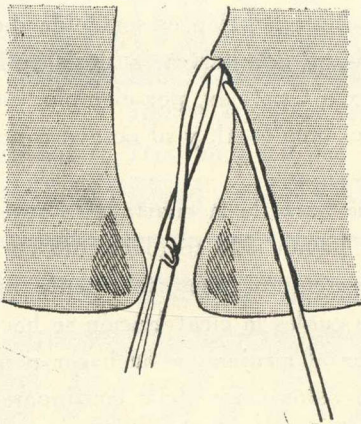


Figura N.º 11

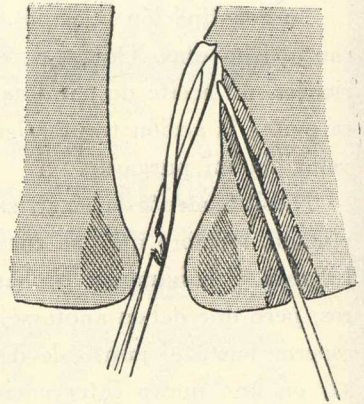


Figura N.º 12

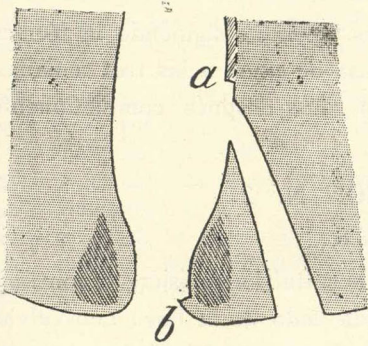


Figura N.º 13

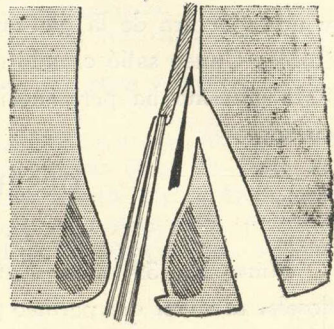


Figura N.º 14

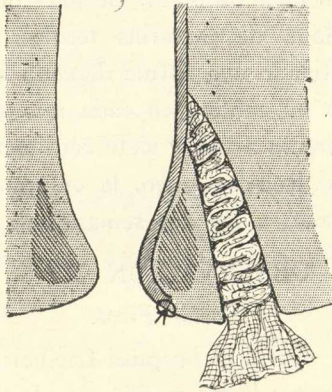


Figura N.º 15

OBSERVACION N.º 1

Doctor Picot.

M. S., 23 años — Hace 18 meses se encontró al nivel del perineo una tumefacción indolora, aparecida sin causa apreciable, fué de todo traumatismo y de todo episodio agudo. A los tres meses esta colección se abrió al exterior, cerca de la raíz de las bolsas, a la izquierda de la línea media, dando salida a una serosidad purulenta abundante y dejando una fístula persistente.—Al examen con un estilete, éste, después de haber seguido un trayecto sinuoso, aparece en el recto cinco centímetros encima del esfínter. Se trataba de una fístula rectal extra-esfínteriana, con un trayecto

y una apertura de la piel anormales. Operado, siguiendo la técnica Robles-Cuneo salió curado de la casa de salud a las tres semanas. Este enfermo ha permanecido dos años después completamente curado.

OBSERVACION N.º 2

Doctor Picot.

Mme. K., 39 años—Entró al hospital Lariboisiere encontrándosele, al nivel del perineo y a cada lado de la línea ano-vulvar una doble fístula. Hace dos años tuvo un parto laborioso, con aplicación de forceps y desgarradura del perineo, para lo cual el partero hizo una sutura con hilos de plata. Después de una abundante supuración, acompañada de materias fecales, la herida cicatrizó poco a poco, persistiendo una fístula de cada lado de la línea ano-vulvar. Introducido un estilete en cada uno de los trayectos, penetró en la luz del recto a seis y siete centímetros del ano. Operada por el método Robles-Cuneo, la enferma salió del hospital, completamente curada, a las dos semanas de la intervención.

OBSERVACION N.º 3

Doctor Picot.

M. C., 40 años—Entró al hospital Lariboisiere por una fístula anal. Cuatro años antes había tenido un absceso situado a la izquierda del ano, que fue incisado, dejando una fístula que supuró hasta que se formó un segundo absceso. Este absceso fue incisado de nuevo por su médico, quien logró, después de una abundante supuración, que la fístula se cerrara durante ocho días, después de los cuales apareció nuevamente, y, en este estado, luego de haber sido examinado con el estilete, el cual demostró la existencia de la comunicación rectal fue operado. El enfermo salió curado a las dos semanas. Un año después permanecía bien.

OBSERVACION N.º 4

Doctor Picot.

Ch..., 35 años—Tuvo hace 40 días un gran flegmón de la fosa isquio-rectal izquierda. Ha sido incisado y persiste una fístula. Al examen se encuentra una fístula situada a la izquierda de la línea

REUMATISMO ARTICULAR

Estudio divulgador de sus síntomas, complicaciones y tratamiento. Casi todo reumático muere de Endocarditis. El reumatismo articular es una enfermedad infecciosa cuyo gérmen patógeno no ha sido descubierto todavía

Todo el mundo habla de reumatismo, pero sin darle a esta entidad el verdadero sentido que tiene en Patología.

Si una persona sufre de dolores vagos en los huesos, si aparecen neuralgias cerca a las articulaciones (manifestaciones muchas veces de sífilis, de autointoxicaciones, etc.), o si se trata de verdaderas artritis (blenorragica, tuberculosa, diftérica, etc.), se piensa inmediatamente en el reumatismo, sin buscar la verdadera causa de estas dolencias, exponiéndose el enfermo a no someterse a un tratamiento adecuado.

El verdadero reumatismo articular es una enfermedad perfectamente clasificada en Patología. Diversos síntomas la definen claramente: Dolores, inflamación y enrojecimiento en las articulaciones que imposibilitan totalmente al individuo para caminar y lo reducen al lecho; fiebre alta, como en toda enfermedad infecciosa, y un profuso sudor que despiden un olor particular.

Con el tratamiento apropiado, el ataque agudo desaparece, pero si aquél es deficiente, el paciente queda predispuesto a nuevos ataques que lo llevan al estado crónico consistente en dolores continuos en las articulaciones con rigidez y deformidades en éstas, atrofia en los músculos vecinos, anemia intensa etc., y, sobre todo, queda apto para que vengan las gravísimas complicaciones de esta enfermedad.

Entre las complicaciones del reumatismo articular, se cita como la más terrible, la Endocarditis, que consiste en la inflamación del Endocardio o mucosa del corazón y en vegetaciones localizadas en las válvulas cardiacas.

Esta complicación se presenta en un 95 por 100 de los casos y es tan grave que casi todo reumático muere a consecuencia de ella en un período de tiempo más o menos largo. Afortunadamente esta complicación es curable en sus comienzos y su agravación es debida a falta de un tratamiento precoz y enérgico.

Existen igualmente otras complicaciones sumamente graves, como la Miocarditis o alteración del músculo cardiaco; la Pericarditis o lesión del pericardio; la pleuresía reumática; la Angina aguda o inflamación de las amígdalas y el Reumatismo cerebral, que puede llevar a la demencia.

El único medicamento eficaz, conocido hasta ahora y que combate de una manera definitiva el Reumatismo articular, tanto en sus manifestaciones articulares como en sus diversas complicaciones, es la *Sal sódica del Acido salicílico*.

Pues bien: los laboratorios farmacéuticos de Prato & Cía. elaboran un producto a base de esta sal, denominado JARABE INDIANO, cuya dosificación y métodos de preparación son excelentes, además de que las materias primas son frescas y suministradas por famosas casas europeas, como la de E. Merck, Darrasse Frères, Poulenc Frères etc.

Su dosis es la siguiente: para un reumatismo en pleno estado agudo en adultos, una cucharada sopera cada tres horas (5 al día); para un reumatismo crónico, 3 ó 4 cucharadas soperas al día. Niños, según la edad.

La fama de este producto se ha extendido rápidamente y más cuanto que eminentes médicos de todo el país comienzan a prestarle su apoyo decidido, en vista de su gran bondad, y bien lo merece porque sus fabricantes gozan de magnífica reputación profesional y su firma es muy conocida como fabricante de productos farmacéuticos de verdadero mérito.—Dr. M. G.

Depósito general: Droguería y Farmacia del Carmen (Farmacia de 1.ª clase).

Bogotá, Calle 10, Nos. 9-77 y 9-79

GRAGEAS **DESENSIBILIZACION** GRANULADOS
Á LOS CHOCS

PEPTALMINE

MIGRANIAS
TRASTORNOS DIGESTIVOS
POR ASIMILACION DEFECTUOSA

POSOLOGIA
2 GRAGEAS O 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRAMUJ
LADOS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS

URTICARIA
ESTROFULO
PRURITO - ECZEMAS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, Rue Chaptal Paris 9^e

GRAGEAS **Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal Paris 9^e** GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

TRASTORNOS
HEPATO-BILIARES
COLITIS

COLAGOGO

INSUFICIENCIA
HEPÁTICA
MIGRANIAS

POSOLOGIA 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANULADOS O 4 GRA-
GEAS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS.

CHLORO-CALCION

SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO
1/2 cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de Ca Cl²

DIRECTAMENTE ASIMILABLE

Recalcificante

Hemostático

Descolorurante



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS - 9, Rue Castex - PARIS (14^e)

Muestras: Señores PANNIER y PREVOSTEAU. Apartado 1063 - Bogotá

media. El estilete introducido en el trayecto penetra en la luz del intestino a cinco centímetros más o menos. El enfermo deja la casa de salud, completamente curado, a los 25 días de la intervención.

OBSERVACION N.º 5

Doctor Bloch

M. V., 41 años—Absceso, el margen del ano con apertura espontánea y derrame purulento, que se detiene al cabo de quince días. Formación de un nuevo absceso que el médico incisa, con curación aparente durante un mes, al cabo del cual aparece nuevamente la supuración y en este estado entra al hospital Lariboisiere.

Operado por el doctor Bloch, sale trece días después del hospital con su herida cicatrizando. Al cabo de un mes estaba curado.

OBSERVACION N.º 6

Doctor Bloch.

P..., 18 años—Entró al hospital Lariboisiere por una fístula anal. Trece meses antes el enfermo se quejó de un vivo dolor y gran prurito de la región anal, formándose un absceso que se abrió espontáneamente dando salida a un abundante derrame que ha producido una dermatitis de la región anal, secundaria a la irritación causada por la supuración. Operado por el doctor Bloch, sale curado a los once días de la intervención.

OBSERVACION N.º 7

Doctor Bloch.

M..., 23 años—Entró al hospital Lariboisiere por fístula perianal. Dos meses antes, dice el enfermo tuvo un forúnculo sobre el lado izquierdo del ano. Aplicaciones húmedas calientes y apertura espontánea, tres días después con persistencia de una fístula. Sale del hospital, tres meses más tarde, completamente curado.

OBSERVACION N.º 8

Profesor Cuneo.

M. B., 63 años—Fístula del espacio pelvi-rectal superior de trayecto extra-esfinteriano. Como consecuencia de un absceso profundo peri-rectal, M. B. ha conservado una fístula, la cual,* ope-

rada por el doctor B., cirujano de los hospitales, ha reaparecido inmediatamente. El enfermo consulta al Profesor O., quien le aconseja conservar su lesión, no pudiendo ser curada de otra manera que por la sección del esfínter. Al examen, M. B. presenta, a la izquierda del ano, un orificio fistuloso colocado a unos tres centímetros. Un estilete introducido en este orificio se hunde verticalmente a una profundidad de siete a ocho centímetros sin desembocar en el recto. Este orificio está unido al borde izquierdo del ano por una cicatriz, huella de la operación practicada antes. La contracción del esfínter es eficaz, pero se tiene, sin embargo, la impresión de que éste ha sido parcialmente seccionado.

En la disección del trayecto fistuloso se encuentra que atraviesa el elevador y, encima de éste, se dobla hacia adentro para abrirse en el recto. Siguiendo los tiempos, ya descritos, el enfermo cura sin accidentes al mes de la intervención.

OBSERVACION N.º 9

Doctor Picot.

C..., 42 años—Absceso isquio-rectal seguido de incisión. Cuatro meses después la fístula supura todavía y se siente, al lado izquierdo del recto, a tres centímetros del esfínter un nódulo fibroso, muy duro, que tiene las dimensiones de una nuez y al cual viene a dar el estilete introducido por el orificio externo. Con la disección del trayecto fistuloso se extirpa el nódulo. Veinticinco días después el enfermo sale curado.

OBSERVACION N.º 10

Doctor Picot.

H..., 49 años—Enfermo pálido, de aspecto fatigado, se queja de dolores muy vivos al defecar. Una tumefacción perineal muy dolorosa aparece, presentando todos los signos de un voluminoso absceso isquio-rectal izquierdo. El absceso es incisado longitudinalmente y cuando la colección es evacuada se encuentra que existe en la cara posterior del canal anal, encima del esfínter, una cavidad de las dimensiones de huevo de gallina que se ahueca detrás del esfínter; esta cavidad drena mal y es necesario hacerle una contra-apertura posterior ano-coxigiana, para drenarla. En el

curso de las curaciones, el agua del lavado introducida por el ano, sale indeficientemente por la incisión posterior o por la incisión lateral. Al cabo de seis semanas, la incisión externa lateral se cierra y la herida posterior supura en abundancia. El dedo, introducido en esta herida penetra en la luz del intestino encima y detras del esfínter. En la extirpación del trayecto fistuloso el cirujano resecó la última pieza coxigiana por estar ésta comprendida dentro de los tejidos mortificados. Los otros tiempos de la operación se cumplieron según la técnica descrita y el enfermo salió curado a los dos meses de la intervención. Este enfermo ha sido visto en distintas ocasiones posteriores y se ha podido comprobar su curación definitiva.

OBSERVACION N.º 11

Doctor Picot.

Troc., 66 años. Entró al Lariboisiere por fístula anal. Seis meses antes el enfermo se quejó de prurito de la región anal y después de diez días de sensación de tensión se abrió espontáneamente un absceso.

En el hospital San Luis, en donde fue atendido antes este enfermo, fue tratado, sin resultado por el arseno-benzol por haber sido positiva la reacción de Wassermann. A su entrada se comprueba la presencia de una fístula anal extra-esfinteriana. El orificio cutáneo está situado a la izquierda a tres centímetros del ano. El estilete contornea el esfínter y penetra al intestino a seis centímetros de altura. Operado el 31 de octubre sale curado el 1.º de diciembre.

OBSERVACION N.º 12

Doctor Picot.

Dav..., 28 años. Recibido en el hospital Lariboisiere por una fístula de la región coxigiana. Comenzó a estar mal ocho meses antes a consecuencia de un golpe que recibió. Ha sufrido de hemorroides y de una fisura anal. Presenta actualmente una fístula de la región coxigiana como consecuencia de un absceso que se abrió y no ha cicatrizado. El orificio cutáneo de la fístula está un poco a la derecha de la línea media y a siete centímetros del ano. El

estilete sigue un trayecto oblicuo y se siente su extremidad en la mucosa anal, encima y detras del esfínter.

Operado el seis de noviembre sale curado un mes más tarde.

OBSERVACION N.º 13

Doctores Bloch y Rueda Vargas.

Doctor F..., 28 años. Consulta a los cirujanos para una fístula ano-rectal extra-esfinteriana.

Dos años antes tuvo un absceso perianal, que fue incidado, se guido de la formación de una fístula. En todo este período de tiempo su fístula ha cerrado varias veces, seguida de la formación de abscesos que ha tenido que hacerse abrir de nuevo. La permanente supuración lo obliga a llevar una curación que tiene que cambiar varias veces al día. El insuceso de todas las intervenciones anteriores lo tiene en un estado de ánimo muy cercano a la desesperación.

Al tacto rectal se le encuentra sobre el lado izquierdo del recto y encima del esfínter un fondo de saco de la mucosa y el estilete introducido por el orificio externo de la fístula aparece en esa cavidad. Operado en una clínica particular siguiendo la técnica descrita salió en vía de curación al cabo de cuatro semanas. Después, con unas pocas curaciones quedó perfectamente bien.

OBSERVACION N.º 14

Doctor Lubin.

Mlle. Georgette Mullet. 23 años—Cajera de profesión.—Hospitalizada en la sala "Gosselin" del hospital Lariboisiere por una fístula peri-anal. Salió curada después de mes y medio de operada por el método Robles-Cuneo.

OBSERVACION N.º 15

Doctor Tailhefer.

Mme. Gazagnes. 38 años.—Sala "Gosselin" del hospital Lariboisiere. Fístula anal con un trayecto que sale al intestino a cuatro centímetros del esfínter. Operada el 1º de octubre, sale curada a las tres semanas.



DMELCOS



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

COMPOSICION .

Emulsion estabilizada de bacilos de
Ducrey de diferentes procedencias,
de una concentracion de 225 mil-
lones de microbios por centimetro
cubico

PRESENTACION :

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

MODO DE EMPLEO:

Inyeccion intravenosa

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

●

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

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

Con o sin Adrenalina

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

OBSERVACION N.º 16

Doctor Folliasson.

Mlle. A. A. 28 años. Sirvienta.—Servicio del Profesor Cuneo en el hospital Lariboisiere. Presenta una fístula peri-anal con dos trayectos que comunican ambos con el recto sobre su pared lateral derecha a seis centímetros del esfínter. Operada el 8 de febrero, sale del hospital curada a la cinco semanas.

OBSERVACION N.º 17

Profesor Cuneo.

Viuda Delannoy. 36 años.—Sin profesión. Fístula del espacio isquio-rectal. Operada el 9 de mayo. Salió curada el 15 de junio.

OBSERVACION N.º 18

Doctor Bloch.

Mlle. Margueritte Parmantiers. 18 años. Tejedora.—Sala Gosselin del Hospital Lariboisiere. Fístula anal extra-esfinteriana lateral derecha. Incisión cutánea alrededor de la fístula, disección y ablación del trayecto. Descenso de la mucosa situada encima del orificio anal de la fístula y sutura sobre un cuarto de la circunferencia anal. Curó a las tres semanas.

OBSERVACION N.º 19

Mme. Parfondoy. 32 años.—Fístula extra-esfinteriana peri-anal. Operada el 25 de marzo de 1930, salió por curación el 14 de abril.

OBSERVACION N.º 20

Doctor Bloch.

Mme. P.H. 26 años. Servicio del profesor Cuneo en el hospital Lariboisiere. Antiguo absceso isquio-rectal de origen tuberculoso. Operada el 25 de julio de 1930 salió curada el 24 de agosto.

OBSERVACION N.º 21

Doctores Pompilio Martínez y Rueda Vargas.

Sr. P. Ch., 48 años. Natural de Girardot.—Sin antecedentes patológicos importantes. Le apareció en los primeros días del mes de julio de 1933 un absceso peri-anal izquierdo que el enfermo atri-

buye a un fuerte ejercicio en bicicleta. El 19 de julio le fue abierto el absceso por su médico, persistiendo una fístula con abundante supuración. A la rectoscopia se comprueba la comunicación anal de la fístula. El examen radiológico, previa una inyección de Lipiodol por el orificio cutáneo muestra que el líquido penetra en la cavidad rectal.

Operado en la clínica particular del Doctor Martínez el día 15 de agosto de 1933. Salió curado a fines de Septiembre.

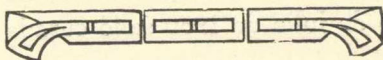
OBSERVACION N.º 22

Doctor Pompilio Martínez.

Sra. Saturia Ortega de Bernal. 36 años. Natural de Bogotá. Entró al hospital de La Hortua por una fístula extra-esfinteriana. Hace dos años tuvo un absceso peri-anal izquierdo, que se abrió espontáneamente quedándole una fístula por la cual salían gases y materias fecales. La comunicación con el recto se hacía a 4 centímetros por encima del esfínter. Operada el 22 de agosto de 1933 salió curada el 19 de septiembre del mismo año.

BIBLIOGRAFIA.

- P. Lecene. R. Leriche. Therapeutique Chirurgicale. B
Begouin et F. Papin. Précis de Pathologie Chirurgicale.
Summer W. Jackson. Fistules ano-rectales. (Tesis).
Hartmann. Pathologie de l'Abdomen.



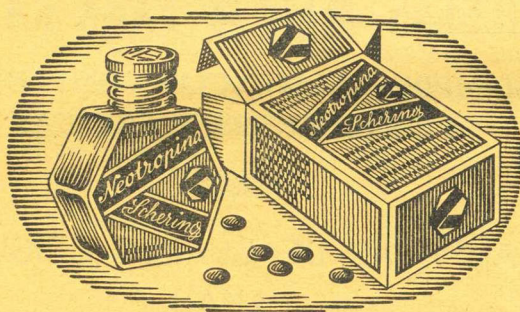
Un nuevo producto *Schering*

NEOTROPINA

Preparado colorante
para el tratamiento de las infecciones
del aparato génitourinario.

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Indicado especialmente en el tratamiento
de la blenorragia. Proporciona buenos
resultados en los casos de pielitis y cistitis
rebeldes a otros tratamientos.



Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1gr.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

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

PROGYNON

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

DR. WEISER & HERING, BOGOTA

Calle 13 No. 7-66, Apartado 1492,

Telegramas "WEISER".



DEPARTAMENTO DE ELECTROMEDICINA



Aparatos de

RAYOS X
DIATERMIA
ELECTRODIAGNOSTICO
Y TERAPEUTICA



PELICULAS AGFA PARA RAYOS X

SIEMPRE EXISTENCIAS COMPLETAS,
PERMANENTES Y FRESCAS



LAMPARAS DE CUARZO ORIGINAL
HANAU

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



PIDANOS CATALOGOS E INFORMACIONES

INFORME DEL DOCTOR FERNANDO TROCONIS

*sobre el trabajo presentado a la Academia de Medicina en su sesión
a el 24 de octubre de 1933, por el doctor Manuel A. Rueda Vargas.*

Señor Presidente, señores Académicos:

Tengo el honor de rendir el informe reglamentario sobre el trabajo del distinguido cirujano doctor Manuel A. Rueda Vargas, titulado "Técnica operatoria en el tratamiento de las fístulas ano-rectales extra-esfinterianas" y que el señor Presidente tuvo a bien confiarme.

Una triple consideración amerita el trabajo del doctor Rueda Vargas: la gran frecuencia de las afecciones fistulosas de la región ano-rectal, la dificultad de su tratamiento, en especial de las fístulas extra-esfinterianas, y la magnífica exposición del método preconizado por el autor. Es precisamente sobre estas tres consideraciones sobre las cuales he querido basar mi informe.

I. Frecuencia de las lesiones fistulosas de la región ano-rectal. No me ha sido posible consultar estadísticas sobre el particular, pero todos los autores están de acuerdo con la experiencia profesional en considerar estas afecciones como las más frecuentes de la región citada. La razón de esta frecuencia me conduce a estudiar brevemente la etiología y patogenia de las fístulas ano-rectales.

El tejido subcutáneo de la región peri-anal se continúa hacia arriba libremente con el plano submucoso rectal y existe una amplia comunicación linfática de esa región con la fosa isquio-rectal, llamada hoy más propiamente *isquio-anal*. Por esta razón toda supuración de la piel vecina del orificio anal puede dar lugar a colecciones purulentas que podrán invadir la región submucosa del recto o por la vía linfática ocupar el sitio de la fosa isquio-anal, dejando hacia adentro el esfínter interno del ano.

Multitud de causas contribuyen a la aparición frecuente de

supuraciones en la margen del ano: son los abscesos tuberculosos de las glándulas sudoríparas, son los forúnculos de los folículos pilo-sebáceos, son los abscesos flebíticos de un paquete hemorroidario inflamado e infectado. Posiblemente se ha exagerado el papel etiológico de la infección tuberculosa en las fístulas que estudiamos. Sin embargo, muchas reconocen ésta causa. Una pequeña ulceración tuberculosa de la margen del ano puede llegar a ser el sitio de un absceso mixto por sobre infección secundaria de microbios piógenos ordinarios y la abertura de este absceso constituir el punto de partida de una fístula tenaz.

A este propósito no puedo menos de citar el caso de un paciente tuberculoso pulmonar a quien traté su afección pulmonar por el neumotórax artificial. Este paciente presentaba además de sus lesiones pulmonares una fístula marginal del ano que había resistido todos los pequeños tratamientos usuales. En el curso del tratamiento pulmonar vio, con sorpresa suya y mía, desaparecer la fístula, la cual, después de dos años de cesación del neumotórax por curación completa de sus lesiones pulmonares, no ha reincidido. Esta observación demuestra el papel evidente de la sobreinfección repetida por los bacilos de Koch ingeridos por el enfermo y provenientes de sus lesiones pulmonares, así como también la influencia del mal estado general del tuberculoso en la persistencia de esta clase de fístulas.

El absceso submucoso rectal o el de la fosa isquio-rectal consecutivos a las supuraciones que acabamos de enumerar o bien se abren espontáneamente a la piel o son abiertos quirúrgicamente por incisiones insuficientes dejando tras de sí la secuela de una fístula más o menos molesta y casi siempre rebelde a los tratamientos ordinarios. Al cerrar este rápido estudio etiológico de las fístulas ano-rectales debo hacer notar que deliberadamente hice de él abstracción de las estrecheces rectales neoplásticas o de otro origen que necesariamente deberán ser eliminadas por un examen completo y que frecuentemente conducen a la aparición de fístulas cuyo tratamiento implica el de la causa que las ha originado. Tampoco mencioné las lesiones óseas vecinas ni las afecciones uro-genitales que frecuentemente acarrear la aparición de fístu-

PALUDISMO

FIEBRES INTERMITENTES

QUINIFORME

Formiato Básico de Quinine LACROIX C²⁰ H²⁴ N² O². HCO² H
GRAN PREMIOS : Turin 1911 - Marseille 1922 - Athènes 1928

La más rica en Quinina (87,56 %).

La más soluble en el agua.

La más activa de todas las sales de Quinina.

LAS INYECCIONES SON NEUTRAS Y SIN DOLOR

FORMAS
PHARMACEUTICAS

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

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

MICROSCOPIOS

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

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

TALLER DE MECANICA

PARA LA REPARACION DE TODA CLASE DE INSTRUMENTOS DE PRECISION

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

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

Apartado número 1032 - Teléfono 44-31.

LABORATORIOS CORBIÈRE. PARIS



CYTO-SÉRUM CORBIÈRE

MEDICACION CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

SUS INDICACIONES

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



**CYTO-MANGANOL
CORBIÈRE**

MEDICACION MANGANO CALCICA ARSENIADA

SUS INDICACIONES

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



HÉMO CYTO-SÉRUM

MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

SUS INDICACIONES

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



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

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

las más o menos vecinas de la región que nos ocupa, pero que clásicamente son consideradas muy diferentes de las que son objeto de este estudio.

Por el esbozo etiológico que acabo de reseñar se comprenderá fácilmente la división de las fístulas ano-rectales en dos grandes categorías: 1^a. submucosa o intra-esfinterianas; 2^a. extra-esfinterianas.

Ambas categorías podrán ser completas cuando poseen un orificio cutáneo y otro rectal en plena comunicación con el trayecto fistuloso, o serán ciegas externas o internas cuando no poseen sino un sólo orificio situado en las primeras en la piel y en las segundas en la mucosa rectal.

II. *Tratamiento*. Este varía para cada una de las grandes categorías en que se dividen las fístulas y que acabo de señalar.

Fístulas submucosas o intra-esfinterianas. El tratamiento radical y seguro es el que todos conocemos. Abrir ampliamente la fístula en todo su trayecto sobre una sonda acanalada introducida de manera de cargar todo el espesor de tejidos que forma su pared, raspar cuidadosamente estos tejidos y dejar cicatrizar por segunda intención la herida hecha, mediante curaciones metódicamente llevadas a cabo. Todo esto no ofrece ninguna dificultad y siempre que las curaciones consecutivas al acto quirúrgico se hagan en la forma debida, el éxito es seguro.

Fístulas extra-esfinterianas. Es precisamente sobre esta clase de fístulas que versa el tratado del doctor Rueda Vargas. En él se encuentra de una manera completa la descripción y crítica de todos los tratamientos que se han ideado para la curación de esta afección rebelde y mortificante en sumo grado, desde la famosa ligadura hoy en completo desuso, a pesar de la tentativa de revivirla del cirujano americano Pennington con una modificación del método, hasta las operaciones difíciles consistentes en la sección del esfínter con sutura mediata o inmediata de sus fibras.

La experiencia demuestra que en muchos casos la disección del trayecto fistular, hecho con todo cuidado, de manera de no dejar divertículo ni ramificación alguna del conducto principal, di-

sección hecha en la forma que la describe el doctor Rueda Vargas, hasta la pared mucosa rectal con extirpación completa de la fístula y sutura de la mucosa rectal, bien sea que se emplee la reparación inmediata de la ancha brecha así formada por suturas en diferentes planos, o bien sea que se deje abierta para buscar una curación lenta del fondo hacia la superficie, ha dado resultados muy favorables en manos de diferentes cirujanos, entre otros en las del cirujano Robert Abbe, de New York. En todo caso, la experiencia demuestra también que este método, como todos los que hasta ahora nos eran conocidos, falla a menudo sin lograr muchas veces la completa curación de la fístula sino después de repetidas operaciones, entre las cuales, figura como último recurso la sección esfinteriana con los graves riesgos de la incontinencia casi segura.

Por todas estas razones, considero de suma importancia el procedimiento Robles-Cuneo, que tan magistralmente describe el doctor Rueda Vargas en su trabajo, al cual me permito tan sólo hacer algunos pequeños comentarios.

El doctor Rueda Vargas hace la afirmación categórica de que toda fístula extra-esfinteriana debe ser completa, es decir, que debe tener sus dos orificios: mucoso-rectal y cutáneo. Sobre esta afirmación edifica la teoría de que la reincidencia de la fístula después de los tratamientos conocidos reside en la reinfección al través de la pared rectal de origen fecal. Si recordamos que la inmensa mayoría de las fístulas extra-esfinterianas son consecutivas a abscesos de la fosa isquio-rectal, podemos argumentar al doctor Rueda Vargas que estos abscesos pueden abrirse en la cavidad rectal y a la vez en la piel (fístulas completas) o bien en la cavidad rectal solamente (fístulas ciegas internas), o bien únicamente en la piel (fístulas ciegas externas). No trae el doctor Rueda Vargas un estudio anatómico-patológico de las fístulas extra-esfinterianas suficiente para demostrar que todas ellas deben ser completas. Por el contrario, la experiencia demuestra que estas fístulas muchas veces son ciegas internas o ciegas externas.

Por esta razón considero que el método Robles-Cuneo por de finición no podrá tener otra indicación fuera de las fístulas comple-

tas. El doctor Robert Abbe de New York ya citado describe un método operatorio en la Cirugía de Keen que no difiere del Robles-Cuneo sino en sus últimos tiempos. Abbe termina suturando la mucosa rectal en dirección longitudinal. Robles y Cuneo prefieren disecar un gran colgajo de mucosa, de la margen del ano hacia arriba, hacerlo defender lo suficiente para que el orificio interno de la antigua fístula salga del ano, reseca la parte del colgajo así exteriorizada y suturar al margen el borde inferior del colgajo. Esta es pues la parte original del método.

Técnicamente constituye este tiempo de la operación una mejora del método usual porque, como muy bien lo dice el Dr. Rueda Vargas, con él se establece una barrera de mucosa perfectamente sana a la reinfección de origen rectal, la que parece ser una de las causas principales de la reincidencia de esta clase de fístulas tratadas por los métodos ordinarios. Indudablemente constituye a la vez una complicación operatoria que en manos expertas no tiene mayor significación.

La base estadística consistente en 22 observaciones con éxito completo en la curación de las fístulas extra-esfinterianas por el método Robles-Cuneo comprueban suficientemente el concepto teórico anterior; por este motivo, no dudo en considerarlo como un adelanto en el tratamiento de esta clase de fístulas que, como hemos visto, se ha mostrado siempre o casi siempre ineficaz por los métodos usuales hasta hoy y que por esto ha conducido al tratamiento radical de la sección esfinteriana con los gravísimos riesgos de una incontinencia que puede convertir la curación en una invalidez mucho peor que el mismo mal.

El doctor Rueda Vargas aconseja inyectar previamente el trayecto fistuloso con una sustancia líquida opaca que permita a una radiografía mostrarlo en toda su extensión con sus ramificaciones, si las hay, y precisando el sitio de su desembocadura en el recto, difícil en ocasiones de precisar, lo mismo que la inyección previa a la operación del mismo trayecto con una mezcla de parafina y azul de metileno para repararlo visualmente en el acto operatorio.

Ya en 1906 Beck recomendaba inyectar en el trayecto fistuloso una pasta de subnitrate de bismuto químicamente puro

incorporado a la vaselina en la proporción de un 33% con fines de diagnóstico y de tratamiento. El método de Beck se extendió amplamente en Norte America y otros países con resultados bastante satisfactorios. Hoy el empleo del lipiodol ha facilitado la radiografía de estas fístulas y entre nosotros ya es de uso corriente. En un caso operado con el doctor Jaime Jaramillo pudimos obtener una bella radiografía que nos mostró un trayecto único, submucoso y que se abría a bastante distancia del orificio anal en la pared rectal. Es evidente que este procedimiento mejor que cualquier cateterismo podrá ilustrar al cirujano sobre la topografía de de la fístula.

III. Exposición del doctor Rueda Vargas. Precede el autor del trabajo la descripción del método operatorio, de una breve reseña histórica de la afección, muy interesante porque nos demuestra las dificultades que en toda época el cirujano ha encontrado para el tratamiento de esta afección que, en su frecuencia, no respetó la brillantísima personalidad de Luis XIV, a quien su barbero cirujano, en un arranque de audacia, hizo correr todos los riesgos de una incontinenia seccionándole su esfínter. Hoy esa audacia tiene sus imitadores, pues, muchos cirujanos no dudan en seccionar el esfínter esperando la recuperación espontánea de su función o buscándola luégo por actos operatorios posteriores con la sutura de sus fibras seccionadas.

El capítulo I del trabajo que comento nos presenta una descripción de los diferentes métodos empleados hasta hoy para la curación de esta clase de fístulas seguida de una crítica de cada uno de ellos. Considero que el doctor Rueda Vargas agotó la materia sobre este particular y no puedo menos de suscribir sus conceptos.

En el capítulo II el doctor Rueda Vargas nos dice cómo nació el método sugerido por el cirujano gualtemalteco doctor Robles, al Profesor Cuneo, quien perfeccionándolo le dió vida. En seguida hace un estudio de la patología de la fístula extra-esfinteriana, con su anatomía patológica. En el curso de este estudio el doctor Rueda Vargas basado en las investigaciones de Bloch y Picot afirma que todas las fístulas extra-esfinterianas son fístulas completas,



PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
ASCILARINA Complejo glucosídico cristalizado y estabilizado del bulbo de la escila.	DIURÉTICO AZOÚRICO, CARDIOTÓNICO DE MANTENIMIENTO (ACUMULACIÓN DÉBIL) NEFRITIS, OLIGURIA, ASISTOLIA, ARRITMIA, CORAZÓN SENÍL, MIOCARDITIS.	2 a 6 comprimidos o XL a CXX gotas al día o 1/2 a 1 ampolla de una vez por vía endovenosa.
FFLAMINA Asociación de ácido cólico en estado de pureza con la hexametenotetramina.	OPOTERAPIA Y DESINFECCIÓN HÉPATOBIAR, INSUFICIENCIA HEPÁTICA, LITIASIS BILIAR.	4 a 8 grageas.
GYNERGENO Tartrato de ergotamina Stoll, alcaloide, principio específico del cornezuelo de centeno bajo forma estable y cristalizada.	ATONIA UTERINA, HEMORROAGIAS OBSTÉTRICALES Y GINECOLÓGICAS, SEDACIÓN DEL SIMPÁTICO, BASEDOW, TAQUICARDIA PAROXISTICA.	(muy individual y según los casos) 1 a 2 comprimidos o XV a XXX gotas 2 veces al día. Ampollas 1/4 a 1 cc. a la vez.
OPTALIDON Nueva asociación antineurálgica, sedativa e hifnótica:	TODOS LOS DOLORES. NEURALGIAS. CIÁTICAS. DOLORES REUMÁTICOS.	6 grageas.

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE),
MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTH LISBERGER - Carrera 10, No. 333, Apartado 450 - BOGOTA

DIURETICO ^{DE} PODEROSÍSIMO DE UNA FIDELIDAD CONSTANTE

THÉOBROMINE FRANCESA garantizada químicamente pura.

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

THÉOSALVOSE

Pura
Digitálica
Estrofántica
Esparteinizada,
Fosfatada, Litinada, Cafeinizada.

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

Dosis media: 1 a 2 gr. al día.

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

Laboratorios André GUILLAUMIN, D^r en F^{cia}, rue du Cherche-Midi, 13, PARIS

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, soluble, asimilable

La IODALOSE es la ÚNICA SOLUCIÓN TITULADA del PEPTONIODO
Combinación directa y completamente estable del Iodo con la Peptona
DESCUBIERTA EN 1896 POR E. GALBRUN, DOCTOR EN FARMACIA
Comunicación al XIII^o Congreso Internacional de Medicina, Paris 1900

Sustituye Iodo é Ioduros en todas sus aplicaciones sin Iodismo.

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

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

Eficaz,
Agradable
é inofensivo.

BENGALAIS

ASMA, ENFISEMA, CATARRO. CORIZA

PIDASE MUESTRAS Y TEXTOS:
Laboratorios FAGARD, 44, Aguesseau, BOULOGNE (Seine) Francia.
DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Agentes: Philpe DUCHAMP - Apartado 1733 - Bogotá.

es decir, que todas tienen un orificio mucoso rectal fuera del orificio cutáneo. Esta afirmación me sugirió el comentario hecho anteriormente en este informe y no puedo menos de repetir que para aceptarlo sería necesario un estudio anatómo-topográfico completo de estas fístulas que no aporta el trabajo del doctor Rueda Vargas.

Termina el doctor Rueda Vargas este capítulo con los procedimientos de examen y diagnóstico de la fístula. Ya hemos comentado el consejo que nos da de inyectar el trayecto fistuloso de una sustancia opaca para los rayos X, no me queda por decir sobre este particular sino que el tema ha sido plenamente agotado en esta parte del estudio del doctor Rueda Vargas.

El capítulo III lo consagra el doctor Rueda Vargas al estudio técnico del procedimiento incluyendo en él los cuidados pre y postoperatorios. Como dejo dicho atrás, la parte original del método preconizado en el trabajo del doctor Rueda Vargas se halla en los tiempos cuarto y quinto del acto operatorio, magistralmente expuesto por su autor. Acompaña a su clásica descripción una serie de ilustraciones magníficas que son un lujo de dibujos que objetivan el procedimiento y que nada tienen que envidiar a los mejores dibujos de nuestros tratados clásicos de cirugía.

Termina su trabajo el doctor Rueda Vargas con una serie de 22 observaciones, en muchas de las cuales tomó parte el autor en el acto operatorio, pero que en todas pudo controlar sus resultados, a lo menos los inmediatos, porque en cuanto a los resultados alejados, seguramente no le ha sido posible controlarlos en la gran mayoría de ellas.

Sin embargo, conceptúo que la serie de observaciones presentadas por el doctor Rueda Vargas constituyen una base científica en favor del método Robles-Cuneo.

Conclusión del informe. El trabajo del doctor Rueda Vargas llena a cabalidad todas las condiciones de un trabajo científico en que se destaca su esfuerzo personal de manera brillante y que por otra parte nos aporta un método de gran interés en el tratamiento de las fístulas extra-esfinterianas.

De todos los académicos es suficientemente conocida la per-

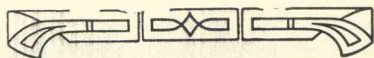
sonalidad del doctor Rueda Vargas y su larga práctica quirúrgica que lo ha hecho destacar en el grupo distinguidísimo de cirujanos del Hospital de San José. Por esta razón me permito terminar el presente informe con la siguiente proposición, que respetuosamente someto a la consideración de la Academia.

“Acéptese al doctor Manuel A. Rueda Vargas como candidato para miembro de número y procédase a llenar con su nombre una de las vacantes actuales.

Publíquese su importante trabajo en la Revista de la Academia”.

Bogotá, octubre 10 de 1933.

FERNANDO TROCONIS



CAUSAS MAS FRECUENTES DE CEGUERA ENTRE NOSOTROS

En el año de 1929 publiqué en la *Revista Colombiana para Ciegos* un cuadro que resume las causas más frecuentes de ceguera entre nosotros. Hoy reproduzco, por iniciativa del Instituto de Higiene Social, esta estadística, pensando que su actualidad hoy es muy grande como lo era entonces. Es un argumento grande en favor de las campañas que se emprendan para el mejoramiento de nuestra higiene, el perfeccionamiento de nuestra raza y muy especialmente la lucha contra la especificidad y las enfermedades venéreas.

Sobre 40 ciegos que examiné como médico del Instituto Colombiano para Ciegos, con todo esmero y cuidado, ayudando el examen clínico con todos los exámenes de Laboratorio de que disponía, encontré como causas de ceguera las que resumo en el cuadro siguiente en individuos hasta 25 años:

Causas.	En el nacimiento.	Posteriormente.	Total.
Oftalmía purulenta.	10	4	14
Especificidad.	4	6	10
Traumatismos.	0	6	6
Cataratas congénitas.	3	0	3
Malformaciones congénitas.	3	0	3
Meningitis.	0	2	2
Glaucoma infantil.	0	2	2
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	20	20	40

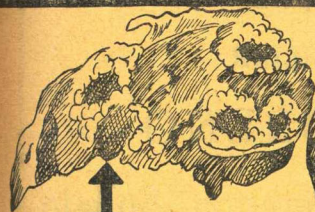
Según este cuadro 20 ciegos fueron por causas desde el nacimiento y 20 posteriormente. Como primera causa de ceguera está la oftalmía por el gonococo. En segundo término, la especificidad. En tercer lugar los accidentes. Y se podría formar un cuarto grupo abarcando las cataratas congénitas, las malformaciones congénitas (o ausencia del órgano visual) las lesiones debidas a una meningitis y el glaucoma infantil.

Son múltiples las lógicas consecuencias que se desprenden del estudio de este cuadro y varias son también las lecciones que el enseña. En primer término llama la atención la gran cantidad de ciegos que existen por la oftalmía purulenta y por la especificidad. Entre estas dos causas solas hay 24 ciegos, más de la mitad de los que han sido estudiados. Al espíritu viene la idea de que si estas dos causas no existieran, el número de ciegos se reduciría de manera muy considerable. Y como ambas causas son, la una completamente remediable y la otra casi completamente suprimible, le queda a uno el pensamiento de que al Estado poco previsora le incumba alguna responsabilidad de los ciegos que existen. Si las reglas de previsión de la Oftalmía purulenta fueran observadas con todo rigor en el recién nacido, este porcentaje quedaría reducido a cero. La Oftalmía posterior al nacimiento racionalmente tratada debe reducirlo de igual manera. Mucho ha de ser para que una Oftalmía doble del adulto venga a tener como consecuencia la ceguera completa y sólo puede suceder en enfermos que han sido completamente abandonados. Lo que sucede en los casos fatales es que el enfermo no tuvo los cuidados adecuados a su conjuntivitis o que acudió tardíamente al facultativo competente o al Hospital o Consultorio gratuito en donde lo habrían salvado. La lucha contra la Especificidad debe reducir igualmente en el porvenir

La disentería amibiana Y su tratamiento

En las formas crónicas:

En las formas agudas:



**YATRÉN
105**

Alcanza también las amibas
llegadas a las profundidades
de la mucosa intestinal y a
los órganos

**YATRÉN
105**

Acción específica sobre las
amibas; en particular sobre
las formas enquistadas

**YATRÉN
105**

Estimula el peristaltismo y
combate el estreñimiento

RIVANOL

Calmante intestinal por ac-
ción antiespasmódica

RIVANOL

Acción amibicida específica

RIVANOL

Efecto analgésico por anes-
tesia de la mucosa

Envases originales:

Píldoras: Tubos de 10 y frascos
de 25, 50 y 100 píldoras
Sustancia: Frascos de 10 y 25 g.



Rivanoletas: Caja de 30 cápsu-
las de 0,008 g. y frasco de 30
grageas de 0,025 g. / Tabletas:
Tubo de 20 tabletas de 0,1 g.
Sustancia: Frascos de 10 y 25 g.

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

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

TERAPIA HEPATOBILIAR

Es el HEPATODRENO

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

Con gusto enviaremos muestras a quienes se sirvan solicitarlas.

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

Laboratorio Farmacéutico de la Botica Meoz.

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

CROMOS

LA MEJOR REVISTA SEMANAL ILUSTRADA
DE COLOMBIA

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

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

este porcentaje de ciegos casi completamente a cero. Será el tratamiento dado a la madre en la Consulta prenatal o por el partero competente. Y en la sífilis adquirida el tratamiento adecuado en el Consultorio de Oftalmología para la lesión específica que está comprometiendo esos ojos o para la sífilis heredada que los está destruyendo. Estos 24 ciegos del grupo Oftalmía-Especificidad no debieran existir. Su existencia es un reproche vivo al Estado que no pudo velar por ellos y realizar aquella máxima sabia en medicina de que es preferible prevenir que curar. Felizmente hoy existe ya una mayor impulsión por parte de autoridades, de la iniciativa individual, de los facultativos, centros científicos etc., en relación a la lucha contra el Gonococo y la Especificidad para realizar en el mañana el justo anhelo de reducir a cero los ciegos por estas dos causas de ceguera.

No pasará lo mismo con los ciegos debidos a la tercera causa de ceguera, o sea los debidos a los accidentes y traumatismos. En esta era de maquinismo y progreso mecánico por donde va el mundo, esta causa en el porvenir será cada vez mayor, no obstante las medidas profilácticas que se emplearán para prevenirlos. En una nación o en un país que quizás sólo puedan existir en la imaginación las otras causas de ceguera podrían ser suprimidas en totalidad y esta sola continuar siendo la sola causa para producirla.

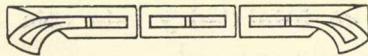
El último grupo de ciegos (cataratas congénitas, malformaciones congénitas, ausencia del órgano visual etc., etc.), tiene como causas remotas todas aquellas que degeneran una raza. Volvemos a encontrar la especificidad próxima o remota, el alcoholismo, la tuberculosis etc., etc. Serán la lucha específica, la lucha contra el alcoholismo que degrada y destruye, la lucha tuberculosa etc., la profilaxis de la degeneración de una raza y la

prevención de la ceguera. Quizás la disminución de este índice de ceguera sea un argumento y un termómetro de la eficacia con que se llevan a cabo estas grandes campañas.

Resumiendo: los ciegos que tienen como causa la oftalmía purulenta debido al gonococo, en el porvenir no debieran existir. Los de las otras grandes causas deben quedar reducidos en proporción a la eficacia de las luchas específica, alcohólica, tuberculosa etc., etc. Solamente debiera quedar como casi única causa de la ceguera los accidentes y traumatismos irremediables en un país en desarrollo como el nuestro. Ojalá estas consideraciones contribuyan en alguna manera para que la profilaxis de la ceguera pase de un terreno de pura hipótesis e ideal al de la bella y franca realización.

FRANCISCO VERNAZA

Bogotá, 1934.



“PREMIO MANUEL FORERO”

EL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA,

se permite recordar al cuerpo médico del País que la inscripción de los trabajos científicos para el concurso

“MANUEL FORERO”

se cerrará el próximo 30 de abril. Los concursantes deben enviar a la Secretaría de la Academia (Bogotá, apartado número 386), tres copias del trabajo, firmadas con seudónimo y con el nombre del autor aparte en sobre sellado. Estos sobres no se abrirán sino después de adjudicado el premio.

El jurado calificador para 1934 estará compuesto por el presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Valle del Cauca, el presidente de la Sociedad de Medicina de Boyacá y el presidente de la Academia Nacional de Medicina.

DOCTOR :

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

EDITORIAL CROMOS

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

BOGOTA

LABORATOIRES AMIDO

A. BEUGONIN, PHARMACIEN

4, PLACE DES VOSGES, 4 - PARIS

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

MUESTRAS MÉDICAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

DEPOSITARIO PARA COLOMBIA: SEÑOR **LOUIS BANCELIN**

CALLE CALDAS, 20 DE JULIO Y PROGRESO - BARRANQUILLA

Insuficiencias Hepaticas

ANEMIAS

Reconstitución de los
GLOBULOS ROJOS

**ADULTOS
E
INFANTES**
Ninguna
Contra Indicación

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

-Presentacion -

ADULTOS: Cajas de 6 ampolletas

1 Ampolla 10^{cc.} 125 grs. de higado

INFANTES: Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2^{cc.} 25 grs. de higado

- DOSIS -

1a 3 ampolletas por dia

**ABSORCION
FACIL**

**TOLERANCIA
PERFECTA**

CON EL

Hepatrol

EN AMPOLLAS BEBIBLES

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

Anemias Palustres

Agentes exclusivos para Colombia:

BERNARD PAULY

Apartado 649 - Bogotá.

VENAS VARICOSAS

Complicaciones que resultan del Tratamiento de Inyecciones

Las reacciones inflamatorias excesivas que siguen a este tratamiento pueden ser el resultado de una primera inyección aplicada rápidamente o el derrame de alguna parte de la solución a través de la pared arterial.

En estos casos existe una coloración difusa, tumefacción e inflamación, asociadas de dolor y terneza, que semejan una celulitis.

La Antiphlogistine aplicada sobre todo el sector arterial aliviará inmediatamente estos fenómenos dolorosos. Tournay y Fabre, colaboradores de Sicard y principales exponentes de este método, recomiendan su uso.

ANALGESICA

RELAJANTE

DESCONGESTIVA

Solicite muestra y literatura

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 Varick Street

Nueva York, E. U. A.

ANTIPHLOGISTINE

FIEBRES PALUDICAS

Tratamiento por el

DIEMÉNAL

Metales coloidales (Mn-Fe) en inyecciones hypodérmicas

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

Laboratorio del DIEMÉNAL, 23, rue du Parc, Pontenay-s-Bois, près PARIS

Textos y Muestras :

BOGOTA — Marzio CASTELLANI, Apartado 271

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



Ouataplasma

del Doctor **Ed. LANGLEBERT**

Adoptado por los Ministerios de la Guerra, de la Marina y de las Colonias

Cura emoliente aséptica instantánea.

Preciosa en el Tratamiento de los

ABSCESOS
FORUNCULOS
FLEMONES
CARBUNCLOS
PANADIZOS
QUEMADURAS

LLAGAS VARICOSAS
ECZEMA
ERISIPELAS
FLEBITIS
PERITONITIS
COLICOS de los NIÑOS

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

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

**SISTEMA
NERVIOSO**

NEUROSINE PRUNIER

RECONSTITUYENTE ENERGICO

6, Rue de la Tacherie, PARIS
e farmacias.

REPUBLICA DE COLOMBIA

REVISTA MEDICA DE BOGOTA



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

ORGANO DE:

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

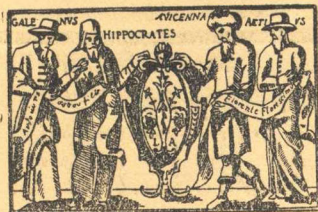
LA SOCIEDAD DE CIRUGIA

LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA Y

LA ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

DIRECCION Y REDACCION:

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



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

ADMINISTRACION: Editorial Cromos—Bogotá.

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

**PANBILINA EN LAS
ENFERMEDADES DEL HÍGADO**

**RECTOPANBILINA
EN EL ESTREÑIMIENTO**

**HEMOPANBILINA
EN LAS ANEMIAS**

son los
eslabones
de una
misma
cadena

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

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

“TUBERCULOSIS · ANEMIA · NEURASTENIA”

TONIKEINE
CHEVRETIN

SUERO TONICO A BASE DE AGUA DE MAR

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

No causa dolor

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

ANEMIA-CLOROSIS-CAQUEXIA PALUDOSA

HIERRO y ARSENICO

SEROFERRINE

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

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE, PARIS

CONTENIDO

	Págs.
<i>Traquelopexia abdominal extraperitoneal</i> , por el doctor Rafael A. Muñoz	571
<i>Memoria presentada a la Academia Nacional de Bogotá</i> , por el doctor Rodrigo Noguera	592
<i>Nota editorial</i> , por el doctor Roberto Restrepo	632

CONDICIONES:

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

TARIFAS:

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

Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

Administración:

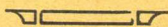
EDITORIAL DE CROMOS

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

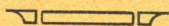
Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102



LABORATORIO NACIONAL DE HIGIENE SAMPER MARTINEZ



PRODUCTOS BIOLÓGICOS
PARA USO HUMANO Y DE VETERINARIA,
SIEMPRE FRESCOS



BOGOTA

CALLE 57, NUMERO 7-97

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

Telégrafo: "HYGEIA"

Apartado de correos 485

Apartado aéreo 3495

El Almacén Padco ofrece:

Bisturíes Collin.

Jeringas y Agujas hipodérmicas
B-D.

Termómetros clínicos B-D.

Mercurocromo genuino H.W.D.

Catgut, crines, tendón de cangu-
ro, etc. D & G.

Básculas para hospitales y con-
sultorios, de \$ 20.00.

Autoclaves American.

Reactivos y colorantes Merck.

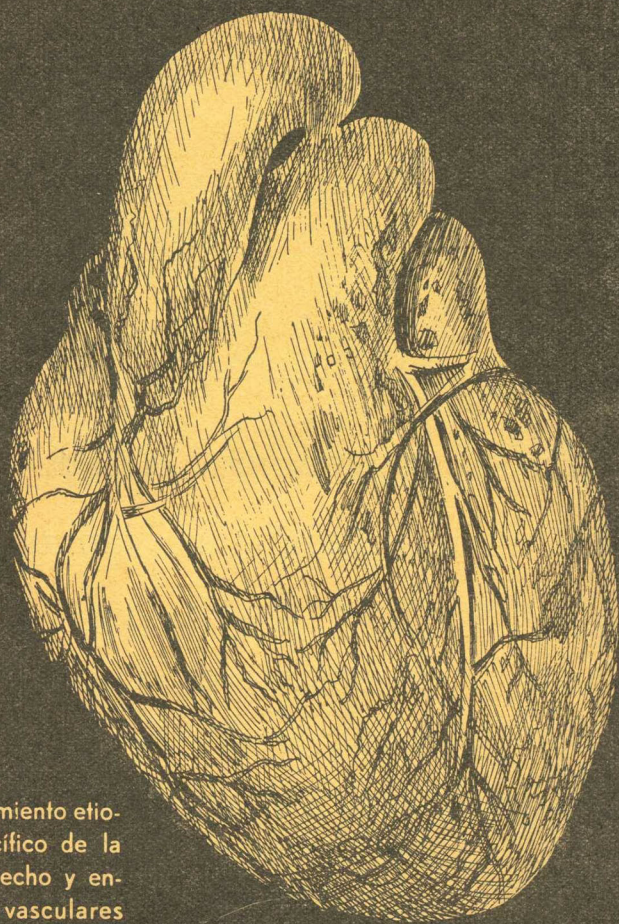


Doctor: visítenos o escribanos.

Almacén Padco

Carrera 7a., No. 12-46 - Apartado 490 - Bogotá.

LACARNOL^M



Para el tratamiento etiológico-específico de la angina de pecho y enfermedades vasculares de naturaleza análoga

LACARNOL

M. R.

Fracción nucleosídica de extractos orgánicos / Inofensivo también para los pacientes ancianos y de corazón débil, aunque el tratamiento dure muchos meses / Rápida eliminación de las molestias / Acción duradera sobre las energías generales y el estado general. De uso interno y en inyecciones.

ENVASES ORIGINALES:
Frascos cuentagotas de 20 c.c.
Cajas de 5 ampollas de 1 c.c.



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